

Lernen von der Arbeiterbewegung? Die deutsche „Ärztegewerkschaft“ 1900-1936 *

I. Einleitung

Jürgen Kocka hat vor einiger Zeit eine stärkere Verknüpfung der Arbeiter- und Arbeiterbewegungsgeschichte mit der historischen Bürgertumsforschung vorgeschlagen. Er sieht hierin eine prominente Möglichkeit, einer auf hohem Niveau entwickelten, aber seit einigen Jahren an Armut von innerer Spannung und von neuen Perspektiven leidenden Arbeitergeschichte Innovationschancen und neue Fragestellungen zuzuführen. Sichtweisen und Ergebnisse der neueren Bürgertumsforschung seien auch für die Arbeiter- und Arbeiterbewegungsgeschichte nutzbar zu machen. In Kockas Plädoyer steht die Frage nach dem Einfluß von Bürgertum, Bürgerlichkeit und bürgerlicher Gesellschaft auf die Arbeiterbewegung eindeutig im Vordergrund, aber, so Kocka, auch die umgekehrte Fragerichtung dürfe nicht vernachlässigt werden.¹ In den folgenden Überlegungen geht es um die Einwirkungen der Arbeiterbewegung auf die Berufsorganisation der tief im Bildungsbürgertum verwurzelten Ärzte.

Die Ärzte verfügten am Ende des 19. Jahrhunderts bereits über ein hohes Maß an Organisiertheit. Wissenschaftliche Vereine und Gesellschaften dienten der fachlichen Fortbildung und der Pflege kollegialer Geselligkeit. Die lokalen und regionalen Standesvereine hatten sich 1873 unter dem Dach des „Deutschen Ärztevereinsbundes“ zusammengefunden, der mit Petitionen und Denkschriften als den klassischen Instrumenten bürgerlicher Standespolitik profes-

* Dieser Beitrag wurde am 28. 4. 1997 im Kolloquium „Sozialstrukturen und soziale Bewegungen“ vorgestellt und diskutiert.

1. Vgl. Jürgen Kocka, Arbeiterbewegung in der Bürgergesellschaft. Überlegungen zum deutschen Fall, in: Geschichte und Gesellschaft (= GG) 20 (1994), S. 487-496. Vgl. auch schon Jürgen Kocka/Elisabeth Müller-Luckner, Arbeiter und Bürger im 19. Jahrhundert. Varianten ihres Verhältnisses im europäischen Vergleich, München 1986.

sionspolitischen Einfluß auf die gesetzgebenden Instanzen zu nehmen versuchte. Zudem existierten um die Jahrhundertwende in manchen deutschen Einzelstaaten bereits Ärztekammern mit Ehrengerichten als öffentlich-rechtliche Körperschaften, die über die Einhaltung der Standeswürde wachten und zum Teil auch schon in die Gesundheitspolitik der Einzelstaaten eingebunden waren.² Dennoch kam 1900 mit dem „Leipziger Verband der Ärzte Deutschlands zur Wahrung ihrer wirtschaftlichen Interessen“, seit 1924 nach seinem Begründer offiziell in „Hartmannbund“ umbenannt, eine neue Organisation hinzu, die sich nicht nur rasch zum wichtigsten ärztlichen Interessenverband entwickelte, sondern sich zudem bei ihrer Gründung explizit als „Gewerkschaft“ nach dem Vorbild der Arbeitergewerkschaften verstand. Damit betreten die Ärzte Neuland. Verbände, die sich ausschließlich der Wahrung wirtschaftlicher Interessen verschrieben hatten, besaßen zu diesem Zeitpunkt in der Regel weder die tief im Bildungsbürgertum verwurzelten alten akademischen Berufsgruppen noch die neuen akademischen Professionen. Und schon gar nicht bekannten sich andere prominente Akademikerverbände zu gewerkschaftlichen Organisationsprinzipien und Methoden der Interessenvertretung.³ Der folgende Beitrag erörtert zunächst Ursachen und Voraussetzungen zur

-
2. Vgl. zur organisierten Ärzteschaft im 19. Jahrhundert zuletzt nur Robert Jütte, Die Entwicklung des ärztlichen Vereinswesens und des organisierten Ärztestandes bis 1871, in: ders. (Hg.), Geschichte der deutschen Ärzteschaft. Organisierte Berufs- und Gesundheitspolitik im 19. und 20. Jahrhundert, Köln 1997, S. 15-42; Hedwig Herold-Schmidt, Ärztliche Interessenvertretung im Kaiserreich 1871-1914, in: ebd., S. 43-95. Vgl. außerdem die entsprechenden Kapitel bei Claudia Huerkamp, Der Aufstieg der Ärzte im 19. Jahrhundert. Vom gelehrten Stand zum professionellen Experten. Das Beispiel Preußens, Göttingen 1985; sowie Charles McClelland, The German experience of professionalization. Modern learned professions and their organizations from the early nineteenth century to the Hitler era, Cambridge 1991, S. 78-85.
 3. Vgl. hierzu Viktor Leo, Die wirtschaftliche Organisation der geistigen Arbeiter, in: Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik 36 (1908), III. Folge, S. 1-28. Die zeitgenössischen Sozialwissenschaften zählten außer dem Leipziger Verband noch den Bund der technischen-industriellen Beamten (Butib) und den Deutsch-nationalen Handlungsgehilfenverband zu den gewerkschaftlichen Organisationen geistiger Arbeiter, von denen lediglich der Butib auch, aber keineswegs ausschließlich Akademiker organisierte. Vgl. Richard Maschke, Boykott, Sperre und Aussperrung. Eine sozialrechtliche Studie, Jena 1911, S. 172. Zu Versuchen von „Gewerkschaftsgründungen“ von Akademikern in der frühen Weimarer Republik vgl. Georg Schreiber, Die Not der deutschen Wissenschaft und der geistigen Arbeiter. Geschehnisse und Gedanken zur Kulturpolitik des Deutschen Reiches, Leipzig 1923, S. 123 ff.

