

Dissertation

zum Thema

Georg Schneider und die ärztliche Selbstverwaltung in Brandenburg zwischen Deutschem Kaiserreich und Sowjetischer Besatzungszone

zur Erlangung des akademischen Grades eines

Doktors der Philosophie (Dr. phil.)

vorgelegt von

Tobias Scholta, M. Ed.

Fachbereich: Geschichtswissenschaft

Erstgutachter: Prof. Dr. Manfred Görtemaker

Zweitgutachter: Prof. Dr. Thomas Beddies

Abgabedatum: 5. Juli 2018

Online veröffentlicht auf dem
Publikationsserver der Universität Potsdam:
<https://doi.org/10.25932/publishup-43020>
<https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:kobv:517-opus4-430209>

„Wir werden die Dinge nicht auf uns zukommen lassen,
sondern bestrebt sein, sie maßgebend zu beeinflussen.“

Georg Schneider, 1922

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung.....	1
1.1 Gegenstand und Leitfragen der Arbeit.....	1
1.2 Konzeptioneller Ansatz, methodisches Vorgehen und Zielsetzungen.....	7
1.3 Forschungsstand und Quellenlage.....	13
2. Entwicklungstendenzen in der Ärzteschaft bis zur Gründung des Deutschen Kaiserreichs 1871.....	23
3. Die Anfänge des ärztlichen Standeswesens in der Provinz Brandenburg im Deutschen Kaiserreich und der Beginn des berufspolitischen Engagements Georg Schneiders.....	35
3.1 Die Ärztekammer für die Provinz Brandenburg und den Stadtkreis Berlin – provinziale Spitzenorganisation der ärztlichen Selbstverwaltung.....	35
3.2 Georg Schneider und die Entwicklung des ärztlichen Vereinswesens.....	50
3.3 Der brandenburgische Ärztestand im Ersten Weltkrieg.....	59
3.3.1 Zwischen Kriegsdienst und andauernden Konflikten.....	59
3.3.2 Die Ärztekammer in ihrer langen neunten Wahlperiode.....	69
4. Der Ausbau der ärztlichen Selbstverwaltung in der Weimarer Republik vor dem Hintergrund des standespolitischen Aufstiegs Georg Schneiders.....	76
4.1 Weiterführung der berufsständischen Selbstverwaltung unter neuer Staatsform.....	76
4.1.1 Neukonstituierung der Ärztekammer Berlin-Brandenburg.....	76
4.1.2 Der Ärzteverband der Provinz Brandenburg und seine Fürsorgeeinrichtungen als Initiativen Schneiders und die Gründung der Dr. Georg Schneider-Stiftung.....	80

4.2 Die krisenbeladenen Anfangsjahre in der Weimarer Republik – Konflikte in der brandenburgischen Ärzteschaft und deren Bewältigung.....	88
4.2.1 „Teuerung [...] von Stunde zu Stunde“ – Auswirkungen der Inflation auf die ärztliche Praxis und die Regulierungsversuche der provinziellen Spitzenverbände.....	88
4.2.2 Kampf „um die Machtposition“ – Von den provinziellen Arzt-Kassen-Konflikten zum reichsweiten Ärztestreik.....	94
4.3 Die Ärztekammer als Standesorganisation der brandenburgischen Ärzte – Kontinuitäten und Umbrüche in den Jahren 1924 bis 1933.....	113
4.3.1 Vom Anschluss der Grenzmark bis zur „Bildung einer besonderen Ärztekammer für die Provinzen Brandenburg und Posen-Westpreußen“.....	113
4.3.2 Die neue Kammer unter Georg Schneiders Leitung.....	119
4.4 Georg Schneiders berufspolitisches Engagement im Deutschen Ärztevereinsbund.....	124
4.5 „Zeit der Sparmaßnahmen und Notverordnungen“ – Auswirkungen der Weltwirtschaftskrise auf den Ärztestand.....	135
5. Das ärztliche Berufswesen im Nationalsozialismus und der zwischenzeitliche Rückzug Georg Schneiders aus der Standespolitik.....	145
5.1 Rechtsruck im brandenburgischen Ärztestand vor 1933.....	145
5.2 Neuordnung des Ärztestands in den Jahren 1933/34.....	154
5.2.1 Gleichschaltung aller ärztlichen Berufsorganisationen.....	154
5.2.2 Der „organisatorische Zusammenschluss der gesamten Ärzteschaft“ als „Verkörperung des staatlichen Willens“ – Einrichtung der Kassenärztlichen Vereinigung Deutschlands und der Reichsärztekammer.....	164
5.2.3 Ausschaltung jüdischer und politisch missliebiger Ärzte in Brandenburg.....	178
5.3 Georg Schneiders Verzicht auf alle standespolitischen Ämter unter Bewahrung seiner Stiftung.....	190
5.4 Exkurs: Die ärztliche Versorgung in Brandenburg während des Zweiten Weltkriegs...	204

6. Georg Schneiders Einsatz für Befugnisse zur beruflichen Selbstverwaltung in der sowjetischen Besatzungszeit.....	211
6.1 Berufspolitische Initiativen im ersten Nachkriegsjahr 1945/46.....	211
6.2 Die Fachgruppe/der Landesarbeitsausschuss der Ärzte im FDGB Land Brandenburg unter Leitung Georg Schneiders.....	218
6.3 Schneider und die Parteipolitik: LDP-Fraktionsvorsitz im Brandenburger Landtag.....	241
7. Tod Georg Schneiders und Fortleben seiner Stiftung.....	250
8. Schlussbetrachtung.....	255
9. Quellen- und Literaturverzeichnis.....	268
10. Anhang.....	288

1. Einleitung

1.1 Gegenstand und Leitfragen der Arbeit

Der 1875 in Frankfurt (Oder) geborene Georg Otto Schneider¹, der als Allgemeinmediziner und Standespolitiker in seiner Wahlheimat Potsdam wirkte, ist heute ein Unbekannter. Weder die zahlreichen biographischen Handbücher noch die üblichen Internetreferenzen bieten Informationen über ihn. Dies ist verwunderlich, denn mit Blick auf sein standespolitisches Engagement fügt er sich ein in eine Reihe von namhaften Ärzten des 19. und 20. Jahrhunderts, wie Rudolf Virchow, Hermann Hartmann, Alfons Stauder oder Karl Haedenkamp. Schneider bekleidete langjährig Spitzenfunktionen in mehreren ärztlichen Berufsinstitutionen. Hierzu gehörten seit 1906 der Ärztliche Verein zu Potsdam und ab 1912 der Schutzverband der Ärzte des Bezirks Potsdam. In der Weimarer Epoche folgten die Ärztekammer und der Ärzteverband für die Provinz Brandenburg, der Deutsche Ärztevereinsbund (DÄVB) und der Hartmannbund. Nach dem Zweiten Weltkrieg engagierte er sich in der Fachgruppe bzw. dem Landesarbeitsausschuss der Ärzte des Landes Brandenburg im Freien Deutschen Gewerkschaftsbund (FDGB). Überdies war Schneider auf politischer Ebene aktiv, führte in den Jahren 1946 bis 1949 die Fraktion der Liberal-Demokraten im Brandenburger Landtag an und war dort für die meiste Zeit parteiübergreifend der einzige Mediziner.

Die Tatsache, dass Schneider in der historischen Forschung bisher weitgehend unbeachtet blieb, hat mehr mit seiner Persönlichkeit als mit seinem Werk zu tun. Er habe „kein Verlangen nach äußerer Anerkennung und Ehrung“², schrieb er Ende August 1940 an seinen Arztkollegen Fritz Lejeune. Vielmehr war es ihm wichtig, dass das Ergebnis und der Wert seiner Arbeit und der vieler Standesgenossen die gerechte Würdigung fanden: die Bedeutung der beruflichen Selbstverwaltung der Ärzteschaft, für deren Erhalt sich Schneider als führendes

¹ Nachfolgend wird auf die Nennung des Zweitnamens verzichtet. Ausgelassen werden in der Regel auch die Titelbezeichnungen der Ärzte, außer in Zitaten und im Anhang.

² Institut für Geschichte der Medizin und Ethik in der Medizin an der Charité Berlin (nachfolgend: IGEM), Nachlass Heinz Goerke, Ordner Dr. Georg Schneider (1875-1949) div. Mat., o. Bl.: Schreiben Georg Schneiders an Fritz Lejeune vom 30. August 1940. Als Professor und Direktor des Instituts für Geschichte der Medizin an der Universität Wien hatte Lejeune die Absicht, „ein Bildarchiv verdienter Ärzteführer aufzubauen“, das insbesondere die in den Spitzenorganisationen tätig gewesenen Ärzte umfassen sollte; siehe ebd., o. Bl.: Schreiben Fritz Lejeunes an Georg Schneider vom 30. Juli 1940. Schneider lehnte es ab, in das Archiv aufgenommen zu werden, da die Errichtung eines solchen nicht den Zeitumständen entspreche und „die heutige Generation zu einer gerechten und objektiven Betrachtung des Werdens der ärztlichen Geschichte [s]einer Jahre nicht geeignet und nicht fähig“ sei; siehe ebd., o. Bl.: Schreiben Georg Schneiders an Fritz Lejeune vom 30. August 1940. Zu Fritz Lejeune siehe beispielsweise Klaus Schmierer, *Medizingeschichte und Politik. Karrieren des Fritz Lejeune in der Weimarer Republik und im Nationalsozialismus* (= Abhandlungen zur Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaften, Bd. 96), Husum 2002.

Mitglied in mehreren provinziellen und gesamtdeutschen Ärzteorganisationen in vier historischen Epochen – dem Deutschen Kaiserreich, der Weimarer Republik, dem Nationalsozialismus und der Sowjetischen Besatzungszone (SBZ) – unter den verschiedensten politischen, wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Bedingungen stets eingesetzt hatte. Damit beeinflusste er die zeitgenössische ärztliche Interessenpolitik weit über Brandenburg hinaus.

Die Selbstverwaltung der freien Berufe, Kommunen, Sozialversicherung, Wirtschaft und Hochschulen ist ein tragendes und erfolgreich eingesetztes Strukturelement im arbeitsteilig organisierten Staat. Als ordnungspolitisches Prinzip hat sie in Deutschland eine lange Tradition.³ Voraussetzung für ihre Konkretisierung und Etablierung im 19. Jahrhundert war die Übertragung von spezifischen Aufgaben seitens des Staats an fachkundiges Personal. An die Stelle von Beamten und staatlichen Behörden traten spezielle, selbstorganisierende Institutionen. Die Selbstverwaltung ist das Gegenstück zur Staatsverwaltung, die in der absolutistisch geprägten Frühen Neuzeit ihre Ausformung fand. In dieser Zeit wurde „das Volk von aller Teilnahme am Staate ferngehalten“, der aber „daher in der Not nicht auf das Volk rechnen konnte“.⁴ Der Rechtswissenschaftler Werner Weber spricht sogar von einem „Dualismus von Staats- und Selbstverwaltung“⁵. Das heißt jedoch nicht, dass letztere von staatlicher Seite nicht gewollt war. Vielmehr förderte die ‚Obrigkeit‘ das immer selbstbewusster auftretende Bürgertum in der Zeit des aufkommenden Verfassungsdenkens und der politischen Partizipationsbestrebungen, um mit Zugeständnissen und übertragener Eigenverantwortung eine festere Bindung mit dem Staat zu erreichen⁶ – nach dem Leitgedanken des Freiherrn vom Stein müsse man „die Nation daran gewöhnen, die Geschäfte selbst zu führen“.⁷

³ Zur Begrifflichkeit und historischen Entwicklung der (ärztlichen) Selbstverwaltung vgl. nachfolgend und siehe ausführlich Gerhard Vogt, *Ärztliche Selbstverwaltung im Wandel. Eine historische Dokumentation am Beispiel der Ärztekammer Nordrhein*, Köln 1998, S. 35-63.

⁴ Hans Muthling, *Die Geschichte der deutschen Selbstverwaltung*, Köln 1966, S. 35.

⁵ Werner Weber, *Staats- und Selbstverwaltung in der Gegenwart*, 2., erw. Aufl., Göttingen 1967 (1. Aufl. 1953), S. 61. Vgl. hierzu auch Michael Stolleis, *Selbstverwaltung*, in: Adalbert Erler/Ekkehard Kaufmann (Hrsg.) unter philolog. Mitarb. von Ruth Schmidt-Wiegand, *Handwörterbuch zur deutschen Rechtsgeschichte* (nachfolgend: HRG), Bd. 4: *Protonotarius Apostolicus - Strafprozeßordnung*, Berlin 1990, Sp. 1621-1625. Der Begriff der Selbstverwaltung wird mitunter auch eng mit dem der mittelbaren Staatsverwaltung in Zusammenhang gebracht, wobei die Selbstverwaltungsorganisation der Ärztekammern eine Variante der mittelbaren Staatsverwaltung darstellt; vgl. Gerd Hörnemann, *Die Selbstverwaltung der Ärztekammer. Spannungen und Wechselwirkungen von Fremd- und Selbstkontrolle des Arztberufes*, 2. erw. und aktual. Aufl. (= *Konstanzer Schriften zur Sozialwissenschaft*, Bd. 34), Konstanz 1995 (1. Aufl. 1989), S. 56ff.

⁶ Vgl. Hans Pohl, *Wurzeln und Anfänge der Selbstverwaltung, dargestellt am Beispiel der Städte*, in: Albert von Mutius (Hrsg.), *Selbstverwaltung im Staat der Industriegesellschaft. Festgabe zum 70. Geburtstag von Georg Christoph von Unruh* (= *Schriftenreihe des Lorenz-von-Stein-Instituts für Verwaltungswissenschaften Kiel*, Bd. 4), Heidelberg 1983, S. 3-23, hier S. 3. Einen allgemeinen Überblick zur Entwicklung der modernen Selbstverwaltung gewährt Christian-Friedrich Menger, *Entwicklung der Selbstverwaltung im Verfassungsstaat der Neuzeit*, in: ebd., S. 25-40.

⁷ Zitiert nach Thomas Nipperdey, *Deutsche Geschichte 1800-1866. Bürgerwelt und starker Staat*, München 1994 (Ausg. 46.-51. Tsd. der 1. Aufl. 1983), S. 38.

Steins Grundsatz ist heute Realität. Mit den Aufgaben der deutschen Ärzteschaft sind die Kammern der einzelnen Länder gesetzlich betraut. Sämtliche in Deutschland tätigen bzw. wohnhaften Mediziner müssen bei einer Ärztekammer registriert sein. Für die Kassenärzte existieren darüber hinaus spezielle Kassenärztliche Vereinigungen. Die öffentlich-rechtlichen Körperschaften setzen sich aus gewählten Berufsvertretern zusammen und haben eigene souveräne Organe und Einrichtungen. Damit erlassen und überwachen sie Berufsordnungen für Ärzte, sichern die Qualität des Gesundheitswesens, fördern eine berufliche Fort- und Weiterbildung, schlichten Streitigkeiten von Ärzten untereinander sowie mit deren Patienten, unterstützen den öffentlichen Gesundheitsdienst und bilden Arzthelfer aus.⁸ Im Land Brandenburg bestehen seit 1990 eine Landesärztekammer sowie eine Kassenärztliche Vereinigung. Wie in allen neuen Bundesländern entstanden diese im Zuge des deutschen Wiedervereinigungsprozesses. Vorbild beim Aufbau des ostdeutschen Kammer- und Kassenarztwesens waren die ärztlichen Berufsvertretungen der Altbundesländer, die sich bereits kurz nach Beendigung des Zweiten Weltkriegs und dem Ende der nationalsozialistischen Herrschaft reorganisiert hatten.⁹ Den Selbstverwaltungsgedanken gibt es im deutschen und auch im brandenburgischen Ärztestand¹⁰ allerdings schon weit länger: Er war bereits vor über anderthalb Jahrhunderten lebendig. Begünstigt durch die Industrialisierung und den Professionalisierungsprozess der Medizinerschaft entstanden im zweiten Drittel des 19. Jahrhunderts zunächst freie Vereine und Verbände als berufs- und standespolitische Interessenvertretungen. In Brandenburg an der Havel gründete sich 1846 der erste Ärzteverein der Provinz Brandenburg, 1861 schlossen sich einige Mediziner zur Freien Vereinigung der Ärzte der Niederlausitz zusammen. 1873 wurde eine Vielzahl der regionalen Vereinigungen dem DÄVB untergliedert, einem Dachverband auf

⁸ Zu den Aufgaben und Funktionen der Landesärztekammern siehe beispielsweise Hörnemann, Die Selbstverwaltung, S. 61-67; Vogt, Ärztliche Selbstverwaltung, S. 37-41.

⁹ Vgl. und siehe ausführlich Reyk Seela, Die Ärzteschaft in Thüringen. Eine Vereins- und Standesgeschichte (= Schriftenreihe der Landesärztekammer Thüringen, Bd. 2), Jena 2000, S. 243-273; Franz F. Stobrawa, Die ärztlichen Organisationen in Deutschland. Entstehung und Struktur, 3. Aufl., München u.a. 2001 (1. Aufl. 1979), S. 37-51. Einen guten Überblick zum Wiederaufbau des Kammerwesens in den westlichen Besatzungszonen bzw. in den Altbundesländern gewährt zudem Thomas Gerst, Neuaufbau und Konsolidierung: Ärztliche Selbstverwaltung und Interessenvertretung in den drei Westzonen und der Bundesrepublik Deutschland 1945-1995, in: Robert Jütte (Hrsg.), Geschichte der deutschen Ärzteschaft. Organisierte Berufs- und Gesundheitspolitik im 19. und 20. Jahrhundert, Köln 1997, S. 195-242; ders., Ärztliche Standesorganisation und Standespolitik in Deutschland 1945-1955 (= Medizin, Gesellschaft und Geschichte; Jahrbuch des Instituts für Geschichte der Medizin der Robert Bosch Stiftung, Beih. 21), Stuttgart 2004.

¹⁰ „Stand bezeichnet allgemein gesagt eine Zusammenfassung von Menschen, die durch ihre gleichartige Stellung eine Gemeinschaft bilden. Wird diese Stellung durch Geburt oder Beruf begründet, spricht man von Geburts- oder Berufsständen.“ Den Stand der Ärzte könnte man demnach mit der Berufsgruppe der Ärzte gleichsetzen. Der Ärztestand des 19. und 20. Jahrhunderts definierte sich aber nicht nur durch die berufliche Identität, sondern darüber hinaus über gemeinsame Wertvorstellungen und eine sich ausprägende Kollegialität. Siehe Jochen Taupitz, Die Standesordnungen der freien Berufe. Geschichtliche Entwicklung, Funktionen, Stellung im Rechtssystem, Berlin/New York 1991, S. 152.

Reichsebene, der sich mit seinen jährlich veranstalteten Deutschen Ärztetagen (DÄT) rasch zum Parlament der Ärzteschaft entwickelte.¹¹ In diesem privaten Vereinsleben finden „die Bestrebungen der Ärzte zur Selbstverwaltung ihres Standes [...] ihre Ursprünge“¹², und hier lassen sich in den Standesordnungen und der Disziplinargewalt bereits einzelne Selbstverwaltungsstrukturen ausmachen.¹³ Ohne die Mobilisierung der Ärzte in Vereinen und die dadurch wachsende Selbst- und Fremdwahrnehmung der Ärzte als prestigeträchtiger Stand – mitgetragen durch die Fortschritte in der medizinischen Wissenschaft und die Professionalisierung des Arztberufes – wäre die Gewährung der beruflichen Autonomie wohl nicht denkbar gewesen. Der Staat war überzeugt, dass der entstehende Ärztestand in der Lage sein würde, selbstverwaltende Aufgaben zu übernehmen, sodass die Regulierung und Kontrolle von außen stark reduziert werden konnten.¹⁴

Aber nicht nur in den Vereinen sind die Vorbilder der ärztlichen Autonomie zu suchen, sondern auch in der seit Beginn des 19. Jahrhunderts sich etablierenden modernen Selbstverwaltung auf anderen Gebieten. Hier ragt die kommunale Selbstverwaltung heraus, deren Grundidee in der Städteordnung des Freiherrn vom Stein vom 19. November 1808 verankert ist.¹⁵ Aus den kaufmännischen Kooperationen Preußens, der Interessenvertretung des Handels und der Kaufmannschaft gegenüber lokalen und regionalen Instanzen, ging sodann der Organisationstypus der Industrie- und Handelskammer hervor. Dieser wurde zum Leitbild berufsständischer Kammern wie der Ärztekammer.

In den 1830er Jahren waren in Preußen die ersten Handelskammern moderner Prägung errichtet worden. Eine Verordnung legte 1848 ihre allgemeine Organisationsform fest. Sie sollten zum einen die staatlichen Behörden informieren und beraten, zum anderen wurden ihnen Aufsichtsbefugnisse übertragen. 1870 übernahmen die Kammern außerdem auf gesetzlicher Grundlage die Interessenvertretung ihrer Mitglieder, sodass ihre staatliche Abhängigkeit minimiert wurde. Nach diesem Vorbild wurde mit der gesetzgeberischen Errichtung von Ärzte-

¹¹ Dem DÄVB folgte 1900 der Verband der Ärzte Deutschlands zur Wahrung ihrer wirtschaftlichen Interessen als zweites reichsweites Repräsentationsorgan der Ärzteschaft. Der Verband wurde 1903 dem DÄVB angeschlossen.

¹² Hörnemann, Die Selbstverwaltung, S. 47.

¹³ Zu den funktionellen Gemeinsamkeiten von privatrechtlichen Vereinen und staatlich anerkannten Kammern siehe Taupitz, Die Standesordnungen, S. 161.

¹⁴ Vgl. ebd., S. 75f.

¹⁵ Vgl. Pohl, Wurzeln, S. 3. Die Stein'sche Städteordnung orientierte sich wiederum am mittelalterlichen Städtewesen und seiner Verwaltung; vgl. ebd. S. 3f. Ohnehin liegen die Wurzeln der Selbstverwaltung in der ständischen Organisation des Mittelalters, wo es bereits berufliche Korporationen wie Vereine, Zünfte und Genossenschaften gab. Vorformen hiervon lassen sich sogar schon für die Antike nachweisen. Im HRG heißt es, „[i]n der Sache ist eine weit verstandene S[elbstverwaltung] als eigenverantwortliche Regelung der Angelegenheiten kleinerer sozialer Einheiten so alt wie menschliche Vergesellschaftung überhaupt“; Stolleis, Selbstverwaltung, Sp. 1621.

kammern, in Preußen mittels königlicher Verordnung vom 25. Mai 1887, die staatliche Reglementierung des Medizinalwesens¹⁶ zurückgedrängt und durch Formen der beruflichen Selbstverwaltung und -disziplinierung, getragen von den neuen Institutionen, ersetzt.¹⁷ Die Kammern nahmen sich auf der einen Seite der Interessen ihres Berufsstandes gegenüber Staat, Gesellschaft und der Sozialversicherung an, vertraten diese nach außen und regulierten interne Konflikte. Auf der anderen Seite handelten sie aber auch im Auftrag des Staates und waren regierungsberatendes Organ. Eine gewisse Ambivalenz ist hier also nicht zu verkennen. Beide Aufgabenfelder sollten sich allerdings, ausgehend vom ärztlichen Berufsethos, dem Interesse des Gemeinwohls unterordnen. Im Gegensatz zu den Handwerkskammern waren jene der preußischen Ärzte zunächst nur de facto Körperschaften des öffentlichen Rechts. Erst mit dem Ärztekammergesetz vom 30. Dezember 1926 wurde ihnen diese Eigenschaft ordnungsgemäß verliehen.¹⁸

Die brandenburgische und Berliner Ärzteschaft erhielt 1887 zunächst eine gemeinsame staatlich anerkannte Standesorganisation, die Ärztekammer für die Provinz Brandenburg und den Stadtkreis Berlin. Sie wurde vom preußischen Staat mit Rechten und Pflichten bezüglich der eigenständigen Berufsorganisation ausgestattet, etablierte sich in nur wenigen Jahren und wurde bis zur Jahrhundertwende um diverse Organe erweitert. Mit dem Beginn des Ersten Weltkrieges und der neuen demokratischen Staatsform in der Weimarer Republik änderten sich zwar in wenigen Jahren wiederholt die grundlegenden Voraussetzungen der gesamten deutschen Ärzteschaft. Das Prinzip der Selbstverwaltung blieb jedoch erhalten und wurde in den Artikeln 127 und 156 in der Weimarer Verfassung vom 11. August 1919 verankert.¹⁹ Das ärztliche Organisationswesen erfuhr sogar einen Ausbau seiner beruflichen Autonomie. Höhepunkte für Brandenburg waren hierbei die im Jahr 1920 erfolgte Gründung einer zweiten provinziellen Spitzenorganisation, des Ärzteverbands der Provinz Brandenburg, der die ärztlichen Vereine einigte, sowie, acht Jahre später, die Abspaltung des Berliner Wahlbezirks von der Kammer und somit die Neukonstituierung einer eigenen Ärztekammer für die Provinzen Brandenburg und Grenzmark Posen-Westpreußen.²⁰ Hinsichtlich der kassenärztlichen Versor-

¹⁶ Mit der Regelung des Medizinalwesens und der beruflichen Verhältnisse der Ärzteschaft im frühneuzeitlichen Brandenburg-Preußen wurde 1685 das neu errichtete Collegium medicum in Berlin, dessen Mitglieder vom Staat ernannt wurden, betraut. Zu einem freien Beruf wurde der des Arztes erst durch die Gewerbeordnung für den Norddeutschen Bund vom 21. Juni 1869, die 1871 als Reichsgewerbeordnung übernommen wurde.

¹⁷ Vgl. Hörnemann, Die Selbstverwaltung, S. 48.

¹⁸ Vgl. Winfried Brohm, Selbstverwaltung in wirtschafts- und berufsständischen Kammern, in: Albert von Mutius (Hrsg.), Selbstverwaltung im Staat der Industriegesellschaft. Festgabe zum 70. Geburtstag von Georg Christoph von Unruh (= Schriftenreihe des Lorenz-von-Stein-Instituts für Verwaltungswissenschaften Kiel, Bd. 4), Heidelberg 1983, S. 777-807, hier S. 779ff.

¹⁹ Vgl. Müthling, Die Geschichte, S. 46.

²⁰ Bereits 1924 war der Kammerbezirk um die Provinz Grenzmark Posen-Westpreußen erweitert worden.

gung erhielt der Ärztestand 1931/32 gesetzlich begründete Kassenärztliche Vereinigungen, die als Vertragspartner der Sozialversicherungsträger Befugnisse zur eigenständigen Verwaltung des Kassenarztwesens auf regionaler Ebene übertragen bekamen.

Die Jahre nach Weimar waren sodann von einer deutlichen Zäsur hinsichtlich der beruflichen Autonomie geprägt, verursacht durch die Etablierung des NS-Regimes und dessen Strukturen. „Der Gleichschaltung nach 1933 mußten alle Kräfte des öffentlichen Lebens weichen. Der Lebensnerv freier Selbstverwaltung war getötet“²¹, stellt der Staatswissenschaftler Hans Müthling treffend fest. Sämtliche Ärzteorganisationen wurden gemäß dem Führerprinzip zunächst neu besetzt und später aufgelöst bzw. als unselbständige Unterorganisationen 1934 in die von den Nationalsozialisten gegründete und verwaltete Kassenärztliche Vereinigung Deutschlands (KVD) respektive in die 1936 als nationalsozialistisches Instrument errichtete Reichsärztekammer integriert. Einen weiteren Umbruch erfuhr die Berufsverwaltung unter der sowjetischen Besatzung. Im Gegensatz zu den westlichen Besatzungszonen und später der Bundesrepublik, wo das Kammerwesen unter demokratischen Kräften restauriert und konsequent weiterentwickelt wurde,²² war im Osten Deutschlands an einen Wiederaufbau der beruflichen Selbstverwaltungsstrukturen kaum zu denken. Die Ärzteschaft wurde dem staatsinstrumentalisierten FDGB untergeordnet und bildete dort ab 1946 eine eigene Fachgruppe. Ihr wurden nur partielle Befugnisse zur Berufsorganisation zugestanden. Die Gesundheitsverwaltung lag in erster Linie bei den 1945 neu eingerichteten Gesundheitsämtern. Eine umfassende ärztliche Selbstverwaltung oder freie Vereinigungen mit berufs- und standespolitischer Zielsetzung hat es bis zum Ende der DDR nicht gegeben.²³

Die enge Verflechtung zwischen der Entwicklung im brandenburgischen wie auch im gesamten deutschen Ärztestand und den wirtschaftlichen sowie politischen Gegebenheiten machte sich also vom Deutschen Kaiserreich 1871 bis zur Gründung der DDR 1949 deutlich bemerkbar. So erweist es sich als lohnenswert, – ausgehend vom biographischen Hintergrund, dem Leben und Wirken Georg Schneiders – Kontinuitäten und Brüche im Organisationswesen der ärztlichen Selbstverwaltung in Brandenburg zwischen dem Kaiserreich und der sowjetischen Besatzungszeit zu untersuchen, wobei auch die Zusammenhänge mit der Entwicklung im gesamtdeutschen Ärzte- und Gesundheitswesen deutlich werden. Übergeordnet stehen drei Leit-

²¹ Müthling, Die Geschichte, S. 49. Zum Begriff der Selbstverwaltung im nationalsozialistischen Sinn siehe Rebecca Schwoch, Ärztliche Standespolitik im Nationalsozialismus. Julius Hadrlich und Karl Haedenkamp als Beispiele (= Abhandlungen zur Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaften, Bd. 95), Husum 2001, S. 190ff.

²² Vgl. Vogt, Ärztliche Selbstverwaltung, S. 63.

²³ Vgl. Seela, Die Ärzteschaft, S. 231.

fragen, die zu beantworten sind: Inwiefern passten sich die ärztlichen Organisationsstrukturen dem jeweiligen politischen System an? Wie stellte sich Schneiders Position gegenüber den verschiedenen Systemen dar, und welche Wirkung hatten diese auf sein Denken und Handeln? Welchen Einfluss konnte Schneider als einzelne Person in den größeren Institutionen und bezüglich ihrer beruflichen Verwaltung entfalten bzw. welche Grenzen wurden ihm in seinem Handeln auferlegt?

1.2 Konzeptioneller Ansatz, methodisches Vorgehen und Zielsetzungen

Die Arbeit ist, wie im Titel ausgewiesen, keine klassische Biographie. Sie verfolgt eine Synthese aus biographischem und institutionengeschichtlichem Forschungsansatz mit entwicklungs- und sozialgeschichtlichen Akzenten. Dabei nimmt sie in weiten Teilen eine regional-spezifische Perspektive ein. Im Mittelpunkt steht die Tätigkeit Georg Schneiders in den Organisationen der ärztlichen Berufsverwaltung, die er zunächst hauptsächlich in der Provinz Brandenburg ausübte.²⁴ Untersucht wird die Wirksamkeit seines Handelns im Rahmen des historischen Kontextes, also der politischen, wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Entwicklungen.²⁵

Mit diesem Zugang bettet sich die vorliegende Abhandlung in die neuere Methodik des biographischen Arbeitens in der Geschichtswissenschaft ein. Infolge der geschichtswissenschaftlichen Öffnung seit den 1970/80er Jahren²⁶ erfuhr die Biographik eine Theoretisierung und methodische Erneuerung: Innovative Ansätze wie Fragestellungen und interdisziplinäre Zugänge²⁷ erbrachten eine Abkehr von den traditionellen ‚Heldenbiographien‘ über bedeutende

²⁴ Die Provinz Brandenburg, ab März 1939 Provinz Mark Brandenburg, bestand bis zur Auflösung Preußens am 25. Februar 1947 und wurde danach zum Land Brandenburg. Sie umfasste bis zum Groß-Berlin-Gesetz 1920 auch die Stadt Berlin. Zur Geschichte Brandenburgs siehe das Standardwerk von Ingo Materna/Wolfgang Ribbe (Hrsg.), *Brandenburgische Geschichte*, Berlin 1995; sowie Friedrich Beck/Manfred Görtemaker/Kristina Hübenner/Klaus Neitmann (Hrsg.), *Brandenburg. Neues altes Land. Geschichte und Gegenwart* (= *Brandenburgische Historische Studien*, Bd. 15), Berlin 2010.

²⁵ Zur Beziehung von biographierter Person und historischem Kontext siehe Christian Klein, *Grundfragen biographischen Schreibens. Konzeptionelle Vorüberlegungen: Der Biographierte im Kontext*, in: ders. (Hrsg.), *Handbuch Biographie. Methoden, Traditionen, Theorien*, Stuttgart/Weimar 2009, S. 425-428.

²⁶ Nennenswerte Abhandlungen der geschichtswissenschaftlichen Biographieforschung aus dieser Zeit sind beispielsweise jene von Grete Klingenstein/Heinrich Lutz/Gerald Stourzh (Hrsg.): *Biographie und Geschichtswissenschaft. Aufsätze zur Theorie und Praxis biographischer Arbeit* (= *Wiener Beiträge zur Geschichte der Neuzeit*, Bd. 6), München 1979, und Andreas Gestrich/Peter Knoch/Helga Merkel (Hrsg.), *Biographie – sozialgeschichtlich. Sieben Beiträge* (= *Kleine Vandenhoeck-Reihe*, Bd. 1538), Göttingen 1988.

²⁷ Dadurch lässt sich in der Geschichtswissenschaft ein „biographischer Boom“ verzeichnen; siehe Wolfram Pyta, *Biographisches Arbeiten als Methode. Geschichtswissenschaft*, in: Christian Klein (Hrsg.), *Handbuch Biographie. Methoden, Traditionen, Theorien*, Stuttgart/Weimar 2009, S. 331-338, hier S. 331. Dies gilt auch für Qualifikationsarbeiten. In der Medizingeschichte ragt beispielsweise die Habilitationsschrift von Constantin Goschler, *Rudolf Virchow. Mediziner – Anthropologe – Politiker*, 2. Aufl., Köln u.a. 2009 (1. Aufl. 2002), heraus. Zur Popularität der Biographie siehe auch Thomas Etzemüller, *Biographien. Lesen – erforschen – erzählen*

Individuen.²⁸ Die Verknüpfung verschiedener Forschungsperspektiven aus unterschiedlichen Teildisziplinen der Geschichtswissenschaft ist dabei fast schon zum Standard geworden.²⁹ Dies ermöglicht es, die untersuchte Person in Abhängigkeit zu ihrer historischen Lebenswelt bzw. den vorherrschenden Strukturen oder als Teil einer Sozialgruppe zu betrachten. Gegebenenfalls ist hier sogar ein interdependentes Verhältnis zu erschließen. Kurzum und mit den Worten des Historikers Hans Erich Bödeker: Die „Einbindung des Individuums in soziale, kulturelle und politische Zusammenhänge macht die innovative Dimension der heutigen Biographik aus“. So können über den biographischen Zugang zugleich Erkenntnisse über die untersuchte Zeit und den Wandel des Zeitverständnisses getroffen werden.³⁰

Bereits bei einer reinen biographischen Beschäftigung mit der Person Georg Schneider wäre es unabdingbar, die spezifische Lebenswelt sowie das Interessenfeld eines ärztlichen Standespolitikers des 19. und 20. Jahrhunderts mit in Betracht zu ziehen.³¹ Somit ergibt sich der institutionengeschichtliche Ansatz in Form der Auseinandersetzung mit den ärztlichen Berufsinstitutionen, den dort herrschenden Diskursen und dem Selbstverständnis des Ärztstandes quasi von selbst. Von besonderer Bedeutung ist, welchen Einfluss Schneider als Verfechter der ärzt-

(= Historische Einführungen, Bd. 12), Frankfurt am Main/New York 2012, S. 10-15.

²⁸ Vgl. Anita Runge, Wissenschaftliche Biographik, in: Christian Klein (Hrsg.), Handbuch Biographie. Methoden, Traditionen, Theorien, Stuttgart/Weimar 2009, S. 113-121, hier S. 113ff.; Hans Erich Bödeker, Biographie. Annäherungen an den gegenwärtigen Forschungs- und Diskussionsstand, in: ders. (Hrsg.), Biographie schreiben (= Göttinger Gespräche zur Geschichtswissenschaft, Bd. 18), Göttingen 2003, S. 9-63, hier S. 11-19. Zur Geschichte, den Entwicklungstendenzen und der Theoretisierung der Biographieforschung siehe u.a. Bödeker, Biographie; Bettina Dausien, „Biographieforschung“ – Reflexionen zu Anspruch und Wirkung eines sozialwissenschaftlichen Paradigmas, in: BIOS. Zeitschrift für Biographieforschung, Oral History und Lebensverlaufsanalysen, Jg. 26, H. 2, 2013, S. 163-176; Olaf Hähner, Historische Biographik. Die Entwicklung einer geschichtswissenschaftlichen Darstellungsform von der Antike bis ins 20. Jahrhundert (= Europäische Hochschulschriften, Bd. 829), Frankfurt am Main u.a. 1999; Christian Klein, Einleitung: Biographik zwischen Theorie und Praxis. Versuch einer Bestandsaufnahme, in: ders. (Hrsg.), Grundlagen der Biographik. Theorie und Praxis des biographischen Schreibens, Stuttgart/Weimar 2002, S. 1-22.

²⁹ Vgl. Pyta, Biographisches Arbeiten, S. 332f. Auch die methodische Erweiterung und inhaltliche Neuausrichtung der modernen Institutionengeschichte zeichnet sich durch ihr interdisziplinäres Herangehen aus; vgl. Bernhard Löffler, Moderne Institutionengeschichte in kulturhistorischer Erweiterung. Thesen und Beispiele aus der Geschichte der Bundesrepublik Deutschland, in: Hans-Christof Kraus/Thomas Nicklas (Hrsg.), Geschichte der Politik. Alte Welt und neue Wege (= Historische Zeitschrift, Beih. 44), München 2007, S. 155-180, hier S. 178f. Zur Institutionengeschichte siehe weiterführend Karl-Peter Sommermann, Institutionengeschichte und Institutionenvergleich, in: ders./Arthur Benz/Heinrich Siedentopf (Hrsg.), Institutionenwandel in Regierung und Verwaltung. Festschrift für Klaus König zum 70. Geburtstag (= Schriftenreihe zum öffentlichen Recht, Bd. 950), Berlin 2004, S. 61-74.

³⁰ Vgl. Bödeker, Biographie, S. 19-24, Zitat S. 21; Dausien, „Biographieforschung“, S. 168f.; Pyta, Biographisches Arbeiten, S. 333, 336.

³¹ Auf diesen Grundsatz stützt sich auch die Scientific Biography, die biographische Darstellung von Personen, Gruppen bzw. Ereignissen, die im Zusammenhang mit der Wissenschaft stehen; vgl. Runge, Wissenschaftliche Biographik, S. 117f., 120. Zur Scientific Biography siehe ausführlich Thomas Söderquist, Wissenschaftsgeschichte à la Plutarch. Biographie über Wissenschaftler als tugendethische Gattung, in: Hans Erich Bödeker (Hrsg.), Biographie schreiben (= Göttinger Gespräche zur Geschichtswissenschaft, Bd. 18), Göttingen 2003, S. 287-325, und speziell zur medizinhistorischen Biographieforschung Christoph Gradmann, Nur Helden in weißen Kitteln? Anmerkungen zur medizinhistorischen Biographik in Deutschland, in: ebd., S. 243-284.

lichen Selbstverwaltung auf die institutionellen Strukturen hatte – und umgekehrt. Mit dieser Herangehensweise erfüllt die Dissertation auch den Anspruch, den Bernhard Löffler an die moderne Institutionengeschichte stellt, nämlich den Blick „auf die institutionelle *Wirklichkeit*“³² zu richten, also auf die Protagonisten und Mentalitäten, die hinter den normativen Regelwerken, den gesetzlichen Grundlagen, dem organisationstechnischen Aufbau und den Entscheidungen von Institutionen stecken. Dies erfolgt hier an der Person Schneiders als wichtigem Vertreter des brandenburgischen bzw. deutschen Ärztestands.

Dem biographischen Zugang entsprechend folgt die Arbeit einem chronologischen Aufbau.³³ Sie ist ein Längsschnitt durch die einzelnen historischen Epochen, in denen Georg Schneider standespolitisch aktiv war, also dem Deutschen Kaiserreich, der Weimarer Republik, dem ‚Dritten Reich‘ und der Zeit der sowjetischen Besatzung. Die Entwicklungen im Ärztestand und in seinen Institutionen, die vom jeweiligen Staatssystem und den spezifischen Rahmenbedingungen mit determiniert wurden, sollen aus einer engeren Sichtweise, den Denk- und Handlungsmustern Schneiders hinsichtlich der ärztlichen Selbstverwaltung und seinem Wirken in den verschiedenen Berufsorganisationen, nachgezeichnet werden. Mit Blick auf die ärztliche Selbstverwaltung ergeben sich nochmals zwei Untersuchungsschwerpunkte: die Zeit der ermöglichten Berufsautonomie im Deutschen Kaiserreich und der Weimarer Republik versus die Zeit des Nationalsozialismus und der SBZ, in der die Selbstverwaltung stark begrenzt war. Dieser chronologischen Vier- und inhaltlich-strukturellen Zweiteilung geht eine Vorbetrachtung voraus, in der die berufspolitischen Entwicklungstendenzen in der deutschen Ärzteschaft vom Beginn des 19. Jahrhunderts bis zur Reichsgründung 1871 und damit die Vorbedingungen des ärztlichen Standeswesens und der ärztlichen Selbstverwaltung untersucht werden. Im Mittelpunkt stehen dabei die Ausprägung des ärztlichen Vereinswesens und die Frage, warum Ärztevereine in der Provinz Brandenburg zunächst Ausnahmeerscheinungen blieben. Daran anknüpfend wird gefragt, weshalb der Ärzteschaft im Deutschen Kaiserreich eine umfangreiche berufliche Selbstverwaltung in Form von Kammern zugestanden wurde. Anhand der Ärztekammer für die Provinz Brandenburg und den Stadtkreis Berlin werden der Aufbau und die Aufgabenfelder dieser staatlich anerkannten und gesetzlich legitimierten Berufsorganisationen dargestellt.

Im letzten Drittel des 19. Jahrhunderts schritt auch in Brandenburg die Entwicklung des ärztlichen Vereinswesens voran. Somit hatten sich die festen Strukturen der freien ärztlichen Berufsorganisation bereits herausgebildet, als Georg Schneider mit seinem Beitritt in den Pots-

³² Löffler, *Moderne Institutionengeschichte*, S. 157 (Hervorhebung in Original). Vgl. nachfolgend ebd., S. 156ff.

³³ Vgl. Pyta, *Biographisches Schreiben*, S. 336.

damer Ärzteverein 1906 sein standespolitisches Engagement aufnahm. Es soll eruiert werden, worin die Beweggründe für Schneiders Einstieg in die Berufspolitik lagen und warum er – noch im jungen Alter – die Bildung eines Schutzverbandes für die Potsdamer Kassenärzte im Jahr 1912 initiierte.

Der Erste Weltkrieg bedeutete für das ärztliche Standeswesen einen Einschnitt in die bis dahin kontinuierliche Entwicklung. Untersucht werden die Auswirkungen des Krieges auf den deutschen Ärztestand und speziell auf die Arbeit der brandenburgischen Ärztekammer und des Potsdamer Schutzverbandes. Inwiefern gelang es den Standesvertretern um Schneider, die ärztliche Organisation aufrechtzuerhalten und mit welchen berufspolitischen Maßnahmen reagierten sie auf die Rückwirkungen des Krieges in der Ärzteschaft?

Die Arbeit widmet sich in ihrem weiteren Verlauf dem Umgang der brandenburgischen Ärztevertreter mit der deutschen Kriegsniederlage und dem politischen Umbruch der Jahre 1918/19. Ausgehend von der Neukonstituierung der Ärztekammer unter demokratischer Staatsform Anfang 1920 – bei Erhalt der beruflichen Selbstverwaltung – wird der Fokus anschließend auf den Ausbau des ärztlichen Organisations- und Standeswesens im Brandenburg der Weimarer Epoche gelegt. Diese Entwicklung muss im engen Zusammenhang mit Schneiders Wirken betrachtet werden, der provinz- wie reichsweit zu einem der bedeutendsten Standespolitiker aufstieg.

Zunächst werden die Hintergründe für die Einrichtung des Ärzteverbands der Provinz Brandenburg, an der Schneider maßgeblich beteiligt war, untersucht: Warum schien es erforderlich, neben der Kammer im Jahr 1920 eine zweite provinzielle Spitzenorganisation der Ärzte zu installieren? Welche speziellen Zwecke erfüllte der Verband, den Schneider von seiner Gründung an über zehn Jahre leitete?

Als Vorsitzender des Ärzteverbands tat sich Schneider insbesondere in den krisengeladenen Anfangsjahren der Weimarer Republik hervor. Die Inflation führte dazu, dass viele Mediziner in ihrer Existenz bedroht waren. Es wird gefragt, mit welchen Maßnahmen Schneider und die brandenburgischen Ärztevertretungen dem begegneten. Hinzu kam, dass auch die Sozialversicherung angesichts der prekären wirtschaftlichen Lage vor dem Zusammenbruch stand. Hieraus ergaben sich brisante Konflikte um die kassenärztliche Honorierung, die von den Verbänden der Ärzte- und Krankenkassenverbänden ausgetragen wurden. Wie sich diese Auseinandersetzungen in der Provinz Brandenburg gestalteten und welche Rolle Schneider hierbei einnahm, wird untersucht. Tiefergehende Betrachtung erfahren in diesem Zusammenhang der reichsweite Ärztestreik im Winter 1923/24, zu dem es aufgrund der vorgesehenen staatlichen

Neuordnung des Kassenarztrechts kam, und die sich anschließende Regulierung des Arzt-Kassen-Konflikts unter Schneiders Beteiligung.

Nachfolgend beschäftigt sich die Arbeit mit der Entwicklung des Kammerwesens. Schneider nahm 1928 den Vorsitz der neu geschaffenen Ärztekammer für die Provinzen Brandenburg und Grenzmark Posen-Westpreußen ein, die sich von den Berliner Ärzten abgespalten hatte. Die Gründe für eine Kammertrennung und Schneiders Position hierzu werden dargelegt. Zudem wird den Fragen nachzugehen sein, welchen spezifischen standespolitischen Interessen sich die neue Kammer unter Schneiders Leitung annahm und inwiefern es gelang, diese durchzusetzen.

Eine Untersuchung Schneiders standespolitischer Wirksamkeit kann sich nicht auf die Provinz Brandenburg beschränken, denn auch in den reichsweiten Verbänden der Ärzte bekleidete er hohe Ämter. Insbesondere befasst sich die Arbeit mit seinen Verpflichtungen, Zielen und Einflussmöglichkeiten als DÄVB-Geschäftsführer.

In den letzten Jahren der Weimarer Epoche beschäftigten den Ärztestand mit Schneider als einem seiner Spitzenvertreter vordringlich die Auswirkungen der Weltwirtschaftskrise von 1929. Im Vergleich zur Inflationszeit soll aufgezeigt werden, wie sich die erneuten ökonomischen Missstände im Arzt-Kassen-Verhältnis bemerkbar machten und welche Lösungsstrategien angesichts der abermaligen Existenznot der Sozialversicherung seitens des Staats, der Krankenkassen und der Ärzte erarbeitet wurden.

Die Machtübernahme der Nationalsozialisten zog eine Umgestaltung und Ideologisierung der Gesundheits- und ärztlichen Berufspolitik nach sich. Alle ärztlichen Organisationen wurden gemäß dem Führerprinzip gleichgeschaltet und später in die KVD und die Reichsärztekammer überführt. Unerwünschte Kollegen fanden in der Standespolitik und im ärztlichen Berufsleben keinen Platz mehr. Gefragt wird zunächst, inwiefern sich das nationalsozialistische Ideen- und Gedankengut bereits vor 1933 im brandenburgischen Ärztestand ausbreitete. Dabei wird ermittelt, ob bekennende Nationalsozialisten leitende Positionen in den Berufsorganisationen bekleideten und ob sie als Gefahr für die berufliche Autonomie wahrgenommen wurden. Von Interesse ist vor allem, welche Haltung Schneider gegenüber den nationalsozialistisch gesinnten Kollegen einnahm. Anschließend werden die Mechanismen zur Instrumentalisierung der ärztlichen Standesinstitutionen am Beispiel des DÄVB sowie der Ärztekammer und des Ärzteverbands der Provinz Brandenburg erläutert. Zugleich wird aufgezeigt, wie sich das brandenburgische Gesundheitswesen als Ort der nationalsozialistischen Ausgrenzung, Entrechtung und Vertreibung jüdischer und politisch missliebiger Ärzte erwies.

Im besonderen Maß wird thematisiert, wie Schneider auf die Gleichschaltung des Ärztetands und die Ausschaltung von Kollegen reagierte bzw. welche Argumente gegen sein Mitwirken im NS-Regime sprachen und für ihn ausschlaggebend waren, bis Mitte 1934 alle berufspolitischen Ämter niederzulegen. Es ist zu prüfen, ob Schneider in irgendeiner Form Widerstand gegen die Maßnahmen der Nationalsozialisten leistete. Darüber hinaus wird auf seine Tätigkeit nach dem Ausscheiden aus der aktiven Standespolitik einzugehen sein. Die Pflege seiner Stiftung zur Fürsorge von Arztwitwen, die der brandenburgische Ärzteverband ihm zu Ehren im Jahr 1930 errichtet hatte, steht hierbei im Mittelpunkt.

In einem Exkurs werden die Probleme der ärztlichen Versorgung der brandenburgischen Zivilbevölkerung während des Zweiten Weltkriegs betrachtet, da diese beim Neuaufbau des Gesundheits- und ärztlichen Berufswesens in der SBZ von entscheidender Bedeutung waren.

Im letzten Teil widmet sich die Arbeit Schneiders berufspolitischem Wirken nach dem Zweiten Weltkrieg. Auf Anweisung der Sowjetischen Militäradministration in Deutschland (SMAD) wurden die Deutsche Zentralverwaltung für das Gesundheitswesen (DZVG) sowie Provinzial- bzw. Landesgesundheitsämter errichtet und mit dem Wiederaufbau des Gesundheitswesens betraut. Die chaotischen Zustände der Nachkriegszeit forderten aber auch die standespolitische Verantwortung Schneiders. Es ist zu ergründen, warum er sein Engagement im Juli 1945 wiederaufnahm. Seine Initiativen zur Wiederbelebung einer selbstverwalteten ärztlichen Berufsorganisation im Nachkriegsjahr 1945/46 werden dargelegt und bewertet.

Eine Berufsvertretung wurde den Ärzten der SBZ lediglich im Rahmen der Gewerkschaft zugestanden. Die brandenburgischen Ärzte schlossen sich auf Schneiders Initiative und unter seiner Leitung im Frühjahr 1946 zu einer Fachgruppe im FDGB zusammen. Welche konkreten Kompetenzen Schneider dabei oblagen und inwiefern diese Ärztevertretung mit seinen persönlichen Ansprüchen an eine autonome ärztliche Standespolitik vereinbar war, wird dargestellt. Zudem gilt es herauszufinden, inwiefern es ihm gelang, Befugnisse zur beruflichen Selbstverwaltung und gesundheitspolitische Mitspracherechte für die Ärzte zurückzugewinnen, und in welchem Umfang er über seine Funktion als Fraktionsvorsitzender der LDP im Landtag von Brandenburg Einfluss auf die Gesundheits- und ärztliche Berufspolitik nehmen konnte.

1.3 Forschungsstand und Quellenlage

Historische Untersuchungen zur ärztlichen Standespolitik setzten in den 1970/80er Jahren mit dem Beginn der Sozialgeschichtsschreibung ein. Im Vordergrund stand zunächst der Professionalisierungsprozess innerhalb der Ärzteschaft im 19. Jahrhundert, im Zuge dessen sich das Standeswesen und eng damit verbunden die berufliche Selbstverwaltung etablierten. Pionierarbeit in der Erforschung dieser Zeit leisteten vor allem Hans Michael Schmaltz mit seiner 1977 veröffentlichten Dissertation *Von der Medizinalreformbewegung zur Standesorganisation der Ärzte*³⁴ und acht Jahre später Claudia Huerkamp mit ihrer viel zitierten Monografie *Der Aufstieg der Ärzte im 19. Jahrhundert*³⁵. Einen etwas größeren Untersuchungszeitraum vom ausgehenden 18. Jahrhundert bis zur Machtübernahme 1933 bediente Paul Trüb mit seinem Aufsatz über *Die geschichtliche Entwicklung des ärztlichen Standeswesens in Deutschland*³⁶, der bereits 1961 in der Medizinischen Monatsschrift erschien.

Den größten Umfang der medizinhistorischen Forschung und Aufarbeitung nimmt die NS-Zeit ein. Anlass für die beginnende systematische Auseinandersetzung mit der nationalsozialistischen Vergangenheit bot der Gesundheitstag im Mai 1980, der als Gegenveranstaltung zum 83. Deutschen Ärztetag, der Hauptversammlung der Bundesärztekammer, an der Technischen Universität Berlin ausgerichtet wurde. Der hauptsächlich von jüngeren Ärzten, Medizinhistorikern und Journalisten organisierte Gesundheitstag stellte bis dahin die mit 15.000 Teilnehmern umfangreichste und erste öffentlichkeitswirksame Beschäftigung mit der Rolle der Ärzteschaft und ihrer Berufsorganisationen bei der Erarbeitung und Realisierung der NS-Gesundheitspolitik dar. Zur Diskussion standen weitgefächerte Themen wie ideologische Grundsatzfragen, die Entwicklung des Standeswesens unter dem Führerprinzip, Berufsverbote, die Verfolgung jüdischer und politisch missliebiger Ärzte, ‚Euthanasie‘, medizinische Verbrechen und Widerstand,³⁷ die nachfolgend in der Bundesrepublik und darüber hinaus vie-

³⁴ Hans Michael Schmaltz, *Von der Medizinalreformbewegung zur Standesorganisation der Ärzte*. Ein Beitrag zur Soziologie der Organisation und Entwicklung des ärztlichen Berufsstandes in Deutschland von der Mitte des 19. Jahrhunderts bis zum Anfang des 20. Jahrhunderts, Diss., Frankfurt am Main 1977.

³⁵ Claudia Huerkamp, *Der Aufstieg der Ärzte im 19. Jahrhundert*. Vom gelehrten Stand zum professionellen Experten. Das Beispiel Preußen (= Kritische Studien zur Geschichtswissenschaft, Bd. 68), Göttingen 1985.

³⁶ Carl Ludwig Paul Trüb, *Die geschichtliche Entwicklung des ärztlichen Standeswesens in Deutschland*. Ein Rückblick vom Jahre 1832 bis zum Jahre 1932, in: *Medizinische Monatsschrift*, Jg. 15, H. 5, 1961, S. 332-341, 478-488.

³⁷ Die Vorträge und Ergebnisse des Gesundheitstages wurden veröffentlicht durch Gerhard Baader/Ulrich Schultz (Hrsg.), *Medizin und Nationalsozialismus. Tabuisierte Vergangenheit – Ungebrochene Tradition? Dokumentation des Gesundheitstages Berlin 1980*, 4. Aufl., Frankfurt am Main 1989 (1. Aufl. Berlin 1980). Neben dem Tagungsband waren die wichtigste Grundlage der 1980 beginnenden Vergangenheitsbewältigung der Ärzteschaft die von Alexander Mitscherlich und Fred Mielke unter dem Titel *Medizin ohne Menschlichkeit* bereits 1949 in Frankfurt am Main herausgegebenen und kommentierten Dokumente des Nürnberger Ärzteprozesses,

lerorts näher erforscht wurden und in zahlreichen Publikationen mündeten³⁸ – ein Trend, der bis heute anhält.

Ein Forschungsbericht Robert Jüttes, Leiter des Instituts für Geschichte der Medizin der Robert Bosch Stiftung in Stuttgart, den er 2011 in Zusammenarbeit mit weiteren bedeutenden Medizinhistorikern erstellte, konstatiert, die Literatur zur Geschichte der Medizin im Nationalsozialismus lasse sich „inzwischen kaum noch überblicken“.³⁹ Eine starke Zunahme verzeichnen dabei Studien aus biographischer, stadt- bzw. regional- und institutionengeschichtlicher Perspektive, so beispielsweise seit Beginn der 2000er Jahre für den Berliner Raum. Hier sei auf die Publikationen Rebecca Schwochs verwiesen.⁴⁰ Unlängst bearbeiteten Susanne Doetz und Christoph Kopke über die Historische Kommission Berlin e. V. das Projekt *Verfolgte Ärztinnen und Ärzte des Berliner öffentlichen Gesundheitswesens (1933-1945)*, das 2013 im Medizinischen Museum der Charité vorgestellt wurde.⁴¹ Erforscht wurden die Auswirkungen des *Gesetzes zur Wiederherstellung des Berufsbeamtentums* auf die Strukturen des städtischen Gesundheitswesens im nationalsozialistischen Berlin. In diesem Rahmen wurde eine biographische Datenbank zum ehrenden Gedenken an die verfolgten Mediziner erarbeitet.⁴² Mitunter finden auch die ärztliche Selbstverwaltung und ihre Organisationsstrukturen in den Abhandlungen zur NS-Zeit Beachtung.

die zuletzt 2012 in der 18. Auflage erschienen. Zudem beschäftigten sich vor dem Gesundheitstag schon einige medizinhistorische Institute mit Einzelfragen zum Thema Medizin und Nationalsozialismus.

³⁸ Zum Beispiel: Projektgruppe „Volk und Gesundheit“, *Volk und Gesundheit. Heilen und Vernichten im Nationalsozialismus. Begleitbuch zur gleichnamigen Ausstellung im Ludwig-Uhland-Institut für Empirische Kulturwissenschaft der Universität Tübingen, Frankfurt am Main 1988* (1. Aufl. Tübingen 1982); Fridolf Kudlien unter Mitarb. von Gerhard Baader u.a., *Ärzte im Nationalsozialismus*, Köln 1985; Martin Broszat u.a., *Medizin im Nationalsozialismus* (= Kolloquien des Instituts für Zeitgeschichte), München 1988; Robert Jay Lifton, *Ärzte im Dritten Reich*, 2. Aufl., Stuttgart 1996 (1. Aufl. 1988); Norbert Frei (Hrsg.), *Medizin und Gesundheitspolitik in der NS-Zeit* (= Schriftenreihe der Vierteljahreshefte für Zeitgeschichte, Sondernr.), München 1991; Michael H. Kater, *Ärzte als Hitlers Helfer*, Hamburg/Wien 2000; Schwoch, *Ärztliche Standespolitik*; Anke Schulze, *Tötende Ärzte. Mediziner im Nationalsozialismus. Eine soziologische Studie*, Peine 2012.

³⁹ Robert Jütte in Verbindung mit Wolfgang U. Eckart, Hans-Walter Schmuhl und Winfried Süß, *Medizin und Nationalsozialismus. Bilanz und Perspektiven der Forschung*, 2. Aufl., Göttingen 2011 (1. Aufl. 2011), S. 7.

⁴⁰ In chronologischer Reihenfolge erschienen u.a. Rebecca Schwoch, *Jüdische Kassenärzte rund um die neue Synagoge Berlin* (= *Jüdische Miniaturen*, Bd. 54), Berlin 2006; dies./Judith Hahn, *Anpassung und Ausschaltung. Die Berliner Kassenärztliche Vereinigung im Nationalsozialismus*, Berlin 2009; Rebecca Schwoch (Hrsg.), *Berliner jüdische Kassenärzte und ihr Schicksal im Nationalsozialismus. Ein Gedenkbuch*, Berlin 2009; dies., Herbert Lewin, *Arzt – Überlebender – Zentralratspräsident* (= *Jüdische Miniaturen*, Bd. 186), Berlin 2016.

⁴¹ Der zugehörige Forschungsband wurde 2018 publiziert: Susanne Doetz/Christoph Kopke, „und dürfen das Krankenhaus nicht mehr betreten“. Der Ausschluss jüdischer und politisch unerwünschter Ärzte und Ärztinnen aus dem Berliner städtischen Gesundheitswesen 1933-1945, Berlin 2018. Schon 2011 wurde im Landesarchiv Berlin eine Tagung zu biographischen, personalpolitischen und strukturellen Auswirkungen der Vertreibung jüdischer und politisch missliebiger Ärzte aus dem öffentlichen Gesundheitswesen im Nationalsozialismus veranstaltet. Als Tagungsband erschien dazu dies./Thomas Beddies (Hrsg.): *Jüdische Ärztinnen und Ärzte im Nationalsozialismus. Entrechtung, Vertreibung, Ermordung* (= *Europäisch-jüdische Studien*, Bd. 12), Berlin/Boston 2014.

⁴² Die Datenbank ist online frei zugänglich unter <http://geschichte.charite.de/verfolgte-aerzte/> (Stand: 10. Juni 2018).

Darüber hinaus wurden einige Überblickswerke und empirische Untersuchungen zur Historie der deutschen Ärzteschaft und ihrer Standesorganisationen publiziert. Zunächst erschien dabei 1979 Franz F. Stobrawas einschlägige Literatur zur Entstehung und Struktur der *ärztlichen Organisationen in der Bundesrepublik Deutschland*⁴³, dem Gerd Hörnemanns verwaltungswissenschaftliche Arbeit zur *Selbstverwaltung der Ärztekammern*⁴⁴ und das umfassende Werk des Rechtswissenschaftlers Jochen Taupitz zu den *Standesordnungen der freien Berufe*⁴⁵, das auch historische Abhandlungen zur Entwicklung des ärztlichen Standeswesens enthält, folgten. Den einzelnen Epochen des ärztlichen Organisationswesens vom beginnenden 19. Jahrhundert bis zur deutschen Wiedervereinigung widmet sich ausführlicher der 1997 von Robert Jütte herausgegebene Sammelband zur *Geschichte der deutschen Ärzteschaft*.⁴⁶ Neben Jütte, seit 2016 stellvertretender Vorsitzender des wissenschaftlichen Beirats der Bundesärztekammer, konzipierten das Werk weitere renommierte Autoren aus den Reihen der Ärzte- und Geschichtswissenschaft, unter anderem Norbert Jachertz, der langjährige Chefredakteur des *Deutschen Ärzteblattes*. Nicht unerwähnt bleiben sollten in diesem Zusammenhang die Publikationen der heutigen Repräsentationsorgane der Ärzteschaft, so zum Beispiel das eben genannte *Deutsche Ärzteblatt*, die Schriftenreihe des Hartmannbundes oder auch die Ärzteblätter der Landesärztekammern, die zum Teil auch ihre eigene Vergangenheit aufarbeiten, allerdings eher überblicksmäßig und nicht immer unter Berücksichtigung strenger geschichtswissenschaftlicher Standards.

Hervorzuheben sind vielmehr einige regionalgeschichtliche Studien wie Gerhard Vogts umfangreiche Publikation zur *Ärztlichen Selbstverwaltung im Wandel*⁴⁷, betrachtet am Beispiel der Ärztekammer Nordrhein, Reyk Seelas Vereins- und Standesgeschichte zur *Ärzteschaft in Thüringen*⁴⁸ sowie als neueste Untersuchung die *Geschichte der hessischen Ärztekammern*⁴⁹ von Benno Hafener, Marcus Velke und Lucas Frings aus dem Jahr 2016. Konzentriert sich die Thüringen-Studie auf die Historie bis zur Gründung der DDR, legen die Bücher von Vogt und Hafener et al. einen starken zeitgeschichtlichen Fokus auf die Entwicklung der Kammern nach dem Zweiten Weltkrieg. Letztgenanntes überzeugt zudem mit einem ausführlichen

⁴³ Franz F. Stobrawa, *Die ärztlichen Organisationen in der Bundesrepublik Deutschland. Entstehung und Struktur* (= Ämter und Organisationen der Bundesrepublik Deutschland, Bd. 52), Düsseldorf 1979. Zuletzt erschien die dritte Auflage unter leicht abgewandeltem Titel.

⁴⁴ Hörnemann, *Die Selbstverwaltung*.

⁴⁵ Taupitz, *Die Standesordnungen*.

⁴⁶ Robert Jütte (Hrsg.), *Geschichte der deutschen Ärzteschaft. Organisierte Berufs- und Gesundheitspolitik im 19. und 20. Jahrhundert*, Köln 1997.

⁴⁷ Vogt, *Ärztliche Selbstverwaltung*.

⁴⁸ Seela, *Die Ärzteschaft*.

⁴⁹ Benno Hafener/Marcus Velke/Lucas Frings, *Geschichte der hessischen Ärztekammern 1887-1956. Autonomie – Verantwortung – Interessen* (= Wochenschau Wissenschaft), Schwalbach am Taunus 2016.

Kapitel zur nationalsozialistischen Gesundheitspolitik inklusive eines kommentierten statistisch-empirischen Teils über Mitgliedschaften hessischer Ärzte in NS-Organisationen. Grundlagenforschung aus regional-spezifischer Sicht wurde ebenso für Berlin betrieben, insbesondere durch den hiesigen Arzt und Medizinhistoriker Manfred Stürzbecher.⁵⁰

Weniger berücksichtigt bleiben in der geschichtswissenschaftlichen Auseinandersetzung mit dem ärztlichen Standeswesen bis auf einige Ausnahmen die Weimarer Epoche sowie die Neustrukturierung des Gesundheitssystems einschließlich der Verwaltung des Arztberufes in der SBZ.⁵¹ Insgesamt muss die Erforschung der Entwicklung beruflicher Autonomie innerhalb der Ärzteschaft deshalb noch immer als unzureichend bezeichnet werden.

Des Weiteren fehlt es an Fachliteratur, die sich eigens mit der Geschichte der ärztlichen Selbstverwaltung und den führenden Standespolitikern in Brandenburg auseinandersetzt. Die Festschriften der Kassenärztlichen Vereinigung⁵² und der Landesärztekammer⁵³ zu ihrem zwanzigjährigen Bestehen sowie knappere Beiträge des Cottbuser Arztes Eberhard Hetzke⁵⁴ und Manfred Stürzbechers⁵⁵ im *Brandenburgischen Ärzteblatt* bzw. im *Cottbuser Heimatkalender* bieten lediglich überschaubare Einblicke in die Thematik. Auch zu Georg Schneider liegen kaum biographische Informationen vor. Einzig Heinz Goerke widmet sich in einem Kapitel seiner *Heilkunde im alten Potsdam*⁵⁶ dem Leben und Wirken Schneiders. Vor allem

⁵⁰ In Reihenfolge ihrer Erscheinung sind folgende seiner Studien hervorzuheben: Manfred Stürzbecher, Zur Geschichte der ärztlichen Vereinigungen in Berlin im 18. und 19. Jahrhundert, in: Medizinische Mitteilungen, Bd. 21, Nr. 5, 1960, S. 209-217; ders., Beiträge zur Berliner Medizingeschichte. Quellen und Studien zur Geschichte des Gesundheitswesens vom 17. bis zum 19. Jahrhundert (= Veröffentlichungen der Historischen Kommission zu Berlin, Bd. 18), Berlin 1966; ders., Von den Anfängen ärztlicher Standespolitik in Berlin, in: Berliner Ärzteblatt, Nr. 81, 1968, S. 10f.; ders., Die Anfänge der Ärztekammer in Berlin vor 100 Jahren, in: Die Berliner Ärztekammer, Nr. 25, 1988, S. 102f.

⁵¹ Entsprechende Forschungsergebnisse enthalten beispielsweise der Aufsatz von Klaus-Dieter Müller, Die Ärzteschaft im staatlichen Gesundheitswesen der SBZ und DDR 1945-1989, in: Robert Jütte (Hrsg.), Geschichte der deutschen Ärzteschaft. Organisierte Berufs- und Gesundheitspolitik im 19. und 20. Jahrhundert, Köln 1997, S. 243-273, sowie die Publikationen von Gerst, Ärztliche Standesorganisation, S. 82-103; Heike Krumbiegel, Polikliniken in der SBZ/DDR. Konzeption und Umsetzung öffentlicher, poliklinischer Einrichtungen unter der besonderen Berücksichtigung Brandenburgs (= Reihe Psychosoziale Aspekte in der Medizin), Frankfurt am Main 2007; 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 (= Reihe Psychosoziale Aspekte in der Medizin), Frankfurt am Main 2002; Gerhard Naser, Hausärzte in der DDR. Relikte des Kapitalismus oder Konkurrenz für die Polikliniken? Bergatreute 2000; Wilhelm Weiß, Das Gesundheitswesen in der sowjetischen Besatzungszone, 3., völlig umgearb. und erw. Aufl. (= Bonner Berichte aus Mittel- und Ostdeutschland), Bonn 1957 (1. Aufl. 1952).

⁵² Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg (Hrsg.), 20 Jahre KVBB – eine Erfolgsgeschichte, Berlin 2010.

⁵³ Landesärztekammer Brandenburg (Hrsg.), Festschrift 20 Jahre Landesärztekammer Brandenburg. 1990-2010, Cottbus 2010.

⁵⁴ Eberhard Hetzke, Entwicklung des ärztlichen Vereinswesens und Errichtung der Ärztekammer der Provinz Brandenburg und des Stadtkreises Berlin, in: Brandenburgisches Ärzteblatt, Nr. 6, 1999, S. 234f.; ders., Von der Bangeschen Societät zur Ärztekammer. Das Vereinsleben der Ärzte in Cottbus und Umgebung im 18. und 19. Jahrhundert, in: Cottbuser Heimatkalender 2004, S. 66-71.

⁵⁵ Manfred Stürzbecher, Einige Bemerkungen zur Geschichte der Ärztekammer für Brandenburg, in: Brandenburgisches Ärzteblatt, Nr. 6, 1999, S. 235f., 239.

⁵⁶ Heinz Goerke, Heilkunde im alten Potsdam, Hildesheim/Zürich/New York 2002, S. 163-178.

hebt er dabei dessen standespolitische Leistungen auf überregionaler Ebene in den 1920er Jahren hervor. Auf sein Wirken in Brandenburg wird nur ansatzweise eingegangen.

Die vorliegende Arbeit nimmt sich demnach eines Forschungsdesiderats an. Sie versteht sich als wichtiger Teil des Projektes *Sozialfürsorge in Brandenburg*, das seit 2005 innerhalb der eigenständigen Arbeitsstelle Medizingeschichte an der Professur Geschichte des 19./20. Jahrhunderts der Universität Potsdam angesiedelt ist. Die Brandenburgische Historische Kommission e. V. übernahm im Oktober 2008 die Trägerschaft des Projektes. Das Gesamtziel – eine ausgiebige Aufarbeitung und Dokumentation der brandenburgischen Medizingeschichte – ist in einer bisher auf 24 Bände angewachsenen Schriftenreihe verwirklicht worden und für eine breite Öffentlichkeit nachlesbar.⁵⁷ Aktuell beschäftigt sich das Projekt schwerpunktmäßig mit der Thematik *Brandenburgische Ärzte zwischen Kaiserreich und DDR*. Die vorliegende Dissertation reiht sich hier ein. Zentrale Ergebnisse werden in den zugehörigen Forschungsband, der im Frühjahr 2019 erscheinen wird, einfließen.

Zur Erarbeitung des Dissertationsthemas konnte auf ein reichhaltiges Material an gedruckten und archivalischen Quellen zurückgegriffen werden. Als primäre Referenzen bezüglich der Entwicklung der brandenburgischen Ärzteorganisationen in Kaiserreich und Weimarer Republik dienten sowohl diverse Verhandlungsprotokolle von Ärztekammersitzungen⁵⁸, wobei im Besonderen die niedergeschriebenen Redebeiträge Georg Schneiders eingehend ausgewertet wurden, als auch die Jahrgänge 1922 bis 1933 des brandenburgischen Ärzteblattes⁵⁹. Als

⁵⁷ In der Schriftenreihe erschienen in folgender Reihenfolge u.a. folgende Titel: Kristina Hübener (Hrsg.), Brandenburgische Heil- und Pflegeanstalten in der NS-Zeit (= Schriftenreihe zur Medizin-Geschichte, Bd. 3), Berlin 2002; Wolfgang Rose mit einem Beitrag von Annette Weinke, Anstaltspsychiatrie in der DDR. Die brandenburgischen Kliniken zwischen 1945 und 1990 (= Schriftenreihe zur Medizin-Geschichte, Bd. 9), Berlin 2005; Kristina Hübener/Wolfgang Rose (Hrsg.), Krankenhäuser in Brandenburg. Vom mittelalterlichen Hospital bis zum Krankenhaus in der Moderne (= Schriftenreihe zur Medizin-Geschichte, Bd. 16), Berlin 2007; Susanne Doetz, Alltag und Praxis der Zwangssterilisation. Die Berliner Universitätsfrauenklinik unter Walter Stoeckel 1942-1944 (= Schriftenreihe zur Medizin-Geschichte, Bd. 19), Berlin 2011; Kristina Hübener/Andreas Ludwig/René Schreiter (Hrsg.), Soziale Stiftungen und Vereine in Brandenburg. Vom Deutschen Kaiserreich bis zur Wiederbegründung des Landes Brandenburg in der Bundesrepublik (= Schriftenreihe zur Medizin-Geschichte, Bd. 22), Berlin 2012.

⁵⁸ Verhandlungen der Aerztekammer für die Provinz Brandenburg und den Stadtkreis Berlin, Wahlper. 1-10, Berlin 1888-1922; Verhandlungen der Aerztekammer für die Provinzen Brandenburg und Grenzmark Posen-Westpreußen und die Stadt Berlin, Wahlper. 11, Berlin 1924-1927.

⁵⁹ Dieses ist unter den folgenden, geringfügig voneinander abweichenden Bezeichnungen erschienen: Aerzteblatt der Provinz Brandenburg. Herausgegeben im Auftrage des Aerzteverbandes der Provinz Brandenburg von Sanitätsrat Dr. Landsberg, Oldenburg 1922; Aerzteblatt der Provinzen Brandenburg, Grenzmark und Pommern. Anknüpfungsorgan der Aerztekammern für die Provinz Brandenburg, den Stadtkreis Berlin und für die Provinz Pommern, Oldenburg 1923-1928; Aerzteblatt der Provinzen Brandenburg, Grenzmark und Pommern. Anknüpfungsorgan der Aerztekammern für die Provinzen Brandenburg und Grenzmark Posen-Westpreußen und für die Provinz Pommern, Oldenburg 1928-1933; danach Ärzteblatt für Brandenburg. Nachrichtenblatt der Kassenärztlichen Vereinigung Deutschlands, Provinzstelle Brandenburg (und der Ärztekammer für die Provinzen Brandenburg, Grenzmark Posen-Westpreußen), Oldenburg 1934-1938. Amtliches Veröffentlichungsorgan der Ärztekammer und der KVD-Provinzstelle Brandenburg von März 1938 bis zu seiner Einstellung 1941 war das Ärzteblatt für Berlin, Mark Brandenburg und Pommern, Berlin 1938-1941. Der Einfachheit und Einheitlichkeit halber

„Trägerin der Korrespondenz zwischen [Kammer,] Verband und zugehörigen Aerzten“⁶⁰ gibt Letzteres ein getreues Spiegelbild von Aufbau und Wirken der provinziellen Spitzenorganisationen der Ärzte in Brandenburg und reflektiert sämtliche Ereignisse, die den brandenburgischen Ärztestand in der Weimarer Epoche berührt haben. Im Mittelpunkt stehen hierbei die wirtschaftlichen Krisen um die Jahre 1923 und 1929 sowie die damit verknüpften Probleme hinsichtlich der Auslegung und Regelung des Kassenarztrechts. Von Bedeutung sind aber auch gesundheitspolitische Themen, die in den Heften näher beleuchtet werden. Anfangs fungierte das Ärzteblatt nur als Mitteilungsheft des provinziellen Ärzteverbandes, bereits 1923 aber auch als Ankündigungsorgan der Kammer. Im Zuge der Konstituierung einer selbständigen Kammer für die Provinzen Brandenburg und Grenzmark Posen-Westpreußen wurde es fünf Jahre darauf zu ihrem amtlichen Publikationsorgan. Die Leitartikel im Ärzteblatt wurden bis dahin hauptsächlich vom jüdischen Sanitätsrat Max Landsberg, dem Geschäftsführer des brandenburgischen Ärzteverbandes, verfasst. Zudem konnten mehrere Beiträge Schneiders ausfindig gemacht werden.

Die Machtübernahme der Nationalsozialisten wirkte sich unmittelbar mit der Absetzung Landsbergs und der Neuausrichtung des Ärzteblatts aus. Fortan stand es unter nationalsozialistischer Schriftführung und diente vor allem dem Ideologietransfer. Demgemäß wurde es einer eigenen Aussage zufolge von 1934 bis zu seiner Einstellung am 1. März 1938 von der KVD-Provinzstelle Brandenburg mit dem vornehmlichen Zweck herausgegeben, „am Aufbau des Dritten Reiches mitzuarbeiten“.⁶¹ Das Ärzteblatt ist für die Erforschung der NS-Zeit unverzichtbar, da hieran die Gleichschaltung und Umstrukturierung des brandenburgischen Ärztestands analysiert werden kann. In der Deutschen Nationalbibliothek am Standort Leipzig wurden alle vorhandenen Ausgaben des Ärzteblattes sowie eine Vielzahl von Verhandlungsniederschriften der Ärztekammer eingesehen.

Weitere, zum Teil äußerst ertragreiche gedruckte Quellen stellen die Broschüren, Jubiläumsschriften und sonstigen Veröffentlichungen, die von Vertretern verschiedenster ärztlicher Organisationen verfasst wurden, dar.⁶² 1890 legte Eduard Graf, zu diesem Zeitpunkt Vorsitzen-

erfolgen die Einzelnachweise aus dem brandenburgischen Ärzteblatt nachfolgend nach dem Muster: *ggf. Autor, Bezeichnung des Artikels*, in: *ÄB BB*, Nr. *Ausgabennummer* vom *Erscheinungstag*, S. *Seite(n)*.

⁶⁰ G. Lennhoff, Aktive Aertzepolitik, in: *ÄB BB*, Nr. 3 vom 1. August 1922, S. 19f., hier S. 20.

⁶¹ Walter Miemietz, Zum Geleit!, in: *ÄB BB*, Nr. 1 vom 1. Januar 1934, S. 3f., hier S. 3.

⁶² Hier ließen sich, gerade mit Blick auf die Geschichte einzelner Vereine, zahlreiche Beispiele nennen. Neben den in den nachfolgenden Anmerkungen angeführten Schriften seien hervorgehoben: Hermann Bass, *Die geschichtliche Entwicklung des ärztlichen Standes und der medizinischen Wissenschaften*, Berlin 1896; Friedrich August Heinrich Berger, *Geschichte des ärztlichen Vereinswesens in Deutschland*, Frankfurt am Main 1896; Kurt Finkenrath, *Die Organisation der deutschen Ärzteschaft. Eine Einführung in die Geschichte und den gegenwärtigen Aufbau des wissenschaftlichen, standes- und wirtschaftspolitischen ärztlichen Vereinslebens*, Berlin 1928; ders., *Die Medizinalreform. Die Geschichte der ersten deutschen ärztlichen Standesbewegung von 1800-*

der des DÄVB und Mitglied im preußischen Abgeordnetenhaus, anlässlich des 10. Internationalen Medizinischen Kongresses beispielsweise eine Festschrift⁶³ vor, die für die Aufarbeitung der Entstehungsgeschichte ärztlicher Vereine, ihres Dachverbandes und des Kammerwesens unabdingbar ist. Neben einer ausführlichen allgemeinen historischen Abhandlung enthält die Schrift einen speziellen Teil, in dem das Vereinswesen in den einzelnen deutschen Staaten und Provinzen näher betrachtet wird, und eine tabellarische Übersicht aller bekannten Ärztevereinigungen. Zudem gibt die Quelle einen Einblick in die Verhandlungen der bis 1890 ausgetragenen Deutschen Ärztetage. Die Gründungs- und Etablierungsphase der Ärztekammer Berlin-Brandenburg lässt sich anhand einer Denkschrift ihres langjährigen Schriftführers Heinrich Joachim⁶⁴ nachvollziehen. Sie wurde anlässlich der Feier zum 25-jährigen Bestehen der Kammer am 9. November 1912 herausgegeben⁶⁵ und fasst chronologisch wie statistisch die Kammergeschichte bis zum Ersten Weltkrieg zusammen. Darüber hinaus wurden in einigen Ärztezeitschriften aus den Jahren 1949/50 Nachrufe auf Georg Schneider⁶⁶ abgedruckt, die auch Goerke in seinem biographischen Kapitel zu Schneider berücksichtigt hat. Ebenso von Bedeutung sind zahlreiche normative Quellen in Form von Gesetzestexten zum ärztlichen Organisations- und Gesundheitswesen. Diese sind in der Preußischen Gesetzsammlung⁶⁷ bzw. in den Reichsgesetzblättern⁶⁸ vereint aufzufinden und geben Aufschluss über die sich wandelnden Bedingungen und Strukturen.

Weite Teile der Dissertation basieren auf bisher unveröffentlichtem Material aus Archiven und Forschungseinrichtungen. Zuerst ist hier der Nachlass Heinz Goerkes⁶⁹ zu nennen, der als

1850 (= Studien zur Geschichte der Medizin, Bd. 17), Leipzig 1929; Arthur Gabriel, Die staatliche Organisation des deutschen Aerztestandes, Berlin 1919; Karl Haedenkamp, Die Gesundheitspolitik des Reiches und die Ärzte, Leipzig 1928; Otto Heinze, Der Deutsche Ärztevereinsbund und die ärztlichen Standesvertretungen in Deutschland von 1890 bis 1912, 2 Bde., Leipzig 1918-1919; Georg Kuhns, Fünfundzwanzig Jahre Verband der Ärzte Deutschlands (Hartmannbund), Leipzig 1925; Christoph Marx, Die Entwicklung des ärztlichen Standes seit den ersten Dezennien des 19. Jahrhunderts, Berlin 1907.

⁶³ Eduard Graf, Das ärztliche Vereinswesen in Deutschland und der Deutsche Ärztevereinsbund. Festschrift dem 10. Internationalen Medizinischen Kongress gewidmet vom Geschäftsausschuss des Deutschen Ärztevereinsverbundes und im Auftrage desselben verfasst, Leipzig 1890.

⁶⁴ Heinrich Joachim, Denkschrift über die Tätigkeit der Ärztekammer für die Provinz Brandenburg und den Stadtkreis Berlin in den ersten 25 Jahren ihres Bestehens, Berlin 1912.

⁶⁵ Siehe hierzu Geheimes Staatsarchiv Preußischer Kulturbesitz (nachfolgend: GStA PK), I. HA Rep. 76 Kultusministerium, VIII B Nr. 826, Bl. 181: Jubiläumssitzung der Aerztekammer (Eigener-Bericht), aus: Vossische Zeitung vom 10.11.1912.

⁶⁶ August de Bary, In memoriam Georg Schneider. Lebensbild eines Vorkämpfers und Vertreters der ärztlichen Berufsideale, in: Ärztliche Mitteilungen vom 1. Januar 1950, S. 14f.; Heinz Goerke, Georg Schneider †, in: Zeitschrift für ärztliche Fortbildung, H. 3/4, 1950, S. 59f.; Curt Walder, Dr. Georg Schneider †, in: Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt, Dezember 1949, S. 267.

⁶⁷ Gesetz-Sammlung für die Königlich-Preußischen Staaten, Berlin 1810-1906 (nachfolgend: GSKPS *Jahrgang*); Preußische Gesetzsammlung, Berlin 1907-1945 (nachfolgend: PrGS *Jahrgang*).

⁶⁸ Reichsgesetzblatt, T. 1, Berlin 1922-1933 (nachfolgend RGBl. *Jahrgang*).

⁶⁹ Der Arzt und Medizinhistoriker Heinz Goerke (1917-2014) war Professor für Geschichte der Medizin an der Freien Universität Berlin sowie an der Ludwig-Maximilians-Universität in München, in diesem Rahmen von

archivalischer Bestand im Institut für Geschichte der Medizin und Ethik in der Medizin an der Charité Berlin lagert und zum Zeitpunkt der Recherche weder digital erfasst noch katalogisiert war. Er wurde für diese Arbeit erstmalig und in vollem Umfang erschlossen.⁷⁰ Goerke war in der sowjetischen Besatzungszeit ein wichtiger Weggefährte Schneiders und agierte mit ihm zusammen in der Fachgruppe Ärzte im FDGB Land Brandenburg. Nach Schneiders Tod verwaltete er dessen Nachlass und legte eine Sammlung aus persönlichen Dokumenten an. Diese ist wiederum zum Bestandteil des Nachlasses Goerke geworden und umfasst etwa anderthalb laufende Meter. Ein Ordner beinhaltet Handakten zu Schneiders geschäftsführender Tätigkeit im DÄVB, Briefwechsel zu seinem Ausscheiden aus den standespolitischen Ämtern 1933/34 und einige, zum Teil aus anderen Archiven zusammengetragene Unterlagen zu seiner Tätigkeit nach dem Zweiten Weltkrieg.⁷¹

Des Weiteren liegt ein Ordner zur Dr. Georg Schneider-Stiftung vor.⁷² Diese wurde 1930 zur Ehrung Schneiders für seine Begründung und jahrelange Leitung des Ärzteverbands für die Provinz Brandenburg eingerichtet und verfolgte den Zweck, notbedürftigen Arztwitwen eine Badekur zu ermöglichen. Sie wirkte ununterbrochen bis in die 1940er Jahre und sollte nach dem Tod der Eheleute Schneider als Dr. Georg und Frieda Schneider-Stiftung weitergeführt werden.

Der Nachlass Goerkes enthält noch weitere Materialien, die für die Bearbeitung des Dissertationsthemas hilfreich waren, wie zum Beispiel einen Ordner mit Dokumenten zum Gesundheitswesen in Potsdam zwischen 1945 und 1950.⁷³ Hier finden sich Rundschreiben und weitere Schriftstücke der Fachgruppe Ärzte und ihrer Potsdamer Ortsgruppe. Nicht im Nachlass Heinz Goerkes enthalten und somit vermutlich verlorengegangen sind eine dreibändige *Geschichte der wirtschaftlichen ärztlichen Organisation und des Schutzverbandes der Ärzte des Bezirks Potsdam*, die handschriftlich von Georg Schneider verfasst wurde, sowie Schneiders *Patienten-Protokollbuch für die Zeit vom 30. November 1923 bis 14. Juni 1925*. Im Quellen-

1967 bis 1969 Ärztlicher Direktor der Universitätsklinik Berlin-Steglitz und zwischen 1970 und 1982 des Klinikums Großhadern, die beide von ihm in Betrieb genommen wurden. Zudem begründete er das 1973 eröffnete Deutsche Medizinhistorische Museum in Ingolstadt. Siehe ausführlich Heinz Goerke, *Am Puls der Medizin. Arzt im 20. Jahrhundert. Eine Autobiographie*, Hildesheim/Zürich/New York 1996.

⁷⁰ Der Nachlass wird von Dr. Florian Bruns betreut. Ihm bin ich zu Dank verpflichtet für die Bereitstellung der Materialien.

⁷¹ IGEM, Nachlass Heinz Goerke, Ordner Dr. Georg Schneider (1875-1949) div. Mat.

⁷² Ebd., Ordner Dr. Georg Schneider-Stiftung. Eine Akte zur Dr. Georg Schneider-Stiftung ist auch im Besitz der Arbeitsstelle Medizingeschichte an der Professur Geschichte des 19./20. Jahrhunderts der Universität Potsdam (nachfolgend: AM-UP).

⁷³ IGEM, Nachlass Heinz Goerke, Ordner Ges. Wesen Potsdam 1945-50 FDGB.

verzeichnis seiner *Heilkunde im alten Potsdam* gibt Goerke an, dass sich diese ungedruckten Materialien in seinem Besitz befunden hätten.⁷⁴

Für die detaillierte Erforschung der ärztlichen Selbstverwaltung im Kaiserreich und in der Weimarer Republik durch das preußische und im Speziellen das brandenburgische Kammerwesen erwies sich die Jüngere Medizinalregistratur des Geheimen Staatsarchivs Preußischer Kulturbesitz in Berlin-Dahlem als wahre Fundgrube.⁷⁵ Hier ließen sich zudem die konfliktträchtigen Beziehungen zwischen den Ärzten und Krankenkassen respektive ihren Verbänden noch eingehender untersuchen.⁷⁶

In der Dienststelle Berlin-Lichterfelde des Bundesarchivs wurden in der dort digitalisierten NSDAP-Mitgliederkartei⁷⁷ die Akten zu den wichtigsten nationalsozialistischen Ärztefunktionären aus der Provinz Brandenburg eingesehen. Darüber hinaus konnten Dokumente zum Aufbau, zur Planung und zur Verwaltung des Gesundheitswesens während der sowjetischen Besatzungszeit erschlossen werden, die zum Bestand *DQ I Ministerium für Gesundheitswesen*⁷⁸ gehören.

Aussagekräftige und epochenübergreifende Bestände lagern im Brandenburgischen Landeshauptarchiv. Einige Amtsgerichtsakten gewähren einen breiten Einblick in das ärztliche Vereinswesen der Provinz bis zu seiner Gleichschaltung im Nationalsozialismus, so auch in die Potsdamer Ärztevereinigungen, denen Georg Schneider angehörte.⁷⁹ Zudem lässt sich die Entwicklung der Kammer Berlin-Brandenburg nachvollziehen, allerdings nur für die Zeit des Kaiserreichs.⁸⁰ Ausgiebig ausgewertet wurden die Personalakten von insgesamt 2.730 im nationalsozialistischen Brandenburg freipraktizierenden Humanmediziner. Dieser Bestand⁸¹ ergibt sich aus einem Register, das seitens der Provinzialstelle Brandenburg der Reichsärztekammer ab 1936 erstellt wurde. Dazu hatten sich alle betreffenden Ärzte zu melden und Fra-

⁷⁴ Vgl. Goerke, *Heilkunde*, S. 234.

⁷⁵ Vor allem GStA PK, I. HA Rep. 76 Kultusministerium, VIII B Nr. 765-767: Ärztekammern, 3 Bde.; Nr. 823-828: Ärztekammer für die Provinz Brandenburg und den Stadtkreis Berlin, 6 Bde.

⁷⁶ Die Grundlage hierfür bieten folgende Akten: ebd. Nr. 810-822: Ärzte und Krankenkassen, 13 Bde.; Nr. 1624-1625: Krankenversicherung, Krankenkassen, 2 Bde.; Nr. 1626-1628: Krankenversicherung, Krankenkassen, 3 Bde.; Nr. 1631-1636: Reichsgesetzliche Regelung des Verhältnisses der Ärzte und Apotheker zu den Krankenkassen/Reichsversicherungsordnung, 6 Bde.; Nr. 1637-1638: Eingaben und Pressestimmen zur Reichsversicherungsordnung, 2 Bde.

⁷⁷ Bundesarchiv Berlin-Lichterfelde (nachfolgend: BArch), R 9361-VIII: NSDAP-Zentralkartei; R 9361-IX: NSDAP-Gaukartei.

⁷⁸ Berücksichtigung in dieser Arbeit finden folgende Akten: ebd., DQ 1/18: Arbeitsbesprechungen der Leiter der Landes-, Provinzial- und Gesundheitsämter. Protokolle; DQ 1/93: Einsatz und berufsrechtliche Vertretung von Ärzten; DQ 1/117: Regelung der ärztlichen Approbation und Niederlassung, Bd. 2: 1945-1947; DQ 1/152: Notizen und Arbeitsberichte verschiedener Abteilungen.

⁷⁹ Brandenburgisches Landeshauptarchiv (nachfolgend: BLHA), Rep. 5E Amtsgericht Potsdam Nr. 932: Schutzverband der Ärzte des Bezirks Potsdam; Nr. 993: Ärzteverein zu Potsdam.

⁸⁰ Ebd., Rep. 2A Regierung Potsdam I Med Nr. 50: Die ärztliche Bundesvertretung-Ärztekammer.

⁸¹ Ebd., Rep. 72 Ärztekammer für die Provinz Brandenburg.

gebögen mit persönlichen, beruflichen und politischen Angaben einzureichen; darüber hinaus wurden weitere biographische Unterlagen gebündelt. Die Sammlung enthält auch eine Akte zu Georg Schneider.⁸² Für die sowjetische Besatzungszeit konnten zahlreiche Akten zur Neuordnung und zur Verwaltung des Gesundheitswesens⁸³ sowie zur gewerkschaftlichen Organisation der brandenburgischen Ärzte⁸⁴ genutzt werden. Mit Blick auf Schneiders parteipolitische Tätigkeit wird der Bestand zum Landtag von Brandenburg⁸⁵ umfassend berücksichtigt. Außerdem wurde auch im Brandenburgischen Landeshauptarchiv eine Akte zur Dr. Georg Schneider-Stiftung/Dr. Georg und Frieda Schneider-Stiftung⁸⁶ ausfindig gemacht.

Recherchiert wurde ferner in den städtischen Archiven in Cottbus und Frankfurt (Oder), wo zusätzliche Materialien zu Schneiders Herkunft⁸⁷, zum brandenburgischen Vereinsleben⁸⁸ und zum Organisationswesen der Ärztekammer aus regionaler Perspektive⁸⁹ erschlossen werden konnten.

Die in der Dissertation herangezogenen gedruckten und archivalischen Quellen stellen vor allem Zeitzeugnisse einzelner Ärzte und ihrer Vertretungen dar und mussten besonders kritisch untersucht werden. Sie sind zwar authentisch und übermitteln Denkweisen und Meinungen der Ärzteschaft. Jedoch wurden sie auch von dem Standpunkt und aus der Sichtweise einer überzeugten Interessengruppe verfasst und sind subjektiv wertend. Beispielsweise sollten damit ärztliche Privilegien gerechtfertigt oder die Position der Ärzteschaft gegenüber den Krankenkassen gestärkt werden. Ihnen werden soweit möglich die objektiveren Ergebnisse aus der Forschungsliteratur und weitere Quellen vergleichend gegenübergestellt.

⁸² Ebd. Nr. 3054.

⁸³ Ebd., Rep. 211 Ministerium für Gesundheitswesen Nr. 523-549.

⁸⁴ Berücksichtigung finden vor allem ebd., Rep. 250 Landratsamt Beeskow-Storkow/Fürstenwalde Nr. 1717: Organisation und Aufbau der Fachgruppe Ärzte beim FDGB Kreisvorstand Beeskow-Storkow; Rep. 347 FDGB-Landesvorstand Brandenburg Nr. 560: Informationsberichte der Ortsvorstände.

⁸⁵ Ebd., Rep. 201 Landtag.

⁸⁶ Ebd., Rep. 203 Ministerium des Innern Nr. 154: Stiftungsfragen.

⁸⁷ Stadtarchiv Frankfurt (Oder) (nachfolgend: StdA FF), Bestand I, Standesamt, Geburtenregister, Nr. 883: Geburtsurkunde Georg Otto Schneiders vom 15. Juni 1875.

⁸⁸ Stadtarchiv Cottbus (nachfolgend: StdA CB), Ludwig Wilhelm Liersch, Beiträge zur medicinischen Geschichte der Stadt und des Kreises Cottbus, Cottbus 1890.

⁸⁹ Ebd., 649/5121: Acta des Oberbürgermeisters zu Cottbus betreffend: die Aerzte-Kammer. Angefangen: 1887.

2. Entwicklungstendenzen in der Ärzteschaft bis zur Gründung des Deutschen Kaiserreichs 1871

Das 19. Jahrhundert ebnete in Deutschland den Weg in die Moderne – dies gilt gleichermaßen für Politik, Wirtschaft und Gesellschaft. Beginnend mit der Phase der Industrialisierung um 1830/40 und insbesondere in der Hochindustrialisierung nach 1880 lassen sich die Grundlagen unserer gegenwärtigen Verhältnisse wiederfinden. Exemplarisch hierfür stehen der Fortschritt in der medizinischen Wissenschaft und die damit eng verbundene Professionalisierung des Arztberufes.

Gekennzeichnet ist dieser Prozess von vier, durchaus miteinander korrelierenden, Merkmalen: dem Streben nach einem Marktmonopol, der Kontrolle der Ausbildung und des Berufszugangs, der Normierung des Verhaltens durch eine eigene Berufsethik sowie dem Erlangen und der Durchsetzung beruflicher Autonomie. Hinsichtlich des letztgenannten Punktes bildeten die ärztlichen Vereinigungen die geeignete Interessenvertretung ihres Standes.⁹⁰ Die Herausbildung des Vereins- und Standeswesens in der Ärzteschaft ist somit „Ausdruck und Bestandteil“ ihrer Professionalisierung.⁹¹

Freiwillige und eigenständige Zusammenschlüsse von Medizinern – zum Teil gemeinsam mit anderen Naturwissenschaftlern – in Form wissenschaftlicher bzw. gelehrter Gesellschaften lassen sich im deutschsprachigen Raum vereinzelt bereits für das 17. und 18. Jahrhundert nachweisen. Hierzu zählen unter anderem die 1644 bzw. 1651 gegründeten Collegia medica⁹²

⁹⁰ Vgl. Robert Jütte, Die Entwicklung des ärztlichen Vereinswesens und des organisierten Ärztstandes bis 1871, in: ders. (Hrsg.), Geschichte der deutschen Ärzteschaft. Organisierte Berufs- und Gesundheitspolitik im 19. und 20. Jahrhundert, Köln 1997, S. 15-42, hier S. 17. Zu dieser und weiteren Professionalisierungstheorien siehe ausführlich Huerkamp, Der Aufstieg, S. 14-21.

⁹¹ Hahn/Schwoch, Anpassung, S. 13.

⁹² Die Collegia medica als freiwillige Zusammenschlüsse sind zu unterscheiden von den zum Teil gleichnamigen auf obrigkeitliche Anordnung errichteten Medizinalkollegien, wie z. B. 1685 das Berliner Collegium medicum. Zur gesetzlichen Grundlage der staatlichen Reglementierung des Medizinalwesens im frühneuzeitlichen Brandenburg-Preußen siehe Königl. Preußische und Churfl. Brandenburgische Medicinal-Edict und Ordnung, wie auch erneuerte Apothecker-Taxa, aufs neue herausgegeben und publiciret unterm 22ten April. 1725, in: Christian Otto Mylius (Hrsg.), Corpus Constitutionum Marchicarum, Theil 5, Abth. 4, Berlin/Halle 1755, Sp. 9-202; Allgemeines und neugeschärfftes Medicinal-Edict und Verordnung. Vom 27ten Septembr. 1725, in: ebd., Sp. 219-256. Siehe auch Alfons Fischer, Geschichte des deutschen Gesundheitswesens, Bd. 1: Vom Gesundheitswesen der alten Deutschen zur Zeit ihres Anschlusses an die Weltkultur bis zum preußischen Medizinaledikt (Die ersten 17 Jahrhunderte unserer Zeitrechnung), Reprogr. Nachdr. der Ausg. Berlin 1933, Hildesheim 1965, S. 322-331; Ludwig von Rönne/Heinrich Simon, Das Medicinal-Wesen des Preußischen Staates. Eine systematisch geordnete Sammlung aller auf dasselbe Bezug habenden gesetzlichen Bestimmungen, insbesondere der in der Gesetzsammlung für die Preußischen Staaten, in den von Kamptzschens Annalen für die innere Staatsverwaltung und in deren Fortsetzungen durch die Ministerial-Blätter enthaltenen Verordnungen und Reskripte, in ihrem organischen Zusammenhange mit der früheren Gesetzgebung, Erster Theil, Breslau 1844; Johann Nepomuk Rust, Die Medicinal-Verfassung Preußens wie sie war und wie sie ist. Actenmäßig dargestellt und kritisch beleuchtet, Berlin 1838; Stürzbecher, Beiträge, S. 1-66.

in Hamburg und Danzig, die Academia Naturae Curiosorum in Schweinfurt (1652, heute Deutsche Akademie der Naturforscher Leopoldina), das Gremium chirurgicum in Donaueschingen (1731), medizinische Lesegesellschaften in Berlin (1764), Leipzig (1788) und Braunschweig (1798) sowie ärztliche Privatgesellschaften in Nürnberg, Schweinfurt, Leipzig, Frankfurt am Main und Gießen. Jene Institutionen lassen sich auch als Vorläufer der ärztlichen Vereine charakterisieren, deren feste Strukturen sich im ersten Drittel des 19. Jahrhunderts entwickelten. Als ältester deutscher Ärzteverein wird häufig die Physikalisch-medizinische Sozietät in Erlangen (1808) ausgewiesen. 1809 entstand in Lübeck der wohl erste ausschließlich aus praktischen Ärzten bestehende Verein, ihm folgten ein Jahr später die ersten beiden Ärztevereine auf preußischem Boden: die Hufelandsche Gesellschaft und die Gesellschaft für Natur- und Heilkunde in Berlin. Nach der Gründung des Deutschen Bundes 1815 entstanden in einigen Städten – vornehmlich in jenen, die eine Universität und somit ein vergleichsweise hohes Maß an öffentlichem Leben sowie eine relativ hohe Arztdichte aufzuweisen hatten, und demnach nicht in Brandenburg – weitere ärztliche Vereinigungen, so 1816 in Hamburg, 1818 in Dresden, zehn Jahre später in Würzburg, um 1830 in Württemberg, 1832 in Bremen sowie Schleswig, ein Jahr darauf in Köln, 1835 in München, 1837 in Frankfurt am Main und 1839 in Kaiserslautern.⁹³

Die lokal begrenzte Entwicklung im ersten Drittel des 19. Jahrhunderts ist auf ein uneinheitliches Medizinalwesen aufgrund des Partikularismus sowie der politisch föderalen Ordnung des Deutschen Bundes zurückzuführen. Jedes Bundesland hatte bekanntermaßen seine eigenen Gesetze und Reglementierungen, was auch die Medizinalverfassung einschloss. Dies legte einheitlichen organisatorischen Bestrebungen einen Stein in den Weg. Überregionale Zusammenkünfte von Ärzten waren mit Blick auf das beschränkte Verkehrswesen ohnehin erschwert.⁹⁴

Die anfänglichen Interessen der Ärztevereine, die Fortbildung der medizinischen Wissenschaft und die Pflege der Kollegialität, ergaben sich ebenso aus den zeitlichen Gegebenheiten. So war der medizinische Wissensstand noch ziemlich niedrig. Aufgrund fehlender Instrumente zur Untersuchung von Patienten stellte das Diagnostizieren von Krankheiten eine große Herausforderung dar. Für die meisten Krankheiten gab es zudem noch keine etablierten Heilmethoden, vielmehr wurden konkurrierend unterschiedliche Therapieformen erprobt, was mit-

⁹³ Vgl. Graf, Das ärztliche Vereinswesen, S. 1-4. Eine tabellarische Übersicht aller Graf zum Jahr 1890 bekannten deutschen Ärztevereine befindet sich auf S. 138-160. Zur ‚gelehrten Periode‘ und der Anfangsphase des ärztlichen Vereinslebens vgl. ebenso Finkenrath, Die Organisation, S. 7f.; Jütte, Die Entwicklung, S. 17-20; Trüb, Die geschichtliche Entwicklung, S. 332f.

⁹⁴ Vgl. Graf, Das ärztliche Vereinswesen, S. 1.

unter eine fehlende Autorität des Arztes gegenüber seinen misstrauischen Patienten nach sich zog.⁹⁵ Dieser Konkurrenzdruck machte sich auch im Umgang der Ärzte untereinander bemerkbar: „Die Ärzte lebten im Allgemeinen wie die Spinnen, jeder in seinem Netze; sie manifestierten auch sattsam die sprichwörtliche Feindschaft dieser Insekten“⁹⁶, um auf das altbewährte Zitat des Dresdner Medizinprofessors Hermann Eberhard Richter, Gründer des DÄVB, zurückzugreifen. Durch den gemeinsamen Austausch theoretischer Ansichten und praktischer Erfahrungen bei Einhaltung eines respektvollen Umgangs miteinander erhofften sich die in den Vereinen zusammengeschlossenen Ärzte, einerseits der mangelnden Kollegialität entgegenzuwirken und andererseits das wissenschaftliche Niveau im medizinischen Bereich zu heben, um zugleich ihr soziales Ansehen in der Öffentlichkeit zu steigern.⁹⁷ Von standespolitischen Zielen kann zu dieser Zeit kaum die Rede sein,⁹⁸ doch waren die entstehenden Vereinsstrukturen ein erster Schritt in Richtung Selbstverwaltung der Ärzteschaft.

Ein reges Vereinsstreben trat sodann in den 1840er Jahren im Rahmen der Medizinalreformbewegung⁹⁹ ein. Zurückzuführen ist dies zum einen auf die zeitpolitischen Umstände, die allgemeinen liberalen und demokratischen Bestrebungen nach politischer Reform und Partizipation, die 1848/49 ihren Höhepunkt fanden; zum anderen auf die rasante industrielle Entwicklung, insbesondere im infrastrukturellen Bereich, aber auch deren gravierenden nachteiligen Auswirkungen auf den Gesundheitszustand der Bevölkerung. Das enorme Bevölkerungswachstum vornehmlich innerhalb der arbeitenden Klassen führte in den industriell geprägten Regionen zu einer derartigen Verdichtung der Wohngebiete, dass die medizinische und hygienische Versorgung nicht mehr garantiert werden konnte. Not, Elend und Krankheit dominierten das Leben der Lohnarbeiter.¹⁰⁰ Demgegenüber fand mit dem rasanten Ausbau des Verkehrswesens, der Verbesserung der Produktionsmöglichkeiten und den allmählichen Fortschritten in der medizinischen Wissenschaft ein Modernisierungsprozess statt, dem die Dezentralisierung nicht gerecht wurde. Das Medizinalwesen verfügte beispielsweise über keinen einheitlichen Ausbildungsrahmen, die Prüfungs- und Zulassungsordnungen wichen von Bundesstaat zu Bundesstaat voneinander ab, es gab fünf verschiedene Medizinalgewichte und

⁹⁵ Vgl. Huerkamp, Der Aufstieg, S. 22-25; Jütte, Die Entwicklung, S. 20.

⁹⁶ Zitiert nach Graf, Das ärztliche Vereinswesen, S. 3.

⁹⁷ Vgl. Jütte, Die Entwicklung, S. 20ff.

⁹⁸ Auch wenn berufsständische Belange wie persönliche Notstände von Einzelärzten, Missstände im Medizinal- und öffentlichen Gesundheitswesen, das Kurpfuschertum und die öffentliche sowie staatliche Stellung des Arztes von zunehmendem Interesse waren; vgl. Trüb, Die geschichtliche Entwicklung, S. 333.

⁹⁹ Zur Medizinalreformbewegung und ihren Hintergründen vgl. nachfolgend und siehe ausführlich Finkenrath, Die Medizinalreform; ders., Die Organisation, S. 9-19.

¹⁰⁰ Vgl. Jütte, Die Entwicklung, S. 15f.; Schmaltz, Von der Medizinalreformbewegung, S. 5. Zu den sozialen Folgen der Industriellen Revolution siehe beispielsweise auch Dieter Ziegler, Die Industrielle Revolution, 3., bibliogr. aktual. Aufl. (= Geschichte kompakt), Darmstadt 2012 (1. Aufl. 2005), S. 40-50, 93-100.

zehn offizielle Arzneibücher. Weiterhin bestand in Preußen die seit dem Mittelalter geltende, aber nicht mit der Praxis vereinbare und das Konkurrenzdenken verstärkende strikte Trennung der Heilkunde in Chirurgie und Medizin fort. Das Heilpersonal wurde unterschieden in promovierte und approbierte Ärzte mit Universitätsbildung auf der einen Seite sowie Wundärzte I. und II. Klasse mit handwerklicher Ausbildung in Wundarztsschulen, denen im Regelfall lediglich die kleinere chirurgische Praxis wie der Aderlass oder das Anlegen von Verbänden zustand, auf der anderen Seite.¹⁰¹

Entsprechend diesen Gegebenheiten erschienen eindringliche Reformen des Medizinalwesens für den Großteil der Ärzte als unverzichtbar, wobei die Vorschläge eng verbunden waren mit der Forderung eines einheitlichen deutschen Ärztetands. Resultat und zugleich weiterer Antrieb der sich daraus ergebenden Bewegung war eine Welle von Vereinsgründungen in den Jahren 1840 bis 1848/49 im gesamten Deutschen Bund, die sich weiterhin jedoch auf die Industrie- und Universitätsstädte konzentrierte. In diesem Rahmen schlossen sich 1846 auch einige Ärzte in Brandenburg an der Havel zum vermutlich ersten Ärzteverein der gesamten Provinz zusammen. Davon abgesehen war im ländlich und kleinstädtisch geprägten Brandenburg ein Vereinsleben der Ärzte nicht existent.¹⁰² Die neuen ärztlichen Vereine vertraten nicht nur gesundheitspolitische, sondern auch, und dies in erster Linie, standespolitische Bestrebungen.¹⁰³ Sie waren Plattform gemeinsamer Erarbeitung und Beratung von Reformvorschlägen, deren Diskussion überregional auf Versammlungen und Kongressen in größeren Städten wie Berlin¹⁰⁴ und ebenso in den von den Vereinen publizierten Reformzeitschriften fortgesetzt wurde. Die bekannteste dieser Art ist die von Rudolf Virchow und Rudolf Leubscher in der Hochphase der Bewegung 1848/49 herausgegebene Wochenschrift *Medizinische Reform*, deren Inhalte die Forderungen der Medizinalreformbewegung widerspiegeln. Als gesundheitspolitische Maßnahmen des Staates wurden beispielsweise eine in der Verfassung zu garantierende öffentliche Gesundheitspflege und eine Verbesserung des Medizinalwesens verlangt. Die immer mehr in den Vordergrund gerückten standespolitischen Forderungen umfassten ein

¹⁰¹ Vgl. Trüb, Die geschichtliche Entwicklung, S. 334. Die Trennung der Heilkunde bestand auch in anderen Bundesstaaten, Preußen sei hier nur exemplarisch ausgeführt, da es das brandenburgische Territorium umfasste.

¹⁰² Vgl. Graf, Das ärztliche Vereinswesen, S. 141: Übersicht der Ärztevereine der Provinz Brandenburg exkl. Berlin.

¹⁰³ Zudem richteten sich schon länger bestehende gelehrte Gesellschaften bzw. Vereine inhaltlich neu aus und nahmen sich standespolitischen Fragen an; vgl. Trüb, Die geschichtliche Entwicklung, S. 333.

¹⁰⁴ Im Juni 1849 tagte beispielsweise der ‚Berliner Kongress‘, bestehend aus einem Ministerialrat, sechs Regierungsmedizinalräten, zwei Räten des Preußischen Medizinalkollegiums, drei Kreisphysici, acht praktischen Ärzten, drei Wundärzten I. Klasse, zwei Wundärzten II. Klasse und drei Homöopathen, der eine Vereinheitlichung des Ärztetands anregte; vgl. ebd., S. 336. Zu Ärztetagen und -versammlungen in anderen Bundesstaaten siehe ebd.

Mitspracherecht der Ärztevereine in allen die Ärzteschaft betreffenden Medizinalangelegenheiten und die Gewährung einer weitgehenden beruflichen Autonomie.¹⁰⁵

Bei Betrachtung der staatlichen Abhängigkeit des Medizinberufes erlangt letztgenanntes Ziel nochmals an Bedeutungskraft. Zur Zeit der Reformbewegung war ein großer Teil der approbierten Ärzte im Staatsdienst tätig.¹⁰⁶ Doch nicht nur jene beamteten, sondern auch die nicht-beamteten Ärzte mussten sich zahlreichen behördlichen Auflagen und Pflichten beugen. Beispielhaft aufgeführt sei der Kurierzwang, das heißt die Verpflichtung zur ständigen ärztlichen Hilfe, ohne dass eine Behandlung abgelehnt werden kann. Freilich sollte man davon ausgehen können, dass ein Arzt freiwillig jeden notbedürftigen Kranken, wenn es ihm denn möglich ist, behandelt – dies steht auch im Sinne des Hippokratischen Eids bzw. seiner zeitgemäßen Version, der Genfer Deklaration des Weltärztebundes. Aber dieses Ethos darf keine zwanghafte Norm sein, sondern ist eine sittliche Besinnung. Des Weiteren wurde den Ärzten auferlegt, vierteljährlich bei den Medizinalbehörden Berichte über den Gesundheitszustand der Bevölkerung einzureichen. Ferner beinhaltete der ärztliche Berufseid in Preußen das Bekenntnis zum König, und die Regierung war befugt, ihr unangemessen erscheinendes Vorgehen von Medizinalpersonen ohne Gerichtsverfahren mit Ordnungsstrafen bis hin zum Entzug der Approbation zu bestrafen. Die Rufe nach eigenständiger Organisation und Disziplinierung innerhalb des Ärztestandes in den 1840er Jahren verwundern deshalb kaum, wie auch schon Hans Michael Schmaltz 1977 in seiner Dissertation konstatiert: „Sämtliche Forderungen zur Gestaltung des ärztlichen Berufs mündeten schließlich in die Forderung nach der ‚freien Assoziation‘ der Ärzte und nach der Regelung der ärztlichen Belange in freier Selbstverwaltung.“¹⁰⁷ Nach Ansicht der reformwilligen Ärzte sollte es fortan Aufgabe des Staates sein, die Gesundheitsversorgung seiner Bevölkerung verfassungsrechtlich zu garantieren und Schutzmaßnahmen auszubauen. Den Ärzten selbst wäre ein erhebliches Mitspracherecht in allen gesundheitspolitischen Fragen zuzusprechen, wofür die Errichtung von freien Assoziationen in den einzelnen Bundesstaaten und einer deutschlandweiten Vereinigung auf Basis beruflicher Selbstverwaltung unumgänglich wären.

Das Scheitern der Märzrevolution setzte aber gleichzeitig der Medizinalreformbewegung ein jähes Ende, zumal deren führenden Köpfe nicht selten auch politisch-bürgerlich aktiv waren. Der Kampf um die Veränderung des strikt obrigkeitlich gesteuerten Medizinalwesens war zu-

¹⁰⁵ Vgl. und siehe ausführlich v.a. Graf, Das ärztliche Vereinswesen, S. 6-18; Jütte, Die Entwicklung, S. 24-33; Schmaltz, Von der Medizinalreformbewegung, S. 21-29.

¹⁰⁶ 1827 waren es etwa die Hälfte; vgl. hier und auch nachfolgend Huerkamp, Der Aufstieg, S. 242f.

¹⁰⁷ Schmaltz, Von der Medizinalreformbewegung, S. 37.

nächst vergebens. Es folgte eine Phase der staatlichen Reaktion, in der auch politisch engagierte Ärzte verfolgt und – zum Teil sogar mit Freiheitsentzug¹⁰⁸ – bestraft wurden, was verschiedentlich zu Emigrationen führte. Der ärztlichen Autonomie wurde verschärft gegengeleitet, etwa durch die Betonung des Zwangs zur medizinischen Hilfeleistung, gesetzlich festgeschrieben im Preußischen Strafgesetz von 1851. Als Teilerfolg der Reformbestrebungen ist die Errichtung des Ministeriums für geistliche, Unterrichts- und Medizinalangelegenheiten als Zentralbehörde für das Medizinalwesen Preußens mit der wissenschaftlichen Deputation in Berlin als beratendes Gremium im Jahr 1849 zu bewerten. Ebenso hat die Bewegung drei Jahre darauf zur Aufhebung der unterschiedlichen Zweige ärztlicher Ausbildung beigetragen, womit eine möglichst „einheitlich vorgebildete akademische Ärzteschaft“ geschaffen werden sollte.¹⁰⁹

In der „reaktionären Periode“¹¹⁰ der 1850er Jahre drohte das ärztliche Vereinsleben zu stagnieren. Viele der erst wenige Jahre zuvor gegründeten Vereine lösten sich wieder auf, andere beschränkten sich auf altbewährte Ziele wie die Pflege der Kollegialität, die Förderung des Gesundheitswesens und die wissenschaftliche Forschung. Die Standespolitik und der Ruf nach der Selbstverwaltung traten in den Hintergrund, aber nicht ins Vergessen.

Mit dem Beginn des neuen Jahrzehnts, der sogenannten Neuen Ära Preußens, lässt sich in der Ärzteschaft sodann ein erneutes Aufblühen des Vereinswesens ausmachen, und im Laufe der kommenden Jahre wuchs die Zahl der Vereinigungen enorm an. Dabei avancierte die 1860 begründete Berliner medizinische Gesellschaft, ein Zusammenschluss des zwei Jahre zuvor konstituierten Vereins Berliner Ärzte und der Gesellschaft für wissenschaftliche Medizin, sehr bald zum „Meinungsführer in allen medizinischen und gesundheitspolitischen Fragen“.¹¹¹ Die konkreten Zielsetzungen der neu errichteten Vereine konnten allerdings recht unterschiedlich geprägt sein. Grundsätzlich gewannen die Standesinteressen wieder an Gewicht, aber auch die Erörterung wissenschaftlicher, medizinisch-versorgungstechnischer und hygienischer Probleme durften schon allein wegen der aufkommenden sozialen Frage nicht außer Acht gelassen werden.¹¹²

¹⁰⁸ Vgl. Michael H. Kater, *Ärzte und Politik in Deutschland, 1848 bis 1945*, in: *Jahrbuch des Instituts für Geschichte der Medizin der Robert-Bosch-Stiftung*, Bd. 5, 1986, S. 34–48, hier S. 34.

¹⁰⁹ Huerkamp, *Der Aufstieg*, S. 58. Vgl. auch Trüb, *Die geschichtliche Entwicklung*, S. 336f.

¹¹⁰ Diese in der Forschungsliteratur häufig übernommene Bezeichnung für die Zeit nach der gescheiterten Medizinalreformbewegung – so zuletzt auch bei Seela, *Die Ärzteschaft*, S. 29 – prägte Hermann Eberhard Richter 1872 im *Ärztlichen Vereinsblatt*; vgl. Trüb, *Die geschichtliche Entwicklung*, S. 336.

¹¹¹ Jütte, *Die Entwicklung*, S. 36.

¹¹² Vgl. ebd., S. 35f.; Huerkamp, *Der Aufstieg*, S. 245ff.

Letztere Belange waren zunächst auch für die Freie Vereinigung der Ärzte der Niederlausitz, zu der sich am 18. November 1861 neun Ärzte aus Altdöbern, Calau, Cottbus, Lübben, Lübbenau, Straupitz und Vetschau zusammenschlossen, besonders von Bedeutung. In den zweimal jährlich – außer in den Kriegsjahren 1866 und 1870/71 – zumeist in Cottbus stattfindenden Versammlungen sollten „1. [d]urch freien Geselligen Verkehr die persönliche Bekanntschaft der Aerzte befördert, 2. Gegenstände wissenschaftlicher Art vorgetragen und 3. geschäftliche Fragen aus dem ganzen Gebiet des ärztlichen Wirkungskreises besprochen werden“.¹¹³ Angesichts des mangelnden Angebots im Gesundheitswesen der Stadt Cottbus,¹¹⁴ welches zu dieser Zeit symptomatisch für die Region Niederlausitz sowie für die gesamte Provinz Brandenburg – abgesehen von Berlin – zu bewerten ist, war eine solche gemeinsame Vertretung der Ärzte vonnöten. Später nahm sich der Verein der Ärzte der Niederlausitz, wie die Organisation ab 1874 hieß, auch berufs- und standespolitischen Themen an, was eng mit der Errichtung der Ärztekammer für die Provinz Brandenburg und den Stadtkreis Berlin, der auch einige der Mitglieder des Vereins beisaßen, in Verbindung stand und grundsätzlich dem Zeitgeist in der Ärzteschaft entsprach.¹¹⁵

In der Provinz Brandenburg, von Berlin einmal abgesehen, war die Freie Vereinigung der Niederlausitzer Ärzte erst der zweite Ärzteverein überhaupt und der erste, der über die Grenzen einer Stadt hinausging. Mit der zunehmenden Zahl an studierten Ärzten in Cottbus und Umgegend seit der Jahrhundertmitte wuchs auch das Bedürfnis nach Erfahrungsaustausch und Geselligkeit.¹¹⁶ Bis dahin blieben die Ärzte in den östlichen Provinzen Preußens im Gegensatz zu ihren Kollegen in den westlichen Gebieten „noch sehr streng getrennt voneinander“¹¹⁷, wie der Cottbuser Arzt Ludwig Wilhelm Liersch¹¹⁸, Mitbegründer der Niederlausitzer Vereinigung und später langjähriges Mitglied der Ärztekammer für die Provinz Brandenburg und den Stadtkreis Berlin, über seine Zeitgenossen urteilt. Hier waren entsprechend der Bevölkerungsverteilung – etwa drei Viertel der Bevölkerung lebte in den ostelbischen Gebieten zur Mitte des 19. Jahrhunderts in ländlichen Regionen – vor allem Landärzte tätig. Ein Landarzt war zumeist für seine gesamte Ortschaft zuständig und kam „häufig jahre- und jahrzehntelang“ nicht aus ihr heraus, weshalb ihm jegliche Chance zur Weiterbildung sowie zum Erfahrungs-

¹¹³ StdA CB, Liersch, Beiträge, S. 31.

¹¹⁴ 1860 waren in Cottbus lediglich fünf studierte Ärzte tätig und es existierte lediglich ein Krankenhaus, das den Ansprüchen einer stationären medizinischen Einrichtung entsprach – bei einer Einwohnerzahl von 8.732; vgl. Eberhard Hetzke, Das Krankenhauswesen in Cottbus von seinen Anfängen bis zum Ende des 19. Jahrhunderts, in: Cottbuser Blätter, Jg. 2001: Stoffe. Mauern. Medizin, S. 48-71, hier S. 49; ders., Entwicklung, S. 234.

¹¹⁵ Vgl. Hetzke, Von der Bangeschen Societät, S. 69f.; StdA CB, Liersch, Beiträge, S. 30.

¹¹⁶ Vgl. Hetzke, Von der Bangeschen Societät, S. 68.

¹¹⁷ StdA CB, Liersch, Beiträge, S. 30.

¹¹⁸ Einen kurzen biographischen Einblick zu Ludwig Wilhelm Liersch gewährt ebd., S. 68ff.

austausch mit anderen Ärzten fehlte.¹¹⁹ Dass dies für die breite Mehrheit der akademischen Ärzte und Wundärzte I. Klasse wenig attraktiv war, zeigen die Zahlen. Etwa neunzig Prozent von ihnen praktizierten in den industriellen Zentren. Es ist wenig verwunderlich, dass unter diesen Umständen ein ärztliches Vereinsleben in der Provinz lange Zeit ausblieb, denn, wie Huerkamp feststellt, konnte sich jenes umso weniger entfalten, je weiter verstreut die Ärzte voneinander praktizierten.¹²⁰

Dass sich dies ausgerechnet zuerst in der Niederlausitz änderte, steht im engen Zusammenhang mit dem sozioökonomischen Wandel, der die Region zu Beginn der 1860er Jahre besonders sichtbar erreicht hatte. In Cottbus etwa trat um jene Zeit „ein ausserordentlicher Umschwung und Aufschwung“ ein.¹²¹ Wie hier war es in der gesamten Niederlausitz im Wesentlichen die aufstrebende Textilindustrie, die dafür Verantwortung trug. Cottbus machte sich alsbald einen Namen als zentrale Tuchmacherstadt, womit wiederum ein rasanter Bevölkerungsanstieg von 8.127 Einwohnern im Jahr 1840 auf 13.378 im Jahr 1867 sowie der recht zügige Ausbau des Straßen- und Eisenbahnnetzes in der gesamten Region korrelierten.¹²²

Zum Wiederaufleben des ärztlichen Vereinswesens im Deutschen Bund trugen aber nicht nur die nun flächendeckendere Industrialisierung – wie am Cottbuser Beispiel gezeigt –, sondern noch zwei weitere Entwicklungen entscheidend bei.¹²³ Zum einen zeichnete sich ein vermehrtes staatliches Entgegenkommen gegenüber den ärztlichen Organisationen ab. Der Thron- und Regierungswechsel in Preußen 1861 führte beispielsweise zu einer Lockerung der reaktionären Gesetze und einer zunehmenden Beschäftigung mit Gesundheitsfragen seitens des Staates, bei der die Ärzte einbezogen wurden. In anderen Einzelstaaten entstanden bis zum Jahr der Deutschen Reichseinigung sogar die ersten staatlich anerkannten ärztlichen Standesvertretungen in Form von Kammern: 1864 in Baden, 1865 im Königreich Sachsen und in Braunschweig sowie 1871 in Bayern.¹²⁴ Der wissenschaftliche Fortschritt in der Medizin mit den zugehörigen Naturwissenschaften sowie die Verbesserungen in der Diagnostik und Therapie von Krankheiten lassen sich als zweiten Faktor für die Vereinsgründungswelle in den 1860er Jahren feststellen. Hieraus resultierte eine Stärkung des Selbstbildes der Ärzte. Aufgrund ihrer

¹¹⁹ Huerkamp, *Der Aufstieg*, S. 148.

¹²⁰ Vgl. ebd., S. 252.

¹²¹ Std A CB, Liersch, *Beiträge*, S. 34.

¹²² Vgl. Andreas Christl u.a., *Geschichte der Stadt Cottbus*, Cottbus 1994, S. 76, 79ff.

¹²³ Vgl. nachfolgend Graf, *Das ärztliche Vereinswesen*, S. 19; 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, hier S. 44ff.; Jütte, *Die Entwicklung*, S. 37; Schmaltz, *Von der Medizinalreformbewegung*, S. 52-55.

¹²⁴ Siehe ausführlich Marx, *Die Entwicklung*, S. 64-67. Eine Übersicht der bis 1926 im Deutschen Reich errichteten Ärztekammern enthält Finkenrath, *Die Organisation*, S. 50. Zu den einzelnen Kammern siehe näher ebd., S. 49-55.

Zuständigkeit für das Allgemeinwohl, dem immer mehr Bedeutung zugeschrieben wurde, begann das Streben nach beruflicher Autonomie und Reduzierung der staatlichen Kontrolle auf ein Neues.

Damit war der „Ausgangspunkt für die weitere Entwicklung sowohl des lokalen ärztlichen Vereinslebens als auch [...] der [neu] beginnenden Zentralisierungsbestrebungen“ gegeben.¹²⁵ Nun erhoben auch die Ärzte in anderen Bundesstaaten Anspruch auf die Errichtung von staatlich anerkannten Delegationen nach den gegebenen Vorbildern; und auch der Ruf nach einer zentralen, alle deutsche Ärzte respektive ihre Vereine umfassenden Standesorganisation wurde wieder lauter. Bis hierhin war die 1822 in Leipzig eingerichtete Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte¹²⁶ die einzige Vereinigung auf Bundesebene, die Mediziner einschloss. Sie sollte das Einheitsgefühl unter den Ärzten und Naturwissenschaftlern symbolisieren, „selbst in den Tagen der schlimmsten politischen Zerrissenheit“.¹²⁷ Ihre jährlich an wechselnden Orten ausgetragenen Naturforschertagungen galten vorrangig der Diskussion wissenschaftlicher Themen. Doch vielmehr nutzten ehemalige Vertreter der Medizinalreformbewegung diese Treffen in den Jahren der Deutschen Einigungskriege als Podium zur Verbreitung neuer gesundheits- und standespolitischer Reformvorschläge; bekräftigt durch das staatliche Entgegenkommen gegenüber den ärztlichen Organisationen. Als treibende Kraft stellte sich hierbei abermals der Dresdner Medizinprofessor Hermann Eberhard Richter heraus, der bereits 1848/49 aktiv an den revolutionären Vorgängen sowie an der Reformbewegung der Mediziner teilgenommen hatte. 1865 forderte er auf der Naturforscherversammlung in Hannover eine vom Staat anerkannte Standesvertretung, der ein hohes Maß an Mitspracherecht und Einflussnahme in der Gesundheitspolitik durch das Einbringen ärztlicher Abgeordneter in die Staatsbehörden zugestanden werden sollte. Darüber hinaus veranlasste er die Ernennung einer ständigen Sektion für Medizinalreform.¹²⁸

Die Bemühungen um einen überregionalen Ärztezusammenschluss wurden durch die Einführung der Gewerbeordnung des Norddeutschen Bundes am 21. Juni 1869 intensiviert. Auf Initiative einiger ärztlicher Abgeordneter im Reichstag zählte die Ausübung der Heilkunde von da an als freies Gewerbe und war jedem gewährt, unabhängig von einer Approbation. Damit verknüpft waren zahlreiche Vorteile für die Mediziner, wie zum Beispiel die Freizügigkeit in

¹²⁵ Schmaltz, Von der Medizinalreformbewegung, S. 54.

¹²⁶ 1888 erfolgte deren Umwandlung zur Gesellschaft Deutscher Naturforscher und Ärzte, die noch heute besteht; vgl. Graf, Das ärztliche Vereinswesen, S. 5. Zur Geschichte dieser Organisation siehe ausführlich Heinrich Schipperges, Die Versammlungen Deutscher Naturforscher und Ärzte im 19. Jahrhundert (= Schriftenreihe der Bezirksärztekammer Nordwürttemberg, Nr. 12), Stuttgart 1968.

¹²⁷ Graf, S. 5.

¹²⁸ Vgl. ebd., S. 19; Herold-Schmidt, Ärztliche Interessenvertretung, S. 48; Jütte, Die Entwicklung, S. 40.

der Niederlassung, die Freiwilligkeit der Berufsausübung oder die freie Honorarvereinbarung – also im Wesentlichen die Loslösung von den staatlichen Reglementierungen und das Erlangen beruflicher Autonomie. Doch auch die Kosten der Einbeziehung des Heilberufes in die Gewerbeordnung waren unübersehbar. So zog die Kurierfreiheit die Freigabe der Kurpfuscherei¹²⁹ nach sich, lediglich der Titel ‚Arzt‘ blieb rechtlich für die approbierten Heilpraktiker geschützt. Für viele Ärzte kam die Freigabe ihres Berufes als gewerbliche Tätigkeit einer Degradierung gleich und widersprach ihrer Auffassung vom Arztberuf als freier Wissenschaft und Kunst. Zudem drohte durch die womöglich wachsende Zahl des nichtapprobierten Heilpersonals ein zunehmender Konkurrenzdruck.¹³⁰ Infolge der Reichsgründung 1871 wurden die Gewerbeordnung in das Reichsgesetz verankert und weitere Vereinheitlichungen auf medizinapolitischer Ebene getroffen.¹³¹ Die Zugehörigkeit der Heilkunde zum Gewerbe blieb allerdings weiterhin umstritten; sie hatte ihre Gegner und sollte noch neue hinzubekommen.

Bestärkt durch die neuen beruflichen Freiheiten, welche die Gewerbeordnung zu versprechen schien, reichte die Versammlung der Deutschen Naturforscher und Ärzte noch im zweiten Halbjahr 1869 beim norddeutschen Reichstag eine von der Kommission für Medizinalreform erarbeitete Petition ein.¹³² Sie forderte eine Zentralbehörde für das öffentliche Gesundheitswesen unter Beteiligung der Ärzte sowie entsprechende Mittelbehörden, Ortsgesundheitsausschüsse und die Bildung ärztlicher Assoziationen im gesamten Bund. Nach der Reichseini-gung wurde der Antrag auf der Naturforscherversammlung 1871 in Rostock gemäß den neuen politischen Gegebenheiten erneuert. Die Petitionen fanden ihre Annahme im Reichstag und wurden Otto von Bismarck mit Empfehlung zur Berücksichtigung vorgelegt. Der Kanzler sah das Gesundheitswesen jedoch weiterhin als Sache der Landesbehörden an und lehnte eine staatlich anerkannte Reichsorganisation der Ärzte ab. Dennoch waren die Reformbemühungen nicht nutzlos, denn, wie Hermann Eberhard Richter im Ärztlichen Vereinsblatt 1873 nachträglich beschreibt, wehte damit „der Geist, der den ärztlichen Vereinsbund schuf“.¹³³

Im Juni 1872 rief er alle ihm bekannten deutschen Ärztevereine und namhaften Ärzte zur Beratung über die Gründung eines freien Verbundes aller Ärztevereine des Deutschen Reiches auf, im August desselben Jahres traten die Vertreter von 21 Vereinen im Rahmen der Natur-

¹²⁹ Der Terminus Kurpfuscherei wurde in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts zum Kampfbegriff der ärztlichen Standespolitik und umfasst einerseits die Anwendung von therapeutischen Außenseitermethoden durch Approbierte, andererseits die Kompetenzüberschreitung des nicht-approbierten, niederen Heilpersonals sowie die Laienbehandlung gegen Entgelt; vgl. Herold-Schmidt, Ärztliche Interessenvertretung, S. 59f.

¹³⁰ Vgl. ebd., S. 55; Huerkamp, Der Aufstieg, S. 254ff.; Trüb, Die geschichtliche Entwicklung, S. 337.

¹³¹ Vgl. Huerkamp, Der Aufstieg, S. 248.

¹³² Vgl. hier und nachfolgend Graf, Das ärztliche Vereinswesen, S. 19f.; Jütte, Die Entwicklung, S. 41f.; Trüb, Die geschichtliche Entwicklung, S. 337.

¹³³ Zitiert nach Trüb, Die geschichtliche Entwicklung, S. 337.

forscherversammlung in Leipzig zusammen.¹³⁴ Dort fand die Wahl eines provisorischen Geschäftsausschusses statt, der die Satzung für den angestrebten Dachverband der deutschen Ärztevereine ausarbeitete. Am 17. September 1873 erfolgte unter Teilnahme von 43 Vereinsdelegierten schließlich die offizielle Konstituierung des Deutschen Ärztevereinsbundes in Wiesbaden.¹³⁵ Binnen weniger Jahre avancierte er unter dem Vorsitz des Elberfelder Arztes Eduard Graf¹³⁶ zur „für die deutsche Ärzteschaft höchste[n] und fast einmütig anerkannte[n] Behörde in Standesangelegenheiten“.¹³⁷ Unverzüglich wurde er zum zentralen Forum der Ärzte. Der jährlich ausgetragene Deutsche Ärztetag und das *Ärztliche Vereinsblatt* als Presseorgan des DÄVB fungierten als Sprachrohre berufspolitischer Fragen, Probleme, Wünsche und Forderungen.¹³⁸ Die Zahl der in der Dachorganisation zusammengeschlossenen Vereine stieg kontinuierlich an, 1874 waren es 111, 1890 mit 225 bereits mehr als doppelt so viele.¹³⁹

Gemäß der Satzung des DÄVB sollte jener zuvorderst den Zweck erfüllen, „die zerstreuten ärztlichen Vereine Deutschlands zu gegenseitiger Anregung und gemeinsamer Bethätigung der wissenschaftlichen und praktischen, auch sozialen Beziehungen des ärztlichen Standes zu vereinigen“.¹⁴⁰ Als Aufgaben nahm er sich der „Förderung der ärztlichen Wissenschaft und Kunst, sowie der Interessen des ärztlichen Standes“ und der fakultativen „Teilnahme an der öffentlichen Gesundheitspflege und Medizinalgesetzgebung: beides sowohl in staatlicher, als in lokaler (kommunaler und provinzieller) Hinsicht“ an.¹⁴¹

Tatsächlich agierte der Ärztevereinsbund vornehmlich als reichsweite Vertretung der ärztlichen Standesinteressen. Gewiss standen auch medizinwissenschaftliche und gesundheitspolitische Angelegenheiten auf der Agenda, allerdings wurde die Thematisierung jener Sachverhalte zumeist den nicht allein aus approbierten Ärzten bestehenden Vereinigungen, deren Gründungen ebenfalls in die Zeit der Reichseinigung fielen, überlassen. Dies waren die wissenschaftlichen Fachgesellschaften, zum Beispiel die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie

¹³⁴ Vgl. Finkenrath, Die Organisation, S. 20. Hierin ist auch der Text des Aufrufes Hermann Richters abgedruckt.

¹³⁵ Vgl. ebd., S. 20f.; Graf, Das ärztliche Vereinswesen, S. 21; Herold-Schmidt, Ärztliche Interessenvertretung, S. 46.

¹³⁶ Die nachfolgenden Vorsitzenden des DÄVB waren der Münchener Kreismedizinalrat Friedrich Ernst Aub (1897-1900), Karl Löbker, Chirurg und Direktor des Knappschaftskrankenhauses „Bergmannsheil“ in Bochum, (1900-1912), Hugo Dippe aus Leipzig (1912-1926) und Alfons Stauder aus Nürnberg (1926-1933); vgl. Heinz Goerke, Zur Geschichte der deutschen ärztlichen Standesvertretungen, in: Medizinischer Monatsspiegel, Nr. 4, 1969, S. 91-96, hier S. 96.

¹³⁷ GStA PK, I. HA Rep. 76 Kultusministerium, VIII B Nr. 766, o. Bl.: Rudolf Lennhoff, 25 Jahre Aerztekammern, aus: Vossische Zeitung vom 25. Mai 1912. Diese Einschätzung des Berliner Arztes Lennhoff widerspiegelt die gängige Meinung unter seinen zeitgenössischen Kollegen sowie der gegenwärtigen Forschung.

¹³⁸ Vgl. Huerkamp, Der Aufstieg, S. 249.

¹³⁹ Vgl. Graf, Das ärztliche Vereinswesen, S. 25.

¹⁴⁰ Satzung des Deutschen Ärztevereinsbundes vom 17. September 1873, abgedruckt in ebd., S. 21ff., hier S. 21, § 1.

¹⁴¹ Ebd., S. 22, § 3.

oder der Kongress für Innere Medizin, sowie die Zusammenschlüsse von Ärzten und Experten anderer Berufsgruppen, die sich speziell mit der öffentlichen Gesundheitspflege befassten, etwa der Deutsche Verein für Gesundheitspflege.¹⁴²

Auf den Deutschen Ärztetagen kristallisierten sich drei zentrale Problemfelder heraus: 1. die Forderung nach staatlich anerkannten ärztlichen Standesvertretungen in allen Einzelstaaten, 2. die Revision der ursprünglich von den Ärzten selbst geforderten Gewerbeordnung – und diesbezüglich das Ansinnen nach einer deutschen Ärzteordnung und der Wiedereinführung des *Kurpfuschereiverbotes* – sowie 3. die Kassenarztfrage.¹⁴³ Die Revision der Gewerbeordnung in Zusammenhang mit der Schaffung einer Ärzteordnung für das gesamte Deutsche Reich beschäftigte den Ärztestand bis in die 1930er Jahre hinein, ehe diese Forderung – instrumentalisiert durch die Nationalsozialisten – erfüllt wurde. Auch die mit Einführung der Bismarck'schen gesetzlichen Krankenversicherung im Jahr 1883 aufkommende Kassenarztfrage verlor nicht an Aktualität. Der Machtkampf zwischen den Ärzte- und Kassenverbänden beschwor immer wieder neue Konflikte. Das Ziel der reichsweiten Errichtung von Ärztekammern, durch die sich die Vielzahl der Ärzte einen wirksameren Einfluss auf die Standes- und Gesundheitspolitik versprach,¹⁴⁴ konnte hingegen relativ zeitnah realisiert werden.

¹⁴² Vgl. Huerkamp, *Der Aufstieg*, S. 249.

¹⁴³ Die hier genannten Themen werden im Laufe der Arbeit eingehend anhand des ärztlichen Standeswesens in der Provinz Brandenburg erforscht. Eine Übersicht zu den wichtigsten Themen der Deutschen Ärztetage von 1873 bis 1913 gewährt Schmaltz, *Von der Medizinalreformbewegung*, S. 92ff. Finkenrath, *Die Organisation*, S. 26ff., hebt die Themenschwerpunkte der DÄT bis 1927 hervor.

¹⁴⁴ Vgl. GStA PK, I. HA Rep. 76 Kultusministerium, VIII B Nr. 766, o. Bl.: Lennhoff, 25 Jahre.

3. Die Anfänge des ärztlichen Standeswesens in der Provinz Brandenburg im Deutschen Kaiserreich und der Beginn des berufspolitischen Engagements Georg Schneiders

3.1 Die Ärztekammer für die Provinz Brandenburg und den Stadtkreis Berlin – provinziale Spitzenorganisation der ärztlichen Selbstverwaltung

Nach „langen Kämpfen und Mühen“ war es im Jahr 1887 gelungen, „dem größten deutschen Bundesstaate eine staatlich geordnete Ärztevertretung zu schaffen“.¹⁴⁵ Jede der zwölf Provinzen des Königreiches Preußen erhielt eine eigene Ärztekammer, die als staatliche Einrichtung gesetzliche Befugnisse zur Standesvertretung und zur beruflichen Selbstverwaltung erhielt und der Regierung als beratende Fachkompetenz bei gesundheitspolitischen Entscheidungen zur Seite stehen sollte. Diesem Entgegenkommen der preußischen Regierung war ein langjähriges Bestreben der Ärzte vorausgegangen. Sie hatten sich das Recht der berufsständischen Autonomie hart erkämpft, und es bestand nur „im Rahmen und unter der Kontrolle des Staates“.¹⁴⁶

Bereits im Juni 1874 wurde auf dem zweiten Deutschen Ärztetag in Eisenach der Beschluss gefasst, dass das „Reichskanzleramt [...] auf möglichst baldige Organisation und staatliche Anerkennung ärztlicher Vereine in den Reichsgebieten, wo solche noch nicht bestehen, Bedacht nehmen“ wolle.¹⁴⁷ Solche Gesuche des DÄVB mehrten sich in den kommenden Jahren, wobei sich der Verbundvorsitzende Eduard Graf, der zugleich als Nationalliberaler im preußischen Abgeordnetenhaus aktiv war, seit Mitte der 1880er Jahre insbesondere der Errichtung von Ärztekammern in Preußen annahm.

Zunächst vertagte das Kultusministerium die Beratung dieser Angelegenheit einige Male. Dennoch wurde dem zwischen 1881 und 1891 amtierenden Minister Gustav von Goßler im Nachhinein eine wichtige Rolle hinsichtlich der Kammergründungen zugesagt. Seinen Einsatz betonten sowohl Eduard Graf mehrfach im preußischen Abgeordnetenhaus¹⁴⁸ als auch Rudolf Lennhoff in der *Vossischen Zeitung* mit Blick auf das 25-jährige Bestehen der preußischen Ärztekammern. Ohnehin habe von Goßler den ärztlichen Angelegenheiten „stets [...] großes

¹⁴⁵ Graf, Das ärztliche Vereinswesen, S. 37.

¹⁴⁶ Gerd Göckenjan, *Kurieren und Staat machen. Gesundheit und Medizin in der bürgerlichen Welt* (= Edition Suhrkamp, N.F., Bd. 309), Frankfurt am Main 1985, S. 276.

¹⁴⁷ Zitiert nach Graf, Das ärztliche Vereinswesen, S. 36f.

¹⁴⁸ Vgl. GStA PK, I. HA Rep. 76 Kultusministerium, VIII B Nr. 765, Bl. 14: Stenographische Verhandlungen des Hauses der Abgeordneten vom 17. März 1888, 37. Sitzung, S. 963; Bl. 61: Abschrift aus den Stenographischen Verhandlungen des Abgeordnetenhauses vom 9. Mai 1891, S. 2253, betreffend die ärztliche Standesvertretung, Allerhöchste Verordnung von 1887.

Interesse entgegengebracht“.¹⁴⁹ Den wohl entscheidenden Schritt zur letztlich Einführung der Kammern setzte allerdings Graf mit einer Immediateingabe an Ministerpräsident Otto von Bismarck höchstpersönlich im Jahr 1887.¹⁵⁰

Am 25. Mai desselben Jahres wurde sodann die königliche *Verordnung, betreffend die Einrichtung einer ärztlichen Standesvertretung*¹⁵¹ erlassen, die die Errichtung von Ärztekammern für jede preußische Provinz bestimmte. Ein Schreiben des Ministeriums der geistlichen, Unterrichts- und Medizinalangelegenheiten an alle königlichen Oberpräsidenten unterstreicht, dass der Etablierung von Ärztekammern in Preußen seitens des Staates eine hohe Geltung zugeschrieben wurde – obgleich sich der entsprechende Gesetzesbeschluss einige Jahre hinzog. Vor allem erhoffte man, in den Kammern die geeignete Institution gefunden zu haben, deren Mitglieder auf verschiedenen Gebieten der zunehmend an Bedeutung gewinnenden öffentlichen Gesundheitspflege aktiv mitwirken können. In anderen deutschen Staaten wie Sachsen, Bayern, Württemberg und Baden seien mit der Einführung der ärztlichen Standesvertretung günstige Erfahrungen gemacht worden, was dafürspreche, „auch in Preußen eine ähnliche Organisation ins Leben zu rufen“.¹⁵² Die Bildung der Ärztekammern könne allerdings lediglich den Rahmen bieten, „innerhalb dessen sich die ärztliche Standesvertretung zum Segen des ärztlichen Standes und zur Förderung der öffentlichen Gesundheitspflege zu bethätigen“ habe. Der Gang dieser Entwicklung und die reelle Bedeutung, die die Kammern gewinnen könnten, hänge „wesentlich von der eigenen Thätigkeit der Ärzte“ ab.¹⁵³

Die Kammer für die Provinz Brandenburg war gemessen an ihrer Mitgliederzahl die weitaus größte der zwölf preußischen Spitzenorganisationen der Ärzte. Dies lag vor allem daran, dass sie auch den Berliner Stadtkreis umfasste. Hier hatte die Kammer, die der Aufsicht des Oberpräsidenten der Provinz Brandenburg und von Berlin unterstand, auch ihren Geschäftssitz.¹⁵⁴ Sie setzte sich aus einer gewissen Zahl von ehrenamtlichen Delegierten zusammen, die abhängig war von der Gesamtzahl der Ärzte in den brandenburgischen Regierungsbezirken Potsdam und Frankfurt sowie in Berlin, die fast allesamt pflichtmäßig der Ärztekammer angehörten

¹⁴⁹ Ebd. Nr. 766, o. Bl.: Lennhoff, 25 Jahre.

