

**Aus dem Institut für Geschichte der Medizin
der Universität Würzburg
Vorstand: Professor Dr. med. Dr. phil. Michael Stolberg**

**Der Arzt Hans Lungwitz (1881-1967)
im Spiegel
seiner sozialreformerischen Schriften**

**Inaugural – Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde der
Medizinischen Fakultät
der
Bayerischen Julius-Maximilians-Universität zu Würzburg
vorgelegt von
Anika Fellermeier
aus Ebern**

Würzburg, August 2004

Referent: Priv.-Doz. Dr. med. Dr. med. dent. Dr. phil. Dominik Groß

Koreferent: Prof. Dr. med. A. Warnke

Dekan: Prof. Dr. med. S. Silbernagl

Tag der mündlichen Prüfung: 10. Mai 2005

Die Promovendin ist Ärztin

INHALT

1. EINLEITUNG UND FRAGESTELLUNG	1
2. SOZIALE HERKUNFT UND LEBENS LAUF VON HANS LUNGWITZ	3
2.1 Kindheit und Schulzeit (1881-1901)	3
2.2 Abitur und Studium (1901-1907)	5
2.3 Die Anfänge als Arzt und Wissenschaftler (1907-1909)	6
2.4 Lungwitz' sozialreformerische Tätigkeit (1909-1920)	9
2.5 Lungwitz als Literat (1910-1921)	11
2.6 Die Entwicklung der Psychobiologie und der Zweite Weltkrieg (1921-1945)	13
2.7 Rehabilitationsversuche in der Nachkriegszeit (1945-1962)	16
2.8 Die letzten Jahre (1962-1967)	18
3. LUNGWITZ UND DIE PSYCHOBIOLOGIE	20
3.1 Die Psychobiologie	22
3.2 Die ‚Erkenntnistherapie‘	31
4. DER BEITRAG VON HANS LUNGWITZ (1881-1967) ZUR REFORM DES GESUNDHEITSWESENS	33
4.1 Die Situation der Ärzteschaft im Deutschen Reich (1871-1919)	33
4.2 Hans Lungwitz und sein Beitrag zur Lösung der Probleme im Bereich des Gesundheitswesens	41
4.2.1 Sozialreformerische Gedanken im Spiegel des Romans ‚Führer der Menschheit?‘	44
4.2.2 Der zweite sozialkritische Roman ‚Der Letzte Arzt‘ von Hans Lungwitz	64
4.2.3 Sozialreformerische Zeitschriftenaufsätze von 1909 bis 1920	81
4.2.4 Denkschrift ‚Verstaatlichung des Heil- und Fürsorgewesens‘	135
4.2.5 Lungwitz' Kritikpunkte und Reformvorschläge vor dem Hintergrund der zeitgenössischen Lage der deutschen Ärzteschaft	187
4.3 Der Beitrag Hans Lungwitz' im Spiegel der Rezensionen	193

5. DISKUSSION	203
5.1 Einleitung	203
5.2 Die Lungwitzschen Verstaatlichungsgedanken in Gegenüberstellung zu einer zeitgenössischen Idee zur Verstaatlichung des Gesundheitswesens	205
5.3 Das gegenwärtige Gesundheitswesen in der Bundesrepublik Deutschland	215
5.4 Der Wert des Lungwitzschen Beitrags aus heutiger Sicht	229
5.5 Das von Hans Lungwitz vorgeschlagene verstaatlichte Gesundheitswesen im Vergleich mit dem ‚National Health Service‘	243
6. ZUSAMMENFASSUNG	255
7. LITERATURVERZEICHNIS	258
7.1 Archivalische Quellen	258
7.2 Gedruckte Quellen und Literatur	259
8. ABBILDUNGSVERZEICHNIS	273
9. PERSONENREGISTER	274
10. SACHREGISTER	275

1. Einleitung und Fragestellung

In einer Zeit, in der Praxisgebühr, Fallpauschalen und immense finanzielle Defizite der Gesetzlichen Krankenkassen in aller Munde sind, vergeht kein Tag, ohne daß nicht über eine dringend nötige Reform des Gesundheitssystems in Deutschland diskutiert oder gestritten wird. Doch wie soll diese Reform im Detail aussehen? Auf welche Art von „neuem“ Gesundheitswesen steuern wir zu?

In Anbetracht dieser Tatsache ist es von Interesse, den Blick in die Vergangenheit zu richten. Vor fast hundert Jahren hat sich ein bis heute noch relativ unbekannter Arzt namens Hans Lungwitz (1881-1967)¹ eingehend mit dem damaligen Gesundheitswesen beschäftigt und Gedanken zu einer eventuellen Neugestaltung ausformuliert. Die vorliegende Arbeit nimmt Leben und Werk dieses Mediziners, Schriftstellers, Psychobiologen und Sozialreformers in den Blick. Vorrangiges Ziel dieser Arbeit ist es hierbei, das weitgehend vergessene Werk des *Sozialreformers* Lungwitz zu beleuchten und seine historische wie auch seine aktuelle Bedeutung, insbesondere vor dem Hintergrund der momentan stattfindenden Diskussion über eine Reform des Gesundheitswesens, herauszuarbeiten.

Zunächst wird ein kurzer, einleitender Blick auf die Biographie und das Hauptwerk Lungwitz' – die „Psychobiologie“ – zu werfen sein. Im Anschluß daran soll seine sozialreformerische Tätigkeit in den Jahren 1909 bis 1920 en détail beleuchtet werden:

Nach einer ausführlichen Darstellung von Lungwitz' sozialreformerischen Gedanken, wie er sie in zwei sozialkritischen Arztromanen, zahlreichen Zeitschriftenartikeln und in einer von ihm herausgegebenen Denkschrift zur Verstaatlichung des Heil- und Fürsorgewesens formuliert, werden sodann seine Kritikpunkte am Gesundheitswesen, aber auch die Reformvorschläge mit der „offiziellen“ Meinung der zeitgenössischen Vertreter des ärztlichen Berufsstandes verglichen. Im weiteren werden die zu seinem sozialreformerischen Werk veröffentlichten Rezensionen zu untersuchen sein; danach soll geprüft werden, inwieweit Lungwitz mit seiner Idee, das Gesundheitswesen zu verstaatlichen und die Ärzte zu verbeamten, eine Außenseiterposition einnahm, oder ob es ähnliche Stimmen gab.

¹ Angaben zu Hans Lungwitz in DEUTSCHER BIOGRAPHISCHER INDEX (1998), S. 2192; WER IST'S (1922), S. 979; WER IST'S (1928), S. 989; KÜRSCHNERS DEUTSCHER GELEHRTEN – KALENDER (1954), S. 1451.

Auch der potentielle Nutzen des Lungwitzschen Beitrags aus heutiger Sicht wird zu diskutieren sein. Hierbei ist den Fragen nachzugehen, inwieweit Lungwitz' Reformvorschläge für das Gesundheitswesen im heutigen Sozialversicherungssystem der Bundesrepublik Deutschland verwirklicht sind, und inwiefern die von ihm seinerzeit geäußerte Kritik aktuelle Relevanz besitzt. Zuguterletzt stellt sich die Frage, in welchem Maße und mit welchen Konsequenzen Lungwitz' Ideen zur Verstaatlichung des Gesundheitswesens heutzutage in anderen Staaten verwirklicht sind.

2. Soziale Herkunft und Lebenslauf von Hans Lungwitz

2.1 Kindheit und Schulzeit (1881-1901)

Hinter dem Namen Hans Lungwitz verbirgt sich eine ebenso schillernde wie komplexe Persönlichkeit, die bis dato sowohl in der Medizin- als auch in der Philosophiegeschichte kaum Beachtung fand.

Max Johannes (genannt Hans) Lungwitz wurde am 19. Oktober 1881 in Gössnitz, Sachsen-Anhalt, geboren. Sein Vater Max Bernhard Lungwitz, geboren am 19. September 1849 in Werdau, war in der großen Weberei Anhöck als künstlerisch-technischer Leiter tätig und übte in der Webindustrie die Kunst des Zeichnens aus. Lungwitz bezeichnete seinen Vater als Künstler, Sänger, Dichter und Weltbetrachter.² Max Bernhard Lungwitz setzte als Sticker die Tradition seiner Vorfahren, die allesamt Weber gewesen waren, fort.³

Lungwitz' Mutter Bertha Lungwitz, geborene Oertel, stammte aus Ebersdorf bei Chemnitz. Im betulichen Ort Werdau, wo Lungwitz' Eltern vor dessen Geburt lebten, galt seine Mutter als welterfahren, da sie aus der Nähe einer Großstadt kam. Lungwitz' Mutter widmete sich neben dem Haushalt der Naturheilkunde.⁴

In Chemnitz kam am 16. September 1874 Lungwitz' Schwester Elsa Elvira zur Welt, deren außerordentliche künstlerische und wissenschaftliche Neigungen⁵ Lungwitz rühmte. Sechs Jahre später – im Jahr 1880 – zog die Familie Lungwitz nach Gössnitz, wo sie unter sehr beengten Verhältnissen in einer kleinen Mietwohnung wohnte, in der Hans Lungwitz zur Welt kam.⁶

Hans Lungwitz konnte schon sehr früh lesen und schreiben. Durch Wißbegierde getrieben, stattete er im Alter von viereinhalb Jahren, mit dem Schulranzen seiner Schwester auf dem Rücken, dem Direktor der Volks- und Mittelschule einen Besuch ab. Seine Bitte, den Schulunterricht besuchen zu dürfen, wurde jedoch nach Rücksprache mit seinem Vater abgelehnt, und so begann Lungwitz seine Schulzeit erst ein Jahr später

² Vgl. LUNGWITZ (1960), S. 3.

³ Vgl. DOMINICUS (1993), S. 11.

⁴ Ebenda.

⁵ LUNGWITZ (1960), S. 3 (Zitat).

⁶ Vgl. DOMINICUS (1993), S. 11.

(1887).⁷ Nach fünf Jahren Volksschule wechselte er 1892 auf die Mittelschule, die er drei Jahre lang besuchte und wo er auch Englisch- und Französischunterricht erhielt. Sein Verhalten in der Schule war stets vorbildlich, und seine Zeugnisse enthielten fortweg gute bis sehr gute Noten.⁸ Der Ärger über den Klassensprecher, der ein bestechlicher „Aufpasser“ war, lies Lungwitz den Klassenlehrer nach dem „ersten Platz in der Klasse“ fragen, den er dann fortan bis zum Abitur innehaben sollte.⁹

Hans Lungwitz sagte von sich selbst, daß er schon von Kindesbeinen an an „allem“ interessiert gewesen sei. Noch bevor er in die Schule kam, spielte er Geige, wurde für seine künstlerische Begabung gelobt und von seiner Schwester in guter Aussprache unterrichtet. Mit sechs Jahren schrieb Lungwitz seine ersten Gedichte und mit sieben Jahren seine erste Predigt, die ihm den Spitznamen „Der Herr Pastor“ einbrachte. Seinen ersten (unveröffentlichten) Roman mit dem Titel ‚Die Bösen werden bestraft‘ verfasste er mit zehn Jahren, auch sang und komponierte er damals schon. Während seiner Schulzeit kämpfte Lungwitz erfolgreich gegen den eingeführten Rohrstock, der zerschnitten und aufgeraucht wurde. Aber er führte auch eifrige Diskussionen über „magische, mythische Probleme“, in deren Verlauf er Gewitter als „Kegelspiel der Götter“ und Gespenster als „Nebelstreifen“ deutete.¹⁰

Nach Abschluß der Mittelschule (1895) zog Lungwitz mit seiner zwanzigjährigen Schwester Elsa nach Altenburg, wo er die Untertertia des ‚Humanistischen Herzoglichen Gymnasiums Ernestinum‘ besuchte. Lungwitz’ Hauptinteresse galt den Sprachen (Latein, Griechisch, Französisch, Althochdeutsch, Englisch, Hebräisch), weniger interessierten ihn Physik und Mathematik. Im Jahre 1896 verstarb Lungwitz’ Vater an einem Herzinfarkt. Als ein Jahr später seine Schwester den entfernten Verwandten Rudolf Winkler, einen Zeichner und Webschullehrer, heiratete, zog Lungwitz’ Mutter mit ihrer Tochter nach Reichenbach im Vogtland. Der nunmehr 15jährige Lungwitz blieb allein in Altenburg wohnen und wurde ein sogenannter „möblierter Herr“. Da Lungwitz, obwohl er herzogliche Stipendien erhielt, finanziell nicht gut gestellt war, gab er Nachhilfestunden.¹¹ Durch sein, wie er es selbst ausdrückte, ausgezeichnetes¹² Gedächtnis war

⁷ Vgl. LUNGWITZ (1960), S. 3.

⁸ Vgl. DOMINICUS (1993), S. 13.

⁹ Vgl. LUNGWITZ (1960), S. 4.

¹⁰ Vgl. LUNGWITZ (1960), S. 4f.

¹¹ Vgl. DOMINICUS (1993), S. 13.

¹² LUNGWITZ (1960), S. 6 (Zitat).

es ihm möglich, seine Schulaufgaben in kürzester Zeit anzufertigen. So hatte er außerhalb der Schule und den Nachhilfestunden noch genügend Zeit, sich seinen Freizeitbeschäftigungen (Dichten, Zeichnen, Malen, Musizieren) zu widmen. Sachverständigen zufolge hätte er Künstler werden können, Lungwitz entschied sich statt dessen für die Wissenschaft.¹³

2.2 Abitur und Studium (1901-1907)

Mit 19 ½ Jahren bestand Lungwitz 1901 als Primus omnium das Abitur mit ausschließlich sehr guten Noten. Vom Herzog erhielt er hierfür eine goldene Uhr; außerdem bot dieser ihm an, als „Herzogsstudent“ die Landesuniversität Jena zu besuchen, um danach ein Amt im Herzogtum zu übernehmen. Lungwitz lehnte dieses Angebot jedoch ab, weil er sich nicht abhängig machen wollte, und schrieb sich an der Universität Greifswald ein.¹⁴ Dort wurde er Student der Klassischen Philologie mit den Fächern Alte Sprachen, Philosophie und Psychologie. Ferner engagierte Lungwitz sich in der Turnerschaft Cimbria und machte sich auf einigen Reisen mit der Ostsee vertraut.¹⁵

Der befreundete Medizinstudent Oscar Weski¹⁶ weckte in Lungwitz bald das Interesse an der Medizin, so daß letzterer sich zum zweiten Semester, dem Wintersemester 1901/1902, zusätzlich an der Medizinischen Fakultät als Student einschrieb. Lungwitz blieb bis zum Schluß Stud. med. und Stud. phil.¹⁷ Für das Sommersemester 1902 ging Lungwitz nach München und danach nach Halle, wo er nach eigenen Angaben „fleißig Philosophie, Chemie, Botanik und die medizinischen Disziplinen“ studierte.¹⁸ Sein Chemiestudium schloß Lungwitz 1905 mit dem Staatsexamen und der Doktorarbeit mit dem Titel ‚Condensation von Zimtaldehyd mit organischen Basen der aromatischen Reihe‘ ab. Das medizinische Staatsexamen legte Lungwitz 1906 ab und begann danach

¹³ Vgl. LUNGWITZ (1960), S. 6.

¹⁴ Vgl. DOMINICUS (1993), S. 14.

¹⁵ Vgl. LUNGWITZ (1960), S. 6.

¹⁶ Oscar Weski (1879-1979), später Röntgenologe und Parodontologe.

¹⁷ Vgl. LUNGWITZ (1960), S. 6.

¹⁸ Vgl. LUNGWITZ (1960), S. 6; Laut Dominicus hatte Lungwitz jedoch weder Philosophie noch Psychologie studiert, sondern nach dem ersten Semester Klassische Philologie abgelegt, was Dominicus anhand der Studienbücher von Greifswald, München und Halle herausgefunden hat. Aus dem Studienbuch Halle ist ersichtlich, dass Lungwitz parallel zu seinem Medizinstudium Chemie studiert habe: DOMINICUS (1993), S. 94.

sein Praktisches Jahr¹⁹ in Köln am Kinderhospital der Akademie für praktische Medizin. In dieser Zeit fertigte er auch seine medizinische Dissertation über das Thema ‚Stoffwechselversuche über den Eiweißbedarf des Kindes‘ an.²⁰

Schon während des Studiums beschäftigte sich Hans Lungwitz, wie er in seiner Autobiographie schreibt, mit dem „Problem Mensch“ und trat 1903 auch mit dem von ihm geprägten Begriff ‚Psychobiologie‘ an die Öffentlichkeit. Er glaubte schon damals das Leib-Seele-Problem überwunden zu haben.²¹

2.3 Die Anfänge als Arzt und Wissenschaftler (1907-1909)

Nach seinem Praktischen Jahr ging Lungwitz 1907 nach Berlin, wo er seine klinischen Kenntnisse auf der Inneren Abteilung des Augusta-Hospitals vertiefte²² und sich zum Nervenarzt fortbildete.²³

Nach Erhalt der Approbation 1908 lies sich Lungwitz in Berlin als „frei praktizierender Arzt“ nieder und wurde erstmals mit den finanziellen und sozialen Verhältnissen des „Kassenarztdaseins“ konfrontiert. In jenem Jahr am 2. Januar heiratete Lungwitz die Schwester seines Schwagers, die drei Jahre ältere Anna Elisabeth Winkler aus Werdau. Auf der Hochzeit seiner Schwester hatte Lungwitz Anna Winkler kennengelernt. Der damals sechzehnjährige Hans und die neunzehnjährige Anna verloren sich allerdings danach wieder aus den Augen. Während dieser Zeit machte Lungwitz Minna Tube einen Heiratsantrag; diese lehnte jedoch ab und heiratete den Maler Max Beckmann. So ehelichte Lungwitz schließlich 1908 seine Jugendliebe Anna Winkler.²⁴

Seine ursprüngliche Wohnung in Berlin, die auch seine Praxis beherbergte, gab Lungwitz noch im ersten Jahr auf. Seine neue Wohnstätte befand sich im Berliner Westen (Augsburgerstr. 19), seine Praxis dagegen in der Geisbergstraße 11. Zusätzlich zu seiner Praxistätigkeit arbeitete Lungwitz noch in einer kleinen privaten Einrichtung, dem Kurfürsten-Sanatorium. Im Jahre 1914 wechselte Lungwitz zum Berliner Westend-Krankenhaus und hielt nur noch nachmittags in der Geisbergstraße seine Sprechstunde

¹⁹ Das damalige Praktische Jahr ist heute vergleichbar mit der Zeit des Arztes im Praktikum.

²⁰ Vgl. DOMINICUS (1993), S. 18.

²¹ Vgl. LUNGWITZ (1960), S. 6f.

²² Vgl. DOMINICUS (1993), S. 19.

²³ Vgl. LUNGWITZ (1960), S. 7.

²⁴ Vgl. DOMINICUS (1993), S. 19.

ab. Sein berufliches Hauptaugenmerk galt damals den Stoffwechselerkrankungen, vor allem der Zuckerkrankheit. Lungwitz nannte sich anfangs „Dr. med. et chem. Lungwitz, Arzt für Innere Medizin“, später „Spezialarzt für Stoffwechselkranke“ bzw. „Spezialarzt für Zuckerkrankte“.²⁵ Er gründete 1908 die Hephata GmbH. Diese stellte Medikamente wie das „Rhachisan“ und die „Diabetiker-Tabletten Hephata“ her. Außerdem trat sie als „Zentrale für Diabetikerbedarf“ auf und verkaufte das „Dr.med.Lungwitz-Hephata-Brot“.²⁶

In der Zeit von 1908 bis 1914 publizierte Lungwitz nicht nur viele medizinische und pharmazeutische Aufsätze, sondern er fungierte auch als Redakteur bzw. Herausgeber vieler Zeitschriften, die seine Aufsätze enthielten. So war er Mitredakteur der Zeitschriften ‚Medizinische Woche‘ in Halle (1906) und ‚Therapeutische Rundschau‘ in Berlin (1908 bis 1909). Schließlich gründete er 1909 in Berlin den Adler-Verlag,²⁷ in dem zwischen 1910 und 1920 die Zeitschriften ‚Moderne Medizin‘, ‚Archiv für Stadt- hygiene‘ und die ‚Diabetiker-Zeitung‘ erschienen.²⁸ Lungwitz schrieb 1912 und 1913 insgesamt drei Bücher über Diabetes.²⁹ Im Jahr 1913 verfaßte er das Handbuch ‚Radio- elemente in der Heilkunde‘, das ein derart gutes Echo fand, daß es ins Italienische und Japanische übersetzt wurde. Lungwitz publizierte in den von ihm herausgegebenen und anderen Zeitschriften, wie z.B. ‚Der Kritiker‘ und ‚PAN‘,³⁰ verschiedenste Artikel zu den Gebieten Hygiene, forensische Medizin und Standes- und Sozialpolitik. Aufsätze über ökologische und soziale Themen erschienen in seiner Zeitschrift ‚Archiv für Stadt- hygiene‘. Ferner übte Lungwitz des öfteren das Amt des medizinischen Sachverständigen vor Gericht aus. Seinen aufschlußreichsten Kasus ‚Der Fall Rennfahrer Breuer vom gerichtsmmedizinischen Standpunkt‘ publizierte er sogar.³¹

Aber nicht nur wissenschaftliche Themen beschäftigten Lungwitz; vielmehr war er auch literarisch tätig.

²⁵ Vgl. DOMINICUS (1993), S. 20.

²⁶ Ebenda.

²⁷ Vgl. DOMINICUS (1993), S. 21f.

²⁸ Vgl. DOMINICUS (1993), S. 83.

²⁹ Titel der drei Bücher über Diabetes: „Über die Grundlagen der Zuckerkrankheit und ihre Behandlung“, „Nahrungsmittel-Tabellen für Diabetiker“ und „Das Neue Kochbuch für Zuckerkrankte“. Vgl. DOMINICUS (1993), S. 22.

³⁰ Berliner Zeitschrift für Literatur und Kunst.

³¹ Vgl. DOMINICUS (1993), S. 22.



Abb. 1: Hans Lungwitz und Ehefrau Anna geb. Winkler, DOMINICUS (1993)

2.4 Lungwitz' sozialreformerische Tätigkeit (1909-1920)

Im Jahr 1910 schrieb Lungwitz auf Hiddensee seinen ersten sozialkritischen Arztroman mit dem Titel ‚Führer der Menschheit?‘,³² der 1911 in zwei Auflagen im eigenen Adler-Verlag erschien. Eine dritte Auflage folgte 1912. In seiner Autobiographie enthüllte Lungwitz die Herkunft des Titels: Der Ausdruck ‚Führer der Menschheit‘ ohne Fragezeichen stamme von dem englischen Philosophen Herbert Spencer³³.³⁴ Deutlicher wurde er in einem anderen von ihm verfaßten Artikel, wo er schrieb: ‚Ein Wort noch zu dem Titel: Nach dem Ausspruche Herbert Spencers sind die Ärzte berufen, an der Spitze der Menschheit zu marschieren, die Führer der Menschheit zu sein. Da ich der Ansicht bin, daß sie sich einiger Insignien dieser Würde entkleidet haben, habe ich ihre Majestät mit einem Fragezeichen versehen.‘³⁵

Der Fortsetzungsroman ‚Der letzte Arzt. Ein sozialer Roman aus der Zukunft‘ erschien 1912 in erster Auflage. Beide Schriften wurden damals als ‚Tendenzromane‘ bezeichnet.³⁶ Lungwitz sagte über die Resonanz der beiden Werke: ‚Sie fanden guten Absatz, trugen mir sehr viele anerkennende Kritiken ein, aber auch die Feindschaft der führenden Ärzte-Gremien u. ihrer Untertanen.‘³⁷ Die Agitationen gingen sogar soweit, daß Lungwitz die Redaktion der Zeitschrift ‚Therapeutische Rundschau‘ niederlegen mußte.³⁸ Es existierte allerdings ein Buch, das wenig später die gleichen sozialreformerischen Grundgedanken aufgriff und trotz Anfechtungen ein erstaunlicher Erfolg wurde: das Werk ‚Der Arzt und seine Sendung‘ von Erwin Liek³⁹ (1926). Nicht ohne Bitterkeit gab Lungwitz zu, daß Lieks Buch einen ‚Siegeszug‘ angetreten habe, während seine Romane nach wenigen Auflagen in Vergessenheit gerieten seien. Er erklärte dies einmal durch den damals kurz bevorstehenden Krieg, denn erst 1926 rückten die sozialärztli-

³² LUNGWITZ (1912a). Der Titel ‚Führer der Menschheit‘ legt aus heutiger Sicht die Frage nahe, inwieweit hierbei auf nationalsozialistisches Gedankengut abgehoben wurde. Im konkreten Fall wird mit jener Bezeichnung jedoch auf die besondere Rolle des Arztes in der Gesellschaft angespielt. Was Lungwitz' politische Einstellung während der NS-Zeit anbelangt, so ist bekannt, daß dieser 1926 in die NSDAP eintrat und dort zunächst aktiv im NS-Ärztbund tätig war. Er entwickelte sich jedoch in der Partei zusehends zum Außenseiter; 1932 wurde er wegen nichtkonformen Verhaltens aus der NSDAP ausgeschlossen: vgl. etwa DOMINICUS (1993), S. 57-60.

³³ Herbert Spencer (1820-1903), englischer Philosoph.

³⁴ Vgl. LUNGWITZ (1960), S. 8.

³⁵ LUNGWITZ (1912f), S. 11f (Zitat).

³⁶ Vgl. DOMINICUS (1993), S. 25.

³⁷ LUNGWITZ (1960), S. 8 (Zitat).

³⁸ Vgl. LUNGWITZ (1960), S. 8.

³⁹ Erwin Liek, geb. 1878 in Loeben in Westpreußen, gest. 1935 in Berlin, Arzt und Publizist - für biographische Einzelheiten vgl. auch BOTTEMBERG (1935).

chen Mißstände ins öffentliche Interesse, und Liek „erntete, was (Lungwitz) gesät hatte.“ Zum anderen erschien Lieks Buch in einem großen Verlag und wurde entsprechend beworben. Besonders enttäuscht war Lungwitz jedoch von der Tatsache, daß in Lieks Buch anfangs, obwohl dieser Lungwitz' Romane gelesen und besessen, und die gleichen Mißstände und Anregungen thematisiert hatte, keinerlei Hinweis auf Lungwitz' Romane⁴⁰ zu finden war.^{41 42}

Im Jahre 1910 erschien erstmals Lungwitz' Zeitschrift ‚Moderne Medizin‘ im eigenen Adler-Verlag. Diese Zeitschrift diente Hans Lungwitz als Medium, um die Allgemeinheit auf die Mißstände im Gesundheitswesen (Krankenkassenwesen, Arzneiwesen usw.) und in der ärztlichen Standespolitik aufmerksam zu machen und Vorschläge zu deren Behebung zu unterbreiten.⁴³ In einer Anzeige für die Zeitschrift las man: „Die Redaktion liegt seit einem Jahrzehnt in den Händen des auch von seinen Gegnern anerkannten, als Schriftsteller weit über die ärztlichen Kreise, ja über die Grenzen Deutschlands hinaus gerühmten Publizisten Dr. Hans Lungwitz, einer Persönlichkeit, die volle Gewähr dafür bietet, daß Kritik und Reformvorschläge auf reiner Liebe zum Aerztestande, auf gründlicher Sachkenntnis und Erfahrung, auf intuitiver Sicherheit beruhen.“⁴⁴ Lungwitz bezeichnete sich selbst als „einen auf das genaueste unterrichteten Kenner der ärztlichen Verhältnisse Deutschlands.“⁴⁵

Den einzigen Weg, den Mißständen im ärztlichen Stand, dem Prestigeverlust der Ärzte, dem Ärzteüberschuß und den Mißständen im Krankenkassenwesen, entgegenzutreten, sah Lungwitz in der Verstaatlichung des Gesundheitswesens.⁴⁶ Es tauchte zwar immer wieder die Aussage auf, daß Lungwitz sich schon seit 1910 für die Verstaatlichung eingesetzt habe,⁴⁷ bei genauerem Studium seiner Schriften, vor allem der Artikel in seiner Zeitschrift ‚Moderne Medizin‘, kann dem allerdings nicht zugestimmt werden. In der

⁴⁰ In einer Ausgabe von Lieks Buch ‚Der Arzt und seine Sendung‘ von 1934 sind im Literaturverzeichnis beide Romane von Lungwitz, sowie seine Denkschrift aufgeführt.

⁴¹ Vgl. BECKER (1982a), S.42, LUNGWITZ (1958), S.2, DOMINICUS (1993), S. 26.

⁴² Trotz alledem plante Lungwitz 1958 sogar eine Neuauflage der beiden Romane in einem Band. Als Grund gab er an, daß sich die sozialärztlichen Verhältnisse nicht wesentlich geändert und deshalb die Romane „ihre Aufgabe noch nicht [ganz] erfüllt“ hätten. Vgl. LUNGWITZ (1958), S. 1, BECKER (1982a), S. 41.

⁴³ Vgl. LUNGWITZ (1960), S. 8.

⁴⁴ Vgl. Anzeige für Moderne Medizin in LUNGWITZ (1919a), Innenseite Umschlag.

⁴⁵ Vgl. LUNGWITZ (1912f), S. 10.

⁴⁶ Vgl. DOMINICUS (1993), S. 24.

⁴⁷ Vgl. DOMINICUS (1993), S. 24, Anzeige für Moderne Medizin in LUNGWITZ (1919a), Innenseite Umschlag.

Schlußbemerkung der von ihm herausgegebenen Denkschrift ‚Die Verstaatlichung des Heil und Fürsorgewesens‘ gab Lungwitz selbst zu: „...ich bin nicht immer überzeugter Freund der Verstaatlichung der ärztlichen Tätigkeit gewesen ...“⁴⁸ Er sah die Neuordnung des Heil- und Fürsorgewesens jedoch als „Erfordernis der biologischen Entwicklungsstufe“ des Volkes. Der Verstaatlichungsgedanke und seine Art der Ausführung begannen langsam in Lungwitz zu reifen und gipfelten schließlich 1919 in der Veröffentlichung der Denkschrift ‚Die Verstaatlichung des Heil- und Fürsorgewesens‘,⁴⁹ die Lungwitz zusammen mit anderen Autoren herausgab.

Da keine seiner sozialreformerischen Bemühungen wirklich fruchteten, gab Lungwitz diesen Kampf 1921 auf und beendete seine sozialreformerische Tätigkeit.⁵⁰

2.5 Lungwitz als Literat (1910-1921)

Als der Krieg ausbrach, wurde Lungwitz als Militärarzt zum Heeresdienst eingezogen. Er war als Sanitäts-Offizier in Hohensalza (Kreisstadt in der Provinz Posen), Demmin (Kreisstadt in Vorpommern) und Thorn (Universitätsstadt in Westpreußen) tätig. Als die Brussilow-Offensive entbrannte, rückte Lungwitz 1916 als Bataillonsarzt des I. Ersatzbataillons des Landwehr-Infanterie-Regiments Nr. 49 nach Wolhynien in der westlichen Ukraine ins Feld. Am 1. Oktober 1916 erhielt er das Eiserne Kreuz. In diesem Herbst kam er nach Schneidemühl (Kreisstadt in der Provinz Posen), wo er ärztlich tätig war. Im Inland wurde er stets von seiner Ehefrau begleitet. Im Januar 1919, also erst mehrere Monate nach Kriegsende, kehrte er mit seiner Frau nach Berlin zurück, weil zuvor im Kriegsgefangenenlager eine Grippeepidemie grassierte. Zurück in Berlin nahm er seine Praxis und auch seine literarische Tätigkeit wieder auf.⁵¹

Lungwitz' literarische Aktivität begannen eigentlich schon in seiner Kindheit. Wie erwähnt, schrieb er frühzeitig Gedichte und einen Roman. Außerdem verlas er schon mit sieben Jahren eine selbst verfaßte Predigt.⁵²

Auch später widmete er sich der Dichtung und verfaßte drei Dramen: Das Werk ‚Der Sündenfall‘⁵³ schrieb er als Jugendlicher mit 17 Jahren unter dem Pseudonym Felix

⁴⁸ Vgl. LUNGWITZ (1919a), S.41.

⁴⁹ LUNGWITZ (1919a), ‚Die Verstaatlichung des Heil- und Fürsorgewesens. Eine Denkschrift‘.

⁵⁰ Vgl. DOMINICUS (1993), S. 24.

⁵¹ Vgl. LUNGWITZ (1960), S. 9, DOMINICUS (1993), S. 22.

⁵² Vgl. DOMINICUS (1993), S. 25.

Schönwerth. Das unveröffentlichte Manuskript war eine dramatische Dichtung in vier Akten.⁵⁴ Später kamen um 1912 die Dramen ‚Der Prophet im Vaterlande‘,⁵⁵ ‚Gunhilds Traum‘⁵⁶ und ‚Die Hetäre‘⁵⁷ hinzu – wobei für das erste Stück sogar eine Aufführung geplant war, zu der es wegen des Krieges jedoch nie kam.⁵⁸ Das Drama ‚Die Hetäre‘ diente Lungwitz Jahre später als Vorlage für seinen gleichnamigen Roman^{59, 60}

Zur gleichen Zeit, also um 1912, verfaßte Lungwitz auch seine beiden sozialärztlichen Romane.⁶¹ Wenig später – im Jahre 1914 – schrieb Lungwitz seinen ersten Entwicklungsroman mit dem Titel ‚Lamias Leidenschaft‘. Auch während des Krieges blieb Lungwitz literarisch tätig: im Feld verfaßte er 1916/1917 einen weiteren Entwicklungsroman mit dem Titel ‚Welt und Winkel‘. Beide Romane wurden jedoch erst 1920 veröffentlicht. Den dritten Entwicklungsroman mit dem Titel ‚Die Hetäre‘ schuf Lungwitz 1920; er publizierte ihn 1925.⁶²

Aufgrund des Romans ‚Lamias Leidenschaft‘ erhielt Lungwitz 1921 eine ‚Anzeige wegen Verbreitung unzüchtiger Schriften.‘⁶³ Mit ihm wurden Lovis Corinth⁶⁴ und Arthur Schnitzler⁶⁵ wegen des gleichen Vergehens angeklagt. Lungwitz wurde bei der Verhandlung aufgrund von Sachverständigengutachten, wie Dominicus⁶⁶ es formuliert, ‚glänzend freigesprochen.‘ Fünf Jahre später – im Jahr 1926 – brachte Lungwitz den nach den gerichtlichen Auflagen überarbeiteten Roman unter dem Titel ‚Einer Mutter Liebe‘ erneut heraus.⁶⁷

Alles in allem blieb die Resonanz auf Lungwitz’ schriftstellerische Werke gering, und seine Romane gerieten bald in Vergessenheit.⁶⁸

⁵³ Vgl. SCHÖNWERTH [Pseudonym von Lungwitz] (o. J. a).

⁵⁴ Vgl. DOMINICUS (1993), S. 96.

⁵⁵ Vgl. SCHÖNWERTH [Pseudonym von Lungwitz] (o. J. b).

⁵⁶ Vgl. LUNGWITZ (o. J.), vermutlich 1912/13 geschrieben. Liebes-, Eifersuchts- und Rachedrama.

⁵⁷ Vgl. LUNGWITZ (1912?), Das genaue Jahr ist nicht bekannt.

⁵⁸ Vgl. LUNGWITZ (1960), S. 5f.

⁵⁹ Siehe unten.

⁶⁰ Vgl. DOMINICUS (1993), S. 96.

⁶¹ Vgl. Kapitel 2.4 der vorliegenden Arbeit.

⁶² Vgl. DOMINICUS (1993), S. 25f.

⁶³ LUNGWITZ (1960), S. 9 (Zitat).

⁶⁴ Lovis Corinth (1858-1925), Maler, Zeichner und Graphiker.

⁶⁵ Arthur Schnitzler (1862-1931), Schriftsteller, Dramatiker und Mediziner.

⁶⁶ Rolf-Dieter Dominicus, Dr. med., Ltd. Arzt, geb. 1938 in Düsseldorf, Schüler von Hans Lungwitz, Psychobiologe, praktizierender Erkenntnistherapeut, Verfasser des Werkes ‚Hans Lungwitz und seine Psychobiologie. Eine Lebens- und Werksgeschichte‘.

⁶⁷ Vgl. DOMINICUS (1993), S. 28f.

⁶⁸ Vgl. DOMINICUS (1993), S. 29.

2.6 Die Entwicklung der Psychobiologie und der Zweite Weltkrieg (1921-1945)

Im Jahre 1921 kam es zu einer Wende in Lungwitz' Leben. Seine sozialreformerischen und auch seine schriftstellerischen Aktivitäten brachen plötzlich ab. Seine Zeitschrift ‚Moderne Medizin‘ und auch der von ihm gegründete Adler-Verlag verschwanden von der Bildfläche.⁶⁹

Lungwitz reduzierte zugleich seine ärztliche Tätigkeit; er erstellte damals hauptsächlich Gutachten über Kriegsverletzungen. Ferner war er bis 1925 Arzt eines Berliner Sanatoriums. Lungwitz verringerte seine allgemeinärztliche Arbeit immer mehr zugunsten der Neurosenbehandlung^{70, 71}. Ab 1921 wandte sich Lungwitz der Freudschen Psychoanalyse zu. Er beschäftigte sich hierbei nicht nur mit psychoanalytischer Literatur, sondern nahm auch Kontakt zu dem Berliner Psychoanalytiker Karl Abraham⁷² auf. Bei diesem nahm er nicht näher charakterisierten „persönlichen Unterricht“. Da Lungwitz dessenungeachtet in psychoanalytischen Kreisen völlig unbekannt blieb, vermutet Dominicus, daß es sich hierbei eventuell um eine „kurzfristige, möglicherweise vorzeitig abgebrochene psychoanalytische Behandlung gehandelt haben“ könnte. Diese erklärt Dominicus mit einer möglichen Lebenskrise Lungwitzens, der sowohl als Sozialreformer als auch als Schriftsteller recht erfolglos geblieben war.⁷³

Lungwitz' Leben erfuhr nach 1920 eine entscheidende Wende. Seinen folgenden Lebensabschnitt kann man in vier Phasen untergliedern:

Von 1921 bis 1923 beschäftigte sich Lungwitz eingehend mit der Psychoanalyse, wobei er viele Ansichten der psychoanalytischen Theorie übernahm, andere jedoch strikt ablehnte. Er befaßte sich vor allem mit dem Leib-Seele-Problem. In dieser Zeit schrieb Lungwitz auch bereits seine ersten psychoanalytischen Aufsätze.

⁶⁹ Vgl. DOMINICUS (1993), S. 30.

⁷⁰ Schon 1907 bildete sich Lungwitz in Richtung Nervenheilkunde weiter.

⁷¹ Vgl. DOMINICUS (1993), S. 54.

⁷² Karl Abraham (1877-1925), Nervenarzt und Psychoanalytiker.

⁷³ Vgl. DOMINICUS (1993), S. 31.

In der zweiten Phase (1923-1924) prägte Lungwitz den Begriff ‚Psychobiologie‘ und präsentierte ihn der Öffentlichkeit.⁷⁴ 1924 verfaßte er die Broschüre ‚Über Psychoanalyse‘.⁷⁵

Zwischen 1924 und 1925 erschuf Lungwitz das Lehrgebäude der allgemeinen Psychobiologie und schrieb das Buch ‚Die Entdeckung der Seele‘.

1926 bis 1935 arbeitete er die spezielle Psychobiologie und ‚Erkenntnistherapie‘ aus.⁷⁶ Er verfaßte 1932 das Buch ‚Erkenntnistherapie für Nervöse‘ und die ersten drei Bände seines ‚Lehrbuch der Psychobiologie‘.⁷⁷ Nach der Schaffung seiner eigenen philosophischen Lehre und Neurosentherapie gründete Lungwitz 1926 die „Schule der Erkenntnis“ und eine „Internationale Psychobiologische Gesellschaft“, die jedoch beide nicht die erwartete Resonanz fanden und einige Jahre später wieder von der Bildfläche verschwanden. Für die Schließung der „Internationalen Psychobiologischen Gesellschaft“ machte Lungwitz den Nationalsozialismus verantwortlich. Grund sei das „damals verpönte Adjektiv ‚international‘ im Titel“ gewesen.⁷⁸

1926 trat Lungwitz in die NSDAP ein und engagierte sich im NS-Ärztebund, weil er zunächst dem Irrtum erlegen war, daß der von ihm propagierte nationale Sozialismus identisch mit dem aufkommenden Nationalsozialismus sei. Auch Adolf Hitler begeisterte Lungwitz zu Anfang, bis er seinen „Machtrausch, seine ‚Einzigartigkeit‘, sein Jungesellentum, seinen Vegetarismus als neurotische Symptome“⁷⁹ entlarvte. Von Beginn an war Lungwitz Außenseiter in der Partei, und 1931 nach einem Vortrag vor dem NS-Ärztebund wurden seine Ansichten scharf kritisiert. Sein Ausschluß aus der Partei erfolgte am 15. Mai 1931. Im Jahre 1932 prophezeite Lungwitz eine Katastrophe, falls Hitler an die Macht komme. Nach der Machtübernahme Hitlers 1933 wurde die „Internationale Psychologische Gesellschaft“ verboten, Lungwitz selbst „zwar nicht verfolgt,

⁷⁴ Laut Autobiographie prägte Lungwitz das Wort Psychobiologie schon 1903, was er sich auch durch einen ehemaligen Studienfreund schriftlich bestätigen ließ. Denn in deutschsprachigen Lexika wird neben Lungwitz auch häufig der amerikanische Psychiater Adolf Meyer als derjenige, der den Begriff ‚Psychobiologie‘ geprägt haben soll, genannt. Dieser habe das Wort ‚Psychobiologie‘ allerdings schon 1915 erstmals verwendet und Lungwitz erst 1923. Dominicus’ Meinung nach habe Lungwitz das Wort ‚Psychobiologie‘ eventuell in studentischen Kreisen schon 1903 verwendet, ausschlaggebend sei jedoch seine offizielle Aussage im Aufsatz „Über Unsterblichkeit“ 1927: „Das Wort ‚Psychobiologie‘ habe ich 1923 gebildet und m. W. zuerst publiziert.“ DOMINICUS (1993), S. 98.

⁷⁵ Vgl. DOMINICUS (1993), S. 84.

⁷⁶ Vgl. DOMINICUS (1993), S. 31f.

⁷⁷ Vgl. DOMINICUS (1993), S. 84.

⁷⁸ Vgl. DOMINICUS (1993), S. 56.

⁷⁹ Vgl. DOMINICUS (1993), S. 57, Zitat von Adolf Schweckendiek.

aber argwöhnisch beobachtet.⁸⁰ Auch erhielt er mehrere Anzeigen und rechnete immer wieder mit Verhaftung, vor allem wegen seines freundschaftlichen Umgangs mit Juden. Einer seiner Schüler – Lasar Kopelowitsch⁸¹ – wurde sogar 1941 von den Nationalsozialisten ermordet.⁸² Lungwitz übersetzte die Abkürzung „NS“ bald mit „Neurosenseuche“ oder „Nur Schwindel“.⁸³

Bald nach der Machtübernahme Hitlers erhielt Lungwitz Besuch vom persönlichen Adjutanten Hitlers W. Brückner.⁸⁴ Dieser bat Lungwitz angeblich, Hitler in Behandlung zu nehmen. Lungwitz war jedoch der Meinung, daß Hitler unheilbar sei und lehnte ab.⁸⁵ Unklar ist jedoch die Art der Erkrankung,⁸⁶ wegen der sich Hitler in nervenärztliche Behandlung begeben wollte. Die Folge von Lungwitz' Aussage war eine Anzeige wegen schwerer Führerbeleidigung bei Goebbels durch den Reichsgesundheitsführer Conti. Einer mit Goebbels befreundeten Patientin von Lungwitz gelang es allerdings, Goebbels davon zu überzeugen, diese Anzeige und weitere fallen zu lassen. Lungwitz rechnete in dieser Zeit trotz allem fortwährend mit „Abholung“.⁸⁷ Es gab zwar kein offizielles Lungwitz-Verbot, aber es kam in der NS-Zeit auch nicht zu einer weiteren Verbreitung von Lungwitz' Werken, wie z.B. seinem ‚Lehrbuch der Psychobiologie‘.⁸⁸

Weder in der Medizin noch in der Philosophie erfuhr Lungwitz' Werk größere Resonanz. Die Psychobiologie blieb weitgehend im verborgenen. Lungwitz ließ sich jedoch nicht beirren und fuhr sogar im Krieg mit der ‚Erkenntnistherapie‘ fort und schrieb überdies die Bände vier (1941), fünf und sechs (1942) seines Lehrbuches.⁸⁹ Der Verlag, in dem Lungwitz seine psychobiologischen Bücher, vor allem die ersten sechs Bände seines Lehrbuches der Psychobiologie, herausgebracht hatte – der Verlag Kurt Schmer-sow in Kirchhain/Niederlausitz – wurde im Krieg zerstört. Einige Exemplare von

⁸⁰ LUNGWITZ (1960), S. 10 (Zitat).

⁸¹ Lasar Kopelowitsch (1901-1941), lettischer Arzt.

⁸² Vgl. DOMINICUS (1993), S. 57f.

⁸³ Vgl. LUNGWITZ (1960), S. 10.

⁸⁴ Wilhelm Brückner (1884-1954), S.A.- Obergruppenführer, Adjutant Hitlers.

⁸⁵ Vgl. DOMINICUS (1993), S. 60f.

⁸⁶ Dominicus gegenüber sprach Lungwitz von etwaigen Absenzen, die Hitler vor Autofahrten hatte. Schweckendiek nannte Lungwitz als Grund für Hitlers Gesuch nach nervenärztlicher Behandlung „nervöse Magenbeschwerden“, die Hitler wohl dann selbst mit „Anti-Gas-Tabletten“ behandelte. Eine weitere Diagnosenvermutungen Lungwitzens war Hitlers „Abstinenzlertum“ („Antialkoholiker, Vegetarier, Jungeselle, ohne Frauenliebe“). DOMINICUS (1993), S. 60.

⁸⁷ Vgl. LUNGWITZ (1960), S. 10.

⁸⁸ Vgl. DOMINICUS (1993), S. 60f.

⁸⁹ Vgl. DOMINICUS (1993), S. 61f.

Lungwitz' Büchern konnten jedoch über Weimar nach Leipzig gerettet werden.⁹⁰ Während des Krieges lebte Lungwitz mit seiner Ehefrau im „Gartenhaus“, dem Hinterhaus des Hauses Württembergallee 8 in Berlin-Charlottenburg, das seine frühere Wohnung beherbergte.⁹¹

2.7 Rehabilitationsversuche in der Nachkriegszeit (1945-1962)

Mit dem Ende des Krieges, den beide schadlos überstanden, zogen Lungwitz und seine Frau wieder ins Haupthaus. Lungwitz nahm seine erkenntnistherapeutische Praxis wieder auf, was sich allerdings schwierig gestaltete. Lungwitz mußte täglich eine hohe Zahl von Sitzungen abhalten, da Psychotherapie nicht mehr zu den Pflichtkassenleistungen gehörte. Ferner führte Lungwitz auch seine literarische und wissenschaftliche Tätigkeit fort. Er arbeitete an einer systematischen Darstellung der ‚Erkenntnistherapie‘. Mit dem Walter de Gruyter Verlag schloß er schließlich einen Vertrag, der den Neudruck aller vergriffenen psychobiologischen Werke beinhaltete. Zu einer geplanten Wiederauflage der Entwicklungsromane und medizinischen Bücher kam es allerdings nicht. Im Jahre 1951 beschäftigte sich Lungwitz mit einem sozialmedizinischen Thema und gab einen dünnen Band mit dem Titel ‚Psychobiologie der Volksseuche Neurose‘ heraus. 1955 erschien Lungwitz' siebter Band des „Lehrbuches der Psychobiologie“.⁹²

Nach dem Ende des Nationalsozialismus entwickelte Lungwitz eine eifrige Vortragstätigkeit und bemühte sich auch an der Freien Universität Berlin vergeblich um einen Lehrstuhl. Lungwitz hatte jedoch nie habilitiert, obwohl man es ihm vor dem Ersten Weltkrieg nahegelegt hatte. Auch seine Berufsbezeichnung „Facharzt für Nerven- und Geisteskrankheiten“ trug er zu Unrecht.⁹³

Auch nach dem Krieg blieb die Resonanz auf Lungwitz' Psychobiologie bzw. ‚Erkenntnistherapie‘ gering. Dennoch hatte Lungwitz einige Schüler, wie Lasar Kopelowsch, der allerdings, wie erwähnt, im Krieg von den Nationalsozialisten ermordet wurde,

⁹⁰ Vgl. LUNGWITZ (1960), S. 10.

⁹¹ Vgl. DOMINICUS (1993), S. 62.

⁹² Vgl. DOMINICUS (1993), S. 62f.

⁹³ Vgl. DOMINICUS (1993), S. 64f.

Hans-Georg Rahn,⁹⁴ Adolf Schweckendiek,⁹⁵ Wilhelm Rieger,⁹⁶ Johann Ludwig Clauss⁹⁷ und Hermann Brückner.⁹⁸ Nach dem Krieg kamen Hans Erich Gottschalk,⁹⁹ Reinhold Becker¹⁰⁰ und Ludwig Leonhardt¹⁰¹ hinzu. Größer wurde der Kreis allerdings nicht mehr.¹⁰²

Über eine Wiedereröffnung der Schule der Erkenntnis dachte Lungwitz nie nach, aber einige Schüler von Lungwitz – Leonhardt, Rahn und Schweckendiek – gründeten 1952 eine „Psychobiologische Gesellschaft“, deren Ehrenmitglied Lungwitz wurde. Die Mitglieder waren entweder Patienten von Lungwitz oder Schüler, und ihre Zahl überstieg nie 100 Personen. Der Gesellschaft war keine Ausbildungseinrichtung angeschlossen, wie seinerzeit der „Internationalen Psychobiologischen Gesellschaft“, aber sie gab ein Korrespondenzblatt heraus, in welchem auch ab und an Veröffentlichungen von Lungwitz erschienen.¹⁰³

Im Jahre 1956 gab Lungwitz den achten und letzten Band seines Lehrbuches der Psychobiologie heraus, er hatte ihn in den 40er und 50er Jahren geschrieben. Lungwitz' Enttäuschung über die ausbleibende Verbreitung der Psychobiologie wurde in diesem Band sehr deutlich, wobei Lungwitz laut Dominicus daran nicht ganz unschuldig gewesen sein dürfte, da er Vorträge vor Fachpublikum und in wissenschaftlichen Kreisen stets gemieden hatte und auch seine Öffentlichkeitsarbeit zu wünschen übrig ließ. Zu berücksichtigen ist allerdings auch, daß es sich bei Lungwitz' Psychobiologie um etwas „radikal“ Neues handelte, unter anderem mit Neologismen und Umdeutung schon bekannter Begriffe, das an sich schon das Verständnis und die Akzeptanz erschwerte.¹⁰⁴

⁹⁴ Hans-Georg Rahn (1906-1982), Jurist und Senatspräsident am Bundesfinanzhof. Genaueres siehe LEONHARDT (1982), S. 51f.

⁹⁵ Adolf Schweckendiek (1903-1974), Historiker und Philologe.

⁹⁶ Wilhelm Rieger (1878-1971), Professor für Privatwirtschaftslehre in Tübingen.

⁹⁷ Johann Ludwig Clauss (1906-1981), Nervenarzt, Psychobiologe und Erkenntnistherapeut. Genaueres siehe BECKER (1982b), S. 45-49.

⁹⁸ Hermann Brückner (1890-1977), Arzt und Erkenntnistherapeut.

⁹⁹ Hans Erich Gottschalk (1908-1980).

¹⁰⁰ Reinhold Becker (1905-1972), Nervenarzt.

¹⁰¹ Ludwig Leonhardt (1904- Sterbejahr unbekannt), Obermedizinalrat und Psychotherapeut. Genaueres siehe Anzeige „Dr. Ludwig Leonhardt 85 Jahre“ in Psychobiologie, Zeitschrift der Psychobiologischen Gesellschaft (1989), S. 200.

¹⁰² Vgl. DOMINICUS (1993), S. 65f.

¹⁰³ Vgl. DOMINICUS (1993), S. 66.

¹⁰⁴ Vgl. DOMINICUS (1993), S. 68f.

2.8 Die letzten Jahre (1962-1967)

Am 28. November 1962 starb Lungwitz' Ehefrau Anna – von Lungwitz ‚Annel‘ genannt – nach 54 Jahren glücklicher, aber kinderloser Ehe. Dieser Verlust traf Lungwitz schwer, er wurde in jener Phase häufig als depressiv beschrieben.¹⁰⁵ Zu dieser Depression kam eine zunehmende gesellschaftliche Isolation. Dennoch hielt er täglich vier Stunden therapeutische Sitzungen. Außer der Haushälterin kümmerte sich auch Gertrud Weingarten,¹⁰⁶ eine Anhängerin der Psychobiologie, um Lungwitz. Anfangs war sie seine „wissenschaftliche Mitarbeiterin“, später wurde sie zu seiner Lebensgefährtin. Sie begleitete Lungwitz in seinen letzten Jahren und gab seinem Leben und der Psychobiologie durch ihren Tatendrang und ihre Belesenheit neuerliche Impulse. Das vierteljährlich erscheinende Korrespondenzblatt der Gesellschaft für Psychobiologie stand von 1964 bis 1967 unter Weingartens Schriftleitung. Ihre Idee, ein Taschenbuch zu veröffentlichen, in welchem „Brücken“ zwischen den Einzelwissenschaften, wie Medizin, Philosophie, Psychologie usw., und der Psychobiologie hergestellt werden sollten, wurde trotz vieler Bemühungen nicht umgesetzt.¹⁰⁷

Im Jahr 1967 versiegte Lungwitz' Lebenswille, und er nahm schließlich in der Nacht von 18. Juni auf 19. Juni 1967 eine Überdosis Schlaftabletten. Am 24. Juni 1967 verstarb Lungwitz im Berliner Westend-Krankenhaus. Sein Schüler Johann Ludwig Clauss hielt am 8. Juli 1967 anlässlich der Beisetzung von Lungwitz' Urne auf dem Waldfriedhof in Berlin die Grabrede.¹⁰⁸

¹⁰⁵ Vgl. DOMINICUS (1993), S. 79.

¹⁰⁶ Gertrud Weingarten (1902-1992), Künstlerin und Psychobiologin. Genauerer siehe BAUMEISTER (1992), S. 109f. und FROEHLICH (1992), S. 11f.

¹⁰⁷ Vgl. DOMINICUS (1993), S. 79f.

¹⁰⁸ Vgl. DOMINICUS (1993), S. 80.



Abb. 2: Hans Lungwitz 1952, DOMINICUS (1993)

3. Lungwitz und die Psychobiologie

Lungwitz schrieb 1960 über seine Schulzeit: „Es genügte mir nicht, das Schulwissen in den jeweiligen Entwicklungsstufen kennen zu lernen; ich war schon immer darauf aus, die Wesensfrage zu stellen, den Menschen zu studieren, die Zusammenhänge des Geschehens zu ermitteln, ohne freilich mich als Zuschauer zu distanzieren: ich lebte u. erlebte inmitten meiner Welt, ‚der‘ Welt.“¹⁰⁹

Auch während des Studiums beschäftigte sich Hans Lungwitz, wie er in seiner Autobiographie schreibt, mit dem „Problem Mensch“ und trat angeblich schon 1903¹¹⁰ mit dem von ihm geprägten Begriff ‚Psychobiologie‘ an die Öffentlichkeit. Er meinte schon damals, das Leib-Seele-Problem überwunden zu haben. Auch habe er sich in seinem praktischen Jahr vor allem mit der Psychobiologie des Kindes beschäftigt.¹¹¹

Ab 1921 setzte sich Lungwitz mit der Freudschen Psychoanalyse auseinander, die zu jenem Zeitpunkt bereits als anerkannte Wissenschaft galt. Schon bald stellte er der psychoanalytischen Therapie mit der ‚Biologischen Philosophie‘ eine eigene Erkenntnislehre gegenüber und verließ somit das Gebiet der Psychoanalyse.¹¹² In den 20er Jahren des 20. Jahrhunderts errichtete Lungwitz ein als ‚Psychobiologie‘ – wie er seine ‚Biologische Philosophie‘ nun nannte – bezeichnetes Lehrgebäude.¹¹³ Seine Anschauungen und die daraus abgeleitete Therapieform (‚Erkenntnistherapie‘) legte er in einem insgesamt achtbändigen, mehr als 5.500 Seiten umfassenden Lehrbuch nieder.¹¹⁴ Obwohl die psychobiologische Lehre in mehrere deutschsprachige (Fach-)Lexika Aufnahme fand,¹¹⁵ blieb dem Lungwitzschen Werk der große Durchbruch in der Wissenschaft und beim breiten Publikum versagt.¹¹⁶

Lungwitz’ erste Veröffentlichungen über das Thema Psychobiologie erschienen 1924, ebenso wie der Aufsatz ‚Psychobiologie und ihre Bedeutung für die ärztliche Praxis‘ und die Broschüre ‚Über Psychoanalyse‘, die irritierenderweise den Freudschen Begriff

¹⁰⁹ Vgl. LUNGWITZ (1960), S. 5 (Zitat).

¹¹⁰ Vgl. Anm. 69, S. 11.

¹¹¹ Vgl. LUNGWITZ (1960), S. 6f.

¹¹² Vgl. DOMINICUS (1993), S. 32-44.

¹¹³ Vgl. DOMINICUS (1993), S. 11.

¹¹⁴ Vgl. LUNGWITZ (1933a-c, 1941, 1942a u. b, 1955 u. 1956).

¹¹⁵ BROCKHAUS (1998), S. 568; BERTELSMANN LEXIKON (1974), S. 113.

¹¹⁶ Vgl. DOMINICUS (1993), S. 61f.

‚Psychoanalyse‘ im Titel trägt, vom Inhalt her aber mit dieser nicht identisch ist, sondern Lungwitz‘ Gedanken über das Leib-Seele-Problem ausführt.¹¹⁷

In seinem Buch ‚Die Entdeckung der Seele. Allgemeine Psychobiologie‘¹¹⁸ legte Lungwitz 1925 den Grundstock seiner Theorie; er bezeichnete dieses Werk auch als sein „Skizzenbuch“. Später baute er darauf sein achtbändiges Lehrbuch der Psychobiologie auf, das die spezielle Psychobiologie und die ‚Erkenntnistherapie‘ darlegt; er bezeichnet es als „Ausführungen“ seiner Skizzen. Zwischen dem allgemeinen und dem speziellen Werk besteht eine außergewöhnliche Übereinstimmung, was beweist, daß Lungwitz sich bzw. seiner Lehre weitgehend treu geblieben ist.¹¹⁹ Lungwitz wandte sich 1933 der Ausführung der speziellen Psychobiologie zu und schrieb den ersten bis dritten Band seines Lehrbuchs der Psychobiologie; während des Krieges verfaßte er Band drei und vier und erst 1955 bzw. 1956 schloß er sein Werk mit Band sieben und acht ab.¹²⁰

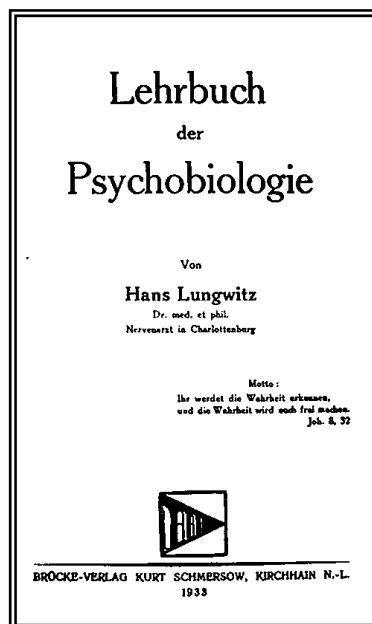


Abb. 3: Titelseite ‚Lehrbuch der Psychobiologie‘, LUNGWITZ (1933a)

¹¹⁷ Vgl. DOMINICUS (1993), S. 34f.

¹¹⁸ LUNGWITZ (1925).

¹¹⁹ Vgl. DOMINICUS (1993), S. 37.

¹²⁰ Vgl. DOMINICUS (1993), S. 84.

Parallel zur Entstehung der Psychobiologie entwickelte Lungwitz eine Methode, die Psychobiologie therapeutisch bei Neurosen anzuwenden, er nannte diese Form der Neurosenbehandlung ‚Erkenntnistherapie‘.¹²¹

Im folgenden soll nun Lungwitz’ Werk – die Psychobiologie – kurz vorgestellt werden.

3.1 Die Psychobiologie

Einleitung

Die größte Schwierigkeit für das Verständnis des Lungwitzschen Werkes liegt in der von ihm durchgeführten Prägung neuer Begriffe (Neologismen) und in der Umdefinition bereits bestehender Bezeichnungen.¹²²

Der Übergang von Zweifel zu Erkenntnis

Die Psychobiologie ist als Brücke zwischen „Philosophie und Naturwissenschaft, insbesondere Psychologie und Neurobiologie“ zu sehen.¹²³ In der Psychobiologie werden, wie ihr Name sagt, zwei Grundsätze verbunden: Auf der einen Seite die Gegensätzlichkeit in der menschlichen Anschauung, wie Psyche und Physis, auf der anderen Seite die Meinung, daß psychische Vorgänge auf biologische Vorgänge zurückzuführen seien. Hierdurch wird die verbreitete Meinung, daß der Mensch so etwas wie eine Seele, etwas Geistiges, besitze und daß alle Geschehnisse auf Ursächlichkeit beruhten, in Abrede gestellt.¹²⁴

Die Ansicht, daß der Mensch eine Seele besitze, die für die Wahrnehmung, das Denken, das Fühlen, den Willen usw. zuständig sei, kann laut Lungwitz als ‚fiktionale Denkweise‘ bezeichnet werden – Lungwitz nennt sie ‚dämonistisch‘. Der Glaube an eine diffuse Belebtheit aller Dinge wird ‚Animismus‘ genannt und der Glaube an Götter und Geister ‚Dämonismus‘. Den Begriff ‚Motivismus‘ schreibt Lungwitz der Eigenart zu, metaphysische Mächte in die Ursachen, Bedingungen und Zwecke aller Dinge und allen Denkens hineinzudeuten, also dem Kausalismus, Konditionalismus und Finalismus.¹²⁵ Dieses dämonistische Denken steht, so Lungwitz, der Lösung des Leib-Seele-Problems entgegen und führt zu weltanschaulichen Zweifeln. Die Lösung ist nur durch ein Ver-

¹²¹ Vgl. DOMINICUS (1993), S. 47.

¹²² Zur psychobiologischen Arbeit von Lungwitz vgl. auch FISCHBACH (2003/2004), im Druck.

¹²³ Vgl. ZABKA (1991), S. 1.

¹²⁴ Vgl. RAHN (1973), S. 7.

¹²⁵ Vgl. RAHN (1973), S. 9.

lassen des fiktionalen Denkens möglich. Eine darausfolgende neue Weltanschauung nennt Lungwitz die ‚realische oder psychobiologische Weltanschauung‘, die frei von jeder Fiktion sei und die Dinge als rein biologische Tatsachen erkenne. Hierbei könne das Wesen der Dinge in drei Teile untergliedert werden, einmal in ‚das Erkannte‘ (das Objekt, das Gedachte, das Bewußte, das Wahrgenommene, das Angeschaute usw.), dann in ‚das Erkennende‘ (das Wahrnehmende, das Anschauende, das Denkende usw.) und schließlich in ‚das Erkennen‘ (das Wahrnehmen, Anschauen, Denken) selbst. Lungwitz ging dabei von der Auffassung aus, daß „die biologische Funktion des Nervensystems einschließlich der Hirnrinde als Organ des Bewußtseins“¹²⁶ zu sehen ist und daß alle sogenannten psychischen Vorgänge eine biologische Grundlage haben.¹²⁷

Das Wesen der Betrachtungsweise, Anschauung

Durch ‚erkenntnistheoretische Überlegungen‘ gelangte Lungwitz zu dem Ergebnis, daß das Wesen der menschlichen Betrachtungsweise die ‚Gegensätzlichkeit‘ ist – Anschauendes (bzw. Subjekt) und Angeschautes (bzw. Objekt).¹²⁸ Gegensätzlichkeit ist abstrakt ausgedrückt Gegengeschlechtlichkeit.¹²⁹ Zwischen den beiden Partnern besteht eine ‚anschauungsgemäße Zugleichheit‘, d.h. Objekt und Subjekt sind immer gemeinsam zur gleichen Zeit vorhanden. Es herrscht Polarität, so etwa zwischen Anschauendem und Angeschautem, Subjekt und Objekt, Seele und Leib, Psyche und Physis usw.. Das Objekt ist das Wahrgenommene, Existente, Seiende, Etwas; wonach das Subjekt, als polarer Gegensatz dazu, das Wahrnehmende, Nicht-Existente, Nicht-Seiende, Nichts ist. Das Objekt wiederum kann nicht nur ein Gegenstand, sondern auch ein Gefühl oder ein Begriff (z.B. eine Erinnerung) sein. Das Objekt ‚Gefühl‘ wird von Lungwitz in fünf Grundgefühle unterteilt – Hunger, Angst, Schmerz, Trauer und Freude. Das Objekt ‚Begriff‘ kann Liebe, Wahrheit, Vernunft u.a. sein, aber auch die Erinnerung an optische, akustische, usw. Gegenstände. Das Objekt ist das einzige, was beschreibbar ist.¹³⁰ Essentiell für erkenntnistheoretisches Denken ist Lungwitz zufolge die strenge Unterscheidung zwischen Erleben und Beschreiben. Es besteht z.B. immer nur eine Subjekt-Objekt-Beziehung, die das Ich gerade erlebt; daß andere Menschen auch gerade eben

¹²⁶ RAHN (1973), S. 12 (Zitat).

¹²⁷ Vgl. RAHN (1973), S. 12.

¹²⁸ Vgl. RAHN (1973), S. 13.

¹²⁹ Vgl. DOMINICUS (1993), S. 34.

¹³⁰ Vgl. RAHN (1973), S. 13f.

dies erleben, weiß man nur aus deren Beschreibung. Alle Objekte sind jedoch verschieden, sind einmal Begriff, einmal Gegenstand, einmal Gefühl, sie sind immer anders, sie sind bewegt, und sie verändern sich; anschauungsgemäß sind sie jedoch raumzeitlich. Diese Verschiedenheit bezeichnet Lungwitz als ‚interpolare Gegensätzlichkeit‘. Das Individuum besteht nun in ‚anschauungsmäßiger Zugleichheit‘ aus der Subjekt-Objekt-Beziehung und ist somit „unteilbar“. Diese Einheit, die Anschauung, nennt Lungwitz ‚Eron‘, was er auch gleichsetzt mit dem Begriff Objekt. Mehrere Objekte oder Eronen bilden eine Objektreihe und geben einem Individuum eine höhere Ordnung. Das Subjekt wiederum hat einen doppelten Sinn: einmal ist es der polare Gegensatzpartner zum Objekt, aber es ist auch das Objekthafte an einem selbst, wie Arme, Beine, Rumpf usw.¹³¹

Die Entstehung des Bewußtseins

Lungwitz zufolge sind alle psychologischen Abläufe biologischer Natur; das Nervensystem ist somit das ‚Organ des Bewußtseins‘. Der Mensch besteht nach Lungwitz aus ständig aktiven ‚Reflexsystemen‘, die aus ‚Empfangsapparat‘, der zuleitenden Nervenstrecke, der zentralen Nervenzelle, der ableitenden Nervenstrecke und dem ‚Ausdrucksapparat‘ bestehen. Diejenigen Anteile des Reflexsystems, die mit der Hirnrinde in Verbindung stehen, nennt Lungwitz ‚Assoziationssysteme‘. Die in der Hirnrinde – dem ‚Organ des Bewußtseins‘ – liegenden Zellen bezeichnet Lungwitz als ‚Denkzellen‘. In der ‚Funktionsakme‘ der Denkzelle, die den Höhepunkt der Funktionskurve darstellt, kommt es zum Erscheinen des Bewußten, des Objektes, das die spezifische Funktion der Denkzelle darstellt. Die biologische Veränderung in einem Nerven während eines Reflexes, also den Nervenstrom, bezeichnet Lungwitz als ‚Eronenstrom‘. Die Eronen, die in Schwingung sind, gehen Verbindungen mit der Kernsubstanz der Denkzellen ein. Die Funktionsakme stellt nun die Vereinigung von ‚fremden‘ und ‚heimischen‘ Eronen dar. Es kommt zum aktuellen Funktionieren der Zelle und somit zum ‚Da-sein des Bewußtseins‘. Entsprechend der Spezifität der einzelnen Denkzellen (Lungwitz unterscheidet Gefühls-, Gegenstands- und Begriffszellen) kommt es im Augenblick der Funktionsakme zum Bewußtsein eines spezifischen Gefühls, Gegenstandes oder Begriffes. Immer nur diejenige Denkzelle mit dem stärksten Eronenstrom funktio-

¹³¹ Vgl. RAHN (1973), S. 15f.

niert allerdings aktuell. Weiter läßt sich das Bewußtsein in genische (zum Liebesgebiet gehörend) und trophische (zum Ernährungsgebiet gehörend) Aktualitäten unterteilen.¹³²

Leib und Seele

Das Unbewußte entspricht den aktuell nicht funktionierenden Denkhellen. Die Entstehung des Bewußtseins ist also ein biologischer Vorgang, und auch die psychischen Ereignisse sind physischer Natur. In den Denkhellen findet eine Abfolge von Übergängen statt. Da das Objektive, z.B. die Materie, undurchdringlich ist, kann es nur durch Auseinanderweichen von Teilchen zum Eindringen des polar gegensätzlichen Partners in die Zwischenräume des aufnehmenden Körpers kommen. Das Leib-Seele-Problem wird laut Lungwitz schließlich gelöst durch das Erkennen des Gegensatzes Leib : Seele und der polaren Gegensätzlichkeit Etwas : Nichts.¹³³

Nervensystem und Muskulatur

Die Funktionsweise des Nervensystems erklärt Lungwitz folgendermaßen: Nerven- bzw. Eronenströme laufen von den ‚empfangenden‘ Stellen über die Zentralstelle zu den ‚abgebenden‘ Stellen. Wenn der Strom über die Hirnrinde läuft, werden die Denkhellen und assoziierenden Nervenfasern- und Bahnen passiert. Jeder Gefühlszelle (d.h. jede Denkhelle mit der Aktualität ‚Gefühl‘) ist eine Gegenstandszelle und eine Begriffszelle zugeordnet. Es gibt fünf Aktualitäten der Gefühle, denen jeweils eine Gefühlszelle zugeordnet ist. Man differenziert demnach – den Grundgefühlen entsprechend – zwischen Hunger- (Verlangen, Begehren, Wünschen, Wollen usw.), Angst-, Schmerz-, Trauer- und Freudesystemen. In der Entwicklung der Hirnrinde differenzieren sich zunächst die Gefühlszellen, dann folgen die Gegenstandszellen und schließlich die Begriffszellen. Die Gegenstände der Gegenstandszellen sind mehr oder weniger identisch mit den Gegenständen der Außenwelt, während die Begriffe Erinnerungen an Gegenstände bzw. Gefühle darstellen. Zu den Gegenständen werden nicht nur sichtbare Gegenstände gezählt, sondern auch Gerüche, Laute, Berührungen, Geschmäcke, Temperaturen, Lage- oder Kraftpunkte usw.. Die Begriffe stellen Erinnerungen an Haus, Tisch, Stuhl, Baum, Tiere, Menschen, aber auch Töne und anderes mehr dar. Der Sympathikus bzw. der

¹³² Vgl. RAHN (1973), S. 19-22.

¹³³ Vgl. RAHN (1973), S. 23-25.

Parasympathikus sind die ‚Reflexsysteme‘ der Gefühlszellen mit den sympathischen und parasympathischen Nerven.¹³⁴

Der am Ende des Reflexsystems stehende z.B. sympathische ‚Abgabeapparat‘ sind die Muskeln der inneren Organe (glatten Muskeln, Drüsen usw.), während der sensorische ‚Abgabeapparat‘ die quergestreifte Skelettmuskulatur ist. Die Organe (z.B. Herz, Magen, Darm, Drüsen) funktionieren derart, daß durch den ‚Hungerausdruckapparat‘ die Höhle bis zur Hungerweite kontrahiert wird, der ‚Angstausdrucksapparat‘ verschließt sie vollständig, der ‚Schmerzausdrucksapparat‘ führt zu Drehungen und Windungen, während der ‚Trauerausdrucksapparat‘ zur langsamen Erweiterung und der ‚Freudeausdrucksapparat‘ schließlich zur vollständigen Erweiterung der Höhle führt. Auch die Funktion der Skelettmuskeln mit ihren runden, schrägen und längsangeordneten Fasern funktioniert in der gleichen Weise.¹³⁵

Diese Muskelbewegungen lassen sich ferner in willkürliche und unwillkürliche unterteilen. Hinter den willkürlichen Muskelbewegungen steht laut Lungwitz eine Absicht, eine Zielvorstellung oder die Aktualität von Begriffszellen, also eine Begriffsreihe, die für die Innervation von Skelettmuskeln indirekt mit verantwortlich ist. Die unwillkürliche Muskelbewegung ist einmal die Aktion der glatten Muskulatur der inneren Organe, die unter der Innervation der Gefühlssysteme steht und zum anderen aber auch diejenigen Bewegungen der Skelettmuskulatur, die unbewußt ablaufen (z.B. Lidschlag usw.).¹³⁶

In jedem Geschehen und Erleben ist nun der Ablauf der fünf Grundgefühle in folgender Reihenfolge zu finden: Hunger, Angst, Schmerz, Trauer und Freude.¹³⁷

In der Nervenzelle (Neuron), bzw. Denzelle läuft folgender Prozeß ab. Das Neuron wird von einem Eronenstrom durchflossen.¹³⁸

Das gesamte Erleben und Beschreiben spielt sich innerhalb des Bewußtseins ab, was bedeutet, daß das Unbewußte, bzw. das Nicht-mehr- und Noch-nicht-Bewußte nur an

¹³⁴ Vgl. RAHN (1973), S. 29f.

¹³⁵ Vgl. RAHN (1973), S. 30f.

¹³⁶ Vgl. RAHN (1973), S. 31f.

¹³⁷ Ein Beispiel sei die Nahrungsaufnahme: „Zunächst ist das Hungergefühl da, man denkt an das Essen, es treten also hungerefühlige Begriffe auf, schließlich aber sieht und ergreift man die Nahrung: Erleben hungerefühliger Gegenstände. Es folgt das Angststadium; gewisse Vorbereitung, Überlegung, was man wählen soll usw.. Das Schmerzstadium besteht in der Handhabung des Besteckes zum Zerlegen der Speisen, im Beißen, Kauen, woran sich dann Vorgänge anschließen, die wieder für sich nach dem gleichen Schema ablaufen (...). Es schließt sich das Trauerstadium an; man hat abgegessen, hat's geschafft, ist müde, matt, ruht aus. Endlich kommt das Freudestadium, das Gefühl der Sättigung, des Behagens, das so lange (abnehmend) anhält, bis die neue Hungerwelle einsetzt.“ RAHN (1973), S. 32.

¹³⁸ Vgl. RAHN (1973), S. 32f.

dem uns Bewußten beschrieben werden kann. Denn von den Denkkzellen ist immer diejenige, die vom stärksten Eronenfluß passiert wird, aktuell in Funktion.¹³⁹ Die Eronenbewegung in der Hirnrinde kann als Denkprozeß an sich gesehen werden, wobei der Vorgang unbewußt ist. Es wird jedoch immer nur die eigene Welt – als Summe der Aktualitäten der Denkkzellen – wahrgenommen, nie die eines anderen Menschen. Von dieser weiß man nur aus den Beschreibungen der anderen.¹⁴⁰

Die drei Arten von Objekten: Gefühle, Gegenstände und Begriffe

In der Großhirn- und der Kleinhirnrinde findet man die ‚sensile Denksphäre‘ mit den Gefühlszellen des sympathischen und parasympathischen Nervensystems. Diese sensile Denksphäre kann wiederum unterteilt werden in Sinnesfelder, wie das optische, akustische, taktile Zentrum usw.¹⁴¹

Lungwitz unterscheidet zwei Arten von Gefühlen: die ‚Grundgefühle‘ und die ‚Mischgefühle‘. Zu den ‚Grundgefühlen‘ zählt er:

- Hunger (auch ‚Leeregefühl‘, Bedürfnis, Durst, Verlangen, Trieb, Wunsch, Wille).
- Angst (auch ‚Öffnungsgefühl‘, Gefühl des Eingengt-, Bedrängtseins, der Unsicherheit, des Schwankens, der Hemmung).
- Schmerz (auch ‚Schwellengefühl‘, Gefühl der Trennung, des Abschieds, des Drehens, Windens, Kämpfens und Leidens).
- Trauer (auch Gefühl des ‚Stückseins‘, der Kleinheit, der vollzogenen Trennung, des Ausgestoßenseins, der Verlassenheit).
- Freude (auch Gefühl des ‚Ganzseins‘, der Größe, des ‚Vollendetseins‘, ‚Erfülltseins‘, des Erfolgs, der Zufriedenheit, der Sättigung).¹⁴²

Bei den Gefühlen, Gegenständen und Begriffen lassen sich laut Lungwitz die ‚Genik‘ und die ‚Trophik‘ unterscheiden. Die Teile der ‚Genik‘, als Gebiet der Zeugung, sind demnach die Genitalorgane und die entsprechenden Nervenbahnen. Die Teile der ‚Trophik‘ werden drei Systemen zugeordnet: dem Verdauungstrakt, dem Gefäßtraktus

¹³⁹ Vgl. RAHN (1973), S. 34.

¹⁴⁰ Vgl. RAHN (1973), S. 37f.

¹⁴¹ Vgl. RAHN (1973), S. 39.

¹⁴² Ebenda.

und dem Atemtrakt. Jedes ‚genische‘ Organ besitzt jedoch auch ‚trophische‘ ‚Reflexsysteme‘ und umgekehrt. Die beiden Gebiete Genik und Trophik haben biologische Gleichrangigkeit.¹⁴³

Als erstes erlebt Lungwitz zufolge jeder Mensch Gefühle, später kommen Gegenstände hinzu und schließlich Begriffe, die Erinnerungen darstellen. Man kann hunger-, angst-, schmerz-, trauer- und freudegefühlige Begriffe differenzieren, aber auch ‚genische‘ und ‚trophische‘ Begriffe. Es gibt drei Zonen in der Begriffswelt: Die erste Zone enthält die „einfachen“ Begriffe, auch ‚Individualbegriffe‘ genannt, da sie dem eben erinnerten gegenständlichen Individuum entsprechen. Die zweite Zone beinhaltet primäre ‚Kollektivbegriffe‘, die das Gemeinsame einer Gruppe von Individualbegriffen darstellen. Zur dritten Zone gehören schließlich die sekundären oder finalen Kollektivbegriffe bzw. ‚Endbegriffe‘, welche die Einheit einer Gruppe von primären Kollektivbegriffen bilden.¹⁴⁴

Werden und Vergehen

Erlebt werden kann immer nur ein Objekt: mehrere Objekte existieren nur in der Beschreibung. Objekte, die aufeinanderfolgen, werden zu einer Reihe verknüpft und als ‚Eronenkomplexe‘, zusammengesetzte Individuen oder Individuen „höherer Ordnung“ beschrieben.¹⁴⁵

Die Veränderungs- und Bewegungskurve jedes Geschehens nennt Lungwitz ‚Bewegungsgesetz‘.¹⁴⁶ Das Leben besteht demnach aus einer aus vielen Einzelkurven zusammengesetzten Kurve, in der ein ansteigender und ein absteigender Teil zu finden ist.¹⁴⁷

Herausragend aus diesen Wellen und Kurven sind die drei „Krisen“ Geburt, Pubertät und Tod. Bei der Geburt tritt das Kind aus der engen, Geborgenheit ausstrahlenden Höhle des Mutterleibes in einen weiteren Kreis, ins freie Leben; dies wird als „gemeinsames Werk von Mutter und Kind“ angesehen. Die Pubertät wird als Übergang aus dem Elternhaus in die Welt des Jugendalters gesehen, also aus einem engeren Kreis in einen weiteren. Dieser Übergang vollzieht sich wie auch schon die Geburt nach dem Schema Hunger, Angst, Schmerz, Trauer, Freude: Hunger nach Freiheit und Verlassen des El-

¹⁴³ Vgl. RAHN (1973), S. 42-43.

¹⁴⁴ Vgl. RAHN (1973), S. 45-47.

¹⁴⁵ Vgl. RAHN (1973), S. 48.

¹⁴⁶ Vgl. RAHN (1973), S. 48f.

¹⁴⁷ Vgl. RAHN (1973), S. 54.

ternhauses, Angst vor Prüfungen und der Welt der Großen, Schmerz beim Durchstehen und Bewältigen von Schwierigkeiten in Beruf und Liebe, Trauer nach der sorglosen Zeit als Kind und im Elternhaus und schließlich Freude über die errungene Selbständigkeit, die mit der Hochzeit die Pubertät abschließt. In dieser Weise wird sich gemäß Lungwitz auch das Sterben, als letzte große „Krise“, ereignen.¹⁴⁸

Die Kurve des Lebens eines jeden Menschen vollzieht sich nach dessen Spezifität, wobei der Verlauf sowohl normal als auch abnormal sein kann, jeweils mit einer entsprechenden Variationsbreite.¹⁴⁹

Die verschiedenen Denkweisen

Die Entwicklung der ‚Reflexsysteme‘, unter anderem der Hirnrinde mit ihren Denkelementen verläuft deckungsgleich mit der Entwicklung des Menschen. Die Funktion des Denkens der Hirnrinde ist für jede Entwicklungsstufe unterschiedlich, es werden fünf Denkweisen unterschieden; die embryonale, die infantile, die juvenile, die mature und die senile Denkweise.¹⁵⁰ Die Entwicklung der Denkweisen kann wiederum in mehrere Stadien unterteilt werden. Sie beginnt mit der chaotischen Denkweise des Kleinkindes, gefolgt von der animistisch-magischen des jüngeren Kindes, der mythischen Denkweise des älteren Kindes, der mystischen des Jugendlichen und schließlich der kausalistischen, oder aber realistischen Denkweise des Erwachsenen.¹⁵¹

Zuerst reift die Funktion der Gefühlszellen, noch während deren Entwicklung beginnen auch die Gegenstandszellen ihre Funktion auszubilden, und wieder überschneidend damit beginnt schließlich die Reifung der Begriffszellen. In der Embryonalzeit treten die ersten Gefühle auf, in der infantilen und juvenilen Phase wird erstmals Gegenständliches erlebt. Der Horizont erweitert sich immer mehr. Der Beginn der idealistischen Denkweise, der Begriffsbildung, liegt in der frühinfantilen Zeit und erreicht in der matura Zeit den Entwicklungshöhepunkt, dessen Grad von der zu diesem Zeitpunkt vorhandenen Lebensweisheit bestimmt wird. Danach schließt sich der absteigende Teil der Lebenskurve an, mit der senilen Denkweise am Ende.¹⁵² Bis zu einer bestimmten Ent-

¹⁴⁸ Vgl. RAHN (1973), S. 49-52.

¹⁴⁹ Vgl. RAHN (1973), S. 53.

¹⁵⁰ Vgl. RAHN (1973), S. 56.

¹⁵¹ Vgl. DOMINICUS (1993), S. 43.

¹⁵² Vgl. RAHN (1973), S. 56.

wicklungsstufe des Gehirns wird das menschliche Denken noch vom ‚Kausalismus‘ (‚Motivismus‘, ‚Dämonismus‘) beherrscht.¹⁵³

Die zeiträumlichen Abläufe Denken und Handeln des Menschen geschehen entsprechend der Spezifität seiner ‚Reflexsysteme‘. Die Reflexe können nur in der einen bestimmten Weise ablaufen, da sie biologisch determiniert sind. Nur der motivistisch und nicht realisch Denkende deutet in diese rein biologischen Abläufe eine Ursächlichkeit hinein.¹⁵⁴

Psychobiologie und andere Lehren

Die Psychobiologie ist Lungwitz zufolge eine biologische oder ‚realische‘ Weltanschauung, die weder spiritualistisch noch materialistisch ist. Auch kann man sie weder dem Positivismus, noch Rationalismus, der Metaphysik, dem Subjektivismus, dem Individualismus, dem Fatalismus oder dem motivistischen Determinismus zuordnen. Die Psychobiologie läßt sich in keiner der üblichen Einteilungen unterbringen, da sie über alle hinausgewachsen ist: Aufgrund ihrer Erkenntnisse kann sie als eine neue Weltanschauung gesehen werden. Sie weicht mit der Erkenntnis des Wesens der Anschauungen, der Lösung des Leib-Seele-Problems und mit ihrem biologischen Denken grundsätzlich von allen anderen ab. Die Grundlage ihrer Theorie besteht aus anschauungs- und beschreibungsmäßigen Tatsachen, und sie baut auf Erkenntnis und nicht auf Deutung oder Zweifel.¹⁵⁵ Lungwitz bezeichnet die Psychobiologie selbst als „...die genetische Weiterführung des menschlichen Denkens zur letztmöglichen Reife. [...] Sie ist nicht eine entlegene Theorie, sondern [...] sie ist rein empirische Lebensweisheit.“¹⁵⁶

¹⁵³ Vgl. RAHN (1973), S. 58.

¹⁵⁴ Vgl. RAHN (1973), S. 64f.

¹⁵⁵ Vgl. RAHN (1973), S. 66-72.

¹⁵⁶ Vgl. RAHN (1973), S. 72.

3.2 Die ‚Erkenntnistherapie‘

Die praktische Anwendung der Psychobiologie in der Neurosenbehandlung, die Lungwitz ‚Erkenntnistherapie‘ nannte, stellte er in der 1924 erschienen Broschüre ‚Über Psychoanalyse‘ und in verschiedenen Artikeln in psychiatrischen Zeitschriften vor. Einige Jahre später, 1932, veröffentlichte Lungwitz das Buch ‚Erkenntnistherapie für Nervöse‘, das das Wesen der Neurosen, ihre Symptomatik und Behandlungsmethode ausführte. Eine noch ausführlichere Abhandlung über die ‚Erkenntnistherapie‘ findet man im sechsten Band seines Lehrbuches mit dem Titel ‚Das Wesen der Krankheit und der Genesung‘, der 1942 erschienen ist, und im siebten Band mit dem Titel ‚Die Neurosenlehre. Die Erkenntnistherapie‘, der als Rohmanuskript schon 1940 vorlag, jedoch erst 1955 veröffentlicht wurde.¹⁵⁷

Nachfolgend sollen nun die Neurosenlehre und hieraus abgeleitet die ‚Erkenntnistherapie‘ kurz umrissen werden.

Lungwitz beschreibt den Menschen als ‚Reflexwesen‘, wobei die Krankheit als ein „Stehenbleiben spezifischer Reflexsysteme (= Persönlichkeitsanteile) auf infantiler Entwicklungsstufe“¹⁵⁸ zu sehen ist, was als ‚Infantilismus‘ bezeichnet wird. Eine Abweichung in der Entwicklung des Menschen von der Norm kann sich auf funktionelle oder anatomische Art vollziehen. Die Neurose sieht Lungwitz hierbei als funktionellen Infantilismus oder ‚Denkkrankheit‘. Sie tritt erstmals häufig in der Pubertät auf; ihre Ursache liegt in der Beibehaltung der frühkindlichen ‚All-Einheit‘.¹⁵⁹ Die Symptomatik der Neurose wird in der Form der Verteidigung dieser ‚All-Einheit‘ manifest. Man unterscheidet verschiedene Formen der Symptomatik. Neurosen auf dem Liebesgebiet werden ‚Genosen‘ genannt, Neurosen auf dem ‚Arbeitsgebiet‘ entsprechend ‚Trophosen‘, ferner gibt es ‚Gefühls-, Gegenstands- und Begriffsneurosen‘, sowie ‚Hunger-, Angst-, Schmerz-, Trauer- und Freude-Neurosen‘.¹⁶⁰

Die Lungwitzsche Behandlung der Neurosen, also die ‚Erkenntnistherapie‘, nannte Lungwitz auch ‚ärztlich-philosophischen Unterricht‘. Ziel ist der Ausgleich der Ent-

¹⁵⁷ Vgl. DOMINICUS (1993), S. 47.

¹⁵⁸ DOMINICUS (1993), S. 50.

¹⁵⁹ Die frühkindliche All-Einheit (auch Gottheit, Absolutheit, Alldämonie) ist der Gegensatz der ‚feindlichen Dämonie des Dus‘, der ‚anderen‘ im Sinne der Erwachsenen.

¹⁶⁰ Vgl. DOMINICUS (1993), S. 50f. Genaueres hierzu siehe in LUNGWITZ (1942b) und LUNGWITZ (1955).

wicklungsdifferenz des Neurotikers. Da der Hintergrund seiner Symptomatik dem Neurotiker nicht bekannt ist, wird im therapeutischen Dialog versucht, vom Symptom ausgehend und zu diesem immer wieder zurückkehrend dem Patienten eine Erkenntnis zu vermitteln, um über die Aufklärung eine ‚Nachentwicklung‘ herbeizuführen. Die Therapie ist erfolgreich abgeschlossen, wenn der Patient die magische Verteidigung seiner ‚All-Einheit‘, bzw. seiner Absolutheit, aufgibt, was meist auch zu einer Besserung oder zu einem kompletten Verschwinden der Symptome führt.¹⁶¹

Angewandt werden kann die therapeutische Psychobiologie bzw. ‚Erkenntnistherapie‘ laut Lungwitz bei allen Leiden, bei denen ein Ausgleich der Entwicklungsdifferenz möglich ist, vor allem bei den verschiedensten Formen der Neurosen. Auch bei organischen Krankheiten ist die ‚Erkenntnistherapie‘ Lungwitz zufolge zusätzlich zur chirurgischen und internistischen Therapie anwendbar. Das Alter des Lungwitzschen Patientenklentels lag zwischen neun und 62 Jahren, und die Dauer der Behandlung war mit durchschnittlich 50 Sitzungen relativ kurz.¹⁶² Einzuordnen sei die ‚Erkenntnistherapie‘ laut Dominicus in das System der kognitiven Therapien, da sie eine Verbindung herstelle zwischen Psychoanalyse und Verhaltenstherapie.¹⁶³

¹⁶¹ Vgl. DOMINICUS (1993), S. 52.

¹⁶² Vgl. DOMINICUS (1993), S. 53.

¹⁶³ Vgl. DOMINICUS (1993), S. 54.

4. Der Beitrag von Hans Lungwitz (1881-1967) zur Reform des Gesundheitswesens

4.1 Die Situation der Ärzteschaft im Deutschen Reich (1871-1919)

Als Lungwitz im Jahr 1909 anfang, sich mit der sozialärztlichen Situation in Deutschland zu beschäftigen, befand sich das deutsche Gesundheitswesen – und mit ihm der Arztberuf – in einer Phase des Umbruchs.¹⁶⁴ Die Verwirklichung des 1881 erschienenen kaiserlichen Programms zur Förderung des Wohls des Volkes führte 1883 zur Einführung des Krankenversicherungsgesetzes, dem 1884 bis 1887 die Unfallversicherungsgesetze und schließlich 1889 das Invaliditäts- und Altersversicherungsgesetz folgten.¹⁶⁵ Durch diese zunehmende Ausweitung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) unterlag der Markt für medizinische Dienstleistungen einem tiefgreifenden Wandel, der auch das traditionelle Verhältnis zwischen Arzt und Patienten nicht unbeeinflusst lassen konnte: So wurde einerseits die Position des Arztes gegenüber dem Kassenpatienten gestärkt, da letzterer ohne ärztliches Attest keine Kassenleistung in Anspruch nehmen konnte;¹⁶⁶ andererseits gerieten die Ärzte jedoch in zunehmende Abhängigkeit von den Kassenvorständen.¹⁶⁷ Deren willkürliche Zulassung oder Ablehnung zu einer Kassenarztstelle und zusätzlich die stetig steigende Ärztezahl schürte den Konkurrenzkampf unter den Medizinern.¹⁶⁸ Viele Kassenärzte empfanden es überdies als gesellschaftliche Degradierung, daß es sich bei den Vorgesetzten in den Vorständen der Ortskrankenkassen vielfach um sozial untergeordnete Arbeiter handelte.¹⁶⁹

Die Krankenkassen besaßen um 1900 verschiedene Systeme der ärztlichen Organisation. Es gab Kassen, die alle Ärzte, welche die Zulassung verlangten, berücksichtigten, also nach der freien Arztwahl organisiert waren. Andere Kassen hatten nur einen Arzt vertraglich verpflichtet, dessen Hilfeleistung die Kassenmitglieder in Anspruch nehmen konnten. Wieder andere Kassen unterteilten ihren Einzugsbereich in Bezirke, denen je ein Kassenarzt zugeordnet war. Und schließlich gab es Krankenkassen, welche die „be-

¹⁶⁴ Für eine konzise thematische Einführung vgl. etwa HUERKAMP/SPREE (1982), S. 77-120, HUERKAMP (1985), passim; HEROLD-SCHMIDT (1997), S. 43-95.

¹⁶⁵ Vgl. WEYMANN (1913), S. 11f; FISCHER (1914), S. 125-128.

¹⁶⁶ Vgl. HUERKAMP (1985), S. 195.

¹⁶⁷ Vgl. NIEMANN (1980), S. 265-282, HUERKAMP (1985), S. 216-224.

¹⁶⁸ Vgl. HUERKAMP/SPREE (1982), S. 95

¹⁶⁹ Vgl. HEROLD-SCHMIDT (1997), S. 85.

schränkte freie Arztwahl“ eingeführt hatten, was bedeutete, daß die Kassenmitglieder unter den bei der Kasse angestellten Ärzten frei wählen konnten.¹⁷⁰

Allgemein war die Beurteilung der GKV unterschiedlich. Einerseits hatte sich der Arbeitsmarkt erweitert, die Erwerbchancen für die Ärzte waren gestiegen, andererseits führte die GKV zu einer, von den Ärzten als sehr unangenehm empfundenen, vertraglichen Abhängigkeit von den Krankenkassen, welche sie zu Arbeitnehmern machte.¹⁷¹

Konfliktpotential ergab sich vor allem aus dem Umstand, daß – schon aus Kostengründen – bei weitem nicht alle Mediziner Zugang zur Tätigkeit als Kassenarzt hatten; vor allem junge Ärzte waren „von dem bestehenden Oligopol“ benachteiligt.¹⁷² Daher entwickelte sich die freie Arztwahl – also der Zugang aller Ärzte zur Kassenpraxis – zu einer zentralen Forderung der organisierten Ärzteschaft.¹⁷³

Es wurde alsdann das Verlangen nach Änderung der Situation immer größer. Die Leit motive der Ärzte waren „Zusammenfassung der wirtschaftlichen Interessen der Ärzte“ und „Kampf für die freie Arztwahl“.¹⁷⁴

Doch erst im Berliner Abkommen zwischen Ärzten und Kassen von 1913 gelang es den Ärzten, die Zulassungsautonomie der Kassen zu durchbrechen.¹⁷⁵ Das Abkommen erleichterte die Zulassung zu Kassenarztstellen, außerdem konnten die Mediziner fortan in paritätisch besetzten Ausschüssen auf die Ausgestaltung der Kassenverträge Einfluß nehmen.¹⁷⁶

Zur gleichen Zeit wuchs der Anteil der krankenversicherten Patienten:¹⁷⁷ Mit dem 1914 erfolgten Inkrafttreten der 1911 verabschiedeten Reichsversicherungsordnung¹⁷⁸ kam etwa die Hälfte der Bevölkerung in den Genuß einer kassenärztlichen Behandlung.¹⁷⁹

Damit war die Kassenpraxis für einen erheblichen Teil der Ärzteschaft zur entscheidenden Grundlage ihrer Existenzsicherung geworden. Der Arbeitsmarkt der Ärzte hatte

¹⁷⁰ Vgl. HUERKAMP/SPREE (1982), S. 96.

