

Moser, Gabriele: *Ärzte, Gesundheitswesen und Wohlfahrtsstaat. Zur Sozialgeschichte des ärztlichen Berufsstandes in Kaiserreich und Weimarer Republik*. Freiburg: Centaurus Verlag 2011. ISBN: 978-3-86226-042-3; 144 S.

**Rezensiert von:** Wilfried Witte, Institut für Geschichte der Medizin, Charité-Universitätsmedizin Berlin

Die Zeiten sind nicht fern, in denen das dem Namen folgende Kürzel „M.A.“ allgemein als „Master of Arts“ aufgefasst werden wird, während der „Magister Artium“ als antiquierte Titulatur erscheinen wird – quasi dem „dunklen Mittelalter“ der Vergabe akademischer Grade entsprungen. Damit wird sich die Frage, ob gehaltvolle Magisterarbeiten im Einzelfall publiziert werden sollten oder nicht, erledigen.

Bei dem vorliegenden Werk handelt es sich um eine ehemalige Magisterarbeit, die für den Druck geringfügig überarbeitet und um ein abschließendes, einordnendes Kapitel erweitert wurde. Der Publikation lag die Überlegung zugrunde, dass die sozioökonomischen Bedingungen der Konstituierung der deutschen Ärzteschaft als eigenständige Profession im Kaiserreich und in der Weimarer Republik weiterhin wenig bearbeitet sind, so dass die 1988 gewonnenen Erkenntnisse ungebrochene Aktualität für sich beanspruchen können.

Autorin der Studie ist die Historikerin Gabriele Moser, die sich profund in der Geschichte der Gesundheitspolitik auskennt. Einen Namen hat sie sich vor allem gemacht durch ihren systematischen Vergleich von Sozialhygiene und öffentlichem Gesundheitswesen in der Weimarer Republik und der frühen SBZ/DDR<sup>1</sup> sowie – neuerdings – durch ihre Abhandlung zur Geschichte der Krebsforschung im Rahmen der Deutschen Forschungsgemeinschaft.<sup>2</sup>

Die vorliegende Arbeit nimmt – für das Ende der 1980er-Jahre nicht unüblich – mit einem professionalisierungstheoretischen Ansatz die ärztliche Standespolitik unter die Lupe. Dabei ist es der erklärte Wille Mosers, die ideologische und interessenpolitische Perspektive der Aussagen der (Mehrheit der) deutschen Ärzteschaft nicht umstandslos

wiederzugeben, sondern gleichzeitig im sozialhistorischen Kontext zu verorten.

Moser gibt zunächst die Geschichte der ärztlichen Professionalisierung in Grundzügen wieder. Durch die 1869/71 erfolgte Definition der ärztlichen Tätigkeit als Gewerbe wurde die Behandlungspflicht beendet und die Niederlassungsfreiheit begründet. Da dies jedoch auch nicht-approbierten Heilbehndlern die Möglichkeit eröffnete, ihr Heilgewerbe auszuüben, während den akademischen Ärzten lediglich der Schutz des Titels „Arzt“ blieb, war damit der eingeforderte Monopolcharakter des Berufs nicht mehr gewährleistet. Eine Liberalisierung mit aufgehobenem „Kurfuschereiverbot“ lehnten die interessenpolitisch aktiven Ärzte Deutschlands jedoch ab. Dies beflügelte die Organisierungsbestrebungen der Ärzteschaft, was zur Gründung zweier Verbände führte, die fortan politisch aktiv wurden.

Durch die Sozialgesetzgebung wurde die öffentliche Versicherung gegen Krankheit, Invalidität und Arbeitsunfähigkeit zu einer Einrichtung, die zunehmend größere Bevölkerungskreise betraf. Es kam zu einem Erstarren der Krankenversicherung, wodurch der „Kassenarzt“ allmählich zum Standardmodell ärztlicher Tätigkeit wurde. Streitigkeiten zwischen der organisierten Ärzteschaft und den Krankenkassen, die ein sozialdemokratisches Profil auszubilden begannen, konnten schließlich einstweilen im sogenannten Berliner Abkommen von 1913 beigelegt werden.

Nach der Novemberrevolution 1918/19 geriet die 1891 marxistisch formulierte, sozialdemokratische Gesundheitspolitik in den Fokus der ideologischen Auseinandersetzungen. Insbesondere die Errichtung von Ambulatorien durch die Krankenkassen galt als Ausdruck der „Sozialisierung“ der ärztlichen Tätigkeit und ihrer damit einhergehenden Abschaffung als freier Beruf. Ab dem Jahreswechsel 1923/24 nahmen Klagen über die „Proletarisierung“ des Ärztstandes zu.

<sup>1</sup> Gabriele Moser, „Im Interesse der Volksgesundheit ...“. Sozialhygiene und öffentliches Gesundheitswesen in der Weimarer Republik und der frühen SBZ/DDR. Ein Beitrag zur Sozialgeschichte des deutschen Gesundheitswesens im 20. Jahrhundert, Frankfurt am Main 2002.

<sup>2</sup> Gabriele Moser, Deutsche Forschungsgemeinschaft und Krebsforschung 1920-1970, Stuttgart 2011.

---

Durch das Ausscheiden der SPD aus der Reichsregierung im Jahr 1925 – stellt Moser klar – nahm die gesundheitspolitische Debatte schließlich andere Züge an. Die Politik des „Vereins Sozialistischer Ärzte“ streift sie jedoch nur.