Gründung der „Ärztegewerkschaft“, diskutiert die „gewerkschaftlichen“ Mittel des Hartmannbundes, fragt nach der Rezeption einer „gewerkschaftlichen“ Akademikerorganisation innerhalb der Ärzteschaft, der Arbeiterbewegung und den zeitgenössischen Sozialwissenschaften und analysiert schließlich den langsamen Abschied des Hartmannbundes von seinem gewerkschaftlichen Selbstverständnis während der Weimarer Republik.

II. Der „Kassenkampf“ als Klassenkampf: Der Weg zur „Ärztegewerkschaft“

Die Gründung des Leipziger Verbandes war eine Reaktion auf die wachsende Bedeutung, die das Sozialversicherungssystem und insbesondere die Gesetzliche Krankenversicherung für die Ärzte gewann. Bei Inkrafttreten des „Gesetzes betr. die Krankenversicherung der Arbeiter“ im Jahre 1883 blieben sowohl der Kreis der Pflichtversicherten als auch die Zahl der an der kassenärztlichen Versorgung beteiligten Mediziner relativ eng begrenzt. Das änderte sich mit der Sozialgesetzgebung der folgenden Jahre jedoch rasch. 1900 fielen immerhin bereits 17,4 Prozent der deutschen Bevölkerung unter die Krankenversicherungspflicht, eine weitere progressiv voranschreitende Expansion des Versichertenkreises war abzusehen, und für eine stetig wachsende Zahl von Ärzten geriet die Kassenpraxis zu einem wichtigen Teil ihrer Existenzgrundlage.⁴ Die Gesetzliche Krankenversicherung führte den Ärzten zwar zahlreiche neue Patienten aus den bisher arztfernen Unterschichten zu, doch seit den 1890er Jahren mehrten sich die kritischen Stimmen innerhalb der Ärzteschaft. Zwei Vorwürfe standen dabei im Vordergrund: Erstens degradiere die Praxis der Krankenversicherung den Arzt zu einem von den Arbeitgebern Krankenkassen lohnabhängigen Arbeitnehmer und zerstöre damit die zur optimalen ärztlichen Berufsausübung notwendige freiberufliche Autonomie des Medizi-

4. Die Zahlenangabe bei Huerkamp, Aufstieg, S. 197. Darin sind alle Knappschaftsangehörigen enthalten, nicht aber die zum Teil schon mitversicherten Familienangehörigen der Kassenmitglieder. Die von Huerkamp, S. 199, angeführte Schätzung des Berliner Arztes und Reichstagsabgeordneten Otto Mugdan von 1908, daß 90% aller niedergelassenen Ärzte mindestens 3/4 ihrer Tätigkeit der Kassenpraxis widmeten, dürfte zu diesem Zeitpunkt allerdings zu hoch gegriffen sein. Grundlegend zur Entwicklung der Sozialversicherung im Kaiserreich: Gerhard A. Ritter, Sozialversicherung in Deutschland und England. Entstehung und Grundzüge im Vergleich, München 1983.

ners. Zweitens trage die Ausdehnung der Krankenversicherung die Hauptschuld an der angeblichen materiellen Proletarisierung der Ärzte.

Das Krankenversicherungsgesetz von 1883 hatte die Regelung der Beziehungen von Krankenkassen und Ärzten der vertraglichen Vereinbarung zwischen den beiden Parteien überlassen. Es legte lediglich den Krankenkassen die Pflicht auf, den Versicherten nach dem Sachleistungsprinzip ärztliche Behandlung in natura zu gewähren, in welcher Form, blieb den Kassen überlassen.⁵ Die Krankenkassen entschieden sich dafür, die bestehende medizinische Infrastruktur zu nutzen und mit niedergelassenen Ärzten privatrechtliche Verträge zu schließen, nach denen die Ärzte gegenüber den Versicherten zur Erbringung ärztlicher Leistungen und die Kassen gegenüber den Ärzten zur Vergütung der Leistungen verpflichtet waren. In der Praxis führte dies bei einem die Nachfrage übersteigenden, unorganisierten und untereinander konkurrierenden ärztlichen Arbeitskräfteangebot⁶ zunächst zu einer starken Position der Kassen. Sie bestimmten, wieviele Ärzte sie zur medizinischen Versorgung ihrer Mitglieder unter Vertrag nehmen wollten, sie diktierten weitgehend die Bedingungen hinsichtlich Honorierungsform, Honorarhöhe, Gültigkeitsdauer und anderer Vertragsinhalte.⁷ Bei der steigenden wirtschaftlichen Bedeutung der kassenärztlichen Praxis insgesamt sahen sich so immer mehr