¹⁵⁰ Das Gesuch Eduard Grafs um Einführung einer staatlich anerkannten Vertretung der Ärzte in Preußen an Otto von Bismarck vom 30. April 1886 befindet sich in ebd. Nr. 763, Bl. 94f. Anhand zahlreicher weiterer Dokumente in ebd., Bl. 1-112, lässt sich der Erarbeitungsprozess der Kammerverordnung von 1887 detailliert nachvollziehen. Vgl. ebenso Graf, *Das ärztliche Vereinswesen*, S. 36f.; Huerkamp, *Der Aufstieg*, S. 262f.

¹⁵¹ *Verordnung, betreffend die Einrichtung einer ärztlichen Standesvertretung*. Vom 25. Mai 1887 (nachfolgend: *Verordnung 1887*), in: GSKPS 1887, S. 169-174.

¹⁵² GStA PK, I. HA Rep. 76 Kultusministerium, VIII B Nr. 765, Bl. 6f.: Abschrift eines Schreibens des Ministeriums der geistlichen, Unterrichts- und Medizinalangelegenheiten an sämtliche königliche Oberpräsidenten, adressiert an die Wissenschaftliche Deputation für das Medizinalwesen, vom 27. Mai 1887, hier Bl. 6r.

¹⁵³ Ebd., Bl. 7v.

¹⁵⁴ Vgl. *Verordnung 1887*, S. 169, 174, §§ 1, 13.

und von ihr vertreten wurden. Alle drei Jahre wurden getrennt nach drei Wahlbezirken, die den beiden Regierungsbezirken sowie den Stadtkreis Berlin entsprachen, auf je fünfzig wahlberechtigte Ärzte ein Delegierter sowie ein Stellvertreter ermittelt.¹⁵⁵ Erstmals, schriftlich gewählt wurde im November 1887.¹⁵⁶ Dabei stellten die Regierungsbezirke Frankfurt und Potsdam bei etwa 200 bzw. 400 wahlberechtigten Ärzten vier bzw. acht Kammerdelegierte, aus dem Berliner Stadtkreis vertraten 20 Ärzte ihren Stand.¹⁵⁷ Enge personelle Verflechtungen lassen sich zwischen der Ärztekammer und den privaten Vereinen feststellen. Häufig wurden die Vereinsvorstände, wie es Schneider beim Potsdamer Schutzverband der Ärzte gewesen ist, auch in die Kammer ihrer Provinz gewählt.¹⁵⁸ Zwei weitere Beispiele hierfür wären die Cottbuser Ärzte Ludwig Wilhelm Liersch und Carl Thiem, die sowohl Kammerdelegierte als auch Vorsitzende des Vereins der Ärzte der Niederlausitz waren.¹⁵⁹

Wie angedeutet war die Ärztekammer errichtet worden als staatlich anerkannte Institution, die sich der „Erörterung aller Fragen und Angelegenheiten, welche den ärztlichen Beruf oder das Interesse der öffentlichen Gesundheitspflege betreffen, oder auf die Wahrung und Vertretung der ärztlichen Standesinteressen gerichtet sind“¹⁶⁰, annehmen sollte. Dabei konnte die Kammer entsprechende Vorstellungen und Anträge ihrerseits an die Staatsbehörden herantragen und sich bei Fragen zur öffentlichen Gesundheitspflege gutachterlich einbringen. Zudem war sie mittelbar an den preußischen Staatsapparat angeschlossen, indem sie Vertreter entsandte, die als außerordentliche Mitglieder mit beratender – ab 1892 mit voller – Stimme an Sitzungen des Provinzial-Medizinalkollegiums (zwei Vertreter je Kammer) und der Wissenschaftlichen Deputation für das Medizinalwesen (ein Vertreter je Kammer) teilnahmen, in denen allgemeine Fragen bzw. wichtige Gegenstände der öffentlichen Gesundheitspflege beraten oder Anträge von Kammern beschlossen wurden.¹⁶¹

¹⁵⁵ Zu den Wahlmodalitäten siehe ausführlich ebd., S. 170ff., §§ 4-7.

¹⁵⁶ Die ersten Kammerwahlen waren von den Regierungspräsidenten zu organisieren, ab den zweiten Wahlen wurde die Verantwortlichkeit dem Kammervorstand übertragen; vgl. ebd., S. 171f., §§ 6f. Die Organisation der ersten Wahlen lässt sich einleuchtend am Beispiel des Regierungsbezirks Frankfurt und speziell des Stadtkreises Cottbus nachvollziehen anhand der Acta des Oberbürgermeisters, die im StDA CB lagert. Wichtige handschriftliche Schriftstücke zu den ersten Kammerwahlen in Brandenburg und Berlin befinden sich ebenso in GStA PK, I. HA Rep. 76 Kultusministerium, VIII B Nr. 823, Bl. 1-9.

¹⁵⁷ Die Delegiertenzahlen sowie die Anzahl der wahlberechtigten Mitglieder für die einzelnen Legislaturperioden sind im Anhang der Arbeit überblicksmäßig aufgelistet; siehe S. 288, Nr. 1: Anzahl der in die Ärztekammer für die Provinz Brandenburg und den Stadtkreis Berlin gewählten Delegierten, 1888-1927.

¹⁵⁸ Siehe ausführlich Huerkamp, Der Aufstieg, S. 264.

¹⁵⁹ Vgl. Hetzke, Von der Bangeschen Societät, S. 69f.; Joachim, Denkschrift, S. 19f.

¹⁶⁰ Verordnung 1887, S. 169, § 2.

¹⁶¹ Vgl. ebd., S. 169f., § 3; Verordnung wegen Abänderung der Verordnung vom 25. Mai 1887, betreffend die Einrichtung einer ärztlichen Standesvertretung. Vom 21. Juli 1892, in: GSKPS 1892, S. 22. Siehe auch BLHA, Rep. 2A I Med Nr. 50, Bl. 60-65: Bericht über die unter Zuziehung von Vertretern der Aertzekammern geführten Verhandlungen der Wissenschaftlichen Deputation für das Medizinalwesen. Sitzung vom 24., 25. und 26. Oktober 1888. – Ähnlich wie das Provinzial-Medizinalkollegium, das die Aufgabe hatte, Regierung und Gerichte in

Die erste, konstituierende Sitzung der Ärztekammer Berlin-Brandenburg fand am 12. Januar 1888 unter Vorsitz des Oberpräsidenten Heinrich von Achenbach statt. Dieser eröffnete die Versammlung nach Vorstellung der sämtlich erschienenen 32 Mitglieder mit etwa folgenden Worten: „Es gereicht mir zu besonderer Ehre, die erste Sitzung der Aertztekammer zu eröffnen, es erfüllt mich dies mit um so größerer Freude, als ich amtlich bestrebt gewesen bin, die korporative Vertretung der Aerzte zu schaffen. Die Fundamente der Institution sind nunmehr gelegt. An den Aerzten liegt es, diese Institution nicht nur im Interesse des Standes, sondern auch zum Wohle der Nation zu entwickeln. Sie können versichert sein, daß die Behörden überall das freundlichste Entgegenkommen zeigen werden. Ich selbst werde es als meine Aufgabe betrachten, die Bestrebungen der Aerzte, soweit es in meinen Kräften liegt, zu unterstützen und zu fördern.“¹⁶² Im weiteren Verlauf der Sitzung wurde der Berliner Geheimrat Friedrich Körte zum Vorsitzenden für die Wahlperiode von 1888 bis 1890 ernannt.¹⁶³ Die vom Vorstand entworfene Geschäftsordnung der Kammer¹⁶⁴ wurde im April desselben Jahres angenommen.

In den folgenden Jahren gewann die Ärztekammer zunehmend an Bedeutung. Dabei verweilte sie nicht als staatsberatendes Organ, sondern entwickelte sich vielmehr zu einem Bestandteil der Provinzialverwaltung und zum wesentlichen Instrument der beruflichen Selbstverwaltung im Ärztstand. Damit einhergehend entstanden bis zum Beginn des 20. Jahrhunderts mit dem Ehrengericht, der Kasse und dem preußischen Kammerausschuss als gesetzliche, durch eine königliche Verordnung vorgeschriebene Institutionen auf der einen Seite sowie mit der Vertragskommission und der Unterstützungskasse als freiwillige, auf Eigeninitiative gebildete Einrichtungen auf der anderen Seite die wesentlichen Kammerorgane.¹⁶⁵

polizei- und gerichtsmedizinischen Fragen zu unterstützen, war die Wissenschaftliche Deputation für das Medizinalwesen eine beratende Fachbehörde der Medizinal-Verwaltung, die ihr aktuelle Ergebnisse der medizinwissenschaftlichen Entwicklung lieferte und ebenso in gerichtsmedizinischen Angelegenheiten tätig war; vgl. und siehe ausführlich GStA PK, I. HA Rep. 76 Kultusministerium, VIII B Nr. 763, Bl. 142f.: Geschäftsanweisung für die Wissenschaftliche Deputation für das Medizinal-Wesen.

¹⁶² Zitiert nach GStA PK, I. HA Rep. 76 Kultusministerium, VIII B Nr. 823, Bl. 11: Artikel aus der Nationalzeitung, Nr. 20 vom 12. Januar 1888.

¹⁶³ Mit Beginn der zweiten Legislaturperiode 1891 bis zu seinem Tod am 20. Dezember 1907 saß der Geheime Sanitätsrat Julius Becher aus Berlin der Kammer vor. Aus einem Schreiben der Ärztekammer für die Provinz Brandenburg und den Stadtkreis Berlin an den Regierungspräsidenten vom 21. Dezember 1907 geht hervor, dass danach der Geheime Sanitätsrat S. Marcuse „bis auf weiteres“ die laufenden Geschäfte der Kammer übernahm; siehe BLHA, Rep. 2A Regierung Potsdam I Med Nr. 50, o. Bl. Die Kammersitzungen im Jahr 1908 leitete jedoch der Geheimrat Dreißholz. 1909 wurde der Geheime Sanitätsrat Carl Stöter aus Berlin zum neuen Vorsitzenden gewählt. Er bekleidete das Amt bis 1927. Vgl. Joachim, Denkschrift, S. 24, 41; Sitzung der Aertztekammer für die Provinzen Brandenburg und Grenzmark Posen-Westpreußen und die Stadt Berlin am Sonnabend, den 12. März 1927, in: Verhandlungen der Aertztekammer für die Provinzen Brandenburg und Grenzmark Posen-Westpreußen und die Stadt Berlin, Wahlper. 11, Berlin 1927, S. 1-72, hier S. 7ff.

¹⁶⁴ Siehe Joachim, Denkschrift, S. 21-24.

¹⁶⁵ Ein Organigramm im Anhang der Arbeit veranschaulicht den Aufbau der Kammer mit allen ihren Einrichtungen, wie sie zu Beginn des Ersten Weltkriegs und fortwirkend in der Weimarer Republik bestanden; siehe S.

Zunächst schrieb die Verordnung von 1887 lediglich die Konstituierung eines Organs vor, des Vorstands. Dieser, bestehend aus einem Vorsitzenden und mindestens vier Mitgliedern, wurde zu Beginn einer jeden Wahlperiode auf der ersten Sitzung gewählt und mit den, in erster Linie repräsentativen, Aufgaben betraut, die Kammer nach außen zu vertreten sowie den Kontakt mit den Staatsbehörden zu vermitteln. Den Geschäftsgang innerhalb der Kammer regelte der Vorsitzende. Er organisierte die Delegierten- und Vorstandsversammlungen und führte deren Beschlüsse aus. Zusätzlich war der Vorstand eine Art Judikative der Kammer. So konnte er den Ärzten, die ihre Berufspflichten verletzt oder sich ihres Standes unwürdig verhalten hatten, für befristete oder unbefristete Zeit das aktive und passive Recht zur Kammerwahl entziehen.¹⁶⁶ Diese Bestrafungen erwiesen sich allerdings „in der Praxis als vollkommen unwirksam“¹⁶⁷, nahmen sie doch dem sich ohnehin wenig kollegial zeigenden, wider Recht handelnden Arzt lediglich die Möglichkeit des Engagements in der Kammer, hatten aber keine direkten Auswirkungen auf seine Berufsausübung. Infolgedessen beanspruchten die Kammerdelegierten eine gesetzlich fundierte Erweiterung der Disziplinargewalt.¹⁶⁸

Diese wurde mit dem *Gesetz, betreffend die ärztlichen Ehrengerichte, das Umlagerecht und die Kassen der Aerztekammern*¹⁶⁹, das im April 1900 in Kraft trat und die Tätigkeit der Kammern insgesamt auf eine breitere Grundlage stellte, vom Vorstand auf das neu einzurichtende Ehrengericht übertragen. Dessen Vorläufer und Vorbilder finden sich im ärztlichen Vereinswesen wieder. Viele Vereine erließen bereits in den 1880er Jahren wegen des durch die steigende Ärztedichte vergrößerten Konkurrenzdruckes und der damit einhergehenden zunehmenden Konflikte unter den Heilpersonen eigene Standesordnungen bzw. Ehrenkodizes und wählten einen Ehrenrat zur Überwachung der Einhaltung des darin vorgeschriebenen Verhaltens.¹⁷⁰ Die Einführung des Ehrengerichts bei der Ärztekammer, angeregt durch ein Schreiben Achenbachs erstmals 1882 unter den Kammerdelegierten diskutiert, zog sich allerdings noch einige Jahre hin, was insbesondere – wie des Öfteren der Fall – auf die sich als kompliziert erweisenden Verhandlungen mit dem Ministerium über den Gesetzesentwurf zurückzuführen ist.¹⁷¹ Am 25. November 1899 wurde das Gesetz, das alle preußischen Ärztekammern umfass-

289, Nr. 2: Gesetzliche Institutionen und freiwillige Einrichtungen der Ärztekammer für die Provinz Brandenburg und den Stadtkreis Berlin.

¹⁶⁶ Vgl. Verordnung 1887, S. 170, 172ff., §§ 5, 8ff.

¹⁶⁷ Joachim, Denkschrift, S. 40.

¹⁶⁸ Vgl. Huerkamp, Der Aufstieg, S. 264.

¹⁶⁹ Gesetz, betreffend die ärztlichen Ehrengerichte, das Umlagerecht und die Kassen der Aerztekammern. Vom 25. November 1899 (nachfolgend: Kammergesetz 1899), in: GSKPS 1899, S. 565-578.

¹⁷⁰ Vgl. Huerkamp, Der Aufstieg, S. 127f.

¹⁷¹ Vgl. Joachim, Denkschrift, S. 43-46.

te, verabschiedet.¹⁷² Die Ärztekammer Berlin-Brandenburg hatte als einzige der zwölf Kammern den Gesetzentwurf abgelehnt, da es an einer einheitlichen Standesordnung fehlte, die, wie bei den Ärztevereinen gängig, feste Regeln und etwaige Bestrafungen enthält und auf die sich das jeweilige Ehrengericht stützen konnte. Die Ärzte verpflichteten sich bei Verabschiedung des Gesetzes allein dazu, ihren Beruf gewissenhaft auszuüben und sich innerhalb und außerhalb des Berufes ihres Standes würdig zu verhalten, ansonsten drohte eine, im Gesetz nicht näher beschriebene, ehrengerichtliche Bestrafung. Ausgeschlossen wurde lediglich, dass ein Verfahren allein aufgrund politischer, wissenschaftlicher oder religiöser Ansichten bzw. Handlungen eines Arztes eröffnet werden könnte.¹⁷³

Nach seiner Errichtung stellte das Ehrengericht sodann Verhaltensgrundsätze für die zur Kammerwahl berechtigten Brandenburger und Berliner Ärzte auf.¹⁷⁴ Dieses setzte sich zusammen aus dem Vorsitzenden der Ärztekammer, der zugleich den Vorsitz des Ehrengerichts führte, und drei weiteren Kammerdelegierten, die zusammen mit vier Stellvertretern für die Dauer der Legislaturperiode von der Kammerversammlung gewählt wurden. Für sechs Jahre bestimmte der Vorstand der Kammer zudem einen Richter samt Stellvertreter als Ehrengerichtsmitglieder. Ehrengerichtliche Verfahren konnten eingeleitet werden bei Berufsverletzungen sowie bei Streitigkeiten zwischen Ärzten untereinander oder mit anderen Personen, die sich aus dem ärztlichen Berufsverhältnis ergaben, insofern keine öffentliche Klage erhoben oder ein Verfahren zur Zurücknahme der Approbation eingeleitet wurde.¹⁷⁵ Eine Übersicht zu den Straf- und Verhandlungsverfahren des Ehrengerichts bis 1911 – insgesamt tagte es bis dahin 262 Mal – zeigt exemplarisch eine Reihe an Bestrafungsgründen. Hierzu zählten Verstöße gegen die berufliche Kollegialität, etwa die „Uebernahme von Patienten, die in Behandlung eines anderen Arztes waren“, und gegen die Standesehre, beispielsweise die „geschäftliche Verbindung mit Kurpfuschern“. Geahndet wurden außerdem die „Fahrlässigkeit bei der Behandlung“ und allgemeinere Delikte wie „Unterschlagung“ oder „fahrlässige Tötung“.¹⁷⁶ Der Strafkatalog des Ehrengerichts reichte je nach Schwere des Vergehens von Warnungen und Verweisen über Geldbußen bis hin zur temporären oder dauerhaften Entziehung des Wahlrechts zur Ärztekammer, wobei die Strafen auch miteinander kombiniert werden konnten.¹⁷⁷ Als nächsthöhere Instanz des Ehrengerichts wurde ein ärztlicher Ehrengerichtshof ein-

¹⁷² Vgl. Kammergesetz 1899, S. 565, § 1.

¹⁷³ Vgl. Huerkamp, Der Aufstieg, S. 269f.; Kammergesetz 1899, S. 566, § 3.

¹⁷⁴ Siehe Joachim, Denkschrift, S. 52ff.

¹⁷⁵ Vgl. Kammergesetz 1899, S. 566-569, §§ 3f., 7, 9, 16. Zum Ablauf der ehrengerichtlichen Verfahren siehe ebd., S. 567f., 570-574, §§ 8, 10ff., 17-42.

¹⁷⁶ Joachim, Denkschrift, S. 49f.

¹⁷⁷ Vgl. Kammergesetz 1899, S. 569, § 15.

gerichtet, der für sämtliche Kammerärzte in Preußen zuständig war. Er setzte sich zusammen aus dem Leiter der Medizinal-Abteilung des Ministeriums als Vorsitzenden, vier Mitgliedern sowie Stellvertretern des Ärztekammerausschusses und zwei weiteren Ärzten samt Stellvertretern, die vom König ernannt wurden.¹⁷⁸ Trotz der aufgezeigten Defizite war die Installation der Ehrengerichte und des Ehrengerichtshof ein Erfolg, da dies zur beruflichen Selbstkontrolle, einem wesentlichen Element im Professionalisierungsprozess der Ärzteschaft, beitrug.¹⁷⁹

Mit dem Gesetz von 1899 erhielt die brandenburgische Ärztekammer als weiteres rechtlich verankertes Organ eine Kasse zur autarken Finanzverwaltung und „als Vertreterin [...] in allen vermögensrechtlichen Angelegenheiten“.¹⁸⁰ Die Verwaltung und Vertretung der Kasse nach außen oblag dem Kammervorstand, der auf Dauer der Legislaturperiode einen Kassenvorstand zu wählen hatte. Zu den festen, regelmäßigen Einnahmen der Kammer gehörten insbesondere die von den wahlberechtigten Ärzten zu zahlenden Jahresbeiträge, deren Höhe die Kammer selbst – unter Genehmigung des Oberpräsidenten – festlegte.¹⁸¹ Des Weiteren flossen in die Kasse unter anderem von bestraften Mitgliedern zu zahlende Geldstrafen und Zuwendungen von außerhalb. Beglichen wurden daraus die entstehenden Verwaltungskosten, Tagegelder und Reisekosten, Kosten für Ehrengerichtsverfahren, Aufwendungen der Kammer für ärztliche Standesangelegenheiten sowie der Beitrag für den preußischen Ärztekammerausschuss.

Jenes Zentralorgan der preußischen Ärztekammern wurde 1896 gesetzlich festgeschrieben,¹⁸² bestand aus jeweils einem Delegierten – zumeist dem Vorsitzenden – der zwölf Kammern und unterstand der Aufsicht des preußischen Innenministers. Mit dem vermittelnden Gremium sollte sowohl die Kommunikation zwischen den Kammern als auch die Zusammenarbeit mit dem Medizinalministerium verstärkt und per Gesetz garantiert werden. Die gemeinsame Beratung von Gegenständen, die die Interessen aller Kammern berührten, und die Erarbeitung von Kammeranträgen und ministeriellen Beschlussvorlagen steigerten den Einfluss der Kammern auf die staatliche Gesetzgebung in gesundheits- und medizinpolitischen Fragen.¹⁸³ Bedenkt man, dass sämtliche Ärztekammern Preußens seit ihren Gründungen denselben Gesetzen un-

¹⁷⁸ Vgl. und siehe ausführlich ebd., S. 565, 574ff., §§ 1, 39, 43-47.

¹⁷⁹ Vgl. Herold-Schmidt, *Ärztliche Interessenvertretung*, S. 54.

¹⁸⁰ Kammergesetz 1899, S. 576, § 30. Vgl. nachfolgend und siehe ausführlich ebd., S. 576ff., §§ 49-55.

¹⁸¹ Vor Inkrafttreten des Umlagerechts der Kammern wurden die Jahresbeiträge freiwillig geleistet; vgl. GStA PK, I. HA Rep. 76 Kultusministerium, VIII B Nr. 765, Bl. 178: Artikel aus der Vossischen Zeitung vom 3. Februar 1900.

¹⁸² Verordnung wegen Ergänzung der Verordnung vom 25. Mai 1887, betreffend die Einrichtung einer ärztlichen Standesvertretung. Vom 6. Januar 1896, in: GSKPS 1896, S. 1ff.

¹⁸³ Vgl. Hahn/Schwoch, *Anpassung*, S. 16.

terlagen und Vertreter aller Kammern schon ab 1891 regelmäßig auf freiwilliger Basis zusammentraten,¹⁸⁴ so mag verwundern, dass die königliche Verordnung zur Errichtung des Kammerausschusses noch ein knappes Jahrzehnt auf sich warten ließ. Bereits bei einer Zusammenkunft der preußischen Kammervorsitzenden im Anschluss an die Naturforscherversammlung 1888 in Köln war der Wunsch nach einer solchen Instanz zur Sprache gekommen. Initiiert wurde die Herbeiführung sodann von der Ärztekammer Berlin-Brandenburg, die Vorschläge für einen gesetzlich fixierten Ausschuss erarbeitete und diese nach Rücksprache mit den übrigen Kammern in Form einer Eingabe 1893 an den Minister versandte. Zugleich wurde der brandenburgischen Ärztekammer eine besondere Stellung im Ausschuss zugesprochen, da dieser seinen Sitz in Berlin hatte.¹⁸⁵

Als eine der ersten freiwilligen Einrichtungen wurde bei der Ärztekammer für die Provinz Brandenburg und den Stadtkreis Berlin im Juni 1897 eine Kommission einberufen, die sich „der Frage der Unterbietung und minderwertigen Honorierung [der Ärzte] durch private Vereinigungen [...] und ihrer Verhinderung“ annahm.¹⁸⁶ Durch das Prüfen von rechtskräftigen Vereinbarungen zwischen Ärzten und Privatvereinigungen wie den Sanitäts-, Gesundheitspflege- und Krankenpflegevereinen sollte die Kommission den Arzt entlasten und die Vertragsverhältnisse für ihn möglichst vorteilhaft aushandeln. Etwa galt als angemessene Bezahlung, wenn das ärztliche Honorar dem Mindestsatz der preußischen Gebührenordnung entsprach. Diese Überprüfung war für die Ärzte von großem Nutzen, denn die nicht von der Kommission genehmigten Verträge wurden zumeist unter für den Arzt besseren Bedingungen umgestaltet. Aufgrund der hohen Arbeitsbelastung teilte sich die Kommission 1903 in die drei Sektionen Berlin, Potsdam und Frankfurt, wobei sich die zuständigen Prüfungskommissionen nach dem Wohnsitz der Ärzte richteten.¹⁸⁷

Der Zweck der Vertragskommission war anfangs relativ allgemein formuliert und weniger auf die Kontrolle kassenärztlicher Verträge ausgerichtet. Dies sollte sich aufgrund des konfliktträchtigen Verhältnisses zwischen Ärzten und Krankenkassen, das in dieser Zeit allgegenwärtig war, allerdings bald ändern. War die ärztliche Heilbehandlung bis zur Einführung der Bismarck'schen Krankenversicherung 1883 fast ausnahmslos eine Beziehung zwischen Arzt und

¹⁸⁴ Siehe GStA PK, I. HA Rep. 76 Kultusministerium, VIII B Nr. 823, o. Bl.: Anlage 1 zur Tagesordnung der Sitzung der Ärztekammer der Provinz Brandenburg und des Stadtkreises Berlin am 10. Januar 1891: Geschäftsordnung des Aertztekammer-Ausschusses. Hierbei handelt es sich um einen Entwurf, der auf der Kammersitzung angenommen und dem Ärztekammerausschuss zur endgültigen Beschlussfassung vorgelegt wurde.

¹⁸⁵ Vgl. Joachim, Denkschrift, S. 29-32.

¹⁸⁶ Antrag zur Wahl der Kommission; zitiert nach ebd., S. 81.

¹⁸⁷ Vgl. ebd., S. 81-84.

Patient,¹⁸⁸ legte das neue Versicherungssystem fest, dass Arbeitnehmer einer Krankenkasse beitreten und an diese, zusammen mit ihren Arbeitgebern, Beiträge zahlen mussten. Im Gegenzug garantierte die Kasse die ärztliche Behandlung der Versicherten, wozu sie Einzelverträge mit den Ärzten schloss. Aus der Sicht eines kritischen Standespolitikers drängte sich die Krankenkasse sozusagen zwischen den Arzt und seinen Patienten und machte ihn von ihr abhängig.¹⁸⁹ Etwas gelinder ausgedrückt ging mit dieser Entwicklung „eine grundlegende Veränderung der Marktlage und der Arbeitssituation der Ärzte einher“.¹⁹⁰ Die freie Vertragsgestaltung war für die Ärzte zunächst sehr nachteilig, denn ihre Honorierung blieb im Vergleich zu den Privatärzten unterbezahlt. Dies lag insbesondere daran, dass das Arzt-Kassen-Verhältnis rechtlich nicht näher geregelt war, die Kassen waren lediglich gesetzlich angewiesen, ihre Abgaben so gering wie möglich zu halten. Der einzelne Arzt stand den zu Beginn nur lokal organisierten, aber immer mehr an Bedeutung gewinnenden Krankenkassen somit allein gegenüber und sah sich, in Anbetracht der ansteigenden Zahl an Kassenpatienten – ihr Anteil stieg in den Jahren von 1885 bis 1914 von weniger als zehn auf mehr als 50 Prozent an – und des nun wieder verschärften Konkurrenzdenkens, mitunter zum Vertragsabschluss gedrängt, um seine wirtschaftliche Existenz zu sichern. Die Kassen und ihre Verbände nutzten dies aus Sichtweise der Ärzte aus,¹⁹¹ indem sie die Vertragsbedingungen diktierten und das Honorar bewusst niedrig hielten.¹⁹²

Entsprechend ihrer Wichtigkeit „für die gesamte Aerzteschaft“ beschäftigte sich auch die Kammer Berlin-Brandenburg „oft und eingehend“ mit der Sozialgesetzgebung und berief bereits 1891 eine zuständige Kommission.¹⁹³ Durch die Neuausrichtung der Vertragskommission im Januar 1904,¹⁹⁴ die sich deutlich als Reaktion auf das zunehmend angespanntere Arzt-

¹⁸⁸ Zwar existierten freiwillige Hilfskassen als dem Arzt und den Patienten zwischengeschaltete Einheiten schon ab 1869, doch schlossen nur wenige Ärzte einen Vertrag mit einer Kasse ab, da sie ihre Leistungen für nicht angemessen honoriert empfanden; vgl. Huerkamp, *Der Aufstieg*, S. 195f.

¹⁸⁹ So in etwa die Ausführungen des Delegierten Kuthe; vgl. Ordentliche Sitzung der Aerztekammer für die Provinz Brandenburg und den Stadtkreis Berlin am Sonnabend, den 4. Mai 1918, in: *Verhandlungen der Aerztekammer für die Provinz Brandenburg und den Stadtkreis Berlin*, Wahlper. 9, Elfte Stück, Berlin 1918, S. 1091-1195, hier S. 1098f.

¹⁹⁰ Hörnemann, *Die Selbstverwaltung*, S. 3.

¹⁹¹ Vgl. Ordentliche Sitzung der Aerztekammer am 4. Mai 1918, S. 1098f.

¹⁹² Vgl. Rolf Neuhaus, *Arbeitskämpfe, Ärztestreiks, Sozialreformer. Sozialpolitische Konfliktregelung 1900-1914* (= *Schriften der Gesellschaft für Sozialen Fortschritt*, Bd. 22), Berlin 1986, S. 250, und ausführlich Herold-Schmidt, *Ärztliche Interessenvertretung*, S. 82-90; Schmaltz, *Von der Medizinalreformbewegung*, S. 69-75.

¹⁹³ Joachim, *Denkschrift*, S. 136ff., Zitat S. 136.

¹⁹⁴ Zur Neuorganisation der Vertragskommission 1904 und deren Umstrukturierung 1909 siehe ausführlich und vgl. nachfolgend Joachim, *Denkschrift*, S. 84-97. Ebenso Ordentliche Sitzung der Aerztekammer für die Provinz Brandenburg und den Stadtkreis Berlin am Sonnabend, den 9. November 1912, in: *Verhandlungen der Aerztekammer für die Provinz Brandenburg und den Stadtkreis Berlin*, Wahlper. 9, Zweites Stück, Berlin 1912, S. 119-190, hier S. 132-151; *GSStA PK, I. HA Rep. 76 Kultusministerium, VIII B Nr. 826, Bl. 534-540: Bericht über die Tätigkeit der Kammer-Vertragskommission für den Regierungsbezirk Frankfurt*.

Kassen-Verhältnis deuten lässt, wurden die Kassenärzte dann verstärkt unterstützt. Als allgemeiner Grundsatz der Kommission galt von da an „die standesgemäße Stellung und Honorierung der Kassenärzte“.¹⁹⁵ In diesem Sinne bestand ihre Hauptaufgabe darin, die zwischen Ärzten und Krankenkassen zu schließenden Verträge zu überprüfen und zu genehmigen. Dabei sollte sich jeder Arzt, der eine bindende Vereinbarung mit einer Krankenkasse einzugehen gedachte, verpflichtet fühlen, die Kommission vor Vertragsabschluss einzuschalten und sich ihrem Spruch zu fügen.¹⁹⁶ Gefordert wurde neben einer angemessenen Honorierung die Einführung der freien Arztwahl bei allen Krankenkassen, was heißt, dass der Versicherte unter allen Ärzten, die zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen sind, frei wählen könnte.

Die Vertragskommission setzte sich nach ihrer Umstrukturierung zunächst aus insgesamt 19 Ärzten zusammen, die zu Beginn einer jeden Legislaturperiode gewählt wurden. Dabei wählte die Ärztekammer den einen Teil der Kommissionsmitglieder – fünf für Berlin sowie jeweils zwei für die Regierungsbezirke Potsdam und Frankfurt – und der andere Teil wurde von den ärztlichen Verbänden respektive den Vereinsausschüssen der einzelnen Bezirke bestimmt – vier für Berlin und jeweils drei für die Regierungsbezirke. Der Kammer-Vertragskommission untergeordnet waren örtliche Vertrauenskommissionen, die für die Prüfung und Genehmigung von Verträgen in ihrem eingegrenzten Zuständigkeitsbereich verantwortlich waren. Die Organisation und Aufsicht der Vertrauens- bzw. Prüfungskommissionen oblag der Kammer-Vertragskommission. Bis 1906 wurden neben der Vertrauenskommission Groß-Berlins 14 im Regierungsbezirk Potsdam und 16 im Regierungsbezirk Frankfurt eingerichtet. Zur Schlichtung von Streitigkeiten zwischen Ärzten und Kassen bestand ferner ein Schiedsgericht, das sich, bei Bedarf unter Vorsitz eines unparteiischen Obmanns, aus einer gleichen Anzahl an Ärzten und Kassenvertretern zusammensetzte.

Fünf Jahre nach ihrer Neuorganisation erfuhr die Vertragskommission im Oktober 1909 nochmalig strukturelle Veränderungen, indem sie, ähnlich wie 1903 geschehen, in die drei Sektionen Groß-Berlin, Potsdam und Frankfurt gespalten wurde. Diese waren zwar voneinander unabhängig organisiert, blieben aber in ihren Grundsätzen und Aufgaben vereint. Dabei erhielten Groß-Berlin und der Regierungsbezirk Potsdam je eine von der Ärztekammer ernannte Vertragskommission, später als Kammer-Vertragskommissionen bezeichnet, die zunächst aus

¹⁹⁵ Bestimmungen über die allgemeinen Grundsätze, die Organisation und die Grundsätze der Vertrags- und Vertrauenskommissionen bei der Prüfung der Verträge; zitiert nach Joachim, Denkschrift, S. 84. Die neuorganisierte Vertragskommission vermittelte und regulierte die rechtlichen Vereinbarungen aber nicht nur zwischen den Ärzten und den Krankenkassen, sondern auch mit den Behörden und sonstigen Gemeinschaften; vgl. ebd.

¹⁹⁶ Vgl. GStA PK, I. HA Rep. 76 Kultusministerium, VIII B Nr. 825, Bl. 345ff.: Schreiben des Oberpräsidenten der Provinz Brandenburg an den Minister der geistlichen, Unterrichts- und Medizinalangelegenheiten vom 10. März 1908 betreffend die Tätigkeit der Berlin-Brandenburgischen Ärztekammer im Jahre 1907.

vier bzw. drei Kammermitgliedern des jeweiligen Wahlbezirks bestanden. Die Potsdamer Vertragskommission war wiederum die übergeordnete Überwachungs- und Berufungsinstanz von Vertrauenskommissionen bzw. Bezirks-Vertragskommissionen, die in jedem Kreis von den Ärzten gewählt wurden und die Vertragsprüfungen übernehmen sollten.¹⁹⁷ Im Regierungsbezirk Frankfurt bestanden zunächst regional mehrere Vertragskommissionen, deren Bildung die örtlichen, wirtschaftlich zusammengehörigen Ärzteorganisationen angeregt hatten. Im Winter 1912/13 wurden für den Regierungsbezirk ebenso eine Kammer-Vertragskommission eingeführt und bei 17 Kreisvereinen Bezirks-Vertragskommissionen eingerichtet. An den paritätisch zusammengesetzten Schiedsgerichten hielt man in allen Sektionen fest.

Den Vertrags- bzw. Vertrauenskommissionen der Kammern ist nicht nur in Bezug auf die Provinz Brandenburg, sondern insgesamt ein großer Nutzen zuzuschreiben. Ihnen gelang es zum einen, die zu schließenden Verträge vielfach für alle Parteien zu verbessern. Zum anderen konnten durch ihre vermittelnde Tätigkeit manche Streitigkeiten zwischen Ärzten und Krankenkassen sowie deren Organisationen vermieden werden.¹⁹⁸ Auf Reichsebene ging der am 13. September 1900 mit besonderem Augenmerk auf die sich verschärfenden Arzt-Kassen-Konflikte gegründete Verband der Ärzte Deutschlands zur Wahrung ihrer wirtschaftlichen Interessen¹⁹⁹, der sich 1903 auf dem Deutschen Ärztetag in Köln als Wirtschaftsorganisation dem DÄVB anschloss,²⁰⁰ im Gegensatz zu ihm aber nicht aus Vereinen, sondern aus Einzelmitgliedern zusammensetzte, rigoroser gegen die ‚Macht der Krankenkassen‘ vor. Gemäß den Vorstellungen des Verbandsinitiators Hermann Hartmann, mit dem Leipziger Verband „für sämtliche Ärzte des ganzen Reiches [...] eine Streikkasse“ zu begründen,²⁰¹ rief der Leipziger Verband mehrfach zu Ärztestreiks auf, die zum Teil realisiert wurden. Erst mit dem *Berliner Abkommen* zwischen dem Leipziger Verband und dem DÄVB auf der einen und den zentralen Verbänden der Krankenkassen, dem Verband zur Wahrung der Interessen der deutschen Betriebskrankenkassen, dem Gesamtverband der Krankenkassen Deutschlands und dem

¹⁹⁷ Wie das Beispiel des Ärztevereins zu Potsdam nachfolgend zeigt, wurden die Vertrauenskommissionen mitunter bei den ärztlichen Vereinen eingerichtet.

¹⁹⁸ Vgl. GStA PK, I. HA Rep. 76 Kultusministerium, VIII B Nr. 766, o. Bl.: Lennhoff, 25 Jahre.

¹⁹⁹ Gängiger sind die Bezeichnungen Leipziger Verband und Hartmannbund nach dem Gründungsort des Verbandes bzw. seinem Initiator, dem Leipziger Arzt Hermann Hartmann. Zur Begründung des Verbandes und seinem Wirken in den ersten 25 Jahren siehe ausführlich Kuhns, Fünfundzwanzig Jahre.

²⁰⁰ Ein 1929 auf Alfons Stauders und Georg Schneiders Veranlassung geschlossenes Abgrenzungsabkommen bestätigte die spezifischen Zuständigkeitsbereiche von DÄVB und Hartmannbund. Ersterer widmete sich der Wahrung der ärztlichen Interessen in der medizinischen Ausbildung und Wissenschaft, der Gesundheits- und Sozialgesetzgebung, bezüglich des Vereinswesens, der Kurpfuscherei, der Berufsgerichtsbarkeit sowie der ärztlichen Fortbildung. Der Hartmannbund war hauptsächlich für die Realisierung der wirtschaftlichen wie in erster Linie der kassenärztlichen Interessen verantwortlich. Grundsätzliche Standesfragen sollten von beiden Institutionen gemeinsam behandelt werden; vgl. Goerke, Heilkunde, S. 170.

²⁰¹ Zitiert nach Finkenrath, Die Organisation, S. 31.

Hauptverband Deutscher Ortskrankenkassen²⁰², auf der anderen Seite konnten die Zwistigkeiten 1913 vorübergehend geschlichtet werden.²⁰³ Die höchstmögliche wirtschaftliche Stellung, die der Leipziger Verband für seine Mitglieder erreichen wollte, wurde als „unentbehrliche Grundlage eines hochstehenden wissenschaftlich leistungsfähigen Ärztestandes angesehen“.²⁰⁴ Ein weiteres bedeutendes Organ der Ärztekammer Berlin-Brandenburg, das auf Eigeninitiative zum 1. Januar 1902 gebildet wurde, war die Unterstützungskasse.²⁰⁵ Mit ihrer Einrichtung wurde für die Ärzte des Kammerbezirks und deren Hinterbliebenen eine standeseigene existenzielle Absicherung im Falle der finanziellen Bedürftigkeit im Alter, bei Invalidität, Unfall, Krankheit und Todesfall geschaffen. Die Mittel der Unterstützungskasse ergaben sich hauptsächlich aus den jährlichen Beiträgen der Kammerärzte, aber auch aus Schenkungen, Vermächtnissen oder sonstigen Zuwendungen. Verwaltet wurde sie durch ein Kuratorium, Gesuche mussten vom Prüfungsausschuss genehmigt werden.²⁰⁶ Kammerliche Unterstützung erhielten beispielsweise im Jahr 1903 in Berlin und Vororten 15 Ärzte, 38 Arzttwitwen und zwölf Hinterbliebene, im Regierungsbezirk Potsdam zwei Ärzte, elf Arzttwitwen und sieben Hinterbliebene sowie im Regierungsbezirk Frankfurt drei Ärzte, acht Arzttwitwen und sieben Hinterbliebene.²⁰⁷ Als zusätzliche Wohlfahrtseinrichtung der Kammer diente die Darlehens-

²⁰² Der 1894 gegründete Hauptverband Deutscher Ortskrankenkassen agierte ab 1923 als Hauptverband deutscher Krankenkassen. 1907 konstituierte sich der Betriebskrankenkassenverband, ihm folgte 1912 der Gesamtverband der Krankenkassen Deutschlands. Zudem existierten ab 1910 der Verband deutscher Innungskrankenkassen und ab 1914 der Allgemeine Verband Deutscher Landkrankenkassen. Vgl. Schwoch, *Ärztliche Standespolitik*, S. 38f.

²⁰³ Vgl. und siehe ausführlich Herold-Schmid, *Ärztliche Interessenvertretung*, S. 90-94; Schmaltz, *Von der Medizinalreformbewegung*, S. 84-87. Der Text des *Berliner Abkommens* vom 23. Dezember 1913 ist abgedruckt bei Rudolf Schlottmann, *Das Einigungsabkommen zwischen Ärzten und Krankenkassen nebst Ausführungsbestimmungen*, Berlin 1914, S. 13-26. Der privatrechtliche Vertrag bestimmte die Einrichtung von Arztregistern für alle potentiellen Kassenärzte bei den Versicherungsämtern. Die Zulassung der Kassenärzte oblag nicht wie bisher allein den Kassen, sondern erfolgte im Einvernehmen der Ärzte und Kassen beziehungsweise durch paritätisch besetzte Ausschüsse, denen der Versicherungsamtsvorsitzende vorsah. Auf 1.350/bei Familienbehandlung auf 1.000 Versicherte war mindestens ein Arzt zuzulassen. Insofern kein abweichendes System bestand, sollten die Versicherten das Recht haben, nach dem Prinzip der organisierten freien Arztwahl unter allen bei ihrer Kasse zugelassenen Ärzten frei zu wählen. Hinsichtlich des Vertragsabschlusses wurde festgelegt, dass Ärzte und Kassen Einzelverträge abzuschließen hatten, die auf Bedingungen basieren sollten, die durch einen von den Kassenärzten und Krankenkassen eines Arztregisterbezirkes berufenen Vertragsausschuss auszuhandeln waren. Bei Streitfällen wegen der Zulassung oder die aus dem Vertragsverhältnis heraus ergaben, unterwarfen sich die Ärzte und Kassen paritätisch besetzten Schiedsämtern mit beamtetem Vorsitz.

²⁰⁴ Finkenrath, *Die Organisation*, S. 33.

²⁰⁵ Die Bedingungen für die Einführung der Unterstützungskasse wurden mit dem Umlagerecht der Kammern von 1899 erfüllt; vgl. *Kammergesetz 1899*, S. 576f., § 50.

²⁰⁶ Vgl. und siehe ausführlich Satzungen der von der Ärztekammer für die Provinz Brandenburg und den Stadtkreis Berlin errichteten ärztlichen Unterstützungskasse; abgedruckt in Joachim, *Denkschrift*, S. 66-70. Siehe auch den Ersten Jahresbericht über die Unterstützungskasse der Ärztekammer für die Provinz Brandenburg und den Stadtkreis Berlin, Berlin 1903. Die Jahresberichte der Unterstützungskasse erschienen zu den Verhandlungen der Ärztekammer als Beilage.

²⁰⁷ Vgl. *GStA PK, I. HA Rep. 76 Kultusministerium, VIII B Nr. 765, Bl. 244f.*: Wie haben die Preussischen Ärztekammern bisher für die Unterstützung notleidender Standesgenossen gesorgt?, aus: *Berliner Ärzte-Correspondenz. Organ des Geschäfts-Ausschusses der Berliner ärztlichen Standesvereine*, Jg. 9, Nr. 36 vom 3. Sep-

kasse, die im Januar 1910 aus finanziellen Überschüssen der Kasse errichtet wurde und hilfsbedürftigen Ärzten bei vorübergehender Störung des Haushaltsetats geringfügige Kredite gewährte.²⁰⁸

Dass die Kammerdelegierten der kollegialen Fürsorge schon vor Einführung der Unterstützungskasse eine hohe Präferenz zuschrieben, bezeugt die 1896 von der Kammer herausgegebene Denkschrift zur Reform des ärztlichen Unterstützungswesens. Darin stellt die im Vorjahr ins Leben gerufene einschlägige Kommission²⁰⁹ Thesen und Anträge auf und hebt die „Pflege und Weiterentwicklung der ärztlichen Wohlfahrtseinrichtungen“ als „Standespflicht“ und dauernde Pflichtaufgabe der Kammer hervor, woraus sich das Ziel ergebe, im eintretenden Notfall „für jedweden Standesgenossen und dessen Familie“ sorgen zu können, gerade weil die bisherige Fürsorge in Preußen unzureichend gewesen wäre.²¹⁰ Bei der Einrichtung der Unterstützungskasse griff die Kammer dann abermals auf die in den ärztlichen Vereinen und Verbänden bestehenden Strukturen zurück.²¹¹ Bereits die Gestaltung der Ehrengerichte orientierte sich an den Ehrenräten der privaten Vereinigungen, und der Ausschuss der preußischen Ärztekammern als Zentralinstanz ist mit dem DÄVB vergleichbar. Auch die Alters- und Hinterbliebenenvorsorge wurde in vielen Vereinigungen entweder als eigenständige Dienstleistung oder durch selbständige Organisationen garantiert. Beispiele hierfür wären die 1854 gegründete Berliner ärztliche Unterstützungskasse und die Unterstützungskassen der Regierungsbezirke Potsdam und Frankfurt, die unter anderem durch Mittel der Ärztekammer ausgestattet und später an die Unterstützungskasse der Kammer angegliedert wurden.²¹²

Das in „mustergültiger Weise“ geordnete und für den gesamten Kammerbezirk einheitliche Unterstützungswesen der Ärztekammer Berlin-Brandenburg erwies sich in anderen preußischen Provinzen als Vorbild. Um 1905 waren die Wohlfahrtseinrichtungen der meisten Kammern noch „mangelhaft“ bzw. die Unterstützungsleistungen für Ärzte mitunter noch nicht ein-

tember 1904, S. 153-156, hier S. 156.

²⁰⁸ Vgl. Beilage zu den Verhandlungen der Aeztekammer für die Provinz Brandenburg und den Stadtkreis Berlin am 25. Januar 1920, Wahlper. 10, Berlin 1920, S. 29f.: Bericht über die Tätigkeit der Darlehenskasse für die Provinz Brandenburg und den Stadtkreis Berlin für das zehnte Geschäftsjahr 1919. Siehe ausführlich Joachim, Denkschrift, S. 75-81.

²⁰⁹ Vgl. Joachim, Denkschrift, S. 65.

²¹⁰ Zur Reform des Ärztlichen Unterstützungs- und Versicherungswesens. Denkschrift der Aeztekammer für die Provinz Brandenburg und den Stadtkreis Berlin, Berlin 1896, S. 22. Die Denkschrift erschien zu den Verhandlungen der Aeztekammer für die Provinz Brandenburg und den Stadtkreis Berlin, Wahlper. 3, Zehntes Stück, Berlin 1896 als Beilage.

²¹¹ Vgl. Huerkamp, Der Aufstieg, S. 105.

²¹² Vgl. Graf, Das ärztliche Vereinswesen, S. 66; Joachim, Denkschrift, S. 64, 70. Siehe ebenso Herold-Schmidt, Ärztliche Interessenvertretung, S. 71f.; Trüb, Die geschichtliche Entwicklung, S. 341.

mal explizit an die Kammern gebunden, so in Ostpreußen und Schleswig-Holstein.²¹³ Von der Berlin-Brandenburger Kammer, die in den ersten zehn Jahren des Bestehens der Unterstützungskasse jährlich etwa 60.000 Mark an Hilfgeldern ausgezahlt hatte, seien sodann „eine große Anzahl wichtiger und zum allgemeinen Nutzen verwirklichter Anregungen ausgegangen, in ihrem Schoße ist [...] die Form für die weitherzige Regelung des Unterstützungswezens geboren“.²¹⁴ Eine von den Ärztevertretern Berlin-Brandenburgs angeregte Vereinheitlichung der Kammerfürsorge in ganz Preußen, wofür der Ärztekammerausschuss gemeinsame Grundsätze aufstellen sollte, konnte jedoch nicht erzielt werden.²¹⁵

Vor dem Ersten Weltkrieg bestanden als besondere Einrichtungen der Ärztekammer über die bereits genannten Organe hinaus seit 1890 für jeden Wahlbezirk eine Honorarkommission zur Vermittlung bei Honorarstreitigkeiten zwischen Ärzten und Privatpersonen oder Behörden,²¹⁶ die sich darüber hinaus für die Verbesserung der preußischen Gebührenordnung auf Seiten der approbierten Ärzte einsetzte,²¹⁷ sowie eine 1904 ins Leben gerufene Bücherei mit einem breiten Bestand an Nachschlagewerken zur Medizin, Gesundheitspflege, juristischen und Verwaltungsangelegenheiten sowie an gesammelten Kammerversammlungsberichten und Fachzeitschriften.²¹⁸ Hinzu kam die Kommission zur Bekämpfung der Kurpfuscherei, die im Juni 1897 einberufen wurde. Mit ihr übernahm die Kammer Verantwortung für die Verwirklichung eines zentralen Ziels der deutschen Ärzteschaft, das auch auf Vereinsebene und somit ebenso auf den Deutschen Ärztetagen einen hohen Stellenwert zugesprochen bekam. Anfangs sammelte die Kommission belastendes Material über unprofessionelle Ärzte, die mit ihrer Tätigkeit das öffentliche Volkswohl schädigten, und deckte hierbei Fälle von unlauterem Wettbewerb nicht approbierter Heilbehandler auf. Auf dieser Grundlage stellte die Kammer bei den zuständigen Behörden Strafanträge gegen die Pfuscher, über deren Ausgang allerdings keine Informationen vorliegen. Des Weiteren versandte die Kommission Eingaben an die Regierung, die verhindern sollten, nichtapprobierte Personen zu den Krankenkassen zuzulassen,

²¹³ GStA PK, I. HA Rep. 76 Kultusministerium, VIII B Nr. 765, Bl. 244f.: Wie haben die Preussischen Aerktekammern, S. 156.

²¹⁴ Ebd. Nr. 766, o. Bl.: Lennhoff, 25 Jahre.

²¹⁵ Vgl. und siehe ausführlich Joachim, Denkschrift, S. 61, 71ff.

²¹⁶ Vgl. und siehe ausführlich ebd., S. 100f. Als zusätzliches Kammerorgan werden hier gerichtliche Sachverständige genannt.

²¹⁷ Vgl. GStA PK, I. HA Rep. 76 Kultusministerium, VIII B Nr. 823, Bl. 290: Informationsblatt der Honorarkommission der Ärztekammer.

²¹⁸ Die durch eine Bibliothekskommission verwaltete Bücherei der Ärztekammer umfasste zum Ende des Jahres 1919 etwa 2.000 Werke, die zum einen Teil käuflich erworben wurden, zum anderen Teil als Schenkung eingingen; vgl. Beilage zu den Verhandlungen der Aerktekammer am 25. Januar 1920, S. 45f.: Jahresbericht über die Bücherei der Aerktekammer für das Jahr 1919. Zur Kammerbibliothek und den Publikationsorganen der Ärztekammer siehe auch Joachim, Denkschrift, S. 97-100.

und unterbreitete Vorschläge bezüglich des Arznei- und Geheimmittelwesens, wobei sie für die ausschließliche Anwendung auf wissenschaftlichen Erkenntnissen basierender Medikamente eintrat. Letztere Bemühungen mündeten in den Forderungen eines Kurpfuschereigesetzes bis hin zu einer zusammenhängenden Regelung des gesamten Medizinalwesens durch eine Reichsmedizinalordnung.²¹⁹

Im Zusammenhang mit der Bekämpfung der Kurpfuscherei stand auch die Debatte um die Aufhebung der Kurierfreiheit und damit die Revision der Gewerbeordnung, die das Praktizieren nicht approbierter Mediziner erst legitimiert hatte. In der Juni-Sitzung 1897, bei der es auch zur Berufung der Kurpfuscherei-Kommission kam, sprachen sich zwei Drittel der Kammerdelegierten für das Ausscheiden der Ärzte aus der Gewerbeordnung aus. Gefordert wurde vielmehr der Erlass einer staatlich anerkannten Ärzteordnung, die das gesamte Deutsche Reich umfassen sollte. Diese hätte die Voraussetzungen zur ärztlichen Berufszulassung, also den notwendigen Schulabschluss, die Prüfungsordnungen an den Universitäten und das Approbations- und Promotionsverfahren, zu regeln und die Rechte und Pflichten der approbierten Ärzte anhand einer einheitlichen Standesordnung festzuschreiben. Somit wäre die berufliche Autonomie der Ärzte weiterhin garantiert, die Nachteile der freien Konkurrenz der Gewerbeordnung dagegen kompensiert worden. Das in der Kammer und ebenso auf den Deutschen Ärztetagen wiederholt geäußerte Verlangen nach einer Deutschen Ärzteordnung wurde jedoch stets von der Reichsregierung mit dem abermaligen Verweis abgewiesen, das Gesundheitswesen sei Sache der Länder.²²⁰

Mit der Berufung der Kurpfuschereikommission und der Errichtung ihrer weiteren Organe waren es vor allem standespolitische Interessen zur „Förderung der wirtschaftlichen Lage der Aerzte und Hebung des sozialen Ansehens“²²¹, derer sich die Ärztekammer in ihrer Anfangs- und Etablierungsphase bis zum Ausbruch des Ersten Weltkrieges annahm. Doch beschäftigte sie sich daneben auch mit zahlreichen Feldern der öffentlichen Gesundheitspflege, gab hierzu gutachterliche Einschätzungen ab und bildete ihre Mitglieder hierin fort. Auf den Tagesordnungen der Kammerversammlungen standen beispielsweise Fragen bezüglich der „Seuchenbekämpfung, der öffentlichen Leichenschau, [...] der Hygiene des Wochenbetts und Ausbildung der Hebammen, der Tuberkulosefürsorge, der Krankenhäuser, Irren- und Idiotenanstal-

²¹⁹ Vgl. Joachim, Denkschrift, S. 115ff.

²²⁰ Vgl. ebd., S. 121; Herold-Schmidt, Ärztliche Interessenvertretung, S. 57; Huerkamp, Der Aufstieg, S. 260, 273; Schmaltz, Von der Medizinalreformbewegung, S. 68.

²²¹ Joachim, Denkschrift, S. 132.

ten, Schulhygiene und dergleichen mehr“.²²² Die Realisierung entsprechender Kammerbeschlüsse war allerdings nicht immer möglich, da sie stark davon abhängig war, was Staat, Kreis und Gemeinde überhaupt leisten konnten und wollten.

3.2 Georg Schneider und die Entwicklung des ärztlichen Vereinswesens

Die Errichtung und Fortentwicklung des Ärztevereinsbundes sowie der -kammern waren neben den begünstigenden politischen, ökonomischen und gesellschaftlichen Gegebenheiten, gekennzeichnet durch die Reichseinigung, die Hochindustrialisierung sowie die zunehmende Nachfrage nach medizinischer Versorgung infolge der demographischen und sozialen Entwicklung, die entscheidenden Faktoren für eine erneute Gründungswelle ärztlicher Vereine und Verbände, die weit bis in das neue Jahrhundert anhielt.²²³ Für die Provinz Brandenburg weist Graf allein zwischen 1875 und 1889 zehn Ärztevereinsgründungen nach.²²⁴ Im Vergleich zu den zwei bis dahin bestehenden Organisationen in Brandenburg an der Havel und der Niederlausitz war dies ein ausgesprochen hoher Zuwachs. Zu den neuen Ärztezusammenschlüssen gehörten die beiden Vereine für die Regierungsbezirke Frankfurt (1882) und Potsdam (1884), jeweils ein städtischer Verein der Ärzte Frankfurts (1881) und Cottbus' (1888) sowie Ärztevereine der Kreise Oberbarnim, Niederbarnim, Ruppin, Ostprignitz, Zauch-Belzig und Templin. Damit waren bereits umfangreiche Gebiete der Provinz abgedeckt.

Neben den von Graf aufgelisteten Ärztevereinen gründete sich im genannten Zeitraum aber noch mindestens ein weiterer, dessen Eintragung in das Vereinsregister allerdings erst im Jahr 1909 erfolgte²²⁵ und der in Grafs Übersicht aus diesem Grund möglicherweise unberücksichtigt bleibt, der Ärzteverein zu Potsdam. In diesem städtischen Verein begann im Jahr 1906 Georg Schneiders berufspolitische Tätigkeit,²²⁶ die sich 1912 mit der von ihm initiierten Gründung des Schutzverbandes der Ärzte des Bezirks Potsdam rasch intensivierte. Schneider, ge-

²²² GStA PK, I. HA Rep. 76 Kultusministerium, VIII B Nr. 766, o. Bl.: Lennhoff, 25 Jahre. Zu den Tätigkeitsfeldern der Kammer in der öffentlichen Gesundheitspflege siehe ausführlich Joachim, Denkschrift, S. 103-117.

²²³ Vgl. Graf, Das ärztliche Vereinswesen, S. 66.

²²⁴ Siehe ebd., S. 141: Übersicht der Ärztevereine der Provinz Brandenburg exkl. Berlin.

²²⁵ In einer Abschrift der Satzung des Ärzte-Vereins zu Potsdam vom 25. November 1919, aufzufinden in BLHA, Rep. 5E Amtsgericht Potsdam Nr. 993, Bl. 57-60, hier Bl. 57r, wird in § 1 der 9. Mai 1889 als Gründungstag genannt. Erst am 3. März 1909 wurde der Verein in das Vereinsregister des königlichen Amtsgerichtes Potsdam unter Nr. 33 eingetragen, wie im Öffentlichen Anzeiger Nr. 6 zum 10. Stück des Amtsblatts der Königlichen Regierung zu Potsdam und der Stadt Berlin vom 12. März 1909, enthalten in ebd., Bl. 8f., hier Bl. 9r, bekanntgegeben.

²²⁶ Vgl. Goerke, Heilkunde, S. 165. In der im BLHA lagernden Akte zum Ärzteverein zu Potsdam (Rep. 5E Amtsgericht Potsdam Nr. 993) befinden sich keine Aktenstücke, die das Eintrittsjahr bestätigen.

boren am 15. Juni 1875 in Frankfurt (Oder),²²⁷ kam aufgrund der beruflichen Versetzung seines Vaters Albert Otto als Regierungsrat schon in jungen Jahren nach Potsdam. Er besuchte das hiesige Viktoria-Gymnasium und legte im Herbst 1893 sein Abitur ab.²²⁸ Anschließend absolvierte er erfolgreich das Medizinstudium und erhielt 1898 in Königsberg (Preußen) seine Approbation als Arzt. Nach dem anschließenden Dienst als einjährig-freiwilliger Arzt beim Eisenbahnregiment 1 in Berlin vom 1. Dezember 1898 bis zum 31. Mai 1899 und beim Infanterieregiment 35 in Brandenburg an der Havel bis zum 31. Juli 1899 ließ sich Schneider noch im selben Jahr als praktischer Arzt in Vierraden im Kreis Angermünde nieder. Dort leitete er eine eigene Landpraxis und sammelte im jungen Alter von etwa 25 Jahren auf sich allein gestellt seine ersten beruflichen Erfahrungen – auf der einen Seite die Mühen und Nöte, auf der anderen Seite aber auch die verantwortungsvolle Freiheit der landärztlichen Tätigkeit –, die sein standespolitisches Denken geprägt haben. Goerke beschreibt, dass Schneider ständig in ärztlicher Bereitschaft war, und dies nicht nur in Vierraden selbst. Wie damals in der Landarztpraxis üblich, hielt Schneider mit dem Fuhrwerk zu Pferd auch Hausbesuche in den umliegenden und entfernteren Ortschaften ab und musste dort mitunter auf verschiedensten medizinischen Gebieten tätig sein.

Mehr als 40 Jahre später, im März 1947, blickte Schneider, mittlerweile als Fraktionsvorsitzender der LDP im Brandenburger Landtag, auf das Landarzt-dasein zurück: „Die ärztliche Versorgung des Landes war oft genug schon in früheren Jahren ein schwieriges Problem, wenn die Dörfer in weiterer Entfernung vom Sitz der Aerzte liegen. Ich kenne noch aus eigener Erfahrung die Zustände, als das Auto im Dorf noch unbekannt war, als Dörfer und Kleinstädte noch keinerlei Fernsprechverbindung mit den größeren Städten hatten und die Krankenversicherung auf dem Lande noch nicht durchgeführt war. Damals entstanden bei schweren Krankheitsfällen oft recht kritische Situationen, und der Landbewohner hat oft bange Stunden des Wartens durchmachen müssen. Der Arzt mußte oft stundenlang über Land fahren [...]“²²⁹

²²⁷ Vgl. StdA FF, Bestand I, Standesamt, Geburtenregister, Nr. 883: Geburtsurkunde Georg Otto Schneiders vom 15. Juni 1875. Goerke gibt in seinem biographischen Kapitel fälschlicherweise das Jahr 1874 als Geburtsjahr Schneiders an, in der Kurzbiographie ist die Angabe aber korrekt; vgl. Goerke, Heilkunde, S. 163, 226. In der Dissertation von Ilona Herweg, Über Themen der ärztlichen Standespolitik in Deutschland von 1926 bis 1933 aufgrund von Sitzungsprotokollen des Vorstandes und des Geschäftsausschusses des Deutschen Ärztevereinsbundes, Diss., München 1976, S. 50, steht gar das Jahr 1844 als Geburtsjahr. Die nachfolgenden Ausführungen stützen sich auf Goerke, Heilkunde, S. 163f., 226. Vgl. zusätzlich ders., Georg Schneider; de Bary, In memoriam; Walder, Dr. Georg Schneider.

²²⁸ Vgl. H. Rassow (Hrsg.), Königliches Viktoriagymnasium in Potsdam. Festschrift zur Feier der 100jährigen Anerkennung als Gymnasium am 10. und 11. November 1912, Potsdam 1912, S. 91.

²²⁹ BLHA, Rep. 201 Landtag Nr. 88, Bl. 47-60: Landtag der Mark Brandenburg, 1. Wahlperiode, Drucksache Nr. 76: Stenographischer Bericht. 8. Sitzung am 20. März 1947, hier Bl. 60r. Trotz der flächendeckenderen Industrialisierung bestand bis in das 20. Jahrhundert hinein ein erheblicher Kontrast zwischen den Zahlen der in den Städten und in den ländlichen Regionen niedergelassenen Ärzte, woraus sich Unterschiede in den medizinischen

Solche Erlebnisse waren es, die dazu führten, dass sich Schneider schon früh mit ärztlichen Berufsfragen befasste und sich später als Berufspolitiker stets für den Schutz und bessere Bedingungen der Landarztpraxis einsetzte.

Nach seiner Zeit in Vierraden verschlug es Schneider 1906 abermals – und von nun an für den Rest seines Lebens – in seine Wahlheimat Potsdam, wo er eine allgemeinärztliche Privatpraxis eröffnete. Diese wurde schnell zu einem wichtigen medizinischen Anlaufpunkt in der Stadt; einer rückblickenden Einschätzung Schneiders selbst aus dem Jahr 1932 zufolge war sie „vielleicht die grösste und sicher wohl die vornehmste Praxis“ Potsdams.²³⁰ Mehr als 550 Familien konnte Schneider bis zur Einstellung seiner ärztlichen Tätigkeit im April 1926 zu seinem Patientenkreis zählen; als Hausarzt behandelte er daneben auch Personen aus den Kreisen des Adels und des wohlhabenden Bürgertums wie etwa „20 bekannte Generäle und Heerführer sowie führende Männer der Industrie und Wirtschaft“.²³¹ Diese hohe Nachfrage – und auch das Ansehen unter den Kollegen – seien nicht zuletzt zurückzuführen auf Schneiders diagnostische und therapeutische Fähigkeiten, „seine Einfachheit, seine Selbstsicherheit und die vollkommene, jedem fühlbare Lauterkeit seines Wesens“, wie ihn sein vertrauter Zeitgenosse und Mitarbeiter Curt Walder einschätzte.²³² Obwohl Schneider freipraktizierender Arzt war, kamen nicht nur Privatpatienten, sondern auch Tariffkassenmitglieder zu seinen Sprechstunden. Diese fanden in der Regel an fünf Nachmittagen in der Woche statt. Außerdem hielt er etwa dreimal so viele Hausbesuche in den Morgen- und Mittagsstunden ab.²³³ „Mit der gleichen Hingabe, die er dem ‚Dienst am Kranken‘ gewidmet hatte, griff Schneider [...] den ‚Dienst am deutschen Arzt‘ auf“²³⁴, angefangen beim Ärztlichen Verein Potsdams.

Der städtische Ärzteverein verfolgte den gängigen Zweck der meisten Ärztevereine seiner Zeit, nämlich die Pflege und Förderung der kollegialen, wissenschaftlichen und Standesinteressen. Die Mitgliedschaft im Verein stand jedem in Potsdam oder Umgebung wohnhaften

Versorgungsmöglichkeiten ergaben. Die Deutsche Tageszeitung berichtete im Frühjahr 1914 entsprechend, dass in der Presse wiederholt „Mitteilungen über einen starken Ueberfluß an Aerzten in Großstädten“ zu lesen seien, wohingegen es „vom platten Lande her bewegliche Klagen darüber [gebe], daß die Aerzteversorgung unzureichend sei“, obgleich der günstigeren Erwerbsmöglichkeiten für die Ärzte. Siehe GStA PK, I. HA Rep. 76 Kultusministerium, VIII B Nr. 590, Bl. 4: Ueberfluß und Mangel an Aerzten, in: Deutsche Tageszeitung, Nr. 180 vom 8. April 1914.

²³⁰ IGEM, Nachlass Heinz Goerke, Ordner Dr. Georg Schneider (1875-1949) div. Mat., o. Bl.: Auszüge aus einem Brief Georg Schneiders an den Kölner Ärzteverein von 1932, S. 6.

²³¹ Ebd., S. 2. Das nicht erhaltene Patientenbuch-Protokollbuch Georg Schneiders für die Jahre 1923 bis 1925 beinhaltete 584 Patienten(familien)namen. Etwa jeder zehnte Patient gehörte dem Adel bzw. einer Potsdamer Bürgerfamilie an. Vgl. Goerke, Heilkunde, S. 164f.

²³² Walder, Dr. Georg Schneider, S. 267.

²³³ Vgl. IGEM, Nachlass Heinz Goerke, Ordner Dr. Georg Schneider (1875-1949) div. Mat., o. Bl.: Auszüge aus einem Brief Georg Schneiders an den Kölner Ärzteverein von 1932, S. 1.

²³⁴ De Bary, In memoriam, S. 14.

Arzt zu.²³⁵ Die gerichtliche und außergerichtliche Vertretung oblag dem Vorstand, der aus drei Mitgliedern bestand, dem Vorsitzenden, einem Schriftführer und einem Kassenswart, und jährlich gewählt wurde. Bei der Eintragung in das Vereinsregister saß dem Ärzteverein zu Potsdam der Geheime Sanitätsrat Dr. Johannes Hausmann vor.²³⁶ Die Mitglieder des Vereins traten regelmäßig einmal im Monat zusammen. In diesem Rahmen konnten auch Krankenvorstellungen stattfinden, wodurch wissenschaftliche Kenntnisse praxisnah ausgetauscht wurden.²³⁷ Außerhalb der Versammlungen waren die in Potsdam lebenden Vereinsmitglieder verpflichtet, dem Lesezirkel des Vereins beizutreten, in dem der wissenschaftliche Austausch zusätzlich gefördert wurde.²³⁸ Des Weiteren umfasste der Verein zwei Kommissionen. Zum einen gab es eine Kommission für persönliche Angelegenheiten, zum anderen eine Vertrauenskommission als untergeordnete Instanz der Vertragskommission des Regierungsbezirks Potsdam bei der Ärztekammer. Letztere stand voll und ganz im Sinne der ärztlichen Selbstverwaltung, indem sie zur Prüfung von Verträgen zwischen Vereinsmitgliedern und Krankenkassen einberufen wurde. Alle Vereinsmitglieder verpflichteten sich, der Kommission etwaige Verträge vor Abschluss zur Genehmigung vorzulegen. Die Prüfung erfolgte anhand fester, vom Verein getroffener Bestimmungen.²³⁹

Georg Schneider trat dem Ärzteverein zu Potsdam mit dem Beginn seiner hiesigen allgemeinärztlichen Tätigkeit bei. Bereits 1909 wurde er zum Obmann im Leipziger Verband bestellt, für den er um Mitglieder warb. Besorgt zeigte sich Schneider zu dieser Zeit um die Berufsverhältnisse in Potsdam, die er als „trotzlos und rückständig“ empfand. Unter den Ärzten herrschte seiner Auffassung nach zwar ein gutes Verhältnis, aber keine wahre Kollegialität. Auch das Wirken des Ärztevereins wurde von ihm eher kritisch gesehen: Dessen Sitzungen seien „unter der Leitung eines liebenswürdigen, tüchtigen, aber leider nicht mit der Zeit fortgeschrittenen und daher hemmenden, jedem entschlossenen Vorgehen abholden Vorsitzenden [gemeint ist Johannes Hausmann, d. Vf.] anregend und harmonisch verlaufen“. Die Forderungen bezüg-

²³⁵ Vgl. BLHA, Rep. 5E Amtsgericht Potsdam Nr. 993, Bl. 3ff.: Beglaubigte Abschrift der Satzung des Ärztevereins zu Potsdam vom 26. Oktober 1908, hier Bl. 3r, §§ 1f. 1908 nahmen an der Vereinsversammlung 27 Mitglieder teil, 1925 hatte sich die Zahl mit 50 Teilnehmern etwa verdoppelt; vgl. ebd., Bl. 6: Auszug aus dem Protokoll der Sitzung des Aerzte-Vereins zu Potsdam vom 26. Oktober 1908; Bl. 82: Auszug aus dem Sitzungsbericht des Aerztlichen Vereins Potsdam am 26. Januar 1925.

²³⁶ Vgl. ebd., Bl. 3ff.: Beglaubigte Abschrift der Satzung des Ärzte-Vereins zu Potsdam vom 26. Oktober 1908, hier Bl. 3v, § 4. Eine Übersicht zur Zusammensetzung des Vorstands von 1908 bis 1934 befindet sich im Anhang der Arbeit, S. 290, Nr. 3.

²³⁷ Vgl. BLHA, Rep. 5E Amtsgericht Potsdam Nr. 993, Bl. 3ff.: Beglaubigte Abschrift der Satzung des Ärztevereins zu Potsdam vom 26. Oktober 1908, hier Bl. 3v-4r, § 6.

²³⁸ In den Vereinsstatuten von 1919 wird der Lesezirkel nicht mehr erwähnt; siehe ebd., Bl. 57-60: Abschrift der Satzung des Ärzte-Vereins zu Potsdam vom 25. November 1919.

²³⁹ Vgl. ebd., Bl. 3ff.: Beglaubigte Abschrift der Satzung des Ärzte-Vereins zu Potsdam vom 26. Oktober 1908, hier Bl. 4v-5r, §§ 11-14.

lich des Kassenarztwesens seien in Potsdam bis dahin „völlig unberücksichtigt geblieben“, so bestünde nirgends freie Arztwahl und die Bezahlung durch die Krankenkassen bliebe „weit unter den im Reich üblichen Sätzen zurück“.²⁴⁰ Diese Einschätzung Schneiders belegt Heinrich Joachim insofern, wenn er in seiner Denkschrift zum 25-jährigen Jubiläum der Ärztekammer konstatiert, dass die Tätigkeit der Vertrauenskommissionen des Regierungsbezirks Potsdams und auch der Vertragskommission, der Johannes Hausmanns vorsah, im Jahr 1911 erheblich rückgängig gewesen sei.²⁴¹

Über Schneiders Engagement im Ärzteverein zu Potsdam lassen sich anhand der Archivalien keine weiteren Erkenntnisse ziehen. Jedoch ist davon auszugehen, dass er an der Auflösung der Vertrauenskommission – 1919 findet sich diese nicht mehr in der Vereinssatzung wieder²⁴² – entscheidend beteiligt war, denn noch vor dem Ersten Weltkrieg übernahm der maßgeblich auf seine Initiative am 27. Juni 1912 gegründete Schutzverband der Ärzte des Bezirks Potsdam²⁴³ den Zweck dieses Gremiums.

Ebenso wie der Ärzteverein hatte auch der Schutzverband seinen Sitz in Potsdam und umfasste nicht nur die in der Stadt niedergelassenen Ärzte, sondern auch jene aus ihrer unmittelbaren Umgebung. Hierzu zählten die, später zum Teil eingemeindeten, Ortschaften Bornstedt-Bornim, Caputh, Glindow, Klein-Machnow, Neubabelsberg, Nowawes, Rehbrücke, Saarmund, Wannsee und Werder.²⁴⁴ Mit seiner Eintragung unter der Nummer 61 in das Vereinsregister des Königlichen Amtsgerichts Potsdam erhielt der Schutzverband am 21. Dezember 1912 seine Rechtskräftigkeit.²⁴⁵

²⁴⁰ Zitiert nach Goerke, Heilkunde, S. 165. Goerke bezieht sich dabei auf die handschriftlich verfasste Geschichte der wirtschaftlichen ärztlichen Organisation und des Schutzverbandes der Ärzte des Bezirks Potsdam, Bd. 1, S. 2f., die wohl nicht erhalten geblieben ist.

²⁴¹ Vgl. Joachim, Denkschrift, S. 96.

²⁴² Vgl. BLHA, Rep. 5E Amtsgericht Potsdam Nr. 993, Bl. 57-60: Abschrift der Satzung des Ärzte-Vereins zu Potsdam vom 25. November 1919.

²⁴³ Vgl. ebd. Nr. 932, Bl. 1: Beglaubigtes Schreiben Georg Schneiders, Max Schmidts und Kurt Schollwers an das Königliche Amtsgericht Potsdam vom 28. Oktober 1912. In einem Brief an den Kölner Ärzteverein von 1932 betonte Schneider, dass der Schutzverband von ihm begründet worden sei. Vgl. IGEM, Nachlass Heinz Goerke, Ordner Dr. Georg Schneider (1875-1949) div. Mat., o. Bl.: Auszüge aus einem Brief Georg Schneiders an den Kölner Ärzteverein von 1932, S. 1. Laut Goerke ging der Verband aus einer bereits 1911, ebenfalls von Schneider gegründeten Ortsgruppe des Leipziger Verbands hervor; vgl. Goerke, Heilkunde, S. 165.

²⁴⁴ Vgl. BLHA, Rep. 5E Amtsgericht Potsdam Nr. 932, o. Bl.: Beglaubigte Abschrift der Satzungen des Schutzverbandes der Ärzte des Bezirks Potsdam vom 27. Juni 1912, §§ 1, 3. Zu den Statuten des Schutzverbandes siehe vergleichend ebd., Bl. 141: Satzung des Schutzverbandes der Ärzte des Bezirks Potsdam vom 11. Oktober 1934.

²⁴⁵ Vgl. ebd., Bl. 9v: Bekanntmachung im Öffentlichen Anzeiger Nr. 10 zum 2. Stück des Amtsblatts der Königlichen Regierung zu Potsdam und der Stadt Berlin vom 11. Januar 1913, S. 128. Der Potsdamer Polizei-Präsident stellte sich aufgrund gesetzlicher Bedenken gegen die Eintragung des Schutzverbandes in das Vereinsregister. Dies ging so weit, dass er dem Verband unterstellte, durch das Monopol im kassenärztlichen Vertragswesen allein zu seinen Gunsten und nicht für seine Mitglieder wirtschaftliche Vorteile erzielen zu wollen. Der Zweck des Verbandes sei ausschließlich „auf einen wirtschaftlichen Geschäftsbetrieb gerichtet“; siehe ebd., Bl. 5f.: Schreiben des Potsdamer Polizei-Präsidenten an das Königliche Amtsgericht Potsdam vom 7. Dezember 1912. Infolge der Eintragung wiederholte der Polizei-Präsident seine Bedenken sogar gegenüber dem Landgericht und wollte

Als Ortsgruppe des Hartmannbundes²⁴⁶ verfolgte Schneiders Schutzverband vor allem wirtschaftliche bzw. kassenärztliche Interessen seiner Mitglieder. Er setzte sich als primäres Ziel, gegenüber den immer mehr an Gewicht gewinnenden Krankenkassen seinen Mitgliedern Rückhalt zu gewähren und deren Interessen zur Geltung zu bringen. Wie Schneider in einem Schreiben an das Königliche Landgericht Potsdam, in dem er die Errichtung des Schutzverbandes begründete, darlegte, sei dies dringend erforderlich geworden: „Durch die Abhängigkeit des einzelnen Arztes von übermächtigen Kassenorganisationen war, ganz abgesehen von der Verschlechterung der wirtschaftlichen Verhältnisse des Standes, die soziale Stellung, der moralische Halt und die Charakterfestigkeit vieler Ärzte derart ungünstig beeinflusst worden, daß eine weitreichende Proletarisierung des Standes immer unverkennbarer wurde.“²⁴⁷ Mögen Schneiders Worte auch ziemlich zugespitzt erscheinen, so ist in Erinnerung zu rufen, dass sich ein wirkliches Standesgefühl in der Ärzteschaft, verbunden mit einem kollegialeren Verhalten, beruflicher Selbstverwaltung und einem gewissen gesellschaftlichen Prestige, erst im vergangenen Jahrhundert entwickelte und aus Sicht vieler Ärzte jetzt schon wieder gefährdet schien, indem die Freiheit ihrer Berufsausübung durch das Sozialversicherungssystem eingeschränkt wurde. Darüber hinaus befand sich der Ärzte-Kassen-Konflikt 1913 reichsweit ohnehin am Siedepunkt. Es wird deutlich, dass die Kassenarztfrage bereits zu Beginn Schneiders berufspolitischer Tätigkeit eines der zentralen Themen war, die ihn beschäftigten, obwohl er selbst „im eigentlichen Sinne des Wortes nie Kassenarzt gewesen“ sei.²⁴⁸

Der Schutzverband verfolgte eine „friedliche Verständigung mit den Kassen, die von ihr [der Potsdamer Ärzteschaft] aufrichtig gewünscht“ gewesen sei.²⁴⁹ In diesem Sinne nahm er sich Aufgaben an, die weit über die Arbeit der Vertrauenskommission des Potsdamer Ärztevereins hinausgingen.²⁵⁰ Er war nicht mehr allein für die Prüfung und Genehmigung von Verträgen,

eine Löschung des Verbandes aus dem Vereinsregister erzwingen; vgl. ebd., Bl. 11: Schreiben des Potsdamer Polizei-Präsidenten an das Königliche Landgericht vom 21. Januar 1913. Schneider und die weiteren Vorstandsmitglieder konnten die Ausrichtung des Verbandes auf einen Vereinszweck gegenüber dem Landgericht jedoch begründen und widersprachen der Löschung erfolgreich; vgl. ebd., Bl. 19f.: Schreiben Georg Schneiders an das Königliche Landgericht Potsdam vom 15. Februar 1913; Bl. 24f.: Schreiben des Schutzverbandes der Ärzte des Bezirks Potsdam, gez. von den Vorstandsmitgliedern Georg Schneider, Max Schmid und Kurt Schollwer, an das Königliche Landgericht vom 28. März 1913; Bl. 29: Abschrift des Schreibens des Königlichen Landgerichts Potsdam an den Schutzverband der Ärzte des Bezirks Potsdam vom 11. April 1913.

²⁴⁶ Vgl. ebd., o. Bl.: Beglaubigte Abschrift der Satzungen des Schutzverbandes der Ärzte des Bezirks Potsdam vom 27. Juni 1912, § 1.

²⁴⁷ Ebd., Bl. 19f.: Schreiben Georg Schneiders an das Königliche Landgericht Potsdam vom 15. Februar 1913, hier Bl. 19r.

²⁴⁸ IGEM, Nachlass Heinz Goerke, Ordner Dr. Georg Schneider (1875-1949) div. Mat., o. Bl.: Auszüge aus einem Brief Georg Schneiders an den Kölner Ärzteverein von 1932, S. 1.

²⁴⁹ BLHA, Rep. 5E Amtsgericht Potsdam Nr. 932, Bl. 19f.: Schreiben Georg Schneiders an das Königliche Landgericht Potsdam vom 15. Februar 1913, hier Bl. 20r.

²⁵⁰ Zu den Aufgaben des Schutzverbandes vgl. nachfolgend ebd., o. Bl.: Beglaubigte Abschrift der Satzungen des Schutzverbandes der Ärzte des Bezirks Potsdam vom 27. Juni 1912, §§ 2, 12ff., 17.

die mit ärztlichen Dienstleistungen in Verbindung standen, zuständig. Vielmehr schloss er diese für seine kassenärztlichen Mitglieder mit den im Vereinsgebiet bestehenden Kassen sowie sonstigen Organisationen und Personen selbst ab und garantierte die Realisierung der Vertragsvereinbarungen. Anstelle von Einzelverträgen traten Kollektivverträge, die für alle dem Schutzverband angehörenden Kassenärzte galten. Die Mitglieder unterstanden den ausgehandelten Bedingungen und verpflichteten sich, im Grunde für jede Organisation tätig zu sein, mit der der Verband vertragliche Beziehungen einging. Ihnen war es sogar untersagt, eigenständig Verhandlungen zu führen. In der Regel zogen die Kollektivverträge aber vorteilhaftere Konditionen für die Ärzte nach sich, als es bei dem Abschluss von Einzelverträgen der Fall gewesen wäre. Die Verträge sollten möglichst auf dem Prinzip der organisierten freien Arztwahl fußen, bei der der versicherte Patient jeden für seine Krankenkasse tätigen Arzt nach eigenem Ermessen konsultieren konnte.²⁵¹ Jene Kollegen, die durch dieses Prinzip finanzielle Einbußen zu erleiden hatten, unterstützte der Schutzverband durch die Einrichtung einer eigenen Garantie-Schutzkasse, die 1922 um eine Unterstützungskasse mit Versorgungs- und Versicherungseinrichtungen für die Vereinsmitglieder und deren Hinterbliebenen erweitert wurde.²⁵² Zudem war der Verband für die Honorarverteilung unter den Kassenärzten zuständig. Das heißt, dass die Kassen die Honorare für die bei ihnen erbrachten ärztlichen Leistungen dem Verband zustellten, der das Geld den Ärzten übertrug, entsprechend der eingereichten Rechnungen als Nachweis ihrer Tätigkeit. Zum fernerem Aufgabenkreis des Verbandes zählte etwa auch die Organisation der ärztlichen Ferienvertretung.²⁵³

Schneider selbst übernahm mit der Gründung des Verbandes dessen Vorsitz und hatte dieses Amt über fast 20 Jahre bis zum März 1931 inne.²⁵⁴ Damit oblagen ihm die Leitung der Geschäftsausschusssitzungen und der Mitgliederversammlungen sowie die Ausführung ihrer Be-

²⁵¹ Zum Prinzip der organisierten freien Arztwahl siehe Fritz Okraß, Die Beziehungen zwischen Aerzten und Krankenkassen, in: Volkstümliche Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung, Nr. 14, 1927, S. 236-239, hier S. 236; Schwach, Ärztliche Standespolitik, S. 26.

²⁵² Vgl. BLHA, Rep. 5E Amtsgericht Potsdam Nr. 932, Bl. 82: Abschrift des Protokolls zur Jahresversammlung des Schutzverbandes der Ärzte des Bezirks Potsdam am 21. Mai 1922.

²⁵³ Dies geht aus der Tagesordnung zur ersten Jahresversammlung des Schutzverbandes am 17. Februar 1913 hervor; vgl. ebd., Bl. 21: Einladung des Schutzverbandes der Ärzte des Bezirks Potsdam zur Jahresversammlung vom 10. Februar 1913.

²⁵⁴ Vgl. ebd., Bl. 2: Abschrift des Protokolls zur konstituierenden Versammlung des Schutzverbandes der Ärzte des Bezirks Potsdam und zur Genehmigung der Satzung am 27. Juni 1912. Auf den Jahresversammlungen bis 1930 wurde Schneider stets mit überragender Mehrheit als Vorsitzender bestätigt. Ab 1931 stellte er sich aufgrund der hohen Arbeitsbelastung im Rahmen seiner anderweitigen standespolitischen Tätigkeit nicht mehr zur Wahl. Vgl. ebd., Bl. 31, 39, 45, 50, 55, 58, 61, 65, 71, 82, 89, 95, 98, 102, 106, 110, 113, 115, 119: Abschriften der Protokolle zu den Jahresversammlungen des Schutzverbandes der Ärzte des Bezirks Potsdam am 17. Februar 1913, 23. März 1914, 18. Oktober 1915, 18. September 1916, 18. Juni 1917, 22. April 1918, 18. Mai 1919, 9. Mai 1920, 8. Mai 1921, 21. Mai 1922, 28. Mai 1923, 18. Mai 1924, 29. März 1925, 25. April 1926, 13. März 1927, 1. April 1928, 17. März 1929, 23. März 1930, 29. März 1931.

schlüsse. Zudem wurde ihm ein gewisses Disziplinarrecht zugesprochen, indem er Mitgliedern, die gegen die Satzung bzw. entsprechende Pflichten verstießen, Belehrungen erteilen konnte. Als Vorsitzender des Schutzverbandes war Schneider zugleich Obmann des Leipziger Verbands. Demnach führte er die Geschäftsgänge mit dem Hartmannbund und vermittelte die Beziehungen zwischen diesem und den Mitgliedern des Schutzverbandes.

Neben Schneider als Vorsitzenden komplettierten ein Schrift- und ein Kassenvorstand den Vorstand – im Gründungsjahr waren dies die Potsdamer Ärzte Kurt Schollwer und Max Schmid –, der den Verband gerichtlich und außergerichtlich nach außen vertrat.²⁵⁵ In Zusammenarbeit mit vier Beisitzern bildete der Vorstand wiederum den Geschäftsausschuss. Ihm oblagen zum einen die Vertragsverhandlungen und -abschlüsse mit den Krankenkassen und weiteren Organisationen. Hierfür wurde die zuständige Vertragskommission der Ärztekammer gutachterlich hinzugezogen. Im Rahmen der Organisation des Potsdamer Kassenarztwesens erarbeitete der Geschäftsausschuss ein Ärzteverzeichnis, aus dem Zahl und Verteilung der Kassenärzte hervorging und welches den Vertragspartnern zugestellt wurde. Er war für die Honorarverteilung zuständig und organisierte Schutzeinrichtungen zur Prüfung und Berichtigung der von den Ärzten eingereichten Rechnungen. Außerdem übernahm er die Abordnung von Ärzten in den mit den Vertragspartnern vereinbarten Einigungsausschuss bzw. in das Schiedsgericht.²⁵⁶ Zum anderen verfügte der Geschäftsausschuss über die Judikative des Vereins. Er konnte Mitglieder belehren, ermahnen oder verwarnen und sogar den zeitweiligen bzw. dauerhaften Ausschluss verfügen. Die Möglichkeit des Ausschlusses bestand, wenn dies vom Vorstand einer Krankenkasse, mit der der Schutzverband vertraglich in Verbindung stand, entsprechend dem Beschluss eines Schiedsgerichtes beantragt wurde, im Falle der wiederholten oder grob fahrlässigen Schädigung der Krankenkassen oder anderer Vereinsmitglieder, bei Verletzung der Satzung oder von Vertragsvereinbarungen, beim unerlaubten Abschluss von Einzelverträgen mit Kassen oder ähnlichen Organisationen bzw. bei absichtlichem Nichtbefolgen von Beschlüssen oder Verfügungen des Verbandes.²⁵⁷ Ein Vereinsausschluss konnte gravierende, gar existenzielle Folgen haben, bedeutete er gleichzeitig die Beendigung der kassenärztlichen Tätigkeit bei den im Vertrag mit dem Verband stehenden Kassen und sonstigen Organisationen. Im März 1929 wurden die Disziplinarmaßnahmemöglichkeiten dahingehend verschärft, dass

²⁵⁵ Eine Übersicht zur Zusammensetzung des Vorstands von 1912 bis 1934 befindet sich im Anhang der Arbeit, S. 290, Nr. 4.

²⁵⁶ Zu den Aufgaben von Vorstand und Geschäftsausschuss des Schutzverbandes vgl. und siehe ausführlich BLHA, Rep. 5E Amtsgericht Potsdam Nr. 932, o. Bl.: Beglaubigte Abschrift der Satzungen des Schutzverbandes der Ärzte des Bezirks Potsdam vom 27. Juni 1912, §§ 15, 17-24.

²⁵⁷ Vgl. ebd., § 8.

über pflichtverletzende Mitglieder auch Geldstrafen von bis zu 600 Mark verhängt werden konnten.²⁵⁸

Die Mitglieder des Schutzverbandes traten mindestens einmal im Jahr zu einer Hauptsitzung zusammen, in der Vorstand und Geschäftsausschuss gewählt wurden sowie die vom Geschäftsausschuss vorgeschlagenen Verträge beraten und im besten Fall genehmigt wurden. Weitere Versammlungen konnten im Interesse des Vereins oder des Vorstandes einberufen werden.²⁵⁹

Dem Schutzverband der Potsdamer Ärzte oblagen damit jene selbstverwaltenden Aufgaben und Maßnahmen, die den knapp zwanzig Jahre später gesetzlich eingeführten Kassenärztlichen Vereinigungen übertragen wurden. Zugleich wollte der Verband das Solidaritätsgefühl und die Kollegialität unter den Ärzten festigen und zur Erhöhung des Standesgefühls beitragen²⁶⁰ – ein Anliegen, das nicht nur die Kassenärzte betraf. Daher verstand er sich auch nicht als „reiner Kassenarztverein“.²⁶¹ Welche Bedeutung dem Schutzverband obgleich bezüglich der Organisation des Kassenarztwesens zuzuschreiben ist, geht aus einem Schreiben des Potsdamer Justizrats Dr. Pink hervor.²⁶² Als Rechtsanwalt vertrat Pink die Klage seines Mandanten Sanitätsrat Dr. Hirsch, der seit 1917 als Augenarzt in Potsdam tätig war und dem 1921 die Aufnahme in den Schutzverband verweigert wurde. Begründet wurde die Ablehnung damit, dass Hirsch ein sogenannter „Nothelfer“²⁶³ im Sinne des *Berliner Abkommens* vom 23. Dezember 1913 und somit von der Aufnahme in den Verband ausgeschlossen sei.²⁶⁴ Hirsch trat

²⁵⁸ Vgl. ebd., Bl. 115: Abschrift des Protokolls zur Jahresversammlung des Schutzverbandes der Ärzte des Bezirks Potsdam am 23. März 1929.

²⁵⁹ Vgl. und siehe ausführlich ebd., o. Bl.: Beglaubigte Abschrift der Satzungen des Schutzverbandes der Ärzte des Bezirks Potsdam vom 27. Juni 1912, §§ 16, 25ff. Im Anhang der Arbeit befindet sich eine Mitgliederstatistik des Schutzverbands; siehe S. 291, Nr. 5: Zahl der auf den Jahresversammlungen des Schutzverbandes der Ärzte des Bezirks Potsdam anwesenden Mitglieder.

²⁶⁰ Vgl. BLHA, Rep. 5E Amtsgericht Potsdam Nr. 932, Bl. 19f.: Schreiben Georg Schneiders an das Königliche Landgericht Potsdam vom 15. Februar 1913, hier Bl. 19v.

²⁶¹ Ebd., Bl. 24f.: Schreiben der Vorsitzenden des Schutzverbandes der Ärzte des Bezirks Potsdam, gez. von den Vorstandsmitgliedern Georg Schneider, Max Schmid und Kurt Schollwer, an das Königliche Landgericht Potsdam vom 28. März 1913, hier Bl. 25r.

²⁶² Vgl. nachfolgend ebd., Bl. 74-77: Schreiben des Justizrats Dr. Pink an das Amtsgericht Potsdam vom 6. September 1921.

²⁶³ Als „Nothelfer“ oder „Streikbrecher“ wurden jene Ärzte bezeichnet, die 1913 entgegen der Anordnung des Leipziger Verbands ein privates Vertragsverhältnis mit einer Krankenkasse eingingen. Ein außerordentlicher Deutscher Ärztetag rief im Oktober des Jahres sogar zur vorübergehenden Einstellung der kassenärztlichen Versorgung, also zum Streik, auf, da sich Ärzte- und Kassenverbände nicht über grundsätzliche Bestimmungen des neu zu regelnden Kassenrechts einig wurden. Die bestehenden Verträge waren beim Großteil der Krankenkassen zum Jahresende gekündigt. Die Krankenkassen konnten mit günstigen Vertragsbedingungen allerdings rund 200 Ärzte anwerben. Vgl. Neuhaus, Arbeitskämpfe, S. 348f.

²⁶⁴ Erst im Frühjahr 1921 wurde die Satzung des Schutzverbandes dahingehend geändert, dass „Nothelfer“ in der Regel von der Aufnahme in den Verein ausgeschlossen wurden; vgl. BLHA, Rep. 5E Amtsgericht Potsdam Nr. 932, Bl. 71: Abschrift des Protokolls zur Jahresversammlung des Schutzverbandes der Ärzte des Bezirks Potsdam am 8. Mai 1921. Es ist stark davon auszugehen, dass die Satzungsänderung eng mit der Klage Dr. Hirschs in Beziehung steht. Die Bestimmung ordnet sich jedoch in das Ideal, das der Schutzverband vertrat, ein.

im September 1913 in ein zehnjähriges Vertragsverhältnis mit einer Breslauer Krankenkasse, was zur Sperrung für den Verband führte. Durch die Nichtaufnahme war Hirsch von der Kassenpraxis ausgeschlossen und somit stark in seiner Existenz bedroht. Denn für einen Facharzt war es in Potsdam kaum möglich, privat zu praktizieren. Mehr als 90 Prozent der Einwohner wurden kassenärztlich versorgt. Da der Schutzverband das gesamte Kassenarztwesen in Potsdam regelte, indem er mit allen Kassen Kollektivverträge abschloss, mussten die Ärzte, die kassenärztlich tätig sein wollten, zwangsläufig dem Verband beitreten. Pink beurteilte diese Machtposition äußerst kritisch: Der Verband verschaffe „für seine Mitglieder ein Monopol zur Ausübung der Kassenpraxis und mach[e] jeden anderen Arzt [...] existenzlos“.²⁶⁵

3.3 Der brandenburgische Ärztestand im Ersten Weltkrieg

3.3.1 Zwischen Kriegsdienst und andauernden Konflikten

Als die Delegierten der Ärztekammer für die Provinz Brandenburg und den Stadtkreis Berlin am 6. Februar 1915 zu ihrer ordentlichen Jahressitzung zusammentraten, unterschieden sich die äußeren Umstände maßgeblich von denen in allen Versammlungen zuvor. Dies geht auch aus den Eröffnungsworten des Kammerpräsidenten Carl Stöter hervor: „Während die früheren Tagungen, solange die Kammer existiert, im Schutze eines sicheren Friedens sich vollziehen konnten, stehen wir jetzt umbrandet von den Wogen eines so gefahrvollen und blutigen Krieges, wie ihn nicht nur unser Vaterland, sondern die ganze Welt noch nicht gesehen hat.“²⁶⁶

Der zu dieser Zeit bereits über ein halbes Jahr herrschende Erste Weltkrieg brachte einschneidende Veränderungen in allen Bereichen des privaten und öffentlichen Lebens mit sich, so auch innerhalb der deutschen Ärzteschaft, ihrer regionalen Vereine und provinziellen wie reichsweiten Standesorganisationen. Das ärztliche Vereinsleben in Brandenburg schien nahezu zu stagnieren, die Aufgaben, Tätigkeiten und Zielvorstellungen der Kammer sowie des gesamten Ärztestandes waren wesentlich vom andauernden Kriegszustand bedingt.

²⁶⁵ Ebd., Bl. 74-77: Schreiben des Justizrats Dr. Pink an das Amtsgericht Potsdam vom 6. September 1921, hier Bl. 75. Seinen im Rahmen der Klage gestellten Antrag, dass die Satzungsänderung bezüglich der Nichtaufnahme von ‚Nothelfern‘ im Schutzverband der Ärzte des Bezirks Potsdam rückgängig gemacht wird, zog Pink bereits am 13. September 1921 wieder zurück; vgl. ebd., Bl. 79: Schreiben des Justizrats Dr. Pink an das Amtsgericht Potsdam vom 13. September 1921.

²⁶⁶ Ordentliche Sitzung der Aertztekammer für die Provinz Brandenburg und den Stadtkreis Berlin am Sonnabend, den 6. Februar 1915, in: Verhandlungen der Aertztekammer für die Provinz Brandenburg und den Stadtkreis Berlin, Wahlper. 9, Siebentes Stück, Berlin 1915, S. 671-774, hier S. 673.

Dabei stand der Großteil der deutschen Ärzteschaft dem Krieg bei seinem Ausbruch durchaus wohlgesinnt, wenn nicht sogar begeistert gegenüber, und die Mehrheit der Ärzte verhielt sich bis zur deutschen Kapitulation im November 1918 absolut kronloyal. Viele Ärzte ließen sich freiwillig mustern und waren an der Front oder in der Heimat kriegsdienstlich aktiv.²⁶⁷ Insgesamt wurden etwa 35.000 Ärzte militärisch eingesetzt,²⁶⁸ Ende August 1914 waren schon „mehrere Tausend“ preußische Ärzte ins Feld einberufen,²⁶⁹ wobei auch aus Brandenburg und Berlin „sehr viele“ Ärzte Kriegsdienst leisteten.²⁷⁰ Um die Zahl der Ärzte schnell zu steigern, führte die Regierung sofort nach seinem Ausbruch für die gesamte Zeit des Krieges ärztliche Notprüfungen ein, bei denen den auszubildenden Ärzten das praktische Jahr erlassen wurde. Bereits bis zu Beginn des Jahres 1915 erlangten circa 2.500 Ärzte auf diesem Weg ihre Approbation, was einen Anstieg der Ärztezahl um sieben Prozent bedeutete. Der Großteil der notaprobieren Ärzte, etwa drei Viertel, wurde im Kriegsdienst eingesetzt.²⁷¹ Aufgrund der vielen militärischen Verpflichtungen waren für Heer und Marine zwar hinreichend Ärzte vorhanden, die medizinische Versorgung der Zivilbevölkerung gestaltete sich aber als schwierig. In vielen Orten des Reiches einschließlich der Provinz Brandenburg herrschte Ärztemangel.²⁷² In einem Rundschreiben der Ärztekammer vom Dezember 1914 an sämtliche Ärzte ihres Bezirkes hieß es, dass sich „[i]nfolge Einberufung einer großen Zahl von Assistenten und Angliederung von Kriegslazaretten mit beträchtlicher Bettenzahl [...] ein Mangel an Aerzten in den Krankenanstalten der Stadt Berlin fühlbar gemacht“ habe. Die freien Stellen sollten durch niedergelassene Ärzte des Kammerbezirks besetzt werden, die den Krankenhausdienst zusätz-

²⁶⁷ Vgl. Kater, *Ärzte und Politik*, S. 35; Schwoch, *Ärztliche Standespolitik*, S. 30; Eberhard Wolff, *Mehr als nur materielle Interessen. Die organisierte Ärzteschaft im Ersten Weltkrieg und in der Weimarer Republik 1914-1933*, in: Robert Jütte (Hrsg.), *Geschichte der deutschen Ärzteschaft. Organisierte Berufs- und Gesundheitspolitik im 19. und 20. Jahrhundert*, Köln 1997, S. 97-142, hier S. 97ff.

²⁶⁸ Diese Zahl bezieht sich auf die kriegsdiensttätigen Ärzte im Feld und in der Heimat; vgl. Wolff, *Mehr als nur materielle Interessen*, S. 97. Davon waren knapp 25.000 Ärzte an der Front eingesetzt, etwa jeder zehnte kam nicht wieder zurück; vgl. Kater, *Ärzte und Politik*, S. 30.

²⁶⁹ Vgl. GStA PK, I. HA Rep. 76 Kultusministerium, VIII B Nr. 766, o. Bl.: Schreiben des preußischen Ärztekammerausschusses, gez. vom Vorsitzenden Carl Stöter, an den preußischen Minister des Innern vom 26. August 1914.

²⁷⁰ Dies wurde bei der Ärztekammerversammlung im Februar 1915 betont; vgl. Ordentliche Sitzung der Ärztekammer am 6. Februar 1915, S. 673. Eine absolute Zahl der Ärzte aus Brandenburg, die an der Front tätig waren, konnte nicht ermittelt werden. In einer Erklärung des Vorstands der Ärztekammer für die Provinz Brandenburg und den Stadtkreis Berlin vom 18. Juli 1919, in: *Verhandlungen der Ärztekammer für die Provinz Brandenburg und den Stadtkreis Berlin*, Wahlper. 9, Zwölftes Stück, Berlin 1919, S. 1307-1310, hier S. 1307, wird erwähnt, dass „mindestens 1948 Kollegen des Kammerbezirks im Heeresdienst gestanden [hätten], die innerhalb kurzer Zeit in die Heimat zurückgeströmt sind“. Diese Zahl beinhaltet nicht die dauerhaften Militärärzte, sondern lediglich die aufgrund des Krieges militärärztlich eingesetzten Zivilärzte.

²⁷¹ Vgl. GStA PK, I. HA Rep. 76 Kultusministerium, VIII B Nr. 590, Bl. 25: Mamlock, *Die Deckung des Aertztebedarfs. Neue Maßnahmen der Reichsregierung*, in: *Berliner Tageblatt*, Nr. 60 vom 2. Februar 1915.

²⁷² Vgl. ebd., Bl. 24: *Versorgung mit Aerzten im Kriege*, in: *Vossische Zeitung*, Nr. 15 vom 9. Januar 1915. Vgl. auch den Erlass des Ministers des Innern vom 10. August 1914 zum Zivilärztemangel; zitiert in: Hafenecker/Velke/Frings, *Geschichte*, S. 68.

lich zur Ausübung ihrer Praxis zu absolvieren hätten.²⁷³ Dies stellte sich allerdings als schweres Unterfangen heraus, denn auch im brandenburgischen Umland seien die nur begrenzt verfügbaren Mediziner durch ihre Praxis übermäßig in Anspruch genommen worden, wie Georg Schneider in einem Schreiben an das Amtsgericht die Situation in Potsdam im Frühjahr 1915 beklagte.²⁷⁴

Schneider selbst wurde 1914 als Bataillonsarzt zum 1. Garde-Reserve-Regiment in Potsdam einberufen, ab Herbst 1915 führte er dieselbe Tätigkeit in Weißensee aus, ehe er im folgenden Frühjahr zur Versorgung verschiedener militärischer Einheiten nach Potsdam zurückversetzt wurde.²⁷⁵ Von einer Kriegsbegeisterung kann bei ihm wohl eher nicht die Rede sein, zu sehr sorgten ihn die kritischen Folgen des Krieges, insbesondere hinsichtlich der Gesundheitspolitik. Jedoch zeigte sich der liberal-konservativ gesinnte Schneider stets loyal gegenüber der Monarchie.

Die Befürwortung des Krieges und die Kaisertreue machten sich deutlich in den national-konservativ geprägten ärztlichen Standesvertretungen sowie in ihrer Presse bemerkbar.²⁷⁶ Trotz der mit der Zeit zunehmenden allgemeinen Erschöpfung und der Friedenssehnsucht wurden die Kriegsziele und das Weltmachtstreben der deutschen Monarchie seitens des öffentlichkeitswirksamen Ärztestandes konsequent bejaht und gerechtfertigt und die Siegesgewissheit bis zuletzt aufrechterhalten.²⁷⁷ Dass eine solche Einstellung auch unter den Brandenburger und Berliner Mediziner vorherrschend war, verdeutlichen die oben zitierten Begrüßungsworte Carl Stöters und auch die Protokollverläufe zu den weiteren Kammersitzungen während des Weltkriegs. In der Eröffnungsansprache der Jahresversammlung 1915 betonte der Kammerpräsident, „daß in dem uns aufgezwungenen Kriege es tatsächlich der Wille eines jeden Deutschen ist, den letzten Hauch von Roß und Mann daran zu setzen, um uns zu wehren, um unsere höchsten, idealsten Güter zu schützen und zu schirmen.“ Darüber wären sich nicht nur alle

²⁷³ Vgl. und zitiert nach GStA PK, I. HA Rep. 76 Kultusministerium, VIII B Nr. 590, Bl. 23: Aerztemangel, in: Tägliche Rundschau (Berlin), Nr. 625 vom 25. Dezember 1914.

²⁷⁴ Vgl. BLHA, Rep. 5E Amtsgericht Potsdam Nr. 932, Bl. 42: Schreiben des Schutzverbandes der Ärzte des Bezirks Potsdam, gez. Georg Schneider, an das Königliche Amtsgericht Potsdam vom 10. März 1915.

²⁷⁵ Vgl. BLHA, Rep. 72 Ärztekammer für die Provinz Brandenburg Nr. 3054, o. Bl.: Fragebogen Georg Schneiders zur erstmaligen Meldung bei der Reichsärztekammer – Ärztekammer Brandenburg vom 6. Mai 1936; IGEM, Nachlass Heinz Goerke, Ordner Dr. Georg Schneider (1875-1949) div. Mat., o. Bl.: Karteikartennotiz Heinz Goerkes zu Georg Schneiders militärischer Laufbahn; Goerke, Heilkunde, S. 166. Bereits im Frühjahr 1908 hatte Schneider in Göttingen eine 20-tägige Stabsarztausbildung absolviert.

²⁷⁶ Die national-konservative Prägung zeigt sich etwa auch im Beschluss der Ärztekammer für die Provinz Brandenburg und den Stadtkreis Berlin, „[i]n den Druckschriften der Aerztekammer (Einladungen zur Sitzung, den amtlichen Mitteilungen, den Verhandlungsschriften) [...] jedes vermeidbare Fremdwort durch ein deutsches Wort zu ersetzen“; Ordentliche Sitzung der Aerztekammer für die Provinz Brandenburg und den Stadtkreis Berlin am Sonnabend, den 22. Januar 1916, in: Verhandlungen der Aerztekammer für die Provinz Brandenburg und den Stadtkreis Berlin, Wahlper. 9, Achstes Stück, Berlin 1916, S. 779-882, hier S. 790.

²⁷⁷ Vgl. Wolff, Mehr als nur materielle Interessen, S. 99 f. Ebenso Hafenegger/Velke/Frings, Geschichte, S. 67.

anwesenden Kammerdelegierten, sondern das ganze deutsche Volk einig.²⁷⁸ Die Kriegsschuld wurde, mit fast schon propagandistischen Worten, den Kriegsgegnern zugeschoben. Diese würden „mit Aufbietung aller Kraft“ einen „Vernichtungskrieg“ anstreben. „[D]ie ihnen dargebotene Friedenshand [hätten die Feinde] in höhnischer Ueberhebung und schamlosen Cy-nismus von sich gestoßen“.²⁷⁹ Gemeint ist mit ziemlicher Sicherheit das Angebot der Mittel-mächte zu Friedensverhandlungen vom 12. Dezember 1916, das Deutschland und seine Ver-bündeten, Österreich-Ungarn, Bulgarien und die Türkei, in Form einer Friedensnote unterbrei-teten, für die Entente aber unannehmbar war, da sie es „weniger als ein Friedensangebot denn als Kriegsmanöver“²⁸⁰ wahrnahm und sich somit eine Kriegsniederlage eingestanden hätte.²⁸¹ Noch zu Beginn des letzten Kriegsjahres, nachdem sich die Lage auf deutscher Seite maßgeb-lich verschlechtert hatte und die Niederlage in Sicht war, beteuerte Stöter, „die deutschen Aerzte [hätten] oft genug mit Worten bezeugt und durch Tat bewiesen, daß sie ihrer Pflicht gegenüber dem Vaterlande sincere et constanter freudig und unentwegt bis zum Ende gehor-sam sein werden“.²⁸² Viele Berliner und Brandenburger Ärztevertreter gingen weiterhin von einer „siegreiche[n] Beendigung“ des Krieges aus.²⁸³

Damit prägt die Ärzteschaft das lange Zeit gern gezeichnete und im Bewusstsein vieler Deut-scher verankerte Bild des patriotischen Augusterlebnisses und der konsequenten Unterstüt-zung von Kaiser und Kriegsführung, das sich aber mehr als Mythos denn als Realität erwiesen hat. Die vermeintlich allgegenwärtige Kriegsbegeisterung wurde von der historischen For-schung infrage gestellt und widerlegt.²⁸⁴ Hauptsächlich beschränkte sich diese auf die konser-vativ-bürgerliche und akademische Bevölkerung, wobei es auch unter den Medizinern ent-schiedene Kriegsgegner gab, die jedoch kaum öffentlich in Erscheinung traten.²⁸⁵

²⁷⁸ Ordentliche Sitzung der Aerztekammer am 6. Februar 1915, S. 674.

²⁷⁹ Ordentliche Sitzung der Aerztekammer für die Provinz Brandenburg und den Stadtkreis Berlin am Sonn-abend, den 3. Februar 1917, in: Verhandlungen der Aerztekammer für die Provinz Brandenburg und den Stadt-kreis Berlin, Wahlper. 9, Neuntes Stück, Berlin 1917, S. 865-989, hier S. 869.

²⁸⁰ So heißt es in der Antwortnote der Alliierten vom 30. Dezember 1916; zitiert nach Ulrich Cartarius (Hrsg.), Deutschland im Ersten Weltkrieg. Texte und Dokumente 1914-1918, München 1982, S. 208.

²⁸¹ Vgl. etwa Volker Ullrich, Die nervöse Großmacht. Aufstieg und Untergang des deutschen Kaiserreichs 1871-1918, 2. Aufl. der durchges. und mit einem neuen Nachw. versehenen Lizenzausg., Frankfurt am Main 2010 (1. Aufl. 1997), S. 441ff.

²⁸² Ordentliche Sitzung der Aerztekammer für die Provinz Brandenburg und den Stadtkreis Berlin am Sonn-abend, den 2. Februar 1918, in: Verhandlungen der Aerztekammer für die Provinz Brandenburg und den Stadt-kreis Berlin, Wahlper. 9, Zehntes Stück, Berlin 1918, S. 993-1088, hier S. 997.

²⁸³ Beilage zu den Verhandlungen der Aerztekammer für die Provinz Brandenburg und den Stadtkreis Berlin, Wahlper. 9, Zehntes Stück, Berlin 1919, S. 31-41: Bericht des Kuratoriums für Kriegsentschädigung Groß-Ber-liner Ärzte für das vierte Geschäftsjahr 1918, hier S. 31.

²⁸⁴ Siehe beispielsweise Tillmann Bendikowski, Sommer 1914. Zwischen Begeisterung und Angst – wie Deut-sche den Kriegsbeginn erlebten, München 2014; Ullrich, Die nervöse Großmacht, S. 263-269.

²⁸⁵ Vgl. Wolff, Mehr als nur materielle Interessen, S. 101.

Als Ursache der nahezu geschlossenen Loyalität im deutschen Ärztestand lässt sich zum einen die starke „Identifikation mit dem Reich, der Monarchie und seinem Militär“²⁸⁶ ausmachen. Immerhin konnte sich der Arztberuf in der Phase der Hochindustrialisierung, die quasi mit der Gründung des Kaiserreichs eintrat, professionalisieren, indem unter anderem seitens des Staates die rechtlichen Grundlagen für die berufliche Selbstverwaltung gelegt wurden. Der Ärztestand bildete gemäß seinem Selbstverständnis damit sogar einen funktionalen Teil des Staates.²⁸⁷ Und obgleich die von Bismarck eingeleitete und unter seinen Nachfolgern fortgeführte staatliche Sozialpolitik mit der konsequenten Etablierung der Krankenkassen zur wirtschaftlichen und standespolitischen Schwächung der Ärzte führte, „fühlten sie sich dem Wilhelminismus nach wie vor verbunden und neigten zur Unterstützung des Kaiserreichs gerade mit konservativer Politik“.²⁸⁸ Indem sich der ärztliche Stand in den Dienst des Staates stellte, handelte er zum anderen aus einem gewissen Kalkül heraus. Er wollte damit seinen besonderen Nutzen für die Gesellschaft demonstrieren, etwa bei der Versorgung von Verwundeten und durch die übermäßige zivile Praxis, und erhoffte sich folglich eine erhöhte Anerkennung seines Berufes und seiner standespolitischen Ziele.²⁸⁹ Dem entsprechend hob der Kassenvorstand der Ärztekammer für die Provinz Brandenburg und den Stadtkreis Berlin, Sally Alexander, auf ihrer Februar-Sitzung 1915 „mit Genugtuung“ hervor, dass der Ärztestand, „der in hervorragendem Maße bestimmt ist, die Leiden des Krieges zu mindern, durch seine Kleinarbeit dem Vaterlande nicht unwesentliche Dienste leistet“.²⁹⁰ Die Unterordnung der Ärzteschaft unter Zurückstellung eigener Standesinteressen zugunsten der aktuellen politischen Erfordernisse widersprach also nur augenscheinlich dem Streben nach beruflicher Autonomie.

Waren die Streitigkeiten und Meinungsverschiedenheiten zwischen Ärzten und Krankenkassen nach Kriegsausbruch vollkommen verstummt,²⁹¹ traten sie insbesondere in den letzten Kriegsmonaten in einigen Teilen des Reiches wieder auf.²⁹² Anlass hierfür boten vor allem Verhandlungen um die Neuregelung kassenärztlicher Verhältnisse zwischen örtlichen Arzt- und Kassenverbänden, wie etwa in Groß-Berlin.²⁹³ Dort hatten der Zentralverband der Kassenärzte von Berlin mit hiesigen Vertretern der Krankenkassen und dem Oberversicherungs-

²⁸⁶ Ebd., S. 100.

²⁸⁷ Vgl. ebd., S. 101; Kater, *Ärzte und Politik*, S. 34.

²⁸⁸ Kater, *Ärzte und Politik*, S. 34f. Zu anderen, wenn auch weniger bedeutenden politischen Strömungen innerhalb der deutschen Ärzteschaft siehe ebd.

²⁸⁹ Vgl. Wolff, *Mehr als nur materiellen Interessen*, S. 100f.

²⁹⁰ Ordentliche Sitzung der Ärztekammer am 6. Februar 1915, S. 700.

²⁹¹ Vgl. GStA PK, I. HA Rep. 76 Kultusministerium, VIII B Nr. 826, Bl. 508: Auszug aus der Täglichen Rundschau (Berlin), Nr. 68 vom 7. Februar 1915.

²⁹² Vgl. Wolff, *Mehr als nur materiellen Interessen*, S. 103.

²⁹³ Vgl. nachfolgend und siehe ausführlich Ordentliche Sitzung der Ärztekammer am 4. Mai 1918, S. 1098-1185.

amt mit Genehmigung der Kammer-Vertragskommission im Oktober 1913 – noch unberührt vom *Berliner Abkommen* – Grundsätze für kassenärztliche Verträge beschlossen. Dies waren „eine Fülle von Bestimmungen über paritätische Gremien, Anstellung von Kassenärzten, deren Tätigkeit und Honorierung“, die vom 1. Januar 1914 bis zum 31. Dezember 1918 galten.²⁹⁴ Die Neuverhandlungen dieser Richtlinien im Frühjahr 1918 nahmen den Ausführungen des Kammerdelegierten Kuthe auf der Sitzung am 4. Mai 1918 zufolge „einen leidlichen Verlauf“. Sie seien „auch mal abgebrochen [worden], wenn eine Einigung über irgendeinen Punkt nicht zu erzielen“ gewesen war.²⁹⁵

Ferner sahen die Ärzte eine Gefährdung ihrer wirtschaftlichen Interessen in der bevorstehenden Ausdehnung der Versicherungspflicht und damit auch der Machtposition der Krankenkassen. Es drohte sowohl eine deutliche Erhöhung der Versicherungsgrenze als auch die Einführung der obligatorischen Familienversicherung. Die abzusehende Folge war die weitere Abnahme an Privatpatienten, von denen höhere Honorare verlangt werden konnten, als die Kassen für die Behandlung ihrer Versicherten gewährten. Als die Obergrenze für die Pflichtmitgliedschaft in der Gesetzlichen Krankenversicherung im November 1918 mittels staatlicher Verordnung tatsächlich auf ein Jahreseinkommen von 5.000 Reichsmark verdoppelt wurde, um der Finanznot der Krankenkassen infolge des Krieges entgegenzutreten, und sich dadurch die Zahl der Privatarztclientel minderte, kam es vor allem von Seiten des Leipziger Verbandes zu heftigen Protesten gegen die neue Regierung. In dieser Maßnahme sah er nicht nur die Wirtschaftlichkeit der Ärzte, sondern auch den Status quo zwischen Ärzten und Kassen bedroht.²⁹⁶

Ähnlich bedeutsam wie diese Auseinandersetzungen mit den Kassen waren laut Wolff die Kontroversen des Leipziger Verbandes mit der Militärverwaltung um die Eingruppierungen und Besoldung der militärisch tätigen Ärzte. In den Augen vieler Mitglieder waren die Arbeitsverträge äußerst unvorteilhaft, weswegen sie Klage beim Verband einreichten, der ihre Interessen wiederum – erfolglos – vor der Militärverwaltung vertrat.²⁹⁷

Als drittes Konfliktfeld lassen sich interne Spannungen unter den Ärzten ausmachen. Gewiss führte die gemeinsame Kriegserfahrung vieler Mediziner zur Stärkung der Kollegialität; Zwistigkeiten unter den Frontärzten waren gleichwohl keine Seltenheit. Diese resultierten

²⁹⁴ Neuhaus, *Arbeitskämpfe*, S. 350f., Zitat S. 350.

²⁹⁵ Ordentliche Sitzung der Ärztekammer am 4. Mai 1918, S. 1107.

²⁹⁶ Siehe ausführlich Wolff, *Mehr als nur materielle Interessen*, S. 107-110.

²⁹⁷ Vgl. Wolff, *Mehr als nur materielle Interessen*, S. 104. Interessant wäre zu prüfen, in welchem Ausmaß seitens der brandenburgischen Ärzte Beschwerden über die Militärverwaltung beim Leipziger Verband eingingen. Die Protokolle der Ärztekammerverhandlungen geben hierzu keinen Aufschluss.

zum einen daraus, dass „gewohnte ärztliche Hierarchien von den militärischen Rangunterschieden bisweilen auf den Kopf gestellt wurden“.²⁹⁸ So hatten junge Militärärzte teilweise die Befehlsgewalt über etablierte, aber kürzlich erst eingezogene Zivilärzte inne. Auch waren die Unterschiede in der Besoldung und das vereinfachte Medizinstudium der für den Krieg benötigten Ärzte Auslöser für Konflikte.

Solidarisch zeigten sich dagegen die in der Heimat verbliebenen Ärzte gegenüber denen an der Front, indem auf Initiative der Standesorganisationen Unterstützungseinrichtungen für Kriegsgeschädigte geschaffen und unentgeltliche Praxisvertretungen mit Rückgabe der Patientenkarteen nach dem Krieg garantiert wurden.²⁹⁹ Die Ärzteschaft könne „mit Stolz bekennen“, dass die „staatlichen Vertretungen des ärztlichen Standes [...] vom Beginn des Krieges an bemüht gewesen [seien], die wirtschaftlichen Nachteile des Krieges, soweit sie [...] Standesgenossen berühren, nach Kräften herabzumindern und [...] die Lasten, die durch die Stütze des Standes erwachsen, auf sich zu nehmen“, wie Sally Alexander auf der Jahresversammlung der Berlin-Brandenburgischen Kammer 1915 verdeutlichte.³⁰⁰

Auf derselben Sitzung berief die Kammer, zunächst für die Berliner Ärzte, ein eigenes Kuratorium für Kriegsentschädigung ein.³⁰¹ Diese Zentralstelle zur Spendensammlung war in erster Linie für jene Kassen- wie auch Privatärzte vorgesehen, „die entweder in Erfüllung militärischer Pflichten oder in Erfüllung freiwilliger patriotischer Pflicht als Aerzte außerhalb ihres Wohnortes der Militärbehörde sich zur Verfügung gestellt haben“ und aufgrund ihres Kriegseinsatz eine wirtschaftliche Notlage erleiden mussten.³⁰² Die eingeworbenen Gelder sollten nach Kriegsende – nur in dringenden Fällen bereits während des Krieges, wobei die Mitglieder des Kuratoriums über die Dringlichkeit zu entscheiden hatten – als Entschädigung bzw. nachträgliches Honorar gezahlt werden.³⁰³ Es wurde erwartet, dass insbesondere die jungen Ärzte, die in großer Zahl notexaminiert ihre Approbation erhielten und daraufhin in den Krieg

²⁹⁸ Ebd., S. 106. Zu den Konflikten innerhalb der Ärzteschaft im Ersten Weltkrieg und der Nachkriegszeit siehe ausführlich ebd., S. 105ff.

²⁹⁹ Vgl. ebd., S. 106.

³⁰⁰ Ordentliche Sitzung der Aerztekammer am 6. Februar 1915, S. 700.

³⁰¹ Zu den nachfolgenden Ausführungen bezüglich des Kuratoriums vgl. und siehe ausführlich Beilage zu den Verhandlungen der Aerztekammer für die Provinz Brandenburg und den Stadtkreis Berlin, Wahlper. 9, Siebentes Stück, Berlin 1916, S. 33-38; ebd., S. 41f.: Bericht des Kuratoriums für Kriegsentschädigung Groß-Berliner Aerzte für das Geschäftsjahr 1915 und Satzung des Kuratoriums für Kriegsentschädigung Groß-Berliner Aerzte, errichtet am 6. März 1915; Ordentliche Sitzung der Aerztekammer am 6. Februar 1915, S. 723-773. Die eigentliche Absicht, den durch Kriegseinsatz notleidenden Ärzten Berlins auf Vereinsebene Abhilfe zu schaffen, scheiterte an den Unstimmigkeiten unter den Vereinen bezüglich der Form und Durchführbarkeit der Kriegsentschädigung.

³⁰² Ordentliche Sitzung der Aerztekammer am 6. Februar 1915, S. 733.

³⁰³ Zudem wurde den Ärzten, die sich im Kriegseinsatz befanden, der Kammerbeitrag erlassen; vgl. ebd., S. 672.

zogen, bei ihrer Rückkehr ins Zivilleben ohne Existenzgrundlage wären.³⁰⁴ Ferner hatte das Kuratorium die Möglichkeit, auch die durch den Krieg geschädigten Mediziner zu unterstützen, die nicht kriegsärztlich tätig waren. Aufgebracht wurden die Mittel des Kuratoriums, dem der Kassenführer der Ärztekammer vorsah und das die Verteilung der Entschädigungen selbst normierte, aus Rücklagen kassenärztlicher Organisationen, Spenden von Ärztevereinen und Privatpersonen, Sammlungen, einem Zuschuss der Ärztekammer sowie zusätzlichen Mitteln ihrer Unterstützungskasse.

Dem Kuratorium für Kriegsentschädigung Groß-Berliner Ärzte folgten 1916 die Pendants für die Regierungsbezirke Potsdam und Frankfurt, die nach „dem erfolgreichen Vorbilde von Groß-Berlin“³⁰⁵ gebildet wurden. Besonders in Berlin konnte das Gremium von Beginn an reichlich Spenden verzeichnen. Zum einjährigen Bestehen waren es bereits rund 400.000 Mark, die vor allem von der Ärztekammer und den kassenärztlichen Organisationen bereitgestellt wurden. Gesuche um Unterstützung gingen bereits während des Kriegs, vor allem aber nach der Rückkehr der kriegsdienstlich tätigen Ärzte im Winter 1918/19 ein. Anfang der 1920er Jahre hatte sich die Situation beruhigt, da die meisten kriegsbeschädigten Ärzte bis dahin entweder wieder in geordnete Verhältnisse zurückgekehrt waren und ihre Praxis wieder aufgenommen hatten oder ihnen alternativ Kassenarztstellen angeboten worden waren.³⁰⁶ In der Provinz hingegen flossen die Gelder nur vereinzelt. Das Potsdamer Kuratorium verfügte zum Jahresbeginn 1919 über circa 20.000 Mark,³⁰⁷ in Frankfurt waren es 21.000 Mark. Eine Reihe ärztlicher Vereine hatte sich nicht an den Sammlungen beteiligt, wie aus dem Kuratoriumsbericht hervorgeht. Die Unterstützung des Kuratoriums wurde aber auch kaum in Anspruch genommen, im Jahr 1918 gab es lediglich ein Gesuch. Die Erklärung hierfür lag in der Unterstützung seitens der Vereine. Fast alle hatten von sich aus den kriegsteilnehmenden Ärzten einen Ehrensold gezahlt, der einem großen Teil des Friedenseinkommens entsprach.³⁰⁸

³⁰⁴ Vgl. hierzu auch GStA PK, I. HA Rep. 76 Kultusministerium, VIII B Nr. 826, Bl. 508: Auszug aus der Täglichen Rundschau (Berlin), Nr. 68 vom 7. Februar 1915.

³⁰⁵ Beilage zu den Verhandlungen der Aeztekammer für die Provinz Brandenburg und den Stadtkreis Berlin, Wahlper. 9, Achstes Stück, Berlin 1917, S. 39f.: Bericht des Kuratoriums für Kriegsentschädigung der Aezzte des Reg.-Bez. Frankfurt a. O., Zitat S. 39. Vgl. auch Ordentliche Sitzung der Aeztekammer am 22. Januar 1916, S. 850f.

³⁰⁶ Vgl. Beilage zu den Verhandlungen der Aeztekammer für die Provinz Brandenburg und den Stadtkreis Berlin am 29. Januar 1921, Wahlper. 10, Berlin 1921, S. 37-43: Bericht des Kuratoriums für Kriegsentschädigung Groß-Berliner Aezzte für das sechste Geschäftsjahr 1920, hier S. 37.

³⁰⁷ Vgl. Beilage zu den Verhandlungen der Aeztekammer, Wahlper. 9, Zehntes Stück, S. 45: Bericht des Geschäftsausschusses für die Sammlung einer Entschädigung an notleidende Kriegsärzte im Regierungsbezirk Potsdam für das Jahr 1918.

³⁰⁸ Vgl. ebd., S. 43f.: Bericht des Kuratoriums für Kriegsentschädigung der Aezzte im Reg.-Bez. Frankfurt a. O. für das dritte Geschäftsjahr 1918.

Zudem schufen viele Ärztevereine, wie beispielsweise der Potsdamer, eigenständig Unterstützungseinrichtungen für ihre Mitglieder, die durch den Krieg in Not geraten waren.³⁰⁹

Neben den ärztlichen Kriegsfürsorgeeinrichtungen der Kammern und Vereine wurde seitens des DÄVB und des Verbands der Ärzte Deutschlands schon frühzeitig eine Vermittlungsstelle für die ärztliche Versorgung eingerichtet, die die Praxisvertretungen für die im Felde tätigen Ärzte in Mittel- und Kleinstädten sowie auf dem Land regelte. In den größeren Städten wie Berlin erfolgte dies eigenständig durch die örtlichen Berufsorganisationen.³¹⁰ In Rücksprache mit den lokalen Arztvereinigungen veranlasste die Ärztekammer Berlin-Brandenburg im Februar 1915, dass in der Presse alle nicht im Dienst des Militärs stehenden Ärzte Berlins aufgerufen wurden, „sich möglichst zahlreich einer Meldestelle zur freiwilligen Kriegsvertretung zur Verfügung zu stellen, und [...] daß sie diese Kriegsvertretung der einberufenen Aerzte möglichst unentgeltlich übernehmen“.³¹¹ Meldeten sich anfangs noch ausreichend Vertreter, war die Zahl im fortdauernden Krieg stark rückläufig, was zur Folge hatte, dass viele Praxen ruhen mussten. Diese sichtbare Verminderung erklärt sich dadurch, dass viele Ärzte, die zunächst Vertretungen bzw. den Patientenkreis eines Kollegen vorübergehend übernommen hatten, in den späteren Kriegsjahren selbst eingezogen wurden und Kriegsdienst zu leisten hatten.³¹² Überdies hatte sich die Kammer wiederholt dafür ausgesprochen, dass die Frontärzte nach ihrer Rückkehr aus dem Krieg möglichst ihre alten Stellen wieder aufnehmen können. Dabei sollte ihnen ihr Patientenkreis, der von anderen Ärzten übernommen worden war, wieder überlassen werden. In der Kammerversammlung am 24. März 1919, ihrer ersten Sitzung nach der deutschen Kapitulation, kritisierte der Delegierte Penser im Namen vieler Frontärzte, die sich in Berlin zum Bund kriegsgeschädigter Ärzte zusammengeschlossen hatten, den Kammervorstand aber scharf. Ihre Klientel, die sie für die Kriegsdauer hatten abgeben müssen, sei nicht rechtzeitig über die Heimkehr der Frontärzte aufmerksam gemacht worden, sodass viele Kollegen nun ohne berufliche Tätigkeit dastünden. Tatsächlich bat der Kammervorstand die Presseteilnehmer erst in derselben Sitzung, in ihren Zeitungen darauf aufmerksam zu machen, dass die entsprechenden Patienten wieder ihre alten Ärzte aufsuchen sollten. Zu diesem Zeitpunkt war der Großteil der Frontärzte aber bereits seit Wochen bzw. Monaten wieder in der Heimat. Jedoch hatte der Kammervorstand ab Februar 1919 an die Vertreterärz-

³⁰⁹ Vgl. Ordentliche Sitzung der Aeztekammer am 22. Januar 1916, S. 817; Ordentliche Sitzung der Aeztekammer am 3. Februar 1917, S. 880-883.

³¹⁰ Vgl. GStA PK, I. HA Rep. 76 Kultusministerium, VIII B Nr. 590, Bl. 24: Versorgung mit Aerzten im Kriege, aus: Vossische Zeitung, Nr. 15 vom 9. Januar 1915.

³¹¹ Ordentliche Sitzung der Aeztekammer am 6. Februar 1915, S. 723. Die Vertreterfrage wurde nicht nur über die offiziellen Meldestellen, sondern auch inoffiziell auf privatem Weg geregelt; vgl. ebd.

³¹² Vgl. Ordentliche Sitzung der Aeztekammer am 22. Januar 1916, S. 818.

te Wartezimmer-Plakate verschickt. Darauf stand die Bitte an „diejenigen Patienten, welche infolge Kriegsabwesenheit ihres Arztes ‚vorübergehend‘ [... einen Vertreter] aufgesucht haben, zu ihrem alten Arzt zurückzukehren“. Die Plakate hätten allerdings nur wenige Ärzte in ihrer Praxis aufgehängt.³¹³ Obendrein beanstandete Penser, dass die Namen, Wohnorte und Sprechstunden der einzelnen Frontärzte nicht in der Tagespresse veröffentlicht wurden. In anderen Kammerbezirken hingegen sei dies geschehen. Für den Berlin-brandenburgischen Kammervorstand wäre es jedoch finanziell und verwaltungstechnisch unmöglich gewesen, die Identität aller knapp 2.000 Ärzte des Kammerbezirks, die sich im Heeresdienst befunden hatten, ausfindig zu machen. Er sei auch nicht gewillt gewesen, eine unvollständige bzw. unstim-mige Liste an die Presse zu geben.³¹⁴

Ähnliche Kritiken wie die von Penser, der dem Kammervorstand sogar vorwarf, mit Ausnahme der Unterstützungskassen für Kriegsgeschädigte keine Vorkehrungen getroffen zu haben, „die irgendwie hätten wirksam sein können“³¹⁵, gab es auch in anderen Kammerbezirken.³¹⁶ Diese sollten allerdings nicht überbewertet werden, trugen zu ihnen doch ohne Zweifel die allgemeine Enttäuschung über den verlorenen Krieg und die schwierige politische wie ökonomische Situation bei. Des Weiteren stellten die während des Krieges notapprobierten Ärzte, die sich ebenso in erschwerten wirtschaftlichen Verhältnissen befanden und eine „verschärfte Konkurrenz“ für die anderen heimgekehrten Ärzte waren, eine zusätzliche Herausforderung dar.³¹⁷

Die Kammer ergriff neben den bereits aufgeführten eine Reihe weiterer Maßnahmen, um der durch den Krieg verursachten Not vieler ihrer Mitglieder entgegenzuwirken und die heimkehrenden Frontärzte möglichst unkompliziert in das zivile Berufsleben zurückzuführen.³¹⁸ So traf der Antrag des Kammervorstands, kriegsdienstlich tätig gewesene Kassenärzte wieder in ihre alten Stellen einzusetzen bzw. bei der Neubesetzung von Stellen Ärzte, die vor ihrem Kriegseinsatz in den betreffenden Orten niedergelassen waren, zu bevorzugen, beim Oberversicherungsamt auf Zustimmung und wurde seitens der Krankenkassen durchgeführt. Zudem veranlasste die Kammer durch ihre Vertragskommissionen, dass die Laufzeit der

³¹³ Vgl. und zitiert nach Ordentliche Sitzung der Aerztekammer für die Provinz Brandenburg und den Stadtkreis Berlin am Sonnabend, den 24. März 1919, in: Verhandlungen der Aerztekammer für die Provinz Brandenburg und den Stadtkreis Berlin, Wahlper. 9, Zwölftes Stück, Berlin 1919, S. 1199-1306, hier S. 1210. Vgl. auch Erklärung des Vorstands der Aerztekammer vom 18. Juli 1919, S. 1308.

³¹⁴ Vgl. Ordentliche Sitzung der Aerztekammer am 24. März 1919, S. 1205, 1208-1211; Erklärung des Vorstands der Aerztekammer vom 18. Juli 1919, S. 1307f.

³¹⁵ Ordentliche Sitzung der Aerztekammer am 24. März 1919, S. 1208.

³¹⁶ Vgl. Wolff, Mehr als nur materielle Interessen, S. 106.

³¹⁷ Ordentliche Sitzung der Aerztekammer am 6. Februar 1915, S. 726f.

³¹⁸ Vgl. nachfolgend Erklärung des Vorstands der Aerztekammer vom 18. Juli 1919.

kassenärztlichen Verträge, die während des Krieges geschlossen wurden, auf ein Jahr bzw. auf die Kriegszeit beschränkt blieben, damit sie nach ihrer Heimkehr vorzugsweise an die beschädigten Kriegsärzte neu vergeben werden konnten.³¹⁹ In den Räumen der Ärztekammer wurde ein ‚Arbeitsnachweis‘ eingerichtet, der kostenlos alle eingehenden vakanten Stellen an die zurückgekehrten Ärzte vermittelte, wovon bis März 1919 bereits 227 Ärzte Gebrauch gemacht hatten. Auch wurden den heimgekehrten Ärzten alternative Berufsmöglichkeiten zur Privat- bzw. Kassenpraxis aufgezeigt. Infolge von Verhandlungen des Kammervorstands mit der Medizinalabteilung des Kriegsministeriums und Vertretern des Kriegsamts im Jahr 1917 wurde zum Beispiel veranlasst, dass vor allem den kriegsbeschädigten Frontärzten Stellen in den über das Kriegsende hinaus erhaltenen Lazaretten angeboten wurden. Der Kammervorstand konnte ferner bewirken, dass jene Kollegen für die Kriegsbeschädigten-Fürsorge bevorzugt verwendet und zurückkehrenden Assistenzärzten ärztliche Stellen in der Gemeindeverwaltung angeboten wurden. Durch ihre Teilnahme an den Beratungen im Zentralkomitee für das ärztliche Fortbildungswesen in Preußen haben Vorstandsmitglieder der Kammer schließlich ebenso an einer Regelung der Fortbildung kriegsdienstlich tätiger Ärzte, insbesondere der notaprobieren Ärzte, nach ihrer Rückkehr vom Heer oder der Marine mitgewirkt.

Die beträchtliche Wirkung, die der Krieg auf das Kammergeschehen in den Jahren 1914 bis 1918/19 ausübte, ist überdeutlich. Gerade deshalb muss es als Erfolg gewertet werden, dass die ärztliche Berufsvertretung der Ausnahmesituation Stand halten und ihre selbstverwaltenden Strukturen bewahren konnte, auch wenn gewisse Kontinuitäten wie die dreijährig stattfindenden Delegiertenneuwahlen und die damit verbundene Neukonstituierung der Kammerorgane nicht bewahrt werden konnten. Folglich erstreckte sich die neunte Wahlperiode der Ärztekammer über fast acht lange Jahre.

3.3.2 Die Ärztekammer in ihrer langen neunten Wahlperiode

Noch gut zwei Monate vor Beginn des sich bereits andeutenden Krieges begann der Vorstand der Ärztekammer Berlin-Brandenburg mit den Vorbereitungen der Delegiertenneuwahlen. Diese hatten im November 1914 zu erfolgen, da die neunte Legislaturperiode Ende des Jahres auslaufen sollte. In diesem Rahmen ließ er im Mai in den Amtsblättern und anderen Zeitun-

³¹⁹ Vgl. hierzu auch Ordentliche Sitzung der Ärztekammer am 24. März 1919, S. 1211, 1214f.

gen bekanntgeben, dass die Listen der wahlberechtigten Ärzte im Folgemonat bei den zuständigen Stellen zur Einsicht ausgelegt werden würden.³²⁰

Aufgrund des Kriegseinsatzes vieler brandenburgischer, Berliner und anderer preußischer Ärzte war es ihnen sodann aber versagt, an den anstehenden Wahlen und den Kammersitzungen teilzunehmen.³²¹ Carl Stöter, zu dieser Zeit zugleich Vorsitzender des preußischen Ärztekammerausschusses, wandte sich deshalb im August 1914 an das preußische Staatsministerium mit der Bitte, die anstehenden Wahlen aller Ärztekammern Preußens inklusive ihrer gesetzlichen Einrichtungen bis nach Beendigung des Krieges zu vertagen. Bei stattfindenden Neuwahlen würden diese „unmöglich ein getreues Abbild von dem Willen und Wünschen der preussischen Aerzteschaft geben können und zwar weder in sachlicher noch in persönlicher Beziehung“, begründete Stöter seinen Antrag. Er führte erklärend aus, dass in den wichtigen Ämtern und Organen der Kammern „Verschiebungen und Neubesetzungen sich ergeben [... würden], wie sie zum grossen Teil von der Aerzteschaft als solcher weder gutgeheissen, noch im Interesse der genannten Einrichtungen gewünscht werden könnten“.³²² Der preußische Minister des Innern erarbeitete daraufhin einen Immediatbericht, den er dem Königlichen Staatsministerium zukommen ließ. Er sah vor, die Neuwahlen der Ärztekammern auf November 1915 zu verschieben und die aktuelle Legislaturperiode um ein Jahr zu verlängern. Die Mitglieder der Kammervorstände, des preußischen Ärztekammerausschusses, der ärztlichen Ehrengerichte, des Ehrengerichtshofes, der Provinzial-Medizinalkollegien und der Wissenschaftlichen Deputation für das Medizinalwesen sollten weiterhin im Amt bleiben.³²³ Diese Absichten wurden durch eine königliche Verordnung³²⁴ umgesetzt.

In den nachfolgenden Kriegsjahren blieben die preußischen Ärztekammern mit ihren gesetzlichen und freiwilligen Einrichtungen in ihren Vorkriegskonstellationen bestehen, da die Neu-

³²⁰ Vgl. StdA CB, Acta des Oberbürgermeisters, Bl. 58: Ausschnitt aus dem Amts-Blatt der Königlichen Regierung zu Frankfurt a. O., Nr. 4 von 1914.

³²¹ Den militärisch eingesetzten Ärzten war es während ihrer Einziehung zur Dienstleistung auch rein rechtlich nicht gestattet, an den Kammerwahlen teilzunehmen; vgl. Verordnung wegen Abänderung des § 4 der Verordnung vom 25. Mai 1887, betreffend die Einrichtung einer ärztlichen Standesvertretung. Vom 23. Januar 1899, in: PrGS 1899, S. 17f.

³²² GStA PK, I. HA Rep. 76 Kultusministerium, VIII B Nr. 766, o. Bl.: Schreiben des preußischen Ärztekammerausschusses, gez. vom Vorsitzenden Carl Stöter, an den preußischen Minister des Innern vom 26. August 1914.

³²³ Vgl. ebd., o. Bl.: Schreiben des preußischen Ministers des Innern an das Königliche Staatsministerium vom 9. September 1914.

³²⁴ Verordnung, betreffend die nächsten Wahlen zu den Ärztekammern. Vom 24. September 1914, in: PrGS 1914, S. 163. Siehe auch Stadtarchiv Cottbus, Acta des Oberbürgermeisters, Bl. 61: Erlaß, betreffend Verlängerung der Wahlperiode für den Vorstand der Ärztekammern, die Mitglieder des Ärztekammerausschusses, die Mitglieder der ärztlichen Ehrengerichte und des ärztlichen Ehrengerichtshofes sowie die in die Provinzial-Medizinalkollegien und die Wissenschaftliche Deputation für das Medizinalwesen gewählten Vertreter der Ärztekammern, vom 14. Oktober 1914.

wahlen wiederholt verschoben werden mussten.³²⁵ Aufgrund des Verlustes von Kammermitgliedern durch den Krieg kam es jedoch des Öfteren zu einzelnen Amtswechseln. Die neunte Legislaturperiode der preußischen Ärztekammern, die erst am 31. Dezember 1919 endete, wurde so zur längsten ihrer Geschichte. Dieser Situation entsprechend konstatierte Carl Stöter auf der Ordentlichen Versammlung der Berliner und Brandenburger Ärztevertreter am 3. Februar 1917, „daß die Kammer durch die Kriegseignisse in eine Art von Permanenzzustand geraten ist“.³²⁶ Dennoch kam das Kammerleben nicht zum Stillstand. Mindestens einmal im Jahr traten die in der Heimat verbliebenen Delegierten zur Ordentlichen Sitzung zusammen, und der Vorstand sowie die Kuratorien und Kommissionen der Kammer berieten sich regelmäßig.³²⁷

Der Krieg machte sich aber auch deutlich in den Aufgabenkreisen der einzelnen Kammerorgane bemerkbar. Im Bericht über die Tätigkeit des Ehrengerichts auf der Kammersitzung im Januar 1916 wurde etwa darauf hingewiesen, dass sich die Verhandlungen aufgrund des Kriegseinflusses deutlich reduziert hätten. Wurden 1914 noch 236 Fälle geschäftlich vom Ehrengericht behandelt, waren es im Folgejahr lediglich 152. Dies lag aber weniger daran, dass die Anzahl an Klagen, die beim Ehrengericht eingingen, abnahm. Vielmehr blieben zahlreiche Fälle unerledigt, da sich Kläger, Beklagte oder Ehrengerichtsmitglieder im Kriegseinsatz befanden.³²⁸ Georg Schneider, der 1911 erstmals als stellvertretendes Mitglied aus dem Regierungsbezirk Potsdam in die Ärztekammer gewählt worden war,³²⁹ schrieb der Organisationsstruktur der Ehrengerichtsbarkeit deshalb – und auch grundsätzlich – eine gewisse Schwerfälligkeit zu. Auf der Sitzung am 24. März 1919 gab er zu bedenken, dass im Vorjahr etwa drei Viertel der Angelegenheiten nicht behandelt werden konnten. Zudem führte er exemplarisch

³²⁵ Siehe hierzu folgende gesetzliche Bestimmungen: Verordnung, betreffend die nächsten Wahlen zu den Ärztekammern und zu der Zahnärztekammer für das Königreich Preußen. Vom 31. August 1915, in: PrGS 1915, S. 139; Verordnung, betreffend die nächsten Wahlen zu den Ärztekammern, der Zahnärztekammer für das Königreich Preußen und den Apothekerkammern. Vom 7. Juni 1916, in: PrGS 1916, S. 105; Verordnung, betreffend die nächsten Wahlen zu den Ärztekammern, der Zahnärztekammer für das Königreich Preußen und den Apothekerkammern. Vom 19. Juli 1917, in: PrGS 1917, S. 77; Verordnung, betreffend die nächsten Wahlen zu den Ärztekammern, der Zahnärztekammer für das Königreich Preußen und den Apothekerkammern. Vom 1. August 1918, in: PrGS 1918, S. 140. Zur wiederholten Verlängerung der Amtsdauer der preußischen Ärztekammern während des Ersten Weltkriegs siehe ebenso GStA PK, I. HA Rep. 76 Kultusministerium, VIII B Nr. 766: Ärztekammern, Bd. 2.

³²⁶ Ordentliche Sitzung der Ärztekammer am 3. Februar 1917, S. 869.

³²⁷ Ähnlich gestaltete sich die Situation vergleichsweise in der Ärztekammer Hessen-Nassau, wobei es hier im Jahr 1916 gar keine Kammersitzung gab; vgl. Hafenecker/Velke/Frings, Geschichte, S. 65.

³²⁸ Vgl. Ordentliche Sitzung der Ärztekammer am 6. Februar 1915, S. 679; Ordentliche Sitzung der Ärztekammer am 22. Januar 1916, S. 794f.