¹⁷¹ Vgl. HUERKAMP/SPREE (1982), S. 86.

¹⁷² Entsprechend unterschiedlich fiel das Einkommen der Ärzte aus: vgl. hierzu auch HUERKAMP (1985), S. 207, HEROLD-SCHMIDT (1997), S. 55 (Tab. 2-1). Zum Zitat vgl. NIPPERDEY (1990), S. 154.

¹⁷³ Vgl. HUERKAMP (1985), S. 224-240.

¹⁷⁴ Ebenda. Auch Zitate.

¹⁷⁵ Vgl. HUERKAMP (1985), S. 302, NIPPERDEY (1990), S. 154, HEROLD-SCHMIDT (1997), S. 95.

¹⁷⁶ Vgl. HUERKAMP (1985), S. 199, HEROLD-SCHMIDT (1997), S. 82.

¹⁷⁷ Ebenda.

¹⁷⁸ Vgl. WEYMANN (1913), S. 3.

¹⁷⁹ Vgl. HUERKAMP (1985), S. 199, HEROLD-SCHMIDT (1997), S. 82.

somit eine grundlegende Umstrukturierung erfahren – weg von der Privatpraxis hin zur Kassenpraxis.

Aber auch in anderer Hinsicht unterlag das Gesundheitswesen einem Wandel: Die zunehmende Urbanisierung zog andere Lebensgewohnheiten, einen veränderten Blick auf die Gesundheit und neue (Zivilisations-)Krankheiten nach sich.¹⁸⁰ Alles in allem verbesserte sich die ärztliche Versorgung. Die Zahl der Krankenhäuser verdoppelte sich bis 1913. Dies war unter anderem darauf zurückzuführen, daß die Kassen die Kosten der Behandlung übernahmen. Das Ansehen der Krankenhäuser stieg gerade durch die Fortentwicklung der Chirurgie, so daß auch die Mittelschichten immer mehr die öffentlichen Krankenhäuser aufsuchten.

Allerdings kam es zu einer ungleichen geographischen Verteilung der Ärzte. Die am Verdienst gemessenen lukrativeren Städte wurden vorgezogen, was die ärztliche Versorgung in den ländlichen Gebieten verschlechterte. Im übrigen stieg die Zahl der Medizinstudenten so rasch an, daß die Zahl der approbierten Ärzte schneller wuchs als die Bevölkerungszahlen.¹⁸¹

Die rasante Entwicklung im Bereich der Medizin führte zudem zu einer breiten Auffächerung des Faches in Teilgebiete, so daß sich der traditionelle praktische Arzt schon bald einer rasch wachsenden Zahl verschiedener Spezialisten gegenüber sah.¹⁸² Mit der Ausdifferenzierung medizinischer Spezialgebiete kamen notwendigerweise Interessengegensätze auf. Letztere betrafen das Verhältnis von praktischem Arzt und ‚Specialarzt‘ ebenso wie die Beziehung zwischen Stadt- und Landarzt sowie zwischen dem freiberuflich tätigen Mediziner und dem Medizinalbeamten.¹⁸³ Zu jenen internen Dissonanzen gesellte sich eine beachtliche externe Medizinkritik: Ein nennenswerter Teil der Bevölkerung stellte den Autoritätsanspruch der Schulmedizin in Frage; zahlreiche Naturheilverbände und homöopathische Vereine waren Ausdruck einer medizinkritischen Bewegung, die sich gegen eine Entmündigung des Patienten bzw. gegen den Dominanzanspruch des Schulmediziners wandte.¹⁸⁴ Die Ärzte ihrerseits versuchten sich seit 1899 im ‚Deutschen Verein für Volkshygiene‘ (mehr oder weniger halbherzig) in der Aufklärung

¹⁸⁰ Vgl. NIPPERDEY (1990), S. 36-42 u. 150-166.

¹⁸¹ Vgl. HUERKAMP/SPREE (1982), S. 85.

¹⁸² Vgl. HUERKAMP (1985), S. 177-193, NIPPERDEY (1990), S. 153f.

¹⁸³ Vgl. HUERKAMP (1985), S. 190-193.

¹⁸⁴ Vgl. HEROLD-SCHMIDT (1997), S. 45.

der Bevölkerung – nicht zuletzt in der trügerischen Hoffnung, den alternativ- und laienheilkundlichen Vereinen Anhänger zu entziehen.¹⁸⁵

Auch der Organisationsgrad der Ärzte wuchs im fraglichen Zeitraum deutlich an: Schon bald nach der Gründung des Deutschen Reiches hatten sich 30 ärztliche Organisationen zum ‚Deutschen Ärztevereinsbund‘ (1873) zusammengeschlossen; letzterer bemühte sich in der Folgezeit vor allem um die Vertretung der Standesinteressen.¹⁸⁶

Es wurden damals insbesondere Klagen über die sich verschlechternde ärztliche Arbeitsmarktsituation laut. Dies war zurückzuführen auf den zunehmenden Konkurrenzkampf der Ärzte, mit dem stetig aufstrebenden Erfolg der Laienmedizinern seit Einführung der Kurierfreiheit 1869 einerseits und der – durch das stete Ansteigen der Zahl der Medizinstudenten forcierten – Konkurrenz in den eigenen Reihen andererseits.¹⁸⁷ Zu den erklärten Zielen des ‚Deutschen Ärztevereinsbundes‘ gehörten deswegen das Zurückdrängen der nichtapprobierten Konkurrenz, zugleich aber auch eine weitgehend eigenverantwortliche ärztliche Tätigkeit ohne störende staatliche Einflußnahme. 1900 wurde – nicht zuletzt aufgrund der mangelnden Durchschlagskraft des Ärztevereinsbunds in interessenpolitischen Fragen – der ‚Leipziger Wirtschaftliche Verband‘ (‚Leipziger Verband‘, späterhin ‚Hartmannbund‘ genannt) gegründet, der sich vor allem der Auseinandersetzung mit den Krankenkassen und der Ausgestaltung der Kassenverträge mit den Ärzten widmete.¹⁸⁸ Bis 1911 waren bereits mehr als 75 Prozent der zivilen Ärzte Mitglied in diesem Verband.¹⁸⁹

Die Ärzteschaft war sich jedoch nicht einig über die „Kassenarztfrage“ und die allgemeine Einführung der „freien Arztwahl“, wenn dies auch an manchen Ärztetagen und in der ärztlichen Presse einen anderen Eindruck machte. Vor allem diejenigen Ärzte, die mit der bestehenden Situation zufrieden waren und denen eine Veränderung, z.B. durch Einführung der freien Arztwahl, nur geschadet hätte, waren in den ärztlichen Organisationen und Vereinen vertreten. Deshalb fehlte oft die Opposition bei Entscheidungen zur „Kassenfrage“.¹⁹⁰ Deutlich wird diese heterogene Haltung der Ärzte auch darin, daß

¹⁸⁵ Vgl. HEROLD-SCHMIDT (1997), S. 61.

¹⁸⁶ Vgl. HUERKAMP (1985), S. 241-254, insb. S. 249. Weiterführend: GRAF (1890), BERGER (1896), DRESEL (1913), HEINZE (1918/19), DIEPGEN (1931), TRÜB/PAUL (1961).

¹⁸⁷ Vgl. HUERKAMP/SPREE (1982), S. 85.

¹⁸⁸ Vgl. PUPPE (1911), KUHNS (1925), FINKENRATH (1928), BERGEMANN-GORSKI (1966), NIEMANN (1980), HUERKAMP (1985), S. 279-302.

¹⁸⁹ Vgl. HUERKAMP (1985), S. 283, HEROLD-SCHMIDT (1997), S. 50.

¹⁹⁰ Vgl. HUERKAMP/SPREE (1982), S. 97-99.

keineswegs alle Ärzte bereit waren, zum Zeichen des Streiks in die von den Vertragskommissionen einzelner Ärztekammern gegründeten „Schutz- und Trutz-Bündnisse“ einzutreten. In diesen verpflichteten sich die beigetretenen Ärzte ehrenwörtlich, nicht mehr direkt mit den Kassen Verträge abzuschließen, sondern diese erst von den zuständigen Kommissionen absegnen zu lassen und keine umstrittenen Kassenarztstellen anzunehmen. Bei Übertretung des unterschriebenen „Reverses“ mußte der entsprechende Arzt bzw. „Streikbrecher“ mit ehrengerichtlichen Strafen rechnen.¹⁹¹

Zu den ärztlichen Vereinen bzw. Verbänden traten 1899 mit dem „Gesetz betreffend die ärztlichen Ehrengerichte“¹⁹² staatlich anerkannte Ehrengerichte, deren Urteile von drei ärztlichen Mitgliedern und einem juristischen Mitglied nach „freier Überzeugung“ getroffen wurden,¹⁹³ bzw. Ärztekammern, in denen – zum Leidwesen vieler Ärzte – staatliche Vertreter Mitspracherechte wahrnahmen.¹⁹⁴

Obwohl die in der Gewerbeordnung von 1869 verfügte Freigabe der Heilkunde auf eine ärztliche Initiative zurückgegangen war, klagte man auf Seiten der Mediziner schon bald über eine eklatante Zunahme nichtapprobierter Heilpersonen.¹⁹⁵ Diese Laienmediziner – auch Kurpfuscher genannt – also all jene, die das Heilen kranker Personen berufsmäßig ohne ärztliche Ausbildung betrieben, stellten immer mehr eine Konkurrenz für die approbierten Ärzte dar.¹⁹⁶ Die bei der Einführung der Kurierfreiheit gehegte Hoffnung, „die Kurpfuscher würden unter dem Lichte der Freiheit und Öffentlichkeit verschwinden“, hatte sich nicht bestätigt.¹⁹⁷ Und es gelang den Ärzten weder das Volk noch die höheren Schichten zur Einsicht zu bringen, daß das durch die Schaffung der Kurierfreiheit „verlorengegangene rechtlich fixierte Monopol“ der Ärzte und damit die Privilegierung der approbierten Ärzte gegenüber der Laienmedizinern wiedereingeführt werden müßte.¹⁹⁸

Die Hoffnungen der organisierten Ärzteschaft auf einen Gesetzentwurf, der den ‚Geheimmittelverkehr‘¹⁹⁹ einschränken und so die nichtapprobierte Konkurrenz einer stär-

¹⁹¹ Vgl. HUERKAMP/SPREE (1982), S. 98-100.

¹⁹² Vgl. HENKELMANN (1927), S. 32-46.

¹⁹³ Vgl. BERGEMANN-GORSKI (1966), S. 12.

¹⁹⁴ Vgl. HUERKAMP (1985), S. 261-279.

¹⁹⁵ Vgl. HUERKAMP (1985), S. 254-261.

¹⁹⁶ Vgl. ALEXANDER (1899), S. 21.

¹⁹⁷ Vgl. ALEXANDER (1899), S. 50.

¹⁹⁸ Vgl. HUERKAMP/SPREE (1982), S. 93.

¹⁹⁹ Unter ‚Geheimmitteln‘ wurden Arzneizubereitungen ohne Aufschlüsselung der Inhaltsstoffe verstanden.

keren Kontrolle unterwerfen sollte, wurden nicht erfüllt: Jener Vorstoß scheiterte 1908 ebenso wie ein weiterer Entwurf aus dem Jahr 1910.²⁰⁰

Auch von der rechtlichen Seite her gesehen, waren die Ärzte den Kurpfuschern gegenüber im Nachteil. Bei vergleichbaren Fällen wurden diese weit häufiger freigesprochen. Die Begründung war, daß die Kurpfuscher mangels Kenntnissen selbst an die Wirksamkeit ihrer Mittel und Methoden glaubten und deswegen nicht in der gleichen Weise wie ein approbierter Arzt verurteilt werden konnten, der ja das entsprechende Wissen hatte, um die Tragweite seiner Vorgehensweisen abzuschätzen.²⁰¹

Die zunehmende Einstufung der ärztlichen Tätigkeit als Gewerbe wurde in ärztlichen Kreisen immer mehr als Abwertung und Imageschädigung empfunden.²⁰² Überdies sah sich die Ärzteschaft als Stand mit einer besonderen Moral und einer speziellen Ehre. Dazu gehörte, keinerlei Werbung zu machen, Kollegen nicht zu kritisieren und eine berufliche Solidarität. Daneben war die Kontrolle der Ärzte ihrem Selbstverständnis zufolge Aufgabe der eigenen Standesgenossen und nicht des Publikums. Dieses entschied lediglich über Ansehen und Ruf des einzelnen Arztes. „Zur Wahrung der Standesmoral und zur Beilegung von Konflikten“ wurden die oben genannten Ärztekammern und Ehrengerichte geschaffen, welche sich um das Ansehen und die Einheitlichkeit des Standes kümmerten, was z.T. bis zur Überwachung des einzelnen ging. Auch die Beschränkung der Konkurrenz gehörte zu ihrem Aufgabengebiet.²⁰³

Fernerhin unterlag der Zugang zum Arztberuf im Untersuchungszeitraum weitreichenden Veränderungen: So war 1901 eine neue Prüfungsordnung verabschiedet worden, die eine Einbeziehung neuer Lehrfächer, eine Verlängerung des Studiums auf zehn Semester und die Einführung des Praktischen Jahres verfügte.²⁰⁴ Zu jener Zeit machte bereits das Wort von der ‚Überfüllung‘ des ärztlichen Standes die Runde: In der Tat waren die Studentenzahlen in der Medizin seit den 80er Jahren²⁰⁵ des 19. Jahrhunderts stark angestiegen, was zum ersten mit dem allgemeinen Trend auch nichtakademischer Kreise zu höherer Bildung, zum zweiten mit einer Gleichstellung von humanistischem Gymnasi-

²⁰⁰ Vgl. HEROLD-SCHMIDT (1997), S. 63f.

²⁰¹ Vgl. ALEXANDER (1899), S. 40f.

²⁰² Vgl. HUERKAMP (1985), S. 254-261.

²⁰³ Vgl. NIPPERDEY (1998), S. 153.

²⁰⁴ Vgl. HUERKAMP (1985), S. 109f.

²⁰⁵ Vgl. HUERKAMP (1985), S. 62 (Tab. 3).

um, Realgymnasium und Oberrealschule,²⁰⁶ zum dritten aber auch mit gesunkenen Berufsaussichten für Absolventen anderer akademischer Fächer zu tun hatte.²⁰⁷ Andere mögliche Gründe für die zunehmende Anziehungskraft des Medizinstudiums dürften zum einen der allgemeine Fortschritt der naturwissenschaftlichen Grundlagenfächer, zum anderen aber auch die, durch die Einführung der GKV verbesserten Zukunftsaussichten des ärztlichen Berufes gewesen sein.²⁰⁸

Als interessenpolitische Gegeninitiative ließ der Geschäftsausschuß des Ärztevereinsbundes ab 1904 jährlich eine Broschüre drucken, welche die Berufsaussichten der Ärzte – nicht zuletzt unter Verweis auf die ‚Kassenfrage‘, die ‚Überfüllungskrise‘ und die nichtakademische Konkurrenz – in den dunkelsten Farben zeichnete.²⁰⁹ Der Überfüllung der anderen Fakultäten, wie der juristischen und philosophischen, konnten die Behörden vorbeugen, indem sie den Zugang zum Staatsdienst versagten, und durch die verschlechterten Berufsaussichten die Studentenzahlen drückten. Die Ärzte hatten keine Möglichkeit, dem Anstieg der Studentenzahlen, und somit der Überfüllung des Berufes mit approbierten Ärzten, entgegenzuwirken.²¹⁰ Sie versuchten es mit einer Verschärfung der Prüfungsordnung, mit einer Verlängerung der Studiendauer, also einer finanziellen Teuerung des Studiums, und mit einer Verminderung der Vergabe von Stipendien, was allerdings auf lange Sicht nicht zum Ziel führte, die Studentenzahlen zu verringern.²¹¹

Aus der historischen Distanz betrachtet, scheinen die ärztlichen Klagen über ein mangelndes finanzielles Auskommen indessen zu undifferenziert.²¹² Es waren keinerlei Angaben über das wahre Durchschnittseinkommen der Ärzte in der Öffentlichkeit gemacht worden, und die Honorare, welche die Krankenkassen den Ärzten zahlen mußten, waren eher im Steigen begriffen, was gegen eine Verschlechterung der finanziellen Lage spricht.²¹³ Gerade die Einführung der GKV erwies sich für die Ärzteschaft trotz gegenteiliger zeitgenössischer Kommentare à la longue keineswegs als nachteilig, wenngleich

²⁰⁶ Vgl. HUERKAMP (1985), S. 78-87, NIPPERDEY (1990), S. 152, HEROLD-SCHMIDT (1997), S. 68.

²⁰⁷ Zu dieser Thematik vgl. HUERKAMP (1985), S. 60-78.

²⁰⁸ Vgl. HUERKAMP/SPREE (1982), S. 87.

²⁰⁹ Vgl. HEROLD-SCHMIDT (1997), S. 67.

²¹⁰ Vgl. HUERKAMP/SPREE (1982), S. 87.

²¹¹ Vgl. HUERKAMP/SPREE (1982), S. 91.

²¹² Vgl. HEROLD-SCHMIDT (1997), S. 87f.

²¹³ Vgl. HUERKAMP/SPREE (1982), S. 95.

betont werden muß, daß nicht alle Ärzte in gleicher Weise von der Kassenzulassung profitierten.²¹⁴

Ein weiterer Aspekt der „Gesundheitsrevolution“ war die zunehmende Bedeutung der Gesundheitsvorsorge – der „sozialen und individuellen Hygiene“ – aber auch der Fürsorge. Allmählich setzten sich allenthalben die zentrale Wasserversorgung und Kanalisation durch. In den Schulen wurden Schulärzte angestellt, und es entstanden Säuglingsheime, Wöchnerinnenheime und Kinderkrippen. Um 1900 wurden Tuberkulosefürsorgestellen und die Trinkerfürsorge eingerichtet. Vereine zur Bekämpfung der Tuberkulose und der Geschlechtskrankheiten kamen hinzu. 1874 wurde der Impfzwang eingeführt, zunächst jedoch nur in bezug auf die Pocken. Für die Ausführung der Impfungen und allgemein zur Seuchenbekämpfung waren die staatlichen Gesundheitsbehörden und die Kreisärzte zuständig. Unterstellt waren diese wiederum dem 1876 eingeführten Reichsgesundheitsamt.²¹⁵

Die erfolgreiche Bekämpfung der Tuberkulose war zum einen auf die allgemein verbesserte Hygiene und auf die bessere Ernährung zurückzuführen, zum anderen hatte auch die Errichtung von Lungenheilstätten ihren Anteil. Der Kampf gegen das Problem der Geschlechtskrankheiten erwies sich als wesentlich schwieriger; man versuchte ihnen mit öffentlicher Aufklärung entgegenzutreten.²¹⁶

²¹⁴ Vgl. HEROLD-SCHMIDT (1997), S. 87f.

²¹⁵ Vgl. NIPPERDEY (1990), S. 159-161.

²¹⁶ Vgl. NIPPERDEY (1990), S. 163.

4.2 Hans Lungwitz und sein Beitrag zur Lösung der Probleme im Bereich des Gesundheitswesens

In dieser Situation ließ sich Hans Lungwitz im Jahr 1908 in Berlin als Arzt nieder.²¹⁷ Seine Erfahrungen mit den Verhältnissen im Bereich des Gesundheitswesens ließ er in seine erste belletristische Arbeit, den 1911 publizierten Roman ‚Führer der Menschheit?‘, einfließen. Noch im selben Jahr, bzw. im Jahr 1912, konnten eine zweite und eine dritte Auflage in den Druck gehen; gleichwohl fiel das Werk nach Ausbruch des Ersten Weltkriegs „dem Vergessen anheim“, und der von Lungwitz erhoffte große Durchbruch beim Publikum blieb aus.²¹⁸

Die Hauptfigur des Romans – der Arzt Dr. Paul Prüfer – weist auffällige Ähnlichkeiten mit Lungwitz selbst auf.²¹⁹ Wenngleich Lungwitz einen rein autobiographischen²²⁰ Charakter des Romans in Abrede stellte, räumte er im Vorwort einer geplanten Wiederauflage des Romans (1958) ein: „indes ist es klar, daß auch eigene Charakterzüge der Persönlichkeit meines Helden zugeordnet sind, und daß er im Großen Ganzen meine Auffassungen zum Ausdruck bringt, wie das auch andere der handelnden Personen tun.“²²¹ Besonderen Wert legte er auf die Detailtreue der dargestellten Mißstände. So stellte er fest: „Ist also der Held ‚erfunden‘, so sind nicht erfunden die dargestellten sozialärztlichen Verhältnisse: ich habe sie, wie gesagt, selbst erlebt und erfahren, sie sind naturgetreu wiedergegeben. Sie bestanden in der Zeit der Abfassung der [Romane] Bücher, zu denen als drittes die Denkschrift ‚Die Verstaatlichung des Heil- und Fürsorgewesens‘, erschienen 1919, gehört, und sie bestehen [zum Teil] noch heute.“²²²

Aus den Ausführungen Lungwitz’ geht somit zweifelsfrei hervor, daß die im Roman aufscheinenden Kritikpunkte bezüglich des zeitgenössischen Gesundheitswesens wie auch die von den Protagonisten angeführten Verbesserungsvorschläge die Ansichten

²¹⁷ Vgl. LUNGWITZ (1960), S. 8, DOMINICUS (1993), S. 83.

²¹⁸ Lungwitz äußerte sich enttäuscht über den geringen Erfolg seines Romans beim Publikum: vgl. hierzu DOMINICUS (1993), S. 26. Zur literarischen Arbeit von Lungwitz vgl. auch MIENER (2003/2004), im Druck.

²¹⁹ siehe Soziale Herkunft und Lebenslauf.

²²⁰ Vgl. LUNGWITZ (1958), S. 41.

²²¹ Ebenda (Zitat). Im übrigen kam es letztlich zu keiner Neuauflage.

²²² LUNGWITZ (1958), S. 42 (Zitat). Von der genannten Denkschrift plante LUNGWITZ 1944 ebenfalls eine Neuauflage, weil seiner Meinung nach vor allem die wirtschaftlichen Verhältnisse der Ärzte immer noch reformbedürftig wären (LUNGWITZ (1919) - in die Denkschrift eingeklebter maschinengeprägter Zettel mit Dr. Hans Lungwitz unterzeichnet [S. 8]).

Lungwitzens zu besagtem Themenkomplex widerspiegeln. Vor diesem Hintergrund scheint es aufschlußreich, jene Kritikpunkte und Reformvorschläge einer näheren Betrachtung zu unterziehen.

Führer der Menschheit?

Gedanken und Erlebnisse
eines Arztes.

Ein sozialer Roman
aus der Gegenwart

von

Hans Lungwitz.

Dritte Auflage.

Motto: Discite moniti!

SK 8212

38867

Berlin

Adler-Verlag G. m. b. H.
1912.

Abb. 4: Titelbild des Romans „Führer der Menschheit?“, LUNGWITZ (1912a)

4.2.1 Sozialreformerische Gedanken im Spiegel des Romans ‚Führer der Menschheit?‘

4.2.1.1 Der Inhalt des Romans

Hans Lungwitz erzählt in ‚Führer der Menschheit?‘²²³ aus dem Leben eines jungen Arztes mit Namen Paul Prüfer, der die Landpraxis eines verstorbenen Kollegen übernimmt. Prüfer bekleidet zu Beginn der Erzählung eine Assistenzarztstelle an einem Kinderkrankenhaus, wo er vor allem gegen die hohe Säuglingssterblichkeit ankämpft, die auf unzureichende hygienische Verhältnisse zurückzuführen ist. Obwohl sein Vorgesetzter versucht, ihn für die Wissenschaft zu gewinnen, beschließt Paul Prüfer, dem Krankenhausbetrieb den Rücken zu kehren und eine eigene Praxis in der Provinz zu eröffnen.

Der ‚Leipziger Verband‘ vermittelt ihm eine Stelle im sächsischen Rehdorf, die günstige Aussichten verheißt, denn Prüfer erhält zusätzlich zur privatärztlichen Tätigkeit noch ein Fixum als Gemeindearmenarzt und ein weiteres für die ärztliche Betreuung der Gutsarbeiter.

Während der Zugfahrt nach Rehdorf schwelgt er in Erinnerungen an seine Kindheit und Jugend, bis er von seinem alten Schul- und Studienfreund Fritz Kluge unterbrochen wird. Beide vertiefen sich alsbald in ein Gespräch, in dessen Verlauf Kluge seinem Freund Prüfer die Augen öffnet über die soziale Lage der Ärzte und darüber, was viele Außenstehende über den Ärztestand denken. Zugleich weist ihn Kluge, der Mitinhaber der elterlichen chemisch-pharmazeutischen Fabrik ist, auf den bestehenden Dualismus zwischen der pharmazeutischen Industrie und der Ärzteschaft hin.

Als Paul Prüfer am Bestimmungsort angelangt ist, wird er in einem Gasthaus – beim Warten auf eine Kutsche – mit dem ländlichen Aberglauben sowie der Verständnislosigkeit und den Vorurteilen der eingesessenen Bauern gegenüber der ärztlichen Kunst konfrontiert.

Gleich am ersten Abend wird er zu seiner ersten Patientin gerufen – einer Frau, die schon seit zwei Tagen in den Wehen liegt. Ihm ist bewußt, daß der Ausgang der Geburt ausschlaggebend sein wird für die Entwicklung seiner künftigen Praxis. Prüfer schafft

²²³ LUNGWITZ (1912a).

es ohne geburtshilfliches Besteck unter widrigsten Umständen, wenigstens die Mutter zu retten und erntet dafür zunächst große Anerkennung.

Als er schließlich in seinem neuen Zuhause ankommt, wird er sogleich von dem ortsansässigen Apotheker Stahl, seinem künftigen Freund und Verbündeten, in Empfang genommen. Dieser ist es auch, der Prüfer auf die Zustände auf dem Land vorbereitet.

Prüfer hat alsbald mit der Einfalt und dem Aberglauben der Bevölkerung zu kämpfen, seine Praxis entwickelt sich dennoch mit der Zeit in zufriedenstellender Weise. Als er jedoch in der Weihnachtszeit Bilanz zieht, stellt sich heraus, daß er am Ende des nachfolgenden Jahres wohl finanziell im Minus sein wird – und dies, obwohl er seine Fahrten normalerweise mit dem Fahrrad erledigt, um sich ein Gespann zu sparen. Nur im Winter muß er nach einer Grippe gezwungenermaßen auf die Kutsche umsteigen.

In den Weihnachtsferien erhält er Besuch von Fritz Kluge, und beide führen wieder ausgiebige Gespräche über die Situation der Ärzte, aber auch über die Probleme Kluges in seiner chemisch-pharmazeutischen Fabrik und die Schwierigkeiten, welche die Zusammenarbeit mit den Ärzten aufwirft. Gelegentlich stößt auch Stahl hinzu und beteiligt sich an den Diskussionen über die Angelegenheiten der seinem Beruf verwandten Professionen.

Paul Prüfer sieht sich im Praxisalltag immer wieder mit Anzeigen konfrontiert – sei es beim Berufsgericht oder bei den öffentlichen Gerichten. Einmal zeigt ihn die Hebamme wegen Verleumdung an, weil er die Möglichkeit erwogen hatte, daß ihre Untersuchungen das Kindbettfieber seiner ersten Patientin mitverursacht haben könnte. Ein anderes Mal erhält er eine Rüge von seinem Vorgesetzten, weil er es versäumt hatte, eine anzeigepflichtige Krankheit zu melden.

Obwohl er seine Tätigkeit ernst nimmt, unterlaufen ihm immer wieder Fehler, die zu meist darauf zurückzuführen sind, daß ihm das entsprechende Wissen über gewisse Pflichten den Vorgesetzten bzw. Behörden gegenüber fehlt.

Vor allem im Frühjahr nimmt ihn die Praxis sehr in Anspruch. Gleichwohl geht er seiner Arbeit mit aller Gewissenhaftigkeit nach und verdient sich so das Vertrauen einer immer größeren Zahl von Patienten. Als er die Zeit findet, schreibt er seine Erkenntnisse über die Probleme des ärztlichen Standes, die in den vielen Gesprächen mit Fritz Kluge und dem Apotheker gewachsen sind, in einem Manuskript nieder. Allerdings

erklärt sich keine der Zeitschriften der Fachpresse bereit, diese zu drucken, mit der Begründung, daß der Inhalt die Leser nur beunruhigen würde.

Nachdem Prüfers Verlobte Maria von einer schweren Erkrankung genesen ist, geben sich beide das Jawort. Maria erweist sich als große Hilfe und Stütze – insbesondere in Situationen, in denen Prüfer über berufliche Enttäuschungen hinwegkommen muß. Auch als der Gutsverwalter das Fixum für die Behandlung der Gutsarbeiter kündigt und somit seine Einnahmen um ungefähr 800 Mark pro Jahr schmälert, steht ihm Maria zur Seite.

Als die Tochter des Apothekers, Magdalene Stahl, den Stadtarzt Dr. Weber heiratet, der Prüfer schon früher Patienten abgeworben hat, räumt Prüfer das Feld und siedelt schweren Herzens mit seiner Frau in die Heimatstadt seines Freundes Fritz Kluge über.

Für seinen neuen Lebensabschnitt setzt er sich das Ziel, seine Standesgenossen endlich auf die bestehenden Mißstände im ärztlichen Stand aufmerksam zu machen.²²⁴

²²⁴ Vgl. LUNGWITZ (1912a).

4.2.1.2 Im Roman ‚Führer der Menschheit?‘ thematisierte Mißstände und Reformvorschläge

Der Roman ‚Führer der Menschheit?‘ diente Hans Lungwitz als Medium, mit dessen Hilfe er den (fachfremden) Leser auf die Mißstände und Probleme in der Medizin und im ärztlichen Beruf und damit letztlich auch auf die soziale Notlage der Ärzte aufmerksam machen wollte. Anders als die organisierte ärztliche Interessenvertretung versuchte er, die Aufmerksamkeit der Öffentlichkeit nicht mit Denkschriften, Petitionen oder Streiks, sondern über die Lektüre belletristischer Literatur zu gewinnen. In ‚Führer der Menschheit?‘ gelangen hierbei im einzelnen folgende Problemkreise und Themen zur Darstellung:

Ärztliche Ausbildung

Fritz Kluge bemängelt die unzureichende Ausbildung der Ärzte. Man versäume es, die angehenden Mediziner auf alltägliche Schwierigkeiten des Arbeitslebens vorzubereiten und ihnen den richtigen Umgang mit ihren Mitmenschen zu vermitteln.²²⁵ Die jungen Ärzte gingen so völlig unerfahren an den Praxisbetrieb heran.²²⁶

Paul Prüfer beanstandet, daß die Ärzte in ihrer Ausbildung nicht auf ihre Pflichten – z.B. gegenüber den vorgesetzten Medizinalbeamten – hingewiesen würden. Sie bekämen zwar Tag und Nacht die „medizinische Wissenschaft eingebläut“,²²⁷ aber niemand erkläre ihnen, „welche Krankheiten anzeigepflichtig sind.“²²⁸ Auch werde den jungen Mediziner verschwiegen, daß sie mit der Praxis Gewinn erzielen müßten, und daß sie im Umgang mit ihrer Klientel auch auf Formalitäten zu achten hätten, die durch gesetzliche Vorschriften sanktioniert seien.²²⁹

Die Unkenntnis der Gesetzeslage, aber auch der Erwerbsfragen könne laut Prüfer allerdings dazu führen, daß der Arzt in eine sehr unglückliche Lage gerate, sogar soweit, daß

²²⁵ Vgl. LUNGWITZ (1912a), S. 122.

²²⁶ Vgl. LUNGWITZ (1912a), S. 133.

²²⁷ LUNGWITZ (1912a), S. 164 (Zitat).

²²⁸ Ebenda.

²²⁹ Vgl. LUNGWITZ (1912a), S.125.

„der Arzt diese Unkenntnis mit Freiheit, gutem Ruf, mit seiner Existenz bezahlen“²³⁰ müsse.²³¹

Kluge vertritt die Meinung, die Menschheit sei auf die Ärzte angewiesen. Sie brauche deren Wissen über den menschlichen Organismus und ihre Ratschläge bezüglich der Verbesserung der hygienischen Verhältnisse. Den Ärzten müsse es deswegen auch möglich sein, dieses Wissen entsprechend zu vermitteln und mit der Bevölkerung zusammenzuarbeiten.²³² Deshalb sollten junge Ärzte nicht nur wissenschaftlich ausgebildet werden,²³³ sondern gezielt auch „im rein menschlichen Sinne, im Sinne des kaufmännischen Verkehrs, im Sinne des Verständnisses für die Freiheit, die Unabhängigkeit, die Interessen, den Zweck eines jeden Gewerbes.“²³⁴

Die Ärzte ihrerseits sollten Kluge zufolge begreifen, daß sie nicht existieren könnten, wenn sie sagten, „ich lasse Dich in Ruhe, ergo laß Du mich auch in Ruhe!“²³⁵ Sie lebten in einem Volk und müßten deswegen auch auf die Gemeinschaft zugehen, und sich nicht von ihr distanzieren, da dies dem Sinn des Lebens widerspreche.²³⁶

Prüfer ist der Überzeugung, eine entsprechende Veränderung der ärztlichen Ausbildung habe zur Folge, daß die Ärzte besser auf ihre Mitmenschen eingingen und mit ihnen zusammenarbeiteten, und daß es so zu einer nachhaltigen Verbesserung der wirtschaftlichen Verhältnisse der Ärzte komme.²³⁷ Hiervon profitiere nicht nur die Bevölkerung, sondern auch die Ärzte, deren Nöte dann auch ernster genommen würden.²³⁸

Gleichwohl prognostiziert Kluge ungünstige Berufsaussichten für Ärzte. Es sollte daher, wie er einer Berliner Tageszeitung entnimmt, deutlich abgeraten werden, das Medizinstudium als „Brotstudium“ zu wählen.²³⁹ In der Zeitung heiße es: „Der ärztliche Beruf ernährt seinen Mann nicht mehr.“²⁴⁰ Kluge ist ferner der Meinung, daß der Staat dem Ärztestand einen Schutz vor der Überfüllung des ärztlichen Berufes angedeihen lassen sollte, da er schließlich ein Staatsexamen von den Ärzten verlange und somit eine ge-

²³⁰ LUNGWITZ (1912a), S. 165.

²³¹ Ebenda.

²³² Vgl. LUNGWITZ (1912a), S. 253f.

²³³ Vgl. LUNGWITZ (1912a), S. 254.

²³⁴ Ebenda.

²³⁵ LUNGWITZ (1912a), S. 191 (Zitat).

²³⁶ Vgl. LUNGWITZ (1912a), S. 192.

²³⁷ Vgl. LUNGWITZ (1912a), S. 309.

²³⁸ Vgl. LUNGWITZ (1912a), S. 309f.

²³⁹ LUNGWITZ (1912a), S. 234 (Zitat).

²⁴⁰ Ebenda.

wisse Fürsorgepflicht habe.²⁴¹ Doch nicht allein die zahlenmäßige Beschränkung des ärztlichen Nachwuchses, sondern auch die Aufhebung der Kurierfreiheit wird – von Paul Prüfer – thematisiert.²⁴²

Kollegialität und ärztliches Selbstbild

Dem Leser des Romans wird weiterhin vermittelt, daß die Ärzte gegeneinander arbeiten. Sie streben Kluge zufolge vor allem nach den eigenen Vorteilen und mißgönnen ihren Kollegen das Fortkommen.²⁴³ Es herrsche ein derartiger Kampf um Patienten, daß man diesen mit dem Wort „Brotneid“²⁴⁴ treffend beschreiben könne.²⁴⁵ Prüfer selbst bekommt die mangelnde Kollegialität am eigenen Leib zu spüren, als ihm ein Kollege mehrmals bei der Ausübung seiner Praxis in die Quere kommt.²⁴⁶

Laut Kluge gilt der vielbeschworene ärztliche Altruismus allenfalls in bezug auf die Patientenbehandlung, nicht jedoch in bezug auf das Verhältnis der Ärzte untereinander.²⁴⁷ Dem stellt Kluge die gegenteilige Maxime gegenüber: „Der gesunde Egoismus, freut sich des Vorwärtkommens des Nachbarn, weil er darin ein Fundament für die eigne Zukunft erblickt.“²⁴⁸ Die „innere Fehde“,²⁴⁹ „der Brotneid“²⁵⁰ und die „rück-sichtslose Verfolgung eigener Interessen“²⁵¹ führten dagegen, so Kluge, zu keiner Verbesserung der ärztlichen Not. Die Ärzte müßten begreifen, daß sie nur etwas erreichen könnten, wenn sie alle zusammenhielten und gemeinsam einem Ziel entgegenarbeiteten. Nur dann könnten sie mit Erfolg der Cliqueswirtschaft, die dem ärztlichen Stand soviel Unheil gebracht habe, entgentreten.²⁵²

Honorarverhältnisse

Lungwitz' Roman vermittelt den Eindruck, den Ärzten werde ein gestörtes Verhältnis zu kaufmännischen Fragen anezogen. Der ärztliche Beruf sei, so die traditionelle Auf-

²⁴¹ Vgl. LUNGWITZ (1912a), S. 250f.

²⁴² Ebenda.

²⁴³ Vgl. LUNGWITZ (1912a), S. 72.

²⁴⁴ LUNGWITZ (1912a), S. 252 (Zitat).

²⁴⁵ Vgl. LUNGWITZ (1912a), S. 72f.

²⁴⁶ Vgl. LUNGWITZ (1912a), S. 171.

²⁴⁷ Vgl. LUNGWITZ (1912a), S. 71.

²⁴⁸ LUNGWITZ (1912a), S. 72 (Zitat).

²⁴⁹ LUNGWITZ (1912a), S. 252 (Zitat).

²⁵⁰ Ebenda.

²⁵¹ LUNGWITZ (1912a), S. 253 (Zitat).

²⁵² Ebenda.

fassung, als Kunst anzusehen, die Ärzte dementsprechend als Künstler, und die Sorge um den Erwerb würdige den Arzt zum Handwerker herab.²⁵³ Diese vornehme Auffassung sei, so Prüfer, bezeichnend für die Ideale des Arztes. Wenn der Arzt nicht an diesen Idealen festhalte, und der ärztliche Beruf nur darauf abziele, „sich die Taschen zu füllen“,²⁵⁴ degradierten sich die Ärzte, so das gängige Vorurteil, „zu Banausen schlimmster Art“.²⁵⁵²⁵⁶ Dies gehe sogar soweit, so Kluge, „daß dem Arzte von Jugend auf eine fast beleidigende Geringschätzung gegenüber jeder kaufmännischen Auffassung eingimpft wird.“²⁵⁷

Zu diesen vermeintlichen Idealen geselle sich dann noch der unglaubliche Widerspruch zwischen den Standesansichten der ärztlichen Vereine und den Tätigkeiten des Leipziger Verbandes, dessen Aufgabe die Vertretung der wirtschaftlichen Interessen der Standesvereine sei.²⁵⁸ Vom ärztlichen Ehrenkodex werde die Meinung vertreten, „daß der ärztliche Beruf nicht zu Erwerbszwecken ausgeübt wird.“²⁵⁹ Auf der anderen Seite werde der kaufmännische Gesichtspunkt des ärztlichen Berufs so stark vom Leipziger Verband hervorgehoben, daß derselbe zur Durchsetzung finanzieller Interessen sogar zum Streik aufrufe. Dieser ungeheuerer Widerspruch rufe Verwirrung unter den Ärzten hervor, und alle Bestrebungen, das finanzielle Fortkommen der Ärzte zu unterstützen, seien durch diese Dissonanz zum Scheitern verurteilt.²⁶⁰ Des weiteren habe die Ansicht, der ärztliche Beruf sei kein Gewerbe²⁶¹, zur Folge, daß man es für unzumutbar halte, von einem Schwerkranken, der durch die Krankheit schon genug geschädigt sei, auch noch ein Honorar zu verlangen, den „ärztlichen Rat sozusagen als Handelsware“ zu betrachten.²⁶² Prüfer selbst stellt die rhetorische Frage: „Die Krankheit des Nächsten auszunutzen, um seine eigenen Lebensbedürfnisse erfüllen zu können, ist ein wenig ethischer Beruf! ... soll der Arzt [seine Kranken] durch seine Honorarforderungen noch mehr schädigen?“²⁶³

²⁵³ Vgl. LUNGWITZ (1912a), S. 106.

²⁵⁴ LUNGWITZ (1912a), S. 68 (Zitat).

²⁵⁵ Ebenda.

²⁵⁶ Vgl. LUNGWITZ (1912a), S. 68.

²⁵⁷ LUNGWITZ (1912a), S. 248 (Zitat).

²⁵⁸ Vgl. LUNGWITZ (1912a), S. 248f.

²⁵⁹ LUNGWITZ (1912a), S. 248 (Zitat).

²⁶⁰ Vgl. LUNGWITZ (1912a), S. 249.

²⁶¹ Vgl. LUNGWITZ (1912a), S. 145.

²⁶² LUNGWITZ (1912a), S. 68 (Zitat).

²⁶³ LUNGWITZ (1912a), S. 183 (Zitat).

Prüfers Studienfreund Fritz Kluge ist dagegen der Meinung, daß die Ärzte zunächst beginnen müßten, ihren Beruf als das zu sehen, was er sei. Erst dann könne man die finanziellen Verhältnisse des ärztlichen Standes verbessern.²⁶⁴ Ein Beruf müsse, auch wenn er einen noch so „idealen, vornehmen und edlen Charakter“ habe, seinen Mann ernähren, denn „die Quintessenz eines jeden Berufes ist die, Geld zu verdienen.“²⁶⁵ Die Ärzte müßten Kluge zufolge endlich geschlossen gegen jene eigenartige Auffassung in Sachen Broterwerb ankämpfen – sei es in bezug auf ihr Image nach außen (Patienten²⁶⁶) als auch hinsichtlich ihres Selbstbildes (Ehrenkodex).²⁶⁷ Nur so sei eine positive Entwicklung zu erwarten.²⁶⁸ Die Ärzte würden finanziell viel besser gestellt sein, so der Apotheker, wenn sie im Umgang mit den Menschen mehr als bisher die Position eines Gewerbetreibenden einnähmen und sich mit einer „weltmännischen Gewandtheit und klugen Anpassungsfähigkeit“ ein gutes Verhältnis zu den Mitmenschen aufbauten.²⁶⁹ Prüfer beklagt zudem den Umstand, daß es dem Arzt nur einmal im Jahr – nämlich im Januar – erlaubt sei zu liquidieren, was die finanzielle Lage der Ärzte weiter verschlechtere.²⁷⁰ Gleichwohl sei nicht sichergestellt, daß er im Januar das Geld für seine Behandlung auch bekomme. Viele der Patienten zahlten nicht, sei es aus Armut oder weil sie wüßten, daß sie dem Arzt ungestraft sein Honorar vorenthalten könnten.²⁷¹ Um es sich mit den Patienten nicht zu verscherzen, würde der Arzt in diesen Fällen auf eine Mahnung verzichten und sich sozusagen mit dem Wohlwollen seiner Patienten als Bezahlung zufriedengeben.²⁷² Prüfers Ehefrau Maria schlägt ihrerseits vor, die Ärzte sollten immer dann zur Zahlung auffordern, wenn bei den Patienten der Gedanke an die Krankheit und die ärztliche Hilfestellung noch frisch sei. Zum einen würden dann mehr Patienten zahlen, weil die Dankbarkeit noch nachwirke, und zum zweiten hätte der Arzt die Zinsen für ein ganzes Jahr.²⁷³

²⁶⁴ Vgl. LUNGWITZ (1912a), S. 69.

²⁶⁵ LUNGWITZ (1912a), S. 69 (Zitat).

²⁶⁶ Vgl. LUNGWITZ (1912a), S. 201.

²⁶⁷ Vgl. LUNGWITZ (1912a), S. 183.

²⁶⁸ Vgl. LUNGWITZ (1912a), S. 321.

²⁶⁹ Vgl. LUNGWITZ (1912a), S. 146.

²⁷⁰ Vgl. LUNGWITZ (1912a), S. 269.

²⁷¹ Vgl. LUNGWITZ (1912a), S. 201.

²⁷² Vgl. LUNGWITZ (1912a), S. 285.

²⁷³ Vgl. LUNGWITZ (1912a), S. 320f.

Mit dem geringen Gehalt, das die Ärzte erhielten, sei es aussichtslos, sich etwas auf die Seite zu legen, um in schlechten Zeiten, im Falle einer Krankheit oder im Alter genügend Rücklagen zu haben oder den eigenen Kindern eine gute Ausbildung zu finanzieren.²⁷⁴ Viele Ärzte, so Kluge, verdienten sehr wenig, und diejenigen, die mehr Geld zu Verfügung hätten, übten zumeist Nebenberufe aus.

Kluge führt überdies das Argument an, daß eine Arbeit nur dann als wertvoll angesehen werde, wenn sie etwas koste. Gegenwärtig sei es „kein Wunder, wenn das Publikum den Arzt über die Achsel ansieht und kein Vertrauen zu ihm hat, da er seine Kunst für einen Pfennig feilhält.“²⁷⁵

Im Verlaufe des Romans fällt der Begriff „Gesundheitssteuer“: Da es den reichen Patienten keine Probleme bereite, das ärztliche Honorar zu zahlen, es aber für die Patienten, die durch Krankheit oder folgende Erwerbsunfähigkeit sowieso schon am Rande des Ruins stünden, ein Ding der Unmöglichkeit sei, den Arzt, der ihnen in ihrer Not geholfen hatte, zu honorieren, müsse an eine „Gesundheitssteuer“ gedacht werden:²⁷⁶ Wenn jeder in Form einer Steuer regelmäßig Geld zahle, könne allen, die durch Krankheit in finanzielle Not gerieten, geholfen werden; auch die Ärzte müßten in diesen Fällen nicht auf ihr wohlverdientes Honorar verzichten.

An anderer Stelle gibt Stahl zu bedenken, daß man die Situation der Ärzte verbessern könne, wenn man die Ärzte genauso wie die Lehrer und Richter zu staatlichen Beamten mache.²⁷⁷ Andererseits, so der Einwand Kluges, sei das ärztliche Wirken nur dann vollkommen, wenn es frei und unabhängig bliebe. Andernfalls würden einige ihren Beruf nicht mehr ernsthaft genug verfolgen, da sie ohnehin ein fixes Gehalt bekämen. Vielleicht würde sich der Arzt dann noch mehr vom praktischen Leben abwenden, was dazu führen könnte, daß die Patienten mehr denn je den Kurpfuschern in die Arme getrieben würden.²⁷⁸ Kluge äußert die Überzeugung, „daß die Verstaatlichung des ärztlichen Berufes die Grundfesten seiner Existenz erschüttern würde, so sehr, daß man dann wirklich überlegen müßte, ob man den ehrwürdigen Namen Arzt nicht überhaupt austilgen sollte, denn die künftigen Heilbeamten werden Aerzte nicht mehr sein.“²⁷⁹

²⁷⁴ Vgl. LUNGWITZ (1912a), S. 231.

²⁷⁵ LUNGWITZ (1912a), S. 260 (Zitat).

²⁷⁶ Vgl. LUNGWITZ (1912a), S. 183.

²⁷⁷ Vgl. LUNGWITZ (1912a), S. 251.

²⁷⁸ Ebenda.

²⁷⁹ LUNGWITZ (1912a), S. 252 (Zitat).

Hygiene

Im Roman ‚Führer der Menschheit?‘ nimmt die Beschreibung der fragwürdigen hygienischen Verhältnisse in der Säuglingspflege besonders großen Raum ein.

Prüfer zufolge tragen diese in hohem Maße zur Säuglingssterblichkeit bei. Als erstes müsse die bestehende Art der Säuglingskrankenhäuser abgeschafft werden,²⁸⁰ in denen sich die Säuglinge in den riesigen Sälen immer wieder gegenseitig mit Krankheiten infizierten.²⁸¹ Prüfer betont: „Säuglings-Krankenhäuser können nur dann Erfolge aufweisen, wenn jeder Säugling zusammen mit seiner Mutter aufgenommen wird und Mutter und Kind ein besonderes Zimmer zur Verfügung gestellt werden kann.“²⁸² Für die richtige Entwicklung eines Säuglings seien vor allem die individuelle Nahrung und die ausgiebige Pflege seiner Mutter wichtig. Außerdem sollten die Angestellten zu mehr Hygiene angewiesen werden, weil diese absolut notwendig für die Säuglinge sei.²⁸³

Paul Prüfer ist ferner der Ansicht, daß zuviel Geld für Neugeborene ausgegeben werde, die ohnehin dem Tod geweiht seien.²⁸⁴ Man solle sich vielleicht ein Beispiel nehmen an der Art, wie es die Abessinier machten, deren Neugeborene beim Unter-Wasser-Tauchen während der Taufe beweisen müßten, daß sie stark genug fürs Leben seien.²⁸⁵ Dies, so Prüfer, „gibt eine verhältnismäßig langsame Bevölkerungszunahme, aber der Nachwuchs ist kernig und seiner Zukunft sicher.“ Seiner Meinung nach erspare diese Probe den Eltern auch viel Geld, Zeit und Sorge um ein Kind, das zu schwach zum Leben sei. Für die Eltern sei es außerdem weniger schwierig, wenn sie ihr Kind gleich nach der Geburt verlören, als wenn sie einige Jahre ihre ganze Kraft und Liebe dem Kind widmeten, um es schließlich doch aufgeben zu müssen.²⁸⁶ Man solle demnach genauer unterscheiden, welches Kind eine langfristige Chance habe zu überleben.

Zudem sei es erforderlich, so Prüfer, daß der Arzt von seiten des Staates und der Gemeinde noch viel häufiger als Berater in öffentlichen hygienischen Angelegenheiten herangezogen und seine sanitätspolizeiliche Stellung stärker ausgebaut werde.²⁸⁷

²⁸⁰ Vgl. LUNGWITZ (1912a), S. 25.

²⁸¹ Vgl. LUNGWITZ (1912a), S. 24.

²⁸² LUNGWITZ (1912a), S. 25 (Zitat).

²⁸³ Vgl. LUNGWITZ (1912a), S. 23.

²⁸⁴ Vgl. LUNGWITZ (1912a), S. 26.

²⁸⁵ Vgl. LUNGWITZ (1912a), S. 25.

²⁸⁶ Vgl. LUNGWITZ (1912a), S. 26.

²⁸⁷ Vgl. LUNGWITZ (1912a), S. 272.

Soziale Frage

Kluge bedauert, daß sich nur wenige Mediziner mit sozialen Fragen auseinandersetzen, obgleich diese für die Ärzteschaft sehr bedeutsam seien.²⁸⁸ Damit, so Kluge, „begehen zweifellos die Aerzte einen kaum gut zu machenden Fehler.“²⁸⁹

Weiterhin ist er der Meinung, daß die Ärzte sich eingehender mit den sozialen Verhältnissen des eigenen Standes beschäftigen sollten.²⁹⁰ Sie könnten nicht immer nur ihre privaten Sorgen im Auge haben²⁹¹ und sich isolieren.²⁹² Sie müßten sich mehr um öffentliche Dinge kümmern – und dies, ohne dabei ständig ihre Standesehre im Auge zu haben.²⁹³ Außerdem sollten sie mehr Aufmerksamkeit dem „Im-Trüben-Fischen“²⁹⁴ der ärztlichen Berufspolitiker widmen, denn dann würden sie feststellen, daß dieses nur dazu diene, allgemeine Verwirrung zu stiften, damit die Standesvertreter in Ruhe ihre Interessen durchsetzen könnten.²⁹⁵ Letztlich schadeten diese dem Ärztestand mehr, als ihm zu nützen. Denn es mangle diesen „(gesättigten) Existenzen, die auf einem ererbten oder erheirateten Geldsack sitzen“,²⁹⁶ an Pflichtgefühl in bezug auf ihre Arbeit; sie sähen letztere eher als Möglichkeit zum persönlichen Aufstieg. Ihre Beschäftigung mit der sozialen Lage führe nur zu einem Ausstoß „heißer Luft“. Erreichen würden die Standespolitiker überhaupt nichts, denn sie könnten sich nicht in die soziale Not ihrer Kollegen hineinversetzen. Die Berufspolitiker und ihre Gesinnungsgenossen würden nur Gesetze und Paragraphen erschaffen, welche die Gemeinschaft der Ärzte in unglaublicher Weise einengten und die Verhältnisse weiter verschlechterten.²⁹⁷

Der Apotheker Stahl meint hierzu: „... es bedarf eines starken Rufers im Streite, um in der müden und angespannten Schar der Aerzte den Willen zum Widerstande zu entfachen, sie aufzurütteln aus ihrer wunschlosen Betäubung, ihnen das Verlangen nach berechtigten Bedürfnissen und Forderungen einzuimpfen.“²⁹⁸ Es müßte endlich gegen die „Genügsamkeit“ und die „verbissene Zufriedenheit mit geradezu menschenunwürdigen Verhältnissen“ angekämpft werden, die das schlimmste Erscheinungsbild der aussichts-

²⁸⁸ Vgl. LUNGWITZ (1912a), S. 227.

²⁸⁹ LUNGWITZ (1912a), S. 227 (Zitat).

²⁹⁰ Vgl. LUNGWITZ (1912a), S. 79.

²⁹¹ Vgl. LUNGWITZ (1912a), S. 73.

²⁹² Vgl. LUNGWITZ (1912a), S. 79.

²⁹³ Vgl. LUNGWITZ (1912a), S. 74.

²⁹⁴ LUNGWITZ (1912a), S. 82 (Zitat).

²⁹⁵ Vgl. LUNGWITZ (1912a), S. 81.

²⁹⁶ LUNGWITZ (1912a), S. 193 (Zitat).

²⁹⁷ Ebenda.

²⁹⁸ LUNGWITZ (1912a), S. 278f (Zitat).

losen ärztlichen Zukunft darstellten:²⁹⁹ „Haltet Eure Standesehre in Ehren, aber laßt euch die Paragraphen nicht zu Harpyien werden, die euch Speise und Trank vom Tische stehlen!“ - das, so Stahl, müsse man den Ärzten zurufen, um sie aufzurütteln.³⁰⁰

Auch Kluge hält es für wichtig, den Ärzten klarzumachen, daß sie trotz allem den Mut nicht verlieren sollten, da es immer Mittel und Wege gebe, aus den größten Mißverhältnissen herauszukommen, auch wenn dies jahrelange Auseinandersetzungen erfordern könnte.³⁰¹

Vor allem müsse den Ärzten der richtige Weg gezeigt werden, wie sie den Kampf gegen die Mißverhältnisse angehen könnten. Prüfer meint, die richtige Umgangsweise mit den Mitmenschen wäre der Weg zum Ziel. Man müsse die Sprache der Menschen sprechen, und dahingehend sollten die Führer der Ärzteschaft ihre Kollegen unterweisen. Es sollte den Ärzten klar gemacht werden, daß durch Streik nichts zu erreichen sei, wohl aber durch Verständnis und Güte.³⁰²

An anderer Stelle führt Prüfer aus, daß „das Gespenst unseres sozialen Elends nur verschleucht werden kann, wenn wir Hand in Hand ihm entgegentreten.“³⁰³ Seine Prognose lautet:

„... die Geschichte wird uns erkennen lehren, daß die auf den ärztlichen Kreisen lastende Not und ihre öffentliche Wohlfahrt gefährdenden Ausflüsse nur dem allmächtigen Drucke der Zeiten weichen und nur durch eine aus dem Schoße des Volkes geborene Reaktion beseitigt werden können.“³⁰⁴

Verhältnis zu Institutionen und Gesetzgeber

Kluge beanstandet, daß der Ärztestand durch viele selbst gewählte, entbehrliche Behörden belastet sei;³⁰⁵ nicht nur Institutionen mit staatlichem Charakter, sondern auch eigenwillige Sonderinstanzen stünden über den Ärzten.³⁰⁶ Er bedauert die „tausend untauglichen, fortschritthemmenden, sinn- und vernunftwidrigen Bestimmungen“ und „Privatgesetze“, deren Weltfremdheit längst in aller Munde sei; letztere würden die Ärz-

²⁹⁹ Vgl. LUNGWITZ (1912a), S. 239.

³⁰⁰ Vgl. LUNGWITZ (1912a), S. 278f.

³⁰¹ Vgl. LUNGWITZ (1912a), S. 239f.

³⁰² Vgl. LUNGWITZ (1912a), S. 303f.

³⁰³ LUNGWITZ (1912a), S. 358 (Zitat).

³⁰⁴ LUNGWITZ (1912a), S. 373 (Zitat).

³⁰⁵ Vgl. LUNGWITZ (1912a), S. 71.

³⁰⁶ Vgl. LUNGWITZ (1912a), S. 76.

te knechten und sie vielleicht sogar ins Verderben führen.³⁰⁷ Angesprochen wird hiermit neben den Ärztekammern insbesondere das Ehrengericht.³⁰⁸

Weiter wird bemängelt, daß die Ehrengerichte nicht nach feststehenden Gesetzen richteten, sondern nach den wechselhaften subjektiven Meinungen ihrer Mitglieder.³⁰⁹ Letztere spielten, so Prüfer, in unerhörter Weise mit den Ehrenwörtern ihrer Kollegen, nur um berufliche Zwecke zu erreichen.³¹⁰

Kluge entsetzt sich, daß die Bewegungs- und Denkfreiheit zu allen Seiten hin durch Landesgesetze, Ehrbegriffe und Strafparagrafen dermaßen eingeschränkt werde, daß „beinah aus jedem Gedanken eine Sünde“ werde.³¹¹ Und Prüfer empört sich: „Ist es nicht in höchstem Grade unmoralisch, einen Menschen durch die Verpfändung seines Ehrenwortes seiner Freiheit im Berufsleben zu berauben, noch dazu in einem Berufsleben, das so magere Kost gewährt wie das ärztliche?“³¹² So besage das Gesetz betreffend die ärztlichen Ehrengerichte vom 25. November 1899,³¹³ „daß die Beaufsichtigung des Arztes durch diese Sonderinstanzen sogar bis in das Privatleben hinein sich erstreckt. Auch außerhalb des Berufs, steht darin geschrieben, muß sich der Arzt der Achtung würdig zeigen, die sein Beruf erfordert. Natürlich auch innerhalb seines Berufs.“³¹⁴ Diese Regelung impliziere laut Prüfer die Ansicht, daß der Ärztestand eine Kontrolle von Staatswegen nötig habe.³¹⁵

Des weiteren sei, so Prüfer, bei den Ehrengerichten eine merkwürdige Auffassung zu finden über das, was als straffällig zu werten und was statthaft sei. Der Arzt dürfe nach Belieben einem anderen Arzt die Praxis schmälern, das werde „als vereinbar mit der Anständigkeit und Kollegialität“³¹⁶ angesehen. Andererseits führe das Unterlassen einer geringfügigen Formalität wie das vergessene Melden eines Falles von Kindbettfieber zur Verurteilung.³¹⁷

Fritz Kluge weist mit Nachdruck darauf hin, daß es keinen einzigen Beruf gebe, dessen Ehrengericht eine staatliche Behörde sei. Nur bei den Ärzten hätten die Ehrengerichte

³⁰⁷ Vgl. LUNGWITZ (1912a), S. 71.

³⁰⁸ Vgl. LUNGWITZ (1912a), S. 344.

³⁰⁹ Vgl. LUNGWITZ (1912a), S. 348.

³¹⁰ Vgl. LUNGWITZ (1912a), S. 345.

³¹¹ Vgl. LUNGWITZ (1912a), S. 76.

³¹² LUNGWITZ (1912a), S. 345 (Zitat).

³¹³ Vgl. HENKELMANN (1927).

³¹⁴ Vgl. LUNGWITZ (1912a), S. 272f.

³¹⁵ Vgl. LUNGWITZ (1912a), S. 273.

³¹⁶ LUNGWITZ (1912a), S. 275 (Zitat).

³¹⁷ Ebenda.

staatliche strafrechtliche Gewalt, welcher die Ärzte ab der Approbation unterstellt seien.³¹⁸ Ehrengerichte sollten seiner Meinung nach privaten Charakter haben, und es sollte jedem freistehen, ob er sich dieser Instanz unterwerfe. Wenn er dies nicht tue, sollte das Ehrengericht auch keinen Einfluß mehr auf denjenigen haben.³¹⁹

Außerdem sollten sich die Ehrengerichte nicht mit wirtschaftlichen Problemen oder den Erwerbsverhältnissen befassen, wofür sie Kluges Ansicht nach keine Kompetenz hätten, sondern sich nur um die Ehrenangelegenheiten im ärztlichen Stand kümmern.³²⁰ Er entriestet sich: „Kein anderer Stand würde sich eine derartige Knebelung, durch welche die Erwerbsmöglichkeiten auf Millimeterbreite zusammengeschnürt werden, gefallen lassen.“³²¹

Laut Kluge würde die Mehrzahl der Ärzte, wenn Ehrengerichte erneut zur Wahl stünden, gegen diese Einrichtung stimmen;³²² die damals verantwortlichen Ärzte jedoch seien so an diese „Ketten“ gewöhnt, daß sie diese kaum noch wahrnähmen.³²³

Sozialprestige

Fritz Kluges Vater weist in besagtem Roman darauf hin, daß sich die Reputation des ärztlichen Berufsstandes in den letzten Jahren drastisch verändert habe. Die Patienten kämen erst in allerletzter Sekunde und auch dann eher mit Zweifeln.³²⁴ Prüfer bedauert, daß die Mehrheit in der Bevölkerung, sogar die gebildeten Leute, den Ärzten offenkundig Mißtrauen entgegenbrächten, und oft vorsätzlich den ärztlichen Rat nicht befolgten oder ihn sogar belächelten.³²⁵ Selbst der Staat und die Regierung, so Fritz Kluges Vater, versteckten ihre geringschätzige und sogar feindselige Gesinnung den Ärzten gegenüber nicht.³²⁶

Stahl nennt als Ursachen für die abweisende Haltung des Publikums gegenüber den Ärzten einmal die Dummheit, welche die Bevölkerung an einem naiven Aberglauben hängen lasse, dann die Beeinflussung des einzelnen durch die Meinung der großen Mas-

³¹⁸ Vgl. LUNGWITZ (1912a), S. 77.

³¹⁹ Ebenda.

³²⁰ Ebenda.

³²¹ Ebenda.

³²² Vgl. LUNGWITZ (1912a), S. 76.

³²³ Vgl. LUNGWITZ (1912a), S. 77f.

³²⁴ Vgl. LUNGWITZ (1912a), S. 312.

³²⁵ Vgl. LUNGWITZ (1912a), S. 181f.

³²⁶ Vgl. LUNGWITZ (1912a), S. 313.

se des Volkes und schließlich die oft verbreitete Halbbildung.³²⁷ Hinzu komme, daß unter den Ärzten die eigenartige Ansicht verbreitet sei, die Aufklärung der Menschen werde letztlich nur als Anleitung zur Selbstbehandlung mißverstanden.³²⁸ Dabei wäre es, so Stahl, absolut vonnöten, das Publikum präziser über die Art aufzuklären, wie der Arzt heile. Den Patienten solle begreiflich gemacht werden, daß „die ärztliche Kunst doch etwas mehr bedeutet, als ein Rezept verschreiben oder blindlings das Messer schwingen.“³²⁹ Dann verstünden sie leichter, daß der Arzt wirklich ein Fachmann sei, und daß man dorthin gehen solle und nicht zu irgend jemandem.³³⁰ Prüfer betont: „... gelingt es unserer Kunst und unserem heißen Bemühen, Krankheit und Todesgefahr abzuwehren, so betrachtet man das als etwas Selbstverständliches, was weder Dank noch Anerkennung verdient; haben wir vergeblich um Gesundheit und Leben gekämpft, so sind wir unwissende Charlatane – auch wenn an dem Mißerfolg die Unfolgsamkeit oder die sozialen Verhältnisse der Patienten schuld sind.“³³¹ Eigentlich müßten die Patienten, so Paul Prüfer, dem Arzt als „dem treuen Wächter des höchsten Gutes, der Gesundheit“, unendlich dankbar sein:³³² „... die Dankbarkeit müßte so groß sein, daß es jedermann zum Bewußtsein käme, daß es überhaupt unmöglich ist, die Schuld, die die rastlosen Pioniere im Kampfe gegen Krankheit und Tod ihren Mitmenschen auferlegen, jemals zu tilgen.“³³³

Oft führten auch Meldungen von sensationslustigen Journalisten dazu, daß die Erwartungen des Publikums durch übermäßiges Lob von Medikamenten, die von Geheimräten entwickelt wurden, so hochgeschraubt würden, daß diese nur enttäuscht werden könnten, so Prüfers Gattin Maria.³³⁴ Dann heiße es wieder, „die Aerzte können eben nichts Ordentliches leisten.“³³⁵ Es sei eindeutig, äußert Stahl, daß das Publikum – vor allem Patienten und Reporter – an den sozialen Mißverhältnissen, hier besonders dem verdorbenen Ansehen der Ärzte, nicht unschuldig sei.³³⁶

³²⁷ Vgl. LUNGWITZ (1912a), S. 334.

³²⁸ Vgl. LUNGWITZ (1912a), S. 335.

³²⁹ Ebenda.

³³⁰ Ebenda.

³³¹ LUNGWITZ (1912a), S. 337 (Zitat).

³³² Vgl. LUNGWITZ (1912a), S. 181.

³³³ LUNGWITZ (1912a), S. 181 (Zitat).

³³⁴ Vgl. LUNGWITZ (1912a), S. 335.

³³⁵ LUNGWITZ (1912a), S. 336 (Zitat).

³³⁶ Vgl. LUNGWITZ (1912a), S. 337.

Kassenfrage

Kluge zitiert einen Artikel aus einer Berliner Zeitung, der darauf hinweise, daß die Erwerbsmöglichkeiten durch die geplante Einführung der neuen Reichversicherungsgesetzgebung noch weiter eingeschränkt würden, da dann ein wachsender Anteil der Bevölkerung krankenversichert wäre und die finanzielle Lage der Ärzte schwieriger würde.³³⁷ Auf diese Weise schrumpfe die Privatpraxis weiter zusammen; andererseits dauere es Jahre, bis man eine Kassenarztstelle bekäme.³³⁸ Des weiteren zitiert Kluge aus der Tageszeitung eine Stellungnahme, wonach durch die geplante Einführung der Reichversicherungsgesetzgebung ein weiterer Ansehensverlust drohe. Hierdurch würde eine Abhängigkeit von niedriger gestellten gesellschaftlichen Klassen entstehen, und somit könnte die ehemals hochgeachtete ärztliche Stellung noch mehr Prestige verlieren.³³⁹

An anderer Stelle macht Fritz Kluge den Vorschlag, man solle für die Arbeiter auf dem Lande Kassenverbände schaffen oder sie den bestehenden unterstellen, denn die Honorare, welche die Verwalter der Arbeiter den Ärzten zahlten, seien noch geringer als die Vergütung, welche die Ärzte von der billigsten Krankenkasse bekämen.³⁴⁰

Resümee

Wichtig und erstrebenswert für die Hilfe des ärztlichen Standes wäre Kluge zufolge allein eine Radikalkur, da eine reine Therapie der Symptome zu nichts führe.³⁴¹ Aus den vielen eigenen Erlebnissen und den Gesprächen mit seinen Freunden – Apotheker Stahl und Fritz Kluge – reift in Prüfer eine Anschauung, die er seinen Standesgenossen weitergeben will:

„Das Individuum findet seine Erfüllung nur im Dienste der Gesellschaft. Der Einzelne ist nichts, die Allgemeinheit ist alles. Diese Erkenntnis ist besonders nötig den Jüngern des höchsten Berufes, den wir kennen, des ärztlichen. Denn sie gibt ihnen die Kraft, sich von den Schlacken einer verfehlten Erziehung und Ausbildung zu reinigen, sich von den schnürenden Fesseln eines engherzigen Zünftlertums zu befreien, Anschauungen und Eigenschaften abzulegen, die niemand nützen, aber vielen schaden, einer edlen Menschheit nachzujagen, die sie befähigt, in die Fluten der Zeit hinabzutauchen und sich die verlorene Krone aus der Tiefe zu holen – die Krone, die den Führern der Menschheit gebührt.“³⁴²

³³⁷ Vgl. LUNGWITZ (1912a), S. 232.

³³⁸ Vgl. LUNGWITZ (1912a), S. 233.

³³⁹ Ebenda.

³⁴⁰ Vgl. LUNGWITZ (1912a), S. 260.

³⁴¹ Vgl. LUNGWITZ (1912a), S. 249.

³⁴² LUNGWITZ (1912a), S. 373f (Zitat).

4.2.1.3 Die Kritikpunkte und Reformvorschläge der Protagonisten vor dem Hintergrund der zeitgenössischen Lage der deutschen Ärzteschaft

Die in Lungwitz' Erstlingsroman aufscheinenden, das Gesundheitswesen betreffenden Kritikpunkte und Lösungsvorschläge lassen sich wie folgt zusammenfassen:

Thema ‚Ausbildung‘

Nur unzureichend vermittelt wird/werden im Medizinstudium:	Vorgeschlagen wird/werden:
<ul style="list-style-type: none"> • der richtige Umgang mit Patienten und Mitmenschen • die Pflichten des Arztes im Umgang mit staatlichen Behörden sowie Kenntnisse der einschlägigen Gesetzgebung • der merkantile/kaufmännische Charakter der ärztlichen Tätigkeit • Kompetenz sowie staatliche Rücken- deckung in Fragen der Hygiene • die zunehmende Verschlechterung der Berufsaussichten für (angehende) Ärzte 	<ul style="list-style-type: none"> • die Unterweisung der Ärzte im Aufbau zwischenmenschlicher Beziehungen/ im Erwerb sozialer Kompetenz und Nähe • eine intensivere Unterrichtung in bezug auf ärztliche Berufs- und Meldepflichten • verstärkte kaufmännische Schulung • staatliche Zulassungsbeschränkungen zum Medizinstudium, um eine Überfüllung des ärztlichen Berufes zu verhindern • die Aufhebung der Kurierfreiheit

Thema ‚Kollegialität‘

Kritisiert wird/werden:	Vorgeschlagen wird/werden:
<ul style="list-style-type: none"> • eine zunehmende Tendenz zu Egoismus und Mißgunst unter den Ärzten bis hin zum Brotneid • „Cliquenwirtschaft“ 	<ul style="list-style-type: none"> • gegenseitige kollegiale Unterstützung • gemeinsame und geschlossene Initiativen

Thema ‚Hygiene‘

Kritisiert wird/werden:	Vorgeschlagen wird/werden:
<ul style="list-style-type: none"> • die Mißachtung der ärztlichen Kompetenz in Fragen der öffentlichen Hygiene • das Konzept der Säuglingskrankenhäuser • übermäßige Geldausgaben für schwache und nur bedingt überlebensfähige Säuglinge 	<ul style="list-style-type: none"> • die Stärkung der sanitätspolizeilichen Stellung des Arztes • ein verbessertes Hygienekonzept • die Inkaufnahme des Verlusts kranker/ schwacher Neugeborener

Thema ‚Honorarverhältnisse und ärztliches Selbstbild‘

Kritisiert wird:	Vorgeschlagen wird:
<ul style="list-style-type: none"> • das Festhalten am veralteten Ideal des Arztes als Künstler • die Geringschätzung merkantiler Ideale • der unlösbare Konflikt zwischen dem traditionellen Ideal des Arztes (s. o.) und des vor allem wirtschaftliche Interessen vertretenden Leipziger Verbandes • die übliche Liquidationspraxis (einmal jährlich) • die Zahlungsunfähigkeit von kranken und erwerbsunfähigen Patienten 	<ul style="list-style-type: none"> • eine Korrektur des ärztlichen Selbstbildes • ein klares Bekenntnis zum Geldverdienen und zum Gewerbecharakter der ärztlichen Tätigkeit • eine flexible, über das Jahr verteilte Liquidation • die Einführung einer ‚Gesundheitssteuer‘ zur Absicherung von Ärzten und finanziell bedürftigen Patienten • die mögliche Verbeamtung der Ärzte → gesichertes Einkommen (Einschränkung: mögliche negative Auswirkungen auf das ärztliche Engagement)

Thema ‚Verhältnis zu Institutionen und Gesetzgeber‘

Kritisiert wird/werden:	Gefordert wird:
<ul style="list-style-type: none"> • das Vorhandensein zu vieler den Ärzten weisungsberechtigter Instanzen • fortschrittshemmende und sinnwidrige Bestimmungen • die Ehrengerichtsbarkeit in der bestehenden Form 	<ul style="list-style-type: none"> • eine Revision der bestehenden Landesgesetze und Bestimmungen • die Einrichtung einer freiwilligen Ehrengerichtsbarkeit mit privatem, nicht-staatlichem Charakter

Thema ‚Soziale Frage‘

Kritisiert wird/werden:	Gefordert wird:
<ul style="list-style-type: none"> • das geringe Interesse der Ärzteschaft für die soziale Frage im allgemeinen • das geringe Interesse der Ärzteschaft für interessenspolitische Fragen und soziale Nöte des Berufsstandes • die persönlichen Egoismen der ärztlichen Standesvertreter und ihr geringes Interesse an den sozialen Nöten der Kollegen 	<ul style="list-style-type: none"> • ein verstärktes Engagement der Ärzte für öffentliche Belange • ein breites interessenpolitisches Engagement der Ärzteschaft • eine stärkere Kontrolle der Standespolitiker – der Ersatz von Streikmaßnahmen durch den Erwerb sozialer Kompetenz

Thema ‚Sozialprestige‘

Beklagt wird/werden:	Gefordert wird:
<ul style="list-style-type: none">• ein schwindendes ärztliches Sozialprestige• ein wachsendes Mißtrauen/abweisendes Verhalten auf seiten der Patienten• die geringe Bereitschaft der Ärzte zur gesundheitlichen Aufklärung der Bevölkerung aus Angst vor einer Förderung der Selbstbehandlung• überzogene Erwartungen an neue Medikamente durch tendenziöse Presseberichterstattung• ein weiterer Prestigeverlust durch eine Ausweitung der GKV	<ul style="list-style-type: none">• die Aufklärung von Patienten in verständlicher Sprache • ein Dialog mit den Vertretern der Presse

Thema ‚Kassenfrage‘

Beklagt wird:	Gefordert wird:
<ul style="list-style-type: none">• die Einschränkung der Privatpraxis durch die Ausdehnung der Krankenversicherung• der Mangel an Kassenarztstellen• eine zunehmende Abhängigkeit des Arztes von gesellschaftlich niedriger gestellten Patienten → Prestigeverlust	<ul style="list-style-type: none">• die Neugestaltung der Kassenzulassung und –praxis

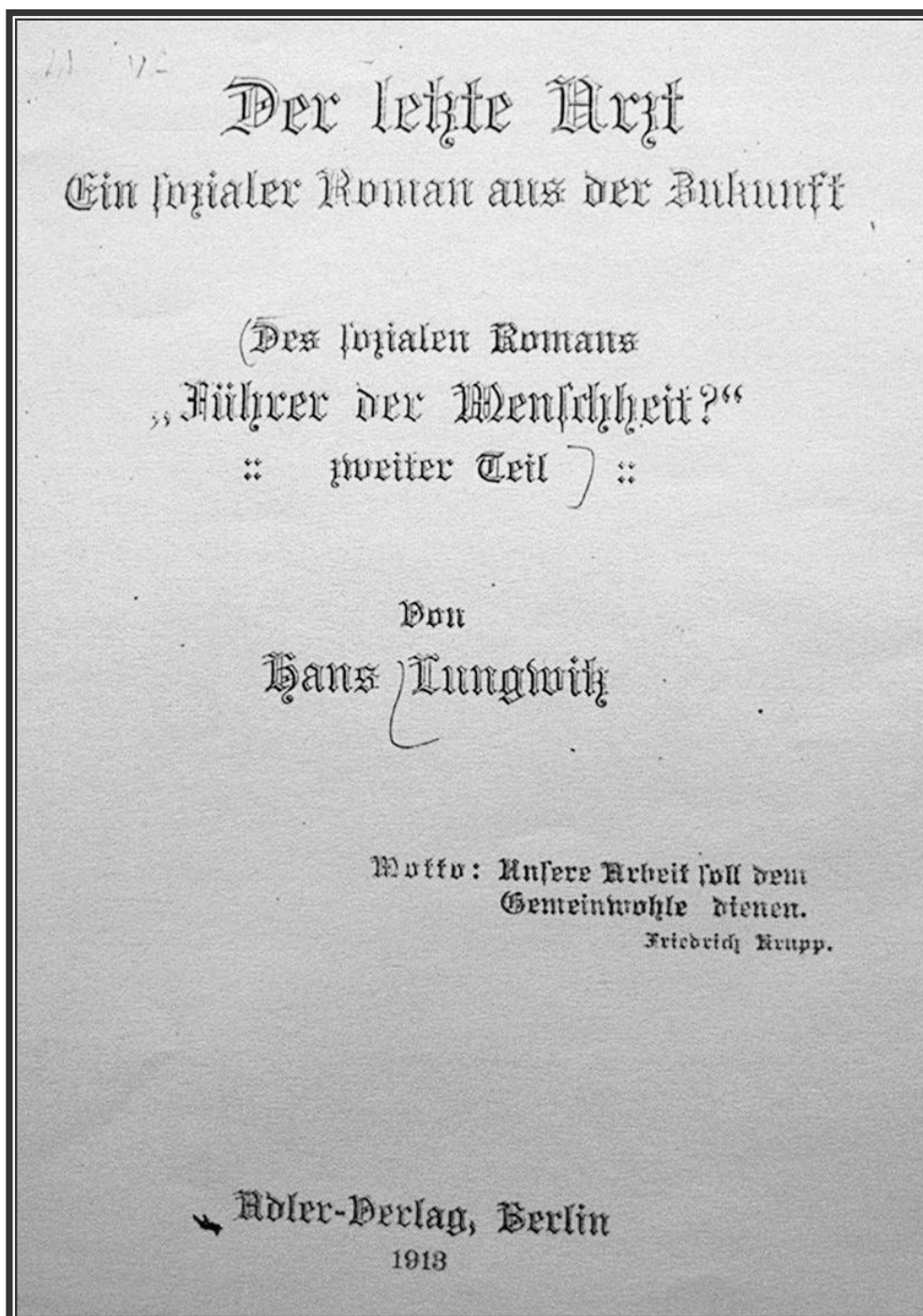


Abb. 5: Titelblatt des Romans „Der letzte Arzt“, LUNGWITZ (1913a)

4.2.2 Der zweite sozialkritische Roman ‚Der Letzte Arzt‘ von Hans Lungwitz

Der zweite von Hans Lungwitz herausgegebene sozialärztliche Roman ‚Der letzte Arzt‘ erschien 1912, eine zweite Auflage folgte 1913. Dieses sozialkritische Werk stellt die Fortsetzung des Romans ‚Führer der Menschheit?‘ dar.³⁴³ Eine Neuauflage beider „Tendenzromane“³⁴⁴ in einem Band plante Lungwitz 1958.³⁴⁵ Er war der Meinung, daß die beiden Romane ihre zuge dachte Aufgabe noch nicht zufriedenstellend erfüllt hätten. Ferner waren sie nach der ersten Veröffentlichung überaus positiv rezensiert worden.³⁴⁶ Allerdings kam es aus nicht bekannten Gründen nie zu dieser Neuauflage.

In ‚Der letzte Arzt‘, der den Untertitel „Ein sozialer Roman aus der Zukunft“ trägt, wagt Lungwitz einen Ausblick in das zukünftige soziale Leben der Ärzte.³⁴⁷ Er läßt seine Hauptfigur Dr. Paul Prüfer Lösungsvorschläge zu den im ersten Roman erkannten sozialärztlichen Mißständen entwickeln, diese zum Teil auch durchführen. Ferner stellt er die von ihm vermuteten Reaktionen von seiten des Volkes, der Regierung und auch der Ärzte selbst dar und beschreibt so eine mögliche Zukunft des ärztlichen Standes.

Im Unterschied zum ersten Werk ist der zweite Roman aus Sicht einer der Protagonistinnen des ersten Buchs geschrieben, nämlich aus der Perspektive von Magdalene (kurz Lene) Stahl, der Tochter des Apothekers Stahl. Sie beschreibt jedoch nicht nur ihr eigenes Leben, sondern läßt den Leser auch das weitere Leben des Arztes Paul Prüfer, der Hauptfigur aus ‚Führer der Menschheit?‘ weiterverfolgen. Prüfer setzt nunmehr seine ganze Kraft in die Arbeit für seinen Stand, er will die Ärzte auf ihre soziale Not aufmerksam machen, denn viele seiner Kollegen, so Prüfer, verdienen nicht einmal genug, um ein annähernd standesgemäßes Leben zu führen. Er möchte die Ärzteschaft durch Änderung des Status quo in eine rosigere Zukunft führen.

³⁴³ Vgl. DOMINICUS (1983), S. 25.

³⁴⁴ DOMINICUS (1983), S. 25 (Zitat).

³⁴⁵ Vgl. LUNGWITZ (1958), S. 41.

³⁴⁶ Ebenda.

³⁴⁷ Der in Kapitel 3.2. erwähnte Hinweis auf Authentizität der dargestellten sozialärztlichen Probleme ist auch hier gültig.

4.2.2.1 Der Inhalt des Romans

Der Roman beginnt mit dem Tod des Arztes Paul Prüfer und Lenas Bekenntnis, ihn immer geliebt zu haben. In ihrer Trauer läßt sie ihr Leben Revue passieren und schreibt ihre Biographie. Als Material dienen ihr Erinnerungen, Tagebuchaufzeichnungen und Briefe. Sie beginnt ihren Bericht mit dem Tag, an dem sich Prüfer als Arzt in ihrem Heimatort Rehdorf, Sachsen niederläßt.

Prüfer wird alsbald täglicher Gast im Hause des Apothekers, und Lene hofft insgeheim, daß er einmal mehr als nur ein Gast werden würde. Diese Hoffnung wird jedoch jäh zerstört, als sie erfährt, daß er verlobt ist und bald darauf seine Braut Maria heiratet.

Der Idealist Prüfer ist in seiner Zeit als praktizierender Arzt schnell zu der Einsicht gelangt, daß die soziale und wirtschaftliche Notlage der Ärzteschaft auf das eigenartige und veraltete Berufsbild seiner Standesgenossen zurückzuführen sei. An der Erlangung dieser Erkenntnis sind der Apotheker Stahl und Prüfers Studienfreund Fritz Kluge maßgeblich mitbeteiligt, und sie diskutieren auch später immer die neuesten Pläne Prüfers. Dieser setzt sich zum Ziel, seinen Kollegen die Augen über die wahren Gründe der prekären Lage zu öffnen und den Ärztestand sozusagen zu reformieren. Konkret strebt Paul Prüfer nach einer Reform der ärztlichen Ehrengerichte, der Ärztekammerwahlen, der Honorarverhältnisse, die der Zeit entsprechend sein sollten, der Verbesserung der ärztlichen Versorgung des Mittelstandes, der Bekämpfung der Kurpfuscherei und anderer Dinge, die den praktizierenden Arzt und die Öffentlichkeit betreffen.³⁴⁸

Als Lene schweren Herzens den Stadtarzt Dr. Max Weber heiratet, der Prüfer schon im ersten Roman die Praxis streitig gemacht hat, und nun dessen Platz in Rehdorf endgültig einnehmen wird, zieht Prüfer mit seiner Frau Maria in die Hauptstadt, wo sein Freund Kluge Mitbesitzer der väterlichen chemisch-pharmazeutischen Fabrik ist.

Er versucht dort vergeblich, eine Kassenarztzulassung zu bekommen; nur bei der Betriebskrankenkasse der Firma Kluges ist er aufgrund der Beziehungen erfolgreich. Um finanziell über die Runden zu kommen, nimmt Prüfer das Angebot des Kommerzienrats Kluge, Fritz Kluges Vater, an und arbeitet zusätzlich zur Privatpraxis als medizinischer Beirat in der Klugschen Fabrik.

³⁴⁸ Vgl. LUNGWITZ (1913a), S. 58f.

Während der Hochzeitsreise erfährt Lene von der Spielsucht ihres Gatten Max, die sie an die schwere Zeit mit Max schon vor der Hochzeit erinnert, in der Affären mit Frauen immer wieder Zweifel an der Richtigkeit ihrer Wahl in ihr aufsteigen haben lassen.

Lene reist nach der Hochzeitreise in die Hauptstadt, um Maria Prüfer zur Hand zu gehen, die gerade ihr erstes Kind, ein Mädchen namens Maria, zur Welt gebracht hat. In dieser Zeit gewinnt sie erneut Einblick in das Schaffen Paul Prüfers. Dieser gründet mit Hilfe des Kommerzienrates Kluge eine Zeitschrift mit dem Titel, ‚Ärztliches Reformblatt‘. Auf diese Weise will er versuchen, den Ärztestand aus seiner Lethargie zu rütteln, nachdem ihm die Standesvereine, die er anfangs für seine sozialreformerische Tätigkeit auserkoren hatte, den Zutritt verwehrt haben. Überdies gründet er dann selbst einen ‚Standesverein‘, in den seine Gesinnungsgenossen eintreten können; er nennt ihn ‚Ärztliche Reformvereinigung‘.

Nicht lange nach Lenes Reise in die Hauptstadt verdichten sich die Zweifel, die sie wegen der Heirat gehabt hatte: Es geht das Gerücht um, daß sich Max in der Hauptstadt, die er zweimal pro Woche bereist, mit Damen, vor allem mit einer gewissen ‚Frau von Wächter‘, vergnügt. Dieses Gerücht wird von einem Detektiv, den der Apotheker Stahl einschaltet, bestätigt, so daß Stahl unverzüglich die Scheidung seiner Tochter von Dr. Weber in die Wege leitet. Zu allem Überfluß infiziert sich Lene bei Max Weber mit einer Geschlechtskrankheit, die sie einige Wochen im Krankenhaus der Hauptstadt zubringen läßt und durch die sie letztlich ihre Fruchtbarkeit einbüßt. In diesen Wochen reift in ihr der Entschluß, ihr weiteres Leben den Kranken zu widmen, und sie tritt in den Orden der Elisabethinerinnen ein. Die wahren Machenschaften Dr. Webers – wie u.a. Falschspielerei – kommen schließlich einige Zeit später ans Licht; er entgeht jedoch jeglicher Strafe, indem er sich das Leben nimmt.

Prüfer kämpft zu dieser Zeit um Mitglieder für seine ärztliche Reformbewegung und muß feststellen, daß sich vor allem die einflußreichen Ärzte verleugnen lassen oder aber Interesse vortäuschen, um dann mit dem erhaltenen Wissen gegen Prüfers Vorhaben zu intrigieren. Die Mehrzahl der Ärzte gibt vor, sich sein Anliegen anzuhören, will jedoch keine Veränderung der bestehenden Verhältnisse. Er findet erst in der Gruppe sein Gefolge, die sehr unter der aktuellen Situation leidet und sich bessere Lebensbedingungen wünscht.

Das erste Ziel der Reformbewegung ist, Einfluß in den wichtigen Institutionen, wie der Ärztekammer, zu bekommen. Dazu muß allerdings erst der Wahlmodus geändert werden, und daran will die Bewegung arbeiten. Da dieser Weg nicht den entsprechenden Erfolg hat, versucht Prüfer in eine Partei aufgenommen zu werden, um dort Unterstützung für sein Vorhaben zu finden, und er wählt hierfür die liberale Partei.

In jener Zeit wird die Reichsversicherungsordnung (RVO) eingeführt, was an mehreren Orten zu Ärztestreiks führt, die nur durch Eingreifen der Regierung beendet werden können. Das Ansehen der Ärzte sinkt daraufhin noch weiter, und es wird ihnen sogar direkte Ablehnung entgegengebracht.

Prüfer hat mit der Behandlung der Ärztesfrage in seiner Partei derartigen Erfolg, daß er als Reichstagskandidat aufgestellt und schließlich, ein paar Jahre später, in den Reichstag gewählt wird. Je mehr Erfolg Prüfer jedoch hat, desto mehr arbeiten seine Gegner gegen ihn. Sie schaffen es, erfolgreich den Verleger seiner Zeitschrift gegen ihn aufzuhetzen, so daß dieser, als Prüfer ihn aufsucht, derart die Beherrschung verliert, daß er ihm durch einen Stoß schwerste Verletzungen zufügt. Ein ‚Kurpfuscher‘ nimmt sich des auf der Straße bewußtlos gewordenen Arztes an und ersucht die umliegenden Ärzte um Hilfe, die es jedoch strikt ablehnen, mit einem Kurpfuscher zusammenzuarbeiten. Prüfer, der eine Gehirnerschütterung davonträgt, erholt sich erst nach Monaten. Nach zusätzlichem mehrmonatigen Erholungsaufenthalt bei Fritz Kluge, der eine Zweigstelle in Bayern leitet, geht Prüfer mit neuer Kraft an die geplanten Reformen. Diesmal verlegt er seine Zeitschrift selbst, und es erscheint die zweite Folge des ‚Ärztlichen Reformblattes‘. Auch die liberale Partei nimmt ihn mit Freuden wieder auf, und seine Praxis erwacht ebenfalls zu neuem Leben.

Dann ereilt Fritz Kluge ein Schicksalsschlag: Seine Frau stirbt nach der Geburt einer Tochter, und Lene nimmt sich Fritz’ und seiner Kinder an. Einige Jahre später heiratet Fritz Kluge Lene, und sie ersetzt seinen Kindern die Mutter.

Mittlerweile ist Prüfer als politischer Reformator und als Arzt bekannt geworden. In seiner Stellung als Reichstagsabgeordneter ringen plötzlich die Standesvereine um ihn. Innerhalb zweier Jahre schafft Prüfer es, die Ärztekammer und die Ehrengerichte zu reformieren, und es gelingt ihm ein entscheidender Vorstoß in der öffentlichen Gesundheitspflege. Schließlich fordert er die Verstaatlichung der Krankenkassen, was zur Gegenforderung der Regierung führt, gleich das gesamte Gesundheitswesen zu verstaatli-

chen. Seine Anhänger sehen in ihm nun einen Verräter. Die Ärzteschaft droht mit Streik für den Fall der Verstaatlichung. Als die Verstaatlichung schließlich wirklich zum Gesetz ausgerufen wird, schließt Prüfer seine Praxis und scheidet aus dem ärztlichen Beruf aus. Er bezeichnet sich als den „letzten Arzt“, denn von dem Zeitpunkt der Verstaatlichung an gäbe es nur noch medizinische Bürokraten. Die Mehrheit der Ärzte beginnt zu streiken, was ihnen sehr viel Tadel einbringt und die Drohung der Regierung, ihnen gegebenenfalls die Approbation zu entziehen. Für das neue System sind nun viel weniger Ärzte nötig als zuvor; außerdem kommt es zur Einführung der freien Arztwahl und einer Gesundheitssteuer. Die Ärzte gehören jetzt einer mittleren Gehaltsklasse an, und die Gesundheit des Volkes bessert sich.

Prüfer sieht bis zuletzt die Verstaatlichung als Impertinenz gegenüber der ärztlichen Kunst an und meint, der Schaden werde die Volksgesundheit schon noch irgendwann ereilen. Lene meint allerdings, daß in dieser Haltung vielleicht der Fehler seines Lebens läge.

Jahre vergehen, und die Familien Kluge und Prüfer vereinigen sich bei der Hochzeit Marias, der Tochter Prüfers, mit Kluges Sohn.

Der Roman endet mit Lenes Wunsch, schließlich ihren bereits verstorbenen Angehörigen folgen zu dürfen.³⁴⁹

³⁴⁹ Vgl. LUNGWITZ (1913a) „Der letzte Arzt. Ein sozialer Roman aus der Zukunft.“

4.2.2.2 Mißstände und Reformvorschläge im Roman ‚Der Letzte Arzt‘

Ausbildung der Ärzte

Prüfer hält es für das Sinnvollste, die sozialärztlichen Mißstände von Grund auf anzugehen, d.h. das medizinische Studium zu reformieren,³⁵⁰ so „daß die jungen Leute nicht völlig unkundig der sozialärztlichen Wissenschaft und Praxis die Universität verlassen, daß sie schon während des Studiums in ausreichender Weise auf die zum Teil recht rauen Wirklichkeiten vorbereitet werden.“³⁵¹ Die Absolventen der Universität seien unreif, manchmal sogar bis an ihr Lebensende, und wiesen dennoch einen unglaublichen Standesdünkel auf.³⁵²

Der Unterricht an den Universitäten solle aus diesem Grund komplett umgestaltet werden; es müsse versucht werden, stärkeren Akzent auf den klinisch-praktischen Unterricht zu legen und den naturwissenschaftlichen Fächern eine untergeordnete Stellung zuzuweisen. Auch die sozialärztliche Disziplin dürfe nicht völlig vernachlässigt werden, da sie als Vorbereitung auf das praktische Leben unentbehrlich sei. Diese Umgestaltung sei vor allem nötig, damit den Ärzten keine Fehler unterliefen, die auf die mangelhafte soziale Ausbildung zurückzuführen seien und die sie am eigenen Leib büßen müßten. Denn die Ärzte genossen im Unterschied zu den Theologen und Juristen nicht den Schutz des Staates, obgleich sie genau wie diese ein Staatsexamen ablegen müßten.³⁵³

Ärztékammer und Ehrengerichte

Ein weiteres wichtiges Reformziel sieht Lungwitz' Protagonist Prüfer in einer Veränderung der Zusammensetzung der Ärztekammer.³⁵⁴ Die Ärztekammer sei eine offizielle Standesvertretung in Form einer staatlichen Behörde.³⁵⁵ Ihre Vertreter hätten seiner Meinung nach durch ihre Unfähigkeit die Notlage der Ärzte maßgeblich mitverschuldet³⁵⁶ bzw. dem Niedergang des ärztlichen Standes nicht Einhalt geboten.³⁵⁷

³⁵⁰ Vgl. LUNGWITZ (1913a), S. 59.