-
5. Vgl. O. Heinemann, Die Organisation der Krankenbehandlung in der deutschen Krankenversicherung unter besonderer Berücksichtigung der Verhältnisse bei den Betriebskrankenkassen, in: Hubert Korkisch (Hg.), Die Arztfrage in der Sozialversicherung der einzelnen Staaten, Prag 1926, S. 5-12; Carl Krug von Nidda (Hg.), Ärzte und Krankenkassen. Systematische Zusammenstellung der reichsrechtlichen Bestimmungen ..., Mainz 1925, S. 7.
 6. Vgl. dazu auch Hartmut Titze, Der Akademikerzyklus. Historische Untersuchungen über die Wiederkehr von Überfüllung und Mangel in akademischen Karrieren, Göttingen 1990, S. 79; Claudia Huerkamp/Reinhard Spree, Arbeitsmarktstrategien der deutschen Ärzteschaft im späten 19. und frühen 20. Jahrhundert, in: Toni Pierenkemper/Richard Tilly (Hg.), Historische Arbeitsmarktforschung. Entstehung, Entwicklung und Probleme der Vermarktung von Arbeitskraft, Göttingen 1982, S. 77-120. Die Zahl der Zivilärzte im Deutschen Reich stieg von 14.448 im Jahr 1885 bis auf 25.754 im Jahre 1900. Die Angabe nach Rolf Neuhaus, Arbeitskämpfe, Ärztestreiks, Sozialreformer. Sozialpolitische Konfliktregelung 1900 bis 1914, Berlin 1986, S. 256.
 7. Vgl. hierzu im Überblick Neuhaus, Arbeitskämpfe, Berlin 1986, S. 245-252; vgl. auch Frieder Naschold, Kassenärzte und Krankenversicherungsreform. Zu einer Theorie der Statuspolitik, Freiburg 1967, S. 56 f.

Ärzte zu einer Art Lohnarbeiter degradiert, der ohne größeren rechtlichen Schutz seinem Arbeitgeber gegenüberstand.

Hinzu kam, daß sich die Ortskrankenkassen seit den 1890er Jahren zu einem wichtigen politischen Betätigungsfeld der Arbeiterbewegung entwickelten, das ihr erstmals den Zugang zu wichtigen Zweigen der öffentlichen Verwaltung ermöglichte. Gewerkschafter und Sozialdemokraten dominierten die Vorstände der Ortskrankenkassen und schufen so das „eigentümliche Verhältnis, daß der Proletarier Arbeitgeber des Bourgeois wird“.⁸ Hier verbarg sich ein nicht zu unterschätzender Zündstoff der Kassenarztfrage. Sozialdemokratische Arbeiter gewissermaßen als Brotherren akzeptieren zu müssen, führte bei den akademischen Ärzten zu erheblichen Statusverunsicherungen, zumal der Vorwurf geführt wurde, die Arbeiter als Arbeitgeber würden den Arbeitgeberstandpunkt besonders scharf hervorkehren. In den Konflikten mit den Krankenkassen, so der Geschäftsführer des Leipziger Verbandes Kuhns 1925 in der Rückschau, ging es auch um die Ehre der Ärzte als Akademiker.⁹ In der ärztlichen Publizistik des späten 19. und frühen 20. Jahrhunderts wurde der „Kassenkampf“ durchaus als Teil des Klassenkampfes unter umgekehrten Vorzeichen interpretiert¹⁰: der bürgerliche Arzt, so eine häufige Stilisierung im ärztlichen Schrifttum, stand als rechtloser und proletarisierter Lohnarbeiter dem Proletarier als nach kapitalistischen Prinzipien handelndem Arbeitgeber

8. Vgl. C. A. Lehmann, Die Forderung der freien Arztwahl, in: Die Neue Zeit 22,1 (1903/04), S. 516-518, hier S. 516; vgl. auch Bernd Rosewitz/Douglas Webber, Reformversuche und Reformblockaden im deutschen Gesundheitswesen, Frankfurt a.M. etc. 1990, S. 16; Siegfried Parlow/Irina Winter, Der Kampf der ärztlichen Standesorganisationen gegen die Krankenkassen in der Weimarer Republik, in: Das Argument. Sonderband 4: Entwicklung und Struktur des Gesundheitswesens, Berlin 1974, S. 46-72, hier S. 49.

9. Vgl. Georg Kuhns, Fünfundzwanzig Jahre Verband der Ärzte Deutschlands (Hartmannbund), Leipzig 1925, S. 74 u. 66 f. Vgl. weiter auch Georg Wagner, Ärzte und Krankenkassen, in: Die Neue Zeit 20,2 (1901/02), S. 590-604, hier S. 592; Rudolf Lennhoff/Kurt Finkenrath, Das Verhältnis zwischen Krankenkassen und Ärzten in Deutschland, in: Korkisch (Hg.), Arztfrage, S. 21-29, hier S. 23; Stefanie Feigenbaum, Die Tendenz zur Sozialisierung der ärztlichen Hilfe in Deutschland und Österreich, Berlin 1923, S. 24; Ernst G. Dresel, Organisationsbestrebungen im ärztlichen Stande, Berlin 1913, S. 87; Gg. Strube, Die Heilkunde in ihrer Beziehung zu Wissenschaft und Wirtschaft, Bremen 1927, S. 28.

10. So Theodor Plaut, Der Gewerkschaftskampf der deutschen Ärzte, Karlsruhe 1913, S. 82. Vgl. auch Karin Bergemann-Gorski, Ärztliche Standes- und Berufspolitik in Deutschland von 1900 bis 1920, Berlin 1966 (med. Diss.), S. 22.

gegenüber. „Die Ärzte befanden sich nun“, so ein früher Historiograph der Ärztebewegung, „den Kassen gegenüber oft in einer recht traurigen Lage, es erging ihnen weit schlimmer als den Industriearbeitern den Industriellen gegenüber.“¹¹

Der zweite ärztliche Hauptkritikpunkt an der Praxis der Krankenversicherung war, daß sie wesentlich zur wirtschaftlichen Notlage der Ärzte beitrage. Dabei standen drei Argumente im Vordergrund. Erstens seien die von den Krankenkassen gezahlten Honorarpauschalen viel zu niedrig. Zweitens führe die sukzessive Ausweitung der Pflichtversicherung auf besser situierte Bevölkerungsgruppen, die bis dahin den Arzt als Privatpatienten in Anspruch nehmen mußten, zu einer massiven Einschränkung der lukrativen Privatpraxis. Drittens sei die Krankenversicherungsgesetzgebung mittelbar mitverantwortlich für die Überfüllung des Ärztestandes, indem sie Schulabgängern den – aus Sicht der ärztlichen Berufspolitiker falschen – Eindruck vermittele, der ärztliche Beruf biete gute Chancen für eine angemessene wirtschaftliche Existenzsicherung. Von Kassenseite ließ sich mit Recht dagegenhalten, die Krankenversicherung habe den Ärzten in erster Linie neue Patienten aus bisher arztfernen Schichten zugeführt und sei für die Mediziner mithin wirtschaftlich von großem Vorteil.