Das große Verdienst von Mosers Arbeit ist es, die vermeintliche „Proletarisierung“ der Ärzteschaft in der Weimarer Republik auf eine sachliche Ebene zurückgeführt zu haben, indem sie die verfügbaren statistischen Daten ausgewertet hat. Angelehnt an ein soziales Schichtmodell von Hartmut Kaelble weist sie nach, dass die Ärzte in der Weimarer Republik in ihrer Mehrheit der Mittel- und Oberschicht entstammten. Mit Bezug auf Zahlen von 1928 und 1931 belegt sie außerdem, dass unter zehn Prozent der Ärzte ein Einkommen hatten, das den untersten Einkommensstufen zuzurechnen war. Damit erscheint die Rede von der „Proletarisierung“ als Kampflosung, die sich in der sozioökonomischen Lage nicht widerspiegelte.

Moser hat es sich außerdem zur Aufgabe gemacht, die „Auswirkungen der Krankenversicherung auf die Beziehung des Arztes zu seinen versicherten Kranken“ (S. 43) zu untersuchen. Das Angestelltenverhältnis bei einer Krankenkasse (zum Beispiel in einem Ambulatorium) wurde schon allein deshalb durch Standespolitiker verteufelt, weil es an das Anstellungsverhältnis kommunaler Armenärzte älteren Datums gemahnte. Plausibel ist auch, dass der Wandel der Klientel durch die Ausweitung der Versichertenzahl, die vermehrt Patienten unterer Einkommensklassen in die Praxen führte, mit einer schichtspezifischen Fremdheit einherging, durch die diese Kranken sich für die Ärzte aufgrund ihrer sozialen Herkunft auszeichneten. Ausgehend von „Habitus, Rhetorik und Argumentation der ärztlichen Standespolitiker“ schlussfolgert Moser, dass „Fremdheit“ den „ärztlichen Blick auf den Kassenpatienten“ bestimmt habe. Öffentliche Verlautbarungen zur Einführung von Zusatzkosten für Arztbesuche und das Einfordern von Sparsamkeit in der Arzneiverordnung benennt sie als „Zivilisierungsmission“, die die Ärzte den Unterschichten des 19. Jahrhunderts angedeihen lassen wollten (S. 116).

Das logische Konstrukt Mosers unterstellt,

(a) dass das Sein das Bewusstsein bestimmt, so dass die Schichtzugehörigkeit determinierend ist; (b) dass der Habitus, der sich in den standespolitischen Äußerungen kundtat, dem entspreche und regelhaft die Fremdheit im Arzt-Patient-Verhältnis begründete, so dass (c) dadurch wiederum das „Patientenbild eines aufgeklärten, gleichberechtigten Bürgers“ unmöglich war und stattdessen Herablassung, wenn nicht Verachtung konstitutiv waren. Von da aus war es zum „Arzt als Führer“ nur noch ein kleiner Schritt (S. 116).<sup>3</sup>

Problematisch sind diese Schlussfolgerungen, da sie durch die Auswertung der Quellen so nicht gedeckt erscheinen. Die Genese der ideologischen Positionen wird exzellent dargestellt. Die Praxis der Arzt-Patient-Kommunikation und Behandlung kann gleichwohl nicht eins zu eins aus interessenpolitischen Abhandlungen und Aussagen abgeleitet werden. Die „Fremdheit“, die in ihnen ausgedrückt wird, belegt nicht die These, dass der Kassenpatient der Weimarer Zeit nur mit herablassender Behandlung rechnen konnte.

Auch standespolitische Reden stellen eine Handlung dar. Deren Adressat war aber nicht der Patient. Sie machen wesentlich weniger eine Aussage darüber, wie das Arzt-Patient-Verhältnis war, als über das Problem, das die standespolitisch aktiven und bestimmenden Ärzte darin sahen.<sup>4</sup> Zu bedenken ist weiter, dass auch heute – in völlig anderen Kontexten – kaum ein Arzt oder ein Ärztin, der oder die mit und für Patienten und Patientinnen arbeitet, bestätigen wird, dass beispielsweise die standespolitischen Beiträge im Deutschen Ärzteblatt die Realität des Arzt-Patient-Verhältnisses wiedergeben.

Insofern erscheint es als unzulässig und den Verlockungen des Professionalisierungsansatzes geschuldet, das genannte logische Konstrukt als offenkundig zu postulieren. Der Umstand, dass diese insgesamt sehr ge-

---

<sup>3</sup> Zur Standespolitik im Nationalsozialismus siehe: Rebecca Schwoch, *Ärztliche Standespolitik im Nationalsozialismus*. Julius Hadrich und Karl Haedenkamp als Beispiele, Husum 2001.

<sup>4</sup> Vom medikolegalen Standpunkt aus ist Noack dem Zusammenhang nachgegangen: Thorsten Noack, *Eingriffe in das Selbstbestimmungsrecht des Patienten. Juristische Entscheidungen, Politik und ärztliche Positionen 1890-1960*, Frankfurt am Main 2004.

lungene ehemalige Magisterarbeit nun endlich gedruckt vorliegt, kann aber als Ansporn verstanden werden, in zukünftigen Arbeiten dem zeittypischen ärztlichen Habitus in seiner Realisierung in der Arzt-Patient-Beziehung historiographisch auf den Grund zu gehen. Die Lektüre der vorliegenden Abhandlung wäre eine der Voraussetzungen für solche neuen Monographien, ob es sich nun um Dissertationen oder Masterarbeiten handelt.

HistLit 2012-1-192 / Wilfried Witte über Moser, Gabriele: *Ärzte, Gesundheitswesen und Wohlfahrtsstaat. Zur Sozialgeschichte des ärztlichen Berufsstandes in Kaiserreich und Weimarer Republik*. Freiburg 2011, in: H-Soz-Kult 16.03.2012.