³²⁹ Vgl. GStA PK, I. HA Rep. 76 Kultusministerium, VIII B Nr. 826, Bl. 29-34: Verzeichnis der gemäß der Allerhöchsten Verordnung vom 25. Mai 1887 über die Errichtung einer ärztlichen Standesvertretung in die Ärztekammer für die Provinz Brandenburg und den Stadtkreis Berlin neu gewählten Mitglieder und Stellvertreter, hier Bl. 32. Zwar wird hier unter Nr. 54 lediglich der Nachname Schneider geführt, der zugehörige Wohnsitz, Naunerstraße 35, lässt jedoch sicher darauf schließen, dass es sich um Georg Schneider handelt.

einen Fall an, bei dem anderthalb Jahre nach eingehender Anzeige gegen einen in Potsdam und Berlin praktizierenden ‚Nothelfer‘ wegen Verfehlungen gegen Standesgesetze noch immer kein Urteil gefällt worden war.³³⁰ Ein wirksames Ehrengericht müsse jedoch „ungerechte Verleumdungen und Anzeigen möglichst bald erledigen können, und [...] andererseits diejenigen, die gegen die ärztlichen Standessitten verstoßen, auch strafen können“, so Schneider.³³¹ In diesem Zusammenhang äußerte er zudem harsche Kritik an der gesetzlichen Bestimmung, dass Kammerangehörige während der Einziehung zum Militärdienst nicht dem ärztlichen, sondern dem militärischen Ehrengericht unterstanden.³³² Da dies auch galt, wenn die Ärzte in der Heimat eingesetzt waren und nebenher praktizierten, hätten viele Verfahren zivilärztlicher Natur von der damit unerfahrenen Militärgerichtsbarkeit behandelt werden müssen. Auf diese Weise wäre weder dem Kläger noch dem Angeklagten gedient. Schneider forderte daher eine Reform des ärztlichen Ehrengerichtswesens und sah den preußischen Kammerausschuss am Zuge.³³³ Nach Kriegsende vermehrte sich die ehrengerichtliche Arbeit jedoch wieder. 1919 wurden 208 Strafverfahren behandelt.³³⁴

Der Erste Weltkrieg stellte ebenso die Verhältnisse der Kammer-Unterstützungskasse „auf den Kopf“. Bis zum Ausbruch des Krieges schienen sich die Not-Verhältnisse in der Berlin-brandenburgischen Ärzteschaft gemindert zu haben, die Anzahl an Unterstützungsgesuchen war zurückgegangen. Auch in der zweiten Jahreshälfte 1914 wandten sich die Ärzte selbst „fast gar nicht an die Kasse“.³³⁵ Bei den Arzttwitwen hingegen stieg der Förderungsbedarf aufgrund der Teuerungen im Krieg enorm an. Auf der Kammersitzung im Februar 1915 berichtete Selberg als Mitglied des Prüfungsausschusses der Unterstützungskasse, dass er „nie auch nur annähernd so viel Unterstützungsgesuche entgegengenommen [habe ...] wie in den letzten Monaten von [...] Klientinnen“.³³⁶ Für das Jahr 1915 ergaben sich durch die hohe Zahl an Gesuchen Ausgaben in Höhe von 70.000 Mark, denen mit 10.000 Mark lediglich ein Bruchteil davon an Einnahmen gegenüberstand. Neben den Witwen benötigten vermehrt auch aus dem Feld zurückgekehrte Ärzte – wobei diese zum Teil vom Kuratorium für Kriegsent-schädigung abgesichert wurden – und Arzttwaisen, deren Zahl durch den Krieg erheblich anstieg, die Kammerfürsorge. Daher wurde bereits im Januar 1916 angenommen, dass die Re-

³³⁰ Wahrscheinlich bezieht sich Schneider hier auf den Fall des Sanitätsrates Hirsch, der im Kapitel 3. 2 dieser Arbeit, S. 58f., thematisiert wird.

³³¹ Ordentliche Sitzung der Aerztekammer am 24. März 1919, S. 1220.

³³² Vgl. hierzu Kammergesetz 1899, S. 565f., § 2.

³³³ Vgl. Ordentliche Sitzung der Aerztekammer am 24. März 1919, S. 1219ff.

³³⁴ Vgl. Beilage zu den Verhandlungen der Aerztekammer am 25. Januar 1920, S. 13-17: Uebersicht der Geschäfte beim ärztlichen Ehrengericht für die Provinz Brandenburg und den Stadtkreis Berlin für das Jahr 1919.

³³⁵ Ordentliche Sitzung der Aerztekammer am 6. Februar 1915, S. 680.

³³⁶ Ebd., S. 681.

serven der Unterstützungskasse in absehbarer Zeit aufgebraucht sein würden.³³⁷ Die Befürchtungen sollten sich allerdings nicht bewahrheiten. Nach Kriegsende konstatierte Simon Davidsohn in seinem Bericht über die Unterstützungskasse, dass sich diese auch in den gegenwärtigen Zeiten der „Umwälzung [...] als ein durchaus festgefügtes Gebäude“ erweise.³³⁸ So konnte der weiter steigenden Not vieler Ärzte und ihrer Hinterbliebenen auch in der Nachkriegszeit entgegengewirkt werden. Selbst Gesuche von Militärärzten, für die die Kammer rechtmäßig nicht zuständig war, wurden berücksichtigt. Zudem richtete das Kuratorium der Unterstützungskasse einen Kriegshinterbliebenenfonds ein, eigens für Witwen und Waisen von Ärzten, die an der Front gefallen oder während des Heeresdienstes im Inland an Verwundungen oder Krankheiten gestorben waren. Begünstigt wurde dies durch die Spendenbereitschaft der wohlhabenderen Kollegen, vor allem aus Berlin. Demnach konnten in keinem anderen Kammerbezirk so viele freiwillige Gaben verzeichnet werden wie in Berlin und der Provinz Brandenburg.

Gerade in Zeiten des Krieges blühte die Kurpfuscherei und erforderte von der zuständigen Kommission der Ärztekammer einen erhöhten Arbeitsaufwand. Den Kranken und Verwundeten seien in „schwindelhafte[n] Annoncen [...] selbst in angesehenen Berliner Zeitungen die unglaublichsten Dinge“ empfohlen worden, so der Kammerdelegierte Siefert im Februar 1915.³³⁹ Es wird der Anschein erweckt, dass die Kurpfuscher die negativen Folgen des Krieges auf die Gesundheit der Bevölkerung im besonderen Maße zu ihren Gunsten auszunutzen wussten. Beispielsweise bezogen sich die Werbeanzeigen nicht approbierter Heilbehandler des Öfteren auf Geschlechtskrankheiten, an denen in erster Linie die beurlaubten bzw. verwundeten Soldaten erkrankten. Die Kommission zur Bekämpfung der Kurpfuscherei sammelte gemeinsam mit dem Schutzverband der Großinsurgenten in Berlin solche Annoncen und übermittelte diese dem Oberkommando in den Marken, nachdem sich die Staatsanwaltschaft gleichgültig gezeigt hatte. Der Oberbefehlshaber habe daraufhin im November 1914 eine Bekanntmachung erlassen, die es den in Berlin und Brandenburg erschienenen Zeitungen für die Dauer des Krieges untersagte, Anzeigen aufzunehmen, in denen sich Personen zur Behandlung von Geschlechtskrankheiten bzw. ihrer Folgezustände anbieten oder Heilmittel und -me-

³³⁷ Vgl. Ordentliche Sitzung der Aeztekammer am 22. Januar 1916, S. 807. In der Provinz Brandenburg wurden 1922 insgesamt circa 56.000 Kriegsbeschädigte, 25.000 Kriegswitwen und 50.000 Waisen gezählt; vgl. Peter-Michael Hahn, Geschichte Brandenburgs (= Beck'sche Reihe, Bd. 2604), München 2009, S. 90f. Genauere Angaben zu den Unterstützungsgesuchen während des Krieges beinhalten die Jahresberichte über die Unterstützungskasse der Aeztekammer für die Provinz Brandenburg und den Stadtkreis Berlin, Berlin 1915-1920.

³³⁸ Ordentliche Sitzung der Aeztekammer am 24. März 1919, S. 1246. Vgl. nachfolgend ebd., S. 1246f.

³³⁹ Ordentliche Sitzung der Aeztekammer am 6. Februar 1915, S. 695. Vgl. nachfolgend ebd., S. 695f.; Beilage zu den Verhandlungen der Aeztekammer am 25. Januar 1920, S. 43f.: Jahresbericht der Kommission der Aeztekammer zur Bekämpfung des Kurpfuschertums für das Jahr 1919.

thoden zur Behandlung jener Krankheiten angepriesen werden. Des Weiteren habe der Oberbefehlshaber die Angelegenheit der Polizei übergeben, die daraufhin die Zusammenarbeit mit der Kurpfuschereikommission gesucht habe. Infolgedessen wurden verdächtige Anzeigen vom Polizeipräsidium an die Kommission geschickt, die die Angelegenheiten prüfte und gegebenenfalls Anzeige bei der Staatsanwaltschaft wegen unlauterem Wettbewerb stellte. Mit der Aufhebung des Oberkommandos nach Kriegsende nahmen die Inserate von Kurpfuschern in den Zeitungen wieder deutlich zu. Die Tätigkeit der Kommission erstreckte sich aber nicht nur über die Bekämpfung des Annoncenschwindels. Auch galt es, das ärztliche Ehrengericht, die Polizeibehörden oder die Staatsanwaltschaft über unrechtmäßige Titel-Verleihungen, gefälschte Zeugnisse und ähnliche Vergehen zu informieren.

Die Auswirkungen des Ersten Weltkriegs waren auch bei den ärztlichen Vereinen in der Provinz unverkennbar, die mit ähnlichen Problemen zu kämpfen hatten wie die Kammer. Mehrmals unterrichtete Georg Schneider das Königliche Amtsgericht Potsdam, dem jährlich die Ergebnisse der Vorstandswahlen des Schutzverbandes der Ärzte des Bezirks Potsdam mitzuteilen waren, dass der Verband nicht wie gewohnt seine Jahresversammlung im Frühjahr abhalten konnte. Schneiders Berichten folgend herrschte in Potsdam aufgrund der militärischen Verpflichtungen vieler Mediziner ein Ärztemangel. Die Ärzte, die sich in der Stadt befanden, würden übermäßig durch ihre Praxis in Anspruch genommen. Ihre Belastung sei zu groß, um eine ausreichende Beteiligung an den Verbandsversammlungen zu garantieren und ordnungsgemäße Sitzungen abzuhalten.³⁴⁰ Zu Beginn des Jahres 1917 hätten sich die Kriegsverhältnisse dann derart hemmend bemerkbar gemacht, dass das ärztliche Vereinsleben nahezu zusammengebrochen sei.³⁴¹

Im Gegensatz zur Ärztekammer blieben die Vorstandswahlen beim Schutzverband während des Krieges nicht aus. Daran nahmen allerdings deutlich weniger Mitglieder teil als an den Versammlungen in der Friedenszeit. Im Oktober 1915 trafen lediglich zehn Ärzte zusammen – im Vorjahr waren es dreimal so viele gewesen. Im September 1916 kamen 13, im Juni 1917 immerhin 19 Mitglieder zur Jahressitzung.³⁴² Ähnlich wie in Potsdam verhielt sich die Situation in allen Ärztevereinen Brandenburgs und anderer Provinzen und Staaten.³⁴³

³⁴⁰ Vgl. BLHA, Rep. 5E Amtsgericht Potsdam Nr. 932, Bl. 42, 48: Schreiben des Schutzverbandes der Ärzte des Bezirks Potsdam, gez. Georg Schneider, an das Königliche Amtsgericht Potsdam vom 10. März 1915 und vom 9. Mai 1916.

³⁴¹ Vgl. ebd., Bl. 53: Schreiben des Schutzverbandes der Ärzte des Bezirks Potsdam, gez. Georg Schneider, an den Potsdamer Amtsgerichtsrat Haeckel vom 7. Mai 1917.

³⁴² Siehe Anhang, S. 291, Nr. 5: Zahl der auf den Jahresversammlungen des Schutzverbandes der Ärzte des Bezirks Potsdam anwesenden Mitglieder.

³⁴³ Für Thüringen beispielsweise siehe Seela, Die Ärzteschaft, S.140f.

Die Aussetzung bzw. Verschiebung von Neuwahlen und das auf das Nötigste reduzierte Vereins- und Kammerleben waren allerdings nur das kleinere Problem, wenn man bedenkt, welche Auswirkung der Kriegseinsatz vieler Ärzte und die dadurch eingetretene medizinische Unterversorgung auf das zivile Gesundheitswesen hatte. Hinzu kamen die sich zuspitzende Nahrungsmittelknappheit und daraus folgende Hungersnöte, die, verstärkt durch Missernten, im Kohlrübenwinter 1916/17 ihren Höhepunkt fanden. Bereits ein Jahr zuvor hatte der Kriegsausschuss für Volksernährung die preußische Ärzteschaft aufgerufen, für eine kriegsgemäße Ernährungsweise mit einer Rationierung auf das Notwendigste zu agitieren. Dieser Appell fand sodann Veröffentlichung in der ärztlichen Landespresse.³⁴⁴

³⁴⁴ Vgl. Hefeneger/Velke/Frings, Geschichte, S. 68f.

4. Der Ausbau der ärztlichen Selbstverwaltung in der Weimarer Republik vor dem Hintergrund des standespolitischen Aufstiegs Georg Schneiders

4.1 Weiterführung der berufsständischen Selbstverwaltung unter neuer Staatsform

4.1.1 Neukonstituierung der Ärztekammer Berlin-Brandenburg

Das politische Bild zwischen Oktober 1918 und November 1920 war bestimmt vom Kriegsende und der deutschen Kriegsniederlage, der Novemberrevolution, den Pariser Friedensgesprächen mit dem Versailler Vertrag, der von vielen als ‚Diktat‘ wahrgenommen wurde, sowie der Weimarer Reichsverfassung und der erstmaligen Einführung einer parlamentarischen Demokratie in Deutschland. Diese Ereignisse bedeuteten eine erhebliche Zäsur und waren mit großen sozialen und wirtschaftlichen Herausforderungen verbunden, die in der Ärzteschaft deutlich spürbar waren und sich auf die standespolitische Entwicklung auswirkten.

Als die Brandenburger und Berliner Ärztedelegierten im März 1919 zur ersten Kammerversammlung nach der deutschen Kapitulation zusammentraten, reflektierte ihr Vorsitzender Carl Stöter zunächst die Geschehnisse der letzten Wochen und Monate und die vorherrschenden Bedingungen. Den Ersten Weltkrieg empfand er als größte „Tragödie, die die Geschichte der Menschheit“ bis dahin gesehen habe. Der Ausgang des Krieges stellte für ihn eine „Katastrophe“ dar. Das arme, geliebte Vaterland liege „zerschmettert am Boden, mißachtet, im Innern [...] geschüttelt, von außen her mit Füßen getreten“.³⁴⁵ Der Zusammenbruch des Kaiserreichs und die revolutionäre Umwälzung des monarchischen in ein parlamentarisch-demokratisches Staatssystem, verbunden mit der Abdankung Wilhelms II., der sich in den Niederlanden im Exil befand, waren nicht nur für Stöter, sondern auch für den Großteil seiner Kollegen ein Schock. Zudem drohten erhebliche Konsequenzen durch die Pariser Friedenskonferenz. Die Unsicherheit über die künftige Gestaltung des Gesundheitswesens war groß; die Selbstverwaltung des Ärztestands schien gefährdet. Gleichwohl waren die Mediziner gewillt, auch nach dem verlorenen Krieg Verantwortung zu übernehmen. So hätten „vor allem die führenden geistigen Stände [...], die mit Recht als die berufenen Führer des Volkes anzusehen sind, [...] in dieser bitterschwersten, ernsten Zeit [... dem Volk] ratend, helfend zur Seite zu stehen, nicht bloß mit Worten, sondern [...] auch mit Taten [...] in dem Sinne, daß jeder an seinem

³⁴⁵ Ordentliche Sitzung der Aerztekammer am 24. März 1919, S. 1203.

Orte seine Pflicht und Schuldigkeit mehr zu tun bestrebt ist denn je zuvor“, wie Stöter auf der Frühjahrsversammlung 1919 weiter ausführte.³⁴⁶

Die Grundlage zum vorläufigen Weiterbestehen der Ärztekammer wurde bereits einen Tag nach dem Waffenstillstand von Compiègne geschaffen. In einem Erlass vom 12. November 1918 bestimmte der Oberpräsident der Provinz Brandenburg auf Anweisung des Ministers des Innern, dass die Verwaltungsbehörden und -beamten ihre Dienstgeschäfte im Sinne der Aufrechterhaltung der öffentlichen Sicherheit und inneren Ordnung fortzuführen haben.³⁴⁷ Wenige Tage darauf rief der Kammervorstand zu einer allgemeinen Ärzteversammlung auf. Nachdem die Revolution bereits am 9. November Berlin erreicht und sich daraufhin der Vollzugsrat des Arbeiter- und Soldatenrates Groß-Berlin gebildet hatte, besprachen sich die Ärzte am 28. November zu den Ereignissen und boten der Regierung ihren Beirat an. Am 11. Dezember wählten die Berliner Ärzte aus ihrer eigenen Reihe drei Mitglieder für den Arbeiterrat. Mit den Geheimen Sanitätsräten Sally Alexander und Friedrich Körte waren hierunter der aktuelle Kassenführer und der ehemalige Vorsitzende der Ärztekammer vertreten. Drittes Mitglied war der Sanitätsrat Siegmund Vollmann.³⁴⁸ Bereits im Folgejahr legten die drei Delegierten ihr Amt aber wieder nieder, da ihre Stimmen im Arbeiterrat kaum gehört worden wären, sich die Verhandlungen allein auf politische Angelegenheiten beschränkt und die Wirtschafts- und Gesundheitspolitik somit keine Rolle gespielt hätten.³⁴⁹

Im Frühjahr 1919 entwickelte sich eine politische Streikwelle innerhalb der Ärzteschaft. Sie richtete sich gegen die spartakistische Bewegung und war eine direkte Gegenmaßnahme zum Generalstreik der Arbeiter, die eine Anerkennung der Räte in der neuen Verfassung forderten.³⁵⁰ Der Ärztekammervorstand appellierte jedoch an die Berliner und brandenburgischen Ärzte, „jedem der ärztlichen Hilfe Bedürftigen diese nach wie vor zu gewähren“, und mahnte, dass durch jegliche Streiks „das Leben von Tausenden unserer Mitbürger auf das schwerste gefährdet“ sei. So beteiligte sich die Berlin-brandenburgische Ärzteschaft an den vorübergehenden Praxiseinstellungen nur marginal.³⁵¹

³⁴⁶ Ebd., S. 1203f.

³⁴⁷ Vgl. Beilage zu den Verhandlungen der Aertztekammer, Wahlper. 9, Zehntes Stück, S. 5-12: Bericht des Vorstandes der Aertztekammer über das abgelaufene Geschäftsjahr, hier S. 8f.

³⁴⁸ Vgl. ebd., S. 9f.

³⁴⁹ Vgl. Beilage zu den Verhandlungen der Aertztekammer am 25. Januar 1920, S. 5-12: Bericht des Vorstandes der Aertztekammer über das Geschäftsjahr 1919, hier S. 7.

³⁵⁰ Vgl. Gerst, Ärztliche Standesorganisation, S. 15; Hafenecker/Velke/Frings, Geschichte, S. 76; Wolff, Mehr als nur materielle Interessen, S. 110f. Zum Generalstreik der Arbeiter siehe ausführlich Axel Weipert, Die Zweite Revolution. Rätebewegung in Berlin 1919/1920, Berlin 2015, S. 41-159.

³⁵¹ Beilage zu den Verhandlungen der Aertztekammer am 25. Januar 1920, S. 5-12: Bericht des Vorstandes der Aertztekammer über das Geschäftsjahr 1919, hier S. 7.

Im Großen und Ganzen war die ärztliche Standesvertretung dazu geneigt, sich den neuen politischen Verhältnissen unterzuordnen, obwohl ein grundsätzliches Misstrauen gegenüber Republik und sozialdemokratischer Regierung und ihre Sorge vor einer Sozialisierung der Gesundheitspolitik unverkennbar waren. Diese Anpassungsbereitschaft beruhte auf dem Zweck, die eigenen standespolitischen Interessen in Form der beruflichen Selbstverwaltung weiterhin wahren zu können – mit Erfolg. Die Weimarer Verfassung vom 11. August 1919 garantierte grundsätzlich das Recht auf Selbstverwaltung, speziell in Gemeinden und Gemeindeverbänden sowie wirtschaftlichen Unternehmen und Verbänden.³⁵² Auch die Verordnung von 1887 und nachfolgende Verordnungen und Gesetze bezüglich des preußischen Ärztekammerwesens blieben unverändert bestehen, sodass die Autonomie in der ärztlichen Berufsverwaltung weiterhin gewährt und gesetzlich legitimiert war.

Folglich konnten im November 1919 in Berlin sowie den Regierungsbezirken Potsdam und Frankfurt nach acht Jahren endlich die Kammerdelegierten für die zehnte Legislaturperiode gewählt werden.³⁵³ Von nun an war auch Georg Schneider festes Mitglied der Kammerversammlung,³⁵⁴ nachdem er von 1912 bis 1919 bereits eine Stellvertreterposition innegehabt hatte. Auffällig an der Neubesetzung der Kammer ist das Verhältnis von brandenburgischen und Berliner Ärzten bei der Sitzverteilung. Waren in der vorherigen Wahlperiode noch 33 Vertreter aus Berlin sowie 51 aus den Regierungsbezirken Potsdam (44) und Frankfurt (7), standen fortan 68 Berlinern 31 brandenburgische Delegierte (Potsdam: 24, Frankfurt: 7) gegenüber.³⁵⁵ Eine zweite Besonderheit war, dass erstmals eine Frau als Mitglied in die Kammerversammlung gewählt wurde.³⁵⁶

Am 25. Januar 1920 trat die Kammerversammlung zu ihrer konstituierenden und ersten ordentlichen Sitzung des zehnten Legislaturabschnitts zusammen.³⁵⁷ Dem Vorstand saß weiterhin Carl Stöter vor, der ebenso als Mitglied in den preußischen Ärztekammerausschuss gewählt wurde. Darüber hinaus war er langjährig im preußischen Ehrengerichtshof sowie im

³⁵² Vgl. Die Verfassung des Deutschen Reichs. Vom 11. August 1919, in: Reichs-Gesetzblatt 1919, S. 1383-1418, hier S. 1407, 1413, Artikel 127, 156.

³⁵³ Vgl. Beilage zu den Verhandlungen der Aeztekammer am 25. Januar 1920, S. 5-12: Bericht des Vorstandes der Aeztekammer über das Geschäftsjahr 1919, hier S. 9.

³⁵⁴ Vgl. GStA PK, I. HA Rep. 76 Kultusministerium, VIII B Nr. 827, o. Bl.: Wahl zur Aeztekammer, aus: Amtsblatt der Regierung zu Potsdam und der Stadt Berlin, Nr. 3 vom 17. Januar 1920, S. 17-20, hier S. 19; Verzeichnis der Mitglieder und Stellvertreter der Aeztekammer Berlin-Brandenburg sowie ihrer Kommissionen für die X. Wahlperiode 1920-1922, Berlin 1920, S. 5.

³⁵⁵ Siehe Anhang, S. 288, Nr. 1: Anzahl der in die Ärztekammer für die Provinz Brandenburg und den Stadtkreis Berlin gewählten Delegierten, 1888-1927.

³⁵⁶ Vgl. Ordentliche Sitzung der Aeztekammer für die Provinz Brandenburg und den Stadtkreis Berlin im Anschluß an die konstituierende Sitzung. Sonntag, den 25. Januar 1920, in: Verhandlungen der Aeztekammer für die Provinz Brandenburg und den Stadtkreis Berlin, Wahlper. 10, Erstes Stück, Berlin 1920, S. 3-122, hier S. 9.

³⁵⁷ Zur Neukonstituierung der Kammerorgane siehe ausführlich ebd., S. 6-19.

Geschäftsausschuss des Deutschen Ärztevereinsbundes tätig. Diese Führungspositionen behielt Stöter bis zu seinem Tod am 9. März 1927, ehe Georg Schneider zum stärksten Mann in der brandenburgischen Ärztekammer aufstieg.³⁵⁸ Vorerst bekleidete Schneider jedoch keine höheren Ämter in den Kammereinrichtungen, lediglich im Kuratorium der Unterstützungskasse war er Ersatzmann.³⁵⁹ Gleichsam der Unterstützungskasse bestanden auch alle übrigen Organe der Kammer, mit Ausnahme der Kuratorien für Kriegsentschädigung Potsdam und Frankfurt, über 1920 hinaus fort.³⁶⁰ Die Mittel des Berliner Kuratoriums wurden 1922 in die Kasse für Wohlfahrtspflege und Kriegsentschädigung Groß-Berliner Ärzte, eingerichtet als Abteilung der Kasse der Ärztekammer, überführt.³⁶¹ Mit der Erwartung, dass die Arbeit der Kammer zukünftig nicht allein im Dienst des Standes stehen, sondern sich noch vielmehr im Sinne des Gesamtwohls der Bevölkerung den akuten Fragen des öffentlichen Gesundheitswesens wie der sozialen Medizin und Hygiene, der Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit, der Kinderfürsorge usw. annehmen werde, eröffnete Stöter die erste Kammerperiode in der Weimarer Epoche.³⁶² Tatsächlich stellten die durch den Krieg herbeigeführten gesundheitlichen Schäden und Gefahren einen wichtigen Punkt in der fortwährenden Kammertätigkeit dar.³⁶³ Das Jahr 1920 war jedoch nicht allein aufgrund der erfolgreichen Neukonstituierung der Kammer unter einer neuen politischen Ära von Bedeutung für den brandenburgischen Ärztestand. Maßgeblich durch Georg Schneider wurde im April des gleichen Jahres mit dem Ärzteverband eine zweite Spitzenorganisation für die Ärzte der Provinz geschaffen, die sich in kürzester Zeit etablieren konnte.³⁶⁴ Gemeinsam repräsentierten beide Vereinigungen auf dem Prinzip der Selbstverwaltung die brandenburgische Ärzteschaft und vertraten deren standes-

³⁵⁸ Vgl. Max Landsberg, Geheimer Sanitätsrat Dr. Carl Stöter, in: *ÄB BB*, Nr. 9 vom 20. März 1927, S. 109; Sitzung der Aeztekammer am 12. März 1927, S. 3f., 8. Aus diesen Quellen geht überdies hervor, dass der Geheime Sanitätsrat Dr. E. Kuthe aus Berlin vorübergehend den Kammervorsitz für das Jahr 1927 übernahm.

³⁵⁹ Vgl. Ordentliche Sitzung der Aeztekammer am 25. Januar 1920, S. 17; Verzeichnis der Mitglieder und Stellvertreter der Aeztekammer, S. 11.

³⁶⁰ Vgl. Verzeichnis der Mitglieder und Stellvertreter der Aeztekammer, S. 9-15. Siehe Anhang, S. 289, Nr. 2: Gesetzliche Institutionen und freiwillige Einrichtungen der Ärztekammer für die Provinz Brandenburg und den Stadtkreis Berlin.

³⁶¹ Vgl. Beilage zu den Verhandlungen der Aeztekammer für die Provinz Brandenburg und den Stadtkreis Berlin am 28. Januar 1922, *Wahlper.* 10, Berlin 1922, S. 39f.: Anträge zu 3 d der Tagesordnung sowie Satzungen und grundlegende Bestimmungen der Kasse für Wohlfahrtspflege und Kriegsentschädigung Groß-Berliner Ärzte.

³⁶² Vgl. Ordentliche Sitzung der Aeztekammer am 25. Januar 1920, S. 9.

³⁶³ Vgl. Beilage zu den Verhandlungen der Aeztekammer am 28. Januar 1922, S. 5ff.: Tagesordnung, hier S. 7, TOP 7. Ein stenographischer Bericht, aus dem die detaillierten Ausführungen und Diskussionen der Kammerdelegierten zu diesem Anliegen hervorgehen könnten, wurde aufgrund der hohen Druckkosten in der Inflationszeit nicht angefertigt.

³⁶⁴ Goerke gibt in seiner *Heilkunde*, S. 167, als Gründungsjahr des Ärzteverbands der Provinz Brandenburg 1921 an. Zahlreiche Artikel aus dem brandenburgischen Ärzteblatt und andere Dokumente bestätigen aber das Jahr 1920; vgl. beispielsweise IGEM, Nachlass Heinz Goerke, Ordner Dr. Georg Schneider-Stiftung, o. Bl.: Abschrift eines Schreibens Georg Schneiders an Karl Steinhoff vom 20. März 1949, S. 1.

wirtschafts- und gesundheitspolitische Interessen in der überwiegend von Krisen geprägten Weimarer Epoche.

4.1.2 Der Ärzteverband der Provinz Brandenburg und seine Fürsorgeeinrichtungen als Initiativen Schneiders und die Gründung der Dr. Georg Schneider-Stiftung

Es waren vor allem zwei standespolitische Ziele, für die Georg Schneider in den 1920er Jahren verstärkt eintrat und die sich auch in der Ausrichtung des „in erster Linie auf [s]eine Veranlassung“³⁶⁵ begründeten Ärzteverbands der Provinz Brandenburg widerspiegeln: eine starke Stellung des Ärztestands im Staat, insbesondere gegenüber den Organisationen der Krankenkassen, sowie die Schaffung einer umfassenden kollegialen Fürsorge. Hinter der Gründung des Verbandes verbarg sich das Ziel, die Einheit des Ärztestandes zu festigen und die Möglichkeiten der selbständigen beruflichen Verwaltung auszubauen, wie Schneider 1925 zurückblickte. Durch ein diszipliniertes, geschlossenes Auftreten sollte darüber hinaus das Ansehen und der Einfluss nach außen gestärkt werden,³⁶⁶ frei nach dem 1922 von Schneider verkündeten Leitsatz: „Wir werden die Dinge nicht auf uns zukommen lassen, sondern bestrebt sein, sie maßgebend zu beeinflussen.“³⁶⁷

Als provinzielle Institution des Leipziger Verbandes und demnach auch Mitglied des DÄVB³⁶⁸ sollte der Ärzteverband die speziellen wirtschaftlichen und kassenärztlichen Interessen der Ärzte Brandenburgs vertreten und wahren; jene Belange, die die Ärztekammer allein ob ihrer übermäßigen Größe und der mitunter stark differenzierenden Verhältnisse zwischen der brandenburgischen und Berliner Ärzteschaft nicht nachhaltig unterstützen konnte. Damit übernahm er auch den größten Teil der Arbeit, die bis dahin die Kammer-Vertragskommission absolvierte.³⁶⁹ Im Gegensatz zur Kammer waren die Mitglieder des Ärzteverbands nicht einzelne

³⁶⁵ IGEM, Nachlass Heinz Goerke, Ordner Dr. Georg Schneider (1875-1949) div. Mat., o. Bl.: Auszüge aus einem Brief Georg Schneiders an den Kölner Ärzteverein von 1932, S. 1. In einem Schreiben an den Ministerpräsidenten des Landes Brandenburg unterstrich Schneider, dass die Gründung des Provinzialverbands auf ihn zurückzuführen sei; vgl. ebd., Ordner Dr. Georg Schneider-Stiftung, o. Bl.: Abschrift eines Schreibens Georg Schneiders an Karl Steinhoff vom 20. März 1949, S. 1.

³⁶⁶ Vgl. Georg Schneider, Fünfter Aertzetag der Provinz Brandenburg, in: ÄB BB, Nr. 35 vom 10. Dezember 1925, S. 304ff., hier S. 304.

³⁶⁷ Zitiert nach Lennhoff, Aktive Ärztopolitik, S. 19.

³⁶⁸ Vgl. Satzung des Aerzteverbandes der Provinz Brandenburg (Beschlossen am 16. 2. 1930.), in: ÄB BB, Nr. 14 vom 10. Mai 1930, S. 171ff., hier S. 171, § 1. Eine Fassung der ursprünglichen Satzung konnte nicht ausfindig gemacht werden. Sie habe sich jedoch kaum vom später novellierten Statut unterschieden, wie aus dem Bericht zum 9. Brandenburgischen Aertzetag vom 15. und 16. Februar 1930 (Fortsetzung aus Nr. 8.), in: ÄB BB, Nr. 9 vom 20. März 1930, S. 102-106, hier S. 103, hervorgeht.

³⁶⁹ Vgl. Beilage zu den Verhandlungen der Aerztekammer am 29. Januar 1921, S. 33-36: Bericht der Kammer-Vertragskommission für den Regierungsbezirk Frankfurt a. O. für das Jahr 1920, hier S. 35f.; Franz Ciesielski, Trennung der Aerzte-Kammer, in: ÄB BB, Nr. 22 vom 1. August 1925, S. 174f., hier S. 174.

Ärzte, sondern die örtlichen Standesvereine, die wiederum Delegierte für ihren Dachverband stellten.³⁷⁰ Er beschränkte sich zunächst auf die brandenburgische Provinz, exklusive Berlin, und einigte de facto die bereits in den Regierungsverbänden Potsdam und Frankfurt³⁷¹ assoziierten Ärztevereine. Seinen Sitz hatte er jedoch in der preußischen Hauptstadt.³⁷² Mit dem verwaltungstechnischen Anschluss der Grenzmark Posen-Westpreußen an die Ärztekammer für die Provinz Brandenburg und den Stadtkreis Berlin im Jahr 1924 nahm der Ärzteverband auch die Vereinigungen aus den verbliebenen Provinzteilen auf. Zwei Jahre darauf zählte er insgesamt 47 Mitglieder, 19 aus dem Regierungsbezirk Potsdam, darunter auch Schneiders Schutzverband der Ärzte des Bezirks Potsdam, 22 aus dem Regierungsbezirk Frankfurt und sechs aus der Grenzmark.³⁷³

Der Aufgabenkreis des Provinzialverbandes war weitreichend. Primär erfüllte er den Zweck, die ihm angeschlossenen Vereine „in allen Wirtschafts-, Berufs- und Standesfragen zu beraten“. Des Weiteren sollte er innerhalb der Provinzen die Organisation in den Vereinen stärken, sie in ihrer inneren Verwaltung unterstützen und ihnen beim Abschluss von Verträgen – vor allem mit Krankenkassen – zurate stehen, ferner die Durchführung der Vereinbarungen des Leipziger Verbandes sowie der DÄT überwachen, die Ärztekammerwahlen vorbereiten, das Versicherungs-, Versorgungs- und Unterstützungswesen fördern sowie das Mitwirken der Ärzte „bei allen Fragen der Volksgesundheit [...] sichern“.³⁷⁴ Viele Tätigkeiten des Ärzteverbandes gingen demnach mit denen der Kammer einher, ähnlich wie es auch bei den reichsweiten Zentralvereinigungen, also dem DÄVB und dem Leipziger Verband der Fall war. Von daher arbeiteten auch die brandenburgischen Spitzenorganisationen Hand in Hand und teilten sich ihre Delegierten.

Mit der Realisierung seiner Aufgaben waren der Vorstand und die Verbandsversammlung des Ärzteverbandes vertraut. Der Vorstand bestand aus jeweils fünf Vertretern aus den Regierungsbezirken Potsdam und Frankfurt und seit dem Anschluss der Ärztevereine der Grenzmark zusätzlich aus einem Delegierten dieser Provinz. Gewählt wurde er im Dreijahres-Rhythmus durch die Verbandsversammlung, wobei die Abgeordneten der Regierungsbezirke bzw. der Grenzmark getrennte Wahlvorschläge einreichten. Den Vorstand ergänzte der Vor-

³⁷⁰ Vgl. Satzung des Aertzteverbandes, S. 171, § 3.

³⁷¹ Die Regierungsbezirksverbände Potsdam und Frankfurt waren von nun an bis zu ihrer Auflösung im Februar 1931 nach dem Provinzialverband die nächstgrößeren Dachverbände der brandenburgischen Ärztevereine; vgl. Max Landsberg, Auflösung der Regierungsbezirksverbände Potsdam und Frankfurt a. d. O., in: ÄB BB, Nr. 11 vom 10. April 1931, S. 126.

³⁷² Vgl. Satzung des Aertzteverbandes, S. 171, § 1.

³⁷³ Vgl. Verzeichnis der Aertztevereine des Provinzialverbandes der Provinz Brandenburg, in: ÄB BB, Nr. 33 vom 20. November 1926, S. 391f.

³⁷⁴ Satzung des Aertzteverbandes, S. 171, § 2.

sitzende der Ärztekammer insoweit, als ihm ein Teilnahmerecht für alle Vorstandssitzungen zugesprochen wurde. Aus der Reihe des Vorstands bestimmte die Verbandsversammlung einen Vorsitzenden, der mit Unterstützung des Geschäftsführers die laufenden Angelegenheiten des Provinzialverbandes bearbeitete, die Geschäftsstelle und Kassenführung überwachte sowie die Verbandssitzungen leitete.³⁷⁵ Die Abgeordneten der Mitgliedsvereine trafen sich in der Regel einmal im Jahr zum Brandenburgischen Ärztetag, der Hauptversammlung des Verbands und ein Korrelat zum DÄT auf Provinzialebene. Hierzu entsandte jeder Verein einen stimmberechtigten Delegierten. Bei Vereinen über 50 Mitgliedern erhöhte sich diese Zahl, für jede angefangene 50 Mitglieder erhielten sie eine Zusatzstimme. Grundsätzlich konnte aber jeder Arzt, dessen Verein dem Verband angeschlossen war, an den Sitzungen teilnehmen.³⁷⁶ Die Ärztetage der Provinz Brandenburg dienten dazu, „die Meinung der Verbandsleitung kennenzulernen“ und „zu wechselseitigem Austausch der Ansichten untereinander“.³⁷⁷ Dabei sollten sie laut Schneider ihre gegenwärtigen Nöte aussprechen und die aktuelle Verbandspolitik erörtern.³⁷⁸

Von der Begründung des Verbands im Jahr 1920 an hatte Georg Schneider das Amt des Vorsitzenden inne, in den Anfangsjahren leitete er zugleich dessen Geschäfte.³⁷⁹ Gemeinsam mit seinem Stellvertreter, Franz Ciesielski aus Landsberg an der Warthe, prägte er entscheidend den Aufbau und das Wirken des Provinzialverbandes. Sie waren seine Redeführer bei den Verbandsversammlungen, verkörperten ihn nach außen und stellten sich den wirtschaftlichen und gesundheitspolitischen Herausforderungen der jungen Republik. Speziell traten Schneider und Ciesielski durch die Einrichtung eines umfangreichen Versorgungssystems für die brandenburgische Ärzteschaft hervor.³⁸⁰

Die bedeutendste Fürsorgeeinrichtung³⁸¹ des Ärzteverbandes, deren Errichtung überhaupt zu einem der größten Erfolge der Organisation gezählt werden muss, war die mit der Versicherungskasse der Ärzte Deutschlands in Berlin zum 1. April 1922 abgeschlossene Kollektivver-

³⁷⁵ Vgl. ebd., S. 172, § 7.

³⁷⁶ Vgl. Satzung des Aertzteverbandes, S. 172f., § 8.

³⁷⁷ Max Landsberg, Die Jahresversammlung des Aertzteverbandes der Provinz Brandenburg am 14. Dezember 1924, in: ÄB BB, Nr. 36 vom 20. Dezember 1924, S. 255ff., hier S. 255.

³⁷⁸ Vgl. Schneider, Fünfter Aertzetag, S. 304.

³⁷⁹ Vgl. IGEM, Nachlass Heinz Goerke, Ordner Dr. Georg Schneider (1875-1949) div. Mat., o. Bl.: Auszüge aus einem Brief Georg Schneiders an den Kölner Ärzteverein von 1932, S. 1.

³⁸⁰ Vgl. Georg Schneider, Franz Ciesielski †, in: ÄB BB, Nr. 20 vom 10. Juli 1928, S. 258; Dr. Schneider-Potsdam, Ehrenvorsitzender unseres Verbandes, in: ÄB BB, Nr. 7 vom 1. März 1930, S. 77ff.

³⁸¹ Einer zeitgenössischen Definition zufolge galt als ärztliche Fürsorgeeinrichtung jede Einrichtung, die von einer Standesorganisation zugunsten von Ärzten oder ihrer Hinterbliebenen geschaffen wurde; vgl. Heinrich Joachim, Das preußische Gesetz über die Ärztekammern und einen Ärztekammerausschuß vom 30. Dezember 1926. Nebst dem Gesetz über die ärztlichen Ehrengerichte vom 25. November 1899 in der Fassung vom 27. Juli 1904 im Anhang (= Stilkes Rechtsbibliothek, Bd. 102), Berlin 1930, S. 92.

sicherung als Pensions-, Sterbegeld- und Hinterbliebenenversicherung. Sie umfasste nahezu alle Mitglieder der dem Provinzialverband angehörenden Vereine.³⁸² Damit ermöglichte der Verband eine Rundum-Versicherung auf Ebene der beruflichen Selbstverwaltung, die parallel zum staatlichen Sozialversicherungsapparat bestand. Ihren Wert für die brandenburgischen Ärzte verdeutlichte ein nicht namentlich genannter Delegierter auf der Jahresversammlung am 14. Dezember 1924: „Wenn der Provinzialverband nichts weiter geleistet hätte, als die Versicherung der Aerzte zu schaffen, so hätte er damit allein seine Existenzberechtigung bewiesen. Die Versicherung ist eine Großtat sondergleichen.“³⁸³

Der Ärzteverband Brandenburg war die erste Organisation, die sich der Versicherungskasse der Ärzte Deutschlands anschloss,³⁸⁴ und als „eine der ersten großen ärztlichen Versorgungseinrichtungen in Deutschland“ überhaupt Vorbild für viele weitere Standesvertretungen.³⁸⁵ Gegründet wurde die Gemeinschaftsversicherung aufgrund der Vereinbarung des Karlsruher Ärztetages von 1921, dass ab dem 1. Oktober 1921 möglichst alle Ärzte einen Betrag in Höhe von mindestens fünf Prozent der Kassenhonorare für gemeinschaftliche Versicherungen aufbringen sollten.³⁸⁶ Demnach wurden auch in anderen Provinzen und Staaten ähnliche Einrichtungen geschaffen.³⁸⁷

Diskutiert worden war über eine gemeinsame Ärzteversicherung der Berliner und Brandenburger Ärzte schon um 1900 im Rahmen der Einrichtung der Unterstützungskasse der Ärztekammer. Die Pläne wurden aber nicht in die Tat umgesetzt, da Zweifel bestanden, ob die nötigen Summen aufgebracht werden könnten. Zudem fehlte es an Erfahrungen und Statistiken über selbstverwaltete ärztliche Versicherungen.³⁸⁸ Die Beratungen über den Aufbau einer Versicherung wurden Anfang der 1920er Jahre von der Kammerversammlung wiederaufgenommen und schritten sogar weit voran. Auf der Sitzung am 13. Oktober 1923 beschlossen die Delegierten die Einrichtung einer entsprechenden Kommission, die die Satzung für eine Ver-

³⁸² Vgl. Franz Ciesielski, Provinzialversicherung Brandenburg-Grenzmark, in: ÄB BB, Nr. 2 vom 10. Januar 1926, S. 19-23, hier S. 20. Ärzte, die bei Eintritt in die Kollektivversicherung über 60 Jahre alt waren, konnten sich nicht voll-, sondern lediglich mit Sterbegeld versichern lassen; vgl. Max Landsberg, Unsere Kollektivversicherung, in: ÄB BB, Nr. 3 vom 1. August 1922, S. 17ff., hier S. 19.

³⁸³ Zitiert nach Franz Ciesielski, Die Entwicklung der Gemeinschaftsversicherung unseres Aerzteverbandes, in: ÄB BB, Nr. 1 vom 1. Januar 1925, S. 1-4, hier S. 3.

³⁸⁴ Vgl. ebd., S. 2.

³⁸⁵ Dr. Schneider-Potsdam, S. 78.

³⁸⁶ Vgl. Landsberg, Unsere Kollektivversicherung, S. 18; Vogt, Ärztliche Selbstverwaltung, S. 994.

³⁸⁷ Siehe Ciesielski, Die Entwicklung der Gemeinschaftsversicherung, S. 2.

³⁸⁸ Vgl. Ordentliche Sitzung der Aerztekammer für die Provinz Brandenburg und den Stadtkreis Berlin am Sonnabend, den 29. Januar 1921, in: Verhandlungen der Aerztekammer für die Provinz Brandenburg und den Stadtkreis Berlin, Wahlper. 10, Berlin 1921, S. 221-258, hier S. 247f.

sorgungsanstalt der Kammer erarbeitete.³⁸⁹ Insbesondere viele Berliner Ärzte sprachen sich allerdings gegen eine Zwangsversicherung seitens der Kammer aus, sodass der Provinzialverband „das ganze Versorgungswesen selbständig“ regeln musste.³⁹⁰

Skeptisch standen zahlreiche Ärzte Brandenburgs auch der Kollektivversicherung gegenüber. Sie waren überzeugt, dass die hohen zu zahlenden Beiträge nicht den Leistungen entsprechen würden. Dies ging so weit, dass einige Vereine des Provinzialverbandes, deren Ärzte mitversichert waren, anfangs zu wenig oder gar keine Versicherungsbeiträge bezahlten.³⁹¹ Max Landsberg, der Schriftleiter des brandenburgischen Ärzteblatts, brachte das Ideal der Einrichtung hingegen auf den Punkt, wenn er in der dritten Ausgabe des Ärzteblattes von 1922 schrieb: „Das Eintreten des Arztes [...] in den Jahren höchster Leistungsfähigkeit für den Kollegen im vorgerückten Alter, für den durch Siechtum bedrohten, für die Hinterbliebenen des unerwartet früh verstorbenen Standesgenossen ist das A und O unserer Kollektivversicherung, dessen Anerkennung nicht Sache des rechnenden Verstandes, sondern des nie irreleitenden Gefühls ist.“³⁹²

Jeder Verein des Provinzialverbandes hatte, abhängig von der Zahl seiner Mitglieder, einen gewissen Beitrag in die Versicherung einzuzahlen, der zunächst für Kassenärzte bei sechs Prozent ihres Honorars und für Privatärzte bei sechs Prozent des durchschnittlichen Kassenarzthonorars lag. Mit der Stabilisierung der Währung nach der Inflation wurden feste Kopfpauschalen aufgestellt, die ab Juli 1924 konstant bei 30 Goldmark je Mitglied lagen. Als Gegenleistung konnte der Versicherte vom Rechtsanspruch auf eine Alters- und Invaliditätsrente, die Stand 1924 per anno 640 Mark betrug, und seine Hinterbliebenen von einem Sterbegeld in Höhe von 1.000 Mark sowie einer Witwen- und Waisenrente von jährlich 320 bzw. 128 Mark profitieren.³⁹³ Zu ihrem fünfjährigen Bestehen umfasste die Versicherung 1.184 vollversicher-

³⁸⁹ Vgl. GStA PK, I. HA Rep. 76 Kultusministerium, VIII B Nr. 828, o. Bl.: 2. Niederschrift über die Sitzung der Aerztekammer am 15. März 1924. Siehe weitergehend auch Anträge der Versicherungskommission der Aerztekammer; Vorläufiger Satzungsentwurf für eine Versorgungsanstalt der Aerztekammer, beide in: ÄB BB, Nr. 4 vom 1. Februar 1924, S. 21f.

³⁹⁰ Ciesielski, Die Entwicklung der Gemeinschaftsversicherung, S. 4. Vgl. auch GStA PK, I. HA Rep. 76 Kultusministerium, VIII B Nr. 828, o. Bl.: 2. Niederschrift über die Sitzung der Aerztekammer am 15. März 1924; Schreiben des Oberpräsidenten der Provinz Brandenburg und von Berlin an den Minister für Volkswohlfahrt vom 5. Mai 1924.

³⁹¹ Vgl. Ciesielski, Die Entwicklung der Gemeinschaftsversicherung, S. 1f.; ders., Provinzialversicherung Brandenburg-Grenzmark, S. 20; Landsberg, Unsere Kollektivversicherung, S. 17.

³⁹² Landsberg, Unsere Kollektivversicherung, S. 17.

³⁹³ Vgl. Ciesielski, Die Entwicklung der Gemeinschaftsversicherung, S. 2f.; ders., Provinzialversicherung Brandenburg-Grenzmark, S. 20; Max Landsberg, Die richtige Fragestellung, in: ÄB BB, Nr. 18 vom 20. Juni 1924, S. 126f., hier S. 127. Angesichts dieser Zahlen verwundert es nicht, dass sich viele Ärzte unzufrieden über die geringen Leistungen der Versicherung zeigten. Jährlich musste ein Arzt 360 Mark seines Gesamthonorars von etwa 6.000 Mark für die Versicherung aufbringen. Die zu erwartende Alters- und Invalidenrente betrug mit 640 Mark nicht einmal das Doppelte davon. Jedoch wurden die Renten etwa zwei Jahre später fast verdreifacht.

te sowie 79 mit Sterbegeld versicherte und damit den Großteil der Ärzte aus den Provinzen Brandenburg und Grenzmark Posen-Westpreußen. Bis dahin, also im Zeitraum von April 1922 bis 1927, zahlte sie Renten an 13 invalide Ärzte, wovon bereits vier verstorben und die Rentenberechtigung auf ihre Frauen übertragen worden waren, an 47 weitere Witwen und an 23 Waisen, von denen bis 1927 drei das Alter von 21 Jahren erreicht hatten und somit aus der Versicherung ausgeschieden waren.³⁹⁴ Zum 1. Januar 1933 zählte die Versicherung 1.247 zahlende Mitglieder. Die Zu- und Abgänge hielten sich also relativ die Waage. Die Zahl der Rentenempfänger betrug 56 Invalide und Alte, 127 Witwen und 64 Waisen.³⁹⁵

Für den Ärzteverband ergab sich aus der Gemeinschaftsversicherung eine jährliche Gewinnbeteiligung von 20 bis 30 Prozent, was etwa 80.000 bis 100.000 Mark waren. Diese Gelder bildeten wiederum das Fundament einer 1924 gesondert gegründeten Zuschusskasse für die Versicherung, der Dividendenkasse.³⁹⁶ Die Divka, wie sie kurz genannt wurde, diente „der Erhöhung der Renten invalider oder alter Aerzte sowie der Auffüllung der Hinterbliebenenrenten aus der Gemeinschaftsversicherung des Aerzteverbandes der Provinz Brandenburg“.³⁹⁷ Erhielt sie ihre Mittel zunächst ausschließlich aus der Ansammlung der Dividenden, traten ab 1926 monatliche Beiträge in Höhe von zehn Mark hinzu, die die gemeinschaftlich versicherten Ärzte zusätzlich zu ihren Beiträgen der Kollektivversicherung aufzubringen hatten. Aus der Divka konnte der Verband rückwirkend bis 1922 zu den bestehenden Renten jährlich zusätzlich 1.000 Mark für jeden Alters- und Invalidenrentenempfänger und jede Witwenrentenempfängerin bewilligen. Die Alters- und Invalidenrente wurde auf 1.800 Mark und die Witwenrente auf 1.400 Mark erhöht. Halbwaisen erhielten 300, Vollwaisen 600 Mark. Zum 1. Januar 1933 stieg die Rente für Alte und Invalide auf 2.000 Mark, für Halbwaisen auf 400 und für Vollwaisen auf 800 Mark an, die Witwenrente und das Sterbegeld blieben unverändert.³⁹⁸

Über die Gemeinschaftsversicherung mit der Dividendenkasse hinaus bestand mit dem ‚Notpfennig‘ eine zweite Versorgungseinrichtung beim brandenburgischen Ärzteverband. Der Beschluss, unter diesem Namen infolge der wirtschaftlichen Katastrophe von 1923 eine Unterstützungskasse für schwer in Not geratene Arztwitwen und -waisen sowie invalide Ärzte zu

³⁹⁴ Vgl. Franz Ciesielski, Fünf Jahre Kollektivversicherung der Provinz Brandenburg und Grenzmark, in: ÄB BB, Nr. 11 vom 10. April 1927, S. 138f. Voraussetzung für den Empfang der Altersrente war, dass man zuvor über mindestens fünf Jahre Rentenbeiträge in die Versicherungskasse eingezahlt und ein Alter von 70 Jahren erreicht hatte. Zum fünfjährigen Bestehen der Versicherung gab es demnach noch keine Altersrentenempfänger. Vgl. ders., Die Entwicklung der Gemeinschaftsversicherung, S. 3.

³⁹⁵ Vgl. Walter Miemietz, Die Brandenburger Gemeinschaftsversicherung, in: ÄB BB, Nr. 8 vom 10. März 1933, S. 106ff., hier S. 106.

³⁹⁶ Vgl. Franz Ciesielski, Die Entwicklung der Gemeinschaftsversicherung, S. 3.

³⁹⁷ Satzung der Divka, in: ÄB BB, Nr. 2 vom 10. Januar 1925, S. 12, hier § 1.

³⁹⁸ Vgl. Ciesielski, Fünf Jahre Kollektivversicherung; ders., Provinzialversicherung Brandenburg-Grenzmark, S. 20, 22; Miemietz, Die Brandenburger Gemeinschaftsversicherung, S. 106.

schaffen,³⁹⁹ wurde auf der Sitzung des Provinzialverbandes am 14. Dezember 1924 gefasst. Sie integrierte die bis dahin bestehenden Zuschusskassen der Regierungsbezirke Potsdam und Frankfurt.⁴⁰⁰ Die Einnahmen des ‚Notpfennig‘ bestanden aus freiwilligen Spenden und Erträgen von Sammlungen sowie aus Vereinsbeiträgen. Hinzu kam ein finanzieller Grundstock, der sich aus dem Verkauf von dem Ärzteverband gehörenden Roggenrentenbriefen als Überschuss der Inflationszeit ergab.⁴⁰¹ Gesuche um Beihilfen mussten zunächst vom zugehörigen Ärzteverein bewilligt werden, ehe ein Ausschuss, bestehend aus den Vorsitzenden der Prüfungsausschüsse Potsdam und Frankfurt der Kammer-Unterstützungskasse und einem Vorstandsmitglied des Ärzteverbandes, über deren Höhe entschied.⁴⁰² Der ‚Notpfennig‘ war somit ähnlich konzipiert wie die Unterstützungskasse der Ärztekammer, der während der inflationären Krise die Mittel ausgegangen waren.⁴⁰³ Bereits im ersten Jahr seines Bestehens verzeichnete er 127 Pfleglinge und zahlte doppelt so hohe Beihilfen wie die Kammer-Unterstützungskasse.⁴⁰⁴

Mit der Gründung einer Altersversorgungskasse Ende 1925 für die Ärzte, die aufgrund ihres hohen Alters nur bedingt an der Gemeinschaftsversicherung teilhaben konnten,⁴⁰⁵ gelangten die Wohlfahrtseinrichtungen des Ärzteverbandes zu einem vorläufigen Abschluss. Ab dem 1. Januar 1926 erhielten damit etwa 70 Ärzte aus Brandenburg und der Grenzmark im Alter von 63 bis 83 Jahren einen Renten- und Witwenversicherungsanspruch in Höhe von 300 Mark pro Quartal. Dieser trat in Kraft, wenn ein Arzt das 70. Lebensjahr vollendet hatte, im Invaliditäts- oder Sterbefall. Träger und Verwalter der Altersversorgungskasse war nicht die Versicherungskasse der Ärzte Deutschlands, sondern der Ärzteverband selbst. Ihre Mittel, 300 Mark im Jahr je versicherten unverheirateten und 400 Mark pro verheirateten Arzt, waren von den örtlichen Vereinen aufzubringen, bei denen die Ärzte als Mitglieder geführt waren. Bei Zahlungsunfähigkeit eines Mitglieds mussten die Gelder aus der Vereinskasse entnommen werden.⁴⁰⁶

³⁹⁹ Vgl. Satzung des ‚Notpfennig‘, in: ÄB BB, Nr. 2 vom 10. Januar 1925, S. 12, hier § 3.

⁴⁰⁰ Vgl. Max Landsberg, Bericht über die Jahresversammlung des Aertzteverbandes der Provinz Brandenburg am 14. Dezember 1924 (Fortsetzung.), in: ebd., S. 11ff., hier S. 12; Schultze, Aertzliche Zuschußkasse für den Reg.-Bez. Frankfurt a. d. O. und Schultzespende, in: ÄB BB, Nr. 4 vom 1. Februar 1925, S. 27f.

⁴⁰¹ Vgl. Satzung des ‚Notpfennig‘, §§ 1f.

⁴⁰² Vgl. ebd., § 4; Schultze, Aertzliche Zuschußkasse, S. 27.

⁴⁰³ Vgl. Ciesielski, Die Entwicklung der Gemeinschaftsversicherung, S. 4.

⁴⁰⁴ Vgl. Schneider, Fünfter Aertztag, S. 305; Max Landsberg, Die fünfte Jahresversammlung des Aertzte-Verbandes der Provinz Brandenburg E. V., in: ÄB BB, Nr. 36 vom 20. Dezember 1925, S. 311-315, hier S. 314.

⁴⁰⁵ Siehe Anm. 394.

⁴⁰⁶ Vgl. Franz Ciesielski, Altersversorgung, in: ÄB BB, Nr. 8 vom 10. März 1925, S. 59f.; Max Landsberg, Unsere Satzung für die Altersversorgungskasse, in: ÄB BB, Nr. 25 vom 1. September 1925, S. 204f.

Zu seinem fünfjährigen Bestehen verfügte der Ärzteverband der Provinz Brandenburg über ein umfassendes Versicherungs- und Versorgungssystem, das in dieser Form bis zu seiner Auflösung 1933/34 bestehen blieb. Obendrein hatten die meisten Vereine ihre eigenen Unterstützungseinrichtungen ausgebaut bzw. neu begründet.⁴⁰⁷ Auch die Unterstützungskasse der Ärztekammer erholte sich allmählich von den Auswirkungen der Inflation.⁴⁰⁸ Diese selbstorganisierten beruflichen Fürsorgemaßnahmen standen im Zeichen einer sozialen Bewegung, die bereits um die Jahrhundertwende einsetzte, Politik, Kirche und Gesellschaft erfasste und unter dem Schlagwort der Wohlfahrtspflege in der Weimarer Republik aufblühte.⁴⁰⁹

Das ‚i-Tüpfelchen‘ erhielt der Versorgungsapparat der brandenburgischen Ärzte zum zehnjährigen Jubiläum des Provinzialverbandes am 15. Februar 1930 mit der Errichtung der Dr. Georg Schneider-Stiftung. Beim Festessen des neunten Brandenburgischen Ärztetags erntete Schneider den Ruhm für seinen beständigen und fast durchweg von Erfolg gekrönten Einsatz als Begründer und langjähriger Vorsitzender des Ärzteverbandes, indem er zum ersten Ehrenvorsitzenden ernannt wurde. Dies war sogar eine Erwähnung in der Chronik *Potsdamer Jahresschau* wert.⁴¹⁰ Schneiders Gemüt gemäß haben seine Kollegen dabei bewusst auf jegliche Anerkennung in Form von Sachgeschenken und überschwänglichen Lobreden verzichtet.⁴¹¹ Stattdessen überreichte ihm der Verbandsvorstand eine Urkunde zur Begründung der Dr. Georg Schneider-Stiftung, die aus Vereinsspenden errichtet und vom Kuratorium der Kammer-Unterstützungskasse, der Schneider vorsah, verwaltet wurde. Als Schirmherr durfte er die Verwendung der Stiftung selbst bestimmen.⁴¹² Ihr mildtätiger Zweck war die Unterstützung von bedürftigen bzw. sich in wirtschaftlicher Not befindlichen Arzttwitwen, die an einer organischen Krankheit litten. Ihnen sollten Beihilfen in Höhe von 200 Mark für Badekuren zur Rehabilitation gewährt werden. Bevorzugt wurden jene Frauen, deren Männer der Gemeinschaftsversicherung des brandenburgischen Ärzteverbandes angehörten. Die Entscheidung

⁴⁰⁷ Vgl. Landsberg, Bericht über die Jahresversammlung des Ärzteverbandes am 14. Dezember 1924 (Fortsetzung.), S. 11. Als Beispiel siehe den von der Ortsgruppe Fürstenwalde der kassenärztlichen Vereinigung Lebus erarbeiteten Entwurf einer Unterstützungsgemeinschaft der Aerzte, in: *ÄB BB*, Nr. 9 vom 20. September 1923, S. 71f.

⁴⁰⁸ Vgl. Vogt, *Ärztliche Selbstverwaltung*, S. 993.

⁴⁰⁹ Zur Wohlfahrtspflege in der Weimarer Republik siehe ausführlich Christoph Sachße/Florian Tennstedt, *Geschichte der Armenfürsorge in Deutschland*, Bd. 2: Fürsorge und Wohlfahrtspflege 1871-1929, Stuttgart 1988, S. 68-217.

⁴¹⁰ Vgl. *Potsdamer Jahresschau*, 1931, S. 78.

⁴¹¹ Bereits in einem Artikel, der anlässlich des 50. Geburtstags von Schneider erschien, wurde seine „Abneigung gegen öffentliche Lobreden“ hervorgehoben; siehe Schneider, *Potsdam*, in: *ÄB BB*, Nr. 17 vom 10. Juni 1925, S. 129.

⁴¹² Vgl. AM-UP, Akte Dr. Georg Schneider-Stiftung, o. Bl.: Abschrift der Stiftungsurkunde vom 15. Februar 1930; Schreiben Georg Schneiders an die Reichsärztekammer – Ärztekammer Kurmark vom 23. März 1939; Dr. Schneider-Potsdam, S. 77f.; Goerke, *Heilkunde*, S. 177.

über die Anträge war Schneider persönlich vorbehalten.⁴¹³ Allen äußeren Umständen zum Trotz blieb die Stiftung über die Zeit des Nationalsozialismus und die Nachkriegszeit bis zum Tod Schneiders im Oktober 1949 bestehen und erhielt von ihm immer wieder finanzielle Zuwendungen.

Auf dem neunten Brandenburgischen Ärztetag gab Schneider zugleich seinen Vorsitz im Ärzteverband ab.⁴¹⁴ Für die meisten Anwesenden kam dies ziemlich überraschend. Doch aufgrund der Mehrfachbelastung, vor allem der Geschäftsleitung im DÄVB, zog sich Schneider ein Stück weit aus der provinziellen ärztlichen Standespolitik zurück.⁴¹⁵ Die Aufgaben als erster Vorsitzender führte von nun an Hugo Mussaeus aus Küstrin aus – bis zur Vereinnahmung der Führungspositionen des Ärzteverbandes durch die Nationalsozialisten im Frühjahr 1933.

Grundsätzlich ist die rasche Festigung des Ärzteverbandes als Standesorganisation der ärztlichen Vereine Brandenburgs mit dem Aufbau eines umfangreichen Versorgungsnetzwerkes beachtlich, bedenkt man, welche äußeren Umstände ihn dabei begleiteten. Die katastrophale Wirtschaftslage infolge des Ersten Weltkrieges beeinflusste das Wirken des Ärztetands elementar. Die Jahre 1923/24 waren überdies als Resultat der Inflation von massiven Konflikten zwischen Ärzteschaft, Krankenkassen und Staat geprägt.

4.2 Die krisenbeladenen Anfangsjahre in der Weimarer Republik – Konflikte in der brandenburgischen Ärzteschaft und deren Bewältigung

4.2.1 „Teuerung [...] von Stunde zu Stunde“ – Auswirkungen der Inflation auf die ärztliche Praxis und die Regulierungsversuche der provinziellen Spitzenverbände

Der ökonomische Missstand im Deutschen Reich als Folge der desolaten Wirtschaftslage im und nach dem Ersten Weltkrieg wurde bereits frühzeitig von den Ärzteabgeordneten Branden-

⁴¹³ Vgl. AM-UP, Akte Dr. Georg Schneider-Stiftung, o. Bl.: Abschrift des Statuts der Stiftung vom 23. August 1930; Dr. Georg-Schneider-Stiftung, in: ÄB BB, Nr. 32 vom 10. November 1930, S. 378. Eine Abschrift des Statuts der Stiftung vom 23. August 1930 mit einem Nachtrag Georg Schneiders vom 1. Januar 1937 ist ebenso enthalten in BLHA, Rep. 203 Ministerium des Innern Nr. 154, Bl. 24f.

⁴¹⁴ Vgl. Dr. Schneider-Potsdam; 9. Brandenburgischer Ärztetag vom 15. und 16. Februar 1930 (Fortsetzung aus Nr. 8 und 9.), in: ÄB BB, Nr. 10 vom 1. April 1930, S. 115-118, hier S. 115f. Goerke, Heilkunde, S. 167, unterläuft ein Fehler, indem er schreibt, Schneider wäre bis 1932 Vorsitzender des Ärzteverbandes gewesen.

⁴¹⁵ Vgl. IGEM, Nachlass Heinz Goerke, Ordner Dr. Georg Schneider-Stiftung, o. Bl.: Auszüge aus einem Brief Georg Schneiders an den Kölner Ärzteverein von 1932, S. 1; Abschrift eines Schreibens Georg Schneiders an Karl Steinhoff vom 20. März 1949, S. 1. Bereits vom 28. Januar bis zu seinem Tod am 2. Juli 1928 hatte Franz Ciesielski den Verbandsvorsitz inne. Schneider degradierte sich in diesem Zeitraum zum Stellvertreter. Vgl. Max Landsberg, Wechsel im Vorstande des Provinzialverbandes, in: ÄB BB, Nr. 5 vom 10. Februar 1928, S. 64; Schneider, Franz Ciesielski.

burgs und Berlins im Rahmen ihrer Kammerversammlungen problematisiert. Auf der Sitzung im Januar 1920 konstatierten sie die Notwendigkeit der Erhöhung ärztlicher Gebühren, da, wie es der Berliner Delegierte Paul Schück formulierte, „die Teuerung [...] von Stunde zu Stunde, nicht bloß von Tag zu Tag“ wachse.⁴¹⁶

Hiermit verstärkte sich die andauernde Auseinandersetzung um die Anpassung der Preußischen Gebührenordnung für approbierte Ärzte und Zahnärzte (PGO) von 1896⁴¹⁷ an die gegebenen wirtschaftlichen Verhältnisse. Die PGO stellte zu ihrer Zeit die bedeutendste staatliche Regulierung bezogen auf die Honorierung ärztlicher Leistungen dar. Primär war sie Grundlage für die Gebührenvereinbarungen zwischen frei praktizierenden Ärzten und ihren Patienten, indem sie Mindest- und Höchstsätze für jede Art heilpraktischer Leistung festschrieb. Aber auch die Bezahlung des Kassenarztes galt als angemessen, wenn sie den Mindestsätzen der PGO entsprach. Deshalb basierten hierauf in der Regel auch die zwischen Arzt und Krankenkasse abgeschlossenen Verträge.⁴¹⁸

Um Veranlassung einer Revision der PGO hatte der Ärzteverein des Regierungsbezirkes Frankfurt den Kammervorstand bereits 1919 gebeten. Im selben Jahr erarbeitete der preußische Ärztekammerausschuss einen neuen Gebührenentwurf und legte diesen dem Wohlfahrtsministerium vor, das ihn gemeinsam mit Vertretern der großen Krankenkassenverbände beriet und redigierte.⁴¹⁹ Auf der Kammersitzung am 26. Juni 1920 schlossen sich die Berliner und Brandenburger Ärztedelegierten der Forderung nach einer erheblichen Erhöhung der Gebührensätze an. „Die Verteuerung der gesamten Lebensverhältnisse und damit auch die gewaltige Steigerung der ärztlichen Berufskosten“ würden diese Maßnahme dringend erzwingen, so der Abgeordnete Heinrich Joachim.⁴²⁰ Noch im selben Jahr kam es zur Novellierung der PGO, die neue Ordnung trat am 1. Oktober in Kraft.⁴²¹ Aber auch die erneuerten Richtlinien waren

⁴¹⁶ Ordentliche Sitzung der Aerztekammer am 25. Januar 1920, S. 20. Zu den Beratungen über die Gebühren für ärztliche Leistungen siehe ausführlich ebd., S. 20-31.

⁴¹⁷ Siehe Jean Bernhard Borntreger, Die neue preußische Gebührenordnung für Aerzte und Zahnärzte. Mit eingehenden Erläuterungen und den für das Erwerbsleben der Medizinalpersonen giltigen Bestimmungen, Leipzig 1896.

⁴¹⁸ Vgl. Beilage zu den Verhandlungen der Aerztekammer am 28. Januar 1922, S. 9-16: Bericht des Vorstandes der Aerztekammer über das Geschäftsjahr 1921, hier S. 11f.: Entwurf eines Schreibens vom Ausschuss der Preußischen Ärztekammern an den Minister für Volkswohlfahrt vom 19. Dezember 1921; Joachim, Denkschrift, S. 81ff.

⁴¹⁹ Vgl. Beilage zu den Verhandlungen der Aerztekammer am 25. Januar 1920, S. 5-12: Bericht des Vorstandes der Aerztekammer über das Geschäftsjahr 1919, hier S. 6; Ordentliche Sitzung der Aerztekammer für die Provinz Brandenburg und den Stadtkreis Berlin. Sonnabend, den 26. Juni 1920, in: Verhandlungen der Aerztekammer für die Provinz Brandenburg und den Stadtkreis Berlin, Wahlper. 10, Zweites Stück, Berlin 1920, S. 125-217, hier S. 130.

⁴²⁰ Ordentliche Sitzung der Aerztekammer am 26. Juni 1920, S. 130. Zur Besprechung des Entwurfs der neuen Gebührenordnung siehe ausführlich ebd., S. 129-136.

⁴²¹ Siehe Heinrich Joachim/Alfred Korn, Die preußische Gebühren-Ordnung für approbierte Ärzte und Zahnärzte vom 1. September 1920. Für die Bedürfnisse der ärztlichen und zahnärztlichen Praxis erläutert, Berlin 1921.

aufgrund der fortschreitenden Geldentwertung bald schon überholt und stießen „auf lebhaften Widerstand“. Der Kammervorstand Berlin-Brandenburg beklagte zudem, dass die Vorschläge der Ärztevertreter bei den Beratungen und Ausarbeitungen des Entwurfs kaum Berücksichtigung gefunden hätten.⁴²² Daraufhin unterbreitete der preußische Ärztekammerausschuss den Vorschlag, die PGO an den jeweiligen Geldwert anzupassen, indem den Zeitumständen entsprechende Zuschläge auf die Grundbeträge festzusetzen wären. Als weitere Möglichkeit wurde aufgezeigt, während der inflationären Krise gänzlich auf eine staatliche Gebührenordnung zu verzichten und die Regulierung der ärztlichen Honorare den Ärzten und ihren Patienten bzw. Krankenkassen selbst zu überlassen.⁴²³ Diese Option wurde sodann infolge der erneuerten Gebührenordnung vom 15. März 1922⁴²⁴ in Erwägung gezogen. Da die Ärzte in der vom Ministerium und den Krankenkassenvertretern konzipierten Ordnung wieder einmal keine angemessenen Grundsätze für die Bezahlung ihrer Leistungen erblickten, lehnten sie diese strikt ab.⁴²⁵ In diesem Sinne erklärte der Ärztekammerausschuss, die Privatärzte sollten die PGO künftig nicht mehr berücksichtigen und ihre Patienten darauf durch Anschlag im Wartezimmer⁴²⁶ hinweisen. Die brandenburgischen Ärzte wurden im Ärzteblatt zur Befolgung dieser Anweisung angehalten, sie sollten nur noch den Weisungen der Ärztekammer und des Ärzteverbands folgen.⁴²⁷

Die Liquidationen in der Privatpraxis stellte fortan die Honorarkommission der Kammer auf.⁴²⁸ Im Dezember 1922 gab sie den künftig geltenden Grundsatz bekannt, „daß für die ärztlichen Forderungen der Friedenspreis multipliziert mit dem jeweiligen Teuerungsindex maßgebend“ sei.⁴²⁹ Der vom Statistischen Reichsamt aufgestellte Reichsteuerungsindex gab an, um welches Verhältnis sich die Lebenshaltungskosten für Ernährung, Wohnung, Heizung, Be-

⁴²² Beilage zu den Verhandlungen der Aerztekammer am 29. Januar 1921, S. 9-19: Bericht des Vorstandes der Aerztekammer für das Geschäftsjahr 1920, hier S. 12.

⁴²³ Vgl. Beilage zu den Verhandlungen der Aerztekammer am 28. Januar 1922, S. 9-16: Bericht des Vorstandes der Aerztekammer über das Geschäftsjahr 1921, hier S. 11f.: Entwurf eines Schreibens vom Ausschuss der Preußischen Ärztekammern an den Minister für Volkswohlfahrt vom 19. Dezember 1921. Vgl. auch ebd., S. 10f.

⁴²⁴ Die Preußische Gebührenordnung für approbierte Aerzte und Zahnärzte vom 15. März 1922, Leipzig 1922.

⁴²⁵ Vgl. Max Landsberg, Der Elefant im Porzellanladen, in: ÄB BB, Nr. 3 vom 1. August 1922, S. 22f.; ders., Tagt es?, in: ÄB BB, Nr. 9 vom 1. November 1922, S. 69f.

⁴²⁶ Eine Abschrift des Anschlagtextes befindet sich in GStA PK, I. HA Rep. 76 Kultusministerium, VIII B Nr. 828, o. Bl.

⁴²⁷ Vgl. Max Landsberg, Tagt es?, S. 69.

⁴²⁸ Auch nach der Inflationszeit nahmen die Diskussionen um die Gebührenordnung und die Honorierung privatärztlicher Dienste nicht ab. Die Regulierung übernahm weiterhin die Honorarkommission der Ärztekammer. Siehe etwa Die PGO. vom 23. Februar 1924, in: ÄB BB, Nr. 9 vom 20. März 1924, S. 58ff., hier S. 58; Jahresversammlung des Aerzteverbandes am 12. und 13. Dezember. 2. Tag, in: ÄB BB, Nr. 2 vom 10. Januar 1926, S. 15-18, hier S. 15; Richtlinien für die Gebührenordnung in der Privatpraxis, in: ÄB BB, Nr. 3 vom 20. Januar 1927, S. 29f.; Max Landsberg, Aus der Sitzung der Aerztekammer vom 9. Februar 1929, in: ÄB BB, Nr. 7 vom 1. März 1929, S. 83-88, hier S. 87f.

⁴²⁹ Honorare in der Privatpraxis, in: ÄB BB, Nr. 12 vom 15. Dezember 1922, S. 105. Nachfolgend vgl. ebd.

leuchtung und Bekleidung am Tag der Bekanntgabe im Vergleich zu den Durchschnittswerten der Jahre 1913/14 vermehrt hatten.⁴³⁰ Als weitere Referenz für das privatärztliche Honorar dienten die ortsüblichen Grundgebührensätze der Vorkriegszeit. Für eine gewöhnliche Beratung in der Praxis lagen diese bei zwei bis fünf Mark, ein Hausbesuch kostete drei bis zehn Mark. Die Honorarforderungen variierten abhängig von der wirtschaftlichen Situation des Patienten. Alle ärztlichen Leistungen mussten aber sofort bzw. bei Hausbesuchen nach Behandlungsabschluss in bar beglichen werden. Falls ein Privatarzt diese Anweisungen nicht befolgen sollte, behielt es sich die Ärztekammer vor, diszipliniert einzugreifen.

Im Dezember 1922 lag der Reichsteuerungsindex beim Faktor 400. Hieraus ergab sich eine ärztliche Mindestberatungsgebühr von 2 Mark mal 400, also 800 Mark. Der Hyperinflation geschuldet erfuhr diese Regelung Mitte 1923 eine Änderung. Für besondere Berufsleistungen wurde der Reichsteuerungsindex als Leitzahl für die Gebührenaufstellung fortan um zehn Prozent erhöht und auf volle 500 nach oben abgerundet.⁴³¹ Damit ergab sich beispielsweise am 16. Juli 1923 bei einem Teuerungsindex von 28.892 und einer Schlüsselzahl von 32.000 für die privatärztliche Kostenabrechnung eine Mindestgebühr für eine Beratung von 64.000 Mark.⁴³² Fortwährend ist eine galoppierende Steigerung zu verzeichnen, ehe die Gebühr am 29. November 1923 ihren Höchstwert von 3.377 Milliarden Papiermark erreichte.⁴³³

Die Bezahlung der Kassenärzte richtete sich im Regelfall weiterhin nach den Mindestsätzen der PGO, die am 22. Dezember 1922 nochmals novelliert wurde.⁴³⁴ Dazu trat, in Relation zum aktuellen Reichsteuerungsindex, der Kassenindex, aus dem sich ein bestimmter Teuerungszuschlag ergab, der vom preußischen Wohlfahrtsministerium ermittelt und bekannt gegeben wurde. Die Mindestberatungsgebühr in einer Sprechstunde war für Kassenpatienten deutlich geringer als die für Privatpatienten.⁴³⁵

Die Spitzenvertretungen der brandenburgischen Ärzteschaft, ihre Kammer und der Provinzialverband, die während der inflationären Krise trotz der anscheinend nicht regulierbaren Situation unermüdlich für den Erhalt einer soliden wirtschaftlichen Lage ihrer Mitglieder eintraten,

⁴³⁰ Vgl. Die Teuerung im Juni, in: ÄB BB, Nr. 2 vom 10. Juli 1923, S. 9.

⁴³¹ Vgl. Index, in: ÄB BB, Nr. 3 vom 20. Juli 1923, S. 17.

⁴³² Vgl. Schilack, Index, in: ÄB BB, Nr. 5 vom 10. August 1923, S. 33f., hier S. 34.

⁴³³ Vgl. Index und Goldmark, in: ÄB BB, Nr. 19 vom 20. Dezember 1923, S. 143. In den Privatpraxen sollte laut Beschluss der Ärztekammer-Honorarkommission ab dem 21. Oktober 1923 nach Goldmark liquidiert werden; vgl. Laut Beschluß der Honorarkommission der Ärztekammer für Groß-Berlin und Prov. Brandenburg vom 21. Oktober 1923, in: ÄB BB, Nr. 14 vom 1. November 1923, S. 105.1

⁴³⁴ Siehe Jean Bernhard Borntraeger, Preußische Gebühren-Ordnung für Aerzte und Zahnärzte vom 10. Dezember 1922 mit eingehenden Erläuterungen und den für das Erwerbsleben der Medizinalpersonen gültigen Bestimmungen sowie mit dem Gesetz über die Gebühren der Medizinalbeamten, 7., verb. Aufl., Leipzig 1923.

⁴³⁵ Eine vergleichende Übersicht zur Entwicklung der Mindestgebühren für privat- und kassenärztliche Beratung in der Praxis vom 15. Juni 1923 bis 15. März 1924 befindet sich im Anhang der Arbeit, S. 292, Nr. 6.

gerieten selbst in enorme finanzielle Bedrängnis bis hin zur Existenznot. Ein „Spiegelbild von den erschreckend wachsenden Ausgaben auf allen Gebieten der Wirtschaft“ stellte der Kassenbericht der Ärztekammer dar.⁴³⁶ Aufgrund der stetig zunehmenden „Geldentwertung und der dadurch bedingten Steigerung der Ausgaben“ waren die Mittel der Kasse Ende August 1923 „vollständig erschöpft“.⁴³⁷ Zur Sicherstellung des Kammerbetriebs sah sich der Vorstand gezwungen, im Laufe des Jahres 1923 fünf Umlagen auf die wertlos gewordenen Kammerbeiträge zu erheben. Als letzte Zusatzzahlung war eine Goldmark vorgesehen, wie am 17. November bekanntgegeben wurde.⁴³⁸ Dies entsprach dem Wert von etwa 625,3 Millionen Papiermark.⁴³⁹ Im Jahr darauf folgten zwei weitere Umlagen, womit vor allem der Bedarf der Unterstützungskasse gedeckt werden sollte.⁴⁴⁰ Als weitere Maßnahme sah man vorübergehend von der Veröffentlichung der stenographischen Berichte zu den Kammerversammlungen ab, um die hohen Drucklegungskosten zu sparen.⁴⁴¹

Über die „allgemeine Wirtschaftslage und deren Rückwirkung auf den Aerzteverband“ beriet sich Georg Schneider mit den weiteren Vorstandsmitgliedern am 2. September 1923.⁴⁴² Eine Woche darauf fasste die außerordentliche Verbandsversammlung den Beschluss, dass jeder Verein bis zum Monatsende eine Gebühr von 2,5 Millionen Mark pro Mitglied zu zahlen habe, um der finanziellen Notlage des Dachverbandes entgegenzuwirken. Dies verkündete Schneider den Kassenführern der Vereine mittels Rundschreiben vom 11. September 1923.⁴⁴³ Auf derselben Sitzung wurde veranlasst, die Gemeinschaftsversicherung des Provinzialverbandes von Papiermark auf Grundlage der vermeintlich wertbeständigeren Roggenrentenbriefe umzustellen. Damit konnte zwar ein gewisses Kapital gerettet, aber nicht die erhoffte Wertbeständigkeit erreicht werden, da auch Roggen zum Spekulationsobjekt wurde und sein Wert somit großen Schwankungen unterworfen war. Im Frühjahr 1924 erfolgte die Umgestaltung des Versicherungsvertrags auf Goldmark- und später auf Reichsmarkbasis.⁴⁴⁴ Im Ärzteblatt

⁴³⁶ Ordentliche Sitzung der Ärztekammer am 29. Januar 1921, S. 233. Sally Alexander begründete die verhältnismäßig günstige Kassenlage mit der gestiegenen Mitgliederzahl der Kammer. Ende 1920 zählte sie 5.297 Ärzte.

⁴³⁷ Vorauszahlungen für die Ärztekammer, in: ÄB BB, Nr. 10 vom 1. Oktober 1923, S. 78.

⁴³⁸ Vgl. Bekanntmachung über die Erhebung einer fünften Umlage, in: ÄB BB, Nr. 18 vom 10. Dezember 1923, S. 135.

⁴³⁹ Vgl. Index und Goldmark, in: ebd.

⁴⁴⁰ Vgl. Bekanntmachung betr. Beitrag zur Ärztekammer, in: ÄB BB, Nr. 1 vom 1. Januar 1925, S. 4f.

⁴⁴¹ Vgl. Ordentliche Sitzung der Ärztekammer am 29. Januar 1921, S. 227.

⁴⁴² Max Landsberg, Einladung zur Sitzung des Vorstandes des Aerzteverbandes der Provinz Brandenburg E. V. am 2. September 1923, in: ÄB BB, Nr. 7 vom 1. September 1923, S. 54.

⁴⁴³ Vgl. An die Kassenführer aller unserer Vereine, in: ÄB BB, Nr. 9 vom 20. September 1923, S. 70.

⁴⁴⁴ Vgl. und siehe ausführlich Max Landsberg, Wertbeständigkeit unserer Kollektiv-Versicherung, in: ÄB BB, Nr. 6 vom 20. August 1923, S. 42f.; Franz Ciesielski, Zur Provinzialversicherung Brandenburg, in: ÄB BB, Nr. 13 vom 20. Oktober 1923, S. 101ff.; ders., Die Entwicklung der Gemeinschaftsversicherung, S. 2; ders., Provinzialversicherung Brandenburg-Grenzmark, S. 20.

wurden zudem mehrmals Mahnungen abgedruckt, da die dem Verband angeschlossenen Vereine mit der Zahlung ihrer Mitglieds- und Versicherungsbeiträge in Verzug gerieten bzw. diese ganz aussetzten.⁴⁴⁵ In der Ausgabe vom 1. November 1923 hieß es, dass nur durch eine pünktliche Beitragszahlung aller Mitglieder „für die Standesorganisation [...] die gesicherte Grundlage zur Durchführung ihrer Bestrebungen und Erreichung ihrer Ziele“ geschaffen werden könne.⁴⁴⁶ Wenige Tage später wurde nochmals betont, dass sich der Verband wie alle anderen beruflichen Vertretungen „in schwieriger wirtschaftlicher Lage“ befinde. Er könne „seinen Aufgaben nur dann gerecht werden und die jetzt ihrem Höhepunkt zustrebende Krise nur dann überstehen, wenn alle seine Mitglieder ihren Verpflichtungen nachkommen [...]. Wer die Teuerung am eigenen Leibe spürt, soll nicht nur jammern und stöhnen, sondern an die Not der anderen – nicht zuletzt an die seiner Organisation – denken.“⁴⁴⁷

Viele brandenburgische Ärzte und ihre Angehörigen litten auch privat am wirtschaftlichen Ausnahmezustand.⁴⁴⁸ So beklagte Schneider im Rückblick auf die frühen 1920er Jahre, dass ihn die Kriegsfolgen und die Inflation um die finanziellen Rücklagen aus den ersten beiden Jahrzehnten seiner ärztlichen Tätigkeit gebracht hätten.⁴⁴⁹ Ähnliche Notlagen gehen aus den Jahresberichten der Kammer-Unterstützungskasse hervor. Für das Jahr 1920 musste festgehalten werden, dass einige hilfsbedürftige Ärzte bereits ihre „Vorräte an Kleidern, Wäsche und Wirtschaftsgegenständen [...] verbraucht, oder, um das Leben zu fristen, als letztes Mittel gegen Hunger und Kälte verkauft“ hätten. Die Verarmung greife „besorgniserregend um sich“ und die Mittel der Unterstützungskasse würden bei weitem nicht ausreichen, um dagegen vorzugehen.⁴⁵⁰

Von wenigen Ausnahmen abgesehen wirkte sich die Inflation auch auf alle übrigen gesellschaftlichen Ebenen äußerst unangenehm aus. Gesundheitspolitisch von hoher Relevanz war die existenzielle Bedrohung der Krankenkassen, die nur mittels staatlicher Maßnahmen gestützt werden konnten. Es ergaben sich drastische Konflikte hinsichtlich des Verhältnisses zwischen Ärzte- und Krankenkassenverbänden, aus denen im Winter 1923/24 ein reichsweiter Ärztestreik hervorging.

⁴⁴⁵ Vgl. Max Landsberg, Dringende Mahnung, in: ÄB BB, Nr. 8 vom 10. September 1923, S. 61.

⁴⁴⁶ Ders., Die pünktliche Zahlung der Beiträge für die Standesorganisation, in: ÄB BB, Nr. 14 vom 1. November 1923, S. 106.

⁴⁴⁷ Aufforderung zur pünktlichen Zahlung der Beiträge, in: ÄB BB, Nr. 15 vom 10. November 1923, S. 112.

⁴⁴⁸ Vgl. Wolff, Mehr als nur materielle Interessen, S. 112.

⁴⁴⁹ Vgl. IGEM, Nachlass Heinz Goerke, Ordner Dr. Georg Schneider-Stiftung, o. Bl.: Abschrift eines Schreibens Georg Schneiders an Karl Steinhoff vom 20. März 1949, S. 1.

⁴⁵⁰ Neunzehnter Jahresbericht über die Unterstützungskasse der Aerztekammer für die Provinz Brandenburg und den Stadtkreis Berlin, Berlin 1921, S. 13.

4.2.2 Kampf „um die Machtposition“ – Von den provinziellen Arzt-Kassen-Konflikten zum reichsweiten Ärztestreik

Die neuentfachten Auseinandersetzungen „um die Machtposition der Ärzte gegenüber den Kassen“⁴⁵¹ in der Zeit der schwersten wirtschaftlichen Not sind mit dafür ausschlaggebend, dass in „der Geschichte der ärztlichen Standesorganisationen [...] die Jahre 1923 und 1924 besonders hervor[treten]“.⁴⁵² Diese Beurteilung Eberhard Wolffs gilt ohne Zweifel auch für die Entwicklung des brandenburgischen Ärztestands. Der Großteil der Brandenburger Mediziner beteiligte sich ebenso wie die meisten Kollegen überall im Reich am umfassendsten Ärztestreik, den es bis dahin in Deutschland gegeben hatte. Der vom 1. Dezember 1923 bis 19. Januar 1924 dauernde Arbeitskampf als „äußerlich auffallendste[s] Ereignis“ des Arzt-Kassen-Konflikts⁴⁵³ war allerdings nur ‚die Spitze des Eisbergs‘ monatelang anhaltender Zwistigkeiten, die auf regionaler bzw. provinzieller Ebene durch die jeweiligen Verbände ausgetragen wurden. Bei diesen zum Teil gravierenden Konfrontationen trat in Brandenburg namentlich Georg Schneider in seiner Funktion als Vorsitzender des Dachverbands der örtlichen Ärztevereine hervor.

Der einschneidenden wirtschaftlichen Krisensituation geschuldet wurden die Höhe von kassenärztlichen Honoraren und das Arztsystem bereits in der jungen Weimarer Republik kontrovers diskutiert. Eine wesentliche Rolle spielte dabei auch, dass das regulierende *Berliner Abkommen* als Grundlage kassenärztlicher Verträge zum Ende des Jahres 1923 auslief. Die ärztlichen Standesvertreter wollten für ihre Kassenärzte ausreichende Vergütungen bei möglichst freier Berufsausübung erzielen, die Sprecher der Krankenkassenverbände hingegen ihre Kosten dämpfen, um dem inflationären Druck standzuhalten. Verschärft wurden die Differenzen durch die Sorge über die stetige Erhöhung der Zahl an Versicherungspflichtigen, wodurch der Ärzteschaft ihre Privatklientel zunehmend verloren zu gehen drohte.⁴⁵⁴ Im März 1919 erörterten die Berliner und Brandenburger Ärztekammerdelegierten, darunter auch Schneider, beispielsweise die bevorstehende Einführung der Familienversicherung.⁴⁵⁵ Die Weimarer Reichsverfassung kündigte sodann zur „Erhaltung der Gesundheit und Arbeitsfähigkeit, zum Schutz

⁴⁵¹ Stobrawa, Die ärztlichen Organisationen in Deutschland, S. 26.

⁴⁵² Wolff, Mehr als nur materielle Interessen, S. 111.

⁴⁵³ Ebd., S. 112.

⁴⁵⁴ Vgl. Seela, Die Ärzteschaft, S. 148f. Zur Mitgliederbewegung der gesetzlichen Krankenversicherung in den Jahren 1891 bis 1929 siehe die Übersichten bei Florian Tennstedt, Soziale Selbstverwaltung, Bd. 2: Geschichte der Selbstverwaltung in der Krankenversicherung von der Mitte des 19. Jahrhunderts bis zur Gründung der Bundesrepublik Deutschland, Bonn 1977, S. 116f. Hieraus geht hervor, dass die absolute Zahl an Versicherten anstieg, nicht aber das Verhältnis der Versicherten- zur Gesamtbevölkerungszahl.

⁴⁵⁵ Siehe Ordentliche Sitzung der Ärztekammer am 24. März 1919, S. 1278-1306.

der Mutterschaft und zur Vorsorge gegen die wirtschaftlichen Folgen von Alter, Schwäche und Wechselfällen des Lebens [...] ein umfassendes Versicherungswesen unter maßgebender Mitwirkung der Versicherten“ an.⁴⁵⁶ Obwohl hiermit die Selbstverwaltung der Krankenkassen garantiert wurde, gab es innerhalb der Ärzteschaft die nicht unbegründete Befürchtung vor einer Verstaatlichung des Versicherungssystems, wie seitens der Gewerkschaften und der Sozialdemokratie erstrebt.⁴⁵⁷

Von schweren örtlichen Zerwürfnissen bezüglich der Kassenarztfrage berichtete die Kammer-Vertragskommission des Regierungsbezirks Frankfurt bereits für das Frühjahr 1920. Hintergrund wären die unzureichende ärztliche Honorierung und Bezahlung der Kilometergelder, da das Tarifabkommen des Leipziger Verbands mit den Krankenkassenverbänden im Dezember 1919 keine befriedigende Lösung gebracht hätte. Hinzu trat die Erhöhung der Versicherungsgrenze auf ein Einkommen von jährlich 15.000 Mark, was einen weiteren Teil der Bevölkerung zu Kassenpatienten machte. Der Leipziger Verband reagierte darauf mit der „Parole der fristlosen Kündigung“ der kassenärztlichen Verträge, der alle Ärztevereine des Regierungsbezirks gefolgt seien. Patienten wurden vorübergehend nur noch gegen private Barzahlung behandelt.⁴⁵⁸ Auch in anderen deutschen Staaten und Provinzen streikten die Kassenärzte, jedoch lässt sich nicht von einem flächendeckenden Generalstreik sprechen.⁴⁵⁹ Mit dem unparteiischen Schiedsspruch durch das 1913 eingeführte Reichsschiedsamt wurden die Arbeitskämpfe im Juni 1920 vorerst beendet. Viele Unstimmigkeiten zwischen den Ärzten und Krankenkassen blieben allerdings bestehen. Die Hoffnung für die Zukunft wurde in die Arbeit des brandenburgischen Ärzteverbandes gelegt. Er sollte gemeinsam mit den Krankenkassenverbänden eine Arbeitsgemeinschaft bilden, die einheitliche vertragliche Richtlinien für alle Ärztevereine und Bezirks-Vertragskommissionen der Provinz vorzulegen hätte.⁴⁶⁰

Der Konflikt um die kassenärztlichen Verhältnisse war auch im brandenburgischen Ärzteblatt von seiner Ersterscheinung 1922 an das zentrale Thema. In der dritten Nummer vom 1. August etwa schilderte Dr. Wondra aus Großbeeren das Chaos bei den Fuhrkostenentschädigungen auf dem Land. Er kritisierte, dass die Weggebühren, welche die Krankenkassen an die Ärzte bei Hausbesuchen zusätzlich zur Behandlungsgebühr zu entrichten hatten, in der bran-

⁴⁵⁶ Die Verfassung des Deutschen Reichs, S. 1414, Artikel 161.

⁴⁵⁷ Vgl. Seela, Die Ärzteschaft, S. 148.

⁴⁵⁸ Beilage zu den Verhandlungen der Aerztekammer am 29. Januar 1921, S. 33-36: Bericht der Kammer-Vertragskommission für den Regierungsbezirk Frankfurt a. O. für das Jahr 1920, hier S. 33f., Zitat S. 34. Vgl. auch ebd., S. 9-19: Bericht des Vorstandes der Aerztekammer für das Geschäftsjahr 1920, hier S. 16.

⁴⁵⁹ Vgl. und siehe ausführlich Seela, Die Ärzteschaft, S. 148-152.

⁴⁶⁰ Vgl. Beilage zu den Verhandlungen der Aerztekammer am 29. Januar 1921, S. 33-36: Bericht der Kammer-Vertragskommission für den Regierungsbezirk Frankfurt a. O. für das Jahr 1920, hier S. 34f.

denburgischen Provinz nur halb so hoch lagen wie in Groß-Berlin. Die Unstimmigkeiten, die sich daraus ergaben, wurden noch verstärkt, weil die Kassen wegen ihrer finanziellen Notlage die Weggebühren zum Teil gar nicht mehr aufbringen konnten.⁴⁶¹ Auf harsche Kritik stieß auch der Einfluss der Krankenkassenverbände auf die Novellierungen der PGO sowie bei den Beratungen um eine Erneuerung der Reichsversicherungsordnung, wohingegen die Forderungen der Ärzte nicht zufriedenstellend realisiert wurden.⁴⁶²

In den kommenden Monaten herrschte „trotz mancher Vorpostengefechte“ scheinbar „ein allgemeiner Waffenstillstand“ zwischen den Ärzten und Krankenkassen, wie Schneider im Juli 1923 konstatierte.⁴⁶³ Aber schon bald danach spitzte sich die Situation aufgrund des zunehmenden wirtschaftlichen Missstandes zu und mündete im Herbst 1923 im ‚Kampf mit den Landkrankenkassen‘. Unter dieser Titulierung wurde im Ärzteblatt von den ausartenden Spannungen zwischen dem brandenburgischen Ärzteverband und dem Verband der Landkrankenkassen berichtet.

Auf einer außerordentlichen Mitgliederversammlung des Provinzialverbandes am 9. September 1923, die eigens wegen der Wirtschaftskrise und der daraus resultierenden Streitigkeiten mit den Kassen einberufen worden war, enthüllte der Wittenberger Sanitätsrat Pommeresch eine für die Ärzte nicht tragbare Forderung Karls Ungers. Dem Geschäftsführer und Revisor des brandenburgischen Landkrankenkassenverbandes⁴⁶⁴ schwebte eine erhebliche Kürzung der ärztlichen Weggebühren vor. Fortan sollten die Kassen ihren Ärzten nur noch die einfache Beratungsgebühr pro zurückgelegtem Doppelkilometer als Fuhrkostenentschädigung vergüten. Bis dahin war auf dem Land eine Weggebühr pro Doppelkilometer in der Höhe der anderthalbfachen Mindestberatungsgebühr – 1,5 mal 80 Pfennig mal Reichsteuerungsindex – üblich, was viele Ärzte, wie das oben geschilderte Beispiel belegt, ohnehin als zu niedrig empfanden.⁴⁶⁵ Die Krankenkassen könnten die gängigen Zahlungen jedoch nicht mehr aufbringen, da ihre Finanzen „durch die katastrophale Geldentwertung der letzten Wochen völlig zerrüttet“ worden seien, wie aus einem Schreiben des Kassenverbandes der Land- und Allgemeinen Ortskrankenkasse des Kreises Westprignitz an den Ärzteverein der Prignitz hervorgeht.⁴⁶⁶

⁴⁶¹ Vgl. Wondra, Weggebühren, in: ÄB BB, Nr. 3 vom 1. August 1922, S. 21f.

⁴⁶² Vgl. Landsberg, Der Elefant.

⁴⁶³ Georg Schneider, Die Organisation der Zentrale, in: ÄB BB, Nr. 1 vom 1. Juli 1923, S. 2ff., hier S. 2.

⁴⁶⁴ Unger war zugleich Geschäftsführer des Allgemeinen Verbandes deutscher Landkrankenkassen in Perleberg und Schriftleiter dessen Presseorgans *Deutsche Landkrankenkasse*. Zu Karl Unger siehe Tennstedt, Soziale Selbstverwaltung, S. 195f.

⁴⁶⁵ Vgl. Max Landsberg, Bericht über die außerordentliche Mitgliederversammlung des Aertzteverbandes der Prov. Brandenburg am 9. Septbr. 1923, in: ÄB BB, Nr. 9 vom 20. September 1923, S. 70f., hier S. 71.

⁴⁶⁶ Ders., Die Kampfansage des Landkrankenkassenverbandes, in: ÄB BB, Nr. 11 vom 4. Oktober 1923, S. 85-88, hier S. 85: Schreiben des Vorstands des Kassenverbandes der Land- und Allgemeinen Ortskrankenkasse des Kreises Westprignitz an den Ärzteverein der Prignitz zu Wittenberge vom 8. September 1923.

Auch konnten viele Versicherte ihren Beitrag nicht mehr leisten, weswegen die Kassen bereits Kredite aus Reichsmitteln gewährt bekommen hatten. Um weitere Kosten zu sparen, wurden die Kassenärzte der Westprignitz aufgefordert, lediglich die allernotwendigsten Arzneimittel zu verschreiben und sich Krankenhausüberweisungen, außer bei Operationen oder bestehender Lebensgefahr des Patienten, zuvor von den Kassen genehmigen zu lassen.⁴⁶⁷ Nur durch diese Maßnahmen – weitere Kürzungen ärztlicher Honorarzahungen behielten sich die Kassen vor – könne der „Zusammenbruch der Krankenversicherung“ verhindert werden.⁴⁶⁸ Für die Delegierten des Ärzteverbandes waren die von Unger veranlassten Forderungen aber „nicht einmal des Verhandelnswertes wert“.⁴⁶⁹

Die Zahlungsunfähigkeit vieler Krankenkassen war nicht nur in Brandenburg, sondern reichsweit gegeben und beschäftigte auch den Hartmannbund. Auf seiner ordentlichen Hauptversammlung am 15. und 16. September 1923 wurde abgewogen, ob über die Einführung einer Notgemeinschaft zwischen dem Leipziger Verband und dem Hauptverband deutscher Krankenkassen, welche die Richtlinien für das weitere gegenseitige Verhältnis und die Zusammenarbeit aufzustellen hätte, verhandelt werden oder die Kassenärzte wegen Nichterfüllung der Gehaltsforderungen in einen vertragslosen Zustand bzw. Behandlungstreik treten sollten. Das Votum „bewährter Führer, wie Schneider, Scholl, Stauder u. a.“, bewog die Mehrheit der Delegierten dazu, sich für die erste Option auszusprechen.⁴⁷⁰ Hier wird deutlich, dass Schneider im Konflikt mit den Krankenkassen keine radikale Position einnahm, sondern um eine Konsenslösung bemüht war. Unterstrichen wird dies von seinen Ausführungen im brandenburgischen Ärzteblatt im Juli 1923. Darin hob er hervor, „daß geordnete Verhältnisse [zwischen den Ärzte- und Krankenkassenorganisationen, d. Vf.] im Interesse aller Beteiligten liegen“ sollten, und geht davon aus, dass die „gesunde Vernunft und die ruhige Ueberlegung schließlich doch einmal den Sieg über persönliche Gehässigkeiten und nicht zu verwirklichende Utopien erringen werden“.⁴⁷¹

Schneiders Hoffnungen sollten vorerst jedoch nicht erfüllt werden. Die von der Notgemeinschaft in Aussicht gestellten Richtlinien zur Besserung des Arzt-Kassen-Verhältnisses waren

⁴⁶⁷ Vgl. ebd.: Schreiben des Vorstands des Kassenverbandes der Land- und Allgemeinen Ortskrankenkasse des Kreises Westprignitz an ihre Kassenärzte vom 8. September 1923.

⁴⁶⁸ Ebd.: Schreiben des Vorstands des Kassenverbandes der Land- und Allgemeinen Ortskrankenkasse des Kreises Westprignitz an den Ärzteverein der Prignitz zu Wittenberge vom 8. September 1923.

⁴⁶⁹ Ders., Bericht über die außerordentliche Mitgliederversammlung, S. 71.

⁴⁷⁰ Borck, Bericht über die 20. ordentliche Hauptversammlung des Hartmannbundes am 15. und 16. September 1923 in Leipzig, in: ÄB BB, Nr. 10 vom 1. Oktober 1923, S. 79f., Zitat S. 80.

⁴⁷¹ Schneider, Die Organisation, S. 2. In einer späteren Ausgabe des Ärzteblattes betonte Schneider mit ähnlicher Intention, verschärfte Gegensätze würden Krankenkassen, Ärzte und Patienten in gleicher Weise schädigen, und appellierte an das Verantwortungsgefühl der Ärzte- und Kassenorganisationen; vgl. Schneider, Fünfter Aertztag, S. 304.

noch einen Monat nach der Sitzung des Hartmannbundes nicht bekanntgegeben⁴⁷² und die Ereignisse in Brandenburg nahmen weiter Fahrt auf. Aus „eigener Machtvollkommenheit“ setzte Karl Unger seinen angekündigten Plan zur Kürzung der Weggebühren durch.⁴⁷³ Galt diese Regelung zunächst für die Westprignitz, verfügte er auf der Versammlung des deutschen Landkrankenkassenverbandes am 19. September, dass gleichsam auch alle anderen dem Verband angeschlossenen Kassen im September 1923 nur noch die einfache Beratungsgebühr pro Doppelkilometer bezahlen sollten.

Nach Ansicht des Ärzteverbands verstießen die Anweisungen klar gegen den zuletzt mit den Orts-, Land- und Betriebskassenverbänden für die gesamte Provinz abgeschlossenen Kollektivvertrag vom 17. Mai 1923. Dieser schrieb als Entschädigung für die Fuhrkosten die andert-halb-fache Beratungsgebühr je Doppelkilometer fest. Unger beteuerte jedoch, seine Verfügungen seien aufgrund der wirtschaftlichen Not beschlossen worden, hinter der das formale Recht zurücktreten müsse.⁴⁷⁴ Diese Erklärung war für den Ärztestand nicht hinnehmbar. Er sah in Ungers Handeln eine Machtdemonstration der Krankenkassen und einen Angriff auf seine berufliche Selbständigkeit und Wirtschaftsinteressen.⁴⁷⁵ Eine Sondernummer des Ärzteblattes vom 4. Oktober 1923 kündigte daher die „Kampfansage des Landkrankenkassenverbandes“ an.⁴⁷⁶ Der Vorstand des Ärzteverbandes um Georg Schneider untersagte „alle örtlichen Verhandlungen mit Krankenkassen, die dem Landkrankenkassenverbande angeschlossen“ waren, und beantragte beim Hartmannbund eine Sperre über den Verband der Land- und Allgemeinen Ortskrankenkasse des Kreises Westprignitz.⁴⁷⁷

In den kommenden Wochen ging es Schlag auf Schlag weiter. Aus allen Teilen der Provinz trafen Beschwerden beim Ärzteverband ein.⁴⁷⁸ Die Krankenkassenverbände wollten bzw. konnten aufgrund ihrer finanziellen Misslage von den Forderungen, die auf wirtschaftliche Einbußen der Ärzte hinausliefen, nicht absehen. Dies war für den Provinzialverband der Ärztevereine jedoch nicht hinnehmbar. Infolge einseitiger Honorarfestsetzungen durch verschiedene Orts- und Landkrankenkassen traten in vielen Bezirken „recht unerfreuliche Zustände

⁴⁷² Vgl. Max Landsberg, Wo bleibt die Notgemeinschaft?, in: ÄB BB, Nr. 13 vom 20. Oktober 1923, S. 100.

⁴⁷³ Ders., Die Kampfansage, S. 86.

⁴⁷⁴ Vgl. ebd., hier S. 87: Schreiben des Vorstandes des Kassenverbands der Land- und Allgem. Ortskrankenkasse des Kreises Westprignitz an ihre Kassenärzte vom 25. September 1923.

⁴⁷⁵ Vgl. ebd., S. 87; Franz Ciesielski, Brandenburgs Antwort an Herrn Unger, in: ÄB BB, Nr. 12 vom 10. Oktober 1923, S. 89.

⁴⁷⁶ Landsberg, Die Kampfansage, S. 85.

⁴⁷⁷ Ebd., S. 88.

⁴⁷⁸ Vgl. ders., Der Kampf mit dem Landkrankenkassenverbande, in: ÄB BB, Nr. 12 vom 10. Oktober 1923, S. 90f., hier S. 91: Schreiben des Ärzteverbands der Provinz Brandenburg an den Vorstand des Landkrankenkassenverbandes, z. H. des Herrn Geschäftsführers Unger.

ein – Klagedrohung, vertragsloser Zustand, Kreditverweigerung usw.⁴⁷⁹ In der Westprignitz wurde allen Kassenärzten, die dem Verband der Land- und Allgemeinen Ortskrankenkassen angeschlossen waren, zum 1. Oktober 1923 gekündigt. Zeitgleich kam es im Kreis Ost-Sternberg zum vertragslosen Zustand, da die Kassen die Herabsetzung der Kilometergebühr beanspruchten und die Honorarzahlungen für den Monat September gänzlich ausgeblieben waren. Die Kassen verpflichteten an Stelle der vertragsbrüchigen oder gekündigten Ärzte eigenständig fixierte ‚Nothelfer‘ und konnten somit den Ärzteverband beim Vertragsabschluss umgehen.⁴⁸⁰ Auch in den Kreisen Arnswalde, Cottbus, Jüterbog, Luckau und Templin wurde Ärzten gekündigt oder traten diese vorübergehend freiwillig von ihren Verträgen zurück, legten die Kassenarztpraxis nieder und behandelten nur noch privat.⁴⁸¹ In einigen Kreisen wie Beeskow-Storkow, Königsberg (Neumark) und Niederbarnim traten sogenannte ‚Kreditsperren‘ gegen die Krankenkassen in Kraft. Patienten wurden hier nur noch bei akuter Lebensgefahr oder sofortiger Barzahlung nach den ortsüblichen Sätzen der Privatpraxis behandelt. Die Versicherten erhielten hierfür einen Quittungsbeleg und mussten ihre Ansprüche bei den Kassen selbst geltend machen.⁴⁸²

Von der mehr als angespannten Lage ausgehend, waren seitens des Ärzteverbandes nun erste Anzeichen für einen zentralen Streik zu hören: „Wenn der Provinzialverband die Notwendigkeit des Kampfes erklärt, dann muß jeder Verein an dem festgesetzten Tage in den vertragslosen Zustand eintreten. Dann kennen wir naturgemäß keine Landkrankenkasse und keine Kassenärzte mehr.“⁴⁸³ In einem Schreiben an Karl Unger brachte der Ärzteverband auch ihm gegenüber deutlich zum Ausdruck, dass er die gesamte Ärzteschaft der Provinz zum fristlosen Vertragsrücktritt veranlassen würde, sollte Unger die vom Vorstand des Landkrankenkassenverbandes herausgegebenen, „gegen Verträge und gute Sitten verstoßenden Weisungen“ bezüglich der Neuorganisation des Kassenarztverhältnisses nicht zurückzunehmen. Der Gesinnung Schneiders gerecht werdend befürwortete der Ärzteverband zugleich aber eine friedliche

⁴⁷⁹ Ders., Wo bleibt die Notgemeinschaft? Vgl. auch Der Selbstmordversuch der Landkrankenkassen, in: ÄB BB, Nr. 14 vom 1. November 1923, S. 106f., hier S. 106.

⁴⁸⁰ Vgl. Ciesielski, Brandenburgs Antwort; Aerzte der Provinz Brandenburg!, in: ÄB BB, Nr. 14 vom 1. November 1923, S. 106.

⁴⁸¹ Vgl. Landsberg, Der Kampf mit dem Landkrankenkassenverbande, S. 90f.; ders., Der Kampf der Landkrankenkassen gegen die Aerzte der Provinz Brandenburg, in: ÄB BB, Nr. 13 vom 20. Oktober 1923, S. 97ff.; ders., Templin; Vertragsloser Zustand, beide in: ebd., S. 100; Luckau, in: ÄB BB, Nr. 14 vom 1. November 1923, S. 107f.

⁴⁸² Vgl. Max Landsberg, Königsberg Nm., in: ÄB BB, Nr. 13 vom 20. Oktober 1923, S. 99; Mode, Kassenärztliche Vereinigung im Kreise Niederbarnim e. V., in: ebd., S. 99f.; Beeskow-Storkow, in: ebd., S. 100; Der Selbstmordversuch, S. 107.

⁴⁸³ Ciesielski, Brandenburgs Antwort.

Regulierung der Verhältnisse.⁴⁸⁴ Der sich anbahnende provinziale Ärztestreik wurde sodann auch nicht realisiert. Im Kreis Ostprignitz kam es sogar zur Bildung einer Notgemeinschaft zwischen dem regionalen Krankenkassenverband und dem hiesigen ärztlichen Wirtschaftsbund.⁴⁸⁵

Die Konflikte mit den Kassen nahmen allerdings ein weiteres Ausmaß an. Neben den Forderungen nach Weggebühren- und Honorarverzicht trat die Absicht Ungers, in einigen Kreisen der Provinz, wie Angermünde, Ruppín, Soldin und Westprignitz, das Distriktarztsystem einzuführen.⁴⁸⁶ Das Distrikt- oder Bezirksarztsystem basierte auf der Einteilung eines Kassenbereiches in geographische Bezirke, die mit einer gewissen Anzahl an Ärzten besetzt wurden, deren Ärzteverein bzw. kassenärztliche Organisation mit der zuständigen Krankenkasse im Vertragsverhältnis stand. Die Kassenpatienten durften dabei lediglich den oder die Ärzte in Anspruch nehmen, die für den Bereich zugeteilt waren, in dem sie wohnhaft waren. Damit besaßen die Krankenkassen zum einen die Möglichkeit, die Zahl der zugelassenen Ärzte der Anzahl an Pflichtversicherten auf ein Minimum anzupassen. Zum anderen wurden überflüssige Kilometergeldzahlungen bei ärztlichen Hausbesuchen vermieden, wenn die Patienten nur noch vom zunächst wohnenden Mediziner behandelt werden durften. Wie schon hervorgehoben, stellte demgegenüber die freie bzw. zumindest die organisierte freie Arztwahl, bei der die versicherten Patienten jeden bzw. jeden für ihre Krankenkasse tätigen Arzt nach eigenem Ermessen konsultieren konnten, einen äußerst bedeutenden standespolitischen Grundsatz der Ärzteschaft dar. Der Plan Ungers über die Einführung des Distriktarztsystems stieß beim brandenburgischen Provinzialverband somit naturgemäß auf Ablehnung.⁴⁸⁷

Die Auseinandersetzungen um das Kassenarztwesen im Herbst 1923 waren keinesfalls spezifisch für die Provinz Brandenburg, sondern wurden reichsweit ausgetragen.⁴⁸⁸ Vielerorts wurden die zwischen den Ärzte- und Kassenorganisationen für ihre Mitglieder geschlossenen Verträge für unwirksam erklärt.⁴⁸⁹ Ohne Zweifel lässt sich das Konglomerat der provinziellen und regionalen Konflikte als eine Ursache des Streiks der deutschen Kassenärzte im Dezember 1923 und Januar 1924 ausmachen. Ausschlaggebend hierfür war jedoch vielmehr die „auf

⁴⁸⁴ Landsberg, Der Kampf mit dem Landkranken-kassenverbände, hier S. 91: Schreiben des Ärzteverbands der Provinz Brandenburg an den Vorstand des Landkranken-kassenverbandes, z. H. des Herrn Geschäftsführers Unger.

⁴⁸⁵ Vgl. Ostprignitz, in: ÄB BB, Nr. 14 vom 1. November 1923, S. 107.

⁴⁸⁶ Vgl. Landsberg, Der Kampf mit dem Landkranken-kassenverbände, S. 91; ders., Angermünde; Soldin, beide in: ÄB BB, Nr. 13 vom 20. Oktober 1923, S. 99; ders., Angermünde, in: ÄB BB, Nr. 14 vom 1. November 1923, S. 108; Westprignitz, in: ebd., S. 107f.

⁴⁸⁷ Vgl. Landsberg, Angermünde; Okraß, Die Beziehungen, S. 236f.; Schwoch, Ärztliche Standespolitik, S. 26.

⁴⁸⁸ So auch in Thüringen; siehe Seela, Die Ärzteschaft, S. 148-153.

⁴⁸⁹ Vgl. Schwoch, Ärztliche Standespolitik, S. 43; Wolff, Mehr als nur materielle Interessen, S. 112.

dem Höhepunkt der Wirtschaftskrise und Inflation⁴⁹⁰ mithilfe des Ermächtigungsgesetzes am 30. Oktober 1923 erlassene *Notverordnung über Krankenhilfe bei den Krankenkassen*⁴⁹¹, die zusammen mit der am selben Tag in Kraft getretenen *Verordnung über Ärzte und Krankenkassen*⁴⁹² die kassenärztlichen Verhältnisse zugunsten einer stärkeren Machtposition der Kassen neu regelte. Der Staat sah sich dringend zu einem solchen Eingriff gezwungen. Das gesamte Versicherungswesen und somit auch die soziale Absicherung des Großteils der Bevölkerung waren existenziell bedroht. Zudem konnte aufgrund der zahlreichen Konfliktfelder keine privatrechtliche Einigung zwischen den Ärzte- und Kassenverbänden über eine Verlängerung oder Novellierung des *Berliner Abkommens* erzielt werden.⁴⁹³ Wie Georg Schneider aber beklagte, lieferte die Regierung Stresemann mit den Notverordnungen die Ärzteschaft den Krankenkassen aus.⁴⁹⁴

Die weniger angefochtene *Verordnung über Ärzte und Krankenkassen*, die Ende 1924 in ihrem Wortlaut in die *Reichsversicherungsordnung*⁴⁹⁵ übernommen wurde, verankerte im Prinzip die Bestimmungen des *Berliner Abkommens* im Gesetzblatt. Sie veranlasste die Einrichtung eines Reichsausschusses zur Regelung der Beziehung zwischen den Ärzten und den Krankenkassen. Deren Spitzenorganisationen hatten für den Ausschuss jeweils fünf Vertreter zu ernennen. Ergänzt wurde er von drei unparteiischen Mitgliedern, die der Arbeitsminister nach Absprache mit den Zentralverbänden bestimmte.⁴⁹⁶ Der Reichsausschuss für Ärzte und Krankenkassen wurde mit der Aufgabe betraut, unverbindliche Richtlinien für Zulassung, Vertragsverhältnisse, Vergütung und planmäßige Verteilung der Kassenärzte aufzustellen.⁴⁹⁷ Dem Reichsausschuss untergeordnete Landesausschüsse, die von den provinziellen oder regionalen Ärzte- und Kassenverbänden zu bilden waren, konnten die Vorschläge spezifizieren. Auch die Landesausschüsse mussten paritätisch zusammengesetzt und gegebenenfalls durch von der obersten Verwaltungsbehörde bestimmte unparteiische Mitglieder erweitert werden.⁴⁹⁸ Als weitere Instanz war nach näheren Bestimmungen der Reichs- bzw. Landesaus-

⁴⁹⁰ Wolff, Mehr als nur materielle Interessen, S. 113.

⁴⁹¹ Verordnung über Krankenhilfe bei den Krankenkassen. Vom 30. Oktober 1923, in: RGBl. 1923, S. 1054-1057.

⁴⁹² Verordnung über Ärzte und Krankenkassen. Vom 30. Oktober 1923, in: RGBl. 1923, S. 1051-1054.

⁴⁹³ Vgl. Schwoch, Ärztliche Standespolitik, S. 43f.; Wolff, Mehr als nur materielle Interessen, S. 112. Zu den gescheiterten Verhandlungen bezüglich einer privatrechtlichen Regelung der kassenärztlichen Verhältnisse über 1923 hinaus siehe Tennstedt, Soziale Selbstverwaltung, S. 126ff.

⁴⁹⁴ Vgl. Georg Schneider, Die neuen Notgesetze. Die Regierung liefert die Aerzte den Krankenkassen aus, in: ÄB BB, Nr. 15 vom 10. November 1923, S. 111.

⁴⁹⁵ Bekanntmachung der neuen Fassung der Reichsversicherungsordnung. Vom 15. Dezember 1924, in: RGBl. 1924, S. 779-961, hier S. 821-824, §§ 368-368t.

⁴⁹⁶ Vgl. Verordnung über Ärzte und Krankenkassen, S. 1051, § 1.

⁴⁹⁷ Vgl. ebd., S. 1052, § 5.

⁴⁹⁸ Vgl. ebd., §§ 7f.

schüsse in jedem Versicherungsamtsbezirk ein Vertragsausschuss einzurichten, bestehend aus gleich vielen Arzt- und Krankenkassenvertretern. Ihm wurde die angemessene Vertragsherbeiführung vor Ort anvertraut, indem er die Verträge selbst aufstellte oder zumindest die von den Ärzten und Kassen ausgehandelten Einzelverträge genehmigte.⁴⁹⁹ Bei Unstimmig- oder Streitigkeiten hinsichtlich der Vereinbarungen wurde einem Schiedsamt, das für den Bezirk eines jeden Oberversicherungsamtes errichtet werden sollte, die Entscheidungsgewalt zugesprochen. Es setzte sich aus dem Vorsitzenden des Oberversicherungsamtes oder dessen Stellvertreter als Vorsitzenden, aus zwei unparteiischen, möglichst in der Sozialversicherung und im Richteramt erfahrenen Mitgliedern und je zwei von den Ärzte- und Kassenverbänden gewählten Vertretern zusammen. Beim Reichsversicherungsamt bildete dessen Präsident respektive ein von ihm ernannter Direktor oder Senatspräsident als Berufungsinstanz das Reichsschiedsamt. Es bestand ferner aus zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern und drei Delegierten der reichsweiten Ärzte- und Krankenkassenverbände.⁵⁰⁰ An die Stelle des Reichsschiedsamts konnte auch ein Landesschiedsamt beim Landesversicherungsamt treten, welches im Sinne des Reichsschiedsamtes aufgebaut werden sollte. Disziplinarisch durften das Reichs- bzw. die Landesschiedsämter insoweit eingreifen, als sie bei Nichteinhaltung von Entscheidungen die Aufsichtsbehörde der entsprechenden Krankenkasse zur Verfolgung anhalten und einen Arzt auf Antrag einer Krankenkasse für bis zu fünf Jahre von der Kassenzulassung ausschließen konnten.⁵⁰¹

An der Verordnung über Ärzte und Krankenkassen kritisierte Schneider in erster Linie die hierin festgeschriebenen Besetzungen der Ausschüsse und Schiedsämter. Die ausschlaggebenden Entscheidungen zur Regelung des Kassenarztwesens würden bei Vertretern des Ministeriums oder den höheren Beamten, denen die führenden Positionen zugesprochen wurden, liegen.⁵⁰² Im Wesentlichen gewährleistete diese Notverordnung aber den „Bestand der Vorschriften des Berliner Abkommens kraft Gesetz“⁵⁰³ und wurde im Nachhinein auch seitens der brandenburgischen Ärzteschaft in diesem Sinne bewertet.⁵⁰⁴

Dagegen befürchtete Schneider, dass die *Verordnung über die Krankenhilfe bei den Krankenkassen* „von einschneidender Bedeutung für den Aerztestand“ sein werde. Unabhängig von

⁴⁹⁹ Vgl. ebd., § 10.

⁵⁰⁰ Vgl. ebd., S. 1052f., §§ 11-14.

⁵⁰¹ Vgl. ebd., S. 1053f., § 16f.

⁵⁰² Vgl. Schneider, Die neuen Notgesetze.

⁵⁰³ Schwach, Ärztliche Standespolitik, S. 43.

⁵⁰⁴ Vgl. Außerordentliche Sitzung der Aerztekammer für die Provinz Brandenburg und den Stadtkreis Berlin am Sonnabend, den 18. Oktober 1924, in: Verhandlungen der Aerztekammer für die Provinz Brandenburg und den Stadtkreis Berlin, Wahlper. 11, Berlin 1924, S. 3-71, hier S. 17.

ihren für die Ärzteschaft untragbaren Inhalten sei sie im Gegensatz zur *Notverordnung über Ärzte und Krankenkassen* im Vorfeld auch nicht mit den Ärztevertretern, wohl aber mit denen der Krankenkassen beraten worden. Schneider warf der Regierung vor, „in voller Absicht die Aerzte nicht vorher unterrichtet zu haben, weil man ihrer Ablehnung sicher sein mußte“.⁵⁰⁵ Insbesondere die ersten drei Verordnungsparagraphen bezeichnete Schneider als „völlig untragbar“.⁵⁰⁶ Paragraph 1 verpflichtete sämtliche Kassenärzte dazu, eine nicht zwingend erforderliche Behandlung von Patienten abzulehnen und erforderliche Behandlungen sowie Arzneimittelverschreibungen auf ein Mindestmaß zu beschränken. Es sollte alles vermieden werden, „was eine unnötige und übermäßige Inanspruchnahme der Krankenhilfe herbeiführen kann“.⁵⁰⁷ Die Ziele, die sich hierhinter verbargen, waren das Einsparen von Kosten und der Erhalt der Leistungsfähigkeit der Kassen.⁵⁰⁸ Nicht genauer bestimmt wurde, wann eine Behandlung notwendig sein sollte und wann nicht – eine Entscheidung, die mit wesentlicher Verantwortung für den Kranken verbunden ist. Aufschluss hierüber sollten spezielle Anordnungen für den Arzt geben, die aber nicht zwangsläufig vom für solche Fragen einzurichtenden Reichsausschuss, sondern alternativ auch vom zuständigen Krankenkassenvorstand nach Anhörung von Sachverständigen erlassen werden konnten. Georg Schneider zufolge sei hierdurch „ein Reichsausschuß, der gültige Richtlinien aufstellen soll, einfach zur Farce geworden“. Er beanstandete zudem, dass die Verordnung offen lasse, „[w]elcher Art diese Sachverständigen sind“.⁵⁰⁹ Gemäß der Verordnung war es dem Kassenvorstand überdies erlaubt, den Ärzten bei wiederholten Verstößen gegen die Vorschriften „ohne Rücksicht auf entgegenstehende Vertragsbestimmungen“ fristlos zu kündigen und ihnen die Zulassung bei ihrer Kasse für zwei Jahre zu verwehren.⁵¹⁰

Der zweite Paragraph garantierte den Ärzten zwar ein Berufungsrecht gegen etwaige Kündigungen und Zulassungssperren beim dafür eingerichteten Überwachungsausschuss, jedoch bewirkte ein Widerspruch keinen Aufschub der Kündigung. Der Ausschuss hatte aus jeweils zwei ärztlichen und zwei Vertretern der Krankenkassen im Versicherungsamtsbezirk sowie einem von ihnen gewählten Obmann, der weder Arzt noch Mitglied einer Krankenkassenorganisation sein durfte, zu bestehen. Bei Nichteinigung auf einen Obmann würde ein solcher vom Versicherungsamt bestellt werden. Sollte der Überwachungsausschuss versagen, hätte an

⁵⁰⁵ Schneider, Die neuen Notgesetze.

⁵⁰⁶ Ebd.

⁵⁰⁷ Verordnung über Krankenhilfe, S. 1054, § 1.

⁵⁰⁸ Vgl. hierzu auch Max Landsberg, Herr Reichsarbeitsminister, in: *ÄB BB*, Nr. 16 vom 20. November 1923, S. 124; Seela, Die Ärzteschaft, S. 153.

⁵⁰⁹ Schneider, Die neuen Notgesetze.

⁵¹⁰ Verordnung über Krankenhilfe, S. 1054, § 1.

seine Stelle der Vorsitzende des Oberversicherungsamtes zu treten.⁵¹¹ Schneider konstatiert als Resultat der ersten beiden Verordnungsparagraphen, dass damit „den Kassen die Möglichkeit gegeben [würde], einem Arzt nach dem anderen an die Luft zu setzen, oder durch häufiges Ausschließen in der Praxis empfindlich zu schädigen, auch wenn der Ueberwachungsaus-schuß nachher anders bestimmt“.⁵¹²

Den Krankenkassen wurden weitreichende Vorrechte hinsichtlich der kassenärztlichen Zulassung zugesprochen, die eigentlich allein bei den Reichs- bzw. Landesausschüssen der Ärzte und Kassen liegen sollten. Dies galt auch für den dritten Paragraphen. Wie schon im *Berliner Abkommen* von 1913 festgeschrieben, sollte weiterhin auf 1.350 bzw. bei Familienversicherung auf 1.000 bei der Kasse Versicherte ein Arzt zugelassen werden. Bei Überschreitung der Ärztezahl hatte der Kassenvorstand aber fortan das Recht, Neuzulassungen von Kassenärzten zu versagen.⁵¹³ Schneiders Befürchtung, ein böswilliger Kassenvorstand könne bei geschickter Ausnutzung dieser Bestimmung mit Blick auf die Regelungen der ersten beiden Paragraphen die Zahl der bei seiner Kasse zugelassenen Ärzte in kürzester Zeit minimieren und die Ärzte damit in seine Abhängigkeit drängen,⁵¹⁴ war nicht unberechtigt. Unübersehbar ist bereits an dieser Stelle, dass mit der *Notverordnung über Krankenhilfe* eine Machtverschiebung zugunsten der Krankenkassen drohte. Der Ärztestand sah seine berufliche Freiheit in ernster Gefahr. Nicht explizit von Schneider kritisiert, aber für den brandenburgischen Ärztestand als ebenso nachteilig stellte sich die mit der Verordnung den Krankenkassen eingeräumte Möglichkeit heraus, „zur Vermeidung von Fuhrkosten den für die Kasse tätigen Aerzten bestimmte Bezirke zu[zu]weisen“.⁵¹⁵ Der Absicht Karl Ungers, in einigen brandenburgischen Kreisen das Distriktarztsystem einzuführen, wurde damit Nachdruck verliehen. Zur Realisierung des Vorhabens kam es in der Westprignitz bereits am 1. November 1923. Nachdem allen dem Verband der Landkrankenkassen und der Allgemeinen Ortskrankenkasse angehörenden Ärzten im Monat zuvor gekündigt worden war, stellte dessen Vorstand ein Verzeichnis von Ärzten auf, die von nun an wieder für die Kassen tätig sein sollten, und wies ihnen Bezirke zu. Solidarisch entschlossen sich die Westprignitzer Ärzte aber dazu, sämtliche kassenärztliche Tätigkeiten zu unterlassen und ihre Klientel fortwährend als Privatpatienten zu behandeln. Ähnliche Vorfälle ereigneten sich in den Kreisen Angermünde und Westhavelland.⁵¹⁶ Angesicht dieser Um-

⁵¹¹ Vgl. ebd., S. 1054f., § 2.

⁵¹² Schneider, Die neuen Notgesetze.

⁵¹³ Vgl. Verordnung über Krankenhilfe, S. 1055, § 3.

⁵¹⁴ Vgl. Schneider, Die neuen Notgesetze.

⁵¹⁵ Verordnung über Krankenhilfe, S. 1055, § 4.

⁵¹⁶ Vgl. Der Vertragsbruch des Landkrankenkassenverbandes, in: *ÄB BB*, Nr. 15 vom 10. November 1923, S. 113f.

stände deutete Dr. Tischbein aus Zerpenschleuse seine erlebte Gegenwart kurz und prägnant als eine „Zeit der Aerztevergewaltigung durch Notverordnung und Kassendiktatoren“.⁵¹⁷

Die Auseinandersetzungen zwischen Ärzten und Kassen sowie die Kritik an der laut Schneider unter keinen Umständen hinnehmbaren Notverordnung intensivierten sich nachfolgend nicht nur in Brandenburg und steuerten schier unaufhaltsam auf ihren Höhepunkt, den Generalstreik der deutschen Kassenärzte, zu.⁵¹⁸ Selbst der lange Zeit äußerst bedächtige Schneider, dem der Entschluss zum Streik „gewiß [...] nicht leicht“ fiel, sah mit Blick auf den Erhalt der ärztlichen Selbstverwaltung hierfür keine Alternative: „[A]ngesichts der ärztfelndlichen Haltung der Regierung bleibt uns nur die Wahl, durch einen Kampf die Freiheit wieder zu gewinnen oder allmählich und langsam in eine Knechtschaft zu kommen, schlimmer als die, welche vor der Gründung des Hartmannbundes bestand.“ Sollte das Sozialversicherungssystem daran zerbrechen, träfe die Schuld allein die Regierung.⁵¹⁹

Der Aufruf zum Streik erfolgte am 1. Dezember 1923 durch den Leipziger Verband. Im brandenburgischen Ärzteblatt wurde bekanntgegeben, dass zu diesem Datum alle Verträge mit den gesetzlichen Krankenkassen fristlos gekündigt worden seien. Abgesehen von den Ersatz-, Eisenbahn- und Postbeamtenkassen, die vom Streik unberührt blieben, gab es fortan „wie in ganz Deutschland so auch in der Provinz Brandenburg keinen Kassenpatienten mehr“. Als Anlass des Streiks wurde explizit der Erlass der *Notverordnung über Krankenhilfe bei den Krankenkassen* genannt. Gefordert wurden die Anerkennung der ärztlichen Organisationen als maßgebende Mitarbeiterinnen auf dem Gebiet der Krankenversicherung, die uneingeschränkte freie Berufsausübung jedes einzelnen Arztes und eine den wirtschaftlichen Verhältnissen angemessene Regelung der ärztlichen Honorierung auf Grundlage der Goldmark. Hierzu bedürfte es eines zentral abgeschlossenen Mantelvertrags, der die ärztlichen Grundrechte beinhalten sollte, die wiederum in der *Reichsversicherungsordnung* zu verankern seien.⁵²⁰

Der Streik richtete sich demnach vordergründig gegen die staatlichen Maßnahmen zur Regelung des Kassenarztwesens, aber auch gegen die Kassenverbände, die ihre neuen Befugnisse nach Ansicht der Ärzteschaft auszunutzen wussten. Dabei ging es um viel mehr als nur die Wahrung der wirtschaftlichen Interessen, wie bei den ursprünglichen provinziellen Konflikten der Fall. Die streikenden Ärzte traten für den Erhalt bzw. das Wiedererlangen der Machtposi-

⁵¹⁷ Tischbein, Offene Worte!, in: ÄB BB, Nr. 18 vom 10. Dezember 1923, S. 138f., hier S. 138.

⁵¹⁸ Vgl. Schneider, Die neuen Notgesetze. Siehe auch Seela, Die Ärzteschaft, S. 153f.

⁵¹⁹ Schneider, Die neuen Notgesetze.

⁵²⁰ Max Landsberg, An alle Aerztereine der Provinz Brandenburg, in: ÄB BB, Nr. 17 vom 1. Dezember 1923, S. 129f., Zitat S. 129. Vgl. auch ders., Vertragsloser Zustand, in: ÄB BB, Nr. 18 vom 10. Dezember 1923, S. 135-138, hier S. 135f.

tion ihrer Standesvertretungen gegenüber den Krankenkassen ein. Insgesamt kam dem Streikaufruf des Hartmannbundes der Großteil der deutschen Kassenärzte nach. Die Behandlung von Patienten wurde fortan aber keinesfalls verweigert. Wie schon bei früheren Streiks mussten die ärztlichen Leistungen bar beglichen werden. Diese privatärztliche Behandlung war für die Klientel aus den ärmeren bis armen Gesellschaftskreise finanziell aber kaum tragbar. Deshalb wurde den Ärzten und ihren Organisationen auch vorgeworfen, dass ihnen in der Inflationszeit die Aufrechterhaltung ihrer standespolitischen und wirtschaftlichen Interessen wichtiger gewesen sei als das Wohl ihrer Patienten.⁵²¹

In Brandenburg reagierten die Krankenkassen auf den Ausruf des Generalstreiks mit einer Zuckerbrot-und-Peitsche-Taktik. Einerseits verzichteten sie auf die Durchsetzung des Bezirksarztsystems, nahmen ihrerseits ausgesprochene fristlose Kündigungen zurück und erklärten sich mitunter sogar zu höheren Weggebührenezahlungen bereit. Andererseits erklärten sie den Vertragsbruch der Ärzte zum 1. Dezember für ungültig und bekräftigten, dass sich jede Menge Ärzte als ‚Nothelfer‘ um fest besoldete Stellen bei den Landkrankenkassen bewerben oder dass sich eine Reihe von Ärztereinen nicht am Generalstreik beteiligen würde.⁵²² Der Provinzialverband wies solche Behauptungen jedoch entschieden zurück. Als Streikbrecher hätten sich lediglich die knapp zehn Mitglieder des Spremberger Ärztereins erwiesen.⁵²³

Anders sah es in Groß-Berlin aus. Da die Überwachungsmöglichkeiten hier schwieriger waren als in den kleineren, überschaubaren brandenburgischen Städten, habe sich die „skrupellose Gewinnsucht einiger ‚Nothelfer‘“ besser auswirken können.⁵²⁴ Im Gegensatz zur preußischen Hauptstadt spielte in der Provinz auch die Errichtung von Ambulatorien kaum eine Rolle. Als Reaktion auf den Ausstand der kassenärztlichen Tätigkeit eröffneten einige Krankenkassen eigene therapeutische Einrichtungen, in denen unmittelbar von ihnen angestellte Ärzte unterschiedlicher Fachrichtungen praktizierten. In Berlin und auch andernorts erwiesen sich diese Einrichtungen als effizientes Gegenmittel zum Streik und wurden nach dessen Niederlegung sogar ausgebaut.⁵²⁵ Das Konzept der Ambulatorien wurde von den in der Regel konservativen ärztlichen Standesvertretern des Hartmannbundes und seiner Zweigorganisationen als „Teil einer sozialistischen – linken – Gesundheitspolitik, in der ein patriarchalisch agierender Verteilungs- und Fürsorgestaat sich um die Gesundheit der Bürger sorgte“, beurteilt, das

⁵²¹ Vgl. Schwach, *Ärztliche Standespolitik*, S. 44. Siehe auch Wolff, *Mehr als nur materielle Interessen*, S. 112.

⁵²² Vgl. Landsberg, *Vertragsloser Zustand*, S. 137f.

⁵²³ Vgl. ders., *Waffenstillstand*, in: *ÄB BB*, Nr. 1 vom 1. Januar 1924, S. 1f., hier S. 2; *Unsere Zuversicht auf baldige erfolgreiche Beendigung des vertragslosen Zustandes*, in: *ÄB BB*, Nr. 19 vom 20. Dezember 1923, S. 145.

⁵²⁴ Max Landsberg, *Der Zeitpunkt für Abschluß neuer Verträge*, in: *ÄB BB*, Nr. 11 vom 10. April 1924, S. 76.

⁵²⁵ Zu den Ambulatorien des Krankenkassenverbandes im Bezirk des Oberversicherungsamts Berlin siehe ausführlich Tennstedt, *Soziale Selbstverwaltung*, S. 150-180.

mit dem Prinzip der ärztlichen Selbstverwaltung nicht kompatibel war.⁵²⁶ Die Delegierten der Ärztekammer Berlin-Brandenburg bezeichneten die Ambulatorien als Gefahr für die ärztliche Standesorganisation, die Freiheit des Arztberufes und für die gesamte Volksgesundheit.⁵²⁷ Rückblickend kann den Einrichtungen aber bei weitem nicht eine so hohe Bedeutung zugeschrieben werden. Sie bildeten während und nach dem Generalstreik niemals eine wirklich ernstzunehmende Konkurrenz für die gängige ärztliche Praxis und wurden infolge des Machtantritts der Nationalsozialisten im Jahr 1933 aufgelöst.⁵²⁸

Im Streikzeitraum vom 1. Dezember 1923 bis 19. Januar 1924 kam es regional wie reichsweit zu zahlreichen Verhandlungen und Aussprachen zwischen Ärzte-, Kassen- und Staatsvertretern.⁵²⁹ An den wichtigen Sitzungen im Reichsarbeitsministerium und des Reichsausschusses der Ärzte und Krankenkassen, bei denen die grundlegenden Bedingungen zur Regelung der zukünftigen kassenärztlichen Verhältnisse gelegt wurden, sowie an den Versammlungen des Geschäftsausschusses und Beirats des Hartmannbundes war auch Georg Schneider beteiligt. Dabei strebte er stets eine Einigung mit den Kassenvertretern an, wenngleich nicht um jeden Preis.⁵³⁰

Entscheidend für Schneider und die Ärzteschaft war zunächst die Aufhebung der viel kritisierten Notverordnung, was auch schon am 22. November im Reichstag seitens der Demokraten, der Deutschen Volkspartei und der Deutschnationalen sowie am 30. November 1923 von der erheblichen Mehrheit des preußischen Landtags gefordert worden war.⁵³¹ Eine Novellierung der *Verordnung über Krankenhilfe bei den Krankenkassen*⁵³² zum 29. November brachte bereits wesentliche Zugeständnisse. Dem Vorstand eines Kassenverbandes war es nicht mehr erlaubt, Richtlinien zur ärztlichen Behandlung aufzustellen. Diese Befugnis oblag nur noch dem Reichsausschuss. Zudem sollte die Kündigung eines Arztes durch den Kassenvorstand so lange aufgehoben bleiben, bis der Überwachungsausschuss über die ärztliche Berufung entschied. Den Streik sah man dennoch als unumgänglich an, da mit diesen Änderungen die An-

⁵²⁶ Stobrawa, Die ärztlichen Organisationen in Deutschland, S. 26. Vgl. auch Hahn/Schwoch, Anpassung, S. 20f.; Wolff, Mehr als nur materielle Interessen, S. 114.

⁵²⁷ Vgl. Außerordentliche Sitzung der Ärztekammer am 18. Oktober 1924, S. 7ff., 19-25.

⁵²⁸ Vgl. Wolff, Mehr als nur materielle Interessen, S. 118f.

⁵²⁹ Vgl. Schwoch, Ärztliche Standespolitik, S. 44.

⁵³⁰ Vgl. IGEM, Nachlass Heinz Goerke, Ordner Dr. Georg Schneider (1875-1949) div. Mat., o. Bl.: Auszüge aus einem Brief Georg Schneiders an den Kölner Ärzteverein von 1932, S. 2; Jahresversammlung des Aerzteverbandes der Provinz Brandenburg, e. V., am 20. Januar 1924, in: ÄB BB, Nr. 4 vom 1. Februar 1924, S. 19f., hier S. 20; Max Landsberg, Abwicklung des vertragslosen Zustandes, in: ÄB BB, Nr. 5 vom 10. Februar 1924, S. 26f., hier S. 27.

⁵³¹ Vgl. Ein Zurückzieher, in ÄB BB, Nr. 17 vom 1. Dezember 1923, S. 130; Landsberg, Vertragsloser Zustand, S. 137.

⁵³² Verordnung über Krankenhilfe bei den Krankenkassen. Vom 29. November 1923, in: RGBl. 1923, S. 1157f.

sprüche der Ärzteschaft bei weitem noch nicht erfüllt waren. In den bevorstehenden Verhandlungen wollte der Ärztestand zudem seine eigene Position stärken.⁵³³

In einer Besprechung im Reichsarbeitsministerium am 20. und 21. Dezember 1923 wurden sodann die „Vorbedingungen für den Abbruch des vertragslosen Zustandes“ festgehalten. Den Vertretern der Ärzteschaft wurde zugesichert, „daß in Zukunft bei Ausarbeitung von Gesetzen, die ärztliche Fragen betreffen, Aerzte zu Rate gezogen würden“. Zudem erklärte das Arbeitsministerium, dass die *Verordnung über Krankenhilfe* aufgehoben werde, sobald der aufgrund der *Verordnung über Ärzte und Krankenkassen* gebildete Reichsausschuss zur Regelung der Beziehung zwischen den Ärzten und den Krankenkassen seine Richtlinien aufgestellt habe. Das Notgesetz über die Krankenhilfe besaß demnach nur provisorische Geltung. In einem dritten Punkt einigten sich die Ärzte- und Kassenvertreter auf die Wiederherstellung des Status quo ante zwischen ihren Organisationen nach Beendigung des Generalstreiks. Die in den letzten Monaten ausgesprochenen Kündigungen sollten wieder zurückgenommen werden. Allerdings bestanden die Kassen auf die Beibehaltung von Zulassungsbeschränkungen und die Möglichkeit des Distriktarztsystems.⁵³⁴ Die zentralen Forderungen der Ärzteschaft waren damit nur zum Teil erfüllt, und auch in den kommenden verhandlungsreichen Wochen konnten die Parteien keine Einigung erzielen,⁵³⁵ weshalb der vertragslose Zustand bis Mitte Januar 1924 bestehen blieb. Die „hauptsächliche Stoßrichtung des Streiks“ hatte sich aber geändert „und wandte sich nun gegen die Krankenkassen“.⁵³⁶

Am 17. Januar nahm der Reichsausschuss zur Regelung der Beziehung zwischen den Ärzten und den Krankenkassen seine Arbeit auf und beriet über ein neues Notgesetz, das alsbald in Kraft treten und den vierten Paragraphen der *Verordnung über Krankenhilfe* ersetzen sollte. Bezüglich der daran geknüpften Frage nach dem Arztsystem, die einen maßgeblichen Einfluss auf die Entscheidung über Fortsetzung oder Beendigung des Generalstreiks hatte, gab es eine Kompromisslösung. Die neue *Verordnung über Krankenversicherung* sah zwar weiterhin gewisse Beschränkungen bei der Kassenarztzulassung vor, indem sie den Krankenkassen gestattete, bei einem räumlich weit ausgedehnten Bereich Arztbezirke zu bilden, um übermäßige Weggebühren zu vermeiden. Dabei wurde dem zuständigen Ärzteverband allerdings ein Mit-

⁵³³ Vgl. Außerordentliche Sitzung der Aerztekammer am 18. Oktober 1924, S. 17; Ein Zurückzieher; Landsberg, Vertragsloser Zustand, S. 136f.

⁵³⁴ Landsberg, Waffenstillstand, Zitat S. 1. Vgl. auch Georg Schneider, Vorsicht!, in: ÄB BB, Nr. 7 vom 1. März 1924, S. 42f., hier S. 42.

⁵³⁵ Siehe Max Landsberg, Die Verhandlungen im Reichsarbeitsministerium am 4. Januar 1924, in: ÄB BB, Nr. 2 vom 10. Januar 1924, S. 7f.; Kein Friedensschluß!, in: ÄB BB, Nr. 3 vom 20. Januar 1924, S. 13f.; Schneider, Vorsicht!, S. 42.

⁵³⁶ Wolff, Mehr als nur materielle Interessen, S. 114.

spracherecht eingeräumt, indem er der Kasse Vorschläge zur Bildung dieser Bezirke einreichen konnte. Bei mangelnder Übereinkunft sollte die Zuständigkeit für die Distriktbildung an den Überwachungsausschuss übertragen werden.⁵³⁷ Mit dieser neuen Regelung sahen die Ärztevertreter im Reichsausschuss ihren Stand nicht wie bisher „der Willkür der Krankenkassen“ ausgeliefert. Sie empfahlen dem Vorstand des Hartmannbundes, die Einstellung des vertragslosen Zustands zu bewirken.⁵³⁸ Der Leipziger Verband akzeptierte die Empfehlung, der auch die brandenburgischen und alle anderen sich am Streik beteiligten Ärztevereine folgten. Sie gaben bekannt, dass ihre Mitglieder zur Wiederaufnahme der kassenärztlichen Tätigkeit bereit seien.⁵³⁹

Noch unberührt von der am 13. Februar 1924 veröffentlichten neuen Notverordnung und entgegen dem festgelegten Status quo bestanden einige brandenburgischen Landkrankenkassen nach dem Streikende weiterhin auf die Anerkennung der eigenständig von ihnen gebildeten Kassenarztbezirke und auf reduzierte Weggebühren. Daher praktizierten die Ärzte in den entsprechenden Kreisen vorerst weiter nach dem Prinzip der ‚Kreditsperre‘.⁵⁴⁰ Der Provinzialverband wollte sich grundsätzlich nicht damit zufrieden geben, dass es im Ermessen der Kassenvorstände liegen sollte, das System der freien organisierten Arztwahl zu ersetzen. Daher verlangte er die Mitbestimmung der Ärztevertreter schon bei der Beratung über die Notwendigkeit von Bezirken und nicht erst bei deren Abgrenzung und Zuteilung.⁵⁴¹ Beim Reichsausschuss fand diese Forderung Gehör. In seinen am 12. Mai 1924 erlassenen Richtlinien über das Arztsystem und die Zulassung⁵⁴² wurde bestimmt, dass das vor dem 30. Oktober 1923 in den jeweiligen Kassenbereichen bestehende Arztsystem – in der Regel war dies die freie organisierte Arztwahl – von Dauer sein sollte.⁵⁴³

Der brandenburgische Landkrankenkassenverband gab dem Ärzteverband daraufhin das Versprechen, „auf die ihm angeschlossenen Landkrankenkassen im Sinne eines Verzichtes auf

⁵³⁷ Vgl. Verordnung über Krankenversicherung. Vom 13. Februar 1924, in: RGBl. 1924, S. 93ff., hier S. 93f., §§ 3f., 13.