Ob sich die Ärzte in den Jahren um die Jahrhundertwende tatsächlich mehrheitlich in einer wirtschaftlichen Notlage befanden und wie groß diese war, ist auf der Grundlage der vorliegenden Daten nur schwer verlässlich zu beurteilen. Ärztlichen Berechnungen zufolge erwirtschaftete ca. die Hälfte der Mediziner nicht das für eine standesgemäße Existenz für notwendig gehaltene Minimum von 6.000-7.000 RM jährlich. Das wahrhafte „ärztliche Proletariat“ wurde auf ca. 6-7 Prozent geschätzt.¹² Diese Verhältniszahlen sind mit Sicherheit zu hoch gegriffen, aber auch unabhängige zeitgenössische Beobachter konstatierten wirtschaftliche Schwierigkeiten im Ärztestand. Selbst der „Vorwärts“ gestand 1898 den Ärzten zu, daß sich ihre wirtschaftliche Lage von Tag zu

11. Vgl. Dresel, Organisationsbestrebungen, S. 90.

12. Vgl. Plaut, Gewerkschaftskampf, S. 46-56; N.N., Die Verelendung des Mittelstandes, in: Bayerisches Ärztliches Correspondenzblatt 28 (1925), S. 467-472, hier S. 468; Dresel, Organisationsbestrebungen, S. 47-81. Das durchschnittliche Jahreseinkommen eines Arbeiters lag bei ca. 850 RM.

Tag mehr der der Arbeiter annähere,¹³ und der Nationalökonom Paul Mombert fand sogar 1906, daß die Ärzte nicht besser als die Arbeiter gestellt seien.¹⁴ Moderne Untersuchungen zur Lage der Ärzte im späten 19. und frühen 20. Jahrhundert bestätigen eine solche ökonomische Proletarisierung nicht. Sie gehen von einem Wohlstandsniveau der Ärzte aus, daß dem vergleichbarer akademischer Berufsgruppen entsprach und weit über dem Durchschnitt der Gesamtbevölkerung lag.¹⁵ Allerdings vermittelten die in der Tat niedrigen Honorarsätze in der Krankenversicherung, die wachsende Bandbreite zwischen niedrigen und hohen ärztlichen Einkommen sowie die vermutlich allenfalls langsam steigenden Realeinkommen vielen Ärzten den Eindruck eines wirtschaftlichen Niederganges.

So setzten seit den 1890er Jahren erste organisatorische Bemühungen ein, die Position der Ärzte innerhalb des Versicherungssystems zu verbessern. Auf lokaler Ebene bildeten sich Vereine für freie Arztwahl, die oft unter dem Einfluß von linksliberalen Hygienikern eine sozialliberale Reform des Kassenarztwesens anstrebten.¹⁶ Nachdem in den späten 1890er Jahren zunehmend deutlich wurde, daß die Petitionspolitik des Deutschen Ärztevereinsbundes erfolglos versandete, erhoben sich Stimmen, welche für eine zentrale Organisation zur Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen der Ärzte eintraten, die sich neuer Mittel der Interessenvertretung bedienen sollte.¹⁷ Im Juli 1900 erschien im „Ärztlichen Vereinsblatt“, dem Organ des Deutschen Ärztevereinsbundes, ein offener Brief des Leipziger Arztes Hermann Hartmann als

13. Nach Plaut, Gewerkschaftskampf, S. 89.

14. Vgl. Paul Mombert, Der gewerkschaftliche Charakter des Ärzteverbandes, in: Soziale Medizin und Hygiene 1 (1906), S. 213-227, hier S. 219.

15. Vgl. Huerkamp, Aufstieg, S. 211-215; Annette Drees, Die Ärzte auf dem Weg zu Prestige und Wohlstand. Sozialgeschichte der württembergischen Ärzte im 19. Jahrhundert, Münster 1988, S. 209-277.

16. Vgl. hierzu Michael Hubenstorf, „Deutsche Landärzte an die Front!“ Ärztliche Standespolitik zwischen Liberalismus und Nationalsozialismus, in: Christian Pross/Götz Aly (Hg.), Der Wert des Menschen. Medizin in Deutschland 1918-1945, Berlin 1989, S. 200-223, hier S. 201; Drees, Ärzte, S. 204 f.

17. So ein Aufruf des Karlsruher Arztes Paull im „Ärztlichen Vereinsblatt“ von 1899. Im September 1900 bildete sich unabhängig vom Leipziger Verband in Ludwigshafen der „Verein zum Schutze ärztlicher Interessen“, der ein ähnliches Programm verfolgte und schnell im Leipziger Verband aufging. Vgl. Bernhard Puppe, Die Bestrebungen der deutschen Ärzte zu gemeinsamer Wahrung ihrer wirtschaftlichen Interessen, Wiesbaden 1911, S. 15-17.