³⁵¹ LUNGWITZ (1913a), S. 59 (Zitat).

³⁵² Vgl. LUNGWITZ (1913a), S. 58.

³⁵³ Vgl. LUNGWITZ (1913a), S. 105.

³⁵⁴ Vgl. LUNGWITZ (1913a), S. 152.

³⁵⁵ Vgl. LUNGWITZ (1913a), S. 91.

³⁵⁶ Vgl. LUNGWITZ (1913a), S. 152.

³⁵⁷ Vgl. LUNGWITZ (1913a), S. 150.

Deshalb sei es für die Besserung der bestehenden Situation notwendig, „geeignete Führer zu finden“, ³⁵⁸ die sich dann den entsprechenden Einfluß, vor allem in den relevanten Gremien, wie z.B. den Standesvertretungen, verschaffen müßten. ³⁵⁹ Dies allerdings, so Prüfer, stelle ein Problem dar, da die Standesvereine jeden, der ihre Ordnung stören könnte, als Mitglied verschmähten. ³⁶⁰

Es bedürfe deswegen vor allem einer Änderung des Wahlmodus der Ärztekammer ³⁶¹ ³⁶². Zuallererst müsse die Listenwahl abgeschafft werden. Paul Prüfer beklagt: „In Wirklichkeit ist diese sogenannte Listenwahl nichts weiter wie eine Komödie, in Wirklichkeit wählen einzig und allein die Standesvereine. Sie wählen die Ärztekammer, sie wählen somit auch indirekt das Ehrengericht und die übrigen Institute, die sich unser Stand nach und nach von einigen schlechten ‚Führern‘ hat aufladen lassen. Kurzum, die Standesvereine beherrschen oder sogar verkörpern die staatliche und private Organisation der gesamten Ärzteschaft.“ ³⁶³

Die Kandidaten würden ausschließlich von den Standesvereinen bestimmt, ³⁶⁴ und die Ärzte bekämen die Liste der Aspiranten nur pro forma zugeschickt. ³⁶⁵ Dies habe zur Folge, daß der Großteil der Ärzte an der Wahl überhaupt nicht mitwirke ³⁶⁶ und die Ämter immer unter den gleichen Personen hin und her geschoben würden. ³⁶⁷ Die Wahl würde so zu „einer sinnlosen Farce“, ³⁶⁸ denn die große Zahl der Ärzte habe auf die Wahl ihrer Vorbeter, die sie unterdrückten und gängelten, keinerlei Einfluß. ³⁶⁹

Als Alternative zum bisherigen Wahlmodus schlägt Prüfer vor, die Wahlbezirke in Unterabteilungen zu gliedern, in denen ein Kandidat „unabhängig von irgendwelchen privaten Vereinigungen wie den Standesvereinen“ ³⁷⁰ von allen zugehörigen Ärzten aufgestellt würde, und die Abstimmung in der gleichen Art wie die Reichstagswahlen zu vollziehen. Hierdurch wäre gewährleistet, daß jeder deutsche Arzt Einfluß darauf neh-

³⁵⁸ LUNGWITZ (1913a), S. 103 (Zitat).

³⁵⁹ Vgl. LUNGWITZ (1913a), S. 152.

³⁶⁰ Vgl. LUNGWITZ (1913a), S. 143.

³⁶¹ Mit den Ärztekammerwahlen beschäftigte sich Lungwitz auch in seiner Zeitschrift „Moderne Medizin“ in mehreren Artikeln.

³⁶² Vgl. LUNGWITZ (1913a), S. 103.

³⁶³ Vgl. LUNGWITZ (1913a), S. 91f.

³⁶⁴ Vgl. LUNGWITZ (1913a), S. 103.

³⁶⁵ Vgl. LUNGWITZ (1913a), S. 91.

³⁶⁶ Vgl. LUNGWITZ (1913a), S. 103.

³⁶⁷ Vgl. LUNGWITZ (1913a), S. 151.

³⁶⁸ LUNGWITZ (1913a), S. 103 (Zitat).

³⁶⁹ Vgl. LUNGWITZ (1913a), S. 103.

³⁷⁰ LUNGWITZ (1913a), S. 103 (Zitat).

men könnte, wer in die Ärztekammer gewählt würde und wer nicht, und dies nicht einer kleinen Gruppe vorbehalten bliebe.³⁷¹ Dann besäße die Ärztekammer auch das Vertrauen aller Ärzte.³⁷² Außerdem wäre damit zumindest die Möglichkeit gegeben, objektive ‚Führer‘ zu bekommen, die unparteiisch die Interessen der Ärzteschaft verträten.³⁷³

Die Änderung der Ärztekammerwahl führe gleichzeitig zu einer Reform der Ehrengerichte, die aus entsandten Mitgliedern der Ärztekammer bestehen. Zusätzlich solle den Ehrengerichten der behördliche Charakter genommen werden, und ihre Gerichtsbarkeit solle drastisch eingeschränkt werden, so daß sie nicht mehr auf die persönliche Freiheit und das Privatleben der Ärzte Einfluß nehmen könnten.³⁷⁴ Für diese Änderung der Rechtssprechung durch die Ehrengerichte spreche unter anderem die Tatsache, daß in einer Sitzungsperiode des Ehrengerichtes fast die Hälfte aller Urteile falsch oder überspitzt seien und in einer zweiten Instanz berichtigt werden müßten.³⁷⁵ Es solle deshalb Prüfers Ansicht nach eine „durchgreifende Reform des Gesetzes betreffend die ärztlichen Ehrengerichte“³⁷⁶ angestrebt werden, das seit dem 25. November 1899³⁷⁷ gelte. Die damals gültige Fassung erlaube es den Ehrenrichtern „nach freier Überzeugung“³⁷⁸ zu urteilen, es gebe keine bestimmte Ordnung und auch keine allgemeinen und detailierten Richtlinien, die für die Entscheidungen maßgebend seien; alles sei der reinen Willkür unterworfen. Die Ärzte seien den Ehrenrichtern so völlig ausgeliefert, und dies führe zur Ausbildung eines übertriebenen Ehrbegriffs.³⁷⁹

Paul Prüfer schlägt zwei Alternativen zur Lösung des Problems vor: einmal die Schaffung eines Strafgesetzbuchs für die Ehrengerichte oder aber die komplette Abschaffung dieses Gesetzes und damit der Ehrengerichte als staatliche Institution.³⁸⁰ Da das „Ehrgefühl“, um das es in einigen Paragraphen gehe, sich von Person zu Person unterscheide und schwer in Gesetze zu fassen sei, sei es die bessere der beiden Alternativen, den Ehrengerichten den staatlichen Charakter zu nehmen und sie in rein private Einrichtungen

³⁷¹ Vgl. LUNGWITZ (1913a), S. 152.

³⁷² Ebenda.

³⁷³ Vgl. LUNGWITZ (1913a), S. 103.

³⁷⁴ Vgl. LUNGWITZ (1913a), S. 103f.

³⁷⁵ Vgl. LUNGWITZ (1913a), S. 104.

³⁷⁶ LUNGWITZ (1913a), S. 217, HENKELMANN (1927), S. 32f.

³⁷⁷ Vgl. LUNGWITZ (1913a), S. 218, HENKELMANN (1927), S. 32.

³⁷⁸ LUNGWITZ (1913a), S. 218 (Zitat).

³⁷⁹ Vgl. LUNGWITZ (1913a), S. 217-219.

³⁸⁰ Vgl. LUNGWITZ (1913a), S. 218.

umzuwandeln,³⁸¹ deren Beschlüssen „sich keiner zu fügen braucht, wenn er nicht will.“³⁸² Prüfer ist der Meinung, daß die Ärzte keine „spezielle“ Ehre besäßen und man ihnen dementsprechend auch die allgemeingültige menschliche Moral als Berufsehre zugrunde legen könne.³⁸³ Das hieße zugleich, daß auch für sie das bürgerliche Strafgesetzbuch gelten und ein zusätzliches nicht nötig sein sollte.³⁸⁴ Somit wären die „Bevormundung in moralischer und beruflicher Hinsicht“³⁸⁵ wie auch die eingeschränkte Bewegungsmöglichkeit in Erwerbsfragen aufgehoben.³⁸⁶ Außerdem behauptet Prüfer, daß die Ärzte in Staaten, in denen es keine Ehrengerichte gebe, genauso gut qualifiziert seien.³⁸⁷

Ferner fordert Prüfer, sich intensiver mit den sozialen Gesetzen wie der Arbeiterversicherung, mit sanitätspolitischen Bestimmungen und mit der gesamten öffentlichen Hygiene zu befassen.³⁸⁸

Soziale Frage

Prüfer zufolge sind vor allem die „verfehlte Erziehung auf den Schulen und Universitäten, sodann die unaufhörliche drückende Sorge ums tägliche Brot, [...], [und] endlich die unerhörte Bevormundung, die von einer kleinen Partei völlig ungeeigneter Personen, der sogen. Führer“³⁸⁹ ausgehe, ausschlaggebend für den Niedergang des ärztlichen Standes.³⁹⁰

Die Erkenntnis über die wirtschaftliche und soziale Not der Ärzte, zu der Prüfer mit der Zeit gelangt, müsse allen offenbart werden, vor allem aber den Kollegen, die noch nicht soweit gedacht hätten.³⁹¹ Aus diesem Grund wächst in Prüfer, der die „Misèren des täglichen Erwerbes und des ärztlichen Standes“³⁹² am eigenen Leib erlebt, die Meinung, „daß es den Aerzten an einem Führer aus der Tiefe“³⁹³ fehle.³⁹⁴ Dieser ‚Führer‘ müsse

³⁸¹ Vgl. LUNGWITZ (1913a), S. 218.

³⁸² LUNGWITZ (1913a), S. 219 (Zitat).

³⁸³ Vgl. LUNGWITZ (1913a), S. 218.

³⁸⁴ Ebenda.

³⁸⁵ LUNGWITZ (1913a), S. 219 (Zitat).

³⁸⁶ Vgl. LUNGWITZ (1913a), S. 219.

³⁸⁷ Ebenda.

³⁸⁸ Vgl. LUNGWITZ (1913a), S. 172.

³⁸⁹ LUNGWITZ (1913a), S. 204 (Zitat).

³⁹⁰ Vgl. LUNGWITZ (1913a), S. 204.

³⁹¹ Vgl. LUNGWITZ (1913a), S. 18.

³⁹² LUNGWITZ (1913a), S. 17 (Zitat).

³⁹³ Ebenda.

³⁹⁴ Vgl. LUNGWITZ (1913a), S. 17.

die Ärzte auf die Mißstände aufmerksam machen und sie aus ihrer Notlage befreien. Dabei könne er aber nur Erfolg haben, wenn er einer derjenigen sei, die Tag für Tag selbst mit diesen Problemen konfrontiert seien, eben ein „Führer aus der Tiefe“ - eine Rolle, die auszufüllen sich Prüfer als Ziel setzt. Sein Leitmotiv ist: „Es kann mir selbst nur besser gehen, wenn es allen besser geht.“³⁹⁵

Lungwitz läßt Prüfer eine Zeitschrift gründen, in welcher dieser seine Erkenntnisse über die Mißstände der sozialärztlichen Verhältnisse und deren Ursachen sowie entsprechende Reformvorschläge darlegt. Er möchte das Volk und vor allem auch seine Kollegen aufrütteln,³⁹⁶ um so „die Aerztefrage in den Brennpunkt des Interesses zu setzen.“^{397 398}

Die Ärzte müßten Prüfer zufolge beim Durchsetzen ihrer Interessen endlich aufhören, sich ständig als etwas Besseres zu fühlen, sich gleichsam „als eine vom Staatskörper losgelöste Gruppe mit dem Privileg, die Gesetze mißachten zu können,“³⁹⁹ zu betrachten.⁴⁰⁰ Besonders deutlich sei diese Eigenart bei der Einführung der Reichsversicherungsordnung gewesen, wo die Ärzte zur Durchsetzung ihrer Interessen sogar zum Mittel Streik gegriffen hätten.⁴⁰¹ Prüfer betont mit Nachdruck, daß der Streik als interessenpolitische Maßnahme des Arztes nicht würdig sei. Außerdem bezweifelt er, daß es einer Zahl von 30.000 Ärzten gelingen könne, einem Volk von über 60 Millionen Menschen seinen Willen aufzuoktroyieren.⁴⁰²

Die Ärzte sollten das Gesetz und auch den Willen des Volkes mehr respektieren, sie könnten Gesetze nicht einfach brechen, nur weil sie mit ihnen nicht einverstanden seien.⁴⁰³ Außerdem sei es viel zweckdienlicher, solche Kampfmittel einzusetzen, die zum Ziel führten, und nicht solche, die schon durch die Methode mehr Nachteile als Vorteile

³⁹⁵ LUNGWITZ (1913a), S. 97 (Zitat).

³⁹⁶ Vgl. LUNGWITZ (1913a), S. 100f.

³⁹⁷ LUNGWITZ (1913a), S. 164 (Zitat).

³⁹⁸ Im Grunde hatte Lungwitz selbst mit seiner Zeitschrift ‚Moderne Medizin. Zeitschrift für Wissenschaft und Soziologie‘, die er 1910 gründete, das gleiche Ziel verfolgt. Die Zeitschrift ‚Moderne Medizin‘ beschäftigte sich eingehend mit den sozialärztlichen Verhältnissen. Sie wurde zwischen 1910 und 1922 von Lungwitz in Berlin im Adler-Verlag herausgegeben. Dies läßt auf autobiographische Züge der Romanfigur Prüfer mit Lungwitz schließen, was Lungwitz allerdings in dem Manuskript, „Nachwort als Vorwort“ (Hans-Lungwitz-Archiv), das als Vorwort für die Neuauflage seiner beiden sozialärztlichen Romane 1958 gedacht war, bestreitet.

³⁹⁹ LUNGWITZ (1913a), S. 152 (Zitat).

⁴⁰⁰ Vgl. LUNGWITZ (1913a), S. 152.

⁴⁰¹ Vgl. LUNGWITZ (1913a), S. 159.

⁴⁰² Vgl. LUNGWITZ (1913a), S. 160.

⁴⁰³ Ebenda.

hervorriefen. Wenn man Streik als Mittel der Wahl zum Erfolg zu gelangen sehe, dürfe man sich über einen ungünstigen Ausgang nicht wundern.⁴⁰⁴

Durch einen Streik werde nur das Ansehen der Ärzte an sich und auch das ihrer Kunst und Wissenschaft zusätzlich herabgesetzt. Prüfer zufolge erscheint das Verhalten der Ärzte sogar als antisozial und staatsfeindlich. Das Publikum entwickle eine direkte Abneigung gegen die Ärzte, die in der Folge fast völlig isoliert seien.⁴⁰⁵

Kassenfrage

Um eine Zulassung als Kassenarzt in der damaligen Zeit zu erlangen, mußte man, wie Prüfer beschreibt, persönlich bei den Vorstehern der einzelnen Krankenkassen vorsprechen und diese „bezirzen“, um eine Anstellung zu erhalten.⁴⁰⁶ Da damals weit mehr Ärzte vorhanden waren als Kassenarztstellen, müsse man laut Prüfer einen bestimmten Bekanntheits- und Beliebtheitsgrad haben, um eine Zulassung zugesprochen zu bekommen. Im ersten Praxisjahr gleich eine Kassenarztstelle zu erwerben, gelinge den wenigsten. Entweder man verfüge über die entsprechenden Beziehungen, oder es dauere Jahre, bis ein Arzt endlich seine Kassenpraxis eröffnen könne.⁴⁰⁷

Die freie Arztwahl sei nur bei einigen wenigen Krankenkassen möglich, dort könnten die Mitglieder bei Krankheit den Arzt frei wählen.⁴⁰⁸ Obwohl diese Art der Arztwahl eine der Hauptforderungen des Wirtschaftlichen Verbandes darstelle, sei es fraglich, ob sich dies allgemein durchsetzen lasse, denn dann hätten die Arbeitgeber keinerlei Einfluß mehr auf die ihre Angestellten behandelnden Ärzte, und die Kassen müßten den finanziellen Ruin befürchten.⁴⁰⁹ Paul Prüfer bedauert: „Das höchste Zugeständnis von seiten der Krankenkassen ist die beschränkte freie Arztwahl, die aber prinzipiell von dem fixierten Kassenarztsystem nicht unterschieden ist.“⁴¹⁰

Anzugehen sei laut Prüfer ferner die Garantie der ärztlichen Versorgung des Mittelstandes,⁴¹¹ was durch die Schaffung von Mittelstandskrankenkassen möglich sei.⁴¹² Paul Prüfer äußert in diesem Zusammenhang: „Besonders die Beamtenkreise mit einem zwar

⁴⁰⁴ Vgl. LUNGWITZ (1913a), S. 160f.

⁴⁰⁵ Vgl. LUNGWITZ (1913a), S. 161.

⁴⁰⁶ Vgl. LUNGWITZ (1913a), S. 35-37.

⁴⁰⁷ Vgl. LUNGWITZ (1913a), S. 38.

⁴⁰⁸ Vgl. LUNGWITZ (1913a), S. 39.

⁴⁰⁹ Vgl. LUNGWITZ (1913a), S. 39f.

⁴¹⁰ LUNGWITZ (1913a), S. 39f (Zitat).

⁴¹¹ Vgl. LUNGWITZ (1913a), S. 199.

⁴¹² Ebenda.

sicheren, aber doch beschränkten Einkommen hatten immer wieder den Versuch unternommen, sich für die Tage der Krankheit eine Sicherheit zu schaffen, sich davor zu schützen, daß ein unglücklicher Zufall den ganzen Haushalt auf Jahre hinaus in Unordnung bringen konnte, weil die Kosten der Krankheit das zur Verfügung stehende Budget bei weitem überschritten.“⁴¹³ Häufig sei es laut Prüfer so, daß die Kranken versuchten, ohne Hilfe wieder gesund zu werden, und sie gingen erst dann zum Arzt, wenn es oft schon zu spät sei. Das führe oft dazu, daß die Behandlung des Arztes nicht mehr von Erfolg gekrönt sei.⁴¹⁴ Die Gründung von Mittelstandskrankenkassen folge fast automatisch aus der sozialen Gesetzgebung, da es sich hierbei um ein Ergebnis des sozialen Gedankens handele.⁴¹⁵ Natürlich müßten die Mittelstandskrankenkassen den Ärzten ein angemessenes Honorar bezahlen, was laut Prüfer auch nicht weiter schwierig sei, da die zukünftigen Mitglieder finanziell relativ gut gestellt seien und so die höheren Beiträge ohne weiteres verkrafteten.⁴¹⁶ So zahlten die gesunden Kassenmitglieder das Geld ein, mit dem sich die kranken Mitglieder im Falle einer Krankheit über Wasser halten könnten.⁴¹⁷

Außerdem solle, so Prüfer, das Krankenkassenwesen verstaatlicht werden, so daß der Arzt nicht in ständiger Abhängigkeit von niedrigeren sozialen Schichten leben müsse, um von ihnen sozusagen dankend das Geld, das seine Existenzgrundlage bildet, entgegenzunehmen.⁴¹⁸

Ferner könne durch staatliche Kontrolle die persönliche Bereicherung mancher Kollegen, die den Kranken und auch anderen Ärzten nur schade, unterbunden werden, weil die Finanzen genauer kontrolliert würden.⁴¹⁹ Auch für die Mittelstandskrankenkassen wäre es laut Paul Prüfer sicher von Vorteil, wenn sie dem Staate unterstünden, was wohl nicht allzu schwer durchzuführen sei, da für einige Beamtenkreise der Staat schon Krankenkassen eingerichtet habe.⁴²⁰ Er hofft sogar: „Sowie die Krankenkassenfrage

⁴¹³ LUNGWITZ (1913a), S. 199 (Zitat).

⁴¹⁴ Vgl. LUNGWITZ (1913a), S. 200.

⁴¹⁵ Vgl. LUNGWITZ (1913a), S. 199.

⁴¹⁶ Vgl. LUNGWITZ (1913a), S. 200.

⁴¹⁷ Ebenda.

⁴¹⁸ Ebenda.

⁴¹⁹ Ebenda.

⁴²⁰ Vgl. LUNGWITZ (1913a), S. 200f.

durch ein Reichsgesetz nach allen Richtungen hin geordnet sei, würden auch die ewigen Streitigkeiten zwischen Aerzten und Kassen aufhören.“⁴²¹

Die von Prüfer gestellte Forderung, das ganze Krankenkassenwesen zu verstaatlichen, lasse nun natürlich schließen, daß doch auch gleich das gesamte Gesundheitswesen verstaatlicht werden könnte, um der weiter zu erwartenden Talfahrt der sozialen Lage der Ärzte Einhalt zu gebieten.⁴²² Obwohl er zugibt, daß die „Verstaatlichung des gesamten Heilwesens als die letzte Konsequenz seiner Lehre“⁴²³ zu sehen sei, warnt Prüfer davor. Denn seiner Meinung nach sei der ärztliche Beruf eine Kunst, die nur in Freiheit richtig aufblühen könne. Wenn man jedoch „Heilbeamte“ aus den Ärzten mache, übersehe man zwei wichtige Dinge: Einmal eben das Wesen der Heilkunde an sich und zweitens die unterschiedliche Qualität der ärztlichen Leistungen.⁴²⁴ Es gebe nämlich zwei Arten von Ärzten, den „ärztlichen Rezeptschreiber und (den) Arzt von Gottes Gnaden“,⁴²⁵ und deren Unterscheidung sei für das Wohl des Volkes von äußerster Wichtigkeit.⁴²⁶ Prüfer warnt vor einer Verstaatlichung der gesamten Ärzteschaft, weil man damit dem Volk nur Schaden zufügen würde.⁴²⁷

Obwohl viele Ärzte Prüfers Ansicht nach im Prinzip die Verstaatlichung dringend nötig hätten, weil sie ihnen ein sicheres Einkommen, eine Pensionsberechtigung und anderes mehr eröffne, würden die wenigsten die Freiheit ihres Berufes dafür opfern wollen,⁴²⁸ „weil sie für ihre – wenn auch meist bescheidene – Kunst lieber hungern, als an ihr zum Verräter werden wollen“.⁴²⁹

Kurpfuscherei

Des weiteren ist Prüfer der Meinung, daß auch die Bekämpfung der Kurpfuscherei, unter der das Wohl der Bevölkerung leide,⁴³⁰ in Angriff zu nehmen sei.⁴³¹ Die eigene Erfahrung habe ihn zum Beispiel gelehrt, daß ihm von den eigenen Kollegen in der Not

⁴²¹ LUNGWITZ (1913a), S. 201 (Zitat).

⁴²² Vgl. LUNGWITZ (1913a), S. 222.

⁴²³ LUNGWITZ (1913a), S. 223 (Zitat).

⁴²⁴ Vgl. LUNGWITZ (1913a), S. 223.

⁴²⁵ LUNGWITZ (1913a), S. 224 (Zitat).

⁴²⁶ Vgl. LUNGWITZ (1913a), S. 223f.

⁴²⁷ Vgl. LUNGWITZ (1913a), S. 224.

⁴²⁸ Vgl. LUNGWITZ (1913a), S. 224f.

⁴²⁹ LUNGWITZ (1913a), S. 225 (Zitat).

⁴³⁰ Vgl. LUNGWITZ (1913a), S. 202.

⁴³¹ Vgl. LUNGWITZ (1913a), S. 201f.

die Hilfe versagt werde, nur weil zufällig ein Kurpfuscher sich seiner in der ersten Not angenommen habe.⁴³²

Es herrsche unter den Ärzten eine ausgesprochene Feindseligkeit gegenüber den Kurpfuschern, die daher rühre, daß die ‚Führer‘ der Ärzteschaft die Kurpfuscher immerfort beschimpften und sie so zu bekämpfen versuchten. Damit erreichten sie aber genau das Gegenteil: „... je mehr die Aerzte die Kurpfuscher heruntermachen, desto mehr läuft das Publikum zu ihnen“⁴³³.⁴³⁴ Prüfer ist überzeugt: „Die Kurpfuscherei auszurotten, ist vollkommen unmöglich.“⁴³⁵ Denn das eigentliche Wesen der Kurpfuscherei beruhe darauf, daß 95 Prozent der Krankheitsfälle durch die natürlichen Heilkräfte des Körpers von alleine ausheilten. Das bedeute, daß jeder, der es sich zutraue, Patienten zu behandeln, quantitativ fast die gleichen Erfolge in bezug auf Genesung habe, wie sie der Arzt erzielen könne.⁴³⁶

Auch wenn die Kurpfuscherei verboten würde, meint Paul Prüfer, blühte sie im Dunkeln um so stärker, denn dann schüre sie ja noch der Reiz des Verbotenen, wie es z.B. in Frankreich geschehe, wo sie schon verboten sei.⁴³⁷

Da es aber der Volksgesundheit wegen außerordentlich wichtig sei, die Kurpfuscherei so weit wie möglich einzuschränken, fordert Prüfer, daß Methoden gefunden werden müßten, die zum Ziel führten und nicht das Gegenteil erreichten. Diese Methode sei, so Prüfer, die „Aufklärung des Publikums.“⁴³⁸ Die gesamte Bevölkerung solle genauestens über die komplette Gesundheitspflege unterrichtet werden.⁴³⁹ Sämtliche Kreisärzte sollten angewiesen werden, „durch regelmäßige Vorträge und auf sonst geeignete Weise die Oeffentlichkeit über hygienische und andere gemeinverständliche gesundheitliche Fragen zu unterrichten, speziell auch über das Wesen und Gefahren der Kurpfuscherei zu belehren.“⁴⁴⁰

⁴³² Vgl. LUNGWITZ (1913a), S. 201f.

⁴³³ LUNGWITZ (1913a), S. 202 (Zitat).

⁴³⁴ Vgl. LUNGWITZ (1913a), S. 202.

⁴³⁵ LUNGWITZ (1913a), S. 203 (Zitat).

⁴³⁶ Vgl. LUNGWITZ (1913a), S. 202.

⁴³⁷ Vgl. LUNGWITZ (1913a), S. 203.

⁴³⁸ Ebenda.

⁴³⁹ Vgl. LUNGWITZ (1913a), S. 220.

⁴⁴⁰ LUNGWITZ (1913a), S. 220 (Zitat).

4.2.2.3 Die Kritikpunkte und Reformvorschläge der Protagonisten in ‚Der letzte Arzt‘ vor dem Hintergrund der zeitgenössischen Lage der deutschen Ärzteschaft

Im Folgenden werden die Kritikpunkte und Reformvorschläge aus Lungwitz' zweitem sozialkritischen Tendenzroman zusammenfassend dargestellt.

Thema ‚Ausbildung‘

Kritisiert wird:	Vorgeschlagen wird:
<ul style="list-style-type: none"> • die unzureichende Praxisvorbereitung • die unzulängliche sozialärztliche Erziehung • die Verpflichtung dem Staate gegenüber, ein Staatsexamen abzulegen, ohne Gegenleistungen vom Staat zu erhalten 	<ul style="list-style-type: none"> • mehr klinisch-praktischer Unterricht • die Einführung einer sozialärztlichen Disziplin • der Schutz der Ärzte durch den Staat, ähnlich Juristen und Theologen

Thema ‚Soziale Frage‘

Kritisiert wird/werden:	Gefordert wird/werden:
<ul style="list-style-type: none"> • die zur sozialen Notlage führenden Umstände • das Fehlen eines fähigen Vertreters des Ärztestandes • die als selbstverständlich gesehene Erlaubnis, Gesetze übertreten zu dürfen • daß sich die Ärzte dem Volk gegenüber privilegiert fühlen • <i>die Mittel zur Durchsetzung ihrer Interessen, wie z.B. Streik⁴⁴¹</i> • die dem Ansehen der Ärzte schaden- den Vorgehensweisen einiger Ärzte 	<ul style="list-style-type: none"> • den Ärzten ihre Notlage und die Gründe dafür bewußt zu machen • einen Standesführer zu finden, dem die wahre Notlage der Ärzte vertraut ist • mehr Respekt vor den Gesetzen und dem Willen des Volkes • mit der Würde des ärztlichen Berufes zu vereinbarenden und zum Ziel führenden Mitteln für die ärztlichen Interessen zu kämpfen

⁴⁴¹ Kursiv gedruckte Argumente sind auch in anderen Arbeiten von Lungwitz zu finden.

Thema ‚Ärztelammer und Ehrengerichte‘

Kritisiert wird/werden:	Vorgeschlagen wird/werden:
<ul style="list-style-type: none"> • die Unfähigkeit der Vertreter der Ärztekammer • der Wahlmodus der Ärztekammerwahl, die Listenwahl • die Schwierigkeit, in Standesvereine aufgenommen zu werden • die Unmöglichkeit der Einflußnahme der Mehrheit der Ärzte auf die Wahl der Standesvertreter • der zu große Einfluß der Ehrengerichte auf das Leben der Ärzte • die oft falschen und nach freiem Ermessen gefällten Urteile der Ehrengerichter • der durch die Ehrengerichte entstandene überspitzte Ehrbegriff • der Versuch, das unterschiedliche Ehrgefühl in Paragraphen zu fassen • die Einführung einer „Speziallehre“ für Ärzte • die Einschränkung der Bewegungsmöglichkeit in moralischer Hinsicht, sowie in bezug auf Erwerbsfragen 	<ul style="list-style-type: none"> • eine neue Zusammensetzung der Ärztekammer • die Einführung neuer Führungspersonen in vorhandene Gremien • es jedem Arzt zu ermöglichen, sich aktiv an der Wahl zu beteiligen • eine weitere Unterteilung und damit Verkleinerung der Wahlbezirke • der Wahlmodus der Reichstagswahlen für Ärztekammerwahl • die drastische Einschränkung der Gerichtsbarkeit der Ehrengerichte • die Änderung des Gesetzes betreffend die Ehrengerichte • ein Strafgesetzbuches für die Ehrengerichte einzuführen, oder • <i>den Ehrengerichten den staatlichen Charakter zu nehmen</i> • <i>die Einführung der freiwilligen Unterstellung unter die Ehrengerichte</i> • eine eingehendere Beschäftigung mit den sozialen Gesetzen und auch der gesamten sozialen Hygiene

Thema ‚Kurpfuscherei‘

Kritisiert wird:	Vorgeschlagen wird:
<ul style="list-style-type: none"> • die Feindseligkeit der Ärzte den Kurpfuschern gegenüber • die Weigerung der Ärzte, einen Kranken zu behandeln, wenn dieser in Obhut eines Kurpfuschers gewesen ist • die falsche Vorgehensweise gegen die Kurpfuscherei, die diesen die Patienten erst in die Arme treibt • das in Frankreich herrschende staatliche Kurpfuscherverbot 	<ul style="list-style-type: none"> • eine zielführende Bekämpfung der Kurpfuscherei • die konsequente Aufklärung der Bevölkerung über Gesundheitspflege und Gefahren der Kurpfuscherei • die Durchführung der Aufklärung durch die Kreisärzte mittels Vorträgen

Thema ‚Kassenfrage‘

Kritisiert wird/werden:	Vorgeschlagen wird:
<ul style="list-style-type: none"> • die unzureichende ärztliche Versorgung des Mittelstandes, z.B. der Beamtenkreise • die beschränkte freie Arztwahl bzw. das fixierte Kassenarztsystem • die Abhängigkeit vom Wohlwollen der Krankenkassenvertreter • die Schwierigkeit, eine Kassenarztstelle zu bekommen • die zu späte Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe der Kosten wegen • <i>die Abhängigkeit des Kassenarztes von niedrigeren sozialen Schichten</i> • die Möglichkeit der finanziellen Bereicherung einiger Kollegen durch das bestehende System • die unablässigen Differenzen zwischen Krankenkassen und Ärzten • die Idee der Verstaatlichung des gesamten Heilwesens 	<ul style="list-style-type: none"> • die Schaffung von Mittelstandskrankenkassen • die Einführung der freien Arztwahl • dem höheren Lohn der Mitglieder entsprechende Einzahlung von Beiträgen • die hinreichende Honorierung der Ärzte durch die Krankenkassen • die Regelung der Kassenfrage durch ein Reichsgesetz • die Verstaatlichung des Krankenkassenwesens

4.2.3 Sozialreformerische Zeitschriftenaufsätze von 1909 bis 1920

Kurz nachdem Hans Lungwitz sich in einer Allgemeinarztpraxis in Berlin niedergelassen hatte, wurde er erstmals mit den sozialen und wirtschaftlichen Problemen der Ärzte konfrontiert. Er begann 1909, sozialreformerische Artikel in Zeitschriften zu veröffentlichen. Lungwitz war 1909 Mitherausgeber und Redakteur des Blattes „Zeitschrift für Stadthygiene“ und von 1910 bis 1912 Redakteur und Mitherausgeber der Zeitschrift „Archiv für Stadthygiene“. Zwischen 1910 und 1920 verlegte er die Zeitschrift „Moderne Medizin. Zeitschrift für Wissenschaft und Soziologie“ im eigenen Adler-Verlag in Berlin. Lungwitz war deren Herausgeber und Redakteur. Bei Einsichtnahme in die Originale fällt allerdings auf, daß Hans Lungwitz nur bis einschließlich Heft 8/1910 alleiniger Herausgeber der Zeitschrift „Moderne Medizin“ war. Ab Heft 9/1910 ist ein Zusatz auf dem Deckblatt der Zeitschriften zu finden, wo es heißt: „unter Mitredaktion von Karl Lengfellner Dr. med.“.⁴⁴² Vom Heft 4/1913 an erscheint Lungwitz wieder als einziger Herausgeber.

Ferner veröffentlichte Lungwitz in vielen anderen Zeitschriften Fachbeiträge, wie zum Beispiel in der Zeitschrift „Der Berliner Kritiker“, die ab 1913 „Der Kritiker“ heißt, und auch in der Wochenschrift „PAN“.⁴⁴³

Im folgenden sind Lungwitz' Kritikpunkte am System des ärztlichen Standes und seine in den veröffentlichten Artikeln vorgestellten sozialreformerischen Ideen in Form von Tabellen thesenartig wiedergegeben. Eine ausführliche Darlegung der über 80 Artikel würde den vorgegebenen Rahmen der Arbeit sprengen.

Am Ende dieses Kapitels sind die von Lungwitz mehrfach vorgebrachten Argumente gegen das bestehende ärztliche System und für die Verstaatlichung des Gesundheitswesens in einer der Häufigkeit nach geordneten Tabelle aufgelistet.

⁴⁴² Leider ist nicht in Erfahrung zu bringen, um wen es sich bei Dr. med. Karl Lengfellner handelte. Es lassen sich diesbezüglich weder in der Autobiographie noch anderswo Hinweise finden.

⁴⁴³ Berliner Zeitschrift für Literatur und Kunst.

4.2.3.1 „Zeitschrift für Stadthygiene“, Jahrgang 1909

Thema ‚Kurpfuscherei‘

Kritisiert wird/werden:	Gefordert wird/werden:
<ul style="list-style-type: none"> • Anschuldigungen des Arztes bei Mißlingen einer Behandlung⁴⁴⁴ • das höhere Ansehen der Kurpfuscher gegenüber den approbierten Ärzten und die Sympathiebekundungen sogar aus den gebildeten Ständen⁴⁴⁵ • die generelle Mißstimmung bei Erhalt der ärztlichen Honorarforderungen, die bei noch so hohen Kurpfuscherhonoraren ausbleibe⁴⁴⁶ • das den Ärzten im Gegensatz zu den Kurpfuschern häufig fehlende psychologische Feingefühl⁴⁴⁷ • die unlauteren Anlockungsmethoden und die Schädigungen durch unzulängliches medizinisches Wissen der Kurpfuscher⁴⁴⁸ • die unzureichenden Gesetze das Verbot der Heilmittelwerbung betreffend⁴⁴⁹ • der neue Entwurf eines Kurpfuschereigesetzes⁴⁵⁰ 	<ul style="list-style-type: none"> • die rigorose Bekämpfung der Kurpfuscherei⁴⁵¹ • <i>das Vorgehen gegen die Kurpfuscherei durch Aufklärung des Volkes über deren Schwindel und Gefahr</i>^{452,453} • von einem Kurpfuschereiverbot⁴⁵⁴ Abstand zu nehmen, durch das die Kurpfuscherei nur floriere⁴⁵⁵ • härtere Strafen für Kurpfuscher bei durch deren Behandlung verursachten gesundheitlichen Schäden⁴⁵⁶ • von den Ärzten, beim Kampf gegen die Kurpfuscherei nicht die wirtschaftlichen Interessen, sondern die der Allgemeinheit zu sehen⁴⁵⁷

⁴⁴⁴ Vgl. LUNGWITZ (1909a), S. 80.

⁴⁴⁵ Vgl. LUNGWITZ (1909a), S. 80f.

⁴⁴⁶ Vgl. LUNGWITZ (1909a), S. 81.

⁴⁴⁷ Ebenda.

⁴⁴⁸ Vgl. LUNGWITZ (1909a), S. 84f.

⁴⁴⁹ Vgl. LUNGWITZ (1909a), S. 88.

⁴⁵⁰ Vgl. LUNGWITZ (1909a), S. 90.

⁴⁵¹ Vgl. LUNGWITZ (1909a), S. 89.

⁴⁵² Ebenda.

⁴⁵³ Kursiv gedruckte Argumente sind auch in anderen Arbeiten von Lungwitz zu finden.

⁴⁵⁴ Kurpfuschereiverbot: „Die Ausübung der Heilkunde durch nicht hierzu approbierte Personen gesetzlich zu verbieten.“ Zu einem gesetzlichen Verbot der gewerbsmäßigen Ausübung der Heilkunde ohne staatliche Approbation kam es erst 1939 mit der Einführung des Heilpraktikergesetzes. HUERKAMP (1985), S. 275-277.

⁴⁵⁵ Vgl. LUNGWITZ (1909a), S. 91.

⁴⁵⁶ Ebenda.

⁴⁵⁷ Vgl. LUNGWITZ (1909a), S. 92.

Thema ‚Arzneimittelvertrieb‘

Kritisiert wird/werden:	Gefordert wird:
<ul style="list-style-type: none"> • die ungünstige Beeinflussung des Volkes durch freikäufliche Medikamente⁴⁵⁸ • die falschen Versprechungen über angebliche Heilkräfte von Medikamenten⁴⁵⁹ • die unmögliche Art und die haarsträubenden Mittel, mit denen Heilmittelfabrikanten auch Gesunde köderten⁴⁶⁰ • die „Geschäftemacherei“ mit der Nervenschwäche und ihren vielgestaltigen Symptomen⁴⁶¹ • der Verkauf von Ärztetiteln und ärztlichen Gutachten an Heilmittelfabrikanten⁴⁶² • der Verkauf von Mitteln, die chronisch Kranken Heilung versprechen⁴⁶³ • die unzulänglichen, eher gegenteilig wirkenden gesetzlichen Vorschriften gegen die Ausbeutung durch den Heilmittelvertrieb⁴⁶⁴ • die Vernachlässigung von wirksamen Therapiemethoden durch die Ärzte, wie Diätetik und physikalische Therapie⁴⁶⁵ 	<ul style="list-style-type: none"> • der Kampf gegen den Vertrieb von wertlosen, jedoch schädigenden Präparaten⁴⁶⁶ • eine Reform des Arzneimittelvertriebes zum Schutz der öffentlichen Gesundheit⁴⁶⁷ • die Aufklärung des Volkes mit Hilfe der Tagespresse über die Art der Reklame für unwirksame Arzneimittel⁴⁶⁸

⁴⁵⁸ Vgl. LUNGWITZ (1909b), S. 229.

⁴⁵⁹ Vgl. LUNGWITZ (1909b), S. 230.

⁴⁶⁰ Vgl. LUNGWITZ (1909b), S. 230f.

⁴⁶¹ Ebenda.

⁴⁶² Vgl. LUNGWITZ (1909b), S. 232.

⁴⁶³ Vgl. LUNGWITZ (1909b), S. 233.

⁴⁶⁴ Vgl. LUNGWITZ (1909b), S. 235.

⁴⁶⁵ Vgl. LUNGWITZ (1909b), S. 236.

⁴⁶⁶ Vgl. LUNGWITZ (1909b), S. 235.

⁴⁶⁷ Vgl. LUNGWITZ (1909b), S. 236f.

⁴⁶⁸ Vgl. LUNGWITZ (1909b), S. 237.

4.2.3.2 „Archiv für Stadthygiene“, Jahrgang 1910-1912

Thema ‚Hygiene‘

Kritisiert wird/werden:	Verlangt wird/werden:
<ul style="list-style-type: none"> • der Glaube, „üble Gerüche“ übertrü- gen Krankheiten⁴⁶⁹ • der vorhersagbare Anstieg der ärztli- chen Konsultationen wegen Bagatellen durch Erweiterung der Krankenver- sicherung, was jedoch die Krankheits- prophylaxe verbessere⁴⁷⁰ 	<ul style="list-style-type: none"> • „übelriechende Luft“ als Anzeiger für eventuell vorhandene Infektionsgefah- ren zu sehen⁴⁷¹ • <i>die Verbesserung der mangelhaften hygienischen Ausbildung der Medizin- studenten</i>⁴⁷² • Unterricht in Krankheitsprophylaxe und Verbesserung der körperlichen Widerstandskräfte gegen schädigende Einflüsse⁴⁷³ • Vermehrter Unterricht in praktischer Hygiene, wie Wohnungs-, Kleider- und Nahrungsmittelhygiene⁴⁷⁴ • Hygienefragen in Kommunalverwal- tungen mehr Bedeutung beizumes- sen⁴⁷⁵ • die Anstellung von sich ausschließlich mit der Gesundheitspflege beschäfti- genden Ärzten in allen Städten⁴⁷⁶

Thema ‚Sozialhygiene und Rettungswesen‘

Kritisiert wird:	Verlangt wird/werden:
<ul style="list-style-type: none"> • die unangemessene Höhe der vorge- schlagenen Honorare für die Ärzte im Berliner Rettungsdienst⁴⁷⁷ 	<ul style="list-style-type: none"> • bei der Neuordnung des Rettungswes- sens die feste Anstellung einer ausrei- chenden Zahl von Ärzten mit ange- messenem Honorar⁴⁷⁸ • Maßnahmen gegen die ständig zuneh- menden gesundheitlichen Gefahren in der Öffentlichkeit⁴⁷⁹

⁴⁶⁹ Vgl. LUNGWITZ (1910a), S. 28.

⁴⁷⁰ Vgl. LUNGWITZ (1911), S. 5f.

⁴⁷¹ Vgl. LUNGWITZ (1910a), S. 28.

⁴⁷² Vgl. LUNGWITZ (1911), S. 6.

⁴⁷³ Ebenda.

⁴⁷⁴ Ebenda.

⁴⁷⁵ Ebenda.

⁴⁷⁶ Vgl. LUNGWITZ (1911), S. 7.

⁴⁷⁷ Vgl. LUNGWITZ (1912b), S. 5.

⁴⁷⁸ Vgl. LUNGWITZ (1912b), S. 5.

⁴⁷⁹ Vgl. LUNGWITZ (1912b), S. 4.

Kritisiert wird/werden:	Verlangt wird/werden:
<ul style="list-style-type: none"> • die allgemeine Ansicht, der Arzt sei lediglich Therapeut seiner Patienten⁴⁸⁰ • die Patientenforderung der Anwendung jeder neuen wissenschaftlichen Errungenschaft, und sei sie auch noch so sinnlos⁴⁸¹ 	<ul style="list-style-type: none"> • mehr Ausübung von Hygiene durch die Ärzte⁴⁸² • vom Berliner Stadtmedizinalrat, die vermeidbare Lärmbelästigung durch Straßenbahn und Müllabfuhr zu beseitigen⁴⁸³ • praktische Begabung in hygienischen Belangen von Stadtmedizinalräten⁴⁸⁴ • <i>vermehrter Unterricht der praktischen Hygiene im Medizinstudium</i>⁴⁸⁵ • vom Arzt, mehr Krankheitsprophylaxe zu betreiben und noch mehr als Berater der Patienten zu fungieren⁴⁸⁶

Thema ‚Kassenfrage‘

Kritisiert wird/werden:	Verlangt wird/werden:
<ul style="list-style-type: none"> • die ablehnende Haltung mancher Ärzteführer gegenüber der Gründung von Mittelstandskrankenkassen⁴⁸⁷ 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>die Einführung von Mittelstandskrankenkassen als Teil der sozialen Gesetzgebung</i>⁴⁸⁸ • <i>die angemessene Honorierung der Ärzte</i>⁴⁸⁹

⁴⁸⁰ Vgl. LUNGWITZ (1912d), S. 4.

⁴⁸¹ Ebenda.

⁴⁸² Vgl. LUNGWITZ (1912c), S. 4.

⁴⁸³ Vgl. LUNGWITZ (1912c), S. 5.

⁴⁸⁴ Ebenda.

⁴⁸⁵ Ebenda.

⁴⁸⁶ Vgl. LUNGWITZ (1912d), S. 5.

⁴⁸⁷ Vgl. LUNGWITZ (1912c), S. 4f.

⁴⁸⁸ Vgl. LUNGWITZ (1912c), S. 4.

⁴⁸⁹ Ebenda.

4.2.3.3 „PAN“ (Berliner Zeitschrift für Literatur und Kunst), Jahrgang 1912

Thema ‚Existenzbedrohung des Ärztstandes‘

Kritisiert wird/werden:	Vorgeschlagen wird/werden:
<ul style="list-style-type: none"> • die Ursache der Existenzbedrohung der Ärzte, die im Widerspruch zwischen der Humanität – dem ideellen Wert – und dem Erwerb – dem materiellen Wert des Berufes – zu suchen sei;⁴⁹⁰ • das Abblocken jedes Versuchs, den materiellen Werten im ärztlichen Beruf mehr Bedeutung zukommen zu lassen⁴⁹¹ • die Verfolgung und Unterdrückung jeglicher Reformvorschläge⁴⁹² • die jedes finanzielle Fortkommen verhindernden Standesgesetze⁴⁹³ • das Aufgeben der privaten und beruflichen Freiheit mit dem Erwerb der Approbation⁴⁹⁴ • der von unfähigen Führern geschaffene Widerspruch, daß der Arzt entweder Standesangehöriger oder Gewerbetreibender sein könne⁴⁹⁵ • die fehlende Angleichung der ärztlichen Einkommen an die Erhöhung der Lebenshaltungskosten⁴⁹⁶ 	<ul style="list-style-type: none"> • für die schwer angeschlagene Stellung des Ärztstandes eine feste Basis zu schaffen⁴⁹⁷ • den Ärzten mehr wirtschaftliche Existenzmöglichkeiten zu gewähren⁴⁹⁸ • den Ärzten mehr Erwerbsfreiheit geben oder die Ärzte zu Beamten machen⁴⁹⁹ • der Tausch der Unabhängigkeit der Ärzte gegen die Existenzgarantie⁵⁰⁰ • die Wahlmöglichkeit jedes Arztes zwischen Verbeamtung und freier Praxis⁵⁰¹ • v.a. den Spezialisten die freie Ausübung von Praxis offenzuhalten⁵⁰² • die Mitversorgung des Kranken durch den Gesunden, so daß der Arzt kein Interesse mehr an Krankheit haben müsse, sondern an der Bewahrung der Gesundheit⁵⁰³

⁴⁹⁰ Vgl. LUNGWITZ (1912m), S. 238.

⁴⁹¹ Ebenda.

⁴⁹² Vgl. LUNGWITZ (1912m), S. 239.

⁴⁹³ Ebenda.

⁴⁹⁴ Ebenda.

⁴⁹⁵ Ebenda.

⁴⁹⁶ Ebenda.

⁴⁹⁷ Vgl. LUNGWITZ (1912m), S. 238.

⁴⁹⁸ Vgl. LUNGWITZ (1912m), S. 239.

⁴⁹⁹ Vgl. LUNGWITZ (1912m), S. 239f.

⁵⁰⁰ Vgl. LUNGWITZ (1912m), S. 241.

⁵⁰¹ Ebenda.

⁵⁰² Ebenda.

⁵⁰³ Ebenda.

Kritisiert wird/werden:	Vorgeschlagen wird/werden:
<ul style="list-style-type: none"> • die Ausübung der ehemals ärztlichen Kunst, auch wenn derjenige nicht dazu geeignet sei⁵⁰⁴ • die durch die „starke Zunftbildung“ bereits aufgegebene Unabhängigkeit der Ärzte⁵⁰⁵ 	

Thema ‚Verstaatlichungsgedanke‘

Prophezeit wird/werden:	Vorgeschlagen wird:
<ul style="list-style-type: none"> • die durch die soziale Gesetzgebung eingeleitete Verstaatlichung des Gesundheitswesens⁵⁰⁶ • Schäden an der ärztlichen Kunst durch die Verstaatlichung⁵⁰⁷ 	<ul style="list-style-type: none"> • die Verstaatlichung des Gesundheitswesens, von der auch das Publikum profitieren würde⁵⁰⁸ • <i>die Einführung einer dem Einkommen angepaßten Gesundheitssteuer zur Bezahlung der ärztlichen Leistungen</i>⁵⁰⁹

⁵⁰⁴ Vgl. LUNGWITZ (1912m), S. 240.

⁵⁰⁵ Vgl. LUNGWITZ (1912m), S. 241.

⁵⁰⁶ Vgl. LUNGWITZ (1912m), S. 240.

⁵⁰⁷ Ebenda.

⁵⁰⁸ Ebenda.

⁵⁰⁹ Ebenda.

4.2.3.4 „Berliner Kritiker“, Jahrgang 1912

Thema ‚Honorarverhältnisse und Ärztesituation‘

Kritisiert wird/werden:	Gefordert wird:
<ul style="list-style-type: none"> • die Forderung, eine Herabsetzung der angeblich zu hohen Liquidationsansprüche der Spezialärzte durch richterliche Beschlüsse zu ermöglichen⁵¹⁰ • die aus der obigen Forderung hervorgehende Rechtsunsicherheit der Ärzte⁵¹¹ • jene Autoren, welche allgemein die Honorarforderungen der Ärzte als „Ausbeutung der Notlage des Patienten“⁵¹² bezeichnen⁵¹³ 	<ul style="list-style-type: none"> • die schriftliche und damit verbindliche Vereinbarung der Höhe des Honorars zwischen Arzt und Patient⁵¹⁴ • die Zurückweisung der Forderung, die Honorarvereinbarungen zwischen Arzt und Patient gerichtlich anfechten zu können⁵¹⁵ • <i>vom Arzt, mehr Hygiene zu betreiben</i>⁵¹⁶ • partielles Verständnis für den Ärztestreik, da die Ärzte sich in einer ausgesprochenen wirtschaftlichen Notlage befänden⁵¹⁷

Thema ‚Verstaatlichungsgedanke‘

Kritisiert wird/werden:	Vorgeschlagen wird/werden:
<ul style="list-style-type: none"> • die Angst der Ärzte vor Freiheitsverlust durch eine Verbeamtung, da es wegen der Standesgesetze und Sonderinstanzen sowieso keine ärztliche Freiheit mehr gebe⁵¹⁸ 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>die Einführung einer Gesundheitssteuer zur Finanzierung des Gesundheitswesens, der Höhe des Einkommens entsprechend</i>⁵¹⁹ • <i>die Freistellung des Eintritts in den Staatsdienst bei der zu erwartenden Verstaatlichung des Gesundheitswesens</i>⁵²⁰

⁵¹⁰ Vgl. LUNGWITZ (1912e), S. 10f.

⁵¹¹ Vgl. LUNGWITZ (1912e), S. 11.

⁵¹² LUNGWITZ (1912e), S. 11 (Zitat).

⁵¹³ Vgl. LUNGWITZ (1912e), S. 11.

⁵¹⁴ Vgl. LUNGWITZ (1912e), S. 10.

⁵¹⁵ Vgl. LUNGWITZ (1912e), S. 11.

⁵¹⁶ Vgl. LUNGWITZ (1912f), S. 9.

⁵¹⁷ Ebenda.

⁵¹⁸ Vgl. LUNGWITZ (1912f), S. 10.

⁵¹⁹ Vgl. LUNGWITZ (1912f), S. 9f.

⁵²⁰ Ebenda.

4.2.3.5 „Der Kritiker“, Jahrgang 1913

Thema ‚Säuglingsfürsorge‘

Kritisiert werden:	Verlangt wird:
<ul style="list-style-type: none"> • Säuglingskrankenhäuser, die eine Verbreitung gefährlicher Magen-Darm-Erkrankungen unter Säuglingen begünstigen⁵²¹ 	<ul style="list-style-type: none"> • die Aufklärung des Volkes über die Gefahren von Magen-Darm-Erkrankungen für Säuglinge und über die Notwendigkeit des Stillens⁵²² • die Behandlung der kranken Säuglinge durch den Arzt und nicht durch die Säuglingsfürsorge⁵²³ • kranke Säuglinge, zur Verbesserung der Heilungschancen bei der Mutter zu lassen, sie mit Muttermilch zu ernähren und von einem Arzt behandeln zu lassen⁵²⁴ • die Schaffung einer „Mutterschaftsversicherung“, die es auch den arbeitenden Müttern ermöglichte, sich um ihre Säuglinge zu kümmern⁵²⁵ • dem Tod geweihte Säuglinge nicht auf Kosten der Allgemeinheit am Leben zu erhalten und den Eltern falsche Hoffnungen zu machen, sondern sie „der raschen Erfüllung ihres sicheren Schicksal zu überlassen“⁵²⁶

Thema ‚Naturpfuscherei‘

Beanstandet wird:	Empfohlen werden:
<ul style="list-style-type: none"> • die Deklaration künstlicher Mineralwässer als fast identisch mit den natürlichen Mineralwässern, obwohl sie sich in der Zusammensetzung und Wirkung unterscheiden⁵²⁷ 	<ul style="list-style-type: none"> • natürliche Mineralwässer wenn möglich den künstlichen vorzuziehen, da nur die wirklichen Heilquellen wirksam seien⁵²⁸

⁵²¹ Vgl. LUNGWITZ (1913b), S. 14.

⁵²² Vgl. LUNGWITZ (1913b), S. 13.

⁵²³ Ebenda.

⁵²⁴ Vgl. LUNGWITZ (1913b), S. 14.

⁵²⁵ Vgl. LUNGWITZ (1913b), S. 15.

⁵²⁶ Ebenda.

⁵²⁷ Vgl. LUNGWITZ (1913c), S. 14.

⁵²⁸ Vgl. LUNGWITZ (1913c), S. 13.



Abb. 6: Titelblatt der Zeitschrift „Moderne Medizin“ 1919, Hans-Lüngwitz-Archiv
Dresden

4.2.3.6 „Moderne Medizin“, Jahrgang 1910-1920

„Moderne Medizin“, 1. Jahrgang (1910)

Thema ‚Ärztessituation‘

Kritisiert wird/werden:	Gefordert wird:
<ul style="list-style-type: none"> • eine kleine Gruppe von Ärzten aus Berlin Schöneberg, die durch „aus der Luft gegriffenen vagen Behauptungen“⁵²⁹ dem Ruf der ganzen Ärzteschaft schaden⁵³⁰ • das von Albert Moll⁵³¹ verfaßte Buch „Medizinische Ethik“,⁵³² bei dem es sich nicht um eine Lehre der Sitten handle, sondern um einen Ratgeber mit der „Moral eines Tartüffe“⁵³³ • die eigenartige Honoraransicht des Arztes, der sich eigentlich schämen müsse, überhaupt ein Honorar zu fordern, was u.a. zur materiellen Not der Ärzte geführt habe⁵³⁴ • <i>der unter den Ärzten herrschende „Futter- oder Brotneid“, der den Patienten schade und sie zu den Kurpfuschern treibe</i>⁵³⁵ • das Herbeizerren von angeblich reformbedürftigen Mißständen, wie z.B. die sog. „Mißbräuche in den Polikliniken“^{536 537} • die selbstberufenen Richter, die zum Schaden aller Ärzte sich anmaßen, willkürlich zu richten und Sünden ersannen, falls keine vorhanden waren⁵³⁸ 	<ul style="list-style-type: none"> • nicht wegen Lappalien alle Blicke auf die Ärzteschaft zu lenken, denn das schade ihrem Ansehen⁵³⁹ • die Niederlassung junger Ärzte in Gegenden, die eine Existenz böten⁵⁴⁰

⁵²⁹ LUNGWITZ (1910b), S. 1 (Zitat).

⁵³⁰ Vgl. LUNGWITZ (1910b), S. 1.

⁵³¹ Albert Moll (1862-1939), Neurologe und Psychiater.

⁵³² Der Originaltitel ist ‚Ärztliche Ethik: die Pflichten des Arztes in allen Beziehungen seiner Tätigkeit‘, vgl. MOLL (1902).

⁵³³ Vgl. LUNGWITZ (1910b), S. 4f.

⁵³⁴ Vgl. LUNGWITZ (1910c), S. 179 u. 190.

⁵³⁵ Vgl. LUNGWITZ (1910c), S. 180.

⁵³⁶ Die Polikliniken wurden von manchen Ärzten angeblich dazu mißbraucht, ihre Kassenpatienten dort zur Behandlung einzubestellen.

⁵³⁷ Vgl. LUNGWITZ (1910c), S. 181.

⁵³⁸ Vgl. LUNGWITZ (1910c), S. 184.

⁵³⁹ Vgl. LUNGWITZ (1910c), S. 186.

⁵⁴⁰ Vgl. LUNGWITZ (1910c), S. 189.

Kritisiert wird:	Gefordert wird/werden:
<ul style="list-style-type: none"> • die unerhörte Frage über die Zulässigkeit, Kassenpatienten in Polikliniken zu behandeln, wo „Poliklinik“ der Inbegriff der „kassenärztlichen Sprechstunde“ sei⁵⁴¹ • der Ruf der Polikliniken, Massenbetriebe zu sein⁵⁴² • die konflikträchtige Stellung des ärztlichen Berufes zwischen Kunst und Gewerbe⁵⁴³ • die Drohung der Anzeige beim Ehrengericht, als Maßnahme zur Erzwingung der Gefügigkeit unter Kollegen⁵⁴⁴ 	<ul style="list-style-type: none"> • das gemeinsame Streben aller Ärzte nach ihren wirtschaftlichen Interessen⁵⁴⁵

Thema ‚Dispensationsrecht‘⁵⁴⁶

Kritisiert wird/werden:	Gefordert wird/werden:
<ul style="list-style-type: none"> • die mangelhaften Gesetze, die Heilanstaltsleitern die Abgabe von Arzneimitteln verbieten⁵⁴⁷ • das Fehlen eines einheitlichen Gesetzes betreffend das Dispensationsrecht der Ärzte⁵⁴⁸ 	<ul style="list-style-type: none"> • Vereinheitlichung des Dispensationsrechtes mit Vorschriften, die es den Ärzten in Heilanstalten zumindest in dringenden Notfällen gestattet, selbst Arzneien zu bereiten⁵⁴⁹ • einheitliche gesetzliche Richtlinien über das Dispensationsrecht des Arztes zur Vermeidung von Kontroversen zwischen der Pflicht des Arztes den Behörden und den Patienten gegenüber⁵⁵⁰

⁵⁴¹ Vgl. LUNGWITZ (1910c), S. 184.

⁵⁴² Vgl. LUNGWITZ (1910c), S. 186.

⁵⁴³ Vgl. LUNGWITZ (1910c), S. 179.

⁵⁴⁴ Vgl. LUNGWITZ (1910c), S. 185f.

⁵⁴⁵ Vgl. LUNGWITZ (1910c), S. 190.

⁵⁴⁶ Dispensationsrecht: Das Recht Arzneimittel herzustellen und zu verkaufen.

⁵⁴⁷ Vgl. ANONYMUS (1) (1910a), S. 117f.

⁵⁴⁸ Vgl. ANONYMUS (1) (1910c), S. 197-199.

⁵⁴⁹ Vgl. ANONYMUS (1) (1910a), S. 118f.

⁵⁵⁰ Vgl. ANONYMUS (1) (1910c), S. 197.

Thema ‚Rechtsunsicherheit u.a. in Honorarfragen‘

Kritisiert wird:	Vorgeschlagen wird:
<ul style="list-style-type: none"> • die Leichtigkeit, mit der Denunzianten den Ruf und die Existenz einer Person in der Öffentlichkeit durch fragwürdige Beschuldigungen zu schädigen vermögen⁵⁵¹ • die Gefahr der absichtlich oder unabsichtlich falschen Beschuldigung, der die Ärzte, die aus Vertrauensgründen die Patienten ohne Zeugen empfangen, ausgesetzt seien⁵⁵² • die Rechtsunsicherheit des Arztes in bezug auf die Honorarzahlung⁵⁵³ 	<ul style="list-style-type: none"> • zur Beseitigung von späteren „Unklarheiten“, die Honorarverhältnisse vor der Behandlung zu verdeutlichen⁵⁵⁴ • das nachdrückliche Eintreten der Ärzte für ihr finanzielles Recht zur Hebung ihres Ansehens bei den anderen Ständen⁵⁵⁵

Thema ‚Verhältnis zu ärztlichen Institutionen und Gesetzen‘

Kritisiert wird/werden:	Gefordert wird:
<ul style="list-style-type: none"> • die unberechtigte Einmischung unfähiger Ärzte in sozialpolitische Verhältnisse⁵⁵⁶ • die Tyrannei des Ehrenkodex, gegen welche keiner der Ärzte, oft aufgrund der privaten Probleme, vorgehe⁵⁵⁷ • <i>der Stellenwert der Standesehre, die lediglich maßgebend sein sollte, und nicht die Existenz beschränkend</i>⁵⁵⁸ • der fehlende Versuch, gegen die bis ins Privatleben reichende Überwachung der Ärzte vorzugehen⁵⁵⁹ • die Forderung an den Arzt, sich seines Berufes würdig zu zeigen, obwohl ihm die finanziellen Mittel dazu fehlten⁵⁶⁰ 	<ul style="list-style-type: none"> • eine ärztliche Führung, welche die Praxisausübung an zwei Stellen genehmige⁵⁶¹ • mehr Einigkeit unter den Ärzten, um bei der nächsten Ärztekammerwahl die „richtigen“ Personen zu wählen⁵⁶² • der Widerstand gegen die Tendenz, die 30.000 Ärzte durch staatliche Sonderregelungen und Sondergesetze außerhalb des Staatsgefüges zu stellen⁵⁶³ • die unabhängige und unbeeinflusste Ausübung des ärztlichen Berufes⁵⁶⁴

⁵⁵¹ Vgl. ANONYMUS (1) (1910b), S. 191.

⁵⁵² Vgl. ANONYMUS (1) (1910b), S. 192.

⁵⁵³ Vgl. ANONYMUS (1) (1910b), S. 196.

⁵⁵⁴ Vgl. ANONYMUS (1) (1910b), S. 197.

⁵⁵⁵ Ebenda.

⁵⁵⁶ Vgl. LUNGWITZ (1910d), S. 265.

⁵⁵⁷ Vgl. LUNGWITZ (1910d), S. 266.

⁵⁵⁸ Ebenda.

⁵⁵⁹ Ebenda.

⁵⁶⁰ Vgl. LUNGWITZ (1910d), S. 266f.

⁵⁶¹ Vgl. LUNGWITZ (1910d), S. 269.

⁵⁶² Vgl. LUNGWITZ (1910d), S. 270.

⁵⁶³ Vgl. LUNGWITZ (1910e), S. 345.

⁵⁶⁴ Vgl. LUNGWITZ (1910e), S. 347.

Kritisiert wird/werden:	Gefordert wird:
<ul style="list-style-type: none"> • die unkollegiale Aufforderung in der ärztlichen Standeszeitung, jegliche „Mißbräuche“ an Polikliniken zu melden, was der Anstiftung zur Denunziation gleichkomme⁵⁶⁵ • <i>das ehrengerichtliche Verbot, an mehreren Orten gleichzeitig Praxis zu treiben</i>⁵⁶⁶ • die Ehrengerichtsbarkeit, die der momentanen Stimmung der Ehrenrichter unterworfen sei⁵⁶⁷ • die von den Ärzten selbst ausgehende Isolation vom Publikum⁵⁶⁸ • die Ärzte, welche die Standesehre zu einer Religion stilisierten⁵⁶⁹ • die von den Ärzten selbst geschaffenen, ihre Bewegungsfreiheit einschränkenden Gesetze⁵⁷⁰ 	<ul style="list-style-type: none"> • sich den Sinn des ärztlichen Berufes klarzumachen, der die Schaffung einer Existenz mit erträglichen Lebensbedingungen für die Familie sei⁵⁷¹ • der Vollzug der zeitgemäßen Änderungen der Standesgewohnheiten, wie die Einbeziehung des kaufmännischen Aspektes, nicht durch unfähige Vertreter behindern zu lassen⁵⁷²

⁵⁶⁵ Vgl. LUNGWITZ (1910d), S. 267.

⁵⁶⁶ Vgl. LUNGWITZ (1910d), S. 268f.

⁵⁶⁷ Vgl. LUNGWITZ (1910d), S. 270.

⁵⁶⁸ Vgl. LUNGWITZ (1910e), S. 344.

⁵⁶⁹ Ebenda.

⁵⁷⁰ Vgl. LUNGWITZ (1910e), S. 345f.

⁵⁷¹ Vgl. LUNGWITZ (1910e), S. 347.

⁵⁷² Vgl. LUNGWITZ (1910e), S. 348.

„Moderne Medizin“, 2. Jahrgang (1911)

Thema ‚Ärzttekammer‘

Kritisiert wird/werden:	Gefordert wird/werden:
<ul style="list-style-type: none"> • die Unzulänglichkeit der Gesetze betreffend den Wahlmodus der Ärztekammerwahlen⁵⁷³ • die Ungerechtigkeit der Listenwahl, die den Großteil der Ärzte nicht aktiv an der Wahl teilhaben lasse⁵⁷⁴ • die selbständige Emporhebung der Standesvereine zu halbamtlichen Instanzen⁵⁷⁵ • fehlende Opposition und Fortschrittsgedanken in der Ärztekammer aufgrund des mangelnden Personenwechsels⁵⁷⁶ • die Unfähigkeit der Ärztekammer, den sozialen Niedergang des Ärztstandes aufzuhalten⁵⁷⁷ • <i>die Listenwahl als vom Gesetzgeber nicht beabsichtigter Wahlmodus</i>⁵⁷⁸ • das bestehende ärztliche System als Ursache des Prestigeverlusts, der wirtschaftlichen Not und der schlechten Zukunftsaussichten⁵⁷⁹ • <i>das Ärztekammerwahlgesetz als ein Privileg privater Gesellschaften</i>⁵⁸⁰ 	<ul style="list-style-type: none"> • die genaue Prüfung der Kandidaten für die Ärztekammerwahl⁵⁸¹ • die Hebung der sozialen Lage der Ärzte⁵⁸² • Protest gegen die Listenwahl und deren Beseitigung durch eine Änderung des Gesetzes betreffend den Wahlmodus⁵⁸³ • die Unterteilung der Wahlbezirke in Unterbezirke mit je 50 Wahlberechtigten⁵⁸⁴ • die Stimmberechtigung jedes ansässigen Arztes⁵⁸⁵ • die Schaffung einer Sicherheit für die zweckdienliche Zusammensetzung der Ärztekammer⁵⁸⁶ • <i>ein Vorgehen gegen das System der Listenwahl, um nach dem ärztlichen Wohl strebende Vertreter zu bekommen</i>⁵⁸⁷

⁵⁷³ Vgl. ANONYMUS (1) (1911a), S. 29.

⁵⁷⁴ Ebenda.

⁵⁷⁵ Vgl. ANONYMUS (1) (1911a), S. 30, vgl. ANONYMUS (1) (1911f), S. 198.

⁵⁷⁶ Vgl. ANONYMUS (1) (1911a), S. 31f, vgl. ANONYMUS (1) (1911f), S. 198.

⁵⁷⁷ Vgl. ANONYMUS (1) (1911a), S. 31f.

⁵⁷⁸ Vgl. ANONYMUS (1) (1911f), S. 197.

⁵⁷⁹ Ebenda.

⁵⁸⁰ Vgl. ANONYMUS (1) (1911f), S. 198.

⁵⁸¹ Vgl. ANONYMUS (1) (1911a), S. 27f.

⁵⁸² Vgl. ANONYMUS (1) (1911a), S. 30.

⁵⁸³ Vgl. ANONYMUS (1) (1911a), S. 31f.

⁵⁸⁴ Vgl. ANONYMUS (1) (1911a), S. 32.

⁵⁸⁵ Ebenda.

⁵⁸⁶ Vgl. ANONYMUS (1) (1911a), S. 33.

⁵⁸⁷ Vgl. ANONYMUS (1) (1911f), S. 198.

Thema ‚Kurpfuscherei‘

Kritisiert wird:	Gefordert wird:
<ul style="list-style-type: none"> • die Unzulänglichkeit des Gesetzesentwurfs der Kurpfuschereikommission gegen die Mißstände im Heilwesen⁵⁸⁸ • <i>der Vorschlag, die Kurpfuscherei zu verbieten, denn hierdurch würde sie nur geschürt („Reiz des Verbotenen“)</i>⁵⁸⁹ • die für das ärztliche Ansehen schädliche Weise der Bekämpfung der Kurpfuscherei⁵⁹⁰ • die „systematische Denunziation“ von Kurpfuschern durch Bevollmächtigte der Ärztekammer⁵⁹¹ 	<ul style="list-style-type: none"> • die Verbesserung der Kommunikationsschwierigkeiten zwischen Ärzten und Publikum, da diese der Kurpfuscherei nur förderlich seien⁵⁹² • von der Denunziation der Kurpfuscher Abstand zu nehmen und durch Aufklärung des Volkes gegen sie vorzugehen⁵⁹³ • dem Ansehen der Ärzte nicht durch Denunziation von Kurpfuschern durch Bevollmächtigte der Ärztekammer zu schaden⁵⁹⁴

Thema ‚Kollegialität‘

Kritisiert wird/werden:	Gefordert wird/werden:
<ul style="list-style-type: none"> • der Kampf von Ärztegruppen unterschiedlicher Schulen untereinander⁵⁹⁵ • die Beleidigungen der Homöopathen durch die Ärzte⁵⁹⁶ • <i>die Unkollegialität unter den Ärzten allgemein</i>⁵⁹⁷ 	<ul style="list-style-type: none"> • das Vorgehen gegen diejenigen Standesvertreter, die für den Prestigeverlust und die Gefährdung der ärztlichen Existenz verantwortlich zu machen seien⁵⁹⁸ • Objektivität und Toleranz der Ärzte gegenüber der Homöopathie⁵⁹⁹

⁵⁸⁸ Vgl. ANONYMUS (1) (1911b), S. 33.

⁵⁸⁹ Vgl. ANONYMUS (1) (1911b), S. 35.

⁵⁹⁰ Vgl. ANONYMUS (1) (1911i), S. 219f.

⁵⁹¹ Vgl. ANONYMUS (1) (1911j), S. 241.

⁵⁹² Vgl. ANONYMUS (1) (1911b), S. 36.

⁵⁹³ Vgl. ANONYMUS (1) (1911i), S. 220.

⁵⁹⁴ Vgl. ANONYMUS (1) (1911j), S. 242.

⁵⁹⁵ Vgl. ANONYMUS (1) (1911k), S. 243.

⁵⁹⁶ Vgl. ANONYMUS (1) (1911k), S. 244.

⁵⁹⁷ Vgl. ANONYMUS (1) (1911m), S. 264.

⁵⁹⁸ Vgl. ANONYMUS (1) (1911k), S. 243.

⁵⁹⁹ Vgl. ANONYMUS (1) (1911k), S. 245.

Thema ‚Verstaatlichung‘

Gewarnt wird:
<ul style="list-style-type: none"> • vor der Verstaatlichung, die eine „Vergewaltigung“ der Ärzte wäre und eine Gefahr für Volk und Wissenschaft darstelle⁶⁰⁰

Thema ‚Ärztliche Institutionen und Gesetze‘

Kritisiert wird/werden:	Gefordert wird:
<ul style="list-style-type: none"> • die durch den ärztlichen Standesdünkel geschaffene Kluft zum Volk⁶⁰¹ • die Überwachung der Ärzte durch Sonderbehörden und –gesetze bis ins Privatleben hinein⁶⁰² • die fehlende Unterrichtung der Medizinstudenten über das Vorhandensein von Ehrengerichten⁶⁰³ • der von den Ehrengerichten geäußerte Vorschlag, als Strafe den Entzug der Approbation einzuführen⁶⁰⁴ • eine mögliche Verbeamtung des ärztlichen Berufes, da hiermit die für den Beruf so wichtige Freiheit verloren gehe⁶⁰⁵ • <i>die nach „freiem Ermessen“ gefällten Urteile der Ehrenrichter</i>⁶⁰⁶ 	<ul style="list-style-type: none"> • die Aufhebung der die ärztliche Notlage verursachenden Sozialpolitik⁶⁰⁷ • <i>den Ehrengerichten den staatlichen Charakter zu nehmen, ihren Einfluß auf Erwerbsfragen einzuschränken und sie nur über Ehrenangelegenheiten richten zu lassen</i>⁶⁰⁸ • <i>die Unterstellung unter ein Ehrengericht jedem Arzt freizustellen</i>⁶⁰⁹ • es Ärzten zu verbieten, in Ehrengerichten über ihre ärztlichen Kollegen zu urteilen⁶¹⁰ • die Ehrengerichte bei Beibehaltung in juristische Hand zu überführen⁶¹¹

⁶⁰⁰ Vgl. ANONYMUS (1) (1911m), S. 263.

⁶⁰¹ Vgl. ANONYMUS (1) (1911c), S. 51.

⁶⁰² Vgl. ANONYMUS (1) (1911c), S. 52.

⁶⁰³ Vgl. ANONYMUS (1) (1911c), S. 54.

⁶⁰⁴ Vgl. ANONYMUS (1) (1911c), S. 54f.

⁶⁰⁵ Vgl. ANONYMUS (1) (1911c), S. 56.

⁶⁰⁶ Vgl. ANONYMUS (1) (1911c), S. 57.

⁶⁰⁷ Vgl. ANONYMUS (1) (1911c), S. 53.

⁶⁰⁸ Ebenda.

⁶⁰⁹ Vgl. ANONYMUS (1) (1911c), S. 54.

⁶¹⁰ Vgl. ANONYMUS (1) (1911c), S. 56.

⁶¹¹ Vgl. ANONYMUS (1) (1911c), S. 57.

Thema ‚Ärztelituation‘

Kritisiert wird:	Gefordert wird:
<ul style="list-style-type: none"> • <i>der Verlust der Freiheit des ärztlichen Berufs durch die zu erwartende Verstaatlichung</i>⁶¹² • <i>den Ehrbegriff der ärztlichen ‚Führer‘ über die Lebensbedürfnisse zu stellen</i>⁶¹³ • das Desinteresse der Ärzte in bezug auf sozialärztliche Angelegenheiten⁶¹⁴ • der Wunsch einer kleinen Ärztezahl, dem Volk den ärztlichen Willen aufzuktroyieren⁶¹⁵ • <i>die zur Entfremdung vom Volk führende Sonderstellung der Ärzte</i>⁶¹⁶ • der „zünftlerische Plunder“, der Ursache des Prestigeverlustes und der Uneinheitlichkeit im ärztlichen Stand sei⁶¹⁷ • die Ansicht, daß durch Ehrengerichte und Standesordnungen eine Verbesserung der Qualifikation möglich sei⁶¹⁸ • das ärztliche „Spezialregime“, das vor der zu erwartenden Verbeamtung keinen Schutz böte⁶¹⁹ • <i>die unflexiblen Vertreter der Ärzte mit ihren überholten Anschauungen</i>⁶²⁰ 	<ul style="list-style-type: none"> • das Streben der ärztlichen ‚Führer‘ nach Wohlstand⁶²¹ • der Ausgleich der Gegensätze zwischen Staat und Ärzten durch Diplomatie bzw. friedliche Auseinandersetzung⁶²² • den Willen des Volkes zu respektieren und sich diesem zu beugen⁶²³ • <i>eine zeitgemäße Neuorganisation des Ärztestandes und eine Abschaffung der „Cliquenwirtschaft“</i>⁶²⁴ • die Anpassung der medizinischen Ausbildung an die Erfordernisse der Zeit⁶²⁵ • die Abschaffung des „zünftlerischen Plunders“, worunter u.a. Ehrengerichte und Standesordnungen gemeint seien⁶²⁶ • die Rückgabe der ärztlichen Freiheit zur Verbesserung der sozialen und wirtschaftlichen Lage⁶²⁷ • <i>eine zeitgemäße Reform der ärztlichen Standesvertretung</i>⁶²⁸ • eine Reform des nicht mehr zeitgemäßen ärztlichen Systems⁶²⁹ • mehr Solidarität unter den Mitgliedern des Leipziger Verbandes⁶³⁰

⁶¹² Vgl. ANONYMUS (1) (1911d), S. 128.

⁶¹³ Vgl. ANONYMUS (1) (1911d), S. 129.

⁶¹⁴ Vgl. ANONYMUS (1) (1911d), S. 131.

⁶¹⁵ Vgl. ANONYMUS (1) (1911d), S. 132.

⁶¹⁶ Ebenda.

⁶¹⁷ Vgl. ANONYMUS (1) (1911e), S. 180.

⁶¹⁸ Vgl. ANONYMUS (1) (1911e), S. 176.

⁶¹⁹ Vgl. ANONYMUS (1) (1911e), S. 177.

⁶²⁰ Ebenda.

⁶²¹ Vgl. ANONYMUS (1) (1911d), S. 129.

⁶²² Vgl. ANONYMUS (1) (1911d), S. 133.

⁶²³ Vgl. ANONYMUS (1) (1911d), S. 134.

⁶²⁴ Ebenda.

⁶²⁵ Ebenda.

⁶²⁶ Vgl. ANONYMUS (1) (1911e), S. 175.

⁶²⁷ Vgl. ANONYMUS (1) (1911e), S. 177.

⁶²⁸ Vgl. ANONYMUS (1) (1911e), S. 177f.

⁶²⁹ Vgl. ANONYMUS (1) (1911g), S. 199.

⁶³⁰ Vgl. ANONYMUS (1) (1911g), S. 200.

Kritisiert wird/werden:	Gefordert wird:
<ul style="list-style-type: none"> • die Eigenart mancher Wissenschaftler, die Forschungsergebnisse ihrer Schützlinge als die ihren auszugeben⁶³¹ • die fehlende Solidarität zwischen praktischen Ärzten und Wissenschaftlern⁶³² • das geringe Interesse der Öffentlichkeit an den ärztlichen Angelegenheiten⁶³³ • die vorgeschlagene Verschärfung der Examina zu Abschreckungszwecken⁶³⁴ • der Verlust der Vorrechte des Ärztestandes durch die Standesvertreter⁶³⁵ • fehlendes Interesse und Verständnis der Regierung für den Ärztestand⁶³⁶ • die Feindseligkeit gegenüber den Ärzten von seiten des Volkes⁶³⁷ • <i>das ärztliche Desinteresse gegenüber sozialen Fragen</i>⁶³⁸ • <i>die Ignoranz der Standespolitiker hinsichtlich der wirtschaftlichen Not der ärztlichen Kollegen</i>⁶³⁹ • <i>die übertriebenen Ehrbegriffe und die vielzitierte ‚Standesehre‘</i>⁶⁴⁰ • <i>die „falschen Führer“ an der Spitze der Ärzteschaft</i>⁶⁴¹ 	<ul style="list-style-type: none"> • der kaufmännischen Auffassung im ärztlichen Beruf einen höheren Stellenwert zu geben⁶⁴² • den Ärzten den Zugang zu anderen Arbeitsgebieten zu öffnen, um der Überfüllung entgegenzuwirken⁶⁴³ • <i>eine Reform der Ehrengerichte, die nur über Ehrenangelegenheiten und nicht über Erwerbsfragen urteilen sollten</i>⁶⁴⁴

⁶³¹ Vgl. ANONYMUS (1) (1911e), S. 177f.

⁶³² Vgl. ANONYMUS (1) (1911e), S. 178.

⁶³³ Vgl. ANONYMUS (1) (1911h), S. 201.

⁶³⁴ Vgl. ANONYMUS (1) (1911h), S. 202.

⁶³⁵ Vgl. ANONYMUS (1) (1911m), S. 264.

⁶³⁶ Ebenda.

⁶³⁷ Ebenda.

⁶³⁸ Ebenda.

⁶³⁹ Vgl. ANONYMUS (1) (1911m), S. 265.

⁶⁴⁰ Vgl. ANONYMUS (1) (1911m), S. 265f.

⁶⁴¹ Ebenda.

⁶⁴² Vgl. ANONYMUS (1) (1911h), S. 202.

⁶⁴³ Vgl. ANONYMUS (1) (1911h), S. 203.

⁶⁴⁴ Vgl. ANONYMUS (1) (1911m), S. 265.

Thema ‚Honorierung‘

Kritisiert wird/werden:	Gefordert wird/werden:
<ul style="list-style-type: none"> • <i>die vorgesehene, absolut unzureichende Bezahlung der Ärzte im Rettungswesen der Stadt Berlin</i>⁶⁴⁵ • <i>die Unzulänglichkeit der Bestrebungen von seiten der Standesführer gegen die wirtschaftliche Krise der Ärzte</i>⁶⁴⁶ • <i>die Überzahl der Ärzte und das Vorziehen von Kapital vor Talent</i>⁶⁴⁷ 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>der Zusammenschluß der drei Einheiten des Rettungswesens in Berlin</i>⁶⁴⁸ • <i>die feste Anstellung der notwendigen Ärztezahl im Rettungswesen gegen entsprechende Bezahlung</i>⁶⁴⁹ • <i>die Wichtigkeit des ärztlichen Berufes für die Allgemeinheit durch angemessene Honorierung zu verdeutlichen</i>⁶⁵⁰ • <i>die Abschaffung der veralteten Standesvorschriften und Einrichtungen zur Verbesserung der Existenzmöglichkeiten</i>⁶⁵¹ • <i>das Hervorheben der materiellen Aspekte des Arztberufes, um deren Zurücktreten hinter den ethischen und wissenschaftlichen zu vermeiden</i>⁶⁵² • <i>wirtschaftliche Bewegungsfreiheit und gesetzlich festgelegte Konkurrenz zur Kräfteentfaltung, das Setzen der Tüchtigkeit über den Dilettantismus</i>⁶⁵³ • <i>die Schaffung neuer Erwerbsquellen wie die bisher ehrengerichtlich verfolgte Zusammenarbeit der Ärzte mit Gewerben und Unternehmen</i>⁶⁵⁴ • <i>die zeitgemäße Befassung mit wirtschaftlichen Angelegenheiten zur Prestigeaufbesserung der Ärzte</i>⁶⁵⁵

⁶⁴⁵ Vgl. LUNGWITZ (1912g), S. 27.

⁶⁴⁶ Vgl. LUNGWITZ (1912i), S. 97.

⁶⁴⁷ Vgl. LUNGWITZ (1912i), S. 98.

⁶⁴⁸ Vgl. LUNGWITZ (1912g), S. 25.

⁶⁴⁹ Vgl. LUNGWITZ (1912g), S. 25f.

⁶⁵⁰ Vgl. LUNGWITZ (1912g), S. 27.

⁶⁵¹ Vgl. LUNGWITZ (1912g), S. 28.

⁶⁵² Ebenda.

⁶⁵³ Vgl. LUNGWITZ (1912i), S. 98.

⁶⁵⁴ Ebenda.

⁶⁵⁵ Vgl. LUNGWITZ (1912i), S. 99.

Thema ‚Ärztliche Institute, Gesetze und die Soziale Frage‘

Kritisiert wird/werden:	Gefordert wird/werden:
<ul style="list-style-type: none"> • die Gerichtsbarkeit der Ehrengerichte, die durch Überwachung, Einengung der Berufsfreiheit und ständiges Wechseln der Ehrbegriffe nur Verwirrung schaffe⁶⁵⁶ • die den ärztlichen Niedergang verursachenden Ehrengerichte im Gegensatz zu sinnvollen Einrichtungen wie dem Leipziger Verband⁶⁵⁷ • <i>das „sozialpolitische Einsiedlertum“ und die „egoistische Gleichgültigkeit“ vieler Ärzte</i>⁶⁵⁸ • <i>das Setzen des Ehrenkodex über wirtschaftliche Interessen</i>⁶⁵⁹ • das Festhalten der Ärzte an veralteten Prinzipien⁶⁶⁰ • das Verschenken der verfassungsmäßig zugesprochenen Freiheit durch die Ärzte selbst⁶⁶¹ • der Widerspruch zwischen den Ansichten der Standesvereine und den Interessen des Leipziger Wirtschaftlichen Verbandes (L.V.)⁶⁶² • <i>der ärztliche Standesdünkel, welcher den Untergang der Ärzte herbeiführen werde</i>⁶⁶³ • der Vorschlag, als ehrengerichtliche Strafen Haft- und Gefängnisstrafen einzuführen⁶⁶⁴ 	<ul style="list-style-type: none"> • die wirtschaftliche Freiheit der Ärzte, die ihnen aus ihrer Notlage helfen könnte⁶⁶⁵ • Protest gegen die altertümlichen und fortschrittschennenden Ausmaße der Standesvereine⁶⁶⁶ • ehrengesetzlich festgelegte wirtschaftliche Bewegungsfreiheit der Ärzte⁶⁶⁷ • die Auseinandersetzung mit dem Widerspruch zwischen Bestrebungen des L.V. und den Standesansichten⁶⁶⁸ • <i>die Einführung von Mittelstandskrankenkassen zum Vorteil aller Beteiligten</i>⁶⁶⁹ • <i>der Frage der Einführung der Mittelstandskrankenkassen mit zeitgemäßem Verständnis entgegenzutreten</i>⁶⁷⁰ • <i>mehr sozialpolitisches Interesse von seiten der gesamten Ärzteschaft</i>⁶⁷¹ • <i>Nachgiebigkeit und Entgegenkommen zur Verständigung bei Interessenskonflikten mit den gegnerischen Parteien</i>⁶⁷²

⁶⁵⁶ Vgl. LUNGWITZ (1912h), S. 51.

⁶⁵⁷ Vgl. LUNGWITZ (1912h), S. 52.

⁶⁵⁸ Vgl. LUNGWITZ (1912h), S. 52f.

⁶⁵⁹ Vgl. LUNGWITZ (1912h), S. 53.

⁶⁶⁰ Ebenda.

⁶⁶¹ Ebenda.

⁶⁶² Vgl. ANONYMUS (1) (1912a), S. 75.

⁶⁶³ Vgl. ANONYMUS (1) (1912a), S. 77.

⁶⁶⁴ Vgl. ANONYMUS (1) (1912b), S. 77.

⁶⁶⁵ Vgl. LUNGWITZ (1912h), S. 53.

⁶⁶⁶ Vgl. ANONYMUS (1) (1912a), S. 75.

⁶⁶⁷ Vgl. ANONYMUS (1) (1912a), S. 76f.

⁶⁶⁸ Vgl. ANONYMUS (1) (1912a), S. 76.

⁶⁶⁹ Vgl. LUNGWITZ (1912j), S. 163.

⁶⁷⁰ Vgl. LUNGWITZ (1912k), S. 227.

⁶⁷¹ Ebenda.

⁶⁷² Vgl. ANONYMUS (1) (1912c), S. 250.

Kritisiert wird/werden:	Gefordert wird/werden:
<ul style="list-style-type: none"> • Gefängnisstrafen als Ehrenstrafen für all diejenigen zu sehen, welche die Geldstrafen aus Armut nicht aufbringen könnten⁶⁷³ • die Annahme des Antrags auf Einführung von Gefängnisstrafen auf seiten der Ärztekammer⁶⁷⁴ • <i>die antiquierten und weltfremden Ansichten der sozialärztlichen Politik</i>⁶⁷⁵ • die Meinung, Aufklärung würde das Volk zum Selbstkurieren erziehen⁶⁷⁶ • die Einwände der Ärzte gegen die Mittelstandskrankenkassen⁶⁷⁷ • <i>die Standesführer, welche den Prestigeverlust der Ärzte beim Publikum zu verantworten hätten</i>⁶⁷⁸ • die gleichzeitige Befürwortung der sozialen Gesetzgebung und die Bekämpfung ihrer Ausbreitung⁶⁷⁹ • die falsche Tonart des L.V., die „sozialdemokratischem Radikalismus“ ähnlich sei⁶⁸⁰ • die Forderungen des L.V. in bezug auf die Vertragsschließung mit den Krankenkassen⁶⁸¹ • viele Artikel der „Aerztlichen Mitteilungen“, dem Sprachrohr des L.V., wie z.B. die Forderung nach Abschaffung der sozialen Gesetzgebung oder die Verständigungsversuche mit der Regierung zu beenden⁶⁸² 	<ul style="list-style-type: none"> • sich nicht mehr von der Selbstsicherheit des L.V. blenden zu lassen, wie es den Autoren der ‚Modernen Medizin‘ früher selbst auch ergangen sei⁶⁸³

⁶⁷³ Vgl. ANONYMUS (1) (1912b), S. 78.

⁶⁷⁴ Vgl. ANONYMUS (1) (1912b), S. 79.

⁶⁷⁵ Vgl. LUNGWITZ (1912j), S. 161.

⁶⁷⁶ Vgl. LUNGWITZ (1912j), S. 162f.

⁶⁷⁷ Vgl. LUNGWITZ (1912j), S. 163f.

⁶⁷⁸ Vgl. LUNGWITZ (1912j), S. 163.

⁶⁷⁹ Vgl. LUNGWITZ (1912k), S. 225.

⁶⁸⁰ Vgl. LUNGWITZ (1912k), S. 226f.

⁶⁸¹ Ebenda.

⁶⁸² Vgl. ANONYMUS (1) (1912c), S. 250.

⁶⁸³ Ebenda.

Thema ‚Zukunft des Ärztstandes‘

Prophezeit wird:

- die Verstaatlichung des Ärztstandes⁶⁸⁴
- eine aussichtslose Zukunft bei Verwirklichung der Forderungen des Leipziger Verbandes⁶⁸⁵

⁶⁸⁴ Vgl. ANONYMUS (1) (1912c), S. 250.

⁶⁸⁵ Ebenda.

„Moderne Medizin“, 4. Jahrgang (1913)

Thema ‚Interessenvertretung der Ärzte‘

Kritisiert wird/werden:	Gefordert wird:
<ul style="list-style-type: none"> • die Ablehnung des L.V.,⁶⁸⁶ mit dem ‚Reichsverband deutscher Ärzte‘ zu verhandeln⁶⁸⁷ • die Schaden bringende Art der Interessendurchsetzung des L.V.⁶⁸⁸ • die Vorgehensweise des L.V. gegen die Reichsversicherungsordnung⁶⁸⁹ • die Forderung des L.V. nach freier Arztwahl zur Hebung der wirtschaftlichen Lage⁶⁹⁰ • die selbstberufenen „Sittenrichter“, die Ehrenrichter, und deren Verständnis von einer speziellen Berufsehre⁶⁹¹ • die schädliche, immer gleiche Zusammensetzung der offiziellen und inoffiziellen Standesvertretungen⁶⁹² • die Mißachtung der selbst geschaffenen Standesregeln durch die Standesvereine⁶⁹³ • die Forderung des L.V. nach Eintragung der kassenärztlichen Vereine ins Vereinsregister⁶⁹⁴ • der Kampf des L.V. gegen jeden, der seine Ansichten nicht teile⁶⁹⁵ 	<ul style="list-style-type: none"> • mehr Diplomatie vom L.V. bei der Durchsetzung ihrer Interessen und Einigung mit gegnerischen Parteien⁶⁹⁶ • mehr Bewegungsfreiheit im Erwerbsleben, die Abschaffung des „komplizierten Ehrenkodex“ und neue Standesvertreter⁶⁹⁷ • das Nachdenken über die MACHenschaften des L.V. und die Loslösung von ihm⁶⁹⁸ • vom L.V., daß er zu seiner alten, lobenswerten Linie zurückkehren möge⁶⁹⁹ • vom L.V., eine Basis zu schaffen, auf der eine sozialpolitische Diskussion zwischen Ärzteschaft und Staat möglich sei⁷⁰⁰ • die Vertretung gemeinsamer ärztlicher Interessen, wie Stellenvermittlung, Rechtsschutz u.a.⁷⁰¹

⁶⁸⁶ Leipziger Wirtschaftlicher Verband.

⁶⁸⁷ Vgl. LUNGWITZ (1913d), S. 2f.

⁶⁸⁸ Vgl. LUNGWITZ (1913d), S. 3.

⁶⁸⁹ Vgl. LUNGWITZ (1913e), S. 24.

⁶⁹⁰ Vgl. LUNGWITZ (1913e), S. 26.

⁶⁹¹ Vgl. LUNGWITZ (1913f), S. 67.

⁶⁹² Vgl. LUNGWITZ (1913f), S. 68.

⁶⁹³ Vgl. LUNGWITZ (1913f), S. 73.

⁶⁹⁴ Vgl. LUNGWITZ (1913g), S. 111f.

⁶⁹⁵ Vgl. LUNGWITZ (1913h), S. 156f.

⁶⁹⁶ Vgl. LUNGWITZ (1913d), S. 3.

⁶⁹⁷ Vgl. LUNGWITZ (1913e), S. 26.

⁶⁹⁸ Vgl. LUNGWITZ (1913h), S. 155f.

⁶⁹⁹ Vgl. LUNGWITZ (1913h), S. 156.

⁷⁰⁰ Ebenda.

⁷⁰¹ Vgl. LUNGWITZ (1913h), S. 157.

Kritisiert wird:	Verlangt wird/werden:
<ul style="list-style-type: none"> • das Verbot des L.V. bestimmte Stellen mit einem hohen Fixum anzunehmen⁷⁰² • der Umschwung der lobenswerten Grundbestrebungen des L.V. in eine wirtschaftliche Abhängigkeit seiner Mitglieder⁷⁰³ • die Bezeichnung „Streikbrecher“ für alle Gegner des L.V.⁷⁰⁴ • <i>der Kampf des L.V. gegen die Ausweitung der Reichsversicherungsordnung</i>⁷⁰⁵ • <i>die falsche Tonart des L.V. und seines „Sprachrohrs“, der „Aerztlichen Mitteilungen“</i>⁷⁰⁶ 	

Gewarnt wird der L.V.:
<ul style="list-style-type: none"> • vor der Verkennung der wahren Stimmung seiner Mitglieder⁷⁰⁷ • vor dem Versuch, Gewaltmittel anzuwenden⁷⁰⁸ • durch den Gegensatz zwischen „blindem Anhängertum“ und „Wertschätzung einer gewissen Bewegungsfreiheit im Rahmen der Gesetze“ ein Scheitern zu riskieren⁷⁰⁹

⁷⁰² Vgl. LUNGWITZ (1913h), S. 155.

⁷⁰³ Vgl. LUNGWITZ (1913h), S. 156.

⁷⁰⁴ Vgl. LUNGWITZ (1913h), S. 158.

⁷⁰⁵ Vgl. LUNGWITZ (1913i), S. 243.

⁷⁰⁶ Vgl. LUNGWITZ (1913i), S. 245.

⁷⁰⁷ Vgl. LUNGWITZ (1913d), S. 4, LUNGWITZ (1913e), S. 23.