⁵³⁸ Jahresversammlung des Aerzteverbandes der Provinz Brandenburg, e. V., am 20. Januar 1924, S. 20.

⁵³⁹ Vgl. Landsberg, Abwicklung, S. 26.

⁵⁴⁰ Vgl. ebd.

⁵⁴¹ Vgl. ders., Klarheit, in: ÄB BB, Nr. 7 vom 1. März 1924, S. 41f., hier S. 41.

⁵⁴² Das Datum des Erlasses der Richtlinien geht hervor aus BLHA, Rep. 6B Kreisverwaltung Cottbus Nr. 1143, o. Bl.: Schreiben des Reichsarbeitsministers an die Regierungen der Länder (Sozialministerien) vom 14. April 1926.

⁵⁴³ Vgl. Max Landsberg, Die neue Preußische Gebührenordnung vom 25. Februar 1924, in: ÄB BB, Nr. 10 vom 1. April 1924, S. 68f., hier S. 69. Siehe auch Tennstedt, Soziale Selbstverwaltung, S. 129. Die *Verordnung über Krankenhilfe* vom 30. Oktober, ihre Novellierung vom 29. November 1923 und die *Verordnung über Krankenversicherung* wurden 1925 aufgehoben; vgl. Jahresversammlung des Aerzteverbandes am 12. und 13. Dezember 1925, S. 15. Beide Notgesetze hätten „niemals eine praktische Wirkung gehabt“; Außerordentliche Sitzung der Ärztekammer am 18. Oktober 1924, S. 46.

Bildung von Kurbezirken einzuwirken“. Des Weiteren konnten die Verbände im Mai 1924 Einigung über die Weggebühren erzielen. In einem gemeinsamen Abkommen wurde festgehalten, dass die Doppelkilometergelder fortan das 1 1/3-Fache der Mindestberatungsgebühr betragen sollten.⁵⁴⁴ Damit konnte die brandenburgische Ärzteschaft ihre standes- und wirtschaftspolitischen Interessen gegenüber den Kassen wahren; der Weg für die Neuverhandlungen kassenärztlicher Verträge war geebnet.

Grundlage des kooperativen Zusammenwirkens der Ärzte- und Krankenkassenverbände in den kommenden Jahren war sowohl die Beruhigung der wirtschaftlichen Situation als auch die *Verordnung über Ärzte und Krankenkassen* vom 30. Oktober 1923. Ergänzend zum Reichsausschuss wurden durch die Ärzte- und Kassenverbände die im Notgesetz vorgesehenen Landesausschüsse konstituiert, die für die spezifische Regulierung der kassenärztlichen Verhältnisse in den einzelnen Ländern und Provinzen verantwortlich waren. Im Rahmen dieser Bestimmungen schlossen sich Vertreter des brandenburgischen Ärzteverbands und der bedeutenden Kassenverbände, des Provinzialverbands Berlin-Brandenburg vom Hauptverband deutscher Krankenkassen, des Brandenburgischen Landkrankenkassenverbands sowie des Brandenburgischen Betriebskrankenkassenverbands, im Sommer 1924 zu einer 18-köpfigen Arbeitsgemeinschaft zusammen. Gemeinsam erarbeiteten sie eine „Vereinbarung über den Abschluß von Arztverträgen“⁵⁴⁵, die vom 1. Oktober 1924 an galt und richtungsweisend für den Vertragsabschluss zwischen einer Krankenkasse oder einem Krankenkassenverband auf der einen und einem kassenärztlichen bzw. wirtschaftlichen Ärzteverein auf der anderen Seite war. Das Übereinkommen reglementierte die viel umstrittenen Honorar- und Weggebührenzahlungen und schrieb für die meisten Kreise das System der freien organisierten Arztwahl fest – ein wichtiger Erfolg für Georg Schneider und den brandenburgischen Ärzteverband. Darüber hinaus wurde ein Schlichtungsausschuss gebildet, der bei Streitigkeiten über die Auslegung und Durchführung der Vereinbarungen eintrat. Er setzte sich paritätisch aus jeweils drei Ärzte- und Kassenvertretern zusammen. Auf der Jahresversammlung des Ärzteverbandes am 14. Dezember 1924 wurden Georg Schneider, Franz Ciesielski und Max Landsberg als ärztliche Vertreter in den Ausschuss gewählt.⁵⁴⁶ Ihm untergeordnet konnten in den einzelnen

⁵⁴⁴ Max Landsberg, Das Abkommen über Weggebühren, in: *ÄB BB*, Nr. 14 vom 10. Mai 1924, S. 97f., hier S. 97.

⁵⁴⁵ Ders., Arbeitsgemeinschaft zwischen dem Aertzeverbände der Provinz Brandenburg und den Kassenverbänden, in: *ÄB BB*, Nr. 35 vom 10. Dezember 1924, S. 246f., hier: Vereinbarung über den Abschluß von Arztverträgen. Nachfolgend vgl. ebd.; ders., Arbeitsgemeinschaft zwischen dem Aertzeverband und den Kassenverbänden der Provinz Brandenburg, in: *ÄB BB*, Nr. 34 vom 1. Dezember 1924, S. 240.

⁵⁴⁶ Vgl. ders., Die Jahresversammlung des Aertzeverbandes der Provinz Brandenburg am 14. Dezember 1924, S. 257. Auch in den folgenden Jahren gehörte Schneider dem Schlichtungsausschuss an; vgl. etwa ders., 7. Brandenburgischer Aertzetag, in: *ÄB BB*, Nr. 10 vom 1. April 1928, o. S.; ders., Vom 6. Brandenburgischen Aertzete-

Versicherungsbezirken Schiedsstellen gebildet werden. 1929 wurde der Ausschuss durch eine provinzielle Schiedsstelle ersetzt.⁵⁴⁷

Das Abkommen der Arbeitsgemeinschaft galt zunächst über ein gutes Jahr bis zum 31. Dezember 1925 und wurde unter Berücksichtigung beidseitiger Veränderungsvorschläge für 1926 novelliert.⁵⁴⁸ Im Folgejahr setzten die Verbände dann einen Mantelvertrag⁵⁴⁹ auf, der bis 1932 bestehen blieb.⁵⁵⁰ Ausführlicher als bisher enthielt er nicht nur Regelungen zum Arztsystem sowie zur Art und Höhe der Vergütung kassenärztlicher Leistungen, sondern auch genauere Zulassungsbestimmungen. Neben dem provinziellen Schlichtungsausschuss wurden bei den örtlichen Krankenkassen nun verpflichtend Arztausschüsse „[z]ur Erledigung allgemeiner Arzt- und Kassenangelegenheiten und zur Förderung der gedeihlichen Zusammenarbeit der Kasse und ihrer Aerzte“ eingerichtet. Sie setzten sich ebenso wie ihre übergeordnete Instanz aus je drei Arzt- und Kassenvertretern zusammen und dienten als Schiedsstelle.⁵⁵¹

In seinen ab dem 12. Januar 1925⁵⁵² regelmäßig einberufenen Sitzung richtete der Schlichtungsausschuss insbesondere über Unstimmigkeiten hinsichtlich Pauschalvereinbarungen und des Arztsystems.⁵⁵³ Obwohl, wie auch Schneider konstatieren musste, anfänglich seitens der Ärzteschaft immer wieder Kritik an der Arbeitsgemeinschaft und einzelnen Entscheidungen des Schlichtungsausschusses laut wurde,⁵⁵⁴ ist die Tätigkeit dieser Institutionen grundsätzlich

tag zu Potsdam am 15. und 16. September 1928, in: *ÄB BB*, Nr. 31 vom 1. November 1928, S. 382-386, hier S. 386.

⁵⁴⁷ Vgl. ders., Nicht mehr Schlau!, in: *ÄB BB*, Nr. 5 vom 10. Februar 1929, S. 61.

⁵⁴⁸ Vgl. und siehe ausführlich ders., Das neue Abkommen unseres Verbandes mit den Kassenverbänden der Provinz Brandenburg, in: *ÄB BB*, Nr. 3 vom 20. Januar 1926, S. 29-32; ders., Das Abkommen zwischen dem Aerzteverband der Provinz Brandenburg und den Kassenverbänden, in: *ÄB BB*, Nr. 5 vom 10. Februar 1926, S. 58; Jahresversammlung des Aerzteverbandes am 12. und 13. Dezember 1925, S. 15.

⁵⁴⁹ Mantelvertrag, in: *ÄB BB*, Nr. 6 vom 20. Februar 1927, S. 67-72.

⁵⁵⁰ Für den Mantelvertrag des Jahres 1929 siehe BLHA, Rep. 72 Ärztekammer für die Provinz Brandenburg Nr. 2996, Bl. 13: Aerztlicher Mantelvertrag zwischen dem Aerzteverband der Provinz Brandenburg e. V. und den brandenburgischen Krankenkassenverbänden, S. 1-8. Hierin enthalten ist ebenso das Muster für einen örtlichen Arztvertrag, S. 9f., die Anweisung für die kassenärztliche Tätigkeit, S. 11-14, die Bestimmungen über die Prüfungsausschüsse der kassenärztlichen Organisationen, S. 15-18, und die Geschäftsordnung der Schiedsstelle, S. 19ff. Der Mantelvertrag für die Jahre 1930-1932 befindet sich in ebd., Rep. 49B Oberversicherungsamt Frankfurt (Oder) Nr. 481, Bl. 11: Aerztlicher Mantelvertrag abgeschlossen zwischen dem Aerzteverband der Provinz Brandenburg e. V. und den Brandenburgischen Krankenkassenverbänden, S. 3-12. Auch dieses Dokument schließt das Muster für einen örtlichen Arztvertrag, S. 13f., die Anweisung für die kassenärztliche Tätigkeit, S. 15-18, die Bestimmungen über die Prüfungsausschüsse der kassenärztlichen Organisationen, S. 19-22, sowie die Geschäftsordnung der Schiedsstelle, S. 23ff., und zusätzlich einen Mantelvertrag für Versorgungsheilbehandlung, S. 26ff., mit ein.

⁵⁵¹ Mantelvertrag, S. 71.

⁵⁵² Eine Zusammenfassung der Ergebnisse der ersten Sitzung und einen Einblick in die Geschäftsordnung des Schlichtungsausschusses gewährt Max Landsberg, Der Schlichtungs-Ausschuß, in: *ÄB BB*, Nr. 6 vom 20. Februar 1925, S. 44f.

⁵⁵³ Zu den detaillierten Streitfällen aus den einzelnen Kreisen siehe beispielsweise ders., 2. Sitzung des Schlichtungsausschusses, in: *ÄB BB*, Nr. 7 vom 1. März 1925, S. 52f.; ders., 7. Brandenburgischer Aertztag, o. S.

⁵⁵⁴ Vgl. Georg Schneider, Die Vereinbarungen mit den Krankenkassenverbänden in der Provinz Brandenburg, in: *ÄB BB*, Nr. 23 vom 10. August 1925, S. 181f. Vgl. ebenso Max Landsberg, Das Abkommen zwischen dem Aerzteverbande und den Kassenverbänden der Provinz Brandenburg, in: *ÄB BB*, Nr. 3 vom 20. Januar 1925, S.

positiv zu bewerten. Immerhin wurde im Ärzteblatt seit ihrer Errichtung nicht mehr über größere, unseriös ausgetragene Auseinandersetzungen um kassenärztliche Verträge berichtet. Eine für den 18. Juni 1926 angesetzte Sitzung des Schlichtungsausschusses wurde sogar „wegen Mangels an Streitfälle[n]“ abgesagt.⁵⁵⁵

Die Neuregelung der kassenärztlichen Verhältnisse in Brandenburg war durch die Gründung von Arbeitsgemeinschaft und Schlichtungsausschuss, welche der Provinzialverband als letzten Versuch eines gedeihlichen Zusammenwirkens zwischen Ärzte und Krankenkassen verstanden hatte, geglückt.⁵⁵⁶ Bis zum Beginn der 1930er Jahre fanden die Verbände sowie die einzelnen Ärzte und Kassen mithilfe der Institutionen „trotz mancher Differenzpunkte [...] doch immer schließlich eine gemeinsame Basis [...], auf der eine Verständigung möglich war“.⁵⁵⁷ Die arbeitsgemeinschaftlichen Vereinbarungen bzw. der Mantelvertrag waren Schneider zufolge ein Ausdruck „der vom Aertzeverband konsequent durchgeführten Realpolitik“⁵⁵⁸ und eine Art prophylaktische Konfliktvermeidung.

Mit der der Beilegung seiner Spannungen mit den Krankenkassenverbänden trat der Ärzteverband als Spitzenorganisation der brandenburgischen Ärzte im Vergleich zur Kammer in den folgenden Jahren öffentlichkeitswirksam auch nicht mehr so deutlich in den Vordergrund, wie es von seiner Gründung bis 1924 erforderlich gewesen war. Im Kammerwesen hingegen kam es Mitte der 1920er Jahre zu beachtlichen Veränderungen, zunächst nämlich zur Erweiterung des Kammerbezirks um die Grenzmark Posen-Westpreußen und anschließend zur Trennung der Kammer von Berlin und zur Errichtung einer eigenständigen Kammer für die Provinzen Brandenburg und Grenzmark.

19ff.; ders., Unser Schlichtungs-Ausschuß. Eine Kritik, in: ÄB BB, Nr. 15 vom 20. Mai 1925, S. 114ff.; ders., Außerordentliche Mitgliederversammlung des Aertzeverbandes der Provinz Brandenburg am 26. September 1926, in: ÄB BB, Nr. 29 vom 10. Oktober 1926, S. 330ff., hier S. 330f.

⁵⁵⁵ Max Landsberg, Sitzung des Schlau, in: ÄB BB, Nr. 18 vom 20. Juni 1926, S. 207.

⁵⁵⁶ Vgl. ders., Arbeitsgemeinschaft zwischen dem Aertzeverbande der Provinz Brandenburg und den Kassenverbänden, S. 247.

⁵⁵⁷ Kassenärztliches aus 1930 und für 1931. Referat beim XI. Aertzetage am 14. 2. 1931 erstattet von Dr. Mietz-Wriezen, in: ÄB BB, Nr. 11 vom 10. April 1931, S. 126-129, hier S. 128.

⁵⁵⁸ Schneider, Fünfter Aertzetag, S. 305.

4.3 Die Ärztekammer als Standesorganisation der brandenburgischen Ärzte – Kontinuitäten und Umbrüche in den Jahren 1924 bis 1933

4.3.1 Vom Anschluss der Grenzmark bis zur „Bildung einer besonderen Aertztekammer für die Provinzen Brandenburg und Posen-Westpreußen“

Die Bestimmungen des Versailler Vertrags vom Juni 1919 legten die deutschen Reichsgrenzen nach dem Ersten Weltkrieg neu fest. Aufgrund des Verlustes weiter Teile der Provinzen Posen und Westpreußen an Polen wurde Brandenburg zum Grenzland im Osten. Die Restgebiete der aufgelösten Provinzen, der Stadtkreis Schneidemühl als Regierungsstelle und acht weitere Landkreise, fasste die preußische Regierung 1922 zur Grenzmark Posen-Westpreußen zusammen.⁵⁵⁹ Diese Neuordnung sollte sich mittelbar auch auf das brandenburgische Kammer- und Verbandswesen auswirken.

Im Vergleich zu den meisten anderen deutschen Provinzen war die räumliche Ausdehnung der Grenzmark relativ gering und sie zählte deutlich weniger Einwohner. Bemerkbar machte sich dies auch in der Ärztezahl. Anfang der 1920er Jahre lebten hier nur etwa 100 Mediziner. Dennoch zielte die Regierung in Schneidemühl im Rahmen der sich vollziehenden Neuordnung der kommunalen Verfassung und Verwaltung in der Ostmark zunächst darauf, dass „für die Grenzmark der Grundsatz der provinziellen Selbständigkeit und Einheitlichkeit auch auf dem Gebiete der ärztlichen Standesvertretung voll zum Durchbruch kommen muss“. Jegliche verwaltungstechnische Zuteilung an andere Provinzen wurde als Gefährdung des neuen provinziellen Zusammengehörigkeitsgefühls und der Selbständigkeit erachtet, weshalb die Errichtung einer eigenen Ärztekammer angestrebt wurde.⁵⁶⁰ Das preußische Innenministerium unterstützte diesen Gedanken,⁵⁶¹ weshalb der Minister für Volkswohlfahrt eine eigenständige ärztliche Berufsvertretung in Aussicht stellte.⁵⁶² Nachdem ein entsprechendes Gesetz aber lange Zeit auf sich hatte warten lassen,⁵⁶³ sprachen sich die Grenzmark-Ärzte im Mai 1923 wider ih-

⁵⁵⁹ Vgl. Hahn, Geschichte Brandenburgs, S. 92; Ingo Materna, Brandenburg als preußische Provinz in der Weimarer Republik (1918 bis 1933), in: ders./Wolfgang Ribbe (Hrsg.), Brandenburgische Geschichte, Berlin 1995, S. 561-618, hier S. 572.

⁵⁶⁰ GStA PK, I. HA Rep. 76 Kultusministerium, VIII B Nr. 766, o. Bl.: Schreiben des Regierungspräsidenten des Bezirks Schneidemühl an den Minister für Volkswohlfahrt vom 26. Mai 1921.

⁵⁶¹ Vgl. ebd., o. Bl.: Schreiben des Ministers des Innern an den Minister für Volkswohlfahrt vom 15. Juni 1921.

⁵⁶² Vgl. ebd., o. Bl.: Schreiben des Ministers für Volkswohlfahrt an den Regierungspräsidenten des Bezirks Schneidemühl vom 27. Juli 1921 und vom 27. Januar 1922.

⁵⁶³ Vgl. ebd., o. Bl.: Schreiben des Regierungspräsidenten des Bezirks Schneidemühl an den Minister für Volkswohlfahrt vom 17. Mai 1922.

re vorige Auffassung⁵⁶⁴ mehrheitlich gegen die Bildung einer eigenen Kammer aus und baten um Angliederung an die Ärztekammer für die Provinz Brandenburg und Berlin. Hintergrund für diesen Sinneswandel war die zu erwartende hohe finanzielle Belastung bei eigenem Kammerbetrieb.⁵⁶⁵

In ihrer Sitzung am 29. September 1923 einigten sich die Berliner und Brandenburger Kammerdelegierten gemäß dem Antrag der Ärzte des Regierungsbezirkes Schneidemühl auf den Anschluss der Grenzmark an ihren Kammerbezirk.⁵⁶⁶ Gleichsam sprach sich die Versammlung des provinziellen Ärzteverbandes, dem sich die Ärztevereine der Grenzmark bereits angeschlossen hatten, am 20. Januar 1924 einstimmig für die Aufnahme der Grenzmark-Ärzte in die Kammer aus. Dabei sollten die bestehenden Strukturen der Einfachheit halber erhalten bleiben. Eine von Heinrich Joachim in Betracht gezogene Aufgliederung der Kammer in eine Landesvertretung für Groß-Berlin und eine für die Provinzen Brandenburg und Grenzmark Posen-Westpreußen wurde – zunächst – abgelehnt.⁵⁶⁷ Demgemäß wurden nachfolgend alle wesentlichen gesetzlichen Bestimmungen zum Kammerwesen auch auf die Grenzmark übertragen.⁵⁶⁸

Für die von nun an amtlich als Ärztekammer für die Provinzen Brandenburg und Grenzmark Posen-Westpreußen und die Stadt Berlin bezeichnete Landesvertretung hatten die Ärzte der Grenzmark zwei Delegierte zu ermitteln, wovon einer als ergänzendes Mitglied in den Vorstand aufgenommen wurde.⁵⁶⁹ Gemessen an den knapp 100 Delegierten der Kammerversammlung war der Anteil der Vertreter aus dem Regierungsbezirk Schneidemühl also nur marginal. Auch die Regierungsbezirke Potsdam und Frankfurt stellten bereits seit der zehnten Legislaturperiode nur noch einen Bruchteil der Delegierten, sodass die Kammer etwa zu 80

⁵⁶⁴ Vgl. ebd., o. Bl.: Schreiben des Regierungspräsidenten des Bezirks Schneidemühl an den Minister für Volkswohlfahrt vom 12. November 1921.

⁵⁶⁵ Vgl. ebd. Nr. 774, o. Bl.: Schreiben des Oberpräsidenten des Regierungsbezirks Schneidemühl an den Minister für Volkswohlfahrt vom 23. Mai 1923.

⁵⁶⁶ Vgl. ebd., o. Bl.: Schreiben des Oberpräsidenten der Provinz Brandenburg und von Berlin an den Minister für Volkswohlfahrt vom 26. Oktober 1923.

⁵⁶⁷ Vgl. Jahresversammlung des Ärzteverbandes der Provinz Brandenburg, e. V., am 20. Januar 1924, S. 20; Verhandlungen der Ärztekammer für die Provinzen Brandenburg und Grenzmark Posen-Westpreußen und die Stadt Berlin am Sonnabend, den 3. Oktober 1925, Wahlper. 11, Berlin 1925, S. 49.

⁵⁶⁸ Siehe Gesetz über die Errichtung gemeinsamer Ärztekammern für die Provinzen Niederschlesien und Oberschlesien sowie für die Provinzen Brandenburg und Grenzmark Posen-Westpreußen und die Stadt Berlin. Vom 18. Juli 1924, in: PrGS 1924, S. 581ff.; Ausführungsbestimmungen zum Gesetz über die gemeinsamen Ärztekammern, in: ÄB BB, Nr. 26 vom 10. September 1924, S. 184f.

⁵⁶⁹ Vgl. Gesetz über die Errichtung gemeinsamer Ärztekammern, S. 582, § 4; Ausführungsbestimmungen zum Gesetz über die gemeinsamen Ärztekammern, S. 184. Siehe auch Ordentliche Sitzung der Ärztekammer für die Provinzen Brandenburg und Grenzmark Posen-Westpreußen und die Stadt Berlin am Sonnabend, den 14. März 1925, in: Sitzungen der Ärztekammer für die Provinzen Brandenburg und Grenzmark Posen-Westpreußen und die Stadt Berlin am Sonnabend, den 14. März 1925, und am Sonnabend, den 4. April 1925, Berlin 1925, S. 3-79, hier S. 5, 13f.

Prozent Berliner Ärzte zählte.⁵⁷⁰ Der enorme Anstieg der Berliner Kammerdelegiertenzahl lässt sich maßgeblich auf das Groß-Berlin-Gesetz vom 27. April 1920 zurückführen, durch das sich die Stadtgemeinde auf Kosten einiger brandenburgischer Kreise wesentlich vergrößert hatte.⁵⁷¹ Aufgrund dieser zahlenmäßigen Ungleichheit und der gegensätzlichen wirtschaftlichen Verhältnisse in Berlin und den Provinzen wurde die Diskussion über eine Kammerteilung schon schnell nach der ersten gemeinsamen Sitzung mit den Grenzmark-Ärzten am 14. März 1925 wieder entfacht.

Die Erörterungen einer möglichen Kammertrennung waren nicht neu, sie waren wiederholt schon vor 1914, also weit vor dem Anschluss der Grenzmark Posen-Westpreußen, geführt worden. Der Erste Weltkrieg mit seinen schwerwiegenden Folgen drängte das Anliegen jedoch vorübergehend von den Tagesordnungen der Kammerversammlung. Erste Anträge zur Einrichtung gesonderter Kammern für Berlin und die Provinz Brandenburg wurden aufgrund einer sich anbahnenden Vergrößerung des Berliner Stadtkreises bereits in den 1890er Jahren eingereicht. Dies führte so weit, dass eigens eine Kommission „mit der Frage der Theilung der Aerztekammer in eine solche für Berlin und eine solche für die Provinz“ betraut wurde. Am 4. Dezember 1894 fasste die Kammerversammlung jedoch den Beschluss, sich gegen eine Trennung auszusprechen, da die Entscheidung über eine Eingemeindung von Berliner Vororten in den Stadtkreis auf absehbare Zeit nicht zu erwarten war.⁵⁷²

Zu Beginn des 20. Jahrhunderts kamen erneut Spekulationen über separate Kammern auf. Am 2. März 1901 berichtete die *Vossische Zeitung*, dass die Bildung eines eigenen Verwaltungsbezirkes Berlin voraussichtlich die Teilung der Ärztekammer zur Folge haben werde. Dabei sollten einerseits Berlin mit Charlottenburg, Rixdorf und Schöneberg und andererseits die übrige Provinz Brandenburg jeweils eine eigene ärztliche Landesvertretung erhalten. Die letzten Jahre hätten zwar gezeigt, dass die Interessen der Berliner und Brandenburger Ärzte durchaus manche Berührungspunkte haben, sich hauptsächlich aber unterschieden. Deswegen sei es „schon immer unzweckmäßig [erschieden], daß Berlin und die Provinz eine gemeinsame Aerztekammer haben“. Zudem sei die Zahl der Kammermitglieder aufgrund der vielen

⁵⁷⁰ Siehe Anhang, S. 288, Nr. 1: Anzahl der in die Ärztekammer für die Provinz Brandenburg und den Stadtkreis Berlin gewählten Delegierten, 1888-1927.

⁵⁷¹ Vgl. Hahn, *Geschichte Brandenburgs*, S. 90f.; Materna, *Brandenburg*, S. 570ff.

⁵⁷² GStA PK, I. HA Rep. 76 Kultusministerium, VIII B Nr. 823, Bl. 96: Artikel aus der *National-Zeitung* vom 4. Dezember 1894. Vgl. auch Verhandlungen der Aerztekammer am 3. Oktober 1925, S. 48. Siehe außerdem ebd., Bl. 54-59: handschriftliche Dokumente zum Antrag auf Gründung einer besonderen Ärztekammer für Berlin; Bl. 72: Schreiben des Ober-Präsidiums an den königlichen Staatsminister und Minister der geistlichen, Unterrichts- und Medizinalangelegenheiten vom 29. März 1894; Ordentliche Sitzung am Dienstag, den 4. Dezember 1894, in: Verhandlungen der Aerztekammer für die Provinz Brandenburg und den Stadtkreis Berlin, Wahlper. 3, Drittes Stück, Berlin 1895, S. 65-89.

Berliner Ärzte im Vergleich zu den anderen preußischen Kammern zu hoch, wie die Zeitung des liberalen Berliner Bürgertums berichtete.⁵⁷³

Etwa 25 Jahre später umfasste die Ärztekammer Berlin-Brandenburg mit der Eingliederung des Regierungsbezirkes Schneidemühl in ihren Verwaltungsbereich beinahe ein Sechstel aller deutschen Ärzte. Auch dies war ein Grund dafür, die Bestrebungen der Kammerteilung wieder aufzunehmen, aus denen heraus sich konkrete Pläne gestalteten. Für die Kammersitzung am 3. Oktober 1925 stellten die „Herren Dr. Schneider in Potsdam und Dr. Ciesielski in Landsberg a/W [...] im Namen der Aerzteschaft der Provinzen Brandenburg und Grenzmark Posen-Westpreussen den Antrag auf Bildung einer besonderen Aerztekammer für die Provinzen Brandenburg und die Grenzmark Posen-Westpreussen“.⁵⁷⁴ Gemeinsam mit seinem Stellvertreter erarbeitete Georg Schneider als Vorsitzender des brandenburgischen Ärzteverbands also die Offerte, die für die Entscheidung über die Zukunft der Kammer maßgebend sein sollte. Die Beweggründe dieser Forderung wurden im Antrag eingehend dargelegt.

Zuerst gingen Schneider und Ciesielski auf den „ungewöhnlich gross[en]“ und durch den Beitritt der Grenzmark-Ärzte „noch unübersichtlicher geworden[en]“ Kammerbezirk ein, der eine viel zu hohe Mitgliederzahl von etwa 6.000 Ärzten zähle.⁵⁷⁵ Nur circa 1.100 davon kamen aus Brandenburg und der Grenzmark. Dies waren aber schon fast 200 Ärzte mehr, als die Ärztekammer Pommerns zu dieser Zeit umfasste. Folglich würde eine eigene Standesorganisation für die beiden Provinzen ausreichend Ärzte aufweisen. Ein weiterer Punkt, der wesentlich für die Gründung zweier Kammern sprach, waren die „auf allen Gebieten [...] ganz anderen Verhältnisse“ der Provinzialärzte im Vergleich zu ihren Kollegen in Groß-Berlin. Wegen der unverhältnismäßigen Zusammensetzung zugunsten der Berliner Ärzte würden die Interessen der Ärzte aus den Regierungsbezirken Potsdam, Frankfurt und Schneidemühl nicht ausgiebig behandelt und die Kammerverhandlungen „nur zum verschwindend kleinen Teil den Erfordernissen der Provinzstädte und des Landes gerecht werden“. Dies habe sich beispielsweise bei den „Kämpfen zwischen Aerzten und Krankenkassenverbänden der letzten Jahre“ gezeigt. Hier sei weniger die Kammer, sondern vielmehr der Ärzteverband für die brandenburgischen

⁵⁷³ Vgl. GStA PK, I. HA Rep. 76 Kultusministerium, VIII B Nr. 824, Bl. 168: Artikel aus der Vossischen Zeitung, Nr. 104 vom 2. März 1901, Abendausgabe.

⁵⁷⁴ Ebd. Nr. 767, o. Bl.: Schreiben der Ärztekammer für die Provinzen Brandenburg und Grenzmark Posen-Westpreußen und die Stadt Berlin an den Minister für Volkswohlfahrt vom 10. Oktober 1925.

⁵⁷⁵ Hier und nachfolgend ebd., o. Bl.: Abschrift der Eingabe des Provinzialverbandes Brandenburg, gez. Georg Schneider und Franz Ciesielski, an den Vorstand der Aerztekammer für die Provinz Brandenburg, Grenzmark und den Stadtkreis Berlin vom 20. September 1925. Die von Schneider und Ciesielski zusammengetragenen Argumente für eine Kammertrennung wurden bei der Begründung des Entwurfs eines Gesetzes über die Ärztekammern und einen Ärztekammerausschuss, der am 15. Januar 1926 dem Präsidenten des preußischen Landtags vorgelegt wurde, berücksichtigt; vgl. Joachim, Das preußische Gesetz, S. 29f.

Kassenärzte eingetreten. Erstere habe hauptsächlich die Berliner Kollegen vertreten. Einige Beschlüsse der Kammerversammlung seien sogar derart auf die Berliner Verhältnisse zugeschnitten gewesen, dass sie den Provinzärzten geschädigt hätten.⁵⁷⁶

Weiterhin legten Schneider und Ciesielski in ihrem Antrag das Problem dar, dass die Berliner Delegierten aufgrund ihrer Majorität die Ärztevertreter Brandenburgs und der Grenzmark stets überstimmen konnten. Sie gaben zudem zu bedenken, dass es vielen Delegierten aus den Provinzen nicht möglich sei, an den Vorstandssitzungen teilzunehmen. Dafür müssten sie jedes Mal den Weg nach Berlin in Kauf nehmen und ihre Praxis vernachlässigen. Die Zahl von jährlich zwölf bis 14 Vorstandssitzungen sei überdies sehr hoch, wobei fast ausschließlich Berliner Belange eine Rolle spielen würden. „Wenn die Provinz Brandenburg eine selbständige Kammer erhält, so könnten die Vorstandssitzungen gelegentlich anderer Tagungen der Provinz erledigt werden und damit wesentliche Vereinfachung und Erleichterung für die Vorstandsmitglieder bringen“, argumentierten Schneider und Ciesielski in ihrer Eingabe.

Kritik übten sie auch an den besonderen Kammereinrichtungen. Das Ehrengericht behandle überwiegend Fälle der Berliner Ärzte. Die Vertragskommissionen für Potsdam und Frankfurt seien aufgrund der Übernahme ihrer Arbeit durch den Provinzialverband überflüssig geworden, wohingegen die Berliner Kommission ihre Bedeutung behalten habe. Aufgrund der Absicherung der brandenburgischen und grenzmärkischen Ärzteschaft durch die vom Ärzteverband geschaffenen Fürsorgeeinrichtungen werde auch die Unterstützungskasse der Kammer fast nur noch von den Berliner Ärzten in Anspruch genommen, obgleich die Kollegen aus der Provinz hierfür hohe Kammerbeiträge zahlen müssten. Ohnehin plane Berlin keine gleichwertige Ärzteversorgung; ein Ausbau des Versicherungssystems durch die Kammer sei für die Provinzärzte hingegen wünschenswert und könnte durch die Bildung einer eigenen Kammer ermöglicht werden. Schließlich gingen die Antragsteller noch auf die finanzielle Situation der Kammer ein und stellten unter Berücksichtigung der aktuellen Kosten der benachbarten Provinzkammern die Vermutung auf, „dass die Aerzte der Provinz Brandenburg und Grenzmark geringere Beiträge zu einer selbständigen Kammer zu leisten hätten als bisher“.

Für „eine Trennung dieser Ehe“ zwischen der brandenburgischen und der Berliner Ärzteschaft sprach zusätzlich die Tradition von eignen Berufskammern außerhalb der Ärzteschaft. Beispielsweise gab es separate Handwerks-, Handels- und Anwaltskammern.⁵⁷⁷ Für Georg Schneider spielte bei der Schaffung einer eigenständigen Ärztekammer für die Provinzen wohl auch der Gedanke über eine Personalunion von Ärztekammer und -verband unter seiner

⁵⁷⁶ Auf konkrete Beispiele gingen Schneider und Ciesielski nicht ein.

⁵⁷⁷ Ciesielski, Trennung der Aerzte-Kammer, Zitat S. 174.

Führung eine Rolle; immerhin ließ er sich bei den ersten Kammerwahlen 1927 an die Spitzenposition der Wahlliste des Regierungsbezirks Potsdam setzen.⁵⁷⁸

Der von Schneider und Ciesielski aufgestellte Antrag wurde auf der Kammersitzung am 3. Oktober nach Anhörung von Ciesielski, Emil Briese und Heinrich Joachim, die vertretend für Brandenburg, die Grenzmark und Groß-Berlin die Gründe für eine Kammertrennung nochmals ausführlich darlegten, nahezu einstimmig angenommen. Die Argumente für eine Trennung überwogen deutlich. Die brandenburgischen Ärztevertreter bedauerten allerdings, dass die Ärztekammer mit der Stadt Berlin auch ihre medizinische Fakultät als geistigen Zentralpunkt verlieren und der Kammerbereich Brandenburg-Grenzmark der einzige ohne Universitätsstadt sein werde. Der verordnungsmäßig vorgeschriebene Sitz der Kammer Brandenburg-Grenzmark sollte weiterhin Berlin bleiben, da hier der Oberpräsident ansässig war. Aufgrund der zentralen Lage, der guten infrastrukturellen Anbindung und der Nähe zu den Gesundheitsbehörden wurde dies als vorteilig erachtet.⁵⁷⁹

Die gesetzliche Grundlage zur Errichtung zweier selbständiger Ärztekörperschaften wurde in den kommenden Wochen und Monaten im preußischen Landtag geschaffen. Unabhängig vom Antrag auf Kammertrennung hatte dieser bereits die für 1925 anstehenden Delegiertenwahlen auf das Folgejahr verschoben und die Mandate der Ärztevertreter bis zum 31. Dezember 1926 verlängert, um eine Änderung des Kammerwahlrechts vom Mehrheits- und Verhältniswahlverfahren und eine Verlängerung der Legislaturperiodendauer von drei auf vier Jahre zu bewirken.⁵⁸⁰ Aufgrund langwieriger Verhandlungen um den Entwurf des neuen Kammergesetzes und die Zuteilung einiger Berliner Vorortbezirke konnte die Trennung aber nicht wie zunächst angestrebt zu Beginn des Jahres 1927 vollzogen werden. Die Wahlen wurden nochmals um ein Jahr hinausgezögert.⁵⁸¹

Abschlägig beschieden wurden die von Georg Schneider unterstützten Eingaben der ärztlichen Vereinigungen Köpenicks, Zehlendorfs und des Kreises Niederbarnim um Zuteilung zur

⁵⁷⁸ Vgl. Wahlvorschläge für die erste Wahl der neu zu bildenden Ärztekammer für die Provinzen Brandenburg und Grenzmark Posen-Westpreußen, in: *ÄB BB*, Nr. 29 vom 10. Oktober 1927, S. 401f., hier S. 401.

⁵⁷⁹ Vgl. und siehe ausführlich Verhandlungen der Ärztekammer am 3. Oktober 1925, S. 42-56; Max Landsberg, Die Kammertrennung beschlossen, in: *ÄB BB*, Nr. 29 vom 10. Oktober 1925, S. 239f.

⁵⁸⁰ Vgl. *GStA PK*, I. HA Rep. 76 Kultusministerium, VIII B Nr. 767, o. Bl.: Schreiben des Ministers für Volkswohlfahrt an die Oberpräsidenten mit Ausnahme der Oberpräsidenten der Provinzen Oberschlesien und Grenzmark Posen-Westpreußen vom 3. Juli 1925; Joachim, *Das preußische Gesetz*, S. 2f., 28f.

⁵⁸¹ Vgl. *GStA PK*, I. HA Rep. 76 Kultusministerium, VIII B Nr. 767, o. Bl.: Schreiben des Ministers für Volkswohlfahrt an die Oberpräsidenten mit Ausnahmen der Oberpräsidenten der Provinzen Oberschlesien und Grenzmark Posen-Westpreußen vom 11. Mai 1926 und vom 20. Dezember 1926. Die Akte enthält zahlreiche weitere Schriftstücke aus der Erarbeitungsphase des neuen Kammergesetzes, insbesondere Stellungnahmen zu den Gesetzesentwürfen. Eine ausführlichere Schilderung der Gesetzesberatungen im preußischen Landtag und im bevölkerungspolitischen Ausschuss bietet auch Joachim, *Das preußische Gesetz*, S. 2-9, 37-53. Joachim war bei der Ausgestaltung des Gesetzes im Parlament als Kammervertreter selbst beteiligt.

Kammer der Provinzen Brandenburg und Grenzmark. Die Vereinigungen umfassten zwar sowohl Brandenburger als auch Berliner Mitglieder und waren dem Ärzteverband Brandenburgs und teilweise auch seiner Versicherung angeschlossen; ihre Gemeinden gehörten kommunalpolitisch jedoch zu Berlin.⁵⁸²

Am 15. Dezember 1926 wurde das neue Kammergesetz bei der Abstimmung im Preußischen Abgeordnetenhaus mehrheitlich angenommen.⁵⁸³ Mit dem Inkrafttreten der Kammerteilung zum 1. Januar 1928 begann in der Provinz Brandenburg eine neue Ära der ärztlichen Selbstverwaltung.

4.3.2 Die neue Kammer unter Georg Schneiders Leitung

Mit dem Beschluss des Ärztekammergesetzes im preußischen Landtag begann die Vorbereitung zu den ersten Wahlen der neuen Kammerversammlung.⁵⁸⁴ Gewählt werden sollte fortan in geheimen, schriftlichen Abstimmungen auf Grundlage der Verhältniswahl. Die Wahlen fanden getrennt nach den Regierungs- und Kammerbezirken Potsdam, Frankfurt und Schneidemühl unter Verantwortung eines Wahlausschusses statt. Dabei konnte grundsätzlich jedes Mitglied der neuen Kammer, also jeder der knapp 1.600 im Frühjahr 1927 in den Provinzen Brandenburg und Grenzmark Posen-Westpreußen wohnhaften Ärzte, für die Wahl vorgeschlagen werden. Nach der bewährten Maßgabe von einem Delegierten plus Stellvertreter je 50 wahlberechtigte Kammermitglieder stellten der Regierungsbezirk Potsdam 15, der Regie-

⁵⁸² Vgl. und siehe ausführlich GStA PK, I. HA Rep. 76 Kultusministerium, VIII B Nr. 767, o. Bl.: Abschrift eines Schreibens des Aerztevereins von Cöpenick und Umgegend e.V. an den Vorstand der Ärztekammer für die Provinzen Brandenburg, Grenzmark und den Stadtkreis Berlin vom 24. September 1925; Abschrift eines Schreibens des Aerztevereins für Zehlendorf und Umgegend e.V. an den Vorstand der Ärztekammer für die Provinz Brandenburg-Grenzmark und den Stadtkreis Berlin vom 2. Oktober 1925; Abschrift eines Schreibens der Kasernenärztlichen Vereinigung im Kreise Niederbarnim e.V. an den Vorstand der Ärztekammer für die Provinz Brandenburg Grenzmark und den Stadtkreis Berlin vom 29. September 1925; Bericht des Ausschusses für Bevölkerungspolitik über den Entwurf eines neuen Gesetzes über die Ärztekammern und einen Ärztekammerausschuss auf der 1. Tagung des preußischen Landtags in der Wahlperiode 1925/26, S. 2f.; Außerordentliche Sitzung der Aerztekammer für die Provinzen Brandenburg und Grenzmark Posen-Westpreußen und die Stadt Berlin am Mittwoch, den 24. Februar 1926, Wahlper. 11, Berlin 1926, hier vor allem die Ausführungen Georg Schneiders auf den S. 16-19; Landsberg, Die Kammertrennung, S. 240; ders., Die Geburtswehen der Kammer Brandenburg-Grenzmark, in: ÄB BB, Nr. 8 vom 10. März 1926, S. 94-97.

⁵⁸³ Vgl. Im Preußischen Abgeordnetenhaus, in: ÄB BB, Nr. 1 vom 1. Januar 1927, S. 8. Zugleich lehnte die Mehrheit der Abgeordneten eine Novelle des Ehrengerichtsgesetzes ab, womit die gesetzlichen Bestimmungen von 1899 in ihrer Fassung von 1904 unverändert in Kraft blieben; siehe Joachim, Das preußische Gesetz, S. 331-429; Harm Knüpling, Untersuchungen zur Vorgeschichte der Deutschen Ärzteordnung von 1935, Diss., Berlin 1965, S. 18.

⁵⁸⁴ Zum neuen Kammerwahlrecht und -verfahren siehe ausführlich Gesetz über die Ärztekammern und einen Ärztekammerausschuß. Vom 30. Dezember 1926 (nachfolgend: Kammergesetz 1926), in: PrGS 1926, S. 353-366, hier S. 355-359, §§ 6-32; Wahlordnung für die Wahl zu den Aerztekammern, in: ÄB BB, Nr. 15 vom 20. Mai 1927, S. 200-209.

rungsbezirk Frankfurt zwölf und der Regierungsbezirk Schneidemühl zwei Standesvertreter.⁵⁸⁵

Vertreter der ärztlichen Regierungsverbände Potsdam, Frankfurt und Grenzmark erarbeiteten auf ihren Frühjahrsversammlungen zentrale Wahlvorschläge, die vom Provinzialverband ohne Einwände bestätigt und im Ärzteblatt veröffentlicht wurden. Auf den Einheitslisten standen exakt so viele Vorschläge für Kammerdelegierte und Stellvertreter wie benötigt. Georg Schneider wurde dabei als Spitzenkandidat des Potsdamer Wahlkreises aufgestellt.⁵⁸⁶ Da es zu den Vorschlägen der Regierungsverbände keine Gegenvorschläge gab, galten die Kandidaten als gewählt⁵⁸⁷ und man konnte eine aufwendige und kostspielige Briefwahl umgehen. Dieses Vorgehen unterstreicht die Geschlossenheit der Ärzteschaft in Brandenburg und in der Grenzmark sowie die Bedeutung ihrer Vereine und deren Dachverbands.

Die Delegierten der Kammerversammlung für die erste Amtszeit der Ärztekammer Brandenburg-Grenzmark traten am 7. Januar 1928 im preußischen Wohlfahrtsministerium zu ihrer konstituierenden Sitzung zusammen.⁵⁸⁸ Zunächst wählten sie, mit 21 von 24 abgegebenen Stimmen, Schneider zum neuen Kammervorsitzenden. Daneben wurden vier weitere Vorstandsmitglieder bestimmt⁵⁸⁹ und Max Landsberg, selbst kein Delegierter der Kammer, als Kassen- und Geschäftsführer angestellt.⁵⁹⁰ Als Vorsitzender der Kammer vertrat Schneider diese eigenständig nach außen und vermittelte den Kontakt zu den Staatsbehörden. Zusätzlich saß er dem preußischen Ärztekammerausschuss bei.⁵⁹¹ Mit der Leitung von Ärztekammer und Ärzteverband führte er fortan zeitgleich die beiden wichtigsten berufsständischen Institutionen der brandenburgischen Ärzteschaft an und war für viele Jahre ihr bedeutendster Akteur.

⁵⁸⁵ Siehe Anhang, S. 292, Nr. 7: Anzahl der in die Ärztekammer für die Provinzen Brandenburg und die Grenzmark Posen-Westpreußen gewählten Delegierten, 1928-1933.

⁵⁸⁶ Vgl. Aertztekammer Brandenburg-Grenzmark, in: ÄB BB, Nr. 8 vom 10. März 1927, S. 99; Wahlvorschläge für die erste Wahl.

⁵⁸⁷ Vgl. Kammergesetz 1926, S. 357, § 21; Aertztekammer für die Provinzen Brandenburg und Grenzmark Posen-Westpreußen, in: ÄB BB, Nr. 35 vom 10. Dezember 1927, S. 479f.

⁵⁸⁸ Vgl. nachfolgend und siehe ausführlich Max Landsberg, Eröffnungs-Sitzung der Aertztekammer für die Provinzen Brandenburg und Grenzmark Posen-Westpreußen am 7. Januar 1928 im Preuß. Wohlfahrtsministerium, Z. 97, in: ÄB BB, Nr. 3 vom 20. Januar 1928, S. 30-39.

⁵⁸⁹ Siehe Anhang, S. 293, Nr. 8: Zusammensetzung des Vorstands der Ärztekammer für die Provinzen Brandenburg und Grenzmark Posen-Westpreußen, 1928-1934.

⁵⁹⁰ Die Anstellung eines außenstehenden Kassen- und Geschäftsführers wurde erst durch das Kammergesetz 1926, S. 363, § 44, ermöglicht. Zu den Aufgaben des Kassen- und Geschäftsführers siehe Geschäftsordnung der Aertztekammer für die Provinzen Brandenburg und Grenzmark Posen-Westpreußen. (Angenommen in der ersten Kammersitzung am 7. Januar 1928.), in: ÄB BB, Nr. 4 vom 1. Februar 1928, S. 48ff.; Kassenordnung der Aertztekammer für die Prov. Brandenburg und Grenzmark Posen-Westpreußen (genehmigt durch Schreiben des Herrn Oberpräsidenten vom 17. April 1928.) (Ohne Anlagen.), in: ÄB BB, Nr. 35 vom 10. Dezember 1928, S. 427-431.

⁵⁹¹ Vgl. Kammergesetz 1926, S. 360, 364, §§ 36, 49. Mit dem neuen Kammergesetz wurden die Befugnisse des Vorsitzenden dahingehend erweitert, dass er anstelle des gesamten Vorstandes von nun an allein überall als Vertreter der Kammer galt; vgl. Joachim, Das preußische Gesetz, S. 222f.

Ebenso wie Kammerversammlung, Vorstand und preußischer Ärztekammerausschuss bestanden sämtliche sich in der Kammer Berlin-Brandenburg etablierten Einrichtungen und Gremien unter Beibehaltung ihrer Aufgaben in neuer Besetzung fort. Auf der Eröffnungssitzung wurden die Mitglieder des Ehrengerichts, zwei Delegierte zum Zentralkomitee für ärztliches Fortbildungswesen, die Kassenprüfer, die Kurpfuscherei-Kommission, das Kuratorium der Unterstützungskasse,⁵⁹² die gerichtlichen Sachverständigen, der Honorarausschuss sowie die Vertragskommission gewählt. Ganz im Sinne von Schneiders standespolitischen Leitideen stand die geplante Errichtung eines Fürsorgeamts zur Vermittlung von Erwerbsmöglichkeiten für notbedürftige Kammermitglieder und deren Hinterbliebene, die die Unterstützungskasse entlasten sollte. Zudem wurden die Arztfrauen des Kammerbezirks vom Vorstand „zur tätigen Mitarbeit an den Aufgaben der Fürsorge für Aerzte, Arztangehörige und Arzthinterbliebene“ aufgerufen.⁵⁹³

Generell sah das 1928 in Kraft getretene Kammergesetz keine größeren Veränderungen vor, sondern fasste die bis dahin gültigen Verordnungen und Gesetze, die sich auf die Organisation und die Rechte der preußischen Kammern und ihres Ausschusses bezogen – mit Ausnahme des Gesetzes über die ärztlichen Ehrengerichte –, zusammen.⁵⁹⁴ Wesentliche Erneuerungen erlangten die Bestimmungen zum Geschäftskreis. Hier wurde explizit festgelegt, dass nicht nur die Staats-, sondern auch die Gemeindebehörden den Kammern die Gelegenheit bieten sollten, sich in allen Fragen und Angelegenheiten der ärztlichen Berufsausübung, der Standesvertretung und insbesondere der öffentlichen Gesundheitspflege gutachterlich zu äußern. Überdies besaßen die Kammern die Möglichkeit, Sachverständige vorzuschlagen, die den Behörden beratend zur Seite stehen sollten. Der Geschäftskreis der Kammern wurde dahingehend erweitert, dass sie von nun an gesetzlich dazu befugt waren, für ihre Mitglieder und deren Angehörige eigene Fürsorgeeinrichtungen zu begründen.⁵⁹⁵ Eingeführt wurde auch eine näher geregelte Mitteilungspflicht gegenüber dem Vorstand, die ihm einen vollständigen und verlässlichen Überblick über die beitragspflichtigen Kammermitglieder ermöglichen sollte. Bei Nicht-

⁵⁹² Zum (fortbestehenden) Zweck und System der Unterstützungskasse siehe Satzung der Unterstützungskasse der Ärztekammer für die Provinzen Brandenburg und Grenzmark Posen-Westpreußen. (Beschluss den 25. Februar 1928.), in: *ÄB BB*, Nr. 11 vom 10. April 1928, S. 149ff.; Satzung der Unterstützungskasse der Ärztekammer für die Provinzen Brandenburg und Grenzmark Posen-Westpreußen, in: *ÄB BB*, Nr. 32 vom 10. November 1928, S. 391ff.

⁵⁹³ Max Landsberg, *Ärztekammer*, in: *ÄB BB*, Nr. 16 vom 1. Juni 1928, S. 209.

⁵⁹⁴ Eine Übersicht der bis dahin geltenden Verordnungen und Gesetze samt Wiedergabe ihrer wesentlichen Inhalte bietet Joachim, *Das preußische Gesetz*, S. 78-81.

⁵⁹⁵ Vgl. Kammergesetz 1926, S. 353f., § 2. Siehe ausführlich Joachim, *Das preußische Gesetz*, S. 87-98. Die Übernahme der 1922 vom Ärzteverband geschlossenen Gemeinschaftsversicherung durch die Ärztekammer wurde auf den Versammlungen beider Institutionen wiederholt beraten, jedoch nicht realisiert; siehe Max Landsberg, *Kammer als Versicherungsnehmer?*, in: *ÄB BB*, Nr. 14 vom 10. Mai 1929, S. 172-178.

meldung konnte der Vorstand Ordnungsstrafen erheben.⁵⁹⁶ Mit dem neuen Gesetz wurden die Kammern zu Körperschaften des öffentlichen Rechts. Folglich konnten sie selbst Rechte erlangen und Verbindlichkeiten eingehen, Eigentum und Besitz erwerben sowie vor Gericht klagen bzw. verklagt werden.⁵⁹⁷

Im Zusammenwirken mit dem Ärzteverband⁵⁹⁸ widmete sich die Kammer Brandenburg-Grenzmark den provinziellen Standesinteressen in berufsorganisatorischer, wirtschaftlicher und gesundheitspolitischer Hinsicht. Vor allem letzterer Punkt sollte im Gegensatz zu den Vorjahren mehr Beachtung finden. Dem entsprechend hob Georg Schneider bereits auf der Eröffnungssitzung der Kammer Brandenburg-Grenzmark einige der bevorstehenden Herausforderungen des öffentlichen Gesundheitswesens hervor, wie etwa die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, der „Abtreibungsseuche“, der Tuberkulose und des Rauschgiftmissbrauchs. Die „Hebung der Volksgesundheit mithilfe der Aerzte“ müsse das übergeordnete Ziel darstellen, so Schneider.⁵⁹⁹ Die Kammerversammlung sprach sich folglich für die Beteiligung der Ärzte an sozialen Arbeitsgemeinschaften aus, die im Auftrag des Arbeitsministeriums gebildet wurden und sich auf verschiedene Schwerpunkte der Gesundheitsfürsorge ausrichteten. Deutlich erkennbar ist hier die zunehmende öffentliche und staatliche Wahrnehmung von gesundheitspolitischen Problemen in der Weimarer Republik, die sich in einer verstärkten Fürsorge bemerkbar machte.⁶⁰⁰

Nicht nur als Kammerpräsident in Brandenburg, sondern auch im Rahmen seiner geschäftsführenden Tätigkeit im DÄVB schenkte Schneider der ärztlichen Fortbildung besondere Beachtung.⁶⁰¹ Auf seine Veranlassung hin stellte der Geschäftsausschuss des Dachverbandes der deutschen Ärztevereine fortlaufend größere Mittel für Kurse und Seminare zur Verfügung, um die ärztlichen Leistungen zu heben. „Das Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, die Notwendigkeit zu einer Vereinheitlichung der Bekämpfung der Tuberkulose und

⁵⁹⁶ Vgl. Kammergesetz 1926, S. 354, § 4; Georg Schneider, Mitteilung, in: ÄB BB, Nr. 3 vom 20. Januar 1928, S. 29. Siehe näher Joachim, Das preußische Gesetz, S. 34, 100-111.

⁵⁹⁷ Vgl. Kammergesetz 1926, S. 354, § 3; Joachim, Das preußische Gesetz, S. 28, 98ff.

⁵⁹⁸ Grundlage der engen Zusammenarbeit und Ausdruck der engen Verbundenheit von Kammer und Verband war der Erwerb einer gemeinsamen Geschäftsstelle in Berlin-Grünwald am Bismarckplatz nahe dem Bahnhof Halensee, die zum 1. Oktober 1928 bezogen wurde; vgl. Max Landsberg, Zum Beginn des Jahres 1929, in: ÄB BB, Nr. 1 vom 1. Januar 1929, S. 1f., hier S. 2.

⁵⁹⁹ Zitiert nach Max Landsberg, Vom 8. Brandenburgischen Aertztetag, in: ÄB BB, Nr. 28 vom 1. Oktober 1928, S. 338-343, hier S. 340. Nachfolgend vgl. ebd.

⁶⁰⁰ Zum öffentlichen Gesundheitswesen in der Weimarer Republik siehe beispielsweise Sachße/Tennstedt, Geschichte, S. 114-138; Sabine Schleiermacher, Prävention und Prophylaxe. Eine gesundheitliche Leitidee im Kontext verschiedener politischer Systeme, in: Alfons Labisch/Norbert Paul (Hrsg.), Historizität. Erfahrung und Handeln – Geschichte und Medizin. Für Werner Friedrich Kümmel (= Sudhoffs Archiv, Beih. 54), Stuttgart 2004, S. 171-178.

⁶⁰¹ Vgl. Emil Moritz Schultes, Die ärztlichen Fortbildungskurse im Jahre 1929, in: ÄB BB, Nr. 7 vom 1. März 1929, S. 79f., hier S. 79.

die vielfach unzureichende Vorbildung der Aerzte auf dem Gebiete der Unfallbehandlung“ hätten dies „zu einem zwingenden Gebot“ gemacht, wie der DÄVB in einem Rundschreiben mitteilte.⁶⁰²

Schneider initiierte Ende 1928, dass die Organisation der Fortbildungskurse sowie die Bereitstellung von Vertretern für die teilnehmenden Ärzte den Ärztekammern aufgetragen wurden.⁶⁰³ Sodann finanzierte und organisierte die Kammer Brandenburg-Grenzmark regelmäßig Tuberkulose-, Krebs- und Unfallseminare, Veranstaltungen zur Bekämpfung von Geschlechtskrankheiten sowie Weiterbildungen in Hebammenanstalten und unterrichtete die Ärzte darüber in der Landespresse. Jährlich waren hierfür neben dem Zuschuss des DÄVB 10.000 Mark aus dem Kammeretat vorgesehen.⁶⁰⁴ Aus den Berichten des Ärzteblattes geht hervor, dass die Kurse stets ausgebucht und äußerst zielführend waren. Dabei wurden in Vorträgen aktuelle „Forschungsergebnisse und neue Wege der Diagnostik“ gelehrt; in praktischen Phasen konnte das neu erlangte Wissen von den Ärzten angewandt werden.⁶⁰⁵

Neben den Seminaren war bereits 1926 ein Ärztlicher Rundfunk eingerichtet worden, der über den Königs Wusterhausener Radiosender empfangen werden konnte. Durch die Übertragung von Lehrvorträgen angesehener Mediziner erhielten auch die Ärzte auf dem Land und in den kleineren Städten die Möglichkeit, sich in gesundheitspolitischen und hygienischen Fragen fortzubilden. Zu empfangen war der Ärztliche Rundfunk in ganz Deutschland.⁶⁰⁶

Mit ihrer ärztlichen Fortbildung stand die Ärztekammer Brandenburg-Grenzmark Schneiders Empfinden nach „an der Spitze aller deutschen Kammern“.⁶⁰⁷ Vorbildhaft wirkte sich dies auf den Ärzteverband der Provinz Brandenburg aus, dessen Vorstand zum Jahresbeginn 1929 die Förderung einer besseren Ausbildung der Ärzte in der Seuchenbekämpfung und Gesundheitsfürsorge beschloss.⁶⁰⁸ Hierbei fruchtete ohne Zweifel Schneiders Doppelvorsitz in Kammer und Verband. Bereits im September des Vorjahrs hatte die Verbandsversammlung auf dem 8.

⁶⁰² Zitiert nach Deutscher Aerztevereinsbund, in: ÄB BB, Nr. 34 vom 1. Dezember 1928, S. 415. Vgl. auch Max Landsberg, Aus der Sitzung des Vorstandes der Ärztekammer vom 21. Nov. 1928, in: ebd. Das *Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten* vom 18. Februar 1927 findet sich wieder im RGBl. 1927, S. 61ff.

⁶⁰³ Vgl. Herweg, Über Themen, S. 40f.

⁶⁰⁴ Vgl. und siehe ausführlich Georg Schneider, Mitteilungen der Ärztekammer für die Provinzen Brandenburg und Grenzmark Posen-Westpreußen, in: ÄB BB, Nr. 13 vom 1. Mai 1929, S. 159; ders., Mitteilungen der Ärztekammer, in: ÄB BB, Nr. 9 vom 20. März 1931, S. 101f.; Jahresbericht der Ärztekammer für 1931 (Fortsetzung aus Nr. 12), in: ÄB BB, Nr. 13 vom 1. Mai 1932, S. 170-174, hier S. 170ff.

⁶⁰⁵ Schultes, Die ärztlichen Fortbildungskurse, S. 79.

⁶⁰⁶ Vgl. Max Landsberg, Medizin im Rundfunk, in: ÄB BB, Nr. 10 vom 1. April 1926, S. 123f.

⁶⁰⁷ Jahresbericht der Ärztekammer für 1931 (Fortsetzung aus Nr. 12), S. 171. Auch auf dem 50. DÄT in Köln im Juni 1931 wurde die ärztliche Fortbildung der Kammer Brandenburg-Grenzmark als vorbildlich hervorgehoben; vgl. Hugo Mussaeus, Der 50. Deutsche Aertztag in Köln, in: ÄB BB, Nr. 20 vom 10. Juli 1931, S. 241ff., hier S. 242.

⁶⁰⁸ Vgl. Max Landsberg, Die erste Abgeordnetenversammlung des Ärzteverbandes der Provinz Brandenburg e. V., in: ÄB BB, Nr. 4 vom 1. Februar 1929, S. 42-47, hier S. 42.

Brandenburgischen Ärztetag die Bildung der Arbeitsgemeinschaften des Reichsarbeitsministeriums begrüßt und ein dauerhaftes ärztliches Mitwirken gefordert. Zudem hatte sie alle dem Ärzteverband angeschlossenen Vereine und deren Mitglieder zur Beteiligung an den Aufgaben der Gesundheitsfürsorge aufgerufen.⁶⁰⁹

Für seine Verdienste wurde Georg Schneider am 1. März 1933 vom Kuratorium der 1903 gegründeten Kaiserin Friedrich-Stiftung für das ärztliche Fortbildungswesen ausgezeichnet. Anlässlich der Feier zum 25-jährigen Bestehen des Kaiserin Friedrich-Hauses in Berlin, dem Sitz der Stiftung, erhielt er neben 13 weiteren Personen eine hierzu eigens angefertigte Medaille.⁶¹⁰

Auch das Vorgehen gegen die Kurpfuscherei war weiterhin von enormem Interesse und galt als Voraussetzung eines funktionierenden Gesundheitswesens. Denn, wie Schneider schon 1925 im Ärzteblatt ausgeführt hatte, sei „die Spekulation auf Dummheit und Aberglauben die sicherste Kapitalanlage, und die skrupellose Propaganda und Reklame der beste Wegbereiter“ der Pfuscher.⁶¹¹ Die Arbeit der Kurpfuscherei-Kommission erstreckte sich über 1928 hinaus auf die Verfolgung laienmedizinischer Tätigkeiten und die Übermittlung ihrer Erkenntnisse an die Kammer bzw. an die zuständigen Behörden. Intensiviert wurde unter Schneider zudem die Beziehung der Kammer zur Deutschen Gesellschaft der Kurpfuscherei.⁶¹²

Aufgrund der Kurierfreiheit waren den Ärzteorganisationen in ihrem Vorgehen gegen die Kurpfuscherei oftmals die Hände gebunden. Die alte Forderung nach Revision der Gewerbeordnung bei Schaffung einer einheitlichen Reichsärzteordnung gewann daher wieder an Gewicht. An diesen Bestrebungen beteiligte sich Georg Schneider aktiv im Rahmen seines berufspolitischen Engagements außerhalb der Provinz Brandenburg.

4.4 Georg Schneiders berufspolitisches Engagement im Deutschen Ärztevereinsbund

Georg Schneiders fachliche wie gesundheitspolitische Kenntnisse und sein standespolitisches Engagement in den verschiedenen Ärzteorganisationen der Provinz Brandenburg wie dem

⁶⁰⁹ Vgl. ders., Der 8. Brandenburgische Aertzetag, in: ÄB BB, Nr. 27 vom 20. September 1928, S. 329f.

⁶¹⁰ Vgl. IGEM, Nachlass Heinz Goerke, Ordner Dr. Georg Schneider (1875-1949) div. Mat., o. Bl.: Karteikartennotiz Heinz Goerkes zu Georg Schneiders Wirken für die ärztliche Fortbildung.

⁶¹¹ Schneider, Fünfter Aertzetag, S. 305.

⁶¹² Vgl. Max Landsberg, Sitzung der Aerztekammer für die Provinzen Brandenburg und Grenzmark Posen-Westpreußen, in: ÄB BB, Nr. 6 vom 20. Februar 1929, S. 71-74, hier S. 72; Georg Schneider, Mitteilungen der Aerztekammer, in: ÄB BB, Nr. 32 vom 10. November 1930, S. 377. Siehe auch Informationskurs über die Bekämpfung des Kurpfuschertums am 13. November 1932. Bericht von Dr. Miemietz, Wriezen, in: ÄB BB, Nr. 35 vom 10. Dezember 1932, S. 435f.; Informationskurs über die Kurpfuschereibekämpfung, veranstaltet von den Aerztekammern für die Provinzen Brandenburg und Grenzmark Posen-Westpreußen in Gemeinschaft mit der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung des Kurpfuschertums am Sonntag, den 13. November 1932, Berlin 1932.

Schutzverband der Ärzte des Bezirks Potsdam, dem Ärzteverband und der Ärztekammer fanden uneingeschränkte Anerkennung. Folglich wurde er auch in die ärztlichen Spitzenverbände auf Reichsebene delegiert. Bereits 1909 war er Obmann im Leipziger Verband und in dessen Beirat an wesentlichen Verhandlungen über das deutsche Kassenarztrecht beteiligt. Ab 1928 saß er im Ausschuss der preußischen Ärztekammern und gestaltete von hier aus das Kammerwesen des Freistaates mit.

Herauszuheben ist allerdings Schneiders Stellung im DÄVB, wo er ab 1922 dem Geschäftsausschuss⁶¹³ angehörte und auf wiederholt geäußertem Wunsch seiner Kollegen hin im Juni 1926 zum Generalsekretär aufstieg. Mit der damit steigenden Arbeitsbelastung sah er sich dazu gezwungen, im selben Jahr auf die Ausübung seiner ärztlichen Praxis zu verzichten. Die „ständige Durchführung von zwei Hauptberufen [...] habe] übermäßige Anforderungen“ an ihn gestellt.⁶¹⁴ 1929 übernahm Schneider neben der Geschäftsführung auch das Amt des Zweiten Vorsitzenden im DÄVB.⁶¹⁵ Damit besaß er „in dem einflussreichsten Gremium der ärztlichen Berufspolitik in Deutschland bestimmendes Gewicht“ und „eine Schlüsselstellung in der deutschen Gesundheits- und ärztlichen Berufspolitik“.⁶¹⁶ Seinen Einfluss, den er vor allem über das Amt im Geschäftsausschuss respektive Vorstand des DÄVB besaß, brachte Schneider rückblickend zum Ausdruck, als er im Mai 1933 – inzwischen war der Ärztestand gleichgeschaltet – vor einigen nationalsozialistischen Ärztevertretern Rechenschaft über den Führungsstil im Verband ablegte: „[...] der Ärztevereinsbund habe immer eine autoritäre Leitung gehabt [...]. Ich habe mich mit dem Hinweis begnügt, daß wir nur jährlich eine mehr dekorative Mitgliederversammlung (den Ärztetag) hatten u. daß sämtliche Protokolle der letzten 7 Jahre nur vereinzelte Punkte enthalten, in denen eine Abstimmung erfolgt ist, die niemals bei prinzipiellen Fragen ein anderes Ergebnis hatte, als es der Vorstand wünschte.“⁶¹⁷

Mit seinem Antritt als Generalsekretär wurde die Geschäftsstelle des DÄVB in Schneiders Wohnort nach Potsdam verlegt. Damit sollte die Verwaltungsarbeit erleichtert und optimiert werden. Anfangs teilte er sich mit vier weiteren Angestellten zwei Räume in der Babelsberger Straße 4. Wegen der zunehmenden Aufgaben und der steigenden Arbeitsintensität erwarb der

⁶¹³ Der Geschäftsausschuss war das zentrale Organ des DÄVB und für dessen gesamte Verwaltung zuständig. Er wählte den Vorsitzenden des Ärztevereinsbundes, hatte die Beschlüsse der Ärztetage auszuführen und schlichtete Streitigkeiten der ihm angeschlossenen Vereine. Vgl. und siehe ausführlich Satzung des Deutschen Ärztevereinsbundes. Fassung von 1926, abgedruckt in Finkenrath, Die Organisation, S. 21-25, hier S. 23f., §§ 6-11.

⁶¹⁴ IGEM, Nachlass Heinz Goerke, Ordner Dr. Georg Schneider (1875-1949) div. Mat., o. Bl.: Auszüge aus einem Brief Georg Schneiders an den Kölner Ärzteverein von 1932, S. 2f., Zitat S. 2.

⁶¹⁵ Die wesentlichen Ämter, die Schneider auf provinzieller und Reichsebene bekleidete, sind zusammengefasst in Goerke, Heilkunde, S. 226f.

⁶¹⁶ Ebd., S. 167.

⁶¹⁷ IGEM, Nachlass Heinz Goerke, Ordner Dr. Georg Schneider (1875-1949) div. Mat., o. Bl.: Schreiben Georg Schneiders an Alfons Stauder vom 25. Mai 1933.

Vereinsbund 1928 ein dreitägiges Haus in der Schützenstraße 10 auf dem Brauhausberg, das Platz für mehr Mitarbeiter bot. Hier richtete Schneider auch seine Privatwohnung ein.⁶¹⁸ Mit Curt Walder wurde zudem ein weiterer geschäftsführender Arzt verpflichtet. Unter Schneiders Geschäftsleitung konnte die Zahl der Mitgliedsvereine des DÄVB nochmals erhöht werden, indem er noch nicht angeschlossene Organisationen anscrieb und zum Beitritt aufforderte. Gehörten dem Dachverband zum Ende des Jahres 1927 noch 600 Ärztevereine an, waren es etwa drei Jahre später schon 619 mit mehr als 41.700 Mitgliedern.⁶¹⁹

Als einziger hauptberuflicher Standespolitiker im DÄVB⁶²⁰ hatte Schneider zahlreiche Aufgaben zu erfüllen. Die von ihm selbst verfassten Geschäftsberichte⁶²¹ geben einen näheren Einblick in seine Tätigkeitsfelder und somit auch in die standes- und gesundheitspolitischen Interessen seiner Zeit. Insbesondere beschäftigten den Geschäftsausschuss Honorarfragen, einerseits im Rahmen der Auseinandersetzungen zwischen Ärzten und Krankenkassen bzw. deren Verbänden, andererseits aber auch bezüglich der Honorierung der Privat-, Assistenz- und beamteten Ärzte. Er beurteilte die bei ihm eingegangenen Streitfälle und versuchte diese zu schlichten.⁶²² Ein weiterer Schwerpunkt der Arbeit des Geschäftsausschusses bestand in der Diskussion der Zugangsbedingungen zum Arztberuf und der ärztlichen Ausbildung. Aufgrund der wahrgenommenen ‚Überfüllung‘ des Ärztestands⁶²³ sprachen Schneider und der Geschäftsausschuss ab dem Jahr 1928 Warnungen vor dem Medizinstudium aus, berieten über eine Verschärfung der Studien- und Prüfungsordnung und reichten revidierende Vorschläge ein, die zum Teil durchgesetzt wurden.⁶²⁴ Außerdem hatte der Geschäftsausschuss verschie-

⁶¹⁸ Vgl. BLHA, Rep. 72 Ärztekammer für die Provinz Brandenburg Nr. 3054, o. Bl.: Fragebogen Georg Schneiders zur erstmaligen Meldung bei der Reichsärztekammer – Ärztekammer Brandenburg vom 6. Mai 1936.

⁶¹⁹ Vgl. Finkenrath, Die Organisation, S. 21; Goerke, Heilkunde, S. 168, 170; IGEM, Nachlass Heinz Goerke, Ordner Dr. Georg Schneider (1875-1949) div. Mat., o. Bl.: Auszüge aus einem Brief Georg Schneiders an den Kölner Ärzteverein von 1932, S. 3f.

⁶²⁰ Vgl. Herweg, Über Themen, S. 5.

⁶²¹ Geschäftsbericht des Deutschen Ärztevereinsbundes, Berlin 1926-1930; Jahresbericht des Deutschen Ärztevereinsbundes, Berlin 1931-1933. Ilona Herweg wertet in ihrer Dissertation 33 von Georg Schneider verfasste, aber nicht veröffentlichte Ergebnisprotokolle des Vorstandes und des Geschäftsausschusses des DÄVB aus, die Grundlage der Geschäftsberichte waren, und fasst die Diskussionspunkte der Gremien reflektiert zusammen; siehe Herweg, Über Themen.

⁶²² Vgl. und siehe ausführlich Herweg, Über Themen, S. 8-14.

⁶²³ Wegen der wachsenden Zahl an Medizinstudenten und den vielen Jungärzten, die zum Teil lange Zeit auf eine Kassenzulassung warten mussten und auch keine Alternative als Privat- oder angestellter Arzt hatten, wurde seitens der Standesvertretungen während der gesamten Weimarer Epoche immer wieder auf die ‚Überfüllung‘ ihres Berufsstandes hingewiesen. Folge hiervon war ein sich verschärfender Konkurrenzdruck. Vgl. Hafenerger/Velke/Frings, Geschichte, S. 78, und siehe näher ebd., S. 117ff.; Seela, Die Ärzteschaft, S. 145-148; Wolff, Mehr als nur materielle Interessen, S. 124-130.

⁶²⁴ Vgl. und siehe ausführlich Herweg, Über Themen, S. 31-39. Siehe hierzu auch die Ausführungen Schneiders auf dem 7. Brandenburgischen Ärztetag im Dezember 1927, protokolliert von Max Landsberg, 7. Brandenburgischer Aertztag, o. S.

denste Streitfragen, die im Zusammenhang mit der ärztlichen Praxisausübung und der Kollegialität bzw. Kurpfuscherei standen, zu beantworten.⁶²⁵

Ein weiteres zentrales Thema war die ärztliche Fortbildung. Hierfür stellte der DÄVB zunächst wenig Angebote für die Ärzte zur Verfügung. Zum einen fehlte es am nötigen Kapital, zum anderen erwies sich die Realisierung von Fortbildungskursen als schwierig, da den Teilnehmern keine Entschädigung für Praxisausfall oder -vertretung gezahlt werden konnte. Die Situation änderte sich jedoch ab 1928/29. Auf Initiativvorschlag Schneiders wurden jetzt die Ärztekammern in die Organisation der ärztlichen Fortbildung mit einbezogen. Schwerpunkte für die Veranstaltungen bildete die Vermittlung von Kenntnissen auf den Gebieten der Volkskrankheit Tuberkulose, der Geschlechtserkrankungen, der Unfallkunde und der Krebskrankheiten. Auch wurden Gutachterseminare und Schulungen für Gefängnisärzte ins Auge gefasst.⁶²⁶

Zu den vielseitigen Verpflichtungen Schneiders als Hauptgeschäftsführer des DÄVB gehörte des Weiteren die Vorbereitung der Deutschen Ärztetage. Hierbei trat er mit vielen in der Ärzteschaft prominenten Kollegen in Kontakt und hielt Verbindung zu verschiedenen Reichsministerien, dem Reichsgesundheitsamt, den Versicherungsträgern und weiteren gesundheitspolitischen Organisationen. Ein besonderes Anliegen war ihm überdies der internationale Erfahrungsaustausch. In der Association Professionelle Internationale des Médecins, einem Zusammenschluss von Delegierten ärztlicher Berufsvereinigungen aus mehreren Ländern, der erstmals 1926 tagte, repräsentierte Schneider bis 1934 den DÄVB. Auf der Jahresversammlung 1928 in Paris referierte er zum Beispiel über das Verhältnis der ärztlichen Organisationen zur Sozialversicherung. Darüber hinaus war er Mitglied des Verwaltungsrats und aller wichtigen Ausschüsse der Assoziation. Einer davon vertrat sogar die ärztlichen Interessen gegenüber verschiedenen Einrichtungen des Völkerbunds wie dem Internationalen Arbeitsamt in Genf.⁶²⁷ Während seiner Zeit im DÄVB entwickelte sich zwischen Georg Schneider und Alfons Stauder, der 1925 stellvertretender und im Jahr darauf erster Vorsitzender des DÄVB wurde und ab 1929 zeitgleich den Vorsitz des Hartmannbundes einnahm,⁶²⁸ nicht nur eine enge kollegia-

⁶²⁵ Siehe ausführlich Herweg, Über Themen, S. 15-30.

⁶²⁶ Vgl. ebd., S. 40.

⁶²⁷ Vgl. und siehe ausführlich Goerke, Heilkunde, S. 170-175.

⁶²⁸ Zu Alfons Stauder (1878-1937) siehe beispielsweise die Kurzbiographie bei Schwoch, Ärztliche Standespolitik, S. 375f. Erhalten sind überdies einige biographische Zeugnisse, die Georg Schneider gesammelt hatte, so zum Beispiel ein Lebenslauf Alfons Stauders, verfasst von seinem Sohn; siehe IGEM, Nachlass Heinz Goerke, Ordner Dr. Georg Schneider (1875-1949) div. Mat., o. Bl.: Schreiben Georg Schneiders an Fritz Lejeune vom 23. Oktober 1940 samt Anhängen.

le, sondern auch eine vertrauliche und freundschaftliche Zusammenarbeit.⁶²⁹ Gemeinsam standen sie für „eine weitgehende Geschlossenheit der Spitzenverbände“ der deutschen Ärzteschaft.⁶³⁰ Dass ihr Zusammenwirken „unter beachtlicher Effizienz erfolgt ist“⁶³¹, zeigen die Resultate und Errungenschaften ihrer Arbeit.

In Schneiders Amtszeit im Geschäftsausschuss bzw. als Geschäftsführer des DÄVB stehen vor allem sein Mitwirken bei der Erarbeitung der 1926 erlassenen *Standesordnung für die deutschen Ärzte*, seine kontinuierliche Tätigkeit in der Kommission und im Ausschuss für eine Deutsche Ärzteordnung in den Jahren 1925 bis 1933 und die Einrichtung eines Ärztlichen Sonderkontos für parteipolitisch aktive Ärzte im Jahr 1928 hervor.

Über eine Musterstandesordnung, die als Vorlage für möglichst alle Vereine, Verbände und Kammern im Deutschen Reich gedacht war, diskutierten die Spitzenvertreter des ärztlichen Standes auf den deutschen Ärztetagen in den Jahren 1925 und 1926. Die endgültige Fassung wurde vom Geschäftsausschuss des DÄVB als erstes großes Ergebnis unter Schneiders Leitung am 5. September 1926 verabschiedet.⁶³² Für die Vereinheitlichung der Organisation des deutschen Ärztestandes stellte die Ordnung einen erheblichen Fortschritt dar, sie könnte sogar, wie vom Geschäftsausschuss des DÄVB beabsichtigt, als Vorstufe einer staatlich anerkannten Deutschen Ärzteordnung charakterisiert werden.⁶³³ Dabei festigte sie den Anspruch auf berufliche Selbstverwaltung.⁶³⁴ Wie vielerorts wurde das Muster auch für die Provinzen Brandenburg und Grenzmark durch die Ärztekammer übernommen.⁶³⁵

Die Standesordnung schrieb als ethischen Grundsatz fest, dass die ärztliche Berufsausübung „nicht lediglich zum Zwecke des Erwerbs [erfolge ...], sondern unter dem höheren Gesichtspunkte der Fürsorge für die Gesundheit des einzelnen wie für die Wohlfahrt der Allgemeinheit“ stehe. Damit sei der „Beruf des deutschen Arztes [...] Gesundheitsdienst am deutschen Volke“.⁶³⁶ Zudem sollte jeder Arzt seinen Beruf gewissenhaft ausüben und seinen Berufsstand

⁶²⁹ Vgl. Goerke, Heilkunde, S. 167. Schneiders Stellung und Wertschätzung innerhalb der gesamten Ärzteschaft belegt auch die 1929 geäußerte Bitte mehrerer Landesverbände, dass er den Vorsitz des Hartmannbundes übernehmen möge; vgl. IGEM, Nachlass Heinz Goerke, Ordner Dr. Georg Schneider (1875-1949) div. Mat., o. Bl.: Auszüge aus einem Brief Georg Schneiders an den Kölner Ärzteverein von 1932, S. 4.

⁶³⁰ Goerke, Heilkunde, S. 170.

⁶³¹ Herweg, Über Themen, S. 4.

⁶³² Vgl. ebd., S. 15; Knüpling, Untersuchungen, S. 19f. Ebenso, wenn auch zum Teil im nationalsozialistischen Duktus verfasst, Alfred Voigt, Die Reichsärzteordnung und ihre Vorgeschichte, Diss., Annaberg im Erzgebirge 1937, S. 27.

⁶³³ Vgl. Knüpling, Untersuchungen, S. 19.

⁶³⁴ Vgl. Taupitz, Die Standesordnungen, S. 285.

⁶³⁵ Vgl. Landsberg, Eröffnungs-Sitzung, S. 39.

⁶³⁶ Standesordnung für die deutschen Aerzte. (Endgültige Fassung, festgelegt vom Geschäftsausschuss in seiner Sitzung am 5. September 1926.), in: Aertzliches Vereinsblatt für Deutschland, Nr. 1395 vom 11. Oktober 1926, Sp. 417-422, hier Sp. 417, § 1a.

ehrenvoll vertreten, die öffentliche Gesundheitspflege fördern, sich in ärztlichen Vereinigungen aktiv an der Standespolitik beteiligen und bemüht sein, das Kurpfuscher- und Geheimmittelwesen zu bekämpfen.⁶³⁷ Ferner enthielt die Standesordnung Richtlinien bezüglich der ärztlichen Praxis, also dem Abhalten von Sprechstunden bzw. Hausbesuchen, der Ausstellung von Gutachten und Zeugnissen sowie der Honorierung.⁶³⁸ Den umfangreichsten Part nahmen die Bestimmungen zum ärztlichen Verhalten untereinander, in der Öffentlichkeit und gegenüber anderen Berufsgruppen ein. Diese umfassten unter anderem die Förderung des kollegialen Verhaltens, das Verbot des unlauteren Wettbewerbs und der öffentlichen Anpreisung von Behandlungen sowie die Vertretungs- und Facharztfrage.⁶³⁹

Als wichtigstes Vorhaben für die zukünftige Entwicklung des deutschen Ärztetags hob Schneider auf dem Brandenburgischen Ärztetag 1926 die Erarbeitung einer Reichsärzteordnung und die Errichtung einer Reichsärztekammer hervor.⁶⁴⁰ Der Geschäftsausschuss des DÄVB hatte sich schon über mehrere Monate mit dieser wiedererwachten Forderung⁶⁴¹ beschäftigt und eigens hierfür im Oktober 1925 eine sechsköpfige Kommission berufen, der auch Schneider angehörte.⁶⁴² In mehreren Sitzungen erarbeitete sie einen im September 1926 auf dem DÄT von Alfons Stauder erörterten „Antrag zur Schaffung einer deutschen Ärzteordnung unter Herausnahme des deutschen Arztes aus der Reichsgewerbeordnung“.⁶⁴³

Ziel war es, dass „die gesamte deutsche Aerzteschaft berufsorganisatorisch vereinigt, ihre Aufgaben, Rechte und Pflichten festgelegt, ihre rechtliche Stellung zum Staate und zur Gesetzgebung geregelt und damit die in der deutschen Aerzteschaft vorhandenen Kräfte und Fähigkeiten für die Gesundheitspflege des deutschen Volkes zur richtigen Geltung gebracht wer-

⁶³⁷ Vgl. ebd., Sp. 417f., § 1b-h.

⁶³⁸ Vgl. ebd., Sp. 418f., §§ 2-7.

⁶³⁹ Vgl. ebd., Sp. 419-422, §§ 8-20.

⁶⁴⁰ Vgl. Max Landsberg, Brandenburgischer Aertzetag. Erster Tag, in: ÄB BB, Nr. 36 vom 20. Dezember 1926, S. 429-432, hier S. 432.

⁶⁴¹ Die Schaffung einer alle deutsche Ärzte umfassenden Assoziation war bereits ein zentrales Ziel der Medizinalreformbewegung der 1840er Jahre gewesen. Auch auf den Deutschen Ärztetagen vor dem Ersten Weltkrieg, insbesondere in den 1880 Jahren, wurde über eine einheitliche Institution und Ordnung für alle Ärzte des Deutschen Reichs beraten. Dabei sollte die Reichsgewerbeordnung dahingehend revidiert werden, dass die Bestimmungen zum Arztberuf herausgenommen und teilweise in die Ärzteordnung übernommen würden. Entsprechende Anträge und Entwürfe des DÄVB-Geschäftsausschusses wurden von der Reichsregierung zur Kenntnis genommen, gesetzgeberische Maßnahmen allerdings nicht eingeleitet, da die Organisation des Ärztetages den einzelnen Provinzial- bzw. Landesregierungen oblag. Die ersten Vorarbeiten für eine Reichsärzteordnung und -kammer nach dem Ersten Weltkrieg wurden aufgrund der unruhigen politischen Lage wieder fallengelassen. Vgl. und siehe ausführlich Graf, Das ärztliche Vereinswesen, S. 40-52; Knüpling, Untersuchungen, S. 8ff.; Voigt, Die Reichsärzteordnung, S. 11-15.

⁶⁴² Vgl. Knüpling, Untersuchungen, S. 21f.

⁶⁴³ Hier und nachfolgend GStA PK, I. HA Rep. 76 Kultusministerium, VIII B Nr. 767, o. Bl.: Stenographischer Bericht über die Verhandlungen des 45. Deutschen Aertzetages am 25. und 26. Juni 1926 in Eisenach im Hotel „Fürstenhof“. Offizielles Protokoll, in: Aertztliches Vereinsblatt für Deutschland, Nr. 1389 vom 11. August 1926, S. 1-78, hier S. 8. Vgl. auch Knüpling, Untersuchungen, S. 24f.; Voigt, Die Reichsärzteordnung, S. 27f.

den“ . Kurzum sollten der Rahmen des ärztlichen Handelns sowie die Rolle des Arztes in Staat und Gesellschaft kodifiziert werden. Als zentrale Institution war eine auf dem Prinzip der Selbstverwaltung fußende Reichsärztekammer als Körperschaft des öffentlichen Rechts vorgesehen, der alle deutschen Ärzte verpflichtend beizutreten hätten. Das Delegiertengremium der deutschen Ärzte sollte gesetzlich anerkannt sein, aber durch die Ärzteschaft selbst gebildet werden, den staatlichen Vertretern und Behörden als Verhandlungspartner in gesundheits- und berufspolitischen Angelegenheiten gegenüberstehen, die ärztliche Berufsausübung überwachen und gegebenenfalls disziplinierend eingreifen können. Der Reichsärztekammer untergeordnet wären die Kammern der Länder bzw. Provinzen, ihnen wiederum die Zusammenschlüsse aller Ärzte eines Bezirks oder einer reichsunmittelbaren Stadt.

Die Delegierten des Ärztetags nahmen den Antrag der Kommission nahezu einstimmig an und beauftragten den Geschäftsausschuss des DÄVB, die notwendigen Verhandlungen mit der Reichsregierung, den Reichsministerien und dem Reichstag sofort aufzunehmen. Das Reichsinnenministerium teilte mit, über eine deutsche Ärzteordnung beraten zu wollen, sobald ein Entwurf seitens des Vereinsbundes vorliege. Daraufhin konstituierte der DÄVB im Dezember 1927 einen Ärzteordnungsausschuss, der mit der Ausarbeitung der Gesetzesvorlage beauftragt wurde. Bei den Verhandlungen nahm Schneider eine führende Position ein und war somit maßgeblich an der Gestaltung des im September 1928 vorliegenden Erstentwurfs beteiligt.⁶⁴⁴ Im Wesentlichen wurden darin die Voraussetzungen zur beruflichen Zulassung, also der Schulabschluss, die Prüfungsordnungen des Medizinstudiums und das Bestallungs- wie Promotionsverfahren geregelt, die Rechte und Pflichten der approbierten Ärzte festgeschrieben und das System der ärztlichen Honorierung vereinheitlicht. Weiterhin hierarchisierte der Entwurf die ärztliche Standesvertretung samt ihrer Gerichtsbarkeit und regelte deren Beziehungen zu den Behörden und Versicherungsträgern. Die „Reichsärztekammer mit eigener Verwaltung, voller Selbständigkeit und eigener Verantwortung“⁶⁴⁵ sollte Schneiders Vorstellungen entsprechend „ausgestattet [sein] mit Disziplinarbefugnis, als maßgebende Gutachterstelle für Fragen des Prüfungswesens, der Approbation, neuer Gesetzentwürfe usw.“⁶⁴⁶

⁶⁴⁴ Vgl. hier und nachfolgend Goerke, Heilkunde, S. 171f.; Knüpling, Untersuchungen, S. 26-29. Bei der inhaltlichen Ausrichtung des Gesetzesentwurfs konnten die Ausschussmitglieder auf die 1882 vom zehnten DÄT in Nürnberg beschlossenen Grundzüge einer deutschen Ärzteordnung zurückgreifen. Diese sind abgedruckt in Graf, Das ärztliche Vereinswesen, S. 43ff. Vgl. auch Voigt, Die Reichsärzteordnung, S. 11ff. Ebenso grundlegend für die Ärzteordnung waren die Bestimmungen der 1926 vom DÄVB verabschiedeten *Standesordnung für die deutschen Ärzte*.

⁶⁴⁵ Landsberg, Eröffnungs-Sitzung, S. 31.

⁶⁴⁶ Ders., 7. Brandenburgischer Aertzetag, o. S.

Einsicht in den Erstentwurf hatten zunächst lediglich der Geschäftsausschuss des DÄVB und der Vorstand des Hartmannbundes, neu gebildete Ausschüsse mit Vertretern beider Spitzenverbände überarbeiteten ihn wiederholt.⁶⁴⁷ 1931 wurden zudem die Vorsitzenden aller Ärztekammern des Deutschen Reichs hinzugezogen und gründeten zugleich am 10. Mai eine Vereinigung der deutschen Ärztekammern. Sie sollte als vermittelnde Instanz der Kammern und Beirat des DÄVB wirken.⁶⁴⁸ Schneider, Schriftführer dieser neuen Organisation, sah in ihr bereits die „Vorstufe zu der kommenden Reichsärztekammer“, die „dem Gesetzgeber gewisse Anhaltspunkte für das Statut geben [sollte], das er evtl. für sie einmal in Aussicht nimmt“.⁶⁴⁹ Auf dem Deutschen Ärztetag am 18. und 19. Juni 1931 wurde der Entwurf der Ärzteordnung in Teilen erstmals öffentlich vorgestellt. Im Folgejahr kam es zu weiteren Ausfeilungen seitens des DÄVB-Geschäftsausschusses sowie der Vereinigung der Ärztekammern.⁶⁵⁰ Letztendlich wurde eine Reichsärzteordnung aber erst 1935 erlassen – als Instrument der nationalsozialistischen Gleichschaltung. Die grundlegenden Inhalte des von Schneider et al. erarbeiteten Entwurfs blieben zwar erhalten, ergänzend traten jedoch rassenhygienische Forderungen hinzu, und die zu errichtende Reichsärztekammer strukturierte sich gemäß dem Führerprinzip. Wie im Ärzteverband der Provinz Brandenburg widmete sich Schneider auch als Geschäftsführer im Vereinsbund der kollegialen Fürsorge und konnte hierbei beachtliche Erfolge verbuchen. Im Oktober 1928 beantragte der DÄVB-Geschäftsausschuss die Eröffnung eines Ärztlichen Sonderkontos, dessen Mittel für die Unterstützung von Ärzten vorgesehen waren, die ein politisches Mandat im Reichs- oder Landtag innehatten. Viele ärztliche Standesvertreter waren auch parteipolitisch aktiv, ohne dass dies Voraussetzung für ein berufspolitisches Amt war. Mit Ausnahme von Tagegeldern gab es für die Abgeordneten seitens der Parlamente jedoch keine Entschädigungen. Etwaige Verluste in ihrer beruflichen Praxis, die die Ärzte aufgrund ihrer politischen Tätigkeit verzeichnen mussten, etwa durch Vertretungen, Ausfälle oder Patientenrückgang, sollten mit den Sonderfonds-Zahlungen ausgeglichen werden. Subventionen gab es auch für die Organisation des Wahlkampfes. Hinter der fürsorglichen Unterstützung steckte auch die Absicht, dass Ärzte über ihr Mandat die beruflichen Standesinteressen in die politische Diskussion einbringen.⁶⁵¹

⁶⁴⁷ Siehe ausführlich Knüpling, Untersuchungen, S. 30-39.

⁶⁴⁸ Vgl. ebd., S. 36; Goerke, Zur Geschichte, S. 96.

⁶⁴⁹ Jahresbericht der Aeztekammer für 1931, in: ÄB BB, Nr. 12 vom 20. April 1932, S. 158-163, hier S. 158.

⁶⁵⁰ Vgl. ebd.; Jahresbericht des Vorsitzenden der Aeztekammer in der Kammerversammlung am 25. Februar 1933, in: ÄB BB, Nr. 11 vom 10. April 1933, S. 138-144, hier S. 138; Knüpling, Untersuchungen, S. 40ff.; Voigt, Die Reichsärzteordnung, S. 29f.

⁶⁵¹ Vgl. hier und nachfolgend Goerke, Heilkunde, S. 172f. Siehe ausführlich IGEM, Nachlass Heinz Goerke, Ordner Dr. Georg Schneider (1875-1949) div. Mat., o. Bl.: Privat-Akten Dr. Schneider – Sonderfonds. Hieraus insbesondere das Schreiben der Hauptgeschäftsstelle des Verbands der Ärzte Deutschlands, gez. Hermann

Die Verwaltung des Sonderfonds übernahm ein Ausschuss, dem Georg Schneider und Alfons Stauder als Vertreter des DÄVB sowie Hermann Lautsch und Paul Streffer bzw. ab 1929 Franz Reichert⁶⁵² vom Hartmannbund angehörten. Er traf die Entscheidungen über die Unterstützungsgesuche, die nicht abhängig gemacht werden durften von der Parteizugehörigkeit eines Arztes.

Die Gelder des Kontos wurden durch eine Sonderumlage aufgebracht, die jeder Arzt, der Mitglied in einem Verein des DÄVB war, zu zahlen hatte. Ende 1929 verfügte der Verwaltungsausschuss des Kontos über beachtliche 342.800 Mark,⁶⁵³ die einmaligen oder monatlichen Unterstützungszahlungen variierten in ihrer Höhe je nach Aufwand des abgeordneten Arztes. Obwohl die Mittel des Sonderkontos wegen der wirtschaftlichen und politischen Krisenlage in der von Reichstagsauflösungen und -neuwahlen bestimmten Zeit der Präsidialkabinette zunehmend zurückgingen und „sehr vorsichtig verwendet werden“ mussten, wurde der Reichstagswahlkampf im Frühjahr 1932 mit jeweils 5.000 Mark für Kandidaten der DNVP, der DVP – in welcher Schneider zwischen 1919 und 1926 auf kommunaler Ebene als Stadtverordneter in Potsdam aktiv war⁶⁵⁴ – und der Zentrumsparterie mitfinanziert.⁶⁵⁵

Anlässlich einer Anfrage des Nationalsozialistischen Deutschen Ärztebundes (NSDÄB) vom 29. April 1932 teilte Hermann Lautsch im Namen des Verwaltungsausschusses mit, dass das Sonderkonto „selbstverständlich auch von nationalsozialistischen Kollegen, die durch eine parlamentarische Tätigkeit Einbussen in ihrer Praxis erleiden, in Anspruch genommen werden“ könne.⁶⁵⁶ Daraufhin gingen vermehrt Anträge der Nationalsozialisten ein, auf die Schnei-

Lautsch, an Alfons Stauder vom 23. Oktober 1928; Schreiben des Ersten Vorsitzenden des DÄVB, gez. Alfons Stauder, an Georg Schneider vom 27. Oktober 1928; persönliches Schreiben Georg Schneiders an den Hartmannbund, z. Hd. Hermann Lautsch, vom 15. November 1928; Schreiben des Verbands der Ärzte Deutschlands, gez. Hermann Lautsch, an die Mitglieder des Ausschusses für das Ärztliche Sonderkonto vom 18. Dezember 1929; Schreiben Georg Schneiders an W. Boehm vom 27. Januar 1932; Anlage des Schreibens vom Verwaltungsausschuss des Sonderkontos des Deutschen Ärztevereinsbundes und des Verbands der Ärzte Deutschlands, gez. Hermann Lautsch, an den Nationalsozialistischen Deutschen Ärztebund vom 7. Mai 1932; Beschlüsse der 25. Ordentlichen Hauptversammlung des Hartmannbundes im Jahr 1928 zur Einrichtung des Ärztlichen Sonderkontos.

⁶⁵² Vgl. IGEM, Nachlass Heinz Goerke, Ordner Dr. Georg Schneider (1875-1949) div. Mat., o. Bl.: Schreiben des Verbands der Ärzte Deutschlands, gez. Hermann Lautsch, an die Mitglieder des Ausschusses für das Ärztliche Sonderkonto vom 18. Dezember 1929.

⁶⁵³ Vgl. ebd.

⁶⁵⁴ Vgl. Goerke, Heilkunde, S. 226.

⁶⁵⁵ IGEM, Nachlass Heinz Goerke, Ordner Dr. Georg Schneider (1875-1949) div. Mat., o. Bl.: Persönliches und vertrauliches Schreiben Alfons Stauders an Karl Haedenkamp vom 19. Februar 1932. Unterstützungen von sozialdemokratischen oder kommunistischen Kollegen konnten in diesem Zusammenhang nicht nachgewiesen werden.

⁶⁵⁶ Ebd., o. Bl.: Schreiben des Verwaltungsausschusses des Sonderkontos des Deutschen Ärztevereinsbundes und des Verbands der Ärzte Deutschlands, gez. Hermann Lautsch, an den Nationalsozialistischen Deutschen Ärztebund vom 7. Mai 1932.

der, getreu den Prinzipien des Ausschusses, „nüchtern und neutral“ reagierte.⁶⁵⁷ Beispielsweise erschien ihm das Gesuch auf Unterstützung von Walter Ruppın, dem späteren NS-Ärztelkommissar der Provinz Brandenburg, der als Kandidat der NSDAP für den Wahlkreis Frankfurt im Juli 1932 in den Reichstag gewählt worden war,⁶⁵⁸ gerechtfertigt, und Schneider empfahl dessen Annahme.⁶⁵⁹ Ruppın wurden für Dezember 1932 und Januar 1933 jeweils 300 Mark als Abgeordnetenbeihilfe gewährt. Er bat allerdings um eine Erhöhung, da die Zahlungen die Kosten für seinen Praxisausfall bzw. für die Vertretungen nicht deckten.⁶⁶⁰ Der von Lautsch vorgeschlagenen Erhöhung auf 500 Mark stand Schneider mit Skepsis gegenüber. Er bezweifelte, dass Ruppın in den vergangenen zwei Monaten aufgrund seines Mandats „so grosse Auslagen gehabt“ habe, und schlug vor, ein Nachweis über seine genauen Beschäftigungszeiten im Reichstag anzufordern. Schneider sprach sich letztlich zwar für die Erhöhung der Entschädigungszahlung aus, wies aber zugleich „auf die Notwendigkeit sparsamster Haushaltung mit Rücksicht auf den Stand des Fonds“ hin.⁶⁶¹

Die Machtübernahme der Nationalsozialisten führte den Zweck des Sonderkontos mit seinem Grundsatz der Gleichberechtigung aller unterstützungssuchenden Ärzte, unabhängig von ihrer Parteizugehörigkeit, ad absurdum. War Georg Schneider bereits am 11. April mitgeteilt worden, dass der Verwaltungsausschuss bis auf weiteres nicht mehr zur Subventionszahlung in der Lage sein werde,⁶⁶² sperrte der nunmehrige Kommissar der ärztlichen Spitzenverbände und später zum Reichsärzteleführer ernannte Gerhard Wagner⁶⁶³ den Sonderfonds hinsichtlich seines eigentlichen Anliegens zum 28. April 1933 endgültig und bestimmte es neu. In einem Rundschreiben an die ärztlichen Landes- und Provinzialverbände ließ er mitteilen, dass Auszahlungen fortan nur noch an Kollegen erfolgen würden, die „die Hauptarbeit für den ärztli-

⁶⁵⁷ Goerke, Heilkunde, S. 173.

⁶⁵⁸ Walter Ruppın (1885-1945) aus Neuhardenberg trat 1928 in die NSDAP ein und wurde als Gruppen- und Standartenarzt der SA-Gruppe Ostmark eingesetzt. 1929 gründete er den NS-Ärztelbund in Brandenburg und wurde Gaubmann für die Ostmark. Ab 1932 war Ruppın Mitglied der NSDAP-Fraktion im Reichstag, Wahlkreis Frankfurt/Oder. Vgl. Kater, Ärzte als Hitlers Helfer, S. 308; Erich Stockhorst, 5.000 Köpfe. Wer war was im 3. Reich, 2. Aufl., Kiel 1985 (1. Aufl. Velbert u.a. 1967), S. 354. Siehe auch BArch, R 9361-VIII/17961452; R 9361-IX/36110613.

⁶⁵⁹ Vgl. IGEM, Nachlass Heinz Goerke, Ordner Dr. Georg Schneider (1875-1949) div. Mat., o. Bl.: Persönliches und vertrauliches Schreiben Georg Schneiders an den Verband der Ärzte Deutschlands, z. Hd. Franz Reichert, vom 2. September 1932.

⁶⁶⁰ Vgl. ebd., o. Bl.: Schreiben der Hauptgeschäftsstelle des Verbandes der Ärzte Deutschlands, gez. Hermann Lautsch, an Georg Schneider und Alfons Stauder vom 14. Januar 1933.

⁶⁶¹ Ebd., o. Bl.: Persönliches und vertrauliches Schreiben Georg Schneiders an Hermann Lautsch vom 16. Januar 1933.

⁶⁶² Vgl. ebd., o. Bl.: Schreiben der Hauptgeschäftsstelle des Verbandes der Ärzte Deutschlands, gez. Hermann Lautsch, an Georg Schneider vom 11. April 1933.

⁶⁶³ Zu Gerhard Wagner (1888-1939) siehe neben den entsprechenden Einträgen in den zahlreichen biographischen Lexika auch die Personenskizzen von Knüpling, Untersuchungen, S. 53; Schwach, Ärztliche Standespolitik, S. 377f.

chen Stand zu leisten und damit die grössten Opfer zu bringen“ hätten, nämlich die staatlichen Gesundheitskommissare und die von Wagner „für die ärztlichen Organisationen eingesetzten Beauftragten“. ⁶⁶⁴ Gemeint waren damit die nationalsozialistischen Ärzte, die an der Umstrukturierung des Ärztestandes an vorderster Stelle mitwirkten.

Die Anträge auf Unterstützung sollten von nun an von Hans Deuschl ⁶⁶⁵, dem Geschäftsführer des NSDÄB, geprüft werden, ehe der Sonderfonds-Ausschuss die Zahlungsanweisung verfügte. Lautsch und Reichert zeigten sich mit dieser Neuregelung einverstanden, da sie „dem Zweck des Fonds zurzeit nicht widerstreiten würde“. ⁶⁶⁶ Schneider hingegen beanstandete in einem persönlichen Schreiben an Hermann Lautsch vom 8. Mai 1933 das eigenmächtige Handeln Gerhard Wagners sowie dessen Legitimation, über die Vermögenswerte der Verbände frei verfügen und deren Beschlüsse außer Kraft setzen zu können. Er sah das Ärztliche Sonderkonto durch die Anweisungen Wagners zweckentfremdet. ⁶⁶⁷ Als Wagner am selben Tag über Schneiders und Stauders Kopf hinweg eine Zahlung von 5.000 Mark aus dem Sonderfonds als ‚Stiftung für Opfer der Arbeit‘ veranlasste und die Gelder somit in die ‚Adolf-Hitler-Spende‘ einflossen, ⁶⁶⁸ legte Schneider sein Amt im Vertragsausschuss am Folgetag nieder. Lautsch gegenüber begründete er, dass er seine „Rolle als unwürdig“ empfinde, wenn ihm „nachträglich von einer Verwendung von Mitteln des Fonds zu einem Zweck, der nach den Beschlüssen des Vorstandes seinerzeit nicht vorgesehen war, Mitteilung gemacht“ werde. ⁶⁶⁹ Schneiders Reaktion auf die Vereinnahmung des Sonderkontos für nationalsozialistische Zwecke verdeutlicht bereits seine fehlende Bereitschaft, die standespolitische Tätigkeit unter dem NS-Regime dauerhaft fortzusetzen.

⁶⁶⁴ Zitiert nach IGEM, Nachlass Heinz Goerke, Ordner Dr. Georg Schneider (1875-1949) div. Mat., o. Bl.: Schreiben der Hauptgeschäftsstelle des Verbandes der Ärzte Deutschlands, gez. Hermann Lautsch, an Georg Schneider und Alfons Stauder vom 5. Mai 1933, S. 2.

⁶⁶⁵ Zu Hans Deuschl (1891-1953) siehe insbes. Wilhelm Boes, Dr. med. Hans Deuschl – der Begründer der „Führerschule der deutschen Ärzteschaft“ in Alt-Rehse (= Schriftenreihe der Erinnerungs-, Bildungs- und Begegnungsstätte Alt-Rehse, Bd. 2), Fredersdorf 2013.

⁶⁶⁶ IGEM, Nachlass Heinz Goerke, Ordner Dr. Georg Schneider (1875-1949) div. Mat., o. Bl.: Schreiben der Hauptgeschäftsstelle des Verbandes der Ärzte Deutschlands, gez. Hermann Lautsch, an Georg Schneider und Alfons Stauder vom 5. Mai 1933, S. 2.

⁶⁶⁷ Vgl. ebd., o. Bl.: Persönliches Schreiben Georg Schneiders an Hermann Lautsch vom 8. Mai 1933.

⁶⁶⁸ Vgl. ebd., o. Bl.: Schreiben der Hauptgeschäftsstelle des Verbandes der Ärzte Deutschlands an Franz Reichert, Georg Schneider und Alfons Stauder vom 8. Mai 1933.

⁶⁶⁹ Ebd., o. Bl.: Persönliches Schreiben Georg Schneiders an Hermann Lautsch vom 9. Mai 1933.

4.5 „Zeit der Sparmaßnahmen und Notverordnungen“ – Auswirkungen der Weltwirtschaftskrise auf den Ärztestand

Die letzten Jahre der Weimarer Epoche waren ähnlich wie ihre Anfangszeit gekennzeichnet von schweren sozioökonomischen Krisenerscheinungen. „Im Zuge der 1929 ausbrechenden Weltwirtschaftskrise wurde die [...] Industrie heftig durchgeschüttelt. Konkurse und Massenarbeitslosigkeit waren die Folge.“ Innerhalb der kommenden zwei Jahre stieg die Arbeitslosenzahl in der Provinz Brandenburg auf 230.000 bis 250.000, eine Quote von durchschnittlich 17 Prozent.⁶⁷⁰ Ebenso war die staatliche Haushaltskasse erheblich geschwächt. Dieser Belastungsprobe trat die Reichsregierung, die seit dem 30. März 1930 in Form des Präsidialkabinetts Heinrich Brüning bestand, mit dem Erlass zahlreicher Notverordnungen entgegen. Diese waren verknüpft mit massiven Einsparungen, insbesondere in Bereichen der Einkommens- und Sozialpolitik.⁶⁷¹ Folglich geriet die gesetzliche Krankenversicherung erneut „in große finanzielle Schwierigkeiten“.⁶⁷² Bei sinkenden Einnahmen aufgrund ausbleibender Beitragszahlungen beanspruchten die Versicherten weiterhin die gängigen Kassenleistungen. Dies führte zur existenziellen Bedrohung der Sozialversicherung und zu neuauftretenden Spannungen im Kassenarztwesen. Der Staat wusste sich auch hier nicht anders zu helfen und schaltete sich mittels notverordneten Bestimmungen ein. Einflussreich waren vor allem die *Verordnung des Reichspräsidenten zur Behebung finanzieller, wirtschaftlicher und sozialer Notstände*⁶⁷³ vom 26. Juli 1930 sowie die *Vierte Verordnung des Reichspräsidenten zur Sicherung von Wirtschaft und Finanzen zum Schutze des inneren Friedens*⁶⁷⁴ vom 8. Dezember 1931. Wenn auch mit unterschiedlichen Tendenzen, zielten sie auf erhebliche Veränderungen der kassenärztlichen Verwaltung und des Berufsrechts.

Um die Krise der Krankenkassen aufzufangen, gewährte die im Juli 1930 erlassene Verordnung zunächst eine Reihe an Schutz- und Sparmaßnahmen, die sehr an die Bestimmungen aus der Inflationszeit erinnerten,⁶⁷⁵ sodass die Furcht „vor [einer] Wiederholung der Vorgänge von 1923“, also einem eskalierenden Konflikt zwischen Ärzten und Krankenkassen, wieder

⁶⁷⁰ Hahn, Geschichte Brandenburgs, S. 93.

⁶⁷¹ Vgl. Hafenecker/Velke/Frings, Geschichte, S. 73.

⁶⁷² Schwoch, Ärztliche Standespolitik, S. 47.

⁶⁷³ Verordnung des Reichspräsidenten zur Behebung finanzieller, wirtschaftlicher und sozialer Notstände. Vom 26. Juli 1930, in: RGBl. 1930, S. 311-418.

⁶⁷⁴ Vierte Verordnung des Reichspräsidenten zur Sicherung von Wirtschaft und Finanzen zum Schutze des inneren Friedens. Vom 8. Dezember 1931, in: RGBl. 1931, S. 699-745.

⁶⁷⁵ Siehe hierzu auch die Ausführungen von Schwoch, Ärztliche Standespolitik, S. 48; Tennstedt, Soziale Selbstverwaltung, S. 131; Vogt, Ärztliche Selbstverwaltung, S. 482.

aufkam.⁶⁷⁶ Hinsichtlich der Beziehungen zwischen Krankenkassen und Ärzten wurde der Arzt in der neuen Notverordnung ausdrücklich zur ausreichenden und zweckmäßigen Behandlung des Kassenpatienten verpflichtet, durfte dabei allerdings „das Maß des Notwendigen nicht überschreiten“. Nicht erforderliche Behandlungen waren abzulehnen. Ebenso sollten die Arznei-, Heil- und Stärkungsmittel nach wirtschaftlichem Ermessen verordnet werden. Oberstes Gebot war es also, „die Kasse vor Ausgaben so weit [wie möglich] zu bewahren“. Bei Nichteinhaltung dieser Vorschriften, die nicht durch einen kassenärztlichen Einzel- oder Kollektivvertrag ausgesetzt werden durften, hatte der Arzt seiner Krankenkasse den dadurch entstehenden Schaden auszugleichen, mitunter drohte ihm sogar die Kündigung. Überdies diktierte die Notverordnung die Arzt-Kassen-Verträge insofern, als in jenen besondere „Bestimmungen gegen eine übermäßige Ausdehnung des kassenärztlichen Dienstes“ sowie gegen eine überhöhte Honorierung fixiert werden mussten. Die Einhaltung dieser Anweisungen sollte durch die Krankenkassen selbst kontrolliert werden. Zum einen hatten sie für jeden Versicherten eine Krankenkarte anzulegen, „in der die Art der Krankheit und die Dauer der mit ihr verbundenen Arbeitsunfähigkeit vermerkt“ und „andere den Zwecken der Krankenversicherung dienende Angaben“ festzuhalten waren. Zum anderen konnten die Kassen und ihre Verbände Vertrauensärzte bzw. vertrauensärztliche Ausschüsse einsetzen, die die kassenärztliche Tätigkeit überprüften. Für die Durchführung aller Vorschriften waren vom Reichsausschuss für Ärzte und Krankenkassen entsprechende Richtlinien zu erlassen.⁶⁷⁷ Ebenso wie die Notverordnung von 1923 beabsichtigte die Verordnung des Reichspräsidenten vom Juli 1930 die Einführung von Zulassungssperren durch das Oberversicherungsamt. Wenn „bei einer Kasse die Zahl der Ärzte in auffallender Weise das den natürlichen Umständen entsprechende Bedürfnis“ überschreite, sollten frei werdende Arztstellen nicht neubesetzt werden. Als geeignetes Maß galt ein Arzt auf 1.000 Versicherte.⁶⁷⁸

Diese massiven Eingriffsversuche des Staates in die berufliche Selbstverwaltung wurden von allen preußischen Ärztekammern und ihrem Ausschuss heftig beanstandet. Aufgrund der Einschränkungen der beruflichen Freiheiten und der ‚Entrechtung‘ des Arztes wurde in einer gemeinsamen Kundgebung von DÄVB, Hartmannbund und den deutschen Ärztekammern sowie Vertretern medizinischer Fakultäten und der Jungärzte gar der Niedergang des Ärztestan-

⁶⁷⁶ Max Landsberg, XI. Brandenburgischer Aerztetag vom 14. und 15. Febr. 1931 (Schluß.), in: ÄB BB, Nr. 9 vom 20. März 1931, S. 90ff., hier S. 90.

⁶⁷⁷ Verordnung des Reichspräsidenten zur Behebung finanzieller, wirtschaftlicher und sozialer Notstände, S. 325, Z. 48f.

⁶⁷⁸ Ebd., Z. 50.

des heraufbeschworen.⁶⁷⁹ Auch der brandenburgische Ärzteverband nahm die Notverordnung durchaus als Gefahr wahr. Im Ärzteblatt warnte er vor der Minimierung des kassenärztlichen Dienstes als potentielle Folgewirkung des „den Krankenkassen auferlegten Sparzwange[s]“.⁶⁸⁰ Berichtet wurde von regionalen Streitigkeiten und Klagen seitens der Ärztevereine, die sich aber als Einzelfälle herausstellten.⁶⁸¹

Der Vorstand des Provinzialverbandes zeigte sich angesichts des mittlerweile über mehrere Jahre bestehenden kooperativen Verhältnisses zu den Krankenkassen, das im Wesentlichen mit auf das Engagement Georg Schneiders zurückzuführen war, ob der Notverordnung eher besonnen. Die gemeinsame Arbeitsgemeinschaft des Ärzteverbands und der Kassenverbände waren nicht dazu geneigt, die Richtlinien ihres Mantelvertrags und damit die Ordnung des brandenburgischen Kassenarztwesens in Frage zu stellen. Ohnehin hatten sich die Kassenärzte in Brandenburg und der Grenzmark bereits vor der Weltwirtschaftskrise zu einer angemessenen, nicht aber überteuerten Behandlung verpflichtet. Bezüglich der Medikamentenverschreibung gab es Vorschriften gemäß den Arzneiverordnungsbüchern. Auch der vertrauensärztliche Dienst hatte sich schon in einigen kleinstädtischen und ländlichen Bezirken bewährt. Die Verbände waren sich einig, dass Änderungen aufgrund der neuen Notverordnung lediglich zu einer Verschärfung der bisherigen Regelungen führen würden und somit die mögliche Basis neuer Konflikte bieten könnten. Zur „Verhütung von Reibungen der bisher alle Beteiligten befriedigenden Gemeinschaftsarbeit“ sollten die bestehenden Richtlinien weiterhin nach eigenem Ermessen optimiert werden. Exemplarisch hierfür war die Bereitschaft des Ärzteverbandsvorstandes, freiwillig am Ausbau der Vertrauensarztstellen mitzuwirken.⁶⁸²

Für größere Entrüstung im brandenburgischen Ärztestand sorgte die notverordnete Möglichkeit von Zulassungssperren. Walter Miemietz, ein Delegierter des brandenburgischen Ärzteverbands, warnte davor, dass bei Nichtbesetzung freier Arztstellen der Frieden zwischen Ärzten und Krankenkassen in der Provinz auf das Schwerste gefährdet wäre.⁶⁸³ Hierbei darf auch die ‚Überfüllung‘ der Ärzteschaft nicht außer Acht gelassen werden, auf die vor allem seitens der Standesvertreter schon seit Jahren immer wieder hingewiesen worden war. Die

⁶⁷⁹ Vgl. Hafenecker/Velke/Frings, Geschichte, S. 114f.

⁶⁸⁰ Max Landsberg, Ueber Bildung von Fürsorge-Arbeitsgemeinschaften in der Provinz Brandenburg, in: ÄB BB, Nr. 2 vom 10. Januar 1932, S. 14f., hier S. 15.

⁶⁸¹ Im Vergleich zu Brandenburg waren die sich aus der Notverordnung ergebenden Konflikte in Groß-Berlin und in anderen Ländern und Provinzen wie Bayern oder Pommern ausgeprägter; vgl. ders., Notverordnung, in: ÄB BB, Nr. 28 vom 1. Oktober 1930, S. 326-330, hier S. 326ff.

⁶⁸² Max Landsberg, Notverordnung und Verbandspolitik, in: ÄB BB, Nr. 24 vom 20. August 1930, S. 278-284, Zitat S. 280. Vgl. ebenso ders., Folgen der Notverordnung, in: ÄB BB, Nr. 27 vom 20. September 1930, S. 311ff.

⁶⁸³ Vgl. Kassenärztliches aus 1930, S. 128.

Zahl an Medizinstudenten in Preußen stieg in den Jahren 1925 bis 1930 fast um das Zweieinhalbfache, nämlich von 7.708 auf 18.088.⁶⁸⁴ Hieraus ergab sich ein deutlicher Überschuss an Jungmedizinern, die häufig keine Kassenzulassung erhielten. Reichsweit waren dies 1924 noch 1.500, fünf Jahre später bereits 4.000 Ärzte. Zugleich beschränkte sich die Nachfrage an Privatärzten aufgrund des Ausbaus der Sozialversicherung zunehmend.⁶⁸⁵ Zulassungssperren blieben in Brandenburg allerdings die Ausnahme, nur wenige Orts- und Landkrankenkassen beantragten beim Obergewerkschaftsamt deren Einführung.⁶⁸⁶

In einer Aussprache am 1. September 1930 erzielten Vertreter des Ärzteverbandes und der Kassenverbände Einigung darin, dass der Mantelvertrag der Arbeitsgemeinschaft von der Notverordnung unberührt bleiben und bis zum 31. Dezember 1932 keine Änderungen erfahren sollte. Zudem blieben die vertrauensärztlichen Stellen und Ausschüsse in ihrer Form erhalten, von einem Ausbau wurde abgesehen.⁶⁸⁷ Damit hatten der Ärzteverband und die Kassenverbände, wie von Georg Schneider bei Bekanntmachung der Notverordnung im Juli 1930 erhofft, den ihnen seitens der Regierung „wieder durch Barrikaden versperrten Weg zueinander“ gefunden und „alle Bestimmungen der Notverordnung illusorisch“ gemacht.⁶⁸⁸ Die außerordentliche Versammlung des ärztlichen Provinzialverbandes am 28. März 1931 bestätigte dies, indem sie keinen nennenswerten Einfluss der Verordnung auf die Zulassung, das Beschäftigungsverhältnis und die Honorierung der Kassenärzte konstatierte.⁶⁸⁹

Auch auf Reichsebene blieb die Verordnung de facto wirkungslos. Die Spitzenorganisationen der Ärzte- und Krankenkassen schlossen am 31. Juli 1931 ein Abkommen, das den Kassen aufgrund ihrer wirtschaftlichen Notlage einen Abschlag auf das kassenärztliche Honorar des Jahres 1930 gewährte. Entgegenkommend empfahlen die Kassenverbände ihren Mitgliedern, etwaige Kündigungen infolge der Notverordnung zu unterlassen. Überdies ruhten alle Verfahren über Zulassungssperren.⁶⁹⁰ Diese Vereinbarungen fanden auch in der brandenburgischen Provinz Berücksichtigung.⁶⁹¹

Obleich sich das Verhältnis zwischen Ärzten und Krankenkassen durch das freiwillige Abkommen wieder entspannte, waren die Regelungen lediglich als Zwischenlösung angelegt und

⁶⁸⁴ Vgl. Geburtenrückgang – Medizinerzugang 1930, in: ÄB BB, Nr. 3 vom 20. Januar 1931, S. 33.

⁶⁸⁵ Vgl. Wolff, Mehr als nur materielle Interessen, S. 124.

⁶⁸⁶ Vgl. Kassenärztliches aus 1930, S. 128.

⁶⁸⁷ Vgl. Max Landsberg, Notverordnung, in: ÄB BB, Nr. 26 vom 10. September 1930, S. 302f.

⁶⁸⁸ Zitiert nach ders., Notverordnung und Verbandspolitik, S. 284.

⁶⁸⁹ Vgl. ders., Zur außerordentlichen Verbandsversammlung am 28. März 1931, in: ÄB BB, Nr. 9 vom 20. März 1931, S. 102ff.

⁶⁹⁰ Vgl. Das Abkommen der Spitzenverbände der Aerzte und Krankenkassen vom 31.7.1931, in: ÄB BB, Nr. 23 vom 10. August 1931, S. 270f.

⁶⁹¹ Vgl. Max Landsberg, XII. Brandenburgischer Aerztetag. 5. und 6. März 1932, in: ÄB BB, Nr. 8 vom 10. März 1932, S. 90-94, hier S. 94.

ein neues Kassenarztrecht unabdingbar. Daher traten Vertreter des DÄVB, des Hartmannbundes, des Hauptverbandes deutscher Krankenkassen und des Gesamtverbandes der Krankenkassen Deutschlands bis Oktober 1931 mehrmals zusammen, um über die kassenärztlichen Verhältnisse zu beraten. Die Kassen auf der einen Seite forderten angesichts ihres wirtschaftlichen Missstands erneut Honorarsenkungen für ärztliche Leistungen. Auf der anderen Seite verlangten die Ärzte im Gegenzug eine grundlegende Neuregelung des Arzt-Kassen-Verhältnisses auf Grundlage einer gesetzlich fixierten und damit vom Staat anerkannten kassenärztlichen Selbstverwaltung. Vorschläge hierzu waren bereits im Juni 1931 auf dem prestigeträchtigen 50. DÄT in Köln eingebracht und diskutiert worden.⁶⁹² Knapp vier Monate später, am 17. Oktober, einigten sich die Ärzte- und Krankenkassenorganisationen sodann auf ein entsprechendes Abkommen zur Novellierung des Kassenarztrechts. Obwohl es keine Anerkennung bei den Betriebs-, Innungs- und Landkrankenkassenverbänden fand, war das Abkommen grundlegend für die Ausgestaltung der Notverordnung vom 8. Dezember 1931 und ihrer gesetzlichen Fixierung, der *Verordnung über kassenärztliche Versorgung*⁶⁹³ vom 14. Januar 1932. Hiermit wurden unter Abänderung der Reichsversicherungsordnung Kassenärztliche Vereinigungen „als eigenständige öffentlich-rechtliche genossenschaftliche Zusammenschlüsse aller Kassenärzte“ zur beruflichen Verwaltung in einem regionalen Zuständigkeitsgebiet eingeführt.⁶⁹⁴

Im Gegensatz zu den bereits unter gleicher Bezeichnung existierenden privaten Vereinen waren die gesetzlichen Kassenärztlichen Vereinigungen keine Ortsgruppen des Hartmannbundes, sondern Körperschaften des öffentlichen Rechts. Damit ermöglichte die Notverordnung die Errichtung einer weiteren ärztlichen Spitzeninstitution, die neben dem DÄVB und dem Hartmannbund sowie den Ärztekammern und ärztlichen Provinzial- bzw. Landesverbänden bestehen sollte.

Die kassenärztliche Versorgung sollte fortan auf Gesamtverträgen basieren, die zwischen den regionalen Krankenkassenverbänden und der im Versicherungsgebiet zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung zu schließen waren. Das Vertragsverhältnis zwischen einem einzelnen Arzt und einer Kasse erfolgte schlicht durch den Beitritt zum Gesamtvertrag. Die grundlegenden, allgemeinen Bestimmungen des Gesamtvertrages hatten die Landkrankenkassenverbände

⁶⁹² Erstmals nach der alliierten Besetzung infolge des Ersten Weltkriegs fand ein Ärztetag wieder im Rheinland statt. Als Gäste waren mehrere Reichs- und Staatsminister wie auch der damalige Kölner Oberbürgermeister und spätere Bundeskanzler Konrad Adenauer vertreten. Siehe Mussaeus, *Der 50. Deutsche Aertztetag*, S. 241f.

⁶⁹³ *Verordnung über kassenärztliche Versorgung*. Vom 14. Januar 1932, in: RGBl. 1932, S. 19-25.

⁶⁹⁴ Vogt, *Ärztliche Selbstverwaltung*, S. 482. Vgl. auch Schwach, *Ärztliche Standespolitik*, S. 48; Tennstedt, *Soziale Selbstverwaltung*, S. 132.

gemeinsam mit den provinziellen Ärzteverbänden in Form eines Mantelvertrags zu erarbeiten. Die Spitzenorganisationen bzw. der Reichsausschuss der Ärzte und Krankenkassen sollten wiederum ein Muster für den Mantelvertrag entwerfen.⁶⁹⁵ Laut Walter Miemietz wurde dadurch nicht nur für die Provinz Brandenburg, sondern reichsweit eine sichere „Gewähr und Grundlage für ein einheitliches Vertragssystem“ geschaffen.⁶⁹⁶

Der eigentlich bis zum Jahresende 1932 laufende Mantelvertrag des brandenburgischen Ärzteverbands und der provinziellen Kassenverbände verlor mit den neuen gesetzlichen Verordnungen seine Gültigkeit. Für die Vereinbarung der neuen allgemeingültigen Bestimmungen übernahmen die Organisationen nunmehr wie vorgeschrieben das von ihren Spitzenorganisationen vorgelegte Muster und ergänzten es um provinzspezifische Regelungen. An der Ausarbeitung des neuen Mantelvertrags, der am 22. März 1932 unterzeichnet wurde, war auch Georg Schneider als einer von fünf Vertretern des Ärzteverbands beteiligt.⁶⁹⁷

Den Kassenärztlichen Vereinigungen wurde auch die ärztliche Honorierung übertragen. Für die Dienste aller ihr angehörenden Ärzte hatte die Krankenkasse eine Gesamtvergütung zu entrichten, die die Sachleistungen und Weggebühren mit einbezog. Diese Vergütung sollte sich nicht explizit an den einzelnen Behandlungsleistungen orientieren, sondern am durchschnittlichen Jahresbedarf für ein Kassenmitglied. Multipliziert mit der durchschnittlichen Versichertenzahl der Kasse ergab sich der Betrag, den sie an die zuständige Kassenärztliche Vereinigung überweisen musste. Letztere hatte die Gelder wiederum unter ihren Kassenärzten zu verteilen.⁶⁹⁸ Mit der Zustimmung zu diesem Vergütungssystem hatten die ärztlichen Landesorganisationen zugunsten des Ausbaus der Selbstverwaltung bewusst „den Rückgang der Ärzteeinkommen in Kauf“ genommen.⁶⁹⁹ So konstatierte die Ärzteverbandsversammlung auf dem 12. Brandenburgischen Ärztetag eine geringfügige Senkung des durchschnittlichen Kassenhonorars.⁷⁰⁰

⁶⁹⁵ Vgl. Vierte Verordnung, S. 718, § 1; Verordnung über kassenärztliche Versorgung, S. 19f., §§ 368, 368c.

⁶⁹⁶ Zitiert nach Max Landsberg, XII. Brandenburgischer Aertztag. Sitzung vom 6. März 1932 (Fortsetzung.), in: *ÄB BB*, Nr. 10 vom 1. April 1932, S. 129-138, hier S. 130. Vgl. auch Hahn/Schwoch, Anpassung, S. 23.

⁶⁹⁷ Vgl. Max Landsberg, Der neue Mantelvertrag, in: *ÄB BB*, Nr. 10 vom 1. April 1932, S. 127; ders., XII. Brandenburgischer Aertztag. Sitzung vom 6. März 1932 (Fortsetzung aus Nr. 9 und 10 dieses Blattes.), in: *ÄB BB*, Nr. 11 vom 10. April 1932, S. 143-151, hier S. 146. Zu der inhaltlichen Ausrichtung des Mantelvertrags für die Provinzen Brandenburg und Grenzmark Posen-Westpreußen und den Gesamtverträgen der einzelnen Verwaltungsbezirke siehe ders., XII. Brandenburgischer Aertztag. Sitzung vom 6. März 1932 (Fortsetzung.), S. 133-136.

⁶⁹⁸ Vgl. Vierte Verordnung, S. 718, §§ 2f.; Verordnung über kassenärztliche Versorgung, S. 20, § 368e. Zur Berechnung der Kopfpauschale siehe Ausführungs- und Überleitungsbestimmungen über das kassenärztliche Dienstverhältnis. Vom 30. Dezember 1931, in: *RGBl.* 1932, S. 2-12, hier S. 5, § 26.

⁶⁹⁹ Wolff, Mehr als nur materielle Interessen, S. 131.

⁷⁰⁰ Vgl. Landsberg, XII. Brandenburgischer Aertztag. Sitzung vom 6. März 1932, S. 129.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen waren überdies Kontrollinstanz ihrer Mitglieder und übernahmen die Gewähr für eine ausreichende und zweckmäßige Versorgung. Hierzu hatten sie Prüfungsausschüsse zu bestellen, die die Erfüllung der ärztlichen Verpflichtungen überwachten. Begutachtet wurde etwa, ob die Krankenbehandlung ausreichend und zweckmäßig und dabei die Verordnung von Heilmaßnahmen und Medikamenten sowie das Ausstellen von Arbeitsunfähigkeitsbescheiden wirtschaftlich tragbar, das heißt auf das Notwendigste beschränkt waren. Verstöße gegen die vorschriftsgemäße Berufsausübung konnten von den Kassenärztlichen Vereinigungen disziplinarisch mit Warnungen, Geldstrafen bzw. Honorarkürzungen und in schwerwiegenden Fällen sogar mit dem zeitweiligen Ausschluss von der kassenärztlichen Tätigkeit bestraft werden. Neben den Prüfungsausschüssen mussten die Krankenkassen bei auffälliger ärztlicher Versorgung noch immer Vertrauensärzte oder vertrauensärztliche Ausschüsse einsetzen, die in Abstimmung mit der Kassenärztlichen Vereinigung berufen wurden, und hatten für jeden erkrankten Versicherten eine Krankenkarte anzulegen.⁷⁰¹

Die *Verordnung über kassenärztliche Versorgung* schrieb im Besonderen fest, für den Bereich eines jeden Mantelvertrags beim zuständigen Oberversicherungsamt ein Arztregister zu führen. Gegliedert wurde das Register nach den verschiedenen Zuständigkeitsbereichen der einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen, den Verteilungsbezirken. Jeder Kassenarzt eines Verteilungsbezirks wurde zur Mitgliedschaft in der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung verpflichtet⁷⁰² und musste sich demnach in das Arztregister eintragen lassen. Die Führung des Arztregisters oblag einem neu zu bildenden Schiedsamt. Wie schon zuvor setzte sich dieses für eine Amtsdauer von fünf Jahren aus einer gleichen Zahl an Ärzte- und Kassendelegierten zusammen und stand unter der Leitung des Oberversicherungsamtsvorsitzenden bzw. seines Stellvertreters. Auch behielt das Schiedsamt seine Funktion bei, Streitigkeiten bezüglich der kassenärztlichen Verträge und Zulassung zu schlichten bzw. disziplinarisch zu sanktionieren. Kassenärzte konnten beispielsweise für bis zu fünf Jahre von der Zulassung in einem Arztregisterbezirk ausgeschlossen werden. Nächsthöhere Instanz der Landes- bzw. provinziellen Schiedsämter war das Reichsschiedsamt beim Reichsversicherungsamt, das ein Register aller in Deutschland zugelassenen Kassenärzte anzulegen hatte.⁷⁰³

Für Brandenburg und die Grenzmark Posen-Westpreußen wurde im März 1932 ein gemeinsames Arztregister beim Oberversicherungsamt Potsdam angelegt und unter Auflösung der be-

⁷⁰¹ Vgl. Vierte Verordnung, S. 718, § 4; Verordnung über kassenärztliche Versorgung, S. 20, 23, §§ 368d, 369a-b; Ausführungs- und Überleitungsbestimmungen, S. 4, 7, § 19, 41, 43.

⁷⁰² Vgl. Vierte Verordnung, S. 718, § 5; Verordnung über kassenärztliche Versorgung, S. 19, § 368a.

⁷⁰³ Vgl. und siehe ausführlich Verordnung über kassenärztliche Versorgung, S. 21ff., §§ 368m-s; Ausführungs- und Überleitungsbestimmungen, S. 2, 9f., §§ 2, 6-14, 16.

stehenden Schiedsstellen ein Schiedsamt für die Bearbeitung sämtlicher Zulassungsangelegenheiten eingerichtet.⁷⁰⁴ Die beiden Provinzen untergliederten sich in ihrer kassenärztlichen Versorgung in neun Verteilungsbezirke, die aus „ärzteschaftlich zusammengehörige[n] Stadt- und Landkreise[n]“ gebildet wurden.⁷⁰⁵ Kassenärztliche Vereinigungen bestanden zu Beginn des Jahres 1933 beispielsweise für Brandenburg an der Havel, Eberswalde und Forst und Umgebung sowie für die Kreise Ruppin und Zauch-Belzig. Sie formierten sich aus oder bei den bestehenden wirtschaftlichen oder kassenärztlichen Privatvereinen respektive deren Mitgliedern und wurden im Regelfall vom Vorstand des örtlichen Wirtschaftsverbandes der Ärzte geleitet.⁷⁰⁶

Hinsichtlich der Zulassungsfrage schrieb das neue Kassenarztrecht zugunsten der Ärzte eine Reduzierung der Verhältniszahl von einem Kassenarzt auf 600 Versicherte fest. Folglich war eine Vermehrung der Zahl an zugelassenen Kassenärzten und damit ein Vorgehen gegen die ‚Überfüllungskrise‘ der Ärzteschaft sowie zugleich ein umfangreicheres ärztliches Praxisangebot vorgesehen. Falls in einem Zulassungsbezirk mehr Kassenärzte als vorgesehen praktizierten, sollte nur jede dritte freiwerdende Stelle neubesetzt werden. Ferner hatte ein Kassenmitglied in der Regel das Recht, unter mindestens zwei praktizierenden Kassenärzten seines Bezirkes frei zu wählen, wonach das System der organisierten freien Arztwahl bestehen blieb.⁷⁰⁷

Das novellierte Kassenarztrecht mit den neuen beruflichen Selbstverwaltungsmöglichkeiten der organisierten Ärzteschaft, dem ausgebauten Selbstdisziplinierungsrecht, einer gelockerten Zulassung und „Entscheidungsbefugnisse[n] über praktisch alle Fragen der kassenärztlichen Versorgung“⁷⁰⁸ wurde vom brandenburgischen Ärzteverbandsvorstand fast schon euphorisch begrüßt. Auf dem Brandenburgischen Ärztetag im März 1932 führte Walter Miemietz aus, dass die „Regierung aus eigener Machtvollkommenheit und unter der Patenschaft vor allem des Hauptverbandes der Kassen“ in den letzten zehn Jahren einige in der Ärzteschaft heftig kritisierte und bekämpfte Regelungen hervorgebracht habe. Im Gegensatz dazu knüpfte das „jetzt vorliegende umfangreiche Gesetzeswerk [...] an Gedanken [an], die [bereits Hermann] Hartmann in das Berliner Abkommen eingearbeitet hatte“. Demnach seien die neuen Verord-

⁷⁰⁴ Vgl. Landsberg, XII. Brandenburgischer Aertzetag. Sitzung vom 6. März 1932, S. 132.

⁷⁰⁵ Ders., XII. Brandenburgischer Aertzetag. Sitzung vom 6. März 1932 (Fortsetzung aus Nr. 9 und 10 dieses Blattes.), S. 143.

⁷⁰⁶ Vgl. ders., XIII. Brandenburgischer Aertzetag, in: ÄB BB, Nr. 5 vom 10. Februar 1933, S. 58ff., hier S. 59; ders., XIII. Brandenburgischer Aertzetag. 18. und 19. Februar 1933, in: ÄB BB, Nr. 12 vom 20. April 1933, S. 151f., hier S. 152; Ausführungs- und Überleitungsbestimmungen, S. 3, § 6 (2).

⁷⁰⁷ Vgl. Vierte Verordnung des Reichspräsidenten, S. 718, § 7; Verordnung über kassenärztliche Versorgung, S. 20, 23, §§ 368b, 369.

⁷⁰⁸ Hahn/Schwoch, Anpassung, S. 22.

nungen ganz im Sinne des Ärztestands, einige wesentliche ursprüngliche Forderungen des Leipziger Verbandes seien nun sogar „in ausgedehntem Maße“ erfüllt.⁷⁰⁹

Die ärztlichen Standesvertreter konnten vorerst aber nicht den Beweis erbringen, dass sie den ihnen übertragenen Aufgaben im Kassenarztwesen gewachsen waren. Für das Jahr 1932 berichtete Max Landsberg im brandenburgischen Ärzteblatt von erheblichen Anfangsschwierigkeiten der kassenärztlichen Organisation, die sich in der Unzufriedenheit mit Zulassungsentscheidungen und Unstimmigkeiten bei der Honorarberechnung und -verteilung offenbart hätten.⁷¹⁰ Mit der Machtübernahme der Nationalsozialisten im folgenden Jahr wurden die Kassenärztlichen Vereinigungen politisch instrumentalisiert. Somit war deren Begründung eher langfristig betrachtet, nämlich durch ihre Reaktivierung nach 1945 in der BRD bzw. ab 1990 in den ehemaligen Bezirken der DDR, ein Erfolg für den deutschen Ärztestand und das Prinzip der beruflichen Selbstverwaltung.

Die „Zeit der Sparmaßnahmen und Notverordnungen“⁷¹¹ ab 1929 brachte nicht nur die Kassenärztlichen Vereinigungen hervor. Vielmehr offenbarte sie auch in der Ärzteschaft ihre eigentlichen Schattenseiten. Ein Rückblick im brandenburgischen Ärzteblatt auf das Jahr 1931 verdeutlicht die unmittelbaren Auswirkungen der Weltwirtschaftskrise auf den Arztberuf. Den Ausführungen Max Landsbergs entsprechend hätten der „wirtschaftliche Leidensweg Deutschlands [...] die Existenzgrundlagen der Ärzte von Monat zu Monat“ verschlechtert und „das Wanken der Sozialversicherungsträger [...] aus einer der ergiebigsten Einnahmequellen ein dünnes Rinnsal“ gemacht.⁷¹² Hugo Mussaeus, Schneiders Nachfolger als Vorsitzender des Ärzteverbands, bekräftigte diese Negativbilanz in seiner Eröffnungsansprache des Brandenburgischen Ärztetags 1932. Die Verarmung habe in allen Bevölkerungskreisen zugenommen, wodurch die Krankenkassen einen Mitgliederschwund von 20 bis 25 Prozent und enorme Beitragseinbußen verzeichnen mussten. Als Folgen dessen seien die Tätigkeit der Kassenärzte zurückgegangen und ihre Einnahmen zum Teil um 40 bis 60 Prozent gesunken.⁷¹³

Das neue Kassenarztrecht wurde außerhalb der Standesorganisation von den einzelnen Kassenärzten eher skeptisch aufgenommen. Sie sahen darin eine Bedrohung ihrer beruflichen Freiheit und Selbständigkeit. Zudem missfielen ihnen die Einkommensminderungen durch

⁷⁰⁹ Zitiert nach Max Landsberg, XII. Brandenburgischer Aertzetag. Sitzung vom 6. März 1932, S. 129.

⁷¹⁰ Vgl. ders., Neujahrsgruß 1933, in: ÄB BB, Nr. 1 vom 1. Januar 1933, S. 2f.

⁷¹¹ Ders., Ueber Bildung von Fürsorge- und Arbeitsgemeinschaften, S. 14.

⁷¹² Ders., Bilanz 1931 – Voranschlag 1932, in: ÄB BB, Nr. 1 vom 1. Januar 1932, S. 1f., hier S. 1.

⁷¹³ Vgl. ders., XII. Brandenburgischer Aertzetag. 5. und 6. März 1932, S. 90f. Wolff konstatiert ein Absinken des durchschnittlichen Bruttoverdienstes der Ärzte auf 76 Prozent; vgl. Wolff, Mehr als nur materielle Interessen, S. 129.

das Honorierungssystem der Gesamtvergütung.⁷¹⁴ Ebenso drohte den Privatärzten der Verlust ihrer Patienten, da sich diese aufgrund der vorherrschenden wirtschaftlichen Zeitverhältnisse den Arztbesuch nicht mehr leisten konnten. Die Ärztekammer appellierte deshalb, die Privatärzte sollten bei der Berechnung der Gebührensätze die finanziellen Notlagen ihrer Patienten berücksichtigen und geringere Honorare in Kauf nehmen.⁷¹⁵ Der allgemeine ärztliche Unmut ob der schweren Wirtschaftslage äußerte sich laut Georg Schneider in Beschimpfungen der standesorganisatorischen Führungskräfte, also auch in persönlichen verbalen Angriffen auf seine Person. Überdies häuften sich die Gesuche bei der Unterstützungskasse.⁷¹⁶

Eine weitere Tendenz, die sich unter dem Druck der Auswirkungen der Weltwirtschaftskrise entwickelte, war die Radikalisierung der politischen Kultur. Der steigende Extremismus und Rassismus machte sich auch in der Ärzteschaft deutlich bemerkbar.⁷¹⁷ Sein Übriges hierzu trug der Konkurrenzdruck aufgrund der ‚Berufsüberfüllung‘ bei. Nicht wenige Ärzte begannen deshalb, „nach radikaleren politischen Lösungen für die Probleme der Zeit zu suchen“⁷¹⁸, die im Nationalsozialismus auflebten.

⁷¹⁴ Vgl. Landsberg, XII. Brandenburgischer Aerztetag. Sitzung vom 6. März, S. 129.

⁷¹⁵ Vgl. Jahresbericht der Aerztekammer für 1931, S. 160; Mitteilungen der Aerztekammer, in: ÄB BB, Nr. 11 vom 10. April 1932, S. 141.

⁷¹⁶ Vgl. Jahresbericht der Aerztekammer für 1931, S. 158, 160.

⁷¹⁷ Vgl. Hafener/Velke/Frings, Geschichte, S. 73.

⁷¹⁸ Kater, Ärzte und Politik, S. 38.

5. Das ärztliche Berufswesen im Nationalsozialismus und der zwischenzeitliche Rückzug Georg Schneiders aus der Standespolitik

5.1 Rechtsruck im brandenburgischen Ärztestand vor 1933

Das infolge der Weltwirtschaftskrise und der chaotischen politischen Situation unter den Präsidialkabinetten Heinrich Brüning, Franz von Papen und Kurt von Schleicher vorherrschende Klima der allgemeinen Not und Verunsicherung förderte überall im Deutschen Reich extremistisches Gedankengut. Somit gewann die NSDAP „mit ihren Argumenten von nationaler Erneuerung, neuer politischer Ordnung und öffentlicher Sicherheit sowie heftigen Attacken auf Bolschewismus, Judentum und Kapitalismus“ breite Zustimmung in der Bevölkerung.⁷¹⁹ Unter den ohnehin eher konservativ gesinnten Mediziner⁷²⁰ war der Zuspruch besonders groß. Im Vergleich zu anderen akademischen Berufsgruppen kann innerhalb der Ärzteschaft ein ungewöhnlich hoher Organisationsgrad in der NSDAP und ihren Verbänden – schon vor 1933 – nachgewiesen werden.⁷²¹

Dem entsprechend hielt Georg Schneider rückblickend auf die letzten Jahre der Weimarer Republik in einer persönlichen Notiz fest, dass „starke nationalsozialistische Einflüsse“ die Arbeit in den Berufsorganisationen seit 1930 zunehmend erschwert hätten. In einigen ärztlichen Vereinen, so beispielsweise dem Ärzteverein Köln, sei sogar „eine systematische Hetze betrieben und gegen den Vorstand [des DÄVB] gewählt“ worden.⁷²² Auch in seinen privaten

⁷¹⁹ Hahn, Geschichte Brandenburgs, S. 93f.

⁷²⁰ Bereits im Deutschen Kaiserreich war die Mehrheit der deutschen Ärzte „prononciert national und neigte zu den staatstragenden Parteien“. Ihre Berufsorganisation basierte zwar auf dem Prinzip der Selbstverwaltung, war aber sehr staatsnah. Sozialdemokratische Ärzte, die „die ‚revolutionäre‘ Linie von 1848/49“ fortsetzten, bildeten eine starke Minderheit. In der Weimarer Epoche waren insbesondere der Hartmannbund und seine Unterorganisationen von Beginn an politisch rechts eingebunden. Diese „wirtschaftliche Lobby der deutschen Ärzte“ stellte sich bewusst als Gegenspieler zu den sozialdemokratisch kontrollierten Krankenkassenverbänden und der linksrepublikanischen Regierung dar. Auch im DÄVB und in den Kammern nahmen vor allem konservative bzw. rechtsliberale Ärzte die Führungsämter ein. Unter dem Rechtsruck im Ärztestand ist daher der zunehmende Zuspruch für die nationalsozialistische Ideologie und deren öffentliche Verbreitung zu verstehen. Er äußerte sich vor allem in den offenkundig dargelegten system- und fremdenfeindlichen sowie antisemitischen Mentalitäten vieler Ärzte. Vgl. Kater, Ärzte und Politik, S. 34-38, Zitate S. 34, 36; Hafenecker/Velke/Frings, Geschichte, S. 75; Wolff, Mehr als nur materielle Interessen, S. 141f.

⁷²¹ Fridolf Kudlien hinterfragt in seinem Aufsatz Ärzte als Anhänger der NS-„Bewegung“, in: ders. unter Mitarb. von Gerhard Baader u.a., Ärzte im Nationalsozialismus, Köln 1985, S. 18-34, die Gründe für die Begeisterung vieler Ärzte für die nationalsozialistische Bewegung in den 1920er Jahren und skizziert beispielhaft die Lebenswege einiger frühen ärztlichen NSDAP-Mitglieder. In Kontrast dazu beschäftigt sich Manfred Gaspar in seiner Studie Ärzte als Kritiker der NS-„Bewegung“, in: ebd., S. 35-53, mit der vor 1933 offenkundig geäußerten Ablehnung nationalsozialistischen Gedankenguts.