Antwort auf einen Aufruf seines Kollegen Knobloch zur Organisation der Ärzte. Hartmanns offener Brief rief zur Selbsthilfe bei der Wahrung materiel-
ler Interessen auf und zielte dabei deutlich auf das Modell der Arbeitergewerk-
schaften ab. Er forderte seine Kollegen auf, es so zu machen wie die Arbeiter-
schaft und eine „Strike-Kasse“ zu gründen. Hartmann schloß in unmittelbarer
Anlehnung an das „Kommunistische Manifest“: „Ärzte ganz Deutschlands,
organisiert euch!“¹⁸ Am 13. September 1900 wurde daraufhin von 21 Ärzten
aus Leipzig und Umgebung unter Leitung Hartmanns der „Leipziger Verband
der Ärzte Deutschland zur Wahrung ihrer wirtschaftlichen Interessen“ gegrün-
det, der nach seiner Satzung den Zweck verfolgte, „die wirtschaftliche Lage
der Ärzte im ganzen Reiche zu bessern und denselben einen wirksamen
Schutz zu gewähren gegen die rücksichtslose Ausbeutung ihrer Arbeitskraft
seitens der Krankenkassen“.¹⁹ Zur Erreichung dieses Ziels sollte eine Kampf-
kasse zur Unterstützung der mit den Krankenkassen in Konflikt befindlichen
Kollegen gegründet werden. Das Neue am Leipziger Verband waren nicht
seine Hauptziele, die Durchsetzung der freien Arztwahl und die bessere Hono-
rierung der Kassenärzte, sondern sein Selbstverständnis als gewerkschaftliche
Organisation. Dieses Selbstverständnis gründete sich einerseits auf der
Behauptung, die Ärzte seien innerhalb der Krankenversicherung Arbeit-
nehmer, die, von den Arbeitgebern Krankenkassen ausgebeutet, auf eine öko-
nomische Proletarisierung zusteueren. Andererseits drückte sich dieses
Selbstverständnis in einer den Gewerkschaften nachempfundenen Organisa-
tionsform und in der Anwendung „gewerkschaftlicher“ Mittel aus.

18. Zit. nach dem Abdruck des offenen Briefes bei Hans Schadewaldt, 75 Jahre Hartmannbund.
Ein Kapitel deutscher Sozialpolitik, Bonn-Bad Godesberg 1975, S. 30-32. Zur unmittelbaren
Rezeption des Vorbildes der Arbeitergewerkschaften bei der Gründung des Leipziger
Verbandes vgl. auch Kurt Finkenrath, Die Verstaatlichung des Patienten, in: Der Arzt und
der Staat. Sieben Vorträge, Leipzig 1929, S. 60-90, hier S. 67.

19. Zit. nach Schadewaldt, Hartmannbund, S. 34 f.

III. *Der Leipziger Verband als „Gewerkschaft“: Organisation, „Ärztstreiks“, Kollektivverträge*

Der Leipziger Verband galt in der zeitgenössischen sozialwissenschaftlichen und -politischen Literatur als vorbildlich straff geführter, in seiner Organisationsform den Arbeitergewerkschaften nachempfunder Verband. Das oberste Organ war die jährlich stattfindende Hauptversammlung, die den Vorstand wählte. Der Vorstand setzte sich satzungsgemäß fast ausschließlich aus Ärzten aus Leipzig und Umgebung zusammen, um eine stetige Handlungsbereitschaft zu gewährleisten. Seit 1911 stand dem Vorstand ein beratender Beirat zur Seite, der von den Vertrauens- und Obmännern des ganzen Reiches gewählt wurde. Die laufenden Verwaltungsgeschäfte erledigte seit 1903 ein hauptamtlicher Generalsekretär, dem in der expandierenden Leipziger Geschäftsstelle u.a. Zentralabteilungen für ärztliche Stellenvermittlung, für Versicherungen, für Statistik und ein eigener Verlag unterstanden.²⁰ Unterhalb der Leipziger Entscheidungszentrale gliederte sich der Leipziger Verband in Landes- und Provinzialverbände, Gaue bzw. Sektionen und in – zunächst nur in größeren Städten sich formierende – Ortsgruppen. Dabei gelang es dem Leipziger Verband seit 1903 zunehmend, das bereits bestehende Netz lokaler und regionaler kassenärztlicher Interessenvertretungen, insbesondere die „Vereine für freie Arztwahl“, in die eigene Organisation einzugliedern.²¹ Als wichtigstes Verbindungsglied zwischen der Leipziger Zentrale und dem lokalen Organisationsaufbau erwiesen sich die zunächst von der Verbandsleitung bestimmten Ob- und Vertrauensmänner, die persönlich in ihren Bezirken für die Einziehung der Mitgliedsbeiträge, die Agitation und die Werbung neuer Mitglieder verantwortlich waren. 1905 verfügte der Leipziger Verband schon über 800 Obmänner, 1913 war ihre Zahl auf 1.250 angewachsen.²²

20. Vgl. zum Organisationsaufbau Kuhns, *Fünfundzwanzig Jahre*, S. 73-94; Schadewaldt, *Hartmannbund*, S. 38 f. u. 54 f.

21. Vgl. dazu Michael Hubenstorf, *Von der „freien Arztwahl“ zur Reichsärzteordnung - Ärztliche Standespolitik zwischen Liberalismus und Nationalsozialismus*, in: Johanna Bleker/Norbert Jachertz, *Medizin im „Dritten Reich“*, 2. Aufl. Köln 1993, S. 43-53, hier S. 43 und Drees, *Ärzte*, S. 207.