⁷⁰⁸ Vgl. LUNGWITZ (1913d), S. 4.

⁷⁰⁹ Vgl. LUNGWITZ (1913e), S. 23.

Thema ‚Soziale Gesetzgebung‘

Kritisiert wird:	Verlangt wird:
<ul style="list-style-type: none"> • <i>die ablehnende Haltung mancher Standesvertreter gegenüber der Ausweitung der sozialen Gesetzgebung, wodurch 95 Prozent der Ärzte von Kassenpraxis lebten</i>⁷¹⁰ • der sozialen Gesetzgebung die Schuld für die wirtschaftliche Notlage der Ärzte zu geben⁷¹¹ • das ‚Gerede‘ der Ärzte über wirtschaftliche Notlage bei Stellenangeboten mit einem Jahresfixum von 8.000 Mark⁷¹² • <i>die Gleichgültigkeit vieler Ärzte gegenüber sozialpolitischen Fragen</i>⁷¹³ 	<ul style="list-style-type: none"> • eine Verbesserung der wirtschaftlichen ärztlichen Verhältnisse⁷¹⁴ • die Verstaatlichung ohne Rücksicht auf die Widerstände⁷¹⁵ • <i>die Ausdehnung der Krankenversicherung auf den Mittelstand</i>⁷¹⁶ • eine große Vereinigung zur Übernahme der Aufgaben der nicht zufriedenstellend arbeitenden kassenärztlichen Vereine⁷¹⁷ • <i>die Verstaatlichung als Maßnahme gegen eine „Ärzteüberproduktion“</i>⁷¹⁸ • die Verstaatlichung zur Verbesserung der wirtschaftlichen Situation und zur Hebung der sozialen Position der Ärzte⁷¹⁹

Thema ‚Ärztlicher Stand‘

Kritisiert wird/werden:	Verlangt wird:
<ul style="list-style-type: none"> • <i>die Führung des Ärztstandes durch Personen, die für die ärztliche Notlage verantwortlich zu machen seien</i>⁷²⁰ • <i>Neid und Mißgunst unter den ärztlichen Kollegen</i>⁷²¹ 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>eine Reformierung der wissenschaftlichen und sozialen Ausbildung der Medizinstudenten</i>⁷²² • mehr Zusammenhalt unter den Ärzten⁷²³ • <i>die Einfügung der Ärzte in die Gesamtheit des Volkes und die Anerkennung der allgemeingültigen Volksgesetze</i>⁷²⁴

⁷¹⁰ Vgl. LUNGWITZ (1913d), S. 1.

⁷¹¹ Vgl. LUNGWITZ (1913d), S. 1, vgl. LUNGWITZ (1913e), S. 25, vgl. LUNGWITZ (1913i), S. 243.

⁷¹² Vgl. LUNGWITZ (1913h), S. 155.

⁷¹³ Vgl. LUNGWITZ (1913d), S. 1f.

⁷¹⁴ Vgl. LUNGWITZ (1913d), S. 4.

⁷¹⁵ Vgl. LUNGWITZ (1913e), S. 26.

⁷¹⁶ Vgl. LUNGWITZ (1913f), S. 75.

⁷¹⁷ Vgl. LUNGWITZ (1913g), S. 113.

⁷¹⁸ Vgl. LUNGWITZ (1913i), S. 244.

⁷¹⁹ Vgl. LUNGWITZ (1913i), S. 246.

⁷²⁰ Vgl. LUNGWITZ (1913d), S. 1f.

⁷²¹ Vgl. LUNGWITZ (1913f), S. 67.

⁷²² Vgl. LUNGWITZ (1913d), S. 4.

⁷²³ Vgl. LUNGWITZ (1913e), S. 24.

⁷²⁴ Vgl. LUNGWITZ (1913g), S. 113.

„Moderne Medizin“ 5. Jahrgang (1914)

Thema ‚Streitfrage: Reichsversicherungsordnung‘

Kritisiert wird:	Verlangt wird:
<ul style="list-style-type: none">• <i>die Haltung des L.V. bei der Durchsetzung ihrer Interessen in bezug auf die Reichsversicherungsordnung</i>⁷²⁵• ein Teil der sozialärztlichen Presse, welche die Ursachen der ärztlichen Misere einfach verschwiegen habe⁷²⁶• die Unruhestiftung des L.V. bei Eröffnung der geplanten Reichsversicherungsordnung⁷²⁷• das Versäumnis des L.V., den richtigen Zeitpunkt für den Friedensschluß mit dem Reichsamt des Inneren zu finden⁷²⁸• die durch den L.V. verursachte, alle Ärzte betreffende Zahlung einer Abfindungssumme von einer Million Mark jährlich an den Staat⁷²⁹• <i>der L.V. allgemein, der das Ansehen der Ärzte ruiniert und sie in eine mißliche wirtschaftliche Lage gebracht habe</i>⁷³⁰	<ul style="list-style-type: none">• <i>die Unterordnung der Ärzte unter das allgemeine Gesetz und den Willen des Volkes</i>⁷³¹

⁷²⁵ Vgl. LUNGWITZ (1914), S. 1.

⁷²⁶ Vgl. LUNGWITZ (1914), S. 2.

⁷²⁷ Ebenda.

⁷²⁸ Vgl. LUNGWITZ (1914), S. 3f.

⁷²⁹ Ebenda.

⁷³⁰ Vgl. LUNGWITZ (1914), S. 5.

⁷³¹ Vgl. LUNGWITZ (1914), S. 2.

„Moderne Medizin“ 8. Jahrgang (1917)

Thema ‚Gegenwart und Zukunft des ärztlichen Standes‘

Beanstandet wird/werden:	Verlangt wird:
<ul style="list-style-type: none"> • das eigennützige Vorgehen der Ärzte gegen vom Volk ausgehende Entwicklungen wie die soziale Gesetzgebung⁷³² • die Reaktion der Ärzte auf die Einführung der Reichsversicherungsordnung⁷³³ • der Undank, den Lungwitz für seine sozialärztlichen Romane geerntet habe, in denen er sich mit unbeliebten Fragen auseinandersetzte⁷³⁴ • die alleinige Konzentration des Arztes auf die Heilung, wo alles in Richtung Hygiene und Prophylaxe gehe⁷³⁵ • der falsche und uneinheitliche Kampf der Ärzte zur Erhaltung ihrer Existenz⁷³⁶ • die „Interessensgegensätze“ und die „Isoliertheit“ des ärztlichen Standes⁷³⁷ • der selbstverschuldete, absehbare Untergang des Hausarztes⁷³⁸ • die „Verlegenheitstaktik“ der Ärzte in all ihren Aktionen⁷³⁹ • die Ansicht, daß durch die freie Ärzteswahl die soziale Lage gehoben werden könne⁷⁴⁰ • <i>die Ablehnung der Standesvertreter, mit der Zeit zu gehen</i>⁷⁴¹ 	<ul style="list-style-type: none"> • das genauere Studium des Motors und der Betriebsstoffe, so daß Ärzte ein Automobil optimal nutzen könnten⁷⁴² • <i>die Verstaatlichung der Ärzte, die volksbiologisch aus der sozialen Gesetzgebung folge und den Ärzten ein Existenzminimum sichere</i>⁷⁴³ • das Wahrnehmen der Tatsache, daß der zukünftige ärztliche Beamte Prophylaktiker sein werde⁷⁴⁴

⁷³² Vgl. LUNGWITZ (1917b), S. 31.

⁷³³ Vgl. LUNGWITZ (1917b), S. 32.

⁷³⁴ Ebenda.

⁷³⁵ Vgl. LUNGWITZ (1917c), S. 43.

⁷³⁶ Ebenda.

⁷³⁷ Vgl. LUNGWITZ (1917c), S. 44.

⁷³⁸ Ebenda.

⁷³⁹ Ebenda.

⁷⁴⁰ Vgl. LUNGWITZ (1917c), S. 45.

⁷⁴¹ Vgl. LUNGWITZ (1917e), S. 96.

⁷⁴² Vgl. LUNGWITZ (1917a), S. 21.

⁷⁴³ Vgl. LUNGWITZ (1917b), S. 31.

⁷⁴⁴ Vgl. LUNGWITZ (1917b), S. 32.

Beanstandet wird/werden:	Verlangt wird:
<ul style="list-style-type: none"> • <i>die Verkennung der nahenden Verstaatlichung durch die Standesvertreter</i>⁷⁴⁵ • das Vergessen, den ärztlichen Beruf als ‚Kunst‘ zu sehen und die Verkennung der ärztlichen Kunst durch die Gesellschaft⁷⁴⁶ • die Ausübung eines Berufs rein aus Erwerbsgründen⁷⁴⁷ • die Einbüßung der wahren Bedeutung des Begriffs ‚Honorar‘ als „freiwillig gespendete Anerkennung“⁷⁴⁸ • die Vorgabe der Standesvereine, keine wirtschaftlichen Interessen zu verfolgen⁷⁴⁹ • die Minimierung der ärztlichen Kunst auf das Rezeptieren und „schnelle“ Patientenbehandlung⁷⁵⁰ • die Zufriedenheit der Patienten mit einem Arzt, der die Konsultation aus finanziellen Gründen so kurz wie möglich hält⁷⁵¹ • die Verbürgerlichungstendenzen des ärztlichen Standes⁷⁵² • <i>das übertriebene Standesbewußtsein und dessen schädliche Folgen</i>⁷⁵³ 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Kompromißbereitschaft auf seiten der Ärzte</i>⁷⁵⁴ • ein genaues Studium der aktuellen Lage, um den richtigen Weg für die Zukunft zu finden⁷⁵⁵ • den Ärzten die Freiheit zu lassen, die zur Ausübung ihrer Kunst nötig sei⁷⁵⁶ • <i>die von der Zeit geforderte Verstaatlichung, wenn sie auch nicht als Ideal anzusehen sei</i>⁷⁵⁷ • die Aufhebung der die sozialärztlichen Probleme auslösenden Spannungen⁷⁵⁸ • die Suche nach Grundlagen für die ärztliche Existenz anstelle des Abwehrens neuer Entwicklungen⁷⁵⁹

⁷⁴⁵ Vgl. LUNGWITZ (1917e), S. 96.

⁷⁴⁶ Vgl. LUNGWITZ (1917d), S. 78.

⁷⁴⁷ Vgl. LUNGWITZ (1917d), S. 79.

⁷⁴⁸ Ebenda.

⁷⁴⁹ Vgl. LUNGWITZ (1917d), S. 79f.

⁷⁵⁰ Vgl. LUNGWITZ (1917d), S. 80.

⁷⁵¹ Ebenda.

⁷⁵² Vgl. LUNGWITZ (1917d), S. 82.

⁷⁵³ Vgl. LUNGWITZ (1917d), S. 83.

⁷⁵⁴ Vgl. LUNGWITZ (1917b), S. 46.

⁷⁵⁵ Ebenda.

⁷⁵⁶ Vgl. LUNGWITZ (1917d), S. 87.

⁷⁵⁷ Vgl. LUNGWITZ (1917e), S. 100.

⁷⁵⁸ Vgl. LUNGWITZ (1917b), S. 43.

⁷⁵⁹ Ebenda.

Beanstandet wird/werden:	Verlangt wird:
<ul style="list-style-type: none"> • <i>die drohende Verbeamtung der Ärzte zum Schaden des ärztlichen Berufs</i>⁷⁶⁰ • <i>die vermeintlich einstimmigen ärztlichen Beschlüsse der Landesvertretungen</i>⁷⁶¹ • <i>das Desinteresse der Ärzte in bezug auf neue Entwicklungen</i>⁷⁶² 	

⁷⁶⁰ Vgl. LUNGWITZ (1917d), S. 85f.

⁷⁶¹ Vgl. LUNGWITZ (1917e), S. 97.

⁷⁶² Vgl. LUNGWITZ (1917e), S. 99.

Thema ‚Säuglingshygiene‘

Kritisiert wird/werden:	Vorgeschlagen wird/werden:
<ul style="list-style-type: none"> • die starke Präferenz der Säuglingsfürsorge⁷⁶³ • die für die Säuglinge negativ zu bewertenden Säuglingsheime und Säuglingskrankenhäuser⁷⁶⁴ • die Unwissenheit der Mütter, daß der Säugling zur Mutter und nicht ins Krankenhaus gehöre⁷⁶⁵ • die geringe Beachtung der Wohnungshygiene⁷⁶⁶ • die zum Teil letale Überhitzung der Säuglinge im Sommer durch falsche Kleidung, schlechte Durchlüftung der Wohnungen und verdorbene Flaschenmilch⁷⁶⁷ 	<ul style="list-style-type: none"> • die Aufklärung des Publikums über die dem Säugling drohenden Gefahren und die Säuglingshygiene⁷⁶⁸ • eine sozialhygienische Aufklärung des Volkes⁷⁶⁹ • bei leicht erkrankten Säuglingen, auf Säuglingsheime zu verzichten⁷⁷⁰ • die Aufnahme der Mutter gemeinsam mit ihrem Säugling⁷⁷¹ • Säuglingskrankenhäuser abzubauen, da sie für die Säuglingsfürsorge nicht von Vorteil seien⁷⁷² • die Wohnungshygiene und ihre große Bedeutung für die Säuglingsfürsorge in den Vordergrund zu stellen⁷⁷³ • den Säuglingsfürsorgestellen die Wohnungsfürsorge zu übertragen⁷⁷⁴ • die Prophylaxe in der Säuglingsfürsorge als Hauptpunkt anzugehen⁷⁷⁵

⁷⁶³ Vgl. ANONYMUS (1) (1918b), S. 9f.

⁷⁶⁴ Vgl. ANONYMUS (1) (1918b), S. 11.

⁷⁶⁵ Vgl. ANONYMUS (1) (1918b), S. 12.

⁷⁶⁶ Vgl. ANONYMUS (1) (1918b), S. 13.

⁷⁶⁷ Vgl. ANONYMUS (1) (1918b), S. 15f.

⁷⁶⁸ Vgl. ANONYMUS (1) (1918b), S. 9.

⁷⁶⁹ Vgl. ANONYMUS (1) (1918b), S. 12.

⁷⁷⁰ Ebenda.

⁷⁷¹ Ebenda.

⁷⁷² Ebenda.

⁷⁷³ Vgl. ANONYMUS (1) (1918b), S. 13.

⁷⁷⁴ Vgl. ANONYMUS (1) (1918b), S. 17.

⁷⁷⁵ Ebenda.

Thema ‚Zukunft des ärztlichen Standes‘

Kritisiert wird/werden:	Verlangt wird:
<ul style="list-style-type: none"> • das Verdrängen der unausweichlichen Verstaatlichung der ärztlichen Standesvertreter⁷⁷⁶ • <i>die verfehlten Ziele der Standesvertreter</i>⁷⁷⁷ • der Widerspruch, daß der Staat den Arzt mit der Approbation anerkenne, ihm aber die Anstellung verweigere⁷⁷⁸ • <i>die falsche Sozialpolitik der Ärztevertreter, mit der sie sich nur schaden</i>⁷⁷⁹ • die ablehnende Haltung gegenüber der sich zum Teil schon bewahrheiteten Prophezeiungen Lungwitzens in bezug auf die Reichsversicherungsordnung⁷⁸⁰ • <i>die Vorgehensweise der Ärztevertreter, insb. die Durchsetzung der Interessen mit Mitteln wie Kampf und Streik</i>⁷⁸¹ • das zum Sympathieverlust führende ‚Ausklinken‘ der Ärzteschaft aus der Gemeinschaft des Volkes⁷⁸² • <i>die Gefahr der „Ramschbehandlung“ in der Kassenpraxis durch zu geringe Honorare</i>⁷⁸³ • die angekündigte „Volksversicherung“, die weder für Patient, noch für den Arzt vorteilhaft sein werde⁷⁸⁴ 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>die sich als Notwendigkeit aus der sozialpolitischen Lage ergebende Verstaatlichung</i>⁷⁸⁵ • die Zulassung jedes Arztes zur Kassenpraxis⁷⁸⁶ • die Einführung der Volksversicherung, da es auch dann noch genug „freie Ärzte“ geben werde, die eine optimale Medizin anböten⁷⁸⁷

⁷⁷⁶ Vgl. LUNGWITZ (1918), S. 77.

⁷⁷⁷ Ebenda.

⁷⁷⁸ Vgl. LUNGWITZ (1918), S. 78.

⁷⁷⁹ Ebenda.

⁷⁸⁰ Ebenda.

⁷⁸¹ Ebenda.

⁷⁸² Ebenda.

⁷⁸³ Vgl. LUNGWITZ (1918), S. 80.

⁷⁸⁴ Ebenda.

⁷⁸⁵ Vgl. ANONYMUS (1) (1918a), S. 1.

⁷⁸⁶ Vgl. LUNGWITZ (1918), S. 78.

⁷⁸⁷ Ebenda.

„Moderne Medizin“ 10. Jahrgang (1919)

Thema ‚Verstaatlichungsgedanken‘

Beanstandet wird/werden:	Vorgeschlagen wird:
<ul style="list-style-type: none"> • <i>die Kritik an Lungwitz' Prophezeiungen, daß das Ziel der Reichsversicherungsordnung die Verstaatlichung sei</i>⁷⁸⁸ • <i>die ablehnende Haltung der ärztlichen Vertretungen gegenüber der nahenden Verstaatlichung</i>⁷⁸⁹ • <i>die über die ärztliche Zukunft entscheidenden „unfähigen Führer“</i>⁷⁹⁰ • <i>das Verlangen eines Staatsexamens, obwohl der Staat die Ärzte nicht in den Staatsdienst übernehme</i>⁷⁹¹ • <i>die zu erwartende Entstehung einer Beamtenhierarchie bei einer Verstaatlichung</i>⁷⁹² • <i>die Schattenseiten, welche bei einer Verstaatlichung zu erwarten seien</i>⁷⁹³ • <i>die Forderung, nur die beamteten Ärzte zu Sachverständigen zu machen, was einer „Gerichtbarkeit des Mittelalters“ ähnele</i>⁷⁹⁴ • <i>die Vorgabe von neuen Einfällen, bei denen es sich wortgetreu um Lungwitz' Gedanken handle</i>⁷⁹⁵ • <i>die Auflehnung gegen die Verstaatlichung, ohne Gegenvorschläge zu bringen</i>⁷⁹⁶ 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>die Einführung eines Systems von angestellten und freien Ärzten bei der Verstaatlichung, so daß jeder Arzt die für ihn akzeptable Art frei wählen könne</i>⁷⁹⁷ • <i>die Einführung von Vertrauensärzten bei der Verstaatlichung zur Beaufsichtigung der ärztlichen Tätigkeit</i>⁷⁹⁸ • <i>das ärztliche Schaffen im verstaatlichten Gesundheitswesen durch „Paragraphen und Dienstvorschriften“ zu regeln</i>⁷⁹⁹ • <i>die freiwillige Eingliederung der Ärzte in den Staatsdienst bzw. bei Ablehnung die Erlaubnis, eine Privatpraxis zu betreiben</i>⁸⁰⁰ • <i>die Verstaatlichung, durch die sich viele ärztliche Probleme von selbst regeln</i>⁸⁰¹ • <i>die Verstaatlichung, durch welche eine die Interessen aller Ärzte einbeziehende Organisation geschaffen werden könne</i>⁸⁰²

⁷⁸⁸ Vgl. LUNGWITZ (1919b), S. 1.

⁷⁸⁹ Vgl. LUNGWITZ (1919b), S. 6.

⁷⁹⁰ Vgl. LUNGWITZ (1919b), S. 10.

⁷⁹¹ Vgl. LUNGWITZ (1919b), S. 11.

⁷⁹² Vgl. LUNGWITZ (1919c), S. 13.

⁷⁹³ Vgl. LUNGWITZ (1919c), S. 14.

⁷⁹⁴ Ebenda.

⁷⁹⁵ Vgl. LUNGWITZ (1919d), S. 32.

⁷⁹⁶ Vgl. LUNGWITZ (1919d), S. 32.

⁷⁹⁷ Vgl. LUNGWITZ (1919b), S. 11, vgl. LUNGWITZ (1919c), S. 13.

⁷⁹⁸ Vgl. LUNGWITZ (1919b), S. 12, vgl. LUNGWITZ (1919c), S. 13.

⁷⁹⁹ Vgl. LUNGWITZ (1919d), S. 33.

⁸⁰⁰ Ebenda.

⁸⁰¹ Vgl. LUNGWITZ (1919h), S. 51.

⁸⁰² Vgl. LUNGWITZ (1919i), S. 79.

Beanstandet wird:	Vorgeschlagen wird:
<ul style="list-style-type: none"> • <i>die fehlende Resonanz auf Lungwitz' Behandlung des Verstaatlichungsgedankens</i>⁸⁰³ • die synonyme Verwendung von Begriffen wie Verstaatlichung und Sozialisierung⁸⁰⁴ • <i>das Ignorieren der zu erwartenden Verstaatlichung des Heilwesens</i>⁸⁰⁵ 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>die Verstaatlichung, da sie durch Schaffung eines Existenzminimums den wirtschaftlichen Mißverhältnissen entgegenwirken könne</i>⁸⁰⁶ • <i>die Verstaatlichung, um die Ärzte in einer Organisation erfolgreich zu vereinigen</i>⁸⁰⁷ • <i>die Verstaatlichung des Ärztestandes, um den Organisationen aus ihrer halbamtlichen Stellung zu helfen</i>⁸⁰⁸ • <i>die Verstaatlichung des Krankenkassenwesens zur Aufhebung der Mißstände</i>⁸⁰⁹ • die Schaffung einer staatlichen Krankenkasse mit Geschäftsstellen in jedem Bezirk und einheitlichen, dem Einkommen entsprechenden Beiträgen, die in eine Reichskasse fließen⁸¹⁰ • eine komplette Reorganisation des Gesundheitswesens⁸¹¹

Thema ‚Honorarfragen‘

Beanstandet wird/werden:	Verlangt wird:
<ul style="list-style-type: none"> • die Ansicht, der Arzt müsse vor Honorarausfällen geschützt werden⁸¹² • <i>die ungeheuerlich niedrigen Honorarangebote für Assistenzärzte</i>⁸¹³ • die durch unzulängliche Honorierung zum Ausdruck gebrachte „Gering-schätzung der ärztlichen Tätigkeit“⁸¹⁴ 	<ul style="list-style-type: none"> • ein der Entwertung des Geldes nach dem Krieg angepaßtes ärztliches Honorar⁸¹⁵

⁸⁰³ Vgl. LUNGWITZ (1919d), S. 31.

⁸⁰⁴ Vgl. LUNGWITZ (1919k), S. 84.

⁸⁰⁵ Vgl. LUNGWITZ (1919n), S. 137.

⁸⁰⁶ Vgl. LUNGWITZ (1919j), S. 81.

⁸⁰⁷ Vgl. ANONYMUS (1) (1919a), S. 97f.

⁸⁰⁸ Vgl. ANONYMUS (1) (1919b), S. 99.

⁸⁰⁹ Vgl. LUNGWITZ (1919n), S. 137f.

⁸¹⁰ Vgl. LUNGWITZ (1919n), S. 141.

⁸¹¹ Vgl. ANONYMUS (1) (1919f), S. 164.

⁸¹² Vgl. LUNGWITZ (1919b), S. 8.

⁸¹³ Vgl. ANONYMUS (1) (1919c), S. 105.

⁸¹⁴ Ebenda.

⁸¹⁵ Vgl. LUNGWITZ (1919b), S. 5.

Beanstandet wird/werden:	Verlangt wird:
<ul style="list-style-type: none"> die kümmerlichen Honorarangebote von wissenschaftlichen Instituten⁸¹⁶ 	<ul style="list-style-type: none"> eine Entlastung des Kassenarztes, um von der Massenbehandlung wegzukommen⁸¹⁷ eine einheitliche Anstellung der Ärzte mit durch Tarifvereinbarungen festgesetzten Gehältern und Bezahlung nach Leistung⁸¹⁸

Thema ‚Sozialärztliche Fragen‘

Beanstandet wird/werden:	Verlangt wird:
<ul style="list-style-type: none"> <i>der „lächerliche Dünkelkram“, die „bonzenhafte Wichtigtuerei“ und die „mißverstandenen Standes- und Volksinteressen“ im Ärztestand</i>⁸¹⁹ <i>das Desinteresse und die Inaktivität der ärztlichen Kollegen in der Sozialpolitik</i>⁸²⁰ <i>die Haltung mancher Ärzte bei Notfällen</i>⁸²¹ <i>die Passivität gegenüber unfähigen Ärztevertretern</i>⁸²² <i>die Darstellung der von Lungwitz seit Jahren propagierten Ideen als angebliche sozialärztliche Neuheiten, ohne ihn als Schöpfer zu nennen</i>⁸²³ <i>die Ablehnung der Einschränkung der ärztlichen Freiheit, obwohl der Arzt schon in Abhängigkeit lebe</i>⁸²⁴ <i>die gesellschaftliche Isolierung des ärztlichen Standes</i>⁸²⁵ 	<ul style="list-style-type: none"> <i>mehr Interesse der Ärzte an ihrer sozialpolitischen Zukunft</i>⁸²⁶ <i>die Bereitschaft der Ärzte, sich sozial zu integrieren</i>⁸²⁷

⁸¹⁶ Vgl. ANONYMUS (1) (1919c), S. 105f.

⁸¹⁷ Vgl. LUNGWITZ (1919b), S. 8.

⁸¹⁸ Vgl. LUNGWITZ (1919n), S. 142.

⁸¹⁹ Vgl. LUNGWITZ (1919b), S. 1.

⁸²⁰ Ebenda.

⁸²¹ Vgl. LUNGWITZ (1919b), S. 7.

⁸²² Vgl. LUNGWITZ (1919f), S. 46.

⁸²³ Vgl. LUNGWITZ (1919g), S. 46, vgl. LUNGWITZ (1919d), S. 31.

⁸²⁴ Vgl. LUNGWITZ (1919d), S. 31.

⁸²⁵ Vgl. LUNGWITZ (1919e), S. 43.

⁸²⁶ Vgl. LUNGWITZ (1919b), S. 9.

⁸²⁷ Vgl. LUNGWITZ (1919e), S. 43.

Beanstandet wird/werden:	Verlangt wird:
<ul style="list-style-type: none"> • die unberechtigte und „äußerst provozierende Ueberheblichkeit“ als Hauptfehler des Ärztestandes⁸²⁸ • <i>das Desinteresse an standespolitischen Angelegenheiten und die Kritiklosigkeit vieler Ärzte</i>⁸²⁹ • <i>die von den Führern durch Beharren auf der Sonderstellung der Ärzte geschaffene Kluft zwischen Ärzten und Volk</i>⁸³⁰ • Vorgehensweisen, die das Solidaritätsgefühl der Ärzte untergraben⁸³¹ • die Heterogenität im ärztlichen Stand, die ein Streben nach gemeinsamen Zielen behindere⁸³² • ärztlicherseits wirtschaftliche Ziele zu verfolgen, ohne diese zu kennen oder politisch begabt zu sein⁸³³ • eine fehlende politische Gemeinschaft im ärztlichen Stand zum aktiven Eingreifen in den Staatsbetrieb⁸³⁴ • Ärztestreiks⁸³⁵ • die negative Haltung „Streikbrechern“ gegenüber⁸³⁶ • <i>die schlechten wirtschaftlichen Verhältnisse der Ärzte, die Ursache vieler erfolgloser Organisationen seien</i>⁸³⁷ • das Verhindern sozialpolitischer Interessenregungen durch die Standesvorstände⁸³⁸ 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>die Ehrengerichtbarkeit in angemessener Weise zu beschränken</i>⁸³⁹ • die Einführung der unbeschränkten freien Arztwahl⁸⁴⁰ • <i>von den Vertretern der Ärzteschaft, die Zusammenarbeit mit dem Volk und das Streben das Bestmögliche für die Ärzte zu erreichen</i>⁸⁴¹ • von den Ärzten, sich an der straffen Organisation der Arbeiter zu orientieren⁸⁴²

⁸²⁸ Vgl. LUNGWITZ (1919e), S. 43.

⁸²⁹ Ebenda.

⁸³⁰ Ebenda.

⁸³¹ Vgl. LUNGWITZ (1919h), S. 50.

⁸³² Vgl. LUNGWITZ (1919i), S. 78.

⁸³³ Vgl. LUNGWITZ (1919i), S. 79.

⁸³⁴ Ebenda.

⁸³⁵ Vgl. LUNGWITZ (1919j), S. 80.

⁸³⁶ Vgl. LUNGWITZ (1919j), S. 81.

⁸³⁷ Ebenda.

⁸³⁸ Vgl. ANONYMUS (1) (1919d), S. 129.

⁸³⁹ Vgl. LUNGWITZ (1919h), S. 51.

⁸⁴⁰ Vgl. LUNGWITZ (1919n), S. 142f.

⁸⁴¹ Vgl. LUNGWITZ (1919h), S. 49.

⁸⁴² Vgl. LUNGWITZ (1919h), S. 50f.

Thema ‚Ärztliche Institutionen und Gesetze‘

Beanstandet wird/werden:	Verlangt wird:
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Standesvertreter, die nicht das Beste zu erreichen suchten</i>⁸⁴³ • <i>die Drohungen des Leipziger Verbandes</i>⁸⁴⁴ • <i>die Listenwahl als Wahlmodus der Ärztekammer</i>⁸⁴⁵ • die angeblich unüberlegte Einführung des allgemeinen Kurierzwanges⁸⁴⁶ • die hilflosen Agitationen der ärztlichen Organisationen in sozialpolitischen Angelegenheiten⁸⁴⁷ • <i>die Unfähigkeit der Ärztevertreter mit der Konsequenz, daß die Ärzte betreffenden Entscheidungen der Regierung über deren Köpfe hinweg gefällt würden</i>⁸⁴⁸ • das Versagen der ärztlichen Organisationen⁸⁴⁹ • die Behauptung, daß die Ärztekammer die Interessen aller Ärzte vertrete, obwohl sie nur von einem Drittel gewählt würde⁸⁵⁰ • <i>die Art der Standesvertreter, ihre Arbeit immer als „Bollwerk gegen die Allgemeinheit“ zu sehen</i>⁸⁵¹ • den Ärzten Rechte zu versagen, die für andere selbstverständlich seien⁸⁵² 	<ul style="list-style-type: none"> • eine zielorientierte Reaktion des L.V. auf sozialpolitische Ereignisse⁸⁵³ • <i>ein Führungswechsel im L.V.</i>⁸⁵⁴ • eine ärztliche Organisation, welche die unterschiedlichen ärztlichen Interessen in Anlehnung an diejenigen des Volkes vertrete, ohne parteipolitisch zu sein⁸⁵⁵ • <i>das direkte Wahlrecht aller Ärzte bei der Ärztekammerwahl</i>⁸⁵⁶ • <i>die Ersetzung des alten Modus der Ärztekammerwahl durch ein völlig neues, alle Ärzte einbeziehendes System</i>⁸⁵⁷ • <i>die Abschaffung der Ehrengerichte</i>⁸⁵⁸ • die Dezentralisation des L.V. zur Stärkung seiner Einheit⁸⁵⁹ • eine demokratische Basis der Organisation der Ärzteschaft⁸⁶⁰ • die Änderung der Verfassung des L.V. zur Abschaffung seiner autokratischen Position⁸⁶¹

⁸⁴³ Vgl. LUNGWITZ (1919b), S. 1.

⁸⁴⁴ Ebenda.

⁸⁴⁵ Vgl. LUNGWITZ (1919b), S. 2.

⁸⁴⁶ Vgl. LUNGWITZ (1919b), S. 7.

⁸⁴⁷ Vgl. LUNGWITZ (1919f), S. 44, vgl. LUNGWITZ (1919i), S. 77.

⁸⁴⁸ Vgl. LUNGWITZ (1919f), S. 45f.

⁸⁴⁹ Vgl. LUNGWITZ (1919g), S. 47.

⁸⁵⁰ Ebenda.

⁸⁵¹ Vgl. LUNGWITZ (1919e), S. 44.

⁸⁵² Vgl. LUNGWITZ (1919i), S. 77.

⁸⁵³ Vgl. LUNGWITZ (1919b), S. 1.

⁸⁵⁴ Vgl. LUNGWITZ (1919b), S. 3.

⁸⁵⁵ Vgl. LUNGWITZ (1919i), S. 79.

⁸⁵⁶ Vgl. ANONYMUS (1) (1919b), S. 99.

⁸⁵⁷ Vgl. LUNGWITZ (1919l), S. 104f.

⁸⁵⁸ Vgl. ANONYMUS (1) (1919b), S. 99.

⁸⁵⁹ Vgl. ANONYMUS (1) (1919d), S. 128.

⁸⁶⁰ Vgl. ANONYMUS (1) (1919d), S. 129.

⁸⁶¹ Ebenda.

Beanstandet wird/werden:	Verlangt wird/werden:
<ul style="list-style-type: none"> • <i>die „Mißwirtschaft“ der Führungsriege, welche die Antipathie des Volkes hervorgerufen habe</i>⁸⁶² • <i>das Vorhandensein von Führungspersonen, die ihre Unfähigkeit schon längst bewiesen hätten</i>⁸⁶³ • <i>die Aufhebung der Zwangsorganisation der Ärzte in Sachsen und die Einführung der freien Ärzteorganisation</i>⁸⁶⁴ • <i>die Ehrengerichte, die bis dato völlig nutzlos gewesen seien und eher „bequeme Handhabe für Denunzianten“</i>⁸⁶⁵ • <i>die „Zwitterstellung“ ärztlicher Organisationen, die weder privat noch staatlich seien</i>⁸⁶⁶ • <i>der fehlende Protest gegen die Listenwahl</i>⁸⁶⁷ • <i>die allzu späte Anerkennung der von Lungwitz lang geforderten Änderung des Wahlmodus bei der Ärztekammerwahl</i>⁸⁶⁸ • <i>die Untätigkeit des Beiträge kassierenden ‚Groß-Berliner Ärztesbundes‘</i>⁸⁶⁹ • <i>die Ablehnung der Auseinandersetzung mit dem Vorschlag der Dezentralisation des Leipziger Verbandes</i>⁸⁷⁰ • <i>die Aufnahme von als ungeeignet bekannten Personen in den neugegründeten ‚Groß-Berliner Ärztesbund‘</i>⁸⁷¹ 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>die zu schaffenden Generalsekretärstellen des L.V. mit von der Praxis befreiten Ärzten zu besetzen</i>⁸⁷² • <i>dem ‚Groß-Berliner Ärztesbund‘ einen Generalsekretär an die Spitze zu stellen</i>⁸⁷³ • <i>vom ‚Groß-Berliner Ärztesbund‘, die brisanten Probleme der Ärzteschaft lösen zu helfen</i>⁸⁷⁴ • <i>vom ‚Groß-Berliner Ärztesbund‘, seinen festgesetzten und sehr zu befürwortenden Zielen nicht untreu zu werden</i>⁸⁷⁵ • <i>junge Mitglieder in die Ärztekammer zu bringen, die mit der Zeit gingen und fortschrittlich dachten</i>⁸⁷⁶

⁸⁶² Vgl. LUNGWITZ (1919i), S. 77.

⁸⁶³ Ebenda.

⁸⁶⁴ Vgl. ANONYMUS (1) (1919a), S. 97.

⁸⁶⁵ Vgl. ANONYMUS (1) (1919a), S. 98, vgl. ANONYMUS (1) (1919b), S. 99.

⁸⁶⁶ Vgl. ANONYMUS (1) (1919b), S. 99.

⁸⁶⁷ Vgl. LUNGWITZ (1919l), S. 104.

⁸⁶⁸ Ebenda.

⁸⁶⁹ Vgl. LUNGWITZ (1919m), S. 136, vgl. LUNGWITZ (1919o), S. 149.

⁸⁷⁰ Vgl. ANONYMUS (1) (1919d), S. 128.

⁸⁷¹ Vgl. LUNGWITZ (1919g), S. 48.

⁸⁷² Vgl. ANONYMUS (1) (1919d), S. 129.

⁸⁷³ Ebenda.

⁸⁷⁴ Vgl. LUNGWITZ (1919p), S. 174.

⁸⁷⁵ Vgl. LUNGWITZ (1919p), S. 175.

⁸⁷⁶ Vgl. LUNGWITZ (1919p), S. 176.

Beanstandet wird/werden:	Verlangt wird/werden:
<ul style="list-style-type: none"> • die Berlin-Brandenburger Ärztekammerwahlen⁸⁷⁷ • <i>der ‚Groß-Berliner Ärztebund‘, der sein erklärtes Ziel – den Wahlmodus der Ärztekammerwahl – nicht umsetzen</i>⁸⁷⁸ • <i>die leitenden Personen des ‚Groß-Berliner Ärztebundes‘, die vorher vom Bund selbst kritisiert worden seien</i>⁸⁷⁹ • <i>der Ärztekammerwahlmodus, der die Listenwahl überhaupt ermöglicht habe</i>⁸⁸⁰ 	<ul style="list-style-type: none"> •

Thema ‚Kassenarztfrage‘

Beanstandet wird/werden:	Verlangt wird/werden:
<ul style="list-style-type: none"> • der komplette Wegfall der Versicherungsberechtigungs-grenze seit 1918⁸⁸¹ • <i>die Mißstände im Kassenarztwesen, wie Massen- und „Ramschbehandlung“</i>⁸⁸² • die Bezahlung der Ärzte durch die Krankenkassen nach einem Prinzip, das diese bei den Arbeitern verpönten⁸⁸³ • die hohen Kassenbeiträge, denen keine entsprechenden Leistungen gegenüberstünden⁸⁸⁴ • <i>das gültige Krankenversicherungssystem</i>⁸⁸⁵ • <i>die „Ramschbehandlung“ der Kassenärzte, die das Diagnostizieren gewisser Krankheiten unmöglich mache</i>⁸⁸⁶ 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>ein entsprechendes Honorar für Ärzte und die bestmögliche Behandlung der Kranken, was nur durch Verstaatlichung der Krankenkassen und Verbeamtung der Ärzte möglich sei</i>⁸⁸⁷ • das gemeinsame Vorgehen aller Ärzte gegen die Krankenkassen⁸⁸⁸

⁸⁷⁷ Vgl. LUNGWITZ (1919p), S. 173.

⁸⁷⁸ Vgl. LUNGWITZ (1919p), S. 174.

⁸⁷⁹ Vgl. LUNGWITZ (1919n), S. 174.

⁸⁸⁰ Vgl. LUNGWITZ (1919p), S. 176.

⁸⁸¹ Vgl. LUNGWITZ (1919b), S. 5.

⁸⁸² Vgl. LUNGWITZ (1919b), S. 12.

⁸⁸³ Vgl. LUNGWITZ (1919h), S. 50.

⁸⁸⁴ Ebenda.

⁸⁸⁵ Vgl. LUNGWITZ (1919k), S. 82.

⁸⁸⁶ Vgl. LUNGWITZ (1919k), S. 83.

⁸⁸⁷ Vgl. LUNGWITZ (1919k), S. 84.

⁸⁸⁸ Vgl. ANONYMUS (1) (1919a), S. 98.

Beanstandet wird/werden:	Verlangt wird/werden:
<ul style="list-style-type: none"> • die Honorarberechnungen der Krankenkassen⁸⁸⁹ • der nötige Krankenkassenwechsel beim Wechsel der Arbeitsstelle von Arbeitern⁸⁹⁰ • die mangelnde Einheitlichkeit der Krankenkassen und ihrer Beiträge bzw. Leistungen⁸⁹¹ • die Schwierigkeiten bei Vertragsschlüssen zwischen Ärzten und Krankenkassen⁸⁹² • der Ausschluß von Ärzten von der Kassenpraxis aufgrund fehlender persönlicher Beziehungen⁸⁹³ 	<ul style="list-style-type: none"> • die Vereinheitlichung der Beiträge und Leistungen der verschiedenen Krankenkassen zur Kosteneinsparung und Vereinfachung des Systems⁸⁹⁴ • <i>eine „Radikalkur“ des Krankenkassenwesens mit Vereinheitlichung der Krankenversicherung und Einführung der unbeschränkten freien Arztwahl</i>⁸⁹⁵

⁸⁸⁹ Vgl. LUNGWITZ (1919k), S. 83.

⁸⁹⁰ Vgl. LUNGWITZ (1919n), S. 139.

⁸⁹¹ Vgl. LUNGWITZ (1919n), S. 140.

⁸⁹² Vgl. LUNGWITZ (1919n), S. 143.

⁸⁹³ Vgl. ANONYMUS (1) (1919e), S. 145f.

⁸⁹⁴ Vgl. LUNGWITZ (1919n), S. 140-143.

⁸⁹⁵ Vgl. ANONYMUS (1) (1919e), S. 145.

„Moderne Medizin“ 11. Jahrgang (1920)

Thema ‚Neuordnung des Gesundheitswesens‘

Beanstandet wird/werden:	Verlangt wird:
<ul style="list-style-type: none"> • die Ablehnung der Einführung des Beamtentums durch viele Ärzte trotz der absehbaren Einbeziehung des gesamten Volkes in die Krankenversicherung⁸⁹⁶ • die Ansicht, durch das Berliner Abkommen von 1919 werde die automatisch vonstatten gehende Neuordnung des Gesundheitswesens aufgehalten⁸⁹⁷ • der Vorschlag, die Krankenversicherung wieder abzuschaffen, anstatt sie auszuweiten⁸⁹⁸ • <i>die Gleichsetzung der Begriffe ‚Verstaatlichung‘ und ‚Sozialisierung‘ des Heilwesens⁸⁹⁹</i> • <i>die Reaktionen auf sozialreformerische Vorschläge, die totgeschwiegen würden⁹⁰⁰</i> • <i>die Verteufelung der Bezeichnung ‚Verstaatlichung‘ durch die Ärzterevertreter⁹⁰¹</i> • die Ablehnung der Verstaatlichung mit dem Hinweis auf die finanzielle Undurchführbarkeit und wegen der Befürchtung, die Ärzte würden dann weniger arbeiten⁹⁰² 	<ul style="list-style-type: none"> • den Ärzten und der pharmazeutischen Industrie nicht mit dem Begriff „Sozialisierung“ Angst zu machen⁹⁰³ • die Einführung von Krankenblättern, welche einzig zur Beurteilung der Handlungsweise des Arztes zu Rate zu ziehen seien⁹⁰⁴ • ein System der Neuordnung, frei von politischer Gesinnung und bei jeder Staatsform durchführbar, wie das in Lungwitz’ Denkschrift vorgeschlagene⁹⁰⁵ • die Verstaatlichung des ärztlichen Berufs, um dem Arzt ein Existenzminimum zu garantieren⁹⁰⁶ • die Verstaatlichung des Heil- und Fürsorgewesens zur Beseitigung der Mißstände im Krankenkassenwesen⁹⁰⁷ • <i>die Verstaatlichung zur Beendigung des ewigen Streites zwischen Ärzten und Krankenkassen in puncto Honorarfragen⁹⁰⁸</i> • <i>die Verstaatlichung, um die Behandlung der Patienten zu verbessern⁹⁰⁹</i> • <i>durch Kompromisse die Verstaatlichung des Heil- und Fürsorgewesens in eine endgültige Form zu bringen⁹¹⁰</i>

⁸⁹⁶ Vgl. LUNGWITZ (1920a), S. 1.

⁸⁹⁷ Vgl. LUNGWITZ (1920a), S. 2.

⁸⁹⁸ Ebenda.

⁸⁹⁹ Ebenda.

⁹⁰⁰ Vgl. LUNGWITZ (1920c), S. 107.

⁹⁰¹ Vgl. ANONYMUS (1) (1920e), S. 128.

⁹⁰² Vgl. ANONYMUS (1) (1920j), S. 196.

⁹⁰³ Vgl. LUNGWITZ (1920a), S. 2.

⁹⁰⁴ Vgl. ANONYMUS (1) (1920e), S. 128.

⁹⁰⁵ Vgl. LUNGWITZ (1920a), S. 3, Verstaatlichungsvorschlag siehe unter LUNGWITZ (1919a).

⁹⁰⁶ Vgl. LUNGWITZ (1920a), S. 2f, vgl. ANONYMUS (1) (1920b), S. 93.

⁹⁰⁷ Vgl. ANONYMUS (1) (1920b), S. 93.

⁹⁰⁸ Vgl. LUNGWITZ (1920c), S. 111.

⁹⁰⁹ Vgl. ANONYMUS (1) (1920b), S. 93.

⁹¹⁰ Vgl. ANONYMUS (1) (1920c), S. 94.

Beanstandet wird/werden:	Vorgeschlagen wird:
<ul style="list-style-type: none"> • die Ärzte, die eine freie Organisation ihres Berufsstandes einer Verstaatlichung vorzögen⁹¹¹ 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>die Verstaatlichung mit Einführung einer Gesundheitssteuer zur Ausschöpfung des reichhaltigen Medikamentenangebots</i>⁹¹² • <i>die Verstaatlichung, um den Massen an zukünftigen Ärzten Herr zu werden</i>⁹¹³ • <i>die Verstaatlichung, um die Honorarkontrolle überflüssig zu machen</i>⁹¹⁴ • <i>die Verstaatlichung, da sie der einzige Weg aus der ärztlichen Notlage sei</i>⁹¹⁵ • <i>eine „kausale Therapie“ des ärztlichen Standes – die Verstaatlichung – anstatt nur an manchen Stellen etwas zu ändern zu versuchen</i>⁹¹⁶

Thema ‚Krankenkassenwesen‘

Beanstandet wird/werden:	Vorgeschlagen wird/werden:
<ul style="list-style-type: none"> • die Einschränkungen bei der Verordnung vieler wertvoller Arzneimittel aufgrund des beschränkten Kassenbudgets⁹¹⁷ • die unumgänglichen drastischen Sparmaßnahmen vieler Krankenkassen zum Nachteil der Patienten⁹¹⁸ • die bei einer Ausweitung der Krankenversicherung zu erwartende weitere Senkung der Anzahl der zur Kassenspraxis zugelassenen Arzneimittel⁹¹⁹ 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>die „Vereinheitlichung der Krankenkassen“ zu einer Organisation unter der Obhut des Staates</i>⁹²⁰ • die vorübergehende staatliche Unterstützung der Krankenkassen, um ihnen aus ihrer Misere zu helfen, so daß sie den Kranken die nötige Behandlung und den Ärzten ein entsprechendes Honorar zukommen lassen könnten⁹²¹ • festgelegte Preisforderungen von seiten der Ärzteschaft in den Verhandlungen mit den Krankenkassen anstelle eines unwürdigen „Kuhhandels“⁹²²

⁹¹¹ Vgl. ANONYMUS (1) (1920j), S. VII.

⁹¹² Vgl. LUNGWITZ (1920a), S. 4f.

⁹¹³ Vgl. LUNGWITZ (1920c), S. 111.

⁹¹⁴ Vgl. ANONYMUS (1) (1920g), S. 160.

⁹¹⁵ Vgl. LUNGWITZ (1920e), S. 187.

⁹¹⁶ Vgl. ANONYMUS (1) (1920j), S. VII.

⁹¹⁷ Vgl. LUNGWITZ (1920a), S. 4.

⁹¹⁸ Ebenda.

⁹¹⁹ Ebenda.

⁹²⁰ Vgl. ANONYMUS (1) (1920c), S. 94.

⁹²¹ Ebenda.

⁹²² Vgl. LUNGWITZ (1920c), S. 110.

Beanstandet wird/werden:	Verlangt wird:
<ul style="list-style-type: none"> • die untragbaren Verhältnisse im Krankenkassenwesen, die den Charakter der Einrichtung ins Gegenteil verkehrten⁹²³ • <i>der Irrglaube vieler Ärzte, sie seien unabhängig, obwohl sie schon längst „Angestellte“ der Kassen seien</i>⁹²⁴ • die Debatten der Ärzte mit den Krankenkassen, bei denen lediglich wirtschaftliche Fragen diskutiert würden⁹²⁵ • die weder von Ärzten noch Kassen realisierte Notwendigkeit, eine Gemeinschaft zur Ausführung einer „angewandten sozialen Medizin“ zu bilden⁹²⁶ • der praktizierte „Kuhhandel“ der Ärzte mit den Krankenkassen, an welche unannehbare Forderungen gestellt würden⁹²⁷ • die von den Kassen vorgeschlagene Einschränkung der ärztlichen Leistungen auf eine bestimmte Zahl im Jahr⁹²⁸ • die sich verschärfende Beaufsichtigung der Ärzte durch die Krankenkassen⁹²⁹ • <i>die dem Zweck der Kassen entgegengerichtete häufige Unzulänglichkeit der Kassenbehandlung</i>⁹³⁰ • <i>die Vorgabe der für nötig gehaltenen Anzahl der ärztlichen Leistungen zur Honorarkontrolle</i>⁹³¹ • die wiederholt erfolglosen Einigungsverhandlungen mit den Krankenkassen, die nie soziale Verbesserungsvorschläge behandelten⁹³² 	<ul style="list-style-type: none"> • die Festlegung der Honorierung der Leistungen der Kassenärzte durch eine Gebührenordnung oder Verteilung aus einer Einnahmenpauschale der kassenärztlichen Vereinigungen⁹³³ • <i>die Einführung von Krankenblättern zur Kontrolle des Arztes und zu seiner Rechtfertigungsmöglichkeit</i>⁹³⁴ • die Reduzierung der unnötigen Schreibarbeit der Kassenärzte zugunsten sinnvoller Führung von Krankenblättern⁹³⁵

⁹²³ Vgl. ANONYMUS (1) (1920c), S. 94.

⁹²⁴ Vgl. ANONYMUS (1) (1920d), S. 95.

⁹²⁵ Vgl. LUNGWITZ (1920c), S. 109.

⁹²⁶ Ebenda.

⁹²⁷ Vgl. LUNGWITZ (1920c), S. 110.

⁹²⁸ Vgl. LUNGWITZ (1920c), S. 111.

⁹²⁹ Vgl. ANONYMUS (1) (1920e), S. 127f.

⁹³⁰ Vgl. ANONYMUS (1) (1920g), S. 156.

⁹³¹ Vgl. ANONYMUS (1) (1920g), S. 157.

⁹³² Vgl. LUNGWITZ (1920e), S. 185, vgl. LUNGWITZ (1920f), S. 200.

⁹³³ Vgl. ANONYMUS (1) (1920g), S. 155.

⁹³⁴ Vgl. ANONYMUS (1) (1920g), S. 159.

⁹³⁵ Ebenda.

Thema ‚Arzneimittelindustrie‘

Gewarnt wird:	Verlangt wird:
<ul style="list-style-type: none"> • vor den Nachteilen für die Arzneimittelindustrie durch Einstufung aller in die gleiche Lohnklasse, egal wie hoch das Gehalt sei⁹³⁶ • vor der Sozialisierung der chemisch-pharmazeutischen Industrie wegen der Gefahr eines schadenbringenden Sinkens der Produktion⁹³⁷ • vor einem der Arzneimittelindustrie schadenden Verschwinden einer immer größeren Anzahl von Medikamenten aus den Apotheken mit der Abnahme der Privatpraxis⁹³⁸ 	<ul style="list-style-type: none"> • trotz einer Umgestaltung der Arzneimittelindustrie die Arzneimittelforderungen der Praxis und Wissenschaft weiter zu erfüllen⁹³⁹ • ein „Institut zur Kontrolle des Arzneimittelwesens“ in Form einer staatlich wissenschaftlichen Einrichtung⁹⁴⁰ • den Interessen der chemischpharmazeutischen Industrie bei der Einführung eines neuen Systems gerecht zu werden⁹⁴¹

Thema ‚Ärztliche Institutionen und Gesetze‘

Beanstandet wird:	Verlangt wird:
<ul style="list-style-type: none"> • <i>die unfähige und reformbedürftige Führung des L.V., die Niederlagen noch als Sieg zu verkaufen versuchte</i>⁹⁴² • <i>die Lethargie der Ärzte, die sie alles glauben lasse, was der L.V. in den ‚Aerztlichen Mitteilungen‘ schreibe</i>⁹⁴³ • der Versuch der ‚Aerztlichen Mitteilungen‘, den Ärzten einzutrichern, daß der Gelderwerb nebensächlich sei⁹⁴⁴ • das „Narrenspiel“, das der L.V. mit den Ärzten in bezug auf das Berliner Abkommen treibe⁹⁴⁵ 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>die Dezentralisierung des L.V., so daß der Vorstand nur die grobe Richtung vorgebe und die örtlichen Stellen diese den Bedürfnissen entsprechend ausführten</i>⁹⁴⁶ • mehr Selbständigkeit der Unterverbände des L.V. zur Stärkung der Zusammengehörigkeit⁹⁴⁷ • die Neuorganisation des Ärztevereinsbundes, der an seiner unrealistischen Standesehre „zugrunde gegangen“ sei⁹⁴⁸

⁹³⁶ Vgl. LUNGWITZ (1920a), S. 5.

⁹³⁷ Vgl. LUNGWITZ (1920a), S. 3.

⁹³⁸ Vgl. LUNGWITZ (1920a), S. 5.

⁹³⁹ Vgl. LUNGWITZ (1920a), S. 4.

⁹⁴⁰ Vgl. LUNGWITZ (1920a), S. 5.

⁹⁴¹ Vgl. LUNGWITZ (1920a), S. 6.

⁹⁴² Vgl. ANONYMUS (1) (1920a), S. 47.

⁹⁴³ Vgl. ANONYMUS (1) (1920a), S. 47f.

⁹⁴⁴ Vgl. ANONYMUS (1) (1920a), S. 48.

⁹⁴⁵ Vgl. ANONYMUS (1) (1920a), S. 48f.

⁹⁴⁶ Vgl. ANONYMUS (1) (1920f), S. 144, vgl. ANONYMUS (1) (1920h), S. 166f.

⁹⁴⁷ Vgl. ANONYMUS (1) (1920h), S. 167.

⁹⁴⁸ Vgl. LUNGWITZ (1920d), S. 169.

Beanstandet wird/werden:	Verlangt wird:
<ul style="list-style-type: none"> • die Deklaration des Berliner Abkommens als Sieg, um über ein weiteres Jahr mit geringem Gehalt hinwegzutäuschen⁹⁴⁹ • die überzogenen Honorarforderungen der L.V.-Vertreter von den Krankenkassen⁹⁵⁰ • das Entsenden von ungeeigneten Vertretern des L.V. zu den Krankenkassenverhandlungen⁹⁵¹ • der ungünstige Ausgang der erneuten Verhandlungen über das Berliner Abkommen mit der durch unfähige Unterhändler entstandenen mißverständlichen Form⁹⁵² • die Verständigungsverhandlungen, welche die Vereinbarungen des Berliner Abkommens ins Gegenteil verkehrten⁹⁵³ • <i>mittlerweile von vielen Seiten der Vorstand des L.V. und seine Tätigkeit</i>⁹⁵⁴ • die fehlende Anpassung des L.V. an die Verhältnisse der Zeit und die damit verbundene notwendige Umorganisation⁹⁵⁵ • <i>der Ärztevereinsbund und der L.V., die der Ärzteschaft durch Verursachung zunehmender Mißstimmung zwischen Volk und Ärzten geschadet und Unfähigkeit in der Standespolitik bewiesen hätten</i>⁹⁵⁶ • die Engstirnigkeit der Ärztevertreter, die sich nur mit den gerade bevorstehenden Ereignissen befaßten⁹⁵⁷ 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>eine Neuordnung des L.V. von einer autokratischen zu einer modernen demokratischen Organisation mit kompetenten Vertretern</i>⁹⁵⁸ • <i>die Dezentralisierung des L.V. und die Schaffung einer Instanz, welche die Ärzte auf die prophezeite Verstaatlichung vorbereite</i>⁹⁵⁹ • <i>mehr Initiative von seiten der Ärzte zur Neuorganisation der Ärztevertretungen</i>⁹⁶⁰

⁹⁴⁹ Vgl. ANONYMUS (1) (1920b), S. 91.

⁹⁵⁰ Vgl. LUNGWITZ (1920c), S. 110.

⁹⁵¹ Ebenda.

⁹⁵² Vgl. ANONYMUS (1) (1920f), S. 139f.

⁹⁵³ Vgl. ANONYMUS (1) (1920f), S. 142.

⁹⁵⁴ Vgl. ANONYMUS (1) (1920f), S. 141-144, vgl. ANONYMUS (1) (1920f), S. 139.

⁹⁵⁵ Vgl. ANONYMUS (1) (1920h), S. 167.

⁹⁵⁶ Vgl. LUNGWITZ (1920d), S. 169.

⁹⁵⁷ Vgl. LUNGWITZ (1920c), S. 107.

⁹⁵⁸ Vgl. LUNGWITZ (1920d), S. 169f.

⁹⁵⁹ Ebenda.

⁹⁶⁰ Vgl. LUNGWITZ (1920f), S. 202.

Kritisiert wird/werden:	Verlangt wird/werden:
<ul style="list-style-type: none"> • unfähige Führungspersönlichkeiten, die nicht einmal durch ihre Mißerfolge zum Rücktritt aus ihren Positionen bewegt worden seien⁹⁶¹ • die Unfähigkeit des L.V., die gesamte Ärzteschaft hinter sich zu versammeln und deren Interessen zu vereinigen⁹⁶² • die verzögerte Neuorganisation des L.V.⁹⁶³ • die Unzulänglichkeit der Ärztevertreter in Fragen der ärztlichen Standes- und Sozialpolitik⁹⁶⁴ • fehlendes Engagement des L.V. bei der Umgestaltung des Heil- und Fürsorgewesens⁹⁶⁵ 	

Thema ‚Sozialärztliche Frage‘

Beanstandet wird:	Verlangt wird:
<ul style="list-style-type: none"> • das Desinteresse vieler Ärzte bezüglich sozialpolitischer Angelegenheiten⁹⁶⁶ • die Übernahme von Lungwitz' Ideen durch andere, ohne auf diesen zu verweisen⁹⁶⁷ • die Abhängigkeit des Arztes von den standeseigenen Organisationen und den Krankenkassen⁹⁶⁸ • das völlige Unvorbereitetsein der Ärzteschaft auf jede neue Erhöhung der Versicherungsgrenze⁹⁶⁹ • das Ignorieren der Lungwitzschen Argumente in seinen beiden sozialärztlichen Romanen⁹⁷⁰ 	<ul style="list-style-type: none"> • die unvermeidbare Einführung der Honorarkontrolle zum Vorgehen gegen die „Kassenlöwen“⁹⁷¹

⁹⁶¹ Vgl. LUNGWITZ (1920d), S. 170.

⁹⁶² Vgl. LUNGWITZ (1920d), S. 170f.

⁹⁶³ Vgl. LUNGWITZ (1920e), S. 186.

⁹⁶⁴ Vgl. LUNGWITZ (1920f), S. 197.

⁹⁶⁵ Ebenda.

⁹⁶⁶ Vgl. ANONYMUS (1) (1920d), S. 96.

⁹⁶⁷ Vgl. LUNGWITZ (1920c), S. 107.

⁹⁶⁸ Vgl. ANONYMUS (1) (1920e), S. 127.

⁹⁶⁹ Vgl. ANONYMUS (1) (1920b), S. 92.

⁹⁷⁰ Vgl. LUNGWITZ (1920e), S. 183.

⁹⁷¹ Vgl. ANONYMUS (1) (1920g), S. 155.

Beanstandet wird:	Verlangt wird/werden:
<ul style="list-style-type: none"> • <i>die Honorierung der ärztlichen Leistungen, die in keinem Verhältnis stünde zu den Erhöhungen der „Preise der Lebensbedürfnisse“ nach dem Krieg</i>⁹⁷² • <i>das fehlende sich Auflehnen der Ärzte gegen ihre Vertreter</i>⁹⁷³ • <i>die unzulängliche Ausbildung des ärztlichen Nachwuchses</i>⁹⁷⁴ • <i>das noch immer fehlende Interesse der Ärzte an ihrer Standespolitik</i>⁹⁷⁵ • <i>das Fehlen einer fähigen Führungsperson auf seiten der Ärzte</i>⁹⁷⁶ • <i>das Ignorieren aller Personen, die es wagten, sozialreformerisch tätig zu sein</i>⁹⁷⁷ • <i>der Niedergang des Ärztstandes trotz der seit einem Jahrzehnt veröffentlichten Problemlösevorschlüge in der Zeitschrift ‚Moderne Medizin‘</i>⁹⁷⁸ • <i>das sozialpolitische Desinteresse vieler Ärzte</i>⁹⁷⁹ • <i>die Meinung, daß ein Arzt lieber Kasernenbeamter als Staatsbeamter sei</i>⁹⁸⁰ 	

⁹⁷² Vgl. ANONYMUS (1) (1920i), S. 174.

⁹⁷³ Vgl. LUNGWITZ (1920e), S. 183.

⁹⁷⁴ Vgl. ANONYMUS (1) (1920e), S. 183.

⁹⁷⁵ Vgl. LUNGWITZ (1920e), S. 185.

⁹⁷⁶ Vgl. LUNGWITZ (1920e), S. 186.

⁹⁷⁷ Vgl. LUNGWITZ (1920e), S. 186, vgl. LUNGWITZ (1920f), S. 197.

⁹⁷⁸ Vgl. LUNGWITZ (1920f), S. 197.

⁹⁷⁹ Ebenda.

⁹⁸⁰ Vgl. ANONYMUS (1) (1920d), S. 96.

Gewarnt wird:	Verlangt wird:
<ul style="list-style-type: none"> • vor dem Glauben, daß die Versicherungsgrenze trotz Erhöhung des Geldwertes und Senkung der Löhne wieder herabgesetzt würde⁹⁸¹ • davor, daß die Entwürfe zur Neuorganisation des L.V. ohne Personenwechsel nicht erfolgreich verwirklicht werden könnten⁹⁸² • vor dem endgültigen Untergang des ärztlichen Standes⁹⁸³ 	<ul style="list-style-type: none"> • ein kompetenter ärztlicher ‚Führer‘, der die „ärztlichen Angelegenheiten in die allgemeine Sozialpolitik und Volkswohlfahrt“⁹⁸⁴ einordne⁹⁸⁵

⁹⁸¹ Vgl. ANONYMUS (1) (1920b), S. 93.

⁹⁸² Vgl. LUNGWITZ (1920d), S. 171.

⁹⁸³ Vgl. LUNGWITZ (1920f), S. 202.

⁹⁸⁴ LUNGWITZ (1920f), S. 202 (Zitat).

⁹⁸⁵ Vgl. LUNGWITZ (1920f), S. 202.

4.2.3.7 Lungwitz' häufigste Argumente aus den Zeitschriften von 1909 bis 1920

Argumente Beanstandet wird/werden:	Herausgeber (Jahr), Seite
<ul style="list-style-type: none"> die Unzulänglichkeit der Standesführer und deren schädliche Bestrebungen 	L (1912i), S. 97; A (1911a), S. 31f.; A (1911e), S. 177; A (1911l), S. 264f.; L (1912j), S. 163; L (1913d), S. 1f.; L (1917e), S. 96; L (1918), S. 77f.; L (1919b), S. 10; L (1919b), S. 1; L (1919e), S. 44.; L (1919f), S. 45f.; L (1919i), S. 77; A (1920a), S. 47; A (1920f), S. 141-144; L (1920d), S. 169f.; L (1920f), S. 197;
<ul style="list-style-type: none"> das Desinteresse vieler Ärzte gegenüber der Sozialpolitik ihres Standes 	L (1910d), S. 266; A (1911d), S. 131; A (1911l), S. 264; L (1912h), S. 52f.; L (1913d), S. 1f.; L (1917e), S. 99; L (1919b), S. 1; L (1919e), S. 43; L (1919l), S. 104; L (1919n), S. 137; A (1920a), S. 47f.; A (1920b), S. 92; A (1920d), S. 96; L (1920e), S. 185; L (1920f), S. 197;
<ul style="list-style-type: none"> der Leipziger Verband mit seiner schädlichen Art der Interessenvertretung 	L (1913d), S. 2f.; L (1913e), S. 24; L (1913h), S. 156-158; L (1913i), S. 243f.; L (1914), S. 1-5; L (1918), S. 78; L (1919b), S. 1; L (1920c), S. 110; A (1920f), S. 141-144;
<ul style="list-style-type: none"> übertriebene Ehrbegriffe – das Setzen des Ehrenkodex über wirtschaftliche Interessen – und der „Standesdünkel“ 	A (1911l), S. 265f.; L (1910d), S. 266; A (1911d), S. 129; L (1912h), S. 53; A (1912a), S. 77; L (1917d), S. 83; L (1919b), S. 1;
<ul style="list-style-type: none"> die Mißstände im Kassenarztsystem („Ramschbehandlung“) 	L (1919b), S. 12; L (1919k), S. 83; A (1920g), S. 156; L (1917d), S. 80; L (1918), S. 80; L (1919b), S. 12;
<ul style="list-style-type: none"> das Unterlaufen aller sozialpolitischen Interessen 	L (1912l), S. 239; A (1919d), S. 129; L (1920c), S. 107; L (1920e), S. 186; L (1920f), S. 197;
<ul style="list-style-type: none"> die unangemessene Honorierung der Ärzte 	L (1912g), S. 27; L (1912b), S. 5; L (1912l), S. 239; A (1919c), S. 105; A (1920i), S. 174;
<ul style="list-style-type: none"> die Ehrengerichte und ihre Gerichtsbarkeit, die mit ihrem staatlichen Charakter Einfluß auf Erwerbsfragen nehmen, anstatt sich nur um Ehrengangelegenheiten zu kümmern. 	A (1911c), S. 53; A (1911l), S. 265; L (1912h), S. 51f.; L (1919h), S. 51; A (1919a), S. 98;

Argumente Beanstandet wird/werden:	Herausgeber (Jahr), Seite
<ul style="list-style-type: none"> das Ignorieren der Lungwitzschen Argumente, bzw. die Vorgabe von neuen Einfällen, bei denen es sich wortgetreu um von Lungwitz seit Jahren propagierten Ideen handle. 	L (1918), S. 78; L (1919b), S. 1; L (1919b), S. 6; L (1920e), S. 183; L (1919d), S. 32; L (1919g), S. 46; L (1920c), S. 107;
<ul style="list-style-type: none"> die Unzulänglichkeit der Gesetze betreffend den Wahlmodus bei Ärztekammerwahlen 	A (1911a), S. 29; A (1911f), S. 197f.; L (1919b), S. 2; L (1919p), S. 176;
<ul style="list-style-type: none"> die Ansicht, die soziale Gesetzgebung sei die Ursache der sozialen Not der Ärzte 	L (1913d), S. 1; L (1913e), S. 25; L (1913i), S. 243;
<ul style="list-style-type: none"> die Verkennung der nahenden Verstaatlichung 	L (1917e), S. 96; L (1918), S. 77; L (1919n), S. 137;
<ul style="list-style-type: none"> die Untätigkeit des ‚Groß-Berliner Ärztebundes‘ 	L (1919m), S. 136; L (1919o), S. 149; L (1919p), S. 174;
<ul style="list-style-type: none"> die jedes finanzielle Fortkommen verhindernden Standesgesetze 	L (1912l), S. 239; L (1910d), S. 266; L (1910d), S. 268f;
<ul style="list-style-type: none"> fehlende Opposition und Fortschrittsgedanken in der Ärztekammer aufgrund des mangelnden Personenwechsel 	A (1911a), S. 31f.; A (1911f), S. 198; L (1913f), S. 68;
<ul style="list-style-type: none"> die durch den ärztlichen Standesdünkel geschaffene Kluft gegenüber dem Volk 	A (1911c), S. 51; A (1911d), S. 132; L (1919e), S. 43;
<ul style="list-style-type: none"> die nach „freiem Ermessen“ durch die Ehrenrichter gefällten Urteile 	A (1911c), S. 57; L (1910d), S. 270;
<ul style="list-style-type: none"> die „falsche Tonart“ des Leipziger Verbandes 	L (1912k), S. 226f.; L (1913i), S. 245;
<ul style="list-style-type: none"> die Säuglingskrankenhäuser 	L (1913b), S. 14; A (1918b), S. 11;
<ul style="list-style-type: none"> der Widerspruch, daß der Staat den Arzt nur mit der Approbation anerkenne, ihm aber die Anstellung verweigere. 	L (1918), S. 78; L (1919b), S. 11;
<ul style="list-style-type: none"> die Schattenseiten einer Verstaatlichung 	L (1919b), S. 12; L (1919c), S. 14;

Argumente Beanstandet wird/werden:	Herausgeber (Jahr), Seite
<ul style="list-style-type: none"> • die fälschliche Verwendung von Begriffen wie Verstaatlichung und Sozialisierung im gleichen Kontext 	L (1919k), S. 84; L (1920a), S. 2;
<ul style="list-style-type: none"> • die Leitung des ‚Groß-Berliner Ärztebundes‘ durch Personen, die vom Bund selbst kritisiert worden seien. 	L (1919g), S. 48; L (1919n), S. 174;
<ul style="list-style-type: none"> • die von den Kassen vorgeschlagene Einschränkung der ärztlichen Leistungen auf eine bestimmte Zahl im Jahr 	L (1920c), S. 111; A (1920g), S. 157;
<ul style="list-style-type: none"> • die mangelhafte Kollegialität unter den Ärzten 	A (1911l), S. 264; L (1913f), S. 67;
<ul style="list-style-type: none"> • das geringe Interesse bzw. die regelrechte Abneigung gegenüber den Ärzten und ihren Angelegenheiten durch das Volk und den Staat 	A (1911h), S. 201; A (1911l), S. 264;
<ul style="list-style-type: none"> • die Ungerechtigkeit der Listenwahl, die den Großteil der Ärzte nicht aktiv an der Wahl teilhaben lasse 	A (1911a), S. 29; A (1911f), S. 198;
<ul style="list-style-type: none"> • der Vorschlag, die Kurpfuscherei zu verbieten, weil sie hierdurch letztlich nur geschürt würde. 	A (1911b), S. 35; L (1909a), S. 91;

Argumente Gewarnt wird/werden:	Herausgeber (Jahr), Seite
<ul style="list-style-type: none"> • vor dem Schaden, sowie dem Verlust der ärztlichen Freiheit durch die Verbeamtung der Ärzte 	L (1917d), S. 85f.; A (1911d), S. 134; L (1912f), S. 10; A (1911c), S. 56;
<ul style="list-style-type: none"> • der L.V. vor der Verkennung der wahren Stimmung seiner Mitglieder 	L (1913d), S. 4; L (1913e), S. 23;

Argumente Gefordert wird/werden:	Herausgeber (Jahr), Seite
<ul style="list-style-type: none"> die Verstaatlichung des Gesundheitswesens mit einer Verbeamtung der Ärzte 	L (1912l), S. 240; L (1913i), S. 244-246; L (1917b), S. 31; L (1917e), S. 100; A (1918a), S. 1; L (1919h), S. 51; L (1919i), S. 79; L (1919j), S. 81; A (1919a), S. 97f.; A (1919b), S. 99; L (1919n), S. 137f.; L (1919k), S. 84; L (1920a), S. 2f.; L (1920a), S. 4f.; L (1920b), S. 93; L (1920c), S. 111; A (1920b), S. 93; A (1920g), S. 160; L (1920e), S. 187; A (1920j), S. VII;
<ul style="list-style-type: none"> die Verbesserung der wirtschaftlichen Existenzmöglichkeiten für die Ärzte 	L (1912l), S. 239; A (1911h), S. 203; L (1912g), S. 28; L (1912i), S. 98; L (1912h), S. 53; A (1912a), S. 76f.; L (1913e), S. 26;
<ul style="list-style-type: none"> eine zeitgemäße Reform des ärztlichen Standessystems und dessen Vertretung 	A (1911e), S. 177f.; A (1911d), S. 134; A (1911g), S. 199; A (1912a), S. 75; L (1919p), S. 176; L (1919b), S. 3; L 1920d), S. 169; L (1920d), S. 170; L (1920f), S. 202;
<ul style="list-style-type: none"> eine angemessene Honorierung der Ärzte 	L (1912c), S. 4; L (1912b), S. 5, L (1912g), S. 25f.; L (1919k), S. 84; L (1919n), S. 142;
<ul style="list-style-type: none"> den Ärzten den Eintritt in den Staatsdienst bei einer Verstaatlichung des Gesundheitswesens freizustellen 	L (1912l), S. 241; L (1912f), S. 9f.; L (1919b), S. 11; L (1919c), S. 13; L (1919d), S. 33;
<ul style="list-style-type: none"> Diplomatisches Vorgehen bei Interessenskonflikten mit den gegnerischen Parteien 	A (1912c), S. 250; A (1911d), S. 133; L (1913d), S. 3; L (1913h), S. 156; L (1917b), S. 46;
<ul style="list-style-type: none"> Protest gegen die Listenwahl und deren Beseitigung durch eine Änderung des Wahlgesetzes 	A (1911a), S. 31f.; A (1911f), S. 198; A (1911a), S. 32; A (1919b), S. 99; L (1919l), S. 104f.;
<ul style="list-style-type: none"> eine Reform der Ehrengerichte oder deren Abschaffung 	A (1911c), S. 53; A (1911e), S. 175; A (1911l), S. 265; A (1919b), S. 99; L (1919h), S. 51;
<ul style="list-style-type: none"> die Bereitschaft auf seiten der Ärzte, den Willen des Volkes zu respektieren 	A (1911d), S. 134; L (1913g), S. 113; L (1914), S. 2; L (1919e), S. 43;

Argumente Vorgeschlagen wird:	Herausgeber (Jahr), Seite
<ul style="list-style-type: none"> • die Dezentralisierung bzw. Neuordnung des Leipziger Verbandes 	A (1919d), S. 128; A (1920f), S. 144; A (1920h), S. 166f.; L (1920d), S. 170;
<ul style="list-style-type: none"> • von den Ärzten, mehr Hygiene und Krankheitsprophylaxe zu betreiben 	L (1912c), S. 4; L (1912d), S. 5; L (1912f), S. 9;
<ul style="list-style-type: none"> • mehr sozialpolitisches Interesse von seiten der gesamten Ärzteschaft 	L (1910c), S. 190; L (1912k), S. 227; L (1919b), S. 9;
<ul style="list-style-type: none"> • die Einführung von Mittelstandskrankenkassen 	L (1912c), S. 4; L (1912j), S. 163; L (1913f), S. 75;
<ul style="list-style-type: none"> • die Vereinheitlichung der Krankenversicherungen bzw. des Krankenkassenwesens 	L (1919n), S. 143; A (1919e), S. 145; A (1920c), S. 94;
<ul style="list-style-type: none"> • die Einführung von Krankenblättern 	A (1920e), S. 128; A (1920g), S. 159;
<ul style="list-style-type: none"> • ein Vorgehen gegen die Kurpfuscherei durch Aufklärung des Volkes 	L (1909a), S. 89; A (1911i), S. 220;
<ul style="list-style-type: none"> • die Einführung einer Gesundheitssteuer 	L (1912l), S. 240; L (1912f), S. 9f.;
<ul style="list-style-type: none"> • die Zulassung jedes Arztes zur Kassenspraxis und Einführung der unbeschränkten freien Arztwahl 	L (1918), S. 78; L (1919n), S. 142f.;
<ul style="list-style-type: none"> • die Verbesserung der mangelhaften hygienischen Ausbildung der Medizinstudenten 	L (1911), S. 6; L (1912c), S. 5;
<ul style="list-style-type: none"> • eine den Erfordernissen der Zeit entsprechende Reform der medizinischen Ausbildung 	A (1911d), S. 134; L (1913d), S. 4;
<ul style="list-style-type: none"> • die Aufklärung des Volkes über die dem Säugling drohenden Gefahren und die notwendige Säuglingshygiene 	L (1913b), S. 13; A (1918b), S. 9;

DIE VERSTAATLICHUNG DES HEIL- UND FÜRSORGEWESENS

EINE DENKSCHRIFT

Unter Mitwirkung von Prof. Dr. A. DÜHRSEN, Berlin, Dr. DREUW, Berlin,
Oberarzt Dr. I. ENGE, Heilanstalt Strecknitz-Lübeck, Dr. W. GRUMACH,
Berlin, Dr. C. KRAEMER, Stuttgart und Dr. R. SPRINGER, Heidelberg

herausgegeben von
Dr. med. et phil. Hans Lungwitz,
Berlin



Adler-Verlag, G. m. b. H.,
Berlin

Abb. 7: Titelblatt der Denkschrift „Die Verstaatlichung des Heil- und Fürsorgewesens“,
Hans-Lungwitz-Archiv Dresden

4.2.4 Denkschrift „Verstaatlichung des Heil- und Fürsorgewesens“

Die Denkschrift ‚Die Verstaatlichung des Heil- und Fürsorgewesens‘ wurde 1919 von Hans Lungwitz in Berlin herausgegeben;⁹⁸⁶ mitgewirkt haben hierbei auch eine Reihe weiterer Ärzte.⁹⁸⁷ Die Denkschrift sollte darauf aufmerksam machen, daß das Heil- und Fürsorgewesen einer Neugestaltung bedürfe. Lungwitz zufolge hatten sich die Bedürfnisse des Volkes gewandelt, so daß eine Anpassung erforderlich war.⁹⁸⁸

Als Schlagworte bemüht Lungwitz in der Einleitung zwei Begriffe: ‚Sozialisierung‘ und ‚Verstaatlichung‘, wobei er mit Nachdruck darauf hinweist, daß beide streng getrennt werden müßten. Viele Autoren begingen den Fehler, beide in gleicher Bedeutung zu verwenden und zu folgern, daß man das Heilwesen nur sozialisieren könne, wenn es sich bei der Staatsform um eine sozialistische handele. Dies sei auch einer der Gründe, weshalb viele Ärzte die Verstaatlichung ablehnten, weil sie dächten, sie sei ein Parteiprogramm.⁹⁸⁹

Im Grunde sei, so Lungwitz, die ärztliche Tätigkeit – mit sozialistischen Augen betrachtet – schon immer „sozialisiert“⁹⁹⁰ gewesen: Der Arzt stelle seine Arbeitskraft der Allgemeinheit zur Verfügung und erhalte dafür ein sehr spärliches Honorar, das für eine angemessene und erträgliche Lebensweise häufig zu gering sei. Eine Sozialisierung etwa in dem Sinne, in welchem Produktionsmittel oder Besitz sozialisiert würden, sei bei der ärztlichen Tätigkeit nicht möglich, da es sich um eine geistige Leistung handle.⁹⁹¹

Eine Verstaatlichung der ärztlichen Tätigkeit wäre Lungwitz‘ zufolge jedoch sehr wohl möglich: Die ärztliche Versorgung des ganzen Volkes wäre dann unentgeltlich, und die Mediziner müßten nicht länger unter unerträglichen finanziellen Bedingungen leben. Dies entspreche den Prinzipien der Gerechtigkeit, die in jedem Staat – ungeachtet der Staatsform – die Grundlage des politischen Handelns darstellen sollten.⁹⁹²

⁹⁸⁶ Dr. med. et phil. Hans Lungwitz (1919) ‚Die Verstaatlichung des Heil- und Fürsorgewesens‘ Eine Denkschrift.

⁹⁸⁷ Die Denkschrift wurde von Lungwitz herausgegeben unter Mitwirkung von: Prof. A. Dührssen, Berlin; Dr. Dreuw, Berlin; Oberarzt Dr. I. Enge, Heilanstalt Strecknitz-Lübeck; Dr. W. Grumach, Berlin; Dr. C. Kraemer, Stuttgart und Dr. R. Springer, Heidelberg.

⁹⁸⁸ Vgl. LUNGWITZ (1919a), S. 8.

⁹⁸⁹ Ebenda.

⁹⁹⁰ LUNGWITZ (1919a), S. 8 (Zitat).

⁹⁹¹ Vgl. LUNGWITZ (1919a), S. 8.

⁹⁹² Ebenda.

Lungwitz betont, daß seine Verstaatlichungsidee nichts mit der Forderung einer Partei zu tun habe, sondern sie solle allgemeingültige Anregungen und Vorschläge geben, die Probleme der Zeit anzugehen.⁹⁹³

4.2.4.1 Verstaatlichung des Heilwesens

Lungwitz' Vorschlag eines Systems der Verstaatlichung

Zur damaligen Situation allgemein

Die Gesundheit des Volkes, so Lungwitz, sei durch den Krieg derartig geschwächt, daß die Verbesserung der Volksgesundheit das erste Ziel der Ärzte sein müsse. Lungwitz zitiert Abderhalden,⁹⁹⁴ der die Situation folgendermaßen beschreibt: Durch die Hungerjahre sei die Jugend körperlich stark lädiert, die Sterblichkeit sehr hoch, die Arbeitskraft auf die Hälfte verringert, und Krankheiten wie Tuberkulose und Geschlechtskrankheiten seien am „Explodieren“.⁹⁹⁵

Lungwitz fordert die Ärzte auf, das Volk aus der tiefen gesundheitlichen Not zu führen, um so dem Namen „Führer der Menschheit“, den ihnen Herbert Spencer verliehen hat, gerecht zu werden. Lungwitz ist allerdings der Ansicht, daß es den Ärzten unter den herrschenden Verhältnissen gar nicht möglich sei, diese Aufgabe in der Praxis zu übernehmen, obwohl sie über das entsprechende Wissen verfügten.⁹⁹⁶

Von daher sei eine Änderung des entsprechenden Systems unumgänglich, um dem Volk sein Vermögen – die Gesundheit – zurückzugeben.

Das Krankenkassenwesen und die Kassenarztfrage

Die Ärzte hatten in der damaligen Zeit zwei Möglichkeiten bei der Ausübung ihrer Tätigkeit; die Kassenpraxis und die Privatpraxis.

In der Kassenpraxis konnten alle durch die soziale Gesetzgebung Versicherten behandelt werden. Die Behandlung fand meist zeitlich getrennt von der Privatpraxis statt. In großen Städten wurde sie häufig nicht in der Wohnung des Arztes abgehalten, sondern in den dortigen Polikliniken, auch „kassenärztliche Ambulatorien“ genannt.⁹⁹⁷

⁹⁹³ Vgl. LUNGWITZ (1919a), S. 9.

⁹⁹⁴ Emil Abderhalden (1877-1950), Physiologe und Herausgeber der Zeitschrift ‚Ethik‘.

⁹⁹⁵ Vgl. LUNGWITZ (1919a), S. 11.

⁹⁹⁶ Vgl. LUNGWITZ (1919a), S. 12f.

⁹⁹⁷ Vgl. LUNGWITZ (1919a), S. 13.

Zu den gesetzlich Versicherten, also den Zwangsversicherten, gehörten früher alle erwerbstätigen Personen mit einem Jahreseinkommen bis zu 2.000 Mark. Die Versicherungsberechtigungs-grenze lag bei 2.000 Mark.⁹⁹⁸

Mit der Reichsversicherungsordnung 1911 wurde die Jahreseinkommensgrenze auf 2.500 Mark und durch einen Erlaß der Volksbeauftragten 1918 schließlich auf 5.000 Mark erhöht. Außerdem kam es auch zu einer Aufhebung der Versicherungsberechtigungs-grenze.⁹⁹⁹ Dies hatte zur Folge, daß jeder, dessen Jahreseinkommen jemals unter 5.000 Mark gelegen hatte, die Berechtigung besaß, versichert zu sein und diesen Anspruch behielt, auch wenn sein Jahresgehalt stieg.¹⁰⁰⁰

Lungwitz argumentiert, daß schon bei der Einführung der Reichsversicherungsordnung 1911 die Tendenz, die auf eine Einbeziehung des ganzen Volkes in die Krankenversicherung abzielte, sichtbar gewesen sei.¹⁰⁰¹

Die Idee der Krankenversicherung sei die Schaffung eines Fonds, in den jeder, auch wenn er gesund ist, einzahle. Für alle Kranken könnten dann in der Zeit teilweiser oder völliger Erwerbslosigkeit die Kosten für Arzt und Apotheker daraus bezahlt werden. Man könne vielen von ihnen so die Sorge ersparen, wie sie die Arztrechnungen bezahlen sollten. Die Allgemeinheit solle laut Lungwitz die materielle Verantwortung für die Kranken übernehmen, denn Krankheit sei kein Luxus, sondern das Resultat sozialer Verhältnisse. Lungwitz weist darauf hin, daß eine solche Idee nicht am Anfang stehen bleiben könne, sondern auf vollständige Verwirklichung dränge, vor allem wenn das Volk von dieser Idee Besitz ergriffen habe. Lungwitz führt als geschichtliches Beispiel England an, wo die Verstaatlichung schon vor einigen Jahren vollzogen worden sei.¹⁰⁰²

Die finanziellen Mittel, die für die Verwirklichung der Idee einer Krankenversicherung nötig seien, erhalte die Krankenversicherung durch die Beiträge der Versicherten. Allerdings dürften diese nicht zu hoch sein, was hieße, daß die Krankenkassen sparsam haushalten müßten. Diese Sparsamkeit habe zu den bestehenden Mißständen, der Unzufriedenheit auf seiten der Versicherten und der Ärzte geführt. Die Versicherten seien mit den Leistungen, die sie für die gezahlten Beiträge erhielten, nicht zufrieden, und die Ärzte beklagten sich über das spärliche Honorar. Um den Krankenkassen mehr Geld

⁹⁹⁸ Vgl. LUNGWITZ (1919a), S. 13.

⁹⁹⁹ Ebenda.

¹⁰⁰⁰ Ebenda.

¹⁰⁰¹ Ebenda.

¹⁰⁰² Ebenda, vgl. hierzu auch Kapitel 5.5 dieser Arbeit.

zufließen zu lassen, so Lungwitz, müßten noch mehr Personen mit höherem Einkommen aufgenommen werden, die dann zu entsprechend höheren Beiträgen verpflichtet wären. Dies könne man durch eine weitere Erhöhung der Versicherungsgrenze und die Ausweitung der Berechtigengrenze erreichen.¹⁰⁰³

Lungwitz plädiert außerdem für die Einführung einer Familienversicherung, die in der sozialen Gesetzgebung unabdingbar sei. Es herrsche noch die Situation, daß nur der erwerbstätige Familienvater versichert sei, seine Familie jedoch nicht. Das bedeute, daß dieser zum Kassenhonorar behandelt werde, für die Behandlung von Frau und Kindern jedoch müßten weit höhere Honorare gezahlt werden, als es die Gebührenordnung verlange. Der Familienvater werde es sich vor diesem Hintergrund zweimal überlegen, bevor er seine Familie zum Arzt schicke. Dies führe zu Nachteilen für die Familienmitglieder, die aus diesem Grund eine weit schlechtere gesundheitliche Versorgung erhielten als das Familienoberhaupt. Auch für die Ärzte resultierten laut Lungwitz Nachteile aus der bestehenden Situation, denn der Arzt könne in bezug auf die Familienmitglieder keine Kassenpraxis betreiben, und die Privatpraxis besuchten sie wegen des hohen Honorars auch nicht. Letztendlich dränge die bestehende Situation geradezu danach, den Kreis der Versicherten weiter zu vergrößern.¹⁰⁰⁴

Lungwitz führt weiter aus, „daß es zweckmäßiger ist, Hygiene statt Therapie zu treiben.“¹⁰⁰⁵ Man solle die Krankheit verhüten und so die Arbeitsfähigkeit erhalten.¹⁰⁰⁶

Des weiteren müsse ein Umdenken in bezug auf Honorarfragen stattfinden. Unter den Ärzten herrsche „die schamhafte Umschreibung ‚Honorar‘ = Ehrengabe für Lohn“.¹⁰⁰⁷ Sie scheuten sich davor, von den Patienten Geld zu fordern, womöglich noch persönlich vor oder kurz nach der Behandlung. Dabei sollten sie Lungwitz' Meinung nach mit Nachdruck für ihre finanziellen Interessen eintreten, denn auch sie müßten ihre Familien ernähren.¹⁰⁰⁸

Die Kassen könnten den Patienten aus Sparsamkeitsgründen nur Mindestleistungen zahlen und versuchten deswegen, für den niedrigsten Preis die bestmögliche Leistung zu bekommen. Diese Einstellung klagt Lungwitz an mit der Begründung, daß sie mit Ver-

¹⁰⁰³ Vgl. LUNGWITZ (1919a), S. 14.

¹⁰⁰⁴ Vgl. LUNGWITZ (1919a), S. 14f.

¹⁰⁰⁵ LUNGWITZ (1919a), S. 14 (Zitat).

¹⁰⁰⁶ Vgl. LUNGWITZ (1919a), S. 14.

¹⁰⁰⁷ Ebenda.

¹⁰⁰⁸ Ebenda.

weis auf die Gesundheit des Menschen – „das höchste irdische Gut“¹⁰⁰⁹ – untragbar sei. Die höchste Sparsamkeit bestehe in dem Versuch, mit den bestmöglichen Mitteln die Gesundheit so schnell wie möglich wiederherzustellen.¹⁰¹⁰ Er sagt: „Für einen guten Heilfaktor ist kein Betrag zu teuer; für einen ungenügenden ist auch der Pfennig zu schade.“¹⁰¹¹

Auch die Fürsorge leide unter der Sparsamkeit der Krankenkassen. Bei der Behandlung der Tuberkulose zum Beispiel würden Lungwitz zufolge unnötig Gelder für Behandlungen ausgegeben, die ihren Zweck nicht erfüllten.¹⁰¹²

Besonders wirke sich die Sparsamkeit auf die Entlohnung der Ärzte aus, die alles andere als angemessen sei. Eine angemessene Bezahlung wäre allerdings absolut erforderlich, so daß der Arzt dem Kranken die nötige Zeit widmen und ihm die „heilsamste“ Behandlung zukommen lassen könne, er außerdem mit seiner eigenen Familie ein erträgliches Leben führen könne und die Möglichkeit habe, für den Fall der Krankheit und für das Alter Geld zurückzulegen.¹⁰¹³

Lungwitz bemängelt weiter die Vorschriften der Krankenkassen in bezug auf die diagnostischen und therapeutischen Sonderleistungen. Die Vorschriften engten die Ärzte derart ein, daß sie nur vorgeschriebene Arzneimittel verordnen dürften und nur eine bestimmte Anzahl diagnostischer und therapeutischer Sonderleistungen berechnen könnten. Führten sie mehr als die angegebene Zahl durch, müßten sie es umsonst machen.¹⁰¹⁴ Lungwitz sagt dazu: „Ob ein einziger Arbeiter im deutschen Reich umsonst den Finger krümmt? (Er wäre schön dumm, wenn er's täte!)“¹⁰¹⁵ Die Sparsamkeit der Krankenkassen dringe soweit in alle Bereiche des Betriebes ein, daß die Einrichtung langsam den Sinn und Zweck verliere.¹⁰¹⁶

Diese und weitere Mißstände beeinträchtigten laut Lungwitz das Honorar der Ärzte so stark, daß es sich letztlich unter den Mindestsätzen der Gebührenordnung, das heißt der Armentaxe, bewege. Dies bedeute, daß die Patienten – auch diejenigen, die mehr ver-

¹⁰⁰⁹ LUNGWITZ (1919a), S. 15 (Zitat).

¹⁰¹⁰ Vgl. LUNGWITZ (1919a), S. 15f.

¹⁰¹¹ LUNGWITZ (1919a), S. 16 (Zitat).

¹⁰¹² Vgl. LUNGWITZ (1919a), S. 16.

¹⁰¹³ Vgl. LUNGWITZ (1919a), S. 16f.

¹⁰¹⁴ Vgl. LUNGWITZ (1919a), S. 17.

¹⁰¹⁵ LUNGWITZ (1919a), S. 17 (Zitat).

¹⁰¹⁶ Vgl. LUNGWITZ (1919a), S. 17.

dienten – für minimale Gebühren behandelt würden. Lungwitz mahnt eine Aufklärung der Patienten an, um so mehr Verständnis zu erhalten.¹⁰¹⁷

Lungwitz belegt die ärztlichen Honorarverhältnisse mit Zahlen und kommt zu dem Ergebnis, daß „der Arzt pro Konsultation oder Hausbesuch mit sämtlichen Sonderleistungen durchschnittlich etwa 50 Pfennige“¹⁰¹⁸ erhalte. Wenn dann, wie Lungwitz annimmt, faktisch das ganze Volk versichert wäre – wegen der Einbeziehung der Kriegsgeschädigten, der Familien und wegen der Erhöhung der Versicherungspflichtgrenze und der Versicherungsberechtigungsgrenze – wäre der Arzt vollständig auf Kassenpraxis angewiesen. Da er jedoch so geringe Honorare bekomme, werde er seinen Lebensunterhalt nur durch Behandlung möglichst vieler Patienten verdienen können. Nicht einmal die Behandlung von 80 Patienten am Tag würde für die Erreichung des Existenzminimums genügen.¹⁰¹⁹ Lungwitz führt fort: „Die tägliche ‚Abfertigung‘ von 80 Patienten ist natürlich bei ernster Berufserfüllung (...) zu viel für einen Arzt, dem seine Kunst heilig ist, der sich seinen Kranken wirklich widmet, der an seiner Weiterbildung arbeitet.“¹⁰²⁰ Jedoch sei diese Art der Behandlung nicht mehr selten; vor allem in den Großstädten existierten sogenannte „Kassenlöwen“,¹⁰²¹ die nahezu 100 Patienten am Tag abfertigten.¹⁰²²

Lungwitz stellt Lebenskosten und Löhne einander gegenüber. Die Kassenarztlöhne seien seit 1914 um 10 bis 33 Prozent gestiegen, während z.B. die Arbeiterlöhne um 200 bis 300 Prozent angewachsen seien; im Gegensatz dazu seien die Kosten für ärztliche Berufsgegenstände um 200 bis 500 Prozent und die Lebenshaltungskosten gar um 300 bis 1.000 Prozent gestiegen.¹⁰²³ Lungwitz schlußfolgert: „Der Arzt, der leben will, muß ‚Ramschbehandlung‘ einführen, wie ich den Massenbetrieb in der kassenärztlichen Sprechstunde nennen möchte.“¹⁰²⁴

Da die Leistung eines Arbeiters nach dem Lohn eingeschätzt werde, also jede Arbeit ihren Lohn wert sei, komme es durch die geringe kassenärztliche Entlohnung noch zu-

¹⁰¹⁷ Vgl. LUNGWITZ (1919a), S. 17f.

¹⁰¹⁸ LUNGWITZ (1919a), S. 18 (Zitat).

¹⁰¹⁹ Vgl. LUNGWITZ (1919a), S. 18f.

¹⁰²⁰ LUNGWITZ (1919a), S. 19 (Zitat).

¹⁰²¹ Begriff, von Lungwitz öfter verwendet, bezieht sich auf solche Ärzte, die eine große Anzahl Patienten in möglichst kurzer Zeit behandelten.

¹⁰²² Vgl. LUNGWITZ (1919a), S. 19.

¹⁰²³ Vgl. LUNGWITZ (1919a), S. 20.