⁷²² IGEM, Nachlass Heinz Goerke, Ordner Dr. Georg Schneider (1875-1949) div. Mat., o. Bl.: Notiz Georg Schneiders, undatiert. Max Landsberg hatte bereits in seinem Rückblick auf das Jahr 1928 eine zunehmende Politisierung der brandenburgischen Ärztekammerdelegierten festgestellt. Die Kammerarbeit sei „trotz aller Verschiedenheit der Weltanschauungen“ aber rein sachlich erledigt worden. Siehe Landsberg, Zum Beginn, S. 1.

Korrespondenzen und – im sachlicheren Ton – in der standespolitischen Presse machte Schneider immer wieder auf die rechtsextremen Tendenzen aufmerksam, speziell für die Provinz Brandenburg. Dass in den dortigen provinziellen Ärzteorganisationen „Radikalismus und parteipolitische Befehdung“ vor 1930 keinerlei Platz gefunden hätten, sei Max Landsberg zufolge „der klaren zielbewußten Führung“ Schneiders sowie seinem Einfluss auf die Diskussionskultur in den Institutionen zu verdanken. Schneider, „der den Vorwurf des Cunctators ruhig auf sich nahm, wenn radikal gerichtete Verbände unser Tempo moderato bemängelten“, sei stets objektiv, frei von seiner politischen Gesinnung geblieben. Unter ihm habe sich somit eine Standespolitik entwickelt, die geprägt gewesen sei vom „Verständnis für die Ansichten und Absichten Andersdenkender“ und von zufriedenstellenden Konsensen.⁷²³

Eine wesentliche Rolle für die Organisation nationalsozialistisch gesinnter Ärzte spielte die Gründung des Nationalsozialistischen Deutschen Ärztebundes, der sich unter dem Vorsitz von Ludwig Liebl⁷²⁴ am 3. August 1929 auf dem Nürnberger Parteitag konstituierte. Die parteiamtliche Gliederung für gesundheitliche Fragen und Kampfgruppe der NSDAP verstand sich weniger als Alternative zu den bestehenden Standesvertretungen, sondern als politische Plattform der Mediziner. Ihre grundsätzlichen Ziele waren die „Durchsetzung des NS-Herrschaftsanspruchs innerhalb des nationalen bzw. regionalen Gesundheitswesens“ sowie die ideologische „Durchdringung der gesamten Ärzteschaft“.⁷²⁵ Ferner sollten Reformvorschläge zur Sozialpolitik wie zum Kassenarztrecht erarbeitet und die Grundlagen der rassenhygienischen ‚Euthanasie‘ weiterentwickelt werden. Zur Realisierung dessen wurden ab Oktober 1930, vor allem aber im Laufe des Jahres 1931 im Deutschen Reich auf regionaler Ebene flächendeckend NSDÄB-Gauverbände eingerichtet, die den Reichsgauen der NSDAP entsprachen. Ihnen saß jeweils ein Obmann vor. Bis Adolf Hitlers Ernennung zum Reichskanzler am 30. Januar 1933 hatten sich dem NSDÄB und seinen Subverbänden rund 3.000 der insgesamt etwa 52.000 Ärzte im Deutschen Reich angeschlossen. Voraussetzung für den Eintritt in den Ärztebund war die Mitgliedschaft in der NSDAP. Wiederum sollte sich jedes Parteimitglied, das praktisch oder standespolitisch mit dem Arztberuf in Verbindung stand, verpflichtet sehen, dem Ärztebund beizutreten. NSDÄB-Interessenten, die nicht der Partei angehörten, wurden ab 1933 als Anwärter aufgenommen.⁷²⁶

⁷²³ 9. Brandenburgischer Aertzetag vom 15. und 16. Februar 1930, in: ÄB BB, Nr. 8 vom 10. März 1930, S. 90-94, hier S. 90.

⁷²⁴ Ab 1932 übernahm Gerhard Wagner den NSDÄB-Vorsitz, Liebl wurde Ehrenvorsitzender.

⁷²⁵ Seela, Die Ärzteschaft, S. 177.

⁷²⁶ Vgl. Max Gäbel, Der NSD-Aerztebund, in: ÄB BB, Nr. 14 vom 10. Mai 1933, S. 183; Franz Ideler, Achtung! Ärzte des Regierungsbezirks Potsdam, in: ÄB BB, Nr. 16 vom 1. Juni 1933, S. 207. Zur Begründung des NSDÄB und seiner Anfangszeit vgl. und siehe ausführlich Hafenegger/Velke/Frings, Geschichte, S. 208; Kater,

Die frühen Mitglieder des NSDÄB hatten zum Teil schon zu Beginn der 1920er Jahre politisch im Sinne des Nationalsozialismus agiert. Kater typisiert sie als zwischen 1880 und 1900 geborene Männer, die fanatisch aktiv am Ersten Weltkrieg teilgenommen hatten, anschließend Freikorpskämpfer gewesen waren und sich offenkundig gegen das republikanische System von Weimar, den Marxismus und die jüdische Bevölkerung stellten. Es waren aber durchaus auch Männer mit anderen Lebensgeschichten unter den NSDÄB-Mitgliedern, ebenso wie Frauen.⁷²⁷

Als bekennender Nationalsozialist und NSDÄB-Mitglied stach aus dem brandenburgischen Ärztestand Walter Ruppin hervor. Auf Versammlungen und Kundgebungen propagierte der Gauobmann der Ostmark bereits vor 1933 die nationalsozialistische Weltanschauung, die Bedeutung des Rassebegriffs sowie Hetze gegen ausländische und jüdische Kollegen eingeschlossen. In seiner Rede bei einer öffentlichen NSDÄB-Tagung in Frankfurt (Oder) im November 1931 begründete er die Notwendigkeit der politischen Betätigung der Ärzte in der NSDAP. Nur auf diesem Weg könne ein ‚aufgeartetes‘, rassebewusstes und partizipierendes Volk, wie von Hitler beschworen, geschaffen und die schwierige wirtschaftliche Lage überwunden werden. Aus berufspolitischer Hinsicht sei eine Reform der „unter marxistischem Einfluß stehenden Sozialpolitik“ bei Neugestaltung der öffentlichen Gesundheitspflege und Sozialversicherung unabdingbar. Direkt griff Ruppin in seinen Ausführungen Max Landsberg, den jüdischen Geschäftsführer von Ärztekammer und -verband sowie Schriftleiter des brandenburgischen Ärzteblattes, an. Genauso richtete er sich gegen alle weiteren ‚nichtarischen‘ Ärztevertreter: „Grundlegende Besserung zum Wohle des deutschen Volkes werden die Ärzte nie erreichen, solange sie die Belange ihres Standes und zum Teil auch die Leitung der Ärztekammer und des Provinzialverbandes Brandenburg Fremdstämmigen überlassen.“ Vielmehr sei eine grundlegende personelle Neuaufstellung von Kammerversammlung und -vorstand zielführend: „In die Kammern müssen Ärzte hineingeschickt werden, die das Wesen des Nationalsozialismus ideenmäßig erfaßt und den eisernen Willen in sich haben, das ‚altbewährte‘ System zu brechen, das der Volksgesundheit mehr schadet als nützt.“⁷²⁸

Im brandenburgischen Ärzteblatt wurde Ruppins Rede stellvertretend für ähnliche Agitationen scharf kritisiert, obgleich sich die Standespresse in der Regel politisch neutral verhielt.

Ärzte und Politik, S. 38; Georg Lilienthal, Der Nationalsozialistische Deutsche Ärztebund (1929 bis 1943/1945): Wege zur Gleichschaltung und Führung der deutschen Ärzteschaft, in: Fridolf Kudlien unter Mitarb. von Gerhard Baader u.a.: Ärzte im Nationalsozialismus, Köln 1985, S. 105-121, hier S. 105-109; Stobrawa, Die ärztlichen Organisationen, S. 35; Wolff, Mehr als nur materielle Interessen, S. 141.

⁷²⁷ Vgl. Kater, Ärzte und Politik, S. 38.

⁷²⁸ Zitiert nach Nach der Kammerwahl, in: ÄB BB, Nr. 33 vom 20. November 1931, S. 382f., hier S. 382.

Solche Propagandaveranstaltungen waren allerdings typisch für die Verbreitung des nationalsozialistischen Gedankenguts unter den Ärzten – nicht nur in der Provinz Brandenburg, sondern reichsweit.⁷²⁹ Auf diese Weise sollten die innerhalb der NSDÄB entworfenen, radikalen Gegenentwürfe zur Berufs- und Gesundheitspolitik Gehör finden. Dabei agierten die Mitglieder des Bundes zunehmend aggressiv gegen unliebsame Kollegen.

Vor dem Hintergrund der wirtschaftlichen Not und steigenden Arbeitslosigkeit Ende der 1920er Jahre machte sich vor allem der Vorwurf gegen die jüdischen Ärzte breit, dass sie verantwortlich für die ‚Überfüllung‘ des Berufsstands seien. Ähnliche Überzeugungen grassierten bereits zum Ende des 19. Jahrhunderts, als jüdische Ärzte im Deutschen Reich in Relation zu den übrigen Kollegen als äußerst zahlreich wahrgenommen worden waren.⁷³⁰ In der konkurrierenden Ärzteschaft nahmen antisemitische Vorbehalte zu, welche die Nationalsozialisten seit den frühen Weimarer Jahren propagierten und die auch beim nationalkonservativen Bürgertum Gehör fanden. Zur gängigen antijüdischen Agitation von Rechtskonservativen und Nationalsozialisten gesellten sich zahlreiche Unterstellungen mit direktem Bezug auf das ärztliche Berufswesen. So wurden den jüdischen Ärzten neben der Schuld an der ‚Überfüllungskrise‘ der reine Materialismus und ein starker Einfluss auf das Sozial- und Gesundheitssystem vorgeworfen.⁷³¹

Seitens des konservativen Hartmannbundes gab es zumindest bedingt Widerworte gegen den sich verschärfenden Antisemitismus. In der 31. Ausgabe der *Ärztlichen Mitteilungen* des Jahrgangs 1930 wurde bekräftigt, dass der „deutsche Ärztestand [...] als völlig gleichberechtigt Berufsgenossen aller Bekenntnisse“ umfasse und die „Geschichte der Medizin [...] viele Namen jüdischer Ärzte auf[weise], die Großes für die medizinische Erkenntnis und damit für die Menschheit geleistet“ hätten.⁷³²

⁷²⁹ Vgl. Martin Rütger, *Ärztliches Standeswesen im Nationalsozialismus 1933-1945*, in: Robert Jütte (Hrsg.), *Geschichte der deutschen Ärzteschaft. Organisierte Berufs- und Gesundheitspolitik im 19. und 20. Jahrhundert*, Köln 1997, S. 143-193, hier S. 148.

⁷³⁰ Der Anteil jüdischer Medizinstudenten im Preußen der 1880er Jahre lag bei 59 Prozent; vgl. Robert Jütte, *Medizin und Judentum. Historische Grundzüge*, in: Thomas Beddies/Susanne Doetz/Christoph Kopke (Hrsg.), *Jüdische Ärztinnen und Ärzte im Nationalsozialismus. Entrechtung, Vertreibung, Ermordung (= Europäisch-jüdische Studien, Bd. 12)*, Berlin/Boston 2014, S. 6-15, hier S. 13. Zum Ende des 19. Jahrhunderts gehörten etwa 16 Prozent der Ärzte im Deutschen Reich dem jüdischen Glauben an; vgl. Werner Friedrich Kümmel, *Die Ausschaltung rassistisch und politisch mißliebiger Ärzte*, in: Fridolf Kudlien unter Mitarb. von Gerhard Baader u.a.: *Ärzte im Nationalsozialismus*, Köln 1985, S. 56-81, hier S. 58.

⁷³¹ Vgl. und siehe ausführlich Thomas Beddies/Gerhard Baader, *Jüdische Ärzte in der Weimarer Republik*, in: Thomas Beddies/Susanne Doetz/Christoph Kopke (Hrsg.), *Jüdische Ärztinnen und Ärzte im Nationalsozialismus. Entrechtung, Vertreibung, Ermordung (= Europäisch-jüdische Studien, Bd. 12)*, Berlin/Boston 2014, S. 16-35; Kudlien, *Ärzte als Anhänger*, S. 26-33, insbes. S. 32f.; Kümmel, *Die Ausschaltung*, S. 57-63.

⁷³² Zitiert nach Gaspar, *Ärzte*, S. 46.

Neben den jüdischen Ärzten griffen die NSDÄB-Funktionäre auch politisch missliebige bzw. gemäßigte Kollegen an, die die nationalsozialistischen Ideen nicht mittragen wollten und kritisierten. Zielscheibe waren dabei nicht selten Standespolitiker, die hohe Ämter in den etablierten Ärzteorganisationen bekleideten.⁷³³ Mit großem Bestürzen reagierten der DÄVB und der Hartmannbund etwa auf einen Aufruf Hans Deuschls, Gründungsmitglied und Geschäftsführer des NSDÄB, der unter dem Titel *Deutsche Aerzte, wacht auf!* am 12. August 1931 im *Völkischen Beobachter* erschien und einen Affront gegen die Führung der beiden Verbände darstellte.⁷³⁴ Weitere Anfeindungen gipfelten gar in untragbare, persönliche Vorwürfe gegen einzelne Mitglieder.

Einige nationalsozialistische Jungärzte, die sich im Kölner Ärzteverein sammelten, warfen Georg Schneider 1932 vor, er würde sich an den angeblich überhöhten Gehältern und Aufwandsentschädigungen im Rahmen seiner geschäftsführenden Dienste im DÄVB und seiner berufspolitischen Tätigkeit in der Provinz Brandenburg bereichern und Standespolitik in erster Linie aus finanziellen Beweggründen betreiben. Daher forderten sie von ihm eine Darlegung seiner Verdienste.⁷³⁵ Schneider wies die Vorwürfe in einem Schreiben an den Kölner Ärzteverein entschieden zurück. Die Zahlungen seitens des Schutzverbandes der Ärzte des Bezirks Potsdam und des brandenburgischen Ärzteverbandes seien auf Wunsch seiner Kollegen erfolgt und lediglich ein Unkostenersatz für seine Arbeit in den Institutionen gewesen. Den Ärztekammervorsitz führe er rein ehrenamtlich aus; seit 1932 verzichte er zudem auf zehn Prozent seines Einkommens als Geschäftsführer des DÄVB und lasse das Geld seiner Stiftung zugutekommen.⁷³⁶ Zynisch vor Verärgerung führte Schneider weiter aus, dass er, „um [finanziell] durchhalten zu können, seit zwei Jahren nicht mehr rauche, Alkohol kaum noch [... zu sich] nehme und Theater, Konzerte und andere Zerstreuungen, zu denen [... ihm die Arbeit] keine Zeit mehr lässt, nur noch vom Hörensagen kenne“.⁷³⁷ Doch Schneider verbarg auch nicht, dass ihm die persönlichen Vorwürfe der jungen nationalsozialistischen Kollegen sowie die dadurch planmäßig geschürte Unruhe sehr bekümmerten. Die „kränkenden Unterstellungen“ empfand er angesichts seiner über zwei Jahrzehnte währenden Standesarbeit als „Mangel an Achtung“.⁷³⁸

⁷³³ Vgl. ebd., S. 47f.

⁷³⁴ Vgl. Boes, Hans Deuschl, der Begründer und erste Leiter der „Führerschule“, in: Rainer Sommer (Hrsg.), *Medizin im Dienste der Rassenideologie. Die „Führerschule der Deutschen Ärzteschaft“* in Alt Rehse, Berlin 2008, S. 43-54, hier S. 45f.; Hafener/Velke/Frings, *Geschichte*, S. 120.

⁷³⁵ Vgl. IGEM, *Nachlass Heinz Goerke, Ordner Dr. Georg Schneider (1875-1949) div. Mat., o. Bl.: Auszüge aus einem Brief Georg Schneiders an den Kölner Ärzteverein von 1932*, S. 8.

⁷³⁶ Vgl. ebd., S. 1, 5f.

⁷³⁷ Ebd., S. 6.

⁷³⁸ Ebd., S. 7.

Dass die nationalsozialistischen Anschauungen trotz aller Kritik seitens der etablierten Kräfte in der brandenburgischen Ärzteschaft flächendeckend auf Zustimmung stießen, zeigen die Kammerwahlen im Herbst 1931 für die anstehende Legislaturperiode von 1932 bis 1935. Den gesetzlichen Bestimmungen entsprechend waren hierfür von den wahlberechtigten Ärzten⁷³⁹ Kandidatenvorschläge einzureichen. Wie schon bei den Kammerwahlen 1927 stellte eine Abgeordnetenauswahl des Ärzteverbands demnach für jeden der drei Wahlkreise Potsdam, Frankfurt und Grenzmark einen einheitlichen Vorschlag auf, mit dem man das weitere Wahlprozedere vermeiden wollte. Die vorläufigen Kandidaten wurden auf der Versammlung am 28. März 1931 benannt.⁷⁴⁰ Anders als bei den vorigen Wahlen reagierte eine größere Gruppe politisch rechtsgesinnter Ärzte hierauf jedoch, indem sie für die beiden brandenburgischen Wahlkreise Gegenvorschläge zu den Einheitslisten einreichten – zur großen Überraschung der Vertreter des Provinzialverbandes. Laut Schneider hätte es hierfür keinerlei Andeutungen bei den Versammlungen des Verbandes oder der ihm angeschlossenen Vereine gegeben.⁷⁴¹ Sodann stand der „Unpolitischen Einheitsliste der Ärztevereine des Regierungsbezirks Potsdam“⁷⁴² mit Georg Schneider als Spitzenplatzierten die „Nationale Liste (Stahlhelm und Nationalsozialisten)“ gegenüber. Beide Listen enthielten exakte Vorschläge für die jeweils 16 zu besetzenden Delegierten- und Stellvertreterstellen aus dem Regierungsbezirk Potsdam. Für den Frankfurter Wahlkreis erarbeitete der Ärzteverband eine Kandidatenliste mit den erforderlichen 12 Mitgliedern und 12 Stellvertretern, der nationalsozialistische Wahlvorschlag „Ruppin und Kollegen“ führte insgesamt 16 Bewerber um einen Kammersitz.⁷⁴³

⁷³⁹ Für die Namen aller zur Kammerwahl 1931 berechtigten Ärzte siehe Wählerliste für die Wahlen zur Ärztekammer der Provinzen Brandenburg und Grenzmark Posen-Westpreußen, in: ÄB BB, Nr. 16 vom 1. Juni 1931, S. 187-199; Max Landsberg, Die Frist des Einspruchs gegen die Kammer-Wahlliste aus Nr. 16 ds. Blattes, in: ÄB BB, Nr. 18 vom 20. Juni 1931, S. 218f. Siehe auch Anhang, S. 292, Nr. 7: Anzahl der in die Ärztekammer für die Provinzen Brandenburg und Grenzmark Posen-Westpreußen gewählten Delegierten, 1928-1933.

⁷⁴⁰ Vgl. Beschlüsse der außerordentlichen Abgeordnetenversammlung vom 28.3.1931, in: ÄB BB, Nr. 13 vom 1. Mai 1931, S. 155.

⁷⁴¹ Vgl. Georg Schneider, Zur Ärztekammerwahl, in: ÄB BB, Nr. 31 vom 1. November 1931, S. 354ff., hier S. 355f.

⁷⁴² Diese Listenbezeichnung wurde als Reaktion auf die Betitelung des Gegenvorschlags mit „Nationale Liste (Stahlhelm und Nationalsozialisten)“ gewählt; vgl. Max Landsberg, Wahlrecht ist Wahlpflicht!, in: ÄB BB, Nr. 30 vom 20. Oktober 1931, S. 343f.

⁷⁴³ Vgl. Hugo Mussaeus, Wahlrecht ist Wahlpflicht!, in: ÄB BB, Nr. 30 vom 20. Oktober 1931, S. 341ff.; Die Wahlvorschläge für die Ärztekammerwahl vom 2.-11. November 1931, in: ÄB BB, Nr. 31 vom 1. November 1931, S. 353f. Für den Wahlkreis Grenzmark Posen-Westpreußen ging beim Wahlausschuss lediglich ein Vorschlag mit den benötigten zwei Mitgliedern und zwei Stellvertretern ein. Diese galten ohne schriftliche Abstimmung als gewählt. Blickt man auf die Wahlen in anderen Staaten und Provinzen, ergibt sich bezüglich deren Politisierung ein relativ heterogenes Bild. Ebenso wie in Brandenburg kandidierten auch bei der Berliner Ärztekammerwahl im November 1931 mehrere nationalsozialistische bzw. völkisch-national gesinnte Ärzte erstmals in einer gemeinsamen Liste; vgl. Hahn/Schwach, Anpassung, S. 30. Im Regierungsbezirk Wiesbaden hingegen wurde bei der Wahl zur Ärztekammer für die Provinz Hessen-Nassau eine Gegenliste seitens der Vereinigung sozialistischer Ärzte aufgestellt; vgl. Hafener/Velke/Frings, Geschichte, S. 99. Wiederum konnten sich für die Wahl der bayrischen Ärztekammer die einzelnen Ärztegruppen auf eine gemeinsame Wahlliste einigen, ohne

Die wahlberechtigten Ärzte der Bezirke Potsdam und Frankfurt hatten sich nun für einen der beiden Wahlvorschläge zu entscheiden und ihre Stimmzettel schriftlich beim Wahlausschuss einzureichen. Dies führte zu dem Ergebnis, dass „Unpolitische Einheitsliste“ 325 und die „Nationale Liste“ 207 Stimmen erhielt. Somit gingen im Potsdamer Wahlkreis zehn Kammer-sitze an die bewährten Standesvertreter, die nationalsozialistischen Ärzte durften sechs Dele-gierte stellen. Im Wahlkreis Frankfurt erreichte der erste Wahlvorschlag 259 und der zweite 156 Stimmen, also acht bzw. vier Kammer-sitze.⁷⁴⁴ Insgesamt entschieden sich somit im No-vember 1931 etwa ein Drittel der brandenburgischen Ärzte gegen die etablierten Standespoli-tiker. Dies bedeutet nicht zwangsläufig, dass sich genau dieser Anteil auch mit dem national-sozialistischen Gedankengut identifizierte. Zumindest aber ist eine ausgeprägte Unzufrieden-heit erkennbar, die zu einem flächendeckenden Rechtsruck im Berufsstand führte. Als ein maßgeblicher Faktor hierfür lassen sich die unsicheren kassenärztlichen Verhältnisse in der Zeit der allgemeinen politischen und wirtschaftlichen Notlage ausmachen.⁷⁴⁵ Zwar stand mit der Einführung der Kassenärztlichen Vereinigungen eine entscheidende Reform des Kassen-arztwesens bevor, doch die Agitationen von NSDÄB-Funktionären gegen das sozialdemokra-tisch geprägte Sozialversicherungssystem zeigten ihre Wirkung. Des Weiteren wurde der Rechtsruck gewiss befördert, indem mit den jüdischen und ausländischen Ärzten ein geeigne-ter Sündenbock für die ‚Überfüllung‘ und den gestiegenen Konkurrenzdruck im Ärztestand präsentiert wurde. In der Politik der Nationalsozialisten meinten viele Ärzte daher eine Lö-sung zu erblicken.

Georg Schneider kritisierte im Ausklang der Kammerwahlen deren Politisierung auf das Schärfste. Im brandenburgischen Ärzteblatt legte er offenkundig dar, dass sich einige Dele-gierte nicht „lediglich nach dem Maße ihrer ärztlichen Erfahrung und Bewährung, unabhängig von anderen Gesichtspunkten“ hätten zur Wahl aufstellen lassen und gewählt worden wären, sondern in erster Linie aus politischem Kalkül. Er warnte ausdrücklich, dass „mit der Politi-sierung des Standes auch seine Uneinigkeit wachsen und daß die Führung einer erfolgreichen einheitlichen Standespolitik allmählich immer schwerer“ werden würde. Folglich wäre es auch schwieriger, die Interessen und Forderungen des Berufsstandes nach außen zu vertreten

dass ein Gegenvorschlag einging; vgl. Einheitswahlliste zur Bayerischen Landesärztekammer, in: ÄB BB, Nr. 10 vom 1. April 1932, S. 126.

⁷⁴⁴ Das Ergebnis der Wahlen zur Ärztekammer für die Provinzen Brandenburg und Grenzmark Posen-Westpreu-ßen vom November 1931 ist tabellarisch dargestellt im Anhang der vorliegenden Arbeit, S. 293, Nr. 9. Zur Er-mittlung der Zahl der Kammer-sitze je Wahlvorschlag nach dem Prinzip des Verhältniswahlrechts siehe Kammer-gesetz 1926, S. 358, §§ 25f.; Joachim, Das preußische Gesetz, S. 112f., 164-168. Für die Namen der gewählten Delegierten und ihrer Stellvertreter siehe Max Landsberg, Ergebnis der Wahl zur Aertztekammer, in: ÄB BB, Nr. 5 vom 10. Februar 1932, S. 49f.

⁷⁴⁵ Dies entspricht in etwa der Beurteilung von Schneider, Zur Aertztekammerwahl, S. 355.

und durchzusetzen.⁷⁴⁶ Bekräftigt wurden Schneiders Vermutungen ob der Zerrissenheit des brandenburgischen Ärztestandes durch den Vorwurf der Wahlbeeinflussung, der von einigen nationalsozialistischen Kammerkandidaten geäußert wurde. Sie beanstandeten, die Schriftleitung des Ärzteblattes hätte eine Berichterstattung über ihren Wahlkampf bewusst unterschlagen, wohingegen die vom Ärzteverband vorgeschlagenen Kammerdelegierten ausdrücklich beworben worden wären. Mithin gab es sogar Unterstellungen, der Kammervorstand bzw. der Wahlausschuss hätten manipulativ in den Wahlvorgang eingegriffen.⁷⁴⁷ Die Anschuldigungen waren allerdings nicht haltbar⁷⁴⁸ und dienten ausschließlich zur Stimmungsmache gegen die bewährte Ärztevertretung. Nicht ohne Grund erwarteten die Nationalsozialisten zudem, dass die bisherigen Mitglieder mit „Furcht und Zittern [...] dem Zusammentritt der neugewählten Kammer entgegengesehen“ würden, wie in einem Artikel im *Angriff*, der Gauzeitung der Berliner NSDAP, preisgegeben.⁷⁴⁹

Auf der angesprochenen Versammlung am 10. Februar 1932 wurden wie üblich zunächst der Vorstand und die übrigen Organe der Kammer konstituiert. Dies verlief zunächst ohne nennenswerte Vorkommnisse. Die zehn nationalsozialistischen Delegierten erhielten eine Reihe an Sitzen in den verschiedenen Einrichtungen und Ausschüssen und stellten mit Walter Rupp in und Franz Ideler⁷⁵⁰ zwei der sechs Vorstandsmitglieder.⁷⁵¹ Der zum Kammervorsitzenden wiedergewählte Schneider erhoffte sich, die Nationalsozialisten durch die Bekleidung von Ämtern möglichst unvoreingenommen in die positive Arbeit der Kammer einspannen zu können.⁷⁵² Dem stand sogleich die erste Amtshandlung der rechten Kammerfraktion entgegen, die darin bestand, einen Antrag gegen die Weiterbeschäftigung Max Landsbergs als Geschäftsführer und Kassenvorstand zu stellen. Als Begründung führte sie an, dass Landsberg kein gewähltes Mitglied, sondern ein Kammerangestellter von außen war. Infolge der Ablehnung des Antrags mit 14 zu 16 Stimmen offenbarte Rupp in den tatsächlichen Grund für das Misstrauensvotum: Landsbergs jüdische Abstammung. Rupp in forderte nun, dass zukünftig nur Deutsche und

⁷⁴⁶ Ebd.

⁷⁴⁷ Vgl. Nach der Kammerwahl.

⁷⁴⁸ In mehreren Beiträgen des Ärzteblattes wurde seitens der etablierten Standesvertreter lediglich das Aufstellen von Gegenlisten und die damit zum Ausdruck gebrachte Uneinigkeit des brandenburgischen Ärztestands aufgrund politischer Gesinnungen bedauert; siehe exemplarisch Schneider, Zur Aerztekammerwahl. Zudem sandte der Ärzteverbandsvorstand jedem Wahlberechtigten einen Stimmzettel mit seinen Wahlvorschlägen zu.

⁷⁴⁹ Zitiert nach Georg Schneider, Mitteilung der Aerztekammer, in: *ÄB BB*, Nr. 10 vom 1. April 1932, S. 125f., hier S. 125.

⁷⁵⁰ Zu Franz Ideler siehe *BArch*, R 9361-VIII/130802320; R 9361-IX/17530522.

⁷⁵¹ Vgl. Max Landsberg, 1. Sitzung der Aerztekammer für die Provinzen Brandenburg und Grenzmark Posen-Westpreußen, in: *ÄB BB*, Nr. 6 vom 20. Februar 1932, S. 65f. Zur Zusammensetzung des Vorstands siehe Anhang, S. 293, Nr. 8: Zusammensetzung des Vorstands der Aerztekammer für die Provinzen Brandenburg und Grenzmark Posen-Westpreußen, 1928-1934.

⁷⁵² Vgl. Schneider, Mitteilung, in: *ÄB BB*, Nr. 10 vom 1. April 1932, S. 125.

keine Juden mehr in der Kammer tätig sein sollten.⁷⁵³ Schneider stellte sich klar hinter seinen Geschäftsführer, der seit seiner Einwanderung aus Posen zur Inflationszeit sowohl der Kammer als auch dem brandenburgischen Ärzteverband „unter Anspannung aller Kräfte [...] treu und ehrlich gedient hätte“, und wies alle persönlichen Angriffe gegen Landsberg zurück.⁷⁵⁴ Dass das rechtskonservative bis nationalsozialistische Gedankengut die Kammerarbeit fortan mitbestimmen sollte, zeigen auch zwei weitere Beschlüsse der Sitzung vom 10. Februar 1932. Zum einen erhob die Versammlung entschiedenen Einspruch gegen die erleichterte Niederlassung und Berufsausübung für ausländische Ärzte, da die deutschen Mediziner im Ausland keinerlei Unterstützung erfahren würden. Zum anderen wurde ein Antrag Ruppins angenommen, der Kammervorstand hätte darüber zu beraten, bei der Regierung vorstellig zu werden und die Einstellung der Reparationszahlungen zu fordern. Dies wäre aufgrund des wirtschaftlichen Missstands dringend erforderlich. Die deutsche Bevölkerung könnte sich nicht genügend Essen und Kleidung leisten und dadurch verelenden, Ernährungsstörungen, Tuberkulose und andere Krankheiten würden rapide zunehmen. Folglich müssten die staatlichen Finanzen allein zur Unterstützung des eigenen Volkes aufgebracht werden.⁷⁵⁵ Entgegen der konstituierenden Kammerversammlung wären die fünf Sitzungen des Kammervorstands im Jahr 1932 Schneider zufolge ohne erwähnenswerte Zwischenfälle verlaufen. Der Vorstand hätte ebenso erfolgreich gearbeitet wie die Kommissionen der Kammer. Das Zusammenwirken der alten und neuen Delegierten beschreibt er sogar als „völlig harmonisch“. Dies geht aus Schneiders Jahresbericht hervor, den er auf der Kammerversammlung am 25. Februar 1933 erstattete. Doch bereits auf dieser ersten Sitzung nach der Machtübernahme wurde deutlich, dass die nationalsozialistischen Ärzte bereits entscheidenden Einfluss in der Kammer besaßen. Auf ihren Druck legte Landsberg sein Amt als Geschäftsführer nieder.⁷⁵⁶ Allen voran traten hierbei wie auch in den folgenden Wochen Walter Ruppin, der im April 1933 die kommissarische Leitung von Ärztekammer und -verband übernahm, und Franz Ideler in seiner Funktion als NSDÄB-Obmann des Gaus Brandenburg hervor. Beide waren maßgeblich an der Gleichschaltung und Instrumentalisierung des brandenburgischen Ärztetands im Frühjahr 1933 beteiligt.

⁷⁵³ Vgl. ebd.; Landsberg, 1. Sitzung.

⁷⁵⁴ Schneider, Mitteilung, in: ÄB BB, Nr. 10 vom 1. April 1932, S. 125.

⁷⁵⁵ Vgl. Mitteilungen, in: ÄB BB, Nr. 11 vom 10. April 1932.

⁷⁵⁶ Max Landsberg, Sitzung der Ärztekammer für die Provinzen Brandenburg und Grenzmark Posen-Westpreußen. Sonnabend, den 25. Februar 1933, nachmittags 1 Uhr, im Verbandshause Berlin-Grünwald, Hubertusallee 22. Vorläufiger Bericht, in: ÄB BB, Nr. 7 vom 1. März 1933, S. 85.

5.2 Neuordnung des Ärztstands in den Jahren 1933/34

5.2.1 Gleichschaltung aller ärztlichen Berufsorganisationen

Nach der konstitutionellen Monarchie im Deutschen Kaiserreich und der Republik von Weimar brachte die Machtübergabe an die Nationalsozialisten im Jahr 1933 die autoritäre Diktatur mit sich. Folge des neuen politischen Systems war die durchgängige gesellschaftliche und wirtschaftliche Umwandlung des Staates; alle Lebensbereiche wurden gemäß dem Führerprinzip gleichgeschaltet und zum Wohle der Volksgemeinschaft ausgerichtet. Personen und ganze Bevölkerungsgruppen, die dem im Wege standen oder nicht dem Ideal nationalsozialistischer Ideologie entsprachen, sahen der Verdrängung, Vertreibung und später sogar der Vernichtung entgegen. Damit stellt der Nationalsozialismus die bis dahin wohl erheblichste Zäsur der modernen deutschen Geschichte dar. Dies gilt im besonderen Maße für den Ärztstand.

In nur wenigen Wochen wurde das sich in der Ärzteschaft über Jahrzehnte etablierende demokratische Prinzip der beruflichen Selbstverwaltung aufgegeben. Auf der einen Seite war dies verbunden mit der Kapitulation vieler altbewährter Standesführer vor den neuen Machthabern. Nahezu alle jüdischen und politisch missliebigen Kollegen wurden zum Rücktritt gezwungen oder entlassen, sowohl aus den berufsständischen Ämtern als auch aus der ärztlichen Praxis. Auf der anderen Seite passte sich ein großer Teil der Ärzte schnell an die neuen Gegebenheiten an. Er war mittragend bei der Umstrukturierung der Berufsorganisation und der Neubesetzung der maßgebenden Ämter und Stellen mit nationalsozialistischen Ärzten. Auch der Ausschluss von Kollegen aus der Praxis wurde gleichgültig hingenommen bis aktiv unterstützt. Viele Mediziner, darunter zahlreiche standespolitische Spitzenfunktionäre, zeigten sich parteikonform oder wechselten bereitwillig in das nationalsozialistische Lager und traten der NSDAP, dem NSDÄB⁷⁵⁷ und sonstigen Parteigliederungen bei. 1936 waren beispielsweise 656 der 1.835 Brandenburger Ärzte Parteimitglieder.⁷⁵⁸ Für den Zeitraum von 1936 bis 1945

⁷⁵⁷ Die Mitgliederzahl des NSDÄB wuchs reichsweit vom 30. Januar bis Oktober 1933 von 2.786 auf über 11.000. Anfang 1935 waren es circa 14.500, im Jahr 1942 ganze 46.000. Etwa 22 Prozent davon waren Tierärzte, Zahnärzte und Apotheker. Durchschnittlich organisierten sich zwischen 1933 und 1945 damit etwa 31 Prozent der Ärzte im NSDÄB. Vgl. Lilienthal, Der Nationalsozialistische Deutsche Ärztebund, S. 116f.; Rütger, Ärztliches Standeswesen, S. 165.

⁷⁵⁸ Zudem gehörten in Brandenburg zu diesem Zeitpunkt 485 Ärzte der SA, 118 der SS, 130 dem NSKK, 26 der NSF und 47 der HJ an; vgl. Die Ärztekammer Brandenburg in der Statistik. Von Dr. rer. vol. Hadrich, Berlin, in: ÄB BB, Nr. 8 vom 15. April 1937, S. 119. Die Statistiken für den Zeitraum bis 1945 belegen, dass etwa 45 Prozent aller reichsdeutschen Ärzte Mitglied der NSDAP und etwa 26 Prozent in der SA waren. Der SS gehörten etwa siebenmal so viele Ärzte wie sonstige männliche Erwerbstätige an. Vgl. Ulrich Schultz, Soziale und biographische Bedingungen medizinischen Verbrechens, in: ders./Gerhard Baader (Hrsg.), Medizin und Nationalsozialismus. Tabuisierte Vergangenheit – Ungebrochene Tradition? Dokumentation des Gesundheitstages Berlin

lag der Anteil an parteipolitisch gebundenen Nationalsozialisten unter den in der Provinz freipraktizierenden Humanmedizinerinnen bei etwa 40 Prozent.⁷⁵⁹ Angesichts dieser Tendenz, die sich bereits mit dem Rechtsruck in der Ärzteschaft vor 1933 abgezeichnet hatte, verwundert die „rasche (Selbst-)Gleichschaltung“⁷⁶⁰ des Ärztestands eher wenig.

Der flächendeckende Umbruch der ärztlichen Berufsorganisation unter den Nationalsozialisten begann zwar relativ zügig, nicht aber unmittelbar nach deren Machtübernahme. Abgesehen von einzelnen Entlassungen bzw. erzwungenen Rücktritten, wie jenem Max Landsbergs als Geschäftsführer der Ärztekammer Brandenburgs, wurde die Arbeit im DÄVB, im Hartmannbund sowie in den Kammern und Landesverbänden zunächst – zumindest offenkundig – unverändert fortgeführt.⁷⁶¹ Die Herrschaft Adolfs Hitlers und der NSDAP, die bei der Reichstagswahl am 5. März 1933 in Koalition mit der DNVP und dem Stahlhelm lediglich die knappe Mehrheit erreichte, musste sich erst einmal festigen. Der gravierende politische und damit auch standespolitische Umbruch begann sodann mit dem Tag von Potsdam. An diesem 21. März trafen die Abgeordneten des neugewählten Reichstags, mit Ausnahme der freiwillig fernbleibenden Sozialdemokraten und der verhafteten bzw. verfolgten Kommunisten, in der Potsdamer Garnisonkirche zu einem Staatsakt zusammen, bevor sich am selben Nachmittag in der Berliner Kroll-Oper der Reichstag konstituierte. Die Festlichkeit in Potsdam wurde unter Verantwortung Joseph Goebbels' geschickt inszeniert. Die Nationalsozialisten präsentierten ihr ‚Drittes Reich‘ in Tradition zum Deutschen Kaiserreich, und Hitler wurde vom Reichspräsidenten Hindenburg mit der Macht betraut.⁷⁶²

Am Tag darauf sandte Alfons Stauder, ähnlich wie Schneider „Repräsentant der liberal bis konservativ orientierten Ärzteschaft“⁷⁶³ und überzeugt vom wiederentfachten Nationalbewusstsein, ein Telegramm an Hitler. Darin befürwortete er im Namen des Deutschen Ärztevereins- und des Hartmannbundes „freudigst den entschlossenen Willen der Reichsregierung der nationalen Erhebung, eine wahre Volksgemeinschaft aller Stände, Berufe und Klassen aufzubauen“. Die ärztlichen Spitzenverbände würden sich „in den Dienst dieser großen vaterländischen Aufgabe [stellen] mit dem Gelöbnis treuester Pflichterfüllung als Diener der

1980, 4. Aufl., Frankfurt am Main 1989, S. 184-201, hier S. 185.

⁷⁵⁹ Unter den in diesem Zeitraum insgesamt 2.730 erfassten brandenburgischen Ärzten kann 1.067 eine NSDAP-Mitgliedschaft nachgewiesen werden; siehe BLHA, Rep. 72 Ärztekammer für die Provinz Brandenburg.

⁷⁶⁰ Rüter, *Ärztliches Standeswesen*, S. 143.

⁷⁶¹ Vgl. Norbert Jachertz, *Die neuen Herren kamen über Nacht. Vor 50 Jahren: Gleichschaltung im Deutschen Ärzteblatt (II)*, in: *Deutsches Ärzteblatt (nachfolgend: DÄ)*, Ausgabe A, H. 27/28 vom 11. Juli 1983, S. 23-26, hier S. 23.

⁷⁶² Zum Tag von Potsdam siehe beispielsweise Christoph Kopke/Werner Treß (Hrsg.), *Der Tag von Potsdam. Der 21. März 1933 und die Errichtung der nationalsozialistischen Diktatur (= Europäisch-jüdische Studien, Bd. 8)*, Berlin/Boston 2013.

⁷⁶³ Jachertz, *Die neuen Herren*, S. 23.

Volksgesundheit“.⁷⁶⁴ Ähnliche Bekundungen und Huldigungen finden sich im *Deutschen Ärzteblatt* und in den *Ärztlichen Mitteilungen*, den Presseorganen des DÄVB und des Hartmannbundes, wieder – auch von Georg Schneider. Er begrüßte den Reichspräsidenten „ehrerbietigst“ als Schirmherrn der „nationalen Bewegung“ und betonte das Bekenntnis des deutschen Ärztestands „zum hingebenden Dienste“ für das „Vaterland und die Gesundheit des Volkes“.⁷⁶⁵ Solche Ergebenheitserklärungen belegen die Anpassungsbereitschaft der ärztlichen Standesvertreter an die aktuellen Verhältnisse, die aber immer mit bestimmten Hoffnungen und Erwartungen verbunden war. In diesem Fall waren die Ärzte überzeugt, unter der neuen politischen Führung eine Hochschätzung ihres Standes in der Gesellschaft zu erfahren, mehr in die staatliche Gesundheitspolitik eingebunden zu werden, ihre Stellung gegen die von den Sozialdemokraten geführten Kassenorganisationen weiter zu stärken und vor allem die langersehnte Deutsche Ärzteordnung verwirklichen zu können.⁷⁶⁶ Dennoch lässt sich die „unterwürfige und demütige Haltung“ vieler Ärzte als „erste Voraussetzung für die ‚Neuordnung‘ ärztlicher Standespolitik und des Gesundheitswesens“ sowie „die Durchsetzung der autoritären Führung“ ausmachen.⁷⁶⁷

Als Vorsitzender von DÄVB und Hartmannbund nahm Stauder am 21. März bei einer Ärzteversammlung in München erstmals den persönlichen Kontakt zu Gerhard Wagner, dem Leiter des Nationalsozialistischen Ärztebundes, auf. Stauder muss erkannt haben, dass dem Ärztestand und seinen Spitzenverbänden drastische Veränderungen durch die nationalsozialistischen Ärzte bevorstanden, und suchte wohl das klärende Gespräch. Immerhin kündigte Wagner in der NSDÄB-Verbandszeitschrift *Ziel und Weg* am gleichen Tag die „Säuberung“ der ärztlichen Organisationen sowie den Aufbau eines neuen Arzttums an, und auf der Versammlung in München waren zahlreiche nationalsozialistische Ärzte erschienen, die den sofortigen Rücktritt der Juden und Marxisten aus allen Berufsvorständen und -ausschüssen forderten. Um die zukünftige Gestaltung des ärztlichen Standeswesens zu beraten, trafen sich Stauder und Wagner am 23. und 24. März erneut, dieses Mal in Nürnberg. Anwesend waren dabei ebenso die engeren Vorstände der beiden ärztlichen Spitzenverbände – also auch Georg Schneider – und Vertreter des NSDÄB, namentlich Hans Deuschl, Walter Groß⁷⁶⁸, Gustav

⁷⁶⁴ Zitiert nach ders., NS-Machtergreifung. Freudigst fügte sich die Ärzteschaft, in: DÄ, H. 12 vom 21. März 2008, S. A 622ff., hier S. A 622.

⁷⁶⁵ Zitiert nach Schwoch, *Ärztliche Standespolitik*, S. 92.

⁷⁶⁶ Vgl. Rüter, *Ärztliches Standeswesen*, S. 173; Schwoch, *Ärztliche Standespolitik*, S. 92f.

⁷⁶⁷ Schwoch, *Ärztliche Standespolitik*, S. 93.

⁷⁶⁸ Zu Walter Groß (1904-1945) siehe ebd., S. 362; Roger Uhle, *Neues Volk und reine Rasse. Walter Groß und das Rassenpolitische Amt der NSDAP (RPA) 1934-1945*, Diss., Aachen 1999.

Schömig und Paul Sperling⁷⁶⁹. Für Wagner war eine Neuausrichtung der Verhältnisse unumgänglich. Er stellte den bis dahin führenden Ärztevertretern die Wahl, die bestehende Standesinstitution gänzlich niederzureißen und zu revolutionieren oder sich kollegial zu einigen, unter den Bedingungen des NSDÄB als Gliederung der neuen Regierungspartei. Die Vorstände entschieden sich für den zweiten Weg. Dieser Entschluss ist nicht überraschend, vor allem, wenn man bedenkt, unter welchen Eindrücken von den zeitgleichen politischen Geschehnissen sie standen. Am 23. März beschloss der Reichstag das von Hitler vorgelegte Gesetz zur Behebung der Not von Volk und Reich⁷⁷⁰ und ermächtigte die Regierung damit, ohne die Zustimmung des Parlaments und ohne Gegenzeichnung des Reichspräsidenten eigenmächtig Gesetze zu erlassen. Zudem sorgten Wagner und die NSDÄB-Funktionäre bei den Besprechungen in Nürnberg für eine Drohkulisse, indem sie mit dem Eingriff der SA drohte, sollten die Ärztenvorstände opponieren. Folglich stimmten die Standesvertreter einer von den NSDÄB-Ärzten auferlegten Vereinbarung zu, nach der Gerhard Wagner ab sofort als Kommissar des Deutschen Ärztevereins- und des Hartmannbundes agierte. Die Vorstände und die Geschäftsführungen der beiden Institutionen blieben zwar weiterhin bestehen, waren Wagner allerdings hierarchisch untergeordnet und mussten alle Entscheidungen mit ihm abstimmen. Dieser maßgebliche Schritt zur Gleichschaltung des Ärztetands wurde in der Standespresse als ein freiwilliger ausgelegt und somit legitimiert, obgleich er unter enormem Druck zustande kam. In einem Schreiben an die Mitglieder der ärztlichen Spitzenverbände erklären Stauder, Schneider und Franz Reichert, der Zweite Vorsitzende des Hartmannbundes, lakonisch, man hätte sich „den aus der gegenwärtigen Lage entstandenen Notwendigkeiten nicht verschließen können“.⁷⁷¹ In einem vertraulichen Brief an Stauder bezeichnete Schneider die Vereinbarung als einen „Fehler“, da Wagner nicht in Abstimmung mit den Vorständen, sondern eigenmächtig entscheiden würde. Sein Ziel sei es gewesen, „den Vorstand der Verbände bewußt von Anfang an“ auszuschalten.⁷⁷² Dass durch die neu geschaffenen Strukturen die Geschlossenheit der ärztlichen Berufsvertretung gewahrt und die Zusammenarbeit im Stand und mit der staatlichen Führung verbessert worden sei, wie in der Begründung zur Vereinbarung angepriesen,⁷⁷³ ist also reichlich abwegig.

⁷⁶⁹ Zu Paul Sperling (1889-1974) siehe Schwoch, *Ärztliche Standespolitik*, S. 374.

⁷⁷⁰ Gesetz zur Behebung der Not von Volk und Reich. Vom 24. März 1933, in: *RGBl.* 1933, S. 141.

⁷⁷¹ Zitiert nach Schwoch, *Ärztliche Standespolitik*, S. 99.

⁷⁷² IGEM, Nachlass Heinz Goerke, Ordner Dr. Georg Schneider (1875-1949) div. Mat., o. Bl.: Schreiben Georg Schneiders an Alfons Stauder vom 25. Mai 1933.

⁷⁷³ Vgl. Jachertz, *Die neuen Herren*, S. 23ff.; ders., *NS-Machtergreifung*; Rüter, *Ärztliches Standeswesen*, S. 143f.; Schwoch, *Ärztliche Standespolitik*, S. 98f.

In den kommenden Tagen und Wochen wurden allen Landes- und Provinzialverbänden des Hartmannbundes „zum Zwecke einheitlicher Gleichschaltung und reibungsloser Durchführung der kommenden autoritären Umgestaltung der ärztlichen Organisationen“⁷⁷⁴ bekennende Nationalsozialisten als Kommissare oder Beauftragte des Ersten Kommissars Gerhard Wagner vorgesetzt.⁷⁷⁵ Zudem kam es zur Neubesetzung von Vorstands- und geschäftsführenden Ämtern. Bestehende Satzungen und Gesetze spielten dabei keine Rolle und wurden umgangen. Als primäre Direktive galt die Anordnung Wagners und der Vorstände von DÄVB und Hartmannbund, aus den Vorständen und Ausschüssen ihrer Untergliederungen die jüdischen und nicht mit der Neuordnung konformgehenden Kollegen zu ersetzen.⁷⁷⁶ Zum „treibenden Motor der Gleichschaltung“ avancierte der Ärztebund der Nationalsozialisten. In aller Regel waren es, wie im Fall Wagner, seine Funktionäre, die in die führenden Positionen von Gesundheitswesen und Standespolitik aufrückten und alle weiteren Personalentscheidungen trafen.⁷⁷⁷ Doch auch seitens einiger altbewährter Standesvertreter, die nicht unbedingt dem nationalsozialistischen Spektrum angehörten, fand die Gleichschaltung Unterstützung. Georg Schneider konstatierte im Mai 1933, dass insbesondere der Hartmannbund „das Verfahren, die Vorstände auszuschalten u. autoritär zu regieren, [...] für durchaus angebracht“ halte.⁷⁷⁸ In der Provinz Brandenburg hatten die Abgeordneten der 47 Vereine des Ärzteverbandes noch am 18. Februar 1933 planmäßig ihren Vorstand gewählt. Bei dieser letztmaligen Wahl wurde Hugo Mussaeus als Vorsitzender bestätigt.⁷⁷⁹ Doch dieser sollte sein Amt nicht wie statutenmäßig vorgeschrieben über drei Jahre, sondern lediglich für einen guten Monat bekleiden. Am 27. März gab er bekannt, den Vorsitz auf eigenen Wunsch abgeben zu wollen.⁷⁸⁰ Auch wenn hier, genauso wie beim Rücktritt Max Landsbergs, keine näheren Gründe genannt werden, liegt es nahe, dass die Entscheidung Mussaeus erzwungen wurde. Immerhin erntete er von Walter Ruppin, der am 29. März 1933 als Kommissar des Ärzteverbandes eingesetzt wurde,⁷⁸¹ viel Kritik. Mussaeus hätte den Verband zwar gut geleitet, in seiner Amtszeit aber auch

⁷⁷⁴ So der Wortlaut in der entsprechenden Verfügung Gerhard Wagners; zitiert nach Lilienthal, Der Nationalsozialistische Deutsche Ärztebund, S. 112.

⁷⁷⁵ Jeder der 21 Landes- bzw. Provinzialverbände hatte bis Anfang Mai 1933 einen Kommissar erhalten. Vgl. nachfolgend und siehe ausführlich ebd., S. 111-114.

⁷⁷⁶ Vgl. Schwoch, Ärztliche Standespolitik, S. 99.

⁷⁷⁷ Rüther, Ärztliches Standeswesen, S. 164.

⁷⁷⁸ IGEM, Nachlass Heinz Goerke, Ordner Dr. Georg Schneider (1875-1949) div. Mat., o. Bl.: Schreiben Georg Schneiders an Alfons Stauder vom 25. Mai 1933.

⁷⁷⁹ Vgl. Max Landsberg, Wahlergebnisse vom XIII. Brandenburgischen Ärztetage, in: ÄB BB, Nr. 7 vom 1. März 1933, S. 88.

⁷⁸⁰ Vgl. ders., Mussaeus nicht mehr Vorsitzender des Aerzteverbandes!, in: ÄB BB, Nr. 11 vom 10. April 1933, S. 144.

⁷⁸¹ Vgl. ders., Mitteilung, in: ÄB BB, Nr. 10 vom 1. April 1933, S. 121.

schwerwiegende Fehler begangen. So beanstandete Ruppin die Einstellung von drei jüdischen Bürodamen, das Abhalten von Versammlungen der Friedensliga im Geschäftshaus des Provinzialverbandes sowie das Ausüben von Ausbesserungsarbeiten am Verbandshaus durch jüdische Firmen im Auftrag von Max Landsberg und machte Mussaeus hierfür verantwortlich. Zudem hätte ihm bekannt sein müssen, dass Landsbergs Kinder angeblich im engeren Kontakt zur KPD stünden.⁷⁸²

Mit der Berufung Ruppins zum Kommissar des brandenburgischen Ärzteverbandes wurde ihm, gleichsam allen anderen Beauftragten Wagners, die Aufgabe übertragen, dafür zu sorgen, dass die standespolitische Arbeit in den Verbänden zukünftig unbeeinflusst bleibe von jeglichen äußeren politischen oder sonstigen Stellen.⁷⁸³ Noch am selben Tag der Benennung Ruppins wurde – offiziell auf Beschluss des Vorstands – Max Landsberg auch im Ärzteverband der Provinz Brandenburg als Geschäftsführer de facto abgelöst, indem er Sitz und Stimme im Vorstand verlor und ihm Max Gäbel, ein nationalsozialistischer Arzt aus Seelow, als kommissarischer Generalsekretär vorgesetzt wurde.⁷⁸⁴ Dieser übernahm auch die Schriftleitung des brandenburgischen Ärzteblatts.⁷⁸⁵ Im September 1933 zeigte der Vorstand des Ärzteverbandes Landsberg strafrechtlich an. Ein Revisor war mit der Überprüfung von Landsbergs geschäftsführender Tätigkeit im Ärzteverband beauftragt worden. Wie es im brandenburgischen Ärzteblatt heißt, hätte er eine „verschleierte und undurchsichtige Buchführung der letzten acht Jahre“ vorgefunden. Es ist von einem „Vertrauensbruch, [...] Untreue und [...] Unterschlagung“ gegenüber dem Vorstand und der Kollegenschaft des Verbandes und von einem Schaden in Höhe von 40.000 Mark die Rede, ohne bei diesen Vorwürfen konkreter zu werden.⁷⁸⁶ Michael H. Katers Nachforschungen zufolge handelte es sich bei den Beschuldigungen allein um einen Racheakt Ruppins, der die Unterschlagungen selbst begangen hätte.⁷⁸⁷ Aufgrund der eingereichten Unterlagen wurde Landsberg vorläufig in Untersuchungshaft genommen, wo er nach seiner Vernehmung – den offiziellen Darstellungen zufolge – Suizid beging.⁷⁸⁸

⁷⁸² Vgl. Walter Ruppin, Zur Klarstellung, in: ÄB BB, Nr. 12 vom 20. April 1933, S. 150.

⁷⁸³ Vgl. Schwoch, Ärztliche Landespolitik, S. 101.

⁷⁸⁴ Vgl. Landsberg, Mitteilung.

⁷⁸⁵ Ebenso wie das brandenburgische Ärzteblatt wurden auch das *Deutsche Ärzteblatt* und die *Ärztlichen Mitteilungen* gleichgeschaltet und zum 1. Juli 1933 zusammengeführt; vgl. Schwoch, Ärztliche Landespolitik, S. 103f.

⁷⁸⁶ Max Gäbel, Sanitätsrat Dr. Landsberg, in: ÄB BB, Nr. 28 vom 1. Oktober 1933, S. 343.

⁷⁸⁷ Vgl. Kater, Ärzte als Hitlers Helfer, S. 308.

⁷⁸⁸ Vgl. Gäbel, Sanitätsrat. Kater geht davon aus, dass Landsberg ermordet wurde; vgl. Kater, Ärzte als Hitlers Helfer, S. 308. Nach dem Tod Landsbergs wurden seine Erben verklagt und mussten dem Ärzteverband Brandenburg 28.000 Mark zahlen; vgl. Walter Miemietz, Niederschrift über die Verbandsversammlung des Ärzteverbandes der Provinz Brandenburg vom 12. September 1934, in: ÄB BB, Nr. 18 vom 15. September 1934, S. 161f., hier S. 161.

Der Degradierung Landsbergs folgte Anfang April die partielle Neubesetzung des gesamten Vorstands des Ärzteverbandes. Insgesamt wurden sechs der elf Vorstandsmitglieder ausgetauscht. Ausgeschieden waren neben Mussaeus noch Erich Bumke aus Berlin-Reinickendorf, der Medizinalrat a. D. Max Kroner aus Brandenburg an der Havel, der Frankfurter Sanitätsrat Rudolf Laas, Felix Witt aus Hohen-Neuendorf und Max Wolff aus Berlinchen. Die frei gewordenen Sitze nahmen die Allgemeinärzte Hans Boernieck aus Röntgental, Rudolf Büttner aus Brandenburg an der Havel, Kurt Fiekel aus Altdöbern, Max Petermann aus Frankfurt (Oder) und Kurt Schütt aus Sonnenburg im Landkreis Oststernberg sowie der 1931 auch in den Vorstand der Ärztekammer gewählte Franz Ideler ein.⁷⁸⁹ Die Neumitglieder gehörten, bis auf Petermann, allesamt der NSDAP und dem NSDÄB an. Beispielsweise war Schütt der Partei und ihrem Ärztebund schon im November 1930 beigetreten, seit August 1931 war er zudem Mitglied der SA. In der SA waren gleichermaßen Büttner und Fiekel, Boernieck gehörte der SS an. Ebenso seit 1931 Mitglied der NSDAP und des NSDÄB und aktiv in der SA war Valentin Kessel aus Beelitz, der dem Vorstand bereits zuvor angehört hatte.⁷⁹⁰ Die übrigen verbliebenen Vorstandsmitglieder schienen gewillt, sich mit den gegebenen Verhältnissen zu arrangieren und die nationalsozialistische Ideologie zumindest mitzutragen; so auch Walter Miemietz, der den Vorsitz des Verbands zugesprochen bekam.⁷⁹¹ Stellvertretender Vorsitzender wurde Kurt Fiekel, Ruppins Nachfolger als NSDÄB-Gauobmann der Ostmark. Die neuen Vorstandsmitglieder übernahmen sogleich auch Funktionen in den Ausschüssen des Verbands.⁷⁹²

Wie beim Oberversicherungsamt in Potsdam wurden darüber hinaus im gesamten Reich behördliche Ämter in der kassenärztlichen Verwaltung neubesetzt, da jüdische und nicht systemkonforme Ärzte auch ihre Stellen in den Schiedsämtern bzw. als Vertrauensärzte verloren. Der Reichsausschuss für Ärzte und Krankenkassen wurde gänzlich beschlussunfähig gemacht, indem die freigewordenen ärztlichen Stellen nicht neubesetzt wurden. Bereits am 5. April 1933 zeigte sich Adolf Hitler bei einem Empfang durch die ärztlichen Spitzenverbände und Kommissar Wagner äußerst zufrieden mit den Maßnahmen zur raschen Gleichschaltung

⁷⁸⁹ Vgl. Landsberg, Mitteilung; Max Gäbel, Vorstand des Ärzteverbandes der Provinz Brandenburg E. V., in: ÄB BB, Nr. 12 vom 20. April 1933, S. 150.

⁷⁹⁰ Zu den einzelnen Ärzten lagern umfangreiche Akten im BLHA. Siehe Rep. 72 Ärztekammer für die Provinz Brandenburg Nr. 305f.: Boernieck, Dr. med. Hans Wilhelm; Nr. 414f.: Büttner, Dr. med. Rudolf Richard Johannes; Nr. 734: Fiekel, Dr. med. Kurt Maria Oskar August; Nr. 1600f.: Kessel, Dr. med. Valentin Hermann; Nr. 2567f.: Petermann, Dr. med. Max Georg; Nr. 3152f.: Schütt, Dr. med. Kurt Theodor Heinrich (Kurt Schütt).

⁷⁹¹ Vgl. Aufruf!, in: ÄB BB, Nr. 18 vom 20. Juni 1933, S. 229.

⁷⁹² Vgl. Vorstand und Ausschüsse des Ärzteverbandes der Provinz Brandenburg E.V., in: ÄB BB, Nr. 13 vom 1. Mai 1933, S. 167.

der Ärzteschaft. Besonders hob er dabei die Arbeit des NSDÄB hervor.⁷⁹³ Als Standesorganisation ist dem Ärztebund im Grunde jedoch keine übermäßige Bedeutung zuzuschreiben. Er warb zwar etliche Mitglieder, für einen entscheidenden Einfluss fehlte es ihm allerdings an einem eigenen tragfähigen Programm und den notwendigen organisatorischen Strukturen. Vielmehr verstand er sich weiterhin als Kampforganisation der NSDAP und wollte die Grundsätze der Partei in der Ärzteschaft verbreiten. Beispielsweise versuchten Kurt Fiekel und Franz Ideler als Obmänner der Gaue Ostmark bzw. Brandenburg ärztliche Schulungskurse zur Vererbungs- und Rassenlehre zu organisieren.⁷⁹⁴ Seine letzte große Aufgabe übernahm der NSDÄB im Januar 1934, als ihm auch für die Gleichschaltung der Ärztekammern die Befugnis erteilt wurde und seine Funktionäre auch hier die Leitung übernahmen.⁷⁹⁵

Die personelle Umbesetzung der preußischen Kammern wurde am 23. Dezember 1933 per Gesetz durch das Staatsministerium legitimiert.⁷⁹⁶ Auf dieser Grundlage erlosch zum 1. Januar 1934 das Amt sämtlicher Vorstandsmitglieder und ihrer Stellvertreter. Der Vorsitzende einer Kammer und sein Stellvertreter wurden künftig vom Minister des Innern berufen, Ersterer ernannte wiederum vier bis acht weitere Vorstandsmitglieder und ihre Stellvertreter. Dabei war es gleichgültig, ob sie 1931 von der Ärzteschaft als Delegierte in die Kammer gewählt worden waren. Vielmehr war es erforderlich, dass sich der gesamte Vorstand aus staatlichen Medizinalbeamten zusammensetzte.⁷⁹⁷ Mit der Neukonstituierung der Vorstände wurden diesen auch die Zuständigkeiten der Kammerversammlungen übertragen. Letztere blieben nur noch theoretisch als Organ der Kammer bestehen, ihre Einberufung oblag allein dem Gemüt des Vorsitzenden und ihre Beschlussfähigkeit war mit den gesetzlichen Bestimmungen aufgehoben.⁷⁹⁸ Schließlich wurde auch der preußische Ärztekammerausschuss neugebildet. Zum 1. Januar

⁷⁹³ Vgl. ebd.; Schwoch, *Ärztliche Standespolitik*, S. 101f.

⁷⁹⁴ Vgl. Kurt Fiekel/Franz Ideler, *Nationalsozialistischer Deutscher Aerzte-Bund*, in: *ÄB BB*, Nr. 29 vom 10. Oktober 1933, S. 355.

⁷⁹⁵ Nach der Gleichschaltung der Ärzteschaft war das primäre Ziel des NSDÄB realisiert. Seinen potentiellen Aufgabenbereich übernahmen das im April 1933 gebildete Aufklärungsamt für Bevölkerungspolitik und Rassenpflege und der sich im August 1933 konstituierende Sachverständigenbeirat für Volksgesundheit, die im Mai 1934 in das Rassenpolitische Amt der NSDAP bzw. in das Amt für Volksgesundheit aufgingen, sowie die KVD und Reichsärztekammer. Im Zweiten Weltkrieg wurde die Arbeit des NSDÄB im Rahmen der Mobilmachung für den ‚totalen Krieg‘ am 13. Januar 1943 eingestellt. Vgl. Kater, *Ärzte und Politik*, S. 41; Lilienthal, *Der Nationalsozialistische Deutsche Ärztebund*, S. 118f.; Rütger, *Ärztliches Standeswesen*, S. 164f.; Schwoch, *Ärztliche Standespolitik*, S. 106f.

⁷⁹⁶ In anderen Ländern wie Bayern, Mecklenburg und Thüringen wurden die Kammern im Frühjahr 1933 direkt aufgelöst, der badischen und württembergischen Kammer wurde jeweils ein Kommissar zugeteilt; vgl. Lilienthal, *Der Nationalsozialistische Deutsche Ärztebund*, S. 114. Ebd., S. 115, spricht missverständlich bzw. fälschlicherweise von der Aufhebung der preußischen Kammern zum 1. Januar 1934.

⁷⁹⁷ Vgl. Gesetz über den Übergang von Zuständigkeiten der Mitgliederversammlungen der Ärztekammern auf die Vorstände dieser Kammern und über die Bildung der Ärztekammervorstände und des Ärztekammerausschusses, in: *PrGS* 1933, S. 501f., hier § 5.

⁷⁹⁸ Vgl. ebd., S. 501, § 1f.

1934 ersetzten die neuen Kammervorsitzenden bzw. ihre Stellvertreter die bisherigen Ausschussmitglieder. Über den Vorsitz entschied auch hier der Minister des Innern.⁷⁹⁹ Damit entzog das Gesetz vom 23. Dezember den Kammern ihre demokratisch-parlamentarische Grundlage und strukturierte sie nach dem Führerprinzip. Wie in den ärztlichen Landes- und Provinzialverbänden sowie in den Vereinen bestanden die Vorstände nicht mehr aus Vertretern der Ärzteschaft, sondern aus Vertretern des Staates und des nationalsozialistischen Gedankenguts. Zum Vorsitzenden der Ärztekammer für die Provinzen Brandenburg und Grenzmark Posen-Westpreußen wurde Walter Ruppın ernannt, Heinrich Pohlkötter⁸⁰⁰ aus Werder (Havel) zu seinem Stellvertreter. Ruppın berief als weitere Vorstandsmitglieder sowohl Kurt Fiekel, Franz Ideler und Walter Miemietz, die ebenso im brandenburgischen Ärzteverband agierten, als auch Wilhelm Gähtgens, Allgemeinarzt aus Meseritz und seit 1923 Mitglied des Stahlhelms, und den Oberregierungs- und Medizinalrat Fritz Rathmann aus Potsdam, der der NSDAP und dem NSDÄB angehörte.⁸⁰¹ Miemietz übernahm die hauptamtliche Leitung der laufenden Geschäfte.⁸⁰² Der neue Vorstand besetzte zugleich die Ämter des ärztlichen Ehrengerichts und der weiteren Kammereinrichtungen wie der Honorarkommission, der Vertragskommission, der Bibliothek und der Unterstützungskasse. Diese wären ihm, dem Bericht zur Vorstandssitzung am 28. Februar 1934 zufolge, von den bisherigen Mitgliedern aus eigenem Antrieb zur Verfügung gestellt worden.⁸⁰³

Georg Schneider war folglich nicht mehr im Vorstand der brandenburgischen Ärztekammer vertreten. Ohnehin kam das eigentliche Kammerleben in den letzten Monaten mehr oder weniger zum Erliegen.⁸⁰⁴ Schneider widmete sich vor allem seinem Steckenpferd, der ärztlichen Fortbildung. Seine Beiträge im Ärzteblatt beschränken sich nahezu hierauf. Im Jahr 1933 organisierte die Kammer mehrere Fortbildungsveranstaltungen; zum Beispiel – in Verbindung

⁷⁹⁹ Vgl. ebd., S. 502, § 6.

⁸⁰⁰ Zu Heinrich Pohlkötter siehe BArch, R 9361-VIII/16060397; R 9361-IX/32841426.

⁸⁰¹ Zu Gähtgens und Rathmann siehe BLHA, Rep. 72 Ärztekammer für die Provinz Brandenburg, Nr. 861: Gähtgens, Dr. med. Wilhelm; Nr. 2694: Rathmann, Dr. med. Fritz Kurt.

⁸⁰² Vgl. Walter Ruppın, Mitteilungen der Ärztekammer, in: ÄB BB, Nr. 4 vom 15. Februar 1934, S. 35; Walter Miemietz, Sitzung des Kammervorstandes am Mittwoch, dem 28. Februar 1934, nachm. 3 Uhr, in: ÄB BB, Nr. 6 vom 15. März 1934, S. 55f., hier S. 56.

⁸⁰³ Vgl. Miemietz, Sitzung, S. 56. Vom 28. Januar 1935 bis zu ihrer Auflösung am 1. April 1936 saß Max Fink, NSDAP-Mitglied seit Mai 1928 und Angehöriger des NSDÄB, der Kammer kommissarisch vor. Auf der Sitzung am 13. März wurden zudem Kurt Schütt und der Ahrensfelder Allgemeinarzt Paul Ebeling, Mitglied der NSDAP, SA und des NSDÄB, in den Vorstand gewählt. Franz Ideler und Heinrich Pohlkötter waren nicht anwesend und schieden wohl aus. Vgl. Max Fink, Sitzung des Kammervorstandes am Mittwoch, dem 13. März 1935, nachm. 4 ¼ Uhr, in: ÄB BB, Nr. 7 vom 1. April 1935, S. 56. Zu Fink siehe BLHA, Rep. 72 Ärztekammer für die Provinz Brandenburg Nr. 738f.: Fink, Dr. med. Karl Friedrich Marinus; Winfried Süß, Der „Volkkörper“ im Krieg. Gesundheitspolitik, Gesundheitsverhältnisse und Krankenmord im nationalsozialistischen Deutschland 1939-1945 (= Studien zur Zeitgeschichte, Bd. 65), München 2003, S. 464. Zu Ebeling siehe BLHA, Rep. 72 Ärztekammer für die Provinz Brandenburg Nr. 615f.: Ebeling, Dr. med. Berthold August Christian.

⁸⁰⁴ Vgl. Miemietz, Sitzung, S. 56.

mit dem Zentralkomitee für das ärztliche Fortbildungswesen und der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten – ein dreitägiges Seminar in der Universitätsklinik der Charité. Zudem bewarb Schneider Kurse über die Behandlung von Unfällen durch den praktischen Arzt im Städtischen Krankenhaus Moabit sowie über Säuglings- und Kleinkinderkrankheiten in der Universitätsklinik der Charité und ein Seminar im Tuberkulosekrankenhaus in Treuenbrietzen. Die Veranstaltungen waren zum Teil aber deutlich mitbestimmt von der Verbreitung der rassistischen Ideologie der Nationalsozialisten unter den Ärzten. Schneider stellte sogar einen Kurs eigens über Rassenpflege und Bevölkerungspolitik in Aussicht.⁸⁰⁵ Dadurch trug er den nationalen Charakter und die erbbiologischen Grundsätze der nationalsozialistischen Politik zumindest zu einem gewissen Grad mit. Sein Ausscheiden aus dem Kammervorstand fand in der Standespresse dem ungeachtet keinerlei Erwähnung; geschweige denn, dass die von ihm in den vergangenen Jahren geleistete Arbeit gewürdigt wurde.

Mit der Gleichschaltung aller ärztlichen Berufsorganisationen sah Gerhard Wagner die erste Etappe in der Neuordnung des ärztlichen Standeswesens als abgeschlossen an. Auf der Arbeitstagung des Sachverständigenbeirats für Volksgesundheit bei der Reichsleitung der NSDAP am 3. und 4. März in München stellte er rückblickend fest, dass hierdurch ein vermeintliches großes Durcheinander hätte beseitigt werden können. Gleichzeitig denunzierte er die Standesvertreter des alten liberalistischen Systems – ein Angriff, der zumindest indirekt auch Georg Schneider galt.⁸⁰⁶ Die Gleichschaltung war Grundlage für die weitere Umstrukturierung der beruflichen Verwaltung hin zu einem autoritär und zentralistisch geführten Ärztestand. Laut Karl Haedenkamp, Wagners Kommissar zur besonderen Verwendung im Reichsarbeitsministerium,⁸⁰⁷ wäre es unmöglich gewesen, hätte „man Art, Zeitmaß und Durchführung der Neugestaltung den Beschlüssen zahlreicher Personen, Körperschaften, Organe und Ausschüsse überlassen“. ⁸⁰⁸ Geplant war, wie in den Ausführungsbestimmungen zum Kammergesetz vom 23. Dezember angekündigt, die möglichst zügige Schaffung einer auf Reichsgesetz beruhenden, die ganze deutsche Ärzteschaft umfassenden einheitlichen Berufsorgani-

⁸⁰⁵ Vgl. ebd.; Georg Schneider, Betrifft Fortbildungskurse, in: ÄB BB, Nr. 22 vom 1. August 1933, S. 269; ders., Betrifft: Fortbildungskurse, in: ÄB BB, Nr. 24 vom 20. August 1933, S. 295f.

⁸⁰⁶ Vgl. Schwoch, Ärztliche Standespolitik, S. 94.

⁸⁰⁷ Karl Haedenkamp (1889-1955) war bereits vor 1933 im DÄVB und Hartmannbund aktiv, u.a. seit 1923 als Schriftleiter der Ärztlichen Mitteilungen und ab 1929 als ständiger Beauftragter der beiden ärztlichen Spitzenverbände. Mit der Gleichschaltung fügte er sich bereitwillig den Nationalsozialisten. Als Wagners Verbindungsmann im Reichsarbeitsministerium war er an der Ausschaltung missliebiger Kassenärzte beteiligt. Im Juli 1933 übernahm er die Redaktion des gleichgeschalteten Deutschen Ärzteblattes. Zu Haedenkamp siehe ausführlich ebd., insbes. S. 68-91.

⁸⁰⁸ Zitiert nach ebd., S. 94.

sation in Form einer Reichsärztekammer,⁸⁰⁹ auf die die Aufgaben von DÄVB, Hartmannbund sowie den Kammern und Ärzteverbänden der Länder und Provinzen übergingen. Sie sollte unter der autoritären Leitung eines Arztes stehen.

5.2.2 Der „organisatorische Zusammenschluss der gesamten Ärzteschaft“ als „Verkörperung des staatlichen Willens“ – Einrichtung der Kassenärztlichen Vereinigung Deutschlands und der Reichsärztekammer

Ein wesentlicher Schritt in Richtung zentralistischer Berufsverwaltung war mit der Bildung der Kassenärztlichen Vereinigung Deutschlands auf Grundlage der Verordnung des Reichsarbeitsministers vom 2. August 1933 getan. In ihr gingen die Funktion des Hartmannbunds und seiner Untergliederungen sowie vor allem die vorgeschriebenen Befugnisse und Aufgaben der 1931/32 geschaffenen Kassenärztlichen Vereinigungen über.⁸¹⁰ Im Gegensatz zum Hartmannbund war die KVD kein privat organisierter Verband, sondern, wie zuvor die lokalen Kassenärztlichen Vereinigungen, Körperschaft des öffentlichen Rechts unter staatlicher Aufsicht. Dabei unterstand sie dem Reichsarbeitsministerium. Viele der bereits bestehenden Kassenärztlichen Vereinigungen wurden der KVD als Bezirksverwaltungsstellen angeschlossen. Ihnen zwischengeordnet waren Landes- bzw. Provinzstellen.⁸¹¹

Als „Träger[in] der Beziehungen der Kassenärzte zu den Krankenkassen“⁸¹² stellte die KVD von nun an die zentrale Institution der kassenärztlichen Berufsorganisation und gemäß ihrer Satzung „die allein berufene Vertretung der deutschen Ärzteschaft bei der Regelung der ärztlichen Versorgung“ dar.⁸¹³ Ihr bzw. ihren Verwaltungsstellen oblag die Zulassung zur Kassen-

⁸⁰⁹ Vgl. Ausführungs-Bestimmungen d. MdI. v. 10. Januar 1934 – III a IV 143/34 zum Ges. über den Übergang von Zuständigkeiten der Mitgliederversammlungen der Ärztekammern auf die Vorstände dieser Kammern und über die Bildung der Ärztekammervorstände und des Ärztekammerausschusses vom 23. Dezember 1933 (GS. S. 501), in: ÄB BB, Nr. 3 vom 1. Februar 1934, S. 27f., hier S. 27, zu § 1.

⁸¹⁰ Vgl. Verordnung über die Kassenärztliche Vereinigung Deutschlands. Vom 2. August 1933, in: RGBl. 1933, S. 567f., hier S. 567, § 4. Laut Verordnung und Satzung war die KVD zunächst nur Rechtsnachfolgerin der Kassenärztlichen Vereinigungen. In der RÄO wird sie dann auch als Rechtsnachfolgerin des Hartmannbundes festgeschrieben; vgl. Reichsärzteordnung. Vom 13. Dezember 1935 (nachfolgend: RÄO), in: RGBl. 1935, S. 1433-1444, hier S. 1443f., § 87, Abs. 1. Zu Bildung, Struktur und Aufgaben der KVD vgl. nachfolgend und siehe ausführlich Schwach, Ärztliche Standespolitik, S. 104-112.

⁸¹¹ Vgl. Verordnung über die Kassenärztliche Vereinigung Deutschlands, S. 567, § 1, Abs. 3, § 3, § 5, Abs. 1. Stand 1936 gab es im Deutschen Reich 20 Landes- bzw. Provinzstellen und etwa 200 Bezirksstellen der KVD. Dabei umfassten letztere durchschnittlich drei ehemalige Ärztevereine. Vgl. Organisation und Aufgaben der KVD. Vortrag, gehalten auf dem Einführungskurs für Kassenärzte, von Dr. Miemietz (Fortsetzung), in: ÄB BB, Nr. 12 vom 15. Juni 1936, S. 140ff., hier S. 141.

⁸¹² Verordnung über die Kassenärztliche Vereinigung Deutschlands, S. 567, § 1, Abs. 1.

⁸¹³ Zitiert nach Rüter, Ärztliches Standeswesen, S. 174. Neben der Organisation der kassenärztlichen Versorgung oblag der KVD, soweit vom Reichsarbeitsminister übertragen, die Regelung der ärztlichen Behandlung im Rahmen des Reichsversorgungsgesetzes sowie die ärztliche Versorgung bei den Ersatzkassen und im Freiwilligen Arbeitsdienst; vgl. Verordnung über die Kassenärztliche Vereinigung Deutschlands, S. 567, § 1, Abs. 2, § 2.

praxis,⁸¹⁴ die Überwachung der kassenärztlichen Tätigkeit mit Blick auf ihre Wirtschaftlichkeit, die Regelung der ärztlichen Beziehungen untereinander, das Schiedsgerichtswesen, die Prüfung und Honorierung der ärztlichen Leistungen sowie die Verteilung der von den Krankenkassen gezahlten Vergütungen unter den Kassenärzten. Gegenüber den Versicherungsträgern fungierte sie als alleiniger Vertragspartner. Zudem kontrollierte sie, ob die Kassenärzte die in den Verträgen festgeschriebenen Pflichten einhielten, und konnte im Negativfall disziplinierend eingreifen. Spannungen zwischen der KVD und den ebenfalls gleichgeschalteten Krankenkassenverbänden waren durch die Neustrukturierung beider Institutionen nahezu ausgeschlossen. Die Ärzteschaft wurde sogar in die Mitarbeit bei den Verwaltungsorganen der Versicherungsträger mit einbezogen, indem der Reichsärztführer in ihre Beiräte zukünftig jeweils einen Arzt berufen konnte.⁸¹⁵

Die Übernahme der Geschäfte durch die KVD funktionierte zügig und reibungslos. Das gesamte Personal der Hauptgeschäftsstelle des Hartmannbundes siedelte im August 1933 von Leipzig in Regierungsnähe nach Berlin über. Dort wurde dann zum 1. Januar 1934 in der Lindenstraße 42 eine neue Dienststelle für die KVD eingerichtet, in der unter anderem auch die Berliner Geschäftsstellen von DÄVB und Hartmannbund, das Aufklärungsamt für Bevölkerungskunde und Rassenpflege sowie der Verlag der Deutschen Ärzteschaft⁸¹⁶ untergebracht wurden. Dieses Haus der Deutschen Ärzte symbolisierte die Zentralisierung der berufsständischen Verwaltung im Nationalsozialismus. Georg Schneider äußerte sich zum Erwerb sehr kritisch, vor allem aufgrund der damit verbundenen finanziellen Belastung, die hauptsächlich vom Hartmannbund getragen wurde.⁸¹⁷

„Reichsführer“ respektive Vorsitzender der KVD wurde Gerhard Wagner, der bereits am 8. Juli offiziell zum Reichsärztführer ernannt worden war. Ihm standen zunächst Hans Deuschl und ab April 1934 Heinrich Grote als Stellvertreter beiseite. Ungebunden an die Beschlüsse irgendwelcher Gremien entwarf Wagner die Satzung der KVD, war gerichtlich und außer-

⁸¹⁴ Entsprechend der gesetzlich fixierten Zulassungsordnung war eine Zulassung „die Berechtigung und Verpflichtung eines Arztes gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Deutschlands zur Teilnahme an der kassenärztlichen Versorgung“; vgl. Verordnung über die Zulassung von Ärzten zur Tätigkeit bei den Krankenkassen. Vom 17. Mai 1934 (nachfolgend: Zulassungsordnung), in: RGBl. 1934, S. 399-410, hier S. 399, § 1.

⁸¹⁵ Vgl. Walter Miemietz, Rückblick 1935 (Schluß), in: ÄB BB, Nr. 6 vom 15. März 1936, S. 71ff., hier S. 71; Schwach, Ärztliche Standespolitik, S. 120. Zur Gleichschaltung von Krankenversicherung und Krankenkassenverbänden siehe ebd., S. 164-225; Tennstedt, Soziale Selbstverwaltung, S. 181-225, insbes. S. 184-196. Der Reichsarbeitsminister verfügte zudem ein bis 1936 gültiges „Stillhalteabkommen“, auf dessen Grundlage bestehende kassenärztliche Gesamtverträge nicht verhandelt bzw. gekündigt werden durften; vgl. Walter Miemietz, Rückblick 1935 (1. Fortsetzung), in: ÄB BB, Nr. 4 vom 15. Februar 1936, S. 44.

⁸¹⁶ Ab 1939 Reichsgesundheitsverlag.

⁸¹⁷ Vgl. IGEM, Nachlass Heinz Goerke, Ordner Dr. Georg Schneider (1875-1949) div. Mat., o. Bl.: Schreiben Georg Schneiders an Alfons Stauder vom 25. Mai 1933.

gerichtlich ihr gesetzlicher Vertreter und bestimmte die Aufgabenverteilung auf die Verwaltungsstellen und deren personelle Besetzung. Zudem wurde gesetzlich festgeschrieben, dass der ‚Reichsführer‘ der KVD zugleich Vorsitzender des Hartmannbundes war.⁸¹⁸ Demnach wurde „das vom nationalsozialistischen Staate geforderte Führerprinzip in vorbildlicher Weise durchgeführt“, wie Walter Ruppin auf der letztmaligen Versammlung des brandenburgischen Ärzteverbands am 12. September 1934 mitteilte.⁸¹⁹

Die komplette Umstellung der kassenärztlichen Berufsverwaltung auf die KVD mit ihren Landes- und Bezirksstellen war bis Jahresende 1933 abgeschlossen.⁸²⁰ Spätestens mit dem Eintritt in das Jahr 1934 bestimmte die KVD-Provinzstelle Brandenburg auch hier sowie in der Grenzmark die ärztliche Standespolitik.⁸²¹ Äußerlich bemerkbar machte sich dies etwa im Ärzteblatt, für das sie ab sofort als Herausgeberin in Erscheinung trat.⁸²² Der „organisatorische[n] Zusammenfassung der Kassenärzte“ gehörte zwangsläufig der Großteil der freiberuflich tätigen brandenburgischen Ärzte an.⁸²³ Geleitet wurde die Verwaltungsstelle zunächst von Walter Ruppin, dem brandenburgischen Ärztekommisar. Ab dem 20. November 1934 übernahm Heinrich Grote, der zugleich der KVD-Verwaltungsstelle Groß-Berlin vorsah. Grote bestellte Franz Ideler zu seinem Stellvertreter und zum Betriebsführer des Brandenburger Ärztehauses in Berlin-Grünwald, das Räumlichkeiten für die KVD-Mitarbeiter bot. Am 18. März 1936 wurde Ideler sodann zum Amtsleiter berufen.⁸²⁴

Die Provinzstelle Brandenburg bezeichnete sich selbst als „eine nach nationalsozialistischen Grundsätzen geformte Organisation“. Dies begann bei der personellen Besetzung und führte sich fort bei der Erfüllung der ihr übertragenen Aufgaben. Als Verwaltungsstelle der KVD war die Provinzstelle „dazu berufen, die [brandenburgische] Ärzteschaft gegenüber den Trägern der sozialen Versicherungen zu vertreten, die Ärzte zur Erfüllung der ärztlichen Aufgaben im Rahmen der sozialen Gesetzgebung zusammenzufassen und nicht zuletzt auch ihre wirtschaftlichen Belange wahrzunehmen“.⁸²⁵ Ihre Tätigkeit lag vornehmlich in der kassenärztlichen Zulassung, deren Verfahren in der ab dem 1. Juli 1934 gültigen Zulassungsordnung

⁸¹⁸ Vgl. Verordnung über die Kassenärztliche Vereinigung Deutschlands, S. 568, § 5, Abs. 2, §§ 7-10.

⁸¹⁹ Miemietz, Niederschrift, S. 161.

⁸²⁰ Vgl. Verordnung über die Zulassung von Ärzten, Zahnärzten und Zahntechnikern zur Tätigkeit bei den Krankenkassen. Vom 20. November 1933, in: RGBl. 1933, S. 983f., hier S. 984, Artikel III.

⁸²¹ Vgl. Zulassungsordnung, S. 410, Anlage.

⁸²² Vgl. Miemietz, Zum Geleit!

⁸²³ Ders., Rückblick 1935, in: ÄB BB, Nr. 3 vom 1. Februar 1936, S. 29-32, hier S. 29.

⁸²⁴ Vgl. Gerhard Wagner, Anordnung des Reichsführers der KVD, in: ÄB BB, Nr. 22 vom 15. November 1934, S. 195; Heinrich Grote, Anordnung des Amtsleiters, in: ÄB BB, Nr. 23 vom 1. Dezember 1934, S. 207; ders., Anordnung, in: ÄB BB, Nr. 7 vom 1. April 1936, S. 77.

⁸²⁵ Miemietz, Rückblick 1935, S. 29.

gesetzlich fixiert wurde.⁸²⁶ Die Ordnung schrieb zunächst fest, dass sich jeder Kassenarzt bzw. -anwärter im Arztregister der zuständigen KVD-Verwaltungsstelle einzutragen hatte.⁸²⁷ Für die Kassenärzte Brandenburgs und der Grenzmark war dies die Provinzstelle, auf die das zuvor beim Obergewerkschaftsamt Potsdam geführte Arztregister übergang.⁸²⁸ Über eine Zulassung bzw. ihr Ruhen oder ihre dauerhafte Entziehung entschied ein Zulassungsausschuss. Er setzte sich zusammen aus dem Vorsitzenden und zwei Beisitzern, die allesamt vom „Reichsführer“ der KVD berufen wurden,⁸²⁹ und trat einmal im Quartal zusammen.⁸³⁰ Das Zulassungsverfahren bestimmten zahlreiche gesetzliche Maßnahmen, die die Bedingungen zum Ausüben der Kassenpraxis fortwährend verschärften.⁸³¹

Grundvoraussetzung zur Eintragung in ein Arztregister und damit zur kassenärztlichen Tätigkeit war zunächst die deutsche Staatsangehörigkeit bzw. der Besitz der bürgerlichen Ehrenrechte.⁸³² Den Großteil der jüdischen und sämtliche kommunistischen Ärzte schloss man praktisch von vornherein aus. Bereits seit Frühjahr 1933 waren sie zum Opfer des NS-Regimes geworden und hatten ihre Zulassung verloren – genauso wie entsprechende Standesvertreter von ihren Ämtern entbunden bzw. zum Rücktritt gezwungen worden waren. Dies setzte sich unter der KVD fort.⁸³³ Auch weibliche Ärzte hatten es fortan schwer, eine Kassenzulassung zu erhalten, sollten sie doch vielmehr dem Wohle der Familie dienen und ausreichend Nachwuchs gebären.⁸³⁴ Bevorzugt hingegen wurden arische Weltkriegsteilnehmer, die für das Deutsche Reich oder einen seiner Verbündeten gekämpft hatten, sowie Mitglieder der NSDAP, SS, SA oder des Stahlhelms, insofern sie der Organisation bereits vor dem 30. Januar 1933 angehört „und sich um die nationale Erhebung Verdienste erworben“ hatten. Die Wertigkeit etwaiger Verdienste sollte der Reichsführer der KVD begutachten.⁸³⁵ Als idealer Anwärter für die Zulassung zur Kassenpraxis galt der nationalsozialistische, verheiratete Jungarzt, der möglichst viele Kinder hatte.⁸³⁶ Das neue Kassenarztrecht, an dessen Ausgestal-

⁸²⁶ Vgl. Zulassungsordnung, S. 409, § 71.

⁸²⁷ Im Reichsarztregister der KVD wurden alle im Register einer Verwaltungsstelle eingetragenen Ärzte zusammengefasst; vgl. und siehe ausführlich ebd., S. 399f., §§ 3-10.

⁸²⁸ Vgl. ebd., S. 408ff., §§ 58, 63, Anlage.

⁸²⁹ Vgl. ebd., S. 404f., §§ 31-34. Die nächsthöheren Instanzen des Zulassungsausschusses waren der Reichszulassungsausschuss und das Reichsschiedsamt; siehe ebd., S. 404, §§ 35-39.

⁸³⁰ Vgl. Miemietz, Rückblick 1935 (Schluß), S. 71.

⁸³¹ Vgl. nachfolgend und siehe ausführlich Schwoch, Ärztliche Standespolitik, S. 133-153.

⁸³² Vgl. Zulassungsordnung, S. 399, § 5, S. 404, § 24, Nr. 5.

⁸³³ Vgl. ebd., S. 401, § 15, Nr. 2f., S. 403, § 24, Nr. 1f.

⁸³⁴ Vgl. ebd., S. 402, § 15, Nr. 4. Siehe auch Rütter, Ärztliches Standeswesen, S. 156f.

⁸³⁵ Verordnung über die Zulassung von Ärzten zur Tätigkeit bei den Krankenkassen. Vom 28. September 1933, in: RGBl. 1933, S. 696f. hier S. 697, Abschnitt II; Zulassungsordnung, S. 402f., § 20.

⁸³⁶ Vgl. Zulassungsordnung, S. 402, § 17.

tung KVD-Vertreter beteiligt waren,⁸³⁷ schränkte das eigenverantwortliche Handeln und die Selbstverwaltung der ärztlichen Berufsvertretung stark ein. Über die Besetzung von Kassenarztstellen entschieden nicht mehr selbstbestimmte Standesvertreter, sondern mittelbar durch die NSDAP beauftragte Parteimitglieder, die den strikten, ideologisierten Gesetzesvorschriften Folge leisteten.

Einen Einblick in die weiteren Aufgabengebiete und Befugnisse der KVD-Brandenburg gewährt Walter Miemietz' Bericht über die Organisationsarbeit im Jahr 1935.⁸³⁸ Hierzu gehörten zunächst die Überprüfung bestehender Kollektivverträge mit den Krankenkassen und das Aushandeln neuer Vertragsbedingungen. Fortan schlossen sich die Kassenärzte nicht mehr Gesamtverträgen per Einzelvertrag an und waren damit auch nicht mehr direkte Vertragspartner der Kassen. Sie unterstanden allein dem Amtsleiter der zuständigen KVD-Bezirksstelle. Die Bezirksstellen bildeten untergeordnete Verwaltungseinheiten der Provinzstelle, traten quasi aber nur in Form ihrer Amtsleiter, die vom Leiter der Provinzstelle berufen wurden, und gegebenenfalls seines Beirats in Erscheinung. Die einzelnen Bezirksamtsleiter waren zum einen die ersten Ansprechpartner der Kassenärzte in allen beruflichen Angelegenheiten und Vermittler zu höheren Dienststellen. Zum anderen besaßen sie durchgreifende Machtbefugnisse gegenüber den Ärzten. Sie reichten von Verwarnungen über Geldstrafen bis 1.000 Reichsmark bis hin zum zeitweiligen Ausschluss von der Praxis. 1935 wurde beispielsweise sechs Kassenärzten die Zulassung entzogen. Bestraft werden konnten, wie Miemietz darlegt, alle „Handlungen und Unterlassungen des Kassenarztes, auch wenn sie nicht unmittelbar mit seiner kassenärztlichen Tätigkeit in Verbindung stehen, die aber erkennen lassen, daß ihm die charakterlichen und sittlichen Eigenschaften abgehen, die der Arzt als Träger eines öffentlichen Amtes haben muß“.⁸³⁹ In jedem Fall musste der beschuldigte Arzt gehört werden und hatte das Recht auf einen Anwalt. Im Beschwerdefall entschied der Amtsleiter der Provinzstelle endgültig, wenn nicht der Reichsführer der KVD die Entscheidung von sich aus abänderte oder aufhob. Zur Vorbeugung von Berufsverfehlungen und allgemeinen Vorbereitung auf den Kassenarztberuf hatten die KVD-Verwaltungsstellen kassenärztliche Einführungsseminare durchzuführen. Die Teilnahme an einem solchen Kurs stellte neben weiteren Bedingungen die Voraussetzung für die kassenärztliche Zulassung dar.⁸⁴⁰ Die Provinzstelle Bran-

⁸³⁷ Vgl. Schwoch, *Ärztliche Standespolitik*, S. 141.

⁸³⁸ Vgl. nachfolgend Miemietz, *Rückblick 1935*, S. 29; ders., *Rückblick 1935* (1. Fortsetzung); ders., *Rückblick 1935* (Schluß).

⁸³⁹ Ders., *Rückblick 1935* (Schluß), S. 71f.

⁸⁴⁰ Voraussetzung für die Zulassung zum Kassenarzt war neben der ‚arischen Abstammung‘ und politischen Eignung eine zweijährige Vorbereitung auf die Praxis durch die Tätigkeit als Assistenzarzt oder Vertreter eines Allgemeinarztes, im Krankenhaus oder in einer klinischen Einrichtung, in einem Lager bzw. an medizinischen Insti-

denburg bot gemeinsam mit der Berliner Verwaltungsstelle mindestens einmal im Jahr einen solchen Kurs an. Sie waren auch dazu bestimmt, „den idealen Kassenarzt heranzuzüchten, wie ihn der nationalsozialistische Staat braucht“, so Miemietz.⁸⁴¹

Eine weitere Hauptaufgabe der KVD-Brandenburg bestand in der Abrechnung des kassenärztlichen Honorars. Zum 1. Januar 1934 wurde bei der Provinzstelle dafür eine Zentrale anstatt der bis dahin bestehenden örtlichen Abrechnungsstellen eingerichtet. Dort gingen sämtliche Zahlungen ein, die die Krankenkassen für die kassenärztliche Behandlung aufbringen mussten, und wurden insgesamt, also nicht mehr einzeln für jede Kasse und ihre Ärzte, abgerechnet. Die Verteilung der Gehälter erfolgte nach einem fixen Maßstab. Auch die Erfassung der ärztlichen Leistungen wurde vereinheitlicht. Während die Kassenärzte bisher die Gebühren für jede Behandlung ausrechnen und auf einem Zusammenstellungsbogen hatten addieren müssen, trugen sie fortan nur noch die Anzahl der verschiedenen erbrachten Leistungen auf einem Vordruck ein und übermittelten diesen der Abrechnungsstelle.

Zusätzlich zu den gesetzlich bzw. satzungsgemäß vorgeschriebenen Tätigkeiten übernahmen die brandenburgischen KVD-Verwaltungsstellen vorübergehend Aufgaben, die mit der Bildung der Reichsärztekammer in deren Verantwortung übergeben werden sollten. Dem Amtsleiter der Provinzialstelle war etwa die Anerkennung und Überprüfung von Facharztbezeichnungen vorbehalten. Dafür stand ihm gutachterlich ein Ausschuss mit Vertretern aller Facharzttrichtungen sowie einem Allgemeinarzt beiseite.⁸⁴² Der Zulassungsausschuss war neben der kassenärztlichen auch für die Zulassung der röntgenologischen Tätigkeit praktischer Ärzte zuständig. Die Provinzstelle erarbeitete zudem ein Muster für den Abschluss von Verträgen zwischen den Bezirksamtsleitern und den Fürsorgeverbänden zur Regelung der ärztlichen Betreuung von Wohlfahrtsempfängern. Die Abrechnung der fürsorgeärztlichen Tätigkeit durch die provinzielle KVD-Abrechnungsstelle war in Vorbereitung. In Zusammenarbeit mit den Bezirksstellen organisierte die Provinzstelle ferner ärztliche Fortbildungskurse, die mittlerweile verpflichtend besucht werden mussten und unter nationalsozialistischen Gesichtspunkten standen. Des Weiteren gliederte sich die KVD-Brandenburg in die rassen- und bevölkerungspolitische Arbeit des Amts für Volksgesundheit und des staatlichen Gesundheitsdienstes ein, indem sie von den Amtsleitern der Bezirksstellen geführte Gutachterstellen für Schwan-

tuten; vgl. Zulassungsordnung, S. 401, § 14.

⁸⁴¹ Organisation und Aufgaben der KVD. Vortrag, gehalten auf dem Einführungskurs für Kassenärzte, von Dr. Miemietz, in: *ÄB BB*, Nr. 11 vom 1. Juni 1936, S. 133f., hier S. 133.

⁸⁴² Die KVD übernahm im Wesentlichen die Richtlinien der vom DÄVB erarbeiteten Facharztordnung und auch der 1926 unter Schneiders Mitwirken erlassenen *Standesordnung für die deutschen Ärzte* und verlieh ihnen zwingenden Charakter; vgl. Schwoch, *Ärztliche Standespolitik*, S. 110.

gerschaftsunterbrechung schuf. Den Bezirksstellenleitern wurde zuletzt auch ein Vorschlagsrecht für die Besetzung von nebenamtlichen Hilfsarztstellen durch freiberufliche Ärzte in den staatlichen Gesundheitsämtern zugesprochen.⁸⁴³

Zugleich trieb die KVD die Auflösung etablierter ärztlicher Berufsorganisationen weiter voran. Da sie als einzige Ärztevertretung in kassenärztlichen und wirtschaftlichen Fragen galt, schienen der Ärzteverband für die Provinz Brandenburg und seine Vereine überflüssig geworden zu sein und sollten auf die neue Organisation übergeleitet werden. Auf seiner Versammlung am 12. September 1934 beschlossen die Vertreter des Verbandes eine Satzungsänderung, wodurch zunächst nahezu alle Zuständigkeiten auf den Vorsitzenden des Verbandes fielen.⁸⁴⁴ Die neuen Statuten legten fest, dass der Vorstand künftig lediglich aus dem Vorsitzenden bestehen sollte, dem die absolute Führung und Gewalt überlassen wurde. Reichsärztführer Wagner ernannte hierzu Walter Ruppın. Er vertrat den Verband nach außen, bearbeitete gemeinsam mit dem von ihm berufenen Geschäftsführer, Walter Miemietz, die laufenden Verbandsangelegenheiten und überwachte die Geschäftsstelle und Kassenführung. Ferner verfügte er über die Mittel und das Vermögen des Verbandes und setzte die Jahresbeitragshöhe der angeschlossenen Vereine fest. Von der Möglichkeit, die Verbandsversammlung einzuberufen, machte Ruppın keinen Gebrauch. Maßgeblich in der neuen Satzung waren jene Bestimmungen, die dem Vorsitzenden weitere Änderungen der Statuten und die Auflösung des Verbandes erlaubten.⁸⁴⁵ Die Versorgungseinrichtungen des Verbandes, das große Werk Georg Schneiders und Franz Ciesielskis der frühen 1920er Jahre, sollte von der Ärztekammer bzw. ihrer Nachfolgerin übernommen werden.⁸⁴⁶

In den brandenburgischen Ärztevereinen, die laut Walter Ruppın mit der Neuordnung des Ärztestands in ihrer Organisationsform nur noch ‚Fremdkörper‘ gewesen wären,⁸⁴⁷ spielten sich ähnliche Szenarien ab wie in ihrem Dachverband. Hier gingen Gleichschaltung und Überleitung in die KVD miteinander einher. Exemplarisch lässt sich dies am einst von Georg Schneider gegründeten Schutzverband der Ärzte des Bezirks Potsdam aufzeigen, aus dem er jedoch schon im März 1931 als Vorsitzender ausgeschieden war. In den außerordentlichen

⁸⁴³ Vgl. Miemietz, Rückblick 1935, S. 30f.; Organisation und Aufgaben der KVD. Vortrag, gehalten auf dem Einführungskurs für Kassenärzte, von Dr. Miemietz. (Schluß), in: ÄB BB, Nr. 13 vom 1. Juli 1936, S. 155.

⁸⁴⁴ Vgl. Gerhard Wagner, Ueberleitung der Provinzial- und Landesverbände sowie der Ortsgruppen des Hartmannbundes auf die KVD, in: ÄB BB, Nr. 14 vom 15. Juli 1934, S. 129; ders., Anordnung, in: ebd., S. 131; Miemietz, Niederschrift, S. 161.

⁸⁴⁵ Vgl. Satzung des Ärzteverbandes der Provinz Brandenburg, in: ÄB BB, Nr. 16 vom 15. August 1934, S. 149f.

⁸⁴⁶ Vgl. Walter Miemietz, Zu der Tagesordnung der Verbandsversammlung, in: ÄB BB, Nr. 17 vom 1. September 1934, S. 153ff., hier S. 154f.; ders., Niederschrift, S. 162; Fink, Sitzung. Gemäß RÄO, S. 1444, § 88, gingen die Versorgungseinrichtungen zum 1. April 1936 auf die Reichsärztekammer über.

⁸⁴⁷ Vgl. Miemietz, Niederschrift, S. 161.

Sitzungen am 23. Juli und 11. Oktober 1934 wurde ohne Widerspruch die Ablösung des bisherigen Vorstands beschlossen. Gemäß der geänderten Satzung war der Verband künftig nicht mehr Vertragspartner, verkörperte den Vorstand nun allein der Amtsleiter der KVD-Bezirksstelle Havelland, zu dem Heinrich Pohlkötter, der stellvertretende Vorsitzende der Ärztekammer, berufen worden war. Pohlkötter, dem bereits für die beiden außerordentlichen Verbandsitzungen die Vollmacht zur Vertretung des Vorstands erteilt worden war – die eigentlichen Mitglieder wären angeblich verreist –, hatte die neuen Statuten selbst erarbeitet.⁸⁴⁸ Diese übertrug ihm mit der Geschäftsleitung, der Vermögensverwaltung und sämtlichen Verfügungsrechten die autoritäre Macht über den Schutzverband. Dazu gehörte auch, dass er die Auflösung des Vereins und die Überführung seiner Mittel in eine andere Ärzteorganisation anordnen konnte.⁸⁴⁹ Reichsärztführer Wagner hatte bereits in seinem Aufruf am 27. Juni 1934 keinen Zweifel daran gelassen, „daß in jedem Falle die KVD [...] die Rechtsnachfolge“ der Ortsgruppen des Hartmannbundes sowie seiner Landes- und Provinzialverbände abtreten würde.⁸⁵⁰

Die Reichsärzteordnung vom 13. Dezember 1935 brachte hierfür die gesetzliche Grundlage.⁸⁵¹ Zum 1. April 1936 wurden DÄVB, Hartmannbund, sämtliche ihrer Untergliederungen sowie die landesrechtlich legitimierten Standesvertretungen aufgelöst. Der Dachverband der deutschen Ärztevereine ging wie unter anderem auch die Ärztekammer Brandenburg-Grenzmark in der Reichsärztekammer auf, Rechtsnachfolgerin des Hartmannbundes und so auch des brandenburgischen Provinzialverbandes und des Schutzverbandes der Ärzte des Bezirks Potsdam war die KVD. Reichsärztekammer und KVD erbten gemeinsam das Vermögen sowie die Verbindlichkeiten aller Organisationen, über die Verteilung entschied der Reichsärztführer.⁸⁵² Die KVD wurde zwar in die Reichsärztekammer eingegliedert, blieb rechtlich aber als eigenständige Körperschaft mit ihren zugeschriebenen Funktionen bestehen und vertrat weiterhin die Ärzte, die in der Sozialversicherung und in der Reichsversorgung eingebunden wa-

⁸⁴⁸ Vgl. BLHA, Rep. 5E Amtsgericht Potsdam Nr. 932, Bl. 130, 138: Protokolle der außerordentlichen Generalversammlungen des Schutzverbandes der Ärzte des Bezirks Potsdam am 23. Juli und am 11. Oktober 1934; Bl. 136: beglaubigte Anmeldung einer Änderung der Satzung des Schutzverbandes der Ärzte des Bezirks Potsdam und einer Änderung des Vorstandes zur Eintragung in das Vereinsregister beim Amtsgericht Potsdam vom 23. Oktober 1934; Bl. 137: Schreiben des Amtsleiters der KVD-Provinzstelle Brandenburg, Walter Ruppig, an den Amtsleiter der KVD-Bezirksstelle Havelland, Heinrich Pohlkötter, vom 12. September 1934.

⁸⁴⁹ Vgl. ebd., Bl. 141: Satzung des Schutzverbandes der Ärzte des Bezirks Potsdam vom 11. Oktober 1934.

⁸⁵⁰ Wagner, Ueberleitung.

⁸⁵¹ Für nachfolgende Ausführungen bezüglich der einzelnen Bestimmungen der Reichsärzteordnung vgl. Schwach, Ärztliche Standespolitik, S. 114-120. Verwiesen sei zudem auf die zeitgenössische Betrachtung von Voigt, Die Reichsärzteordnung, S. 31-47.

⁸⁵² Vgl. RAO, S. 1443f., § 86, Abs. 2, § 87, Abs. 1 Für den Schutzverband der Ärzte des Bezirks Potsdam siehe im Speziellen BLHA, Rep. 5E Amtsgericht Potsdam Nr. 932, Bl. 145: Schreiben der Kassenärztlichen Vereinigung Deutschlands an das Amtsgericht Potsdam vom 5. September 1938.

ren.⁸⁵³ Die Verwaltungsstelle in Brandenburg wurde fortan nicht mehr als Provinz-, sondern als Landesstelle bezeichnet.⁸⁵⁴

Gesamtvertretung und -zusammenschluss der deutschen Ärzteschaft war fortan die Reichsärztekammer. Ihr und ihren Anordnungen unterstanden alle Ärzte im Deutschen Reich. Genauso wie der KVD wurde ihr der Status einer Körperschaft des öffentlichen Rechts zugesprochen.⁸⁵⁵ Mit der Leitung der Kammer beauftragte Adolf Hitler persönlich, auf Vorschlag des Reichsminister des Innern, der die Aufsicht über die Reichsärztekammer führte,⁸⁵⁶ Gerhard Wagner. Er hatte dieses Amt noch bis 1939 inne, ehe Leonardo Conti zum Reichsgesundheitsführer und zu Wagners Nachfolger ernannt wurde.⁸⁵⁷ Wagner, der den Gesetzesentwurf zur Reichsärzteordnung gemeinsam mit Vertretern des DÄVB und des Hartmannbundes bis Juni 1933 erarbeitet hatte,⁸⁵⁸ stand es zu, die Kammer gerichtlich und außergerichtlich nach außen zu vertreten und ihre Befugnisse wahrzunehmen. Einzelne Zuständigkeiten konnte er aber auch dem von ihm ernannten ständigen Stellvertreter, seinem Beirat oder anderen Personen anvertrauen. Wagners absolute Autorität durfte allerdings nicht angefochten werden. Zu den Mitgliedern der Reichsärztekammer zählten neben Wagner, sozusagen als Vorsitzendem, seinem Vertreter und dem Beirat noch der Stellvertreter des KVD-Reichsführers und jeweils ein Delegierter von jeder der Reichsärztekammer untergeordneten Ärztekammern.⁸⁵⁹

Die Reichsärztekammer gliederte sich in größere Verwaltungsbezirke, in denen jeweils eine Ärztekammer eingerichtet wurde. Ihr unterstanden alle im Kammerbezirk wohnhaften Ärzte, die sich per Einheitsfragebögen und durch das Einreichen eines ‚Ariernachweises‘ zu melden hatten und registriert wurden.⁸⁶⁰ In einem Kammerbezirk gab es wiederum mehrere Ärztliche

⁸⁵³ Vgl. RÄO, S. 1437, § 36, Abs. 2.

⁸⁵⁴ Vgl. Franz Ideler, Zur Beachtung!, in: ÄB BB, Nr. 12 vom 15. Juni 1936, S. 137.

⁸⁵⁵ Vgl. RÄO, S. 1435f., §§ 20, 25f., S. 1438, § 46, Abs. 1. Ausgenommen von der Reichsärztekammer waren die Sanitätsoffiziere im Dienst der Wehrmacht.

⁸⁵⁶ Vgl. und siehe ausführlich ebd., S. 1443, § 80ff.

⁸⁵⁷ Die Bezeichnung Reichsgesundheitsführer löste 1939 die Betitelung als Reichsärztesführer ab. Zu Leonardo Conti (1900-1945) siehe etwa die Dissertationsschrift von Ernst-Alfred Leyh, „Gesundheitsführung“, „Volkschicksal“, „Wehrkraft“. Leonardo Conti (1900-1945) und die Ideologisierung der Medizin in der NS-Diktatur, Diss., Heidelberg 2002, oder die etwas ältere Studie von Michael H. Kater, Doctor Leonardo Conti and His Nemesis. The Failure of Centralized Medicine in the Third Reich, in: Central European History, Bd. 18, 1985, S. 299-325.

⁸⁵⁸ Vgl. IGEM, Nachlass Heinz Goerke, Ordner Dr. Georg Schneider (1875-1949) div. Mat., o. Bl.: Schreiben Alfons Stauders an Georg Schneider vom 13. Juni 1933, S. 1.

⁸⁵⁹ Vgl. RÄO, S. 1435ff., §§ 21ff., 38. Der Reichsärztesführer konnte alle vier Jahre aus jeweils fünf von den Kammern vorgeschlagenen Vertretern ein Mitglied der Reichsärztekammer und dessen Stellvertreter bestimmen. Unter den Mitgliedern der Reichsärztekammer musste mindestens ein Amtsarzt sein, der auch zusätzlich vom Reichsärztesführer berufen werden konnte.

⁸⁶⁰ Die im BLHA unter der Rep. 72 Ärztekammer für die Provinz Brandenburg lagernden Akten der brandenburgischen Ärzte enthalten zahlreiche solcher Dokumente.

Bezirksvereinigungen.⁸⁶¹ Die Reichsärztekammer konnte ihre Aufgaben auf alle diese unselbständigen Verwaltungsstellen verteilen, regelte ihre Befugnisse und überwachte sie. Der einzelne Arzt hatte sich bei der für ihn zuständigen Bezirksvereinigung anzumelden und wurde in einem Verzeichnis geführt. Zudem gab es bei jeder Kammer ein Ärzteverzeichnis und ein Reichsärzteverzeichnis.

Die Ärzte der Provinzen Brandenburg und Grenzmark Posen-Westpreußen wurden zusammengefasst in der „Reichsärztekammer – Ärztekammer Brandenburg“. Ihr Kammerbezirk zählte acht Ärztliche Bezirksvereinigungen: Havelland, Prignitz, Uckermark, Mittlere Mark, Neumark, Lebuser Land, Niederlausitz und Westpreußen. Personell setzten sich die Ärztekammern und Bezirksvereinigungen analog zur Reichsärztekammer zusammen. Letztere betrieb die jeweiligen Leiter, deren ständigen Stellvertreter und die Beiräte. Den Kammern gehörten zudem ein Vertreter der ihr nachgeordneten Bezirksvereinigungen sowie ein Delegierter aus den medizinischen Universitätsfakultäten des Kammerbezirks an.⁸⁶² Für die Berufungen sollten die Bezirksvereinigungen und medizinischen Fakultäten Vorschläge aufbringen, die für die Reichsärztekammer aber nicht bindend waren. Die neue Führung des brandenburgischen Ärztestands bestand ausschließlich aus aktiven Nationalsozialisten, die zum Teil schon in den gleichgeschalteten Vorgängerorganisationen hohe Ämter besetzt hatten. Franz Ideler leitete in Personalunion die KVD-Landesstelle sowie die Ärztekammer Brandenburg, Heinrich Pohlkötter die KVD-Bezirksstelle und die Ärztliche Bezirksvereinigung Havelland. Kurt Fiekel und Kurt Schütt, die beide dem Vorstand der aufgelösten Kammer und des Ärzteverbandes angehört hatten, wurden mit der Führung der Bezirksvereinigung Niederlausitz bzw. Lebuser Land beauftragt, Paul Ebeling, zuletzt im Vorstand der Ärztekammer Brandenburg-Grenzmark, war für die Mittlere Mark zuständig. Die Leitung der Bezirksvereinigungen Prignitz und Uckermark übernahmen die Allgemeinärzte Willy Wilke aus Perleberg bzw. Erich Wienecke aus Prenzlau, die beide schon vor 1933 in die NSDAP und die SA eingetreten und Mitglieder des NSDÄB waren. Mit der Führung der Vereinigungen in der Neumark und in Westpreußen wurden Max Seyffert, Allgemeinarzt aus Fichtwerder und Angehöriger der SS und des NSDÄB, und Werner Kroll beauftragt.⁸⁶³

⁸⁶¹ Zu den Ärztekammern und Ärztlichen Bezirksvereinigungen vgl. nachfolgend und siehe ausführlich RAO, S. 1436ff., §§ 28-37, § 41, Abs. 3.

⁸⁶² Dabei hatte jede Kammer als Mitglied einen Amtsarzt vorzuweisen, der auch zusätzlich von der Reichsärztekammer berufen werden konnte.

⁸⁶³ Für die Besetzung der Ärztekammer Brandenburg und ihrer Ärztlichen Bezirksvereinigungen im Juni 1936 siehe Anhang der vorliegenden Arbeit, S. 294f., Nr. 10. Zu den einzelnen Ärzten, soweit nicht schon im vorigen Kapitel erwähnt, siehe Rep. 72 Ärztekammer für die Provinz Brandenburg Nr. 3311f.: Seyffert, Dr. med. Max Eduard August; Nr. 3808f.: Wienecke, Dr. med. Erich Hermann Julius; Nr. 3833f.: Wilke, Dr. med. Willy Karl Albert. Zu Werner Kroll liegen keine näheren Informationen vor.

Im Ärzteverzeichnis der Kammer für Brandenburg und die Grenzmark waren im Jahr 1936 insgesamt 1.835 Brandenburger Ärzte erfasst. Die Bestandsaufnahme erfolgte durch einheitliche Fragebögen, die die Kammer an die Ärzte verschickte und diese ihr ausgefüllt zurücksandten. Die brandenburgischen Ärzte waren zum Großteil männlich, unter ihnen gab es lediglich 109 Ärztinnen. Etwa zwei Drittel, nämlich 1.148 Ärzte, waren zur Kassenpraxis zugelassen. Zudem gab es 126 beamtete, 87 Chef-, 230 Assistenz- und Ober- sowie 33 Volontärärzte.⁸⁶⁴

Wie jede andere erhielt auch die Ärztekammer Brandenburg ihre eigene Berufsgerichtsbarkeit in Form eines Ärztlichen Bezirksgerichts.⁸⁶⁵ Dieses übernahm die Funktion des aufgelösten Ehrengerichts und wurde mit weiteren Kompetenzen ausgestattet. Bei Verstoß eines Arztes gegen die Berufsordnung, deren Einhaltung die Reichsärztekammer und ihre Untergliederungen zu überwachen hatten,⁸⁶⁶ eröffnete das Bezirksgericht, zusammengesetzt aus einem Vorsitzenden mit richterlicher Befähigung und zwei Ärzten als Beisitzern,⁸⁶⁷ ein berufsgerichtliches Verfahren.⁸⁶⁸ Dieses war komplex durchorganisiert und wies Ähnlichkeiten zum Strafgerichtsverfahren auf. Es bestand zunächst aus einem Ermittlungsverfahren, das durch ein Mitglied des Bezirksgerichts, den Untersuchungsführer, geleitet wurde. In einer Anhörung konnte sich der Beschuldigte zu seinen angeblichen Verfehlungen äußern, wobei er einen Anwalt hinzuziehen konnte. Zudem wurden durch Zeugen bzw. Sachverständige Beweise aufgenommen. Anhand der Ergebnisse des Ermittlungsverfahrens fällte der Vorsitzende des Bezirksgerichts ein Strafurteil. Warnungen, Verweise und Geldbußen bis 500 Reichsmark konnte er eigenständig beschließen. Waren höhere Strafen anberaumt oder legte der Angeklagte, die Reichsärztekammer oder die Aufsichtsbehörde der Kammer Widerspruch gegen das Urteil ein, kam es zur Hauptverhandlung vor dem Bezirksgericht.⁸⁶⁹ Sie diente der nochmaligen bzw. erweiterten Anhörung und Beweisherbeiführung. Das mögliche Strafmaß der Bezirksge-

⁸⁶⁴ Vgl. Die Ärztekammer Brandenburg in der Statistik.

⁸⁶⁵ Zur ärztlichen Berufsgerichtsbarkeit vgl. nachfolgend und siehe ausführlich RÄO, S. 1439-1443, §§ 51-79, § 86, Abs. 1; Zweite Verordnung zur Durchführung und Ergänzung der Reichsärzteordnung. Vom 8. Mai 1937, in: RGBl. 1937, S. 585ff.

⁸⁶⁶ Vgl. RÄO, S. 1438, § 46, Abs. 1, Nr. 2. Die am 13. November 1937 veröffentlichte Berufsordnung für die deutschen Ärzte fasste allgemeine Berufsvorschriften und die Facharztordnung der KVD zusammen. Sie basierte damit auf in der Weimarer Republik von Schneider und Kollegen erarbeiteten Bestimmungen, die im Sinne der nationalsozialistischen Weltanschauung umgestaltet wurden. Vgl. Schwoch, Ärztliche Standespolitik, S. 111.

⁸⁶⁷ Das rechtskundige Mitglied des Bezirksgerichts wurde vom Reichsminister der Justiz, die Ärzte von der Reichsärztekammer berufen. Letzter mussten der Kammer des Bezirksgerichts angehören, durften aber keine leitende Funktion bei der Reichsärztekammer und der KVD bzw. bei einer ihrer Untergliederungen haben.

⁸⁶⁸ Wenn das Vergehen ein strafgerichtliches Verfahren nach sich zog, wurde das Berufsgerichtsverfahren bis zu dessen Beendigung ausgesetzt.

⁸⁶⁹ War die Beweislage bei Einleitung des berufsgerichtlichen Verfahrens so eindeutig, dass von einer hohen Strafe auszugehen war, konnte auf das Ermittlungsverfahren verzichtet werden.

richte war einheitlich für alle Ärzte des Deutschen Reichs und weitaus höher als das der früheren Ehrengerichte. Es umfasste Geldbußen bis 10.000 Reichsmark, den vorübergehenden oder dauerhaften Ausschluss von der öffentlichen Fürsorge sowie die „Feststellung, daß der Beschuldigte unwürdig ist, den ärztlichen Beruf auszuüben“.⁸⁷⁰ Letztere Strafe zog zwangsläufig den Entzug der Approbation nach sich.⁸⁷¹ Es sei daran erinnert, dass die Ehrengerichte eine Geldbuße von höchstens 1.000 Mark beschließen konnten und die Maximalstrafe den Entzug des aktiven und passiven Kammerwahlrechts bedeutete. Bei Berufung des Bezirksgerichtsurteils wurde das Verfahren an den Ärztegerichtshof der Reichsärztekammer in München übergeben, der eine endgültige Entscheidung herbeiführte. Berufungsgerichtliche Verfahren in Brandenburg wurden am häufigsten wegen unbefugten Schwangerschaftsabbruchs und bei erheblicher Alkohol- oder Morphinsucht eingeleitet, wie aus den Akten des Ärzteverzeichnis hervorgeht.⁸⁷² Aus ‚rassenhygienischen‘ Gründen wurden Abtreibungen, die gegen den Paragraphen 218 des Strafgesetzbuches zum Schutz des ungeborenen Lebens verstießen, besonders streng geahndet.⁸⁷³

Mit der Einrichtung der Berufsgerichte ging die Reichsärztekammer ihrer vornehmlichen Pflicht nach, „für das Vorhandensein eines sittlich und wissenschaftlich hochstehenden Ärztestandes Sorge zu tragen“.⁸⁷⁴ Ferner hatte die Reichsärztekammer gemeinsam mit ihren Untergliederungen die ärztliche Ausbildung zu fördern, die Schulung und Fortbildung der Ärzte zu organisieren – „in denen spezifisch nationalsozialistische Konzepte von Gesundheit und Medizin gelehrt wurden“⁸⁷⁵ –, Fürsorgeeinrichtungen für Ärzte zu schaffen und eine günstige Verteilung der Ärzte abhängig vom Versorgungsbedarf zu erwirken, also die ärztliche Niederlassung zu regeln. Um „für ein gedeihliches Verhältnis der Ärzte untereinander zu sorgen“⁸⁷⁶ und Streitigkeiten zwischen Ärzten oder mit Dritten beizulegen, wurden bei den Ärztlichen Bezirksvereinigungen und gegebenenfalls auch bei den Ärztekammern ständige Schlichtungsausschüsse gebildet. Von der Möglichkeit, die Mitglieder der Reichsärztekammer und ihrer Untergliederungen zu einem Reichsärztertag, sozusagen dem Nachfolger des DÄT, einzuberufen, machten Gerhard Wagner und die nachfolgenden Reichsärzterführer keinen Gebrauch. Nur vereinzelt, nicht aber in Brandenburg, gab es bis zum Ausbruch des Zweiten Weltkriegs

⁸⁷⁰ RÄO, S. 1440, § 52, Abs. 1, Nr. 5.

⁸⁷¹ Vgl. ebd., S. 1434, § 5, Abs. 1, Nr. 4.

⁸⁷² Siehe BLHA, Rep. 72 Ärztekammer für die Provinz Brandenburg.

⁸⁷³ Vgl. Kater, Ärzte als Hitlers Helfer, S. 76.

⁸⁷⁴ RÄO, S. 1438, § 46, Abs. 1, Nr. 1.

⁸⁷⁵ Kater, Ärzte als Hitlers Helfer, S. 77.

⁸⁷⁶ Ebd., S. 1438, § 46, Abs. 1, Nr. 5.

regionale Ärztetage. Diese glichen aber mehr Propagandaveranstaltungen als einem Interessenaustausch von Standesvertretern.⁸⁷⁷

Zusätzlich zu diesen eher berufsinternen Aufgaben wurden die Reichsärztekammer und die einzelnen Ärztekammern eng in die von der nationalsozialistischen Ideologie durchtränkten Berufs- und Gesundheitspolitik einbezogen. Ärztliche Standesvertreter mussten bei Entscheidungen bezüglich der Approbationsordnung, die vom Reichsminister des Innern zu erlassen war, gehört werden, und standen ihm beratend bei Entscheidungen über die Anerkennung bzw. den Entzug einzelner ärztlicher Bestellungen zur Seite. Des Weiteren wurden der Reichsärztekammer und ihren untergeordneten Organisationen die Unterstützung aller Dienststellen und öffentlichen Einrichtungen des Deutschen Reichs, seiner Länder und Gemeinden sowie der NSDAP und ihrer Einrichtungen bei Gesundheits- und Standesfragen durch Anträge, Gutachten oder Sachverständige angetragen. Vor wichtigen gesundheitspolitischen Entscheidungen sollte die Reichsärztekammer gehört werden. Überdies regelte sie die ärztliche Dienstleitung in der öffentlichen Fürsorge und konnte Bestimmungen treffen, mit denen einzelne Ärzte in die öffentliche Gesundheitspflege oder medizinische Versorgung nicht öffentlicher Einrichtungen verpflichtend einbezogen wurden.⁸⁷⁸

Neben der Schaffung der Reichsärztekammer als einheitlicher Berufsorganisation aller deutschen Ärzte erfüllte die Reichsärzteordnung weitere, Jahrzehnte alte Bestrebungen des Ärztestands, für die seine Vertreter – und mit voran auch Georg Schneider – bereits im Kaiserreich und in der Weimarer Republik eingetreten waren und die Grundlagen gelegt hatten.⁸⁷⁹ Bereits der erste Paragraph schreibt dem Arzt eine bedeutende Stellung in der Gesellschaft zu und untermauert damit das Prestige des Berufsstands. Der Arzt sei „zum Dienst an der Gesundheit des einzelnen Menschen und des gesamten Volkes berufen“ und erfülle damit eine per „Gesetz geregelte öffentliche Aufgabe“.⁸⁸⁰ Die primäre Aufgabe des Arztes im ‚Dritten Reich‘, dem Staat respektive dem Vaterland und seinem Volk zu dienen, wurde bereits seit Beginn der nationalsozialistischen Herrschaft immer wieder betont und propagiert. Nun wurde sie gesetzlich fixiert und damit zur Pflicht. Mit der Heraushebung des Arztberufes wurde auch seine Einstufung als Gewerbe revidiert,⁸⁸¹ die von der Mehrheit der Berufsvertreter stets als Degra-

⁸⁷⁷ Vgl. Rüter, *Ärztliches Standeswesen*, S. 174; Schwach, *Ärztliche Standespolitik*, S. 102f.

⁸⁷⁸ Zu den Aufgaben und Befugnissen der Reichsärztekammer und ihrer Untergliederungen vgl. und siehe ausführlich RAO, S. 1433f., §§ 3, 5, 8, S. 1436, § 24, S. 1438f., §§ 46-50.

⁸⁷⁹ Vgl. Knüpling, *Untersuchungen*, S. 46f.

⁸⁸⁰ RAO, S. 1433, § 1, Abs. 1.

⁸⁸¹ Vgl. ebd., § 1, Abs. 2. Das Gesetz über die berufsmäßige Ausübung der Heilkunde ohne Bestallung (Heilpraktikergesetz). Vom 17. Februar 1938, in: RGBl. 1938, S. 251f., regelte allerdings eine spezielle Zulassung für berufs- oder gewerbsmäßig tätige Laienbehandler. Auch konnte der Kurpfuscherei nur bedingt entgegengewirkt werden, sie war vor allem im Zweiten Weltkrieg weit verbreitet; vgl. Kater, *Ärzte als Hitlers Helfer*, S. 79f. Ähn-

dation empfunden worden war. Der Preis hierfür war eine Berufsorganisation, deren Strukturen bestimmt waren von Zentralismus und autoritärer Führung. Sie ließen keinen Raum für Wahlen und Beschlüsse von Versammlungen. Das Führerprinzip stand über dem Selbstverwaltungsgedanken. Die Reichsärztekammer war weniger Standesvertretung, sondern vielmehr ein Glied der nationalsozialistischen Ordnung. Walter Miemietz beschrieb sie passenderweise als „organisatorische Zusammenfassung der gesamten Ärzteschaft“ und „Verkörperung des staatlichen Willens“.⁸⁸² In einer gewissen Ambivalenz diente die Reichsärztekammer zwar dem Berufsstand und wurde insbesondere mit Blick auf die Gerichtsbarkeit mit selbstverwaltenden Befugnissen ausgestattet, war zugleich aber Vertretung der Interessen und Anschauungen des Staates, getreu dem Motto: zuerst dem Staat, dann dem Stand.⁸⁸³ Für den einzelnen Arzt waren damit Einschränkungen in seiner Berufsfreiheit verbunden. Er stand unter Kontrolle der zuständigen Kammer und hatte ihr alle persönlichen Daten preiszugeben, um seine ‚arische‘ und politische ‚Reinheit‘ zu bezeugen. Die Gesundheitsbehörde musste er über Behandlungsfälle informieren, wenn diese hinsichtlich der ‚Rassenhygiene‘ von Relevanz waren. Bei Verstößen gegen die Berufsordnung drohten dem Arzt überdies beträchtliche Strafen.⁸⁸⁴

Deutlichen Eingang in die Reichsärzteordnung fand die nationalsozialistische Ideologie, wobei viele Bestimmungen in ähnlicher Form bereits in früheren Gesetzen auftauchten. So war der Erhalt der ärztlichen Approbation unter anderem an die Nationalität sowie an bestimmte gesundheitliche und rassische Voraussetzungen des Bewerbers gebunden. Die Bestallung sollte versagt oder zurückgenommen werden bei Nichtbesitz oder Aberkennung der Staatsangehörigkeit bzw. der bürgerlichen Ehrenrechte,⁸⁸⁵ wenn „dem Bewerber die nationale oder sittliche Zuverlässigkeit“ fehlte, insbesondere bei schweren strafrechtlichen oder sittlichen Verfehlungen, bei körperlicher oder geistiger Unfähigkeit bzw. bei Nachweis einer Sucht, die die zuverlässige Ausübung des Arztberufes erschwerte, oder bei nicht arischer Abstammung des Bewerbers oder seines Ehegattens, wenn „zur Zeit der Bewerbung der Anteil der nicht deutschblütigen Ärzte an der Gesamtzahl der Ärzte im deutschen Reich den Anteil der Nicht-

lich urteilte auch Georg Schneider rückblickend im März 1946; siehe BLHA, Rep. 250 Landratsamt Beeskow-Storkow/Fürstenwalde Nr. 1717: Sitzungsbericht über die Versammlung brandenburgischer Ärztevertreter in Potsdam am 2. und 3. März 1946, S. 1.

⁸⁸² Organisation und Aufgaben der KVD, S. 133; Organisation und Aufgaben der KVD (Fortsetzung), S. 141.

⁸⁸³ Vgl. Schwoch, Ärztliche Standespolitik, S. 94ff.

⁸⁸⁴ Vgl. Kater, Ärzte als Hitlers Helfer, S. 75f.

⁸⁸⁵ Bereits im Runderlass über die Approbation von Ausländern vom 29. März 1933 wurde angekündigt, dass Ausländer ohne deutsche Volkszugehörigkeit auf die Erteilung einer deutschen Approbation zukünftig nicht mehr rechnen könnten; vgl. Schwoch, Ärztliche Standespolitik, S. 295.

deutschblütigen an der Bevölkerung des Deutschen Reichs übersteigt“.⁸⁸⁶ In einigen Fällen, nicht aber im letzten und bei Nichtbesitz oder Verlust der bürgerlichen Ehrenrechte, konnte die Bestallung auch nur vorübergehend ausgesetzt werden.⁸⁸⁷ Ferner wies die Reichsärzteordnung an, dass sich die Ärzteschaft „zum Wohle von Volk und Reich“ geschlossen für die „Erhaltung und Hebung der Gesundheit, des Erbguts und der Rasse“ einzusetzen hatte.⁸⁸⁸ Hierfür konnte die Reichsärztekammer besondere Vorschriften erlassen.⁸⁸⁹

Die Instrumentalisierung der Reichsärzteordnung durch die Nationalsozialisten wurde freilich seitens der Ärztevertreter erkannt und nicht durchgängig positiv bewertet. Georg Schneider konstatierte, wenn auch erst rückblickend im März 1946, dass die „von den Führern der früheren Spitzenverbände seit Jahrzehnten vorbereitete Reichsärzteordnung [...] durch den Einbau des Führer- und Arier-Prinzips wertlos geworden“ sei.⁸⁹⁰ Kritik gab es aber auch aus den eigenen Reihen der nationalsozialistischen Ärzte. Noch im Jahr 1936 hatte Paul Sperling, immerhin ein enger Beauftragter Wagners, festgestellt, dass „die politischen, an sich geringfügigen Einschreibungen [in die Reichsärzteordnung], die nicht zur Sache gehörten, als überflüssig, störend und sogar ungerecht empfunden wurden“.⁸⁹¹ Nichtsdestotrotz war der Erlass der lang ersehnten Einheitsordnung viel umjubelt. Franz Ideler bezeichnete sie als „einen Markstein in der Geschichte der deutschen Ärzteschaft“. Sie hätte „dem Arzt die Stellung verschafft, die ihm seinen Pflichten entsprechend zukommt“, er würde damit eine „wichtige Rolle im Dritten Reich“ einnehmen.⁸⁹² Hierunter verstand er jedoch ausschließlich die ‚reinrassigen‘ und systemkonformen Ärzte, wurden ‚nichtarische‘ und politisch missliebige Kollegen doch bereits seit Beginn der nationalsozialistischen Herrschaft diskreditiert, entrechtet und aus dem Berufsstand ausgeschlossen.

5.2.3 Ausschaltung jüdischer und politisch missliebiger Ärzte in Brandenburg

Vor dem Hintergrund des sich bereits vor allem in den letzten Jahren der Weimarer Republik verstärkten Antisemitismus und Antibolschewismus mehrten sich nach der nationalsozialisti-

⁸⁸⁶ RÄO, S. 1433, § 3, Abs. 2. Vgl. auch ebd., S. 1434, §§ 4f. Dass die Mitglieder der Reichsärztekammer und ihrer Untergliederungen ebenfalls die ‚arische‘ Abstammung nachweisen mussten, hätte in ebd., S. 1437, § 40, eigentlich keiner Erwähnung bedurft.

⁸⁸⁷ Vgl. ebd., S. 1433f., § 3, Abs. 4, § 5, Abs. 5, § 7.

⁸⁸⁸ Ebd., S. 1435, § 19.

⁸⁸⁹ Vgl. ebd., S. 1438, § 46, Abs. 3.

⁸⁹⁰ BLHA, Rep. 347 FDGB-Landesvorstand Brandenburg Nr. 560, o. Bl.: Abschrift des Sitzungsberichts über die Versammlung brandenburgischer Ärztevertreter in Potsdam am 2. und 3. März 1946, S. 1.

⁸⁹¹ Zitiert nach Rüter, *Ärztliches Standeswesen*, S. 175.

⁸⁹² Franz Ideler, *Rückblick und Ausblick*, in: *ÄB BB*, Nr. 1 vom 1. Januar 1936, S. 3f., hier S. 4.

schen Machtübernahme zunächst die Agitationen des NSDÄB gegen jüdische und kommunistische Ärzte auf lokaler Ebene. Zudem kam es zu ersten Entlassungen und mitunter, wenn die Einbindung in eine systemfeindliche politische Gruppierung nachgewiesen werden konnte, sogar zu Festnahmen und Gefängnisstrafen. Infolge der Reichstagswahl am 5. März 1933 erreichte das Deutsche Reich sodann eine „erste antisemitische Welle“.⁸⁹³ Bemerkbar machte sich diese in Ausschreitungen und Boykottaktionen. In Berlin etwa, wo der Anteil jüdischer Ärzte von allen Städten am höchsten war, besetzten SA-Männer städtische Krankenanstalten und verhafteten und misshandelten jüdisches und politisch missliebiges Personal. Ende März erreichte dieser antijüdische Terror auch das Berliner Umland, also die Provinz Brandenburg. Zu schweren Ausschreitungen kam es beispielsweise in Zehdenick.⁸⁹⁴ Den vorläufigen Höhepunkt der antisemitischen Maßnahmen und zugleich den Übergang zu einer flächendeckenden, staatlich gelenkten Verfolgung und Vertreibung stellte der planmäßige Boykott jüdischer Geschäfte, Ärzte und Rechtsanwälte am 1. April 1933 dar. Unter großem Propagandaaufwand hatten die Nationalsozialisten hierzu Ende März aufgerufen, und die große Mehrheit der Bevölkerung gehorchte. Am Tag des Boykotts positionierten sich Mitglieder der SA, SS und HJ vor Arztpraxen, beschmierten und beschädigten diese. Zu solchen Übergriffen kam es beispielsweise in Frankfurt (Oder), Finsterwalde und Neuruppin.⁸⁹⁵ Auch wurden in zahlreichen Städten Plakate mit antisemitischen Parolen und Forderungen wie ‚Meidet jüdische Ärzte‘ angebracht. NSDAP- und NSDÄB-Funktionäre forderten in ihren Kundgebungen die Beschäftigungsbeschränkung für jüdische Ärzte, wofür schon bald die ersten gesetzlichen Grundlagen gelegt wurden.⁸⁹⁶

Das Berufsbeamtengesetz vom 7. April 1933 ermöglichte zunächst den Ausschluss von jüdischen oder politisch missliebigen Beamten, Angestellten und Arbeitern aus dem öffentlichen

⁸⁹³ Susanne Doetz/Christoph Kopke, Die antisemitischen Kampagnen und Verfolgungsmaßnahmen gegen die jüdische Ärzteschaft seit 1933, in: dies./Thomas Beddies (Hrsg.), Jüdische Ärztinnen und Ärzte im Nationalsozialismus. Entrechtung, Vertreibung, Ermordung (= Europäisch-jüdische Studien, Bd. 12), Berlin/Boston 2014, S. 36-57, hier S. 37. Nachfolgend vgl. ebd., S. 36-41; Kater, Ärzte als Hitlers Helfer, S. 300-303; Kümmel, Die Ausschaltung, S. 65f.

⁸⁹⁴ Vgl. Edda Weiß, Die nationalsozialistische Judenverfolgung in der Provinz Brandenburg 1933-1945 (= Akademische Abhandlungen zur Geschichte), Berlin 2003, S. 83.

⁸⁹⁵ Siehe Brigitte Meier, Frankfurt/Oder, in: Irene Diekmann (Hrsg.), Jüdisches Brandenburg. Geschichte und Gegenwart (= Beiträge zur Geschichte und Kultur der Juden in Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt, Sachsen und Thüringen, Bd. 5), Berlin 2008, S. 113-153, hier S. 137; Rainer Ernst, Finsterwalde/Niederlausitz, in: ebd., S. 85-112, hier S. 99; Uwe Schürmann, Die Neuruppiner Juden zur Zeit des Nationalsozialismus, in: Mitteilungsblatt des Historischen Vereins der Grafschaft Ruppiner e.V., H. 10, 1999, S. 1-22, hier S. 7f.

⁸⁹⁶ Für die nachfolgenden Ausführungen über die gesetzlichen Maßnahmen gegen jüdische und politisch missliebige Ärzte vgl. Doetz/Kopke, Die antisemitischen Kampagnen, S. 41-46, 50-56; Kümmel, Die Ausschaltung, S. 67-76; Rütger, Ärztliches Standeswesen, S. 152f.; Schwach, Ärztliche Standespolitik, S. 133-153. Besonders eingehend beschreibt Kater, Ärzte als Hitlers Helfer, S. 304-335, die Auswirkungen der Gesetze anhand zahlreicher Beispiele.

Dienst. Damit umfasste es auch alle Ärzte, die im öffentlichen Gesundheitswesen, also an Universitäten, Krankenhäusern oder anderen kommunalen wie staatlichen Einrichtungen, tätig waren. „Zur Wiederherstellung eines nationalen Berufsbeamtentums und zur Vereinfachung der Verwaltung“ konnten sie in den Ruhestand versetzt oder entlassen werden.⁸⁹⁷ Betroffen waren alle Personen, die nach dem 1. August 1914 in den öffentlichen Dienst eingetreten waren und dem sogenannten „Arierparagraphen“ zum Opfer fielen, also „nicht arischer Abstammung“ waren.⁸⁹⁸ Dabei genügte es, wenn mindestens ein Eltern- oder Großelternteil jüdisch war.⁸⁹⁹ Ausgenommen von den Regelungen waren diejenigen Beamten etc., die im Ersten Weltkrieg für das Deutsche Reich oder seine Verbündeten als Frontkämpfer gefochten hatten oder deren Väter, Söhne oder – bei Ärztinnen – deren Ehemänner gefallen waren.⁹⁰⁰ Im Mai wurde dieser Frontkämpferparagraph dahingehend eingegrenzt, dass er nur auf Weltkriegsteilnehmer Anwendung fand, die einer „fechtenden Truppe [... in] einer Schlacht, einem Stellungskampf oder einer Belagerung“ angehört hatten.⁹⁰¹ Dem gleichgestellt wurde die „Teilnahme an den Kämpfen im Baltikum, in Oberschlesien, gegen Spartakisten und Separatisten sowie gegen die Feinde der nationalen Erhebung“.⁹⁰² Ohne Ausnahme umfasste der Berufsausschluss auch alle Beamten etc., „die nach ihrer bisherigen politischen Betätigung nicht die Gewähr dafür bieten [konnten], daß sie jederzeit rückhaltlos für den nationalen Staat eintreten“.⁹⁰³ Für die Beurteilung der Eignung war vor allem die politische Betätigung seit der Novemberrevolution 1918 heranzuziehen. Entlassen werden sollten explizit alle Angehörigen der Kommunistischen Partei Deutschlands oder einer kommunistischen Hilfs- bzw. Ersatzorgani-

⁸⁹⁷ Gesetz zur Wiederherstellung des Berufsbeamtentums. Vom 7. April 1933 (nachfolgend: Berufsbeamtengesetz), in: RGBl. 1933, S. 175ff., hier S. 175, § 1; vgl. auch ebd., S. 177, § 15, und siehe hierzu ausführlich Zweite Verordnung zur Durchführung des Gesetzes zur Wiederherstellung des Berufsbeamtentums. Vom 4. Mai 1933, in: ebd., S. 233ff.; Dritte Verordnung zur Durchführung des Gesetzes zur Wiederherstellung des Berufsbeamtentums. Vom 6. Mai 1933 (nachfolgend: Dritte Verordnung zum Berufsbeamtengesetz), in: ebd., S. 245-252, hier S. 245, Abschnitt 1-5 zu § 1.

⁸⁹⁸ Berufsbeamtengesetz, S. 175, § 3, Abs. 1. Siehe auch Dritte Verordnung zum Berufsbeamtengesetz, S. 246f., Abschnitt 1f. zu § 3.

⁸⁹⁹ Vgl. Erste Verordnung zur Durchführung des Gesetzes zur Wiederherstellung des Berufsbeamtentums. Vom 11. April 1933 (nachfolgend: Erste Verordnung zum Berufsbeamtengesetz), in: RGBl. 1933, S. 195, hier Abschnitt 2 zu § 3, Abs. 1. Entsprechend den Richtlinien zu § 1a Abs. 3 des Reichsbeamtengesetzes in der Fassung des Gesetzes vom 30. Juni 1933 (Reichsgesetzbl. I S. 433). Vom 8. August 1933, in: RGBl. 1933, S. 575, hier Abschnitt 2, musste jeder Reichsbeamte bei seiner Berufung oder Verhehlung fortan auch den ‚Ariernachweis‘ seines Ehepartners erbringen.

⁹⁰⁰ Vgl. Berufsbeamtengesetz, S. 175, § 3, Abs. 2; Drittes Gesetz zur Änderung des Gesetzes zur Wiederherstellung des Berufsbeamtentums. Vom 22. September 1933, in: RGBl. 1933, S. 655f., hier S. 655, Abschnitt I, Nr. 3. Bedingt bestand wiederum die Möglichkeit, diese Ausnahmeregelung zu umgehen, indem ‚Nichtarier‘ aufgrund von § 1 des Berufsbeamtengesetzes im Sinne der ‚Vereinfachung der Verwaltung‘ entlassen wurden.

⁹⁰¹ Dritte Verordnung zum Berufsbeamtengesetz, S. 247, Abschnitt 3 zu § 3, Abs. 1. Siehe auch ebd., Abschnitt 3 zu § 3, Abs. 2, Abschnitt 4ff. zu § 3.

⁹⁰² Ebd., Abschnitt 3 zu § 3, Abs. 3.

⁹⁰³ Berufsbeamtengesetz, S. 175, § 4.

sation.⁹⁰⁴ Im Juli 1933 wurde die Regelung ausgeweitet und betraf fortan auch alle, die „sich sonst im kommunistischen Sinne betätigt haben“ oder „in Zukunft im marxistischen (kommunistischen oder sozialdemokratischen) Sinne betätigen“. Bei Anschluss an die NSDAP oder einer regierungsnahen Partei bzw. an einen entsprechenden Verband vor der Machtübernahme Hitlers und hervorragender Bewährung in der ‚nationalen Bewegung‘ wurde von der Entlassung abgesehen.⁹⁰⁵ Von der Entziehung der Berufserlaubnis aus politischen Gründen konnten auch „nichtarische“ Frontkämpfer betroffen sein.

Das brandenburgische Ärzteblatt berichtete am 20. April bereits von den reichsweiten Auswirkungen des Gesetzes. Die Kommissare für das Gesundheitswesen hätten in den einzelnen Ländern „eine große Zahl jüdischer Ärzte aus Universitäten, Instituten, Kliniken und aus dem kommunalen Gesundheitsdienst entlassen“.⁹⁰⁶ Die antibolschewistische, rassistische und antisemitische Ideologie der Nationalsozialisten, im Berufsbeamtengesetz erstmals gesetzlich fixiert, wurde für den Ärztestand verwirklicht. In Brandenburg selbst betraf das Berufsbeamtengesetz vergleichsweise wenig Ärzte.⁹⁰⁷ Die in der Standespresse angekündigten weiteren Maßnahmen zur Ausschaltung missliebiger Ärzte sollten jedoch schleunigst folgen.

Bei der Kassenarztzulassung galten schon bald ähnliche Bestimmungen wie im öffentlichen Gesundheitswesen. Entgegen den bestehenden Kollektiv- und Einzelverträgen wurden durch Verordnung des Reichsarbeitsministers vom 22. April 1933 die Zulassungen aller ‚nicht arischen‘ Kassenärzte – es sei denn, sie waren seit dem 1. August 1914 niedergelassen – und sich im kommunistischen Sinne betätigten Kassenärzte zum 1. Juli 1933 für beendet erklärt. Die Neuzulassung der Betroffenen war nicht mehr möglich.⁹⁰⁸ Der „Arierparagraph“ fand damit Eingang in die neuen kassenarztrechtlichen Bestimmungen, wie später auch in weitere Gesetze, die den Ausschluss der jüdischen Bevölkerung regelten. Ebenso in die neue Zulassungsordnung verankert wurde der Frontkämpferparagraph.⁹⁰⁹ Zudem waren jene jüdischen Kassenärzte von dem Entzug bzw. der Sperre der Zulassung befreit, die im Ersten Weltkrieg in einem Seuchenlazarett ärztlich tätig gewesen waren.⁹¹⁰ Für die Umsetzung der Bestimmungen waren bis zur Gründung und Konsolidierung der KVD die 1931/32 gebildeten Kassen-

⁹⁰⁴ Vgl. ebd., S. 175, § 2; Erste Verordnung zum Berufsbeamtengesetz, Abschnitt 1 zu § 2. Siehe auch Dritte Verordnung zum Berufsbeamtengesetz, S. 247, Abschnitt 1-7 zu § 4.