22. Diese Angaben nach Kuhns, *Fünfundzwanzig Jahre*, S. 75 und Dresel, *Organisationsbestrebungen*, S. 86. 1911 gliederte der Verband sich unterhalb der Leipziger Zentrale in 10

Im Gegensatz zum Ärztevereinsbund organisierte sich der Leipziger Verband auf der Grundlage von Einzelmitgliedschaften, die – ähnlich den Mitgliedern der Arbeitergewerkschaften – einen ungewöhnlich hohen Mitgliedsbeitrag abführen mußten, um die „Streikkasse“ zu füllen.²³ Bis 1902 hatten sich immerhin schon 2.500 Mitglieder²⁴ der „Ärztegewerkschaft“ angeschlossen, doch der eigentliche Mitgliederaufschwung setzte seit 1903 ein. Dies hatte im wesentlichen zwei Gründe. Erstens gab – wie noch weiter unten auszuführen ist – der Deutsche Ärztevereinsbund seine anfänglich ablehnende Haltung gegenüber dem Leipziger Verband auf.²⁵ Zweitens begann sich seit den ersten „Ärztestreiks“ die Konfrontationstaktik des Leipziger Verbandes gegenüber den Krankenkassenverbänden als sehr erfolgreich zu erweisen. So zählte der Leipziger Verband 1904 bereits 15.000 und 1912 24.521 Mitglieder. Das entsprach 1904 einem Organisationsgrad von ca. 53 Prozent und 1912 von über 75 Prozent berechnet auf alle Zivilärzte im Deutschen Reich.²⁶ In der Weimarer Republik schossen die Mitgliederzahlen vornehmlich wegen des quantitativen Wachstums der Ärzteschaft insgesamt weiter in die Höhe. Bis 1929 vereinte der Verband 41.000 Mitglieder, was bedeutete, daß man den Organisationsgrad auf über 80 Prozent ausgebaut hatte. Dieser für einen freien Interessenverband ungewöhnlich hohe Organisationsgrad beruhte nicht zuletzt auf einer großen Verpflichtungsfähigkeit der „Ärztegewerkschaft“, die das Vorbild der Arbeitergewerkschaften, wie mancher Zeitgenosse bemerkte, weit übertraf. Die Übernahme der ärztlichen Stellenvermittlung durch den Leip-

Provinzverbände, 129 Sektionen und 20 Ortsgruppen in größeren Städten. Zum Ende der 1920er Jahre konnte sich der Hartmannbund auf 804 Ortsgruppen stützen. Vgl. Adolf A. Friedländer, *Medizin und Politik. Kultur- und Wirtschaftspolitik*, Stuttgart 1929, S. 131.

23. Vgl. Puppe, *Bestrebungen*, S. 19; Kuhns, *Fünfundzwanzig Jahre*, S. 73.

24. Diese und die folgenden Angaben zur Mitgliederzahl bei Schadewaldt, *Hartmannbund*, S. 163.

25. So waren beispielsweise bis 1903 lediglich zwei Mitglieder des Vereins Nassauischer Ärzte auch Mitglieder des Leipziger Verbandes geworden. Als aber der Delegierte des Vereins vom Deutschen Ärztetag zurückkehrte und die Nachricht von der Anerkennung des Leipziger Verbandes durch den Ärztevereinsbund mitbrachte, traten gleich 20 von 31 Vereinsmitgliedern der „Ärztegewerkschaft“ bei. Vgl. Eugen Anthes, *Geschichte des Vereins Nassauischer Ärzte 1851-1951*, Limburg 1951, S. 23.

26. Angaben nach Herold-Schmidt, *Interessenvertretung*, S. 83. Vgl. auch Huerkamp, *Aufstieg*, S. 283. Hartmannbund-Vertreter behaupteten oft sogar einen Organisationsgrad von weit über 90%. Vgl. z.B. Dresel, *Organisationsbestrebungen*, S. 86.

ziger Verband, die Verflechtung des Verbandes mit den anderen ärztlichen Organisationen oder seit 1913 die zentrale Position des Verbandes in den Zulassungsausschüssen für die Kassenpraxis sorgten dafür, daß man kaum folgenlos dem Verband fernbleiben oder aus ihm austreten konnte.²⁷

Die Gründung des Leipziger Verbandes stieß auf erhebliche Irritationen im Deutschen Ärztevereinsbund, der in dem Aufbau einer neuen zentralistischen wirtschaftlichen Interessenvertretung – nicht zu Unrecht – eine Konkurrenz sah. Die Dissonanzen zwischen Ärztevereinsbund und Leipziger Verband fanden auf dem Kölner Ärztetag von 1903 zumindest eine formal organisatorische Lösung, indem der Leipziger Verband als wirtschaftliche Unterabteilung dem Ärztevereinsbund eingegliedert wurde. Allerdings blieben beide selbständige Vereine mit selbständiger Rechtspersönlichkeit und Verwaltung.²⁸ Diese Konstruktion bedeutete keineswegs eine Unterordnung des Leipziger Verbandes, vielmehr zeigte er sich in der Folge gegenüber dem alten und schwerfälligen Honoratiorenverband als der zunehmend dominante Partner, zu dem sich eindeutig der Schwerpunkt der Standesvertretung verlagerte. Dabei entwickelte sich auch die personelle Verflechtung von Leipziger Verband, Ärztevereinsbund und Ärztekammern immer enger.²⁹ Das galt frühzeitig für die untere und mittlere, aber auch für die zentrale Funktionärebene. Bereits seit 1903 war der Vorsitzende des Ärztevereinsbundes immer im Vorstand des Leipziger Verbandes vertreten, der wiederum in den Geschäftsausschuß des Ärztevereinsbundes ein stimmberechtigtes Mitglied entsandte. Zur seit den 1920er Jahren häufiger eingeforderten Verschmelzung beider Verbände kam es zwar zunächst nicht, aber immerhin teilten sie sich zwischen 1929 und 1933 mit Alfons Stauder einen gemeinsamen Vorsitzenden. Trotz dieser Verflechtungen blieb das Verhältnis der ärztlichen Spitzenverbände alles andere

27. Vgl. dazu etwa Manfred Groser, *Gemeinwohl und Ärzteinteressen - die Politik des Hartmannbundes*, Gütersloh 1992, S. 62 f.; Dresel, *Organisationsbestrebungen*, S. 102.