¹⁰²⁴ LUNGWITZ (1919a), S. 20 (Zitat).

sätzlich zu einer Herabsetzung des Wertes der ärztlichen Leistung.¹⁰²⁵ Laut Lungwitz gibt es, wie er es an mehreren Beispielen vorrechnet, nur zwei Möglichkeiten für den Arzt: „entweder Kassenlöwe oder Hungerkünstler!“¹⁰²⁶

Ein weiteres Problem sei darin zu sehen, daß die „Kassenlöwen“ in allen Gremien säßen und dort das Wort führten. Da sie an dem jetzigen Zustand nichts auszusetzen hätten, liege es ihnen auch fern, an diesem etwas zu ändern. Lungwitz warnt davor, den Reden dieser Kassenlöwen Glauben zu schenken. Man solle sich vielmehr all diejenigen als Maßstab nehmen, die die ärztliche Not am eigenen Leib verspürten. Und man möge nicht außer acht lassen, daß es in der Natur des Arztberufes liege zu resignieren; dies sei nicht weiter verwunderlich, da jeder Kritiker von den kassengewaltigen Führern „kaltgestellt“ bzw. totgeschwiegen werde.¹⁰²⁷

Auf dem Ärztetag 1918 in Eisenach wurde die Verstaatlichung abgelehnt, wobei Lungwitz anmerkt, daß kein Befürworter der Verstaatlichung zugegen gewesen sei. Einer der Anwesenden ging sogar soweit, die ursprüngliche Freiheit des Arztberufes zurückzufordern, was Lungwitz zufolge bedeuten würde, den Kassenarzt und damit die Krankenversicherungen wieder abzuschaffen.¹⁰²⁸

Lungwitz ist der Meinung, daß alles versucht werden müsse, um die vielen Kranken zu heilen, vor allem durch bessere Hygiene, aber auch durch Therapie. Man dürfe auf keinen Fall den Fehler begehen, Hygieniker und Therapeuten personell zu trennen. Es sollte nur einen Arzt für beide Aspekte geben, der dann sozusagen „sozialärztlich“ wirke; außerdem sollte er eng mit den örtlichen Gesundheitsämtern, den örtlichen Zentralen der Krankenversicherung und der öffentlichen Gesundheitspflege zusammenarbeiten.¹⁰²⁹

¹⁰²⁵ Vgl. LUNGWITZ (1919a), S. 21.

¹⁰²⁶ LUNGWITZ (1919a), S. 22 (Zitat).

¹⁰²⁷ Vgl. LUNGWITZ (1919a), S. 22f.

¹⁰²⁸ Vgl. LUNGWITZ (1919a), S. 23.

¹⁰²⁹ Ebenda.

Lungwitz zitiert in seiner Denkschrift eine Resolution des 41. Ärztetages,¹⁰³⁰ auf die er wie folgt reagiert: Er kritisiert die vollkommene Trennung zwischen Hygieniker und Therapeuten, und er fragt sich: „ist die ‚Bekämpfung der Volkskrankheiten‘ nicht ebenso sehr Aufgabe des ‚Heilarztes‘ wie des ‚Fürsorgearztes‘?“¹⁰³¹ Außerdem beanstandet er die Tatsache, daß der eine Arzt Beamte sein solle, der andere aber nicht. Auch sei ihm unverständlich, warum sich das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient verschlechtern solle, nur weil der Arzt nicht mehr direkt an der Krankheit als Existenzgrundlage interessiert sein müsse. Nur der Schaffung der freien Ärztewahl stimmt er zu. Im übrigen stellt er fest, daß die Resolution in keinsten Weise die Bedürfnisse des Volkes oder die Anliegen der Ärzte berücksichtigen würde.¹⁰³²

Lungwitz drängt vor allem darauf, daß bei der Entscheidung, ob das bestehende System beibehalten oder geändert werde, unparteiisch geurteilt werden solle. Seine Meinung dazu faßt er wie folgt zusammen: „Die gegenwärtigen Zustände in der Krankenversicherung sind völlig unhaltbar; sie verkehren Sinn und Zweck dieser sozialen Einrichtung ins Gegenteil und bilden eine schwere Gefahr für die öffentliche Wohlfahrt.“¹⁰³³

In bezug auf die Privatpraxis ist Lungwitz der Meinung, daß die betreffende Gebührenordnung einer Reform bedürfe.¹⁰³⁴ Die ohnehin spärliche Privatpraxis werde durch Einführung der Familienversicherung noch mehr schrumpfen oder fast ganz verschwinden. Sie habe laut Lungwitz nur noch deshalb Bedeutung, weil viele Patienten mit den Leistungen der Krankenkassen nicht zufrieden seien und deshalb eine Privatbehandlung aus eigener Tasche zahlten.¹⁰³⁵ Es sei zwar erst zu einer Erhöhung der Minimaltaxen gekommen, die aber im Verhältnis zu Erhöhungen in anderen Berufen für die Zeitverhält-

¹⁰³⁰ Zitat aus LUNGWITZ (1919a), S. 24, Resolution des 41. Ärztetages: „Die Aerzteschaft, als die berufene Hüterin der Volksgesundheit, spricht sich dahin aus, daß die Bekämpfung der Volkskrankheiten und die soziale Hygiene durch beamtete Aerzte, Fürsorgeärzte und die Errichtung eines Landesgesundheitsamtes mit einem Arzt an der Spitze planvoll durchzuführen ist. Dagegen lehnt sie eine Verstaatlichung der Aerzte bezüglich der Behandlung der Kranken im Hinblick auf das unbedingt notwendige persönliche Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Kranken und im Interesse der Kranken selbst, des ärztlichen Berufes und der ärztlichen Wissenschaft grundsätzlich ab. Die restlose Durchführung der organisierten freien Arztwahl im gesamten Kassenärztlichen Dienste sichert am vollkommensten die Erfüllung auch der umfassendsten Aufgaben des Heilwesens. Der Aerztestand ordnet sich am zweckmäßigsten in freier genossenschaftlicher Form dem Organismus des werktätigen Volkes ein“.

¹⁰³¹ LUNGWITZ (1919a), S.24 (Zitat).

¹⁰³² Vgl. LUNGWITZ (1919a), S. 24.

¹⁰³³ LUNGWITZ (1919a), S. 25 (Zitat).

¹⁰³⁴ Vgl. LUNGWITZ (1919a), S. 25.

¹⁰³⁵ Vgl. LUNGWITZ (1919a), S. 15.

nisse absolut unzureichend sei. Lungwitz äußert, daß es den Ärzten selbst überlassen sei, wie sie die bestehende Gebührenordnung angingen.¹⁰³⁶ Er warnt jedoch vor Streikmaßnahmen und schlägt den Ärzten vor, daß sie „in geeigneter Weise bekannt geben, daß sie die Gebührenordnung, die ja in Streitfällen das Regulativ bildet, nicht anerkennen und – unter Ueberwindung gewisser innerer Hemmungen – mit den Patienten das Honorar vereinbaren.“¹⁰³⁷

Reformvorschläge für das Krankenkassenwesen

Lungwitz fordert ein Angehen der Mißstände, um den Kampf zwischen Ärzten und Krankenkassen einem Ende zu zuführen. Für ihn ist der Weg eindeutig: „Die Vereinheitlichung des Krankenkassenwesens zu einer staatlichen Organisation unter Einbeziehung der gesamten Bevölkerung wird die Lösung bringen.“¹⁰³⁸

Er schlägt vor, die vielen Orts-, Betriebs-, Innungs-, Knappschafts- und freien Hilfskassen in eine Staats- und Reichsversicherung zu überführen. Es sollte eine Zentralstelle geben, die in das Reichswohlfahrtsministerium integriert werden könne, sowie untergeordnete Stellen, wie Landes-, Provinzial-, Bezirks- und Ortsgesundheitsämter, die aus schon bestehenden Institutionen zu bilden seien. Diese sollten alle gesundheitlichen, also auch die sanitätspolizeilichen und fürsorgerischen Aufgaben in ihrem Einzugsgebiet übernehmen.¹⁰³⁹

Jeder deutsche Staatsbürger wäre versichert und müßte entsprechend der Höhe seines Gehaltes eine gesetzlich festgelegte „Gesundheitssteuer“¹⁰⁴⁰ als Beitrag zur Versicherung zahlen. Diese flösse in eine Kasse der Zentralverwaltung. Es gebe auch die Möglichkeit, daß der Arbeitgeber einen Teil der Steuer übernehme, was jedoch erst zu regeln wäre.¹⁰⁴¹

Da die Kassen jetzt auch schon halbamtlichen Charakter aufwiesen, wäre es nicht schwierig, ihre Technik staatlich zu organisieren. Lungwitz sieht es als selbstverständlich an, daß die Führung ein Arzt übernehmen müsse, und daß auch sonst in den neuen

¹⁰³⁶ Vgl. LUNGWITZ (1919a), S. 25.

¹⁰³⁷ LUNGWITZ (1919a), S. 25 (Zitat).

¹⁰³⁸ LUNGWITZ (1919a), S. 26 (Zitat).

¹⁰³⁹ Vgl. LUNGWITZ (1919a), S. 26.

¹⁰⁴⁰ Siehe auch LUNGWITZ (1912a), S. 183, Begriff, der bei Lungwitz zum erstenmal in seinem Buch ‚Führer der Menschheit?‘ auftaucht, und dem er hier Form gibt.

¹⁰⁴¹ Vgl. LUNGWITZ (1919a), S. 26.

Institutionen die Ärzte entsprechend vertreten sein sollten.¹⁰⁴² Die Vorteile des Versicherten wären laut Lungwitz darin zu sehen, daß eine kostenfreie ärztliche Versorgung, kostenlose Arznei, sowie die Aufnahme in Krankenhäuser überall möglich würden.¹⁰⁴³

Vor allem die Umgestaltung des Krankenhauswesens solle Schritt für Schritt vonstatten gehen, Lungwitz warnt vor Experimenten. Zunächst sollten je nach Bedarf Krankenanstalten und Erholungsheime einbezogen werden und später neue Einrichtungen entstehen.¹⁰⁴⁴

Die Unterscheidung zwischen reichen und armen Kassen mit verschiedenen Beiträgen und Leistungen gebe es dann nicht mehr. Auch wäre bei einem Arbeitsplatzwechsel kein Wechseln der Kasse mehr nötig, und die Leistungen blieben dieselben.¹⁰⁴⁵

So wie die Gesundheitssteuer entsprechend dem Gehalt gezahlt würde, würde auch die Höhe des Krankengeldes der Höhe des Lohnes angeglichen.¹⁰⁴⁶ Um alle Ansprüche zu decken, müsse die Gesundheitsteuer genügend hoch angesetzt werden; hierfür könne man sich an Statistiken der Krankenkassen und Behörden orientieren.¹⁰⁴⁷

Lungwitz fordert des weiteren für jeden Versicherten das Anlegen einer Akte bei den Gesundheitsämtern, welche Krankenblätter, nicht nur „Gesundheitskarten“, in doppelter Ausführung enthalten sollte. Damit wäre die Krankengeschichte jedes Patienten nachvollziehbar. Außerdem wäre der Arzt zu genauer Diagnose und Therapie veranlaßt, und bei einem Arztwechsel gingen keine Daten verloren. Ein Vorteil für den Arzt wäre die Zeitersparnis, denn er hätte die vorhergehenden Krankheitsgeschichten immer parat. Darüber hinaus wären solche Krankenakten in bezug auf die Rentenansprüche von großer Bedeutung, und auch für wissenschaftliche Bearbeitung und als Grundlage für den Ausbau von Hygiene und Therapie wären sie von großem Nutzen. Zusätzlich sollte der Arzt noch Statistiken über seine Praxis und Berichte über sozialärztliche Beobachtungen in bestimmten Abständen einreichen. Lungwitz führt aus, daß sich die Versicherten bezüglich der Vertraulichkeit keine Sorgen zu machen brauchten, denn die Angestellten des Gesundheitsamtes unterstünden, genau wie der Arzt, einer gesetzlichen Schweige-

¹⁰⁴² Vgl. LUNGWITZ (1919a), S. 26f.

¹⁰⁴³ Vgl. LUNGWITZ (1919a), S. 27.

¹⁰⁴⁴ Vgl. LUNGWITZ (1919a), S. 27.

¹⁰⁴⁵ Ebenda.

¹⁰⁴⁶ Ebenda.

¹⁰⁴⁷ Ebenda.

pfllicht.¹⁰⁴⁸ Im übrigen sollte die Schweigepflicht gegenüber den Gesundheitsämtern zum Wohle des Volkes aufgehoben werden.¹⁰⁴⁹

Lungwitz fordert eine Anzeigepflicht für Geschlechtskrankheiten, die bis dato „geheim“ seien. Die Bekämpfung derselbigen würde hierdurch sehr vereinfacht. Die „seltsame“ Ansicht, daß man sich einer Geschlechtskrankheit schämen müsse, sei zu überwinden.¹⁰⁵⁰ Die Krankenblätter würden auch bei der Sanierung der Prostitution helfen und dieses Problem einer Lösung entgegen bringen. Somit könnte die Bevölkerung gesundheitlich überwacht werden; gleichzeitig könnten durch gezielte Aufklärung die Geschlechtskrankheiten eindämmt und die Lebensgefahr für die Betroffenen gebannt werden.¹⁰⁵¹

Ärzte und Staatsdienst

Da für die propagierte Verstaatlichung zu wenig Ärzte vorhanden seien, solle jeder die Möglichkeit haben, zum Staatsdienst zugelassen zu werden. Die Ärzte wären dann also Staatsbeamte der staatlichen Gesundheitsämter. Außerdem will Lungwitz die unbeschränkte freie Arztwahl einführen, wogegen sich vor allem die Krankenkassen immer wieder ausgesprochen hatten mit der Begründung, daß mit der Zahl der Ärzte auch die Zahl der Krankmeldungen steige und so das finanzielle Budget der Kassen noch mehr belastet werde. Lungwitz weist darauf hin, daß letztendlich wieder einmal die Sparsamkeit der Kassen dem eigentlichen Ziel, der schnellstmöglichen Wiederherstellung der Gesundheit und Erwerbsfähigkeit, entgegenstehe. Seiner Meinung nach sei es „dringend zu wünschen, daß sich das Publikum mehr als bisher an den Arzt wendet“¹⁰⁵², vor allem deswegen, weil mehr Hygiene – also Prophylaxe – betrieben werden sollte. Die individuellen Bedürfnisse könnten aber nur durch direkten Kontakt mit dem Patienten eruiert werden.¹⁰⁵³

Den Bedenken der Kassen stellt Lungwitz einen Bericht der geschäftsführenden Kasse des Hauptverbandes deutscher Ortskrankenkassen gegenüber, der zeigt, daß die absolut freie Arztwahl den Kassen vorteilhafte Ergebnisse liefere, die teilweise besser ausfielen

¹⁰⁴⁸ Vgl. LUNGWITZ (1919a), S. 28f.

¹⁰⁴⁹ Vgl. LUNGWITZ (1919a), S. 30.

¹⁰⁵⁰ Vgl. LUNGWITZ (1919a), S. 29.

¹⁰⁵¹ Ebenda.

¹⁰⁵² LUNGWITZ (1919a), S. 30 (Zitat).

¹⁰⁵³ Vgl. LUNGWITZ (1919a), S. 30.

als beim System der fixierten Ärzte. Er erinnert jedoch, daß diese Streitfrage im Falle einer Verstaatlichung ohnehin nicht mehr relevant sei, denn dann gebe es „freie Arztwahl unter den im Staatsdienst tätigen behandelnden Aerzten“¹⁰⁵⁴ ¹⁰⁵⁵.

Die Ärzte, die gegen den Staatsdienst eingestellt seien, könnten eine Privatpraxis betreiben. Sie müßten lediglich die offiziellen Krankenblätter dem Gesundheitsamt zukommen lassen. Der „freie“ Arzt, wie Lungwitz ihn bezeichnet, würde nach der Gebührenordnung oder nach Vereinbarung direkt vom Patienten bezahlt.¹⁰⁵⁶

Die Sprechstunde solle laut Lungwitz weiterhin in der Wohnung des Arztes abgehalten werden; die dafür nötige Einrichtung solle er sich wie bisher selbst anschaffen. Für die Diagnostik könnten Institute geschaffen werden, wie es z.T. in Berlin schon der Fall sei, die dem Arzt durch zusätzliche Diagnostik, wie z.B. Röntgen und Serologie, behilflich sein sollten. So brauche sich nicht jeder Arzt teure diagnostische Geräte zu kaufen. Daneben sollten Therapiezentren geschaffen werden, die mit allen mechanischen „Heilfaktoren“ ausgerüstet sein müßten.¹⁰⁵⁷ Lungwitz verfolgt den Grundsatz: „der Arzt soll so frei bleiben, wie sich eben mit dem Zweck der Einrichtung vereinbaren läßt“.¹⁰⁵⁸ Ob man die Behandlung komplett in große Ambulatorien, in sog. „Gesundheitshäuser“,¹⁰⁵⁹ verlegen sollte, was laut Lungwitz einige Vorteile habe, könne zu einem späteren Zeitpunkt diskutiert werden.¹⁰⁶⁰ Die Einzelbetriebe sollten vor allem in der Übergangszeit beibehalten werden; Lungwitz verweist in dem Zusammenhang auf die außerordentliche therapeutische Bedeutung der Intimität des ärztlichen Sprechzimmers¹⁰⁶¹ und bemerkt, daß gerade „die Kahlheit und Kälte des bisherigen kassenärztlichen Betriebes aufgehoben werden“¹⁰⁶² sollte. Dieser Aspekt müsse insbesondere bei der eventuell Einrichtung von „Gesundheitshäusern“ berücksichtigt werden. Außerdem stünden der Schaffung dieser Riesenbetriebe zu diesem Zeitpunkt noch technische Schwierigkeiten entgegen. Dies und der zu erwartende übergroße Zustrom von Patienten sprächen für die vorübergehende Beibehaltung der Einzelbetriebe.¹⁰⁶³

¹⁰⁵⁴ LUNGWITZ (1919a), S. 31 (Zitat).

¹⁰⁵⁵ Vgl. LUNGWITZ (1919a), S. 30f.

¹⁰⁵⁶ Vgl. LUNGWITZ (1919a), S. 31.

¹⁰⁵⁷ Vgl. LUNGWITZ (1919a), S. 31f.

¹⁰⁵⁸ LUNGWITZ (1919a), S. 32 (Zitat).

¹⁰⁵⁹ Ebenda.

¹⁰⁶⁰ Vgl. LUNGWITZ (1919a), S. 32.

¹⁰⁶¹ Ebenda.

¹⁰⁶² LUNGWITZ (1919a), S. 33 (Zitat).

¹⁰⁶³ Vgl. LUNGWITZ (1919a), S. 33.

Den Krankenhauszwang für chronisch und bettlägerig Kranke hält Lungwitz für nicht durchführbar. Jeder Kranke solle selbst entscheiden, ob er sich im Krankenhaus behandeln lasse oder ob er bei seiner Familie zu Hause bleiben möchte, wobei der Arzt natürlich versuchen solle, ihn in der für die Krankheit angepaßten Weise zu beeinflussen. Man müsse mehr die Wohnungshygiene verbessern, anstatt die Kranken ins Krankenhaus zu zwingen:¹⁰⁶⁴ „In gesundheitlichen Angelegenheiten, ist dasjenige System am besten, das auf den Kranken wie auf den Arzt den geringsten Druck ausübt und doch zum Ziele führt.“¹⁰⁶⁵

Die Zahl der Ärzte sei, wie oben schon erwähnt, für den staatlichen Betrieb der Krankenversicherung zu gering; dies bedeute, daß sich keiner vor dem „Numerus clausus“ zu fürchten brauche.¹⁰⁶⁶ Lungwitz ist der Meinung, die Ärzte müßten genug Zeit haben, die Patienten sorgfältig zu untersuchen und entsprechend zu behandeln. Des weiteren sollte ihnen auch die Zeit bleiben, ausführliche Krankengeschichten zu schreiben, die Patienten aufzuklären und praktische Hygiene zu betreiben. Lungwitz' Ansicht nach sollte sich ein Arzt deswegen nicht um mehr als 1.000 Versicherte kümmern müssen. Dies bedeute bei ungefähr 60 Millionen Einwohnern, daß 60.000 Ärzte für die Verstaatlichung nötig seien. Der ärztliche Beruf mit seinen 35 000 Repräsentanten sei also keinesfalls „überfüllt“; man müsse von der Zahl der Ärzte sogar die Spezialärzte und die Ärzte, die weiter Privatpraxis treiben wollten, noch abrechnen.¹⁰⁶⁷ Die „Überfüllung“ sei laut Lungwitz eher als Notlage der Ärzte zu sehen, denn die gesundheitlichen Verhältnisse des Volkes, vor allem nach dem Krieg, machten mehr als deutlich, daß Ärzte an allen Ecken und Enden fehlten. Erst wenn eine ausreichende Zahl von Ärzten erreicht sei, dürfte für eine bestimmte Zeit kein Arzt mehr staatlicher Beamter werden. Alle, die dennoch Medizin studierten, müßten dann eine Privatpraxis betreiben.¹⁰⁶⁸

Zu entlohnen seien die staatlichen Ärzte mit einem Fixum, das aus einem Grundgehalt mit enthaltener Wohnungsentschädigung, einer Dienstalterszulage als Ersatz für Beförderung und einer Leistungszulage bestehen sollte.¹⁰⁶⁹ Die Argumente, daß ein Fixum

¹⁰⁶⁴ Vgl. LUNGWITZ (1919a), S. 33f.

¹⁰⁶⁵ LUNGWITZ (1919a), S. 34 (Zitat).

¹⁰⁶⁶ Vgl. LUNGWITZ (1919a), S. 40.

¹⁰⁶⁷ Vgl. LUNGWITZ (1919a), S. 34.

¹⁰⁶⁸ Vgl. LUNGWITZ (1919a), S. 40.

¹⁰⁶⁹ Vgl. LUNGWITZ (1919a), S. 36.

die Ärzte dazu verleiten könnte, die Patienten als „lästige Störenfriede“¹⁰⁷⁰ zu sehen und nur noch Interesse am Gehalt zu haben, entkräftet Lungwitz mit dem Argument, daß durch die beim Gesundheitsamt einzureichenden Krankenblätter und statistischen und sozialärztlichen Berichte die Sorgfalt und Gewissenhaftigkeit der Ärzte hinreichend überprüft werden könne. Zusätzlich könne eine disziplinäre Kontrolle, wie sie bisher die Ehrengerichte darstellten, durch neu eingeführte Instanzen auf die Ärzte ausgeübt werden.¹⁰⁷¹ Die Leistungszulage will Lungwitz einführen, um durch Bezahlung der Einzelleistung den tüchtigen Arzt zu belohnen. Die Leistungszulage sollte in einer Gebührenordnung mit relativ niedrigen Sätzen festgelegt werden.¹⁰⁷² Lungwitz beschreibt die Bezahlung folgendermaßen: „Das Grundgehalt¹⁰⁷³ bietet dem Arzt das Existenzminimum, die Dienstalterszulage¹⁰⁷⁴ das Äquivalent für die geringe Aussicht oder Unmöglichkeit der Beförderung, die Leistungszulage¹⁰⁷⁵ die Anerkennung für besonderen Fleiß, besondere Tüchtigkeit. Wer als Arzt nur Durchschnittliches leistet, wird wenig mehr als das Existenzminimum schaffen.“¹⁰⁷⁶ Die Krankenhausleiter und –assistenten würden nach Dienstvertrag bezahlt.¹⁰⁷⁷ Mit der von Lungwitz vorgeschlagenen Gesundheitssteuer wäre seiner Meinung nach eine angemessene Honorierung der Ärzte ohne weiteres möglich.¹⁰⁷⁸ Die Ärzte, die hauptamtlich im Gesundheitsamt tätig wären, würden laut Lungwitz keinesfalls den praxistreibenden Ärzten vorgesetzt sein. Des weiteren solle es noch einen Betriebsrat geben, bestehend aus einem Kollegium von Praktikern und einen Vorstand aus ärztlichen und nichtärztlichen Mitgliedern, die zusammen für die Beschlüsse und Beratungen zuständig wären.¹⁰⁷⁹

¹⁰⁷⁰ LUNGWITZ (1919a), S. 34 (Zitat).

¹⁰⁷¹ Vgl. LUNGWITZ (1919a), S. 34f.

¹⁰⁷² Vgl. LUNGWITZ (1919a), S. 39.

¹⁰⁷³ Das Grundgehalt würde ohne Wohnungsentschädigung 6.000 Mark betragen und könnte durch die Dienstalterszulage auf maximal 10.000 Mark ansteigen. LUNGWITZ (1919a), S. 40.

¹⁰⁷⁴ Durch die Dienstalterszulage würde das Grundgehalt alle drei Jahre um 500 Mark steigen. LUNGWITZ (1919a), S. 40.

¹⁰⁷⁵ Bei der Leistungszulage werden Einzelleistungen nach einer neuen Gebührenordnung mit niedrigen Sätzen bezahlt. LUNGWITZ (1919a), S. 40.

¹⁰⁷⁶ LUNGWITZ (1919a), S. 39 (Zitat).

¹⁰⁷⁷ Vgl. LUNGWITZ (1919a), S. 39.

¹⁰⁷⁸ Vgl. LUNGWITZ (1919a), S. 40.

¹⁰⁷⁹ Vgl. LUNGWITZ (1919a), S. 35.

Lungwitz meint: „Der Begriff ‚Vertrauen zum Arzte‘ muß neu belebt werden“,¹⁰⁸⁰ denn Vertrauen „ist das Urfundament der ärztlichen Wirksamkeit überhaupt“.¹⁰⁸¹ Dafür wäre in dem neuen System die Grundlage geschaffen.¹⁰⁸²

Nach dem von Lungwitz vorgeschlagenen System würden für die verstaatlichten Ärzte Dienststunden, also eine definierte Sprechstunde, eingeführt werden. Dies würde bedeuten, daß der Arzt nicht einfach den Ort der Niederlassung wechseln oder seine Sprechstunde ausfallen lassen könne. Allerdings stünde ihm Urlaub zu, und zwar ohne daß er sich um einen Vertreter zu kümmern habe.¹⁰⁸³

Da sich bereits automatisch eine Verteilung der Ärzte nach dem Bedarf vollzogen habe, müsse man daran nichts ändern; allein auf dem Land müsse die Zahl der Ärzte noch erhöht werden. Der Wechsel oder die Ansiedlung auf dem Land solle den Ärzten durch eine Erhöhung der Leistungszulage schmackhaft gemacht werden. Die Ärzte könnten also ihre Wohnungen beibehalten, die sowieso meist schon nach dem Prinzip der passenden Lage gewählt worden seien. Durch die statistischen Berichte wäre auch die schlechte Lage einer Wohnung feststellbar; der betreffende Arzt könne dann veranlaßt werden, sich eine günstiger gelegene Wohnung zu suchen. Den jungen Ärzten würde vom Gesundheitsministerium ein Niederlassungsort zugeteilt, wobei unter den freien Stellen gewählt werden könnte. Lungwitz bezweifelt allerdings, daß die Vermittlung bevorzugter Stellen durch „Beziehungen“ durch das neue System komplett vermieden werden könne.¹⁰⁸⁴

Die Einführung eines Achtsturentages werde, so Lungwitz, kaum möglich sein. Allein des Vertrauensverhältnisses wegen dürfe der Arzt seinem Patienten die Behandlung nicht versagen, nur weil er gerade keine Sprechstunde abhalte. Er müsse Tag und Nacht für Notfälle zugegen sein. Lungwitz weist darauf hin, daß die Arbeitskraft ohnehin geringer werde, wenn das System erst soweit fortgeschritten sei, daß jeder Arzt 1.000 Patienten zu betreuen habe.¹⁰⁸⁵ Er fügt jedoch hinzu: „Wir werden weitaus mehr arbeiten müssen, wenn wir wieder hochkommen wollen“.¹⁰⁸⁶

¹⁰⁸⁰ LUNGWITZ (1919a), S. 35 (Zitat).

¹⁰⁸¹ Ebenda.

¹⁰⁸² Vgl. LUNGWITZ (1919a), S. 35.

¹⁰⁸³ Vgl. LUNGWITZ (1919a), S. 36.

¹⁰⁸⁴ Vgl. LUNGWITZ (1919a), S. 36f.

¹⁰⁸⁵ Vgl. LUNGWITZ (1919a), S. 37f.

¹⁰⁸⁶ LUNGWITZ (1919a), S. 37f (Zitat).

Rechtlich gesehen hätten die Ärzte dieselben Ansprüche wie andere Staatsbeamte, so z.B. Alters- und Hinterbliebenenversorgung, Urlaub und anderes mehr.¹⁰⁸⁷ Es müsse ihnen erlaubt sein, sich nach Belieben in Vereinen und Organisationen zusammenzuschließen. Lungwitz ist der Meinung, daß auch eine neue Standesordnung abgefaßt werden solle, welche die besonderen Fragen der Ärzte zu beantworten hätte.¹⁰⁸⁸

In einer Schlußbemerkung räumt Lungwitz ein:

„ ... ich bin nicht immer ein überzeugter Freund der Verstaatlichung der ärztlichen Tätigkeit gewesen, und wer meine Schriften gelesen hat, wird wissen, daß ich auch die Nachteile einer zu weit getriebenen Fürsorge stark empfinde. ... Humanitäre Bestrebungen dürfen nicht in hysterische Humanitätsduselei und Verweichlichungssucht ausarten. ... Selbst ist der Mann! ... Die Neuordnung des Heil- und Fürsorgewesens nach sozialen Gesichtspunkten ist eine Kardinalforderung unserer Zeit. ... Darum ist die Zeit reif, das Heil- und Fürsorgewesen auf das Fundament der Verstaatlichung zu stellen, und darum treten wir dafür ein, daß die Krankenversicherung auf der Grundlage des bisherigen Systems ... auf die gesamte Bevölkerung ausgedehnt, und somit vereinheitlicht wird, und daß die Ärzte, die wollen, unter Zubilligung einer standesgemäßen sozialen und wirtschaftlichen Stellung in den Staatsdienst übernommen werden ...“¹⁰⁸⁹

¹⁰⁸⁷ Vgl. LUNGWITZ (1919a), S. 39.

¹⁰⁸⁸ Vgl. LUNGWITZ (1919a), S. 41.

¹⁰⁸⁹ LUNGWITZ (1919a), S. 41 (Zitat).

Zusammenfassung der Kritikpunkte und Lösungsvorschläge

Thema ‚Gesundheitssituation und ärztliche Situation‘

Beklagt wird:	Gefordert wird:
<ul style="list-style-type: none"> • die durch den Krieg verursachte tiefe gesundheitliche Not des Volkes • die Tatsache, daß der Arzt auf die Krankheit des Patienten als Existenzgrundlage angewiesen sei • die Trennung zwischen Therapeuten und Hygienikern 	<ul style="list-style-type: none"> • eine Neugestaltung des Heil- und Fürsorgewesens • die strenge Trennung der Begriffe Verstaatlichung und Sozialisierung • von den Ärzten, sich die Verbesserung der Volksgesundheit vorzunehmen • von der Allgemeinheit, die finanzielle Verantwortung für die Kranken zu übernehmen • Hygieniker und Therapeuten nicht zu trennen, sondern einen sozialärztlich wirkenden Arzt zu schaffen • die unparteiische Diskussion über die Abschaffung oder Beibehaltung des bestehenden Systems

Thema ‚Krankenkassenwesen und Kassenarztfrage‘

Beklagt wird:	Gefordert wird:
<ul style="list-style-type: none"> • die Sparsamkeit der Krankenkassen und die daraus folgenden Mißstände • die für Familien nachteilige Art der Krankenversicherung • die eigenartige Einstellung der Ärzte zu Honorarfragen • die unangemessene Honorierung der Ärzte durch die Krankenkassen • die Bezahlung lediglich der Mindestleistungen durch die Krankenkassen • der aus den schlechten Honorarverhältnissen folgende Zwang, möglichst viele Patienten in möglichst kurzer Zeit zu behandeln (sog. „Ramschbehandlung“) • die gegenwärtigen Verhältnisse in der Krankenversicherung, die eine Gefahr für die öffentliche Wohlfahrt darstellten 	<ul style="list-style-type: none"> • eine weitere Erhöhung der Versicherungsgrenze und der Versicherungsberechtigungs-grenze • die Einführung einer Familienversicherung • das Eintreten der Ärzte für ihre finanziellen Interessen • eine angemessene Bezahlung der Ärzte • eine Reform der Gebührenordnung der Privatpraxis • die Patienten über die ärztlichen Honorarverhältnisse aufzuklären, um mehr Verständnis zu erhalten • die Vereinheitlichung des Krankenkassenwesens unter staatlicher Organisation • mehr Hygiene als Therapie zu treiben

Beklagt wird/werden:	Gefordert wird:
<ul style="list-style-type: none"> • die unzureichende Erhöhung der Minimaltaxen 1918 • der Unterschied zwischen reichen und armen Kassen und deren Leistungen • der erforderliche Kassenwechsel bei Arbeitsplatzwechsel • der viel zu geringe Anstieg der Kassenarztlöhne im Vergleich zum Anstieg anderer Löhne • die Herabsetzung des Wertes der ärztlichen Leistungen durch die geringe Entlohnung • der Einfluß der sog. „Kassenlöwen“ 	<ul style="list-style-type: none"> • eine Überführung der bestehenden Kassen in eine Staats- und Reichsversicherung • die Schaffung einer Zentralstelle im Reichswohlfahrtsministerium und von Ortsgesundheitsämtern • eine dem Gehalt angepaßte Gesundheitssteuer, von der einen Teil der Arbeitgeber übernehmen sollte • die Übernahme der Führung der neuen Krankenkasse durch einen Arzt • die Verstaatlichung der Kassen zum Vorteil des Versicherten • eine schrittweise Umgestaltung des Krankenhauswesens • ein der Höhe des Lohns angepaßtes Krankengeld • das Anlegen von Krankenblättern und einer Akte für jeden Patienten beim Gesundheitsamt • das Einreichen von Statistiken und sozialärztlichen Beobachtungen beim Gesundheitsamt durch jeden Arzt • die Anzeigepflicht von Geschlechtskrankheiten

Thema ‚Ärzte und Staatsdienst‘

Beanstandet wird/werden:	Gefordert wird:
<ul style="list-style-type: none"> • die Ablehnung der freien Arztwahl durch die Krankenkassen • die fehlende Intimität zwischen Arzt und Patient im Kassenarztwesen • der geforderte Krankenhauszwang für chronisch Kranke als undurchführbar • die ständigen Reden über die Überfüllung des ärztlichen Berufes, während nach dem Krieg Ärzte eher fehlten 	<ul style="list-style-type: none"> • die Einführung der unbeschränkten freien Arztwahl • die Sprechstunde in der Wohnung des Arztes zu belassen • die Einrichtung von Diagnoseinstituten und Therapiezentren • die übergangsweise Beibehaltung der ärztlichen Einzelbetriebe • die Ärzte zu Beamten der staatlichen Gesundheitsämter zu machen • den Ärzten den Eintritt in den Staatsdienst freizustellen

Beklagt wird/werden:	Gefordert wird/werden:
	<ul style="list-style-type: none"> • eine Verbesserung der Wohnungshygiene • eine Zahl von 1.000 Versicherten pro Arzt zur effektiven Betreuung der Kranken • alle Ärzte zum Staatsdienst zuzulassen, bis eine ausreichende Anzahl von Ärzten erreicht ist • ein Fixum für alle beim Staat angestellten Ärzte, bestehend aus einem Grundgehalt, einer Dienstalterszulage und einer Leistungszulage • die Bezahlung von Krankenhausleitern und –assistenten nach Dienstvertrag • die Gründung eines Betriebsrates in den Gesundheitsämtern • die Erhöhung des Vertrauens zum Arzt • die Einführung von Dienststunden • mehr Ärzte auf dem Land • die Zuteilung von Niederlassungsorten bei jungen Ärzten durch das Gesundheitsministerium • die gleichen Rechte wie andere Staatsbeamte (Rente usw.) • die Abfassung einer neuen Standesordnung

Beiträge anderer Autoren zur Verstaatlichung des Heil- und Fürsorgewesens

Die von Lungwitz herausgegebene Denkschrift umfaßt im weiteren noch Beiträge anderer Ärzte zu einzelnen Themen der Verstaatlichung des Heil- und Fürsorgewesens, deren Meinung Lungwitz offensichtlich garantierte, da er diese unter seinem Namen herausgab.

Verstaatlichung des Heilwesens auf dem Land

Der Berliner Arzt Dr. W. Grumach¹⁰⁹⁰ äußert sich in der Denkschrift zur Verstaatlichung des Heilwesens im speziellen auf dem Land.

Er legt dabei Wert auf eine genaue Darlegung der ländlichen Verhältnisse, um die verbreitete Meinung, die Verstaatlichung sei auf dem Land mitunter undurchführbar, zu revidieren – wobei diese Ansicht meist unter solchen Ärzten zu finden sei, die selbst noch nicht mit den Verhältnissen auf dem Land konfrontiert worden seien. Grumach sieht darin einen falschen Ansatz, denn die vorrangige Frage sollte sein, ob die ländlichen Gebiete überhaupt einer Verstaatlichung bedürften und ob diese entsprechende Vorteile gegenüber der jetzigen Situation schaffte. Des weiteren müsse geklärt werden, in welcher Form die Verstaatlichung durchgeführt werden sollte.¹⁰⁹¹

In vielen Köpfen herrsche noch immer der Glaube, „die Landbevölkerung sei gesünder als die Stadtbevölkerung“.¹⁰⁹² Grumach widerspricht dieser allgemeinen Ansicht über die Gesundheitsverhältnisse auf dem Land und belegt anhand von Zahlen die höhere Sterblichkeit in den ländlichen Gebieten im Vergleich zu den städtischen mit mehr Industrie. Diese Differenz sei seiner Meinung nach z.T. auf die Landflucht vieler jüngerer erwerbstätiger Menschen und das Zurückbleiben von Personen höheren Alters zurückzuführen. Man könne dies allerdings nicht als Grund der erhöhten Kinder- und Säuglingssterblichkeit auf dem Land anführen, die er auch mittels Zahlen darlegt. Grumach räumt ein, daß den unterschiedlichen Sterblichkeitsziffern mehrere Faktoren zu Grunde lägen. Es sei jedoch nicht von der Hand zu weisen, daß meist dort, wo die Sterblichkeit

¹⁰⁹⁰ Es konnten keine weitergehenden biographischen Angaben ermittelt werden.

¹⁰⁹¹ Vgl. GRUMACH (1919), S. 43.

¹⁰⁹² GRUMACH (1919), S. 43 (Zitat).

höher sei, die Rahmenbedingungen, wie die Zahl und Verteilung der Ärzte, Apotheken und Krankenhäusern häufig ungünstiger seien.¹⁰⁹³

Je ärmer die Menschen auf dem Land seien, desto weniger nähmen sie ärztliche Hilfe in Anspruch. Oft stellten sie sich erst im absoluten Notfall vor. Gründe seien vor allem die Kosten für das ärztliche Honorar und die verlorene Arbeitszeit insbesondere bei weiten Wegstrecken.¹⁰⁹⁴

Allerdings verdienten die Ärzte auf dem Land deswegen nicht mehr als jene in der Stadt. Die Zahl der Ärzte sei laut Grumach nicht nur in bezug auf die Patienten, sondern auch in bezug auf die Fläche zu gering. Deswegen könne es lange dauern, bis ein Arzt bei seinem Patienten sei, was vor allem bei Notfällen gefährliche Situationen heraufbeschwöre. Die Situation sei jedoch nicht auf dem Weg der Besserung, sondern die Ärztedichte nehme weiter ab, unter anderem auch wegen der geringeren Attraktivität der ländlichen Gegend.¹⁰⁹⁵

Zu diesem Problem geselle sich der fehlende Mut oder die nicht vorhandene Fähigkeit der Landärzte, unter sehr einfachen Bedingungen kleine Operationen, wie Bauchschnitt oder Appendizitis-Operation durchzuführen. Gründe dafür seien oft mangelnde Übung oder fehlende Fortbildung, die dem Zeitmangel, Problemen bei der Organisation einen Vertreter zu bekommen oder der Notwendigkeit, sich zu erholen, zum Opfer falle.¹⁰⁹⁶

Auch die Unterbringung und Pflege der Kranken sei auf dem Land sehr ungünstig. Nur in begüterten Kreisen seien die Räumlichkeiten zur isolierten Unterbringung von Kranken vorhanden. Unter den Armen oder Sparsamen werde auf Kranke weniger Rücksicht genommen, weswegen die schnelle Ausbreitung von Epidemien in Kreisen, wo zehn bis 12 Personen in einem Zimmer hausten, nicht verwunderlich sei. Überdies sei auch das entsprechende Pflegepersonal nicht vorhanden, weil es in der Landwirtschaft nicht entbehrt werden könne oder weil ihm die Ausbildung fehle.¹⁰⁹⁷

Des weiteren lasse die Hygiene oft zu wünschen übrig. Oft fände der Arzt bei Entbindungen weder eine saubere Schüssel noch saubere Handtücher vor. Es könne also nicht verwundern, wenn sich die Gebärende mit Kindbettfieber infiziere.¹⁰⁹⁸

¹⁰⁹³ Vgl. GRUMACH (1919), S. 43-45.

¹⁰⁹⁴ Vgl. GRUMACH (1919), S. 46.

¹⁰⁹⁵ Vgl. GRUMACH (1919), S. 46f.

¹⁰⁹⁶ Vgl. GRUMACH (1919), S. 48.

¹⁰⁹⁷ Vgl. GRUMACH (1919), S. 48f.

¹⁰⁹⁸ Vgl. GRUMACH (1919), S. 49.

In Krankenhäusern, die bei Entbindungen eigentlich aufgesucht werden sollten, seien nicht ausreichend Betten vorhanden; die Einrichtungen seien meist sehr einfach und die hygienischen Verhältnisse manchmal geradezu gefährlich. Unter solchen Umständen sei es nicht verwunderlich, wenn die Bevölkerung eine Abneigung gegenüber Krankenhäusern entwickle, folgert Grumach.¹⁰⁹⁹ Auch die Krankenversicherungspflicht der Landarbeiter habe die Situation nicht entscheidend verbessert. Grumach sagt: „Die Verhältnisse schreien geradezu nach Aenderung, nach Verbesserung in jeder Beziehung.“¹¹⁰⁰

Der Staat habe insoweit versucht einzugreifen, daß er den in sehr armen Gebieten niedergelassenen Ärzten Beihilfen zahle, um die Ärzte aufs Land zu locken, was jedoch nicht zum entsprechenden Erfolg geführt habe.¹¹⁰¹

Grumach schlägt eine Umgestaltung des Systems vor, und zwar die staatliche Übernahme des Heilwesens. Die Ärzte erhielten hierdurch den Status von Staatsbeamten, und die Behandlung sei für das Volk unentgeltlich. So hätten die Patienten keinen Grund mehr, der Kosten wegen auf ärztliche Hilfe zu verzichten. Des weiteren solle der Staat den Landärzten Fahrzeuge zur Verfügung stellen, um dem Zeitfaktor der langen Wegstrecken Rechnung zu tragen. Außerdem sollten die Ärzte sinnvoll in den ländlichen Gegenden verteilt werden. Die Zahl der Ärzte müßte nicht nur an die Bevölkerungszahl angeglichen, sondern auch Faktoren wie die Bevölkerungsdichte, Verkehrswege, Bergigkeit und Morbidität von Krankheiten müßten berücksichtigt werden.¹¹⁰²

Es sollten insbesondere auch junge Ärzte aufs Land geschickt werden, damit sie lernen könnten, mit einfachen Mitteln ihre Arbeit zu verrichten:¹¹⁰³ „Die Landpraxis lehrt bescheiden sein und doch einwandfrei arbeiten.“¹¹⁰⁴

Grumach betont, daß der Verstaatlichung die zweckmäßige Gestalt gegeben werden müsse, um ihre Vorzüge und Kräfte richtig auszunutzen: „Erst die Kollektivierung des Heilwesens wird den ganzen Segen der Verstaatlichung hervortreten lassen.“¹¹⁰⁵ Er plädiert deshalb für die Sammlung vieler Ärzte an „Zentralpunkten“, weil dies eine größere Vielfalt des ärztlichen Könnens, einen problemlosen Personenwechsel und so einen verbesserten Bereitschaftsdienst zur Folge habe. Der Nachteil – die weiten Distanzen –

¹⁰⁹⁹ Vgl. GRUMACH (1919), S. 50.

¹¹⁰⁰ GRUMACH (1919), S. 50 (Zitat).

¹¹⁰¹ Vgl. GRUMACH (1919), S. 50f.

¹¹⁰² Vgl. GRUMACH (1919), S. 51f.

¹¹⁰³ Ebenda.

¹¹⁰⁴ GRUMACH (1919), S. 53 (Zitat).

¹¹⁰⁵ Ebenda.

sei mit dem steten Ausbau der Verkehrswege bald hinfällig. Außerdem könne man in diesen Zentren auch Fachärzte ansiedeln, vor allem den für die Landbevölkerung so wichtigen Augenarzt.¹¹⁰⁶ Es sollten demnach alle Sprechstunden an einem Punkt, in einem Ambulatorium, zu unterschiedlichen Zeiten abgehalten werden. Es könnten dort alle Untersuchungs- und Behandlungsinstitute untergebracht werden. Als Alternative zu diesen Ambulatorien sollte man „fliegende Sprechstunden“ in den Dörfern einrichten, die ein paar Mal pro Woche abzuhalten seien. Dort ließen sich dann möglicherweise auch leicht Kranke behandeln, die sich den weiten Weg in das Ambulatorium sparen wollten.¹¹⁰⁷

Grumach spricht auch die Frage des Vertrauens zwischen Arzt und Patient in den Ambulatorien an. Der Patient müsse immer den diensthabenden Arzt aufsuchen und könne nicht immer den Arzt seines Vertrauens wählen.¹¹⁰⁸ Er betont: „... in der Landarztpraxis hat das Vertrauen nie eine so große Rolle gespielt. Es gibt da keine große Auswahl. In vielen Orten befindet sich nur ein Arzt, ...“¹¹⁰⁹ Im Ambulatorium habe der Patient sogar die Möglichkeit, unter mehreren Ärzten den, dem er sein Vertrauen schenken möchte, auszuwählen und in den entsprechenden Sprechstunden aufzusuchen.¹¹¹⁰

Um die Unterbringung und Pflege der Kranken zu verbessern, sollten im System der Kollektivierung alle Schwerkranken und Bettlägerigen generell in Krankenhäusern mit entsprechendem Standard untergebracht werden.¹¹¹¹ Es könnten so entscheidende Besserungen in der Geburtshilfe, wie auch bei Appendizitiskranken und Epidemien erreicht werden. Außerdem könnte die Zeit, welche die Landärzte für Hausbesuche von Schwerkranken benötigten, in den Ambulatorien besser genutzt werden. Eine weitere Zeitersparnis könne durch Zusammenlegen der Krankenhäuser mit den Ambulatorien erreicht werden. Voraussetzung für die neuen Krankenhäuser wäre Grumachs Meinung nach allerdings die Verbesserung des Komforts und der Verpflegung. Außerdem müsse die unzureichende Bettenzahl entsprechend erhöht werden.¹¹¹² Um Kosten beim Neubau von Krankenhäusern einzusparen, könne man die nicht mehr benutzten Kasernen und andere militärische Gebäude dazu umfunktionieren. Außerdem könne man laut Gru-

¹¹⁰⁶ Vgl. GRUMACH (1919), S. 52.

¹¹⁰⁷ Vgl. GRUMACH (1919), S. 54.

¹¹⁰⁸ Vgl. GRUMACH (1919), S. 55.

¹¹⁰⁹ GRUMACH (1919), S. 55 (Zitat).

¹¹¹⁰ Vgl. GRUMACH (1919), S. 55.

¹¹¹¹ Widerspruch zu Lungwitz' Ansicht, der Krankenhauszwang nicht für durchführbar hält. Siehe oben.

¹¹¹² Vgl. GRUMACH (1919), S. 55f.

mach durch eine Zentralisation zusätzlich Kosten sparen. Zum Transport der Erkrankten sollte der Staat den Krankenhäusern Fahrzeuge anbieten, wobei Fahrzeuge mechanischer Art vor allem der Schnelligkeit wegen vorzuziehen seien.¹¹¹³

Grumach macht auch den Vorschlag, für Leichtkranke und kürzere Krankheiten lokale Krankenstuben einzurichten, welche die Ärzte bei ihren fliegenden Sprechstunden besuchen könnten. Dies brächte eine Entlastung der Krankenhäuser.¹¹¹⁴

Des weiteren sei für das Land eine ständige ärztliche Bereitschaft nötig, die sich um Notfälle kümmere.¹¹¹⁵

Grumach führt noch einen weiteren Vorteil der Kollektivierung an. Durch sie wäre den Ärzten die Möglichkeit einer ständigen Fortbildung an den Instituten gegeben. Und auch die Medizinstudenten könnten als Krankenpfleger in den Semesterferien in den Ambulatorien Erfahrungen sammeln.¹¹¹⁶

Grumach betont am Ende seiner Ausführungen noch einmal die Notwendigkeit einer Verbesserung des Heilwesens auf dem Lande, die aber nur dann in vollständiger Weise durchgeführt werden könne, wenn es sich bei der Verstaatlichung um die kollektivistische Form handle. Er bedauert außerdem die mangelnde Kollegialität und das gesunkene Ansehen, die unter den Ärzten durch den jahrelangen Konkurrenzkampf entstanden seien, und betont die Besserungen, die durch eine Verstaatlichung entstünden:¹¹¹⁷
„Dann werden aus Ärzten auch wieder Kollegen werden. ... Dann wird auch der geplagte Landarzt wieder Freude daran haben, Arzt und Kollege zu sein.“¹¹¹⁸

¹¹¹³ Vgl. GRUMACH (1919), S. 57.

¹¹¹⁴ Ebenda.

¹¹¹⁵ Vgl. GRUMACH (1919), S. 58.

¹¹¹⁶ Ebenda.

¹¹¹⁷ Vgl. GRUMACH (1919), S. 59f.

¹¹¹⁸ GRUMACH (1919), S. 60 (Zitat).

Zusammenfassung der Kritikpunkte und Lösungsvorschläge

Thema ‚Mißstände im Heilwesen auf dem Land und Reformvorschläge‘

Kritisiert wird/werden:	Gefordert wird/werden:
<ul style="list-style-type: none"> • die Meinung, die Verstaatlichung sei auf dem Land undurchführbar • die geringe Inanspruchnahme der ärztlichen Leistungen auf dem Land aus Kosten- und Zeitgründen • die unzureichende Anzahl von Ärzten auf dem Land • die fehlende Durchführung von kleineren Operationen durch die Landärzte • die ungünstige Unterbringung und Pflege der Kranken in ländlichen Gebieten • die unzureichende Hygiene • die ländlichen Krankenhäuser mit zu wenig Betten und gefährlichen hygienischen Verhältnissen • die mangelhafte Kollegialität und das gesunkene Ansehen der Ärzte • der vorherrschende Glaube, die Landbevölkerung sei gesünder als die Stadtbevölkerung 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>die Übernahme des Heilwesens durch den Staat mit ärztlichen Staatsbeamten und unentgeltlicher Behandlung</i>¹¹¹⁹ • das Zur-Verfügung-Stellen von Fahrzeugen für die Landärzte durch den Staat • eine dem Bedarf entsprechende Verteilung der Ärzte auf dem Land • mehr junge Ärzte in der ländlichen Praxis • die Unterbringung aller Schwerkranken und chronisch Kranken in Krankenhäusern • eine Verbesserung der Hygiene, des Komforts und der Verpflegung in Krankenhäusern • die Kollektivierung des Heilwesens als einzig zweckmäßige Form der Verstaatlichung • die Sammlung der Ärzte an Zentralpunkten in sog. Ambulatorien • die Einführung von „fliegenden Sprechstunden“ in den Dörfern • staatlich finanzierte Transportfahrzeuge für die Krankenhäuser • die Einrichtung von lokalen Krankenzustuben zur Unterbringung von leichter Kranken • die Einführung einer ständigen ärztlichen Bereitschaft für Notfälle auf dem Land

¹¹¹⁹ Kursiv gedruckte Argumente sind auch in anderen Arbeiten von Lungwitz zu finden.

Verstaatlichung des Krankenhauswesens

Dr. R. Springer¹¹²⁰ stellt in der Denkschrift die seiner Meinung nach nötige Verstaatlichung des Krankenhauswesens vor. Der Aufschwung des Krankenhauswesens habe schon vor dem Ersten Weltkrieg begonnen, was darauf zurückzuführen sei, daß die Bevölkerung die Furcht vor dem Krankenhaus mit der Verbesserung der Hygiene verloren habe, weil diese und die verbesserte Technik die Epidemien in den Krankenhäusern einzudämmen gewußt hatten. Springer betont, daß „die Einrichtung der sozialen Versicherung, die Ausdehnung der operativen Verfahren bei inneren Erkrankungen, die bessere diagnostische und therapeutische Technik im Krankenhaus und die strenge Durchführung der Seuchengesetzgebung, die ... Entwicklung des Krankenhauswesens begünstigten.“¹¹²¹

Er weist darauf hin, daß schon im Mittelalter die städtischen Spitäler öffentlich bewirtschaftet gewesen seien, und in Zukunft sollte die Entwicklung des Krankenhauswesens seiner Meinung nach wieder in Richtung Verstaatlichung gehen.¹¹²²

Der Mittelstand und die Reichen könnten sich nur in Privatkrankenhäusern behandeln lassen, weil die allgemeinen Krankenhäuser den Ruf hätten, eher für Arme konzipiert zu sein. Springers Ansicht nach sollten die Krankenhäuser jedem offenstehen, weswegen er für die Überführung möglichst vieler Krankenhäuser in die öffentliche Hand plädiere.¹¹²³ Er kritisiert, daß der Staat nur angehalten sei, für Arme und zur Seuchenbekämpfung Krankenhäuser zu bauen.¹¹²⁴

Des weiteren solle man das Augenmerk mehr auf die soziale Fürsorge und die Prophylaxe der Krankheiten richten und deswegen bei infektiösen und anderen sozialen Krankheiten frühzeitig eine Überweisung ins Krankenhaus veranlassen. Dadurch sei oftmals eine vollständige Genesung gewährleistet.¹¹²⁵

Springer meint auch, daß die Kassen verpflichtet werden sollten, für die Kosten eines Krankenhausaufenthalts aufzukommen. Die Patienten begäben sich dann möglicherwei-

¹¹²⁰ Arzt aus Heidelberg. Es konnten keine weitergehenden biographischen Angaben ermittelt werden.

¹¹²¹ SPRINGER (1919a), S. 61 (Zitat).

¹¹²² Vgl. SPRINGER (1919a), S. 61.

¹¹²³ Vgl. SPRINGER (1919a), S. 62.

¹¹²⁴ Vgl. SPRINGER (1919a), S. 63.

¹¹²⁵ Vgl. SPRINGER (1919a), S. 62.

se früher in Behandlung, und eine Chronifizierung der Krankheiten könne verhindert werden.¹¹²⁶

Außerdem sollten laut Springer die Kapazitäten der Krankenhäuser in öffentlicher Hand, insbesondere die Bettenzahlen, erhöht werden. Er gibt als ungefähren Wert fünf Betten pro 1.000 Einwohner an, wobei diese Zahl entsprechend dem Bedarf variiert werden sollte. Vor allem müsse dabei auch die Belegung der Betten berücksichtigt werden.¹¹²⁷

Springer hält allerdings die Übernahme aller privaten Krankenhäuser in staatliche Hand für keine gute Lösung. Zum einen handele es sich bei vielen Privatanstalten um Häuser mit weniger als zehn Betten, zum anderen lohne sich die Übernahme von Privatkliniken in großen Städten nicht. Da ein großer Teil der Krankenhäuser, die in öffentlicher Hand gewesen sind, von der Gemeinde, dem Kreis oder dem Staat schon Subventionen erhielten, weil ihr eigenes Budget nicht ausreiche, sollten diese Zahl einfach noch erhöht werden, um so die Anstalten langsam komplett in staatliche Hand zu überführen. Um die Kosten für die Übernahme von Krankenhäusern und den erforderlichen Bau neuer Anstalten zu decken, weist Springer auf die Verstaatlichungspläne von Lungwitz hin, bei deren Verwirklichung die Bereitstellung von entsprechenden Geldern leicht möglich sei.¹¹²⁸

Zur Verringerung der Ausgaben im Krankenhauswesen sollten die leichter Kranken in einfacher ausgestattete Anstalten verlegt werden, so daß die Krankenhäuser entlastet würden.¹¹²⁹ Springer zitiert aus einem Referat:¹¹³⁰ „Ca. 30-40 Prozent der Patienten gehören zu Krankheitskategorien, die weniger zur Behandlung als aus sozialen Gründen der Pflege wegen dem Krankenhaus zugeführt werden, und die übrigen bedürfen der kostspieligen Einrichtung auch nur eine gewisse Zeit ...“¹¹³¹

Springer weist auch auf die Gedanken eines gewissen Leube hin, welcher der Meinung sei, daß man die Krankenhäuser nach hygienischen Kriterien, aber sehr einfach und billig bauen solle und dafür alle 30 bis 40 Jahre neue Krankenhäuser mit den neuesten hy-

¹¹²⁶ Vgl. SPRINGER (1919a), S. 62.

¹¹²⁷ Vgl. SPRINGER (1919a), S. 63f.

¹¹²⁸ Vgl. SPRINGER (1919a), S. 64-66.

¹¹²⁹ Vgl. SPRINGER (1919a), S. 67.

¹¹³⁰ Referat von Grober, das auf der Eberfelder Tagung des deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege gehalten wurde.

¹¹³¹ SPRINGER (1919a), S. 67.

gienischen Errungenschaften ausstatten solle.¹¹³² Springer betont am Ende: „Die Hauptsache muß aber sein, daß die in öffentlicher Hand befindlichen Krankenhäuser vollkommen ausreichen und alle Bevölkerungskreise umfassen können.“¹¹³³

Zusammenfassung der Kritikpunkte und Lösungsvorschläge

Thema ‚Mißstände im Krankenhauswesen und Reformvorschläge‘

Kritisiert wird:	Gefordert wird/werden:
<ul style="list-style-type: none"> • der Ruf der allgemeinen Krankenhäuser, für Arme konzipiert zu sein • die staatliche Subvention lediglich des Baus von Krankenhäusern für Arme und zur Seuchenbekämpfung • die Einweisung von 30 bis 40 Prozent der Kranken in Krankenhäuser aus rein sozialen und pflegerischen Gründen 	<ul style="list-style-type: none"> • die Entwicklung des Krankenhauswesens in Richtung Verstaatlichung • eine möglichst große Zahl von Krankenhäusern in öffentliche Hand zu überführen • die Verlegung Leichtkranker in einfacher ausgestattete Einrichtungen • die frühzeitige Überweisung infektiöser Kranker in Krankenhäuser • der sozialen Fürsorge bzw. Prophylaxe von Krankheiten mehr Bedeutung beizumessen • die Krankenkassen zur Bezahlung von Krankenhausaufenthalten zu verpflichten • eine Erhöhung der Bettenzahl in öffentlichen Krankenhäusern • die Krankenhäuser langsam in die öffentliche Hand zu überführen • zur Deckung der Kosten für die Übernahme der Krankenhäuser auf die Verstaatlichungspläne von Lungwitz zurückzugreifen • billigere, aber hygienisch einwandfreie Krankenhäuser zu bauen und dafür alle 30 bis 40 Jahre neue Anstalten zu errichten

¹¹³² Vgl. SPRINGER (1919a), S. 68.

¹¹³³ SPRINGER (1919a), S. 68 (Zitat).

Die Verstaatlichung der Geburtshilfe

Prof. Dr. A. Dührssen¹¹³⁴ aus Berlin tritt in der Denkschrift für die Verstaatlichung der Geburtshilfe ein. Er geht davon aus, daß in naher Zukunft die Familienversicherung eingeführt werde. Sein besonderes Anliegen ist die Verbesserung der hygienischen Bedingungen bei der Geburt. Dührssen ist der Meinung, daß die Frau in der Schwangerschaft wie auch während der Geburt unter ärztlicher Überwachung stehen sollte. Außerdem solle jede Geburt in einer geburtshilflichen Anstalt erfolgen.

Dührssen setzt folgende Ziele: Es dürften weder Mutter noch Kind, wenn sie bei Geburt gesund seien, während oder nach der Geburt, z.B. im Wochenbett, versterben. Und bei keinem der beiden dürfe die Geburt zu Gesundheitsschäden führen.¹¹³⁵

Ursächlich für die Sterblichkeit der Gebärenden seien Kindbettfieber, Blutungen, Krämpfe und anderes mehr. Vor allem durch das Kindbettfieber werde die Volkskraft erheblich geschädigt; durch den Tod der Frau fehle die Mutter für die schon vorhandenen Kinder. Das Kindbettfieber, bei dem es sich um eine Wundinfektion handele, könnte Dührssens Meinung nach durch ein Bad der Mutter vor der Geburt und durch sterile Verhältnisse während der Geburt vermieden werden. Durch sterile Hände, Instrumente und Utensilien könne man das Eindringen von Krankheitskeimen in die Geburtswege verhindern.¹¹³⁶ Vor allem bei häuslichen Geburten komme es zu Kindbettfieber; auch wenn es sich um einen noch so sauberen Haushalt handele, seien aseptische Verhältnisse kaum herstellbar, meint Dührssen. Ein großer Mißstand in der häuslichen Geburtshilfe sei des weiteren, daß sie zu 75 Prozent von Hebammen durchgeführt werde, denen es an der erforderlichen Ausbildung mangle.¹¹³⁷ Früher seien auch viele Gebärende in den geburtshilflichen Anstalten an Kindbettfieber erkrankt, wobei diese Zahl durch die immer ausgereifere Anti- bzw. Asepsis habe stark verringert werden können.¹¹³⁸

Dührssen bedauert auch die hohe Säuglingssterblichkeit während der Geburt, die auf mangelhafte häusliche Geburtshilfe zurückzuführen sei. Vor allem fehlerhafte Lagen, wie Steiß- und Querlage würden den Kindern häufig zum Verhängnis, weil sie von der Hebamme übersehen würden oder der Arzt zu spät komme. Auch für die Mutter könn-

¹¹³⁴ Alfred Dührssen (1861-1933), Gynäkologe (vaginaler Kaiserschnitt) und Professor in Berlin.

¹¹³⁵ Vgl. DÜHRSEN (1919), S. 69.

¹¹³⁶ Vgl. DÜHRSEN(1919), S. 69f.

¹¹³⁷ Vgl. DÜHRSEN (1919), S. 70.

¹¹³⁸ Vgl. DÜHRSEN (1919), S. 71.

ten die Fehllagen zum Verhängnis werden. Besonders gravierend sei die zu lange dauernde Geburt wegen zu enger Geburtswege; sie stelle eine der häufigsten Todesursachen dar. Er zitiert dazu Prof. Seitz,¹¹³⁹ der sich sehr lobend über den von Dürrssen entwickelten vaginalen Kaiserschnitt geäußert habe, mit dem das Problem der Enge der weichen Geburtswege beseitigt werden könne. Außerdem stelle dieses Verfahren unter aseptischen Bedingungen eine relativ ungefährliche Operation für die Frau dar. Die dadurch erreichbaren erfreulichen Ergebnisse, eine verringerte Sterblichkeit des Kindes und der Mutter, seien allerdings nur bei Durchführung in einer klinischen Anstalt zu erhalten.¹¹⁴⁰ Dürrssen zitiert Seitz wörtlich: Eine „Entwicklung (...)“, die in ihren Anfängen bereits eingesetzt und da und dort schon zu Neuschöpfungen, zur Entstehung und Vermehrung von Entbindungskliniken und Wöchnerinnenheimen geführt hat. Alle Anzeichen deuten darauf hin, daß sich langsam, aber unaufhaltsam, die Wandlung vollzieht, die von der alten Geburtshilfe zur Anstaltsgeburtshilfe führt.“¹¹⁴¹ Dürrssen meint, „daß durch die Abwartung der Geburt in einer gutgeleiteten Gebäranstalt sich die mütterliche Mortalität von ein Prozent auf 0,1 Prozent herabsetzen läßt und daß dementsprechend auch die kindliche Mortalität eine viel geringere ist.“¹¹⁴²

Komme es nun unter der Geburt zu Schwierigkeiten, die sich bei der Mutter als Fieber und beim Kind als langsamer werdende Herztöne äußerten, habe man laut Dürrssen in der Klinik nun die Möglichkeit, durch einen chirurgischen Eingriff die Geburt einem glücklichen Ende zuzuführen. Die häufigste dazu angewandte Entbindungsmethode sei der vaginale Kaiserschnitt. Dürrssen fügt noch hinzu, daß er den vaginalen Kaiserschnitt so vereinfacht habe, daß er auch bei der häuslichen Geburt von Arzt und Hebamme ohne weiteres durchzuführen sei. Allerdings sei diese Errungenschaft unbeachtet geblieben und werde im Studium auch nicht gelehrt. Dies lasse den Schluß zu, daß in der häuslichen Geburtshilfe immer noch Methoden angewandt würden, die mangelhaft und gefährlich seien. Bei Problemen unter der Geburt werde entweder das Kind bei lebendigem Leib zerstückelt, oder es werde gewaltsam aus den Geburtswegen entfernt, was dazu führen könne, daß Kind und Mutter bleibende Schäden davontrügen. Solche

¹¹³⁹ Ein gewisser Professor Seitz (Es konnten keine weitergehenden biographischen Angaben ermittelt werden.) der Münchner Universitäts-Frauenklinik kam zu diesen Ergebnissen bei Arbeiten mit Material der Münchner Universitäts-Frauenklinik und allgemeinen Statistiken.

¹¹⁴⁰ Vgl. DÜHRSSSEN (1919), S. 71f.

¹¹⁴¹ DÜHRSSSEN (1919), S. 72 (Zitat).

¹¹⁴² DÜHRSSSEN (1919), S. 73 (Zitat).

Methoden könnten zum Beispiel zur Unfruchtbarkeit der Mutter führen, was eine Schädigung der Familie und eine starke Belastung der Krankenkassen nach sich ziehe.¹¹⁴³

Dührssen fordert deswegen, „daß jede Geburt in einer gutgeleiteten Anstalt abgewartet werden muß, wenn das Ideal der geburtshilflichen Tätigkeit, nämlich Mutter und Kind ohne Schädigung durch den Geburtsakt hindurchzubringen, erreicht werden soll.“¹¹⁴⁴

Jede Gebärende sollte nach der Geburt 14 Tage im Krankenhaus bleiben. Da dies aber der fehlenden Betten wegen nicht möglich sei, schlägt er vor, jede Schwangere bei Beginn der Geburt mit dem Auto abzuholen und in die Klinik zu bringen und danach mit dem Krankenwagen wieder nach Hause zu fahren.¹¹⁴⁵ Da hierfür gute Verkehrswege und Transportmittel nötig seien, sei dies vorerst nur in der Umgebung größerer Städte möglich. Um den Ablauf zusätzlich noch zu erleichtern, sollte sich die Schwangere schon vier Wochen vor dem vermutlichen Termin in der Anstalt genau untersuchen lassen.¹¹⁴⁶

Dührssen nimmt in seine Ausführungen auch einen Teil des Vortrags¹¹⁴⁷ des Sozialpolitikers Geheimrat Faßbenders auf, in welchem dieser die Gedanken Dührssens lobt, und bittet diesen Ideen Aufmerksamkeit zu schenken.¹¹⁴⁸

Dührssen meint, daß ein geburtshilfliches Ambulatorium mit entsprechenden Leistungen, einem erfahrenen Frauenarzt als Leiter und mindestens weiteren vier Ärzten bald das allgemeine Vertrauen erobern werde:¹¹⁴⁹ „Jedenfalls ist es eine absolut notwendige Forderung der modernen Wissenschaft, daß jedes schon vorhandene oder neu zu erbauende Krankenhaus mit einer geburtshilflichen – gynäkologischen Abteilung versehen werde, und daß der leitende Arzt dieser Abteilung, auch wenn sie nur 40 Betten umfaßt, in der Anstalt wohne.“¹¹⁵⁰

Dührssen vergleicht seine Berechnungen mit diesbezüglichen Berechnungen anderer Arbeiten und kommt zu dem Schluß: „Mit 60 000 Betten, 400–1000 Krankenanstalten und 4–5000 Aerzten ließe sich also der stationäre geburtshilflich – gynäkologische Be-

¹¹⁴³ Vgl. DÜHRSSSEN (1919), S. 73.

¹¹⁴⁴ DÜHRSSSEN (1919), S. 73 (Zitat).

¹¹⁴⁵ Vgl. DÜHRSSSEN (1919), S. 74.

¹¹⁴⁶ Vgl. DÜHRSSSEN (1919), S. 77.

¹¹⁴⁷ Vortrag gehalten am 22. Mai 1919 in der 22. Sitzung der Preußischen Landesversammlung.

¹¹⁴⁸ Vgl. DÜHRSSSEN (1919), S. 74f.

¹¹⁴⁹ Vgl. DÜHRSSSEN (1919), S. 75.

¹¹⁵⁰ DÜHRSSSEN (1919), S. 76 (Zitat).

trieb in Deutschland durchführen!“¹¹⁵¹ Zur Bezahlung setzt Dührssen 15.000 bis 20.000 Mark und freie Wohnung für die leitenden Ärzte an, die anderen sollten 10.000 Mark reines Einkommen bekommen, was Kosten in Höhe von 40 bis 50 Millionen Mark verursachen würde, was bei allgemeiner Verstaatlichung des Ärztestandes jedoch bezahlbar sei.¹¹⁵²

Dührssen meint auch, daß die Hebammenstellen bald wegfallen könnten und statt dessen Wochen- oder Säuglingspflegerinnen ausgebildet werden sollten.¹¹⁵³

Die Verstaatlichung der geburtshilflichen Tätigkeit wäre, so Dührssen, gemäß dem Erfurter Programm der Sozialdemokratie,¹¹⁵⁴ wenn auch vorerst nur in großen Städten, leicht durchführbar: „Es würde die bestmögliche unentgeltliche Versorgung gewährleistet und die der Anstalt zugeteilten Aerzte würden mit einem auskömmlichen Gehalt seitens des Staates angestellt werden.“¹¹⁵⁵

Dührssen beschließt seine Ausführungen mit der Bemerkung, daß er beim Durcharbeiten seines Gebietes in bezug auf die Verstaatlichungsidee zu den gleichen Ergebnissen wie Lungwitz gekommen sei.¹¹⁵⁶

Zusammenfassung der Kritikpunkte und Lösungsvorschläge

Thema ‚Mißstände im Geburtswesen und Reformvorschläge‘

Kritisiert wird/werden:	Gefordert wird:
<ul style="list-style-type: none"> • das die Volkskraft schädigende, durch unsterile Verhältnisse hervorgerufene Kindbettfieber • die vielen Fälle des Kindbettfiebers bei häuslichen Geburten, die zu 75 Prozent durch mangelhaft ausgebildete Hebammen durchgeführt würden • die hohe Säuglingssterblichkeit während der Geburt aufgrund der natürlichen Mangelhaftigkeit der häuslichen Geburtshilfe 	<ul style="list-style-type: none"> • die Verbesserung der hygienischen Verhältnisse bei der Geburt • eine ärztliche Überwachung der Frau während der Schwangerschaft und der Geburt • die Durchführung jeder Geburt in einer geburtshilflichen Anstalt • die Verhütung des Todes einer gesunden Frau und des gesunden Säuglings während oder nach der Geburt • die Verhinderung von Geburtsschäden

¹¹⁵¹ DÜHRSEN (1919), S. 76 (Zitat).

¹¹⁵² Vgl. DÜHRSEN (1919), S. 76.

¹¹⁵³ Vgl. DÜHRSEN (1919), S. 77.

¹¹⁵⁴ Genauerer siehe FISCHER (1914), S. 89f. Auszug: „... in dem sog. Erfurter Programm ... wird gefordert: Unentgeltlichkeit der ärztlichen Hilfeleistung einschließlich der Geburtshilfe und Heilmittel.“

¹¹⁵⁵ DÜHRSEN (1919), S. 77 (Zitat).

¹¹⁵⁶ Vgl. DÜHRSEN (1919), S. 78.

Kritisiert wird/werden:	Gefordert wird:
<ul style="list-style-type: none"> • die fehlende Beachtung des von Dürrsen stark vereinfachten vaginalen Kaiserschnitts im Studium • die in der häuslichen Geburtshilfe angewandten gefährlichen Methoden und schwerwiegenden Folgen 	<ul style="list-style-type: none"> • ein Bad der Mutter vor der Geburt und „sterile Verhältnisse“ währenddessen • der Aufenthalt der Gebärenden für mindestens 14 Tage im Krankenhaus nach der Geburt oder der Transport in die Klinik und retour mit dem Auto • die genaue Untersuchung jeder Schwangeren vier Wochen vor dem Termin • die Schaffung von geburtshilflichen Ambulatorien mit einem Frauenarzt als Leiter und vier zusätzlichen Ärzten • die Einrichtung einer geburtshilflich-gynäkologischen Abteilung in jedem Krankenhaus • <i>die Verstaatlichung des Ärztestandes zur Deckung der Kosten</i> • die Ausbildung von Wochen- und Säuglingspflegerinnen • die Durchführung der Verstaatlichung der Geburtshilfe nach dem „Erfurter Programm“ der Sozialdemokraten

4.2.4.2 Die Verstaatlichung der Fürsorge

System der Verstaatlichung der Fürsorge

Der zweite Teil der Denkschrift beschäftigt sich mit der Fürsorge und deren Verstaatlichung. Am Anfang beschreibt Dr. R. Springer, der sich im ersten Teil der Verstaatlichung des Krankenhauswesens widmet, das System der Verstaatlichung der Fürsorge.

Er bemängelt: „Die öffentliche Gesundheitspflege der Vergangenheit enthielt zu wenig sozialen Geist.“¹¹⁵⁷ Sie habe die Seuchenbekämpfung in bezug auf die Allgemeinheit durchzuführen und kümmere sich eventuell noch um wirtschaftlich Schwache.

In Zukunft solle die öffentliche Gesundheitspflege dazu dienen, sich um das ganze Volk zu kümmern, und es solle des weiteren ein Schwerpunkt auf sozialhygienische Fragen gelegt werden. Man solle die Verhütung der Krankheiten – die Prophylaxe – in den Vordergrund stellen, und nicht deren Bekämpfung.¹¹⁵⁸

Vor allem der vergangene Krieg fordere die Sozialpolitik heraus. Springer meint, daß eine Verbesserung nur möglich sei, wenn der Sozialpolitiker eng mit dem Arzt zusammenarbeite. Das ganze Volk sei gesundheitlich gefährdet, deswegen sollte die Armenpflege in eine vorbeugende Wohlfahrtspflege für alle umgewandelt werden. Die schon vorhandene Wohlfahrt sei vornehmlich charitativer Art, beschäftige sich meist nur mit Einzelfällen und greife erst dann ein, wenn die Krankheit schon manifest sei, anstatt ihr vorzubeugen.¹¹⁵⁹

Springer argumentiert, daß die gesamte Fürsorge zentralisiert werden müsse. Da die Mittel und Wege der Caritas nicht zum Ziel geführt hätten, sollte man danach streben, daß das ganze Volk selbst für seine Gesundheit eintrete und Sorge. Richtlinien könnten helfen, das Gesundheitswesen auszubauen und die Fürsorge zu verstaatlichen. In einem durch den Krieg schwer geschädigten Staat sei dies zwar nicht einfach, aber oft gehe es nicht darum, Geldmittel bereitzustellen, sondern die Änderungen durch Organisation und zweckdienlichere Verwendung von Mitteln zu bewerkstelligen. Manchmal zahlten sich große Ausgaben auch erst später aus. Am wichtigsten für einen Aufschwung Deutschlands sei die gesundheitliche Kräftigung vor allem der erwerbstätigen Schichten

¹¹⁵⁷ SPRINGER (1919b), S. 81 (Zitat).

¹¹⁵⁸ Vgl. SPRINGER (1919b), S. 81.

¹¹⁵⁹ Vgl. SPRINGER (1919b), S. 82.

des Volkes.¹¹⁶⁰ Meist seien es ähnliche soziale Schäden, wie geringes Wissen über die Alltagshygiene und Mißstände im Wohnungswesen, bei der Ernährung und der Arbeit, welche die verschiedenen Krankheiten hervorriefen und oft zu deren Verbreitung beitrügen. Dagegen sollte die Fürsorge ankämpfen.¹¹⁶¹

Springer beschreibt die Fürsorge nach den unterschiedlichen Lebensabschnitten. Er beginnt mit der werdenden Mutter und dem Säugling; beide benötigten seiner Meinung nach einen besonderen gesetzlichen Schutz. Der gesetzliche Mutterschutz wurde in Deutschland 1878 eingeführt, ein Schutz für den Säugling kam erst in den 1890er Jahren.¹¹⁶²

Springer ist der Meinung, daß die Frau insbesondere durch die Erwerbstätigkeit gesundheitliche Schäden davontrage. Viele Frauen hätten neben der Arbeit noch zusätzlich den Haushalt und die Kinder zu versorgen. Springer weist auch auf Untersuchungen hin, die nahelegen, daß das Erwerbsleben der Frau zu einer erhöhten Zahl von Fehl- und Frühgeburten führe, welche teilweise im direkten Zusammenhang mit dem Beruf stünden. In der Tabak- und Bleiindustrie seien die Zahlen extrem erhöht.¹¹⁶³ Da der berufstätigen Frau die Zeit zur Schonung nach der Geburt fehle, sei sie laut Springer größeren gesundheitlichen Risiken ausgesetzt als die nicht arbeitende Frau. Auch fehle ihr die Zeit und Kraft, ihren Säugling zu stillen. Durch künstliche Ernährung steige jedoch die Säuglingssterblichkeit auf ein Vielfaches an.¹¹⁶⁴

Springer bedauert ferner, daß in der ganzen Bevölkerung die Hygiene sehr zu wünschen übrig lasse. In den niedrigeren Schichten grassierten oft völlig falsche Auffassungen über den menschlichen Körper, was den Kurpfuschern ihre Arbeit sehr erleichtere. In den gebildeteren Kreisen seien die Verhältnisse durch die Lebensumstände etwas besser. Der Grund für die schlechte hygienische Ausbildung sei der frühzeitige Einstieg der jungen Mädchen ins Erwerbsleben, meist direkt nach Schulabschluß. Ihnen fehle das Wissen über das adäquate Verhalten während der Menstruation oder der Schwangerschaft, über richtige Säuglingspflege, Kindererziehung und auch über die Haushaltsführung an sich.¹¹⁶⁵

¹¹⁶⁰ Vgl. SPRINGER (1919b), S. 82f.

¹¹⁶¹ Vgl. SPRINGER (1919b), S. 97.

¹¹⁶² Vgl. SPRINGER (1919b), S. 83.

¹¹⁶³ Vgl. SPRINGER (1919b), S. 83f.

¹¹⁶⁴ Vgl. SPRINGER (1919b), S. 84.

¹¹⁶⁵ Vgl. SPRINGER (1919b), S. 84f.

In einer schlechten Situation seien auch die ledigen Mütter, so Springer, denn bei ihnen sei die Sterblichkeit größer als bei verheirateten Frauen, und auch die Säuglingssterblichkeit sei erhöht.¹¹⁶⁶

Springer fordert die Einschränkung der Berufstätigkeit der schwangeren Frau, sowie ihre wirtschaftliche Unabhängigkeit. Es sollten Einrichtungen zum Schutz der Mutter und des Säuglings geschaffen werden. Des weiteren sei die hygienische Ausbildung der jungen Mädchen zu fördern, und auch über das richtige Aufziehen der Kinder müßten sie aufgeklärt werden. Besonders ledige Mütter sollten entsprechenden Schutz bekommen. Außerdem müsse die Wohnungshygiene angegangen und verbessert werden.¹¹⁶⁷

Zwar bestünden schon einige Gesetze und Einrichtungen, diese seien aber absolut ungenügend. Die Gewerbeordnung lege fest, daß „die Arbeiterinnen vor und nach ihrer Niederkunft, im ganzen während acht Wochen nicht beschäftigt werden dürfen, ihr Wiedereintritt ist an den Ausweis geknüpft, daß seit ihrer Niederkunft wenigstens sechs Wochen verflossen sind,“¹¹⁶⁸ wobei der ‚Internationale Kongreß für Hygiene‘ schon 1900 beschlossen habe, daß Schwangere drei Monate vor der Geburt nicht mehr ihrer Arbeit nachgehen dürften. Das obige Gesetz und auch die Neuerung mit einer Verlängerung der Arbeitspause auf vier Wochen vor der Geburt seien absolut unzureichend – allein schon im Hinblick auf die Empfehlung des Hygienekongresses.¹¹⁶⁹ Zudem existiere noch ein Gesetz über Wochenhilfe und Wochenfürsorge, das der Familie der Wöchnerin eine Haushaltshilfe zur Verfügung stelle. Zusätzlich bekomme die Wöchnerin Wochenlohn für zehn Wochen, Beihilfen für die Entbindung und die Arztkosten und Stillgeld für zwölf Wochen. Durch die Reichsversicherungsordnung seien außerdem freiwillige Leistungen der Kassen geplant, wie Schwangerengeld und Aufnahme in Wöchnerinnenheime. Zusätzlich gebe es noch wohltätige Bestrebungen wie Mütterheime, Entbindungsanstalten, Säuglingsheime, Krippen und Säuglingsfürsorgestellen für die Beratung der Mütter. Springer zufolge müsse man fordern, daß der Staat die Kosten für Hebamme und Arzt trage und entsprechende Entbindungsanstalten zu Verfügung stelle. Außerdem sollten mehr Mütter die Wochenhilfe in Anspruch nehmen können. Auch das Krankengeld sollte durch den Grundlohn ersetzt werden, denn viele Mütter nähmen den Schutz

¹¹⁶⁶ Vgl. SPRINGER (1919b), S. 85.

¹¹⁶⁷ Vgl. SPRINGER (1919b), S. 85f.

¹¹⁶⁸ SPRINGER (1919b), S. 86 (Zitat).

¹¹⁶⁹ Vgl. SPRINGER (1919b), S. 87.

der Gewerbeordnung nicht in Anspruch, weil das Gehalt beehrter sei als die Wochenhilfe und das Wochengeld. Um dem vorzubeugen, sollte man nicht nur den Grundlohn zahlen, sondern häufiger Inspektionen unter den weiblichen Mitarbeiterinnen durchführen. Das Stillgeld habe sich bereits positiv auf die Säuglingssterblichkeit ausgewirkt.¹¹⁷⁰

Die Säuglingsfürsorge, die nur eine Wohltätigkeitseinrichtung sei, bedürfe dringend einer Reform, meint Springer, denn bis zum jetzigen Zeitpunkt würden die Eltern der Kinder nur beraten, die Kinder selbst aber nicht behandelt. Außerdem seien die Eltern auch nicht verpflichtet, die Kinder in die Säuglingsfürsorge zu geben. Um den Säuglingsfürsorgestellen nun eine gewisse Autorität zu verleihen, sollten sie öffentlich-rechtlichen Charakter erhalten. Um sicher zu gehen, daß die kranken Säuglinge wirklich behandelt würden, sollte Springer zufolge die Familienversicherung eingeführt werden. Des weiteren spricht er sich für die Einrichtung von Stillsälen und Krippen in großen Betrieben aus, was allerdings gesetzlich verankert werden müsse.¹¹⁷¹

In bezug auf das uneheliche Kinder betreffende Gesetz¹¹⁷² stellt Springer fest: „Vor allem wird nötig sein die Festsetzung, daß bei dem Unterhalt der unehelichen Mutter und Kindes die Stellung des Vaters in Berücksichtigung gezogen wird, nicht wie bisher nur die der Mutter und daß vor allem auch eine Erbberechtigung des unehelichen Kindes eintritt.“¹¹⁷³

Bei den Pflegekindern müsse sich ebenfalls etwas ändern, denn sie wiesen eine besonders hohe Sterblichkeit auf. Springer fordert die genaue Überprüfung der Verhältnisse der zukünftigen Familie, der die Pflegekinder zugesprochen würden. Außerdem sollten die Pflegekinder mehrmals im Jahr ärztlich untersucht werden.¹¹⁷⁴

Zur Durchführung dieser zahlreichen Aufgaben sei Springers Meinung nach eine staatliche Zentralstelle vonnöten.¹¹⁷⁵

Springer verlangt außerdem die Schaffung einer Fürsorge im Kleinkindesalter. Denn in diesem Alter seien die Kinder den gesundheitlichen Gefahren, wie Lungentuberkulose, Magen-Darm-Katarrh und vielen anderen Krankheiten besonders ausgeliefert. Er zitiert

¹¹⁷⁰ Vgl. SPRINGER (1919b), S. 87.

¹¹⁷¹ Vgl. SPRINGER (1919b), S. 88.

¹¹⁷² Artikel 121 der neuen Reichsverfassung besagt, „daß den unehelichen Kindern durch Gesetzgebung die gleichen Bedingungen für ihre leibliche, seelische und gesellschaftliche Entwicklung zu schaffen sind wie den ehelichen Kindern.“ SPRINGER (1919b), S. 88.

¹¹⁷³ SPRINGER (1919b), S. 89 (Zitat).

¹¹⁷⁴ Vgl. SPRINGER (1919b), S. 89.

¹¹⁷⁵ Ebenda.

einen Pädiater, der meint, daß die Tuberkulose im Kindesalter bekämpft werden müsse, da sie eine Kinderkrankheit sei. Auch die seelischen Probleme der Kinder müßten stärker berücksichtigt werden, weil alle Eindrücke in diesem Alter prägend für die Zukunft seien. Die Fürsorge sollte Springer zufolge verstärkt werden. Die Einrichtung von weiteren Krippen sollte gesetzlich angeordnet werden; dies gelte auch für Krippen in den Betrieben (siehe oben). Die Säuglingsfürsorgestellen sollten auch Kleinkinder mit einbeziehen, und in den Kleinkinderschulen müßten die Kinder einer regelmäßigen ärztlichen Untersuchung unterzogen werden. Ferner sollten für die Kinder auch entsprechend viele Krankenhäuser und Pflegeheime zur Verfügung stehen.¹¹⁷⁶

Die Fürsorge in der Schule sei mit am besten ausgebaut. In Deutschland seien sogenannte Schulärzte eingeführt, die sich um die Schulgesundheitspflege kümmerten. Springers Ansicht nach sollten sich die Schulärzte noch mehr der „anormalen“ Kinder annehmen, um zu verhindern, daß diese später in zweifelhafte soziale Milieus gerieten, wie es zur damaligen Zeit oft der Fall sei. Außerdem sollte der Schularzt die Aufgabe des Berufsberaters noch ausweiten. Reformbedürftig sei laut Springer vor allem die ärztliche Tätigkeit des Schularztes. Er habe noch zu geringen Einfluß auf die Ausführung der Behandlung der kranken Schulkinder. Dem könne durch Einführung einer Familienversicherung entgegengewirkt werden, da die Eltern dann nicht aus finanziellen Gründen auf die Behandlung ihrer Kinder verzichteten. Des weiteren fordert Springer Hygieneunterricht in der Schule, um den Kindern das tägliche hygienische Verhalten beizubringen. Um das Interesse an Sauberkeit zusätzlich zu wecken, solle man eine Reinlichkeitsnote einführen.¹¹⁷⁷

Springer tritt vehement für das generelle Verbot der Kinderarbeit ein, dessen Durchführung allerdings das hygienische Verständnis des Volkes voraussetze.¹¹⁷⁸

Die Jugendlichen seien direkt nach dem Schulabschluß besonderen körperlichen, seelischen und moralischen Gefahren ausgesetzt. Da man diese aber nicht von ihnen fernhalten könne, solle man ihnen durch die richtige Erziehung einen festen Charakter angeeignet lassen, der sie weniger beeinflusbar mache. Außerdem sollten sie gesundheitlich überwacht werden, weil bei ihnen häufig die seit der Kindheit bestehende latente Tu-

¹¹⁷⁶ Vgl. SPRINGER (1919b), S. 89-91.

¹¹⁷⁷ Vgl. SPRINGER (1919b), S. 91-93.

¹¹⁷⁸ Vgl. SPRINGER (1919b), S. 93.

berkulose zum Ausbruch komme.¹¹⁷⁹ Natürlich sei auch in den Fortbildungsschulen Unterricht in Hygiene zu erteilen, und die Mädchen sollten praktische Kurse in Säuglingshygiene nutzen können. Springer bedauert, daß die Schutzmaßnahmen von seiten der Gewerbeordnung unzureichend seien; sie bedürften unbedingt einer Reform. Auch die Wohnungsverhältnisse der Jugendlichen sollten verbessert werden. Springer schlägt die „Schaffung von Ledigenheimen“¹¹⁸⁰ vor.¹¹⁸¹

Springer begrüßt die angekündigte Einführung des Jugendschutzgesetzes, fordert aber zugleich, daß den bestehenden sowie den neuentstehenden Jugendämtern nicht nur ein Jurist vorstehen solle, sondern auch ein Arzt, der sich um die sozialhygienischen Belange der Jugendlichen zu kümmern habe.¹¹⁸²

Um die vielen ausgeführten Vorschläge zu verwirklichen, bedürfe es öffentlich-rechtlicher Fürsorgestellen; diese Fürsorgeämter, mit einem Arzt und einem Juristen an der Spitze könnten den von Lungwitz vorgeschlagenen Gesundheitsämtern angeschlossen werden. Sie sollten für die Registrierung aller der Fürsorge Bedürftigen, für Aufklärung, Berufsberatung, Belehrung des Volkes und die Fürsorge an sich zuständig sein. Hierfür sollten so viele Fürsorgeschwestern eingestellt werden, daß sie jeweils einen kleinen Bereich versorgen könnten. Das Fürsorgeamt selbst solle engen Kontakt zu den Wohnungsämtern, Krankenhäusern, sozialen Versicherungen, Kommunalverbänden und anderen wichtigen Institutionen unterhalten. Man solle jedoch keinesfalls ganz auf die private Wohltätigkeit verzichten – erstens aus Gründen der finanziellen Lage des Landes, und zweitens, weil man von den vielen gesammelten Erfahrungen profitieren könne. Vielmehr müsse das bestehende Fürsorgesystem langsam in eine staatliche Organisation überführt werden.¹¹⁸³

¹¹⁷⁹ Vgl. SPRINGER (1919b), S. 94.

¹¹⁸⁰ SPRINGER (1919b), S. 95 (Zitat).

¹¹⁸¹ Vgl. SPRINGER (1919b), S. 95.

¹¹⁸² Vgl. SPRINGER (1919b), S. 96.

¹¹⁸³ Vgl. SPRINGER (1919b), S. 97-99.

Zusammenfassung der Kritikpunkte und Lösungsvorschläge

Thema ‚Mißstände in der Fürsorge und Reformvorschläge‘

Kritisiert wird/werden:	Gefordert wird/werden:
<ul style="list-style-type: none"> • der fehlende Bezug der öffentlichen Gesundheitspflege zur Allgemeinheit • das geringe Wissen über Alltags- und Wohnungshygiene und über Ernährungsfragen • die durch die Erwerbstätigkeit verursachten gesundheitlichen Schäden der berufstätigen Frau • die Schäden, die der Säugling durch die Berufstätigkeit seiner Mutter davontrüge. • die unzureichende Hygiene des Volkes • die verbreitenden falschen Auffassungen über den menschlichen Körper • die schlechte hygienische Ausbildung durch frühen Berufseintritt der Mädchen • die unzulänglichen Gesetze und Einrichtungen zum Schutz von Mutter und Säugling • die schlechte Situation der ledigen Frauen • die zu geringe Wochenhilfe für die Mutter • die fehlende ärztliche Behandlung in den Säuglingsfürsorgestellen • die Unterhaltsforderung von der Mutter • die nicht vorhandene Verpflichtung, Kinder in eine Säuglingsfürsorgestelle zu geben • die hohe Sterblichkeit der Pflegekinder • die gesundheitlichen und seelischen Gefahren für Kleinkinder • das leichte Abrutschen von anormalen Kindern in niedrige soziale Milieus durch unzureichende Fürsorge • der geringe Einfluß der Schulärzte auf die Behandlung von kranken Kindern 	<ul style="list-style-type: none"> • eine öffentliche Gesundheitspflege für das ganze Volk • die Schwerpunktverlagerung der öffentlichen Gesundheitspflege auf sozialhygienische Fragen • Prophylaxe und Verhütung von Krankheiten als zentrales Element • eine enge Zusammenarbeit des Arztes mit dem Sozialpolitiker • eine Umwandlung der Armenpflege in eine vorbeugende Wohlfahrtspflege für alle • die Zentralisation der gesamten Fürsorge • eine gesundheitliche Kräftigung vor allem der Erwerbstätigen • besonderer gesetzlicher Schutz für die werdende Mutter und den Säugling • die Einschränkung, bzw. die Unabhängigkeit der schwangeren Frau von der Berufstätigkeit • Einrichtungen zum Schutz von Mutter und Säugling • die Übernahme der Kosten für Arzt und Hebamme durch den Staat • die Schaffung von Entbindungsanstalten • das Ersetzen des Krankengeldes durch den Grundlohn • eine Reform der Säuglingsfürsorge (öffentlich – rechtlicher Charakter) • die Einführung einer Familienversicherung • die Einrichtung von Stillsälen und Krippen in großen Betrieben • die Beteiligung des Vaters an Unterhaltszahlungen, sowie Erbberechtigung des unehelichen Kindes

Kritisiert wird/werden:	Gefordert wird/werden:
<ul style="list-style-type: none"> • die reformbedürftigen Schutzmaßnahmen durch die Gewerbeordnung 	<ul style="list-style-type: none"> • jährliche ärztliche Untersuchungen von Pflegekindern und Überprüfung der zukünftigen familiären Verhältnisse • die Schaffung einer Fürsorge für die gesundheitlich und seelisch besonders gefährdeten Kleinkinder • die bessere Betreuung von „anormalen“ Kindern durch die Schulärzte • die Ausweitung der Berufsberaterfunktion des Schularztes • eine Reform der schulärztlichen Tätigkeit • hygienischer Unterricht an Schulen mit Einführung einer Reinlichkeitsnote • ein generelles Verbot von Kinderarbeit • Jugendlichen einen festen Charakter anzuerziehen, um sie weniger beeinflussbar zu machen • eine gesundheitliche Überwachung von Jugendlichen • hygienischer Unterricht auch in Fortbildungsschulen • praktische Kurse in Säuglingshygiene für Mädchen in Fortbildungsschulen • die Verbesserung der Wohnungsverhältnisse von Jugendlichen • der Vorsitz eines Juristen und Arztes bei den neuentstehenden Jugendämtern • die Schaffung öffentlich – rechtlicher Fürsorgestellen • die Ausführung der Fürsorge durch Fürsorgeschwestern • Fürsorgeämter mit engem Kontakt zu allen wichtigen Institutionen • auf die private Fürsorge nicht zu verzichten

Die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten

Dr. med. Dreuw aus Berlin¹¹⁸⁴ behandelt in der Denkschrift die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.¹¹⁸⁵ Dreuw hatte schon 1915 die allgemeine, gleiche, diskrete Anzeige- und Behandlungspflicht von Geschlechtskrankheiten empfohlen: „Dieses System sieht ein ‚Statistisches Gesundheitsamt‘ vor, das vielleicht dem Reichsgesundheitsamte eingegliedert werden könnte und eine Filiale in jeder Provinz und jedem Bundesstaat im Anschluß an die dort befindlichen Medizinal- oder Statistischen Aemter haben könnte.“¹¹⁸⁶

Die daraus resultierenden Vorteile für den Staat wären darin zu sehen, daß er sich die Kosten für die Sittenpolizei sparen könne und außerdem noch Beamte und Räumlichkeiten zur freien Verfügung hätte. Vor allem durch den Krieg sei die Zahl der an Geschlechtskrankheiten Erkrankten in einem solchen Umfang angestiegen, daß die obige Anzeigepflicht so schnell wie möglich eingeführt werden müsse. Dreuw fordert, daß die hygienischen Maßnahmen auf alle – vom Kind bis zum Erwachsenen, Männer wie Frauen – ausgedehnt werden solle und daß die „Klassenhygiene“ abgeschafft werden müsse, wie es bei der Impffrage schon der Fall sei. Bis dato würden nur Prostituierte behandelt, und selbst von ihnen nur ein Teil.¹¹⁸⁷ Dreuw bemerkt hierzu: „... gleiches Recht für alle, gleiche Hygiene für alle, gleiche Pflichten im Interesse der allgemeinen Gesundheit bei allen ansteckenden Krankheiten, das muß die moderne Devise sein, auch bei den Geschlechtskrankheiten.“¹¹⁸⁸

Die Diskretion, um die viele bangten, sei durch Einreihung der Geschlechtskrankheiten in das Seuchengesetz in diskreter Form gewahrt. Dreuw verweist auch auf die vielen

¹¹⁸⁴ Heinrich Dreuw (1874-1934) aus Berlin ist Polizeirat a.D., Mitglied des Beirats zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten und zur Regelung der Prostitutionsfrage im Ministerium für Volkswohlfahrt, Hygieniker und Dermatologe.