⁹⁰⁵ Vgl. Gesetz zur Ergänzung des Gesetzes zur Wiederherstellung des Berufsbeamtentums. Vom 20. Juli 1933, in: RGBl. 1933, S. 518.

⁹⁰⁶ Neuordnung im Aertzestand, in: ÄB BB, Nr. 12 vom 20. April 1933, S. 155.

⁹⁰⁷ Vgl. und siehe ausführlich Weiß, Die nationalsozialistische Judenverfolgung, S. 60ff.

⁹⁰⁸ Vgl. Verordnung über die Zulassung von Ärzten zur Tätigkeit bei den Krankenkassen. Vom 22. April 1933, in: RGBl. 1933, S. 222f., hier S. 222, Art. I, S. 223, Art. II, Abschnitt 6 zu § 27a.

⁹⁰⁹ Vgl. ebd., S. 222, Art. II, Abschnitt 1.

⁹¹⁰ Vgl. ebd., S. 223, Art. II, Abschnitt 5.

ärztlichen Vereinigungen bzw. die zugehörigen Schiedsämter zuständig. Letztere entschieden über Neuzulassungen; bei Zweifeln über die ‚arische Abstammung‘ oder auf Antrag der ärztlichen Beisitzer sollte der Hartmannbund ein verbindliches Gutachten ausstellen.⁹¹¹ Die Kassenärztlichen Vereinigungen ermittelten mithilfe von Fragebögen, in denen unter anderem die arische Abstammung und politische Tätigkeit nachgewiesen werden musste, welche praktizierenden Ärzte vom Ausschluss betroffen waren, und hoben deren Zulassung auf. Über Beschwerden entschied das Reichsarbeitsministerium, musste sie zuvor aber von einem Ausschuss des Hartmannbundes, bestehend aus seinem Hauptgeschäftsführer Hermann Lautsch, dem Justiziar Clemens Bewer und Gustav Schömig als Vertreter Gerhard Wagners, prüfen lassen.⁹¹² Somit wurden die bestehenden Institutionen der kassenärztlichen Berufsverwaltung für die Umsetzung nationalsozialistischer Ideologie instrumentalisiert. Die Kassenärztlichen Vereinigungen und der Hartmannbundausschuss legten die gesetzlichen Vorschriften häufig zum Nachteil der Ärzte aus und gingen beim Ausschluss sehr rigoros vor, um freie Stellen für nationalsozialistische Jungärzte zu schaffen. Oftmals wurde bereits das frühere standeswidrige Verhalten von Kollegen als Tätigkeit im kommunistischen Sinn angesehen und entsprechend geahndet. Mitunter haben bei den Entscheidungen sogar persönliche Differenzen eine Rolle gespielt. Folglich war etwa jeder dritte Beschwerdeweg in letzter Instanz beim Reichsarbeitsministerium erfolgreich. Dennoch verloren durch die Verordnung vom 22. April 1933 reichsweit bis zum Frühjahr 1934 schätzungsweise 2.000 jüdische und des Bolschewismus verdächtige Ärzte ihre Kassenzulassung.⁹¹³ Insbesondere in Brandenburg, wo der Anteil der Kassenärzte bei 92 Prozent lag und damit zehn Prozent höher als der Reichsdurchschnitt war,⁹¹⁴ mussten viele Kollegen ihre Praxen schließen oder übergeben.

Es folgte ein dichtes Netz von Verordnungen und Gesetzen, mit denen die sukzessive Entrechtung und systematische Ausgrenzung vor allem jüdischer Ärzte weiter vorangetrieben wurden. Dabei wurden die Ausschlusskriterien ausgedehnt und auf weitere Arztgruppen übertragen. Ähnlich wie den jüdischen und politisch linksgerichteten Ärzten im öffentlichen Dienst bzw. in der Kassenpraxis erging es etwa den ärztlichen Sachverständigen bei den Oberversicherungsämtern und Versorgungsgerichten. Alle Posten wurden zum 1. August

⁹¹¹ Vgl. Verordnung über die Zulassung der Kriegsteilnehmer zur ärztlichen Tätigkeit bei den Krankenkassen. Vom 9. Mai 1933, in: RGBl. 1933, S. 260.

⁹¹² Vgl. Verordnung über die Zulassung von Ärzten vom 22. April 1933, S. 223, Art. II, Abschnitt 4, 6; Rüter, *Ärztliches Standeswesen*, S. 148.

⁹¹³ Vgl. und siehe ausführlich Kater, *Ärzte als Hitlers Helfer*, S. 137; Kümmel, *Die Ausschaltung*, S. 69f.; Rüter, *Ärztliches Standeswesen*, S. 149-152.

⁹¹⁴ Vgl. Julius Hadrich, *Die nichtarischen Ärzte in Deutschland*, in: DÄ, Nr. 64, 1934, S. 1243ff., hier S. 1243, Tafel 1.

1933 neubesetzt. Bei Vertrauens- und Durchgangsärzten gab es nicht einmal eine Ausnahme-genehmigung im Sinne des Frontkämpferparagrafen.⁹¹⁵ Überdies wurde versucht, den Kontakt zwischen ‚arischen‘ und ‚nicht arischen‘ Ärzten möglichst zu verhindern. Reichsärztführer Wagner ordnete am 29. Juli 1933 an, dass ‚deutschstämmige‘ künftig keine Überweisungen mehr an ‚fremdrassige‘ Ärzte ausschreiben und sie sich nicht mehr einander vertreten dürften. Nur in Ausnahmefällen sollten ‚arische‘ Ärzte jüdische Patienten behandeln, wenn der Krankheitszustand eine sofortige ambulante oder stationäre Behandlung erforderte und kein jüdischer Arzt verfügbar war.⁹¹⁶ Zusätzlich gab es Vorkehrungen gegen einen missliebigen akademischen Nachwuchs, also auch Medizinstudenten, indem die Anzahl jüdischer Hochschüler auf ein Minimum reduziert und ihnen die Prüfungsbedingungen erschwert bzw. sie von den Examen ausgeschlossen wurden.⁹¹⁷

Mit der Zulassungsordnung vom 19. Mai 1934, die die bis dahin erlassenen Bestimmungen zur Kassenarztzulassung zusammenfasste, wurde der kassenärztliche Beruf auch allen ‚arischen‘ Ärzten mit ‚nicht arischem‘ Ehepartner sowie allen Ärzten, bei denen nicht gewährt war, dass „sie jederzeit rückhaltlos für den nationalsozialistischen Staat eintreten“, verboten.⁹¹⁸ Der Frontkämpferparagraf wurde in die neue Verordnung nicht mehr aufgenommen. Die Reichsärzteordnung vom 13. Dezember 1935 übertrug den ‚Arierparagrafen‘ des Berufsbeamtengesetzes sodann auf die ärztliche Approbation. Das „Ende des jüdischen Arzt-tums“⁹¹⁹, wie ein Aufsatz der NSDÄB-Zeitung *Ziel und Weg* titelte, war schließlich mit der *Vierten Verordnung zum Reichsbürgergesetz* vom 25. Juli 1938 erreicht. Sie bestimmte das Erlöschen der Approbationen aller jüdischen Ärzte zum 30. September 1938 – ohne jegliche Ausnahme. Zugleich durften keine neuen Bestellungen an Juden erteilt werden.⁹²⁰ Dies bedeu-

⁹¹⁵ Vgl. Zweite Verordnung zur Durchführung des Gesetzes über Ehrenämter in der sozialen Versicherung und der Reichsversorgung. Vom 23. Juni 1933, in: RGBl. 1933, S. 397.

⁹¹⁶ Vgl. Schwach, *Ärztliche Standespolitik*, S. 303; dies., „Praktisch zum Verhungern verurteilt“. „Krankenbehandler“ zwischen 1938 und 1945, in: Thomas Beddies/Susanne Doetz/Christoph Kopke (Hrsg.), *Jüdische Ärztinnen und Ärzte im Nationalsozialismus. Entrechtung, Vertreibung, Ermordung* (= Europäisch-jüdische Studien, Bd. 12), Berlin/Boston 2014, S. 75-91, hier S. 78.

⁹¹⁷ Vgl. Gesetz gegen die Überfüllung deutscher Schulen und Hochschulen. Vom 25. April 1933, in: RGBl. 1933, S. 225, hier insbes. §§ 1, 4; Erste Verordnung zur Durchführung des Gesetzes gegen die Überfüllung deutscher Schulen und Hochschulen. Vom 25. April 1933, in: ebd., S. 226, hier insbes. Abschnitt 8; Schwach *Ärztliche Standespolitik*, S. 304ff. Siehe beispielsweise auch Ursula Ferdinand, *Vertreibungen im Umgestaltungsprozess der Medizinischen Fakultäten an deutschen Universitäten im ‚Dritten Reich‘*, in: Thomas Beddies/Susanne Doetz/Christoph Kopke (Hrsg.), *Jüdische Ärztinnen und Ärzte im Nationalsozialismus. Entrechtung, Vertreibung, Ermordung* (= Europäisch-jüdische Studien, Bd. 12), Berlin/Boston 2014, S. 75-148.

⁹¹⁸ Zulassungsordnung, S. 401, § 15, Nr. 3; vgl. auch ebd., S. 401, § 15, Nr. 1, S. 403, § 24, Nr. 1f. Ärzte mit ‚nicht arischen‘ Ehepartnern wurden nicht mehr neu zugelassen, bereits zugelassene Ärzte wurden dauerhaft von der Kassenpraxis ausgeschlossen, wenn sie nach dem 1. Juli 1933 einen ‚Nichtarier‘ geheiratet hatten.

⁹¹⁹ Zitiert nach Doetz/Kopke, *Die antisemitischen Kampagnen*, S. 53.

⁹²⁰ Vgl. Vierte Verordnung zum Reichsbürgergesetz. Vom 25. Juli 1938, in: RGBl. 1938, S. 969f., hier S. 969, §§ 1, 4.

tete, dass im gesamten Deutschen Reich kein Jude mehr zur Berufsausübung unter der Bezeichnung eines Arztes befugt war. Ebenso galt diese Vorschrift für die Erfüllung von Aufgaben auf dem Gebiet der Heilkunde oder der ärztlichen Wissenschaft in einer Behörde oder öffentlich-rechtlichen Körperschaft sowie für die gewerbs- oder gewohnheitsmäßige Ausübung der Heilkunde.⁹²¹ Auf Vorschlag der Reichsärztekammer war es fortan nur noch wenigen Juden erlaubt, unter dem Status eines ‚Krankenbehandlers‘ bis auf Widerruf ihre Ehepartner, Kinder oder andere Juden ärztlich zu versorgen.⁹²² Folglich hatten die Nationalsozialisten ein wesentliches Ziel ihrer Rassen-, Gesundheits- und Berufspolitik abgeschlossen.

Dem Ärztekammerbezirk Kurmark blieben, dem Arbeitsbericht des Zentralausschusses der Deutschen Juden für Hilfe und Aufbau zufolge, von 54 jüdischen Ärzten ab dem 1. Oktober 1938 lediglich vier Allgemeinpraktiker erhalten.⁹²³ Diese hatten zusammen etwa 3.300 regional verteilt lebende ‚Glaubensjuden‘ zu versorgen. Reichsweit gab es noch 709 ‚Krankenbehandler‘, wovon allein 424 in Berlin praktizierten.⁹²⁴ Insgesamt wurden zwischen April 1933 und September 1938 circa 90 Prozent aller jüdischen Ärzte ausgeschaltet, bis Januar 1939 waren es schon 95 Prozent.⁹²⁵ Es war vorgesehen, dass die verbliebenen ‚Krankenbehandler‘ nicht nur die hausärztliche, sondern auch die Behandlung in jüdischen Hospitälern, Altersheimen und anderen Fürsorgeeinrichtungen abdeckten. Ein jüdisches Krankenhaus gab es in Brandenburg Stand Januar 1939 allerdings nicht mehr. Zudem wurden im letzten Quartal des Vorjahres das Erholungsheim in Lehnitz, das Kinderheim in Bad Saarow und das Landschulheim in Caputh geräumt.⁹²⁶ Die Prüfung, Abrechnung und Auszahlung der ‚Krankenbehandler‘ organisierte die KVD-Landesstelle.⁹²⁷

Vielen Ärzten, denen ab 1933 die berufliche Existenz und damit zumeist auch die Lebensgrundlage geraubt wurde oder die sich zumindest davon bedroht sahen, blieb als Ausweg häufig nur die Flucht ins Ausland.⁹²⁸ Andere verblieben in ihrer Heimat, wurden entrechtet, öf-

⁹²¹ Vgl. RÄO, S. 1433, §§ 2, 9.

⁹²² Vgl. Vierte Verordnung zum Reichsbürgergesetz, S. 969, §§ 2f.

⁹²³ Die Zahl der jüdischen Ärzte im Kammerbezirk Brandenburg-Grenzmark lag 1933 laut der Statistik des Deutschen Reiches bei 103; vgl. Weiß, Die nationalsozialistische Judenverfolgung, S. 70. Die Angaben über die Anzahl an jüdischen bzw. ‚nicht arischen‘ Ärzten variieren allerdings von Quelle zu Quelle, zum Teil beträchtlich. Vor allem in nationalsozialistischen Statistiken sind die Zahlen deutlich höher. Zur Instrumentalisierung der Statistik im Interesse der nationalsozialistischen Gesundheits- und Standespolitik siehe Rebecca Schwoch, Ärztliche Standespolitik, S. 226-278.

⁹²⁴ Vgl. Arbeitsbericht des Zentralausschusses für Hilfe und Aufbau bei der Reichsvertretung der Juden in Deutschland für das Jahr 1938, o. A., S. 70f.

⁹²⁵ Vgl. Kümmel, Die Ausschaltung, S. 76; Rütter, Ärztliches Standeswesen, S. 153.

⁹²⁶ Vgl. Arbeitsbericht, S. 72f.

⁹²⁷ Zur Tätigkeit und kassenärztlichen Abrechnung der ‚Krankenbehandler‘, insbes. in Berlin, siehe ausführlich Hahn/Schwoch, Anpassung, S. 179-190; Schwoch, „Praktisch zum Verhungern verurteilt“.

⁹²⁸ Zur Emigration von Ärzten siehe beispielsweise Robert Jütte, Die Vertreibung jüdischer und „staatsfeindlicher“ Ärztinnen und Ärzte, in: ders. in Verbindung mit Wolfgang U. Eckart, Hans-Walter Schmuhl und Winfried

fentlich diffamiert und aus dem gesellschaftlichen Leben verdrängt. Auch waren sie Bedrohungen und weiteren Schikanen wie physischer Gewalt ausgesetzt.⁹²⁹ Einzelne Ärzte zerbrachen an diesem Druck und wählten den Freitod.⁹³⁰ Infolge der Pogromnacht 1938 nahm die alltägliche Gewaltanwendung gegen die jüdische Bevölkerung zu, genauso wie die Zahl der jüdischen Häftlinge in den Konzentrationslagern. Hierunter befanden sich viele ehemalige Mediziner, die zum großen Teil Opfer der planmäßigen Ermordung wurden.⁹³¹

Solidarisierungsversuche mit den jüdischen Ärzten seitens der ‚arischen‘ Kollegen bzw. des Patientenkreises gab es nur wenige.⁹³² In Jüterbog etwa verfügte Bürgermeister Arved Bergmann am 1. Juli 1935, dass die Beamten, Angestellten und Arbeiter der Stadtverwaltung sowie ihre Angehörigen nicht mehr in jüdischen Geschäften einkaufen. Hiervon betroffen war auch der Arzt Hans Posner. Obwohl den Mitarbeitern der Stadtverwaltung bei Verstoß gegen den Boykott der Verlust ihrer Arbeitsstelle angedroht wurde, wollten sie sich weiterhin von Posner behandeln lassen. Doch durch Überwachung der Praxis und Einschüchterung der Bevölkerung konnte die Boykottbefolgung erzwungen werden.⁹³³ In Spremberg hingegen war eine Bürgermeisterinitiative für die weitere Praxisausübung des HNO-Arztes Werner Joel, der gemäß den Nürnberger Gesetzen als ‚Mischling II. Grades‘ eingestuft worden war, erfolgreich. Zugute kam Joel dabei, dass er früher an Kampfhandlungen gegen Kommunisten teilgenommen hatte.⁹³⁴ Im weiteren Sinne ordnet sich hier auch Georg Schneiders Eintreten für Max Landsberg ein. Und ähnlich wie beim Geschäftsführer der Brandenburger Ärztekammer und des Ärzteverbands stellte sich Schneider auch hinter Siegmund Vollmann, seit 1916 Schriftleiter des *Deutschen Ärzteblattes* und Vorstandsmitglied im DÄVB, der im März 1933 aufgrund seiner ‚nicht arischen‘ Abstammung um Beurlaubung bitten musste. Laut Schneider

Süß, *Medizin und Nationalsozialismus. Bilanz und Perspektiven der Forschung*, Göttingen 2011, S. 83-93; Kater, *Ärzte als Hitlers Helfer*, S. 335-359; Anna E. von Villiez, *Emigration jüdischer Ärzte im Nationalsozialismus*, in: Thomas Beddies/Susanne Doetz/Christoph Kopke (Hrsg.), *Jüdische Ärztinnen und Ärzte im Nationalsozialismus. Entrechtung, Vertreibung, Ermordung* (= Europäische-jüdische Studien, Bd. 12), Berlin/Boston 2014, S. 190-202. Für Einzelfälle aus Brandenburg siehe Ernst, *Finsterwalde/Niederlausitz*, S. 103; Monika Nakath (Hrsg.), *Aktenkundig: „Jude!“ Nationalsozialistische Judenverfolgung in Brandenburg 1933-1945. Vertreibung – Ermordung – Erinnerung* (= Einzelveröffentlichung des Brandenburgischen Landeshauptarchivs, Bd. 10), Berlin 2010, S. 27f.; Reinhard Schmook, *Bad Freienwalde*, in: Irene Diekmann/Julius H. Schoeps (Hrsg.), *Wegweiser durch das jüdische Brandenburg*, Berlin 1995, S. 16-21, hier S. 20.

⁹²⁹ Für Brandenburg siehe Nakath (Hrsg.), *Aktenkundig*, S. 25.

⁹³⁰ Siehe beispielsweise das in der vorliegenden Arbeit geschilderte Beispiel Max Landsberg. Mit dem Suizid brandenburgischer Ärzte beschäftigten sich zudem Irene Diekmann, *Brandenburg/Havel*, in: dies./Julius H. Schoeps (Hrsg.), *Wegweiser durch das jüdische Brandenburg*, Berlin 1995, S. 31-53, hier S. 49; Charlotte Richter, *Dr. Julius Liebrecht. Ein jüdischer Arzt in Prenzlau*, in: *Uckermärkische Hefte*, Bd. 1, 1989, S. 217ff.

⁹³¹ Vgl. Doetz/Kopke, *Die antisemitischen Kampagnen*, S. 54-57.

⁹³² Vgl. ebd., S. 48.

⁹³³ Vgl. Nakath (Hrsg.), *Aktenkundig*, S. 79.

⁹³⁴ Vgl. und siehe ausführlich BLHA, Rep. 72 *Ärztekammer für die Provinz Brandenburg Nr. 1504f.: Joel, Dr. med. Werner Fritz Herbert*.

wäre es „nicht richtig, jemanden, der für den Bund gearbeitet u. Verdienste um ihn habe, an die Luft zu setzen u. ihm überdies einen Fußtritt zu versetzen“.⁹³⁵ Bereits in der Ausgabe des *Deutschen Ärzteblattes* vom 16. Mai 1931 hatte Schneider anlässlich Vollmanns 60. Geburtstags dessen großen Verdienste hinsichtlich der Entwicklung der Standespresse hervorgehoben. Unter Vollmanns Redaktion hätte das Blatt einen beachtlichen Aufschwung erlebt, es wäre zum Mitteilungsblatt der gesamten deutschen Ärzteschaft herangewachsen.⁹³⁶ Nach seiner Beurlaubung stand Schneider Vollmann beratend zur Seite und setzte sich dafür ein, dass der DÄVB-Vorstand „in der Honorierung seiner Dienste mehr wie entgegenkommend“ verfuhr.⁹³⁷ Nach seinem Ausscheiden aus der Standespolitik wurde Vollmann, auch dank der Unterstützung Schneiders, zudem ermöglicht, noch bis zum 30. September 1938 als Kassenarzt in Berlin-Schöneberg zu praktizieren. Ein knappes Jahr später emigrierte er nach London.⁹³⁸

Diese Beispiele waren allerdings nur Einzelfälle, größerer Widerstand wurde nicht geleistet. Hierfür war die Wahrscheinlichkeit, bestraft zu werden und seine eigene Existenz zu verlieren, zu groß. Vielmehr wurden die Maßnahmen gegen jüdische Ärzte vom Großteil der Ärzteschaft hingenommen, begrüßt oder sogar unterstützt. Die Mentalitäten der Ärzte, die dafür nötig waren, wurden insbesondere durch eine starke Indoktrinierung mit den nationalsozialistischen Ideologemen erzeugt. Eine bedeutende Rolle spielte hierbei die Standespresse, in der durchweg die antisemitischen Parolen der führenden Ärztevertreter abgedruckt wurden. Ein Aufruf Walter Ruppins vom Mai 1933 wurde beispielsweise nicht nur im gleichgeschalteten *Ärzteblatt* und anderen Zeitungen veröffentlicht, sondern auch den jüdischen Ärzten Brandenburgs anonym zugesandt. Ruppin forderte die „völlige Entfernung der Juden aus den akademischen Berufen“. Er warnt davor, dass „das Gift jüdischen Denkens“ durch den engen Kontakt der jüdischen Ärzte zu ihren Patienten im „völkischen Staat“ verbreitet werden würde. Der Ärztestand hätte schon lange Zeit mit einer „Überjudung“ zu kämpfen, wodurch die „ideale Berufsausübung [...] dem jüdischen Geschäftsgeist bereits gewichen“ wäre. Vielmehr noch sei „der Jude die Inkarnation der Lüge und des Betrugers“. Zukünftig müsste dieser korrupte „Geist“ aus dem „Arztstand ausgetilgt und jede Möglichkeit seiner Wiederkehr beseitigt werden“. Mit diesen Ausführungen nutzt Ruppin die Gegenüberstellung vom stigmatisierten

⁹³⁵ IGEM, Nachlass Heinz Goerke, Ordner Dr. Georg Schneider (1875-1949) div. Mat., o. Bl.: Schreiben Georg Schneiders an Alfons Stauder vom 25. Mai 1933.

⁹³⁶ Vgl. Thomas Gerst, Dr. med. Siegmund Vollmann. 1933: Ein Schriftleiter muss gehen, in: DÄ, H. 1-2 vom 10. Januar 2005, S. A 33f., hier S. A 33; ebenso Jachertz, Die neuen Herren, S. 23; Rütger, Ärztliches Standeswesen, S. 146.

⁹³⁷ IGEM, Nachlass Heinz Goerke, Ordner Dr. Georg Schneider (1875-1949) div. Mat., o. Bl.: Schreiben Georg Schneiders an Alfons Stauder vom 25. Mai 1933.

⁹³⁸ Vgl. Gerst, Dr. med. Siegmund Vollmann, S. A 34.

Juden auf der einen und dem Berufsideal der Ärzteschaft wie ihrer wirtschaftlichen Interessen auf der anderen Seite eindeutig als demagogisches Mittel. Sein Aufruf mündete schließlich in der Forderung: „Wir deutschen Ärzte fordern daher den Ausschluß aller Juden von der ärztlichen Behandlung deutscher Volksgenossen [...]. Ferner fordern wir eine strafrechtliche Bestimmung, die Vergehen und Verbrechen, die mit der Vertrauensstellung der freien Berufe zusammenhängen, mit Zuchthaus und sofortiger Entziehung der Berufserlaubnis bestraft.“⁹³⁹

Eng im Zusammenhang mit der Indoktrinierung des Judenhasses stand das Bewerben der nationalsozialistischen Bevölkerungspolitik auf Grundlage der rassistischen Eugenik. In der Ausgabe des Ärzteblatts vom 1. August 1933 finden sich beispielsweise gleich zwei entsprechende Artikel wieder. Zum einen wurde ein Aufsatz des Sozialmediziners Curt Thomalla, der das Referat Volksgesundheit und Volkswohlfahrt im Reichsministerium für Volksaufklärung und Propaganda leitete, über die aktuelle Bevölkerungspolitik abgedruckt. Darin vergleicht er die Bevölkerung mit einer Hühnerfarm, in der die kranken und schwachen Tiere, bezeichnet als „Mißgeburten“, gehegt und gepflegt werden und für die der Farmbetreiber hohe Unkosten in Kauf nimmt. Diese Hühner würden Eier legen, „aus denen degenerierte Küken schlüpfen [...], wiederum noch schlimmer entartete Nachkommen“. Die gesunden Hühner hingegen erhalten keine besondere Fürsorge und leiden unter der übermäßigen Pflege der kranken. Die Bevölkerungspolitik, so Thomalla, hätte bisher auf diesem Prinzip basiert. Die gesunden, leistungs- und arbeitsfähigen Menschen wären unter anderem durch Zahlung ihrer Krankenkassenbeiträge „ausgenutzt und ausgesaugt“ worden „zugunsten der Aufzucht minderwertiger Elemente“. Durch die übertriebene Fürsorge wäre die Kinderzahl der „minderwertigen Menschen“ stark gestiegen, die der „besten und wertvollsten Teile des Volkes“ gingen dagegen zurück. Folge sei die „Verschlechterung in der Erbmasse des Volkes“. Thomalla verspricht für die Zukunft eine „gesunde Bevölkerungspolitik“, worunter er die Förderung eines arbeits- und leistungsfähigen Volkes versteht. Die Regierung sei zwar weiterhin verpflichtet, auch die Kranken und Invaliden zu unterstützen. Sie fühle aber „auch die Pflicht, dafür zu sorgen, daß nicht minderwertiges Leben in die Welt gesetzt wird, wenn es vermeidbar ist“. Als Abschreckung sollen die hohen Zahlen an Geisteskranken, Epileptikern, Tauben und Blinden dienen, die Thomalla nennt.⁹⁴⁰ Der andere Aufsatz beschäftigt sich noch eingehender mit der Erbgesundheitslehre der Nationalsozialisten. Der österreichische Mediziner und Rassenhygieniker Lothar Gottlieb Tirla beschreibt darin die notwendige „biologische Erneuerung des deutschen Volkes“. Ähn-

⁹³⁹ Walter Ruppin, Fort mit den jüdischen Aerzten!, in: ÄB BB, Nr. 13 vom 1. Mai 1933, S. 167. Vgl. auch Weiß, Die nationalsozialistische Judenverfolgung, S. 102.

⁹⁴⁰ Bevölkerungspolitik, in: ÄB BB, Nr. 22 vom 1. August 1933, S. 273f., hier S. 273.

lich wie Thomalla propagiert er die quantitative NS-Bevölkerungspolitik, die ein starkes Geburtenwachstum bezweckte. Im Sinne der ‚biologischen Rettung des deutschen Volkes‘ bekräftigt Tirala die ‚erbgesunden‘ deutschen Frauen dazu, möglichst viele Kinder zu gebären. Er stellt ein deutliches Übermaß an Geburten von Kindern „der geistig Minderwertigen, Kranken, Gewohnheitsverbrecher und ungelernten Hilfsarbeiter“ fest. Da Mensch nicht gleich Mensch sei, wie in der „marxistischen Irrlehre“ behauptet, müssten die sozial höherstehenden, „kulturbildenden Schichten des Volkes“ für mehr Nachwuchs sorgen. Ohnehin sei dies infolge der „Unfruchtbarmachung der erblich Minderwertigen“ erforderlich.⁹⁴¹

Beide im Ärzteblatt abgedruckte Artikel sind deutliche Versuche, die Ärzte, die sich dem ‚erbgesunden‘ Bevölkerungsteil zuzählen sollten, mit den Ideen der nationalsozialistischen Bevölkerungspolitik zu beeinflussen. Das Quantitative Ziel dieser Politik stellte auf der einen Seite die Umkehrung des Geburtenrückgangs aus den letzten Jahren der Weimarer Republik dar. Auf der anderen Seite war die qualitative Bevölkerungspolitik der Nationalsozialisten eugenisch bestimmt, wobei der Staat mit zahlreichen Maßnahmen der Rassenhygiene steuernd eingriff.⁹⁴² Eine hohe Bedeutung nahm das *Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses* ein, das am 14. Juli 1933, wenige Tage vor Erscheinen der Beiträge im Ärzteblatt, beschlossen worden war und am 1. Januar 1934 in Kraft trat. Es ordnete die Zwangssterilisation von Personen mit vermeintlichen Erbkrankheiten an, „wenn nach den Erfahrungen der ärztlichen Wissenschaft mit großer Wahrscheinlichkeit zu erwarten [... war], daß seine Nachkommen an schweren körperlichen oder geistigen Erbschäden leiden werden“. Zu den Erbkrankheiten zählten laut Gesetz der angeborene Schwachsinn, Schizophrenie, zirkuläre, manisch-depressive Irrleiden, erbliche Epilepsie, die Chorea Huntington, erbliche Blind- und Taubheit sowie schwere körperliche Missbildungen. Zudem umfassten die gesetzlichen Bestimmungen schwere Alkoholiker.⁹⁴³ Die Artikel Thomallas und Tiralas können somit auch als Begründung bzw. Legitimation des Gesetzes vor den Medizinern gelesen werden. Die Ärzteschaft wurde an der Durchführung des Gesetzes maßgeblich beteiligt. Jeder Antrag auf Unfruchtbarmachung musste von einem approbierten Mediziner bescheinigt werden. Zudem konnten beamtete Ärzte und Leiter von Pflegeanstalten eigenmächtig Sterilisationen beim Erbgesundheitsgericht beantragen. Dem Erbgesundheitsgericht, das zuständig war für die Entscheidung

⁹⁴¹ Lothar Gottlieb Tirala, Die biologische Erneuerung des deutschen Volkes, in: ÄB BB, Nr. 22 vom 1. August 1933, S. 277f., hier S. 277.

⁹⁴² Zur nationalsozialistischen Bevölkerungspolitik siehe beispielsweise Rainer Mackensen (Hrsg.), Bevölkerungslehre und Bevölkerungspolitik im „Dritten Reich“, Opladen 2004.

⁹⁴³ Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses. Vom 14. Juli 1933, in: RGBl. 1933, S. 529ff., hier S. 529, § 1.

über Unfruchtbarmachung, hatten wiederum ein beamteter und ein approbierter Arzt beizusitzen. Durchgeführt werden mussten die Sterilisationen letztendlich in einer Krankenanstalt durch einen approbierten Mediziner.⁹⁴⁴

Bezüglich der grundsätzlichen Vorstellungen der Erbbiologie lässt sich auch bei Georg Schneider sowie vielen weiteren zeitgenössischen Wissenschaftlern und Medizinern Zustimmung erkennen. Sie sahen hierhin bereits vor ihrem Missbrauch für rassenhygienische Maßnahmen im Nationalsozialismus eine Möglichkeit, den Gesundheitszustand der Bevölkerung zu verbessern. Die Eugenik hatte bereits im 19. Jahrhundert an Interesse gewonnen und in enger Verknüpfung zu den sozialdarwinistischen Gesellschaftstheorien gestanden. Auch in der Weimarer Republik waren ihre Ideen verbreitet und sollten, wie es Heinrich Schopohl, der Leiter der Medizinalabteilung im preußischen Innenministerium, in seinem 1932 erschienenen Bericht ausdrückte und auch im Rundfunk verkünden ließ, „im Dienste der Volkswohlfahrt“ stehen.⁹⁴⁵ So nahm sich auch die Vertretung des Ärztestands der Förderung der Eugenik als zeitgemäßer Aufgabe Anfang der 1930er Jahre an. Schon 1932 forderten die beiden ärztlichen Spitzenorganisationen beispielsweise ein Sterilisationsgesetz.⁹⁴⁶ Ende Januar 1933 veranstaltete der DÄVB sodann in den *Ärztlichen Mitteilungen* ein Preisausschreiben mit der Aufgabe, „[a]uf welchem Wege [...] sich praktizierende Ärzte an erbbiologischer und eugenischer Forschung oder Materialbeschaffung beteiligen“ könnten.⁹⁴⁷

Georg Schneider war in die Organisation des Preisausschreibens fest involviert. Nur weil er die Eugenik grundsätzlich befürwortete, heißt das aber nicht, dass er ein Vertreter der rassenpolitischen Vorstellungen der Nationalsozialisten war. Er schloss sich auch nicht der NSDAP oder einer ihrer Gliederungen an.⁹⁴⁸ Hinsichtlich des Ausschaltens missliebiger Kollegen verhielt er sich ablehnend. In einem Schreiben vom 25. Mai 1933 äußerte er gegenüber Alfons Stauder sein Bedauern über die „vielen Menschen, deren Existenz heute vernichtet wird, die man ins Gefängnis wirft“.⁹⁴⁹ Anfangs hatte Schneider aber nicht den Eindruck, dass eine

⁹⁴⁴ Vgl. ebd., S. 529f. §§ 2-6, 11.

⁹⁴⁵ Siehe Heinrich Schopohl (Hrsg.), *Die Eugenik im Dienste der Volkswohlfahrt. Bericht über die Verhandlungen eines Zusammengesetzten Ausschusses des Preußischen Landesgesundheitsrats vom 2. Juli 1932* (= Veröffentlichungen aus dem Gebiete der Medizinalverwaltung, Bd. 38, H. 5), Berlin 1932. Vgl. auch Alfons Labisch/Florian Tennstedt, *Gesundheitsamt oder Amt für Volksgesundheit? Zur Entwicklung des öffentlichen Gesundheitswesens seit 1933*, in: Norbert Frei (Hrsg.), *Medizin und Gesundheitspolitik in der NS-Zeit* (= Schriftenreihe der Vierteljahreshefte für Zeitgeschichte, Sondernr.), München 1991, S. 35-66, hier S. 42.

⁹⁴⁶ Vgl. Schwach, *Ärztliche Standespolitik*, S. 100.

⁹⁴⁷ Zitiert nach ebd., S. 97.

⁹⁴⁸ Vgl. BLHA, Rep. 72 Ärztekammer für die Provinz Brandenburg Nr. 3054, o. Bl.: Fragebogen Georg Schneiders zur erstmaligen Meldung bei der Reichsärztekammer – Ärztekammer Brandenburg vom 6. Mai 1936.

⁹⁴⁹ IGEM, Nachlass Heinz Goerke, Ordner Dr. Georg Schneider (1875-1949) div. Mat., o. Bl.: Schreiben Georg Schneiders an Alfons Stauder vom 25. Mai 1933.

„gehässige Judenverfolgung“ vorgesehen sei, wie er rückblickend in einer handschriftlichen Notiz festhielt.⁹⁵⁰ Über die nationalsozialistische Ideologie sind keine weiteren umfanglichen Äußerungen Schneiders erhalten. Jedoch kritisierte er wiederholt den autoritären Führungsstil und das eigenmächtige Handeln der nationalsozialistischen Ärztevertreter in seinem Umkreis. Dies führte zu starken persönlichen Differenzen und war letztendlich auch der Hauptgrund für Schneiders kompletten Rückzug aus der Standespolitik im Jahr 1934.

5.3 Georg Schneiders Verzicht auf alle standespolitischen Ämter unter Bewahrung seiner Stiftung

Bereits in den letzten Jahren der Weimarer Republik hatte sich Georg Schneider wiederholt abwertend über die nationalsozialistischen Standesvertreter geäußert, da sie Unruhe und Missstimmung verbreitet hätten. Dabei übte er keine scharfe Kritik an deren Weltanschauung an sich. Missmutig äußerte er sich, wenn die politischen Anschauungen den Zusammenhalt im Ärztestand gefährdeten, wie etwa bei der Ärztekammerwahl im November 1931 oder dem Antrag der nationalsozialistischen Delegierten auf Freistellung Max Landsbergs als Geschäftsführer der Ärztekammer im Februar 1932. Schneider bedauerte auch sehr das fehlende Vertrauen in die Vorstände der ärztlichen Spitzenorganisationen, das sich beispielsweise in der „widerwärtige[n] Schnüffelei in der Gehaltsfrage“ geäußert hätte.⁹⁵¹ Die sich schnell wandelnden Verhältnisse nach der Machtübernahme der Nationalsozialisten mit der Gleichschaltung und beginnenden Ausschaltung jüdischer und politisch missliebiger Ärzte führten jedoch nicht zu einem sofortigen Rückzug Schneiders aus der Standespolitik. Noch bis Jahresende 1933 blieb er Vorsitzender der Ärztekammer Brandenburg-Grenzmark und bis zur Jahreshälfte 1934 in seinen Ämtern als Geschäftsführer und zweiter Vorsitzender des DÄVB. Etwas Anpassungsversuche oder eine gewisse Gleichgültigkeit sind bei ihm dabei nicht erkennbar; vielmehr ein leises, aber dauerhaftes Opponieren, verbunden mit sich zunehmend verstärkenden Rücktrittsgedanken.

Nachdem Gerhard Wagner am 24. März die kommissarische Leitung der ärztlichen Spitzenorganisationen übernommen hatte, bekam Schneider noch am Ende des Monats im Rahmen seiner geschäftsführenden Tätigkeit die Folgen des nationalsozialistischen Machtwechsels zu

⁹⁵⁰ Zitiert nach Goerke, Heilkunde, S. 175. Die 1937 verfasste Notiz, Schneiders Niederschrift über den Empfang der ärztlichen Spitzenpolitiker durch Adolf Hitler in der Reichskanzlei am 5. April 1933, ist nicht erhalten geblieben.

⁹⁵¹ IGEM, Nachlass Heinz Goerke, Ordner Dr. Georg Schneider (1875-1949) div. Mat., o. Bl.: Notiz Georg Schneiders, undatiert.

spüren. Wagner wies Gustav Schömig, Kommissar des ärztlichen Landesverbandes Bayern, die Kontrolle über den DÄVB zu. Er sollte insbesondere, genauso wie Hans Deuschl beim Hartmannbund, anhand der Geschäftsbücher mögliche Kostenersparnisse ausfindig machen.⁹⁵² Letzterer Auftrag stellte einen enormen Eingriff in Schneiders Arbeit dar und zeugte vom Misstrauen Wagners in die alte Standesführung. Schneider aber sei sich bewusst gewesen, „absolute Sauberkeit u. Ordnung in seinem Betrieb nachweisen zu können“.⁹⁵³

Das Nebeneinander der verbliebenen Standesvertreter auf der einen und Gerhard Wagners sowie seiner Beauftragten auf der anderen Seite konnte nicht funktionieren.⁹⁵⁴ Dies belegen auch Schneiders Schilderungen über die interne Entwicklung im DÄVB. In einem Brief an Alfons Stauder vom 25. Mai 1933, den Schneider streng vertraulich behandelte und mit zwei Siegelmarken verschloss,⁹⁵⁵ berichtete er von einem Zusammentreffen mit Gerhard Wagner, Hans Deuschl, Gustav Schömig, Franz Reichert und Karl Haedenkamp am Vortag in Berlin. In dem eingehenden Gespräch habe sich Schneider, wie er selbst betonte, „in vollster Offenheit u. ohne jede Zurückhaltung geäußert“. Zunächst habe er den autoritären Stil Wagners und seiner Funktionäre beklagt, der fern von jeglicher Kollegialität gewesen sei. Schneider „sei an diese Tonart, die vielleicht in der Partei üblich sei u. ihren Mitgliedern als gebräuchliche Umgangsform erscheine, nicht gewöhnt“. Als ihm Reichert entgegnet habe, „daß man mit dieser autoritären Einstellung weiter käme“ und man sehe, „wie die Kollegen kuschten“, habe Schneider erwidert, dass diese geheuchelte Ergebenheit nicht beweise, dass der Führungsstil der richtige sei. Für ihn sei ein System, bei dem „man den Ärzten einfach seine Befehle aufzwingen“ kann, nicht tragbar. Genau mit dieser Methode aber agierte Wagner als Reichsärztekommis­sar gegenüber den degradierten Vorständen der ärztlichen Spitzenverbände. Schneider habe sich in der Unterredung unzufrieden über diese bewusst provozierte Entwürdigung und das eigenmächtige Handeln der nationalsozialistischen Standesführer unter Wagners Regie erklärt. Der hingegen habe bestritten, in die Geschäftsführung der Organisationen eingegriffen zu haben – eine Farce, denkt man nur an den Einsatz von Schömig und Deuschl als Kontrolleure des DÄVB und des Hartmannbundes.

Im Gespräch habe Schneider zudem offengelegt, dass er den ihm widerfahrenden Umgang nicht mit seiner „Selbstachtung in Einklang bringen“ könne. Dennoch hielt er einen Rücktritt

⁹⁵² Vgl. Schwach, *Ärztliche Standespolitik*, S. 101. Gustav Schömig wurde zudem zum Beauftragten Wagners für die ärztlichen Spitzenverbände ernannt, am 6. Juli 1933 aber von Paul Sperling abgelöst.

⁹⁵³ IGEM, Nachlass Heinz Goerke, Ordner Dr. Georg Schneider (1875-1949) div. Mat., o. Bl.: Schreiben Georg Schneiders an Alfons Stauder vom 25. Mai 1933.

⁹⁵⁴ Vgl. Jachertz, *NS-Machtergreifung*, S. A 623.

⁹⁵⁵ Dies geht aus dem Antwortschreiben Stauders hervor, vgl. IGEM, Nachlass Heinz Goerke, Ordner Dr. Georg Schneider (1875-1949) div. Mat., o. Bl.: Schreiben Alfons Stauders an Georg Schneider vom 27. Mai 1933, S. 1.

von den Ämtern für sich und auch für Stauder zu diesem Zeitpunkt für ein falsches Zeichen, denn dadurch könne öffentlich der Eindruck erweckt werden, dass sie „nicht auf dem Boden der Regierung“ stehen oder aus anderen Gründen zurücktreten.⁹⁵⁶

Auffällig ist eine gewisse Ambivalenz in Schneiders Ausführungen. Einerseits kritisierte er äußerst scharf den Führungsstil der NSDAP-Funktionäre, andererseits wollte er sich treu gegenüber der politischen Führung zeigen und versicherte seine „nationale Gesinnung“. Er formulierte gegenüber Stauder sogar seine Hoffnung, „daß die Partei ihrem Führer in Zukunft besser gehorcht u. seine Gedanken in Wirklichkeit umsetzt“.⁹⁵⁷ Aus dieser Erklärung ist allerdings keine grundsätzliche Einstellung Schneiders gegenüber dem neuen System abzuleiten. Im Gegensatz zu Schneider war Stauders Ausscheiden als Vorsitzender der ärztlichen Spitzenverbände im Mai 1933 bereits beschlossene Sache,⁹⁵⁸ allein die Frage nach dem Wie war noch nicht geklärt. Aus der Korrespondenz der beiden geht hervor, dass Schneider und Stauder auf eine ordnungsgemäße Übergabe des Amtes des Vorsitzenden gemäß den Statuten des DÄVB drängten. Demnach sollte Stauder auf eine Wiederwahl verzichten und Wagner vom Geschäftsausschuss zum neuen Vorsitzenden gewählt werden.⁹⁵⁹ Rebecca Schwoch zufolge hatte der erweiterte Vorstand von DÄVB und Hartmannbund bereits in einer Sitzung am 2. April 1933 „die Übernahme der Führung durch Wagner satzungsgemäß durch eine Abstimmung“ legitimiert.⁹⁶⁰ Schneider stellte in seinem Schreiben an Stauder vom 25. Mai 1933 jedoch klar, dass der Vorstand vor dem Gesetz und der Satzung zu diesem Zeitpunkt noch immer für alle Vorkommnisse haftbar war, da man „seine Entscheidungsfreiheit nicht nachweislich gewaltsam aufgehoben“ hatte. Zudem erwähnte er die geplante Einberufung des DÄVB-Geschäftsausschusses für einen Wahlakt.⁹⁶¹ Seinen Rücktritt gab Stauder offiziell am 7. Juni 1933 bekannt. Es war seine Art von „Protest gegen die gewaltsamen Eingriffe in die Geschäftsführung“ der Ärzteorganisationen.⁹⁶² Vor dem DÄVB-Vorstand begründete er seinen Rückzug damit, dass er „die Situation für den Vorstand, der nicht einfach nachträglich Beschlüssen zustimmen könne, an deren Zustandekommen er nicht mitgewirkt habe, für unerträglich“ hielt.⁹⁶³ Insbesondere beanstandete Stauder das eigenmächtige Eingreifen Wagners

⁹⁵⁶ Ebd., o. Bl.: Schreiben Georg Schneiders an Alfons Stauder vom 25. Mai 1933.

⁹⁵⁷ Ebd.

⁹⁵⁸ Stauder hatte sogar schon einen Brief vorbereitet, in dem er seinen Verzicht auf das Amt des Vorsitzenden begründete; vgl. ebd., o. Bl.: Schreiben Alfons Stauders an Georg Schneider vom 27. Mai 1933, S. 1f.

⁹⁵⁹ Vgl. ebd., S. 1.

⁹⁶⁰ Schwoch, *Ärztliche Standespolitik*, S. 100.

⁹⁶¹ IGEM, Nachlass Heinz Goerke, Ordner Dr. Georg Schneider (1875-1949) div. Mat., o. Bl.: Schreiben Georg Schneiders an Alfons Stauder vom 25. Mai 1933. Vgl. auch Jachertz, *NS-Machtergreifung*, S. A 623.

⁹⁶² Goerke, *Heilkunde*, S. 96.

⁹⁶³ Zitiert nach Rütter, *Ärztliches Standeswesen*, S. 146.

in das Vermögen des Verbandes,⁹⁶⁴ so wie es beim Sonderkonto des DÄVB der Fall war. Obgleich dieser offenen Kritik an Wagner schlug Stauder ihn als Nachfolger vor – nicht aus Überzeugung, sondern gezwungenermaßen. Die für den 15. Juni 1933 vorgesehene Wahl Wagners zum neuen Vorsitzenden wurde laut Stauder auf Einspruch Wagners übergangen, „weil eine Einberufung des Geschäftsausschusses [...] zu teuer“ gekommen wäre. Stauders Rücktritt erfolgte damit „ohne äußere Form“, Wagner übernahm den Vorsitz des DÄVB und des Hartmannbundes.⁹⁶⁵

Eine Würdigung der Verdienste Alfons Stauders seitens des DÄVB fand fast schon im Geheimen statt. Im Oktober übersandte ihm Schneider eine vom engeren Vorstand und Geschäftsausschuss unterzeichnete Urkunde zur „höchsten Ehrenbezeugung“, mit der Stauder zum Ehrenvorsitzenden des Verbandes ernannt wurde. Schneider wollte die Ernennung eigentlich in einem festlichen Rahmen stattfinden lassen und im Ärzteblatt erwähnen. Daran hatte der ohnehin gesundheitlich angeschlagene Stauder angesichts der Umstände seines Rücktritts keinerlei Interesse, denn, so äußerte er sich, Wagner und viele Kollegen stünden ihm noch immer ablehnend gegenüber.⁹⁶⁶ Mit seinem und Schneiders langjährigen Wirken in den ärztlichen Spitzenorganisationen zeigte sich Stauder dennoch zufrieden: „Ob eine kommende Zeit uns lobt oder tadelt, muss Dich und mich völlig gleichgültig lassen; das Bewusstsein, ehrlich die Pflicht getan zu haben, steht höher als äusseres Lob und Anerkennung.“⁹⁶⁷ Die Zusammenarbeit mit Schneider wäre „zu einer ehrlichen Freundschaft gewachsen“ und Schneider hätte ihm gegenüber „Treue, Hingabe und Opferfähigkeit“ bewiesen.⁹⁶⁸ Zuletzt unterstützte ihn Schneider beim Aushandeln einer Art Abfindung für seinen Rücktritt aus den ärztlichen Spitzenverbänden.⁹⁶⁹

⁹⁶⁴ Vgl. Knüpling, Untersuchungen, S. 43.

⁹⁶⁵ IGEM, Nachlass Heinz Goerke, Ordner Dr. Georg Schneider (1875-1949) div. Mat., o. Bl.: Schreiben Georg Schneiders an Alfons Stauder vom 25. Mai 1933. Vgl. auch ebd., o. Bl.: Schreiben Alfons Stauders an Georg Schneider vom 13. Juni 1933, S. 1. Lilienthal, Der Nationalsozialistische Deutsche Ärztebund, S. 114, gibt dagegen an, dass sich Wagner zum Vorsitzenden der ärztlichen Spitzenverbände hat wählen lassen. Nach seinem Rücktritt war Stauder noch weiterhin im Reichsführerrat der deutschen Ärzteschaft vertreten, in den ihn Wagner am 4. Juni 1933 berufen hatte. Dort war er mit der Neuorganisation einer geplanten Zentralversorgungskasse der deutschen Ärzteschaft beauftragt. Vgl. IGEM, Nachlass Heinz Goerke, Ordner Dr. Georg Schneider (1875-1949) div. Mat., o. Bl.: Schreiben Alfons Stauders an Georg Schneider vom 5. Oktober 1933; Schwoch, Ärztliche Standespolitik, S. 102.

⁹⁶⁶ IGEM, Nachlass Heinz Goerke, Ordner Dr. Georg Schneider (1875-1949) div. Mat., o. Bl.: Schreiben Alfons Stauders an Georg Schneider vom 22. September 1933. Vgl. auch ebd., o. Bl.: Schreiben Georg Schneiders an Alfons Stauder vom 28. September 1933; Schreiben Alfons Stauders an Georg Schneider vom 5. Oktober 1933.

⁹⁶⁷ IGEM, Nachlass Heinz Goerke, Ordner Dr. Georg Schneider (1875-1949) div. Mat., o. Bl.: Schreiben Alfons Stauders an Georg Schneider vom 13. Juni 1933, S. 1.

⁹⁶⁸ Ebd., S. 2.

⁹⁶⁹ Vgl. ebd., o. Bl.: Schreiben Georg Schneiders an Alfons Stauder vom 25. Mai 1933.

Auch gegenüber anderen Kollegen und Mitarbeitern, die unter dem Druck der nationalsozialistischen Standesvertreter zu ihrem Ausscheiden gezwungen wurden, behauptete Schneider seine Hilfsbereitschaft. So war es bei Max Landsberg und Siegmund Vollmann gewesen, die als Juden aus ihren Ämtern verdrängt worden waren, und ebenso bei Paul Streffer, Curt Walder und einigen Angestellten im Verlag des DÄVB, die mitunter sogar Hausverbot erhielten. In gegebenen Fällen sprach sich Schneider, ähnlich wie bei Stauder, für eine großzügige Pensionierung der Betroffenen aus.⁹⁷⁰

Stauders Rücktritt machte die standespolitische Arbeit für Schneider sicherlich nicht leichter, verlor er doch seinen engsten Vertrauten. Dennoch waren seine Rücktrittsgedanken im Juni 1933 noch nicht ausgeprägt genug, um sie zu verwirklichen. Stauder ging davon aus, dass Schneider auch unter der neuen Leitung weiterhin tätig sein werde, und glaubte nicht, dass man ihm zum Ausscheiden bewegen werde.⁹⁷¹ Gleichwohl nahmen die Fremdkontrolle und Beschuldigungen gegenüber Schneider in den kommenden Wochen zu. Speziell die Frage, wie mit Schneiders Dienstwagen verfahren wird, für dessen Unterhaltung und Amortisation bis dahin der DÄVB aufkam, wurde zu einer andauernden Belastung. Wagner bzw. seine Beauftragten stellten die finanzielle Unterstützung aus Kostengründen zur Debatte. Daraufhin erklärte sich Schneider bereit, einen monatlichen Zuschuss von 300 Mark zu leisten. Er dachte sogar daran, den Wagen der Ärztekammer zu stiften, unter der Haltung: „je kleinlicher die Kollegen sind, desto großzügiger werde ich selbst sein“.⁹⁷² Nach mehreren Auseinandersetzungen wurde Schneider der Wagen schließlich abgesprochen und im Dezember 1933 vom Verband übernommen.⁹⁷³

Nicht nur bei solch spezifischen Angelegenheiten, sondern grundsätzlich fand Schneider unter den im Amt verbliebenen Kollegen immer weniger Rückhalt. Im September 1933 urteilte er gegenüber Stauder, dass die Mitglieder des Geschäftsausschusses „politisch sich als wandlungsfähig erwiesen“ hätten. Zugleich zweifelte er am eigenen standespolitischen Fortwirken, indem er darlegte, dass er nicht wisse, wie lange er noch im Amte sei. Sobald er die Gelegenheit habe, Wagner zu sehen, werde er „die Forderung an ihn stellen, den Beauftragten [gemeint ist entweder Gustav Schömig oder Paul Sperling, d. Vf.] endgültig zurückzuziehen und ihm in jeder Woche direkt Bericht erstatten zu können“. Von dem Ergebnis des Gesprächs wollte Schneider seine „weitere Entscheidung abhängig machen“.⁹⁷⁴ Im Oktober 1933 zog er

⁹⁷⁰ Vgl. ebd.

⁹⁷¹ Vgl. ebd., o. Bl.: Schreiben Alfons Stauders an Georg Schneider vom 13. Juni 1933, S. 2.

⁹⁷² Ebd., o. Bl.: Schreiben Georg Schneiders an Alfons Stauder vom 25. Mai 1933.

⁹⁷³ Vgl. ebd., o. Bl.: Schreiben Fritz Eichelbergs an Georg Schneider vom 23. Dezember 1933.

⁹⁷⁴ Ebd., o. Bl.: Schreiben Georg Schneiders an Alfons Stauder vom 28. September 1933.

die Konsequenzen aus der für ihn unannehmbaren Situation im DÄVB. Er teilte Wagner seine Rücktrittsabsichten mit und erkundigte sich über eine mögliche Pensionierung. Schneider konnte die Entwicklungen der ärztlichen Verhältnisse in grundsätzlichen Fragen nicht mehr mit seinen Anschauungen und Lebenserfahrungen in Übereinstimmung bringen.⁹⁷⁵

In den kommenden Wochen verschlechterte sich Schneiders Gesundheitszustand zunehmend. Zu einer Herzkrankheit, an der er litt, kam die enorme seelische Belastung durch die Geschehnisse im Ärztestand seit der Gleichschaltung. Umso mehr pflichteten ihm seine vertrauten Standesgenossen hinsichtlich seiner Rücktrittsentscheidung bei, auch wenn sie für Stauder „ein tief bewegendes Ereignis“ war.⁹⁷⁶ Fritz Eichelberg, ebenfalls ein altbewährtes Vorstandsmitglied beider ärztlicher Spitzenverbände und Vorsitzender des Verbandes der Heilanstaltsbesitzer,⁹⁷⁷ sah zu Schneiders Entschluss keine Alternative: „Wie die Verhältnisse einmal liegen, ist es m.E. für Sie unmöglich, in Ihrer jetzigen Stellung zu bleiben.“ Auch wenn es Schneider sicherlich schwerfalle, im noch recht jungen Alter sein Lebenswerk beenden zu müssen, riet er ihm am 10. November 1933 zur baldmöglichen Abgabe der Geschäftsleitung, um weitere Kränkungen und Aufregungen zu vermeiden. Mit einer Besserung der Lage könne man nicht mehr rechnen, zumal die neuen Verantwortlichen keinen Wert auf den Rat der Erfahrenen legen würden. Aus diesem Grund wollte auch Eichelberg selbst seine Ämter abgeben. Er gab sich zuversichtlich, dass die deutsche Ärzteschaft Schneiders „Verdienste nicht vergessen wird und in der allergrößten Mehrheit innerlich bedauert“, dass er zu seinem „jetzigen Schritt gezwungen ist“.⁹⁷⁸

Dennoch blieb Schneider weiterhin im Amt, um die Umstrukturierung der ärztlichen Berufsverwaltung abzuwarten, bis „endgültig Klarheit geschaffen wird“. Er hielt es für vorteilhaft, wenn bei der sich andeutenden Auflösung der bestehenden Organisationen aufgrund der Einrichtung einer Reichsärztekammer „noch Leute da sind, die dabei mitwirken können“.⁹⁷⁹ Er wollte dem Ärztestand also solange seine Dienste erweisen, bis die Überleitung der alten in

⁹⁷⁵ Vgl. ebd., o. Bl.: Schreiben Alfons Stauders an Georg Schneider, undatiert; Schreiben Georg Schneiders an Fritz Lejeune vom 12. August 1940; Goerke, Heilkunde, S. 176.

⁹⁷⁶ IGEM, Nachlass Heinz Goerke, Ordner Dr. Georg Schneider (1875-1949) div. Mat., o. Bl.: Schreiben Alfons Stauders an Georg Schneider, undatiert. Vgl. auch ebd., o. Bl.: Schreiben Alfons Stauders an Georg Schneider vom 11. Dezember 1933.

⁹⁷⁷ Zu Fritz Eichelberg (1881-1935) siehe Alma Kreuter, Deutschsprachige Neurologen und Psychiater. Ein biographisch-bibliographisches Lexikon von den Vorläufern bis zur Mitte des 20. Jahrhunderts, Bd. 1: Abelsdorff – Gutzmann, München/New Providence/London/Paris 1996, S. 282.

⁹⁷⁸ IGEM, Nachlass Heinz Goerke, Ordner Dr. Georg Schneider (1875-1949) div. Mat., o. Bl.: Schreiben Fritz Eichelbergs an Georg Schneider vom 10. November 1933. Vgl. auch ebd., o. Bl.: Schreiben Georg Schneiders an Fritz Eichelberg vom 29. November 1933, S. 1.

⁹⁷⁹ Ebd., o. Bl.: Schreiben Georg Schneiders an Fritz Eichelberg vom 29. November 1933, S. 1.

die neuen Institutionen formal abgeschlossen war, und hoffte womöglich, dabei doch noch Einfluss ausüben zu können.

Zum 1. Januar 1934 schied Schneider sodann aus der Ärztekammer Brandenburg aus. Wie er es selbst beschrieb, wurden bei den preußischen Kammern von nun an „die Vorsitzenden vom Oberpräsidenten in Einvernehmen mit den Nationalsozialisten ernannt“.⁹⁸⁰ Dabei fand der an seinen liberal-demokratischen Prinzipien festhaltende Schneider keine Berücksichtigung. Obwohl er sich nach dem Tag gesehnt habe, der ihn endgültig „aus der dienstlichen Verbindung mit den neuen Herren [Wagner etc.] befreit“, wie er August de Bary⁹⁸¹, dem Vorsitzenden der Ärztekammer für die Provinz Hessen-Nassau und Vertreter im DÄVB-Geschäftsausschuss, im Januar 1934 offenbarte,⁹⁸² war er offiziell noch bis Mitte des Jahres in der Geschäftsführung des DÄVB tätig. Am 30. Juni gab das *Deutsche Ärzteblatt* Schneiders Rücktritt offiziell bekannt: „Mit dem 1. Juli 1934 scheidet Herr Dr. Georg Schneider, Potsdam, aus seiner Stellung als zweiter Vorsitzender und Generalsekretär des Deutschen Ärztevereinsbundes aus und zwar auf seinen eigenen Wunsch. Herr Dr. Schneider hat seine Tätigkeit auf den besonderen Wunsch des Reichsärztesführers Dr. Wagner bis zum 1. Juli 1934 fortgeführt, weil damit gerechnet werden konnte, daß etwa um die gleiche Zeit die Reichsärztekammer begründet und damit gleichzeitig der Deutsche Ärztevereinsbund aufgelöst werden würde. Dr. Schneider ist aus seiner Tätigkeit ausgeschieden, weil er glaubte, manche grundsätzliche Auffassung preisgeben zu müssen, die er sich in seiner langjährigen standes- und berufspolitischen Arbeit gebildet hatte. Seine Beweggründe verdienen deshalb Achtung und sind vom Reichsärztesführer Dr. Wagner auch entsprechend gewürdigt worden. Herr Dr. Schneider hat es der Schriftleitung durch seinen ausdrücklichen Widerspruch leider unmöglich gemacht die Verdienste zu würdigen, die er sich in der Vergangenheit um die deutsche Ärzteschaft und um den Deutschen Ärztevereinsbund erworben hat. Dem dringenden Ersuchen Schneiders hat sich die Schriftleitung fügen müssen, sie glaubt aber, daß die Verdienste Schneiders in der gesamten Ärzteschaft auch ohnedies so bekannt sind und so gewürdigt werden, daß ihm die deutschen Ärzte ein dankbares Andenken bewahren werden.“⁹⁸³

⁹⁸⁰ Ebd., o. Bl.: Einschreiben Georg Schneiders an August de Bary vom 15. Dezember 1933.

⁹⁸¹ Zu August de Bary (1874-1954) siehe beispielsweise Hafenecker/Velke/Frings, *Geschichte*, S. 426. Auch de Bary beabsichtigte einen zeitnahen Rücktritt aus der Standespolitik; vgl. IGEM, Nachlass Heinz Goerke, Ordner Dr. Georg Schneider (1875-1949) div. Mat., o. Bl.: Einschreiben August de Barys an Georg Schneider vom 12. Dezember 1933.

⁹⁸² IGEM, Nachlass Heinz Goerke, Ordner Dr. Georg Schneider (1875-1949) div. Mat., o. Bl.: Schreiben August de Barys an Georg Schneider vom 29. Januar 1933. In diesem Schreiben paraphrasierte de Bary einen Brief Schneiders, in dem letzterer seinen Rücktrittswunsch untermauerte.

⁹⁸³ Die Schriftleitung, in: DÄ, H. 26 vom 30. Juni 1934, S. 673.

Letztendlich war Schneiders Ausscheiden von seinen Ämtern völlig konsequent. Wer wie er „als Interessenvertreter der Ärzteschaft über mehr als zwei Jahrzehnte nach den Regeln demokratischen Vereinsrechts und in kollegialer Korrektheit tätig gewesen war, dem musste der Stil der Vertreter des NS-Ärztebundes, das von ihnen vertretene Führerprinzip, das Vorgehen gegen jüdische Kollegen und die allein ideologisch geprägten gesundheitspolitischen Maßnahmen, aber auch das immer wieder rabaukenhafte Auftreten von Repräsentanten der neuen politischen Organisationen zuwider sein“⁹⁸⁴, urteilt Heinz Goerke zutreffend. Dabei wird deutlich, dass es keinen bestimmten Auslöser für Schneiders Rücktritt gab. Vielmehr lassen sich hierfür mehrere Gründe ausmachen, die im Zusammenspiel eine Erklärung ergeben: Zum einen die Entmachtung und Kontrolle von Vorständen und Geschäftsführungen der bewährten Organisationen der ärztlichen Selbstverwaltung, deren Gleichschaltung und Umstrukturierung sowie die eigenmächtigen Eingriffe Wagners in die Finanzen des DÄVB, insbesondere des Sonderkontos, oder die Amtsabgabe Alfons Stauders, Schneiders engsten Vertrauten; zum anderen Schneiders grundsätzliche Ablehnung des autoritären Führungsstils. Ebenso trug das angespannte Verhältnis zu Wagner und seinen Beauftragten zum Rückzug bei. Gerade diese zwischenmenschlichen Konflikte waren immer wieder mit Rückschlägen für Schneider verbunden. Inwieweit die Ideologie der Nationalsozialisten, die rassistische Bevölkerungs- und Gesundheitspolitik und die Vertreibung der Juden aus der Ärzteschaft eine Rolle bei seinem Entschluss gespielt haben, wird aus den Quellen nicht ersichtlich.

Schneiders intern gegenüber den nationalsozialistischen Standeskollegen geäußerten Missmut oder seinen Unwillen, weiter in der Berufspolitik tätig zu sein, als Widerstand zu bewerten, würde wohl zu weit führen – wobei der Begriff Widerstand im ‚Dritten Reich‘, speziell mit Blick auf die Ärzteschaft, schwierig zu definieren ist und in der Forschungsliteratur für gewöhnlich nur anhand seiner verschiedenen Ausformungen erklärt wird. Sicherlich ließe sich Schneiders Verhalten in eine konstruierte Widerstands-Kategorie einordnen. Fridolf Kudlien sprach beim Gesundheitstag 1980, der ersten öffentlichkeitswirksamen Auseinandersetzung der Mediziner mit ihrer NS-Vergangenheit, vom partiellen bzw. punktuellen Widerstand. Dieser umfasse alle „Ärzte, die Kritik an Einzellern übten, ohne damit gegen das System zu sein“, gewisse Aspekte sogar befürworteten.⁹⁸⁵ Als klassisches Beispiel nannte er Ferdinand

⁹⁸⁴ Ebd., S. 175.

⁹⁸⁵ Fridolf Kudlien, Widerstand deutscher Ärzte gegen das Dritte Reich, in: Gerhard Baader/Ulrich Schultz (Hrsg.), Medizin und Nationalsozialismus. Tabuisierte Vergangenheit – Ungebrochene Tradition? Dokumentation des Gesundheitstages Berlin 1980, 4. Aufl., Frankfurt am Main 1989, S. 212-218, hier S. 213. Im Kapitel Ärzte als Helfer von Verfolgten, Kritiker von NS-Maßnahmen, Gegner des Dritten Reichs, in: ders. unter Mitarb. von Gerhard Baader u.a., Ärzte im Nationalsozialismus, Köln 1985, S. 209-245, hier S. 215-219, bezeichnet Kudlien diese Form des Opponierens nicht mehr als Widerstand, sondern als punktuelle Kritik. Nachfolgend vgl.

Sauerbruch, den vielleicht bedeutendsten Chirurgen aus der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts. Dieser bezog zwar mehrfach öffentlich Stellung gegen die staatlichen Eingriffe in die medizinische Wissenschaft und protestierte gegen ‚Euthanasie‘-Aktionen, doch bejahte er den ‚revolutionären‘ Gedanken des Nationalsozialismus und beteiligte sich bereitwillig an der nationalsozialistischen Gesundheitsforschung, ab 1937 sogar als Mitglied des Reichsforschungsrats.⁹⁸⁶ Auch Schneider stand der ‚nationalen Bewegung‘ zunächst erwartungsvoll gegenüber und war noch über ein Jahr lang in den gleichgeschalteten Berufsorganisationen vertreten, kritisierte allerdings die NSDÄB-Funktionäre und die Ausschaltung missliebiger Kollegen. Doch seine Kritik galt nicht grundsätzlich der Regierung oder ideologischen Vorstellungen, sondern einzelnen Akteuren und Maßnahmen. Sein Opponieren hatte keine politischen, sondern berufsethische Gründe, sein Rücktritt war zwar eine Art Verweigerung, weiter unter der neuen Ordnung mitzuwirken, aber auch eine gewisse Resignation. Schneider sollte also nicht als Widerstandskämpfer heroisiert werden, nur weil er sich nicht vollständig in das System einordnete. Sein offenes Auflehnen gegen die NS-Ärztelfunktionäre ist dennoch bemerkenswert.

Die Zeit nach dem Ausscheiden aus seinen Ämtern war für Schneider bestimmt von den ihn belastenden gesundheitlichen Beschwerden und den Differenzen mit den nationalsozialistischen Ärzteführern, aber vor allem von der Pflege seiner Stiftung. Als ihn der Breslauer Arzt und Universitätslehrer Friedrich Strecker⁹⁸⁷ im Juli 1934 bat, an einem Handbuch der Medizin für den Allgemeinpraktiker mitzuwirken,⁹⁸⁸ lehnte Schneider mit folgender Begründung ab: „Infolge jahrzehntelanger Überlastung und der starken seelischen Anforderungen, die das verflossene Jahr an mich stellte, ist mein Gesundheitszustand zur Zeit unbefriedigend. Ich will in nächster Zeit wegen meiner Herzdilatation eine Kur in Oeynhausen gebrauchen und bin vorläufig noch auf lange Monate zu Unthätigkeit gezwungen.“⁹⁸⁹ Auch in den kommenden Jahren unternahm Schneider mit seiner Frau immer wieder mehrwöchige Erholungsreisen. Im September 1934 war er beispielsweise in Bansin, im August 1936 in Binz. Von April bis September 1941 korrespondierte Schneider aus Ischl, im Mai 1942 hielt er sich in Bad Liebenstein

ebenso und siehe ausführlich Kater, *Ärzte als Hitlers Helfer*, S. 134-149; ders., *Ärzte und Politik*, S. 42f.

⁹⁸⁶ Zu Ferdinand Sauerbruch (1875-1951) siehe z. B. die jüngst erschienene Biographie von Wolfgang U. Eckart, *Ferdinand Sauerbruch – Meisterchirurg im politischen Sturm. Eine kompakte Biographie für Ärzte und Patienten (= essentials)*, Wiesbaden 2016.

⁹⁸⁷ Zu Friedrich Strecker (1879-1959) siehe beispielsweise Marianne Pfeiffer, *Biographie und wissenschaftliches Werk der Ordinarien am Anatomischen Institut zu Rostock von 1921 bis zur Gegenwart*, Diss., Rostock 1969, S. 41-51.

⁹⁸⁸ Vgl. IGEM, *Nachlass Heinz Goerke, Ordner Dr. Georg Schneider (1875-1949) div. Mat.*, o. Bl.: Schreiben Friedrich Streckers an Georg Schneider vom 20. Juli 1934.

⁹⁸⁹ Ebd., o. Bl.: Schreiben Georg Schneiders an Friedrich Strecker vom 21. Juli 1934.

auf.⁹⁹⁰ Auf die Ausübung einer Tätigkeit in der ärztlichen Praxis bzw. in der medizinischen Wissenschaft verzichtete er folglich auch weiterhin.⁹⁹¹ Gemäß der Reichsärzteordnung musste Schneider 1936 diesbezüglich sogar eine ausdrückliche Verzichtserklärung bei der Ärztekammer Brandenburg abgeben.⁹⁹² Dies hatte zur Folge, dass er zwar offiziell seine Bezeichnung als Arzt behielt, aber „de facto sämtliche durch die Bestallung erworbene[n] Rechte“ verlor. Eine Wiederaufnahme der Berufstätigkeit war nur mit besonderer Genehmigung der Reichsärztekammer möglich.⁹⁹³

Regelungen wie solche erzürnten Schneider und sorgten neben anderen Streitpunkten auch nach seinem Rücktritt für ein anhaltend angespanntes Verhältnis zu den agierenden nationalsozialistischen Berufsvertretern. Im September 1934 etwa übte Gerhard Wagner in einem Brief an Schneider Kritik, da sich herausstellt hatte, dass unter den Preisträgern für das DÄVB-Preisausschreiben vom Januar 1933 auch ein Jude vertreten war. Wagner fragte nach, ob Schneider als Verantwortlicher „seinerzeit sich nach den Preisträgern, insbesondere ihrer arischen Abstammung, erkundigt“ habe.⁹⁹⁴ Dem entgegnete Schneider, dass das vom Geschäftsausschuss veranstaltete Preisausschreiben allen Ärzten freigestanden habe und nicht „auf den Kreis der arischen Kollegen beschränkt“ gewesen wäre. Die Beurteilung der eingesandten Aufsätze habe sodann einem Preisrichterkollegium obliegen, dem auch ein nicht namentlich erwähnter Vertrauensmann Wagners beigeesessen habe. Wagner wäre es vorbehalten gewesen, sich selbst Auskünfte über die in Frage kommenden Preisträger einzuholen und gegebenenfalls sein Veto einzulegen.⁹⁹⁵

Eine weitere Diskrepanz ergab sich im Sommer 1936, als Schneider von der neu konstituierten Ärztekammer Brandenburg zur Zahlung des Kammerbeitrags aufgefordert wurde. Nach den bis dahin geltenden Bestimmungen des alten Kammergesetzes war er als Arzt ohne berufliche Praxisausübung von den Beitragszahlungen befreit gewesen, was sich durch die Reichs-

⁹⁹⁰ Siehe ebd., o. Bl.: Schreiben Georg Schneiders an Gerhard Wagner vom 15. September 1934; BLHA, Rep. 72 Ärztekammer für die Provinz Brandenburg Nr. 3054, o. Bl.: Schreiben Georg Schneiders an die Reichsärztekammer – Ärztekammer Brandenburg vom 29. August 1936; AM-UP, Akte Dr. Georg Schneider-Stiftung, o. Bl.: Korrespondenz Georg Schneiders von April bis September 1941; Schreiben der Reichsärztekammer – Ärztekammer Mark Brandenburg an Georg Schneider vom 27. Mai 1942.

⁹⁹¹ Vgl. BLHA, Rep. 72 Ärztekammer für die Provinz Brandenburg Nr. 3054, o. Bl.: Schreiben Georg Schneiders an die Reichsärztekammer – Ärztekammer Brandenburg vom 29. August 1936.

⁹⁹² Siehe ebd., o. Bl.: Fragebogen Georg Schneiders zur erstmaligen Meldung bei der Reichsärztekammer – Ärztekammer Brandenburg vom 6. Mai 1936.

⁹⁹³ Ebd., o. Bl.: Schreiben Georg Schneiders an die Reichsärztekammer – Ärztekammer Brandenburg vom 29. August 1936. Vgl. auch ebd., o. Bl.: Schreiben der Reichsärztekammer – Ärztekammer Brandenburg an Georg Schneider vom 11. September 1936; Reichsärzteordnung, S. 1434, §§ 8ff.

⁹⁹⁴ IGEM, Nachlass Heinz Goerke, Ordner Dr. Georg Schneider (1875-1949) div. Mat., o. Bl.: Schreiben Gerhard Wagners an Georg Schneider vom 12. September 1934.

⁹⁹⁵ Ebd., o. Bl.: Schreiben Georg Schneiders an Gerhard Wagner vom 15. September 1934.

ärzteordnung allerdings änderte. Schneider widersprach der Zahlungsaufforderung mit der Begründung, dass er die Reichsärztekammer sowie das Berufsgericht nicht belaste. Bei seiner Verzichtserklärung auf die Ausübung des Arztberufes gegenüber der Ärztekammer Brandenburg wäre er nicht davon in Kenntnis gesetzt worden, dass er künftig wieder den Kammerbeitrag entrichten müsse.⁹⁹⁶ Schneiders Einspruch wurde seitens der Reichsärztekammer jedoch abgewiesen. Rechtsmittel gegen die Veranlagung der Gebührenordnung gebe es nicht, und frühere landesrechtliche Bestimmungen würden die Reichsärztekammer nicht berühren.⁹⁹⁷ Viele Jahre zogen sich mit der Reichsärztekammer auch die Auseinandersetzungen um die Höhe von Schneiders Pension hin, die ihm aufgrund seiner Tätigkeit als DÄVB-Geschäftsführer gewährt wurde. Diese Zuschüsse waren für Schneider, trotzdem er in gesicherten finanziellen Verhältnissen lebte,⁹⁹⁸ außerordentlich wichtig, „weil alle Einkünfte in das Vermögen seiner Stiftung Eingang finden sollten“.⁹⁹⁹

Schneider schrieb der Aufrechterhaltung seiner Stiftung eine besondere Bedeutung zu. Rückblickend konstatierte er im Februar 1945, „daß die gemeinnützige Einrichtung seit dem Ausscheiden aus [s]einen Ämtern durch die Ärztekammer nicht mehr gefördert“ worden sei.¹⁰⁰⁰ Die Wohlfahrtspflege der gleichgeschalteten und instrumentalisierten Ärzteorganisationen wurde vielmehr unter nationalsozialistische Zwecke gestellt. In den Vordergrund bei der brandenburgischen Ärztekammer trat etwa die Unterstützung der Spende für die Opfer der Arbeit, die als Bestandteil der Adolf-Hitler-Spende am 1. Mai 1933 von Hitler selbst initiiert wurde. Aus ihren Mitteln sollten notbedürftige Familien versorgt werden, deren Ernährer im Rahmen der Arbeit verunglückt waren. Im brandenburgischen Ärzteblatt wurden die Vereine und einzelnen Ärzte aufgerufen, freiwillig Abgaben an die Spende für die Opfer der Arbeit zu leisten, wie es auch die Kammer und der Ärzteverband taten.¹⁰⁰¹

⁹⁹⁶ Vgl. BLHA, Rep. 72 Ärztekammer für die Provinz Brandenburg Nr. 3054, o. Bl.: Schreiben Georg Schneiders an die Reichsärztekammer – Ärztekammer Brandenburg vom 29. August 1936.

⁹⁹⁷ Vgl. ebd., o. Bl.: Schreiben der Reichsärztekammer an die Reichsärztekammer – Ärztekammer Brandenburg vom 9. September 1936; Schreiben der Reichsärztekammer – Ärztekammer Brandenburg an Georg Schneider vom 11. September 1936.

⁹⁹⁸ Zur Entwicklung von Schneiders Vermögenslage von der Inflationszeit bis 1949 siehe IGEM, Nachlass Heinz Goerke, Ordner Dr. Georg Schneider-Stiftung, o. Bl.: Abschrift eines Schreibens Georg Schneiders an Karl Steinhoff vom 20. März 1949, S. 1f.

⁹⁹⁹ Goerke, Heilkunde, S. 177. Siehe auch AM-UP, Akte Dr. Georg Schneider-Stiftung, o. Bl.: Schreiben Georg Schneiders an das Finanzamt Potsdam vom 1. August 1941.

¹⁰⁰⁰ AM-UP, Akte Dr. Georg Schneider-Stiftung, o. Bl.: Schreiben Georg Schneiders an die Reichsärztekammer – Ärztekammer Mark Brandenburg vom 5. Februar 1945. In einem Brief an den Ministerpräsidenten des Landes Brandenburg schrieb Schneider im März 1949 sogar von einer Sabotage seiner Stiftung in den Jahren 1933 bis 1945 durch die Reichsärzterführung; vgl. IGEM, Nachlass Heinz Goerke, Ordner Dr. Georg Schneider-Stiftung, o. Bl.: Abschrift eines Schreibens Georg Schneiders an Karl Steinhoff vom 20. März 1949, S. 1.

¹⁰⁰¹ Vgl. Adolf-Hitler-Spende, in: ÄB BB, Nr. 20 vom 10. Juli 1933, S. 251; Max Gäbel, Die Adolf-Hitler-Spende, in: ÄB BB, Nr. 24 vom 20. August 1933, S. 295.

Die Dr. Georg Schneider-Stiftung verzeichnete in den ersten vier Jahren ihres Bestehens, von 1930 bis 1933, bereits Einnahmen von mehr als 20.000 Mark. Neben dem Stammkapital von 6.000 Mark, die der Ärzteverband der Provinz Brandenburg aufbrachte, erhielt die Stiftung Spenden von mehreren einzelnen Vereinen und Ärzten, allen voran von Schneider selbst.¹⁰⁰² Bis Ende 1941 übertrug er knapp 9.000 Mark seiner persönlichen Ersparnisse auf das Konto der Stiftung,¹⁰⁰³ was etwa ein Drittel ihres gesamten Vermögens darstellte, das zum 31. Dezember 1941 circa 28.000 Mark betrug.¹⁰⁰⁴ Zwischen 1932 und 1934 verzichtete Schneider zugunsten der Stiftung überdies sogar auf zehn Prozent seines Einkommens als DÄVB-Geschäftsführer.¹⁰⁰⁵

Die kaufmännische Verwaltung der Stiftung übernahm in der Zeit des Nationalsozialismus weiterhin die brandenburgische Ärztekammer. Daran änderte sich auch nichts durch ihre Gleichschaltung und Schneiders Ausscheiden aus dem Vorstand zu Jahresbeginn 1934. In diesem Jahr wurde der Großteil des Stiftungsvermögens in Form von Wertpapieren in einem neu errichteten Sonderkonto abgesichert.¹⁰⁰⁶ Auch infolge der Errichtung der Reichsärztekammer, womit eine Zentralisierung des Vermögens aller Ärztekammern einherging, blieben Kammer- und Stiftungsvermögen voneinander getrennt und wurden gesondert verwaltet.¹⁰⁰⁷ Dies traf auf Schneiders Zustimmung, da er so den „Charakter [der Stiftung] und ihre Selbständigkeit“ nicht als gefährdet ansah.¹⁰⁰⁸ Anfang 1945 beklagte er sich allerdings bei der Ärztekammer Mark Brandenburg, als der Stiftung – „mit Rücksicht auf den Rückgang des durchschnittlichen Zinsertrags der Vermögenswerte“ – geringere Zinsen vergütet wurden. Dieser Beschluss der Kammer sei geeignet, die Einkünfte der Stiftung zu schmälern „und eine ärztliche Wohlfahrtseinrichtung unberechtigt zu benachteiligen“. Schneider wollte den Zinsausfall

¹⁰⁰² Vgl. AM-UP, Akte Dr. Georg Schneider-Stiftung, o. Bl.: Auflistung der Einnahmen und Ausgaben der Stiftung vom 18. Februar 1930 bis zum 11. August 1933 sowie der gewährten Beihilfen; Bilanz der Stiftung per 31. Dezember 1933. Bis zur Gleichschaltung der Ärztekammer Brandenburg-Grenzmark wurden die privaten Spenden Schneiders im brandenburgischen Ärzteblatt hervorgehoben; vgl. exemplarisch Max Landsberg, Dr. Georg-Schneider-Stiftung, in: ÄB BB, Nr. 13 vom 1. Mai 1931, S. 155.

¹⁰⁰³ Vgl. AM-UP, Akte Dr. Georg Schneider-Stiftung, o. Bl.: Notiz Georg Schneiders vom 18. März 1942 über seine Zuwendungen an die Stiftung in den Jahren 1930 bis 1941; Schreiben Georg Schneiders an die Reichsärztekammer – Ärztekammer Mark Brandenburg vom 5. Februar 1945.

¹⁰⁰⁴ Vgl. ebd., o. Bl.: Abrechnung über die Stiftung für die Zeit vom 1. Januar bis 31. Dezember 1941. Bis zum 31. Dezember 1943 war das Stiftungsvermögen auf gut 29.000 Mark angewachsen; vgl. ebd., o. Bl.: Abschrift der Abrechnung über die Dr. Georg Schneider-Stiftung für das Jahr 1943.

¹⁰⁰⁵ Vgl. IGEM, Nachlass Heinz Goerke, Ordner Dr. Georg Schneider (1875-1949) div. Mat., o. Bl.: Auszüge aus einem Brief Georg Schneiders an den Kölner Ärzteverein von 1932, S. 5f.

¹⁰⁰⁶ Vgl. AM-UP, Akte Dr. Georg Schneider-Stiftung, o. Bl.: Schreiben der Ärztekammer für die Provinzen Brandenburg und Grenzmark Posen-Westpreußen an Georg Schneider vom 7. Februar 1934.

¹⁰⁰⁷ Vgl. ebd., o. Bl.: Schreiben der Reichsärztekammer – Ärztekammer Kurmark an Georg Schneider vom 5. April 1939.

¹⁰⁰⁸ Ebd., o. Bl.: Schreiben Georg Schneiders an die Reichsärztekammer – Ärztekammer Kurmark vom 23. März 1939. Vgl. auch ebd., o. Bl.: Schreiben Georg Schneiders an die Reichsärztekammer – Ärztekammer Kurmark vom 30. April 1939.

durch Privatzahlungen ausgleichen. Überdies zeigte er sich erzürnt, weil er über die Zinssenkung nicht informiert worden sei und im letzten Jahr keine Bilanz der Stiftung erhalten habe.¹⁰⁰⁹

Schneider selbst war die Entscheidung über die bei der Stiftung eingehenden Anträge auf finanzielle Zuschüsse für Badekuren vorbehalten. Jährlich wurde im brandenburgischen Ärzteblatt eine gewisse Anzahl an möglichen Beihilfen in Höhe von 200 Mark ausgeschrieben, auf die sich Arztwitwen bewerben konnten.¹⁰¹⁰ Die Gesuche gingen bei der Kammer ein und wurden an Schneider weitergeleitet. Diese Aufgabe übernahm in erster Linie Gertrud Laasch, eine Sachbearbeiterin der Kammer. Zu ihr hatte Schneider ein durchaus vertrautes Verhältnis, wie aus der Korrespondenz hervorgeht. Wiederholt erkundigte sie sich nach seinem Gesundheitszustand und teilte ihm Persönliches mit.¹⁰¹¹ Die eingehenden Anträge auf Kurbeihilfen prüfte Schneider sehr sorgfältig. Er forderte ärztliche Atteste zur Krankheitsbescheinigung bzw. Bedürftigkeit der Arztwitwen und mit dem Vorschlag eines Kurortes an und wog nochmals eigenhändig ab, ob eine Kur erfolgversprechend hinsichtlich einer Verbesserung des Gesundheitszustandes war.¹⁰¹²

Zwischen 1931 und 1944 gingen bei Schneider wenigstens 78 Anträge auf Kurzuschüsse ein, wovon er 46, also drei bis vier im Jahr, bewilligte. In einigen Fällen erhielten Arztwitwen mehrfach eine Kurbeihilfe, andere wiederholt gestellte Anträge wurden durchgängig abschlägig beschieden.¹⁰¹³ Bevorzugt wurden jene Arztwitwen, deren Ehemänner einem Ärzteverein des DÄVB und speziell der Kollektivversicherung des brandenburgischen Ärzteverbands angehört hatten.¹⁰¹⁴ Zur Ablehnung kam es generell, wenn ein Gesuch nicht fristgerecht eingereicht wurde, eine frühere Kur abgebrochen worden war, eine Kur nicht zweckmäßig erschien oder aus eigenen Mitteln bzw. durch Unterstützung von Angehörigen finanziert werden konnte. Nur in Ausnahmefällen genehmigte Schneider Kuren in Sanatorien. Als sich die Bewerbungen Ende der 1930er und Anfang der 1940er Jahre häuften, mussten Beihilfen auch wegen

¹⁰⁰⁹ Ebd., o. Bl.: Schreiben Georg Schneiders an die Reichsärztekammer – Ärztekammer Mark Brandenburg vom 5. Februar 1945.

¹⁰¹⁰ Vgl. exemplarisch Georg Schneider, Dr. Georg-Schneider-Stiftung, in: ÄB BB, Nr. 12 vom 20. April 1931, S. 138.

¹⁰¹¹ Siehe beispielsweise ebd., o. Bl.: Schreiben der Ärztekammer für die Provinzen Brandenburg und Grenzmark Posen-Westpreußen, gez. Gertrud Laasch, an Georg Schneider vom 17. März 1936.

¹⁰¹² Vgl. ebd., o. Bl.: Schreiben Georg Schneiders an die Ärztekammer für die Provinzen Brandenburg und Grenzmark Posen-Westpreußen vom 17. Juli 1934 und vom 30. Januar 1935.

¹⁰¹³ Siehe Anhang, S. 295ff., Nr. 11: Anträge auf Kurbeihilfen bei der Dr. Georg Schneider-Stiftung zwischen 1931 und 1944.

¹⁰¹⁴ Vgl. AM-UP, Akte Dr. Georg Schneider-Stiftung, o. Bl.: Antwortvermerk Georg Schneiders auf dem Schreiben der Reichsärztekammer – Ärztekammer Kurmark vom 17. März 1939.

der Geringfügigkeit der Mittel abgelehnt werden.¹⁰¹⁵ Aus dem Jahr 1945 sind keine Gesuche bekannt. Schneider zeigte sich aber zuversichtlich, „daß nach Kriegsende wieder mehr Anträge auf Bewilligung von Badekuren eingehen werden“.¹⁰¹⁶

Neben der Zahlung von Kurbeihilfen beabsichtigte Schneider für seine Stiftung noch einen größeren Zweck. Bereits im Jahr 1931 habe er „letztwillige Verfügungen über den späteren Ausbau des der Unterstützung bedürftiger Arztwitwen dienenden Fonds“ getroffen, wie er in einem Schreiben an die Ärztekammer Kurmark vom 23. März 1939 andeutete.¹⁰¹⁷ Im gemeinschaftlichen Testament mit seiner Ehefrau vom 2. September 1940 konkretisierten Georg und Frieda Schneider sodann die Absichten über das Fortleben der Stiftung nach ihrem Tod. Sie sahen vor, ihr gesamtes Vermögen, das sie seit der Eheschließung „durch rastlose eigene Arbeit erworben“ hatten,¹⁰¹⁸ auf die neu zu gründende Dr. Georg und Frieda Schneider-Stiftung zu übertragen. Sie sollte als mildtätige Stiftung aus der Dr. Georg Schneider-Stiftung hervorgehen und deren finanziellen Grundstock übernehmen. Herausgelöst von der Ärztekammer war die Verwaltung der neuen Stiftung an ein spezielles Kuratorium abzugeben. Als ihr maßgebender Zweck wurde die Unterstützung bedürftiger Arztwitwen beibehalten. Ihnen sollten weiterhin Beihilfen zu Badekuren gewährt werden – angedacht waren bis zu 20 Unterstützungen in Höhe von 200 Mark im Jahr.¹⁰¹⁹ Darüber hinaus überschrieben die Schneiders der Stiftung auch ihr Eigentumshaus in der Persiusstraße 12 in Potsdam, das sie im Juli 1943 bezogen.¹⁰²⁰ Es sollte zu einem Pflegeheim für Arztwitwen umfunktioniert werden. Als Ausstat-

¹⁰¹⁵ Vgl. ebd., o. Bl.: Antwortvermerke Georg Schneiders auf den Schreiben der Ärztekammer für die Provinzen Brandenburg und Grenzmark Posen-Westpreußen vom 20. Juli 1934 und 3. September 1934; Schreiben Georg Schneiders an die Reichsärztekammer – Ärztekammer Brandenburg vom 29. Mai 1937; Schreiben Georg Schneiders an die Reichsärztekammer – Ärztekammer Kurmark vom 27. Mai 1939; Antwortvermerk Georg Schneiders auf dem Schreiben der Reichsärztekammer – Ärztekammer Mark Brandenburg vom 16. Mai 1941; Abschrift eines Schreibens Georg Schneiders an Martha Hoffmann vom 27. Oktober 1941; Schreiben Georg Schneiders an die Reichsärztekammer – Ärztekammer Mark Brandenburg vom 28. Mai 1942.

¹⁰¹⁶ Ebd., o. Bl.: Schreiben Georg Schneiders an die Reichsärztekammer – Ärztekammer Mark Brandenburg vom 5. Februar 1945.

¹⁰¹⁷ Ebd., o. Bl.: Schreiben Georg Schneiders an die Reichsärztekammer – Ärztekammer Kurmark vom 23. März 1939.

¹⁰¹⁸ BLHA, Rep. 203 Ministerium des Innern Nr. 154, Bl. 26ff.: Abschrift des gemeinschaftlichen Testaments Georg und Frieda Schneiders vom 2. Dezember 1940 (nachfolgend: Testament Schneider), hier Bl. 26r, § 1. Zum Testament wurden zwischen Januar 1941 und März 1949 insgesamt sieben Nachträge aufgesetzt; siehe die Abschriften in ebd., Bl. 29-32. Die Abschrift einer am 2. Dezember 1949 beglaubigten Abschrift des Testaments und seiner Nachträge befindet sich auch im IGEM, Nachlass Heinz Goerke, Ordner Dr. Georg Schneider-Stiftung, o. Bl.

¹⁰¹⁹ Vgl. Testament Schneider, Bl. 26, § 4. Bevorzugt werden sollten Gesuche von Arztwitwen aus der Provinz Brandenburg bzw. der ehemaligen Provinz Grenzmark Posen-Westpreußen, insbesondere von jenen, deren Ehemänner der Kollektivversicherung des brandenburgischen Ärzteverbands angehört hatten. Grundsätzliche Voraussetzung für die Zahlung einer Beihilfe war die frühere Mitgliedschaft des Mannes in einem dem DÄVB angeschlossenen Verein. Vgl. auch Zweiter Nachtrag zum Testament Schneider vom 28. Januar 1943, Bl. 29v, § 3.

¹⁰²⁰ Vgl. AM-UP, Akte Dr. Georg Schneider-Stiftung, o. Bl.: Schreiben der Reichsärztekammer – Ärztekammer Mark Brandenburg an Georg Schneider vom 8. und 27. Juli 1943.

tung mochte das Wohnmobiliar der Schneiders mit allem Zubehör dienen.¹⁰²¹ Eine besondere Aufgabe war für Auguste Langner vorgesehen, die über mehrere Jahre als Haushaltsgehilfin bei Georg und Frieda Schneider lebte. Da „Zuverlässigkeit, Treue, Fleiß, Tüchtigkeit und hervorragende Charaktereigenschaften sie in gleicher Weise auszeichnen“ würden,¹⁰²² sollte sie die Wirtschaftsführung des Heims übernehmen und dafür aus Stiftungsmitteln entlohnt werden. Zusätzlich legten die Schneiders ein Sparkassenbuch für sie an und überließen ihr das Inventar ihres Zimmers sowie weitere Haushaltsgegenstände.¹⁰²³

Das Testament unterstreicht Georg Schneiders fürsorglichen Willen vollumfänglich. Er und seine Frau überließen beinahe ihren gesamten Besitz der ärztlichen Wohlfahrtspflege. Nur wenige Wertgegenstände sollten Verwandte sowie vertraute Nachbarn und Bekannte erben. Als verwandtschaftliche Nachlassempfänger werden im Testament die Schwägerin Friedel Schneider, die Nichten Ursel Schneider und Nora Pletz sowie der Neffe Peter Schneider genannt. Ebenso erwähnt werden Otto Schneider als Friedas Bruder und dessen Sohn Hans.¹⁰²⁴ Aus dem Testament geht des Weiteren hervor, dass Georg Schneiders Vater im Jahr 1940 bereits verstorben war und Schneider eine Stiefmutter hatte, auf die das Vermögen des Vaters überging.¹⁰²⁵ Zuletzt sei noch Maria Kosel, Friedas Schwester, hervorgehoben, die ihr Vermögen testamentarisch der Dr. Georg und Frieda Schneider-Stiftung überschrieb. Als Dankerweisung sollte ein Zimmer des Arzttwitwenheims ihren Namen tragen.¹⁰²⁶

5.4 Exkurs: Die ärztliche Versorgung in Brandenburg während des Zweiten Weltkriegs

Als Georg und Frieda Schneider 1940 ihr Testament neu aufsetzten, wütete der Zweite Weltkrieg bereits seit über einem Jahr. Er sollte, wie Schneider die Situation einschätzte, „nun doch länger dauern [...], als man eigentlich hoffte“.¹⁰²⁷ In dieser undurchschaubaren Zeit und auch angesichts Schneiders gravierender gesundheitlicher Probleme war es den Ehepartnern anscheinend wichtig, Vorkehrungen für die Zeit nach ihrem Tod zu treffen. In einzelnen

¹⁰²¹ Vgl. Testament Schneider, Bl. 26r, § 3, Bl. 27r, § 6.

¹⁰²² Ebd., Bl. 26v, § 10.

¹⁰²³ Vgl. ebd., Bl. 26v-27r, § 10; Dritter Nachtrag zum Testament Schneider vom 19. August 1944, Bl. 29v-30r, Abschnitt 1f.; Vierter Nachtrag zum Testament Schneider vom 6. Juli 1946, Bl. 30v, Nr. 1.

¹⁰²⁴ Vgl. Testament Schneider, Bl. 27v, § 9; Dritter Nachtrag zum Testament Schneider vom 19. August 1944, Bl. 30, Abschnitt 5. Zum besseren Verständnis muss an dieser Stelle erwähnt werden, dass Frieda auch eine gebürtige Schneider war. Dies macht eine genauere Bestimmung der Familienkonstellation nicht möglich.

¹⁰²⁵ Vgl. Testament Schneider, Bl. 26r, § 1.

¹⁰²⁶ Vgl. AM-UP, Akte Dr. Georg Schneider-Stiftung, o. Bl.: Abschrift des Testaments Maria Kosels, undatiert; Zweiter Nachtrag zum Testament Schneider vom 28. Januar 1943, Bl. 29.

¹⁰²⁷ Vgl. IGEM, Nachlass Heinz Goerke, Ordner Dr. Georg Schneider (1875-1949) div. Mat., o. Bl.: Schreiben Georg Schneiders an Fritz Lejeune vom 23. Oktober 1940.

Nachträgen zum Testament wird sodann auch deutlich, wie sich der Krieg in ihrem Privatleben spürbar machte. Im August 1944 hatte sich die Lage dramatisch zugespitzt: „Heute, kurz vor dem Beginn des sechsten Kriegsjahres erscheint die Lage Deutschlands derartig ernst und kritisch, das Schicksal jedes einzelnen von uns so dunkel und unübersichtbar, dass man meinen könnte, jede Vorsorge über unsere Hinterlassenschaft sei überflüssig und unnötig geworden. Wir müssen mit der Möglichkeit rechnen, daß wir durch Bombenangriffe und andere Kriegsereignisse gemeinsam ums Leben kommen, sodass der Überlebende von uns die Ausführung der einzelnen Bestimmungen unseres Testaments, wie es geplant war, nicht mehr überwachen und sicherstellen kann. Diese Möglichkeit zwingt uns, das nachzuholen, was noch einer Ordnung bedarf und bisher noch nicht berücksichtigt worden ist, auch wenn unsere Anordnungen durch die Gewalt der Ereignisse gegenstandslos werden sollten.“¹⁰²⁸

Über die lokalen Auswirkungen des Kriegs im heimatlichen Potsdam und anderswo tauschte sich Schneider häufig mit ihm vertrauten Zeitgenossen aus. Am 23. Oktober 1940 berichtete er Fritz Lejeune über die unruhigen Nächte, die er zu dieser Zeit erleben musste: „Nach fünf ruhigen Tagen war es wieder in der Nacht vom Sonntag zum Montag sehr lebhaft; wir wurden dreimal alarmiert und waren von 10 bis 12, von i/4 1 [0:15 Uhr] bis 3 und dann von i/2 4 [3:30 Uhr] bis nach 6 im Keller“.¹⁰²⁹ Gertrud Laasch sehnte in ihrem Schreiben an Schneider vom 17. März 1943 ein baldiges Ende des Kriegs herbei. Sie unterrichtete ihn vom letzten schweren Luftangriff auf Berlin, der auch Grunewald getroffen habe. Nahe dem Ärztekammerhaus in der Humboldtstraße seien „mehrere Villen umgestürzt“.¹⁰³⁰

Der Krieg mit seinen katastrophalen Auswirkungen brachte zudem Krankheiten, Seuchen und unzählige Schwerverletzte mit sich und forderte damit ungemein die Ärzteschaft. Nicht nur in den bombardierten Städten, sondern insbesondere in den ländlich geprägten Gebieten wie der Provinz Brandenburg wurde die medizinische Versorgung zu einer immer größeren Herausforderung. Je weiter der Krieg voranschritt, desto weniger konnte sie gewährleistet werden. Ein großes Problem war der Mangel an verfügbaren Ärzten. Die absolute Ärztezahle im Deutschen Reich inklusive seiner angegliederten Gebiete stieg zwischen 1939 und 1942 zwar deutlich von gut 59.000 auf knapp 76.000 an, genügte allerdings bei weitem nicht, um den Bedarf der ebenfalls wachsenden Zivilbevölkerung zu decken. Dies lag zum einen daran, dass sich viele Ärzte nicht mehr niederließen. Stand 1942 hatte lediglich die Hälfte der Ärzte eine eige-

¹⁰²⁸ Dritter Nachtrag zum Testament Schneider vom 19. August 1944, Bl. 29v.

¹⁰²⁹ IGEM, Nachlass Heinz Goerke, Ordner Dr. Georg Schneider (1875-1949) div. Mat., o. Bl.: Schreiben Georg Schneiders an Fritz Lejeune vom 23. Oktober 1940.

¹⁰³⁰ AM-UP, Akte Dr. Georg Schneider-Stiftung, o. Bl.: Schreiben der Reichsärztekammer – Ärztekammer Mark Brandenburg an Georg Schneider vom 17. März 1943.

ne Praxis – 1935 waren es noch 72,7 Prozent gewesen. Alternative Arbeitsmöglichkeiten gab es im öffentlichen Gesundheitsdienst, etwa als Amtsarzt bzw. Hilfsarzt bei einer Gesundheitsbehörde, in staatlichen Einrichtungen, in den Organisationen der NSDAP, zum Beispiel als SS-Arzt, sowie in der Industrie. Zum anderen wurde ein großer Teil der Ärzte, und hierbei vor allem die jungen, leistungsfähigen Kräfte, zum Kriegsdienst in die Wehrmacht eingezogen und stand der Zivilbevölkerung nur noch eingeschränkt oder gar nicht mehr zur Verfügung.¹⁰³¹ Mit der Überprüfung der Wehrdiensttauglichkeit von Ärzten wurde bereits im Rahmen der Kriegsvorbereitungen begonnen. So forderte das Wehrbezirkskommando Potsdam I von der Ärztekammer Mark Brandenburg im Juli 1939 „ein Urteil über die ärztlichen Eigenschaften“ Georg Schneiders. Er sei „für eine Wahl zum San. Offizier des Beurlaubtenstandes bezw. z.V. in Aussicht genommen“.¹⁰³² Dem entgegnete die Kammer, dass über Schneider nichts Nachteiliges bekannt geworden sei.¹⁰³³ Schneider blieb der Militärdienst allerdings erspart. Aus einem Fragebogen, den er im November 1940 bei der KVD einreichen musste, geht hervor, dass er nicht zur Wehrmacht bzw. zum Sicherheits- bzw. Luftschutzdienst einberufen wurde. Hinsichtlich seiner beruflichen und militärischen Eignung verwies er darauf, dass er seit 15 Jahren der ärztlichen Praxis nicht mehr nachgegangen und seit 1936 völlig arbeitsunfähig sei.¹⁰³⁴ So wie Schneider erging es den meisten seiner Kollegen nicht. Ende Mai 1940 dienten bereits 36,7 Prozent aller Krankenhaus- und 32,4 Prozent aller niedergelassenen Ärzte. Im Frühjahr 1944 befanden sich unter den insgesamt circa 79.500 Ärzten im Deutschen Reich schätzungsweise 32.000 Frontärzte. Und im letzten Kriegsjahr kamen auf jeden Zivilarzt unter 50 Jahren sogar drei Frontärzte.

Die Einberufung der vielen Mediziner zog andauernde Spannungen sowie verwaltungsinternen Streit zwischen den Sanitätsdienststellen der Wehrmacht und den zivilen Gesundheitsbehörden nach sich. Um der mangelnden ärztlichen Versorgung der Zivilbevölkerung entgegenzuwirken, wurden verschiedene Maßnahmen zur Beschaffung und logistischen Kontrolle von medizinischen Kräften erlassen. An erster Stelle stand in Brandenburg dabei die Notdienstverpflichtung von Ärzten. Mit der bereits am 15. Oktober 1938 erlassenen *Dritten Verordnung zur Sicherstellung des Kräftebedarfs für Aufgaben von besonderer Bedeutung* wurden unter anderem die staatlichen Polizeiverwalter, Oberbürgermeister und Landräte berechtigt, zur

¹⁰³¹ Zur ärztlichen Versorgungslage im Zweiten Weltkrieg vgl. hier und nachfolgend und siehe ausführlich Kater, *Ärzte als Hitlers Helfer*, S. 41-51; Rütger, *Ärztliches Standeswesen*, S. 154ff., 188-192.

¹⁰³² BLHA, Rep. 72 Ärztekammer für die Provinz Brandenburg Nr. 3054, o. Bl.: Schreiben des Wehrbezirkskommandos Potsdam I an die Reichsärztekammer – Ärztekammer Mark Brandenburg vom 15. Juli 1939.

¹⁰³³ Vgl. ebd., o. Bl.: Schreiben der Reichsärztekammer – Ärztekammer Mark Brandenburg an das Wehrbezirkskommando Potsdam I vom 19. Juli 1939.

¹⁰³⁴ Vgl. ebd., o. Bl.: KVD-Fragebogen Georg Schneiders vom 15. November 1940.

„Bekämpfung öffentlicher Notstände [...] Bewohner des Reichsgebiets für eine begrenzte Zeit zu Notdienstleistungen“ heranzuziehen.¹⁰³⁵ Davon betroffen waren auch zahlreiche Ärzte. Auf Erlass des Reichsarbeitsministers vom 4. September 1939 sollten alle zur Verfügung stehenden und geeigneten Kräfte, egal welcher Fachrichtung und auch, wenn sie bisher noch nicht zugelassen waren, in die ärztliche Versorgung der Zivilbevölkerung eingespannt werden. Die Betroffenen wurden längerfristig, das heißt hauptberuflich,¹⁰³⁶ in Orten mit hohem Ärztebedarf eingesetzt. Der Landrat oder Oberbürgermeister forderte sie hierzu in einem Anschreiben auf und wies sie der zuständigen Ärztekammer bzw. KVD-Landesstelle zu.¹⁰³⁷

In der Provinz Brandenburg wurden nachweislich mindestens 438 Ärzte notdienstverpflichtet,¹⁰³⁸ um zur „Behebung eines dringenden Notstandes in der ärztlichen Versorgung der Zivilbevölkerung“ beizutragen.¹⁰³⁹ Am häufigsten dienten sie als Hilfskassenärzte. Ausgestattet mit allen Rechten und Pflichten „wie ein frei praktizierender und zu den Krankenkassen zugelassener Arzt“ hatten sie kriegsdienstlich eingezogene Kollegen, die nebenbei nicht ihrer Praxis nachgehen konnten, zu vertreten. Dafür erhielten sie seitens der KVD feste Vergütungssätze.¹⁰⁴⁰ Die Versorgung in Krankenanstalten und Gesundheitsämtern wurde mit der Verpflichtung von Assistenz- bzw. Hilfsärzten versucht aufrechtzuerhalten.

Unter der Gesamtheit der in Brandenburg notdienstverpflichteten Ärzte finden sich zahlreiche Jungärzte wieder, die zum Teil nur wenig oder gar keine Berufserfahrung besaßen. Denn um Medizinstudenten nach abgeschossenem Examen schneller zu akquirieren, wurden ihnen ab dem Sommer 1939 die Assistenzarztzeiten im Krankenhaus bzw. in der ärztlichen Praxis verkürzt oder erlassen.¹⁰⁴¹ Auffällig ist auch der hohe Anteil an Ärztinnen, die bis zum Krieg

¹⁰³⁵ Dritte Verordnung zur Sicherstellung des Kräftebedarfs für Aufgaben von besonderer staatspolitischer Bedeutung (Notdienstverordnung). Vom 15. Oktober 1938 (nachfolgend: Notdienstverordnung), in: RGBl. 1938, S. 144f., hier S. 1441, § 1, Abs. 1. Vgl. auch ebd., § 1, Abs. 2; Bekanntmachung der Behörden, die Notdienstleistungen fördern können. Vom 8. Juli 1939, in: RGBl. 1939, S. 1204.

¹⁰³⁶ Vgl. Notdienstverordnung, S. 1442, § 3.

¹⁰³⁷ Zahlreiche Notdienstverpflichtungen unterschiedlicher äußerer Gestalt finden sich wieder im BLHA, Rep. 72 Ärztekammer für die Provinz Brandenburg; siehe exemplarisch Nr. 7, Bl. 18: Abschrift der Notdienstverpflichtung Constanze Albers' vom 5. Januar 1945; Nr. 451, Bl. 41: Abschrift der Notdienstverpflichtung Franz Christophs vom 24. September 1943; Nr. 501, Bl. 10: Abschrift der Notdienstverpflichtung Walter Davids vom 12. Januar 1943.

¹⁰³⁸ Dies ergab eine statistische Auswertung aller Akten ebd.

¹⁰³⁹ Ebd. Nr. 254, Bl. 83: Schreiben des leitenden Medizinalbeamten des Oberpräsidenten der Provinz Mark Brandenburg an die Reichsärztekammer – Ärztekammer Mark Brandenburg vom 18. Januar 1944.

¹⁰⁴⁰ Ebd. Nr. 7, Bl. 18: Abschrift der Notdienstverpflichtung Constanze Albers' vom 5. Januar 1945. Vgl. auch Kater, *Ärzte als Hitlers Helfer*, S. 47f.

¹⁰⁴¹ Laut Kater, *Ärzte als Hitlers Helfer*, S. 47, wurden reichsweit zudem 2.400 Studenten notexaminiert und sofort zum Sanitätsdienst herangezogen. In der SBZ mussten Ärzte, die während des Zweiten Weltkriegs bestellt worden waren, infolge der *Verordnung über die vorläufige Neuregelung der ärztlichen Approbation und Niederlassung* vom 17. Oktober 1945, veröffentlicht im *Verordnungsblatt der Provinzialverwaltung Mark Brandenburg* (nachfolgend: *VOBl. PVMB*), H. 4, 1945, S. 70, eine einjährige bzw. bei Approbationen ab dem 1. Januar 1943 eine zweijährige Krankenhaustätigkeit nachweisen oder nachholen. Ansonsten verlor die Anerkennung als Arzt

bei der Kassenzulassung kaum berücksichtigt worden waren. Etwa ein Drittel aller notdienstverpflichteten Ärzte waren weiblich.¹⁰⁴² Ebenso wurden bereits pensionierte Ärzte reaktiviert¹⁰⁴³ sowie „jüdisch versippte“¹⁰⁴⁴, berufsgerichtlich vorbestrafte¹⁰⁴⁵ und ausländische Ärzte¹⁰⁴⁶ zwangseingesetzt. Aufgrund des dringlichen Ärztebedarfs waren Eigenschaften wie Alter, Geschlecht, Sittlichkeit, Nationalität oder Abstammung bei den Notdienstverpflichtungen von eher zweitrangiger Bedeutung.

Mit den Bestimmungen im Rahmen der Notdienstverpflichtung konnten die regionalen Behörden „über alle Ärzte [...] nach Belieben verfügen“.¹⁰⁴⁷ Die ärztliche Versorgung war bestimmt von den Einsatzplänen der Gesundheitsbehörden und die Niederlassungsfreiheit wie das Prinzip der freien Arztwahl quasi nicht mehr gegeben.¹⁰⁴⁸ Dass Ärzte dabei zum Teil herumgeschoben wurden wie „bloß[e] Schachfigur[en]“¹⁰⁴⁹, zeigt beispielhaft der Fall des Hilfskassenarztes Raimund Egger, dem auch seine seit 1938 bestehende NSDAP-Mitgliedschaft

ihre Gültigkeit.

¹⁰⁴² In der Provinz Brandenburg waren 136 der insgesamt 438 bekannten notdienstverpflichteten Ärzte weiblich. Dies ist ein Anteil von etwa 31 Prozent. Dagegen lag der Anteil an weiblichen Ärzten unter allen zwischen 1936 und 1945 für die Provinz Brandenburg erfassten Humanmedizinern lediglich bei 15 Prozent. Siehe BLHA, Rep. 72 Ärztekammer für die Provinz Brandenburg. Rütger, *Ärztliches Standeswesen*, S. 156, gibt an, dass der Anteil an Ärztinnen im Deutschen Reich zwischen 1935 und 1942 von 6,96 auf 12,8 Prozent anstieg. Die Durchschnittsquote der bei der Reichsärztekammer in den Jahren 1936 bis 1945 registrierten Ärztinnen lag bei 17 Prozent.

¹⁰⁴³ Für die Provinz Brandenburg konnte ein Fallbeispiel ermittelt werden; siehe BLHA, Rep. 72 Ärztekammer für die Provinz Brandenburg Nr. 1279: Hermes, Dr. med. Walter Karl Richard.

¹⁰⁴⁴ In der Provinz Brandenburg waren dies jeweils vier Ärzte, die als „Mischlinge ersten Grades“; siehe ebd., Nr. 707f.: Fechner, Dr. med. Ottilie Karoline; Nr. 765: Flesch, Dr. med. Hans (Johannes) Georg Julius Jakob; Nr. 837f.: Frohmann, Dr. med. Hartmuth Samuel Wolfgang; Nr. 2215f.: Michel, Dr. med. Georg Richard, bzw. als „Mischlinge zweiten Grades“; siehe Nr. 449f.: Christe, Dr. med. Alexander Josef; Nr. 1203f.: Heinersdorf, Dr. med. Hans-Gerhard; Nr. 2222: Miethe, Dr. med. Elisabeth Kornelia; Nr. 3013f.: Schmidt-Breitung, Dr. med. Barbara Julia Käthe, eingestuft wurden, und drei Ärzte mit jüdischen Ehefrauen; siehe Nr. 1357f.: Hoffmann, Dr. med. Heliodor; Nr. 2324: Nabolotnyj, Dr. med. Iwan; Nr. 3983f.: Zirwer, Dr. med. Karl Paul Siegfried. Vgl. auch Doetz/Kopke, *Die antisemitischen Kampagnen*, S. 56.

¹⁰⁴⁵ Für die Provinz Brandenburg siehe BLHA, Rep. 72 Ärztekammer für die Provinz Brandenburg Nr. 792f.: Fredrich, Dr. med. Emil Christian; Nr. 797f.: Freese, Dr. med. Otto Johannes Franz Adelbert; Nr. 1186f.: Heese, Dr. med. Egon Ernst Erdmann; Nr. 1454ff.: Jaerisch, Dr. med. Paul Georg Maximilian; Nr. 1624f.: Klever, Dr. med. Nikolaus; Nr. 1813, 1815: Krug, Dr. med. Werner Willi Paul; Nr. 1843f.: Küpper, Dr. med. Adolf; Nr. 2046f.: Ludwig, Dr. med. Albert Petr; Nr. 2155f.: Meier, Dr. med. Herbert Otto Karl; Nr. 2896f.: Sasse, Dr. med. Johannes; Nr. 3162f.: Schulte, Dr. med. Friedrich August.

¹⁰⁴⁶ Im Ausland approbierten Ärzten konnte der Reichsminister des Innern nach Anhörung bzw. durch Vermittlung der Reichsärztekammer widerruflich die Ausübung des Arztberufes im Deutschen Reich gestatten. Sie unterstanden der Reichsärztekammer und besaßen die gleichen Rechte und Pflichten wie ein in Deutschland bestellter und zugelassener Arzt. Vgl. RAO, S. 1434, § 11; Erste Verordnung zur Durchführung und Ergänzung der Reichsärzteordnung. Vom 31. März 1936, in: RGBL. 1936, S. 338-341, hier S. 340, § 15. Das brandenburgische Ärzteregister enthält reichlich Beispiele hierzu; siehe exemplarisch BLHA, Rep. 72 Ärztekammer für die Provinz Brandenburg Nr. 13, Bl. 14: Einschreiben des Reichsministers des Innern an Sergius Alissow vom 28. Juni 1944.

¹⁰⁴⁷ Kater, *Ärzte als Hitlers Helfer*, S. 46.

¹⁰⁴⁸ Ohnehin wurden keine neuen dauerhaften Niederlassungen genehmigt, „um nach Beendigung des Kriegs allen Ärzten eine Niederlassung zu ermöglichen [...], die [...] durch ihren Kriegseinsatz daran verhindert“ waren; siehe BLHA, Rep. 72 Ärztekammer für die Provinz Brandenburg Nr. 1795, o. Bl.: Schreiben der Reichsärztekammer an die Reichsärztekammer – Ärztekammer Mark Brandenburg vom 24. Dezember 1939.

¹⁰⁴⁹ Kater, *Ärzte als Hitlers Helfer*, S. 48.

keine Sonderrechte beim ärztlichen Versorgungseinsatz garantierten. Unmittelbar nach seiner Promotion wurde er zwischen Juni 1940 und April 1944 in zehn verschiedenen Praxen in den unterschiedlichsten Orten der Provinz eingesetzt. Tätig war er in Lindow, Straupitz, Meseritz, Friesack, Wittenberge, Petershagen, Lautawerk, Großräschen, Ahrensfelde und Wandlitz. Zum 1. Mai 1944 wurde er sodann von der Wehrmacht einberufen.¹⁰⁵⁰

Neben den Notdienstverpflichtungen wurden noch weitere Maßnahmen erlassen, um die Gesundheitsversorgung der Zivilbevölkerung im Zweiten Weltkrieg zu garantieren.¹⁰⁵¹ Am 2. September 1939 erhielt die Reichsärztekammer vom Reichsinnenminister die Ermächtigung, den niedergelassenen Ärzten jede im Interesse des öffentlichen Gesundheitswesens stehende Arbeit zuzuweisen. Die zeitgleiche Ausführung mehrerer ärztlicher Tätigkeiten, zum Beispiel in einer Praxis bzw. im Krankenhaus und als Betriebs- bzw. Revierarzt, war dadurch keine Seltenheit.¹⁰⁵² Ab Mai 1942 war es zivilen Ärzten generell verboten, ihren Beruf ohne Sondergenehmigung aufzugeben. Nach der Niederlage von Stalingrad wurde überdies vermehrt auf nicht in Deutschland bestellte Ärzte zurückgegriffen, die in Krankenhäusern und Praxen, aber auch in Gefangenenlagern und Betrieben der Kriegsindustrie eingesetzt wurden. So erging es beispielsweise auch dem georgischen Chirurgen Juri Awetissjan, der ab Mai 1943 im Finsterwalder DAF-Gemeinschaftslager „Wiesenhain“ angestellt wurde,¹⁰⁵³ und dem Tschechen Jaroslav Neumann, der im März 1945 die ärztliche Behandlung der ausländischen Lagerarbeiter der Auergesellschaft im Werk Oranienburg übernahm.¹⁰⁵⁴ Ein weiterer Versuch, dem Ärztemangel entgegenzuwirken, war der Einsatz von bezirksfremden bzw. Flüchtlingsärzten. Vor allem im letzten Kriegsjahr mussten einige Ärzte aufgrund von Feindbesetzung oder Zerstörung ihre Praxis verlassen und zogen nach Brandenburg oder innerhalb der Provinz in einen anderen Ärztebezirk, wo sie mit Erlaubnis der KVD-Landesstelle wieder ärztlich tätig sein konnten.¹⁰⁵⁵

Letztendlich trug aber keine „der ergriffenen Notmaßnahmen [...] zur Entspannung der Situation bei“¹⁰⁵⁶, sodass die medizinische Versorgung in der Provinz Brandenburg für den gesamten Zweiten Weltkrieg mitunter desaströse Ausmaße annahm. Daran konnte auch die Einbeziehung von niederem medizinischen Personal in den ärztlichen Dienst nichts ändern. Zum

¹⁰⁵⁰ Siehe ausführlich BLHA, Rep. 72 Ärztekammer für die Provinz Brandenburg Nr. 630f.: Egger, Dr. med. Raimund Josef.

¹⁰⁵¹ Vgl. nachfolgend Kater, *Ärzte als Hitlers Helfer*, S. 47f.

¹⁰⁵² Siehe als besonders eindringliches Beispiel BLHA, Rep. 72 Ärztekammer für die Provinz Brandenburg Nr. 3617f.: Vahldieck, Dr. med. Robert Fritz.

¹⁰⁵³ Siehe ebd. Nr. 50: Awetissjan, Dr. med. Juri.

¹⁰⁵⁴ Siehe ebd. Nr. 2361: Neumann, Dr. med. Jaroslav

¹⁰⁵⁵ Vgl. ebd. Nr. 845, o. Bl.: Schreiben Heinrich Pohlkötters an Herbert Fürbringer vom 22. Februar 1945.

¹⁰⁵⁶ Kater, *Ärzte als Hitlers Helfer*, S. 50.

Beispiel wurden die Bewohner des Kreises Züllichau-Schwiebus aufgrund der erheblichen Mehrarbeit der wenigen Allgemeinpraktiker, die nicht zur Wehrmacht einberufen worden waren, dazu aufgerufen, den Arzt nur im erforderlichen Fall aufzusuchen und sich bei kleineren Beschwerden von den ländlichen Gemeindeschwestern behandeln zu lassen. Diese seien ausreichend in der Krankenpflege ausgebildet und würden nun „mehr als bisher zur Entlastung der Aerzte eingeschaltet werden“.¹⁰⁵⁷

Immer wieder gingen Leidklagen über den Ärztemangel bei der Kammer bzw. KVD-Landesstelle ein, denen nicht Abhilfe geschaffen werden konnte. Herbert Cupei, chirurgischer Chefarzt im Krankenhaus Fürstenwalde/Spree, übte im August 1942 scharfe Kritik bei Franz Ideler, dem Vorsitzenden der Ärztekammer Mark Brandenburg, dass ihm seit Kriegsbeginn keine Assistenzärzte zur Seite gestellt worden seien. Bei Operationen unterstütze ihn lediglich ein Chirurg, der nur noch einen Arm besitze. Ansonsten greife er auf das weibliche Pflegepersonal zurück. Da er neben dem Krankenhausbetrieb seinen Wehrmachtsdienst in einem Lazarett zu absolvieren hatte, arbeitete Cupei täglich „von morgens 7,30 Uhr bis abends 20,30-21 Uhr und oft noch später, also 12-14 Stunden ohne Pause, ohne Essen!“, und würde nur eine Mahlzeit am späten Abend zu sich nehmen können. Zum Teil stünden auch nachts noch dringende Operationen an. Konsterniert bemerkte er abschließend, dass „die Ärzte jetzt im Kriege fast alle bis zur Grenze der Leistungsfähigkeit und darüber hinaus beansprucht werden“.¹⁰⁵⁸ Folglich stellte sich die Ausgangslage in der Gesundheitsversorgung auch nach dem Ende des Zweiten Weltkriegs als katastrophal dar.

¹⁰⁵⁷ BLHA, Rep. 72 Ärztekammer für die Provinz Brandenburg Nr. 2576, o. Bl.: Erst zur Schwester, dann zum Arzt! Einschaltung der ländlichen Gemeindeschwestern des Kreises Züllichau-Schwiebus in den ärztlichen Dienst.

¹⁰⁵⁸ Ebd. Nr. 471, Bl. 13: Schreiben Herbert Cupeis an die Ärztekammer Mark Brandenburg vom 10. August 1942.

6. Georg Schneiders Einsatz für Befugnisse zur beruflichen Selbstverwaltung in der sowjetischen Besatzungszeit

6.1 Berufspolitische Initiativen im ersten Nachkriegsjahr 1945/46

Nach der verheerenden Schlacht um Berlin, die die Kriegsniederlage des Deutschen Reiches endgültig besiegelte, und der bedingungslosen Kapitulation der Wehrmacht am 8. Mai 1945 stand auch die Provinz Mark Brandenburg¹⁰⁵⁹, wo besonders die Dörfer und Städte in den östlichen Gebieten massiv beschädigt waren, vor einem Trümmerhaufen.¹⁰⁶⁰ Der Krieg zeichnete sich speziell in der katastrophalen gesundheitlichen und hygienischen Situation ab. Verwundungen, Unterernährung, Krankheiten und Seuchen wie Fleckfieber, Tuberkulose, Typhus und Diphtherie bestimmten den Gesundheitszustand der Bevölkerung.¹⁰⁶¹ Der Bedarf nach medizinischer Hilfe war außerordentlich hoch; doch die Versorgung stand vor dem Zusammenbruch.

Insofern Krankenanstalten durch den Krieg nicht vollkommen zerstört waren und ihren Betrieb aufrechterhalten konnten, fehlte es ihnen an Fachpersonal. Zum Teil wurden sie auch, etwa die Kreiskrankenhäuser in Luckau und Königs Wusterhausen, zu Kriegsgefangenenlazarette der Roten Armee umfunktioniert, weswegen Ausweichstellen für zivile Patienten eingerichtet werden mussten.¹⁰⁶² In Wiesenburg etwa wurde „unter den schwierigsten Verhältnissen, ohne Medikamente, ohne Verbandstoffe ohne Desinfektionsmittel, ohne Benzin für die

¹⁰⁵⁹ Bis zur formellen Auflösung Preußens durch das Gesetz Nr. 46 des Alliierten Kontrollrats vom 25. Februar 1947 war Brandenburg preußische Provinz und wurde weiterhin als solche bezeichnet, wobei sie mit den übrigen Ländern der SBZ gleichgestellt war. Danach ging sie im Land Brandenburg auf. In den Quellen wird sie mitunter aber weiterhin als Provinz bezeichnet. Vgl. Michael C. Bienert/Hans-Joachim Schreckenbach, *Das Land und die Bezirke. Brandenburg in den Jahren der SBZ/DDR (1945–1989/90)*, in: Friedrich Beck/Manfred Görtemaker/Kristina Hübener/Klaus Neitmann (Hrsg.), *Brandenburg. Neues altes Land. Geschichte und Gegenwart (= Brandenburgische Historische Studien, Bd. 15)*, Berlin 2010, S. 98-127, hier S. 104.

¹⁰⁶⁰ Einen grundlegenden Überblick über die Lage und politische Umwälzung Brandenburgs nach Ende des Zweiten Weltkriegs bieten etwa ebd., S. 98-105; Laurenz Demp, *Die Provinz Brandenburg in der NS-Zeit (1933 bis 1945)*, in: Ingo Materna/Wolfgang Ribbe (Hrsg.), *Brandenburgische Geschichte*, Berlin 1995, S. 619-676, hier S. 668-676; Wolfgang Ribbe, *Das Land Brandenburg in der SBZ/DDR (1945 bis 1952)*, in: ebd., S. 677-726, hier S. 677-689.

¹⁰⁶¹ 1945 waren in Brandenburg beispielsweise 17.800 an Typhus erkrankte Personen gemeldet worden, im Juli 1949 waren es nur noch 81. Bis dahin konnten bezüglich der Seuchenbekämpfung große Erfolge erzielt und der Gesundheitszustand der Bevölkerung wieder angehoben werden. Vgl. BLHA, Rep. 211 Ministerium für Gesundheitswesen Nr. 171, Bl. 24: *Gesundheit hebt sich*, in: *Tagespost* vom 20. August 1949.

¹⁰⁶² Vgl. Krumbiegel, *Polikliniken*, S. 132-135; Thomas Mietk/Burghard Ciesla, *Die Kreise in der SBZ und DDR*, in: Kristina Hübener/Thomas Mietk (Hrsg.), *Der Landkreis Dahme-Spreewald. Eine Kreiskunde (= Einzelveröffentlichungen der Brandenburgischen Historischen Kommission e. V., Bd. 18; Einzelveröffentlichungen des Kreisarchivs Dahme-Spreewald, Bd. 3)*, Berlin 2016, S. 163-223, hier S. 169f.

dringendsten Besuche, ohne jegliche Hilfe von Seiten der zentralen Gesundheitsbehörden [...] aus der Not der Zeit ein Krankenhaus aus dem Nichts auf[gebaut]“.¹⁰⁶³

Ebenso spitzte sich der schon während des Krieges gravierende Ärzte- und Versorgungsman- gel in den Praxen weiter zu. 1945 zählte die Provinz Brandenburg lediglich 978 Ärzte und da- mit weniger als die Hälfte als zehn Jahre zuvor.¹⁰⁶⁴ Viele Ärzte fielen dem Krieg zum Opfer, kehrten arbeitsunfähig von der Front zurück oder waren in Kriegsgefangenschaft geraten.¹⁰⁶⁵ Andere waren, wie bereits erwähnt, mit der Verwüstung oder Feindbesetzung ihrer Praxis konfrontiert. Aus Angst vor beruflichen Einschränkungen, Verfolgung bzw. Rache- oder Ver- geltungsmaßnahmen durch die Rote Armee hielt überdies die bereits in den letzten Kriegswo- chen eingetretene Flucht von zahlreichen Medizinern aus Brandenburg und der gesamten SBZ in die westlichen Besatzungszonen weiter an. Zusätzliche ärztliche Behandlung erforderten hingegen die aus dem Osten kommenden deutschen Flüchtlinge.¹⁰⁶⁶

Obgleich die weiterhin berufstätigen Ärzte die Versorgung nach ihren Möglichkeiten auf- rechterhielten, mussten dringend Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheitslage und Neuregulierung der ärztlichen Berufsorganisation erwirkt werden. Die Reichsärztekammer und die Kassenärztliche Vereinigung Deutschlands mit ihren Untergliederungen waren hierfür keine Option mehr. Ihre Arbeit kam mit dem Zusammenbruch des ‚Dritten Reichs‘ zum Erlie- gen. Nun waren in Brandenburg und den weiteren sowjetisch besetzten Gebieten in erster Li- nie die örtlichen Militärkommandanten der Roten Armee¹⁰⁶⁷ bzw. die am 9. Juni 1945 gebilde- te SMAD mit ihren Verwaltungen auf Länder- und Provinzebene gefragt, der als exekutives, legislatives und judikatives Organ die Regierungsgewalt überlassen wurde und die auch eine

¹⁰⁶³ BLHA, Rep. 211 Ministerium für Gesundheitswesen Nr. 532, Bl. 57: Schreiben N. Klevers an das Gesund- heitsamt Belzig vom 4. Oktober 1945.

¹⁰⁶⁴ Vgl. Müller, Die Ärzteschaft, S. 247. Ende August 1947 betrug die Ärztezah in Brandenburg circa 1.300; vgl. BLHA, Rep. 211 Ministerium für Gesundheitswesen Nr. 150, Bl. 1-7: Protokoll über die 1. Sitzung des vor- bereitenden Ausschusses zur Gründung der Medizinischen Gesellschaft des Landes Brandenburg am 29. August 1947, hier Bl. 2. Detaillierte statistische Angaben über in Brandenburg tätige Ärzte für die Jahre 1946 bis 1949 sind zu entnehmen aus ebd. Nr. 535-538: Verzeichnisse der Ärzte des Landes Brandenburg.

¹⁰⁶⁵ Für Fallbeispiele siehe BLHA, Rep. 72 Ärztekammer für die Provinz Brandenburg Nr. 530: Dettmer, Dr. med. Heinrich; Nr. 634: Ehlers, Dr. med. Heinrich; Nr. 659f.: Ekke, Dr. med. Kurt; Nr. 1070: Hasse, Dr. med. Ernst Gottfried; Nr. 1461: Jahnke, Dr. med. Otto Richard Heinz; Nr. 1467: Jamke, Dr. med. Heinz Wilhelm.

¹⁰⁶⁶ Vgl. Krumbiegel, Polikliniken, S. 133. Für Fallbeispiele geflüchteter Ärzte siehe BLHA, Rep. 72 Ärztekam- mer für die Provinz Brandenburg Nr. 1620: Kleine, Dr. med. Franz Xaver August; Nr. 1635: Klose, Dr. med. Johanna. Zur gesundheitlichen Lage und Versorgung im Brandenburg der Nachkriegszeit siehe detailliert ebd., Rep. 211 Ministerium für Gesundheitswesen Nr. 1: Berichte aus den Kreisen über den Aufbau des Gesundheits- wesens im Land Brandenburg nach 1945.

¹⁰⁶⁷ Mit der Durchführung ihrer Befehle betrauten die Militärkommandanten in den Gemeinden, Städten und Kreisen der SBZ neu eingesetzte oder noch bestehende Verwaltungen, Landräte und Bürgermeister; vgl. Hans- Joachim Schreckenbach/Werner Künzel, Das Land Brandenburg und der brandenburgische Landtag 1945-1952, in: Kurt Adamy/Kristina Hübener (Hrsg.), Geschichte der Brandenburgischen Landtage. Von den Anfängen 1823 bis in die Gegenwart (= Brandenburgische Historische Studien, Bd. 3), Potsdam 1998, S. 225-326, hier S. 228f.

Abteilung Gesundheitswesen erhielt. Erster Chef der Abteilung Gesundheitswesen bei der am 9. Juli 1945 gegründeten Sowjetischen Militäradministration in Brandenburg (SMAB) war Major Alexandr Danilowitsch Rubanow. Als Kontrolleur und Ansprechpartner verteilte er zentrale bzw. landesspezifische Befehle an die untergeordneten Einrichtungen des Gesundheitswesens.¹⁰⁶⁸ Zur Unterstützung der Militäradministration wurden zwei gesundheitspolitische Akteure geschaffen. Dies waren zum einen die Deutsche Zentralverwaltung für das Gesundheitswesen, die eng mit der KPD bzw. mit der im April 1946 gegründeten SED zusammenarbeitete,¹⁰⁶⁹ und zum anderen die Landes- bzw. Provinzialgesundheitsämter. Doch auch einzelne Persönlichkeiten aus der Ärzteschaft, „die die Arbeit der ärztlichen Selbstverwaltung unter Wiederbelebung der 1933 abgebrochenen Tradition fortzusetzen gedachten“¹⁰⁷⁰, traten hervor; in Brandenburg allen voran Georg Schneider.¹⁰⁷¹

Dass sich Schneider in der unmittelbaren Nachkriegszeit wieder berufspolitisch engagierte, mag zunächst verwundern, bedenkt man seinen vollständigen Rückzug aus der Standespolitik und dem Berufsleben in den zehn Jahren zuvor. Noch im Oktober 1940 hatte er in einem Schreiben an die Doktorin Radwansky, Alfons Stauders Tochter, bekannt, dass er nach seinem Austritt aus dem DÄVB 1934 kaum noch Beziehungen zur Ärzteschaft gehabt habe oder mit Ärzten zusammengekommen sei, sich „angesichts der Entwicklung auch nicht mehr als Arzt“ fühle.¹⁰⁷² Von der Not der Nachkriegszeit getrieben wiederentfachten jedoch Schneiders Bestrebungen, für seinen Berufsstand einzutreten. Die Gesundheitslage gestaltete sich miserabel, die Verwaltungsstrukturen waren zusammengebrochen und die Ärzteorganisationen stan-

¹⁰⁶⁸ Vgl. Krumbiegel, Polikliniken, S. 81-84. Zur SMAD und ihren Territorialstrukturen siehe ausführlich Jan Foitzik, Sowjetische Militäradministration in Deutschland (SMAD) 1945–1949. Struktur und Funktion (= Quellen und Darstellungen zur Geschichte, Bd. 44), Berlin 1999; Wladimir P. Koslow u.a. (Hrsg.), SMAD-Handbuch. Die Sowjetische Militäradministration in Deutschland 1945-1949, München 2009.

¹⁰⁶⁹ Die DZVG wurde mit Befehl Nr. 17 der SMAD vom 27. Juli 1945 als ihr Beratungsorgan und über die gesamte SBZ wirkende Koordinationsstelle gesundheitsbezogener Maßnahmen sowie zur Kontrolle der einzelnen Gesundheitsbehörden ins Leben gerufen. Sie wurde im November 1948 als Hauptverwaltung Gesundheitswesen in die Deutsche Wirtschaftskommission (DWK) eingegliedert und gilt als Vorläuferin des Ministeriums für Gesundheitswesen der DDR. Vgl. und siehe ausführlich Krumbiegel, Polikliniken, S. 81, 105-109; Naser, Hausärzte, S. 56-66.

¹⁰⁷⁰ Seela, Die Ärzteschaft, S. 221.

¹⁰⁷¹ Eindrücke über standespolitische Bestrebungen in den Jahren 1945 und 1946 in anderen Provinzen bzw. Ländern der SBZ gewähren beispielsweise ebd., S. 221-242; Gerst, Ärztliche Standesorganisation, S. 82-86. Die Ausführungen können vergleichend für dieses und das nachfolgende Kapitel herangezogen werden. Gerst, Ärztliche Standesorganisation, S. 86f. und Krumbiegel, Polikliniken, S. 128ff., reißen konkret auch Schneiders Wirken an.

¹⁰⁷² IGEM, Nachlass Heinz Goerke, Ordner Dr. Georg Schneider (1875-1949) div. Mat., o. Bl.: Schreiben Georg Schneiders an Frau Dr. Radwansky vom 11. Oktober 1940. Vgl. auch ebd., o. Bl.: Schreiben Georg Schneiders an Fritz Lejeune vom 12. August 1940.

den vor ihrer Auflösung.¹⁰⁷³ Im Ärztestand habe „eine allgemeine Apathie“ geherrscht,¹⁰⁷⁴ weswegen Schneider seine Eigeninitiative gefordert sah.

Mit der Bitte, die Leitung der ärztlichen Berufsorganisation in Brandenburg wieder zu übernehmen – ohne dass es dafür einen zentralen Verband gab –, traten einige Ärzte aus der Provinz im Juli 1945 bei einer vom Gesundheitsamt der Stadt Potsdam einberufenen Sitzung an Schneider heran. Obwohl er sich mittlerweile im fortgeschrittenen Alter befand und seine gesundheitlichen Beschwerden nicht unerheblich waren, entsprach er diesem Wunsch. Zudem habe sich niemand anderes dazu bereit erklärt, wie Schneider zu einem späteren Zeitpunkt erklärte. Er vertrat seinen Berufsstand auf den Sitzungen des Gesundheitsamts und galt schnell wieder als Ansprechpartner, nicht aber als Entscheidungsträger, in „alle[n] ärztliche[n] Angelegenheiten“.¹⁰⁷⁵ Von dem großen Organisationsbedarf getrieben, schuf er in Potsdam gewissermaßen eine *Arbeitsstelle Schneider*, zunächst in der Berliner Straße. Später, vermutlich Anfang 1946, richtete er mit eigenen Mitteln Büroräume in der Gregor-Mendel-Straße ein.¹⁰⁷⁶ Ärzte und Arztwitwen aus verschiedenen Kreisen und Bezirken der Provinz „traten mit allen möglichen Anliegen an Schneider heran, baten um Zustellung von Urkunden, wollten Plätze für Niederlassungen namhaft gemacht haben, versuchten ausstehende Unterstützungen der Ärzteversicherung zu erhalten, suchten nach Angehörigen und hatten die verschiedensten Wünsche“. Geprägt war die Arbeit von den Nachwirkungen des Krieges. Es mangelte an Papier, Schreibmaschinen und weiterem Material.¹⁰⁷⁷

¹⁰⁷³ Mit dem Alliierten-Kontrollratsgesetz Nr. 2 vom 10. Oktober 1945 wurde die NSDAP einschließlich ihrer Gliederungen und so auch der NSDÄB aufgelöst. Die Auflösung von Reichsärztekammer und KVD in der SBZ befahl die SMAD Ende Oktober 1945, rechtlich bekräftigt wurde sie durch die Direktive Nr. 24 des Alliierten Kontrollrats vom 12. Januar 1946 und Befehl Nr. 146 der SMAD vom 12. Juni 1946. Hierfür wurden spezielle Abwicklungsstellen eingerichtet. Vgl. Krumbiegel, Polikliniken, S. 122; Naser, Hausärzte, S. 88ff. Das gesamte Eigentum und Wertvermögen der Institutionen waren den örtlichen Verwaltungsorganen des Gesundheitswesens, das heißt den Gesundheitsämtern, zu übergeben. Georg Schneider setzte sich erfolgreich dafür ein, dass ein Teil des Inventars der Ärztekammer Mark Brandenburg und der KVD-Landesstelle in den Besitz der Fachgruppe Ärzte/des Landesarbeitsausschusses der Ärzte im FDGB Land Brandenburg übergang. Vgl. und siehe ausführlich BLHA, Rep. 211 Ministerium für Gesundheitswesen Nr. 527: Liquidierung der Ärztekammer.

¹⁰⁷⁴ BLHA, Rep. 347 FDGB-Landesvorstand Brandenburg Nr. 560, o. Bl.: Abschrift des Sitzungsberichts über die Versammlung brandenburgischer Ärztevertreter in Potsdam am 2. und 3. März 1946, S. 2. Eine weitere Abschrift des Sitzungsberichts befindet sich in ebd., Rep. 250 Landratsamt Beeskow-Storkow/Fürstenwalde Nr. 1717, o. Bl.

¹⁰⁷⁵ Zitiert nach ebd., Rep. 250 Landratsamt Beeskow-Storkow/Fürstenwalde Nr. 1717, o. Bl.: Schreiben der Landkrankenkasse des Kreises Beeskow-Storkow an Erich Marsch vom 24. Oktober 1945.

¹⁰⁷⁶ Zu diesem Zeitpunkt führte die Berliner Straße noch die Bezeichnung Neue Königstraße, die Gregor-Mendel-Straße hieß bis 1945 Marienstraße; vgl. Klaus Arlt, Die Straßennamen der Stadt Potsdam. Geschichte und Bedeutung, in: Mitteilungen der Studiengemeinschaft Sanssouci e.V., Jg. 4, H. 2, 1999, S. 1-77, hier S. 17f., 31.

¹⁰⁷⁷ BLHA, Rep. 347 FDGB-Landesvorstand Brandenburg Nr. 560, o. Bl.: Abschrift des Sitzungsberichts über die Versammlung brandenburgischer Ärztevertreter in Potsdam am 2. und 3. März 1946, S. 3. Zur Wiederaufnahme der standespolitischen Tätigkeit Schneiders vgl. ebd., S. 2f.; ebd., Rep. 250 Landratsamt Beeskow-Storkow/Fürstenwalde Nr. 1717, o. Bl.: Schreiben Georg Schneiders an Erich Marsch vom 6. November 1945; Abschrift eines Schreiben Georg Schneiders an die DZVG, z. Hd. des Präsidenten Paul Konitzer, vom 26. Dezember 1945 (in der Abschrift fälschlicherweise auf 1946 datiert); Schreiben Georg Schneiders an einen namentlich

Über der Büro- und Beratungsarbeit stand für Schneider das vordringliche Ziel, die brandenburgische Ärzteschaft berufspolitisch zu reorganisieren mit einer anerkannten Vertretung zur Wahrnehmung der ideellen und wirtschaftlichen Interessen und als Verhandlungspartner der Sozialversicherungsträger. Hier zeigt sich allerdings, dass sein Einfluss auf die Gesundheits- und Berufspolitik in der Wiederaufbauphase der Provinz Brandenburg im Jahr 1945, die geprägt war von den Vorstellungen der sowjetischen Besatzer und in der die Gesamtsituation und Zuständigkeiten noch undurchsichtig waren, zunächst begrenzt blieb. Er belebte zwar den ärztlichen Selbstverwaltungsgedanken wieder. Sein Versuch, eine Satzung für eine Kammer auf der Grundlage ihres Bestehens vor 1933 bzw. für einen vereinslosen Ärztezusammenschluss auszuarbeiten, scheiterte aber an der Ablehnung des Provinzialgesundheitsamtes und war auch seitens der DZVG nicht vorgesehen.¹⁰⁷⁸

Als Abteilung VIII der Provinzialverwaltung Mark Brandenburg, die am 29. Juni 1945 gegründet und deren Leitung am 4. Juli von der SMAD bestätigt worden war, oblagen dem Provinzialgesundheitsamt sämtliche Angelegenheiten in seinem Fachbereich, so auch die Aufsicht und Kontrolle über alle darin tätigen Institutionen und Personen.¹⁰⁷⁹ Seiner Ermächtigung, einen provinziellen Ärzteausschuss und örtliche Ausschüsse einzusetzen, war es im Herbst 1945 aber noch immer nicht nachgekommen. Dies missfiel Schneider sehr und wurde deutlich von ihm beanstandet.¹⁰⁸⁰ Hinsichtlich der Reorganisation einer beruflichen Selbstverwaltung war ihm die Behörde ein Dorn im Auge. Das Provinzialgesundheitsamt wiederum nahm Schneiders Aktivitäten aufgrund seines fortgeschrittenen Alters „nicht besonders ernst“.¹⁰⁸¹ So befand sich „der Aufbau der Ärzteschaft“ in der Provinz Mark Brandenburg im Oktober 1945 noch immer „in Vorbereitung“.¹⁰⁸² Im Monat darauf beklagte Schneider aber-

nicht genannten Kollegen vom 9. Januar 1946.

¹⁰⁷⁸ Vgl. ebd., Rep. 347 FDGB-Landesvorstand Brandenburg Nr. 560, o. Bl.: Abschrift des Sitzungsberichts über die Versammlung brandenburgischer Ärztevertreter in Potsdam am 2. und 3. März 1946, S. 2. Siehe auch ebd., Rep. 250 Landratsamt Beeskow-Storkow/Fürstenwalde Nr. 1717, o. Bl.: Schreiben Georg Schneiders an Erich Marsch vom 6. November 1945.

¹⁰⁷⁹ Vgl. und siehe ausführlich Krumbiegel, Polikliniken, S. 118-122; Schreckenbach/Künzel, Das Land, S. 229. Die maßgebenden Persönlichkeiten beim Aufbau der von der SMAD kontrollierten brandenburgischen Provinzialverwaltung waren Kommunisten der ‚Gruppe Ulbricht‘, die nach dem Zweiten Weltkrieg aus dem Moskauer Exil zurückgekehrt waren. Die *Abteilung VIII Provinzialgesundheitsamt* ging am 26. September 1945 in die *Abteilung VIII Gesundheit* über und wurde im Frühjahr 1946 in *Abteilung VIII Gesundheitswesen* umbenannt. Sie wurde infolge der Regierungsbildung des Landtags Brandenburg zusammen mit den Abteilungen Arbeit und Sozialwesen sowie Umsiedler und Heimkehrer in das Ministerium für Arbeit und Sozialwesen eingegliedert. Minister wurde am 18. Dezember 1946 Fritz Hermann Schwob von der CDU.

¹⁰⁸⁰ Vgl. BLHA, Rep. 250 Landratsamt Beeskow-Storkow/Fürstenwalde Nr. 1717, o. Bl.: Schreiben Georg Schneiders an Erich Marsch vom 6. November 1945.

¹⁰⁸¹ BArch, DQ 1/93, Bl. 259: Aktennotiz zu einer Besprechung zwischen Vertretern des FDGB Potsdam und der DZVG am 26. Februar 1946.