28. Vgl. hier Hermann Dippe, *Hartmannbund und Ärztevereinsbund*, in: *Ärztliche Mitteilungen* 26 (1925), Nr. 35, S. 11 f. sowie Plaut, *Gewerkschaftskampf*, S. 102.

29. Vgl. hier auch Christa Rauskolb, *Lobby in Weiß. Struktur und Politik der Ärzteverbände*, Frankfurt a.M. u.a. 1976, S. 119.

als reibungslos, wobei im Konfliktfall in der Regel der Leipziger Verband die Oberhand behielt.³⁰

Der Leipziger Verband übernahm auf dem von der Krankenversicherung dominierten ärztlichen Arbeitsmarkt eine den Arbeitergewerkschaften analoge sozioökonomische Funktion, indem er das Angebot an Arbeitskräften auf diesem Arbeitsmarkt zur Interessendurchsetzung zusammenfaßte. Als wichtigstes Mittel zur Durchsetzung der Interessen – bessere Honorierung und freie Arztwahl – organisierte der Leipziger Verband sogenannte „Ärztestreiks“, die die Innen- und Außenwahrnehmung des Leipziger Verbandes als einer „Ärztengewerkschaft“ maßgeblich bestimmten. „Ärztestreiks“ liefen alle nach einem gleichen Schema ab.³¹ Wenn die Kassen den ärztlichen Forderungen nicht entgegenkamen, schloß der Leipziger Verband die Ärzte eines Krankenkassenbezirkes nach Ablauf der vertraglichen Beziehungen mit den Krankenkassen in „Schutz- und Trutzbündnissen“ zusammen, in denen sich die beteiligten Ärzte bei Androhung hoher Konventionalstrafen gegenseitig ehrenwörtlich versicherten, neue Einzelverträge mit den Krankenkassen nur nach Genehmigung durch die regional und lokal gebildeten ärztlichen Vertragskommissionen abzuschließen. Die Ärzte weigerten sich während dieses vertragslosen Zustandes, die Kassenmitglieder auf der Grundlage der alten Arztverträge zu behandeln, statt dessen verlangten sie von ihren Patienten die in der Privatpraxis üblichen Honorarsätze und Honorierungsmodalitäten. Da die Krankenkassen nach dem Sachleistungsprinzip gezwungen waren, ihren Mitgliedern ärztliche Behandlung in natura zu gewährleisten, mußten sie versuchen, auswärtige Ärzte, sogenannte „Nothelfer“, zur medizinischen Versorgung ihrer Mitglieder innerhalb des „Kampfgebietes“ anzuwerben. Der Leipziger Verband reagierte darauf mit in der Standespresse veröffentlichten Cavete-

30. Vgl. dazu N.N., Die Berufsorganisation der deutschen Ärzte, in: Soziale Zukunft 6 (1934), S. 85-96, hier S. 91; Karl Haedenkamp, Rückblick, in: Ärztliche Mitteilungen 25 (1924), S. 1 f.; Kurt Finkenrath, Die Organisation der deutschen Ärzteschaft, Berlin 1928, S. 39; Eberhard Wolff, Mehr als nur materielle Interessen: Die organisierte Ärzteschaft im I. Weltkrieg und in der Weimarer Republik 1914-1933, in: Jütte (Hg.), Geschichte der deutschen Ärzteschaft, S. 97-142, hier S. 123; Groser, Gemeinwohl, S. 59.

31. Vgl. den beispielhaften Verlauf eines „Ärztestreikes“ bei Maschke, Boykott, S. 174-177. Wilde „Ärztestreiks“ wurden vereinzelt schon vor der Gründung des Leipziger Verbandes geführt, der bekannteste 1898 in Barmen.

Tafeln, mit denen Ärzte vor dem Zuzug in die Konfliktregionen gewarnt wurden. Gelang es den Krankenkassen dennoch, mit „Nothelfern“ Verträge abzuschließen, versuchte der Leipziger Verband mit äußerst aggressiven bis hin zu terroristischen Mitteln, diese Ärzte zum Vertragsbruch zu bewegen. Durch die enge Kooperation des Leipziger Verbandes mit den öffentlich-rechtlichen Ehrengerichten und den lokalen Standesvereinen drohten den „Streikbrechern“ Ehrengerichtsverfahren und der Abbruch sämtlicher kollektiver und gesellschaftlicher Beziehungen.³² Dagegen belohnte der Leipziger Verband einen Vertragsbruch der „Nothelfer“ mit stattlichen Zuwendungen aus der „Streikkasse“.

Der Erfolg dieser Taktik erwies sich vor allem in den erbittert geführten, großen „Ärztestreiks“ in Köln und in Leipzig 1904.³³ Drei Gründe waren hierfür maßgeblich. Erstens gelang es dem Leipziger Verband bei diesen „Kampfmaßnahmen“ in ganz erstaunlichem Maße, eine Solidarisierung der Ärzte herbeizuführen. Kaum ein ansässiger Arzt entzog sich den „Schutz- und Trutzbündnissen“. Zweitens beruhte diese Solidarität aber auch auf einem enorm hohen Koalitionszwang, der vor allem durch die Kooperation mit den öffentlich-rechtlichen Ehrengerichten und den Standesgerichten der ärztlichen Vereine erzielt wurde. Drittens war die Rechtslage bei „Streiks“ für die Ärzte äußerst vorteilhaft. Einerseits verbot das Sachleistungsprinzip den Krankenkassen, ihre Mitglieder im Krankheitsfall mit entsprechenden finanziellen Leistungen abzufinden, andererseits hatten die Kassen im Falle des Ausrufens eines vertragslosen Zustandes durch die Ärzte nur wenig Zeit, die ärztliche Versorgung neu zu organisieren. Ansonsten konnte die höhere Verwaltungsbehörde zur Aufrechterhaltung der ärztlichen Versorgung anstelle des Kassenvorstandes Verträge mit den Leistungsanbietern, also den Ärzten, abschließen. Der Kölner und der Leipziger „Ärztestreik“ lösten zunächst eine Welle von weiteren „Ärztestreiks“ aus. Diese Konflikte verliefen jedoch in der Regel