¹¹⁸⁵ Der Beitrag trägt eine Anmerkung des Herausgebers, also Lungwitz, die hier wörtlich wiedergegeben ist: „Herr Kollege Dreuw tritt ein für eine staatliche Neuordnung der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, eine Maßnahme, die unerlässlich ist, solange das g e s a m t e Heil- und Fürsorgewesen noch nicht verstaatlicht ist. Die Ausführungen Dreuws belegen auch für das Gebiet der Geschlechtskrankheiten unsere Ansicht, daß die staatliche Organisation dringend nötig ist und allein zum Ziele führt. – Im übrigen zeigt die Arbeit Dreuws zur Evidenz, daß sich Therapeut und Hygieniker nicht trennen lassen: die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten zählt sowohl in das Bereich des Therapeuten wie des Hygienikers, worauf schon Seite 24 [in der Denkschrift] hingewiesen wurde. – Bei der Einführung meines Systems wäre die Anzeigepflicht in der Verpflichtung der Aerzte zur Führung von Krankenblättern, Statistiken usw. gegeben.“ LUNGWITZ (1919a), S. 100.

¹¹⁸⁶ DREUW (1919), S. 100 (Zitat).

¹¹⁸⁷ Vgl. DREUW (1919), S. 100f.

¹¹⁸⁸ DREUW (1919), S. 102 (Zitat).

Kassenmitglieder, die einer Behörde gegenüber zur Anzeige verpflichtet seien, obwohl diese nicht durch ein Gesetz zum Stillschweigen verpflichtet sei.¹¹⁸⁹

Krankheiten wie Syphilis, Schanker und Tripper seien laut Seuchengesetz nicht anzeigepflichtig und dürften deshalb weder beobachtet, abgesondert noch zur Behandlung gezwungen werden. Nur die Prostituierten stellten eine Ausnahme dar. Ein großes Problem, laut Dreuw, sei auch die Tatsache, daß viele Patienten die Syphilis nicht richtig austherapierten, weil sie die Behandlung verfrüht abbrächen.¹¹⁹⁰ Der Staat habe erfolglos versucht, dem durch Beratungsstellen entgegenzuwirken. Dies sei nicht verwunderlich, denn die Personen, die eine Beratung in Anspruch nähmen, seien auch ohne diese pflichtbewußt genug, die Therapie bis zum Schluß durchzuhalten. „Die übrigen, die Indolenten, die Böswilligen und Imbezillen“¹¹⁹¹ meldeten sich allerdings ohne Zwang nicht, meint Dreuw. Er ist wie viele andere Ärzte auch der Meinung, daß das Sprechzimmer des Arztes die Beratungsstelle sein sollte. Allerdings könne man es dem Arzt nicht zumuten zu entscheiden, ob der Patient angezeigt werden solle oder nicht; es solle gesetzlich geregelt sein, daß alle Fälle dem Gesundheitsamt gemeldet werden müßten, dieses aber zu strengstem Stillschweigen verpflichtet sei.¹¹⁹²

Die Entscheidung, ob nur der approbierte Arzt die Behandlung der Geschlechtskrankheiten durchführen dürfe oder auch der nicht-approbierte Arzt, überläßt Dreuw denjenigen, die darüber befinden, ob die Kurierfreiheit abgeschafft werde oder nicht. Sein Entwurf sei für beide Möglichkeiten geeignet, wobei er allerdings verlange, daß Nichtapprobierte sich die entsprechenden Kenntnisse aneignen müßten.¹¹⁹³

Dreuw will mit seinem Entwurf Richtlinien vorgeben, die natürlich bei Verwirklichung der einen oder anderen Änderung bedürften. Nur durch die diskrete Anzeige- und Behandlungspflicht wäre es möglich, die Zahl der Geschlechtskranken in Deutschland überhaupt herauszufinden und diese zu heilen.¹¹⁹⁴

Dreuw hält es für unbegreiflich, wie die beschränkte Anzeigepflicht, die schon 1835 erstmals eingeführt und dann wegen Korruption wieder aufgegeben worden sei, 80 Jah-

¹¹⁸⁹ Vgl. DREUW (1919), S. 102.

¹¹⁹⁰ Ebenda.

¹¹⁹¹ DREUW (1919), S. 103 (Zitat).

¹¹⁹² Vgl. DREUW (1919), S. 103f.

¹¹⁹³ Vgl. DREUW (1919), S. 104f.

¹¹⁹⁴ Vgl. DREUW (1919), S. 105.

re später – also 1919 – erneut eingeführt werden könne.¹¹⁹⁵ Seiner Meinung nach sei nur die allgemeine, diskrete Anzeigepflicht in Zukunft von Erfolg gekrönt.¹¹⁹⁶

Es folgt in der Denkschrift sodann ein Entwurf für ein Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten,¹¹⁹⁷ der hier jedoch nicht wiedergegeben werden soll.

Zusammenfassung der Kritikpunkte und Lösungsvorschläge

Thema ‚Mißstände in der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten und Reformvorschläge‘

Kritisiert wird:	Gefordert wird:
<ul style="list-style-type: none"> • die während des Krieges massiv angestiegene Zahl an Geschlechtskranken • die Behandlung lediglich der Prostituierten • die fehlende Anzeigepflicht von Krankheiten wie Syphilis, Schanker und Tripper • die oft unvollständige Therapie der Syphilis • die Wiedereinführung der wegen Korruption verlassenen beschränkten Anzeigepflicht 	<ul style="list-style-type: none"> • eine schnellstmögliche Einführung einer allgemeinen, gleichen, diskreten Anzeige- und Behandlungspflicht von Geschlechtskrankheiten • die Schaffung eines statistischen Gesundheitsamtes • die Abschaffung der Klassenhygiene • die Einreihung der Geschlechtskrankheiten in das Seuchengesetz in diskreter Form • das Sprechzimmer des Arztes als Beratungsstelle zu sehen • die Einführung einer gesetzlichen Verpflichtung, alle Fälle von Geschlechtskrankheiten dem zum Schweigen verpflichteten Gesundheitsamt zu melden

¹¹⁹⁵ Vgl. DREUW (1919), S. 106.

¹¹⁹⁶ Vgl. DREUW (1919), S. 105.

¹¹⁹⁷ Der Gesetzentwurf ist nachzulesen in: DREUW (1919), S. 107-114.

Die Bekämpfung der Tuberkulose

Dr. C. Kraemer¹¹⁹⁸ gibt in der Denkschrift Teile seiner Arbeit über die Fehler in der Bekämpfung der Tuberkulose wieder. Kraemer bedauert, daß die Abnahme der Tuberkulose bis zum Krieg nicht von Dauer gewesen sei. Er glaubt, dies darauf zurückführen zu können, daß die Tuberkulose nie richtig bekämpft worden sei. Die ihr zugrunde gelegten schädigenden Ursachen, wie schlechte Ernährung, Überarbeitung, zunehmende Wohnungsdichte, mangelnde Hygiene und anderes mehr, hätten nur zusätzlich zu ihrem erneuten Aufflackern beigetragen.¹¹⁹⁹

Kraemer beschreibt die relativ nutzlose aufwendige Therapie der Tuberkulose der Bronchien, die man für eine Lungentuberkulose gehalten habe, während man die ansteckende offene Lungentuberkulose nicht ausreichend oder gar nicht behandelt habe. Die Folge sei gewesen, daß die Bronchialtuberkulose nicht geheilt worden sei und so jederzeit in eine offene ansteckende Form habe übergehen können, und daß die falsch oder gar nicht behandelten Fälle der infektiösen Tuberkulose zu einer ständigen Infektionsquelle für die Umwelt geworden seien. Durch diesen Teufelskreis sei es während des Krieges, als das Volk ohnehin geschwächt gewesen sei, zu einem massiven Wiederauftreten der Tuberkulose gekommen. Vor allem die Kindertuberkulose sei aufgrund der beengten Wohnverhältnisse und der mangelnden Hygiene stark angestiegen, und auch als Obduktionsnebenbefund würden immer häufiger infektiöse Herde gefunden.¹²⁰⁰

Kraemer schlägt zur Bekämpfung der Tuberkulose vor, die Patienten mit offener Tuberkulose – laut einer württembergischen Statistik 20 Prozent aller Fälle – nur so lange in Heilstätten zu behandeln, bis sie nicht mehr infektiös seien, weil eine Behandlung aller Kranken in Heilanstalten unmöglich sei.¹²⁰¹

Daß diese Maßnahme bisher nicht ergriffen worden sei, sei darauf zurückzuführen, daß die Patienten nicht ausreichend nach Infektiosität unterschieden würden, wobei dies schon durch physikalische Untersuchung möglich sei und durch Sputumuntersuchungen oder Tuberkulintest abgesichert werden könne. Ein weiterer Fehler sei die falsche Organisation der Isolieranstalten, in denen hauptsächlich Todkranke zum Sterben aufge-

¹¹⁹⁸ Dr. C. Kraemer, Spezialarzt für Tuberkulose in Stuttgart.

¹¹⁹⁹ Vgl. KRAEMER (1919), S. 115.

¹²⁰⁰ Vgl. KRAEMER (1919), S. 115-117.

¹²⁰¹ Vgl. KRAEMER (1919), S. 117.

nommen würden, was ihnen den Beinamen „Sterbehäuser“ eingebracht habe. Kraemer meint, daß vor allem die Leichtkranken aufgenommen werden sollten, da sie die größte Gefahrenquelle darstellten, und daß man die sowieso ans Bett gefesselten Todkranken lieber der Obhut des Hausarztes übergeben solle. Wenn mehr Behandlungen der Isolieranstalten durch Erfolg gekrönt seien, dann hätten diese auch einen besseren Ruf. Auch das zur Bekämpfung der Tuberkulose eingeführte Invalidengesetz, das besage, daß das einzige Ziel der Behandlung die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit innerhalb 13 Wochen sei, habe die katastrophale Folge, daß die Anstalten immer mehr leicht oder kaum Kranke aufnahmen und die anderen, noch Tuberkelbazillen ausscheidenden Patienten nach Hause schickten. Kraemer hält es für unmöglich, die Dauer der Tuberkulose-therapie einem Zeitlimit zu unterwerfen.¹²⁰²

Er führt aus: „Es war eine beklagenswerte Kurzsichtigkeit, den augenblicklichen Nutzen für den Staatssäckel über das Wohl der Kranken und des ganzen Volkes zu setzen. Die jetzige Tuberkulosekatastrophe stellt die Schlussabrechnung dieses schlechtkalkulierten geschäftlichen Unternehmens dar.“¹²⁰³

Zur Frage der Verstaatlichung meint Kraemer, daß die Privat-Lungenheilstätten erhalten bleiben sollten, da sie die Volksheilstätten entlasteten und es jedem, der zahle, selbst überlassen sei, wo er sich therapieren lasse.¹²⁰⁴

Die Volksheilstätten seien im Grunde schon verstaatlicht, da sie das Werk der Versicherungsanstalten seien. Also habe laut Kraemer die Abschaffung des Invalidengesetzes, das die Volksheilstätten zu so unwirksamen Behandlungen zwänge, oberste Priorität.¹²⁰⁵

Kraemer zufolge solle der Staat vor allem die Fürsorgestellen übernehmen oder ausreichend finanziell unterstützen, denn diese hätten mit den größten Erfolg im Kampf gegen die Tuberkulose: „... sie können hineingreifen ins volle tuberkulöse Menschenleben: Neuinfektionen verhindern, angegangene Tuberkulose frühestens erkennen, dafür sorgen (nicht bloß 13 Wochen lang), daß die geschlossenen Formen heilen oder nicht zu offenen werden, letztere baldmöglichst den Anstalten überweisen und die daraus Entlassenen überwachen (was wesentlich erleichtert würde und die ganze Arbeit erfolgreicher gestaltete, wenn diese in nicht mehr ansteckungsfähigem Zustand zurückkämen).“¹²⁰⁶

¹²⁰² Vgl. KRAEMER (1919), S. 117f.

¹²⁰³ KRAEMER (1919), S. 118 (Zitat).

¹²⁰⁴ Vgl. KRAEMER (1919), S. 118f.

¹²⁰⁵ Vgl. KRAEMER (1919), S. 119.

¹²⁰⁶ KRAEMER (1919), S. 119 (Zitat).

Die schon vorhandenen Tuberkulosekrankenhäuser leisteten gute Arbeit, die durch engere Kooperation mit Fürsorgestellen und Vermehrung durch Heranziehung der Landkrankenhäuser weiter verbessert werden könne. Der geltende Grundsatz sei nämlich, „zunächst das Vorhandene auszubauen oder sachgemäß umzuwandeln.“¹²⁰⁷

Da es schon üblich sei, Massenuntersuchungen z.B. in Schulen durchzuführen, scheint es Kraemer fraglich, ob die Einführung einer Anzeigepflicht nötig sei. Allerdings befürwortet er die Etablierung von Tuberkuloseärzten in großen Städten.¹²⁰⁸

Gemeinsam, meint Kraemer, solle man „darauf hinarbeiten: daß in klimatisch günstig gelegenen, zweckentsprechend eingerichteten Anstalten alsbald Platz geschaffen werde für die offenen Lungenkranken“.¹²⁰⁹

Kraemer weist auch darauf hin, daß der Staat endlich erkennen solle, „daß ein infektiöser Lungenkranker keine Arbeit leisten kann (...), weil er sich und den anderen dadurch schadet,“¹²¹⁰ und daß er finanzielle Mittel bereitstellen solle, die Kranken zur Genesung verhelfen. Die Tuberkulose müsse, laut Kraemer, endlich so bekämpft werden, wie man eine Volksseuche zu bekämpfen habe.¹²¹¹

¹²⁰⁷ KRAEMER (1919), S. 119 (Zitat).

¹²⁰⁸ Vgl. KRAEMER (1919), S. 119.

¹²⁰⁹ KRAEMER (1919), S. 120 (Zitat).

¹²¹⁰ Ebenda.

¹²¹¹ Vgl. KRAEMER (1919), S. 120.

Zusammenfassung der Kritikpunkte und Lösungsvorschläge

Thema ‚Mißstände in der Bekämpfung der Tuberkulose und Reformvorschläge‘

Kritisiert wird/werden:	Gefordert wird/werden:
<ul style="list-style-type: none"> • die ungenügende Unterscheidung zwischen Bronchial- und Lungentuberkulose • die falsche Bekämpfung der Tuberkulose und das daraus folgende Wiederaufflackern im Krieg • die relativ nutzlose aufwendige Therapie der Tuberkulose der Bronchien • die nicht ausreichende oder gar fehlende Behandlung der ansteckenden offenen Lungentuberkulose • der Anstieg der Kindertuberkulose wegen stark beengter Wohnverhältnisse und mangelnder Hygiene • das Invalidengesetz und dessen Fehlerhaftigkeit • die ausschließliche Aufnahme der Todkranken in den Isolieranstalten anstelle der Leichtkranken, die häufig eine größere Gefahrenquelle darstellten 	<ul style="list-style-type: none"> • die exakte Unterscheidung der Tuberkuloseformen durch Sputumuntersuchung und Tuberkulintest • die Erhaltung der Privat-Lungenheilstätten zur Entlastung der Volkheilstätten • Übernahme und finanzielle Unterstützung der Fürsorgestellen durch den Staat • die Verbesserung der Zusammenarbeit der Tuberkulosekrankenhäuser mit den Fürsorgestellen • die Etablierung von Tuberkuloseärzten in großen Städten • eine Heilstättenbehandlung speziell für Patienten mit offener Tuberkulose • Todkranken der Behandlung des Hausarztes zu überlassen • Plätze für Patienten mit offener Tuberkulose in klimatisch günstig gelegenen Anstalten freizumachen • die Bekämpfung der Tuberkulose im Sinne einer ‚Volksseuche‘

Die Verstaatlichung des ‚Irrenwesens‘

Dr. I. Enge¹²¹² äußert sich in der Denkschrift zur Verstaatlichung des ‚Irrenwesens‘. Er datiert den Beginn des Verstaatlichungsgedankens auf 1891, als das ‚Erfurter sozialdemokratische Programm‘¹²¹³ erschienen ist, das die ärztlichen Hilfeleistungen, Geburtshilfe und Heilmittel kostenfrei hat zur Verfügung stellen wollen. Es hat die Meinung vertreten, daß es die Aufgabe der Allgemeinheit des Volkes sei, sich um das Gesundheitswesen zu kümmern.¹²¹⁴

Trotz der anfänglichen Ablehnung der Verstaatlichung mehre sich jetzt die Zustimmung, weil sich viele über deren Vorteile klargeworden seien: „Die öffentliche Wohlfahrt, die Gesundheit des Volkes, die Stärkung unseres Nachwuchses verlangt als Leitstern den Satz: Gleiche und gleich gute Hilfe allen denen, die in Krankheitsnot sind.“¹²¹⁵

Enge zufolge bringe es auch dem ‚Irrenwesen‘ Vorteile, wenn es verstaatlicht würde, denn vor allem die Geisteskranken nähmen eine besondere Stellung im Volk ein. Da Geisteskranke nicht nur sich, sondern auch ihre Umwelt gefährdeten, handele es sich bei der Gestaltung des ‚Irrenwesens‘ um eine Aufgabe, welche die Öffentlichkeit betreffe.¹²¹⁶ „Und diese staatliche Verpflichtung zur Fürsorge für die Geisteskranken ist heute allgemein anerkannt und durchgeführt für alle diejenigen, die sich selbst nicht helfen können, d. h. für alle Unbemittelten,“¹²¹⁷ so Enge. Da die Behandlung der Geisteskranken immer mit einer Freiheitsbeschränkung einhergehe, stimmt Enge Kraepelin¹²¹⁸ zu, der meint, die Anstalten müßten dem Staat unterstehen, und sollten nicht von privaten Unternehmen geführt werden, weil dies nur zum Nachteil des Kranken sei. Die von ihm geforderte „unentgeltliche Anstaltsbehandlung unbemittelter Geisteskranker in unmittelbaren Staatsanstalten“¹²¹⁹ sei fast überall schon durchgeführt.¹²²⁰

Die Fürsorge der Epileptiker, Schwachsinnigen, „Idioten“ und Trinker sei allerdings noch nicht unter staatliche Aufsicht gestellt, was allerdings, laut Enge, unbedingt nötig

¹²¹² Dr. I. Enge, Oberarzt in der Heilanstalt Strecknitz-Lübeck.

¹²¹³ Genaueres zum ‚Erfurter sozialdemokratischen Programm‘ siehe FISCHER (1914), S. 89f.

¹²¹⁴ Vgl. ENGE (1919), S. 121.

¹²¹⁵ ENGE (1919), S. 121 (Zitat).

¹²¹⁶ Vgl. ENGE (1919), S. 121f.

¹²¹⁷ ENGE (1919), S. 122 (Zitat).

¹²¹⁸ Emil Kraepelin (1856-1926) Professor für Psychiatrie.

¹²¹⁹ ENGE (1919), S. 122 (Zitat).

¹²²⁰ Vgl. ENGE(1919), S. 121f.

sei. Schließlich brauchten sie Schutz, denn auch sie stellten eine Gefahr für die Umwelt dar, und ihre Behandlung solle unter gewissen Freiheitsbeschränkungen ablaufen. Außerdem müßten sie im Gegensatz zum jetzigen Zeitpunkt unter kontinuierlicher ärztlicher Aufsicht stehen, da es sich bei Schwachsinn, Epilepsie und Trunksucht erwie-
senmaßen um Krankheiten handele.¹²²¹

Der Staat habe großes Interesse, gegen die Trunksucht vorzugehen, da sie jährlich Unsummen koste, meint Enge, aber bis zum damaligen Zeitpunkt gebe es nur ein Gesetz, das dagegen vorzugehen versuche, nämlich die gesetzliche Entmündigung des Trinkers. Diese nütze nicht viel, und es fehle ein Trinkerfürsorgegesetz, das den Trinker in Behandlung zwingt, denn nur unter Zwang und Freiheitseinschränkung sei eine erfolgreiche Behandlung überhaupt möglich. Um dies zu erreichen, solle der Staat Trinkeranstalten einführen und für die unentbehrliche Nachbehandlung Fürsorgestellen anbieten.¹²²²

Da die Behandlung von Geisteskrankheiten viel mehr Zeit und somit Kosten in Anspruch nehme als körperliche Erkrankungen, drängt Enge auf eine unentgeltliche Fürsorge der Geisteskranken. Viele Familien – vor allem die weniger Begüterten – würden so vor dem Ruin bewahrt. Außerdem würde den Geisteskranken die ständige Sorge um die finanziellen Verhältnisse der Angehörigen genommen, was sich positiv auf den Krankheitsverlauf auswirke.¹²²³

Enge führt weiter aus: „Unentgeltliche Behandlung in allen Fällen, in denen die Rücksicht auf das Allgemeinwohl die Anstaltsbehandlung bedingt, entspricht einer dringenden Notwendigkeit.“¹²²⁴ Dies stelle wiederum einen Grund für die Verstaatlichung dar.¹²²⁵

Enge spricht sich ferner gegen die Beibehaltung privater Anstalten für Geisteskranke aus, denn diese Sonderleistungen seien nicht unbedingt für das Wohl des Geisteskranken notwendig. Man solle alle Kranken in staatlichen Anstalten unterbringen, wo auch gewisse zusätzliche Ansprüche gegen Mehrzahlung befriedigt werden könnten. Die dadurch eingenommenen Gelder könnten unter anderem der Allgemeinheit durch Neubau oder Ausbau von Anstalten zugute kommen.¹²²⁶

¹²²¹ Vgl. ENGE (1919), S. 122f.

¹²²² Vgl. ENGE (1919), S. 123f.

¹²²³ Vgl. ENGE (1919), S. 124f.

¹²²⁴ ENGE (1919), S.125 (Zitat).

¹²²⁵ Vgl. ENGE (1919), S. 125.

¹²²⁶ Vgl. ENGE (1919), S. 125f.

Enge sieht die Ausgestaltung der Irrenfürsorge als psychiatrisches Ziel. Die Fürsorge solle fachärztliche Beratung, fachärztlich geleitete Unterstützung, sowie kontinuierliche fachärztliche Beaufsichtigung und Leitung beinhalten. Außerdem solle sie auch Schwachbegabte, Schwachsinnige, „Idioten“, Psychopathen, Epileptiker und Trinker behandeln.¹²²⁷

Des weiteren fordert Enge die Schaffung psychiatrischer Fürsorgestellen, deren Aufgaben in der Aufklärung über die rechtlichen Verhältnisse der Geisteskranken, in der Anstaltsunterbringung, den Entmündigungsangelegenheiten und anderen Fragen zu sehen seien. Dem solle eine Stelle angegliedert werden, die den entlassenen Geisteskranken bei der Arbeitssuche helfe.¹²²⁸

Außerdem stellt er die Einführung von Nervenheilstätten und von Polikliniken für psychiatrisch Nervöse, eventuell im Anschluß an Irrenanstalten, zur Diskussion.¹²²⁹

Vom Kostengesichtspunkt aus sei ein solcher Vorschlag durchführbar, allerdings nur, wenn für das Pflegepersonal nicht der Achtsturentag eingeführt werde.

Enge denkt, daß die Verstaatlichung zur Einführung eines Reichsirrengesetzes führen könnte; solange es den Schutz der Rechte des Geisteskranken zum Ziel habe, sei dies jedoch zu begrüßen.¹²³⁰

¹²²⁷ Vgl. ENGE (1919), S. 126.

¹²²⁸ Vgl. ENGE (1919), S. 127.

¹²²⁹ Ebenda.

¹²³⁰ Vgl. ENGE (1919), S. 128.

Zusammenfassung der Kritikpunkte und Lösungsvorschläge

Thema ‚Mißstände im ‚Irrenwesen‘ und Reformvorschläge‘

Kritisiert wird:	Gefordert wird:
<ul style="list-style-type: none"> • die fehlende staatliche Aufsicht über Epileptiker, Schwachsinnige, „Idioten“ und Trinker, da sie eine Gefahr für sich selbst und die Umwelt darstellten • das ineffektive Gesetz zur Entmündigung des Trinkers • die Finanzierung des Anstaltsaufenthalts von Geisteskranken durch die Angehörigen • private Anstalten für Geisteskranke • die Nachteile für den Patienten bei Unterbringung in einer privaten Anstalt 	<ul style="list-style-type: none"> • die vorteilhafte Verstaatlichung des ‚Irrenwesens‘ mit staatlichen Anstalten • die Verstaatlichung der Fürsorge für Epileptiker, Schwachsinnige, „Idioten“ und Trinker • ein Trinkerfürsorgegesetz mit Behandlungszwang • die Einführung von Trinkeranstalten und Fürsorgestellen • unentgeltliche Fürsorge der Geisteskranken • unentgeltliche Behandlung für jene, die aus Rücksicht auf das Allgemeinwohl in Anstalten untergebracht werden müßten • die Abschaffung privater Anstalten für Geisteskranke • die Neugestaltung der Irrenfürsorge als psychiatrisches Ziel • die Schaffung psychiatrischer Fürsorgestellen • die Einführung von Polikliniken für psychiatrisch Nervöse • die Einführung von Nervenheilanstalten • die Einführung eines Reichsirrengesetzes, solange es den Schutz der Rechte des Geisteskranken zum Ziel habe

4.2.5 Lungwitz' Kritikpunkte und Reformvorschläge vor dem Hintergrund der zeitgenössischen Lage der deutschen Ärzteschaft

Ein Überblick über die in ‚Führer der Menschheit?‘, ‚Der letzte Arzt‘, ‚Verstaatlichung des Heil- und Fürsorgewesens‘ und die in den Zeitschriftenartikeln angeführten Kritikpunkte und Reformvorschläge macht deutlich, daß Lungwitz in vielen Fragen die vorherrschende Meinung der zeitgenössischen organisierten Ärzteschaft teilte. In einigen Bereichen ist er jedoch völlig anderer Meinung.

Vor allem die Kritik an der Geringschätzung merkantiler Interessen bzw. kaufmännischer Ideale und den unzureichenden Verdienstmöglichkeiten bringt ihn in die Nähe der offiziellen Politik des Leipziger Verbandes. Gleichzeitig macht Lungwitz jedoch deutliche Vorbehalte gegenüber den vorherrschenden Verbandsstrukturen geltend: Die ärztlichen Standespolitiker werden als saturiert angesehen und der persönlichen Vorteilsnahme und des Eigennutzes bezichtigt; die ärztliche Interessenpolitik wird als „Cliquenwirtschaft“ entlarvt. Aber auch seine Arztkollegen selbst kritisiert Lungwitz, vor allem ihre dem ganzen Stand schadenden Verhaltensweisen gegenüber dem Volk und den Gesetzen: Dem Volk gegenüber fühlten sich die Ärzte privilegiert, und die allgemein gültigen Gesetze dürften von ihnen selbstverständlich übertreten werden. Durch ihren Standesdünkel hätten die Ärzte eine regelrechte Kluft zum Volk geschaffen. Lungwitz fordert mehr Respekt vor dem Volk und den Gesetzen, sowie einen fähigen, mit der Not der Ärzte vertrauten Anführer, der gegen dieses schädigende Verhalten vorgehen könne.

Eine weit größere Bedeutung als der ärztlichen Standespolitik kommt in Lungwitz' Werk einer den Erfordernissen der Zeit entsprechenden Umgestaltung des Medizinstudiums zu: Das Medizinstudium wird vor allem als zu wenig praxisbezogen dargestellt: weder der adäquate Umgang mit der Patientenschaft noch die notwendige Sicherheit im Umgang mit den staatlichen Behörden würden vermittelt. Auch Fragen der Hygiene und sozialärztliche Belange, wie die Unterweisung in wirtschaftlichen Fragen und gezielte Warnungen vor einer Ärzteschwemme, kämen zu kurz. Die zeitgenössische organisierte Ärzteschaft betonte demgegenüber lediglich den letztgenannten Punkt: die Überfüllung des ärztlichen Standes. Einig mit den Ärztevertretern weiß sich Lungwitz jedoch in sei-

ner Kritik des Umstandes, daß der Staat von den Ärzten ein Staatsexamen verlange, jedoch keine „Gegenleistung“ dafür erbringe. Es wird ein staatlicher Schutz vor dem stetigen Anstieg der Zahl der approbierten Ärzte gefordert, wie ihn auch Theologen und Juristen erhielten.

Auch die innerärztlichen, mit den Schlagwörtern „Egoismus“ und „Brotneid“ beschriebenen Konflikte werden in Lungwitz' Werken bei weitem deutlicher angesprochen als in der offiziellen Standespolitik, die innerprofessionelle Konflikte nach Möglichkeit intra muros halten wollte, bzw. diesbezüglich an die Ehrengerichtsbarkeit oder an die Kammern verwies, wobei letztere mit den ärztlichen Vereinen und Verbänden nicht selten personell verflochten waren.¹²³¹ Eben diese Ehrengerichte und Kammern werden jedoch von Lungwitz besonders kritisch gesehen: Ehrengerichten wird die Fähigkeit zur Objektivität abgesprochen, ihre Funktion wird als vornehmlich restriktiv kritisiert, ihr Verständnis von Kollegialität und ihre Kompetenz in wirtschaftlichen Angelegenheiten werden als fragwürdig eingestuft. Ferner wird der zu große, unter anderem in Erwerbsfragen stark einschränkende Einfluß auf das Leben der Ärzte beanstandet. Überdies werden die nach freiem Ermessen gefällten Urteile der Ehrenrichter, die zu einem überspitzten Ehrbegriff bis hin zum Standesdünkel geführt hätten, verurteilt. Die Vertreter der Ärztekammern, bzw. allgemein die ärztlichen Standesvertreter – wie z.B. der ‚Leipziger Wirtschaftliche Verband‘ – werden als unfähig bezeichnet und beschuldigt, durch ihre Vorgehensweisen, die häufig die Not der Ärzte überhaupt nicht berücksichtigten, der Ärzteschaft mehr zu schaden als zu helfen. Der Wahlmodus der Ärztekammern, die Listenwahl, beraube die Ärzte jeglicher Einflußnahme auf die Wahl ihrer Standesvertreter und wirke einem fortschrittsfördernden Personenwechsel entgegen. Zur Behebung dieser Mißstände fordert Lungwitz mehr Diplomatie bei der Verständigung mit gegnerischen Parteien, außerdem die Einführung des Wahlmodus der Reichstagswahlen für die Ärztekammerwahl und damit eine zeitgemäßere Zusammensetzung dieser Kammer mit neuen Führungspersonen und einer Opposition. Ferner verlangt er die Änderung des „Gesetzes betreffend die ärztlichen Ehrengerichte“ – ihre Ehrengerichtsbarkeit solle drastisch eingeschränkt und der staatliche Charakter ihnen genommen – oder sie sollten ganz abgeschafft werden.

¹²³¹ Vgl. hierzu HEROLD-SCHMIDT (1997), S. 54.

In Sachen Kurpfuscherei deckt sich Lungwitz' Meinung mit der offiziellen standespolitischen Ansicht insoweit, als sich beide über die zunehmende Konkurrenz durch Laienmediziner, oder auch Kurpfuscher genannt, beschwerten und eine Einschränkung der Kurpfuscherei forderten, wobei Lungwitz die Art des Vorgehens der Standespolitiker, die die Kranken den Kurpfuschern eher noch in die Arme treibe, kritisiert. Um dem entgegenzutreten, verlangt er eine konsequente Aufklärung des Volkes über die Gesundheitspflege und die Gefahren der Kurpfuscherei durch die Kreisärzte.

Sowohl Lungwitz als auch die offiziellen ärztlichen Standespolitiker beanstanden die unzureichende Honorierung der Ärzte u.a. durch die Krankenkassen, sowie die Abhängigkeit der Ärzte von häufig gesellschaftlich niedriger gestellten Krankenkassenvorständen, die willkürlich über die Kassenarztzulassung entschieden. Diese Mißstände im Kassenarztwesen führten einerseits zu einer Degradierung der Ärzte und somit zu einem Prestigeverlust des ärztlichen Standes, andererseits zu einer sinkenden Qualität der Patientenbehandlung – zur sogenannten „Ramschbehandlung“ – da zum Erwerb des Lebensunterhaltes viele Patienten in möglichst kurzer Zeit behandelt werden müßten. Ferner verstärkten diese Mißstände den Konkurrenzkampf der Ärzte untereinander und schürten unablässig die Differenzen zwischen Ärzten und Krankenkassen. Lungwitz übt des weiteren Kritik an dem fixierten Kassenarztsystem und fordert in Übereinstimmung mit dem ‚Leipziger Wirtschaftlichen Verband‘ die freie Arztwahl. Ferner verlangt Lungwitz eine Ausweitung der wirtschaftlichen Existenzmöglichkeiten der Ärzte, was von den Ehrengerichten nicht nur abgelehnt, sondern auch strafrechtlich verfolgt wurde. Das Krankenkassenwesen möchte Lungwitz in *einer* Krankenversicherung vereinigen, um den Unterschied der Leistungen zwischen armen und reichen Kassen zu eliminieren, da er die bestehenden Mißstände auf die Sparsamkeit zurückführt, zu der die Kassen aufgrund der teilweise relativ kleinen Mitgliederzahl gezwungen seien.

Mit seiner Forderung nach Schaffung von Mittelstandskrankenkassen und einer Familienversicherung stand er zunächst jedoch allein auf weiter Flur.

Einen besonderen Akzent setzt Lungwitz in seinem Roman ‚Führer der Menschheit?‘ beim Thema ‚Hygiene‘: Sowohl mit seiner harschen Kritik an den Hygienebedingungen in den Säuglingskrankenhäusern als auch mit der gewagten Äußerung in bezug auf lebensschwache Säuglinge und diesbezügliche Aufwendungen hob er sich vom Tenor

offizieller ärztlicher Verlautbarungen ab. Aber auch in seinen anderen Werken fordert Lungwitz von den Ärzten, der Hygiene einen größeren Stellenwert beizumessen und die Krankheitsprophylaxe in den Vordergrund zu stellen, statt ausschließlich Therapie zu betreiben. Es sollten ferner die hygienischen Verhältnisse bei der Geburtshilfe verbessert werden; Geburten sollten vermehrt in geburtshilfliche Anstalten verlagert werden. Die öffentliche Gesundheitspflege solle sich schwerpunktmäßig mit sozialhygienischen Fragen beschäftigen, um Wege zu finden, die unzureichende Hygiene des Volkes zu verbessern, z.B. mit Hygieneunterweisung in den Schulen. Im Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten fordert Lungwitz eine Anzeigepflicht; demgegenüber wurde de facto nur versucht, mit Aufklärungskampagnen Abhilfe zu schaffen.

Andererseits scheint in Lungwitz' sozialreformerischen Werken auch die Kritik an einem ungenügenden sozialen Engagement der Ärzte durch, verbunden mit der Aufforderung, sich verstärkt für gesellschaftliche Belange einzusetzen, sei es in bezug auf die Aufklärung der Bevölkerung, den Abbau der Distanz zum (sozial untergeordneten) Patienten oder die Übernahme von Verantwortung in Fragen der Hygiene. Auch das Desinteresse vieler Ärzte gegenüber ihrer Standespolitik wird angeklagt und von der gesamten Ärzteschaft mehr sozialpolitisches Agieren gefordert, wobei in diesem Zusammenhang harsche Kritik an den Standesvertretern geübt wird, die jegliche sozialpolitische Interessenregung im Keim zu ersticken versuchten.

Auch die Forderung nach einer ‚Gesundheitssteuer‘, die von den Figuren seiner Tendenzromane geführten Diskussionen um die Verbeamtung der Ärzte, sowie der Vorschlag, das Krankenkassenwesen zu verstaatlichen, hob Lungwitz vom Gros seiner standespolitisch agierenden Kollegen ab. In vielen Zeitungsartikeln und vor allem in seiner Denkschrift spricht sich Lungwitz – anfangs weniger ein Freund der Verstaatlichung – schließlich für eine Verstaatlichung des Gesundheitswesens und der Verbeamtung der Ärzte aus, wobei er die vielen Vorteile aufzählt, jedoch auch die Nachteile nicht unberücksichtigt läßt. Den Ärzten solle der Eintritt in den Staatsdienst freigestellt werden und sie sollten der qualitativen Betreuung wegen nur eine Zahl von 1.000 Patienten zu behandeln haben. Bezahlt würde ihnen ein Fixum aus Grundgehalt, Dienstalterszulage und Leistungszulage. Ferner sollten sie die gleichen Rechte wie Staatsbeamte erhalten und die Standesordnung solle neu abgefaßt werden.

Lungwitz war zwar nicht der erste, der diese Forderung nach Verstaatlichung stellte,¹²³² er war jedoch einige Jahre hindurch einer von wenigen. Als der Ruf nach Verstaatlichung dann von mehreren Seiten laut wurde, beschwerte Lungwitz sich, daß seine seit Jahren propagierten Ideen teilweise wortgetreu übernommen seien, ohne ihn als Schöpfer zu nennen.

Unter dem Strich ist festzuhalten, daß die Sonderstellung des Sozialreformers Hans Lungwitz zum Teil in den präsentierten Inhalten, vor allem aber in der gewählten Präsentationsform faßbar wird: Anders als seine standespolitisch aktiven Kollegen wählte er zunächst nicht öffentliche Ausstände, Bitt- oder Denkschriften als Mittel zur Sensibilisierung der Öffentlichkeit, sondern sozialreformerisch akzentuierte Romane – verbunden mit der Idee, seine Thesen so dem unvoreingenommenen Leser mehr oder weniger unterschwellig nahezubringen. So originell und außergewöhnlich Lungwitz' Konzept auch war: Die Romane entwickelten sich nicht zu dem erhofften Publikumserfolg.

Dabei bewies ein anderer Kollege wenige Jahre später, daß man Reformgedanken und schöngestige Literatur sehr wohl erfolgreich verquicken konnte: Der Arzt und Publizist Erwin Liek¹²³³ veröffentlichte 1926 sein Buch ‚Der Arzt und seine Sendung: Gedanken eines Ketzers.‘ Lieks Werk wurde zu einem großen Erfolg: bis 1936 erlebte es nicht weniger als zehn Auflagen. Das Buch trug wesentlich dazu bei, daß Leben und Werk Lieks noch heute Gegenstand wissenschaftlicher Arbeiten sind.¹²³⁴

Lungwitz verfolgte das Schaffen Lieks mit Interesse und sah seine eigenen Hoffnungen und Bemühungen bei seinem Kollegen verwirklicht. Er kommentierte diesen Umstand 1958 – nicht ohne Bitterkeit und Resignation – mit folgenden Worten:

„Liek hat mit seinem Buche sehr viel mehr äußeren Erfolg gehabt als ich. Meine Romane haben nur wenige Auflagen erlebt, während Lieks Buch einen Siegeszug antrat und ihm neben den unausbleiblichen Anfechtungen viel Ruhm eingetragen hat.“¹²³⁵

¹²³² Siehe Kapitel 5. Diskussion, S. 203f.

¹²³³ Erwin Liek, geb. 1878 in Loeben in Westpreußen, gest. 1935 in Berlin, Arzt und Publizist - für biographische Einzelheiten vgl. auch BOTTEMBERG (1935).

¹²³⁴ Vgl. etwa JEHS (1994), BROGHAMMER (2000).

¹²³⁵ LUNGWITZ (1958), S. 41-43 (Zitat).

Deswegen versuchte Lungwitz seine sozialreformerischen Ideen in der Folgezeit vor allem in den von ihm herausgegebenen Zeitschriften zu entfalten und so die Aufmerksamkeit des Publikums zu erregen. Schließlich griff er am Ende doch noch zu dem Mittel einer Denkschrift,¹²³⁶ in der er seine in langjähriger Beschäftigung mit der ärztlichen Sozialpolitik und dem Gesundheitswesen gereiften Ideen für eine Reform des Heil- und Fürsorgewesens darlegte. Obgleich er alle Präsentationsformen ausschöpfte: Die Resonanz auf sein Werk und die darin enthaltenen Ideen war und blieb gering.

¹²³⁶ Erst 1919, brachte Hans Lungwitz – zusammen mit anderen Autoren – eine Denkschrift heraus: vgl. LUNGWITZ (1919a).

4.3 Der Beitrag Hans Lungwitz' im Spiegel der Rezensionen

4.3.1 Hans Lungwitz: „Die Verstaatlichung des Heil- und Fürsorgewesens. Eine Denkschrift“

Wie aber wurden Lungwitz' Publikationen in der Fachpresse besprochen? Der Karlsruher Medizinalrat Bongartz kommentiert die von Lungwitz herausgegebene Denkschrift in einer Bücher- und Schriftenschau. Er sieht sie als Antwort auf die Verhandlungen und Beschlüsse des letzten Deutschen Ärztetages 1919 in Eisenach. Dort wurde die Sozialisierung des Heilwesens eingehend diskutiert, wobei allerdings von seiten der Referenten bemängelt wurde, daß kein Verfechter der Sozialisierung zugegen gewesen sei. Bongartz führt Lungwitz' abfällige Bemerkungen über den Ärztetag darauf zurück, daß dieser anscheinend nicht über einen genauen Bericht des Ärztetages verfüge, denn sonst müsse er wissen, daß zwar die Verbeamtung der Ärzte vehement abgelehnt, der Vorschlag, das Heilwesen zu verstaatlichen, jedoch von mehreren Seiten mit Sympathie betrachtet worden sei.¹²³⁷

Bongartz lobt die „im allgemeinen sehr zutreffende Schilderung des ganzen Elends der kassenärztlichen Tätigkeit und ihrer Nachteile für Kasse, Patient und Arzt, ihrer Ramschbehandlung und der Herabsetzung des Wertes der ärztlichen Leistung.“¹²³⁸

Er beschreibt sodann kurz das von Lungwitz dargestellte System der Verstaatlichung des Heilwesens. Von Lungwitz' Ausführungen zur Bedeutung der Wahrung des Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patient und auch von dessen Ablehnung des Krankenhauszwanges zeigt er sich sehr angetan. Er meint allerdings, daß Lungwitz' Schlußfolgerung, das Ärztehonorar brauche nur drei Viertel der 4,5 Millionen Gesundheitssteuer auf, falsch sei:¹²³⁹ „Das System von Lungwitz ist so schön, daß es einem schwer wird, an seiner Durchführbarkeit zu zweifeln, und doch muß dies geschehen.“¹²⁴⁰ Er hält Lungwitz' Konzept vom finanziellen Gesichtspunkt aus gesehen für nicht verwirklichtbar. Außerdem meint er, daß eine Verbeamtung der Ärzte, im gleichen Sinne durchgeführt wie bei anderen Beamten, bei den Ärzten nicht möglich sei. Ein

¹²³⁷ Vgl. BONGARTZ (1920), S. 54.

¹²³⁸ BONGARTZ (1920), S. 54 (Zitat).

¹²³⁹ Vgl. BONGARTZ (1920), S. 54f.

¹²⁴⁰ BONGARTZ (1920), S. 55 (Zitat).

Beamtentum, in welchem es keine Vorgesetzten gebe, widerspreche dem Begriff des Beamtentums an sich. Ferner hätten die Ärzte dann mit denselben Mißständen, wie z.B. des „Assessorismus“, wie alle anderen Beamten auch zu kämpfen, und die Freiheit des ärztlichen Berufes gehe verloren. Bongartz führt ein Beispiel an, um die Undurchführbarkeit zu verdeutlichen: Er meint, daß bei drei Ärzten auf 3.000 Einwohner wohl kaum jeder Arzt gleich viele Patienten habe, denn es sei sehr unwahrscheinlich, daß die Bevölkerung ihr Vertrauen gleichmäßig verteile. Der Staat würde den beiden kaum beschäftigten Ärzten sicherlich nicht den gleichen Grundlohn wie dem beschäftigten Arzt zahlen. So habe man über kurz oder lang wahrscheinlich ähnliche Übelstände wie im schon vorhandenen Kassenarztsystem.¹²⁴¹

In bezug auf den von Grumach geforderten Krankenhauszwang auf dem Land bemängelt Bongartz, daß dieser die Frage, ob sich die Bevölkerung diesen Zwang überhaupt gefallen ließe, völlig außer acht lasse.¹²⁴²

Zu dem Beitrag des Co-Autors Dührssen führt Bongartz aus, daß gegen seine Forderung, alle Geburten in Anstalten durchzuführen, vom ärztlichen Standpunkt aus nichts einzuwenden sei. Er hält diesen Beitrag für den „sympathischsten“ in der Denkschrift. Außerdem begrüßt er vor allem, daß Dührssen sich in keinster Weise für einen Zwang ausspreche.¹²⁴³

Den Aussagen Krämers über die Unzulänglichkeit der Tuberkulosebekämpfung stimmt Bongartz zu und unterstreicht noch einmal die Notwendigkeit, mehr finanzielle Mittel dafür zur Verfügung zu stellen.¹²⁴⁴

Abschließend meint Bongartz allgemein zur Denkschrift, daß deren Durchführbarkeit selbst in der Zukunft zweifelhaft erscheine und daß eine Durchführung in der Gegenwart nur von jemandem gefordert werden könne, „der sich über alle Wirklichkeiten hinwegsetzt“.¹²⁴⁵ Dies belegten die außerordentlichen Widersprüche in der Denkschrift: So spreche Lungwitz von einer Steigerung des Einkommens, Grumach dagegen glaube an die zunehmende Verarmung des Volkes. Bongartz' Meinung nach seien für die gesundheitlichen Verhältnisse des Volkes nicht die ärztliche Tätigkeit, sondern die Bedingungen im Ernährungs- und Wohnungswesen ausschlaggebend. Er hält die Verstaatli-

¹²⁴¹ Vgl. BONGARTZ (1920), S. 56.

¹²⁴² Ebenda.

¹²⁴³ Vgl. BONGARTZ (1920), S.56f.

¹²⁴⁴ Vgl. BONGARTZ (1920), S. 57.

¹²⁴⁵ BONGARTZ (1920), S. 57 (Zitat).

chung des Heilwesens in Deutschland für ausgeschlossen, denn ein armes Land müsse sein Geld vorrangig sozialhygienischen Belangen zur Verfügung stellen. Das Fürsorgewesen komplett zu verstaatlichen, sei seiner Ansicht nach aus finanziellen Gründen nicht möglich; der Staat solle ihm aber Unterstützung zukommen lassen.¹²⁴⁶

Auch wenn die geforderten Veränderungen in absehbarer Zeit nicht durchführbar seien, müsse man trotz allem dem Herausgeber der Denkschrift dankbar sein, daß er auf diese Weise die Verstaatlichungsgedanken mehrerer Anhänger der Öffentlichkeit zugänglich mache.¹²⁴⁷ Bongartz' Schlußsatz lautet: „Auch der Gegner wird eine Fülle von Anregungen aus dieser Denkschrift schöpfen können.“¹²⁴⁸

Eine weitere Rezension der Denkschrift findet sich in der renommierten ‚Deutschen medizinischen Wochenschrift‘. Ihr Verfasser Otto Mugdan¹²⁴⁹ erklärt, daß die Denkschrift einige gute Artikel enthalte, daß jedoch wenig dabei sei, das nicht schon von jemand anderem in den vergangenen 15 Monaten gründlich erörtert worden sei. Er kritisiert außerdem, daß Lungwitz einen Satz seiner auf dem Ärztetag gehaltenen Rede falsch ausgelegt habe und ihn regelrecht angreife, weil er angeblich für die Abschaffung der Krankenversicherung eingetreten sei.¹²⁵⁰ Mugdan weiter: „Ein solch grobfahrlässiges Verhalten des Herausgebers erweckt ein gewisses Mißtrauen gegen seine übrigen Behauptungen!“¹²⁵¹

Er fordert, daß die Ärzte in Anbetracht der Lage Deutschlands keine neuen sozialpolitischen Forderungen stellen sollten. Mugdan sieht die Beschäftigung mit der Verstaatlichung des Heilwesens als Verschwendung von Papier und Druckerschwärze, da das damalige Deutschland andere, viel schwerwiegendere Sorgen gehabt habe, z.B. die Aufrechterhaltung der Arbeiterversicherung auf Vorkriegsniveau.¹²⁵²

¹²⁴⁶ Vgl. BONGARTZ (1920), S. 57f.

¹²⁴⁷ Vgl. BONGARTZ (1920), S. 58.

¹²⁴⁸ BONGARTZ (1920), S. 58 (Zitat).

¹²⁴⁹ Otto Mugdan (1862-1925), Sanitätsrat.

¹²⁵⁰ Vgl. MUGDAN (1920).

¹²⁵¹ MUGDAN (1920) (Zitat).

¹²⁵² Vgl. MUGDAN (1920).

Lungwitz reagiert auf Mugdans Rezension seiner Denkschrift mit dem Artikel ‚Sozialer Sinn!?‘ in seiner Zeitschrift ‚Moderne Medizin‘. Er meint, daß Mugdan absichtlich von der ‚Deutschen Medizinischen Wochenschrift‘ beauftragt worden sei, eine Rezension zu schreiben, was dieser zum Anlaß genommen habe, sich jedwede Freiheit herauszunehmen. Lungwitz beanstandet vor allem, daß die Kritik in dem in der Zeitschrift üblichen Stil verfaßt sei, nämlich unsachlich.¹²⁵³

Er bedauert, daß Mugdan die Denkschrift im Gegensatz zu zahlreichen anderen Ärzten als „nichts Neues“ deklariert habe. Er führt dies darauf zurück, daß er als Arzt es gewagt habe, einen von Mugdans Vorschlägen zum Kassenarztstatus zu kritisieren. Lungwitz zufolge habe Mugdan mit einer seiner Äußerungen auf dem Ärztetag die Abschaffung der Krankenversicherung gefordert. Und scheinbar rezensiere er auch nur die Stellungnahme dazu in der Denkschrift. Außerdem fordere Mugdan die Ärzte auf, keine weiteren sozialpolitischen Ansprüche zu stellen; er selbst aber stelle sehr wohl welche.¹²⁵⁴

Lungwitz führt fort: „Wir und andere Kollegen, denen die Sozialpolitik am Herzen liegt, werden von nun an immer erst bei Mugdan anfragen, ob er es erlaubt, neue sozialpolitische Forderungen zu stellen.“¹²⁵⁵ Er bekräftigt, daß er die Aussage Mugdans einem zuverlässigen Referat Lennhoffs entnommen habe und daß er sich die Richtigkeit seiner Interpretation der Aussage von Persönlichkeiten habe bestätigen lassen. Obwohl Mugdan abstreitet, eine derartige Äußerung getan zu haben, hält Lungwitz an seiner Version fest. Er meint außerdem, daß Gedanken, in denen die „alte Freiheit“ zurückgeseht wurde, in der damaligen Zeit gar nicht so abwegig gewesen seien. Allerdings betont er auch, daß diese schönen Erinnerungen nicht zu Forderungen avancieren dürften, denn die Ausdehnung der Sozialversicherung werde nicht aufzuhalten sein.¹²⁵⁶

Lungwitz ist der Meinung, daß sich das Verhältnis zwischen Kassen und Ärzten unbedingt ändern müsse und daß dies nur durch eine Verbeamtung der Ärzte und Verstaatlichung der Kassen möglich sei.¹²⁵⁷

¹²⁵³ Vgl. LUNGWITZ (1920b), S. 99.

¹²⁵⁴ Vgl. LUNGWITZ (1920b), S. 99f.

¹²⁵⁵ LUNGWITZ (1920b), S. 100 (Zitat).

¹²⁵⁶ Vgl. LUNGWITZ (1920b), S. 100-102.

¹²⁵⁷ Vgl. LUNGWITZ (1920b), S. 102.

4.3.2 Rezensionen zu den sozialärztlichen Romanen ‚Führer der Menschheit?‘ und ‚Der Letzte Arzt‘ von Hans Lungwitz

In einer Kritik über das Buch ‚Führer der Menschheit?‘ in der Tageszeitung ‚Der Südosten‘ spricht sich ein nicht näher benannter Verfasser für eine ausgedehnte Verbreitung von Lungwitz’ sozialem Roman aus. Er empfiehlt dem Laienpublikum die Lektüre, damit es den Problemen des ärztlichen Berufes mehr Verständnis entgegenbringen könne. Die Ärzteschaft solle sich auch dem Roman widmen, um zu begreifen, welche Auswirkungen ihre „vielfach als übertrieben zu bezeichnenden Sonderstandes-Ehrbegriffe“ hätten. Vor allem denjenigen, die sich den Beruf Arzt wählen wollen, rät er zur Lektüre.¹²⁵⁸

Des weiteren findet sich im Hans-Lungwitz-Archiv in Dresden eine Broschüre mit dem Titel ‚Urteile der Presse über ‚Führer der Menschheit?‘, dessen Erscheinungsort und Erscheinungsdatum jedoch unbekannt sind. In der Broschüre sind in Ausschnitten nahezu 70 positive Pressekritiken¹²⁵⁹ über die beiden von Lungwitz herausgegeben sozialärztlichen Romane abgedruckt, von denen hier nur einige auszugsweise wiedergegeben werden sollen.¹²⁶⁰

Das ‚Grazer Tagblatt‘ beschreibt ‚Führer der Menschheit?‘ als Tendenzroman und ist der Meinung, daß er nicht nur Ärzte und Mediziner interessieren werde.

Die ‚Neue Vogtländische Zeitung‘ sieht den Roman vor allem als Aufklärung der Jugend über die Wirklichkeit des Arztberufes.¹²⁶¹

In der ‚Saale-Zeitung‘ heißt es: „Das Buch ist geeignet, weiten Kreisen Interesse für die soziale Lage der Aerzteschaft einzuflößen.“¹²⁶²

Die ‚Ostdeutsche Rundschau‘ prophezeit dem Roman reges Interesse, da er eine allgemein relevante Frage behandle.

¹²⁵⁸ Vgl. ANONYMUS (1921a), Nummer 153.

¹²⁵⁹ Offensichtlich handelt es sich hierbei um eine selektive Zusammenstellung von Kritiken, da negative Rezensionen fehlen. Vgl. hierzu auch Kapitel 5. Diskussion, S. 201ff.

¹²⁶⁰ Vgl. ANONYMUS (o. J.), Broschüre S. 1-16.

¹²⁶¹ Vgl. ANONYMUS (o. J.), S. 2.

¹²⁶² ANONYMUS (o. J.), S. 3 (Zitat).

Als eine Lehre für den angehenden Arzt sieht die ‚Trierische Landeszeitung‘ den Roman ‚Führer der Menschheit?‘.¹²⁶³

In der ‚Rhein- und Ruhrzeitung‘ heißt es: „Hans Lungwitz hat den Roman des modernen Aerzteelends geschrieben. Es dünkt mir, daß neben dieser fundamentalen Arbeit ein besserer Roman über den Aerztestand z. Zt. nicht geschrieben werden kann.“¹²⁶⁴

‚Neue freie Worte‘, Wien, sieht in dem Roman „Führer der Menschheit“ das Werk eines Reformers.¹²⁶⁵

‚Der Kritiker‘, Berlin, sieht den Roman als Kulturdokument der gegenwärtigen Zeit und hält ihn für eine bis jetzt noch nicht dagewesene „fundamentale Arbeit“.¹²⁶⁶

In den ‚Aerztlichen Mitteilungen‘ ist nachzulesen: „Man gebe dieses Buch jungen Leuten, die Aerzte werden wollen.“¹²⁶⁷

Der Rezensent der Monatsschrift ‚Neues Leben‘ hofft, daß sich nicht nur Ärzte das Buch zur Lektüre vornehmen, sondern daß es auch von Angehörigen anderer Berufsgruppen gelesen werde.¹²⁶⁸

Die Zeitschrift ‚Archiv für Stadthygiene‘ bezeichnet den Roman ‚Der Letzte Arzt‘ als ein „Meisterstück eines sozialen Romans“.¹²⁶⁹

Das ‚Zentralblatt für Pharmazie‘ schreibt: „Von den vielen Berufenen, die in die Arena gestiegen sind und die Form des Romans als Wehr und Waffe im sozialen Streit gewählt haben, tritt uns Hans Lungwitz als einer der wenigen Auserwählten entgegen.“¹²⁷⁰

Es meint weiter, daß das Buch sowohl unter den Ärzten als auch unter den Apothekern und Industriellen viele Anhänger, aber auch Gegner finden werde.¹²⁷¹

Ein nicht näher benannter Verfasser¹²⁷² äußert sich in der Zeitschrift ‚Der Kritiker‘ positiv zum Roman ‚Führer der Menschheit?‘, den er als eine erstaunlich naturgetreue Abbildung der Hindernisse im Werdegang eines jungen Arztes sieht. Des weiteren begeis-

¹²⁶³ Vgl. ANONYMUS (o. J.), S. 3.

¹²⁶⁴ ANONYMUS (o. J.), S. 4 (Zitat).

¹²⁶⁵ Vgl. ANONYMUS (o. J.), S. 4.

¹²⁶⁶ Vgl. ANONYMUS (o. J.), S. 5.

¹²⁶⁷ ANONYMUS (o. J.), S. 6 (Zitat).

¹²⁶⁸ Vgl. ANONYMUS (o. J.), S. 7.

¹²⁶⁹ Vgl. ANONYMUS (o. J.), S. 15.

¹²⁷⁰ ANONYMUS (o. J.), S. 15f (Zitat).

¹²⁷¹ Vgl. ANONYMUS (o. J.), S. 15f.

¹²⁷² In der Bibliographie von 1997 meint Herbert Stelzenmüller (der Verfasser), daß es sich entweder um ein Referat von Lungwitz selbst handele oder von dem Herausgeber der Zeitschrift ‚Der Kritiker‘, Waldemar Kunkel, stamme.

tert er sich für Lungwitz' Buch ‚Der Letzte Arzt‘, in welchem er nicht nur die psychologisch ausgezeichnete Darstellung der Hauptfigur – Magdalene Stahl – lobt, die ihre Lebenserinnerungen zum Andenken an ihre verstorbenen Freunde – die Akteure aus dem Roman ‚Führer der Menschheit?‘ – niederschreibt, sondern besonders die bis ins Detail skizzierten Lösungen und Prophezeiungen der sozialen Probleme des ärztlichen Standes hervorhebt.¹²⁷³

In der von Lungwitz gegründeten Zeitschrift ‚Moderne Medizin‘ ist ein unbekannter Verfasser der Meinung, daß Lungwitz die Befähigung habe, das von ihm selbst richtig prophezeite Unheil von den Ärzten fernzuhalten, da er nicht nur über die sozialärztlichen Probleme bestens informiert sei, sondern ihnen durch seine ärztliche Tätigkeit täglich gegenüberstehe. In seinem Roman ‚Führer der Menschheit?‘ zeichne er Lösungsmöglichkeiten der vor allem durch die Reichsversicherungsordnung entstandenen Probleme und belehre den Leser „in spannender Weise über Lebensfragen eines für das Volkwohl unentbehrlichen Standes“^{1274 1275}.

In einem Artikel der Zeitung ‚Der Südosten‘ bezeichnet ein unbekannter Verfasser den Fortsetzungsroman ‚Der Letzte Arzt‘ von Hans Lungwitz als noch mitreißender als den ersten Teil ‚Führer der Menschheit?‘. Er meint nach einer kurzen Inhaltsangabe: „Man muß das Werk lesen, weil es wirklich lesenswert ist!“¹²⁷⁶

In der Zeitschrift ‚Moderne Medizin‘ sind unter anderem mehrere Anzeigen für den Roman ‚Führer der Menschheit?‘ erschienen, die immer einige positive Pressestimmen enthalten.¹²⁷⁷ Ferner sind im Hans-Lungwitz-Archiv noch weitere Anzeigen zu ‚Führer der Menschheit?‘ als Kopien vorhandenen, deren Erscheinungsort- und Datum jedoch unbekannt sind. Sie enthalten alle auch einige Auszüge aus den positiven Pressestimmen zu dem Roman.

¹²⁷³ Vgl. ANONYMUS (1912e), S. 19.

¹²⁷⁴ ANONYMUS (1912d), S. 272 (Zitat).

¹²⁷⁵ Vgl. ANONYMUS (1912d), S. 271f.

¹²⁷⁶ ANONYMUS (1921b), Nummer 164 (Zitat).

¹²⁷⁷ Buchanzeigen in mehreren Heften ‚Moderne Medizin‘, z.B. Moderne Medizin 1911, Heft 3, S. XIII.

Die ‚Münchener Medizinische Wochenschrift‘ enthält 1921 sogar eine Beilage mit dem Titel ‚Führer der Menschheit? Ein sozialer Roman aus der Gegenwart v. Hans Lungwitz‘. Es wird als ein sehr bedeutendes Werk gelobt, das sich mit den sozialen Problemen des ärztlichen Standes und auch der Allgemeinheit beschäftige. Dieses Opus forderne das „intensivste Interesse des ganzen deutschen Volkes heraus“. Die Beilage enthält ferner einen Auszug aus den über 70 positiven Kritiken in bedeutenden Zeitungen und Zeitschriften über den Roman. Außerdem enthält die Beilage eine Buchanzeige zu dem Roman ‚Der Letzte Arzt‘.¹²⁷⁸

Im ‚Berliner Ärzteblatt‘ ist 1951 ein Artikel zu finden, in dem der nicht näher genannte Verfasser an einen von Lungwitz 1913 herausgegebenen Roman erinnert, dessen Gedanken trotz der vergangenen 40 Jahre von verblüffender Gegenwartsbezogenheit seien und der vielen Ärzten aus der Seele spreche. In dem Roman kämen nicht nur Lungwitz’ Mißfallen an der wirtschaftlichen und sozialen Lage des damaligen Ärztestandes zum Ausdruck, sondern auch seine Kritik an der allgemeinen Denkweise der Ärzte. Er bewundere Lungwitz’ Courage, mit der er sich gegen die ärztlichen ‚Führer‘ ausspreche¹²⁷⁹ und zitiert ihn dazu wörtlich: „Der Hauptgrund unserer sozialen Notlage ist darin gelegen, daß wir unser Standesschifflein unfähigen Steuerleuten anvertraut haben.“¹²⁸⁰ Unter anderem rät er den Berliner Ärzten, die von Lungwitz kritisierte Obrigkeitstgläubigkeit genauestens zu überdenken, da das abgeschaffte Ehrengericht gerade durch ein Berufsgericht ersetzt worden sei.¹²⁸¹ Der Verfasser meint: „Unser Stand hat es nicht fertiggebracht, in 40 Jahren aus seiner wirtschaftlichen Misere auch nur einen Schritt herauszukommen! Gegenwärtig, wo die entscheidenden, sicher mehrjährigen Wirtschaftskämpfe der Ärzteschaft beginnen, vermittelt das Werk von Lungwitz außerordentlich nützliche Lehren!“¹²⁸² Er fordert eine Neuauflage des vergriffenen Buches, nicht nur um die Ärzte, sondern auch die Öffentlichkeit aufzurütteln.¹²⁸³

¹²⁷⁸ Vgl. ANONYMUS (1921c), S. 1-3.

¹²⁷⁹ Vgl. ANONYMUS (1951), S. 19.

¹²⁸⁰ ANONYMUS (1951), S. 19 (Zitat).

¹²⁸¹ Vgl. ANONYMUS (1951), S. 20.

¹²⁸² ANONYMUS (1951), S. 20 (Zitat).

¹²⁸³ Vgl. ANONYMUS (1951), S. 20.

Lungwitz schreibt selbst im ‚Echos d’outre-Rhin‘, daß es sich bei seinem Roman ‚Führer der Menschheit?’ um einen der erfolgreichsten der Zeit handele, da er in mehr als 100 Zeitschriften sehr positive Kritiken erhalten habe und außerdem binnen Jahresfrist in dritter Auflage erschien sei.¹²⁸⁴ Er kenne die ärztlichen Verhältnisse sehr genau, und dies habe ihn bewogen, eine Abhandlung „der wirtschaftlichen Kämpfe, der geistigen und gesellschaftlichen Notlage der Ärzte und der sich aus dieser Unklarheit der Existenzbedingungen ergebenden eigentümlichen Beziehungen zur Gesamtheit des Volkes“¹²⁸⁵ zu schreiben. Er zitiert unter anderem eine Kritik aus der ‚Deutschen Tageszeitung‘, die Lungwitz’ Roman „als eine Tat, für die sowohl die Ärzte als auch die Allgemeinheit dem Autor Dank schuldig sind“.¹²⁸⁶ Diese und andere Kritiken hätten ihn dazu bewegt, eine Fortsetzung zu schreiben, auf deren Erscheinen er hinweise.¹²⁸⁷ Am Ende erklärt er noch den Titel seines Romans, bei dem er sich eines Ausspruches Herbert Spencers bedient habe,¹²⁸⁸ der meint, daß die Ärzte berufen seien, „an der Spitze der Menschheit zu marschieren“.¹²⁸⁹ Diesen Ausspruch habe er jedoch als Frage formuliert, da er der Meinung sei, daß sich einige „Insignien dieser Würde entkleidet“¹²⁹⁰ hätten.¹²⁹¹ Lungwitz fügt noch einen Ausschnitt aus dem Roman an.

In einer Kritik in der Zeitschrift ‚Archiv für Stadthygiene‘ bezeichnet ein nicht näher benannter Verfasser Lungwitz als einen „zu guten Kenner und zu scharfen Kritiker der einschlägigen Verhältnisse“,¹²⁹² als daß man an der Wahrheit der Darstellungen in seinem Roman ‚Führer der Menschheit?’ zweifeln könne. Der Roman sei, obwohl er sich mit ärztlichen Themen beschäftige, für das gesamte Publikum bestimmt, wobei er Lungwitz beipflichtet, daß jeder deutsche Bürger verpflichtet sei, dem „um seine Existenz, um seine Zukunft ringenden und schwer bedrängten ärztlichen Stande mit Rat und Tat helfend zur Seite zu stehen“.¹²⁹³ Gelobt werden nicht nur der Inhalt, sondern auch die künstlerisch anspruchsvolle Form des Romans. Es wird die Hoffnung geäußert, daß

¹²⁸⁴ Vgl. LUNGWITZ (1912l), S. 10.

¹²⁸⁵ LUNGWITZ (1912l), S. 10 (Zitat).

¹²⁸⁶ LUNGWITZ (1912l), S. 11 (Zitat).

¹²⁸⁷ Vgl. LUNGWITZ (1912l), S. 11.

¹²⁸⁸ Ebenda.

¹²⁸⁹ LUNGWITZ (1912l), S. 11 (Zitat).

¹²⁹⁰ LUNGWITZ (1912l), S. 12 (Zitat).

¹²⁹¹ Vgl. LUNGWITZ (1912l), S. 12.

¹²⁹² ANONYMUS (1911k), S. 18 (Zitat).

¹²⁹³ Ebenda.

Lungwitz' Wunsch, die Ärzte mögen sich ihrer Mission, die ‚Führer der Menschheit‘ zu sein, würdig zeigen, schon im Interesse der Allgemeinheit in Erfüllung gehe.¹²⁹⁴

Ferner sind im Hans-Lungwitz-Archiv noch Kopien von einigen an Lungwitz gerichteten Briefen zum Roman ‚Führer der Menschheit?‘ vorhanden.

Ein gewisser Scherer¹²⁹⁵ von der ‚Ärztlichen Central-Zeitung‘ schreibt, daß er den Roman mit „dem allergrößten Interesse“ gelesen habe und verspricht in seiner Zeitschrift eine Buchkritik zu veröffentlichen. Außerdem drückt er seine Begeisterung über Lungwitz' Talent aus.¹²⁹⁶

In einem Brief eines Dr. med. Fritzsche an einen Herrn Gottschalk sind die beiden Lungwitzschen Romane erwähnt. Dr. Fritzsche schreibt: „... als ich das Buch oder richtiger die Bücher von College Lungwitz gelesen hatte, da mußte ich mir sagen: Das ist ja meine eigene Lebensgeschichte. Die beiden Schriften haben mich tief ergriffen.“¹²⁹⁷

Ein Herr namens Dr. med. Bäumer äußert in einem Brief an den Adler-Verlag Berlin, daß seine Erwartungen an den Roman ‚Führer der Menschheit?‘ weit übertroffen worden seien. Er lobt den Roman als dichterisch sehr gelungen und meint, daß jeder Arzt sich zu dessen Ausführungen bekennen müsse.¹²⁹⁸

Das aufgeführte Material stammt aus dem Hans-Lungwitz-Archiv in Dresden. Alles in allem findet man mehr positive als negative Kritiken, wobei bei vielen Artikeln und Stellungnahmen die Autoren nicht mehr auszumachen sind. Obgleich von einer Selektion der Rezensionen auszugehen ist, belegen die zahlreichen positiven Äußerungen zumindest, daß Lungwitz einen kurzfristigen Erfolg mit seinen Schriften zu verzeichnen hatte. Wenn dieser Erfolg auch nicht dauerhaft war, erklärt er immerhin, warum Lungwitz in den 50er Jahren über eine Neuauflage seiner Schriften nachgedacht hat.¹²⁹⁹

¹²⁹⁴ Vgl. ANONYMUS (1911k), S. 18.

¹²⁹⁵ Unterschrift auf dem Brief sehr unleserlich!

¹²⁹⁶ SCHERER (1911), S. 1.

¹²⁹⁷ FRITZSCHE (1920), S. 1.

¹²⁹⁸ BÄUMER (1919), S. 1.

¹²⁹⁹ Zu einer Neuauflage der Schriften ist es jedoch nie gekommen.

5. Diskussion

Einleitung

Der Gedanke, das Gesundheits- und Ärzteswesen zu verstaatlichen, taucht schon im 18. Jahrhundert auf. Johann David Schöpff¹³⁰⁰ empfahl 1799 die Verstaatlichung des Ärzteswesens. Er schrieb: „Die Volks-Vormünder müssen wollen und sorgen, daß vorzüglich ausgebildete, sich dem Gemeinwohl aufopfernde Ärzte, nicht vom Zufall und der Nothleidenden Unglück müssen ernährt werden, sondern in der Lage seien, überall in ihren angewiesenen Bezirken, unentgeltliche Belehrung, Beistand und Hülfe leisten zu können.“¹³⁰¹

Im Jahr 1806 verlangte Christian Friedrich Wildberg¹³⁰² vom Staat, daß dieser die Ärzte anstellen und sie in zweckdienlicher Weise übers Land verteilen solle.¹³⁰³ Auch im weiteren Verlauf des 19. Jahrhunderts befaßten sich viele Ärzte mit dem Thema Verstaatlichung bzw. Verbeamtung der Ärzte, wobei sowohl Pro- als auch Contra-Argumente zu finden sind.¹³⁰⁴

Die vielen Ideen und Gedanken zur Verstaatlichung des Gesundheitswesens kamen allerdings nur an einem Ort zur Durchführung: Im Herzogtum Nassau kam es 1818 durch das ‚Nassauische Medizinedikt‘ zu einer Verstaatlichung, die 50 Jahre bestand.¹³⁰⁵ Das nassauische Beispiel wurde jedoch nirgends nachgeahmt.¹³⁰⁶

Auch noch um die Jahrhundertwende war das Thema ‚Verstaatlichung des Gesundheitswesens‘ aktuell und wurde unter anderem vom ‚Verband für Volksgesundheit‘ vertreten.¹³⁰⁷

In der Zeit des Ersten Weltkrieges kam es wieder verstärkt zu einer Diskussion der Verstaatlichung. Zum Teil wurde lediglich die Verstaatlichung der Kassenpraxis gefordert, aber auch die Forderung nach Verstaatlichung der gesamten ärztlichen Tätigkeit war zu

¹³⁰⁰ Vgl. SCHÖPFF (1799).

¹³⁰¹ Vgl. FISCHER (1933), S. 70.

¹³⁰² Vgl. WILDBERG (1807). Wildberg gab 1807 das ‚Lehrbuch der phys. Selbstenkenntnis‘ heraus. Im Jahre 1820 veröffentlichte er das Werk ‚System der medicinischen Gesetzgebung‘.

¹³⁰³ Vgl. FISCHER (1933), S. 70.

¹³⁰⁴ Vgl. FISCHER (1933), S. 385-387.

¹³⁰⁵ Als Nassau preußisch wurde, wurde die Verstaatlichung zur Erleichterung der nassauischen Ärzte abgeschafft. Vgl. FISCHER (1933), S. 385-387.

¹³⁰⁶ Vgl. FISCHER (1933), S. 387.

¹³⁰⁷ Vgl. FISCHER (1914), S. 49f.

finden. Auf dem Ärztetag in Eisenach 1918 lehnte man eine Verstaatlichung des Gesundheitswesens jedoch einstimmig ab.¹³⁰⁸

Dessenungeachtet befaßten sich immer wieder Ärzte mit dem Thema Verstaatlichung, so eben auch Lungwitz, der schließlich seine gereiften Ideen 1919 in der Denkschrift ‚Die Verstaatlichung des Heil- und Fürsorgewesens‘ veröffentlichte.

¹³⁰⁸ Vgl. BERGEMANN-GORSKI (1966), S. 37-41.

5.2 Die Lungwitzschen Verstaatlichungsgedanken in Gegenüberstellung zu einer zeitgenössischen Idee zur Verstaatlichung des Gesundheitswesens

Erwin Liek, den Lungwitz um den Erfolg seines Sozialromans ‚Der Arzt und seine Sendung‘¹³⁰⁹ sehr beneidete,¹³¹⁰ sprach sich in einem Semestervortrag 1928 an der Universität Leipzig für die Verstaatlichung der Kassenärzte aus.¹³¹¹ Er teilte die Ansicht von Lungwitz,¹³¹² daß die Ärzte schon längst nicht mehr unabhängig seien, sondern mehr oder weniger zu Angestellten der Krankenkassen würden. Wenn der Arzt seine vermeintliche „Unabhängigkeit“, aufgeben müsse, so solle er Liek zufolge lieber Staatsbeamter als Kassenbeamter sein.¹³¹³

Denjenigen, die sich genauer über die Forderung der Verstaatlichung nicht nur der Kassenärzte, sondern des gesamten Ärztestandes informieren wollten, empfahl er: „Wer von ihnen wissen will, wie man sich dabei die Organisation denkt, den verweise ich auf die Arbeiten der letzten Zeit, insbesondere die von Lungwitz und Neumann.“¹³¹⁴ Ernst Neumann¹³¹⁵ wollte mit seiner Arbeit ‚Die Neugestaltung des Ärztestandes, des Krankenhauswesens und der öffentlichen Gesundheitspflege‘,¹³¹⁶ die erstmals 1918 erschien, eine Möglichkeit zur Sozialisierung der Ärzte darlegen.¹³¹⁷

Im folgenden sollen nun die maßgebliche Arbeit von Lungwitz – die erwähnte ‚Denkschrift zur Verstaatlichung des Heil- und Fürsorgewesens‘ – und der oben genannte Entwurf Neumanns zur Neugestaltung des Gesundheitswesens gegenübergestellt werden, um so einen besseren Einblick in die in der damaligen Zeit aktuellen unterschiedlichen Verstaatlichungsideen zu gewinnen.

Neumann verlangt, das unter den Ärzten herrschende Treiben des freien Gewerbes und die Bezahlung von Einzelleistungen abzuschaffen. Er will den Arzt zu einem Beamten machen, der eine bestimmte Anzahl von Patienten zu betreuen habe und dem ein festes

¹³⁰⁹ LIEK (1934), ‚Der Arzt und seine Sendung‘, Neunte Auflage.

¹³¹⁰ Vgl. DOMINICUS (1993), S. 26.

¹³¹¹ Vgl. LIEK (1928), S. 113f. Eine Ausgabe der Veröffentlichung dieses Vortrages befand sich in Lungwitz' Besitz (Hans-Lungwitz-Archiv in Dresden).

¹³¹² Vgl. LUNGWITZ (1919d), S. 31, ANONYMUS (1920d), S. 95.

¹³¹³ Vgl. LIEK (1928), S. 113f.

¹³¹⁴ LIEK (1928), S. 113f (Zitat).

¹³¹⁵ Dr. med. Ernst Neumann, Kreiskommunalarzt des Kreises Mettmann in Vohwinkel (Rheinland).

¹³¹⁶ Diese Arbeit findet sich auch im Hans-Lungwitz-Archiv in Dresden, Lungwitz besaß demnach selbst ein Exemplar.

¹³¹⁷ Vgl. NEUMANN (1920), S. 3-5.

Gehalt zu zahlen sei. Das Gehalt, aus einer Kasse gezahlt, solle sich aus einem Grundgehalt, das den Unterhalt abdecke, und einer zusätzlichen Vergütung der Einzelleistungen, der Inanspruchnahme durch Patienten entsprechend bestehen. Damit solle der befürchteten Trägheit verstaatlichter Ärzte vorgebeugt werden, da so immer noch ein materielles Interesse am Tätigsein vorhanden bleibe.¹³¹⁸

Lungwitz sieht in seinem Vorschlag die Ärzte als Beamte der staatlichen Gesundheitsämter, wobei es jedem Arzt freigestellt werden solle, in den Staatsdienst einzutreten oder nicht.¹³¹⁹

Die Bezahlung der Ärzte führt Lungwitz etwas genauer aus als Neumann, kommt jedoch zum gleichen Ergebnis. Ihm schwebt ein Fixum vor, das aus einem Grundgehalt bestünde, das eine Wohnungsentschädigung enthalte. Ferner sollten die staatlichen Ärzte eine Dienstalterszulage erhalten, die einen Ersatz für die Beförderung darstellen solle, und eine Leistungszulage.¹³²⁰ Die Leistungszulage solle wie auch bei Neumann durch Bezahlung der Einzelleistung die Tüchtigkeit des Arztes belohnen.¹³²¹

Zum Thema „freie Arztwahl“ meint Neumann, daß eine völlig freie Wahl der Bevölkerung unter den Ärzten nicht angestrebt werden solle.¹³²² Lungwitz hält dagegen die Einführung der unbeschränkten freien Arztwahl unter den im Staatsdienst tätigen Ärzten für unabdingbar.¹³²³

Die ärztliche Behandlung will Neumann im wesentlichen kostenfrei halten. Um aber einem Mißbrauch der ärztlichen Behandlung durch die Bevölkerung vorzubeugen, solle jeder, der den Arzt in Anspruch nehme, eine in einer Gebührenordnung festgelegte Summe an die Krankenkasse zahlen, aus welcher der Arzt die Einzelleistungen vergütet bekomme.¹³²⁴ Lungwitz schlägt die Einführung einer Staats- und Reichsversicherung vor, in die jeder – der Höhe seines Gehaltes entsprechend – eine gesetzlich festgelegte Gesundheitssteuer einzahlen müsse. Die Versicherten hätten dann kostenfreie ärztliche Versorgung, kostenlose Arznei und eine allerorts mögliche Krankenhausaufnahme.¹³²⁵

¹³¹⁸ NEUMANN (1920), S. 18f (Zitat).

¹³¹⁹ Vgl. LUNGWITZ (1919a), S. 30.

¹³²⁰ Vgl. LUNGWITZ (1919a), S. 36.

¹³²¹ Vgl. LUNGWITZ (1919a), S. 39.

¹³²² Vgl. NEUMANN (1920), S. 19.

¹³²³ Vgl. LUNGWITZ (1919a), S. 30f.

¹³²⁴ Vgl. NEUMANN (1919a), S. 19.

¹³²⁵ Vgl. LUNGWITZ (1919a), S. 26f.

Die Größe eines Arztbezirkes legt Neuman auf 6.000 Einwohner fest, was entsprechend der Bevölkerungsdichte allerdings noch einer gewissen Anpassung bedürfe. Jeder Bezirk solle von zwei Ärzten versorgt werden, die alle Einwohner, unabhängig ob Kasernenmitglieder oder nicht, in Anspruch nehmen könnten. Von diesen beiden sogenannten Bezirksärzten solle ein Vertreter ‚innerer Arzt‘ sein und der andere ‚chirurgischer Arzt‘.¹³²⁶ Da der Arzt genügend Zeit für eine gründliche Untersuchung und Behandlung, das ausführliche Schreiben der Krankengeschichte, zur Aufklärung der Patienten und zur praktischen Hygiene haben solle, dürfe er sich laut Lungwitz keinesfalls um mehr als 1.000 Versicherte kümmern.¹³²⁷ Er ist in diesem Punkt also anderer Meinung als Neumann. Die Verteilung der Ärzte habe sich, so Lungwitz, größtenteils schon bedarfsgerecht vollzogen, die Ärztezahl müsse nur auf dem Land erhöht werden. Um die ländlichen Gebiete für die Ärzte attraktiver zu machen, sollten die Landärzte eine höhere Leistungszulage erhalten.¹³²⁸

In Neumanns System müßten nicht zusätzlich Ärzte für Schulgesundheitspflege, Säuglings-, Tuberkulosefürsorge usw. eingeführt werden. Der ‚innere Bezirksarzt‘ sei gleichzeitig auch Schularzt und Arzt für Säuglings- und Tuberkulosefürsorge, während der ‚chirurgische Bezirksarzt‘ für die Impfungen und Kurse zur ersten Hilfeleistung in seinem Bezirk zuständig sei.¹³²⁹ In Lungwitz’ Denkschrift fordert dessen Co-Autor Springer die vermehrte Fürsorge anormaler Kindern durch den Schularzt und den Ausbau seiner Aufgabe als Berufsberater. Ferner solle die ärztliche Tätigkeit des Schularztes reformiert werden.¹³³⁰ Während Kraemer die Einführung von Tuberkuloseärzten in großen Städten verlangt.¹³³¹ Für die Säuglingsfürsorge wird lediglich gefordert, daß sie öffentlich-rechtlichen Charakter erhalten solle, um ihr mehr Autorität zu verleihen.¹³³² Für die Schulgesundheitspflege und die Tuberkulosefürsorge sollen demnach spezielle Ärzte zuständig sein. Inwieweit für die Säuglingsfürsorge spezielle Ärzte eingestellt werden oder welche Ärzte letztendlich dafür zuständig sein sollten, ist aus der Denkschrift nicht zu entnehmen.

¹³²⁶ Vgl. NEUMANN (1920), S. 20f.

¹³²⁷ Vgl. LUNGWITZ (1919a), S. 34.

¹³²⁸ Vgl. LUNGWITZ (1919a), S. 36f.

¹³²⁹ Vgl. NEUMANN (1920), S. 22.

¹³³⁰ Vgl. SPRINGER (1919b), S. 91-93.

¹³³¹ Vgl. KRAEMER (1919), S. 119.

¹³³² Vgl. SPRINGER (1919b), S. 88.

Neumann schlägt des weiteren eine Abschaffung des „Praktischen Jahres“ vor. Statt dessen befürwortet er die Einführung einer Assistenzzeit direkt nach dem Examen. Vor der vierjährigen Assistenzzeit müsse sich der Mediziner für eine Richtung entscheiden, entweder für die „chirurgische“ oder die „innere“ Laufbahn. Neumann empfiehlt auch eine Reihe von Fachabteilungen, die während der jeweiligen Assistenzzeit besucht werden sollten.¹³³³ Der Mediziner solle in der Assistenzzeit ein Gehalt beziehen und freie Wohnung und Verpflegung im Krankenhaus erhalten.¹³³⁴ In Lungwitz' Arbeit sind keine detaillierten Vorschläge zu einer Umgestaltung der Ausbildung der Ärzte gemacht. Zum Thema freie Wahl des „Arztes des Vertrauens“ meint Neumann, daß die Mehrzahl der Kranken ihren Arzt kaum frei wählen könne, wie z.B. viele der Kassenmitglieder und auch die Menschen auf dem Land, wo es häufig nur einen Arzt gebe. Also sei die Befürchtung, durch die Verstaatlichung würde die Möglichkeit der freien Arztwahl genommen, hinfällig.¹³³⁵ Grumach führt in Lungwitz' Denkschrift als Argument gegen die Angst vor dem angeblichen Verlust des Vertrauensarztes ebenfalls die Ärzte auf dem Land an. Diese seien häufig auf weiter Flur die einzigen Mediziner, die Landbevölkerung habe also keine Wahlmöglichkeit.¹³³⁶

Zur Neugestaltung des Krankenhauswesens schlägt Neumann vor, daß eine bestimmte Anzahl von Arztbezirken mit jeweils zwei Bezirksärzten zu einem Krankenhausbezirk vereinigt werden sollten. Er empfiehlt, aus Effektivitätsgründen Krankenhäuser mit 350 bis 750 Betten einzurichten. Ein Krankenhausbezirk solle ungefähr 70.000 bis 150.000 Einwohner einbeziehen, wenn man fünf Betten für 1.000 Einwohner veranschlagt. Diese Planung müsse auch der Besiedelung entsprechend variiert werden.¹³³⁷ Springer plädiert in der von Lungwitz herausgegebenen Denkschrift für eine Übernahme möglichst vieler Krankenhäuser in die öffentliche Hand, um den allgemeinen Krankenhäusern den Ruf, sie seien lediglich für Arme da, zu nehmen.¹³³⁸ Ferner verlangt er eine Erhöhung der Bettenzahl, wobei er auch auf die Zahl von fünf Betten pro 1.000 Einwohner

¹³³³ Vgl. NEUMANN (1920), S. 23.

¹³³⁴ Vgl. NEUMANN (1920), S. 24.

¹³³⁵ Vgl. NEUMANN (1920), S. 26.

¹³³⁶ Vgl. GRUMACH (1919), S. 55.

¹³³⁷ Vgl. NEUMANN (1920), S. 26f.

¹³³⁸ Vgl. SPRINGER (1919a), S. 62.

kommt. Er will die Zahl der Betten jedoch nicht nur vom Bedarf, sondern auch von der Belegung abhängig machen.¹³³⁹

Neumann empfiehlt die Einstellung einer bestimmten Anzahl von Spezialärzten mit einer besonderen Ausbildung. Diese sollten ein festes Gehalt bekommen, jedoch keine weitere Bezahlung nach Einzelleistungen. Zusätzlich zu ihrer Arbeit im Krankenhaus sollten sie lediglich als beratende Ärzte in ihrem Krankenhausbezirk tätig sein. Neumann verlangt pro großem Krankenhaus einen Chefarzt zur Verwaltung des Krankenhauses, acht Spezialärzte für die jeweiligen Spezialgebiete¹³⁴⁰ und zusätzlich Assistenzärzte.¹³⁴¹ Die kleineren Krankenhäuser sollten entsprechend weniger Abteilungen enthalten.¹³⁴² In der Denkschrift fordert Lungwitz eine langsame Umgestaltung des Krankenhauswesens. Erst sollten die vorhandenen Anstalten langsam in das System einbezogen und dann erst neue errichtet werden.¹³⁴³ Über die Art der in Krankenhäusern anzustellenden Ärzte äußert sich lediglich Dührssen. Er verlangt, daß jedes Krankenhaus eine geburts-hilflich-gynäkologische Abteilung enthalten solle und daß der leitende Arzt der Abteilung in der Anstalt wohnen solle.¹³⁴⁴

Das von Neumann vorgeschlagene System verlangt ferner, daß sowohl der Bezirksarzt, wie auch alle Patienten im Bezirk die Spezialärzte der Bezirkskrankenhäuser zu Rate ziehen dürften. Die Beratung würde den Spezialärzten extra vergütet. So stünden allen Kranken – unabhängig von ihrer finanziellen Lage – die gleichen Spezialärzte zu Verfügung.¹³⁴⁵ In der von Lungwitz herausgegebenen Denkschrift ist über die Art der Einbeziehung der Spezialärzte in das System der Verstaatlichung keine Aussage gemacht. Neumann sieht eine kostenlose Behandlung aller Kranken im Krankenhaus vor; allein die Verpflegungssätze müßten von den „Nichtkassenpatienten“ vollständig und von den Kassenpatienten zu einem Bruchteil bezahlt werden, um unnötigen Krankenhausaufent-

¹³³⁹ Vgl. SPRINGER (1919a), S. 63f.

¹³⁴⁰ Es sollten je ein Spezialarzt vorhanden sein für innere Krankheiten und Nervenkrankheiten, Kinderkrankheiten, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Chirurgie und Orthopädie, Frauenkrankheiten und Geburtshilfe, Augenkrankheiten, Ohren- und Nasenkrankheiten und ein Leiter für das Pathologisch-anatomische und bakteriologische Laboratorium. Vgl. NEUMANN (1920), S. 27.

¹³⁴¹ Vgl. NEUMANN (1920), S. 27.

¹³⁴² Kleine Krankenhäuser mit 200-350 Betten sollten nur drei selbständige Spezialärzte haben; einen für innere Krankheiten, einen für chirurgische Krankheiten und einen für Frauenkrankheiten und Geburtshilfe. Vgl. NEUMANN (1920), S. 32.

¹³⁴³ Vgl. LUNGWITZ (1919a), S. 27.

¹³⁴⁴ Vgl. DÜHRSEN (1919), S. 76.

¹³⁴⁵ Vgl. NEUMANN (1920), S. 27f.

halten entgegenzuwirken.¹³⁴⁶ Springer äußert in Lungwitz' Denkschrift die Meinung, daß die Krankenkassen die Krankenhausaufenthalte komplett übernehmen sollten, so daß die Patienten diese früher aufsuchten und keine Chronifizierung der Krankheiten riskierten.¹³⁴⁷ Zur Kostensenkung der Krankenhäuser sollten leichter Kranke in einfacheren, weniger kostspieligen Anstalten untergebracht werden.¹³⁴⁸

Zusätzlich zu den selbständigen Abteilungsärzten verlangt Neumann noch erfahrene ältere Oberärzte, die mindestens einige Jahre als Bezirksarzt tätig gewesen seien und denen ein angemessenes Gehalt gezahlt werde. Pro Krankenhaus solle wenigstens ein Oberarzt für die chirurgische und ein weiterer für die innere Abteilung vorhanden sein.¹³⁴⁹ Jeder Assistenzarzt habe Neumann zufolge ungefähr 60 Betten zu betreuen und während einer vierjährigen Ausbildung alle Abteilungen zu durchlaufen.¹³⁵⁰ Die medizinischen Einrichtungen der Universitäten sollten der Forschung und Lehre dienen, die Akademien dagegen der Forschung und Weiterbildung der Bezirks- und Krankenhausärzte.¹³⁵¹ In der Denkschrift von Lungwitz werden keine derart detaillierten Ausführungen über die Neugestaltung des Krankenhauswesens gemacht.

Neumann will an den bestehenden Provinzialirrenanstalten und Lungenheilanstalten nichts ändern.¹³⁵² Kraemer plädiert in der Denkschrift für eine Beibehaltung der Privatlungenheilstätten zur Entlastung der Volksheilstätten; er will vorhandene Tuberkulosekrankenhäuser ausbauen und neue hinzufügen. Er fordert allerdings die staatliche Übernahme der Tuberkulosefürsorgestellen.¹³⁵³ Enge, der in der von Lungwitz herausgegebenen Denkschrift einen Aufsatz zur Verstaatlichung des ‚Irrenwesens‘ beiträgt, fordert, daß die Irrenheilanstalten, zum Vorteil der Patienten in staatliche Hände übergehen sollten.¹³⁵⁴

Der damalige Kreisarzt wird in Neumanns Verstaatlichungsvorschlag „Verwaltungsarzt“ genannt; sein Amtsbezirk würde mit dem Krankenhausbezirk zusammenfallen. Seine Aufgabe sei die Leitung der öffentlichen Gesundheitspflege einschließlich gesundheitlicher Fürsorgeeinrichtungen. Er sei über die Personalien aller Ärzte, Apotheker

¹³⁴⁶ Vgl. NEUMANN (1920), S. 29.

¹³⁴⁷ Vgl. SPRINGER (1919a), S. 62.

¹³⁴⁸ Vgl. SPRINGER (1919a), S. 67.

¹³⁴⁹ Vgl. NEUMANN (1920), S. 30f.

¹³⁵⁰ Vgl. NEUMANN (1920), S. 31.

¹³⁵¹ Vgl. NEUMANN (1920), S. 33.

¹³⁵² Ebenda.

¹³⁵³ Vgl. KRAEMER (1919), S. 118f.

¹³⁵⁴ Vgl. ENGE (1919), S. 121f.

und Hebammen unterrichtet und regele Urlaub und Vertretungen. Ferner sei ihm die Verwaltung des Krankenhauses überantwortet.¹³⁵⁵ In großen Bezirken seien ihm noch Verwaltungshilfsärzte untergeordnet, die dann selbst, wenn sie die entsprechenden Fähigkeiten besäßen, zu Verwaltungsärzten aufsteigen könnten. Allerdings müsse jeder Verwaltungsarzt einige Zeit als Bezirksarzt tätig gewesen sein. Die Verwaltungsärzte könnten später auch in höhere Verwaltungsbehörden des Gesundheitswesens wechseln.¹³⁵⁶ Jedem Bezirksarzt, der an die Stelle des damaligen praktischen Arztes treten solle, stünde somit die komplette Laufbahn offen.¹³⁵⁷

Neumann führt seine Neugestaltungsvorschläge en detail aus: Die grobe Organisation seines Vorschlages solle durch Reichsgesetze geregelt werden und die eigentliche Durchführung den Bundesstaaten überlassen werden, deren Ärzte zu Staatsbeamten würden.¹³⁵⁸ In der Lungwitzschen Denkschrift sind keine Hinweise auf die Art einer staatlichen Verankerung seiner Vorschläge zu finden.