¹⁰⁸² BLHA, Rep. 250 Landratsamt Beeskow-Storkow/Fürstenwalde Nr. 1717, o. Bl.: Schreiben der Landkrankenkasse des Kreises Beeskow-Storkow an Herrn Erich Marsch vom 24. Oktober 1945.

mals, dass „die Schwierigkeiten des Neuaufbaus der Aerzteschaft [...] aussergewöhnlich gross“ seien, da „die Russen keine Vereine und keine Kammer wünsch[t]en“.¹⁰⁸³ Bis Ende November sei „nicht [konkret] zu erkennen [gewesen], wie die Neuordnung in dem Sowjetischen Okkupationsgebiet gedacht war“.¹⁰⁸⁴

Die Schaffung einer neuen, möglichst selbständigen Berufsverwaltung war für Schneider insbesondere für die Ordnung des Kassenarztwesens von hohem Interesse. Auf Befehl der SMAD hatten die Krankenkassen Ende Juli 1945 ihre Arbeit auf Grundlage alter Verträge wiederaufgenommen, konnten Sozialversicherungsbeiträge einziehen und wurden durch Zuschüsse der Provinzialverwaltung unterstützt.¹⁰⁸⁵ Dies war aber nur eine Übergangslösung, die, wie Schneider auf einer Versammlung brandenburgischer Ärztevertreter Anfang März 1946 darlegte, eher schlecht als recht funktionierte. Es habe keine Einheitlichkeit bestanden, sondern ein „Durcheinander“, das „immer grösser [wurde], weil einzelne Kassen, die bald der Auflösung verfielen, weiter Krankenscheine ausgaben, die später nicht honoriert werden konnten, sodass die Aerzte nun in vielen Orten planmässig dazu übergingen, Kassenmitglieder nur noch als Privatpatienten in Behandlung zu nehmen“.¹⁰⁸⁶ Vorgesehen war ein vollkommener Neuaufbau der brandenburgischen Sozialversicherung in Form einer Sozialversicherungsanstalt (SVA), wozu Christian Riedel, der ehemalige Geschäftsführer des brandenburgischen Landesverbands vom Hauptverband Deutscher Krankenkassen und später Mitglied der SED, durch die Zentralverwaltung für Arbeit und Sozialfürsorge bevollmächtigt wurde.¹⁰⁸⁷ Auf Seite der Ärzteschaft stand ihm Georg Schneider gegenüber, der die wirtschaftlichen Interessen seines Standes vertrat.

Zusätzliche Relevanz erlangte die Reorganisation des Kassenarztwesens mit der von der DZVG erlassenen *Verordnung über die vorläufige Neuregelung der ärztlichen Approbation und Niederlassung* vom 17. Oktober 1945, die festlegte, dass die Genehmigung einer Niederlassung künftig ausschließlich durch das Provinzial- oder Landesgesundheitsamt erfolgen

¹⁰⁸³ Ebd., o. Bl.: Schreiben Georg Schneiders an Erich Marsch vom 6. November 1945.

¹⁰⁸⁴ Ebd., Rep. 347 FDGB-Landesvorstand Brandenburg Nr. 560, o. Bl.: Abschrift des Sitzungsberichts über die Versammlung brandenburgischer Ärztevertreter in Potsdam am 2. und 3. März 1946, S. 2.

¹⁰⁸⁵ Vgl. Naser, Hausärzte, S. 158.

¹⁰⁸⁶ BLHA, Rep. 347 FDGB-Landesvorstand Brandenburg Nr. 560, o. Bl.: Abschrift des Sitzungsberichts über die Versammlung brandenburgischer Ärztevertreter in Potsdam am 2. und 3. März 1946, S. 2. Im September/Oktober 1945 wurde das Krankenversicherungsrecht vereinheitlicht und damit die Allgemeine Ortskrankenkasse zum alleinigen Träger der Krankenversicherung; vgl. Krumbiegel, Polikliniken, S. 158.

¹⁰⁸⁷ Vgl. Krumbiegel, Polikliniken, S. 158. Zum Neuaufbau der Sozialversicherung und zur Einrichtung der SVA Mark Brandenburg als Körperschaft des öffentlichen Rechts und alleinigen Trägers der Kranken-, Unfall-, Invaliden-, Angestellten- und Knappschaftsversicherung zum 1. Februar 1946 siehe Verordnung über die Sozialversicherungsanstalt Mark Brandenburg vom 7. Januar 1946, in: VOBl. PVMB, H. 7, 1946, S. 110; und detailliert BLHA, Rep. 349 Sozialversicherung Landesgeschäftsstelle Brandenburg Nr. 5ff.

durfte und nur dann, wenn sich der Arzt zur Ausübung der Kassenpraxis verpflichtete.¹⁰⁸⁸ Folglich sollte die privatärztliche Behandlung auf Dauer nicht fortbestehen, für Niederlassungen waren nur noch Kassenärzte vorgesehen. Zur Besprechung der Verhältnisse nahm Schneider im Herbst 1945 gemeinsam mit ihm vertrauten berufspolitischen Kollegen aus der gesamten SBZ Verbindung zu ihm ebenfalls schon aus der Weimarer Zeit bekannten Vertretern der Krankenkassen auf, die wieder in ihre Ämter eingesetzt worden waren.¹⁰⁸⁹ Krankenkassenvertreter der Provinz Brandenburg erwirkten sodann bei der Abteilung Arbeit und Sozialwesen in der Provinzialverwaltung für Schneider „eine Vollmacht zur Leitung der kassenärztlichen Angelegenheiten“.¹⁰⁹⁰ Damit wurde er nicht nur zum offiziellen Verhandlungspartner Riedels, sondern auch mit der Leitung einer provinziellen Abrechnungsstelle für kassenärztliche Leistungen, die als Verwaltungseinheit der nicht mehr existenten KVD bestehen blieb,¹⁰⁹¹ beauftragt.¹⁰⁹²

Am 29. Januar 1946, wenige Tage vor Errichtung der SVA Mark Brandenburg, zu deren Direktor Christian Riedel ernannt werden sollte, schloss jener mit Schneider einen Kollektivvertrag zur Regelung der kassenärztlichen Tätigkeit.¹⁰⁹³ Die Vereinbarung enthielt unter anderem Grundsätze über die Zulassung sowie den Umfang, die Ausübung und die Vergütung der Behandlung. Dabei schrieb sie für alle Patienten „die freie Wahl unter den zugelassenen Ärzten“¹⁰⁹⁴ sowie eine wirtschaftlich zweckmäßige Behandlungsweise und Arzneimittelverschreibung fest. Verteilt werden sollten die Honorare der Kassenärzte durch eine zentrale Abrechnungsstelle. An sie hatte jeder Sozialversicherungsträger die Gesamtvergütung für die erbrachten kassenärztlichen Leistungen in seinem Bezirk zu entrichten, der einzelne Arzt sollte seine Rechnungen und Behandlungsscheine einreichen. Schneider und Riedel orientierten sich

¹⁰⁸⁸ Vgl. BLHA, Rep. 211 Ministerium für Gesundheitswesen Nr. 525, Bl. 1: Schreiben der DZVG an die Provinzialverwaltung Brandenburg, Abteilung Gesundheitswesen vom 17. Oktober 1945 mit dem Wortlaut der am selben Tag erlassenen Verordnung. Zur Neuregelung des Niederlassungsrechts im Jahr 1945 siehe auch Naser, Hausärzte, S. 67-71.

¹⁰⁸⁹ Vgl. Goerke, Am Puls, S. 117.

¹⁰⁹⁰ BLHA, Rep. 347 FDGB-Landesvorstand Brandenburg Nr. 560, o. Bl.: Abschrift des Sitzungsberichts über die Versammlung brandenburgischer Ärztevertreter in Potsdam am 2. und 3. März 1946, S. 2. Zu den nachfolgenden Ausführungen vgl. auch Gerst, Ärztliche Standesorganisation, S. 86f.; Krumbiegel, Polikliniken, S. 128ff.

¹⁰⁹¹ Vgl. Krumbiegel, Polikliniken, S. 126; Naser, Hausärzte, S. 109.

¹⁰⁹² Vgl. BLHA, Rep. 250 Landratsamt Beeskow-Storkow/Fürstenwalde Nr. 1717, o. Bl.: Schreiben Georg Schneiders an einen namentlich nicht genannten Kollegen vom 22. Dezember 1945.

¹⁰⁹³ Siehe BArch, DQ 1/93, Bl. 260-264: Abschrift des Vertrages zwischen Georg Schneider als Bevollmächtigten der Fachgruppe Ärzte in der Sektion Gesundheitswesen des FDGB und Christian Riedel als Bevollmächtigten der Provinzialverwaltung zum Aufbau der SVA in der Provinz Mark Brandenburg vom 29. Januar 1946 (nachfolgend: Kollektivvertrag 1946). Der Vertrag trat rückwirkend zum 1. Oktober 1945 in Kraft. Zu relativieren ist daher die Behauptung von Goerke, Am Puls, S. 117, „daß bereits im Herbst 1945 Rahmenverträge abgeschlossen werden konnten, durch die die kassenärztliche Tätigkeit eine rechtsverbindliche Grundlage erhielt“.

¹⁰⁹⁴ Kollektivvertrag 1946, Bl. 260v, § 6. Einem Arztwechsel während eines gleichen Behandlungsfalls musste jedoch vom Sozialversicherungsträger zugestimmt werden; vgl. ebd., § 7.

hier ohne Frage am Muster früherer Kassenärztlicher Vereinigungen und beabsichtigten als Verrechnungsstelle sogar eine „Vereinigung der Vertragsärzte“¹⁰⁹⁵, deren Form und Zusammensetzung aber nicht näher erläutert wurden. Obendrein garantierte der Vertrag den Versicherungsträgern und der Ärztevereinigung Kontroll- und Disziplinarbefugnisse und ordnete für jeden Sozialversicherungsbezirk die Konstituierung eines paritätisch zusammengesetzten Vertragsausschusses zur Überwachung der Einhaltung der Richtlinien und zur Schlichtung von Streitigkeiten an. Als übergeordnete Instanz wäre ein Einigungsausschuss zu errichten.

Die Bestimmungen des Vertrages waren zum Teil noch sehr vage formuliert; immerhin befand sich die SVA erst in ihrer Aufbauphase, und eine Ärztevertretung gab es überhaupt noch nicht. Dennoch ebnete der Vertrag den Weg für die künftige Kooperation zwischen Ärzteschaft und Sozialversicherungsträgern. Diesbezüglich hatte der Präsident der DZVG, Paul Konitzer, bereits am 29. November 1945 mit Rundschreiben an die Landes- und Provinzialverwaltungen verkündet, dass seitens der SMAD nur eine Organisation der Ärzte im Gewerkschaftsbund als wirtschaftliche Interessenvertretung und Vertragspartner der Sozialversicherung akzeptiert werden würde.¹⁰⁹⁶

6.2 Die Fachgruppe/der Landesarbeitsausschuss der Ärzte im FDGB Land Brandenburg unter Leitung Georg Schneiders

Um standespolitisch möglichst souverän agieren zu können, musste sich Schneider den neuen Verwaltungsstrukturen unterordnen und trat dem Freien Deutschen Gewerkschaftsbund¹⁰⁹⁷ bei. Nur durch diesen Schritt mochte es ihm gelingen, die Organisation der Ärzteschaft voranzutreiben und mitzubestimmen. Vermutlich Mitte Dezember 1945 erhielt er vom FDGB „eine Vollmacht zum Aufbau der Aertzteschaft im Rahmen der Gewerkschaft“.¹⁰⁹⁸ Politisch unbelastet und mit seinen Erfahrungen in der ärztlichen Standespolitik schien er der geeignete Mann

¹⁰⁹⁵ Ebd., Bl. 262v, § 21.

¹⁰⁹⁶ Vgl. BLHA, Rep. 349 Sozialversicherung Landesgeschäftsstelle Brandenburg Nr. 6, o. Bl.: Verordnung über die Behandlung und Versorgung Sozialversicherter sowie über die Vertragsabschlüsse zwischen Angehörigen der Heil- und Hilfsberufe mit den Versicherungsträgern in der sowjetischen Besatzungszone vom 28. November 1945; Gerst, Ärztliche Standesorganisation, S. 83; Krumbiegel, Polikliniken, S. 128, Naser, Hausärzte, S. 89.

¹⁰⁹⁷ Der FDGB wurde infolge des SMAD-Befehls Nr. 2 vom 10. Juni 1945 gegründet; zur seiner Entstehung siehe Stefan Paul Werum, Gewerkschaftlicher Niedergang im sozialistischen Aufbau. Der Freie Deutsche Gewerkschaftsbund (FDGB) 1945 bis 1953 (= Schriften des Hannah-Arendt-Instituts für Totalitarismusforschung, Bd. 26), Göttingen 2005, S. 33-39.

¹⁰⁹⁸ BLHA, Rep. 347 FDGB-Landesvorstand Brandenburg Nr. 560, o. Bl.: Abschrift des Sitzungsberichts über die Versammlung brandenburgischer Ärztevertreter in Potsdam am 2. und 3. März 1946, S. 2. Dass die Rechtmäßigkeit der Vollmacht vom Provinzialgesundheitsamt infrage gestellt wurde – siehe ebd., S. 3 –, unterstreicht Schneiders angespanntes Verhältnis zu dieser Behörde und zeigt, dass die berufs- und gesundheitspolitischen Verhältnisse und Zuständigkeiten in Brandenburg und der SBZ Ende 1945 zum Teil noch immer nebulös waren.

für die Neuordnung der Berufsvertretung zu sein. Selbst schätzte sich Schneider als „Gegner des Nationalsozialismus und Verfechter der Idee einer wahren Demokratie“ ein.¹⁰⁹⁹ Nicht nur unter den Kollegen, sondern auch von offiziellen Stellen der SBZ wurde ihm daher Anerkennung entgegengebracht. Die DZVG sah in ihm einen alten Deutsch-Nationalen – „der Hindenburg mit Pickelhaube und Ehrenzeichen häng[e] in seiner Wohnung“ – und in Organisationsfragen sehr erfahrenen Mann „mit einem klaren Sinn für Tatsachen“.¹¹⁰⁰

Orientiert an den Vorgaben der Zentralverwaltung¹¹⁰¹ erarbeitete Schneider eine „Aufbauordnung des Standes“¹¹⁰² für die Ärzte der Provinz Mark Brandenburg. Der Entwurf zielte darauf, in der Sektion Gesundheitswesen im FDGB „auf dem Grundsatz des freiwilligen Anschlusses“ eine „völlig selbständige“ Fachgruppe für die Ärzteschaft mit entsprechenden Ortsgruppen innerhalb der einzelnen Provinzbezirke zu gründen. Sie sollte die Gruppen der frei praktizierenden, beamteten, Krankenhaus- und Assistenzärzte umschließen und „den gesamten, den Stand betreffenden Aufgabenkomplex“ umfassen, um „die Möglichkeit einer einheitlichen Vertretung seiner Interessen zu schaffen“.¹¹⁰³

Die geplante Organisation der Fachgruppe, vertreten durch einen Vorstand bzw. ein Präsidium, bestehend aus fünf Ärzten,¹¹⁰⁴ weist klar sichtbare Ähnlichkeiten zu den Strukturen ärztlicher Selbstverwaltung in der Weimarer Republik auf. Oberstes Ziel der Fachgruppe wäre die Wahrung der wirtschaftlichen Interessen der brandenburgischen Ärzteschaft. Dazu sollte sie „für die alleinige Behandlungsbefugnis für approbierte Aerzte, freie Honorarvereinbarungen, Mitarbeit bei der Aufstellung von Gebührenordnungen und ferner für die zur Ausübung nötigen Rechte, sowie für die Freizügigkeit bei der Niederlassung im Rahmen einer geordneten Planwirtschaft“ eintreten und die „weitgehende Mitarbeit der Aerzte an der sozialen Gesetzgebung und die sachkundige Beratung der Provinzialverwaltung durch persönliche Heranzie-

¹⁰⁹⁹ BArch DQ1/93, Bl. 80f.: Schreiben Georg Schneiders an die DZVG vom 12. Juni 1946, hier Bl. 80.

¹¹⁰⁰ Ebd., Bl. 259: Aktennotiz zu einer Besprechung zwischen Vertretern des FDGB Potsdam und der DZVG am 26. Februar 1946.

¹¹⁰¹ Ein von der DZVG im November 1945 erarbeitetes Konzept sah eine gewerkschaftliche Berufsorganisation mit umfangreichen Aufgaben, die zuvor von den Kammern übernommen worden waren, vor; siehe ebd., DQ 1/117, Bl. 16-19: Aufbau der Organisation der Heilberufe, 13. November 1945; Bl. 20f.: Vorschlag zum Aufbau der Ärzteorganisation. Dieser Kurs wurde aber schnell relativiert hin zu einer rein wirtschaftlichen Interessenvertretung der Ärzte im FDGB. Alle anderen Standesangelegenheiten sollten von Ärzteausschüssen beim Landes-/ Provinzialgesundheitsamt wahrgenommen werden. Vgl. Gerst, Ärztliche Standesorganisation, S. 83.

¹¹⁰² BLHA, Rep. 347 FDGB-Landesvorstand Brandenburg Nr. 560, o. Bl.: Abschrift des Sitzungsberichts über die Versammlung brandenburgischer Ärztevertreter in Potsdam am 2. und 3. März 1946, S. 3.

¹¹⁰³ Ebd., Rep. 250 Landratsamt Beeskow-Storkow/Fürstenwalde Nr. 1717, o. Bl.: Entwurf Georg Schneiders für den Aufbau der Ärzteschaft im sowjetischen Besatzungsgebiet. Vgl. auch ebd., o. Bl.: Aufbau der Fachgruppe Aerzteschaft der Provinz Brandenburg in der Sektion Gesundheitswesen des Freien Deutschen Gewerkschaftsbundes (nachfolgend: Aufbauordnung der Fachgruppe Ärzte), Abschnitt I. Letzteres Dokument befindet sich auch in ebd., Rep. 347 FDGB-Landesvorstand Brandenburg Nr. 560, o. Bl.

¹¹⁰⁴ Vgl. Aufbauordnung der Fachgruppe Ärzte, Abschnitt XI.

hung und gutachtliche Stellungnahme in allen die wirtschaftliche Stellung der Aerzte betreffenden Fragen“ fördern.¹¹⁰⁵

Schon hier lassen sich wesentliche Forderungen der früheren Standesvertretungen wiedererkennen, wie etwa der Ausschluss von Laienbehandlern und Kurpfuschern, die Niederlassungsfreiheit sowie Befugnisse zur Mitbestimmung in der Gesundheitspolitik und zur berufspolitischen Selbstverwaltung. Mit Blick auf den letztgenannten Punkt sollte die Fachgruppe insbesondere hinsichtlich des Kassenarztwesens eine wesentliche Rolle einnehmen, indem sie die kassenärztliche Versorgung vertraglich sicherzustellen hätte und ihr die Abrechnung kassenärztlicher Leistungen sowie die Verteilung der Honorare, die die Sozialversicherungsträger an sie errichten sollten, zu übertragen wären.¹¹⁰⁶ Schneider favorisierte also eine Einbindung der ihm angetragenen kassenärztlichen Abrechnungsstelle in den FDGB.

Weitere Zuständigkeiten der Fachgruppe wären der Abschluss von Tarifverträgen für Krankenhausärzte sowie die Verhandlungsführung mit Behörden, Kommunen, Fürsorgeverbänden, karitativen Anstalten und Privatorganisationen, insofern sie ärztliche Dienste anforderten.¹¹⁰⁷

Die Tarifverhandlungen und Vertragsabschlüsse für einzelne Arztgruppen wie der leitenden Krankenhaus- oder Assistenzärzte sollten durch besondere Ausschüsse wahrgenommen werden.¹¹⁰⁸ Im Sinne einer planmäßigen Verteilung der Ärzte und für eine „ausreichende ärztliche Versorgung der Stadt- und Landbezirke [... als] eine der vordringlichsten Aufgaben der nächsten Zeit“ hätte die Fachgruppe ein die gesamte Ärzteschaft der Provinz Brandenburg umfassendes Register zu führen und Verhandlungen mit Ärztevertretungen anderer Länder und Provinzen aufzunehmen.¹¹⁰⁹ Hierfür begann Schneider bereits Anfang 1946 Informationen zu sammeln, indem er an Ärztevertreter aus der gesamten Provinz Fragebögen zur Erfassung aller in ihrem Bezirk tätigen und wohnhaften Ärzte versandte.¹¹¹⁰ Die Fachgruppe Ärzte sollte darüber hinaus als Vermittlerin für Praxisvertreter sowie für frei werdende Stellen in Krankenanstalten eintreten, sich dem kollegialen Versicherungs-, Fürsorge- und Unterstüt-

¹¹⁰⁵ Ebd., Abschnitt II, Nr. 1f.

¹¹⁰⁶ Vgl. ebd., Nr. 3.

¹¹⁰⁷ Vgl. ebd., Nr. 4, 10.

¹¹⁰⁸ Vgl. ebd., Abschnitt VIII.

¹¹⁰⁹ Ebd., Abschnitt II, Nr. 5. Schneider hatte bereits Verhandlungen mit den Gewerkschaftsvertretern anderer Länder und Provinzen eingeleitet „mit dem Bestreben, wenigstens innerhalb des sowjetischen Sektors eine Einheitlichkeit des Aufbaues der Aerzteschaft [...] zu sichern“; siehe BLHA, Rep. 250 Landratsamt Beeskow-Storkow/Fürstenwalde Nr. 1717, o. Bl.: Entwurf Georg Schneiders für den Aufbau der Ärzteschaft im sowjetischen Besatzungsgebiet.

¹¹¹⁰ Vgl. BLHA, Rep. 250 Landratsamt Beeskow-Storkow/Fürstenwalde Nr. 1717, o. Bl.: Schreiben Georg Schneiders an einen nicht namentlich genannten Kollegen vom 9. Januar 1946.

zungswesen annehmen und sich für den „Ausbau des ärztlichen Genossenschaftswesens“ einsetzen.¹¹¹¹

Die Ortsgruppen, geleitet von drei- bis fünfköpfigen Vorständen, wären für die Durchführung und Überwachung der von der Fachgruppe abgeschlossenen Verträge verantwortlich und hätten dabei die wirtschaftlichen Interessen ihrer Mitglieder zu sichern. In den Ortsgruppen sollten sich möglichst alle Ärzte eines Kreises bzw. einer Stadt zusammenfinden, wodurch sie zugleich zu Mitgliedern der Fachgruppe werden würden. Von ihnen wären Beiträge zur Deckung der Verwaltungskosten zu erheben. Ärzte, die nicht der Fachgruppe angehörten, aber an von ihr abgeschlossenen Verträgen beteiligt waren, hätten einen Unkostenersatz zu zahlen. Dem Präsidium und den Ortsgruppen wären zudem disziplinarische Befugnisse zu übertragen. Wenn ein Mitglied die Beschlüsse seiner Ortsgruppe oder die Verfügungen des Vorstandes nicht befolgen oder die Standesinteressen verletzen würde, sollten sie Strafen in Form von Verweisen, Warnungen, Geldbußen bis 1.000 Mark sowie des dauerhaften oder vorübergehenden Ausschlusses aus der kassenärztlichen Tätigkeit bzw. aus der Fachgruppe aussprechen dürfen.¹¹¹²

Als Organe der Fachgruppe erwog Schneider neben dem Präsidium einen Ärztetag, einen Geschäftsausschuss, einen Schatzmeister und einen Schriftwart. Der *Ärztetag der Provinz Brandenburg* wäre die Mitgliederversammlung der Fachgruppe, zu der die einzelnen Ortsgruppen Delegierte entsenden könnten. Er stellte sozusagen das Pendant zum bis 1933 vom Provinzialverband ausgetragenen Brandenburgischen Ärztetag dar. Obliegenheiten des Ärztetages wäre unter anderem die alle drei Jahre stattfindende Wahl des Geschäftsausschusses der Fachgruppe.¹¹¹³ Dieser, bestehend aus zwölf Mitgliedern, sollte die Beschlüsse des Ärztetages ausführen, Streitigkeiten zwischen den Ortsgruppen schlichten und wiederum das Präsidium wählen. Letzteres wäre mit der Führung der Geschäfte der Fachgruppe zu beauftragen und hätte den Verteilungsplan der kassenärztlichen Honorare zu genehmigen.¹¹¹⁴ Der Schatzmeister schließlich wäre für die Verwaltung des Vermögens der Fachgruppe zuständig, der Schriftwart für die Protokollführung bei den Ärztetagen und sonstigen Sitzungen der Fachgruppe. Beide Ämter könnten auch vereint durch einen ärztlichen Geschäftsführer wahrgenommen werden.

¹¹¹¹ Aufbauordnung der Fachgruppe Ärzte, Abschnitt II, Nr. 7. Es sollte sich herausstellen, dass zentrale Fürsorgeeinrichtungen, wie sie etwa bei den Ärztekammern bestanden, nicht mehr gestattet wurden; vgl. BLHA, Rep. 211 Ministerium für Gesundheitswesen Nr. 534, Bl. 42-45: Rundschreiben Nr. 16 der Fachgruppe Ärzte im FDGB Land Brandenburg vom 16. Dezember 1947, verfasst von Georg Schneider, hier Bl. 44r.

¹¹¹² Vgl. Aufbauordnung der Fachgruppe Ärzte, Abschnitt I, III-VI.

¹¹¹³ Siehe ausführlich ebd., Abschnitt VIII. Die Bezeichnung der Delegiertenversammlung als Ärztetag setzte sich nicht wieder durch.

¹¹¹⁴ Vgl. ebd., Abschnitt XI. Eine solche Relevanz erlangte der erst 1948 gewählte Geschäftsausschuss nicht.

Letztlich zog Schneider noch die Anstellung eines Schriftleiters für ein eigenes Veröffentlichungsorgan in Erwägung.¹¹¹⁵

Neben der Fachgruppe als vornehmlich wirtschaftlicher Interessenvertretung waren gemäß den Richtlinien der DZVG ärztliche Ausschüsse bei den Gesundheitsämtern zur Gewährung der ideellen Standesziele vorgesehen. Überdies regte Schneider die Gründung ärztlicher Zusammenschlüsse auf wissenschaftlicher Grundlage, wogegen die sowjetische Militäradministration wohl keine Bedenken erheben würde, und damit insgesamt eine „Dreiteilung im Aufbau der Ärzteschaft“ an.¹¹¹⁶ Schneider erarbeitete auch für die beiden letzten Organisationsformen Richtlinien bzw. Satzungen.¹¹¹⁷

Mit der Bildung eines ärztlichen Ausschusses beim Provinzialgesundheitsamt und jedem örtlichen, kommunalisierten Gesundheitsamt¹¹¹⁸ sollte die Kooperation zwischen den Behörden und den Ärzten gefördert und auf eine Verbesserung des Gesundheitszustands der Bevölkerung hingewirkt werden. Die Ausschüsse, bestehend aus fünf Vertretern, wären von der Ärzteschaft zu wählen.¹¹¹⁹ Im Idealfall wäre die personelle Zusammensetzung eines Ausschusses identisch mit der der FDGB-Fach- bzw. Ortsgruppe. Zum Aufgabenbündel des Provinzialausschusses hätten die Aufstellung fester Berufsnormen entsprechend der *Standesordnung für die deutschen Ärzte*, die Regelung des Facharztwesens, die Organisation von Fortbildungskursen und die Überwachung der gewerbsmäßigen Laienbehandlung zu gehören; also Zuständigkeiten, die zur Weimarer Zeit vornehmlich der Ärztekammer oblegen hatten. Zudem wäre der Ausschuss bei Approbations-, Niederlassungs- und gesundheitspolitischen Fragen vom Provinzialgesundheitsamt zu hören. Die Ausschüsse an den örtlichen Gesundheitsämtern sollten laut Schneiders Plänen mit einer Vielzahl an Aufgaben betraut werden: Erfassung aller im Stadt- oder Bezirksgebiet tätigen Ärzte; Überwachung der gewissenhaften ärztlichen Berufsausübung sowie der Trennung der Arbeitsgebiete von praktischen und Fachärzten zum Wohle der Kollegialität; Förderung der ärztlichen Fortbildung; Mitarbeit am Gesundheitsdienst, bei

¹¹¹⁵ Vgl. ebd., Abschnitt XII-XIII.

¹¹¹⁶ BLHA, Rep. 250 Landratsamt Beeskow-Storkow/Fürstenwalde Nr. 1717, o. Bl.: Schreiben Georg Schneiders an einen namentlich nicht genannten Kollegen vom 9. Januar 1946. Vgl. auch ebd., o. Bl.: Entwurf Georg Schneiders für den Aufbau der Ärzteschaft im sowjetischen Besatzungsgebiet; BArch, DQ 1/93, Bl. 259: Aktennotiz für eine Besprechung zwischen Vertretern des FDGB Potsdam und der DZVG am 26. Februar 1946.

¹¹¹⁷ Vgl. nachfolgend BLHA, Rep. 250 Landratsamt Beeskow-Storkow/Fürstenwalde Nr. 1717, o. Bl.: Entwurf Georg Schneiders für den Aufbau der Ärzteschaft im sowjetischen Besatzungsgebiet; Richtlinien Georg Schneiders für die Bildung eines Ausschusses der Ärzteschaft der Provinz Brandenburg beim Provinzialgesundheitsamt und eines Ausschusses der Potsdamer Ärzteschaft beim Gesundheitsamt der Stadt Potsdam.

¹¹¹⁸ Das Provinzialgesundheitsamt war Aufsichts- und Beschwerdeinstanz der Gesundheitsämter; vgl. Krumbiegel, Polikliniken, S. 120.

¹¹¹⁹ In den Provinzialausschuss hätte das Provinzialgesundheitsamt einen Arzt als seinen Vertreter zu entsenden, den Ausschüssen bei den örtlichen Gesundheitsämtern sollte der Stadtmedizinalrat angehören.

sozialen und hygienischen Herausforderungen sowie in der Fürsorge; Bekämpfung des Kurpfuschertums; Kontrolle des Arzneimittelwesens. Überdies könnten die Ausschüsse Ärzte, die ihren Anordnungen nicht nachkämen, belehren, verwarnen oder mit einer Geldstrafe von bis zu 500 Mark belegen. Berufungsinstanz wäre der Provinzialausschuss. Die Errichtung eines provinziellen ärztlichen Standesgerichts zog Schneider ebenso in Betracht, ohne hierfür detaillierte Maßgaben darzulegen.

Die wissenschaftlichen Zusammenschlüsse der Ärzte plante Schneider als eine Art Ersatz für das ärztliche Vereinsleben. So gleicht der Satzungsentwurf einer *ars medica* als Verbindung der Potsdamer Ärzte,¹¹²⁰ für deren Gründung der Direktor des Provinzialgesundheitsamts sein Einverständnis erklärt hatte,¹¹²¹ den Statuten einer privaten Ärztevereinigung des frühen 19. Jahrhunderts. Ihr Zweck „wäre die Pflege der Wissenschaft, die Veranstaltung geselliger Abende, in Gemeinschaft mit dem Gesundheitsamt und den Krankenkassen die Volksaufklärung durch Arrangierung von öffentlichen Vorträgen aus dem Gebiet der Gesundheitspflege und Sozialmedizin, vielleicht auch das Schlichtungswesen bei kollegialen Streitigkeiten“.¹¹²² Kurzum sollte sie die berufliche Leistungsfähigkeit und das kollegiale Verhältnis stärken. Schneider schwebte eine monatliche Zusammenkunft der *ars medica* vor, die mit einem gemeinsamen Essen beginnen und in einem wissenschaftlichen Fachgespräch münden würde. Obendrein wäre ein Lesezirkel einzurichten. Als führendes Organ plante Schneider einen Vorstand, der sich aus den Leitern der FDGB-Fachgruppe Potsdam bilden und aus einem Vorsitzenden, einem Schriftführer und einem Kassenwart bestehen sollte. Ein wissenschaftlich-kollegialer, ein sozialer und ein Schlichtungsausschuss wären die zusätzlichen Einrichtungen der *ars medica*.

Um die Realisierung seiner Entwürfe zum Neuaufbau des ärztlichen Organisationswesens erreichen zu können, engagierte sich Schneider zunächst auf lokaler Ebene für den Eintritt seiner Standeskollegen in den FDGB. Am 26. Februar 1946 gehörten bereits 37 der 140 Potsdamer Ärzte dem Gewerkschaftsbund an¹¹²³ und waren in der neun Tage zuvor gegründeten

¹¹²⁰ Voraussetzung für einen Beitritt in die *ars medica* wäre die FDGB-Mitgliedschaft; vgl. hier und nachfolgend BLHA, Rep. 250 Landratsamt Beeskow-Storkow/Fürstenwalde Nr. 1717, o. Bl.: Satzung der *ars medica*.

¹¹²¹ Vgl. ebd., Rep. 211 Ministerium für Gesundheitswesen Nr. 532, Bl. 15: Schreiben des Direktors des Provinzialgesundheitsamts Mark Brandenburg an Georg Schneider vom 10. September 1945. Einen Monat später hingegen teilte der Direktor des Provinzialgesundheitsamts dem Spremberger Magistrat mit, „dass die Gründung von Ärztevereinen nach neuesten Entscheidungen nicht zulässig“ sei; vgl. ebd. Nr. 531, Bl. 12: Rundschreiben des Magistrats Spremberg, Abteilung Gesundheitswesen an die Ärzte von Stadt und Kreis Spremberg vom 5. November 1945.

¹¹²² Ebd., Rep. 250 Landratsamt Beeskow-Storkow/Fürstenwalde Nr. 1717, o. Bl.: Entwurf Georg Schneiders für den Aufbau der Ärzteschaft im sowjetischen Besatzungsgebiet.

¹¹²³ Vgl. BArch, DQ 1/93, Bl. 259: Aktennotiz zu einer Besprechung zwischen Vertretern des FDGB Potsdam und der DZVG am 26. Februar 1946.

Ortsgruppe Potsdam mit Sitz in Schneiders alten Büroräumen in der Berliner Straße¹¹²⁴ zusammengeschlossen. Ihre ersten beiden von Schneider verfassten Rundschreiben¹¹²⁵ geben einen Einblick in die anfänglichen Tätigkeiten der Ortsgruppe. Allen voran begann sie mit den Vorarbeiten für eine ordnungsgemäße Abrechnung und Auszahlung der kassenärztlichen Honorare, die, wie dargelegt, zentral für die Provinz durch die Fachgruppe Ärzte erfolgen sollte. Die Ortsgruppe sammelte Angaben über die in ihrem Bezirk erbrachten kassenärztlichen Leistungen, indem sie von den Ärzten entsprechende Rechnungen anforderte. Um sich einen Überblick zur Zusammensetzung der Potsdamer Ärzteschaft zu verschaffen und die Regulierung der medizinischen Versorgung zu verbessern, hatte jeder Arzt zudem ein Meldeformular einzureichen.¹¹²⁶ Ferner war vorgesehen, dass die Ortsgruppe die Funktion der früheren Kammer-Vertragskommission übernehmen würde. Sie sollte sämtliche dienstliche Vereinbarungen und Verträge von Ärzten mit anderen Stellen prüfen und genehmigen. Auf der Gründungsversammlung der Ortsgruppe veranlasste Schneider überdies eine Spendensammlung zur Fürsorge von Ärzten, die aus ihrer Heimat vertrieben worden waren und in großer Notlage in Brandenburg lebten. Im ersten Rundschreiben rief er zur weiteren Beteiligung auf. Die Ortsgruppe diente ferner der Vermittlung von Arzthelferinnen und mahnte die Ärzte, ihre Patienten gemäß den Bedürfnissen ihres Krankheitsfalles zu behandeln und unnötige Leistungen einzusparen. Auch Arbeitsunfähigkeitserklärungen sollten nur in erforderlichen Fällen ausgesprochen werden, um die Krankenkasse nicht unnötig zu belasten.

Nachdem sich nicht nur in Potsdam, sondern auch in anderen Regionen Ärzte in FDGB-Ortsgruppen assoziiert hatten, berief Schneider Vertreter aus ganz Brandenburg¹¹²⁷ zu einer zweitägigen Sitzung am 2. und 3. März 1946 nach Potsdam in die Alte Zauche. In den alten Büroräumen der Ärztekammer Mark Brandenburg und der KVD-Landesstelle¹¹²⁸ sollte die Bildung einer provinziellen Fachgruppe der Ärzte vorangetrieben werden. Vorgesehen war deren Un-

¹¹²⁴ Zum 1. August erfolgte der Umzug in die Kurfürstenstraße; vgl. IGEM, Nachlass Heinz Goerke, Ordner Heilkunde im alten Potsdam Abb.-vorlagen, o. Bl.: Rundschreiben 5 der Fachgruppe Ärzte im FDGB, Ortsgruppe Potsdam vom 12. September 1946, verfasst von Georg Schneider.

¹¹²⁵ Vgl. nachfolgend ebd., Ordner Ges. Wesen Potsdam 1945-50 FDGB, o. Bl.: Rundschreiben I und II der Fachgruppe Ärzte im FDGB, Ortsgruppe Potsdam vom 28. Februar und 11. April 1946, beide verfasst von Georg Schneider.

¹¹²⁶ Dieser Praxis sollten sodann auch die anderen FDGB-Ortsgruppen folgen; vgl. BLHA, Rep. 347 FDGB-Landesvorstand Brandenburg Nr. 560, o. Bl.: Rundschreiben I vom 4. März 1946, S. 2.

¹¹²⁷ Siehe ebd., o. Bl.: Abschrift der Anwesenheitsliste (Sitzung der Fachgruppe Ärzte in der Sektion Gesundheitswesen des FDGB. am 2. und 3. März 1946 in Potsdam, Alte Zauche). Eine Abschrift der Anwesenheitsliste befindet sich auch in ebd., Rep. 250 Landratsamt Beeskow-Storkow/Fürstenwalde Nr. 1717, o. Bl.

¹¹²⁸ Aufgrund der durch Kriegseinwirkungen fast vollkommenen Zerstörung der Büroräume in Berlin-Grunewald zogen die Ärztekammer und KVD-Landesstelle 1945 nach Potsdam; vgl. ebd., Rep. 211 Ministerium für Gesundheitswesen Nr. 527, Bl. 39: Schreiben des Gesundheitsamts der Stadt Potsdam an die Landesregierung Brandenburg, Minister für Arbeit und Sozialwesen, Abteilung Gesundheitswesen vom 24. August 1948.

terbringung in der zu diesem Zeitpunkt im brandenburgischen Gewerkschaftsbund noch nicht bestehenden Sektion Gesundheitswesen.¹¹²⁹ Schneider verdeutlichte den Anwesenden mehrfach, dass die ärztliche Berufsorganisation allein in der Gewerkschaft möglich sei, eine andere Form würden die Zentralverwaltung und das Provinzialgesundheitsamt nicht akzeptieren. Auch wenn die Ärzteschaft und insbesondere Schneider selbst, dessen „Lebensaufgabe auf anderer Grundlage aufgebaut war“, bisher nicht an den Gedanken gewohnt seien, „sich unter einer arbeiterrechtlichen Form zu organisieren“, müsse man dies nun in Kauf nehmen, um sich aktiv „in die Entwicklung einzuschalten und sie maßgebend zu beeinflussen“.¹¹³⁰ Vor allem im Sinne einer möglichst eigenständigen Verwaltung der kassenärztlichen Verhältnisse sei die Organisation im FDGB unabdingbar. Ansonsten müssten die Krankenkassen die Ärzte für sich verpflichten, was, wie Schneider an anderer Stelle betonte, in einer Anstellung der Ärzte in Ambulatorien nach russischem Vorbild münden würde.¹¹³¹ Befürchtungen aus den Reihen der Ärztevertreter vor einer politischen Bindung im Falle des Gewerkschaftsbeitritts versuchte Schneider zu entkräften. Obgleich des sichtbaren Einflusses der Arbeiterparteien seien die Gewerkschaften indes unpolitisch, jeder Arzt könne seine politische Überzeugung aufrechterhalten.

Letztlich sprachen sich alle versammelten Ärzte für die Errichtung der Fachgruppe aus. Da aus mehreren Bezirken keine Ärztevertreter an der Sitzung hatten teilnehmen können und andere noch nicht der Gewerkschaft angehörten, wurde die Wahl eines Präsidiums und Geschäftsausschusses zunächst verschoben. Unter Aussprache des vollsten Vertrauens in Schneider billigten die Anwesenden jedoch, dass er sich einen interimistischen Vorstand selbst zusammenstellen würde. Schneider berief Wilhelm Beckmann aus dem Bezirk Osthavelland, einen gewissen Dr. Becker aus Luckenwalde-Jüterbog und Theodor Jenner aus Frankfurt (Oder).¹¹³² Seinen Sitz richtete der Vorstand in den vorhandenen Räumlichkeiten in der Potsdamer Gregor-Mendel-Straße ein.¹¹³³ Einige Monate später wählten die FDGB-Ortsgruppen-

¹¹²⁹ Vgl. Krumbiegel, Polikliniken, S. 129.

¹¹³⁰ BLHA, Rep. 347 FDGB-Landesvorstand Brandenburg Nr. 560, o. Bl.: Abschrift des Sitzungsberichts über die Versammlung brandenburgischer Ärztevertreter in Potsdam am 2. und 3. März 1946, S. 3f. Nachfolgend vgl. ebd., S. 3ff.

¹¹³¹ Vgl. ebd., Rep. 250 Landratsamt Beeskow-Storkow/Fürstenwalde Nr. 1717, o. Bl.: Schreiben Georg Schneiders an einen namentlich nicht genannten Kollegen vom 4. Februar 1946.

¹¹³² Vgl. ebd. Rep. 347 FDGB-Landesvorstand Brandenburg Nr. 560, o. Bl.: Abschrift des Sitzungsberichts über die Versammlung brandenburgischer Ärztevertreter in Potsdam am 2. und 3. März 1946, S. 9.

¹¹³³ Dies geht beispielsweise aus dem Schreiben Georg Schneiders an die DZVG vom 12. Juni 1946 hervor; siehe BArch DQ 1/93, Bl. 80f. Im Herbst 1947 wurde das Büro der Fachgruppe in die nahegelegene Weinbergstraße verlegt; vgl. BLHA, Rep. 211 Ministerium für Gesundheitswesen Nr. 534, Bl. 132ff.: Rundschreiben Nr. 15 der Fachgruppe Ärzte im FDGB Land Brandenburg vom 29. September 1947, verfasst von Georg Schneider, hier Bl. 132r.

vertreter ein fünfköpfiges Präsidium; zudem wurden ein Wirtschaftlicher, ein Wissenschaftlicher, ein Krankenhausarzt- und ein Assistenzarzt-Ausschuss sowie ab 1948 ein Geschäftsausschuss gebildet.¹¹³⁴ Im Rahmen des Wissenschaftlichen Ausschusses oblagen Schneider die Gestaltung und Durchführung der Verträge mit den Sozialversicherungsträgern und die Leitung der Verrechnungsstelle der kassenärztlichen Honorare,¹¹³⁵ also Aufgaben, die ihm bereits vor der Gründung der Fachgruppe zugesprochen worden waren.

Als Vorsitzender gehörte Schneider der Fachgruppe Ärzte – ab 1948 als Landesarbeitsausschuss der Ärzte bezeichnet¹¹³⁶ – bis zu seinem letzten Lebensjahr 1949 an. Sein standespolitisches Wirken im Rahmen des FDGB war weiterhin geprägt von dem Ziel einer berufspolitischen Selbstverwaltung des Ärztetands nach dem Weimarer Vorbild. Dabei bestand sein Idealbild darin, „dass die ärztlichen Rechte in dem Umfange, wie sie sich der Stand bis zum Jahre 1932 in einem jahrzehntelangen Aufbau und langsam gefestigter Zusammenarbeit mit den Versicherungsträgern erkämpft hatte, endlich wieder hergestellt werden“.¹¹³⁷ Häufig verwies er bei Ärzteversammlungen oder in Schreiben an die Gesundheitsbehörden auf die für ihn beispielhafte Entwicklung in den westlichen Besatzungszonen, wo die Kammer- und Vereinsarbeit schnell reaktiviert worden war. Die Besatzungsmächte setzten vom Ärztetand anerkannte Kammerpräsidenten ein und genehmigten die Aufstellung von Zulassungs-, Facharzt-, Standes-, Disziplinar- und Beitragsordnungen.¹¹³⁸ Als Realist war es Schneider indes bewusst, dass das „Selbstverwaltungs- und Selbstbestimmungsrecht [in der Sowjetzone] nicht in vollem Umfange“ gewahrt werden konnte.¹¹³⁹ Deshalb konzentrierte er sich darauf, zumindest einzelne Elemente davon zurückzuerlangen.

¹¹³⁴ Vgl. BLHA, Rep. 211 Nr. 534, Bl. 94: Einladung zur Jahresversammlung des Landesausschusses Ärzte im FDGB Land Brandenburg am 22. und 23. Mai 1948 in Potsdam; Bl. 137-140: Schreiben der Fachgruppe Ärzte im FDGB Provinz Mark Brandenburg, gez. Georg Schneider, an die Provinzialregierung Mark Brandenburg, Abteilung Gesundheitswesen vom 7. Mai 1947 mit einer Übersicht zur Besetzung der Vorstandsämter der Fachgruppen Ärzte im FDGB in den einzelnen Kreisen; Bl. 169f.: Rundschreiben Nr. 13 der Fachgruppe Ärzte im FDGB Provinz Mark Brandenburg vom 24. Mai 1947, verfasst von Georg Schneider, hier Bl. 169. Es konnte nicht ermittelt werden, ob bereits im Jahr 1946 eine Vorstandswahl stattfand. Nachgewiesen werden kann eine Wahl auf der Jahresversammlung der Fachgruppe Ärzte und ihrer Ortsgruppen am 3. und 4. Mai 1947. Hier ist von einer Wiederwahl des alten Vorstands die Rede. Ihm – und zugleich dem Vorstand der Ortsgruppe Potsdam – gehörte neben Schneider mit Ludwig Disqué ein zweiter Arzt an, der bereits vor 1933 standespolitisch aktiv gewesen war, nämlich im Ärzteverein zu Potsdam.

¹¹³⁵ Vgl. BArch, DQ 1/152, Bl. 355: Gewerkschaftliche Organisation der Medizinalberufe.

¹¹³⁶ Vgl. BLHA, Rep. 211 Ministerium für Gesundheitswesen Nr. 534, Bl. 87-91: Rundschreiben Nr. 20 des Landesarbeitsausschusses der Ärzte im FDGB Land Brandenburg vom 25. Juni 1948, verfasst von Georg Schneider, hier Bl. 88.

¹¹³⁷ Vgl. BArch DQ1/93, Bl. 80f.: Schreiben Georg Schneiders an die DZVG vom 12. Juni 1946, hier Bl. 80.

¹¹³⁸ Vgl. BLHA, Rep. 347 FDGB-Landesvorstand Brandenburg Nr. 560, o. Bl.: Abschrift des Sitzungsberichts über die Versammlung brandenburgischer Ärztevertreter in Potsdam am 2. und 3. März 1946, S. 2; Entwurf Georg Schneiders für den Aufbau der Ärzteschaft im sowjetischen Besatzungsgebiet.

¹¹³⁹ Ebd., Rep. 211 Ministerium für Gesundheitswesen Nr. 534, Bl. 56f.: Abschrift eines Schreibens der Fachgruppe Ärzte im FDGB Land Brandenburg, gez. Georg Schneider, an die DZVG vom 14. Mai 1947, hier Bl. 57r.

Bereits einen Tag nach der Berufung des vorläufigen Fachgruppenvorstands appellierte Schneider in einem von ihm vorbereiteten Rundschreiben an die brandenburgischen Ärzte, dass überall „die Gründung der Ortsgruppen in Fühlung mit der örtlichen Vertretung der Gewerkschaft möglichst umgehend erfolgen“ müsse. Dabei sollte das Verhältnis zum FDGB auf eine vernünftige Grundlage gestellt und hinsichtlich der ärztlichen Rechte die nötige Festigkeit bewahrt werden.¹¹⁴⁰ Die Aufbauarbeit der gewerkschaftlichen Organisation gestaltete sich jedoch problematisch. Noch Anfang Juni 1946 herrschte Uneinigkeit darin, welchem Bereich des FDGB die Ärzteschaft unterstehen sollte. Obgleich der Zuweisung zur Sektion Gesundheitswesen durch die Zentralverwaltung gehe „die eine [FDGB-]Kreisgruppe so vor, dass sie die Eingliederung in die öffentlichen Betriebe zu veranlassen sucht, eine andere uns wieder dem freien Beruf angliedern will und eine dritte es überhaupt ablehnt, Aerzte in ihre Organisation aufzunehmen“, stellte Schneider konsterniert fest. Dieses große Durcheinander war hinderlich für die Etablierung einer einheitlichen Berufsvertretung. Schneider beklagte, dass eine Aussprache mit den zuständigen Stellen der Leitung noch nicht möglich gewesen sei, da die Verantwortlichen ständig „zu Sitzungen in der Provinz, in Berlin, zu Veranstaltungen der Partei oder einzelner ihrer Gliederungen, resp. anderer Organisationen unterwegs sind“. Zur Klärung der Angelegenheit wollte Schneider bei Franz Moericke, dem Vorsitzenden des FDGB-Landesverbandes Brandenburg, persönlich vorstellig werden.¹¹⁴¹ Schließlich wurden die Ärzte im November 1946 gleichsam den anderen im Gesundheitsdienst tätigen Berufen in einer sich selbstverwaltenden Fachgruppe der *Sektion IV Gesundheitswesen* innerhalb der *Industriegewerkschaft (IG) 15 – Öffentliche Betriebe und Verwaltungen* zugeordnet.¹¹⁴²

Die einheitliche Errichtung von Berufsvertretungen auf Ortsebene durch den gewerkschaftlichen Zusammenschluss war für Schneider vor allem mit Blick auf die kassenärztliche Abrechnung von enormer Relevanz. Als beauftragter Leiter der provinziellen Verrechnungsstelle

¹¹⁴⁰ Ebd., Rep. 347 FDGB-Landesvorstand Brandenburg Nr. 560, o. Bl.: Rundschreiben I vom 4. März 1946, S. 2.

¹¹⁴¹ Ebd., Rep. 250 Landratsamt Beeskow-Storkow/Fürstenwalde Nr. 1717, o. Bl.: Schreiben der Fachgruppe Ärzte im FDGB Provinz Mark Brandenburg, gez. Georg Schneider, an die Fachgruppe Ärzte im FDGB, Kreis Beeskow-Storkow, z. Hd. Erich Marsch, vom 7. Juni 1946.

¹¹⁴² Vgl. und siehe ausführlich ebd., Rep. 211 Ministerium für Gesundheitswesen Nr. 534, Bl. 125: Bericht der Fachgruppe Ärzte im FDGB (Dr. Schneider) für das Jahr 1947; BArch, DQ 1/152, Bl. 355: Gewerkschaftliche Organisation der Medizinalberufe; Gerst, *Ärztliche Standesorganisation*, S. 84, 87f.; Krumbiegel, *Polikliniken*, S. 123f.; Naser, *Hausärzte*, S. 90. Die Sektion Gesundheitswesen der IG 15 im FDGB Land Brandenburg hatte seinen Sitz in Potsdam. Auf seiner Sitzung Anfang April 1949 beschloss der FDGB-Bundesvorstand, die Industriegewerkschaften organisatorisch umzugestalten. Daraufhin wurde im Juli 1949 eine eigene IG Gesundheitswesen gebildet, der die Ärzte, außer jene der Gesundheitsämter, gemeinsam mit den Zahnärzten, Dentisten, Tierärzten, Heilpraktikern, Hebammen, Masseuren und Heilgymnasten in der *Abteilung C – Medizinalberufe* angehörten; vgl. und siehe ausführlich IGEM, *Nachlass Heinz Goerke, Ordner Ges. Wesen Potsdam 1945-50* FDGB, o. Bl.: Rundschreiben Nr. 26 des Landesarbeitsausschusses der Ärzte im FDGB Land Brandenburg vom 10. September 1949; Naser, *Hausärzte*, S. 92.

war er auf die Zuarbeit der FDGB-Ortsgruppen angewiesen. Diese hatten von den Kassenärzten ihres Bezirks die Rechnungen für erbrachte Leistungen einzufordern und der Verrechnungsstelle gesammelt zukommen zu lassen, wo die Dokumente geprüft wurden.¹¹⁴³ Die einzelnen Krankenkassen entrichteten dorthin die kassenärztliche Gesamtvergütung, welche die Zentrale wiederum „auf die Ortsgruppen nach Lage ihrer Leistungen“ maßstabsgerecht verteilte.¹¹⁴⁴ Letztere zahlten schließlich die Honorare aus.¹¹⁴⁵ Auch wenn es nicht zur Gründung einer *Vereinigung der Vertragsärzte* kam, wie im Kollektivvertrag von Schneider und Riedel vorgesehen, gelang Schneider mit der Eingliederung der Verrechnungsstelle in den FDGB eine quasi selbstverwaltete Abrechnung und Verteilung der Kassenarzthonorare. Mit ihrer Leitung und dem Vorsitz der Fachgruppe Ärzte bekleidete er die beiden wichtigsten Ämter zur Regelung der kassenärztlichen Verhältnisse in der Provinz Brandenburg in Personalunion.

Auch in den anderen Ländern der SBZ wurden kassenärztliche Verrechnungsstellen im Rahmen der gewerkschaftlichen Organisation installiert. Wiederholt kam es allerdings, vor allem angeheizt durch die DZVG und die Deutsche Verwaltung für Arbeit und Sozialfürsorge, zu Diskussionen um die Verwaltung der Abrechnung. In Betracht gezogen wurde etwa eine Einbeziehung der Gesundheitsämter oder die Übertragung auf die Sozialversicherungsanstalten. Sogar eine Auflösung der Verrechnungsstellen stand im Raum. Letztlich blieben diese aber beim FDGB als Organe der Fachgruppen bestehen, bis sich die Frage nach der kassenärztlichen Honorarabrechnung mit der Auflösung der Länder in der DDR 1952 neu stellte.¹¹⁴⁶

Ob der Bedeutung der Fachgruppe Ärzte als Vertragspartner der Sozialversicherungsträger – der Kollektivvertrag wurde im Dezember 1946 erneuert¹¹⁴⁷ –, als kassenärztliche Abrech-

¹¹⁴³ Die Abrechnung der kassenärztlichen Leistungen war nicht an eine FDGB-Mitgliedschaft des einzelnen Kassenarztes gebunden, Gewerkschaftsmitglieder hatten allerdings geringere Verwaltungskosten zu zahlen; vgl. BLHA, Rep. 347 FDGB-Landesvorstand Brandenburg Nr. 560, o. Bl.: Rundschreiben I vom 4. März 1946, S. 2; ebd., Rep. 349 Sozialversicherung Landesgeschäftsstelle Brandenburg Nr. 6, o. Bl.: Verordnung über die Behandlung und Versorgung Sozialversicherter sowie über die Vertragsabschlüsse zwischen Angehörigen der Heil- und Hilfsberufe mit den Versicherungsträgern in der sowjetischen Besatzungszone vom 28. November 1945; Krumbiegel, Polikliniken, S. 123.

¹¹⁴⁴ Vgl. BLHA, Rep. 347 FDGB-Landesvorstand Brandenburg Nr. 560, o. Bl.: Rundschreiben I vom 4. März 1946, S. 1f., Zitat S. 2.

¹¹⁴⁵ Zur Auszahlung des kassenärztlichen Honorars für das zweite Quartal 1946 durch die Ortsgruppe Potsdam siehe ebd., Rep. 211 Ministerium für Gesundheitswesen Nr. 534, Bl. 181f.: Schreiben der Fachgruppe Ärzte im FDGB, Ortsgruppe Potsdam, gez. Georg Schneider, an das Provinzialgesundheitsamt vom 29. November 1946 mit einem Verzeichnis der praktizierenden Kassenärzte.

¹¹⁴⁶ Vgl. und siehe ausführlich Gerst, Ärztliche Standesorganisation, S. 90; Krumbiegel, Polikliniken, S. 126ff.; Naser, Hausärzte, S. 110.

¹¹⁴⁷ Siehe BLHA, Rep. 349 Sozialversicherung Landesgeschäftsstelle Brandenburg Nr. 8, o. Bl.: Vertrag vom 23. Dezember 1946; IGEM, Nachlass Heinz Goerke, Ordner Ges. Wesen Potsdam 1945-50 FDGB, o. Bl.: Erster Nachtrag zum Arztvertrag vom 23. Dezember 1946. Der neue Vertrag umfasste nur die Kassenärzte und nicht die an poliklinischen Einrichtungen tätigen Mediziner. Diese schlossen Sonderverträge mit der SVA ab; vgl. Krumbiegel, Polikliniken, S. 175. Ende April 1951 wurde die SVA im Rahmen der Reorganisation der Sozialversicherung in der DDR in den FDGB eingegliedert und von da an die Vertretung der Ärzte sowie die Funktion

nungsstelle und als einheitliche Berufsvertretung setzte sich Schneider fortwährend für den Beitritt der brandenburgischen Ärzte in den FDGB ein. Bis Dezember 1946 waren in Brandenburg etwa drei Viertel der Ärzte im Gewerkschaftsbund organisiert. Im Rückblick auf das Folgejahr konstatierte Schneider sogar, dass von 942 freiberuflich tätigen Ärzten in Brandenburg 834 dem Gewerkschaftsbund angehörten.¹¹⁴⁸ Dies schloss auch ehemalige NSDAP-Mitglieder mit ein, denen Schneiders Auffassung zufolge ein Platz im FDGB nicht verwehrt bleiben sollte, solange sie nicht „aktiv an der Durchführung des [nationalsozialistischen] Systems beteiligt waren und die Scheusslichkeiten und Gemeinheiten der vergangenen Epoche kennen“.¹¹⁴⁹ Immerhin hätte sich der Großteil der früheren Parteigenossen in Brandenburg sofort umgestellt und „von Anfang an tatkräftig am Wiederaufbau eines demokratischen Staates“ und bei der Verbesserung der Gesundheitsversorgung mitgewirkt.¹¹⁵⁰ Ehemalige Nationalsozialisten, die der Partei schon vor 1933 angehört hatten, ein Amt in ihr bekleidet hatten oder Mitglied der SS bzw. SA gewesen waren, sollten allerdings nicht in den Vorstand und den Geschäftsausschuss der Provinzial-Fachgruppe Ärzte gewählt werden dürfen.¹¹⁵¹

Schneiders Ansichten reihen sich auf den ersten Blick nicht unbedingt in die radikalen, ideologisierten Entnazifizierungsansprüche der sowjetischen Besatzer ein, die darauf abzielten, sämtliche ehemalige Mitglieder der NSDAP und ihrer Gliederungen zu sanktionieren. Doch insbesondere im Ärztestand wurden diese Forderungen gerade in den ersten Nachkriegsjahren nicht mit vollster Konsequenz umgesetzt. Angesichts der miserablen Gesundheitsversorgung waren Mediziner unentbehrlich, sodass es schlicht nicht möglich gewesen wäre, jedes ehemalige Mitglied einer NS-Organisation unter ihnen – der Anteil war wie aufgezeigt sehr hoch – zu entlassen bzw. ihm die Zulassung zu entziehen, ohne dass die Bevölkerung der Leidtragen-

der Krankenkassen von derselben Stelle übernommen. Damit fanden keine Vertragsabschlüsse im eigentlichen Sinne mehr statt, der FDGB stand sich als Verhandlungspartner quasi selbst gegenüber, und eine wichtige Aufgabe des Landesarbeitsausschusses der Ärzte entfiel. Die brandenburgische SVA verschmolz sogleich mit jenen der anderen Länder der DDR zu einer gemeinsamen Institution, die mehrere Geschäftsstellen unterhielt. Vgl. und siehe ausführlich Ulrich Lohmann, Die Entwicklung des Sozialrechts in der DDR (= Beiträge zu den Berichten zum sozialen und politischen Wandel in Ostdeutschland, Bd. 6.1), Opladen 1996, S. 16-23. Vgl. auch Gerst, Ärztliche Standesorganisation, S. 99f.

¹¹⁴⁸ Vgl. BLHA, Rep. 211 Ministerium für Gesundheitswesen Nr. 534, Bl. 125: Bericht der Fachgruppe Ärzte im FDGB (Dr. Schneider) für das Jahr 1947; Krumbiegel, Polikliniken, S. 129f.

¹¹⁴⁹ BLHA, Rep. 347 FDGB-Landesvorstand Brandenburg Nr. 560, o. Bl.: Abschrift des Sitzungsberichts über die Versammlung brandenburgischer Ärztevertreter in Potsdam am 2. und 3. März 1946, S. 4. Vgl. auch ebd., Rep. 250 Landratsamt Beeskow-Storkow/Fürstenwalde Nr. 1717, o. Bl.: Schreiben Georg Schneiders an einen namentlich nicht genannten Kollegen vom 9. Januar 1946.

¹¹⁵⁰ Ebd., Rep. 211 Ministerium für Gesundheitswesen Nr. 534, Bl. 18-30: Bericht über die Lage der Ärzte und die ärztliche Versorgung der Bevölkerung in der Ostzone vom 20. Mai 1949, hier Bl. 24. Bei diesem Bericht handelt es sich um die Verschriftlichung eines auf der Jahresversammlung des Landesarbeitsausschusses der Ärzte im FDGB Land Brandenburg am 25. Juni 1949 gehaltenen Referats Georg Schneiders, wie aus der Einladung zur Versammlung hervorgeht; siehe IGEM, Nachlass Heinz Goerke, Ordner Ges. Wesen Potsdam 1945-50 FDGB, o. Bl.

¹¹⁵¹ Vgl. Aufbauordnung der Fachgruppe Ärzte, Abschnitt X.

de gewesen wäre. Die Versorgungssicherheit hatte gegenüber der Entnazifizierung also Vorrang.¹¹⁵² Demgemäß gab das Provinzialgesundheitsamt Brandenburg der DZVG im November 1945 bekannt, dass „in der Frage der politischen Bereinigung“ bei den niedergelassenen Ärzten aufgrund des Ärztemangels „noch keine besonderen Maßnahmen ergriffen“ worden seien.¹¹⁵³ Die tatsächliche Durchführung der Entnazifizierung der Ärzteschaft ging demnach mit Schneiders Auffassungen im Wesentlichen konform. Auf seine Kritik stieß wiederum die Zwangsverpflichtung von ehemaligen NSDAP-Mitgliedern für Polikliniken Ende der 1940er Jahre.¹¹⁵⁴

Die Konsolidierung der Fachgruppe Ärzte und ihrer Ortsgruppen war zwar von Anfangsschwierigkeiten bestimmt, grundsätzlich aber erfolgreich. Wenn auch nicht in dem Ausmaß, wie in Schneiders Aufbauordnung vorgesehen, erlangten die gewerkschaftlichen Ärzteorganisationen einige Befugnisse zur selbständigen Berufsverwaltung. Alles andere als geradlinig dagegen verlief die Einrichtung berufspolitischer Ärzteausschüsse bei den Gesundheitsämtern. In einem Schreiben vom 12. Juni 1946 an die DZVG, der er ohnehin vorwarf, die Ärztekammer und andere bewährte Organisationen zerstört zu haben und beim Neuaufbau der Landesinstitutionen keine Unterstützung oder Kontrolle zu gewähren,¹¹⁵⁵ äußerte Schneider sein Missfallen darüber, dass Ärzteausschüsse noch immer nicht gebildet bzw. einberufen worden waren, was er mit Nachdruck im Namen der Fachgruppe Ärzte forderte.¹¹⁵⁶ Seinen Unmut darüber verlieh Schneider zusätzlich Ausdruck in einem wenige Tage später verfassten Pressebericht. Der Arzt sei „heute völlig rechts- und schutzlos“ und werde „immer rücksichtsloser und diktatorischer von Stellen [den Gesundheitsämtern, d. Vf.] regiert, denen er das erforderliche Sachverständnis und die nötige Autorität in ärztlichen Angelegenheiten vielfach nicht zuerkennen und denen er nicht vertrauen kann“. Diese „immer unhaltbarer werdende Lage“ führe in der Ärzteschaft zu „Apathie, Resignation und Entrüstung“.¹¹⁵⁷

¹¹⁵² Vgl. Anna-Sabine Ernst, „Die beste Prophylaxe ist der Sozialismus“. Ärzte und medizinische Hochschullehrer in der SBZ/DDR 1945-1961, Münster 1997, S. 177; Gerst, Ärztliche Landespolitik, S. 93-96; Krumbiegel, Polikliniken, S. 137f. Siehe auch Moser, „Im Interesse der Volksgesundheit ...“, S. 166-173. Einen Überblick zum Entnazifizierungsprozess in der SBZ bieten Timothy R. Vogt, *Denazification in Soviet-Occupied Germany. Brandenburg, 1945-1948* (= Harvard Historical Studies, Bd. 137), Cambridge/London 2000; Manfred Wille, *Entnazifizierung in der Sowjetischen Besatzungszone Deutschlands 1945-48* (= BNR – Ereignisse, Tatsachen, Hintergründe), Magdeburg 1993.

¹¹⁵³ BLHA, Rep. 211 Ministerium für Gesundheitswesen Nr. 532, Bl. 132: Fragebogen der DZVG zur ärztlichen Versorgung, ausgefüllt vom Provinzialgesundheitsamt Brandenburg. Für Pläne und Umsetzung der Entnazifizierung der brandenburgischen Ärzteschaft siehe ausführlich ebd. Nr. 413ff., 420f., 547.

¹¹⁵⁴ Vgl. ebd. Nr. 534, Bl. 18-30: Bericht über die Lage der Ärzte und die ärztliche Versorgung der Bevölkerung in der Ostzone vom 20. Mai 1949, hier Bl. 24.

¹¹⁵⁵ Vgl. BArch DQ1/93, Bl. 86ff.: Pressebericht Georg Schneiders vom 15. Juni 1946, hier Bl. 86.

¹¹⁵⁶ Vgl. ebd., Bl. 80f.: Schreiben Georg Schneiders an die DZVG vom 12. Juni 1946.

¹¹⁵⁷ Ebd., Bl. 86ff.: Pressebericht Georg Schneiders vom 15. Juni 1946, hier Bl. 86.

Von besonderer Relevanz waren die ärztlichen Ausschüsse für Schneider aufgrund der aktuellen Verteilung der Kassenärzte durch das Provinzialgesundheitsamt, dem die Zu- und Niederlassungsfrage allein oblag. So seien bei der Einsetzung von Ärzten in der ganzen Provinz Missstände erkennbar geworden, die bei der Heranziehung von beratenden Ärztevertretern hätten verhindert werden können.¹¹⁵⁸ Tatsächlich waren die Ärzte in Brandenburg nach dem Zweiten Weltkrieg stark ungleich verteilt. Im September 1945 hatte die SMAB eingestehen müssen, „dass viele Kreise und Städte, die an der Oder liegen, nicht über eine genügende Anzahl von medizinischem Personal zur Bedienung der örtl. Bevölkerung verfügen“. Dagegen hatten sich die Ärzte in den Kreisen Teltow und Belzig sowie in den Städten Potsdam, Brandenburg an der Havel und Cottbus angehäuft, wobei auch hier deutliche Unterschiede bestanden; die Ärztedichte in Potsdam war etwa dreimal so hoch wie im Oberlandratsamtsbereich Cottbus. Gefordert wurde die gleichmäßige Verteilung des medizinischen Personals auf alle Kreise und Städte der Provinz.¹¹⁵⁹ Angesichts Schneiders Kritik konnte dieses Ziel durch die Ärzteplanung des Provinzialgesundheitsamtes bzw. seiner örtlichen Behörden¹¹⁶⁰ und weitere getroffene Maßnahmen wie die Notdienstverpflichtung von Ärzten in unterversorgte Regionen¹¹⁶¹ allerdings bis Mitte 1946 nicht erreicht werden.

Mit der Absicht, die Ärzteschaft künftig in die Zu- und Niederlassungsfragen verstärkt einzu beziehen, hatte Schneider unter Mitarbeit der FDGB-Ortsgruppen eine Aufstellung über die Zahl der Kassenärzte in den einzelnen brandenburgischen Städten und Bezirken erarbeitet und eine Reihe an Zulassungsgrundsätzen entworfen.¹¹⁶² Hierin sah er den Ausgangspunkt für die gemeinsame Erarbeitung einer Zulassungsordnung durch das Provinzialgesundheitsamt und den Ärztestand, die eine planmäßige Verteilung der Ärzte unter weitgehender Berücksichtigung persönlicher Wünsche ermöglichen würde. Doch zunächst konnten die Gesundheitsäm-

¹¹⁵⁸ Vgl. ebd., Bl. 80f.: Schreiben Georg Schneiders an die DZVG vom 12. Juni 1946.

¹¹⁵⁹ BLHA, Rep. 211 Ministerium für Gesundheitswesen Nr. 532, Bl. 13: Schreiben der Verwaltung der SMAB an den Medizinalrat beim Präsidium der Provinz Brandenburg vom 6. September 1945. Vgl. auch Krumbiegel, Polikliniken, S. 135.

¹¹⁶⁰ Auch kam es bezüglich der Ärzteplanung im Oktober 1945 zum Austausch aller Landes- und Provinzialgesundheitsämter auf SBZ-Ebene; siehe BLHA, Rep. 211 Ministerium für Gesundheitswesen Nr. 532, Bl. 18f.: Schriftstück zur Ärzteplanung auf Grundlage einer Tagung der Landes- und Provinzialgesundheitsämter bei der DZVG am 2. und 3. Oktober 1945.

¹¹⁶¹ Gesetzliche Grundlage war die Dienstpflichtverordnung für Ärzte, Hilfs- und Pflegepersonal und Ingenieure vom 26. September 1945, in: VOBl. PVMB, H. 2, 1945, S. 30. Durch Notdienstverpflichtungen kam es, ähnlich wie im Zweiten Weltkrieg, nicht nur innerhalb der Provinz Brandenburg zu Zwangsversetzungen; auch aus anderen Ländern bzw. Provinzen der SBZ wurden bei vorhandenem Überschuss Ärzte – notfalls mit Gewalt – an die brandenburgischen Bedarfsgebiete abgegeben; vgl. BLHA, Rep. 211 Ministerium für Gesundheitswesen Nr. 532, Bl. 89: Schreiben der DZVG an die Provinzialverwaltung Brandenburg vom 16. Oktober 1945; Bl. 117: Schreiben der DZVG an das Provinzialgesundheitsamt Brandenburg vom 14. November 1945.

¹¹⁶² Siehe BArch DQ1/93, Bl. 82: Zahl der Kassenärzte in der Provinz Mark Brandenburg; Bl. 83ff.: Zulassungsgrundsätze vom 20. März 1946.

ter weiterhin in Eigenregie handeln. Im Januar 1947 wurden die provinziellen und lokalen Einrichtungen durch die DZVG mit der Führung von Karteien und Personalakten zu sämtlichen approbierten Ärzten ihres Zuständigkeitsbereichs als „Grundlage für eine zweckmäßige Planung und Verteilung der Ärzte über das Gebiet der gesamten sowjetischen Besatzungszone“ beauftragt.¹¹⁶³ Diese Verantwortlichkeit sollte Schneiders Vorstellungen nach eigentlich bei der Landesvertretung liegen.

Ferner kritisierte Schneider in seinem Schreiben an die DZVG vom 12. Juni 1946 die Personalpolitik des Provinzialgesundheitsamts, welches sich über Qualifikationen insofern nicht ausreichend unterrichtet hätte oder getäuscht worden sei, sodass Ärzte, die sich als „Schwindler, Verbrecher und unfähige Elemente“ herausgestellt haben, „in amtliche Stellen berufen sind, ihr Amt missbraucht, die Ärzteschaft eingeschüchtert und sich ihr gegenüber Rechte angemasst haben, die ihnen nicht zustanden“. Dies sei ihm aus „den verschiedensten Teilen der Mark“ berichtet worden. Schneider verglich die Besetzungen verantwortlicher Posten sogar mit dem Vorgehen der Nationalsozialisten, bei dem lediglich die Parteizugehörigkeit von Relevanz gewesen war, unabhängig von Wissen, Leistung und Charakter, und stellte infrage, ob dies mit dem Gedanken der Demokratie vereinbar ist.¹¹⁶⁴ Konkret richteten sich diese Vorwürfe gegen Hans Maria Landau-Christians, der im September 1945 die Leitung des Provinzialgesundheitsamts übernommen hatte. Während seiner Amtsführung baute er einen Kreisarztapparat nach völlig einseitigen parteipolitischen Grundsätzen auf und lieferte der DZVG eine mangelhafte Gesundheitsberichterstattung. Im Mai 1946 wurde obendrein bekannt, dass er entgegen eigenen Angaben nie Medizin studiert hatte und damit kein approbierter und promovierter Arzt war. Trotz seines betrügerischen Vorgehens durfte er seinen Posten auf Wunsch der Sowjetischen Militäradministration, die bei der Besetzung von Leitungsfunktionen grundsätzlich mehr Wert auf die politische Linie als auf die fachliche Voraussetzung legte, vorerst behalten. Erst im August 1946 konnte DZVG-Präsident Konitzer die SMAB von der Notwendigkeit Landau-Christians' Entlassung überzeugen.¹¹⁶⁵

¹¹⁶³ BLHA, Rep. 211 Ministerium für Gesundheitswesen Nr. 524, Bl. 29: Vorschriften über die Einführung der Ärztekartei und die Personalakte gemäß §§ 4, 7 der Meldeordnung für Ärzte vom 15. Januar 1947, S. 1f. Siehe auch ebd., Bl. 30: Merkblatt über die Anzeigepflichten der Ärzte; Nr. 534, Bl. 127: Zum Jahresbericht 1947. Arbeit im Dezernat II (Personaldezernat) Dr. Herrmann, hier Bl. 127r. Grundlage einer jeden Kartei war ein vom Arzt auszufüllender Fragebogen, auf dem er nicht nur Angaben über seine berufliche Laufbahn machen musste, sondern auch frühere Berufsvergehen, Strafverfahren sowie die politische Betätigung im Nationalsozialismus und in der Gegenwart erfasst wurden. Jegliche Änderungen mussten beim Gesundheitsamt angezeigt werden.

¹¹⁶⁴ BArch, DQ1/93, Bl. 80f.: Schreiben Georg Schneiders an die Deutsche Zentralverwaltung für das Gesundheitswesen vom 12. Juni 1946, hier Bl. 80. Vgl. auch ebd., Bl. 86ff.: Pressebericht Georg Schneiders vom 15. Juni 1946, hier Bl. 86.

¹¹⁶⁵ Vgl. Krumbiegel, Polikliniken, S. 118f.

Der Führungswechsel im Provinzialgesundheitsamt führte laut Schneider zu einer Entspannung und allmählichen Verbesserung des Verhältnisses zur Fachgruppe Ärzte.¹¹⁶⁶ Im Herbst 1946 war er allerdings zunächst dem Druck der SMAB ausgesetzt, die vom FDGB-Bundesvorstand verlangte, ihn von seiner Position als Fachgruppenvorsitzenden zu entbinden. Ausschlaggebend hierfür waren seine unermüdlichen Forderungen nach einer eigenständigen Berufsverwaltung ohne staatliche Bevormundung verbunden mit seiner Kritik an den zentralen Gesundheitsbehörden. Es wurde sogar befürchtet, Schneider könnte „die Fachgruppe als Sektion einer Ärztekammer“ einrichten.¹¹⁶⁷ Vertreter der DZVG und des Provinzialgesundheitsamts befürworteten die Entmachtung. Kurt Winter¹¹⁶⁸, zu diesem Zeitpunkt Personalreferent und stellvertretender Leiter des Provinzialgesundheitsamtes, wurde als Schneiders Nachfolger eingesetzt.¹¹⁶⁹ Bei den FDGB-Ortsgruppen erregte die Absetzung Schneiders großes Aufsehen. Die Fachgruppe Ärzte des Kreises Beeskow-Storkow protestierte „energisch gegen die Abberufung“ und forderte seine Wiedereinsetzung „bis zu einer auf demokratischer Grundlage durchgeführten Wahl“.¹¹⁷⁰ Paul Grabley, eines ihrer Mitglieder, vermutete, dass das Vorgehen der Gewerkschaftsleitung gegen Schneider der Organisation der Fachgruppen schädlich sein werde.¹¹⁷¹ Sodann nahm der Bundesvorstand seine Entscheidung am 14. Oktober 1946 wieder zurück. Vorübergehend agierten Schneider und Winter nun als Doppelspitze der Fachgruppe, für die Industriegewerkschaft 15 in Brandenburg wurde überdies ein anleitender und kontrollierender Instrukteur eingesetzt. Im Mai 1947 bestätigten die Vertreter der ärztlichen FDGB-Ortsgruppen Schneider als alleinigen Vorsitzenden des Fachgruppen-Provinzialvorstandes. Maßgeblich unter seinem Mitwirken konnte die Ärzteschaft in diesem Jahr sogleich

¹¹⁶⁶ Vgl. BLHA, Rep. 211 Ministerium für Gesundheitswesen Nr. 534, Bl. 18-30: Bericht über die Lage der Ärzte und die ärztliche Versorgung der Bevölkerung in der Ostzone vom 20. Mai 1949, hier Bl. 27.

¹¹⁶⁷ BArch, DQ 1/152, Bl. 471: Aktennotiz der DZVG über eine Besprechung mit der SMAB am 9. Januar 1947.

¹¹⁶⁸ Kurt Winter (1910-1987), zwischen 1933 und 1945 emigriert und als Arzt sowie in der Exil-KPD aktiv, später SED-Mitglied, wurde eine klare, aber eigenmächtige gesundheitspolitische Führung zugeschrieben. Er übernahm im Januar 1947 die kommissarische Leitung des Landesgesundheitsamtes, im März 1948 wurde er zum Ministerialdirektor und Leiter der Abteilung Gesundheitswesen ernannt, aus der er im Oktober desselben Jahres ausschied. Zwischen 1948 und 1949 war er Vizepräsident der DZVG bzw. stellvertretender Leiter der DWK-Hauptverwaltung Gesundheitswesen. Vgl. Krumbiegel, Polikliniken, S. 119, und siehe die erweiterte biographische Skizze in ebd., S. 391, Anm. 389.

¹¹⁶⁹ Vgl. hier und nachfolgend ebd., S. 129f. Siehe ausführlich BArch DQ1/18, Bl. 135-192: Protokoll der Tagung der Personal-Referenten in den Ländern und Provinzen am 20. Dezember 1946 in der DZVG, hier S. 164-167; BLHA, Rep. 347 FDGB-Landesvorstand Brandenburg Nr. 1106, o. Bl.: 2. Sitzung des geschäftsführenden Zentralvorstandes mit den Landesleitern der IG 15 am 11. September 1946; Bericht von der Sitzung der Medizinalberufe am 14. Oktober 1946 in Potsdam.

¹¹⁷⁰ BLHA, Rep. 250 Landratsamt Beeskow-Storkow/Fürstenwalde Nr. 1717, o. Bl.: Telegramm der Fachgruppe Ärzte im FDGB, Kreis Beeskow-Storkow an den FDGB vom 18. Oktober 1946.

¹¹⁷¹ Vgl. ebd., o. Bl.: Schreiben Paul Grableys an die Fachgruppe Ärzte im FDGB, Kreis Beeskow-Storkow, z. Hd. Erich Marsch, vom 23. Oktober 1946.

einige berufspolitische Mitbestimmungsrechte hinsichtlich der ärztlichen Berufsverwaltung erlangen.

Hinzugezogen wurden Gewerkschaftsvertreter der Ärzteschaft etwa bei der Ausarbeitung eines Berufsaufsichtsgesetzes und einer neuen Berufsordnung. Hatte Schneider den Berufsordnungsentwurf der DZVG im Mai 1947 noch für undurchführbar gehalten, konnte im September eine gemeinsame Einigung erzielt werden.¹¹⁷² Die Garantie für eine engere Einbindung der Ärzte in die Arbeit der Gesundheitsverwaltung hatte die DZVG Ende Juni bei der ersten Tagung der Zonenarbeitsgemeinschaft der Ärzte gewährt. Die Vorstände aller Provinzial- bzw. Landesfachgruppen schlossen sich unter Leitung des zuvor bei der Zentralverwaltung tätigen SED-Mitglieds Bernhard Georges zu einer solchen Arbeitsgemeinschaft zusammen, um Beratungen mit der DZVG aufzunehmen und geschlossen ihren berufspolitischen Forderungen Nachdruck zu verleihen – mit Erfolg.¹¹⁷³

Hervorzuheben ist die nachdrücklich von Schneider geforderte Beteiligung von Fachgruppenmitgliedern an der ärztlichen Niederlassung. Ab Oktober 1947 bis zum Inkrafttreten der Niederlassungsordnung vom 23. Februar 1949 entschied über entsprechende Anträge ein bei der Abteilung Gesundheitswesen der Landesregierung Brandenburg gebildeter provisorischer Ausschuss, dem jeweils ein Vertreter des Landesgesundheitsamts, der SVA und der Fachgruppe Ärzte angehörte. Hierfür stellte sich Schneider persönlich zur Verfügung. Auch die FDGB-Ortsgruppen der Ärzte wurden in den Niederlassungsprozess eingebunden, indem sie Stellungnahmen zu den Anträgen abgeben mussten.¹¹⁷⁴ Diese Arbeit sei laut Schneider „völlig reibungslos verlaufen“, „nennenswerte Gegensätze“ zwischen den Entscheidungsträgern seien „überhaupt nicht in Erscheinung getreten“.¹¹⁷⁵

Eng mit der Ärzteplanung und der Regelung der Berufsniederlassung im Zusammenhang stand überhaupt die Frage nach der künftigen Form der ambulanten medizinischen Versor-

¹¹⁷² Vgl. ebd., Rep. 211 Ministerium für Gesundheitswesen Nr. 534, Bl. 18-30: Bericht über die Lage der Ärzte und die ärztliche Versorgung der Bevölkerung in der Ostzone vom 20. Mai 1949, hier Bl. 26; Bl. 56f.: Abschrift eines Schreibens der Fachgruppe Ärzte des FDGB Land Brandenburg, gez. Georg Schneider, an die DZVG vom 14. Mai 1947; Bl. 132ff.: Rundschreiben Nr. 15 der Fachgruppe Ärzte im FDGB Land Brandenburg vom 29. September 1947, verfasst von Georg Schneider, hier Bl. 133r. Siehe auch Bl. 49-55: Abschrift des Entwurfs einer Berufsordnung für Ärzte vom 28. April 1947, erarbeitet von der DZVG.

¹¹⁷³ Vgl. IGEM, Nachlass Heinz Goerke, Ordner Ges. Wesen Potsdam 1945-50 FDGB, o. Bl.: Rundschreiben Nr. 9 der Fachgruppe Ärzte im FDGB, Ortsgruppe Potsdam vom 18. Juli 1947, verfasst von Georg Schneider; Gerst, Ärztliche Standesorganisation, S. 89; Krumbiegel, Polikliniken, S. 125f.

¹¹⁷⁴ Vgl. BLHA, Rep. 211 Ministerium für Gesundheitswesen Nr. 534, Bl. 120ff.: Rundschreiben Nr. 17 der Fachgruppe Ärzte im FDGB Land Brandenburg vom 16. Februar 1948, verfasst von Georg Schneider, hier Bl. 120f.; Bl. 127: Zum Jahresbericht 1947. Arbeit im Dezernat II (Personaldezernat) Dr. Herrmann, hier Bl. 127r.; Bl. 162: Schreiben der Fachgruppe Ärzte im FDGB Land Brandenburg, gez. Georg Schneider, an die Landesregierung, Abteilung Gesundheitswesen, z. Hd. Kurt Winter, vom 20. Oktober 1947.

¹¹⁷⁵ Ebd., Bl. 18-30: Bericht über die Lage der Ärzte und die ärztliche Versorgung der Bevölkerung in der Ostzone vom 20. Mai 1949, hier Bl. 28.

gung in der SBZ. Heinz Goerke beteuert in seiner Autobiographie, dass es maßgeblich dem „erfolgreichen Vorgehen der erfahrenen Standespolitiker um Georg Schneider [...] zuzuschreiben [sei], daß es in der DDR bis zur Wende eine, wenn auch immer kleiner werdende Zahl von Ärzten gegeben hat, die [...] freipraktizierend tätig sein durften“.¹¹⁷⁶ Vor allem hebt Goerke die durch Schneider für die brandenburgischen Kassenärzte abgeschlossenen Verträge hervor, die auch Schneiders eigenem Empfinden im Januar 1948 nach „die besten der Zone“ wären, „den anderen Ländern zum Vorbild dienen und [...] von ihnen übernommen werden“ würden.¹¹⁷⁷ Die sowjetische Besatzungsmacht, unterstützt von Vertretern der SED,¹¹⁷⁸ sah indes den „Abbau der überkommenen ärztlichen Versorgung auf der Grundlage freiberuflich tätiger Ärzte“ zugunsten der Errichtung von staatlichen Polikliniken und Ambulatorien vor.¹¹⁷⁹ Diese ab 1947 konkret vorangetriebene Umstellung war fester Bestandteil des Paradigmenwechsels hin zu einem sozialistisch organisierten und zentral gelenkten Gesundheitssystem nach sowjetischem Vorbild, bei dem alle Heileinrichtungen und das medizinische Personal dem Staat unterstellt waren und das Prinzip des unentgeltlichen Zugangs zu einer qualifizierten medizinischen Betreuung für alle Bürger galt.¹¹⁸⁰ Brandenburg zählte im April 1948 bereits 26 Polikliniken. Die Besucherzahl stieg von etwa 45.000 im ersten Quartal 1947 auf fast 120.000 im gleichen Zeitfenster ein Jahr darauf.¹¹⁸¹

Die Einführung von Polikliniken und Ambulatorien wurde von Beginn an kontrovers diskutiert.¹¹⁸² Bei der Tagung der Zonenarbeitsgemeinschaft der Ärzte vom 27. bis 29. Juni 1947 kam es zu keiner einheitlichen Stellungnahme. Einerseits wurde ihre Schaffung im Sinne ge-

¹¹⁷⁶ Goerke, *Am Puls der Medizin*, S. 118.

¹¹⁷⁷ BLHA, Rep. 211 Ministerium für Gesundheitswesen Nr. 534, Bl. 106f.: Schreiben der Fachgruppe Ärzte im FDGB Land Brandenburg, gez. Georg Schneider, an die Fachgruppe Ärzte im FDGB, Kreis Oberbarnim vom 30. Januar 1948, hier Bl. 107. Schneider war zudem an der Erarbeitung eines Zonenmantelvertrags beteiligt, der durch den Zentralvorstand der IG Gesundheitswesen im FDGB und den Sozialversicherungsanstalten der Länder geschlossen werden sollte; siehe IGEM, *Nachlass Heinz Goerke, Ordner Ges. Wesen Potsdam 1945-50 FDGB*, o. Bl.: Entwurf eines Vertrags über die ärztliche Versorgung Sozialversicherter vom 24. November 1949.

¹¹⁷⁸ Siehe Gesundheitspolitische Richtlinien der Sozialistischen Einheitspartei Deutschlands vom 31. März 1947, Berlin 1947; Krumbiegel, *Polikliniken*, S. 97-105; Naser, *Hausärzte*, S. 73ff.

¹¹⁷⁹ Helga A. Welsh, *Deutsche Zentralverwaltung für das Gesundheitswesen (DZVG)*, in: Martin Broszat/Hermann Weber (Hrsg.), *SBZ-Handbuch. Staatliche Verwaltungen, Parteien, gesellschaftliche Organisationen und ihre Führungskräfte in der Sowjetischen Besatzungszone Deutschlands 1945-1949*, 2. Aufl., München 1993 (1. Aufl. 1990), S. 244-255, hier S. 249. Gefestigt wurde das Poliklinik-System durch die SMAD-Befehle Nr. 234 und 272 vom 9. Oktober bzw. 11. Dezember 1947; siehe Krumbiegel, *Polikliniken*, S. 202-220; Naser, *Hausärzte*, S. 80-85.

¹¹⁸⁰ Vgl. Krumbiegel, *Polikliniken*, S. 85. Zu den Grundprinzipien des sowjetischen, sozialistischen Gesundheitswesens siehe ausführlich ebd., S. 85-89; Naser, *Hausärzte*, S. 54ff.

¹¹⁸¹ Vgl. BLHA, Rep. 211 Ministerium für Gesundheitswesen Nr. 154, Bl. 74-93: Protokoll der Ärzttagung am 23. April 1948, Thema: Polikliniken, hier Bl. 74v. Zum brandenburgischen Poliklinik-Konzept siehe Krumbiegel, *Polikliniken*, S. 172-180. Zur Errichtung von Polikliniken in Brandenburg siehe detailliert ebd. Nr. 4: Übersichten über die Entwicklung der poliklinischen Einrichtungen sowie Bilanz für das gesamte Gesundheitswesen.

¹¹⁸² Vgl. ebd. Nr. 154, Bl. 74-93: Protokoll der Ärzttagung am 23. April 1948, Thema: Polikliniken, hier Bl. 74r.

nossenschaftlicher Zusammenschlüsse von Ärzten mehrerer Fachdisziplinen befürwortet. Dabei sollte aber die Selbstverantwortlichkeit und Selbständigkeit des Arztes in seinen Entscheidungen erhalten bleiben. Denn die Standesvertreter kommunizierten andererseits deutlich, dass sie die künftige Stellung des frei praktizierenden Arztes aufgrund der bereits einsetzenden staatlichen Förderung der Polikliniken als gefährdet ansahen. Sie polemisierten gegen das drohende sozialistische Gesundheitssystem nach sowjetischem Vorbild, wohingegen die Vertreter der DZVG beteuerten, dass es keineswegs zur Abschaffung der freien Niederlassung kommen würde.¹¹⁸³

Eine ähnlich ambivalente Sichtweise auf die Einführung von Polikliniken und Ambulatorien nahm Georg Schneider ein. Hierin sah er auf der einen Seite, speziell für die Städte, die Möglichkeit einer erweiterten ambulanten Versorgung und erhoffte sich einen gesunden Konkurrenzkampf mit den freiberuflich tätigen Ärzten, möglichst sogar ein Arbeiten Hand in Hand.¹¹⁸⁴ Auf der anderen Seite seien die Begriffe belastet von geschichtlichen Erinnerungen und Vorurteilen, sie stünden für die berufliche Unfreiheit. Immerhin seien im Rahmen der Auseinandersetzungen mit den Krankenkassen in der Inflationszeit in Berlin solche Anstalten „gegen den Willen der Ärzteschaft“ von den Sozialversicherungsträgern eingerichtet worden.¹¹⁸⁵ Schneider zeigte Verständnis dafür, „dass in den Landkreisen die Besorgnis der Aerzte wächst und dass sie ihre Existenz und die Freiheit und Unabhängigkeit ihrer Berufsausübung als gefährlich ansehen. Sie fürchten, sich durch Anstellung in einem Landambulatorium wirtschaftlich zu verschlechtern und in Abhängigkeit zu geraten.“¹¹⁸⁶ Folglich stellte die Verstaatlichung bzw. Sozialisierung des Gesundheitswesens für ihn auch einen Grund für die hohe Abwanderung von Ärzten aus der SBZ in die westlichen Alliiertenzonen dar; die dortige Wiedererrichtung selbstverwalteter Kammern wäre ein weiterer Ansporn.¹¹⁸⁷ Grundsätzlich kritisierte Schneider die Übertragung der russischen Verhältnisse auf Brandenburg und die SBZ, wenn dies nicht eindeutig auf Verbesserungen hinauslief.¹¹⁸⁸ Darum schien es ihm „unter allen Umständen nötig zu sein, dass die Landesgesundheitsverwaltung nicht – wie es bisher geschieht – einfach Landambulatorien ohne jede Fühlungnahme mit der zuständigen ärzt-

¹¹⁸³ Vgl. Gerst, *Ärztliche Standesorganisation*, S. 89; Naser, *Hausärzte*, S. 75f.

¹¹⁸⁴ Vgl. BLHA, Rep. 211 Ministerium für Gesundheitswesen Nr. 534, Bl. 18-30: Bericht über die Lage der Ärzte und die ärztliche Versorgung der Bevölkerung in der Ostzone vom 20. Mai 1949, hier Bl. 20.

¹¹⁸⁵ Ebd. Nr. 154, Bl. 74-93: Protokoll der Ärztetagung am 23. April 1948, Thema: Polikliniken, hier Bl. 83r.

¹¹⁸⁶ Ebd. Nr. 534, Bl. 18-30: Bericht über die Lage der Ärzte und die ärztliche Versorgung der Bevölkerung in der Ostzone vom 20. Mai 1949, hier Bl. 20.

¹¹⁸⁷ Vgl. ebd., Bl. 18f., 24. Mit diesem Argument sollte Schneider recht behalten. Unter den Republikflüchtigen in der DDR waren auch zahlreiche Ärzte; vgl. Gerst, *Ärztliche Standesorganisation*, S. 100.

¹¹⁸⁸ Vgl. BLHA, Rep. 211 Ministerium für Gesundheitswesen Nr. 534, Bl. 18-30: Bericht über die Lage der Ärzte und die ärztliche Versorgung der Bevölkerung in der Ostzone vom 20. Mai 1949, hier Bl. 20.

lichen Gewerkschaftsleitung errichtet und sie bei der Planung völlig ausschaltet“.¹¹⁸⁹ Den Ansichten Schneiders nach sollte wie in allen gesundheitspolitischen Belangen also auch bei der Frage nach den Polikliniken und Ambulatorien der Einfluss der ärztlichen Berufsvertretung gewahrt werden. Seine Forderung lautete: „Engste Zusammenarbeit mit den Gesundheitsämtern, der Sozialversicherung und der Fachgruppe.“¹¹⁹⁰

Zum Jahresbeginn 1948 blickte Schneider auf eine insgesamt erfolgreiche Aufbauarbeit der gewerkschaftlichen Berufsorganisation der Ärzte in Brandenburg zurück und zeigte sich mit der berufspolitischen Stellung der Fachgruppe in Anbetracht des politischen Rahmens zufrieden: „Wir „[...] haben uns eine leistungsfähige Organisation geschaffen, die überall [...] Ansehen und Einfluss besitzt, sodass man nicht mehr über sie hinweggeht.“¹¹⁹¹ Diesem Urteil folgend betonte Kurt Winter, inzwischen Leiter des Landesgesundheitsamts Brandenburg, die Etablierung einer engen Zusammenarbeit mit der Fachgruppe Ärzte, die ebenso von deren Seite „als gut und reibungslos angesehen“ werde.¹¹⁹² Und auch der Zentralvorstand der IG 15 war der Überzeugung, die Fachgruppe Ärzte müsste bei allen Neugestaltungen, die die Berufs- und Entlohnungsverhältnisse betreffen, hinzugezogen werden.¹¹⁹³

Waren Schneiders Vorstellungen hinsichtlich der gewerkschaftlich organisierten Ärztevertretung mit Kompetenzen zur beruflichen Selbstverwaltung mehr oder weniger aufgegangen, konnte der wissenschaftliche Zusammenschluss der Potsdamer Ärzte in der von ihm vorgesehenen Form nicht verwirklicht werden. Überliefert sind lediglich die Statuten der *ars medica* im Entwurf, nicht aber Zeitzeugnisse, die auf ihre tatsächliche Konstituierung oder die Wiederbelebung eines ausgeprägten ärztlichen Vereinslebens hindeuten. Im August 1947 berichtete Schneider zumindest von einem ärztlichen Lesezirkel in Potsdam, „in dem 4 medizinisch-wissenschaftliche Journale kursieren“.¹¹⁹⁴ Er wurde von der hiesigen FDGB-Fachgruppe unterhalten.¹¹⁹⁵

¹¹⁸⁹ Ebd., Bl. 21.

¹¹⁹⁰ Ebd. Nr. 154, Bl. 74-93: Protokoll der Ärztetagung am 23. April 1948, Thema: Polikliniken, hier Bl. 83r.

¹¹⁹¹ Ebd. Nr. 534, Bl. 106f.: Schreiben der Fachgruppe Ärzte im FDGB Land Brandenburg, gez. Georg Schneider, an die Fachgruppe Ärzte im FDGB, Kreis Oberbarnim vom 30. Januar 1948, hier Bl. 107. Vgl. auch ebd., Bl. 125: Bericht der Fachgruppe Ärzte im FDGB (Dr. Schneider) für das Jahr 1947.

¹¹⁹² Ebd., Bl. 148v: Antwortvermerk Kurt Winters an den Zentralvorstand der IG 15 im FDGB vom 31. Dezember 1947.

¹¹⁹³ Ebd., Bl. 148r: Schreiben des 1. Vorsitzenden des Zentralvorstands der IG 15 im FDGB an den Leiter des Landesgesundheitsamtes, Kurt Winter, vom 15. Dezember 1947.

¹¹⁹⁴ Ebd. Nr. 150, Bl. 1-7: Protokoll über die 1. Sitzung des vorbereitenden Ausschusses zur Gründung der Medizinischen Gesellschaft des Landes Brandenburg am 29. August 1947, hier Bl. 6.

¹¹⁹⁵ Vgl. IGEM, Nachlass Heinz Goerke, Ordner Ges. Wesen Potsdam 1945-50 FDGB, o. Bl.: Rundschreiben Nr. 15 der Fachgruppe Ärzte im FDGB, Ortsgruppe Potsdam vom 28. April 1948, verfasst von Georg Schneider.

Anstelle von privaten Vereinigungen initiierte das Ministerium für Arbeit und Sozialwesen die Gründung einer *Medizinischen Gesellschaft der Provinz Mark Brandenburg*. Zum 1. August 1947 lud Minister Fritz Hermann Schwob vorbereitend dafür zu einer außerordentlichen Ärztagung mit hochrangigen Gästen. Vertreten waren neben Film und Presse sowohl die führende Ärzteschaft und zahlreiche Amtsärzte als auch leitende Kräfte der Ostzone und des Landes Brandenburg, das heißt Vertreter der Sowjetischen Militäradministration und der DZVG, die Minister und der Präsident des Landtags, Abgeordnete von SED, LDP, CDU und FDGB sowie Mitglieder anderer Organisationen wie der Freien Deutschen Jugend oder des Demokratischen Frauenbundes Deutschlands.¹¹⁹⁶ Die Versammelten wählten einen Ausschuss zur Bildung der Gesellschaft, dem auch Schneider angehörte.¹¹⁹⁷

Unter Vorsitz Kurt Winters trat das Gremium Ende des Monats zusammen und einigte sich auf die Form und Aufgaben der Gesellschaft. Vorgesehen war eine in Potsdam zentralisierte Vereinigung mit Vertretern aller ärztlichen Fachgebiete, die miteinander kooperieren und denen es „darauf ankommt, die Möglichkeit zur Hebung des Niveaus der Ärzte [...] zu schaffen“. Als solche Möglichkeit wurde die Organisation von Tagungen zur Schulung und Fortbildung der Ärzte mit wissenschaftlichen Vorträgen und praktischen Vorführungen in Betracht gezogen.¹¹⁹⁸ Es sollten zum einen ein- bis zweimal im Jahr größere Veranstaltungen geplant und durchgeführt werden, zum anderen in regelmäßigen Abständen lokale Fortbildungsabende stattfinden.¹¹⁹⁹ Schneider verwies hierbei auf die beispielhafte ärztliche Fortbildung in den späten Weimarer Jahren.¹²⁰⁰ Darüber hinaus wurden der Gesellschaft noch weitere Aufgaben zugetragen, etwa die Förderung und Koordinierung der Forschungsarbeit in den Krankenhäusern¹²⁰¹ und die Herausgabe einer Zeitschrift mit medizinwissenschaftlichen Artikeln sowie einem amtlichen Teil.¹²⁰² Schließlich wählten die Anwesenden einen engeren Ausschuss von vier Mitgliedern, der die näheren organisatorischen Aufgaben zur Bildung der Medizinischen Gesellschaft übernahm, allen voran die Verhandlungen mit der DZVG. Schneider lehnte eine Wahl seiner Person in den Ausschuss ab, „da er es zeitlich und arbeitsmässig nicht mehr

¹¹⁹⁶ Vgl. BLHA, Rep. 211 Ministerium für Gesundheitswesen Nr. 149, Bl. 21f., 32-52: Teilnehmerlisten der außerordentlichen Ärztagung am 1. und 2. August 1947.

¹¹⁹⁷ Vgl. ebd., Bl. 19f.: Einladung des Ministers für Arbeit und Sozialwesen der Landesregierung Brandenburg, Abteilung Gesundheitswesen zur außerordentlichen Ärztagung am 1. und 2. August 1947. Die außerordentliche Ärztagung fand ausschließlich am 1. August statt, am Tag darauf folgte eine Arbeitsbesprechung der Amtsärzte.

¹¹⁹⁸ Ebd. Nr. 150, Bl. 1-7: Protokoll über die 1. Sitzung des vorbereitenden Ausschusses zur Gründung der Medizinischen Gesellschaft des Landes Brandenburg am 29. August 1947, hier Bl. 1f., Zitat Bl. 1.

¹¹⁹⁹ Vgl. ebd., Bl. 2f.

¹²⁰⁰ Vgl. ebd., Bl. 4.

¹²⁰¹ Vgl. ebd., Bl. 5.

¹²⁰² Vgl. und siehe ausführlich ebd., S. 5ff.

schaffen könnte“.¹²⁰³ Dennoch hatte er einen Berührungspunkt mit der Gesellschaft, denn diese sollte mit der FDGB-Fachgruppe Ärzte eng zusammenarbeiten. Immerhin gab es in der Fachgruppe schon einen wissenschaftlichen Ausschuss und in ihren Ortsgruppen wissenschaftliche Komitees.¹²⁰⁴ Es dauerte jedoch noch reichliche zwei Jahre – Schneider war inzwischen verstorben –, bis die Medizinische Gesellschaft am 25. und 26. November 1949 zum ersten Mal eine größere Veranstaltung mit Referaten zu aktuellen Themen und Problemen sowie Operationsvorführungen austrug und damit den „erste[n] Schritt zu einer wirklich wissenschaftlich begründeten Fortbildung“ der Ärzte setzte.¹²⁰⁵

Jenes letzte Lebensjahr Schneiders 1949 begann für die Fachgruppe Ärzte und den gesamten Stand mit einem herben Rückschlag hinsichtlich der berufspolitischen Mitspracherechte und leitete deren dauerhafte Beschränkung ein. Die neue Niederlassungsordnung vom 23. Februar habe, so Schneider, „alle Erfahrungen der Vergangenheit preis[gegeben] und [...] bedenkliche Reibungsflächen“ geschaffen.¹²⁰⁶ Gemäß ihren Bestimmungen war ein Niederlassungsausschuss, wie er 1947 vorläufig gebildet worden war, nicht mehr vorgesehen. Sie legte fest, dass die Niederlassung eines Arztes in eigener Praxis von der Erlaubnis des zuständigen Landesgesundheitsamts abhängig zu sein hatte.¹²⁰⁷ Vor der Entscheidung sollten der Landesverband der IG 15, die SVA sowie das örtliche Gesundheitsamt gehört werden,¹²⁰⁸ ohne dass sie in einem Gremium zusammentreten mussten oder ihnen konkrete Befugnisse zugeschrieben wurden. Die Ordnung stellte die Berufsausübung der Ärzte zudem unter Aufsicht der Gesundheitsämter. Ihnen war es fortan erlaubt, Beauftragte einzusetzen, die jederzeit ärztliche Praxen und Einrichtungen überprüfen konnten.¹²⁰⁹ Schneider prangerte an, die Ärzte würden damit in Abhängigkeit gebracht und ihnen eine unfreie Stellung angewiesen werden, „wie sie sie in Deutschland noch nie gehabt haben“.¹²¹⁰ Überdies kritisierte er die Vorschrift, dass Zulassungen allein unter dem Vorbehalt erfolgten, dass sich die Ärzte bei Bedarf nebenberuflich dem öffentlichen Gesundheitsdienst zur Verfügung stellten.¹²¹¹ Auf dieser Grundlage waren im

¹²⁰³ Ebd., Bl. 7.

¹²⁰⁴ Vgl. ebd., Bl. 5, 7.

¹²⁰⁵ Ebd. Nr. 151, Bl. 44-48: Kritik über die außerordentliche Ärztagung der Medizinischen Gesellschaft des Landes Brandenburg am 25. und 26. November 1949 in Potsdam von Dr. Fiedler, hier Bl. 48.

¹²⁰⁶ Ebd. Nr. 534, Bl. 18-30: Bericht über die Lage der Ärzte und die ärztliche Versorgung der Bevölkerung in der Ostzone vom 20. Mai 1949, hier Bl. 27.

¹²⁰⁷ Vgl. Anordnung über die Niederlassung der Ärzte. Vom 23. Februar 1949 (nachfolgend: Niederlassungsordnung 1949), in: Zentralverordnungsblatt, T. 1, Berlin 1949 (nachfolgend: ZVOBl. 1949), S. 125-128, hier S. 125, §§ 1f.

¹²⁰⁸ Vgl. ebd., S. 126, § 6.

¹²⁰⁹ Vgl. ebd., S. 127, § 18.

¹²¹⁰ BLHA, Rep. 211 Ministerium für Gesundheitswesen Nr. 534, Bl. 18-30: Bericht über die Lage der Ärzte und die ärztliche Versorgung der Bevölkerung in der Ostzone vom 20. Mai 1949, hier Bl. 28.

¹²¹¹ Vgl. Niederlassungsordnung 1949, S. 126, § 7, Abs. 1.

dritten Quartal 1949 von den etwa 6.300 in freier Praxis tätigen Ärzten in der SBZ fast 5.000 zugleich im Staatsdienst beschäftigt.¹²¹² Eine solche gleichzeitige Verpflichtung führe laut Schneider zur Überlastung und sei nicht hinnehmbar.¹²¹³

Auch in anderen Punkten stellte die Anordnung eine enorme Förderung des öffentlichen, also staatlichen Gesundheitswesens zuungunsten der freien Niederlassung dar. Die Genehmigung letzterer sollte erfolgen „unter Berücksichtigung der Notwendigkeit, das Netz der öffentlichen Behandlungsstellen zu verstärken“. ¹²¹⁴ Konnte dem Antragsteller entsprechend seiner Vorbildung und seiner Fähigkeiten ein derartiger Arbeitsplatz, vornehmlich in Polikliniken und Ambulanzen,¹²¹⁵ im Gebiet der SBZ nachgewiesen werden, war ihm die freie Niederlassung zu entsagen, insofern er noch nicht hauptberuflich niedergelassen gewesen war.¹²¹⁶ Die Gesundheitsverwaltung erhielt also „eine Rechtsgrundlage, welche die Erteilung einer Niederlassungserlaubnis von dem Entwicklungsstand und den Planungsvorhaben im öffentlichen (staatlichen) Gesundheitswesen abhängig machte“, wie Gerhard Naser einleuchtend schlussfolgert.¹²¹⁷ Folglich war die Anordnung vom 23. Februar 1949 der Riegel für neue Niederlassungen und eine entscheidende Grundlage dafür, dass die ambulante ärztliche Versorgung in der DDR nicht mehr Domäne des frei praktizierenden Arztes war.

Schneider verärgerte seinerzeit zusätzlich, dass bei den Beratungen der DZVG bzw. der Hauptverwaltung für das Gesundheitswesen über die Niederlassungsordnung, an denen auch Ärztevertreter des FDGB beteiligt gewesen waren, andere Grundsätze verhandelt worden waren. Vorgesehen war beispielsweise ein Niederlassungsausschuss, bestehend aus jeweils zwei Vertretern der Sozialversicherungsanstalt und des FDGB unter dem Vorsitz des Leiters des Landesgesundheitsamts.¹²¹⁸ Bezüglich der Änderungen habe man sich nicht mit der Ärzteschaft verständigt. Man habe den FDGB bei der Neufassung „übergangen, die ärztliche Gewerkschaftsleitung ausgeschaltet und entrechtet“ zugunsten der „Machtvollkommenheit“ der Hauptgesundheitsverwaltung.¹²¹⁹

¹²¹² Vgl. Naser, Hausärzte, S. 115.

¹²¹³ BLHA, Rep. 211 Ministerium für Gesundheitswesen Nr. 534, Bl. 18-30: Bericht über die Lage der Ärzte und die ärztliche Versorgung der Bevölkerung in der Ostzone vom 20. Mai 1949, hier Bl. 29.

¹²¹⁴ Niederlassungsordnung 1949, S. 125, § 1.

¹²¹⁵ Vgl. Erste Durchführungsbestimmung zur Anordnung über die Niederlassung der Ärzte. Vom 1. Juni 1949, in: ZVOBl. 1949, S. 441-244, hier S. 441, § 2.

¹²¹⁶ Vgl. Niederlassungsordnung 1949, S. 125, § 3, Nr. 2.

¹²¹⁷ Naser, Hausärzte, S. 97.

¹²¹⁸ Vgl. ebd., S. 94. Zur Ausarbeitung der Niederlassungsordnung siehe ausführlich ebd., S. 93-97.

¹²¹⁹ BLHA, Rep. 211 Ministerium für Gesundheitswesen Nr. 534, Bl. 18-30: Bericht über die Lage der Ärzte und die ärztliche Versorgung der Bevölkerung in der Ostzone vom 20. Mai 1949, hier Bl. 28.

Die neue Niederlassungsordnung, die nicht nur bei Schneider, sondern rundum bei den ärztlichen Standesvertretern auf Widerstand stieß,¹²²⁰ zeigt exemplarisch, dass von den Ärzten erlangte berufspolitische Kompetenzen keinesfalls selbstverständlich waren und von festem Bestand sein mussten. Sie konnten nur durch einen konsequenten, unnachgiebigen Einsatz durch Persönlichkeiten wie Schneider errungen und – zumindest temporär – gehalten werden. Um den ärztlichen Einfluss auf die Berufs- und Gesundheitspolitik zu erhöhen, empfand Schneider auch eine parteipolitische Betätigung der Ärzte als zwingend erforderlich.¹²²¹ Allein hierin lag sein Beweggrund, als Fraktionschef der LDP im Ende 1946 konstituierten Brandenburger Landtag zu agieren.¹²²²

6.3 Schneider und die Parteipolitik: LDP-Fraktionsvorsitz im Brandenburger Landtag

Wenngleich die Geschichte des brandenburgischen Landtags in der SBZ und DDR nur eine kurze Episode blieb – er bestand von 1946 bis 1952 – und die Parlamente eher „eine schein-demokratische Fassade für die sowjetische Besatzungsmacht und die SED“ waren, kamen hier „durchaus Elemente und Problemfelder zum Tragen, die für die Geschichte in der SBZ/DDR von grundsätzlichem Aussagewert waren“.¹²²³ So spiegeln die Verhandlungsprotokolle auch zeitgenössische Belange des Gesundheits- und ärztlichen Berufswesens wider. Dies ist mit Blick auf Georg Schneiders Wirken von besonderem Interesse.

Der Landtag der Mark Brandenburg konstituierte sich am 22. November 1946, ziemlich genau einen Monat nach der Wahl vom 20. Oktober. In der neuen Volksvertretung stellte die SED die mitgliederstärkste Fraktion. Sie errang 44 der insgesamt 100 Abgeordnetensitze. Es folgten die CDU mit 31, die LDP mit 20 und die VdGB mit 5 Sitzen.¹²²⁴ Inwiefern diese Aufteilung tatsächlich den politischen Geist der Bevölkerung charakterisiert, ist fraglich, strengte doch die Militäradministration zugunsten der SED eine übermäßige Propaganda an. Der beinahe aggressive Wahlkampf benachteiligte die bürgerlichen Parteien recht konsequent. Einen

¹²²⁰ Vgl. Naser, Hausärzte, S. 97f.

¹²²¹ Vgl. IGEM, Nachlass Heinz Goerke, Ordner Ges. Wesen Potsdam 1945-50 FDGB, o. Bl.: Rundschreiben V der Fachgruppe Ärzte im FDGB Provinz Mark Brandenburg, verfasst von Georg Schneider, ohne Datum.

¹²²² Vgl. BLHA, Rep. 211 Ministerium für Gesundheitswesen Nr. 534, Bl. 106f.: Schreiben der Fachgruppe Ärzte im FDGB Land Brandenburg, gez. Georg Schneider, an die Fachgruppe Ärzte im FDGB, Kreis Oberbarnim vom 30. Januar 1948, hier Bl. 107.

¹²²³ So das zusammenfassende Urteil Michael C. Bienerts in seiner exzellenten, aus der Dissertationsschrift hervorgegangenen Monographie Zwischen Opposition und Blockpolitik. Die „bürgerlichen“ Parteien und die SED in den Landtagen von Brandenburg und Thüringen (1946-1952) (= Beiträge zur Geschichte des Parlamentarismus und der politischen Parteien, Bd. 171), Düsseldorf 2016, S. 539.

¹²²⁴ Vgl. BLHA, Rep. 210 Landtag Nr. 468, Bl. 140-144: Abgeordnete des Landtags; Bienert/Schreckenbach, Das Land, S. 115f. Siehe ausführlich Bienert, Zwischen Opposition und Blockpolitik, S. 125-134.

Tag vor der Abstimmung kam es beispielsweise zur Streichung des Spitzenkandidaten der Liberalen, Wilhelm Falk, von der Wahlliste.¹²²⁵ Obgleich CDU und LDP trotz der Wahlumstände knapp die absolute Mehrheit für das bürgerliche Lager erringen konnten, besetzte die SED dank sowjetischer Rückendeckung die entscheidenden politischen Positionen: Sie stellte mit Karl Steinhoff den Ministerpräsidenten. Friedrich Ebert wurde Landtagspräsident. Ein Sozialist nahm in den meisten zentralen Ausschüssen den Vorsitz ein, die so zusammengesetzt waren, dass sie mit Hilfe eines VdgB-Vertreters bei Abstimmungen stets die Mehrheit erzielen konnten. Schließlich wurde die Landtagsverwaltung weitestgehend der SED überlassen.¹²²⁶

In der Weimarer Zeit trotz seiner DVP-Mitgliedschaft parteipolitisch überregional nie in Erscheinung getreten, gehörte Georg Schneider dem nunmehrigen Landtag während der ersten Legislaturperiode bis zu seinem Tod im Oktober 1949 als Fraktionsvorsitzender der LDP an, deren brandenburgischer Landesverband sich im Oktober 1945 gebildet hatte.¹²²⁷ Damit vertrat er die Partei, deren Programm mit seinen persönlichen Werten am ehesten konform ging. Bereits sein standespolitisches Wirken vor der nationalsozialistischen Diktatur war geprägt gewesen von der Forderung nach Demokratie und Freiheit. Zudem unterstützte die LDP das Ziel, das Gesundheitswesen in besonderem Maße und an die einst errungenen ärztlichen Selbstverwaltungskompetenzen anknüpfend zu fördern, und hob dabei die hohe gesellschaftliche Bedeutung des Ärztestandes hervor.¹²²⁸

Im brandenburgischen Landtag war Schneider Mitglied des Ältestenrats, des ständigen Ausschusses zur Wahrung der Rechte der Volksvertretung, des Ausschusses für Arbeit und Sozialfürsorge sowie des Ausschusses für Wiederaufbau, Gesundheitswesen und Umsiedler. Neben ihm saß mit dem Angermünder Kreisarzt Artur Deeg aus Greiffenberg (CDU) lediglich ein weiterer Mediziner im Landtag. Bereits nach einem knappen Jahr, am 10. September 1947, schied Deeg jedoch aus, womit Schneider als einziger approbierter Arzt in der Volks-

¹²²⁵ Vgl. und siehe ausführlich Bienert, Zwischen Opposition und Blockpolitik, S. 98-123, zur Streichung Falks S. 115-118.

¹²²⁶ Vgl. Bienert/Schreckenbach, Das Land, S. 115ff. Siehe ausführlich Bienert, Zwischen Opposition und Blockpolitik, S. 150-188.

¹²²⁷ Zur Gründung des LDP-Landesverbands Brandenburg siehe Bienert, Zwischen Opposition und Blockpolitik, S. 64-72.

¹²²⁸ Vgl. Krumbiegel, Polikliniken, S. 117.

vertretung verblieb.¹²²⁹ So verwundert es nicht, dass vor allem er es war, der gesundheitspolitische Themen einbrachte und rege diskutierte.¹²³⁰

Auf der fünften Sitzung des Landtags am 31. Januar 1947 äußerte sich Schneider erstmals zur gesundheitlichen Lage der Bevölkerung. Seit Ende des Zweiten Weltkriegs sei in Brandenburg unermüdlich ein Übermaß von Arbeit geleistet worden bei mangelhafter Ernährung und ungünstigen Wohnverhältnissen. Folge dessen sei nun ein erhöhter Bestand von Arbeitsunfähigkeit von acht bis zehn anstelle der üblichen fünf Prozent. Schneider appellierte, die arbeitende Bevölkerung gesundheitlich zu fördern und bessere Lebensverhältnisse zu bewirken.¹²³¹ Zu diesem Zweck befürwortete er im Ausschuss für Arbeit und Soziales die Verabschiedung eines Gesetzes, auf dessen Grundlage sämtliche Bade- und Kurorte Brandenburgs zur Aufnahme der werktätigen Bevölkerung, insbesondere der Sozialversicherungspflichtigen, zur Verfügung gestellt wurden. Die entsprechenden Verträge zur Unterbringung von Erholungsbedürftigen waren zwischen der SVA und dem FDGB abzuschließen. Das Gesetz wurde am 20. März 1947 einstimmig vom Landtag angenommen.¹²³²

Auf derselben Sitzung setzte sich Schneider mit einem eigenen Antrag für eine Privilegierung der Ärzte bei der Vergabe von durch die Militäradministration genehmigten Fernsprechan schlüssen und bei der Zuteilung von Treibstoffen ein, wodurch er sich eine verbesserte Versorgung der Landbevölkerung versprach.¹²³³ Nach Beendigung des Zweiten Weltkriegs führten die Besatzungsmächte die Rationierung von Lebensmitteln und sonstigen Produkten des

¹²²⁹ Vgl. BLHA, Rep. 201 Landtag Nr. 27: Zusammensetzung von Präsidium und Ältestenrat des Landtages; Nr. 48: Liste der Landtagsabgeordneten; Nr. 51: Anschriften und Parteizugehörigkeit der Abgeordneten; Nr. 130, Bl. 2-5: Dokumente zur Aufstellung der LDP-Fraktion im Landtag von Brandenburg; Nr. 135: Besetzung der Ausschüsse des Landtages; Nr. 468, Bl. 145ff.: Die Besetzung der ständigen Ausschüsse des Landtages des Landes Brandenburg.

¹²³⁰ Schneider beteiligte sich freilich auch an anderen Debatten, etwa zur ersten Berlinkrise und zur Währungsreform 1948/49, welche Ereignisse für ihn übrigens die endgültige Zerstörung der deutschen Einheit, das Auseinanderreißen Deutschlands in zwei Hälften bedeuteten; vgl. ebd. Nr. 89, Bl. 113-116: Landtag des Landes Brandenburg, 1. Wahlperiode, Drucksache Nr. 305: Stenographischer Bericht. 40. Sitzung am 23. Juni 1948, hier Bl. 115v. Siehe auch Bienert, Zwischen Opposition und Blockpolitik, S. 361-367. Äußerst spannend sind ferner Schneiders Anschauungen zu Bodenreform und Verstaatlichung der Industrie; siehe ebd., Rep. 250 Landratsamt Beeskow-Storkow/Fürstenwalde Nr. 1717, o. Bl.: Niederschrift Georg Schneiders seines Referats über die Eingliederung der Fachgruppe Ärzte in den FDGB, gehalten auf einer Versammlung der Potsdamer Ärzteschaft am 31. März 1946, S. 1f. Nachfolgende Ausführungen konzentrieren sich jedoch auf gesundheits- bzw. arztberufspolitische Themen, die im Landtag von Brandenburg diskutiert wurden.

¹²³¹ Vgl. BLHA, Rep. 201 Landtag Nr. 88, Bl. 20-33: Landtag der Mark Brandenburg, 1. Wahlperiode, Drucksache Nr. 38: Stenographischer Bericht. 5. Sitzung am 31. Januar 1947, hier Bl. 31v.

¹²³² Vgl. ebd., Bl. 47-60: Landtag der Mark Brandenburg, 1. Wahlperiode, Drucksache Nr. 76: Stenographischer Bericht. 8. Sitzung am 20. März 1947, hier Bl. 51v; Nr. 180, Bl. 41: Schreiben des Abgeordneten Paul Kube an den Präsidenten des Landtags der Mark Brandenburg vom 17. Februar 1947; Bl. 44: Landtag der Mark Brandenburg, 1. Wahlperiode, Drucksache Nr. 25: Antrag Sucker und Genossen vom 9. Januar 1947.

¹²³³ Vgl. ebd. Nr. 450, Bl. 85: Landtag der Mark Brandenburg, 1. Wahlperiode, Drucksache Nr. 42: Antrag Dr. Schneider und Genossen vom 7. Februar 1947; Nr. 451, Bl. 18: Landtag des Landes Brandenburg, 1. Wahlperiode, Drucksache Nr. 102: Bericht des Verkehrs-Ausschusses zur Drucksache Nr. 42 vom 30. Mai 1947.

täglichen Bedarfs, die schon während des Krieges gang und gäbe gewesen war, fort. Schneider sah die Ärzte bei den Zuteilungen aber stark benachteiligt und schlussfolgerte negative Auswirkungen auf ihre Berufspraxis.¹²³⁴ So schilderte er den Landtagsabgeordneten, dass ärztliche Hausbesuche oftmals unmöglich seien aufgrund der fehlenden Betriebsfähigkeit ihrer Automobile. Der Arzt müsse seitens der Kreisverwaltungen ausreichend mit Treibstoff versorgt werden – unabhängig von einem Verteilungsschlüssel der Militäradministration –, um mit dem Wagen schnell weitere Entfernungen zurücklegen zu können. Bei anhaltender Treibstoffknappheit müssten die Gesundheitsämter in Zusammenarbeit mit der Fachgruppe Ärzte wenigstens sicherstellen, „daß einige Wagen jederzeit fahren können“. Schneiders Ansinnen nach sollten die Ärzte überdies bei der Aushändigung von Rädern, Schläuchen und Reifen für Autos oder andere Fuhrwerke wie Fahrräder besonders berücksichtigt werden, „damit sie ihre Landbesuche ausführen können“. Ebenso seien die Ärzte bei der Zuweisung von Fernsprechan schlüssen zu bevorzugen, damit sie in Notfällen erreichbar sind und „weil man telefonisch [mitunter] einen Besuch sparen und einen kleinen Rat geben kann“.¹²³⁵ Nach Prüfung des Antrags durch den Verkehrsausschuss beschloss der Landtag am 11. September einstimmig, die Kreise zu verpflichten, in erster Linie Ärzte mit Benzin zu beliefern. Zudem wurde dem Vorschlag Schneiders zugestimmt, bei der Organisation der Verteilung die Fachgruppe Ärzte einzubeziehen.¹²³⁶

Im Januar 1948 berichtete der Chef der Kanzlei des brandenburgischen Ministerpräsidenten, dass der Landtagsbeschluss durchgeführt worden sei. Die Abteilung Verkehr im Ministerium der Finanzen habe Ende September bei allen Kraftverkehrsstellen verfügt, für Ärztefahrzeuge ein überrnormmäßiges Kontingent an Treibstoff vorzusehen. Einen Monat später habe die Abteilung Wiederaufbau im Finanzministerium die Landräte und Oberbürgermeister angewiesen, die Mediziner bei der Vergabe von Fernsprechan schlüssen primär zu berücksichtigen.¹²³⁷ Gleichwohl informierte Schneider die Delegierten der Fachgruppe Ärzte bei ihrer Jahresversammlung im Mai 1949 über die noch immer prekäre Lage bezüglich der Hausbesuche auf dem Land und erhob den Vorwurf, die staatlichen Anweisungen würden in der Regel nicht beachtet werden, die Ärzte deshalb mitunter sogar Schwarzmarktpreise für Benzin zahlen, um

¹²³⁴ Vgl. und siehe ausführlich ebd., Rep. 211 Ministerium für Gesundheitswesen Nr. 534, Bl. 18-30: Bericht über die Lage der Ärzte und die ärztliche Versorgung der Bevölkerung in der Ostzone vom 20. Mai 1949, hier Bl. 21ff.

¹²³⁵ Ebd., Rep. 201 Landtag, Nr. 88, Bl. 47-60: Landtag der Mark Brandenburg, 1. Wahlperiode, Drucksache Nr. 76: Stenographischer Bericht. 8. Sitzung am 20. März 1947, hier Bl. 60r.

¹²³⁶ Vgl. ebd., Bl. 125-133: Landtag des Landes Brandenburg, 1. Wahlperiode, Drucksache Nr. 152: Stenographischer Bericht. 17. Sitzung am 11. September 1947, hier Bl. 132v-133r.

¹²³⁷ Vgl. ebd. Nr. 282, Bl. 1: Schreiben des Chefs der Kanzlei des Ministerpräsidenten an den Landtag des Landes Brandenburg vom 6. Januar 1948.

ihren Autbedarf zu decken.¹²³⁸ Die Verkehrsausschüsse der Stadt- und Landkreise, die für die Aufteilung der Treibstoffmengen letztlich zuständig waren und sie den örtlichen FDGB-Fachgruppen der Ärzte zuwiesen, baten dagegen zu bedenken, dass es zahlreiche Verbrauchergruppen gebe, die bei der Vergabe in erster Linie berücksichtigt werden wollten, wie die Feuerwehren oder das Straßenbauamt.¹²³⁹ Als ebenso ungünstig deklarierte Schneider die Versorgung der Ärzte mit Reifen, Schläuchen und Fahrrädern, weshalb sie die Wege zu ihren Patienten teilweise zu Fuß zurücklegen müssten, sowie Kohlen, Lebensmitteln und – etwa für Verbände – Textilien.¹²⁴⁰

Brennstoffe wie Kohle waren vor allem für die Beheizung der Arztpraxen und Krankenanstalten von enormer Wichtigkeit. Aus diesem Grund brachte die LDP-Fraktion im Dezember 1947 einen Antrag zur Beratung im Landtag ein, den Krankenanstalten bei der Belieferung mit Heizmaterial Vorrang zu gewähren.¹²⁴¹ Schneider begründete die Direktive auf der Landtagssitzung am 6. Januar 1948 aus medizinischer Perspektive. So seien warme Temperaturen Voraussetzung für den Heilungsprozess bestimmter Krankheiten, etwa bei Erkrankung der Atemorgane oder rheumatischen Zuständen, und auch bei Operationen dringend erforderlich. Zugleich dürften aber auch die ärztlichen Niederlassungen bei der Heizmittelversorgung nicht außer Acht gelassen werden. Generell mahnte Schneider zum sparsamsten Verbrauch von Kohle in allen Lebensbereichen und empfahl die Nutzung von Ersatzbrennstoffen wie Holz oder Torf. Gesundheitsminister Schwob schloss sich dem Antrag der Liberalen an und versicherte dessen Umsetzung.¹²⁴² Im Winter 1948/49 sei „[t]rotz der Landtagsdebatten [...] eine nennenswerte allgemeine Besserung der Verhältnisse nicht eingetreten“, wie Schneider im Mai 1949 feststellte. Vor allem die Arbeitsräume der Ärzte seien nicht ausreichend mit Brennstoffen ausgestattet worden.¹²⁴³ Die Hauptverteilung Materialversorgung im branden-

¹²³⁸ Vgl. ebd., Rep. 211 Ministerium für Gesundheitswesen Nr. 534, Bl. 18-30: Bericht über die Lage der Ärzte und die ärztliche Versorgung der Bevölkerung in der Ostzone vom 20. Mai 1949, hier Bl. 23. Zur mangelnden Treibstoffversorgung der Ärzte im Kreis Niederbarnim siehe ebd., Rep. 201 Landtag Nr. 493, Bl. 201-208.

¹²³⁹ Vgl. ebd., Rep. 201 Landtag Nr. 490, Bl. 280: Schreiben des Rats der Stadt Cottbus, Abteilung Verkehr an die Landesregierung Brandenburg, Abteilung Verkehr vom 11. Oktober 1948.

¹²⁴⁰ Vgl. ebd., Rep. 211 Ministerium für Gesundheitswesen Nr. 534, Bl. 18-30: Bericht über die Lage der Ärzte und die ärztliche Versorgung der Bevölkerung in der Ostzone vom 20. Mai 1949, hier Bl. 21ff. Siehe auch ebd., Rep. 201 Nr. 453, Bl. 53: Landtag des Landes Brandenburg, 1. Wahlperiode, Drucksache Nr. 337: Antrag Baumann und Genossen.

¹²⁴¹ Vgl. ebd., Rep. 201 Landtag Nr. 452, Bl. 6: Landtag des Landes Brandenburg, 1. Wahlperiode, Drucksache Nr. 205: Antrag Dr. Mühlmann und Genossen vom 15. Dezember 1947.

¹²⁴² Vgl. ebd. Nr. 89, Bl. 1ff.: Landtag des Landes Brandenburg, 1. Wahlperiode, Drucksache Nr. 215: Stenographischer Bericht. 27. Sitzung am 6. Januar 1948, hier Bl. 2; Bl. 84ff.: Landtag des Landes Brandenburg, 1. Wahlperiode, Drucksache Nr. 271: Stenographischer Bericht. 35. Sitzung am 8. April 1948, hier Bl. 84-85r. Siehe auch ebd. Nr. 283, Bl. 1-4.

¹²⁴³ Ebd., Rep. 211 Ministerium für Gesundheitswesen Nr. 534, Bl. 18-30: Bericht über die Lage der Ärzte und die ärztliche Versorgung der Bevölkerung in der Ostzone vom 20. Mai 1949, hier Bl. 23.

burgischen Ministerium begründete die Schwierigkeiten mit „der ausserordentlich schlechten Kohlenbelieferung im Monat Dezember“. Zudem seien zunächst „die entstehenden Lücken in der Industrie zu schliessen“ gewesen.¹²⁴⁴

Wenig zurückhaltend verhielt sich Schneider auch bei den Auseinandersetzungen im Landtag um eine gesetzliche Regelung zur legitimen Unterbrechung der Schwangerschaft, eines der am kontroversesten diskutierten gesundheitspolitischen Themen Ende der 1940er Jahre.¹²⁴⁵ Wegen der ausgeprägten sozialen Not, den katastrophalen hygienischen und medizinischen Bedingungen und vor allem der massenhaften Vergewaltigungen während des Zweiten Weltkriegs und in der Nachkriegszeit hatte die Zahl der Schwangerschaftsabbrüche deutlich zugenommen. Daraufhin wurde die bereits in der Weimarer Republik – auch auf den Deutschen Ärztetagen¹²⁴⁶ – umstrittene Frage nach einer rechtlichen Legalisierung der Unterbrechung ungewollter Schwangerschaften durch eine Reform des Strafgesetzbuchparagraphen 218, der eine Abtreibung, außer bei einer medizinischen Indikation, das heißt, wenn Gefahr für Mutter oder Kind besteht, als Straftat behandelte, wieder aufgeworfen. Nachdem die SMAD bereits im Januar 1946 das *Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses* außer Kraft gesetzt und die Provinzialverwaltung Mark Brandenburg im März eine Anordnung erlassen hatte, welche die Strafverfolgung bei Vergehen gegen den Paragraphen 218 bis Ende des Jahres suspendierte,¹²⁴⁷ brachte die SED-Fraktion im Juni 1947 im Brandenburger Landtag einen Antrag ein, der auf eine vorläufige gesetzliche Fixierung der Anordnung zielte. Bis zu einer juristischen Neuregelung der Vorschriften über Abtreibung sollten alle Strafverfahren aufgrund des Paragraphen 218 ausgesetzt, keine neuen Verfahren eingeleitet und Strafurteile nicht vollstreckt werden. Speziell sah das Gesetz vor, dass „gegen Aerzte, die Abtreibungen vorgenommen

¹²⁴⁴ Ebd., Rep. 201 Landtag Nr. 491, Bl. 137: Schreiben des Ministerpräsidenten des Landes Brandenburg, Hauptabteilung Materialversorgung an den Landtag des Landes Brandenburg, Kanzlei vom 2. Februar 1949.

¹²⁴⁵ Vgl. nachfolgend und siehe ausführlich Bienert, *Zwischen Opposition und Blockpolitik*, S. 295-307. Ebenso Dieter Pohl, *Justiz in Brandenburg 1945-1955. Gleichschaltung und Anpassung (= Quellen und Darstellungen zur Zeitgeschichte, Bd. 50; Veröffentlichungen zur SBZ-/DDR-Forschung im Institut für Zeitgeschichte)*, München 2001, S. 79f.

¹²⁴⁶ Vgl. BLHA, Rep. 201 Landtag Nr. 88, Bl. 125-133: Landtag des Landes Brandenburg, 1. Wahlperiode, Drucksache Nr. 152: Stenographischer Bericht. 17. Sitzung am 11. September 1947, hier Bl. 128r.

¹²⁴⁷ Die Genehmigung von Schwangerschaftsunterbrechungen erfolgte durch örtliche Gutachterkommissionen beim Gesundheitsamt. Sie führten ihre Tätigkeit über 1946, ohne rechtliche Grundlage, fort. Der Justizminister versicherte allerdings, dass bei Schwangerschaftsabbrüchen durch Ärzte aufgrund eines Kommissionsbeschlusses „eine Strafverfolgung mangels Bewusstsein der Rechtswidrigkeit nicht in Frage kommt“. Siehe ebd. Nr. 182, Bl. 30: Schreiben der Landesregierung Brandenburg, Minister der Justiz an den Direktor des Landtages des Landes Brandenburg vom 24. Juli 1947. Vgl. auch ebd. Bl. 29: Schreiben der Fachgruppe Ärzte im FDGB, Ortsgruppe Potsdam, gez. Georg Schneider, an den Präsidenten und alle Fraktionen des Landtags Brandenburg vom 1. Juli 1947; Nr. 133, Bl. 4: Schreiben der Landesregierung Brandenburg, Minister der Justiz, an den Landtag des Landes Brandenburg vom 8. September 1947.

haben, keine Maßnahmen getroffen werden, die auf Untersagung oder Beschränkung der Berufsausübung, insbesondere der Approbation, gerichtet sind“.¹²⁴⁸

Schneider hinterfragte auf der Landtagssitzung zwar die soziale Indikation einer Abtreibung. Er zeigte auf, dass Kinder, die in notbedürftigen Familien oder unter schweren Schicksalen aufwachsen, ein glückliches und erfolgreiches Leben nicht versagt bleiben muss, und legte die gesundheitlichen Risiken eines Schwangerschaftsabbruches dar. Zudem sei ein solcher Eingriff schwer mit der moralisch-ethischen Sichtweise eines Arztes vereinbar: „Der Arzt mit der Pipette in der Hand ist kein Wohltäter der Menschheit; es entspricht dem ärztlichen Empfinden nicht, besonders jetzt nach diesen schweren Jahren, die wir durchlebt haben, daß er ein werdendes Leben zerstört.“ Dennoch müsse der liberal, human denkende Arzt frei über eine Schwangerschaftsunterbrechung entscheiden dürfen, wenn ihn eine Frau in sozialer Notlage darum bittet.¹²⁴⁹

Seinem Redebeitrag zufolge befürwortete Schneider den Gesetzesantrag der Sozialisten,¹²⁵⁰ der an den Rechts- und Verfassungsausschuss des Landtags übergeben wurde. Im Namen der örtlichen FDGB-Fachgruppe Ärzte in Potsdam bat er nachdrücklich, die gesetzliche Neuregelung der genehmigten Schwangerschaftsunterbrechung zu beschleunigen.¹²⁵¹ Inwiefern die Beratungen im Ausschuss voranschritten, bleibt aber unklar. Stattdessen brachte die SED auf der Landtagssitzung am 11. September 1947 einen Antrag ein, der weit über die Außerkraftsetzung des Paragraphen 218 hinausging. Das vorgeschlagene *Gesetz über die Unterbrechung der Schwangerschaft* bestimmte die Modalitäten einer Abtreibung eindeutig und detailliert und strebte eine Neuausrichtung der Rechtslage an. Grundsätzlich sollte die Tötung der Leibesfrucht durch Eigeneinwirken oder einen Arzt mit bis zu zwei Jahren Gefängnisarrest strafbar bleiben. Das Gesetz gestattete jedoch bei Genehmigung eines ärztlichen Gutachterausschusses die medizinische und in den ersten drei Schwangerschaftsmonaten die soziale und ethische Indikation, also eine Abtreibung bei gesundheitlicher Gefährdung von Mutter oder Kind, prekären sozialen Verhältnissen der Mutter, die sich auf die Gesundheit des Kindes auswirken könnten, oder einer Schwangerschaft durch Gewalteinwirkung.¹²⁵² Diese Geset-

¹²⁴⁸ Ebd. Nr. 450, Bl. 163: Landtag der Mark Brandenburg, 1. Wahlperiode, Drucksache Nr. 90: Antrag Bauer, Langner und Genossen vom 11. Juni 1947.

¹²⁴⁹ Ebd. Nr. 88, Bl. 87-96: Landtag der Mark Brandenburg, 1. Wahlperiode, Drucksache Nr. 100: Stenographischer Bericht. 14. Sitzung am 25. Juni 1947, hier Bl. 93, Zitat Bl. 93r.

¹²⁵⁰ Bienert, Zwischen Opposition und Blockpolitik, S. 300, sieht in Schneiders Ausführungen, wenn überhaupt, ein äußerst vages Bekenntnis der LDP-Fraktion zur Reform des Paragraphen 218.

¹²⁵¹ Vgl. BLHA, Rep. 201 Landtag Nr. 182, Bl. 29: Schreiben der Fachgruppe Ärzte im FDGB, Ortsgruppe Potsdam, gez. Georg Schneider, an den Präsidenten und alle Fraktionen des Landtags Brandenburg vom 1. Juli 1947.

¹²⁵² Vgl. ebd. Nr. 451, Bl. 40: Landtag des Landes Brandenburg, 1. Wahlperiode, Drucksache Nr. 117: Antrag Langner und Genossen vom 26. August 1947.

zesvorlage war vom Zentralsekretariat der SED ausgearbeitet worden und wurde auch in den Landtagen der anderen SBZ-Länder eingebracht.

Bei der ersten Besprechung des Antrags im brandenburgischen Landtag betonte Schneider erneut die gesundheitlichen Risiken eines Schwangerschaftsabbruches, aber auch die Zweckmäßigkeit der anstehenden Gesetzesänderung, da diese nicht auf hemmungslose Abtreibungen ziele, sondern die situationsbedingte ärztliche Beurteilung im Sinne der Zeitverhältnisse voraussetze.¹²⁵³ Nachdem der Rechts- und Verfassungsausschuss den Gesetzesentwurf geringfügig abgeändert hatte,¹²⁵⁴ wurde er auf der Landtagssitzung am 4. November 1947 angenommen.¹²⁵⁵ Dabei stimmten 62 Abgeordnete für und 29 gegen das Gesetz, der Rest enthielt sich. Vor allem die Delegierten der CDU verweigerten die Annahme.¹²⁵⁶ Von Schneider und der Mehrheit seiner Fraktion wurde das Gesetz dagegen bejaht. Er begründete: „Wir glauben, daß der Ausschuss praktische Arbeit geleistet hat, und ich persönlich bin als Arzt nach genauer Kenntnis der Entwicklung dieser ganzen Materie der Auffassung, daß man ihm im allgemeinen zustimmen kann, es sei denn, daß man aus grundsätzlichen, weltanschaulichen, religiösen Gründen und dergleichen jede Unterbrechung der Schwangerschaft überhaupt ablehnen könnte.“¹²⁵⁷ Nach einer zweiten Lesung ohne weitere Aussprache wurde das *Gesetz über die Unterbrechung der Schwangerschaft* am 5. November 1947 verabschiedet.¹²⁵⁸

Mit Blick auf Schneiders parlamentarische Tätigkeit ist ferner interessant, dass er sich über sein Eintreten für eine Verbesserung der Gesundheits- und beruflichen Verhältnisse der Ärzte hinaus für die Fürsorge seiner Genossen im Landtag stark machte. Im Namen der LDP gab er im Dezember 1947 den Anstoß, nach thüringischem Vorbild alle Parlamentsmitglieder kollektiv gegen die Folgen körperlicher Unfälle in Ausübung ihrer Tätigkeit als Abgeordnete zu versichern. Dies erinnert sehr an Schneiders Initiative zum Aufbau eines Wohlfahrtsapparats beim Ärzteverband der Provinz Brandenburg in den 1920er Jahren. Die Idee traf auf Zustimmung des Landtagspräsidiums, woraufhin Präsident Ebert zum 1. September 1948 einen Vertrag mit der Provinzialversicherungsanstalt Mark Brandenburg abschloss. Alle 100 Abgeordneten waren künftig für eine jährliche Gesamtprämie von 1.400 Mark für den Todesfall mit je

¹²⁵³ Vgl. und siehe ausführlich ebd. Nr. 88, Bl. 125-133: Landtag des Landes Brandenburg, 1. Wahlperiode, Drucksache Nr. 152: Stenographischer Bericht. 17. Sitzung am 11. September 1947, hier Bl. 128r-129r.

¹²⁵⁴ Siehe ebd. Nr. 451, Bl. 39: Landtag des Landes Brandenburg, 1. Wahlperiode, Drucksache Nr. 117: Bericht des Rechts- und Verfassungsausschusses vom 24. Oktober 1947.

¹²⁵⁵ Zur Sitzung siehe ausführlich ebd. Nr. 88, Bl. 153-158: Landtag des Landes Brandenburg, 1. Wahlperiode, Drucksache Nr. 176; Stenographischer Bericht. 22. Sitzung am 4. November 1947, hier Bl. 155ff.

¹²⁵⁶ Vgl. ebd., Bl. 158v.

¹²⁵⁷ Ebd., Bl. 156r.

¹²⁵⁸ Vgl. ebd., Bl. 159-166: Landtag des Landes Brandenburg, 1. Wahlperiode, Drucksache Nr. 177: Stenographischer Bericht. 23. Sitzung am 5. November 1947, hier Bl. 166r.

10.000 und für den Fall der bleibenden Erwerbsunfähigkeit mit je 30.000 Mark versichert. Infolge der Auflösung des Landtags wurde die Gruppen-Unfallversicherung am 1. September 1952 gekündigt.¹²⁵⁹

Mit seinem Engagement war Schneider eines der „eifrigsten Mitglieder“ des Landtags Brandenburg, wie Otto Meier, der im Februar 1949 die Nachfolge Eberts angetreten hatte, wenige Tage nach Schneiders Tod anerkennend befand. Er habe stets mit Umsicht und feinem Taktgefühl gewaltet, auch dem Ältestenrat sei er ein sachlicher Mitarbeiter und kluger Berater gewesen. Mit „Hingabe und Selbstlosigkeit“ habe er „seine reiche politische Erfahrung und sein ärztliches Fachwissen weit über den Kreis seiner Partei und seiner Berufskollegen hinaus dem Lande Brandenburg, dem ganzen Volke, zur Verfügung“ gestellt.¹²⁶⁰ „Trotz seines Alters von 74 Jahren [habe] er seine Pflichten als Volksvertreter vorbildlich erfüllt.“¹²⁶¹ Einer Parlaments- oder Ausschusssitzung blieb Schneider selten fern,¹²⁶² und dann nur, wenn ihn seine Krankheit davon abhielt, die ihn seit Jahresende 1948 wieder schwerer belastete.

¹²⁵⁹ Vgl. und siehe ausführlich BLHA, Rep. 201 Landtag Nr. 444: Unfallversicherung für Abgeordnete und Angestellte des Landtages bei der Provinzialversicherungsanstalt Brandenburg, insbes. Bl. 2: Schreiben der Abwicklungsstelle des Landtags des Landes Brandenburg an den Rat des Bezirks Potsdam vom 1. September 1952; Bl. 9: Antrag auf Gesamt-Unfall-Versicherung; Bl. 12: Schreiben der Fraktion der LDP im Landtag des Landes Brandenburg, gez. Georg Schneider, an den Präsidenten des Landtags des Landes Brandenburg vom 29. Dezember 1947.

¹²⁶⁰ Ebd. Nr. 131, Bl. 2: Schreiben Otto Meiers an die Fraktion der LDP im Landtag des Landes Brandenburg vom 28. Oktober 1949.

¹²⁶¹ Ebd. Nr. 90, Bl. 96f.: Landtag des Landes Brandenburg, 1. Wahlperiode, Drucksache Nr. 432: Stenographischer Bericht. 58. Sitzung am 5. Dezember 1949, hier Bl. 96r.

¹²⁶² Siehe ebd. Nr. 96-96/1: Anwesenheitslisten der Landtagssitzungen (I. Wahlperiode).