Nach Absolvierung der vierjährigen Assistenzzeit könne Neumann zufolge die Approbation als Arzt und die nachfolgende Bewerbung um eine Bezirksarztstelle erfolgen.¹³⁵⁹

Die Ärzte sollten nach den Prinzipien aller Staatsbeamten bezahlt werden und auch Anspruch auf eine Pension und Hinterbliebenenfürsorge haben. Alle Ärzte, ausgenommen die Assistenzärzte, sollten in Neumanns Besoldungsvorschlag den gleichen Lohn erhalten, der lediglich nach Alter gestaffelt sein solle. Die höheren Stellen hoben sich also nicht durch größeren Lohn, sondern durch eine anders geartete Tätigkeit und durch vermehrten Einfluß im ärztlichen Stand und im Staatsleben ab.¹³⁶⁰ Lungwitz' Verstaatlichungsidee schlägt das oben schon erwähnte Fixum aus Grundgehalt, Dienstalterszulage und Leistungszulage vor. Zusätzlich sollten die staatlichen Ärzte wie alle anderen Staatsbeamten auch eine Altersvorsorge und eine Hinterbliebenenversorgung erhalten.¹³⁶¹

Am Ende seines Vorschlages zur Neugestaltung des Ärztestandes, des Krankenhauswesens und der öffentlichen Gesundheitspflege geht Neumann in seiner zweiten Auflage in einem Nachwort auf die Frage der Sozialisierung des Heilwesens ein. Er definiert den

¹³⁵⁵ Vgl. NEUMANN (1920), S. 38.

¹³⁵⁶ Vgl. NEUMANN (1920), S. 36f.

¹³⁵⁷ Vgl. NEUMANN (1920), S. 37.

¹³⁵⁸ Vgl. NEUMANN (1920), S. 39f.

¹³⁵⁹ Vgl. NEUMANN (1920), S. 40.

¹³⁶⁰ Vgl. NEUMANN (1920), S. 43.

¹³⁶¹ Vgl. LUNGWITZ (1919a), S. 39.

Begriff Sozialisierung erst allgemein und stellt danach sein daraus folgendes Verständnis der Sozialisierung des Heilwesens dar.¹³⁶² Neumann weiß deutlich darauf hin, daß sich weder die organisierte freie Arztwahl noch die Einbeziehung aller Volksglieder in die Krankenversicherung und die unentgeltliche ärztliche Behandlung mit den Forderungen einer Sozialisierung des Heilwesens deckten.¹³⁶³ Er kommt zu dem Schluß, daß beim Abwägen der Vorteile und Nachteile seines Vorschlages zur Sozialisierung des Heilwesens die Vorteile überwögen und deswegen sein Neugestaltungsvorschlag einen gangbaren Weg zeige.¹³⁶⁴

Lungwitz kritisiert in seinem Vorschlag zur Neuordnung des Heilwesens vehement die Gleichsetzung der Begriffe ‚Verstaatlichung‘ und ‚Sozialisierung‘. Um Mißverständnisse und Mißdeutungen zu vermeiden, fordert er eine strenge Trennung der beiden Begriffe. Der ärztliche Beruf könne seiner Meinung nach zwar verstaatlicht, nicht jedoch sozialisiert werden.¹³⁶⁵

Kurze tabellarische Gegenüberstellung der beiden Verstaatlichungsvorschläge

Im folgenden sollen nun die Vorschläge von Lungwitz und Neumann noch einmal in einer Tabelle kurz gegenübergestellt werden.

Vorschläge der Denkschrift	Neumanns Vorschläge
<ul style="list-style-type: none"> • Ärzte sollen Beamte der Gesundheitsämter sein. • Eintritt in den Staatsdienst auf freiwilliger Basis • Gehalt soll ein Fixum aus Grundgehalt, Dienstalterszulage und Leistungszulage sein. • Unbeschränkte freie Arztwahl unter den staatlichen Ärzten • Einführung einer Staats- und Reichsversicherung und einer Gesundheitssteuer • Ärztliche Versorgung und Arznei sind für die Versicherten kostenfrei. 	<ul style="list-style-type: none"> • Abschaffung des freien Gewerbes unter den Ärzten • Abschaffung der Bezahlung von Einzelleistungen • Ärzte sollen Beamte mit festem Gehalt und zusätzlicher Vergütung der Einzelleistungen sein. • Keine freie Arztwahl • ärztliche Behandlung im wesentlichen kostenlos, zur Verhinderung von Mißbrauch Entrichtung einer geringen festgelegten Summe an Krankenkasse bei Arztbesuch

¹³⁶² Vgl. NEUMANN (1920), S. 55-59.

¹³⁶³ Vgl. NEUMANN (1920), S. 61.

¹³⁶⁴ Vgl. NEUMANN (1920), S. 73.

¹³⁶⁵ Vgl. LUNGWITZ (1919a), S. 8.

Vorschläge der Denkschrift	Neumanns Vorschläge
<ul style="list-style-type: none"> • ein Arzt solle sich um nicht mehr als 1.000 Versicherte kümmern. • die Verteilung der Ärzte müsse nur auf dem Land geändert werden. • Ärztliche Tätigkeit und Aufgaben des Schularztes sollten reformiert werden. • In großen Städten sollten spezielle Tuberkuloseärzte eingestellt werden. • Keine Vorschläge zur Reform der ärztlichen Ausbildung • Wahl des „Arztes des Vertrauens“ stelle keine Problematik dar. • Verbesserung des Rufes der öffentlichen Krankenhäuser durch staatliche Übernahme • Erhöhung der Bettenzahl auf fünf Betten pro 1.000 Einwohner • Keine genauen Angaben über die im Krankenhaus anzustellenden Ärzte • Krankenkassen sollten Krankenhausaufenthalte komplett übernehmen. • Leichtkranke sollten in weniger kostspieligen Anstalten untergebracht werden. • Ausbau vorhandener Tuberkulosekrankenhäuser und Hinzufügen von neuen • Überführung der Irrenheilanstalten in staatliche Hände • Keine Vorschläge zur gesetzlichen Verankerung des neuen Systems 	<ul style="list-style-type: none"> • ein Arztbezirk soll 6.000 Einwohner umfassen. • zwei Ärzte, ein ‚chirurgischer‘ und ein ‚innerer‘ Arzt versorgen einen Arztbezirk. • der ‚innere‘ Arzt solle sich auch um Schulgesundheitspflege, Säuglings- und Tuberkulosefürsorge kümmern. • der ‚chirurgische‘ Bezirksarzt sei für Impfungen und Kurse zur ersten Hilfeleistung zuständig. • Abschaffung des „Praktischen Jahres“ – stattdessen Assistenzzeit direkt nach dem Staatsexamen • Wahl des „Arztes des Vertrauens“ stelle keine Problematik dar. • Zusammenfassung von mehreren Arztbezirken zu einem Krankenhausbezirk • Einrichtung von Krankenhäusern mit 350 bis 750 Betten, ungefähr fünf Betten pro 1.000 Einwohner • Pro Krankenhaus sollten ein Chefarzt, acht Spezialärzte und mehrere Assistenzärzte bei festem Gehalt angestellt werden. • Kostenlose Behandlung im Krankenhaus, jedoch Bezahlung für die Pflegesätze • keine Reform der bestehenden Provinzialirrenanstalten und Lungenheilanstalten • Kreisarzt wird Verwaltungsarzt, der öffentliche Gesundheitspflege einschließlich gesundheitlicher Fürsorgeeinrichtungen zu leiten hat. • Regelung des neuen Systems durch Reichsgesetze

Vorschläge der Denkschrift	Neumanns Vorschläge
<ul style="list-style-type: none"> • Alle Ärzte erhalten oben erwähntes Fixum. • Alle staatlichen Ärzte erhalten eine Altersvorsorge und eine Hinterbliebenenversorgung. • Eine strenge Trennung der Begriffe ‚Sozialisierung‘ und ‚Verstaatlichung‘ des Heilwesens wird gefordert. 	<ul style="list-style-type: none"> • Alle Ärzte erhalten den gleichen Lohn, der lediglich nach Alter gestaffelt ist. • Jeder Arzt hat Anspruch auf Pension und Hinterbliebenenfürsorge. • Jedem Arzt steht die komplette ärztliche Laufbahn offen. • Die Sozialisierung des Heilwesens wird befürwortet.

Die tabellarische Gegenüberstellung zweier zeitgenössischer Verstaatlichungsvorschläge macht deutlich, daß Lungwitz in der damaligen Zeit nicht der einzige gewesen ist, der sich mit einer möglichen Verstaatlichung des Gesundheitswesens eingehend beschäftigt hat. Beide, Lungwitz als auch Neumann, skizzieren ein mögliches Konzept für eine Verstaatlichung, wobei in der Detailbeschreibung unterschiedliche Schwerpunkte gesetzt werden. In einigen Bereichen findet man identische Ansichten, wie bei der Verbeamtung und Honorierung der Ärzte, der Vertrauensfrage bei der Arztwahl und der geforderten Krankenhausbettenzahl. In anderen Bereichen zeigen sich gegensätzliche Meinungen, hinsichtlich der „freien Arztwahl“ und der Patientenzahl, für die ein Arzt zuständig sein sollte. Die Gegenüberstellung macht deutlich, daß teilweise unterschiedliche Prioritäten gesetzt werden, daß beider Ziel, Richtlinien für eine mögliche Verstaatlichung aufzuzeigen, erreicht worden ist. Dementsprechend schreibt Lungwitz in seinem Schlußwort: „Wir hoffen, einen gangbaren Weg zum Ziele gezeigt zu haben.“¹³⁶⁶

¹³⁶⁶ LUNGWITZ (1919a), S. 42.

5.3 Das gegenwärtige Gesundheitswesen in der Bundesrepublik Deutschland

Im folgenden soll die Struktur des heutigen Gesundheitswesens in Deutschland näher beleuchtet werden, um so etwaige Gemeinsamkeiten mit den von Lungwitz in seinem gesamten sozialreformerischen Werk skizzierten Vorstellungen und Vorschlägen aufzudecken.

In Deutschland wird das Gesundheitssystem in zwei Bereiche unterteilt: in die Gesundheitsversorgung und die Gesundheitssicherung.

Die Gesundheits*versorgung* soll der Bevölkerung eine angemessene medizinische Versorgung gewähren.¹³⁶⁷ Sie ist für die Durchführung der Leistungen zuständig, die die Gesundheit schützen, erhalten, bessern oder wiederherstellen soll. Die Gesundheits*sicherung* demgegenüber ist mit der Finanzierung der Leistungen betraut.

Gesundheitsversorgung

Die Gesundheitsversorgung ist in fünf Gebiete gegliedert: ambulante ärztliche Versorgung, stationäre Versorgung, öffentlicher Gesundheitsdienst (die als die drei Säulen des Gesundheitswesens¹³⁶⁸ angesehen werden), sowie medikamentöse Versorgung und erweiterte Gesundheitsversorgung.¹³⁶⁹

Allgemeinärzte, Zahnärzte, Gebietsärzte, Werks- und Betriebsärzte, Durchgangs- bzw. Unfallärzte und der Medizinische Dienst sind mit der ambulanten ärztlichen Versorgung betraut.¹³⁷⁰ Ferner können die Polikliniken, die in die stationäre Versorgung eingegliedert sind, und der amtsärztliche Dienst, der dem öffentlichen Gesundheitsdienst untersteht, zur ambulanten Versorgung gezählt werden. Schließlich werden auch die Kassenärztlichen bzw. Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KV/KZV) dazugerechnet. Jedes Bundesland besitzt eine eigene KV/KZV, deren Aufgabe als Körperschaft des öffentlichen Rechtes¹³⁷¹ u.a. die Durchführung einer ordnungsgemäßen Honorierung der nie-

¹³⁶⁷ Vgl. SCHELL (1995), S. 101.

¹³⁶⁸ Vgl. BESKE/HALLAUER (1999), S. 45.

¹³⁶⁹ Vgl. BRENNECKE/SCHHELP (1993), S. 136.

¹³⁷⁰ Vgl. BRENNECKE/SCHHELP (1993), S. 137.

¹³⁷¹ Staatlich festgelegte rechtsfähige Einrichtung mit der Befugnis eigenverantwortlicher Entscheidungen und der Auflage der Selbstverwaltung.

dergelassenen Ärzte und die Sicherstellung der ambulanten Versorgung der Bevölkerung ist.¹³⁷² KV und KZV sind zuständig für die Aushandlung von Verträgen mit den Krankenkassen, also die Vertretung der Interessen der Vertragsärzte bei den Krankenkassen. Es gibt folglich keine direkten Rechtsbeziehungen zwischen Vertragsärzten und Krankenkassen mehr.¹³⁷³ Zu den Niederlassungsformen in der ambulanten Versorgung sind zu rechnen: Einzelpraxis, Gemeinschaftspraxis, Praxisgemeinschaft, Apparategemeinschaft, Ambulatorien und die Praxisklinik.¹³⁷⁴ Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind ferner für die Niederlassungsberatung zuständig. Sie sollen helfen, daß sich die niederlassungswilligen Vertragsärzte dem Bedarf entsprechend verteilen.¹³⁷⁵ Eine weitere Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigungen ist die Überwachung des ärztlichen Verhaltens. Bei Verhalten wider die Gesetze und Verträge kann die entsprechende KV Verwarnungen und Verweise aussprechen, Geldbußen fordern oder über ein zeitlich begrenztes Ruhen der Kassenzulassung bzw. sogar über deren Entzug verfügen.¹³⁷⁶ Über die Kassenzulassung entscheiden bei den Kassenärztlichen Vereinigungen eingerichtete Zulassungsausschüsse, die zu gleichen Teilen aus Vertretern der Ärzte und der Krankenkassen bestehen. Jeder Arzt, der die deutsche Approbation hat und eine einjährige Vorbereitungszeit aufweisen kann, darf sich ins Arztregister der zuständigen KV eintragen lassen. Wenn der Arzt zusätzlich an einem Einführungslehrgang für vertragsärztliche Versorgung teilgenommen hat, nicht älter als 55 Jahre ist und sich persönlich eignet, hat er Rechtsanspruch auf eine Kassenzulassung. Als Vertragsarzt kann man jedoch nicht nebenberuflich als Krankenhausarzt arbeiten. Ein Vertragsarzt ist zur Behandlung von Kassenpatienten verpflichtet, darf Rezepte für Heil- und Hilfsmittel und auch Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen ausstellen. Er kann den Kassenpatienten an einen Spezialarzt oder ins Krankenhaus überweisen. Bei all seinem Tun muß er sich jedoch an das Wirtschaftlichkeitsgebot halten. Die Gebietsbezeichnung eines Vertragsarztes kann dieser ins Ärztereister eintragen lassen. Bei Überversorgung an Vertragsärzten in gewissen Gebieten kommt es zu Zulassungsbeschränkungen. Seit 1999 erfolgt die Kassenzulassung allgemein nach gesetzlich festgelegten Verhältniszahlen, welche arztgruppenbezogen sind und auch für das gewünschte Verhältnis von Fachärzten zu

¹³⁷² Vgl. BRENNECKE/SCHHELP (1993), S. 138f.

¹³⁷³ Vgl. BESKE/HALLAUER (1999), S. 117.

¹³⁷⁴ Vgl. BRENNECKE/SCHHELP (1993), S. 140f.

¹³⁷⁵ Vgl. BESKE/HALLAUER (1999), S. 124.

¹³⁷⁶ Ebenda.

Hausärzten sorgen.¹³⁷⁷ Durch die Einführung der Krankenversichertenkarte 1995 haben die Versicherten eine noch größere Wahlmöglichkeit zwischen den Vertragsärzten als früher, als es noch den Krankenschein gab.¹³⁷⁸

Für die stationäre Versorgung sind mehrere verschiedene Institutionen zuständig. Die Bundesländer planen und statten die Krankenhäuser aus und finanzieren sie gemäß dem Krankenhausbedarfsplan.¹³⁷⁹ Der Krankenhausbedarfsplan legt Standort, Fachrichtung, Bettenzahl und Ausbildungsstätten fest.¹³⁸⁰ Außer den staatlichen Krankenhäusern, die vom Land oder den Kommunen getragen werden, gibt es noch Freigemeinnützige Krankenhäuser, die von Wohlfahrtsverbänden, Kirchen und dergleichen finanziert werden, sowie private Krankenhäuser.¹³⁸¹ Ferner können die Krankenhäuser noch in Allgemeine Krankenhäuser und Krankenhäuser mit ausschließlich psychiatrischen und neurologischen Betten unterschieden werden. Die Allgemeinen Krankenhäuser weisen ungefähr eine Bettendichte von 67 Betten pro 10.000 Einwohnern auf.¹³⁸² Indes können Krankenhäuser auch nach ihren Versorgungsstufen, d.h. nach Ausstattung mit Fachabteilungen, eingeteilt werden. Am häufigsten sind Krankenhäuser der Grund- und Ergänzungsversorgung mit ca. 100 bis 200 Betten und den Abteilungen Innere Medizin, Chirurgie und Gynäkologie. Die nächst größeren sind Krankenhäuser der Regelversorgung, die zusätzlich zu obigen noch Fachabteilungen wie Anästhesie, Radiologie, Unfallchirurgie, Neurologie, Urologie und eine interdisziplinäre Intensivstation aufweisen sollten – mit einer vorgeschlagenen Bettenzahl von 250 bis 900 Betten. Krankenhäuser der Zentralversorgung mit 900 bis 1200 Betten sind für besonders große Einzugsbereiche gedacht und sollten zusätzlich zu den oben genannten Abteilungen noch Psychiatrie, Orthopädie, Pädiatrie und Pathologie umfassen. Krankenhäuser, die auch noch die Abteilungen Dermatologie, Zahn-, Mund- und Kieferchirurgie, Neurochirurgie und Spezialgebiete beherbergen, stellen mit über 1.000 Betten die Maximalversorgung dar. Da es in der stationären Versorgung keine Kassenärztlichen Vereinigungen gibt, rechnen die Krankenhäuser direkt mit den Ländern oder Krankenkassen ab. Es gibt jedoch auch Zusammenschlüsse, wie die Landeskrankenhausgesellschaften und die Deutsche Kran-

¹³⁷⁷ Vgl. BESKE/HALLAUER (1999), S. 126-128.

¹³⁷⁸ Vgl. BESKE/HALLAUER (1999), S. 119f.

¹³⁷⁹ Vgl. BRENNECKE/SHELPH (1993), S. 141.

¹³⁸⁰ Vgl. BESKE/HALLAUER (1999), S. 146.

¹³⁸¹ Vgl. BRENNECKE/SHELPH (1993), S. 142f.

¹³⁸² Vgl. BESKE/HALLAUER (1999), S. 138.

kenhausgesellschaft.¹³⁸³ Im Krankenhaus findet man unterschiedliche Bereiche: Ärztlicher Dienst, Pflegepersonal und Wirtschafts-/Versorgungsdienst. In jeder Krankenhausabteilung findet man die Rangordnung – Chefarzt, Oberarzt und Assistenzärzte.¹³⁸⁴ Überdies gibt es in der stationären Versorgung noch das Belegarztsystem, in welchem niedergelassene Ärzte ambulante Patienten im Krankenhaus behandeln.¹³⁸⁵

Ein weiterer Punkt der Gesundheitsversorgung ist der öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD).¹³⁸⁶ Auf Bundesebene sind dem ‚Bundesministerium für Gesundheit‘ (BMG) die aus dem früheren Bundesgesundheitsamt hervorgegangenen Institutionen untergeordnet, wie das ‚Bundesinstitut für Infektionskrankheiten und nicht übertragbare Krankheiten‘ (Robert Koch-Institut), das ‚Bundesinstitut für gesundheitlichen Verbraucherschutz und Veterinärmedizin‘, das ‚Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte‘ und das ‚Bundesamt für Strahlenschutz‘.¹³⁸⁷ Ferner sind dem BMG die ‚Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung‘, das ‚Deutsche Institut für medizinische Dokumentation und Information‘ und das ‚Bundesamt für Sera und Impfstoffe‘ (Paul-Ehrlich-Institut) unterstellt. Die Länder haben relativ freie Hand in der Ausgestaltung des öffentlichen Gesundheitsdienstes. Den weitaus größten Teil des ÖGD nehmen die staatlich oder kommunal eingerichteten Gesundheitsämter ein. Sie sind den Ländern, Kreisen oder Gemeinden unterstellt und unterscheiden sich aufgrund der örtlichen Besonderheiten erheblich in ihren Schwerpunkten.¹³⁸⁸ Zu ihren Aufgaben gehören die Überwachung des Verkehrs mit Lebensmitteln, Arzneien und Giften, die Seuchenbekämpfung, die Überwachung meldepflichtiger Krankheiten, die Gesundheitserziehung, eine amts-, gerichts- und vertrauensärztliche Gutachtertätigkeit und allgemein die Aufsicht über das Gesundheitswesen. Sie haben aber auch fürsorgliche Aufgaben, wie den Kinder- und Jugendärztlichen Dienst und die Erwachsenenfürsorge.¹³⁸⁹ Geleitet wird das Gesundheitsamt normalerweise von einem Amtsarzt,¹³⁹⁰ dessen Tätigkeitsbereiche in der immer noch gültigen Dienstanweisung für Kreisärzte von 1901 festgelegt sind.¹³⁹¹ Neben dem ÖGD

¹³⁸³ Vgl. BRENNECKE/SHELPH (1993), S. 143f.

¹³⁸⁴ Vgl. BESKE/HALLAUER (1999), S.143-145.

¹³⁸⁵ Vgl. BRENNECKE/SHELPH (1993), S. 145.

¹³⁸⁶ Vgl. BRENNECKE/SHELPH (1993), S. 145-147.

¹³⁸⁷ Vgl. SCHELL (1995), S. 42.

¹³⁸⁸ Vgl. BRENNECKE/SHELPH (1993), S. 145-147.

¹³⁸⁹ Vgl. BRENNECKE/SHELPH (1993), S. 146f, vgl. BESKE/HALLAUER (1999), S. 58.

¹³⁹⁰ Vgl. BESKE/HALLAUER (1999), S. 58.

¹³⁹¹ Vgl. WERNER/VOLTZ (1994), S. 267.

gewinnt der Begriff „Public Health“¹³⁹² zunehmend an Bedeutung. Träger der Sozialversicherung, private und öffentliche Unternehmen haben sich die Gesundheitsförderung, Gesundheitserziehung und Krankheitsprävention (Public Health) zur Aufgabe gemacht.¹³⁹³

Der Bereich der medikamentösen Versorgung im Gesundheitswesen ist für die Versorgung von Patienten, Ärzten und Krankenhäusern mit Medikamenten und Heil- und Hilfsmitteln zuständig. Bei den Medikamenten unterscheidet man verschreibungspflichtige Medikamente, nicht rezeptpflichtig zugelassene Arzneimittel und lediglich registrierte Arzneien. Wie die ambulante und stationäre Versorgung ist auch die medikamentöse Versorgung durch Gesetze geregelt.¹³⁹⁴

Zur erweiterten Gesundheitsversorgung werden Selbsthilfeorganisationen, Sozialstationen, karitative Organisationen, aber auch die Familien und Psychologen, Krankengymnasten, Logopäden usw. gerechnet. Hierunter fallen auch die Landesärztekammern, bei denen jeder Arzt per Gesetz Mitglied ist. Bei den Landesärztekammern handelt es sich um Körperschaften des öffentlichen Rechtes, während die Bundesärztekammer nur einen privaten Zusammenschluß darstellt.¹³⁹⁵

Gesundheitssicherung

Der andere Teil des Gesundheitswesens in Deutschland ist die Gesundheitssicherung. Sie hat sich mit der Finanzierung der Leistungen zu befassen und stellt einen Teil der sozialen Sicherung dar. Die soziale Sicherung kann in die individuelle, also privat getragene Sicherung und die soziale, vom Staat getragene Sicherung untergegliedert werden. Früher war die soziale Sicherung in der Reichsversicherungsordnung (RVO) fest-

¹³⁹² Die WHO-Definition lautet: „Öffentliche Gesundheit umfaßt die medizinische Wissenschaft und ärztliche Erfahrung zur Verhinderung von Krankheiten, zur Förderung körperlicher und geistiger Gesundheit sowie Leistungsfähigkeit. Dies soll durch folgende öffentliche Maßnahmen erreicht werden: Erhalt bzw. Schaffung einer gesunden Umwelt, Überwachung von übertragbaren Erkrankungen, Erziehung des Einzelnen zu gesundheitsbewußtem Verhalten; Sicherstellung der ärztlichen und pflegerischen Betreuung einschließlich der Früherkennung und Vorsorge von Krankheiten sowie Entwicklung sozialer Einrichtungen, die dem Einzelnen gesundheitserhaltende Lebensumstände gewährleisten können.“ Vgl. SCHELL (1995), S. 180.

¹³⁹³ Vgl. BESKE/HALLAUER (1999), S. 58.

¹³⁹⁴ Vgl. BRENNECKE/SCHELP (1993), S. 147f.

¹³⁹⁵ Vgl. BRENNECKE/SCHELP (1993), S. 148f.

gelegt, heute ist das Sozialgesetzbuch (SGB) die gesetzliche Grundlage. Die individuelle Sicherung trägt jeder Bürger selbst.¹³⁹⁶

Die Gesundheitssicherung ist gegliedert in fünf Zweige: Krankenversicherung, Rentenversicherung, Pflegeversicherung, Unfallversicherung und Arbeitslosenversicherung. Sozialleistungen wie Sozialhilfe und Wohngeld stellen einen besonderen Bereich dar und werden durch Sozialbeiträge und Steuern finanziert. Ungefähr 90 Prozent¹³⁹⁷ der Bevölkerung sind durch das Sozialversicherungssystem grundgesichert.¹³⁹⁸ Die Sozialversicherung wird durch Körperschaften des öffentlichen Rechtes mit Selbstverwaltung getragen, die lediglich unter staatlicher Rechtsaufsicht stehen.¹³⁹⁹

Für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) sind in Deutschland die sog. SGB- oder Pflichtkassen zuständig, wie die Ortskrankenkassen, die Betriebskrankenkassen, die Innungskrankenkassen, die Landwirtschaftlichen Krankenkassen, die See-Krankenkasse und die Bundesknappschaftskasse. Ferner existieren noch bundesweit organisierte Ersatzkassen, wie Arbeiter- und Angestellten-Ersatzkassen.¹⁴⁰⁰

Im SGB sind die Mitgliedschaft und die Versicherungspflicht der GKV geregelt. Kraft des Gesetzes versicherungspflichtig sind „alle erwerbstätigen Personen ab einem als Untergrenze festgelegten Erwerbseinkommen (Versicherungspflichtuntergrenze) bis zu einem als Obergrenze (Versicherungspflichtobergrenze = Beitragsbemessungsgrenze) jährlich festgelegten Erwerbseinkommen“.¹⁴⁰¹ Beamte und Sondergruppen von Beschäftigten fallen nicht darunter, Sonderregelungen gibt es auch für nichterwerbstätige Personen. Erwerbstätige, deren Einkommen über der Versicherungspflichtobergrenze liegt, können sich freiwillig in der GKV versichern. Geht eine Person, die in der GKV pflichtversichert ist, in Rente, bleibt sie dort pflichtversichert. Ferner sind in der GKV nach dem Familienversicherungsprinzip die Familienangehörigen ersten Grades von Mitgliedern, wenn sie selbst kein Einkommen haben, kostenlos mitversichert. Sie haben bis auf das Krankengeld den Anspruch auf die gleichen Leistungen wie die Mitglieder.¹⁴⁰²

¹³⁹⁶ Vgl. BRENNECKE/SHELPH (1993), S. 149f.

¹³⁹⁷ Stand Dezember 1999, vgl. BÖCKEN/BUTZLAFF/ESCHE (2000), S. 35.

¹³⁹⁸ Vgl. BESKE/HALLAUER (1999), S. 61.

¹³⁹⁹ Vgl. BESKE/HALLAUER (1999), S. 62f.

¹⁴⁰⁰ Vgl. BRENNECKE/SHELPH (1993), S. 152f.

¹⁴⁰¹ BRENNECKE/SHELPH (1993), S. 153 (Zitat).

¹⁴⁰² Vgl. BRENNECKE/SHELPH (1993), S. 153.

Nach dem Solidaritätsprinzip sind in der GKV die Leistungen durch die Gesundheitsversorgung festgelegt. Die Höhe des Beitrags zur Krankenversicherung richtet sich nach einem jährlich festgelegten Prozentsatz des Erwerbseinkommens. Die Versicherungspflichtobergrenze stellt gleichzeitig die Beitragsbemessungsgrenze (BBMG) dar, was bedeutet, daß ab der BBMG nur noch der Beitrag für die Bemessungsgrenze zu zahlen ist. Das heißt, daß z.B. freiwillig in der GKV Versicherte, deren Einkommen über der Versicherungspflichtgrenze liegt, auch nur den Beitrag der Bemessungsgrenze zahlen.¹⁴⁰³ Der durchschnittliche Beitragssatz der GKV lag im April 2001 bundesweit ungefähr bei 13,53 Prozent,¹⁴⁰⁴ und die Jahresarbeitsentgeltgrenze oder Beitragsbemessungsgrenze lag im Dezember 1999 monatlich bei 6450 DM (West) und 5325 DM (Ost).¹⁴⁰⁵ Die Beitragszahlung wird hälftig aufgeteilt zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer (50:50).¹⁴⁰⁶ Der Beitragssatz jeder Krankenkasse errechnet sich aus den Leistungsausgaben geteilt durch die Erwerbseinkommen der Mitglieder. Durch Finanzausgleichsmodelle wird versucht, die verschiedenen Beitragssätze unterschiedlicher Krankenkassen stärker anzugleichen.¹⁴⁰⁷

Die von den Krankenkassen der GKV zu finanzierenden Leistungen sind einerseits im SGB V gesetzlich vorgegeben und andererseits durch die Satzungen der Krankenkassen festgelegt. Die Leistungskategorien des SGB V sind: „Leistungen zur Förderung der Gesundheit und zur Verhütung von Krankheit, Leistungen bei Krankheit und Leistungen bei Schwerpflegebedürftigkeit.“¹⁴⁰⁸ In den Leistungen bei Krankheit sind enthalten: „ärztliche Behandlung, zahnärztliche Behandlung, Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfe, Krankenhausbehandlung, medizinische und ergänzende Leistungen zur Rehabilitation sowie Belastungserprobung und Arbeitstherapie und Krankengeld.“¹⁴⁰⁹ Alle Leistungen müssen dem Wirtschaftlichkeitsgebot entsprechen und dürfen die Notwendigkeit nicht überschreiten. Mittels einer Krankenversicherungschipkarte ist der Versicherte berechtigt, Leistungen in Anspruch zu nehmen.¹⁴¹⁰

¹⁴⁰³ Vgl. BRENNECKE/SCHELP (1993), S. 154.

¹⁴⁰⁴ Vgl. Marburger Bund Ärztliche Nachrichten (9/2001a), S. 1.

¹⁴⁰⁵ Vgl. BÖCKEN/BUTZLAFF/ESCHE (2000), S. 36.

¹⁴⁰⁶ Vgl. BRENNECKE/SCHELP (1993), S. 154.

¹⁴⁰⁷ Vgl. BRENNECKE/SCHELP (1993), S. 155f.

¹⁴⁰⁸ BRENNECKE/SCHELP (1993), S. 155 (Zitat).

¹⁴⁰⁹ Ebenda.

¹⁴¹⁰ Vgl. BESKE/HALLAUER (1999), S. 87f.

Neben der GKV gibt es die private Krankenversicherung (PKV), die nur von Aktiengesellschaften, Versicherungsvereinen auf Gegenseitigkeit, Körperschaften und Anstalten des öffentlichen Rechts betrieben werden darf. In der PKV findet man vier Arten der Versicherung: Krankheitskostenversicherung, Krankentagegeldversicherung, selbständige Krankenhaustagegeldversicherung und sonstige selbständige Teilversicherungen. Aufsichtsorgan der PKV ist der Staat, die rechtliche Grundlage ist im Versicherungsaufsichtsgesetz und im Gesetz des Bundesaufsichtsamtes für das Versicherungswesen festgelegt. In der Krankheitskostenversicherung können sich alle versichern lassen, die nicht der GKV angehören. Familienmitglieder sind jedoch nicht kostenlos mitversichert; für sie muß ein individueller Beitrag entrichtet werden. Die anderen Versicherungsarten sind als Zusatzversicherungen anzusehen. Die Versicherungstarife regeln die Höhe und Art der Leistungen. Die Beiträge werden nach dem Äquivalenzprinzip entrichtet, sie sind unabhängig vom Einkommen, werden nach Alter, Geschlecht und Vorerkrankungen bemessen und können teilerstattet werden. Die Leistungserbringung erfolgt nach dem Kostenerstattungsprinzip entsprechend dem vereinbarten Tarif und beinhaltet: Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte, Krankenhäuser und sonstige Leistungserbringer als Privatpatient.¹⁴¹¹

Ein weiterer Teil der sozialen Sicherung stellt die Unfallversicherung dar. Sie setzt sich zusammen aus der allgemeinen Unfallversicherung, der landwirtschaftlichen Unfallversicherung und der See-Unfallversicherung. Die allgemeine Unfallversicherung wird durch eigene Versicherungsträger – wie Bund, Bundesanstalt für Arbeit, Länder, Gemeinden, Bundesbahn und Feuerwehrunfallversicherungen – oder Berufsgenossenschaften getragen. Jede arbeitende Person, bzw. jede Person, für die die Unfallversicherung eingerichtet worden ist, ist automatisch versichert, wenn der Arbeitgeber seine Arbeitsstätte bei der Unfallversicherung angemeldet hat.¹⁴¹² Einige Personengruppen, wie z.B. Ärzte, Selbständige und Beamte müssen bzw. können sich privat gegen Unfall versichern.¹⁴¹³ In der nach dem Äquivalenzprinzip aufgebauten Unfallversicherung werden die Beiträge einmal pro Jahr als Gesamtsumme von den Arbeitgebern der Versicherten bezahlt.¹⁴¹⁴ Als Leistungen sind wie auch schon in der Reichsversicherungsordnung

¹⁴¹¹ Vgl. BESKE/HALLAUER (1999), S. 111-116.

¹⁴¹² Vgl. BRENNECKE/SHELPH (1993), S. 156f.

¹⁴¹³ Vgl. BESKE/HALLAUER (1999), S. 70.

¹⁴¹⁴ Vgl. BRENNECKE/SHELPH (1993), S. 157f.

enthalten: „Heilbehandlung, Verletztengeld oder Übergangsgeld, besondere Unterstützung, Wiederherstellung oder Erneuerung von Körperersatzstücken, Berufshilfe, Verletztenrente, Sterbegeld und Rente an Hinterbliebene.“¹⁴¹⁵

Die Rentenversicherung folgt der Maxime: „Reha vor Rente“. Sie finanziert Rehabilitationsleistungen, um die Erwerbsfähigkeit und damit die Zahlung von Beiträgen der Versicherten möglichst lange zu erhalten.¹⁴¹⁶ Zu ihren Aufgaben gehören der Schutz der Erwerbsfähigkeit, die Verbesserung der gesundheitlichen Verhältnisse der Versicherten, die Zahlung von Rente an Hinterbliebene der Versicherten, von Altersruhegeld und von Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsrente.¹⁴¹⁷ Es gibt in Deutschland unterschiedliche Träger entsprechend der verschiedenen Rentenversicherungen: die Rentenversicherung der Arbeiter, getragen von den Landesversicherungsanstalten, die Angestelltenrentenversicherung, getragen von der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte, und die knappschaftliche Rentenversicherung, getragen von der Bundesknappschaft.¹⁴¹⁸ Rentenpflichtversichert sind alle, die gegen Lohn oder zwecks der Berufsausbildung beschäftigt sind. Nicht rentenpflichtversichert sind Richter, Berufssoldaten, andere öffentliche Bedienstete und Beamte. Beamte erhalten eine Pension.¹⁴¹⁹

Die Pflegeversicherung ist rechtlich im elften Buch des SGB festgelegt. Ihre Aufgabe ist es, die Pflegesituation von Betroffenen zu verbessern, pflegende Angehörige zu unterstützen, die stetig zunehmende Zahl an pflegebedürftigen, alten Menschen zu berücksichtigen, Sozialhilfeträgern die Finanzierung zu erleichtern und die Pflege in der Familie zu fördern. Die Pflegeversicherung ist in einen sozialen und einen privaten Bereich geteilt. Träger sind die den gesetzlichen und privaten Krankenkassen angeschlossenen Pflegekassen, bei welchen es sich auch um Körperschaften des öffentlichen Rechts handelt. Alle Angehörigen der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung sind versicherungspflichtig.¹⁴²⁰ Die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung beinhalten: Häusliche Pflege, Teilstationäre Tages- und Nachtpflege, Kurzzeitpflege, Vollstationäre Pflege, Pflege in vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe und soziale Sicherung der Pflegenden. Die private Pflegeversicherung zahlt anstelle der Sachleistungen

¹⁴¹⁵ BRENNECKE/SCHHELP (1993), S. 158.

¹⁴¹⁶ Vgl. BRENNECKE/SCHHELP (1993), S. 159.

¹⁴¹⁷ Vgl. BESKE/HALLAUER (1999), S. 67.

¹⁴¹⁸ Ebenda.

¹⁴¹⁹ Vgl. BESKE/HALLAUER (1999), S. 67f.

¹⁴²⁰ Vgl. BESKE/HALLAUER (1999), S. 99-101.

entsprechende Geldleistungen. Der Beitrag zur Pflegeversicherung beträgt 1,7 Prozent (1999) und wird zu je 50 Prozent von Arbeitnehmer und Arbeitgeber bezahlt.¹⁴²¹

Die Arbeitslosenversicherung ist im Arbeitsförderungsgesetz festgelegt. Sie wird von der Bundesanstalt für Arbeit getragen. Finanziert wird sie durch Arbeitnehmer- und Arbeitgeberbeiträge.¹⁴²²

Honorierung der Ärzte

Die Honorierung der niedergelassenen Ärzte kann in vier Typen unterteilt werden – Gehalt, Kopfpauschale,¹⁴²³ Fallpauschale und Einzelvergütung. Eine feste monatliche Vergütung in Form eines Gehaltes findet man in der stationären Versorgung und im öffentlichen Gesundheitsdienst. Die Fallpauschale hat sich in der ambulanten ärztlichen Versorgung noch nicht durchgesetzt, obwohl sie einen günstigen Ausgleich zwischen Leistung und Vergütung schafft. Praktiziert wird in der Bundesrepublik die Einzelleistungsvergütung, bei der für jede in einem Katalog definierte Leistung ein fester Betrag gezahlt wird. Dennoch sind auch die anderen Vergütungsformen in Deutschland immer wieder Thema politischer Diskussionen.¹⁴²⁴ Ab dem Jahr 2003 will die gegenwärtige Regierung ein umfassendes leistungsorientiertes pauschaliertes Preissystem einführen.¹⁴²⁵

Die Kassenärztlichen Vereinigungen (KV), der alle Vertragsärzte angehören müssen, bekommt von den Krankenkassen eine vertraglich vereinbarte Gesamtvergütung. Von diesem Gesamtbetrag muß die KV die Einzelleistungen der Vertragsärzte bezahlen. Dafür hat man ein Punktsystem eingeführt, d.h. daß den Einzelleistungen kein fester Betrag gegenübersteht, sondern Punkte. Um den tatsächlichen Punktwert zu ermitteln, dividiert die KV die Gesamtvergütung der Krankenkassen durch die Summe der Punkte aller erbrachten Einzelleistungen. Die Höhe der Vergütung des einzelnen Arztes errechnet sich schließlich aus der Summe der Punkte für seine Einzelleistungen multipliziert mit dem Punktwert. Die KV kann in den Verhandlungen nur dann auf eine Erhöhung der Gesamtvergütung plädieren, wenn sie eine Steigerung des Leistungsvolumens

¹⁴²¹ Vgl. BESKE/HALLAUER (1999), S. 102-105.

¹⁴²² Vgl. BESKE/HALLAUER (1999), S. 71f.

¹⁴²³ Bei der Kopfpauschale erhält der Arzt einen festen Betrag für jeden bei ihm eingeschriebenen Bürger, egal ob dieser den Arzt in Anspruch nimmt oder nicht.

¹⁴²⁴ Vgl. BRENNECKE/SCHHELP (1993), S. 166f.

¹⁴²⁵ Vgl. BÖCKEN/BUTZLAFF/ESCHE (2000), S. 37.

nachweisen kann. Die Krankenkassen können derartigen Honorarforderungen lediglich Wirtschaftlichkeitsprüfungen entgegensetzen.¹⁴²⁶ Die Punktzahlen der einzelnen Leistungen sind durch einen einheitlichen Bewertungsmaßstab bundesweit festgelegt. In einem Bewertungsausschuß, der in gleicher Weise mit Vertretern der Ärzte und Vertretern der Krankenkassen besetzt ist, können Änderungen in den Bewertungskriterien vorgenommen werden. Mit den ‚Gesetzen zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eigenverantwortung in der gesetzlichen Krankenkasse‘ wurden 1997 ‚fachgruppenspezifische Praxisbudgets‘ eingeführt. Diese enthalten fachspezifische Fallpunktzahlen, die mit der Zahl der Fälle multipliziert werden. Werden die Fallzahlen überschritten, kommt es zu einer Herabsetzung des veränderlichen Punktwertes. Man nennt die Honorare in dieser Budgetierung auch „gedeckelt“. Ferner gibt es Zusatzbudgets, die bestimmte Leistungen enthalten.¹⁴²⁷

In der privaten Krankenversicherung, die jeder nach Belieben abschließen kann, fordert der Arzt vom Patienten direkt ein Honorar entsprechend der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), das dieser beim Arzt direkt begleichen muß. Diese Rechnung kann der Versicherte bei seiner privaten Krankenkasse einreichen; er erhält im Regelfall seinem Tarifvertrag entsprechend entweder die Gesamtsumme oder Teilbeträge erstattet (oder er muß sie aus eigener Tasche zahlen).¹⁴²⁸

In der stationären Versorgung gibt es die monistische Finanzierung als Honorierungsform, bei der die Investitionskosten auf die Behandlungskosten umgerechnet werden. Ferner gibt es als dualistisches System die nicht-monistische Finanzierung, bei der die Investitionskosten von anderen Trägern, also unabhängig von den Behandlungskosten bezahlt werden. In Deutschland ist seit dem Krankenhausfinanzierungsgesetz 1972 die nicht monistische Finanzierungsform verwirklicht. Nur die in einem Krankenhausbedarfsplan enthaltenen Krankenhäuser können Investitionen fordern.¹⁴²⁹

Bei der Honorierung der stationären Versorgung unterscheidet man vier Möglichkeiten: Budgetfinanzierung, Pflegesatz, Fallpauschale und Einzelleistungsvergütung. Die Budgetfinanzierung findet man im englischen Gesundheitswesen. Die im Moment noch gültige Vergütung nach dem Pflegesatz in der Bundesrepublik Deutschland entspricht

¹⁴²⁶ Vgl. BRENNECKE/SHELPH (1993), S. 168f.

¹⁴²⁷ Vgl. BESKE/HALLAUER (1999), S. 120f.

¹⁴²⁸ Vgl. BRENNECKE/SHELPH (1993), S. 169.

¹⁴²⁹ Vgl. BRENNECKE/SHELPH (1993), S. 172.

einer Kopfpauschale. Die Honorierung nach Fallpauschalen (DRG = diagnostic related groups) findet man im amerikanischen Gesundheitssystem, sie soll jetzt aber auch in der Bundesrepublik eingeführt werden (siehe oben). Hierbei wird für eine bestimmte Krankenhausleistung ein bestimmter Preis festgelegt, der alle Kosten abdecken soll. In Deutschland gibt es nur für besonders teure Leistungen eine Art Fallpauschale. Eine Vergütung nach Einzelleistungen ist in der stationären Versorgung jedoch wenig sinnvoll. Seit dem Gesundheitsstrukturgesetz 1992 erfolgt die Honorierung der Behandlung im Krankenhaus nach Fallpauschalen, Sonderentgelten, Abteilungspflegesätzen und Basispflegesätzen. Es wird jedoch gefordert, das dualistische Finanzierungssystem in ein monistisches Verfahren zu überführen,¹⁴³⁰ um so ein mehr leistungsorientiertes Finanzsystem zu schaffen.¹⁴³¹

Ausbildung und gesetzliche Institutionen

Die heutige medizinische Ausbildung beinhaltet ein mindestens sechsjähriges Medizinstudium, das in einen vorklinischen und einen klinischen Abschnitt gegliedert ist. Der vorklinische Studienabschnitt dauert zwei Jahre, beinhaltet unter anderem eine Ausbildung in Erster Hilfe und einen zweimonatigen Krankenpflegedienst und endet mit der Ärztlichen Vorprüfung. Der klinische Abschnitt dauert vier Jahre. Frühestens nach einem Jahr kann das 1. Staatsexamen abgelegt werden, nach drei Jahren das 2. Staatsexamen, für dessen Zulassung Famulaturen von vier Monaten erforderlich sind. Das 3. Staatsexamen wird nach dem Praktischen Jahr abgelegt. Danach folgt eine 18monatige Tätigkeit als Arzt im Praktikum (AiP), die für den Erhalt der uneingeschränkten Approbation nötig ist. Eine vier bis sechsjährige Weiterbildung ist durch die Weiterbildungsordnung der Landesärztekammern geregelt; durch sie kann man die Bezeichnung ‚Gebietsarzt‘ erlangen. Für alle Ärzte ist die Mitgliedschaft in der zuständigen Landesärztekammer verpflichtend. Diese wacht u.a. über die ärztliche Fortbildung. Die zur ärztlichen Berufsausübung geltenden rechtlichen Rahmenbedingungen sind in der Bundesärzteordnung, der ärztlichen Approbationsordnung und den Berufsordnungen der Landesärztekammern verankert.¹⁴³² In § 1 der Berufsordnung heißt es: „Der Arzt dient der

¹⁴³⁰ Vgl. BRENNECKE/SCHHELP (1993), S. 172-174.

¹⁴³¹ Vgl. BESKE/HALLAUER (1999), S. 150.

¹⁴³² Vgl. BESKE/HALLAUER (1999), S. 215-218.

Gesundheit des einzelnen Menschen und der Bevölkerung. Der ärztliche Beruf ist kein Gewerbe. Er ist seiner Natur nach ein freier Beruf.“¹⁴³³

Die Zahl der Ärzte betrug 1996 in Deutschland 279.335, die Zahl der pro Arzt zu betreuenden Einwohner sank auf die Zahl 294.¹⁴³⁴

Die Aufgaben der für die ärztliche Verwaltung zuständigen Landesärztekammern sind: Bewahrung einer „sittlich und wissenschaftlich hochstehenden Ärzteschaft“, Unterstützung des öffentlichen Gesundheitsdienstes, Gutachten zu erstellen, Berufsordnung und Weiterbildungsordnung festzulegen, Kontrolle der Erfüllung der Berufspflicht, auf ärztliche Interessen einzugehen und Schaffung eines guten Verhältnisses unter den Ärzten.¹⁴³⁵ Bei Streitigkeiten der Ärzte untereinander kann der von den Ärztekammern berufene Schlichtungsausschuß eingeschaltet werden. Berufsgerichte mit Gerichtsbarkeit sind den ordentlichen Gerichten angegliedert. Sie werden von Richtern geleitet und haben Ärzte als Beisitzer. Die Mitglieder der Landesärztekammern sind für die Wahl von Vertretern der Kammerversammlung zuständig. Diese stellt das Parlament der Landesärztekammer dar.¹⁴³⁶ Ihre Aufgaben sind: „Beschluß der Satzung der Landesärztekammer, der Berufsordnung und der Weiterbildungsordnung, Schaffung von sozialen Einrichtungen für Ärzte und deren Familienmitglieder, Feststellung des Haushaltsplans, Wahl der Ausschüsse, Vorschläge für die Bestellung der Beisitzer der Berufsgerichtsbarkeit, Wahl des Vorstandes der Landesärztekammer.“¹⁴³⁷

Die Bundesärztekammer (BÄK), bei der es sich lediglich um einen privatrechtlichen Verein handelt, setzt sich aus einem Präsidenten, zwei Vizepräsidenten, zwei Vertretern der angestellten Ärzte und den 17 Präsidenten der Landesärztekammern zusammen. Der jährlich stattfindende ‚Deutsche Ärztetag‘ faßt letztendlich die Beschlüsse der BÄK. Die Aufgaben der BÄK werden von Fachausschüssen und Ständigen Kommissionen durchgeführt. Finanziert werden BÄK sowie auch die Landesärztekammern durch Mitgliederbeiträge.¹⁴³⁸

¹⁴³³ BESKE/HALLAUER (1999), S. 218 (Zitat).

¹⁴³⁴ Vgl. BESKE/HALLAUER (1999), S. 220.

¹⁴³⁵ Ebenda.

¹⁴³⁶ Vgl. BESKE/HALLAUER (1999), S. 222.

¹⁴³⁷ BESKE/HALLAUER (1999), S. 222 (Zitat).

¹⁴³⁸ Vgl. BESKE/HALLAUER (1999), S. 222f.

Des weiteren existieren ärztliche Verbände mit freiwilliger Mitgliedschaft, die meist berufspolitische Ziele anstreben, wie z.B. der ‚Hartmannbund‘,¹⁴³⁹ der sich als „Interessenvertreter aller Ärzte“ sieht, oder der ‚Marburger Bund‘, der eine Gewerkschaft darstellt und vor allem die Interessen der angestellten und verbeamteten Ärzte vertritt. Alle weiteren Verbände vertreten zumeist Ärztegruppen.¹⁴⁴⁰

Nach diesem Überblick über die Struktur des deutschen Gesundheitswesens soll nun ein Rekurs auf den Lungwitzschen Beitrag erfolgen. Dies geschieht anhand einer Analyse der Frage, inwieweit Lungwitz’ Vorschläge und Neugestaltungsforderungen im heutigen Gesundheitswesen verwirklicht sind. Ferner wird auch auf die Lungwitzschen Kritikpunkte am damaligen Gesundheitswesen eingegangen bzw. deren mögliche aktuelle Relevanz geprüft.

¹⁴³⁹ Hartmannbund ist der frühere Leipziger Wirtschaftliche Verband, wie zuvor bei Lungwitz beschrieben.

¹⁴⁴⁰ Vgl. BESKE/HALLAUER (1999), S. 223.

5.4 Der Wert des Lungwitzschen Beitrags aus heutiger Sicht

Zur Frage der Aktualität oder Historizität seiner zwischen 1910 und 1920 entwickelten Ideen zum Thema „Gesundheitsreform“ äußerte sich Lungwitz 1944 retrospektiv in einem Vorwort.¹⁴⁴¹ Es findet sich als maschinengeschriebener Zettel eingeklebt in dem im Hans-Lungwitz-Archiv vorhandenen Exemplar der Denkschrift ‚Die Verstaatlichung des Heil- und Fürsorgewesens‘. Es wird im Folgenden wörtlich wiedergegeben, um Lungwitz’ Einschätzung wiederzugeben:

„Jahrzehnte sind ins Land gegangen. Die Anregungen, die ich außer in der Denkschrift in meinen beiden sozialärztlichen Romanen ‚Führer der Menschheit?‘ und ‚Der Letzte Arzt‘, sowie in zahlreichen Aufsätzen in der Zeit von 1908 bis 1921 gegeben habe, sind insoweit verwirklicht, als das Heil- und Fürsorgewesen in der Form einer Selbstverwaltung mit amtlichen Befugnissen und in Personalunion mit staatlichen Stellen zentralisiert worden ist (Reichsgesundheitsführung). Die Ärzte sind zwar noch nicht dem Namen nach verstaatlicht, doch ist ihre Einordnung in das Krankenkassen- und Fürsorgewesen der Verstaatlichung mindestens nahegekommen. Die „Freiheit“ des Arztes ist eben die im Rahmen eines (unausgesprochenen) Beamtentums. Die wirtschaftliche Lage der Ärzte freilich bedarf noch einer gründlichen Reform, und auch das Ansehen des Ärztestandes wird noch zu heben sein. Ich darf auf die einleitenden Bemerkungen zur Neuauflage der beiden genannten Romane hinweisen.

Berlin-Charlottenburg, April 1944. Dr. Hans Lungwitz.“¹⁴⁴²

Es soll zunächst dargestellt werden, inwieweit Lungwitzens „Anregungen“ zu Reformen im Gesundheitswesen, wie er sie in seinen Werken skizziert hat, im heutigen Gesundheitswesen tatsächlich verwirklicht sind. Im Anschluß daran werden die von Lungwitz aufgezeigten Mißstände im Gesundheitswesen zu betrachten sein. Auch hierbei gilt es Parallelen zur Gegenwart zu ziehen.

¹⁴⁴¹ Vorwort zu einer geplanten Neuauflage der Denkschrift „Die Verstaatlichung des Heil- und Fürsorgewesens“ (zu welcher es jedoch nie kam).

¹⁴⁴² LUNGWITZ (1944), S. 9, in LUNGWITZ (1919a).

Ausbildung und Berufsausübung

Lungwitz forderte in seinem Roman ‚Führer der Menschheit?‘ zur Verhinderung der Überfüllung des ärztlichen Berufs eine staatliche Zulassungsbeschränkung zum Medizinstudium einzuführen.¹⁴⁴³ Dies findet man im heute bestehenden Numerus clausus verwirklicht. Des weiteren mahnte er eine Verbesserung der hygienischen Ausbildung im Medizinstudium an,¹⁴⁴⁴ die man durch Einführung von zusätzlichen Fächern, wie Mikrobiologie und Ökologie (z.B. Hygiene) als realisiert betrachten kann.

Ein anderes Begehren Lungwitzens war die Aufhebung der 1869 durch die Schaffung der Gewerbeordnung eingeführte Kurierfreiheit.¹⁴⁴⁵ Mit der Einführung des Heilpraktikergesetzes – ‚Gesetz über die berufsmäßige Ausübung der Heilkunde ohne Bestallung‘ – im Jahr 1939 wurde die allgemeine Kurierfreiheit aufgehoben.¹⁴⁴⁶ Seitdem ist eine behördliche Erlaubnis des Gesundheitsamtes nötig, um die Heilkunde ohne (zahn)ärztliche Approbation auszuüben.¹⁴⁴⁷

Auch die von Lungwitz aufgestellte Forderung, die wirtschaftlichen Existenzmöglichkeiten der Ärzte auszuweiten,¹⁴⁴⁸ bzw. den Zugang zu anderen Arbeitsgebieten zu öffnen,¹⁴⁴⁹ können als realisiert betrachtet werden: Nur noch die Hälfte der Medizinstudenten tritt nach Abschluß ihres Studiums auf dem ärztlichen Arbeitsmarkt auf.¹⁴⁵⁰ Mittlerweile locken viele andere Bereiche, wie z.B. Präventionsmedizin, Informationstechnik, Gesundheitsökonomie, Arzneimittelentwicklung und –vertrieb, Medizinmanagement und Wissenschaftsjournalismus, um nur einige zu nennen.¹⁴⁵¹

Honorarverhältnisse

Lungwitz beklagte die Liquidationspraxis, die es nur einmal jährlich erlaube, die Begleichung der Rechnungen vom Patienten zu fordern, und verlangte, daß die Honorarforderungen das ganze Jahr über gestellt werden dürften.¹⁴⁵² Heutzutage ist die Honorierung von der Art der Krankenkasse abhängig. Bei den privaten Krankenkassen kann der

¹⁴⁴³ Vgl. LUNGWITZ (1912a), S. 250f.

¹⁴⁴⁴ Vgl. LUNGWITZ (1911), S. 6, vgl. LUNGWITZ (1912c), S. 5.

¹⁴⁴⁵ Vgl. LUNGWITZ (1912a), S. 250f.

¹⁴⁴⁶ Vgl. BESKE/HALLAUER (1999), S. 232.

¹⁴⁴⁷ Vgl. SCHELL (1995), S. 156.

¹⁴⁴⁸ Vgl. LUNGWITZ (1912m), S. 239.

¹⁴⁴⁹ Vgl. ANONYMUS (1) (1911h), S. 203, vgl. LUNGWITZ (1912i), S. 98.

¹⁴⁵⁰ Vgl. Marburger Bund Ärztliche Nachrichten (9/2001b), S. 1.

¹⁴⁵¹ Vgl. Marburger Bund Ärztliche Nachrichten (9/2001c), S. 3.

¹⁴⁵² Vgl. LUNGWITZ (1912a), S. 320f.

Arzt nach der Behandlung die Rechnung direkt an den Patienten schicken und um Begleichung bitten. Bei einem in der Gesetzlichen Krankenkasse versicherten Patienten werden den Einzelleistungen dem einheitlichen Bewertungsmaßstab entsprechend Punktzahlen zugeordnet und diese jedes Quartal bei der KV eingereicht. Die KV errechnet den Punktwert, multipliziert diesen mit den Punkten der Einzelleistungen und zahlt dem Vertragsarzt aus der Gesamtvergütung der Krankenkassen ein entsprechendes Honorar. Der Vertragsarzt erhält ferner monatlich, sozusagen im voraus, eine Abschlagszahlung.¹⁴⁵³ Durch dieses System braucht der Arzt nicht mehr zu fürchten, für Kassenleistungen von den Patienten um sein Honorar gebracht zu werden, weil sie nicht zahlen konnten oder wollten, wie es in Lungwitz' Zeit an der Tagesordnung gewesen ist.¹⁴⁵⁴ Mit der Bezahlung nach einzelnen Positionen ist auch Lungwitz' Verlangen nach einer leistungsorientierten Bezahlung der Ärzte¹⁴⁵⁵ verwirklicht.

Hygiene und öffentliche Gesundheit

In der Säuglingshygiene forderte Lungwitz die Aufnahme des Säuglings zusammen mit der Mutter in einem gesonderten Zimmer,¹⁴⁵⁶ die Ernährung mit der Milch der eigenen Mutter und die Betreuung durch einen Arzt.¹⁴⁵⁷ Es gibt heute die Möglichkeit des ‚Rooming-in‘, d.h. der Unterbringung des Säuglings im gleichen Raum wie die Mutter.¹⁴⁵⁸ Vorsorgeuntersuchungen, sog. U-Untersuchungen, sind vorgeschrieben. Im Untersuchungsheft werden die U1 (am ersten Lebenstag durchgeführt) bis U9 (mit ca. 5 Jahren) dokumentiert.¹⁴⁵⁹

Die von Lungwitz verlangten Ortsgesundheitsämter und eine Zentralstelle im Gesundheitswesen existieren ebenfalls.¹⁴⁶⁰ Das ‚Gesetz zur Vereinheitlichung des Gesundheitswesens von 1935‘ legt fest, daß in jedem Stadt- oder Landkreis, sowie auch in kreisfreien Städten Gesundheitsämter eingerichtet werden sollen.¹⁴⁶¹ Die Gesundheitsämter unterstehen den Ländern, Gemeinden oder Kreisen und sind vom Staat oder der

¹⁴⁵³ Vgl. BESKE/HALLAUER (1999), S. 120.

¹⁴⁵⁴ Vgl. LUNGWITZ (1912a), S. 201.

¹⁴⁵⁵ Vgl. LUNGWITZ (1919n), S. 142.

¹⁴⁵⁶ Vgl. LUNGWITZ (1912a), S. 25.

¹⁴⁵⁷ Vgl. LUNGWITZ (1913b), S. 14.

¹⁴⁵⁸ Vgl. PSCHYREMBEL (1998), S. 1391.

¹⁴⁵⁹ Vgl. HARNAK/KOLETZKO (1997), S.13.

¹⁴⁶⁰ Vgl. LUNGWITZ (1919a), S. 26.

¹⁴⁶¹ Vgl. WERNER/VOLTZ (1994), S. 265.

Kommune eingerichtet. Ferner existieren das Bundesgesundheitsministerium und die aus dem früheren Bundesgesundheitsamt hervorgegangenen Institutionen.¹⁴⁶²

Zum Schutz des Volkes solle laut Lungwitz eine Anzeigepflicht für Geschlechtskrankheiten eingeführt werden.¹⁴⁶³ Heute sind im seit 2001 geltenden Infektionsschutzgesetz die meldepflichtigen Krankheiten festgelegt, wobei nicht alle Geschlechtskrankheiten einer Meldung bedürfen.¹⁴⁶⁴ Seit 1953 existiert ein ‚Gesetz der Geschlechtskrankheiten‘. Von Ärzten und Krankenhäusern wird die Inzidenz von Geschlechtskrankheiten an das Gesundheitsamt gemeldet. Nur bei Behandlungsverweigerung erfolgt eine namentliche Meldung beim Gesundheitsamt, die bei den betroffenen Personen eine Therapie veranlaßt.¹⁴⁶⁵ Somit ist der von Lungwitz’ Co-Autor Dreuw geforderten Einführung einer Verpflichtung, Geschlechtskrankheiten dem zuständigen Gesundheitsamt zu melden, in gewisser Hinsicht nachgekommen.¹⁴⁶⁶

Soziale Frage

Auch das von Lungwitz geforderte breitere interessenpolitische Engagement der Ärzteschaft¹⁴⁶⁷ ist heute Realität: Außer dem damals schon unter dem Namen ‚Leipziger Wirtschaftlicher Verband‘ vorhandenen ‚Hartmannbund‘ gibt es als berufspolitische Ziele verfolgende Gewerkschaft den ‚Marburger Bund‘¹⁴⁶⁸ mit mehr als 70.000 Mitgliedern,¹⁴⁶⁹ um nur die beiden größten Organisationen zu nennen.

Ärzttekammer und Ehrengerichte

In der damaligen Zeit wurde die Ärztekammerwahl nach dem Modus der Listenwahl durchgeführt. Ebendieses System verurteilte Lungwitz, da es den meisten Ärzten die Einflußnahme auf die Wahl ihrer Standesvertreter nehme.¹⁴⁷⁰ Er verlangte stattdessen das direkte Wahlrecht bei der Ärztekammerwahl¹⁴⁷¹ und ein System der Wahl, das alle

¹⁴⁶² Vgl. BRENNECKE/SCHERP (1993), S. 145-147, siehe Kapitel 5.3. Gesundheitsversorgung.

¹⁴⁶³ Vgl. LUNGWITZ (1919a), S. 29.

¹⁴⁶⁴ Vgl. Infektionsschutzgesetz des Robert-Koch-Instituts.

¹⁴⁶⁵ Vgl. WERNER /VOLTZ (1994), S. 275f.

¹⁴⁶⁶ Vgl. DREUW (1919), S. 103f.

¹⁴⁶⁷ Vgl. LUNGWITZ (1912a), S. 79, LUNGWITZ (1912k), S. 227, LUNGWITZ (1919b), S. 9.

¹⁴⁶⁸ Vgl. BESKE/HALLAUER (1999), S. 223.

¹⁴⁶⁹ Vgl. Marburger Bund Ärztliche Nachrichten (11/2001), S.1.

¹⁴⁷⁰ Vgl. LUNGWITZ (1913a), S. 103.

¹⁴⁷¹ Vgl. ANONYMUS (1) (1911a), S. 32; ANONYMUS (1) (1919b), S. 99.

Ärzte einbeziehe.¹⁴⁷² Die heutigen Landesärztekammern, also die ärztlichen Standesorganisationen, sind Körperschaften des öffentlichen Rechtes, sie verwalten sich selbst, unterstehen aber staatlicher Rechtsaufsicht.¹⁴⁷³ Alle approbierten Ärzte sind Pflichtmitglieder und haben das aktive und passive Wahlrecht bei der Wahl der Vertreter für die Kammerversammlung, die als Parlament der Landesärztekammer anzusehen ist. Die Kammerversammlung wählt wiederum den Vorstand der Landesärztekammer, der aus Präsident, Vizepräsident und Beisitzern besteht.¹⁴⁷⁴

In Lungwitz' Schriften taucht immer wieder die Forderung auf, den staatlichen Ehrengerichten, die viel zu großen Einfluß auf das Leben der Ärzte hätten, den staatlichen Charakter zu nehmen, bzw. sie ganz abzuschaffen.¹⁴⁷⁵ Für den Fall der Beibehaltung der ärztlichen Ehrengerichte forderte Lungwitz die Überführung in juristische Hand.¹⁴⁷⁶ Die Ehrengerichte gibt es nicht mehr, statt dessen haben die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landesärztekammern gewisse Überwachungsfunktionen über die Ärzte.¹⁴⁷⁷ Den Landesärztekammern sind Schlichtungsausschüsse angegliedert, die Streitigkeiten zwischen Ärzten beilegen sollen. Für Berufspflichtverletzungen sind an den Gerichten Berufsgerichte eingerichtet, deren Entscheidungen durch Richter getroffen werden, wie Lungwitz dies für die Ehrengerichte gefordert hat. Ärzte sind nur Beisitzer.¹⁴⁷⁸

Krankenkassen- und Versicherungswesen

Die von Lungwitz verlangten Mittelstandskrankenkassen¹⁴⁷⁹ kann man in der heutigen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) als verwirklicht ansehen. Die GKV versicherte 1995 88,5 Prozent der Bevölkerung.¹⁴⁸⁰ Auch Lungwitz' Forderung nach einer Volksversicherung¹⁴⁸¹ ist somit realisiert. Im Jahre 1995 waren 88,5 Prozent der Deutschen in der GKV, elf Prozent in der privaten Krankenversicherung voll versichert. Nur 0,5 Prozent waren nicht krankenversichert.¹⁴⁸²

¹⁴⁷² Vgl. LUNGWITZ (1919I), S. 104f.

¹⁴⁷³ Vgl. BRENNECKE/SCHHELP (1993), S. 148f.

¹⁴⁷⁴ Vgl. BESKE/HALLAUER (1999), S. 220-223.

¹⁴⁷⁵ Vgl. LUNGWITZ (1913a), S. 218, ANONYMUS (1) (1919b), S. 99 und in vielen anderen Artikeln.

¹⁴⁷⁶ Vgl. ANONYMUS (1) (1911c), S. 57.

¹⁴⁷⁷ Vgl. BESKE/HALLAUER (1999), S. 122-124, S. 220.

¹⁴⁷⁸ Vgl. BESKE/HALLAUER (1999), S. 222.

¹⁴⁷⁹ Vgl. LUNGWITZ (1913a), S. 200f.

¹⁴⁸⁰ Vgl. BESKE/HALLAUER (1999), S. 87.

¹⁴⁸¹ Vgl. LUNGWITZ (1918), S. 78.

¹⁴⁸² Vgl. BESKE/HALLAUER (1999), S. 87.

Eine Familienversicherung, wie sie von Lungwitz 1919 gefordert wurde,¹⁴⁸³ ist heute zumindest in der GKV verwirklicht.¹⁴⁸⁴ Nach dem Familienversicherungsprinzip sind Familienangehörige ersten Grades ohne oder mit geringem Einkommen kostenlos mitversichert. Sie erhalten bis auf das Krankengeld die gleichen Leistungen wie das Krankenkassenmitglied.¹⁴⁸⁵

Lungwitz forderte eine Erhöhung der Versicherungsgrenze und eine Ausweitung der Versicherungsberechtigugsgrenze.¹⁴⁸⁶ Eine Versicherungsgrenze, bzw. eine Versicherungsberechtigugsgrenze in dem Sinne gibt es nicht mehr. Die heute bestehende Versicherungspflichtobergrenze stellt diejenige Einkommensgrenze dar, bis zu der die Betroffenen in der GKV pflichtversichert sind. Man kann sich jedoch auch mit einem Einkommen über der Versicherungspflichtobergrenze in der GKV versichern; dies geschieht auf freiwilliger Basis.¹⁴⁸⁷ Alternativ ist eine private Krankenversicherung möglich. Man kann somit von einer deutlichen Erhöhung der Zahl der Versicherten allein in der GKV sprechen, was wohl mit der Ausweitung der Versicherungsberechtigugsgrenze gemeint war. Die Zahl der Versicherten stieg von 1911 bis 1997 von zehn Millionen auf 51 Millionen (wobei das Bevölkerungswachstum zu berücksichtigen ist).¹⁴⁸⁸

Ferner wurde von Lungwitz eine Anpassung des Krankengeldes an die Höhe des Lohnes verlangt.¹⁴⁸⁹ In den ersten sechs Wochen erhält heutzutage ein arbeitsunfähiger Kranker eine Lohnfortzahlung. Danach bezieht er auf unbegrenzte Zeit ein Krankengeld, das 70 Prozent seines früheren Arbeitseinkommens beträgt, jedoch nicht über 90 Prozent seines Nettogehaltes liegen darf.¹⁴⁹⁰

Springer forderte in der Lungwitzschen Denkschrift, daß die Krankenkassen zur Bezahlung von Krankenhausaufhalten verpflichtet werden müßten.¹⁴⁹¹ Heutzutage ist in den Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen die Bezahlung eines zeitlich nicht be-

¹⁴⁸³ Vgl. LUNGWITZ (1919a), S. 14f.

¹⁴⁸⁴ In der privaten Krankenversicherung sind Familienmitglieder nicht kostenlos mitversichert, für sie muß ein individuell festgelegter Betrag gezahlt werden. Vgl. BESKE/HALLAUER (1999), S. 113.

¹⁴⁸⁵ Vgl. BRENNECKE/SHELPH (1993), S. 153.

¹⁴⁸⁶ Vgl. LUNGWITZ (1919a), S. 14.

¹⁴⁸⁷ Vgl. BRENNECKE/SHELPH (1993), S. 153.

¹⁴⁸⁸ Vgl. BESKE/HALLAUER (1999), S. 82.

¹⁴⁸⁹ Vgl. LUNGWITZ (1919a), S. 27.

¹⁴⁹⁰ Vgl. BESKE/HALLAUER (1999), S. 92.

¹⁴⁹¹ Vgl. SPRINGER (1919a), S. 62.

grenzten Krankenhausaufenthaltes in einem bei der Krankenkasse zugelassenen Krankenhaus enthalten.¹⁴⁹²

Die von Lungwitz geforderte unbeschränkte freie Arztwahl¹⁴⁹³ ist gegenwärtig weitestgehend realisiert.¹⁴⁹⁴ Alle Versicherten der GKV können unter allen Kassenärzten, bzw. Vertragsärzten, Allgemeinärzten sowie Fachärzten frei wählen.¹⁴⁹⁵ Patienten, die in der privaten Krankenversicherung versichert sind, können zu einem Arzt ihrer Wahl gehen.

Kassenarztfrage

Ob die von Lungwitz geforderte hinreichende Honorierung der Ärzte durch die Krankenkassen realisiert ist, ist schwerlich zu beurteilen.¹⁴⁹⁶ Immerhin wurden die seinerzeit üblichen Kopfpauschalen durch Fallpauschalen und die Honorierung von Einzelleistungen ersetzt.¹⁴⁹⁷ Außerdem verhandelt der Arzt nicht mehr direkt mit den Kassen über die Liquidation, sondern dies geschieht durch die zwischen Arzt und Krankenkasse geschalteten Kassenärztlichen Vereinigungen. Sie handeln als Interessenvertretung der Vertragsärzte mit den Kassen die Verträge für die ärztliche Honorierung aus.¹⁴⁹⁸ Lungwitz hatte schon 1913 gefordert, die vielen nicht zufriedenstellend arbeitenden kassenärztlichen Vereine in einer großen Organisation zusammenzufassen.¹⁴⁹⁹ Erst 1931 kam es zur gesetzlich festgelegten Einführung der ‚Kassenärztlichen Vereinigungen als Organ der kassenärztlichen Selbstverwaltung‘, womit das Abschließen von Einzelverträgen mit den Krankenkassen ein Ende hatte.¹⁵⁰⁰ Auch die von Lungwitz vorgeschlagene Festlegung der Honorierung der Leistungen der Kassenärzte durch eine Gebührenordnung, bzw. die Verteilung der Honorare aus einer Einnahmepauschale der kassenärztlichen Vereinigungen¹⁵⁰¹ ist im heutigen Gesundheitswesen durch das Punktesystem und die Gesamtvergütung der Kassenärztlichen Vereinigungen durch die Krankenkassen verwirklicht.¹⁵⁰²

¹⁴⁹² Vgl. BESKE/HALLAUER (1999), S. 91, Vgl. BRENNECKE/SCHHELP (1993), S. 155.

¹⁴⁹³ Vgl. LUNGWITZ (1919a), S. 30.

¹⁴⁹⁴ Vgl. KOSSOW (1990), S. 33.

¹⁴⁹⁵ Vgl. BÖCKEN/BUTZLAFF/ESCHE (2000), S. 40f.

¹⁴⁹⁶ Vgl. LUNGWITZ (1913a), S. 200.

¹⁴⁹⁷ Vgl. BESKE/HALLAUER (1999), S. 119.

¹⁴⁹⁸ Vgl. BESKE/HALLAUER (1999), S. 124f.

¹⁴⁹⁹ Vgl. LUNGWITZ (1913g), S. 113, vgl. LUNGWITZ (1920c), S. 110.

¹⁵⁰⁰ Vgl. BESKE/HALLAUER (1999), S. 117.

¹⁵⁰¹ Vgl. ANONYMUS (1) (1920g), S. 155.

¹⁵⁰² Vgl. BRENNECKE/SCHHELP (1993), S. 168f.

Die Kassenfrage wurde 1955 durch das Kassenarztrecht gesetzlich geregelt, wie es Lungwitz schon 1913¹⁵⁰³ gefordert hatte. In der Änderung durch das Gesundheitsstrukturgesetz 1993 wurde der Kassenarzt in ‚Vertragsarzt‘ umbenannt.¹⁵⁰⁴ Für die Kassenzulassung sind bei den Kassenärztlichen Vereinigungen eingerichtete Zulassungsausschüsse zuständig. Auf diese hat der Arzt Rechtsanspruch; er bekommt sie zugesprochen, wenn er die vorgeschriebenen Voraussetzungen erfüllt.¹⁵⁰⁵ Der von Lungwitz vorgeschlagenen Zulassung jedes Arztes zur Kassenpraxis¹⁵⁰⁶ ist somit mehr oder weniger nachgekommen. Eine Einschränkung wurde allerdings 1999 gesetzlich getroffen: Der Zulassung zur Kassenpraxis werden arztgruppenbezogene Verhältniszahlen zugrunde gelegt.¹⁵⁰⁷

Lungwitz forderte die Einführung von Krankenblättern, die zur Beurteilung des ärztlichen Vorgehens heranzuziehen seien.¹⁵⁰⁸ Heute ist die ordnungsgemäße Dokumentation der Krankengeschichte, bzw. das Führen von Krankenakten Pflicht. Sie dienen als Rechenschaftsbericht und müssen bis zehn Jahre nach Behandlungsabschluß aufbewahrt werden.¹⁵⁰⁹ Sie sind allerdings nicht, wie von Lungwitz 1919 in der Denkschrift gefordert,¹⁵¹⁰ bei den Gesundheitsämtern aufbewahrt, sondern beim behandelnden Arzt.¹⁵¹¹

Dreuw forderte in der von Lungwitz herausgegebenen Denkschrift die Einrichtung eines statistischen Gesundheitsamtes.¹⁵¹² Ein statistisches Gesundheitsamt gibt es nicht, wohl aber ein statistisches Bundesamt, dessen demographische Daten auch für die Gesundheitspolitik nutzbar sind.¹⁵¹³

Arzneimittelwesen

Lungwitz verlangte ein ‚Institut zur Kontrolle des Arzneimittelwesens‘ in Form einer staatlich – wissenschaftlichen Einrichtung.¹⁵¹⁴ Heute sind die Bundesländer für die „staatliche Überwachung der Herstellung und des Vertriebes von Arzneimitteln“

¹⁵⁰³ Vgl. LUNGWITZ (1913a), S. 201.

¹⁵⁰⁴ Vgl. BESKE/HALLAUER (1999), S. 117-119.

¹⁵⁰⁵ Vgl. BESKE/HALLAUER (1999), S. 126f.

¹⁵⁰⁶ Vgl. LUNGWITZ (1912a), S. 233.

¹⁵⁰⁷ Vgl. BESKE/HALLAUER (1999), S. 128.

¹⁵⁰⁸ Vgl. ANONYMUS (1) (1920e), S. 128.

¹⁵⁰⁹ Vgl. SCHELL (1995), S. 137.

¹⁵¹⁰ Vgl. LUNGWITZ (1919a), S. 28f.

¹⁵¹¹ Vgl. SCHELL (1995), S. 137.

¹⁵¹² Vgl. DREUW (1919), S. 100.

¹⁵¹³ Vgl. SCHELL (1995), S. 233.

¹⁵¹⁴ Vgl. LUNGWITZ (1920a), S. 5.

zuständig, und das ‚Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte‘ erfaßt und beurteilt Arzneimittelrisiken.¹⁵¹⁵

Geburtswesen

Dührssen forderte in der von Lungwitz herausgegebenen Denkschrift von 1919 eine Verbesserung der hygienischen Verhältnisse bei der Geburt, sowie die Entbindung in geburtshilflichen Anstalten.¹⁵¹⁶ Die allgemeine Verbesserung der Hygiene brachte auch eine Verbesserung der Hygiene in der Geburtshilfe mit sich. Mittlerweile stellt die Geburt im Krankenhaus die Normalität dar, während Hausgeburten Ausnahmen sind. Ferner verlangte Dührssen eine ärztliche Überwachung der Frau während der Schwangerschaft und der Geburt.¹⁵¹⁷ Heute gibt es Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen, und die Geburt wird von Ärzten und Hebammen im Krankenhaus durchgeführt. Dührssens Forderung nach gynäkologischen Abteilungen in jedem Krankenhaus ist insoweit nachgekommen, als sogar die Krankenhäuser der Grundversorgung eine gynäkologische Station vorweisen können.

‚Irrenwesen‘

Die in besagter Denkschrift von Enge geforderte Einführung von psychiatrischen Fürsorgestellen, Polikliniken für psychiatrisch Nervöse und Nervenheilanstalten¹⁵¹⁸ kann man als zumindest teilweise verwirklicht ansehen. Heute unterscheidet man in der psychiatrischen Versorgung stationäre Einrichtungen, teilstationäre Einrichtungen, komplementäre Dienste und ambulante Dienste. Zur stationären Einrichtung gehören die psychiatrischen Abteilungen von Universitätskliniken und allgemeinen Krankenhäusern, sowie psychiatrische Krankenhäuser. Bei den teilstationären Einrichtungen findet man Tages- und Nachtkliniken, deren Aufgabe die stufenweise Rehabilitation darstellt. Die komplementären Dienste sind für eine umfassende oder teilweise Betreuung von nicht mehr stationär behandelten psychisch Kranken zuständig. Sie beinhalten Wohnheime, beschützende Wohngruppen, Tagesstätten u.a. Zu den ambulanten Diensten zäh-

¹⁵¹⁵ Vgl. BESKE/HALLAUER (1999), S. 160.

¹⁵¹⁶ Vgl. DÜHRSSSEN (1919), S. 69-71.

¹⁵¹⁷ Ebenda.

¹⁵¹⁸ Vgl. ENGE (1919), S. 127.

len niedergelassene Nervenärzte, Institutsambulanzen und sozialpsychiatrische Dienste.¹⁵¹⁹

Fürsorge

Springer fordert in der von Lungwitz herausgegebenen Denkschrift, eine Gesundheitspflege zu schaffen, die dem ganzen Volk zugänglich sein solle, sowie die Prophylaxe und Verhütung von Krankheiten in den Vordergrund zu stellen.¹⁵²⁰ Heute hat der öffentliche Gesundheitsdienst das Ziel, die Gesundheit der Gemeinschaft und des einzelnen zu schützen. Zu seinen Aufgaben zählen unter anderem die Seuchenhygiene und der Gesundheitsschutz, die Umwelthygiene und Toxikologie, die Gesundheitsförderung und Gesundheitsvorsorge, die Jugendgesundheitspflege, der sozialmedizinische Dienst, der amtsärztliche Dienst mit gutachterlichen Aufgaben, sowie die Gesundheitsberichterstattung und Epidemiologie.¹⁵²¹ Ferner übernimmt die GKV Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Krankheitsverhütung. Die GKV trägt Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen, medizinische Vorsorgeleistungen (Krankheitsfrüherkennung, Schutzimpfungen, Versorgung mit Arznei-, Verbands-, Heil- und Hilfsmitteln) und ambulante Vorsorgekuren sowie stationäre Kuren.¹⁵²² Außerdem erfüllt die Public Health Initiative genau Springers Forderungen.

Das von Springer verlangte generelle Verbot von Kinderarbeit¹⁵²³ ist im Jugendarbeitsschutzgesetz verwirklicht. Dieses spricht ein Beschäftigungsverbot für Kinder unter 14 Jahren und für Schulpflichtige aus. Ferner enthält es Schutzvorschriften für arbeitende Jugendliche.¹⁵²⁴ Die geforderte Überwachung der Gesundheit der Jugendlichen ist in der Jugendgesundheitspflege des öffentlichen Dienstes realisiert. Er ist zuständig für die Vorsorge von Kindern und Jugendlichen. Die Vorsorge enthält neun Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten bis zum sechsten Lebensjahr, sowie schulärztliche Untersuchungen (Schulgesundheitspflege), Jugendzahnpflege und Untersuchungen der Berufsanfänger.¹⁵²⁵

¹⁵¹⁹ Vgl. BESKE/HALLAUER (1999), S. 153f.

¹⁵²⁰ Vgl. SPRINGER (1919b), S. 81.

¹⁵²¹ Vgl. SCHELL (1995), S. 181.

¹⁵²² Vgl. BESKE/HALLAUER (1999), S. 89f, vgl. SCHELL (1995), S. 100f.

¹⁵²³ Vgl. SPRINGER (1919b), S. 93.

¹⁵²⁴ Vgl. BESKE/HALLAUER (1999), S. 191f.

¹⁵²⁵ Vgl. SCHELL (1995), S. 181f.

Im folgenden soll analysiert werden, inwieweit die von Lungwitz in seinen Arbeiten dargelegten Mißstände des damaligen Gesundheitswesens auch heute immer noch aktuell, bzw. Gegenstand von Kritik sind.

Empathie und ganzheitliche Betrachtungsweise

Lungwitz kritisierte schon 1909 das Fehlen eines psychologischen Feingefühls bei den Ärzten.¹⁵²⁶ Auch heute noch müssen sich die Ärzte die Kritik gefallen lassen, sie gingen zu wenig auf die psychologischen und sozialen Bedürfnisse ihrer Patienten ein und sähen nicht den ganzen Menschen.¹⁵²⁷ Beklagt wird vielfach das Fehlen einer ganzheitlichen Medizin.

Honorierung

Die unzureichende Honorierung der Ärzte durch die Krankenkassen wird von Lungwitz wiederholt beklagt.¹⁵²⁸ Wenngleich die Honorarfrage – je nach Interessenlage – unterschiedlich beurteilt wird, findet sich auch heute noch die Ansicht, daß die Bezahlung der Ärzte durch das bestehende Vergütungssystem unangemessen niedrig sei.¹⁵²⁹ Früher¹⁵³⁰ wie heute wird beanstandet, daß der Arzt in Deutschland einer sehr hohen Arbeitsbelastung ausgesetzt sei, da er unter den bestehenden wirtschaftlichen Verhältnissen eine hohe Zahl von Patienten behandeln müsse und er somit kaum Zeit für eine ausreichend lange Anamnese und Beratung der Patienten habe.^{1531 1532}

Kritisiert werden heute, wie seinerzeit schon von Lungwitz,¹⁵³³ die ärztlichen Standesvertreter, die zu wenig Bezug zur Realität – dem Leben ihrer Kollegen in der Praxis – hätten, zusammen mit den zuständigen Politikern über die Zukunft ihrer Kollegen entschieden und dabei die eigene Position und den persönlichen Vorteil im Auge hät-

¹⁵²⁶ Vgl. LUNGWITZ 1909a), S. 81.

¹⁵²⁷ Vgl. NEUBAUER/SCHENK (1998), S. 24 und S. 27.

¹⁵²⁸ Vgl. LUNGWITZ (1919a), S. 16f.

¹⁵²⁹ Vgl. NEUBAUER/SCHENK (1998), S. 12, vgl. MÖNTMANN (2000), S. 56f.

¹⁵³⁰ Vgl. LUNGWITZ (1919a), S. 18f.

¹⁵³¹ Vgl. NEUBAUER/SCHENK (1998), S. 26.

¹⁵³² siehe unten, Kassenarztwesen.

¹⁵³³ Vgl. ANONYMUS (1) (1911m), S. 265f.

ten.¹⁵³⁴ Ebenso besteht diese Argumentationslinie fort.¹⁵³⁵ Desgleichen finden sich aktuelle Beispiele¹⁵³⁶ für die von Lungwitz angeprangerte „Cliquenwirtschaft“.¹⁵³⁷

Kurierfreiheit

Zwar ist durch die Einführung des Heilpraktikergesetzes die allgemeine Kurierfreiheit abgeschafft, gleichwohl wird von den Ärzten noch von „Kurierfreiheit“ gesprochen, da jeder, der will, mit einer minimalen Ausbildung die Zulassung zum Heilpraktiker erlangen kann und somit Patienten behandeln darf.¹⁵³⁸ Also besteht, wenngleich in anderer, gleichsam sublimierter Form das Problem der Kurierfreiheit fort.¹⁵³⁹

Kollegialität

Lungwitz beklagte bereits in seinem Buch ‚Führer der Menschheit?‘ den Mangel an Kollegialität, der sogar bis zu Mißgunst und ‚Brotneid‘ gehe.¹⁵⁴⁰ Auch dieses Thema ist heute noch aktuell, wie einschlägige Veröffentlichungen zeigen.¹⁵⁴¹ Die Herabsetzung und Schädigung von Kollegen stellt immer noch ein Problem dar.¹⁵⁴² So finden sich Berichte von Einzelfällen, in denen Ärzte gesunde Patienten operieren, um sich finanziell zu bereichern, wie ein Präsident der Berliner Ärztekammer seinen Standeskollegen vorwarf. Die hierfür berechneten Gebühren fehlen den Kollegen,¹⁵⁴³ bzw. den Kassen an anderer Stelle.¹⁵⁴⁴

Kassenarztwesen

Schon 1917 beanstandete Lungwitz die Reduzierung der ärztlichen Kunst auf das Ausstellen von Rezepten und die „schnelle Patientenbehandlung“.¹⁵⁴⁵ Auch heute ist dieser

¹⁵³⁴ Vgl. DOKTOR MED (1998), S. 12, S. 21f, S. 60, S. 123.

¹⁵³⁵ Vgl. DOKTOR MED (1998), S. 26.

¹⁵³⁶ Vgl. DOKTOR MED (1998), S. 36, S. 170.

¹⁵³⁷ Vgl. LUNGWITZ (1912a), S. 253.

¹⁵³⁸ Vgl. DOKTOR MED (1998), S. 18f.

¹⁵³⁹ Vgl. LUNGWITZ (1913a), S. 201f, vgl. LUNGWITZ (1912a), S. 250f und an anderen Stellen.

¹⁵⁴⁰ Vgl. LUNGWITZ (1912a), S. 72f.

¹⁵⁴¹ Vgl. DOKTOR MED (1998), S. 143.

¹⁵⁴² Vgl. DOKTOR MED (1998), S. 173.

¹⁵⁴³ Zum Beispiel kann der Hausarzt dem Facharzt über den Überweisungsschein (durch ankreuzen einer bestimmten Rubrik) verbieten, den Patienten über seine herausgefundenen Untersuchungsergebnisse aufzuklären. Der Facharzt darf für diesen Patienten keine Gesprächsgebühr abrechnen, und der Hausarzt sichert sich somit einen weiteren Besuch des Patienten. Vgl. MÖNTMANN (2000), S. 56.

¹⁵⁴⁴ Vgl. MÖNTMANN (2000), S. 47.

¹⁵⁴⁵ Vgl. LUNGWITZ (1917d), S. 80.

Kritikpunkt noch aktuell. Aus Studien geht hervor, daß ein Arztbesuch durchschnittlich nicht länger als drei Minuten dauert.¹⁵⁴⁶ Der Grund sei die schlechte Bezahlung, die den Arzt dazu zwingt, die Patientenbehandlung so kurz wie möglich zu halten, wobei vor allem am Gespräch gespart werde, da dies sehr schlecht honoriert werde.¹⁵⁴⁷ Daraus wird ersichtlich, daß die von Lungwitz kritisierte „Ramschbehandlung“ wegen des beschränkten Kassenbudgets¹⁵⁴⁸ noch nicht der Vergangenheit angehört – zum Leidwesen der Patienten und deren Gesundheit.¹⁵⁴⁹

Resümee

Zusammenfassend läßt sich sagen, daß einige wichtige, von Lungwitz propagierte Änderungen am Gesundheitswesen vorgenommen worden sind:

Mit Blick auf die Ausbildung ist die von Lungwitz lange geforderte Zulassungsbeschränkung zum Medizinstudium durch den heute gültigen Numerus clausus verwirklicht worden; auch hat das Fach Hygiene einen sehr viel höheren Stellenwert erhalten als früher. Das mögliche Betätigungsfeld des Arztes ist weit größer als früher und beschränkt sich keineswegs mehr nur auf Praxis- und Krankenhausstätigkeit.

Des Weiteren hat sich die Liquidationspraxis wie auch die Honorarhöhe – wie von Lungwitz gefordert – in Richtung leistungsorientierter Bezahlung verändert.

Sowohl in der Hygiene als auch im öffentlichen Gesundheitswesen ist es zur Umsetzung von Lungwitz' Vorschlägen gekommen, wie z.B. bei der Einführung von Gesundheitsämtern.

Besonders vehement sprach sich Lungwitz für eine Änderung des Ärztekammerwahlmodus, sowie für die Abschaffung der Ehrengerichte aus. Beides kann als realisiert betrachtet werden.

Auch in der Krankenkassenfrage sind Lungwitz' Forderungen verwirklicht worden. Nahezu die gesamte Bevölkerung ist im deutschen Sozialsystem versichert, eine Versicherungsberechtigungs-grenze gibt es nicht mehr, und auch die nicht erwerbstätigen Familienmitglieder sind durch das Familienversicherungsprinzip einbezogen.

¹⁵⁴⁶ Vgl. MÖNTMANN (2000), S. 30, S. 45.

¹⁵⁴⁷ Ebenda.

¹⁵⁴⁸ Vgl. LUNGWITZ (1918), S. 80, vgl. LUNGWITZ (1920a), S. 4.

¹⁵⁴⁹ Vgl. MÖNTMANN (2000), S. 17f, S. 43, S. 118.

In bezug auf die Durchsetzung der „freien Arztwahl“ kann Lungwitz ebenfalls eine Vordenkerrolle attestiert werden, da alle Kassenpatienten (wie auch die Privatversicherten) frei unter den Vertragsärzten – seien es Hausärzte oder Fachärzte – wählen können. Überdies gehören auch die von Lungwitz kritisierten direkten Verhandlungen der einzelnen Ärzte mit den Krankenkassenvertretern seit der Einführung der Kassenärztlichen Vereinigungen der Vergangenheit an. Außerdem ist die von Lungwitz geforderte Zulassung aller Ärzte zur Kassenpraxis mit der Einführung des Rechtsanspruchs auf Kassenzulassung aller Ärzte realisiert worden.

Ebenso ist das Führen von Krankenakten mittlerweile Pflicht eines jeden Arztes geworden.

Auch die von Lungwitz geforderte Gesundheitsfürsorge für die ganze Bevölkerung kam mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst, sowie mit den gesundheitsfördernden bzw. krankheitsverhütenden Maßnahmen der GKV weitgehend zur Verwirklichung.

Dennoch ist festzuhalten, daß mehrere der Lungwitzschen Kritikpunkte auch noch heute – also fast 100 Jahre nach ihrer Formulierung – immer noch erstaunlich aktuell sind.

Fehlendes Feingefühl in der Patientenbehandlung und die Vernachlässigung des Gesprächs mit dem Kranken ist ebenso Gegenstand von Kritik wie die ärztliche Honorarfrage, die ärztliche Standesvertretung und die bisweilen unzureichende Kollegialität unter den Ärzten.

5.5 Das von Hans Lungwitz vorgeschlagene verstaatlichte Gesundheitswesen im Vergleich mit dem ‚National Health Service‘

Wenn man die in Europa vorhandenen Gesundheitssysteme vergleicht, fällt auf, daß – bis auf eine grundsätzliche Gemeinsamkeit, nämlich den Schutz vor dem Risiko Krankheit durch freie ärztliche Behandlung und finanzielle Hilfen im Krankheitsfalle¹⁵⁵⁰ – die Systeme teilweise große Unterschiede aufweisen. In den Jahren zwischen 1970 und 1980 ließen sich grob vier verschiedene Gesundheitssysteme abgrenzen:¹⁵⁵¹ Die skandinavischen Staaten und das Vereinigte Königreich verfüg(t)en über ‚National Health Systems‘ (staatliche Gesundheitssysteme), während in Belgien, Frankreich,¹⁵⁵² Deutschland, Luxemburg und den Niederlanden der Großteil der Bevölkerung durch Krankenversicherungen abgesichert waren. Die Mittelmeerstaaten besaßen tendenziell pluralistische Systeme. Die osteuropäischen Ländern schließlich hatten sozialistische Systeme mit einer kompletten Abdeckung der Bevölkerung.

Mittlerweile ist es jedoch in fast allen Ländern zu Veränderungen gekommen, ausgelöst durch Interventionen von Politik und Wirtschaft: In den östlichen Ländern sind Krankenversicherungen eingeführt worden, in den Mittelmeerländern haben sich die Gesundheitssysteme in Richtung ‚National Health System‘ entwickelt, und in den Systemen des Vereinigten Königreichs und Skandinaviens findet man immer mehr Wettbewerb.¹⁵⁵³ Heute kann man letztendlich die Gesundheitssicherungssysteme in der Europäischen Gemeinschaft auf zwei unterschiedliche Formen reduzieren: die Sozialversicherung (Deutschland, Belgien, Luxemburg, Frankreich und Niederlande) und die staatlichen Versorgungssysteme (Dänemark, Großbritannien, Irland, Portugal, Spanien, Italien und Griechenland). Es wird deutlich, daß viele Staaten der Europäischen Gemeinschaft in ihrem Gesundheitssystem die staatliche Versorgung eingeführt haben. Der staatliche Gesundheitsdienst gewinnt somit immer mehr an Bedeutung gegenüber der Sozialversicherung. Der Versorgungsgedanke setzt sich demzufolge mehr und mehr durch.¹⁵⁵⁴

¹⁵⁵⁰ Vgl. KORBANKA (1992), S. 15.

¹⁵⁵¹ Vgl. EYSENBACH (1998), S. 31f.

¹⁵⁵² Genaueres zum französischen Gesundheitssystem siehe in BODE (1999).

¹⁵⁵³ Vgl. EYSENBACH (1998), S. 32.

¹⁵⁵⁴ Vgl. KORBANKA (1992), S. 16.

Bei einem kurzen Überblick über die Gesundheitssysteme in Europa¹⁵⁵⁵ findet man die meisten Ähnlichkeiten zu dem von Lungwitz geforderten verstaatlichten Gesundheitswesen im staatlichen Versorgungssystem des Vereinigten Königreichs.¹⁵⁵⁶ Im folgenden sollen nun diese Ähnlichkeiten wie auch etwaige Unterschiede zum ‚National Health Service‘ (NHS) Großbritanniens dargestellt¹⁵⁵⁷ und auf gewisse Vor- und Nachteile des Systems eingegangen werden.