7. Tod Georg Schneiders und Fortleben seiner Stiftung

Georgs Schneiders wiederentfacht standes- und sein parteipolitisches Engagement nach 1945 ist besonders bemerkenswert, bedenkt man, dass er zu diesem Zeitpunkt schon über 70 Jahre alt war und seit den 1930er Jahren aufgrund einer Herzdilatation an Kreislaufstörungen litt. Diese sollte ihn allerdings in seinem letzten Lebensjahr maßgeblich beeinträchtigen. Bereits für die Plenarsitzungen des Landtags Brandenburg Anfang Dezember 1948 musste sich Schneider wegen Erkrankung entschuldigen. Im folgenden März stand ihm sodann eine Operation bevor.¹²⁶³ Dabei ging er davon aus, dass er den Eingriff nicht überleben könnte, wie er in einem Schreiben an den brandenburgischen Ministerpräsidenten Karl Steinhoff vom 20. März 1949 andeutete. So legte Schneider dar, vor dem bevorstehenden Gang ins Krankenhaus noch „allerhand ordnen“ zu müssen.¹²⁶⁴ In diesem Sinne bat er Steinhoff, für die Erfüllung seiner testamentarischen Wünsche mit einzutreten. Auf die Arbeit der letzten Jahre blickte Schneider durchaus zufrieden zurück. Er habe nicht nur wieder „die Leitung der Ärzte Brandenburg“ übernommen, sondern auch „nach besten Kräften am Wiederaufbau mitgearbeitet“ und als großer Verfechter der Einheit und Unabhängigkeit Deutschlands gewirkt.¹²⁶⁵

Ende April befand sich Schneider noch immer im Krankenhaus, wurde aber im Folgemonat entlassen.¹²⁶⁶ Nachdem er den Landtagssitzungen im Juni und September hatte beiwohnen können, teilte die LDP-Fraktion am 10. Oktober 1949 mit, dass er abermals „an einer schweren Krankheit darniederliegt“.¹²⁶⁷ Hiervon sollte er sich nicht mehr erholen. Georg Schneider verstarb am 26. Oktober 1949 in Potsdam „zusammen mit seiner Gattin“ Frieda, die den Freitod wählte.¹²⁶⁸

Gemeinsam hinterließ das Ehepaar die 1930 gegründete Dr. Georg Schneider-Stiftung, die nicht vom SMAD-Befehl Nr. 146 zur Liquidierung der früheren Ärztekammern erfasst und

¹²⁶³ Vgl. ebd. Nr. 57, Bl. 226: Aktennotiz des Landtags Brandenburg vom 27. Dezember 1948, bestätigt von Friedrich Ebert; Bl. 227: Schreiben Georg Schneiders an Friedrich Ebert vom 21. März 1949.

¹²⁶⁴ IGEM, Nachlass Heinz Goerke, Ordner Dr. Georg Schneider-Stiftung, o. Bl.: Abschrift eines Schreibens Georg Schneiders an Karl Steinhoff vom 20. März 1949, S. 1.

¹²⁶⁵ Ebd., S. 1, 3. Vgl. auch BLHA, Rep. 201 Landtag Nr. 90, Bl. 96f.: Landtag des Landes Brandenburg, 1. Wahlperiode, Drucksache Nr. 432: Stenographischer Bericht. 58. Sitzung am 5. Dezember 1949, hier Bl. 96r.

¹²⁶⁶ Vgl. BLHA, Rep. 201 Landtag Nr. 57, Bl. 228: Schreiben der Fraktion der LDP im Landtag des Landes Brandenburg an das Büro des Landtages vom 27. April 1949.

¹²⁶⁷ Ebd., Bl. 230: Schreiben der Fraktion der LDP im Landtag des Landes Brandenburg an den Landtagspräsidenten Otto Meier vom 10. Oktober 1949.

¹²⁶⁸ IGEM, Nachlass Heinz Goerke, Ordner Dr. Georg Schneider-Stiftung, o. Bl.: Schreiben Heinz Goerkes an den Potsdamer Superintendenten K. Stolte vom 30. Oktober 1950. Vgl. auch BArch, DO 1/9282, o. Bl.: Schreiben der Abrechnungsstelle der Ärzte Brandenburgs im FDGB, Gewerkschaft Gesundheitswesen, gez. Hans Reinhardt, an das Ministerium des Innern der DDR, z. Hd. Karl Steinhoff, vom 28. Februar 1951.

enteignet worden war.¹²⁶⁹ Schneider hatte nach dem Zweiten Weltkrieg zugunsten der Stiftung auf wesentliche Teile seines Gehalts verzichtet – in Summe 22.500 Mark Stand März 1949 –, um sie finanziell aufzustocken. Wie schon dargelegt war zudem testamentarisch verfügt, dass das gesamte Kapitalvermögen der Schneiders und ihr schuldenfreies Grundstück mit Eigenheim in der Persiusstraße in Potsdam der Stiftung übertragen werden sollten.¹²⁷⁰ Dabei war vorgesehen, das Haus als Altersheim für Arzttwitwen umzufunktionieren und die Stiftung als Dr. Georg und Frieda Schneider-Stiftung neu zu begründen.¹²⁷¹

Für die Verwaltung der Stiftung wurde, wie von den Schneiders in ihrem letzten Willen gewünscht, ein fünfköpfiges Kuratorium, bestehend aus drei Ärzten und zwei weiteren Mitgliedern, eingesetzt.¹²⁷² Ihm saß Hans Reinhardt aus Potsdam vor, der zugleich die Leitung des Landesarbeitsausschusses der Ärzte im FDGB Land Brandenburg übernahm¹²⁷³ und mit der Vollstreckung des Testaments der Schneiders beauftragt wurde.¹²⁷⁴ Dem Kuratorium gehörten des Weiteren Heinz Goerke, der neue Vorsitzende der Potsdamer Ortsgruppe der Ärzte,¹²⁷⁵ und Bernhard Georges aus Röntgental, Leiter der *Abteilung C – Medizinalberufe* im zonenweiten Zentralvorstand der IG Gesundheitswesen, sowie der Pfarrer des Babelsberger Oberlinhauses Reinhold Kleinau und Oberrichter Halliant aus Potsdam an.¹²⁷⁶ Dieses Gremium sollte fortan über die Unterstützungsgesuche für Kurbeihilfen urteilen und die Schaffung und Direktion des Altersheims organisieren, indem es Satzung, Aufnahmebedingungen und Hausordnung festsetzte und über Aufnahmeanträge entschied.

¹²⁶⁹ Vgl. BLHA, Rep. 211 Ministerium für Gesundheitswesen Nr. 527, Bl. 59: Schreiben des Landesarbeitsausschusses der Ärzte im FDGB Land Brandenburg, gez. Georg Schneider, an die Landesregierung Brandenburg, Minister für Arbeit und Sozialwesen, Abteilung Gesundheitswesen vom 22. November 1948; IGEM, Nachlass Heinz Goerke, Ordner Dr. Georg Schneider-Stiftung, o. Bl.: Abschrift eines Schreibens Georg Schneiders an Karl Steinhoff vom 20. März 1949, S. 2.

¹²⁷⁰ Zu den Vermögenswerten der Dr. Georg Schneider-Stiftung im Frühjahr 1950 siehe IGEM, Nachlass Heinz Goerke, Ordner Dr. Georg Schneider-Stiftung, o. Bl.: Bestand der Dr. Georg Schneider-Stiftung am 18. März 1950.

¹²⁷¹ Vgl. ebd., o. Bl.: Abschrift eines Schreibens Georg Schneiders an Karl Steinhoff vom 20. März 1949, S. 1f.

¹²⁷² Vgl. hier und nachfolgend Testament Schneider, Bl. 26v-27r, §§ 5f.; BLHA, Rep. 203 Ministerium des Innern Nr. 154, Bl. 31v-32r: VI. Nachtrag zum Testament Schneider vom 3. März 1948, hier Bl. 31v. Zudem wurde dem Kuratorium die Pflege der Grabstätten Georg und Frieda Schneiders anvertraut; vgl. Testament Schneider, Bl. 28r, § 11.

¹²⁷³ Vgl. BLHA, Rep. 211 Ministerium für Gesundheitswesen Nr. 534, Bl. 4: Schreiben des Landesarbeitsausschusses der Ärzte im FDGB Land Brandenburg, gez. Hans Reinhardt, an die Landesregierung Brandenburg, Abteilung Gesundheitswesen vom 3. November 1949.

¹²⁷⁴ Vgl. ebd., Rep. 203 Ministerium des Innern Nr. 154, Bl. 32r: VII. Nachtrag zum Testament Schneider vom 16. März 1949.

¹²⁷⁵ Vgl. IGEM, Nachlass Heinz Goerke, Ordner Ges. Wesen Potsdam 1945-50 FDGB, o. Bl.: Schreiben des Landesvorstands Brandenburg der IG Gesundheitswesen im FDGB an Heinz Goerke vom 5. Januar 1950.

¹²⁷⁶ Vgl. BLHA, Rep. 203 Ministerium des Innern Nr. 154, Bl. 23: Auflistung der Kuratoriumsmitglieder der Dr. Georg und Frieda Schneider-Stiftung vom 3. Februar 1950, gez. Hans Reinhardt.

Im Frühjahr 1950 traf das Kuratorium zu einer ersten Sitzung zusammen, in der es die Statuten der Dr. Georg und Frieda Schneider-Stiftung ausarbeitete.¹²⁷⁷ Diese sahen unter anderem vor, sieben Arztwitwen im Schneider'schen Altersheim unterzubringen.¹²⁷⁸ In seinem Rundschreiben vom 2. Mai 1950 wies der Landesarbeitsausschuss der Ärzte sodann darauf hin, dass alsbald „einigen Kollegen-Witwen, die im Land Brandenburg wohnen, in dem Hause des [...] verstorbenen [...] Georg Schneider, Potsdam, Persiusstraße 12, eine Unterkunft gewährt werden kann“. Anfragen deshalb sollten an den Landesarbeitsausschuss gerichtet werden.¹²⁷⁹ Gemäß einer Übersicht der Einnahmen und Ausgaben der Dr. Georg Schneider-Stiftung per 25. Oktober 1950¹²⁸⁰ waren zu diesem Zeitpunkt vorübergehend drei Witwen untergebracht. Wie es der Wunsch der Schneiders war, fungierte ihre langjährige Stütze Auguste Langner als Haushälterin. Ihre Hoffnung, die staatliche Anerkennung der Dr. Georg und Frieda Schneider-Stiftung würde „mit möglichster Beschleunigung herbeigeführt werden“¹²⁸¹, konnte jedoch nicht erfüllt werden.

Das Stiftungswesen stand in der SBZ und DDR generell unter keinen guten Voraussetzungen, da dem Regime „die bürgerliche Tugend des Stiftens wesensfremd war“.¹²⁸² „[D]as private Engagement für das Gemeinwohl, noch dazu aus Erträgen von Privatvermögen, war mit den staatlichen, gesellschaftlichen wie wirtschaftlichen Paradigmen [...] nicht vereinbar.“¹²⁸³ Vielen bestehenden Stiftungen drohte infolge des Zweiten Weltkriegs – die Boden- und Währungsreform trugen ihr Übriges dazu bei – das finanzielle Aus. Die Anzahl kleinerer, neubegründeter Stiftungen war äußerst gering, da deren Errichtung spätestens mit der Gründung der DDR praktisch unmöglich wurde.¹²⁸⁴ So gestaltete sich die Genehmigung der Dr. Georg und Frieda

¹²⁷⁷ Vgl. IGEM, Nachlass Heinz Goerke, Ordner Dr. Georg Schneider-Stiftung, o. Bl.: Akten-Notiz Heinz Goerkes zur Sitzung des Kuratoriums der Dr. Georg und Frieda Schneider-Stiftung am 13. März 1950.

¹²⁷⁸ Vgl. BLHA, Rep. 203 Ministerium des Innern Nr. 154, Bl. 20ff.: Satzungsentwurf für die Dr. Georg und Frieda Schneider-Stiftung vom 17. März 1950, hier Bl. 21, Abschnitt 2.

¹²⁷⁹ IGEM, Nachlass Heinz Goerke, Ordner Ges. Wesen Potsdam 1945-50 FDGB, o. Bl.: Rundschreiben Nr. 30 des Landesarbeitsausschusses der Ärzte im FDGB Land Brandenburg vom 2. Mai 1950.

¹²⁸⁰ Siehe ebd., Ordner Dr. Georg Schneider-Stiftung, o. Bl.

¹²⁸¹ Testament Schneider, Bl. 26r, § 4.

¹²⁸² Katrin Kowark, Entwicklung der Stiftungslandschaft seit Gründung des Deutschen Kaiserreiches mit Blick auf Berlin-Brandenburg, in: Kristina Hübener/Andreas Ludwig/René Schreiter (Hrsg.), Soziale Stiftungen und Vereine in Brandenburg. Vom Deutschen Kaiserreich bis zur Wiederbegründung des Landes Brandenburg (= Schriftenreihe zur Medizin-Geschichte, Bd. 22), S. 11-30, hier S. 11.

¹²⁸³ Ebd., S. 21. Zum Stiftungswesen in der SBZ/DDR siehe Lutz Miehe, Bewahrt – beseitigt – vergessen. Zur Stiftungspolitik in der sowjetischen Besatzungszone und der DDR, in: ebd., S. 291-322; Hannes Riemann, Stiftungspolitik in Brandenburg. Provinz – Land – Bezirke, in: ebd., S. 323-354; Robert Schwarz, Das Stiftungswesen in der Sowjetischen Besatzungszone und in der Deutschen Demokratischen Republik zwischen 1945 und 1989. Zugleich ein Beitrag zum deutschen Stiftungsrecht unter dem Einfluss der Regime (= Europäische Hochschulschriften II, Bd. 4.653), Frankfurt am Main u.a. 2008.

¹²⁸⁴ Vgl. Miehe, Zur Stiftungspolitik, S. 299. Miehe bezieht sich insbesondere auf die Dr. Georg und Frieda Schneider-Stiftung. Nachfolgend vgl. ebenso Riemann, Stiftungspolitik, S. 332; Schwarz, Das Stiftungswesen, S. 49f.

Schneider-Stiftung zu einer Odyssee, die sich über viele Monate bis weit in das Jahr 1952 hinzog.

Bereits wenige Tage nach der ersten Kuratoriumssitzung richtete sich Hans Reinhardt am 17. März 1950 an das Finanzministerium der brandenburgischen Landesregierung,¹²⁸⁵ legte den Satzungsentwurf der Dr. Georg und Frieda Schneider-Stiftung vor und beantragte die Verleihung der Rechtspersönlichkeit „unter Anerkennung als milde Stiftung“.¹²⁸⁶ Das Finanzministerium erklärte sich für nicht zuständig und übergab die Angelegenheit im Mai an die Abteilung Gesundheitswesen im Ministerium für Arbeit und Sozialwesen.¹²⁸⁷ Mit ihrem Einverständnis zur Genehmigung der Stiftung leitete sie den Antrag Anfang Juli weiter an die Rechtsabteilung des DDR-Gesundheitsministeriums.¹²⁸⁸ Da knapp zwei Monate später immer noch keine Entscheidung vorlag, wandte sich Hans Reinhardt im Namen des Landesarbeitsausschusses der Ärzte an das Gesundheitsministerium. Er verdeutlichte, dass das Stiftungskuratorium aufgrund der ausbleibenden Genehmigung in seinen Aufgaben erheblich gehemmt sei und „auch in Schwierigkeiten mit den örtlichen Behörden, besonders mit dem Wohnungsamt“ komme.¹²⁸⁹ Das Gesundheitsministerium stellte daraufhin eine Anfrage an das Innenministerium der DDR,¹²⁹⁰ das sich am 31. Oktober 1950 gegen die Anerkennung der Stiftung aussprach. Es begründete seine Haltung damit, dass die Stiftung einen bestimmten Personenkreis bevorzuge. Das Stiftungskapital, stolze 50.000 DM, sowie das Grundstück der Schneiders sollten stattdessen auf die staatliche Sozialversicherung übertragen und im Sinne des Stiftungszwecks verwendet werden.¹²⁹¹ Nachdem Reinhardt dem widersprach und klarstellte, dass der Stiftungszweck weit über die Aufgaben der Sozialversicherung hinausgehe,¹²⁹² und auch seitens der Sozialversicherung der Vorschlag des Innenministeriums abgelehnt worden

¹²⁸⁵ Das Stiftungsrecht war in der SBZ und DDR bis 1952 Länderrecht; Genehmigungssachen und Stiftungsaufsicht oblagen den Landesministerien. Die Aufsicht verteilte sich auf die einzelnen Ressorts der Landesregierung, wobei sich die jeweilige ministerielle Zuständigkeit in der Regel nach dem Stiftungszweck richtete. Eine übergeordnete Funktion kam dem Finanzministerium zu. Insgesamt gestaltete sich das Stiftungsrecht aber als recht kompliziert, aufgrund fehlender Erlasse von Gesetzen und Verordnungen wurde es durch zahlreiche Einzelfallentscheidungen geprägt. Vgl. Schwarz, S. 3, 47ff.

¹²⁸⁶ BLHA, Rep. 203 Ministerium des Innern Nr. 154, Bl. 19: Schreiben Hans Reinhardts an den Minister der Finanzen des Landes Brandenburg vom 17. März 1950.

¹²⁸⁷ Vgl. ebd., Bl. 18: Schreiben des Ministers der Finanzen der Landesregierung Brandenburg an den Minister für Arbeit und Sozialwesen, Hauptabteilung Gesundheitswesen vom 22. Mai 1950.

¹²⁸⁸ Vgl. ebd., Bl. 16: Schreiben des Ministers für Arbeit und Sozialwesen der Landesregierung Brandenburg, Abteilung Gesundheitswesen an das Ministerium für Arbeit und Gesundheitswesen der DDR, Hauptabteilung Gesundheitswesen vom 4. Juli 1950

¹²⁸⁹ Ebd., Bl. 17: Schreiben des Landesarbeitsausschusses der Ärzte im FDGB Land Brandenburg, gez. Hans Reinhardt, an die Rechtsabteilung der Hauptabteilung Gesundheitswesen im Ministerium für Arbeit und Gesundheitswesen der DDR vom 23. August 1950.

¹²⁹⁰ BArch, DO 1/9282, o. Bl.: Schreiben des Ministeriums für Arbeit und Gesundheitswesen der DDR, Abteilung Gesundheitswesen an das Ministerium des Innern der DDR vom 17. Oktober 1950.

¹²⁹¹ Vgl. ebd., o. Bl.: Schreiben des Ministeriums des Innern der DDR, Hauptabteilung Staatliche Verwaltung an Staatssekretär Johannes Warnke vom 31. Oktober 1950.

war, erteilten das Gesundheits- und das Innenministerium der DDR im Juni 1951 ihre Zustimmung zur Genehmigung der Dr. Georg und Frieda Schneider-Stiftung.¹²⁹³ Sie erfolgte am 6. August 1951. Das Ministerium für Gesundheitswesen des Landes Brandenburg sollte Aufsichtsbehörde der Stiftung werden, ihre Verwaltung dem Kuratorium obliegen.¹²⁹⁴

Die Stiftungsbegründung fand hiermit anscheinend jedoch noch immer keinen Abschluss. Ende 1951 äußerte das Innenministerium der DDR Bedenken bezüglich der aufgestellten Satzung und verweigerte deren Genehmigung. Der Minister schlug vor, dem Kuratorium zu empfehlen, „die Stiftung dem Foerderungsausschuss für schaffende Intelligenz zu übergeben“.¹²⁹⁵ Über weitere Besprechungen bzw. Verhandlungen konnten allerdings keine Zeitzeugnisse ausfindig gemacht werden. Fest steht lediglich, dass die Angelegenheit im März 1952 noch immer nicht endgültig geklärt war.¹²⁹⁶ Im Mai desselben Jahres lagen die Stiftungsakten der Zentralen Kommission für Staatliche Kontrolle, dem Exekutivorgan der SED, vor. Eine Entscheidung sollte nach Wiedereingang der Dokumente bei der Landesregierung Brandenburg erfolgen.¹²⁹⁷ Wie diese schließlich ausfiel, wird aus den Quellen nicht ersichtlich. Unklar bleibt damit, ob und in welcher Form die Stiftung Anerkennung fand. Bei der Bestandsaufnahme von Stiftungen im Bezirk Potsdam zum 2. November 1972 wurde sie zwar als bestehend deklariert.¹²⁹⁸ Die dauerhafte Einrichtung eines Altersheims für Arztwitwen in der Persiusstraße 12 in Potsdam ist bislang aber nicht nachzuweisen.

¹²⁹² Vgl. ebd., o. Bl.: Schreiben der Landesabrechnungsstelle der Ärzte Brandenburgs im FDGB, Gewerkschaft Gesundheitswesen, gez. Hans Reinhardt, an den Finanzminister der DDR vom 20. Januar 1951. Siehe auch IGEM, Nachlass Heinz Goerke, Ordner Dr. Georg Schneider-Stiftung, o. Bl.: Schreiben Hans Reinhardts an Heinz Goerke vom 22. März 1951.

¹²⁹³ Vgl. BAArch, DO 1/9282, o. Bl.: Schreiben des Ministeriums für Gesundheitswesen der DDR, Abteilung Recht an das Ministerium des Innern der DDR, Hauptabteilung Staatliche Verwaltung vom 1. Juni 1951; BLHA, Rep. 203 Ministerium des Innern Nr. 154, Bl. 15: Schreiben des Ministeriums für Gesundheitswesen der Deutschen Demokratischen Republik an das Ministerium für Gesundheitswesen der Landesregierung Brandenburg vom 1. Juni 1951. Wohl nicht zu Unrecht vermutet Schwarz, Das Stiftungswesen, S. 50, dass sich hier hinter allein die Absicht verbarg, die gesetzliche Erbfolge des Schneider'schen Nachlasses zu vermeiden, die im Falle einer Nichtbewilligung der Stiftung eingetreten wäre. Mit der Genehmigung diene das Vermögen der Schneiders einem allgemeinen Zweck und man behielt es sich vor, durch ein späteres Auflösen der Stiftung deren Vermögenswerte in Volkseigentum zu überführen.

¹²⁹⁴ Vgl. BLHA, Rep. 203 Ministerium des Innern Nr. 154, Bl. 10: Genehmigung der Dr. Georg und Frieda Schneider-Stiftung durch die Landesregierung Brandenburg, Ministerium für Gesundheitswesen vom 6. August 1951.

¹²⁹⁵ Ebd., Bl. 5: Vermerke Fritz Wollnys, Leiter der Hauptverwaltung Staatliche Verwaltung im Ministerium des Innern von Brandenburg, vom 22. November und 5. Dezember 1951, Zitat aus dem Vermerk vom 5. Dezember 1951.

¹²⁹⁶ Vgl. ebd., Bl. 4: Schreiben des Ministers für Gesundheitswesen des Landes Brandenburg an das Ministerium des Innern der Landesregierung Brandenburg vom 17. März 1952.

¹²⁹⁷ Vgl. ebd., Bl. 1: Schreiben der Landesregierung Brandenburg, Ministerium des Innern an den Minister für Gesundheitswesen, Abteilung Sekretariat vom 12. Mai 1952.

¹²⁹⁸ Vgl. Riemann, Stiftungspolitik, S. 332.

8. Schlussbetrachtung

„Wir werden die Dinge nicht auf uns zukommen lassen, sondern bestrebt sein, sie maßgebend zu beeinflussen.“¹²⁹⁹ Diesen Anspruch stellte Georg Schneider in der Erstausgabe des brandenburgischen Ärzteblattes aus dem Jahr 1922 an sich selbst und an seine Standeskollegen. Während seiner Tätigkeit in den Spitzenorganisationen der brandenburgischen und deutschen Ärzteschaft, die beinahe sein gesamtes Leben bestimmte, versuchte er stets entscheidenden Einfluss auszuüben mit dem vordringlichen Ziel, die ärztliche Selbstverwaltung zu wahren. Somit ist das Zitat bezeichnend für Schneiders berufspolitisches Denken und Handeln. Sein Einsatz für die berufliche Autonomie und für eine aktive Standespolitik in der Provinz Brandenburg und darüber hinaus zog sich über vier Epochen unter deren verschiedenen Staatsformen: dem Deutschen Kaiserreich, der Weimarer Republik, dem Nationalsozialismus und der Sowjetischen Besatzungszone. Insbesondere trat Schneider für eine starke Stellung des Ärztetands gegenüber den Krankenkassen ein. Indes waren auch die kollegiale Fürsorge und die Förderung der beruflichen Fortbildung für ihn von besonderer Bedeutung.

Schneiders Einflussmöglichkeiten in den Standesorganisationen und auf die ärztliche Berufsverwaltung wurden in den jeweiligen Epochen von den Vorstellungen der politischen Entscheidungsträger maßgeblich beeinflusst. Befugnisse zur eigenständigen Berufsverwaltung, die eine weitestgehend ungebundene Arbeit in den Institutionen erlaubten, wurden den Ärzten vor allem im Kaiserreich und in der Weimarer Republik gesetzlich zugestanden, im Nationalsozialismus und der SBZ hingegen wieder abgeschafft. Die bestehende staatliche Regierung, beziehungsweise das regierende Regime, bestimmte zudem die Form der ärztlichen Organisation. Dabei erscheinen die Strukturen in den Kammern, Verbänden und sonstigen Zusammenschlüssen heute oftmals wie ein Spiegelbild des politischen Systems. Zudem sind enge Verflechtungen zwischen den Entwicklungen im Ärztetand und den sozioökonomischen Gegebenheiten festzustellen.

Als Schneider nach seiner Niederlassung als Allgemeinarzt in Potsdam im Jahr 1906 begann, sich standespolitisch auf Vereinsebene zu engagieren, konnte er auf bereits deutschlandweit vorhandene Strukturen zurückgreifen. In allen Ländern des Deutschen Kaiserreiches, so auch in der Provinz Brandenburg, herrschte ein reges ärztliches Vereinsleben. Schon im 19. Jahrhundert hatte es sich im Zuge der fortschreitenden Industrialisierung herausgebildet und war zu einem wichtigen Faktor im Professionalisierungsprozess des Arztberufes avanciert. Die

¹²⁹⁹ Zitiert nach Lennhoff, Aktive Ärztespolitik, S. 19.

freien Ärztevereine und -verbände widmeten sich nicht nur der Förderung der medizinischen Wissenschaft und beruflichen Kollegialität, sondern vor allem standespolitischen Interessen. Ein Großteil von ihnen war im 1873 gegründeten Dachverband, dem Deutschen Ärztevereinsbund, zusammengeschlossen.

Wie schon seit Jahrzehnten von zahlreichen Ärztevereinen und seit seiner Begründung mit Nachdruck vom DÄVB gefordert, übertrug der Staat die Verwaltung des Arztberufes sowie spezielle gesundheits- und berufspolitische Aufgaben infolge der deutschen Reichsgründung auf die Ärzteschaft bzw. auf gesetzlich legitimierte Ärztekammern als ihre Standesvertretung. Für die Brandenburger und Berliner Ärzte konstituierte sich 1887/88 eine gemeinsame Kammer. Dass die ärztliche Selbstverwaltung staatlich anerkannt wurde, bedingte der fortschreitende Professionalisierungsprozess der Ärzteschaft. Durch Innovationen in der medizinischen Wissenschaft und ärztlichen Praxis und das gestärkte einheitliche Auftreten in privaten Vereinigungen konnte der Ärztestand enorm an Prestige gewinnen. Deshalb gestand man ihm in Form der Kammern die Selbstwahrnehmung von Berufsinteressen und der beruflichen Organisation sowie die Partizipation an der Gesundheitspolitik zu. Bis zum Beginn des 20. Jahrhunderts wurden die Ärztekammern um zahlreiche Einrichtungen der Selbstverwaltung und -disziplinierung erweitert. Diese orientierten sich strukturell an den Organen privater Ärztevereinigungen. Unter anderem wurde den Ärzten per Gesetz eine eigene Ehrengerichtbarkeit zugesprochen.

Schneiders standespolitische Aktivitäten begannen mit seinem Beitritt in den Ärzteverein der Stadt Potsdam. Schon während seiner Landarztzeit in Vierraden hatte er sich zwischen 1899 und 1906 intensiv mit berufspolitischen Themen auseinandergesetzt. Dabei sah er, wie problematisch sich die ärztliche Versorgung auf dem Land gestaltete. Er nahm eine Veränderung der Bedingungen als große Herausforderung wahr. Zudem beschäftigten ihn im besonderen Maße die kassenärztlichen Verhältnisse. Seit der Einführung der gesetzlichen Sozialversicherung in den 1880er Jahren hatten sich Konflikte zwischen den Ärzte- und Krankenkassenorganisationen ergeben, die hauptsächlich Honorar- und Verwaltungsfragen beinhalteten. Bemerkenswert ist, dass Schneider selbst gar nicht kassenärztlich praktizierte, sondern eine angesehene Privatpraxis führte, die gerade die bessersituierten Gesellschaftsschichten zur ärztlichen Behandlung aufsuchten. Dennoch war es ihm ein wichtiges Anliegen, sich der Nöte und Bedürftigkeit seiner Kollegen anzunehmen. So initiierte er 1912 die Gründung des Schutzverbandes des Bezirks Potsdam als eine Ortsgruppe des zwölf Jahre zuvor konstituierten Verbandes der Ärzte Deutschlands zur Wahrung ihrer wirtschaftlichen Interessen. Der Schutzverband, dem

Schneider selbst über fast 20 Jahre vorsah, wurde zum Verhandlungs- und Vertragspartner der örtlichen Krankenkassen. Ziel seiner Aktivitäten war es, die vertraglichen Bedingungen für die Kassenärzte zu verbessern. Bis zu diesem Zeitpunkt hatte ein Gremium des Potsdamer Ärztevereins die kassenärztliche Vertretung übernommen, ohne dabei günstige Ergebnisse zu erzielen. Der Schutzverband führte überdies ein Arztregister und war für die kassenärztliche Honorarverteilung zuständig. Nur fünf Jahre nachdem Schneider seine Tätigkeit in Potsdam aufgenommen hatte, leitete er damit einen eigenen privaten Ärzteverband mit sichtlichem Einfluss auf das Kassenarztwesen in Potsdam und Umgebung.

Zwischen 1914 und 1918 kam es zu beträchtlichen Einschnitten im ärztlichen Vereins- und Kammerleben, da die Berufspolitik maßgeblich von den Erfordernissen des Ersten Weltkriegs bestimmt war. Die medizinische Versorgung der Zivilbevölkerung stand vor einer Zerreißprobe, denn der Großteil der Ärzte war kriegsdienstlich verpflichtet. Darunter befanden sich auch zahlreiche Standesvertreter wie Georg Schneider, der als Bataillonsarzt im Reserve-Regiment Potsdam und Weißensee eingesetzt wurde und verschiedene militärische Einheiten ärztlich versorgte.

Die Versammlungen und Verwaltungsabläufe in der Ärztekammer Berlin-Brandenburg und auch in den freien Ärztevereinen wie dem Potsdamer Schutzverband konnten nicht in der gewohnten Kontinuität stattfinden. Jedoch blieben die bestehenden Strukturen erhalten und die Herausforderungen des Krieges konnten durch die Kammer eigenverantwortlich ohne staatliche Regulierung oder finanzielle Zugeständnisse gelöst werden. So schuf sie Unterstützungseinrichtungen für kriegsgeschädigte Ärzte, regelte die unentgeltliche Praxisvertretung von Frontärzten und sorgte dafür, dass letztere nach dem Krieg wieder in das Berufsleben integriert werden konnten. Trotz der äußeren Erschwernisse gelang es den ärztlichen Berufsorganisationen, weiterhin selbstverwaltend tätig zu sein und die Interessen ihres Standes fortwährend zu vertreten.

Die meisten Ärzte verhielten sich trotz der verheerenden Auswirkungen des Krieges und der sich andeutenden Niederlage bis zur deutschen Kapitulation loyal gegenüber Kaiser und Vaterland, so auch der liberal-konservativ gesinnte Schneider. Immerhin war dem Ärztestand unter der konstitutionellen Monarchie im geeinten Deutschen Kaiserreich die weitgehende berufliche Selbstverwaltung zugesprochen worden. Folglich stellte man sich bereitwillig in den Dienst des Staates, zumal die Ärzteschaft dadurch nachdrücklich ihren bedeutsamen gesellschaftlichen Nutzen hervorheben konnte.

Die Kriegsniederlage Deutschlands und der Untergang der Monarchie wurden mehrheitlich von der konservativen Ärzteschaft als Katastrophe und Schock empfunden. Beides stellte in der weiteren Entwicklung des ärztlichen Standeswesens aber keine nachteilige Zäsur dar, wie es von vielen Ärztevertretern zunächst befürchtet wurde. Vielmehr erfuhr die Selbstverwaltung unter der ersten parlamentarischen Demokratie in der Weimarer Republik einen weiteren Ausbau. Daran war Georg Schneider wesentlich beteiligt.

Trotz der Unsicherheit über die künftige Gesundheitspolitik und ärztliche Berufsverwaltung signalisierte der Ärztestand bereits während der Novemberrevolution seine Bereitschaft, an der Neuordnung Deutschlands unter einer demokratischen Staatsform mitzuwirken, um seine bedeutende Stellung beizubehalten und berufspolitische Privilegien zu wahren. Die preußischen Kammergesetze blieben in Kraft und die Weimarer Verfassung fixierte den Selbstverwaltungsgedanken. Im November 1919 fanden nach achtjähriger Pause wieder Wahlen zur Berlin-Brandenburgischen Ärztekammer statt. Bereits seit 1912 hatte Schneider als stellvertretendes Mitglied an einigen Versammlungen der Kammer teilgenommen und wurde nun zum festen Delegierten gewählt. Sein Einfluss auf die Gesundheits- und ärztliche Berufspolitik in bzw. durch die Ärztekammer war vorerst eher randständig. Im Gegensatz dazu nahm er mit dem Vorsitz im Ärzteverband, der 1920 auf seine Initiative hin gegründet wurde, eine leitende standespolitische Position in der Provinz Brandenburg ein.

Der Ärzteverband war die Dachvereinigung der brandenburgischen Ärztevereine. Als provinzielle Gliederung des Leipziger Verbandes nahm er sich speziell der wirtschaftlichen, besonders der kassenärztlichen Interessen an, indem er die ihm angeschlossenen Vereine in ihrer Funktion als Verhandlungspartner der Krankenkassen unterstützte. Die Zielsetzungen des Ärzteverbandes glichen somit denen des Potsdamer Schutzverbandes – er war eine höhere Instanz auf Provinzialebene. Darüber hinaus schuf der Verband auf Schneiders Initiative ein umfassendes selbstverwaltetes Versorgungssystem für die brandenburgische Ärzteschaft. Dazu gehörte eine Gemeinschaftsversicherung als Pensions-, Sterbegeld- und Hinterbliebenenversicherung, eine Altersversorgungskasse sowie der „Notpfennig“ zur Unterstützung bedürftiger Ärzte. Diese kollegiale Fürsorge in Brandenburg stand im Zeichen der Wohlfahrtspflege der Weimarer Republik und wurde zum Vorbild für Standesorganisationen in anderen deutschen Ländern bzw. den Provinzen innerhalb Preußens.

Das Wirken Schneiders und des Ärzteverbandes zu Beginn der 1920er Jahre war bestimmt von der immer weiter voranschreitenden Inflation. Trotz eigener finanzieller Bedrängnisse traten Kammer und Ärzteverband für den Erhalt einer soliden wirtschaftlichen Lage der brandenbur-

gischen Ärzte ein. Gefordert wurde wiederholt eine Anpassung der ärztlichen Gebührenordnung Preußens an die anhaltende Teuerung. Für die privatärztliche Behandlung legten die Landesvertretungen sodann eigenständig neue Honorarsätze fest.

Aufgrund der ökonomischen Krise gerieten die Sozialversicherungsträger in Existenznöte. Sie konnten die kassenärztlichen Leistungen nicht mehr aufbringen und forderten eine Kürzung der Honorare. Hieraus ergaben sich reichsweit monatelang andauernde Machtkämpfe zwischen Ärzte- und Krankenkassenorganisationen um die kassenärztlichen Verhältnisse. In Brandenburg lieferte sich Schneider als Vorsitzender des Ärzteverbands heftige Auseinandersetzungen mit den Vertretern der Kassenverbände. Vielerorts kürzten Krankenkassen entgegen bestehenden Verträgen selbständig die Honorare oder setzten Zahlungen gänzlich aus. Auf Schneiders Anweisung behandelten die Kassenärzte ihre Patienten daraufhin nur noch privatärztlich gegen sofortige Barzahlung. Der Ärzteverband drohte sogar mit einem provinziellen Ärztestreik.

Im Oktober 1923 entgegnete die Reichsregierung dem Arzt-Kassen-Konflikt mit dem Erlass von Notverordnungen. Durch eine Reihe von Schutz- und Sparmaßnahmen sollte die finanzielle Belastung der Krankenkassen gemindert werden. Sie bedeuteten zugleich aber auch eine Neuordnung der kassenärztlichen Verhältnisse. Dieses Einschreiten empfand der Ärztestand als Angriff auf seine berufliche Autonomie. Entschieden wies Schneider vor allem jene Bestimmungen der Notverordnungen, die den Krankenkassen Entscheidungsbefugnisse bei der Zulassung und Kündigung von Kassenärzten zuschrieben, in der Landespresse zurück. Aufgrund der drohenden Machtverschiebung zugunsten der Krankenkassen traten die Kassenärzte im Winter 1923/24 in einen reichsweiten Streik.

Schneider befürwortete zwar grundsätzlich eine Kompromisslösung auf anderem Weg, sah wegen der gefährdeten ärztlichen Freiheiten in diesem Fall jedoch keine Alternative zum Arbeitskampf. Dieser führte sodann zu zahlreichen Aussprachen zwischen Ärzte-, Kassen- und Staatsvertretern, in denen die Regelung des Kassenarztwesens neu verhandelt wurde und die Parteien einen Konsens erzielen konnten. An diesen wichtigen Gesprächen des Reichsausschusses der Ärzte und Krankenkassen und im Reichsarbeitsministerium war auch Schneider beteiligt.

Im Nachgang des Ärztestreiks gründete sich in Brandenburg eine Arbeitsgemeinschaft aus Vertretern des Ärzteverbands und der provinziellen Krankenkassenverbände, für deren Schaffung Schneider maßgebend war und der er als Mitglied angehörte. Sie ermöglichte ein kooperatives Zusammenwirken der Organisationen, beschloss die Rahmenbedingungen für die kas-

senärztlichen Vertragsverhältnisse in Brandenburg und bildete einen Schlichtungsausschuss für Streitfälle.

Anhand des Arzt-Kassen-Konfliktes und seiner Regulierung wird einerseits deutlich, dass die berufliche Verwaltung in der Weimarer Republik abhängig vom staatlichen Willen war und die ärztlichen Selbstverwaltungsrechte keinesfalls selbstverständlich waren. Andererseits wurde den Ärzten zugestanden, die Berufsverhältnisse möglichst eigenständig, in Einvernehmen mit den Krankenkassen, auf demokratischen Grundsätzen zu regeln. Einige Persönlichkeiten der Ärzteschaft verstanden es, diese Möglichkeit zu nutzen – in Brandenburg war es Georg Schneider. Sein Engagement war entscheidend dafür, dass sich der brandenburgische Ärzteverband neben der Kammer zur zweiten ärztlichen Spitzenorganisation der Provinz entwickeln konnte. Ihm gelang es, die selbständige berufliche Verwaltung auszubauen und den Krankenkassen einen gleichberechtigten Verhandlungspartner gegenüberzustellen.

Durch Schneiders geradlinige und zielstrebige Verbandsarbeit in Brandenburg stieg auch seine Prominenz im deutschen Ärztestand. Dies war eine wichtige Voraussetzung für die Übernahme weiterer hoher Ämter in den provinziellen und reichsweiten Berufsorganisationen und seinen steigenden standespolitischen Einfluss. Zum wichtigsten Berufspolitiker der brandenburgischen Ärzteschaft wurde er mit der Übernahme der Kammerleitung im Jahr 1928. Vier Jahre zuvor hatten sich die Ärzte der Grenzmark Posen-Westpreußen an den Kammerbereich Berlin-Brandenburg angegliedert. Nun kam es zur Bildung einer separaten Ärztekammer für die beiden Provinzen. Damit einher ging die verwaltungstechnische Trennung von der Berliner Ärzteschaft, die Schneider wesentlich vorangetrieben hatte, indem er schon im Oktober 1925 den entsprechenden Antrag bei der Kammer eingereicht hatte. Sein Ziel war die Schaffung einer eigenständigen Kammer für Brandenburg und die Grenzmark, die sich den spezifischen standespolitischen Interessen der Provinzärzte widmen konnte. Dass Schneiders Vorschlag vom preußischen Landtag angenommen und daraufhin die gesetzliche Grundlage für die Kammertrennung geschaffen wurde, unterstreicht seine Bedeutung für den brandenburgischen Ärztestand und seinen Einfluss auf die Berufspolitik.

Unter Schneiders Doppelvorsitz in Ärztekammer und -verband wurden die provinziellen Standesinteressen in berufsorganisatorischer, wirtschaftlicher und gesundheitspolitischer Hinsicht selbstverwaltend wahrgenommen. Gerade in den letzten Jahren der Weimarer Republik war für ihn dabei die ärztliche Fortbildung von besonderer Relevanz. Hierin sah er die Grundlage für eine verbesserte Gesundheitsfürsorge und zur Hebung der allgemeinen Gesundheitslage der Bevölkerung. Daneben vertrat er weiterhin die brandenburgischen Kassenärzte.

Bedingt durch die Weltwirtschaftskrise 1929 gerieten die Krankenkassen erneut in eine erhebliche finanzielle Notlage. Die Spannungen im Arzt-Kassen-Verhältnis traten wieder deutlich zu Tage. Die Reichsregierung reagierte abermals mit Notverordnungen. Zunächst war unter massiver Kritik des Ärztetands eine Einschränkung der ärztlichen Berufsfreiheit vorgesehen, indem den Krankenkassen Befugnisse der kassenärztlichen Verwaltung übertragen wurden. Die brandenburgischen Ärzte- und Kassenvertreter einigten sich unter Schneiders Moderation aber auf die Beibehaltung des bestehenden Status quo.

Auf Reichsebene partizipierten die Spitzenorganisationen der Ärzte und Krankenkassen sodann an der Ausarbeitung einer Verordnung, die die Errichtung von Kassenärztlichen Vereinigungen festlegte. Auch hieran war Schneider beteiligt. Diese neuen Institutionen erfüllten ab 1932 ähnliche Aufgaben und Funktionen, wie sie die wirtschaftlichen Ärztevereine, etwa der Schutzverband der Potsdamer Ärzte, wahrnahmen. Zudem wies man ihnen weitere Rechte und Pflichten zur ärztlichen Honorarverrechnung, Kontrolle und Disziplinierung zu. Damit wurde die Selbstverwaltung des Kassenarztwesens durch den Ärztetand im Gesetz festgeschrieben.

Neben seiner herausragenden Rolle im brandenburgischen Ärztetand nahm Schneider in der Weimarer Epoche auch eine Schlüsselstellung in der reichsweiten Gesundheits- und ärztlichen Berufspolitik ein. Als Geschäftsführer und Vorstandsmitglied des DÄVB widmete er sich den zeitgenössischen Themen und Problemen seines Standes und war verantwortlich für die Organisation der Deutschen Ärztetage, des Parlaments und Sprachrohrs der deutschen Ärzteschaft. Durch seine zentralen Ämter stand er im engen Kontakt zu den Reichsministerien sowie den hohen Institutionen des Gesundheitswesens und der Sozialversicherung. Ihnen gegenüber repräsentierte er den Ärztetand und setzte sich für die Durchführung standespolitischer Ziele ein.

Bereits 1926 hatte der DÄVB-Geschäftsausschuss unter Schneiders Mitwirken eine *Standesordnung für die deutschen Ärzte* erlassen. Sie enthielt einheitliche berufsethische Grundsätze, Richtlinien zur Berufsausübung und Honorierung ärztlicher Leistungen und kollegiale und öffentliche Verhaltensregeln. Damit festigte die Standesordnung den Anspruch auf berufliche Selbstverwaltung. Die freiwillig festgeschriebenen Bestimmungen waren als Vorstufe einer gesetzlich fixierten Deutschen Ärzteordnung gedacht, wofür ein spezieller Ausschuss um Schneider einen Gesetzesentwurf erarbeitete. Gefordert wurden zugleich die Herausnahme des Arztberufes aus der Reichsgewerbeordnung und die Errichtung einer Reichsärztekammer. Die gesamte deutsche Ärzteschaft sollte dadurch berufsorganisatorisch in einer auf dem Prin-

zip der Selbstverwaltung fußenden, staatlich anerkannten Institution vereint werden. Die Bemühungen Schneiders und des Ärztevereinsbundes waren in diesem Fall aber erfolglos – die vorhandenen Pläne wurden nach der Machtübernahme 1933 von den Nationalsozialisten aufgegriffen und ideologisiert.

Der Rechtsruck, der sich in der Ärzteschaft ab 1930 zunehmend bemerkbar machte, ist auf die fatalen Folgen der Weltwirtschaftskrise und die hieraus resultierenden Wahlerfolge der NSDAP zurückzuführen. Viele Mediziner waren überzeugt, dass die unsicheren kassenärztlichen Verhältnisse und die wahrgenommene ‚Überfüllung‘ des Arztberufes durch Hitler beseitigt werden würden. Mithin befürworteten sie zu großen Teilen die Ideologie der NSDAP und erhielten bereits 1929 mit dem Nationalsozialistischen Deutschen Ärztebund und seinen Gauverbänden eine eigene Plattform. Die Organisation verstand sich aber nicht als Alternative zu den etablierten Ärztevertretungen; vielmehr versuchten NSDÄB-Funktionäre die Politik der bestehenden Kammern, Verbände und Vereine mit ihrem Gedankengut sowie radikalen Gegenentwürfen zur Berufs- und Gesundheitspolitik zu beeinflussen. Für die Ärztekammerwahlen in Brandenburg im Jahr 1931 stellten nationalsozialistische Ärzte eine Gegenliste zur üblichen einheitlichen Wahlempfehlung des Ärzteverbands auf. Dass die vorgeschlagenen Kandidaten der Nationalsozialisten circa ein Drittel aller Stimmen erhielten, belegt eindrucksvoll den flächendeckenden Rechtsruck innerhalb der brandenburgischen Ärzteschaft weit vor 1933.

Schneider positionierte sich von Beginn an gegen den rechtsextremistischen Einfluss auf die Landespolitik. Er befürchtete das Zerschlagen vorhandener Strukturen und sah zudem die Einheit und Geschlossenheit des Standes gefährdet. Das autoritäre Auftreten der nationalsozialistischen Ärztevertreter und ihre aggressiven Äußerungen gegen jüdische und politisch unliebsame Ärzte, aber auch Angriffe auf seine eigene Person widersprachen Schneiders Vorstellungen von Kollegialität.

Nach der Machtübernahme der Nationalsozialisten wurden sämtliche Ärzteorganisationen, sowohl die reichsweiten Spitzenverbände als auch die örtlichen Vereinigungen, gleichgeschaltet. Bestehende rechtskräftige Satzungen und Gesetze wurden zunächst umgangen, dann abgeändert. Ende März 1933 erfolgte die Entmachtung von DÄVB und Hartmannbund, indem sich ihre Vorstände und Geschäftsausschüsse unter Aufsicht des NSDÄB-Leiters Gerhard Wagner stellten. Fortan waren alle Entscheidungen mit ihm abzusprechen. Anders als offiziell dargelegt, gaben die Vertreter der ärztlichen Spitzenverbände um Schneider die Führung aber nicht freiwillig ab. Unter Androhung von Gewalt wurden sie von den nationalsozialistischen Ärzte-

funktionären dazu gedrängt. Bei den ärztlichen Landes- und Provinzialverbänden wie dem brandenburgischen Ärzteverband setzte Wagner kommissarische Leiter ein.

Verbunden mit der Gleichschaltung erfolgte die zielgerichtete Verdrängung von jüdischen und politisch missliebigen Ärzten aus den Gremien der Standesorganisationen. An ihre Stelle traten bekennende Nationalsozialisten. Jene Standesvertreter, die nicht zum Rücktritt gezwungen oder entlassen wurden, passten sich entweder den neuen Strukturen an und unterstützten den Umbruch oder zogen sich freiwillig zurück.

Die Gleichschaltung und Neuordnung des Ärztetands entsprachen nicht mehr Schneiders liberalen Vorstellungen und Idealen. Somit war der Weiterführung seines berufspolitischen Engagements jegliche Grundlage entzogen. Mit einem Rückzug aus der aktiven Standespolitik beschäftigte er sich gedanklich bereits seit dem Machtwechsel im Ärztetand im Frühjahr 1933. Zu Beginn des Folgejahres schied er aus dem Vorstand der inzwischen gleichgeschalteten brandenburgischen Ärztekammer aus, Mitte 1934 legte er sein Amt als Geschäftsführer im DÄVB nieder.

Offen beklagte Schneider wiederholt den autoritären Führungsstil und das eigenmächtige Handeln der nationalsozialistischen Ärztevertreter. So wurde seine Arbeit als Geschäftsführer durch einen Beauftragten Wagners kontrolliert, finanzielle Mittel des DÄVB für die Adolf-Hitler-Spende zweckentfremdet und ihm die Nutzung seines Dienstfahrzeuges abgesprochen. Mit seiner punktuellen Kritik leistete Schneider keinen Widerstand. Sie sorgte allerdings für ein angespanntes Verhältnis und Differenzen mit den NS-Ärzten. Damit hob sich Schneider von den meisten seiner Kollegen ab, die der neuen politischen Linie folgten.

Schneiders Rücktrittsgedanken wurden verstärkt durch den unwürdigen Umgang mit seinem engsten Vertrauten, Alfons Stauder. Standespolitische Entscheidungen, für die er als Vorsitzender des DÄVB und Hartmannbunds offiziell noch hauptverantwortlich war, wurden allein von Wagner und seinen Beauftragten getroffen. Stauder sah sich im Juni 1933 dazu genötigt, seine Ämter an Wagner abzugeben. Ebenso fehlte Schneider der Rückhalt unter den im Geschäftsausschuss verbliebenen Kollegen, bei denen er obendrein eine sich wandelnde politische Gesinnung bemerkte. Explizite Kritik übte Schneider an der nationalsozialistischen Ideologie mit ihrer rassistischen und antisemitischen Grundausrichtung jedoch nicht. Er solidarisierte sich allerdings mit jüdischen und anderen verfolgten Berufskollegen, die aus den Standesorganisationen gedrängt wurden, indem er sich für angemessene Abfindungen einsetzte. Dieses Engagement war auch ein Beweggrund, warum Schneider noch bis Mitte 1934 stan-

despolitisch tätig blieb. Zudem wollte er die Umstrukturierung der ärztlichen Berufsverwaltung in der vergeblichen Hoffnung abwarten, hierauf noch Einfluss nehmen zu können.

Die Gleichschaltung der ärztlichen Organisationen war Grundlage für die Neugestaltung der beruflichen Verwaltung hin zu einem autoritär und zentralistisch geführten deutschen Ärztestand. Die Funktionen des Hartmannbundes und seiner Untergliederungen, so auch des brandenburgischen Ärzteverbands, sowie der Kassenärztlichen Vereinigungen wurden 1934 auf die KVD übertragen. Sie wurde zur zentralen Institution der kassenärztlichen Berufsorganisation. Durch ihre Zuständigkeit für alle Zulassungsfragen realisierte sie auch die Ausgrenzung ‚nichtarischer‘ und politisch unerwünschter Ärzte aus dem Berufsleben, die anhand einer Reihe von gesetzlichen Maßnahmen vorangetrieben wurde. Der DÄVB und die Ärztekammer Brandenburg-Grenzmark gingen 1936 in der Reichsärztekammer als Gesamtvertretung der deutschen Ärzteschaft auf. Die privaten Ärztevereine wie der Schutzverband der Ärzte des Bezirks Potsdam wurden aufgelöst.

Die parlamentarisch-demokratischen Grundstrukturen der früheren Ärzteorganisationen wichen dem Führerprinzip. Die berufliche Selbstverwaltung in ihrer bisherigen Form fand damit ein jähes Ende. Entscheidungsbefugnisse von gewählten Vorständen und Versammlungen wurden zunächst in den gleichgeschalteten Organisationen und dann in der KVD und Reichsärztekammer an einzelne NSDÄB-Funktionäre übergeben. Diese verstanden sich nicht als Vertreter eines freien Ärztestands, sondern als Repräsentanten und verlängerte Arme des autoritären Staates. Den Vorsitz von KVD und Reichsärztekammer hatte der Reichsärzteführer – bis 1939 Gerhard Wagner, danach Leonardo Conti – inne. Dessen Aufgaben und Zuständigkeiten verteilten sich auf unselbständige Landes-, Provinz- und Bezirks-Verwaltungsstellen.

Die 1936 erlassene *Reichsärzteordnung* erfüllte als gesetzliche Grundlage der neuen Organisationsstruktur Jahrzehnte alte Bestrebungen des Ärztestands, die unter Schneiders Geschäftsführung im DÄVB in den 1920er Jahren intensiviert worden waren. Neben der Errichtung der Reichsärztekammer revidierte sie die Einstufung des Arztberufes als Gewerbe. Die Ordnung wurde von den Nationalsozialisten instrumentalisiert, sie übertrug ihre ideologischen Ziele auf die Ärzteschaft.

In den Jahren nach seinem Rückzug aus der Standespolitik widmete sich Schneider in erster Linie der Pflege seiner Stiftung, die der brandenburgische Ärzteverband 1930 gegründet und Schneider als Anerkennung für seine Verdienste als Verbandsvorsitzender übergeben hatte. Zweck der Stiftung war die Unterstützung bedürftiger Arztwitwen durch die Zahlung von Zuschüssen für Badekuren. Die Dr. Georg Schneider-Stiftung wurde in der NS-Zeit von der Ärz-

tekammer Brandenburg kaufmännisch verwaltet, Schneider selbst waren die Entscheidungen über eingehende Anträge auf Beihilfen vorbehalten. Wenn auch im überschaubaren Rahmen, bediente er mit dieser Art der kollegialen Fürsorge weiterhin ein berufspolitisches Aufgabenfeld unter eigener Verantwortung und Finanzierung.

Seit dem Bestehen der Stiftung spendete Schneider kontinuierlich höhere Beträge aus seinem Privatvermögen und verzichtete zudem auf Teile seines Gehaltes. Er und seine Ehefrau Frieda bestimmten in ihrem 1940 aufgesetzten Testament die Stiftung sogar zu ihrer Haupterin. Die kinderlosen Eheleute sahen dabei vor, dass ihr Eigenheim als Alterswohnstätte für Arzttwitwen genutzt werden würde. Diese Festlegung konnte nach ihrem Tod 1949 nicht umgesetzt werden. Private Stiftungen und die Verwirklichung derer Zwecke fanden seitens der DDR-Regierung keine Anerkennung.

Nach dem Ende des Zweiten Weltkriegs stand die Verwaltung des Arztberufes durch die Auflösung von Reichsärztekammer und KVD vor dem Neuaufbau. Diese Herausforderung erhielt angesichts des Ärztemangels und der desaströsen medizinischen Versorgung besonderen Nachdruck. Schneider engagierte sich sofort wieder standespolitisch. Eigenverantwortlich richtete er in Potsdam Büroräume als Ansprechstelle für seine Berufskollegen ein. Ab Juli 1945 vertrat er den brandenburgischen Ärztestand gegenüber den von der Sowjetischen Militäradministration eingerichteten Gesundheitsbehörden und versuchte die Neuerrichtung einer kammerähnlichen Organisation zu erwirken. Damit belebte er den beruflichen Selbstverwaltungsgedanken in Brandenburg wieder. Seine Absicht scheiterte an der Ablehnung des Provinzialgesundheitsamtes, das die von der SMAD beschlossene Gesundheitspolitik umzusetzen hatte. Die Militäradministration genehmigte ausschließlich eine ärztliche Interessenvertretung im gewerkschaftlichen Rahmen.

Schneiders Eintritt in den FDGB und damit seine Anpassung an die vorgegebenen Strukturen waren die Voraussetzung, um die berufliche Organisation und Verwaltung des brandenburgischen Ärztestands mitzubestimmen. Ende 1945 wurde er als offizieller Vertreter der Ärzteschaft und Verhandlungspartner der Sozialversicherungsanstalt Brandenburg anerkannt. Mit ihr erarbeitete er einen Rahmenvertrag, der die kassenärztlichen Verhältnisse in der Provinz neu regelte. Zugleich wurde ihm die Leitung einer zentralen Abrechnungsstelle zugesprochen, die für die kassenärztliche Honorarverteilung zuständig war.

Im Frühjahr 1946 initiierte Schneider die Bildung einer in der Gewerkschaft organisierten Fachgruppe für die brandenburgischen Ärzte und ihr untergliederter Ortsgruppen. Als Vorsitzender der Fachgruppe forderte Schneider ausgeweitete berufliche Selbstverwaltungskompe-

tenzen, die freie Ausübung des Arztberufes und die Einbeziehung des Ärztetands in die Gesundheitspolitik. Maßstab waren für ihn dabei jene Möglichkeiten, die den Ärzten im Deutschen Kaiserreich und in der Weimarer Republik zustanden.

Vordringlich waren Schneiders Bemühungen um ein Mitspracherecht von Fachgruppenvertretern bei der ärztlichen Versorgungsplanung, also der Zu- und Niederlassung. Die Verantwortung hierfür lag allein beim Provinzialgesundheitsamt. Schneider machte immer wieder auf bestehende Missstände aufmerksam, die sich in der ungleichen Verteilung der Ärzte und der Unterversorgung einzelner Regionen äußerten. Im Oktober 1947 wurde sodann ein Niederlassungsausschuss installiert, dem auch Ärztevertreter – darunter Schneider persönlich – angehörten. Der Ausschuss bestand allerdings nur bis Februar 1949.

Durch den Abschluss von kassenärztlichen Rahmenverträgen mit der Sozialversicherungsanstalt und der funktionierenden kassenärztlichen Abrechnung legte Schneider die Grundlage dafür, dass es in der SBZ noch eine große Zahl freiwillig niedergelassener Ärzte gegeben hat. Denn das Ziel der sowjetischen Besatzungsmacht, das ab 1947 massiv vorangetrieben wurde, war die Überführung der ambulanten medizinischen Versorgung in staatliche Polikliniken. Auch wenn Schneider in den Polikliniken zunächst eine gesunde Konkurrenz zu den freiberuflich tätigen Ärzten erkannte, warnte er vor der unbedachten Übertragung des russischen Gesundheitssystems auf das Land Brandenburg.

Standespolitische Bestrebungen versuchte Schneider auch als Fraktionsvorsitzender der LDP im brandenburgischen Landtag durchzusetzen. Zwischen 1946 und 1949 brachte er mehrere Anträge ein, die eine Unterstützung der Ärzte in ihrer Berufsausübung und folglich eine Verbesserung der medizinischen Versorgung bezweckten. Hierzu zählte eine bevorzugte Berücksichtigung der Mediziner bei der Ausgabe von Karten und Bezugsscheinen, um Versorgungsengpässe, beispielsweise für Kohle und Treibstoffe, zu mindern. Eifrig beteiligte sich Schneider auch an weiteren Debatten, die das Gesundheitswesen betrafen. Besonders trat hier die nach dem Kriegsende kontrovers diskutierte Frage nach dem strafrechtlichen Umgang mit der Schwangerschaftsunterbrechung hervor. Schneider befürwortete eine Legitimierung der Abtreibung aus medizinischen, sozialen und ethischen Gründen.

Schneiders Einfluss auf die ärztliche Berufspolitik in der SBZ muss in besonderem Maße hervorgehoben werden. Durch sein vehementes standes- und parteipolitisches Engagement wurden dem brandenburgischen Ärztetand zumindest vorübergehend einzelne Befugnisse der beruflichen Selbstverwaltung zugesprochen. Erfolgreich setzte er sich dafür ein, dass sich die Verhältnisse in der ärztlichen Versorgung und Berufsausübung verbesserten. Seine akribisch

betriebene Berufspolitik und seine hohe Position im brandenburgischen Ärztstand als Leiter der Fachgruppe und kassenärztlichen Verrechnungsstelle in Personalunion sorgten sogar für Unbehagen bei der Sowjetischen Militäradministration Brandenburgs. Sie fürchtete den Wiederaufbau der ärztlichen Selbstverwaltung, weshalb Schneider im Herbst 1946 zwischenzeitlich seinen Vorsitz in der Fachgruppe niederlegen musste. Die Pläne der russischen Besatzer, die eine Verstaatlichung des Gesundheitssystems nach sowjetischem Vorbild vorsahen, hatten mit Schneiders Ideal einer ärztlichen Selbstverwaltung nichts mehr zu tun.

„Wir werden die Dinge nicht auf uns zukommen lassen, sondern bestrebt sein, sie maßgebend zu beeinflussen.“ – Die Frage, ob Schneider seinem 1922 gestellten Anspruch durch sein standespolitisches Wirken gerecht werden konnte, ist positiv zu beantworten. Unabhängig von den unterschiedlichen politischen und ökonomischen Rahmenbedingungen der vier historischen Epochen, in denen Schneider tätig war, erhielt er seine Ideale aufrecht – auch wenn er seine konkreten Ziele an die Gegebenheiten der Zeit anpassen musste. Nachdem er im Deutschen Kaiserreich über das ärztliche Vereinsleben in die ärztliche Berufspolitik eingetreten war, stieg er in der Weimarer Republik rasch zu einem der angesehensten und einflussreichsten Standespolitiker auf und bekleidete führende Ämter in den provinziellen wie reichsweiten Spitzenorganisationen der Ärzte. Auf die Instrumentalisierung und Ideologisierung der ärztlichen Berufsverwaltung im Nationalsozialismus reagierte Schneider zunächst mit offenem Widerspruch, sah sich dann aber zum Rückzug gezwungen. Weiterhin widmete er sich jedoch der ärztlichen Fürsorge. In der Zeit der sowjetischen Besatzung gelang es ihm trotz der zunehmenden Verstaatlichung des Gesundheitssystems, einzelne Befugnisse der ärztlichen Selbstverwaltung zu erhalten. Somit war Schneider stets ein geradliniger Vertreter des freien Ärztestands, der unbeirrt seinen Weg durch die Epochen ging. Weil er unabhängig und mit festem Ziel seinen Überzeugungen treu blieb, dient er auch heute als Beispiel für eine in ihrem Fachgebiet einflussreiche Persönlichkeit, die „[i]mmer strebend bemüht [war], den Sinn [ihres] Lebens im Dienste an anderen zu erkennen und zu verwirklichen“.¹³⁰⁰ Deshalb sollte er nicht in Vergessenheit geraten.

¹³⁰⁰ De Bary, In memoriam, S. 15.

9. Quellen- und Literaturverzeichnis

Archivalische Quellen

Arbeitsstelle Medizingeschichte an der Professur Geschichte des 19./20. Jahrhunderts der Universität Potsdam

Akte Dr. Georg Schneider-Stiftung.

Brandenburgisches Landeshauptarchiv

Rep. 2A Regierung Potsdam I Med Nr. 50: Die ärztliche Bundesvertretung-Ärztekammer.

Rep. 5E Amtsgericht Potsdam Nr. 932: Schutzverband der Ärzte des Bezirks Potsdam.

Rep. 5E Amtsgericht Potsdam Nr. 993: Ärzteverein zu Potsdam.

Rep. 6B Kreisverwaltung Cottbus Nr. 1143: Die bei den Krankenkassen des Landkreises Cottbus zugelassenen Ärzte, Zahnärzte und Zahntechniker.

Rep. 49B Oberversicherungsamt Frankfurt (Oder) Nr. 481: Versagung der Zustimmung des zwischen der Allgemeinen Ortskrankenkasse Fürstenwalde und dem Ärzteverein Fürstenwalde zu schließenden Vertrages durch den Ärzteverein Fürstenwalde.

Rep. 72 Ärztekammer für die Provinz Brandenburg.

Rep. 201 Landtag.

Rep. 203 Ministerium des Innern Nr. 154: Stiftungsfragen.

Rep. 211 Ministerium für Gesundheitswesen.

Rep. 250 Landratsamt Beeskow-Storkow/Fürstenwalde Nr. 1717: Organisation und Aufbau der Fachgruppe Ärzte beim FDGB Kreisvorstand Beeskow-Storkow.

Rep. 347 FDGB-Landesvorstand Brandenburg Nr. 560: Informationsberichte der Ortsvorstände.

Rep. 349 Sozialversicherung Landesgeschäftsstelle Brandenburg.

Bundesarchiv Berlin-Lichterfelde

DO 1/9282: Stiftungen und stiftungsähnliche Vermögensmassen. Einzelfälle, Bd. 4: 1951-1953.

DQ 1/18: Arbeitsbesprechungen der Leiter der Landes-, Provinzial- und Gesundheitsämter. Protokolle.

DQ 1/93: Einsatz und berufsrechtliche Vertretung von Ärzten.

DQ 1/117: Regelung der ärztlichen Approbation und Niederlassung, Bd. 2: 1945-1947.

DQ 1/152: Notizen und Arbeitsberichte verschiedener Abteilungen.

R 9361-VIII: NSDAP-Zentralkartei.

R 9361-IX: NSDAP-Gaukartei.

Geheimes Staatsarchiv Preußischer Kulturbesitz

I. HA Rep. 76 Kultusministerium, VIII B Nr. 590: Zeitungsausschnitte über Ausübung der Heilkunde und Berufspflichten der Ärzte.

I. HA Rep. 76 Kultusministerium, VIII B Nr. 763: Verordnungen über die Standesvertretungen der Ärzte.

I. HA Rep. 76 Kultusministerium, VIII B Nr. 765-767: Ärztekammern, 3 Bde.

I. HA Rep. 76 Kultusministerium, VIII B Nr. 774: Gemeinsame Ärztekammern für die Provinzen Nieder- und Oberschlesien, Brandenburg, Grenzmark Posen-Westpreußen und die Stadt Berlin.

I. HA Rep. 76 Kultusministerium, VIII B Nr. 810-822: Ärzte und Krankenkassen, 13 Bde.

I. HA Rep. 76 Kultusministerium, VIII B Nr. 823-828: Ärztekammer für die Provinz Brandenburg und den Stadtkreis Berlin, 6 Bde.

I. HA Rep. 76 Kultusministerium, VIII B Nr. 1624-1625: Krankenversicherung, Krankenkassen, 2 Bde.

I. HA Rep. 76 Kultusministerium, VIII B Nr. 1626-1628: Krankenversicherung, Krankenkassen, 3 Bde.

I. HA Rep. 76 Kultusministerium, VIII B Nr. 1631-1636: Reichsgesetzliche Regelung des Verhältnisses der Ärzte und Apotheker zu den Krankenkassen/Reichsversicherungsordnung, 6 Bde.

I. HA Rep. 76 Kultusministerium, VIII B Nr. 1637-1638: Eingaben und Pressestimmen zur Reichsversicherungsordnung, 2 Bde.

Institut für Geschichte der Medizin und Ethik in der Medizin an der Charité Berlin

Nachlass Heinz Goerke, Ordner Dr. Georg Schneider (1875-1949) div. Mat.

Nachlass Heinz Goerke, Ordner Dr. Georg Schneider-Stiftung.

Nachlass Heinz Goerke, Ordner Ges. Wesen Potsdam 1945-50 FDGB.

Nachlass Heinz Goerke, Ordner Heilkunde im alten Potsdam Abb.-vorlagen.

Stadtarchiv Cottbus

649/5121: Acta des Oberbuergemeisters zu Cottbus betreffend: die Aerzte-Kammer. Angefangen: 1887.

Ludwig Wilhelm Liersch, Beiträge zur medicinischen Geschichte der Stadt und des Kreises Cottbus, Cottbus 1890.

Stadtarchiv Frankfurt (Oder)

Bestand I, Standesamt, Geburtenregister, Nr. 883: Geburtsurkunde Georg Otto Schneiders vom 15. Juni 1875.

Gedruckte Quellen

Aerzteblatt der Provinz Brandenburg. Herausgegeben im Auftrage des Aerzteverbandes der Provinz Brandenburg von Sanitätsrat Dr. Landsberg, Oldenburg 1922.

Aerzteblatt der Provinzen Brandenburg, Grenzmark und Pommern. Ankündigungsorgan der Aerztekammern für die Provinz Brandenburg, den Stadtkreis Berlin und für die Provinz Pommern, Oldenburg 1923-1928.

Aerzteblatt der Provinzen Brandenburg, Grenzmark und Pommern. Ankündigungsorgan der Aerztekammern für die Provinzen Brandenburg und Grenzmark Posen-Westpreußen und für die Provinz Pommern, Oldenburg 1928-1933.

Ärzteblatt für Brandenburg. Nachrichtenblatt der Kassenärztlichen Vereinigung Deutschlands, Provinzstelle Brandenburg (und der Ärztekammer für die Provinzen Brandenburg, Grenzmark Posen-Westpreußen), Oldenburg 1934-1938.

Ärzteblatt für Berlin, Mark Brandenburg und Pommern, Berlin 1938-1941.

Arbeitsbericht des Zentralausschusses für Hilfe und Aufbau bei der Reichsvertretung der Juden in Deutschland für das Jahr 1938, o. A.

Außerordentliche Sitzung der Aerztekammer für die Provinzen Brandenburg und Grenzmark Posen-Westpreußen und die Stadt Berlin am Mittwoch, den 24. Februar 1926, Wahlper. 11, Berlin 1926.

Bass, Hermann: Die geschichtliche Entwicklung des ärztlichen Standes und der medizinischen Wissenschaften, Berlin 1896.

Beilage zu den Verhandlungen der Aerztekammer für die Provinz Brandenburg und den Stadtkreis Berlin, Wahlper. 9, Siebentes Stück, Berlin 1916.

Beilage zu den Verhandlungen der Aerztekammer für die Provinz Brandenburg und den Stadtkreis Berlin, Wahlper. 9, Achtes Stück, Berlin 1917.

Beilage zu den Verhandlungen der Aerztekammer für die Provinz Brandenburg und den Stadtkreis Berlin, Wahlper. 9, Zehntes Stück, Berlin 1919.

Beilage zu den Verhandlungen der Aerztekammer für die Provinz Brandenburg und den Stadtkreis Berlin am 25. Januar 1920, Wahlper. 10, Berlin 1920.

Beilage zu den Verhandlungen der Aerztekammer für die Provinz Brandenburg und den Stadtkreis Berlin am 29. Januar 1921, Wahlper. 10, Berlin 1921.

Beilage zu den Verhandlungen der Aerztekammer für die Provinz Brandenburg und den Stadtkreis Berlin am 28. Januar 1922, Wahlper. 10, Berlin 1922.

Berger, Friedrich August Heinrich: Geschichte des aertzlichen Vereinswesens in Deutschland, Frankfurt am Main 1896.

Borntraeger, Jean Bernhard: Die neue preußische Gebührenordnung für Aerzte und Zahnärzte. Mit eingehenden Erläuterungen und den für das Erwerbsleben der Medizinalpersonen gültigen Bestimmungen, Leipzig 1896.

Ders.: Preußische Gebühren-Ordnung für Aerzte und Zahnärzte vom 10. Dezember 1922 mit eingehenden Erläuterungen und den für das Erwerbsleben der Medizinalpersonen gültigen Bestimmungen sowie mit dem Gesetz über die Gebühren der Medizinalbeamten, 7., verb. Aufl., Leipzig 1923.

Cartarius, Ulrich (Hrsg.): Deutschland im Ersten Weltkrieg. Texte und Dokumente 1914-1918, München 1982.

De Bary, August: In memoriam Georg Schneider. Lebensbild eines Vorkämpfers und Vertreters der ärztlichen Berufsideale, in: Ärztliche Mitteilungen vom 1. Januar 1950, S. 14f.

Die Preußische Gebührenordnung für approbierte Aerzte und Zahnärzte vom 15. März 1922, Leipzig 1922.

Die Verfassung des Deutschen Reichs. Vom 11. August 1919, in: Reichs-Gesetzblatt 1919, S. 1383-1418.

Finkenrath, Kurt: Die Organisation der deutschen Ärzteschaft. Eine Einführung in die Geschichte und den gegenwärtigen Aufbau des wissenschaftlichen, standes- und wirtschaftspolitischen ärztlichen Vereinslebens, Berlin 1928.

Ders.: Die Medizinalreform. Die Geschichte der ersten deutschen ärztlichen Standesbewegung von 1800-1850 (= Studien zur Geschichte der Medizin, Bd. 17), Leipzig 1929.

Gabriel, Arthur: Die staatliche Organisation des deutschen Aerztestandes, Berlin 1919.

Geschäftsbericht des Deutschen Aerztevereinsbundes, Berlin 1926-1930.

Gesetz-Sammlung für die Königlich-Preußischen Staaten, Berlin 1810-1906.

Gesundheitspolitische Richtlinien der Sozialistischen Einheitspartei Deutschlands vom 31. März 1947, Berlin 1947.

Goerke, Heinz: Georg Schneider †, in: Zeitschrift für ärztliche Fortbildung, H. 3/4, 1950, S. 59f.

Graf, Eduard: Das ärztliche Vereinswesen in Deutschland und der Deutsche Ärztevereinsbund. Festschrift dem 10. Internationalen Medizinischen Kongress gewidmet vom Geschäftsausschuss des Deutschen Ärztevereinsverbundes und im Auftrage desselben verfasst, Leipzig 1890.

Hadrich, Julius: Die nichtarischen Ärzte in Deutschland, in: Deutsches Ärzteblatt, Nr. 64, 1934, S. 1243ff.

Haedenkamp, Karl: Die Gesundheitspolitik des Reiches und die Ärzte, Leipzig 1928.

Heinze, Otto: Der Deutsche Ärztevereinsbund und die ärztlichen Standesvertretungen in Deutschland von 1890 bis 1912, 2 Bde., Leipzig 1918-1919.

Informationskurs über die Kurpfuschereibekämpfung, veranstaltet von den Aerztekammern für die Provinzen Brandenburg und Grenzmark Posen-Westpreußen in Gemeinschaft mit der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung des Kurpfuschertums am Sonntag, den 13. November 1932, Berlin 1932.

Jahresbericht des Deutschen Ärztevereinsbundes, Berlin 1931-1933.

Jahresbericht über die Unterstützungskasse der Aerztekammer für die Provinz Brandenburg und den Stadtkreis Berlin, Berlin 1903-1922, 1925.

Jahresbericht über die Unterstützungskasse der Aerztekammer für die Provinzen Brandenburg und Grenzmark Posen-Westpreußen und die Stadt Berlin, Berlin 1926-1928.

Joachim, Heinrich: Denkschrift über die Tätigkeit der Ärztekammer für die Provinz Brandenburg und den Stadtkreis Berlin in den ersten 25 Jahren ihres Bestehens, Berlin 1912.

Ders./Korn, Alfred: Die preußische Gebühren-Ordnung für approbierte Ärzte und Zahnärzte vom 1. September 1920. Für die Bedürfnisse der ärztlichen und zahnärztlichen Praxis erläutert, Berlin 1921.

Ders.: Das preußische Gesetz über die Ärztekammern und einen Ärztekammerausschuß vom 30. Dezember 1926. Nebst dem Gesetz über die ärztlichen Ehrengerichte vom 25. November 1899 in der Fassung vom 27. Juli 1904 im Anhang (= Stilkes Rechtsbibliothek, Bd. 102), Berlin 1930.

Kuhns, Georg: Fünfundzwanzig Jahre Verband der Ärzte Deutschlands (Hartmannbund), Leipzig 1925.

Marx, Christoph: Die Entwicklung des ärztlichen Standes seit den ersten Dezennien des 19. Jahrhunderts, Berlin 1907.

Medizin ohne Menschlichkeit. Dokumente des Nürnberger Ärzteprozesses, hrsg. und komm. von Alexander Mitscherlich und Fred Mielke. Mit einem Vorw. zum Nachdr. 1977 von Alexander Mitscherlich, 18. Aufl. (= Fischer, Bd. 2003; Die Zeit des Nationalsozialismus), Frankfurt am Main 2012 (1. Aufl. 1949).

Mylius, Christian Otto (Hrsg.): Corpus Constitutionum Marchicarum, Theil 5, Abth. 4, Berlin/Halle 1755.

Okraß, Fritz: Die Beziehungen zwischen Aerzten und Krankenkassen, in: Volkstümliche Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung, Nr. 14, 1927, S. 236-239.

Ordentliche Sitzung der Aerztekammer für die Provinzen Brandenburg und Grenzmark Posen-Westpreußen und die Stadt Berlin am Sonnabend, den 14. März 1925, in: Sitzungen der Aerztekammer für die Provinzen Brandenburg und Grenzmark Posen-Westpreußen und die Stadt Berlin am Sonnabend, den 14. März 1925, und am Sonnabend, den 4. April 1925, Berlin 1925, S. 3-79.

Preußische Gesetzsammlung, Berlin 1907-1945.

Rassow, H. (Hrsg.): Königliches Viktoriagymnasium in Potsdam. Festschrift zur Feier der 100jährigen Anerkennung als Gymnasium am 10. und 11. November 1912, Potsdam 1912.

Reichsgesetzblatt, T. 1, Berlin 1922-1933.

Rust, Johann Nepomuk: Die Medicinal-Verfassung Preußens wie sie war und wie sie ist. Actenmäßig dargestellt und kritisch beleuchtet, Berlin 1838.

Schlottmann, Rudolf: Das Einigungsabkommen zwischen Ärzten und Krankenkassen nebst Ausführungsbestimmungen, Berlin 1914.

Schopohl, Heinrich (Hrsg.): Die Eugenik im Dienste der Volkswohlfahrt. Bericht über die Verhandlungen eines Zusammengesetzten Ausschusses des Preußischen Landesgesundheitsrats vom 2. Juli 1932 (= Veröffentlichungen aus dem Gebiete der Medizinalverwaltung, Bd. 38, H. 5), Berlin 1932.

Standesordnung für die deutschen Aerzte. (Endgültige Fassung, festgelegt vom Geschäftsausschuss in seiner Sitzung am 5. September 1926.), in: Aerztliches Vereinsblatt für Deutschland, Nr. 1395 vom 11. Oktober 1926, Sp. 417-422.

Verhandlungen der Aerztekammer für die Provinz Brandenburg und den Stadtkreis Berlin, Wahlper. 1-10, Berlin 1888-1922.

Verhandlungen der Aerztekammer für die Provinzen Brandenburg und Grenzmark Posen-Westpreußen und die Stadt Berlin, Wahlper. 11, Berlin 1924-1927.

Verhandlungen der Aerztekammer für die Provinzen Brandenburg und Grenzmark Posen-Westpreußen und die Stadt Berlin am Sonnabend, den 3. Oktober 1925, Wahlper. 11, Berlin 1925.

Verordnungsblatt der Provinzialverwaltung Mark Brandenburg, 1945.

Verzeichnis der Mitglieder und Stellvertreter der Aerztekammer Berlin-Brandenburg sowie ihrer Kommissionen für die X. Wahlperiode 1920-1922, Berlin 1920.

Voigt, Alfred: Die Reichsärzteordnung und ihre Vorgeschichte, Diss., Annaberg im Erzgebirge 1937.

Von Rönne, Ludwig/Simon, Heinrich: Das Medicinal-Wesen des Preußischen Staates. Eine systematisch geordnete Sammlung aller auf dasselbe Bezug habenden gesetzlichen Bestimmungen, insbesondere der in der Gesetzsammlung für die Preußischen Staaten, in den von Kamptzschens Annalen für die innere Staatsverwaltung und in deren Fortsetzungen durch die Ministerial-Blätter enthaltenen Verordnungen und Reskripte, in ihrem organischen Zusammenhange mit der früheren Gesetzgebung, Erster Theil, Breslau 1844.

Walder, Curt: Dr. Georg Schneider †, in: Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt, Dezember 1949, S. 267.

Zentralverordnungsblatt, T. 1, Berlin 1949.

Zur Reform des Ärztlichen Unterstützungs- und Versicherungswesens. Denkschrift der Aerztekammer für die Provinz Brandenburg und den Stadtkreis Berlin, Berlin 1896.

Literatur

Arlt, Klaus: Die Straßennamen der Stadt Potsdam. Geschichte und Bedeutung, in: Mitteilungen der Studiengemeinschaft Sanssouci e.V., Jg. 4, H. 2, 1999, S. 1-77.

Baader, Gerhard/Schultz, Ulrich (Hrsg.): Medizin und Nationalsozialismus. Tabuisierte Vergangenheit – Ungebrochene Tradition? Dokumentation des Gesundheitstages Berlin 1980, 4. Aufl., Frankfurt am Main 1989 (1. Aufl. Berlin 1980).

Beck, Friedrich/Görtemaker, Manfred/Hübener, Kristina/Neitmann, Klaus (Hrsg.): Brandenburg. Neues altes Land. Geschichte und Gegenwart (= Brandenburgische Historische Studien, Bd. 15), Berlin 2010.

Beddies, Thomas/Doetz, Susanne/Kopke, Christoph (Hrsg.): Jüdische Ärztinnen und Ärzte im Nationalsozialismus. Entrechtung, Vertreibung, Ermordung (= Europäisch-jüdische Studien, Bd. 12), Berlin/Boston 2014.

Beddies, Thomas/Baader, Gerhard: Jüdische Ärzte in der Weimarer Republik, in: Thomas Beddies/Susanne Doetz/Christoph Kopke (Hrsg.), Jüdische Ärztinnen und Ärzte im Nationalsozialismus. Entrechtung, Vertreibung, Ermordung (= Europäisch-jüdische Studien, Bd. 12), Berlin/Boston 2014, S. 16-35.

Bendikowski, Tillmann: Sommer 1914. Zwischen Begeisterung und Angst – wie Deutsche den Kriegsbeginn erlebten, München 2014.

Bienert, Michael C./Schreckenbach, Hans-Joachim: Das Land und die Bezirke. Brandenburg in den Jahren der SBZ/DDR (1945–1989/90), in: Friedrich Beck/Manfred Görtemaker/Kristina Hübener/Klaus Neitmann (Hrsg.), Brandenburg. Neues altes Land. Geschichte und Gegenwart (= Brandenburgische Historische Studien, Bd. 15), Berlin 2010, S. 98-127.

Bienert, Michael C.: Zwischen Opposition und Blockpolitik. Die „bürgerlichen“ Parteien und die SED in den Landtagen von Brandenburg und Thüringen (1946-1952) (= Beiträge zur Geschichte des Parlamentarismus und der politischen Parteien, Bd. 171), Düsseldorf 2016.

Bödeker, Hans Erich: Biographie. Annäherungen an den gegenwärtigen Forschungs- und Diskussionsstand, in: ders. (Hrsg.), Biographie schreiben (= Göttinger Gespräche zur Geschichtswissenschaft, Bd. 18), Göttingen 2003, S. 9-63.

Boes, Wilhelm: Hans Deuschl, der Begründer und erste Leiter der „Führerschule“, in: Rainer Sommer (Hrsg.), Medizin im Dienste der Rassenideologie. Die „Führerschule der Deutschen Ärzteschaft“ in Alt Rehse, Berlin 2008, S. 43-54.

Ders.: Dr. med. Hans Deuschl – der Begründer der „Führerschule der deutschen Ärzteschaft“ in Alt-Rehse (= Schriftenreihe der Erinnerungs-, Bildungs- und Begegnungsstätte Alt-Rehse, Bd. 2), Fredersdorf 2013.

Brohm, Winfried: Selbstverwaltung in wirtschafts- und berufsständischen Kammern, in: Albert von Mutius (Hrsg.), Selbstverwaltung im Staat der Industriegesellschaft. Festgabe zum 70. Geburtstag von Georg Christoph von Unruh (= Schriftenreihe des Lorenz-von-Stein-Instituts für Verwaltungswissenschaften Kiel, Bd. 4), Heidelberg 1983, S. 777-807.

Broszat, Martin u.a.: Medizin im Nationalsozialismus (= Kolloquien des Instituts für Zeitgeschichte), München 1988.

Christl, Andreas u.a.: Geschichte der Stadt Cottbus, Cottbus 1994.

Dausien, Bettina: „Biographieforschung“ – Reflexionen zu Anspruch und Wirkung eines sozialwissenschaftlichen Paradigmas, in: BIOS. Zeitschrift für Biographieforschung, Oral History und Lebensverlaufsanalysen, Jg. 26, H. 2, 2013, S. 163-176.

Demp, Laurenz: Die Provinz Brandenburg in der NS-Zeit (1933 bis 1945), in: Ingo Materna/Wolfgang Ribbe (Hrsg.), Brandenburgische Geschichte, Berlin 1995, S. 619-676.

Diekmann, Irene: Brandenburg/Havel, in: dies./Julius H. Schoeps (Hrsg.), Wegweiser durch das jüdische Brandenburg, Berlin 1995, S. 31-53.

Doetz, Susanne: Alltag und Praxis der Zwangssterilisation. Die Berliner Universitätsfrauenklinik unter Walter Stoeckel 1942-1944 (= Schriftenreihe zur Medizin-Geschichte, Bd. 19), Berlin 2011.

Dies./Kopke, Christoph: „und dürfen das Krankenhaus nicht mehr betreten“. Der Ausschluss jüdischer und politisch unerwünschter Ärzte und Ärztinnen aus dem Berliner städtischen Gesundheitswesen 1933-1945, Berlin 2018.

Dies.: Die antisemitischen Kampagnen und Verfolgungsmaßnahmen gegen die jüdische Ärzteschaft seit 1933, in: dies./Thomas Beddies (Hrsg.), Jüdische Ärztinnen und Ärzte im Nationalsozialismus. Entrechtung, Vertreibung, Ermordung (= Europäisch-jüdische Studien, Bd. 12), Berlin/Boston 2014, S. 36-57.

Eckart, Wolfgang U.: Ferdinand Sauerbruch – Meisterchirurg im politischen Sturm. Eine kompakte Biographie für Ärzte und Patienten (= essentials), Wiesbaden 2016.

Ernst, Anna-Sabine: „Die beste Prophylaxe ist der Sozialismus“. Ärzte und medizinische Hochschullehrer in der SBZ/DDR 1945-1961, Münster 1997.

Ernst, Rainer: Finsterwalde/Niederlausitz, in: Irene Diekmann (Hrsg.), Jüdisches Brandenburg. Geschichte und Gegenwart (= Beiträge zur Geschichte und Kultur der Juden in Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt, Sachsen und Thüringen, Bd. 5), Berlin 2008, S. 85-112.

Etzemüller, Thomas: Biographien. Lesen – erforschen – erzählen (= Historische Einführungen, Bd. 12), Frankfurt am Main/New York 2012.

Ferdinand, Ursula: Vertreibungen im Umgestaltungsprozess der Medizinischen Fakultäten an deutschen Universitäten im ‚Dritten Reich‘, in: Thomas Beddies/Susanne Doetz/Christoph Kopke (Hrsg.), Jüdische Ärztinnen und Ärzte im Nationalsozialismus. Entrechtung, Vertreibung, Ermordung (= Europäisch-jüdische Studien, Bd. 12), Berlin/Boston 2014, S. 75-148.

Fischer, Alfons: Geschichte des deutschen Gesundheitswesens, Bd. 1: Vom Gesundheitswesen der alten Deutschen zur Zeit ihres Anschlusses an die Weltkultur bis zum preußischen Medizinaledikt (Die ersten 17 Jahrhunderte unserer Zeitrechnung), Repr. Nachdr. der Ausg. Berlin 1933, Hildesheim 1965.

Foitzik, Jan: Sowjetische Militäradministration in Deutschland (SMAD) 1945–1949. Struktur und Funktion (= Quellen und Darstellungen zur Geschichte, Bd. 44), Berlin 1999.

Frei, Norbert (Hrsg.): Medizin und Gesundheitspolitik in der NS-Zeit (= Schriftenreihe der Vierteljahreshefte für Zeitgeschichte, Sondernr.), München 1991.

Gaspar, Manfred: Ärzte als Kritiker der NS-„Bewegung“, in: Fridolf Kudlien unter Mitarb. von Gerhard Baader u.a., Ärzte im Nationalsozialismus, Köln 1985, S. 35-53.

Gerst, Thomas: Neuaufbau und Konsolidierung: Ärztliche Selbstverwaltung und Interessenvertretung in den drei Westzonen und der Bundesrepublik Deutschland 1945-1995, in: Robert Jütte (Hrsg.), Geschichte der deutschen Ärzteschaft. Organisierte Berufs- und Gesundheitspolitik im 19. und 20. Jahrhundert, Köln 1997, S. 195-242.

Ders.: Ärztliche Standesorganisation und Standespolitik in Deutschland 1945–1955 (= Medizin, Gesellschaft und Geschichte; Jahrbuch des Instituts für Geschichte der Medizin der Robert Bosch Stiftung, Beih. 21), Stuttgart 2004.

Ders.: Dr. med. Siegmund Vollmann. 1933: Ein Schriftleiter muss gehen, in: Deutsches Ärzteblatt, H. 1-2 vom 10. Januar 2005, S. A 33f.

Gestrich, Andreas/Knoch, Peter/Merkel, Helga (Hrsg.): Biographie – sozialgeschichtlich. Sieben Beiträge (= Kleine Vandenhoeck-Reihe, Bd. 1538), Göttingen 1988.

Göckenjan, Gerd: Kurieren und Staat machen. Gesundheit und Medizin in der bürgerlichen Welt (= Edition Suhrkamp, N.F., Bd. 309), Frankfurt am Main 1985.

Goerke, Heinz: Zur Geschichte der deutschen ärztlichen Standesvertretungen, in: Medizinischer Monatsspiegel, Nr. 4, 1969, S. 91-96.

Ders.: Am Puls der Medizin. Arzt im 20. Jahrhundert. Eine Autobiographie, Hildesheim/Zürich/New York 1996.

Ders.: Heilkunde im alten Potsdam, Hildesheim/Zürich/New York 2002.

Goschler, Constantin: Rudolf Virchow. Mediziner – Anthropologe – Politiker, 2. Aufl., Köln u.a. 2009 (1. Aufl. 2002).

Gradmann, Christoph: Nur Helden in weißen Kitteln? Anmerkungen zur medizinhistorischen Biographik in Deutschland, in: Hans Erich Bödeker (Hrsg.), Biographie schreiben (= Göttinger Gespräche zur Geschichtswissenschaft, Bd. 18), Göttingen 2003, S. 243-284.

Hähler, Olaf: Historische Biographik. Die Entwicklung einer geschichtswissenschaftlichen Darstellungsform von der Antike bis ins 20. Jahrhundert (= Europäische Hochschulschriften, Bd. 829), Frankfurt am Main u.a. 1999.

Hafeneger, Benno/Velke, Marcus/Frings, Lucas: Geschichte der hessischen Ärztekammern 1887-1956. Autonomie – Verantwortung – Interessen (= Wochenschau Wissenschaft), Schwalbach am Taunus 2016.

Hahn, Judith/Schwoch, Rebecca: Anpassung und Ausschaltung. Die Berliner Kassenärztliche Vereinigung im Nationalsozialismus, Berlin 2009.

Hahn, Peter-Michael: Geschichte Brandenburgs (= Beck'sche Reihe, Bd. 2604), München 2009.

Herold-Schmidt, Hedwig: 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.

Herweg, Ilona: Über Themen der ärztlichen Standespolitik in Deutschland von 1926 bis 1933 aufgrund von Sitzungsprotokollen des Vorstandes und des Geschäftsausschusses des Deutschen Ärztevereinsbundes, Diss., München 1976.

Hetzke, Eberhard: Entwicklung des ärztlichen Vereinswesens und Errichtung der Ärztekammer der Provinz Brandenburg und des Stadtkreises Berlin, in: Brandenburgisches Ärzteblatt, Nr. 6, 1999, S. 234f.

Ders.: Das Krankenhauswesen in Cottbus von seinen Anfängen bis zum Ende des 19. Jahrhunderts, in: Cottbuser Blätter, Jg. 2001: Stoffe. Mauern. Medizin, S. 48-71.

Ders., Von der Bangeschen Societät zur Ärztekammer. Das Vereinsleben der Ärzte in Cottbus und Umgebung im 18. und 19. Jahrhundert, in: Cottbuser Heimatkalender 2004, S. 66-71.

Hörnemann, Gerd: Die Selbstverwaltung der Ärztekammer. Spannungen und Wechselwirkungen von Fremd- und Selbstkontrolle des Arztberufes, 2. erw. und aktual. Aufl. (= Konstanzer Schriften zur Sozialwissenschaft, Bd. 34), Konstanz 1995 (1. Aufl. 1989).

Hübener, Kristina (Hrsg.): Brandenburgische Heil- und Pflegeanstalten in der NS-Zeit (= Schriftenreihe zur Medizin-Geschichte, Bd. 3), Berlin 2002.

Dies./Rose, Wolfgang (Hrsg.): Krankenhäuser in Brandenburg. Vom mittelalterlichen Hospital bis zum Krankenhaus in der Moderne (= Schriftenreihe zur Medizin-Geschichte, Bd. 16), Berlin 2007.

Dies./Ludwig, Andreas/Schreier, René (Hrsg.): Soziale Stiftungen und Vereine in Brandenburg. Vom Deutschen Kaiserreich bis zur Wiederbegründung des Landes Brandenburg in der Bundesrepublik (= Schriftenreihe zur Medizin-Geschichte, Bd. 22), Berlin 2012.

Huerkamp, Claudia: Der Aufstieg der Ärzte im 19. Jahrhundert. Vom gelehrten Stand zum professionellen Experten. Das Beispiel Preußen (= Kritische Studien zur Geschichtswissenschaft, Bd. 68), Göttingen 1985.

Jachertz, Norbert: Die neuen Herren kamen über Nacht. Vor 50 Jahren: Gleichschaltung im Deutschen Ärzteblatt (II), in: Deutsches Ärzteblatt, Ausgabe A, H. 27/28 vom 11. Juli 1983, S. 23-26.

Ders.: NS-Machtergreifung. Freudigst fügte sich die Ärzteschaft, in: Deutsches Ärzteblatt, H. 12 vom 21. März 2008, S. A 622ff.

Jütte, Robert (Hrsg.): Geschichte der deutschen Ärzteschaft. Organisierte Berufs- und Gesundheitspolitik im 19. und 20. Jahrhundert, Köln 1997.

Ders.: Die Entwicklung des ärztlichen Vereinswesens und des organisierten Ärztstandes bis 1871, in: ders. (Hrsg.), Geschichte der deutschen Ärzteschaft. Organisierte Berufs- und Gesundheitspolitik im 19. und 20. Jahrhundert, Köln 1997, S. 15-42.

Ders. in Verbindung mit Wolfgang U. Eckart, Hans-Walter Schmuhl und Winfried Süß: Medizin und Nationalsozialismus. Bilanz und Perspektiven der Forschung, 2. Aufl., Göttingen 2011 (1. Aufl. 2011).

Ders.: Die Vertreibung jüdischer und „staatsfeindlicher“ Ärztinnen und Ärzte, in: ders. in Verbindung mit Wolfgang U. Eckart, Hans-Walter Schmuhl und Winfried Süß, Medizin und Nationalsozialismus. Bilanz und Perspektiven der Forschung, 2. Aufl., Göttingen 2011, S. 83-93.

Ders.: Medizin und Judentum. Historische Grundzüge, in: Thomas Beddies/Susanne Doetz/Christoph Kopke (Hrsg.), Jüdische Ärztinnen und Ärzte im Nationalsozialismus. Entrechtung, Vertreibung, Ermordung (= Europäisch-jüdische Studien, Bd. 12), Berlin/Boston 2014, S. 6-15.

Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg (Hrsg.): 20 Jahre KVBB – eine Erfolgsgeschichte, Berlin 2010.

Kater, Michael H.: Doctor Leonardo Conti and His Nemesis. The Failure of Centralized Medicine in the Third Reich, in: Central European History, Bd. 18, 1985, S. 299-325.

Ders.: Ärzte und Politik in Deutschland, 1848 bis 1945 in: Jahrbuch des Instituts für Geschichte der Medizin der Robert-Bosch-Stiftung, Bd. 5, 1986, S. 34-48.

Ders.: Ärzte als Hitlers Helfer, Hamburg/Wien 2000.

Klein, Christian: Einleitung: Biographik zwischen Theorie und Praxis. Versuch einer Bestandsaufnahme, in: ders. (Hrsg.), Grundlagen der Biographik. Theorie und Praxis des biographischen Schreibens, Stuttgart/Weimar 2002, S. 1-22.

Ders.: Grundfragen biographischen Schreibens. Konzeptionelle Vorüberlegungen: Der Biographierte im Kontext, in: ders. (Hrsg.), Handbuch Biographie. Methoden, Traditionen, Theorien, Stuttgart/Weimar 2009, S. 425-428.

Klingenstein, Grete/Lutz, Heinrich/Stourzh, Gerald (Hrsg.): Biographie und Geschichtswissenschaft. Aufsätze zur Theorie und Praxis biographischer Arbeit (= Wiener Beiträge zur Geschichte der Neuzeit, Bd. 6), München 1979.

Knüpling, Harm: Untersuchungen zur Vorgeschichte der Deutschen Ärzteordnung von 1935, Diss., Berlin 1965.

Kopke, Christoph/Treß, Werner (Hrsg.): Der Tag von Potsdam. Der 21. März 1933 und die Errichtung der nationalsozialistischen Diktatur (= Europäisch-jüdische Studien, Bd. 8), Berlin/Boston 2013.

Koslow, Wladimir P. u.a. (Hrsg.): SMAD-Handbuch. Die Sowjetische Militäradministration in Deutschland 1945-1949, München 2009.

Kowark, Katrin: Entwicklung der Stiftungslandschaft seit Gründung des Deutschen Kaiserreiches mit Blick auf Berlin-Brandenburg, in: Kristina Hübener/Andreas Ludwig/René Schreiter (Hrsg.), Soziale Stiftungen und Vereine in Brandenburg. Vom Deutschen Kaiserreich bis zur Wiederbegründung des Landes Brandenburg (= Schriftenreihe zur Medizin-Geschichte, Bd. 22), S. 11-30.

Kreuter, Alma: Deutschsprachige Neurologen und Psychiater. Ein biographisch-bibliographisches Lexikon von den Vorläufern bis zur Mitte des 20. Jahrhunderts, Bd. 1: Abelsdorff – Gutzmann, München/New Providence/London/Paris 1996.

Krumbiegel, Heike: Polikliniken in der SBZ/DDR. Konzeption und Umsetzung öffentlicher, poliklinischer Einrichtungen unter der besonderen Berücksichtigung Brandenburgs (= Reihe Psychosoziale Aspekte in der Medizin), Frankfurt am Main 2007.

Kudlien, Fridolf: Widerstand deutscher Ärzte gegen das Dritte Reich, in: Gerhard Baader/Ulrich Schultz (Hrsg.), Medizin und Nationalsozialismus. Tabuisierte Vergangenheit – Ungebrochene Tradition? Dokumentation des Gesundheitstages Berlin 1980, 4. Aufl., Frankfurt am Main 1989, S. 212-218.

Ders. unter Mitarb. von Gerhard Baader u.a.: Ärzte im Nationalsozialismus, Köln 1985.

Ders.: Ärzte als Anhänger der NS-„Bewegung“, in: ders. unter Mitarb. von Gerhard Baader u.a., Ärzte im Nationalsozialismus, Köln 1985, S. 18-34.

Ders.: Ärzte als Helfer von Verfolgten, Kritiker von NS-Maßnahmen, Gegner des Dritten Reichs, in: ders. unter Mitarb. von Gerhard Baader u.a., Ärzte im Nationalsozialismus, Köln 1985, S. 209-245.

Kümmel, Werner Friedrich: Die Ausschaltung rassistisch und politisch mißliebiger Ärzte, in: Fridolf Kudlien unter Mitarb. von Gerhard Baader u.a.: Ärzte im Nationalsozialismus, Köln 1985, S. 56-81.

Labisch, Alfons/Tennstedt, Florian: Gesundheitsamt oder Amt für Volksgesundheit? Zur Entwicklung des öffentlichen Gesundheitswesens seit 1933, in: Norbert Frei (Hrsg.), Medizin und Gesundheitspolitik in der NS-Zeit (= Schriftenreihe der Vierteljahreshefte für Zeitgeschichte, Sondernr.), München 1991, S. 35-66.

Landesärztekammer Brandenburg (Hrsg.): Festschrift 20 Jahre Landesärztekammer Brandenburg. 1990-2010, Cottbus 2010.

Leyh, Ernst-Alfred: „Gesundheitsführung“, „Volksschicksal“, „Wehrkraft“. Leonardo Conti (1900-1945) und die Ideologisierung der Medizin in der NS-Diktatur, Diss., Heidelberg 2002.

Lifton, Robert Jay: Ärzte im Dritten Reich, 2. Aufl., Stuttgart 1996 (1. Aufl. 1988).

Lilienthal, Georg: Der Nationalsozialistische Deutsche Ärztebund (1929 bis 1943/1945): Wege zur Gleichschaltung und Führung der deutschen Ärzteschaft, in: Fridolf Kudlien unter Mitarb. von Gerhard Baader u.a.: Ärzte im Nationalsozialismus, Köln 1985, S. 105-121.

Löffler, Bernhard: Moderne Institutionengeschichte in kulturhistorischer Erweiterung. Thesen und Beispiele aus der Geschichte der Bundesrepublik Deutschland, in: Hans-Christof Kraus/Thomas Nicklas (Hrsg.), Geschichte der Politik. Alte Welt und neue Wege (= Historische Zeitschrift, Beih. 44), München 2007, S. 155-180.

Lohmann, Ulrich: Die Entwicklung des Sozialrechts in der DDR (= Beiträge zu den Berichten zum sozialen und politischen Wandel in Ostdeutschland, Bd. 6.1), Opladen 1996.

Mackensen, Rainer (Hrsg.): Bevölkerungslehre und Bevölkerungspolitik im „Dritten Reich“, Opladen 2004.

Materna, Ingo/Ribbe, Wolfgang (Hrsg.): Brandenburgische Geschichte, Berlin 1995.

Materna, Ingo: Brandenburg als preußische Provinz in der Weimarer Republik (1918 bis 1933), in: ders./Wolfgang Ribbe (Hrsg.), Brandenburgische Geschichte, Berlin 1995, S. 561-618.

Meier, Brigitte: Frankfurt/Oder, in: Irene Diekmann (Hrsg.), Jüdisches Brandenburg. Geschichte und Gegenwart (= Beiträge zur Geschichte und Kultur der Juden in Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt, Sachsen und Thüringen, Bd. 5), Berlin 2008, S. 113-153.

Menger, Christian-Friedrich: Entwicklung der Selbstverwaltung im Verfassungsstaat der Neuzeit, in: Albert von Mutius (Hrsg.), Selbstverwaltung im Staat der Industriegesellschaft. Festschrift zum 70. Geburtstag von Georg Christoph von Unruh (= Schriftenreihe des Lorenz-von-Stein-Instituts für Verwaltungswissenschaften Kiel, Bd. 4), Heidelberg 1983, S. 25-40.

Miehe, Lutz: Bewahrt – beseitigt – vergessen. Zur Stiftungspolitik in der sowjetischen Besatzungszone und der DDR, in: Kristina Hübener/Andreas Ludwig/René Schreiter (Hrsg.), Soziale Stiftungen und Vereine in Brandenburg. Vom Deutschen Kaiserreich bis zur Wiederbegründung des Landes Brandenburg (= Schriftenreihe zur Medizin-Geschichte, Bd. 22), S. 291-322.

Mietk, Thomas/Ciesla, Burghard: Die Kreise in der SBZ und DDR, in: Kristina Hübener/Thomas Mietk (Hrsg.), Der Landkreis Dahme-Spreewald. Eine Kreiskunde (= Einzelveröffentlichungen der Brandenburgischen Historischen Kommission e. V., Bd. 18; Einzelveröffentlichungen des Kreisarchivs Dahme-Spreewald, Bd. 3), Berlin 2016, S. 163-223.

Moser, Gabriele: „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 (= Reihe Psychosoziale Aspekte in der Medizin), Frankfurt am Main 2002.

Müller, Klaus-Dieter: Die Ärzteschaft im staatlichen Gesundheitswesen der SBZ und DDR 1945-1989, in: Robert Jütte (Hrsg.), Geschichte der deutschen Ärzteschaft. Organisierte Berufs- und Gesundheitspolitik im 19. und 20. Jahrhundert, Köln 1997, S. 243-273.

Müthling, Hans: Die Geschichte der deutschen Selbstverwaltung, Köln 1966.

Nakath, Monika (Hrsg.): Aktenkundig: „Jude!“ Nationalsozialistische Judenverfolgung in Brandenburg 1933-1945. Vertreibung – Ermordung – Erinnerung (= Einzelveröffentlichung des Brandenburgischen Landeshauptarchivs, Bd. 10), Berlin 2010.

Naser, Gerhard: Hausärzte in der DDR. Relikte des Kapitalismus oder Konkurrenz für die Polikliniken? Bergatreute 2000.

Neuhaus, Rolf: Arbeitskämpfe, Ärztestreiks, Sozialreformer. Sozialpolitische Konfliktregulung 1900-1914 (= Schriften der Gesellschaft für Sozialen Fortschritt, Bd. 22), Berlin 1986.

Nipperdey, Thomas: Deutsche Geschichte 1800-1866. Bürgerwelt und starker Staat, München 1994 (Ausg. 46.-51. Tsd. der 1. Aufl. 1983).

Pfeiffer, Marianne: Biographie und wissenschaftliches Werk der Ordinarien am Anatomischen Institut zu Rostock von 1921 bis zur Gegenwart, Diss., Rostock 1969.

Pohl, Dieter: Justiz in Brandenburg 1945-1955. Gleichschaltung und Anpassung (= Quellen und Darstellungen zur Zeitgeschichte, Bd. 50; Veröffentlichungen zur SBZ-/DDR-Forschung im Institut für Zeitgeschichte), München 2001.

Pohl, Hans: Wurzeln und Anfänge der Selbstverwaltung, dargestellt am Beispiel der Städte, in: Albert von Mutius (Hrsg.), Selbstverwaltung im Staat der Industriegesellschaft. Festgabe zum 70. Geburtstag von Georg Christoph von Unruh (= Schriftenreihe des Lorenz-von-Stein-Instituts für Verwaltungswissenschaften Kiel, Bd. 4), Heidelberg 1983, S. 3-23.

Projektgruppe „Volk und Gesundheit“: Volk und Gesundheit. Heilen und Vernichten im Nationalsozialismus. Begleitbuch zur gleichnamigen Ausstellung im Ludwig-Uhland-Institut für Empirische Kulturwissenschaft der Universität Tübingen, Frankfurt am Main 1988 (1. Aufl. Tübingen 1982).

Pyta, Wolfram: Biographisches Arbeiten als Methode. Geschichtswissenschaft, in: Christian Klein (Hrsg.), Handbuch Biographie. Methoden, Traditionen, Theorien, Stuttgart/Weimar 2009, S. 331-338.

Ribbe, Wolfgang: Das Land Brandenburg in der SBZ/DDR (1945 bis 1952), in: ders./Ingo Materna (Hrsg.), Brandenburgische Geschichte, Berlin 1995, S. 677-726.

Richter, Charlotte: Dr. Julius Liebrecht. Ein jüdischer Arzt in Prenzlau, in: Uckermärkische Hefte, Bd. 1, 1989, S. 217ff.

Riemann, Hannes: Stiftungspolitik in Brandenburg. Provinz – Land – Bezirke, in: Kristina Hübener/Andreas Ludwig/René Schreiter (Hrsg.), Soziale Stiftungen und Vereine in Brandenburg. Vom Deutschen Kaiserreich bis zur Wiederbegründung des Landes Brandenburg (= Schriftenreihe zur Medizin-Geschichte, Bd. 22), S. 323-354.

Rose, Wolfgang mit einem Beitrag von Annette Weinke: Anstaltspsychiatrie in der DDR. Die brandenburgischen Kliniken zwischen 1945 und 1990 (= Schriftenreihe zur Medizin-Geschichte, Bd. 9), Berlin 2005.

Rüther, Martin: Ärztliches Standeswesen im Nationalsozialismus 1933-1945, in: Robert Jütte (Hrsg.), Geschichte der deutschen Ärzteschaft. Organisierte Berufs- und Gesundheitspolitik im 19. und 20. Jahrhundert, Köln 1997, S. 143-193.

Runge, Anita: Wissenschaftliche Biographik, in: Christian Klein (Hrsg.), Handbuch Biographie. Methoden, Traditionen, Theorien, Stuttgart/Weimar 2009, S. 113-121.

Schipperges, Heinrich: Die Versammlungen Deutscher Naturforscher und Ärzte im 19. Jahrhundert (= Schriftenreihe der Bezirksärztekammer Nordwürttemberg, Nr. 12), Stuttgart 1968.

Schleiermacher, Sabine: Prävention und Prophylaxe. Eine gesundheitliche Leitidee im Kontext verschiedener politischer Systeme, in: Alfons Labisch/Norbert Paul (Hrsg.), Historizität. Erfahrung und Handeln – Geschichte und Medizin. Für Werner Friedrich Kümmel (= Sudhoffs Archiv, Beih. 54), Stuttgart 2004, S. 171-178.

Schmaltz, Hans Michael: Von der Medizinalreformbewegung zur Standesorganisation der Ärzte. Ein Beitrag zur Soziologie der Organisation und Entwicklung des ärztlichen Berufsstandes in Deutschland von der Mitte des 19. Jahrhunderts bis zum Anfang des 20. Jahrhunderts, Diss., Frankfurt am Main 1977.

Schmierer, Klaus: Medizingeschichte und Politik. Karrieren des Fritz Lejeune in der Weimarer Republik und im Nationalsozialismus (= Abhandlungen zur Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaften, Bd. 96), Husum 2002.

Schmook, Reinhard: Bad Freienwalde, in: Irene Diekmann/Julius H. Schoeps (Hrsg.), Wegweiser durch das jüdische Brandenburg, Berlin 1995, S. 16-21.

Schreckenbach, Hans-Joachim/Künzel, Werner: Das Land Brandenburg und der brandenburgische Landtag 1945-1952, in: Kurt Adamy/Kristina Hübener (Hrsg.), Geschichte der Brandenburgischen Landtage. Von den Anfängen 1823 bis in die Gegenwart (= Brandenburgische Historische Studien, Bd. 3), Potsdam 1998, S. 225-326.

Schürmann, Uwe: Die Neuruppiner Juden zur Zeit des Nationalsozialismus, in: Mitteilungsblatt des Historischen Vereins der Grafschaft Ruppin e.V., H. 10, 1999, S. 1-22.

Schultz, Ulrich: Soziale und biographische Bedingungen medizinischen Verbrechens, in: ders./Gerhard Baader (Hrsg.), Medizin und Nationalsozialismus. Tabuisierte Vergangenheit – Ungebrochene Tradition? Dokumentation des Gesundheitstages Berlin 1980, 4. Aufl., Frankfurt am Main 1989, S. 184-201.

Schulze, Anke: Tötende Ärzte. Mediziner im Nationalsozialismus. Eine soziologische Studie, Peine 2012.

Schwarz, Hans-Peter: Der Historiker als Biograph – oder: was können wir von Lothar Gall lernen?, in: Dieter Hein/Klaus Hildebrand/Andreas Schulz (Hrsg.), Historie und Leben. Der Historiker als Wissenschaftler und Zeitgenosse. Festschrift für Lothar Gall zum 70. Geburtstag, München 2006, S. 249-255.

Schwarz, Robert: Das Stiftungswesen in der Sowjetischen Besatzungszone und in der Deutschen Demokratischen Republik zwischen 1945 und 1989. Zugleich ein Beitrag zum deutschen Stiftungsrecht unter dem Einfluss der Regime (= Europäische Hochschulschriften II, Bd. 4653), Frankfurt am Main u.a. 2008.

Schwoch, Rebecca: Ärztliche Standespolitik im Nationalsozialismus. Julius Hadrich und Karl Haedenkamp als Beispiele (= Abhandlungen zur Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaften, Bd. 95), Husum 2001.

Dies.: Jüdische Kassenärzte rund um die neue Synagoge Berlin (= Jüdische Miniaturen, Bd. 54), Berlin 2006.

Dies. (Hrsg.): Berliner jüdische Kassenärzte und ihr Schicksal im Nationalsozialismus. Ein Gedenkbuch, Berlin 2009.

Dies.: „Praktisch zum Verhungern verurteilt“. „Krankenbehandler“ zwischen 1938 und 1945, in: Thomas Beddies/Susanne Doetz/Christoph Kopke (Hrsg.), Jüdische Ärztinnen und Ärzte im Nationalsozialismus. Entrechtung, Vertreibung, Ermordung (= Europäisch-jüdische Studien, Bd. 12), Berlin/Boston 2014, S. 75-91.

Dies.: Herbert Lewin. Arzt – Überlebender – Zentralratspräsident (= Jüdische Miniaturen, Bd. 186), Berlin 2016.

Seela, Reyk: Die Ärzteschaft in Thüringen. Eine Vereins- und Standesgeschichte (= Schriftenreihe der Landesärztekammer Thüringen, Bd. 2), Jena 2000.

Söderquist, Thomas: Wissenschaftsgeschichte à la Plutarch. Biographie über Wissenschaftler als tugendethische Gattung, in: Hans Erich Bödeker (Hrsg.), Biographie schreiben (= Göttinger Gespräche zur Geschichtswissenschaft, Bd. 18), Göttingen 2003, S. 287-325.

Sommermann, Karl-Peter: Institutionengeschichte und Institutionenvergleich, in: ders./Arthur Benz/Heinrich Siedentopf (Hrsg.), Institutionenwandel in Regierung und Verwaltung. Festschrift für Klaus König zum 70. Geburtstag (= Schriftenreihe zum öffentlichen Recht, Bd. 950), Berlin 2004, S. 61-74.

Stobrawa, Franz F.: Die ärztlichen Organisationen in der Bundesrepublik Deutschland. Entstehung und Struktur (= Ämter und Organisationen der Bundesrepublik Deutschland, Bd. 52), Düsseldorf 1979.

Ders.: Die ärztlichen Organisationen in Deutschland. Entstehung und Struktur, 3. Aufl., München u.a. 2001 (1. Aufl. siehe oben).

Stockhorst, Erich: 5.000 Köpfe. Wer war was im 3. Reich, 2. Aufl., Kiel 1985 (1. Aufl. Velbert u.a. 1967).

Stolleis, Michael: Selbstverwaltung, in: Adalbert Erler/Ekkehard Kaufmann (Hrsg.) unter philolog. Mitarb. von Ruth Schmidt-Wiegand, Handwörterbuch zur deutschen Rechtsgeschichte, Bd. 4: Protonotarius Apostolicus - Strafprozeßordnung, Berlin 1990, Sp. 1621-1625.

Stürzbecher, Manfred: Zur Geschichte der ärztlichen Vereinigungen in Berlin im 18. und 19. Jahrhundert, in: Medizinische Mitteilungen, Bd. 21, Nr. 5, 1960, S. 209-217.

Ders.: Beiträge zur Berliner Medizingeschichte. Quellen und Studien zur Geschichte des Gesundheitswesens vom 17. bis zum 19. Jahrhundert (= Veröffentlichungen der Historischen Kommission zu Berlin, Bd. 18), Berlin 1966.

Ders.: Von den Anfängen ärztlicher Standespolitik in Berlin, in: Berliner Ärzteblatt, Nr. 81, 1968, S. 10f.

Ders.: Die Anfänge der Ärztekammer in Berlin vor 100 Jahren, in: Die Berliner Ärztekammer, Nr. 25, 1988, S. 102f.

Ders.: Einige Bemerkungen zur Geschichte der Ärztekammer für Brandenburg, in: Brandenburgisches Ärzteblatt, Nr. 6, 1999, S. 235f., 239.

Süß, Winfried: Der „Volkskörper“ im Krieg. Gesundheitspolitik, Gesundheitsverhältnisse und Krankenmord im nationalsozialistischen Deutschland 1939-1945 (= Studien zur Zeitgeschichte, Bd. 65), München 2003.

Taupitz, Jochen: Die Standesordnungen der freien Berufe. Geschichtliche Entwicklung, Funktionen, Stellung im Rechtssystem, Berlin/New York 1991.

Tennstedt, Florian: Soziale Selbstverwaltung, Bd. 2: Geschichte der Selbstverwaltung in der Krankenversicherung von der Mitte des 19. Jahrhunderts bis zur Gründung der Bundesrepublik Deutschland, Bonn 1977.

Ders./Sachße, Christoph: Geschichte der Armenfürsorge in Deutschland, Bd. 2: Fürsorge und Wohlfahrtspflege 1871-1929, Stuttgart 1988.

Trüb, Carl Ludwig Paul: Die geschichtliche Entwicklung des ärztlichen Standeswesens in Deutschland. Ein Rückblick vom Jahre 1832 bis zum Jahre 1932, in: Medizinische Monatschrift, Jg. 15, H. 5, 1961, S. 332-341, 478-488.

Uhle, Roger: Neues Volk und reine Rasse. Walter Groß und das Rassenpolitische Amt der NSDAP (RPA) 1934-1945, Diss., Aachen 1999.

Ullrich, Volker: Die nervöse Großmacht. Aufstieg und Untergang des deutschen Kaiserreichs 1871-1918, 2. Aufl. der durchges. und mit einem neuen Nachw. versehenen Lizenzausg. (= Fischer, Bd. 1720), Frankfurt am Main 2010 (1. Aufl. 1997).

Vogt, Gerhard: Ärztliche Selbstverwaltung im Wandel. Eine historische Dokumentation am Beispiel der Ärztekammer Nordrhein, Köln 1998.

Vogt, Timothy R.: Denazification in Soviet-Occupied Germany. Brandenburg, 1945-1948 (= Harvard Historical Studies, Bd. 137), Cambridge/London 2000.

Von Villiez, Anna E.: Emigration jüdischer Ärzte im Nationalsozialismus, in: Thomas Beddies/Susanne Doetz/Christoph Kopke (Hrsg.), Jüdische Ärztinnen und Ärzte im Nationalsozialismus. Entrechtung, Vertreibung, Ermordung (= Europäisch-jüdische Studien, Bd. 12), Berlin/Boston 2014, S. 190-202.

Weber, Werner: Staats- und Selbstverwaltung in der Gegenwart, 2., erw. Aufl., Göttingen 1967 (1. Aufl. 1953).

Weipert, Axel: Die Zweite Revolution. Rätebewegung in Berlin 1919/1920, Berlin 2015.

Weiß, Edda: Die nationalsozialistische Judenverfolgung in der Provinz Brandenburg 1933-1945 (= Akademische Abhandlungen zur Geschichte), Berlin 2003.

Weiß, Wilhelm: Das Gesundheitswesen in der sowjetischen Besatzungszone, 3., völlig umgearb. und erw. Aufl. (= Bonner Berichte aus Mittel- und Ostdeutschland), Bonn 1957 (1. Aufl. 1952).

Welsh, Helga A.: Deutsche Zentralverwaltung für das Gesundheitswesen (DZVG), in: Martin Broszat/Hermann Weber (Hrsg.), SBZ-Handbuch. Staatliche Verwaltungen, Parteien, gesellschaftliche Organisationen und ihre Führungskräfte in der Sowjetischen Besatzungszone Deutschlands 1945-1949, 2. Aufl., München 1993 (1. Aufl. 1990), S. 244-255.

Werum, Stefan Paul: Gewerkschaftlicher Niedergang im sozialistischen Aufbau. Der Freie Deutsche Gewerkschaftsbund (FDGB) 1945 bis 1953 (= Schriften des Hannah-Arendt-Instituts für Totalitarismusforschung, Bd. 26), Göttingen 2005.

Wille, Manfred: Entnazifizierung in der Sowjetischen Besatzungszone Deutschlands 1945-48 (= BNR – Ereignisse, Tatsachen, Hintergründe), Magdeburg 1993.

Wolff, Eberhard: Mehr als nur materielle Interessen. Die organisierte Ärzteschaft im Ersten Weltkrieg und in der Weimarer Republik 1914-1933, in: Robert Jütte (Hrsg.), Geschichte der deutschen Ärzteschaft. Organisierte Berufs- und Gesundheitspolitik im 19. und 20. Jahrhundert, Köln 1997, S. 97-142.

Ziegler, Dieter: Die Industrielle Revolution, 3., bibliogr. aktual. Aufl. (= Geschichte kompakt), Darmstadt 2012 (1. Aufl. 2005).

10. Anhang

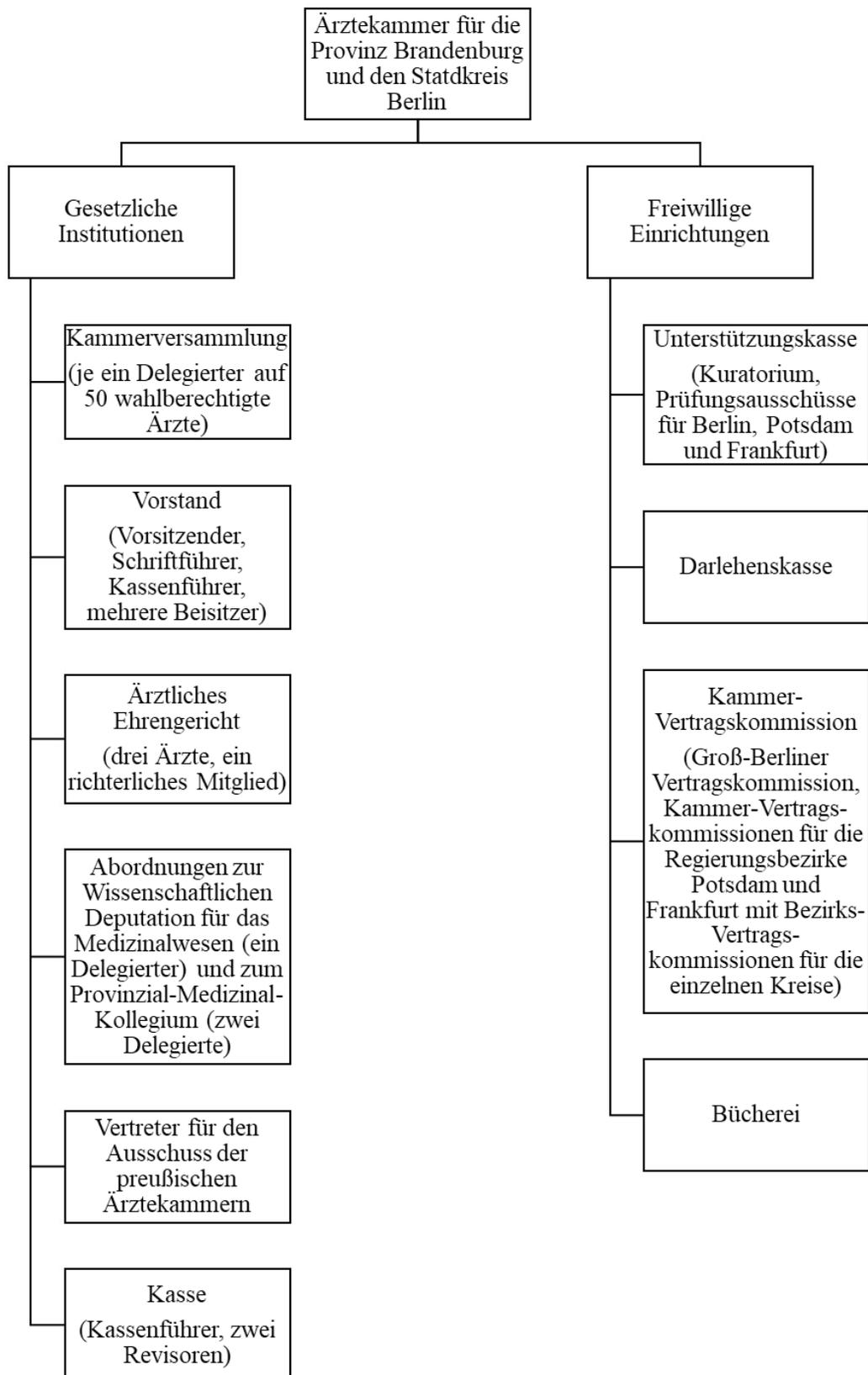
Nr. 1: Anzahl der in die Ärztekammer für die Provinz Brandenburg und den Stadtkreis Berlin gewählten Delegierten, 1888-1927¹³⁰¹ (in Klammern Zahl der wahlberechtigten Ärzte)

Wahlperiode	Delegierte insgesamt	Delegierte Berlin	Delegierte Potsdam	Delegierte Frankfurt
1: 1888-90	32 (1.633)	20 (1.032)	8 (401)	4 (200)
2: 1891-93	41 (2.118)	27 (1.384)	9 (461)	5 (273)
3: 1894-96	51 (2.624)	32 (1.616)	13 (690)	6 (318)
4: 1897-99	61 (3.127)	38 (1.931)	17 (851)	6 (345)
5: 1900-02	68 (3.465)	41 (2.078)	21 (1.062)	6 (325)
6: 1903-05	73 (3.780)	40 (2.035)	27 (1.398)	6 (347)
7: 1906-08	79 (4.016)	40 (2.036)	32 (1.622)	7 (358)
8: 1909-11	80 (4.012)	35 (1.753)	38 (1.908)	7 (351)
9: 1912-19	84 (4.226)	33 (1.658)	44 (2.217)	7 (351)
10: 1920-22	99 (k. A.)	68 (k. A.)	24 (k. A.)	7 (k. A.)
11: 1923-27	109 ¹³⁰² (5.535)	88 (4.430)	12 (643)	9 (462)

¹³⁰¹ Zusammengestellt anhand Joachim, Denkschrift, S. 5; Verzeichnis der Mitglieder und Stellvertreter der Ärztekammer, S. 3-8; Das Ergebnis der Ärztekammerwahlen, in: ÄB BB, Nr. 12 vom 15. Dezember 1922, S. 111f.

¹³⁰² Mit der Erweiterung des Kammerbereichs um die Provinz Grenzmark Posen-Westpreußen zählte die Kammerversammlung ab 1924 zwei weitere Delegierte aus dem Regierungsbezirk Schneidemühl, insgesamt also 111.

Nr. 2: Gesetzliche Institutionen und freiwillige Einrichtungen der Ärztekammer für die Provinz Brandenburg und den Stadtkreis Berlin¹³⁰³



¹³⁰³ Zusammengestellt anhand Joachim, Denkschrift, S. 29-101.

Nr. 3: Zusammensetzung des Vorstands vom Ärzteverein zu Potsdam, 1908 bis 1934¹³⁰⁴

Zeitraum	Vorsitzender	Schriftführer	Kassenwart
26.10.1908 – 25.11.1918	Geheimer Sanitätsrat Dr. Johannes Hausmann	Sanitätsrat Dr. Friedrich Makrocki	Sanitätsrat Dr. Hermann Neumann
25.11.1918 – 28.01.1924	Geheimer Sanitätsrat Dr. Max Masius	Sanitätsrat Dr. Hermann Neumann	Oberstabsarzt a. D. Dr. Karl Géronne
28.01.1924 – 25.01.1926	Oberstabsarzt a. D. Dr. Karl Géronne	Prof. Dr. Fritz Rosenbach	Sanitätsrat Dr. Siegfried Blanck
25.01.1926 – 26.01.1931	Oberstabsarzt a. D. Dr. Karl Géronne	Prof. Dr. Fritz Rosenbach	Dr. Rudolf Gruner
26.01.1931 – 26.10.1934	Prof. Dr. Fritz Rosenbach	Dr. Ludwig Disqué	Dr. Rudolf Gruner

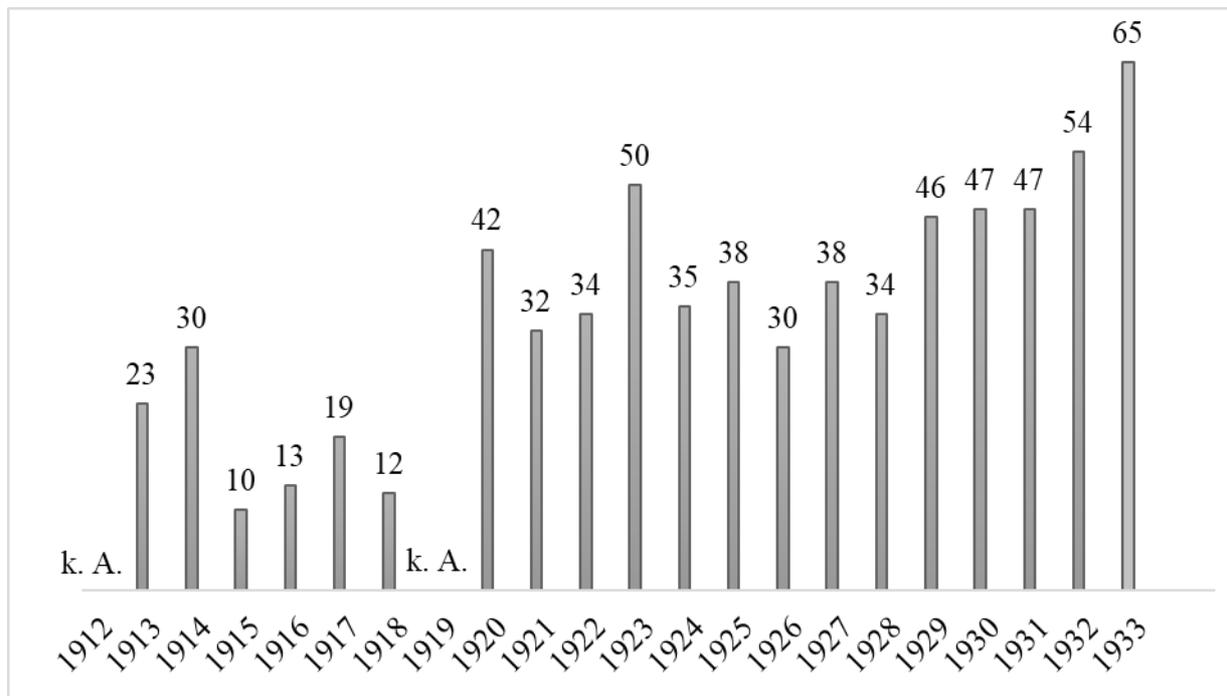
**Nr. 4: Zusammensetzung des Vorstands vom Schutzverband der Ärzte des Bezirks
Potsdam, 1912 bis 1934¹³⁰⁵**

Zeitraum	Vorsitzender	Schriftführer	Kassenwart
27.06.1912 – 22.04.1918	Dr. Georg Schneider	Dr. Kurt Schollwer	Dr. Max Schmid
22.04.1918 – 18.05.1919	Dr. Georg Schneider	Sanitätsrat Dr. Gustav Seebald	Dr. Erich Hoffmann
18.05.1919 – 28.05.1923	Dr. Georg Schneider	Sanitätsrat Dr. Gustav Seebald	Dr. Lothar Bassenge
28.05.1923 – 29.03.1931	Dr. Georg Schneider	Dr. Theodor Kathen	Dr. Lothar Bassenge
29.03.1931 – 30.04.1933	Dr. Kurt Schollwer	Dr. Theodor Kathen	Dr. Jacob Stern
30.04.1933 – 23.07./23.10.1934	Dr. Kurt Schollwer	Dr. Theodor Kathen	Dr. Georg Starke

¹³⁰⁴ Zusammengestellt anhand BLHA, Rep. 5E Amtsgericht Potsdam Nr. 993, Bl. 6, 50, 80, 85, 100, 115.

¹³⁰⁵ Zusammengestellt anhand ebd. Nr. 932, Bl. 2, 58, 61, 89, 119, 125, 130, 136. Auf den beiden letzten Sitzungen des Schutzverbandes am 23. Juli und 23. Oktober 1934 wurde der Vorstand von Heinrich Pohlkötter, dem Amtsleiter der KVD-Bezirksstelle Havelland, vertreten.

Nr. 5: Zahl der auf den Jahresversammlungen des Schutzverbandes der Ärzte des Bezirks Potsdam anwesenden Mitglieder¹³⁰⁶



¹³⁰⁶ Zusammengestellt anhand ebd., Bl. 2, 31, 35, 39, 45 50, 55, 58, 61, 65, 71, 82, 89, 95, 98, 102, 106, 110, 113, 115, 119, 122, 125, 130 und 138.

Nr. 6: Entwicklung der Mindestgebühren für privat- und kassenärztliche Beratung in der Praxis vom 15. Juni 1923 bis 15. März 1924¹³⁰⁷

Geltungstag	Privatärztliche Mindestberatungsgebühr (in Papiermark)	Kassenärztliche Mindestberatungsgebühr (in Papiermark)
15. Juni 1923	17.000	3.600
1. Juli 1923	26.000	6.000
15. Juli 1923	48.000	11.000
1. August 1923	158.000	40.000
15. August 1923	960.000	200.000
1. September 1923	2.604.000	947.000
15. September 1923	13.000.000	4.041.000
1. Oktober 1923	64.000.000	22.400.000
15. Oktober 1923	400.000.000	87.300.000
1. November 1923	30.065.400.000	10.940.000.000
15. November 1923	480.920.000.000	174.900.000.000
1. Dezember 1923	3.377.000.000.000	1.228.000.000.000
15. Dezember 1923	2.791.800.000.000	1.015.000.000.000
1. Januar 1924	2.332.000.000.000	850.000.000.000
15. Januar 1924	2.486.000.000.000	904.000.000.000
1. Februar 1924	2.332.000.000.000	850.000.000.000
15. Februar 1924	2.266.000.000.000	824.000.000.000
1. März 1924	2.310.000.000.000	840.000.000.000
15. März 1924	2.332.000.000.000	848.000.000.000

Nr. 7: Anzahl der in die Ärztekammer für die Provinzen Brandenburg und Grenzmark Posen-Westpreußen gewählten Delegierten, 1928-1933¹³⁰⁸ (in Klammern Zahl der wahlberechtigten Ärzte)

Wahlperiode	Delegierte insgesamt	Delegierte Potsdam	Delegierte Frankfurt	Delegierte Schneidemühl
1: 1928-31	29 (1.577)	15 (788)	12 (644)	2 (145)
2: 1932-34	30 (1.606)	16 (842)	12 (621)	2 (143)

¹³⁰⁷ Zusammengestellt anhand der Reichsteuerungs-, Privatpraxis- und Kassenindex-Angaben im brandenburgischen Ärzteblatt; siehe ÄB BB, Nr. 1 vom 1. Juli 1923, S. 4; Nr. 2 vom 10. Juli 1923, S. 9; Nr. 4 vom 1. August 1923, S. 25; Nr. 5 vom 10. August 1923, S. 33f.; Nr. 6 vom 20. August 1923, S. 42; Nr. 7 vom 1. September 1923, S. 54; Nr. 8 vom 10. September 1923, S. 61; Nr. 9 vom 20. September 1923, S. 69f.; Nr. 12 vom 10. Oktober 1923, S. 89; Nr. 13 vom 20. Oktober 1923, S. 97; Nr. 14 vom 1. November 1923, S. 105; Nr. 15 vom 10. November 1923, S. 112; Nr. 17 vom 1. Dezember 1923, S. 129; Nr. 19 vom 20. Dezember 1923, S. 143; Nr. 5 vom 10. Februar 1924, S. 25; Nr. 7 vom 1. März 1924, S. 39; Nr. 9 vom 20. März 1924, S. 57.

¹³⁰⁸ Zusammengestellt anhand Wählerliste für die Wahlen zur Ärztekammer für die Provinzen Brandenburg und Grenzmark Posen-Westpreußen, in: ÄB BB, Nr. 16 vom 1. Juni 1927, S. 217-235; Bekanntmachung, in: ÄB BB, Nr. 21 vom 20. Juli 1927, S. 301; Hugo Mussaeus, Wahlen zur Ärztekammer, in: ÄB BB, Nr. 29 vom 10. Oktober 1931, S. 330f., hier S. 330.

Nr. 8: Zusammensetzung des Vorstands der Ärztekammer für die Provinzen Brandenburg und Grenzmark Posen-Westpreußen, 1928-1934¹³⁰⁹

Wahlperiode	Vorsitzender	Erster stellvertretender Vorsitzender	Zweiter stellvertretender Vorsitzender und Schriftführer	Beisitzer
1: 1928-31	Dr. Georg Schneider	Dr. Franz Ciesielski/ Dr. Ernst Ruge ¹³¹⁰	Dr. Paul Goetzcke	Sanitätsrat Dr. Richard Schultze, Geheimer Sanitätsrat Dr. Emil Briese
2: 1932-34	Dr. Georg Schneider	Dr. Hugo Mussaeus	Dr. Walter Ruppin	Dr. Franz Ideler, Dr. Walter Miemietz, Sanitätsrat Dr. Joseph Schulz/ Sanitätsrat Dr. Walter Schulze ¹³¹¹

Nr. 9: Ergebnis der Wahlen zur Ärztekammer für die Provinzen Brandenburg und Grenzmark Posen-Westpreußen vom November 1931¹³¹²

Wahlkreis	Stimm-berechtigte Ärzte	Abgegebene Stimmen	Stimmen Wahlvorschlag Ärzteverband	Stimmen Wahlvorschlag NS-Ärzte	Ungültige Stimmen
Potsdam	844	565	325	207	33
Frankfurt	621	440	259	156	25
insgesamt	1.465	1.005	584	363	58

¹³⁰⁹ Zusammengestellt anhand Landsberg, Eröffnungs-Sitzung, S. 30; ders., Die 2. Sitzung der Aertztekammer für die Provinzen Brandenburg und Grenzmark Pose-Westpreußen, in: ÄB BB, Nr. 31 vom 1. November 1928, S. 380ff., hier S. 380; ders., 1. Sitzung, S. 65f.; ders., Sitzung der Ärztekammer für die Provinzen Brandenburg und Grenzmark Posen-Westpreußen. Sonnabend, den 25. Februar 1933, S. 85.

¹³¹⁰ Ab 20. Oktober 1928.

¹³¹¹ Ab 25. Februar 1933.

¹³¹² Zusammengestellt anhand Max Landsberg, Das Wahlergebnis, in: ÄB BB, Nr. 33 vom 20. November 1931, S. 383f.

Nr. 10: Besetzung der Ärztekammer Brandenburg und ihrer Ärztlichen Bezirksvereinigungen im Juni 1936¹³¹³

Bezeichnung	Bezirk	Geschäftsstelle	Leiter	Stellvertreter
Ärztekammer Brandenburg	Provinzen Brandenburg und Grenzmark Posen-Westpreußen (mit Ausnahme des Kreises Fraustadt)	Berlin-Grünwald, Hubertusallee 22	Dr. Franz Ideler, Berlin-Grünwald	Dr. Max Fink, Finsterwalde
Ärztliche Bezirksvereinigung Havelland	Kreise Osthavelland, Westhavelland, Zauch-Belzig und die Städte Brandenburg, Potsdam, Rathenow	Werder (Havel), Am Markt 46	Dr. Heinrich Pohlkötter, Werder (Havel)	Dr. Ludwig Tappert, Werder (Havel)
Ärztliche Bezirksvereinigung Prignitz	Kreise Ostprignitz, Westprignitz, Ruppin und die Stadt Wittenberge	Perleberg, Lindenstraße 11	Dr. Willy Wilke, Perleberg	Dr. Karl Stoltz, Wittenberge
Ärztliche Bezirksvereinigung Uckermark	Kreise Angermünde, Oberbarnim, Prenzlau, Templin und die Stadt Eberswalde	Prenzlau, Königstraße 155	Dr. Erich Wienecke, Prenzlau	Dr. Albert Muncke, Eberswalde
Ärztliche Bezirksvereinigung Mittlere Mark	Kreise Beeskow-Storkow, Jüterbog-Luckenwalde, Niederbarnim, Teltow	Ahrensfelde	Dr. Paul Ebeling, Ahrensfelde	Dr. Carl Lazar, Oranienburg
Ärztliche Bezirksvereinigung Neumark	Kreise Arnswalde, Bomst, Friedeberg Nm., Landsberg (Warthe) (Stadt- und Landkreis), Meseritz, Oststernberg, Schwerin (Warthe), Soldin, Züllichau-Schwiebus	Fichtwerder, Post Döllensradung an der Ostbahn	Dr. Max Seyffert, Fichtwerder	Dr. Ernst Steinbrecher, Bomst
Ärztliche Bezirksvereinigung Lebuser Land	Kreise Crossen, Königsberg Nm., Lebus, Weststernberg und die Stadt Frankfurt (Oder)	Seelow, Hermann Göring-Straße	Dr. Kurt Schütt, Seelow	Dr. Felix Leonhardt, Arensdorf
Ärztliche Bezirksvereinigung Niederlausitz	Kreise Calau, Guben (Stadt- und Landkreis), Cottbus (Stadt- und Landkreis), Luckau, Lübben, Sorau, Spremberg und die Stadt Forst	Altdöbern, Seminarstraße 156	Dr. Kurt Fiekel, Altdöbern	Dr. Herbert Fürbringer, Senftenberg

¹³¹³ Zusammengestellt anhand Franz Ideler, Zur Beachtung!, in: ÄB BB, Nr. 12 vom 15. Juni 1936, S. 137.

Ärztliche Bezirks- vereinigung Westpreußen	Kreise Deutsch Krone, Flatow, Netzekreis, Schlochau und die Stadt Schneidemühl	Jastrow, Königsberger Straße 79	Dr. Werner Kroll, Jastrow	Dr. Albert Laude, Schlochau
---	---	---------------------------------------	---------------------------------	-----------------------------------

Nr. 11: Anträge auf Kurbeihilfen bei der Dr. Georg Schneider-Stiftung zwischen 1931 und 1944¹³¹⁴

Name der Arztwitwe	Wohnort	Gewährung des Zuschusses
1931		
Clara Paul	Eberswalde	Ja
Martha Wichert	Küstrin	Ja
1932		
Mauss	Schneidemühl	Ja
Schneider	Crossen	Ja
1933		
Margarete Graenz	Charlottenburg	Ja
Käte Janisch	Boizenburg	Ja
Martha Wichert	Küstrin	Ja
1934		
Guth	Lübbenau	Nein
Ida Hamann	Müncheberg	Ja
Margarete Hentschel	Schönlanke	Ja (Beihilfe erst 1935 in Anspruch genommen)
Clara Paul	Eberswalde	Nein
Else Schiele	Drossen	Nein
Anna Steusloff	Friedenau	Ja
Emmy Wotke	Neuzelle	Nein
1935		
Clara Paul	Eberswalde	Ja
Rosa Rohrschneider	Ketzin an der Havel	Ja
Agnes Zimmermann	Brandenburg an der Havel	Ja

¹³¹⁴ Die Übersicht wurde zusammengestellt auf Grundlage einer detaillierten Durchsicht der Akte zur Dr. Georg Schneider-Stiftung, die bei der AM-UP aufzufinden ist. Aufschluss über die gewährten Beihilfen geben insbesondere die Jahresbilanzen der Stiftung. Aus der Akte konnten sich nicht sämtliche abgelehnte Gesuche rekonstruieren lassen.

1936		
Brüning	Lenzen	Ja
Margarete Hentschel	Schönlanke	Nein
Valerie Mertz	Potsdam	Ja
Weithe	k. A.	Ja
1937		
Clara Paul	Eberswalde	Nein
Roeder	Bernstein	Nein
Rosa Rohrschneider	Ketzin an der Havel	Ja
Anna Steusloff	Friedenau	Ja
Martha Wichert	Küstrin	Ja
1938		
Clemm	k. A.	Ja
Margarete Hentschel	Schönlanke	Nein
Meinhardt	Frankfurt (Oder)	Ja
Rosa Rohrschneider	Ketzin an der Havel	Nein
Stümpke	Braunschweig	Ja
Wien	k. A.	Ja
(zu mindestens vier weiteren abgelehnten Gesuchen liegen keine Details vor)		
1939		
Margarete Graenz	Charlottenburg	Ja
Krause	Berlin	Ja
du Mesnil	Krummhübel	Ja
Clara Paul	Eberswalde	Nein
Rosa Rohrschneider	Ketzin an der Havel	Ja
Schellmann	Potsdam	Nein
Anna Steusloff	Friedenau	Nein
Stümpke	Braunschweig	Nein
1940		
Brüning	Lenzen	Nein
E. Herold	Nauen	Ja
Martins	Ludwigslust	Ja
Meinhardt	Frankfurt (Oder)	Ja
du Mesnil	Krummhübel	Ja
Clara Paul	Eberswalde	Nein
Seidler	k. A.	Nein

1941		
Brüning	Lenzen	Nein
E. Herold	Nauen	Ja
Makrocki	Potsdam	Ja
Martins	Ludwigslust	Nein
Valerie Mertz	Potsdam	Ja (konnte Kur aus gesundheitlichen Gründen nicht antreten)
du Mesnil	Krummhübel	Nein
Emma Heckenhayn	Templin	Ja
Clara Paul	Eberswalde	Nein
Anna Steusloff	Friedenau	Ja
Prebel	Friedeberg Pommern	Nein
Martha Hoffmann	Bayrischzell Tannerhof	Nein
1942		
Käte Janisch	Boizenburg	Ja
Kasack	Potsdam	Nein
Makrocki	Potsdam	Ja
Meinhardt	Frankfurt (Oder)	Ja
Prebel	Friedeberg Pommern	Nein
Friederike von Wüstemann	Finsterwalde	Ja
1943		
Dressler	Küstrin	Nein
Margarete Graenz	Charlottenburg	Ja
Martha Loewenhardt	Bärwalde Neumark	Ja (trat Kur nicht an)
Rosa Rohrschneider	Ketzin an der Havel	Ja
Anna Steusloff	Friedenau	Nein
Friederike von Wüstemann	Finsterwalde	Ja
1944		
Margarete Wermuth	Potsdam	k. A.
Gust	Reppen Weststernberg	Ja
Else Heise	Rathenow	Ja
Roeder	Bernstein	Nein

Selbständigkeitserklärung

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Dissertation selbständig und nur mit den angegebenen Quellen und Hilfsmitteln angefertigt habe. Alle Stellen der Arbeit, die ich aus diesen Quellen und Hilfsmitteln dem Wortlaut oder dem Sinne nach entnommen habe, sind kenntlich gemacht und im Quellen- und Literaturverzeichnis aufgeführt.

Potsdam, 5. Juli 2018

Tobias Scholta