Das Ziel des ‚National Health Service‘ (NHS) des Vereinigten Königreiches – also des staatlichen Gesundheitsdienstes, der „Staatsbürgerversorgung“ – ist die Sicherung einer umfassenden physischen und psychischen Gesundheitsversorgung einschließlich der Krankheitsprävention eines jeden Staatsbürgers, ohne direkte materielle Gegenleistung.¹⁵⁵⁸ Dieses Ziel verfolgte auch Lungwitz bei seiner Verstaatlichungsidee. In seinem System sollten alle Staatsangehörigen versichert sein und Anspruch auf unentgeltliche ambulante und stationäre ärztliche Behandlung, sowie Arzneimittel haben.¹⁵⁵⁹

Im NHS findet man zusätzlich zur Leistungsgewährung von Sachleistungen die National Insurance.¹⁵⁶⁰ Diese bietet Geldleistungen, die mit Beitragszahlungen verbunden sind und nicht von allen Staatsbürgern beansprucht werden können. Ein Beispiel ist das Krankengeld, dessen Erhalt an Beitragszahlungen gebunden ist und dessen Betrag unabhängig von der Einkommenshöhe ist.¹⁵⁶¹ In dem von Lungwitz vorgeschlagenen System gibt es keine zusätzliche Gewährung von Geldleistungen. Alles wird von der Gesundheitssteuer finanziert. Das Krankengeld wird nicht als fester Betrag gezahlt, sondern dem Einkommen angepaßt.¹⁵⁶²

¹⁵⁵⁵ Vgl. EYSENBACH (1998), S. 39-43.

¹⁵⁵⁶ Vgl. EYSENBACH (1998), S. 43.

¹⁵⁵⁷ Vgl. KORBANKA (1992), In GRISEWELL (1976) werden auch die Gesundheitssysteme Großbritanniens und der Bundesrepublik Deutschland verglichen. Der Aktualität halber ist jedoch Korbanks Werk als Grundlage dieses Kapitels genommen worden, die Angaben beziehen sich allerdings auf die frühen 90er Jahre. Deswegen ist versucht worden, vor allem die Zahlen durch aktuelle aus BÖCKEN/BUTZLAFF/ESCHE (2000) zu ersetzen.

¹⁵⁵⁸ Vgl. KORBANKA (1992), S. 33f.

¹⁵⁵⁹ Vgl. LUNGWITZ (1919a), S. 26f.

¹⁵⁶⁰ Nationale Versicherung.

¹⁵⁶¹ Vgl. KORBANKA (1992), S. 63.

¹⁵⁶² Vgl. LUNGWITZ (1919a), S. 26f.

Finanzierung

Zum weitaus größten Teil wird der NHS durch Steuern finanziert.¹⁵⁶³ Der restliche Teil sind Beitragszahlungen, die in Form eines von der Höhe des Einkommens abhängigen Gesamtsozialversicherungsbeitrages entrichtet werden. Der Beitrag ist nicht zuletzt aus „psychologischen“ Gründen eingeführt worden, da die Steuern allein den Bürgern nicht den Eindruck vermittelten, Anspruch auf medizinische Behandlung zu haben.¹⁵⁶⁴ Von den Patienten des NHS wird ferner eine Selbstbeteiligung bei Arzneimitteln, für Zahnbehandlung und Zahnersatz und bei Brillen verlangt. Über die Grundversorgung hinausgehende Sonderwünsche bei der Krankenhausbehandlung müssen von den Patienten ebenfalls selbst getragen werden. Ferner werden bestimmte Leistungen vom NHS nicht übernommen; sie sind ausgeschlossen und erfolgen nur bei Selbstbeteiligung. Allerdings gibt es eine große Anzahl von Patienten, die aus sozialen Gründen von Zuzahlungen befreit sind.¹⁵⁶⁵

Im Gegensatz dazu schlägt Lungwitz eine alle Anforderungen abdeckende „Gesundheitssteuer“ vor, deren Höhe für den einzelnen vom Einkommen abhängig zu machen sei.¹⁵⁶⁶ Die Finanzierung des NHS stellt somit eine Aufspaltung des Lungwitzschen Vorschlages dar, auf der einen Seite steht die Steuer, auf der anderen der einkommensabhängige Beitrag.

Organisationsstruktur des Gesundheitswesens

Der National Health Service (NHS) als staatlicher Gesundheitsdienst weist eine zentralistische Struktur auf.¹⁵⁶⁷ An oberster Stelle steht das ‚Department of Health and Social Security (DHSS)‘,¹⁵⁶⁸ das die Bereiche NHS und National Insurance koordiniert¹⁵⁶⁹ und die nationale Gesundheitspolitik formuliert.¹⁵⁷⁰ Lungwitz schwebt eine Staats- und Reichsversicherung vor, deren Zentralstelle dem Reichswohlfahrtsministerium angeschlossen werden sollte. Dieser Zentralstelle sollten auf Landes-, Provinzial-, Bezirks-

¹⁵⁶³ Vgl. BÖCKEN/BUTZLAFF/ESCHE (2000), S. 60.

¹⁵⁶⁴ Vgl. KORBANKA (1992), S. 69f.

¹⁵⁶⁵ Vgl. KORBANKA (1992), S. 260-263.

¹⁵⁶⁶ Vgl. LUNGWITZ (1919a), S. 26f.

¹⁵⁶⁷ Vgl. KORBANKA (1992), S. 74.

¹⁵⁶⁸ Gesundheitsministerium.

¹⁵⁶⁹ Vgl. KORBANKA (1992), S. 75.

¹⁵⁷⁰ Vgl. KORBANKA (1992), S. 88.

und Ortsebene Gesundheitsämter unterstellt sein. Deren Aufgabe sollten die gesundheitlichen, „sanitätspolizeilichen und fürsorgerischen Angelegenheiten“ sein.¹⁵⁷¹

Dem DHSS unterstehen auf regionaler Ebene die ‚Regional Health Authorities‘ (RHA),¹⁵⁷² die das finanzielle Budget des NHS entsprechend der Bevölkerungsstruktur, Mortalität und Morbidität erhalten. Ihre Aufgabe besteht in der Verteilung der finanziellen, sachlichen und personellen Ressourcen auf die ‚District Health Authorities‘ (DHA),¹⁵⁷³ sowie in der datenmäßigen Aufnahme der Arbeit der DHA, Forschungstätigkeiten, statistischen Aufgaben und dem Angebot von speziellen Gesundheitsleistungen.¹⁵⁷⁴ Die DHA’s sind wiederum zuständig für die stationären Dienstleistungen und medizinischen Dienste der kommunalen Behörden (z.B. Pflegedienste und Schulgesundheitsdienste). Ferner setzen sie die Planungen des RHA um und sind verantwortlich für die „wirtschaftliche Verwendung der zugewiesenen finanziellen, medizinisch-technischen sowie personellen Ressourcen“.¹⁵⁷⁵ Auf der untersten Ebene stehen die ‚District Management Teams‘ (DMT).¹⁵⁷⁶ Sie setzen die von den übergeordneten Einheiten erhaltenen Planungen in bezug auf die Verwendung der gesamten erhaltenen Mittel um (Bettenbereitstellung in stationären Einrichtungen, Familienplanung, Physiotherapie, Impfungen etc.).¹⁵⁷⁷

Direkt dem DHSS sind die ‚Family Practitioner Committees‘ (FPC)¹⁵⁷⁸ unterstellt; sie weisen jedoch auch eine gewisse Selbstverwaltung auf. Die FPC’s verwalten die primäre Gesundheitsversorgung mit den allgemeinärztlichen, zahnärztlichen und augenärztlichen Diensten, sowie den Apotheken. Des weiteren obliegen ihnen auch die Vertragsabschlüsse mit den oben genannten Ärzten und Apotheken, sowie die Einflußnahme auf die Verteilung der Ärzte. Die FPC’s geben Listen der im Distrikt tätigen Ärzte heraus. Jeder Patient kann sich einen Arzt wählen und sich in seine Liste eintragen. Die Ärzte bekommen pro eingetragenen Patienten einen monatlichen Betrag.¹⁵⁷⁹ Lungwitz befürwortete die unbeschränkte freie Arztwahl, was bedeutet, daß sich die Patienten unter

¹⁵⁷¹ Vgl. LUNGWITZ (1919a), S. 26.

¹⁵⁷² Regionale Gesundheitsbehörden.

¹⁵⁷³ Distriktgesundheitsbehörden.

¹⁵⁷⁴ Vgl. KORBANKA (1992), S. 88.

¹⁵⁷⁵ Vgl. KORBANKA (1992), S. 90f.

¹⁵⁷⁶ Distrikt-Verwaltungs-Teams.

¹⁵⁷⁷ Vgl. KORBANKA (1992), S. 93.

¹⁵⁷⁸ Hausarztausschuß.

¹⁵⁷⁹ Vgl. KORBANKA (1992), S. 92f.

allen im Staatsdienst angestellten Medizinern den Arzt ihrer Wahl aussuchen können.¹⁵⁸⁰

Jeder Allgemeinarzt ist durchschnittlich für die Versorgung von 2.500 Patienten zuständig. Man findet häufig Gruppenpraxen, von denen wieder jeweils mehrere mit einem Gesundheitszentrum zusammenarbeiten.¹⁵⁸¹ Mittlerweile arbeiten 75 Prozent der Allgemeinmediziner (General Practitioner) in Gruppenpraxen, bzw. Gesundheitszentren.¹⁵⁸² In den insgesamt über 1.000 Gesundheitszentren werden allgemeine ambulante Dienste, Röntgenuntersuchungen und kleinere operative Eingriffe durchgeführt. Es sind dort Allgemeinärzte, Zahnärzte, Hebammen und Krankenschwestern beschäftigt.¹⁵⁸³ Niedergelassene Fachärzte gibt es im Vereinigten Königreich nicht. Die fachärztliche Behandlung wird von in den Krankenhäusern angestellten Ärzten übernommen, die dort ein pauschales Gehalt bekommen.¹⁵⁸⁴ Lungwitz hielt die Einführung von „Ambulatorien“ oder „Gesundheitshäusern“ durchaus als wünschenswert. Vor allem für Diagnostik und Therapie wären sie von Vorteil. Er befürwortete jedoch die Beibehaltung der ärztlichen Einzelbetriebe,¹⁵⁸⁵ wie sie im NHS in dieser Form immer noch zu finden bzw. durch Gruppenpraxen ersetzt worden sind.

Zur Demokratisierung des NHS sind ‚Community Health Councils‘ (CHC)¹⁵⁸⁶ und ‚Joint Consultive Committees‘¹⁵⁸⁷ eingerichtet worden. Sie sollen die Zusammenarbeit zwischen den kommunalen sozialen Diensten und den Gesundheitsbehörden verbessern, Nähe zu den jeweils hierarchisch tieferen Verwaltungseinheiten und den Patienten schaffen,¹⁵⁸⁸ sowie Patienteninteressen wahrnehmen.¹⁵⁸⁹

Medizinische Versorgung

Im Jahr 1996 kamen im Vereinigten Königreich 1,7 praktizierende Ärzte auf 1.000 Einwohner.¹⁵⁹⁰ Die Liste eines niedergelassenen Allgemeinarztes beinhaltete 1989 in England 1.971 eingeschriebene Patienten. 1989 fand man 8,7 stationär tätige Ärzte pro

¹⁵⁸⁰ Vgl. LUNGWITZ (1919a), S. 30.

¹⁵⁸¹ Vgl. KORBANKA (1992), S. 94.

¹⁵⁸² Vgl. BÖCKEN/BUTZLAFF/ESCHE (2000), S. 65.

¹⁵⁸³ Vgl. KORBANKA (1992), S. 81f.

¹⁵⁸⁴ Vgl. KORBANKA (1992), S. 123, BÖCKEN/BUTZLAFF/ESCHE (2000), S. 67.

¹⁵⁸⁵ Vgl. LUNGWITZ (1919a), S. 33.

¹⁵⁸⁶ Gemeindeggesundheitsbeiräte.

¹⁵⁸⁷ Beratender Gemeinschaftsausschuß.

¹⁵⁸⁸ Vgl. KORBANKA (1992), S. 94f.

¹⁵⁸⁹ Vgl. BÖCKEN/BUTZLAFF/ESCHE (2000), S. 72.

¹⁵⁹⁰ Vgl. BÖCKEN/BUTZLAFF/ESCHE (2000), S. 62.

10.000 Einwohner.¹⁵⁹¹ Lungwitz forderte in seinem Vorschlag eines Gesundheitssystems, daß ein praktischer Arzt nicht mehr als 1.000 Versicherte zu betreuen habe.¹⁵⁹² Im NHS hat ein niedergelassener Arzt also fast doppelt so viele Patienten zu versorgen. Allerdings müssen auch die vielen in den Gesundheitszentren tätigen praktischen Ärzte berücksichtigt werden, die das Verhältnis wieder entzerren.

Die Anzahl der Akutkrankenhausbetten betrug 1996 zwei Betten pro 1.000 Einwohner.¹⁵⁹³ Springer forderte in der Denkschrift eine Zahl von fünf bis acht Betten pro 1.000 Einwohner,¹⁵⁹⁴ was über der Bettenzahl im NHS liegt, wobei er nicht von Akutbetten spricht.

Die Ausgaben für die Gesundheit betragen 1997 im Vereinigten Königreich 6,8 Prozent des Bruttoinlandproduktes.¹⁵⁹⁵

Honorierung der Ärzte

Die Krankenhausärzte arbeiten als Angestellte, während die Allgemeinärzte sich „eine gewisse Selbständigkeit bewahrt“ haben und als „Freiberufler“ zu bezeichnen sind.¹⁵⁹⁶

In Übereinstimmung damit lautete Lungwitz' Forderung, daß „der Arzt [...] so frei bleiben [solle], wie sich eben mit dem Zweck der Einrichtung vereinbaren läßt.“¹⁵⁹⁷

Das Gehalt der Ärzte setzt sich aus drei Teilen zusammen, einem festen Element und zwei veränderlichen. Jeder Allgemeinarzt, der eine Liste mit 1.000 Patienten beim ‚Family Practitioner Committee‘ (FPC) vorweisen kann, erhält ein Grundgehalt. Als Gegenleistung muß er eine festgesetzte Anzahl von Sprechstunden erbringen. Zusätzlich erhalten die Ärzte eine Kopfpauschale für jeden eingeschriebenen Patienten entsprechend der Höhe des Patientenalters, da der Arzt mit höherem Alter erfahrungsgemäß öfter aufgesucht wird. Ferner gibt es noch zahlreiche Einzelvergütungen, unter die Zahlungen für Dienstbereitschaft, Hausbesuche und Behandlungen von bei einem anderen Allgemeinarzt eingeschriebenen Patienten fallen.¹⁵⁹⁸ Der Arzt kann auch Sonderzahlungen erhal-

¹⁵⁹¹ Vgl. KORBANKA (1992), S. 130.

¹⁵⁹² Vgl. LUNGWITZ (1919a), S. 34.

¹⁵⁹³ Vgl. BÖCKEN/BUTZLAFF/ESCHE (2000), S. 62.

¹⁵⁹⁴ Vgl. SPRINGER (1919a), S. 63.

¹⁵⁹⁵ Vgl. BÖCKEN/BUTZLAFF/ESCHE (2000), S. 63.

¹⁵⁹⁶ Vgl. KORBANKA (1992), S. 202.

¹⁵⁹⁷ LUNGWITZ (1919a), S. 32 (Zitat).

¹⁵⁹⁸ Vgl. KORBANKA (1992), S. 205f.

ten, wenn er in eine Gruppenpraxis eintritt,¹⁵⁹⁹ sich in einer Landpraxis in einem unterversorgten Gebiet niederläßt oder an einer Weiterbildungsveranstaltung teilnimmt. Zwischen dem 45. und 65. Lebensjahr erhält der Arzt eine Alterszulage. Des weiteren erhält der Arzt vom NHS 70 Prozent der Gehälter seiner Angestellten und Mietzins seiner Praxisräume.¹⁶⁰⁰ Die Honorierung der Ärzte stellt sich Lungwitz ähnlich vor, wie sie im NHS verwirklicht ist: Die Ärzte sollten ein Grundgehalt erhalten, seien dann aber verpflichtet, Dienststunden abzuhalten.¹⁶⁰¹ Das Grundgehalt solle die Existenz sichern, zusätzlich bekomme jeder Arzt einer Gebührenordnung entsprechend dessen seine Einzelleistungen honoriert, die eine Anerkennung für besondere Tüchtigkeit darstellen sollten.¹⁶⁰² Diese Leistungszulage differiert von der im NHS, die lediglich einzelne Leistungen beinhaltet und nicht die gesamte Arbeit des Arztes sozusagen honoriert. Dafür erhält der im NHS tätige Arzt die Kopfpauschale; diese gibt es in Lungwitz' System nicht.

Die gemäß Lungwitz' Vorstellungen im Grundgehalt enthaltene Wohnungsentschädigung¹⁶⁰³ entspricht der Erstattung des Mietzinses der Praxisräume im NHS, denn zu Lungwitz' Zeiten fand die Sprechstunde in der Wohnung des Arztes statt.¹⁶⁰⁴ Der Dienstalterszulage in Lungwitz' Vorschlag¹⁶⁰⁵ entspricht die Alterszulage im NHS zwischen dem 45. und dem 65. Lebensjahr. Auch die Sonderzahlung für die Niederlassung in einem unterversorgten ländlichen Gebiet wollte Lungwitz, wie im NHS, mit einer Erhöhung der Leistungszulage fördern.¹⁶⁰⁶

Besonderen Wert legt der NHS auf Prävention. Der Arzt kann jedes Jahr Zusatzhonorare erhalten, wenn er über eine bestimmte Quote von Impfungen oder Krebsvorsorgen hinauskommt.¹⁶⁰⁷ Lungwitz setzte sich auch immer sehr für Prophylaxe und Prävention von Krankheiten ein, somit kann man diese Besonderheit des NHS als Umsetzung von Lungwitz' Forderungen in die Realität sehen.¹⁶⁰⁸

¹⁵⁹⁹ Vgl. BÖCKEN/BUTZLAFF/ESCHE (2000), S. 65.

¹⁶⁰⁰ Vgl. KORBANKA (1992), S. 205f.

¹⁶⁰¹ Vgl. LUNGWITZ (1919a), S. 36.

¹⁶⁰² Vgl. LUNGWITZ (1919a), S. 39.

¹⁶⁰³ Ebenda.

¹⁶⁰⁴ Vgl. LUNGWITZ (1919a), S. 31.

¹⁶⁰⁵ Vgl. LUNGWITZ (1919a), S. 36.

¹⁶⁰⁶ Vgl. LUNGWITZ (1919a), S. 37.

¹⁶⁰⁷ Vgl. KORBANKA (1992), S. 205f, BÖCKEN/BUTZLAFF/ESCHE (2000), S. 65.

¹⁶⁰⁸ Vgl. LUNGWITZ (1919a), S. 30.

Gleichwohl ist der Arzt an eine maximal zulässige Listengröße gebunden. Diese darf 3.500 Patienten nicht überschreiten – es sei denn, der Arzt ist in einer Gruppenpraxis tätig. In diesem Fall kann die Liste bis zu 4.500 eingeschriebene Patienten aufweisen, vorausgesetzt, die durchschnittliche Listengröße in der Praxis bleibt unter 3.500.¹⁶⁰⁹

Gegenüberstellung der Gemeinsamkeiten der beiden Gesundheitssysteme

Organisation

National Health Service		Lungwitz' Gesundheitssystem
<ul style="list-style-type: none"> • Department of Health and Social Security 	↔	Reichswohlfahrtsministerium Zentralstelle der Staats- und Reichsversicherung
<ul style="list-style-type: none"> • Regional Health Authorities 	↔	staatl. Landesgesundheitsämter
<ul style="list-style-type: none"> • District Health Authorities 	↔	Bezirksgesundheitsämter
<ul style="list-style-type: none"> • District Management Teams 		
<ul style="list-style-type: none"> • Family Practitioner Committees 		

¹⁶⁰⁹ Vgl. KORBANKA (1992), S. 206f.

Honorierung

National Health Service		Lungwitz' Gesundheitssystem
• Grundgehalt	↔	Grundgehalt
• Kopfpauschale		
• Alterszulage	↔	Dienstalterszulage
• Leistungszulage	↔	Einzelleistungsvergütung
• Sonderzahlung für Niederlassung auf dem Land	↔	Sonderzahlung für Niederlassung auf dem Land

Zusammenfassend ist festzustellen, daß das Gesundheitswesen des Vereinigten Königreiches von Großbritannien trotz einiger Unterschiede der von Lungwitz vorgeschlagenen Verstaatlichung des Heilwesens sehr nahe kommt. Beide Modelle verfolgen das Ziel, allen Staatsbürgern ohne eine direkte Gegenleistung eine umfassende Gesundheitsversorgung zukommen zu lassen, indem sie ihnen kostenfreie Krankheitsprävention, Diagnostik, Therapie und Arznei- und Hilfsmittel gewähren. Finanziert wird diese Art der Gesundheitssicherung sowohl bei Lungwitz als auch im National Health Service (NHS) komplett oder doch zum Großteil durch Steuermittel.

Ebenso weist die Organisationsstruktur der beider Modelle viele Parallelen auf, wenngleich Lungwitz in seinem Vorschlag nicht so detailliert auf die Art der Organisation eingeht.¹⁶¹⁰

Die freie Arztwahl, für die sich Lungwitz stets eingesetzt hat, ist auch im NHS verwirklicht, wo sich jeder Patient in die Liste des von ihm gewählten Arztes eintragen kann. Des weiteren findet man im NHS auch die von Lungwitz für wünschenswert gehaltenen Gesundheitszentren, in denen ein Viertel der englischen Allgemeinärzte tätig ist. Durch sie wird die im Vergleich zu Lungwitz' Vorschlag im NHS höhere Anzahl von Patienten pro niedergelassenem Arzt ausgeglichen.

¹⁶¹⁰ Neumann geht in seinem Vorschlag zur Neugestaltung des Gesundheitswesens genauer auf die Organisation ein (siehe oben).

Zuguterletzt ist die Honorierung im NHS nahezu identisch mit der von Lungwitz vorgeschlagenen. Bei beiden wird den Ärzten ein Grundgehalt gezahlt, das eine Entschädigung für die Kosten der Praxis enthält. Daneben erhalten die Ärzte eine Dienstalterszulage und eine Leistungszulage. Der Unterschied besteht lediglich im Verhältnis, denn in Lungwitz' System werden alle Einzelleistungen honoriert, während im NHS nur einige bestimmte Leistungen zusätzlich bezahlt werden. Die Ärzte im NHS erhalten für ihre hauptsächlichen Dienstleistungen Kopfpauschalen für jeden in ihre Liste eingeschriebenen Patienten; diese kommen in Lungwitz' Vorschlag nicht vor.

Zur Verbesserung der ärztlichen Versorgung auf dem Land ist in beiden Modellen die Landpraxis durch Extrazahlungen für die Ärzte attraktiver gestaltet.

Abschließend soll der Frage nachgegangen werden, ob bzw. inwieweit das von Lungwitz vorgeschlagene verstaatlichte Gesundheitswesen, soweit es im Vereinigten Königreich wie oben dargestellt verwirklicht ist, (in Teilbereichen) dem gegenwärtigen Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland vorzuziehen wäre.

Vor- und Nachteile des NHS als Beispiel eines staatlichen Gesundheitswesens

Im folgenden werden die Besonderheiten des National Health Service (NHS) – als Beispiel eines staatlichen Gesundheitssicherungssystems, das dem von Lungwitz vorgeschlagenen Modell ähnelt – dem Sozialversicherungssystem der Bundesrepublik Deutschland (BRD) gegenübergestellt.

Sowohl im stationären Sektor als auch bei den ambulanten fachärztlichen Dienstleistungen findet man im NHS Wartelisten. Sie lassen sich auf eine das Angebot übersteigende Nachfrage nach unentgeltlichen Leistungen im Krankenhaus zurückführen.¹⁶¹¹ Im Durchschnitt beträgt die Wartezeit auf eine nicht akut dringliche Operation in England fünf Monate.¹⁶¹² Zur Reduzierung der Wartelisten sollen hohe Summen von zusätzlichen finanziellen Mitteln ins Gesundheitswesen fließen;¹⁶¹³ alternativ ist den Patienten früher die Möglichkeit eingeräumt worden, gewisse Operationen in Frankreich durch-

¹⁶¹¹ Vgl. KORBANKA (1992), S. 277f.

¹⁶¹² Vgl. BÖCKEN/BUTZLAFF/ESCHE (2000), S. 63.

¹⁶¹³ Ebenda.

führen zu lassen, was vom NHS komplett erstattet worden ist.¹⁶¹⁴ Ferner sollen eine Verkürzung der Verweildauer im Krankenhaus und vermehrte ambulante Behandlung die Engpässe überwinden helfen.¹⁶¹⁵ Gleichwohl bestehen trotz der Warteschlangen im NHS keine signifikanten Unterschiede in den Morbiditäts- und Mortalitätsziffern zum Gesundheitssystem in der Bundesrepublik Deutschland,¹⁶¹⁶ was gegen eine gravierende Unterversorgung im stationären Sektor spricht.¹⁶¹⁷ Der Großteil der Briten ist *für* eine Beibehaltung des National Health Service, obwohl die Rufe nach Reformen immer lauter werden.¹⁶¹⁸

Ein weiterer bemerkenswerter Aspekt ist die Tatsache, daß das durchschnittliche englische Arzteinkommen weit unter dem durchschnittlichen Jahreseinkommen eines Arztes in der BRD liegt. Allerdings erhalten die Ärzte in Großbritannien hinsichtlich ihrer Alterssicherung staatliche Unterstützung.¹⁶¹⁹

Positiv zu sehen ist, daß die modifizierte Kopfpauschale, die den Ärzten für die in ihre Liste eingetragenen Patienten zufließt, einer Erhöhung der Zahl der Leistungen und der Patientenbesuche entgegenwirkt. Ein Beleg hierfür ist die geringere Zahl der Arzt-Patienten-Kontakte¹⁶²⁰ in Großbritannien gegenüber der BRD, wo der Arzt aufgrund der Einzelleistungsvergütung eher zur Maximierung seiner Leistungen neigt.¹⁶²¹ Durch die niedrigere Zahl der Arzt-Patienten-Kontakte kommt es auch zu einer geringeren Zahl von Arzneimittelverordnungen.¹⁶²²

Großbritannien weist ferner eine geringere Anzahl an Pflgetagen im Krankenhaus auf als die Bundesrepublik Deutschland. Die Verweildauer pro Krankenfall lag 1996 in Großbritannien um fünf Tage, während die Patienten in der BRD im Vergleichszeitraum zwölf Tage im Krankenhaus blieben.¹⁶²³

¹⁶¹⁴ Vgl. KORBANKA (1992), S. 279f.

¹⁶¹⁵ Vgl. BÖCKEN/BUTZLAFF/ESCHE (2000), S. 63.

¹⁶¹⁶ Vgl. BÖCKEN/BUTZLAFF/ESCHE (2000), S. 166f.

¹⁶¹⁷ Vgl. KORBANKA (1992), S. 255, BÖCKEN/BUTZLAFF/ESCHE (2000), S. 63f.

¹⁶¹⁸ Vgl. BÖCKEN/BUTZLAFF/ESCHE (2000), S. 63.

¹⁶¹⁹ Vgl. KORBANKA (1992), S. 222-224.

¹⁶²⁰ Vgl. BÖCKEN/BUTZLAFF/ESCHE (2000), S. 175.

¹⁶²¹ Vgl. KORBANKA (1992), S. 215f.

¹⁶²² Vgl. KORBANKA (1992), S. 221.

¹⁶²³ Vgl. BÖCKEN/BUTZLAFF/ESCHE (2000), S. 173.

Auch die Arzneimittelpreise liegen im NHS unter denen in der Bundesrepublik Deutschland, was unter anderem auf einen fehlenden Wettbewerb in der BRD zurückzuführen ist.¹⁶²⁴

Das versorgungsstaatliche System des NHS weist demzufolge entscheidende Effizienzvorteile gegenüber dem deutschen Gesundheitssystem auf. Der Einsatz finanzieller Mittel ist im NHS bei weitem geringer, und dennoch ist die erbrachte Leistung zum Großteil vergleichbar mit der des deutschen sozialversicherungsrechtlichen Systems.¹⁶²⁵ Sowohl die Zahl der niedergelassenen wie auch der im Krankenhaus tätigen Ärzte (auch insgesamt)¹⁶²⁶ liegt in Großbritannien sehr viel niedriger als in der Bundesrepublik Deutschland. Die Zahl des Hilfspersonals ist im NHS jedoch deutlich höher, woraus zu schließen ist, daß im NHS ein großer Teil der Leistungen durch Personen mit einem geringeren Ausbildungsgrad kostengünstiger vorgenommen werden. Auch die Anzahl der Krankenhäuser und die Bettendichte bleibt hinter den Vergleichszahlen in Deutschland zurück.¹⁶²⁷ Schließlich liegen auch die gesamten Gesundheitsausgaben des NHS mit 6,8 Prozent des Bruttoinlandprodukts deutlich unter denjenigen der BRD mit 10,7 (Stand 1997).¹⁶²⁸ Trotz alledem sind die Zahlen für Mortalität und Morbidität der beiden Versicherungssysteme nahezu identisch.¹⁶²⁹

Das NHS setzt demnach „knappe personelle, medizin-technische und finanzielle Mittel effizienter“ ein als das deutsche Sozialversicherungssystem mit selbstverwaltender Trägerschaft. Es wird folglich – um wie Korbanka zu sprechen – auf wirtschaftlichere Weise „Gesundheit produziert“.¹⁶³⁰

¹⁶²⁴ Vgl. KORBANKA (1992), S. 253f.

¹⁶²⁵ Vgl. KORBANKA (1992), S. 192.

¹⁶²⁶ Praktizierende Ärzte: BRD: 3,4 pro 1.000 Einwohner, Vereinigtes Königreich 1,7 pro 1.000 Einwohner, Vgl. BÖCKEN/BUTZLAFF/ESCHE (2000), S. 170.

¹⁶²⁷ Vgl. KORBANKA (1992), S. 192f.

¹⁶²⁸ Vgl. BÖCKEN/BUTZLAFF/ESCHE (2000), S. 163.

¹⁶²⁹ Vgl. KORBANKA (1992), S. 192-194, BÖCKEN/BUTZLAFF/ESCHE (2000), S. 166f.

¹⁶³⁰ Vgl. KORBANKA (1992), S. 283f.

6. Zusammenfassung

Der nahezu vergessene Beitrag von Hans Lungwitz (1881-1967) zur Reform des Gesundheitswesens kann - retrospektiv betrachtet - als äußerst bemerkenswert gelten.

Schon die Art der *Präsentation* seiner sozialreformerischen Gedanken läßt aufhorchen: So äußert er sich nicht nur in Zeitschriftenartikeln zu diesem Thema, sondern nutzt auch sozialkritische Arztromane als „Medium“ zur Sensibilisierung der Öffentlichkeit. Um seinen Ideen weitere Präsenz zu verschaffen, gibt er eine Denkschrift mit dem Titel ‚Die Verstaatlichung des Heil- und Fürsorgewesens‘ heraus.

Lungwitz behandelt in seinem sozialreformerischen Werk ein breites Themenfeld. Er beanstandet in seinen Schriften die Institution Ehrengericht, die einen übertriebenen bzw. falschen Ehrbegriff geschaffen habe, die Ärztekammern und deren Wahlmodus, aber auch andere Standesvertretungen wie beispielsweise den ‚Leipziger Wirtschaftlichen Verband‘ und dessen Art der Interessenpolitik. Ferner beanstandet er die schlechten Honorarverhältnisse, bzw. die allgemeine Notlage der Ärzte, insbesondere in bezug auf das Kassenarztwesen. Er kritisiert aber auch die Ärzte selbst, indem er die Standesvertreter mehrheitlich als unfähig und die Mehrzahl der Mediziner als lethargisch gegenüber sozialpolitischen Belangen bezeichnet und ihren vermeintlichen Mangel an Kollegialität sowie ihren „Standesdünkel“ beklagt. Des weiteren werden die „Kurpfuscherei“ und ihre Gefahren, die unzureichenden hygienischen Verhältnisse und Fehler in der Sozialfürsorge thematisiert. Auch die ärztliche Ausbildung und das Verhalten des Staates gegenüber den Ärzten werden beleuchtet.

Lungwitz verharrt jedoch nicht in bloßer Kritik, sondern unterbreitet überdies detaillierte Reformvorschläge. Bei einer Gegenüberstellung der Lungwitzschen Kritikpunkte am Gesundheitswesen, bzw. der hieraus resultierenden Reformvorschläge, und der zeitgenössischen Ärztepolitik wird deutlich, daß Lungwitz in Teilbereichen mit den allgemeinen Ansichten der organisierten Ärztevertreter übereinstimmt, wie z.B. in bezug auf die Bewertung der Honorarverhältnisse und die Geringschätzung kaufmännischer Ideale, die Mißstände im Kassenarztwesen, die „Kurpfuscherei“ und die Forderung nach „freier Arztwahl“. In anderen Bereichen ist er jedoch völlig anderer Ansicht als die zeitgenössische Ärzteschaft: Er fordert die Abschaffung der Ehrengerichte, eine Reform des Kammersystems und des ‚Leipziger Wirtschaftlichen Verbandes‘, eine der Zeit ange-

paßte Umgestaltung des Medizinstudiums und eine Modifikation des Krankenkassenwesens. Überdies gibt es Bereiche, die von der allgemeinen ärztlichen Standespolitik zwar ebenfalls behandelt werden, denen bei weitem aber nicht der Stellenwert zuge-dacht wird wie in den Lungwitzschen Arbeiten. Als Beispiel hierfür können die Mißstände im Krankenkassenwesen oder in der Säuglingshygiene gelten.

Nach und nach reift in Lungwitz eine Idee, wie man diesen zahlreichen Mißständen wirksam entgetreten könne. Er sieht die Lösung in einer radikalen Reform des Gesundheitswesens. Lungwitz fordert – obwohl er anfangs diesem Gedanken eher skeptisch, wenn nicht gar ablehnend gegenüberstand – letztlich die Verstaatlichung des Gesundheitswesens und die Verbeamtung der Ärzte. Das Krankenkassenwesen solle unter staatlicher Organisation in einer Staats- und Reichsversicherung vereinigt werden, finanziert durch eine dem Gehalt angepaßte Gesundheitssteuer. Die Ärzte sollten Beamten der staatlichen Gesundheitsämter werden, der Eintritt in den Staatsdienst sei ihnen jedoch freizustellen. Bezahlt würden die staatlichen Ärzte mit einem Fixum, bestehend aus einem Grundgehalt, einer Dienstalterszulage und einer Leistungszulage, wobei sie die gleichen Rechte wie alle anderen Staatsbeamten, wie z.B. Anspruch auf eine Rente, erhalten sollten. Um die Betreuung der Kranken effektiver zu gestalten, wünscht Lungwitz, daß sich jeder Arzt um nicht mehr als 1.000 Versicherte zu kümmern brauche. Ferner schwebt ihm die Einführung von Diagnoseinstituten und Therapiezentren vor – um nur einen groben Abriß seiner Ideen zu geben.

Lungwitz ist indessen nicht der einzige, der sich in der damaligen Zeit zu einer möglichen Reform des Gesundheitswesens äußert. Auch vor seiner Zeit wird der Gedanke der Verstaatlichung diskutiert, und auch Zeitgenossen von Lungwitz treten mit entsprechenden Veröffentlichungen hervor. Exemplarisch werden dem Lungwitzschen Verstaatlichungsmodell in dieser Arbeit die Vorschläge von Ernst Neumann gegenübergestellt. Hierbei wird deutlich, daß es bemerkenswerte Übereinstimmungen gibt, etwa in bezug auf die von beiden geforderte Verbeamtung der Ärzte und deren Honorierung mit einem Fixum bei zusätzlicher Vergütung bestimmter Einzelleistungen.

Wenn man den Lungwitzschen Beitrag aus heutiger Sicht betrachtet und den Versuch unternimmt, seine Reformvorschläge für das damalige Gesundheitswesen im bestehenden Gesundheitssystem aufzuspüren, fällt auf, daß nicht wenige der von Lungwitz geforderten Veränderungen realisiert sind: Beispiele sind die Zulassungsbeschränkung

zum Medizinstudium, die Ausweitung der wirtschaftlichen Existenzmöglichkeiten der Ärzte, die Zurückdrängung der Ehrengerichte und die Erweiterung des Krankenkassenwesens. Andererseits sind viele der von Lungwitz geäußerten Kritikpunkte am Gesundheitswesen auch heute noch virulent, wie die ärztliche Honorarfrage, die extensive Behandlung im Kassenarztwesen durch einen zu hohen Patientendurchlauf in den Praxen, die Arbeit der ärztlichen Standesvertreter, die sogenannte „Cliquenwirtschaft“, der Mangel an Kollegialität unter den Ärzten und die praxisferne Ausbildung der Medizinstudenten.

Die Suche nach einem Gesundheitssystem im europäischen Ausland, das eine weitgehende Übereinstimmung mit dem Lungwitzschen Modell aufweist, führt zum ‚National Health Service‘ in Großbritannien – ein System, das bei allen Nachteilen zumindest in wirtschaftlicher Hinsicht als effizienter und à la longue besser finanzierbar gelten kann als das in der Bundesrepublik Deutschland bestehende Sozialversicherungssystem.

Obwohl die einschlägigen Lungwitzschen Veröffentlichungen überaus positiv rezensiert wurden, erfuhr Lungwitz’ sozialreformerisches Werk von seinen Zeitgenossen nicht die erhoffte Beachtung. In der Retrospektive jedoch beweist Lungwitz mit Teilen seines sozialreformerischen Modells – bei allen Unzulänglichkeiten im Detail – einen bemerkenswerten Weitblick.

7. Literaturverzeichnis

7.1 Archivalische Quellen

ANONYMUS (o. J.): Urteile der Presse über „Führer der Menschheit?“, Titel einer sich im Hans-Lungwitz-Archiv befindlichen Broschüre dessen Verfasser, Erscheinungsort und Erscheinungsdatum jedoch unbekannt sind.

BÄUMER (1919): Eduard Bäumer, Brief an den Adler-Verlag Berlin, Im Hans-Lungwitz-Archiv Berlin 1919

BONGARTZ (1920): [] Bongartz, Bücher- und Schriftenschau, Quelle unbekannt, als Kopie im Hans-Lungwitz-Archiv Dresden o. O. o. J.

FRITZSCHE (1920): Dr. med. [] Fritzsche, einseitiger Brief an einen Herrn Gottschalk, Im Hans-Lungwitz-Archiv, Dürrenberg, 18. November 1920

LUNGWITZ (1944): Hans Lungwitz, Vorwort zur Neuauflage, Maschinengetippter Zettel eingeklebt auf S. 9 in dem im Hans-Lungwitz-Archiv vorhandenen Exemplar der Denkschrift „Die Verstaatlichung des Heil- und Fürsorgewesens“ LUNGWITZ (1919a), Berlin-Charlottenburg 1944

LUNGWITZ (1960): ders., Aus meinem Leben, Berlin 1960, Herausgegeben unter dem Titel „Kurzgefaßte Autobiographie von Dr. med. et phil. Hans Lungwitz dem Schöpfer der ‚Psychobiologie‘, Gewidmet zu seinem 80. Geburtstag“ von der Psychobiologischen Gesellschaft München mit einem Vor- und Nachwort [maschinengeschriebenes Skript, Hans-Lungwitz-Archiv Dresden]

LUNGWITZ (o. J.): ders., (laut Dominicus vermutlich 1912/13), Gunhilds Traum, unveröffentlichtes Typoskript, 83 Seiten, Hans-Lungwitz-Archiv Dresden o. J.

LUNGWITZ (1912?): ders., (laut Dominicus wahrscheinlich 1912 verfaßt), Die Hetäre, Schauspiel in fünf Aufzügen, 73 Seiten, unveröffentlichtes Typoskript, Hans-Lungwitz-Archiv Dresden

SCHERER (1911): [] Scherer [sehr unleserliche Unterschrift], einseitiger Brief an Herrn Dr. med. et. phil. H. Lungwitz, im Hans-Lungwitz-Archiv Dresden, Wien 26. Januar 1911

SCHÖNWERTH [Pseudonym von Lungwitz] (o. J. a): Felix Schönwerth [Pseudonym von Lungwitz], Der Sündenfall. Eine dramatische Dichtung in vier Akten, Unveröffentlichtes Typoskript im Hans-Lungwitz-Archiv Dresden

SCHÖNWERTH [Pseudonym von Lungwitz] (o. J. b): ders., [Pseudonym von Lungwitz], Der Prophet im Vaterland (anderer Titel: Wie Pauly Ordinarius wurde), Komödie in drei Aufzügen. Unveröffentlichtes Typoskript im Hans-Lungwitz-Archiv Dresden

7.2 Gedruckte Quellen und Literatur

ALEXANDER (1899): Karl Alexander, Wahre und falsche Heilkunde, Berlin 1899

ANONYMUS (1)¹⁶³¹ (1910a): [gez. „-z“] Darf der Heilanstaltsleiter selbst dispensieren? Moderne Medizin 1/3 (1910), S. 117-119

ANONYMUS (1) (1910b): [gez. „-?“] Die Rechtsunsicherheit des Arztes, Moderne Medizin 1/5 (1910), S. 190-197

ANONYMUS (1) (1910c): Über das Dispensationsrecht des Arztes, Moderne Medizin 1/5 (1910), S. 197-99

ANONYMUS (1) (1911a): Tua res agitur! Ein Mahnwort zu den Ärztekammerwahlen, Moderne Medizin 2/2 (1911), S. 27-33

ANONYMUS (1) (1911b): Diskussion zum Entwurf des Kurpfuschereigesetzes, Moderne Medizin 2/2 (1911), S. 33-40

ANONYMUS (1) (1911c): Weh Dir, daß Du ein Enkel bist! Moderne Medizin 2/3 (1911), S. 51-59

ANONYMUS (1) (1911d): Banca rotto, Moderne Medizin 2/6 (1911), S. 127-34

ANONYMUS (1) (1911e): Zünftlerischer Plunder, Moderne Medizin 2/8 (1911), S.175-180

ANONYMUS (1) (1911f): Die nächsten Aertztekammerwahlen, Moderne Medizin 2/9 (1911), S. 197-199

ANONYMUS (1) (1911g): Die erste Bresche, Moderne Medizin 2/9 (1911), S. 199-201

ANONYMUS (1) (1911h): Numerus clausus, Moderne Medizin 2/9 (1911), S. 201- 203

¹⁶³¹ Bei den mit ANONYMUS (1) gezeichneten Artikeln aus der Zeitschrift Moderne Medizin, handelt sich es um Artikel, die entweder nicht gezeichnet oder mit Kürzeln wie „-z“ oder „L.“ (Abkürzung von Lungwitz?), versehen sind. Da diese Artikel den von Lungwitz behandelten Themen zugehörig sind und die Zeitschrift von ihm herausgegeben wurde, war er aller Wahrscheinlichkeit nach entweder selbst der Autor, oder die Artikel decken sich zumindest mit seinen Intentionen.

ANONYMUS (1) (1911i): Denunziation als Kampfmittel, *Moderne Medizin* 2/10 (1911), S. 219-221

ANONYMUS (1) (1911j): Ein sonderbarer Handel, *Moderne Medizin* 2/11 (1911), S. 241f.

ANONYMUS (1) (1911k): Aertzliche Toleranz, *Moderne Medizin* 2/11 (1911), S. 242-245

ANONYMUS (1) (1911m): Annus ater. Ein Rückblick, *Moderne Medizin* 2/12 (1911), S. 263-266

ANONYMUS (1911k): [gez. "P."], Führer der Menschheit? *Archiv für Stadthygiene* 1(1911), S. 18

ANONYMUS (1) (1912a): [gez. "L."], *Crux medicorum*, *Moderne Medizin* 3/4 (1912), S. 75-77

ANONYMUS (1) (1912b): [gez. "L."], Gefängnis vom Ehrengericht!! *Moderne Medizin* 3/4 (1912), S. 77-80

ANONYMUS (1) (1912c): Rückblick, *Moderne Medizin* 3/12 (1912), S. 249- 252

ANONYMUS (1912d): [gez. „X.“], Bücherkritiken. H. Lungwitz. *Der letzte Arzt. Ein sozialer Roman aus der Zukunft*, *Moderne Medizin* 3/12 (1912), S. 271f.

ANONYMUS (1912e): *Vom Büchermarkt*, *Der Kritiker* 41 (1912), S. 19f.

ANONYMUS (1) (1918a): Zur Verstaatlichung des Aerztestandes, *Moderne Medizin* 9/1 (1918), S. 1-6

ANONYMUS (1) (1918b): *Wesen und Unwesen der Säuglingsfürsorge*, *Moderne Medizin* 9/1 (1918), S. 9-16 u.V., VI.

ANONYMUS (1) (1919a): [gez. „L.“] *Sprengung der sächsischen Aerzteorganisation*, *Moderne Medizin* 10/7 (1919), S. 97f.

ANONYMUS (1) (1919b): [gez. „L.“] *Organisation der bayerischen Aerzte*, *Moderne Medizin* 10/7 (1919), S. 98- 100

ANONYMUS (1) (1919c): *Vom ärztlichen Einkommen*, *Moderne Medizin* 10/7 (1919), S. 105-108

ANONYMUS (1) (1919d): Dezentralisation des Leipziger Verbandes, *Moderne Medizin* 10/8 (1919), S.128f.

ANONYMUS (1) (1919e): Bemerkungen zu den Hamburger kassenärztlichen Verhältnissen, *Moderne Medizin* 10/9 (1919), S. 144-147

ANONYMUS (1) (1919f): [gez. „L.“] Krankenversicherung für Staatsbeamte in Oesterreich, *Moderne Medizin* 10/10 (1919), S. 160-164

ANONYMUS (1) (1920a): [gez. „L.“] Gaukelspiel, *Moderne Medizin* 11/3 (1920), S. 47-49

ANONYMUS (1) (1920b): Immer wieder Flickwerk! *Moderne Medizin* 11/5 (1920), S. 91-93

ANONYMUS (1) (1920c): Vom Finanzwesen der Krankenkassen, *Moderne Medizin* 11/5 (1920), S. 94

ANONYMUS (1) (1920d): Ist der Kassenarzt Arbeitnehmer? *Moderne Medizin* 11/5 (1920), S. 95f.

ANONYMUS (1) (1920e): Waffenstillstand, *Moderne Medizin* 11/7 (1920), S. 123-128

ANONYMUS (1) (1920f): Der Rückzug der Aerzte vom 18. Juli 1920, *Moderne Medizin* 11/8 (1920), S. 139-144

ANONYMUS (1) (1920g): Honorarkontrolle, *Moderne Medizin* 11/9 (1920), S. 155-160

ANONYMUS (1) (1920h): [gez. „L.“] Zum Konflikt der ostpreußischen Aerzte, *Moderne Medizin* 11/9 (1920), S. 160-168

ANONYMUS (1) (1920i): Unglaublich – aber wahr! *Moderne Medizin* 11/10 (1920), S. 174-176

ANONYMUS (1) (1920j): [gez. „L.“] Numerus clausus, *Moderne Medizin* 11/11 (1920), S. 188-196 u. VII.

ANONYMUS (1921a): [gez. „F. Sch.“], Büchertisch, *Der Südosten. Publikationsorgan für den 15. Groß-Berliner Verwaltungsbezirk* 26/ 153 (1921)

ANONYMUS (1921b): Büchertisch, *Der Südosten. Publikationsorgan für den 15. Groß-Berliner Verwaltungsbezirk* 26/ 164 (1921)

- ANONYMUS (1921c): Führer der Menschheit? Ein sozialer Roman aus der Gegenwart v. Hans Lungwitz, Münchner Wochenschrift 44 (1921)
- ANONYMUS (1951): [gez. „D. – n.“ , offenb. Abk. für Dr. H. Lehmann; s. H. L.: Nachwort als Vorwort. PSB 30 (1982) Nr. 1, S. 41-43, bes. S. 43], Seit 40 Jahren keinen Schritt weiter, Berliner Ärzteblatt 1 (2. Januar 1951), S. 19-20
- BAUMEISTER (1992): Annette Baumeister, Zur Erinnerung an Gertrud Weingarten, Psychobiologie, Zeitschrift der Psychobiologischen Gesellschaft 40/ 1-2, Düsseldorf (1992), S. 109-110
- BECKER (1982a): Reinhold Becker, Ein unveröffentlichtes Manuskript von Hans Lungwitz. Einführung zu: Nachwort als Vorwort von Lungwitz, Berlin 1958, Psychobiologie, Zeitschrift der Psychobiologischen Gesellschaft 30/1 (1982), S. 39-40
- BECKER (1982b): Reinhold Becker, Johann Ludwig Clauss, Psychobiologie, Zeitschrift der Psychobiologischen Gesellschaft 30/1 (1982), S. 45-49
- BERGEMANN-GORSKI (1966): Karin Bergemann-Gorski, Ärztliche Standes- und Berufspolitik in Deutschland von 1900 bis 1920, med. Diss. Berlin 1966
- BERGER (1896): Heinrich Berger, Geschichte des aertlichen Vereinswesens in Deutschland, Frankfurt a. M. 1896
- BERTELSMANN LEXIKON (1974): Das Bertelsmann Lexikon, Band 8, 1974, S. 113
- BESKE/HALLAUER (1999): Fritz Beske, Johannes [F.] Hallauer, Das Gesundheitswesen in Deutschland, Köln 1999
- BODE (1999): Ingo Bode, Solidarität im Versorgungsstaat. Der französische Weg sozialer Sicherung und Gesundheitsversorgung, Frankfurt/Main 1999
- BÖCKEN/BUTZLAFF/ESCHE (2000): Jan Böcken, Martin Butzlaff, Andreas Esche, Reformen im Gesundheitswesen, Gütersloh 2000
- BOTTENBERG (1935): Heinz Bottenberg, Erwin Liek, ein deutscher Arzt und sein Lebenswerk, Münchner Medizinische Wochenschrift 82 (1935), S. 472-474
- BRENNECKE/SHELPE (1993): Ralph Brennecke, [F.P.] Schelp, Sozialmedizin, Stuttgart 1993
- BROCKHAUS (1998): Brockhaus, Die Enzyklopädie in vierundzwanzig Bänden, 17. Band, Leipzig-Mannheim 1998, S. 586
- DEUTSCHER BIOGRAPHISCHER INDEX (1998): Band 5, München 1998, S. 2192

- DIEPGEN (1931): Paul Diepgen, Der Deutsche Ärztevereinsbund und seine Zeit bei der Gründung und heute, Deutsches Ärzteblatt 58 (1931), S. 243-246
- DOMINICUS (1993): Rolf-Dieter Dominicus, Hans Lungwitz und seine Psychobiologie. Eine Lebens- und Werkgeschichte, Essen 1993
- DRESEL (1913): E. G. Dresel, Bildung der ärztlichen Standesvereine und staatliche Organisation der Ärzte bis zur Gründung des Leipziger Verbandes, phil. Diss. Heidelberg 1913
- DREUW (1919): [I.] Dreuw, Die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, in: Hans Lungwitz (Hrsg.): Die Verstaatlichung des Heil- und Fürsorgewesens. Eine Denkschrift, Berlin 1919, S. 100-114
- DOKTOR MED (1998): [Doktor Med], Patient: Nebensache. Aus dem Tagebuch eines Kassenarztes, München Wien 1998
- DÜHRSEN (1919): Alfred Dührssen, Die Verstaatlichung der Geburtshilfe, in: Hans Lungwitz (Hrsg.): Die Verstaatlichung des Heil- und Fürsorgewesens. Eine Denkschrift, Berlin 1919, S. 69-78
- ENGE (1919): [I.] Enge, Die Verstaatlichung des Irrenwesens, in: Hans Lungwitz (Hrsg.): Die Verstaatlichung des Heil- und Fürsorgewesens. Eine Denkschrift, Berlin 1919, S. 121-128
- EYSENBACH (1998): Gunther Eysenbach, Medicine and Medical Education in Europe. The Eurodoctor, Stuttgart 1998
- FELLERMAYER/GROSS (2001): Anika Fellermeier, Dominik Groß, Der Beitrag von Hans Lungwitz (1881-1967) zur Reform des Gesundheitswesens im Spiegel seines Romans ‚Führer der Menschheit?‘ (1911), Würzburger medizinhistorische Mitteilungen 20 (2001), S. 406-424
- FINKENRATH (1928): Kurt Finkenrath, Die Organisation der deutschen Ärzteschaft. Einführung in die Geschichte und den gegenwärtigen Aufbau des wissenschaftlichen standes- und wirtschaftspolitischen ärztlichen Vereinslebens, Berlin 1928
- FISCHBACH (2003/2004): Christine Fischbach, Die Psychobiologie von Hans Lungwitz im Spiegel der Rezensionen, im Druck.
- FISCHER (1914): Alfons Fischer, Gesundheitspolitik und Gesundheitsgesetzgebung, Berlin 1914

- FISCHER (1933): Alfons Fischer, Geschichte des Gesundheitswesens, Band 2, Berlin 1933
- FROEHLICH (1992): Heidemarie Froehlich, Zur Erinnerung an Gertrud Weingarten, Psychobiologie, Zeitschrift der Psychobiologischen Gesellschaft 40/1-2, Düsseldorf (1992), S. 111-112
- GABRIEL (1919): Arthur Gabriel, Die staatliche Organisation des deutschen Aertztestandes, Berlin 1919
- GHAMMER (2000): Herbert Broghammer, Der Danziger Arzt Erwin Liek (1878-1935) –Chirurg und Medienpublizist in der Medizinkrise vor 1933, Herbolzheim 2000 (= Lebensläufe - Lebensgeschichten, 2)
- GRAF (1890): Eduard Graf, Das ärztliche Vereinswesen in Deutschland und der Deutsche Aertztevereinsbund, Leipzig 1890
- GRISEWELL (1976): Gunnar Grisewell, Vergleich der Systeme der Gesundheitssicherung in der Bundesrepublik Deutschland und Großbritannien, o. O. 1976
- GRUMACH (1919): Wilhelm Grumach, Die Verstaatlichung des Heilwesens auf dem Lande, in: Hans Lungwitz (Hrsg.): Die Verstaatlichung des Heil- und Fürsorgewesens. Eine Denkschrift, Berlin 1919, S. 43- 60
- HARNAK (1997): Gustav-Adolf von Harnak, Kinderheilkunde, Berlin 1997
- HEINZE (1918/19): Oskar Heinze, Der Deutsche Aertztevereinsbund und die ärztlichen Standesvertretungen in Deutschland von 1890 bis 1912. 2 Bände, Leipzig 1918/19
- HENKELMANN (1927): Robert Henkelmann, Gesetz über Ärztekammern und Ärztekammerausschuß sowie über die ärztlichen Ehrengerichte, Celle 1927
- HEROLD-SCHMIDT (1997): Hedwig Herold-Schmidt, Ärztliche Interessenvertretung im Kaiserreich 1871-1914, in: Robert Jütte (Hrsg.): Geschichte der deutschen Ärzteschaft. Organisierte Berufs- und Gesundheitspolitik im 19. und 20. Jahrhundert, Köln 1997, S. 43-95
- HUERKAMP/SPREE (1982): Claudia Huerkamp, Reinhard Spree, Arbeitsmarktstrategien der deutschen Ärzteschaft im späten 19. und frühen 20. Jahrhundert, in: Toni Pierenkemper, Richard Tilly (Hrsg.), Historische Arbeitsmarktforschung – Entstehung, Entwicklung und Probleme der Vermarktung von Arbeitskraft, Göttingen 1982 (= Kritische Studien zur Geschichtswissenschaft, 49), S. 77-120

- HUERKAMP (1985): Claudia Huerkamp, Der Aufstieg der Ärzte im 19. Jahrhundert. Vom gelehrten Stand zum professionellen Experten: Das Beispiel Preußens, Göttingen 1985 (= Kritische Studien zur Geschichtswissenschaft, 68)
- JEHS (1994): Michael Jehs, Erwin Liek: Weltanschauung und standespolitische Einstellung im Spiegel seiner Schriften, Frankfurt a. M. 1994 (= Mabuse-Verlag Wissenschaft, 13)
- KORBANKA (1992): Christian Korbanka, Staatsbürgerversorgung oder Sozialversicherung im Gesundheitswesen: Effizienz alternativer Steuerungsmechanismen am Beispiel von National Health Service und Gesetzlicher Krankenversicherung, Regensburg 1992
- KOSSOW (1990): Klaus-Dieter Kossow, Bittere Reformen, Basel 1990
- KRAEMER (1919): [C.] Kraemer, Die Bekämpfung der Tuberkulose, in: Hans Lungwitz (Hrsg.): Die Verstaatlichung des Heil- und Fürsorgewesens. Eine Denkschrift, Berlin 1919, S. 115-120
- KÜRSCHNERS DEUTSCHER GELEHRTEN – KALENDER (1954): herausgegeben von Dr. Gerhard Oestreich, Berlin 1954, S. 1451
- LEONHARDT (1982): Ludwig Leonhardt, Hans-Georg Rahn, Psychobiologie, Zeitschrift der Psychobiologischen Gesellschaft 30/1, Mühlheim/Ruhr (1982), S. 51-52
- LIEK (1928): Erwin Liek, Grundlagen und Ziele der Medizin der Gegenwart. Die ärztliche Praxis, Sonderdruck aus Vorträgen des Instituts für Geschichte der Medizin an der Universität Leipzig Band I., Leipzig 1928
- LIEK (1934): Erwin Liek, Der Arzt und seine Sendung, Neunte Auflage, München 1934
- LUNGWITZ (1909a): Hans Lungwitz, Ueber die Kurpfuscherei in den Städten, (Vortrag. gehalten i. d. Sitzg. der Deutschen Gesellschaft für Stadthygiene a. 30. Jan. 1909), Zeitschrift für Stadthygiene 2 (1909), S. 79-92
- LUNGWITZ (1909b): ders., Die Ausbeutung des Publikums durch den modernen Arzneimittelvertrieb, (Vortrag in der Sitzung der Deutschen Gesellschaft für Stadthygiene vom 7. Mai 1909.), Zeitschrift für Stadthygiene 5 (1909), S. 229-37
- LUNGWITZ (1910a): ders., Verdorbene Luft, Archiv für Stadthygiene 1 (1910), S. 24-32

- LUNGWITZ (1910b): ders., Irrlichter I. Albert Moll als Ethiker, *Moderne Medizin* 1/1 (1910), S. 1-29
- LUNGWITZ (1910c): ders., Brotneid, *Moderne Medizin* 1/5 (1910), S. 179-90
- LUNGWITZ (1910d): ders., Der Wille zum Untergang, *Moderne Medizin* 1/8 (1910), S. 265-70
- LUNGWITZ (1910e): ders., Rückständigkeit oder? *Moderne Medizin* 1/10 (1910), S. 343-50 u. VII.
- LUNGWITZ (1911): ders., Arzt und Hygiene, *Archiv für Stadthygiene* 10 (1911), S. 5-7
- LUNGWITZ (1912a): ders., Führer der Menschheit? Gedanken und Erlebnisse eines Arztes. Ein sozialer Roman aus der Gegenwart, dritte Auflage, Berlin 1912
- LUNGWITZ (1912b): ders., Neuordnung des Rettungswesens in Berlin, *Archiv für Stadthygiene* 2 (1912), S. 4-5
- LUNGWITZ (1912c): ders., Aerztefrage in sozialhygienischer Bedeutung I, *Archiv für Stadthygiene* 10 (1912), S. 3-5
- LUNGWITZ (1912d): ders., Aerztefrage in sozialhygienischer Bedeutung II, *Archiv für Stadthygiene* 12 (1912), S. 4f.
- LUNGWITZ (1912e): ders., Übertriebene Honoraransprüche der Spezialärzte? *Berliner Kritiker* 22 (1912), S. 10-12
- LUNGWITZ (1912f): ders., Die Zukunft des Ärztestandes, *Berliner Kritiker* 30 (1912), S. 8-10
- LUNGWITZ (1912g): ders., Rettungswesen und Aerztehonorar, *Moderne Medizin* 3/2 (1912), S. 25-28
- LUNGWITZ (1912h): ders., Richtet nicht, auf daß ihr nicht gerichtet werdet! *Moderne Medizin* 3/3 (1912), S. 51-53
- LUNGWITZ (1912i): ders., Schafft neue Erwerbsquellen! *Moderne Medizin* 3/5 (1912), S. 97-99
- LUNGWITZ (1912j): ders., Mittelstandskrankenkassen I, *Moderne Medizin* 3/8 (1912), S. 161-164

- LUNGWITZ (1912k): ders., Mittelstandskrankenkassen II, *Moderne Medizin* 3/11 (1912), S. 225-227
- LUNGWITZ (1912l): ders., Führer der Menschheit? *Echos politiques, littéraire et scientifiques d'outre-Rhin* 1912, Ausgabe vom 1. November 1912, S. 10-15
- LUNGWITZ (1912m): ders., Die Verstaatlichung des Aerztestandes, *PAN* (Berliner Zeitschrift für Literatur und Kunst) 3/10, S. 238-241
- LUNGWITZ (1913a): ders., Der letzte Arzt. Ein sozialer Roman aus der Zukunft, *Des sozialen Romans ‚Führer der Menschheit?‘* zweiter Teil, erste Auflage, Berlin 1913
- LUNGWITZ (1913b): ders., Säuglingsfürsorge, *Der Kritiker* 8 (1913), S. 13-15
- LUNGWITZ (1913c): ders., Naturpfuscherei, *Der Kritiker* 9 (1913), S. 11-14
- LUNGWITZ (1913d): ders., Im Zeichen des Kampfes, *Moderne Medizin* 4/1 (1913), S. 1-4
- LUNGWITZ (1913e): ders., Angebot und Nachfrage, *Moderne Medizin* 4/2 (1913), S. 23-26
- LUNGWITZ (1913f): ders., Päpstliche Sünden, *Moderne Medizin* 4/4 (1913), S. 67-75
- LUNGWITZ (1913g): ders., Zur Rechtsfähigkeit der kassenärztlichen Vereine, *Moderne Medizin* 4/6 (1913), S. 111-114
- LUNGWITZ (1913h): ders., Ein ärztliches Kanaan, *Moderne Medizin* 4/8 (1913), S. 155-158
- LUNGWITZ (1913i): ders., Rückblick, *Moderne Medizin* 4/12 (1913), S. 243-246
- LUNGWITZ (1914): ders., Zum Berliner Frieden, *Moderne Medizin* 5/1 (1914), S. 1-5
- LUNGWITZ (1917a): ders., Ueber die Bedeutung des Automobils und seiner Betriebsstoffe für den modernen Arzt, *Moderne Medizin* 8/3 (1917), S. 21-28
- LUNGWITZ (1917b): ders., Ausblick in unsere Zukunft, *Moderne Medizin* 8/4 (1917), S. 31-38
- LUNGWITZ (1917c): ders., Ausblick in unsere Zukunft. (Schluß), *Moderne Medizin* 8/5 (1917), S. 43-46 u.V.

LUNGWITZ (1917d): ders., Die Verbürgerlichung des Arztes, *Moderne Medizin* 8/10 (1917), S.77-86 u. V. [auf S. 86 ersichtlich, daß der Autor Hans Lungwitz ist]

LUNGWITZ (1917e): ders., Zur Verstaatlichung des Aerztestandes, *Moderne Medizin* 8/12 (1917), S. 96-100

LUNGWITZ (1918): [gez. „H.L.“] ders., Verstaatlichung, *Moderne Medizin* 9/11 (1918), S. 77-81

LUNGWITZ (1919a): ders., Die Verstaatlichung des Heil- und Fürsorgewesens. Eine Denkschrift. Unter Mitwirkung von Prof. Dr. A. Dührssen, Berlin, Dr. Dreuw, Berlin, Oberarzt Dr. I. Enge, Heilanstalt Strecknitz-Lübeck, Dr. W. Grumbach, Berlin, Dr. C. Kraemer, Stuttgart und Dr. R. Springer, Heidelberg. Herausgegeben von Dr. med. et phil. Hans Lungwitz, Berlin 1919

LUNGWITZ (1919b): ders., Verstaatlichung, *Moderne Medizin* 10/1 (1919), S. 1-12 u. III.

LUNGWITZ (1919c): ders., Verstaatlichung. (Fortsetzung), *Moderne Medizin* 10/2 (1919), S. 13f.

LUNGWITZ (1919d): ders., Verstaatlichung. (Fortsetzung), *Moderne Medizin* 10/3 (1919), S. 31-34

LUNGWITZ (1919e): ders., Die neue Zeit. Mitmachen! *Moderne Medizin* 10/4 (1919), S. 43f.

LUNGWITZ (1919f): ders., Die neue Zeit. Aus dem Schmollwinkel, *Moderne Medizin* 10/4 (1919), S. 44-46

LUNGWITZ (1919g): ders., Die neue Zeit. Herr Scheyer und der Groß-Berliner Aerztebund, *Moderne Medizin* 10/4 (1919), S. 46-48

LUNGWITZ (1919h): ders., Die neue Zeit. Herr Fräb'dorfer und die sächsischen Bezirksvereine, *Moderne Medizin* 10/4 (1919), S. 49-51

LUNGWITZ (1919i): ders., Die neue Zeit. Grenzen der gegenwärtigen Organisation, *Moderne Medizin* 10/6 (1919), S. 77-80

LUNGWITZ (1919j): ders., Die neue Zeit. Aerztestreik, *Moderne Medizin* 10/6 (1919), S. 80f.

- LUNGWITZ (1919k): ders., Die neue Zeit. Vom ärztlichen Einkommen, *Moderne Medizin* 10/6 (1919), S. 82-85
- LUNGWITZ (1919l): ders., Zu den Berlin-Brandenburger Aerztekammerwahlen, *Moderne Medizin* 10/7 (1919), S. 100-105
- LUNGWITZ (1919m): ders., Wo ist der Groß-Berliner Aerzte-Bund? *Moderne Medizin* 10/8 (1919), S. 136f.
- LUNGWITZ (1919n): ders., [gez. „H.“, jedoch im Artikel deutlich ersichtlich, daß es sich um Hans Lungwitz handelt, s. S.137], Vereinheitlichung der Krankenversicherung, *Moderne Medizin* 10/9 (1919), S. 137-143
- LUNGWITZ (1919o): ders., Groß-Berliner Aerztebund, *Moderne Medizin* 10/9 (1919), S. 147-149
- LUNGWITZ (1919p): ders., Sabotage der Berlin-Brandenburger Aerztekammerwahl, *Moderne Medizin* 10/11 (1919), S. 173-176
- LUNGWITZ (1920a): ders., Die Neuordnung des Heilwesens und die chemisch-pharmazeutische Industrie, *Moderne Medizin* 11/1 (1920), S. 1-6
- LUNGWITZ (1920b): ders., Sozialer Sinn!? *Moderne Medizin* 11/5 (1920), S. 99-102
- LUNGWITZ (1920c): ders., Zum Ausbau der sozialen Versicherung, *Moderne Medizin* 11/6 (1920), S. 107-111
- LUNGWITZ (1920d): ders., Erwachen der Geister? *Moderne Medizin* 11/10 (1920), S. 169-171
- LUNGWITZ (1920e): ders., Aerztedämmerung, *Moderne Medizin* 11/11 (1920), S. 183-187
- LUNGWITZ (1920f): ders., Irrlichter II, *Moderne Medizin* 11/12 (1920), S. 197-202
- LUNGWITZ (1925): ders., Die Entdeckung der Seele. *Allgemeine Psychobiologie*, Berlin 1925
- LUNGWITZ (1933a): ders., *Lehrbuch der Psychobiologie. Band 1: Das Wesen der Anschauung. Der Mensch als Reflexwesen. Von den Eigenschaften und Funktionen*, Kirchhain 1933

- LUNGWITZ (1933b): ders., Lehrbuch der Psychobiologie. Band 2: Die neuen Sinne, Kirchhain 1933
- LUNGWITZ (1933c): ders., Lehrbuch der Psychobiologie. Band 3: Die Psychobiologie der Sprache, Kirchhain 1933
- LUNGWITZ (1941): ders., Lehrbuch der Psychobiologie. Band 4: Der Mensch als Organismus. Die Kultur, Kirchhain 1941
- LUNGWITZ (1942a): ders., Lehrbuch der Psychobiologie. Band 5: Die Weltanschauung. Der Charakter, Kirchhain 1942
- LUNGWITZ (1942b): ders., Lehrbuch der Psychobiologie. Band 6: Das Wesen der Krankheit und der Genesung, Kirchhain 1942
- LUNGWITZ (1955): ders., Lehrbuch der Psychobiologie. Band 7: Die Neurosenlehre. Die Erkenntnistherapie, Freiburg 1955
- LUNGWITZ (1956): ders., Lehrbuch der Psychobiologie. Band 8: Das Buch der Beispiele, Berlin 1956
- LUNGWITZ (1958): ders., Nachwort als Vorwort, Berlin-Charlottenburg 1958 Original im Hans-Lungwitz-Archiv Dresden. [auch wortgetreu abgedruckt in: Psychobiologie, 30/1 (1982) 1, S. 41-43]
- MARBURGER BUND ÄRZTLICHE NACHRICHTEN (9/2001a): [bah], Finanzloch, 9 (2001), Bonn 2001
- MARBURGER BUND ÄRZTLICHE NACHRICHTEN (2001): [kh], Der mb wächst weiter, 11 (2001), Bonn 2001
- MARBURGER BUND ÄRZTLICHE NACHRICHTEN (9/2001b): [lure], Jahrmarkt der Möglichkeiten, 9 (2001), Bonn 2001
- MARBURGER BUND ÄRZTLICHE NACHRICHTEN (9/2001c): [lure], Die Zukunft der Ärzte und Ärztinnen, 9 (2001), Bonn 2001
- MIENER (2003/2004): Matthias Miener, Hans Lungwitz als Arzt und Schriftsteller, im Druck.
- MÖNTMANN (2000): Hans Georg Möntmann, Achtung, Arzt! Erstklassige Medizin – drittklassige Behandlung, München 2000
- MOLL (1902): Albert Moll, Ärztliche Ethik: die Pflichten des Arztes in allen Beziehungen seiner Thätigkeit, Stuttgart 1902

- MUGDAN (1920): Otto Mugdan, Soziale Medizin und Hygiene, Deutsche Medizinische Wochenschrift 10 (1920)
- NEUBAUER/SCHEK (1998): Günther Neubauer, Roman Schenk, Patientenorientierung im Gesundheitswesen, München 1998
- NEUMANN (1920): Ernst Neumann, Die Neugestaltung des Ärztestandes, des Krankenhauswesens und der öffentlichen Gesundheitspflege, Veröffentlichungen aus dem Gebiete der Medizinalverwaltung VIII. Band/ Heft 6, Berlin 1920
- NIEMANN (1980): Hans-Werner Niemann, Der Kampf der deutschen Ärzte gegen die gesetzlichen Krankenkassen (1883-1914). Ein Beitrag zur Sozialgeschichte und wirtschaftlichen Interessenvertretung des Ärztestandes unter besonderer Berücksichtigung der Provinz Hannover, Niedersächsisches Jahrbuch für Landesgeschichte 52 (1980), S. 265-282
- NIPPERDEY (1990): Thomas Nipperdey, Deutsche Geschichte 1866-1918. Band 1: Arbeitswelt und Bürgergeist, München 1990
- PSCHYREMBEL (1998): Klinisches Wörterbuch, Berlin 1998
- PSYCHOBIOLOGIE (1989): Zeitschrift der Psychobiologischen Gesellschaft, „Dr. Ludwig Leonhardt 85 Jahre“, 37/1-2, Mülheim/Ruhr (1989), S. 200
- PUPPE (1911): Bernhard Puppe, Die Bestrebungen der deutschen Ärzte zu gemeinsamer Wahrung ihrer wirtschaftlichen Interessen, Wiesbaden 1911
- RAHN (1973): Hans-Georg Rahn, Einführung in die Psychobiologie, Hans-Lungwitz-Stiftung Berlin 1973
- SCHELL (1995): Werner Schell, Das deutsche Gesundheitswesen von A-Z, Stuttgart 1995
- SCHÖPFF (1799): Johann David Schöpff, Über den Einfluß des Medicinalwesens auf den Staat, o. O. 1799
- SPRINGER (1919a): [R.] Springer, Die Entwicklung des Krankenhauswesens, in: Hans Lungwitz (Hrsg.): Die Verstaatlichung des Heil- und Fürsorgewesens. Eine Denkschrift, Berlin 1919, S. 61-68
- SPRINGER (1919b): ders., System der Verstaatlichung, in: Hans Lungwitz (Hrsg.): Die Verstaatlichung des Heil- und Fürsorgewesens. Eine Denkschrift, Berlin 1919, S. 81-99

TRÜB/PAUL (1961): C. Trüb, L. Paul, Die geschichtliche Entwicklung des ärztlichen Standeswesens in Deutschland, ein Rückblick vom Jahre 1832 bis zum Jahre 1932, Medizinische Monatsschrift 15 (1961), S. 332-341 u. 478-488

WER IST'S (1922): herausgegeben von Herrmann Degener, VIII. Ausgabe, Leipzig 1922, S. 979

WER IST'S (1928): herausgegeben von Herrmann Degener, IX. Ausgabe, Leipzig 1928, S. 989

WERNER/VOLTZ (1994): [B.] Werner und [G.] Voltz, Unser Gesundheitssystem, Sankt Augustin 1994

WEYMANN (1913): Konrat Weymann, Gemeinverstaendliche Darstellung der deutschen Reichsversicherung, Frankfurt a. M. 1913

WILDBERG (1807): Christian Friedrich Wildberg, Lehrbuch der phys. Selbstkenntnis, Göttingen 1807

ZABKA (1991): Werner Zabka, Die Psychobiologie von Hans Lungwitz, (Vortrag, gehalten auf dem neuro-kognitiven-wissenschaftlichen Kolloquium der Universität Bremen), Hamburg 1991

Personendaten aus dem Internet

Areion Online: http://www.urbanplus.tintagel.net/personen_a.html

Internationaler Biographischer Index 9, K. G. Saur Verlag, UB Braunschweig:

<http://www.biblio.tu-bs.de/wbi/>

<http://mdz2.bib-bvb.de/ndb/ndbsuche.html>

8. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Hans Lungwitz und Ehefrau Anna geb. Winkler, DOMINICUS (1993), S.

21

Abbildung 2: Hans Lungwitz 1952, DOMINICUS (1993), S. 67

Abbildung 3: Titelbild „Lehrbuch der Psychobiologie“, ZABKA (1991)

Abbildung 4: Titelbild des Romans „Führer der Menschheit?“, LUNGWITZ (1912a)

Abbildung 5: Titelbild des Romans „Der letzte Arzt“, LUNGWITZ (1913a)

Abbildung 6: Titelblatt der Zeitschrift „Moderne Medizin“, Moderne Medizin 10/1-3
(1919), Hans-Lungwitz-Archiv Dresden

Abbildung 7: Titelblatt der Denkschrift „Die Verstaatlichung des Heil- und Fürsorge-
wesens“, Hans-Lungwitz-Archiv Dresden

9. Personenregister

A

Abderhalden 135
Abraham, Karl 13

B

Bäumer 201
Becker, Reinhold 17
Beckmann, Max 6
Bongartz 192, 193
Brückner 15
Brückner, Hermann 17

C

Clauss, Johann Ludwig 17, 18
Conti 15
Corinth, Lovis 12

D

Dominicus, Rolf-Dieter 5, 13-15, 17,
32
Dreuw 134, 175, 176, 231, 235
Dührssen, A. 134, 162-166, 193, 208,
236

E

Enge, I. 134, 163, 182-184, 209, 236

F

Faßbender 164
Freud, Sigmund 13
Fritzsche 201

G

Goebbel 15
Gottschalk, Hans Erich 17
Grumach, W. 134, 153-157, 193, 207

H

Hitler, Adolf 14, 15

K

Kopelowitsch, Lasar 15, 16
Kraemer, C. 134, 178-180, 206, 209
Kraepelin 182

L

Lengfellner, Karl 80
Lennhoff 195
Leonhardt, Ludwig 17
Leube 160
Liek, Erwin 9, 10, 190, 204
Lungwitz, Anna Elisabeth geb. Winkler
6, 18
Lungwitz, Bertha geb. Oertel 3
Lungwitz, Elsa Elvira 3, 4
Lungwitz, Max Bernhard 3

M

Moll, Albert 90
Mugdan 194, 195

N

Neumann, Ernst 204-211, 213, 250

R

Rahn, Hans-Georg 17, 30
Rieger, Wilhelm 17

S

Scherer 201
Schmersow, Kurt 15
Schnitzler, Arthur 12
Schöpff 202
Schweckendiek, Adolf 14, 15, 17
Spencer, Herbert 9, 135
Springer, R. 134, 159, 160, 161, 167-
172, 206, 207, 209, 233, 237, 247

T

Tube, Minna 6

W

Weingarten, Gertrud 18
Weski, Oscar 5
Wildberg 202
Winkler, Anna Elisabeth 6
Winkler, Rudolf 4

10. Sachregister

A

Abitur 4, 5
Adler Verlag 7, 9, 10, 13, 72, 80, 201
Aerztliche Mitteilungen 101, 104, 123, 197
Allgemeinmediziner (General Practitioner) 246
Ambulatorien 135, 145, 156-158, 166, 215, 246
Animismus 22
Anzeigepflicht für
Geschlechtskrankheiten 143, 151, 175-177, 180, 189, 231
Approbation 6, 56, 67, 81, 85, 96, 111, 129, 210, 215, 225, 229
Arbeitslosenversicherung 219, 223
Arzneimittelindustrie 123
Arzneimittelvertrieb 82
Arzneiwesen 10
Ärzttekammer 37, 38, 55, 66, 68-70, 78, 94f, 101, 116f, 129, 187, 226, 231, 239, 254
Ärzttekammerwahl 70, 78, 92, 94, 116-118, 187, 231
Ärztetag 140, 192, 194f, 203, 226
Arztregister 215
Arztwahl 33, 34, 36, 67, 73, 79, 103, 115, 119, 132, 141, 144, 151, 188, 205, 211, 213, 234, 241, 245, 250, 254
Ausbildung der Ärzte 46, 68, 207
Autobiographie 6, 9, 14, 20, 80

B

Begriffszelle 25
Beitragsbemessungsgrenze 219f
Beitragssatz der GKV 220
Berliner Abkommen 34, 120, 123f
Berufsordnungen der
Landesärztekammern 225
Bewertungsmaßstab 224, 230
Biologische Philosophie 20
Bismarckschen Sozialpolitik 10
Bruttoinlandprodukt 247, 253
Bundesamt für Sera und Impfstoffe (Paul-Ehrlich-Institut) 217

Bundesamt für Strahlenschutz 217
Bundesärztekammer 218, 226
Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte 217, 236
Bundesinstitut für gesundheitlichen Verbraucherschutz und Veterinärmedizin 217
Bundesinstitut für
Infektionskrankheiten und nicht übertragbare Krankheiten (Robert Koch-Institut) 217
Bundesministerium für Gesundheit (BMG) 217
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 217

C

Chemiestudium 5
Chemnitz 3
Cliqueswirtschaft 48, 59, 97, 186, 239, 256
Community Health Councils (CHC) 246

D

Dämonismus 22, 30
Denkzelle 24-26
Department of Health and Social Security (DHSS) 244
Desinteresse der Ärzte 97f, 109, 114f, 125f, 128, 189
Deutsche Institut für medizinische Dokumentation und Information 217
Deutschen Ärztevereinsbund 36
Deutschen Verein für Volkshygiene 35
Diabetiker-Tabletten Hephata 7
Dienstalterszulage 146f, 152, 189, 205, 210f, 248, 250f
Dispensationsrecht 91
Doktorarbeit „Condensation von Zimtaldehyd mit organischen Basen der aromatischen Reihe“ 5
Drittes Reich 14

E

Ehrengerichte 37f, 55f, 64, 66, 68-70, 78, 91, 96-98, 100, 116f, 128, 147, 187, 199, 231f, 240, 254, 256
Ehrengerichtbarkeit 60, 93, 115, 187
Einzelleistungsvergütung 223f, 250, 252
Eiserne Kreuz 11
Erkenntnistherapie 14-16, 20-22, 31f
Eron 24
Eronenstrom 24, 26
Erwerbsfragen 46, 71, 78, 96, 98, 128, 187
Erwerbsfreiheit 85

F

Fallpauschale 1, 223f
Familienversicherung 137, 141, 150, 162, 170f, 173, 188, 219, 233, 240
Fiktion 23
Finalismus 22
Führerbeleidigung 15
Funktionsakme 24
Fürsorge 40, 138, 149, 159, 161, 167f, 170-174, 182-185, 206, 237, 241, 254
Fürsorgeämter 172, 174

G

Gebührenordnung 122, 137f, 141, 145, 147, 150, 205, 224, 234, 248
Geburtshilfe 156, 162f, 165f, 182, 208, 236
Gefühlszelle 25
Gegensätzlichkeit 22-25
Gegenstandszelle 25
Geisteskranke 182f, 185
Genik 27
Genosen 31
Geschlechtskrankheiten 40, 135, 144, 151, 175-177, 189, 208, 231
Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) 33
Gesundheitsamt 144-146, 151, 175-177, 205, 211, 217, 229-231, 235, 245
Gesundheitsdienst 214, 217, 223, 237, 241f, 244
Gesundheitsministerium 148, 152, 244

Gesundheitssicherung 214, 218f, 250
Gesundheitssteuer 51, 60, 67, 86, 87, 121, 132, 142, 143, 147, 151, 189, 192, 205, 211, 243, 244
Gesundheitsversorgung 214, 217f, 220, 243, 245, 250
Gesundheitsvorsorge 40, 237
Gesundheitszentren 246f, 250
Gewerbeordnung 37, 169, 170, 172, 229
Gössnitz 3
Grundgefühle 23, 26, 27
Grundgehalt 146f, 152, 189, 205, 210f, 247f, 250f
Gruppenpraxen 246

H

Hartmannbund 36, 227, 231
Hephata GmbH 7
Herzogtum Nassau 202
Hinterbliebenenversorgung 149, 210, 213
Hirnrinde 23-25, 27-29
Honorarverhältnisse 48, 60, 64, 87, 92, 139, 150, 229, 254
Honorierung 79, 84, 99, 113, 122, 126, 128, 131, 147, 150, 188, 213, 214, 223, 224, 229, 234, 238, 247, 248, 250, 251
Honorierung nach Fallpauschalen (DRG = diagnostic related groups) 225
Humanistischen Herzoglichen Gymnasiums Ernestinum 4
Hygiene 7, 40, 52, 59, 71, 78, 83f, 87, 107, 132, 137, 140, 143f, 146, 150, 154, 158f, 168f, 172f, 175, 178, 181, 186, 188f, 206, 229f, 236, 240

I

Infantilismus 31
Internationale Psychobiologische Gesellschaft 14
Invalidengesetz 179, 181
Irrenheilanstalten 209, 212
Irrenwesens 182, 185, 209, 212, 262

J

Juden 15
Jugendämter 172, 174
Jugendschutzgesetz 172

K

Kassenarzt 33, 34, 73, 140, 195, 235
Kassenärztlichen Vereinigungen 214-
216, 223, 232, 234f, 241
Kassenarztstelle 33, 58, 73, 79
Kassenarztsystem 73, 79, 128, 188, 193
Kassenfrage 36, 39, 58, 61, 73, 79, 84,
235
Kassenleistung 33
Kassenpraxis 34, 73, 105, 111, 119,
121, 132, 135, 137, 139, 202, 235,
241
Kassenzulassung 40, 61, 215, 235
Kausalismus 22, 30
Kinderarbeit 171, 174, 237
Kollegialität 48, 55, 59, 95, 105, 187,
239, 254, 256
Konditionalismus 22
Kopfpauschale 223, 225, 247, 250, 252
Körperschaften des öffentlichen
Rechtes 218f
Krankenblätter 120, 122, 132, 151,
175, 235
Krankenhausbedarfsplan 216, 224
Krankenhäuser 35, 52, 142, 156-161,
171, 207-209, 212, 216, 221, 224,
236, 253
Krankenhauswesen 143, 151, 159, 161,
167, 204, 207-210
Krankenhauszwang 145, 151, 156, 193
Krankenkassen 10, 33f, 36, 39, 66, 73-
75, 79, 101, 118-122, 124f, 135f,
138, 141-144, 150f, 161, 164, 188f,
204, 209, 212, 215f, 219f, 222f, 228f,
232-234, 238, 255
Krankenversichertenkarte 216
Krankenversicherung 33, 61, 83, 105,
119-121, 136, 140f, 146, 149f, 188,
194f, 211, 219-222, 224, 232-234
Krankheitsprävention 218, 243, 250
Krankheitsprophylaxe 83, 84, 132, 189

Krieg 10f, 15f, 113, 126, 135, 146,
150f, 167, 175, 178, 181
Krippen 169-171, 173
Kurierfreiheit 36f, 48, 59, 176, 229,
239
Kurpfuscherei 37f, 64, 66, 75f, 78, 81,
95, 130, 132, 188, 254

L

Leipziger Wirtschaftlicher Verband
(LV) 36, 43, 49, 100f, 103f, 106,
116f, 123-125, 127, 130, 187
Laienmediziner 37, 188
Landesärztekammern 218, 225f, 232
Lehrbuch der Psychobiologie 14-16
Leib-Seele-Problem 6, 13, 20f, 25
Leistungszulage 146-148, 152, 189,
205f, 210f, 248, 250f
Listenwahl 69, 78, 94, 116-118, 130f,
187, 231

M

Marburger Bund 220, 227, 229, 231
Medizinstudium 5, 47, 59, 84, 186,
225, 229, 240, 254, 256
Mittelschule 3f
Mittelstandskrankenkassen 73f, 79, 84,
100f, 132, 188, 232
Motivismus 22, 30
Mutterschutz 168

N

National Health System 242
National Insurance 243f
Nationalsozialismus 14, 16
Naturheilverbände 35
Nervenarzt 6
Nervenheilstätten 184f, 236
Nervenheilkunde 13
Nervensystem 23-25, 27
Neurose 16, 22, 31f
Neurosenbehandlung 13, 22, 31
Neurosenlehre 31
NS-Ärztebund 9, 14
NSDAP 9, 14

O

Objekt 23f, 28
Objektreihe 24

P

Parasympathikus 26
Pflegeversicherung 219, 222
Physis 22f
Praktisches Jahr 6
Predigt 4, 11
Privatpraxis 35, 58, 61, 64, 112, 123,
135, 137, 141, 145f, 150
Psyche 22f
Psychoanalyse 13f, 20, 31f
Psychobiologie 1, 6, 13-22, 30-32
Psychotherapie 16
Punktsystem 223

R

Rechtsunsicherheit 87, 92
Reflexsysteme 28-31
Reflexwesen 31
Reichsgesundheitsamt 40
Reichsgesundheitsführer 15
Reichsversicherungsgesetzgebung 58
Reichsversicherungsordnung 34, 66,
72, 103f, 106f, 111f, 136, 169, 198,
218, 221
Reinlichkeitsnote 171, 174
Rentenversicherung 219, 222
Rhachisan 7

S

Säuglingsfürsorge 88, 110, 170, 173,
206
Säuglingspflege 52, 168
Säuglingssterblichkeit 43, 52, 153, 162,
165, 168-170
Schlichtungsausschuß 226
Schule der Erkenntnis 14, 17
Schulgesundheitspflege 171, 206, 212,
237
Schulmedizin 35
Schutz- und Trutz-Bündnisse 37
Seuchenbekämpfung 40, 159, 161, 167,
178, 217
Sozialgesetzbuch 219
Sozialisierung 113, 120, 123, 130, 134,
150, 192, 204, 210-213
Sozialpolitik 7, 10, 96, 111, 114, 125,
127f, 167, 191, 195
Sozialversicherung 195, 218f, 242

Staatlichen Versorgungssysteme 242
Staatsbeamte 149, 155, 158, 210
Staatsbürgerversorgung 243
Staatsexamen 5, 47, 68, 77, 187, 212,
225
Standesdünkel 68, 96, 100, 128f, 186f,
254f
Standesehre 53f, 92f, 98, 123, 128
Standesführer 77, 99, 101, 128
Standesgesetze 55, 60, 85, 87, 129
Standesordnung 149, 152, 189
Standespolitik 10, 124, 126, 186-189
Standespolitiker 53, 60, 186, 188
Standesvereine 49, 65f, 69, 78, 94, 100,
103, 108
Standesvertreter 53, 60, 78, 95, 98,
103, 105, 107f, 111, 116, 187, 231,
254, 256
Standesvertretung 68, 97
Standeszeitung 93
Sterblichkeit 135, 153, 162f, 169f, 173
Stillgeld 169f
Stipendien 4, 39
Studentenzahlen 38f
Subjekt 23
Sympathikus 25

T

Trinkerfürsorge 40
Trinkerfürsorgegesetz 183, 185
Trophik 27
Trophosen 31
Tuberkulintest 178, 181
Tuberkulose 40, 135, 138, 171f, 178-
181
Tuberkulosekrankenhäuser 180f, 209,
212
Tuberkulosetherapie 179
Turnerschaft 5

U

Unfallversicherung 219, 221
Universität 5, 16, 68, 204

V

Verbeamtung der Ärzte 60, 85, 87, 96f,
109, 118, 130f, 189, 192, 195, 202,
213, 255

Versicherungsberechtigungs-grenze
118, 125, 127, 136f, 139, 150, 233,
240
Versicherungspflicht 219
Versicherungspflichtgrenze 139, 220
Verstaatlichung 1f, 10f, 41, 51, 66f, 75,
79, 80, 86f, 96f, 102, 105, 107f, 111-
113, 118, 120f, 124, 129, 130f, 134-
136, 140, 144, 146, 149, 150f, 153,
155, 157-159, 161f, 165, 166f, 179,
182-186, 189, 190, 192, 194f, 202-
204, 207-209, 211, 213, 228, 250,
254f
Vertragsarzt 215, 230, 235

Volksschule 4

W

Wesensfrage 20
Wirtschaftlichkeitsgebot 215, 220
Wochengeld 169f
Wohlfahrtspflege 167, 173
Wohnungshygiene 110, 146, 152, 169,
173

Z

Zeugnisse 4
Zuckerkrankheit 7

Danksagung

An erster Stelle möchte ich mich bei meinem Doktorvater Herrn Dr. med. habil. Dr. med. dent. Dr. phil. Dominik Groß für die freundliche Überlassung dieses interessanten Themas und für die mir jederzeit erwiesene Beratung und Unterstützung bei der Erstellung meiner Arbeit bedanken. Besonderer Dank gilt auch der Hans-Lungwitz-Stiftung, Herrn Dr. Ing. Werner Zabka und Herrn Dr. Wunderlich, die sehr hilfreich waren bei der Materialbeschaffung im Hans-Lungwitz-Archiv in Dresden.

Außerdem bin ich folgenden Personen für ihre Hilfe und Freundlichkeit verbunden: Herrn Oberstudienrat Lorenz und meiner Tante Bettina Fellermeier möchte ich ganz herzlich für die Korrektur des Manuskriptes danken.

Allen meinen Freunden und insbesondere Judith Lorenz danke ich für ihren „moralischen Beistand“ und ihr immer „offenes Ohr“. Schließlich möchte ich mich bei meinen Eltern dafür bedanken, daß sie mir Studium und Promotion ermöglichen und mich in jeder Hinsicht unterstützen. Nicht zuletzt gilt mein Dank Michael Wels, der nicht nur in computertechnischer Hinsicht mir zu jeder Tag- und Nachtzeit zur Seite stand, sondern mich mit unendlicher Geduld in jeder Lebenslage begleitet, aufgemuntert und beraten hat.

Curriculum vitae

Persönliche Daten:

Name: Anika Fellermeier
Adresse: Pilsener Weg 4, 96106 Ebern
Geburtsdatum/-ort: 27. Januar 1978 in Geisenfeld
Familienstand: ledig

Schulbildung:

09/1984 – 07/1988 Volksschule Neumarkt-Woffenbach
09/1988 – 07/1993 Willibald-Gluck-Gymnasium Neumarkt i. d. Opf.
09/1993 – 06/1997 Friedrich-Rückert-Gymnasium Ebern
Abschluss: Allgemeine Hochschulreife

Hochschulbildung:

11/1997 – 06/2004 Studiengang Humanmedizin an der Julius-Maximilians
Universität Würzburg
09/1999 Ärztliche Vorprüfung (Note: gut)
08/2000 Erster Abschnitt der Ärztlichen Prüfung (Note: gut)
04/2003 Zweiter Abschnitt der Ärztlichen Prüfung (Note: sehr gut)
04/2003 – 03/2004 Praktisches Jahr am Lehrkrankenhaus Coburg
05/2004 Dritter Abschnitt der ärztlichen Prüfung (Note: sehr gut)
seit 06/2004 Ärztin im Praktikum in der Kinderklinik Coburg

Vortrag „Der Beitrag von Hans Lungwitz (1881-1967) zur Reform
des Gesundheitswesens im Spiegel seines Romans ‚Füh-
rer der Menschheit?‘“, 20. Würzburger medizinhistori-
sches Kolloquium

Publikation „Der Beitrag von Hans Lungwitz (1881-1967) zur Reform
des Gesundheitswesens im Spiegel seines Romans ‚Füh-
rer der Menschheit?‘“, Würzburger medizinhistorische
Mitteilungen“ (20 [2001])

Praktische Erfahrung:

03/2000 Famulatur, Chirurgie, Kreiskrankenhaus Ebern
02/2001 Famulatur, Chirurgie und Anästhesie, Kreiskrankenhaus
Ebern
09/2001 Famulatur, Kinderarztpraxis, Würzburg
02/2002 – 03/2002 Famulatur, Pädiatrie und Neonatologie, Vanderbilt
Children’s Hospital, Nashville Tennessee, USA
04/2003 – 08/2003 1. Tertial des Praktischen Jahres, Innere Medizin, Klini-
kum Coburg, Akademisches Lehrkrankenhaus der Uni-
versität Würzburg

08/2003 – 12/2003	2. Tertial des Praktischen Jahres, Pädiatrie, Klinikum Coburg, Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Würzburg
12/2003 – 03/2004	3. Tertial des Praktischen Jahres, Chirurgie, Klinikum Coburg, Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Würzburg

Berufliche Nebentätigkeiten:

07/1997	FTE automotive GmbH, Ebern
04/1998	FTE automotive GmbH, Ebern

Sonstige Kenntnisse:

EDV	Anwendungsorientierte Kenntnisse in Windows, Internet
Sprachen	Englisch in Wort und Schrift (9 Jahre) Französisch in Wort und Schrift (7 Jahre)

Persönliche Interessen:

Sport	Tennispielen
Musik	Querflöte
Sonstiges	Reisen, Lesen

Anika Fellermeier

Ebern, 1. August 2004