32. Vgl. dazu Neuhaus, Arbeitskämpfe, S. 302; Puppe, Bestrebungen, S. 89-104; Dr. Hirsch, Ärztekammern und Ehrengerichte als Hilfstruppe des Leipziger Verbandes der Ärzte Deutschlands, in: Der Kassenarzt 2 (1925), Nr. 23, S. 1 f.; Maschke, Boykott, S. 267 ff.

33. Diese Konflikte, die mit einem vollen Erfolg der organisierten Ärzteschaft endeten, sind ausführlich beschrieben bei Kuhns, Fünfundzwanzig Jahre, S. 275-285; Neuhaus, Arbeitskämpfe, S. 279-299; Huerkamp, Aufstieg, S. 288 ff.; Plaut, Gewerkschaftskampf, S. 104 ff.

sehr viel moderater, da die Kassen nach den Leipziger und Kölner Erfahrungen sowie aufgrund ihrer im „Streik“ ungünstigen Rechtsposition sehr viel schneller zum Einlenken bereit waren. Oft reichte schon die nachdrückliche Kampfansage der Leipziger, um Konflikte zu ihrer Zufriedenheit beizulegen. So zählte die Verbandsstatistik zwischen 1900/04 und 1912 insgesamt 1.090 Konflikte zwischen Leipziger Verband und Krankenkassen, von denen 1.005 beendet wurden, davon wiederum 984 mit der weitgehenden Durchsetzung der ärztlichen Forderungen.³⁴

Die Konflikte zwischen Ärzten und Kassen verschärfen sich nochmals im Vorfeld des Inkrafttretens der neuen Reichsversicherungsordnung am 1. 1. 1914. Da die von den Ärzten gewünschte gesetzliche Fixierung der freien Arztwahl in der Gesetzesnovelle ausblieb, wurden die Kassenarztverträge zum 31. Dezember 1913 gekündigt, und der Leipziger Verband rüstete zum „Generalstreik“. Im letzten Moment gelang es der Reichsregierung, den Leipziger Verband und die Spitzenverbände der Krankenkassen im „Berliner Abkommen“ zu einer auf zehn Jahre befristeten Einigung zu bewegen. Das „Berliner Abkommen“ verwirklichte keineswegs in allen Punkten die programmatischen Grundsatzforderungen der „Ärztegewerkschaft“. Insbesondere die allgemeine Durchsetzung der freien Arztwahl wurde nicht erreicht. Aber immerhin hoben die mit der Vereinbarung geschaffenen, paritätisch aus Ärzte- und Kassenvertretern besetzten Zulassungs- und Registerausschüsse die Anstellungsautonomie der Kassen bei der Besetzung von Kassenarztstellen auf. Zwar blieb es auch nach dem „Berliner Abkommen“ bei den Einzeldienstverträgen zwischen Arzt und Kasse, aber die Mitwirkung der organisierten Ärzteschaft bei der Vorbereitung von deren Ausgestaltung in den Vertragsausschüssen bedeutete faktisch einen großen Schritt zur Durchsetzung von ärztlichen Kollektivverträgen.³⁵ Insgesamt markiert der „Berliner Friede“ in der Tendenz – zunächst noch unterbrochen von Weltkrieg und Revolution – den Übergang des Leipziger Verbandes von einem „Kampf“- zu einem kompromißfähigen

34. Die Angaben nach Herold-Schmidt, *Interessenvertretung*, S. 93. Die verbandsinterne Erfolgsquote müßte vermutlich bei genauerer Prüfung etwas nach unten korrigiert werden, aber insgesamt kann an der beeindruckenden Erfolgsstatistik kein Zweifel bestehen.

35. Zum Berliner Abkommen vgl. Friedensschluß, in: *Ärztliche Mitteilungen* 15 (1914), S. 3-7; Das Friedensecho im Ärztestande, in: ebd., S. 72-75.

Verband, für den der vertragliche Tausch anstelle des offenen Konfliktes zunehmend an Bedeutung gewann.³⁶

Außerhalb der Gesetzlichen Krankenversicherung war der Leipziger Verband schon lange vor dem „Berliner Abkommen“ tarifvertragsfähig geworden. Bereits 1906 gelang es der „Ärztegewerkschaft“, mit den norddeutschen Großreedereien eine Übereinkunft über einen Tarifvertrag für Schiffsärzte – insbesondere für junge Ärzte zu dieser Zeit ein ernstzunehmender Arbeitsmarkt – zu schließen, der unter anderem die Stellenvermittlung für Schiffsärzte dem Verband überließ. Es folgte 1908 ein Tarifvertrag mit den kaufmännischen Ersatzkassen, die immerhin ca. 120.000 Mitglieder organisierten. Mit dieser Vereinbarung setzte der Verband erstmals überregional die organisierte freie Arztwahl durch. Auch mit dem „Verband deutscher Lebensversicherungs-Gesellschaften“ und mit der „Postunterbeamtenkasse“ kam es noch vor dem I. Weltkrieg zu tarifvertraglichen Vereinbarungen.³⁷ Insgesamt dokumentierten die Organisationsform, „Streikbereitschaft“ und der Abschluß von Kollektivverträgen das Selbstverständnis des Leipziger Verbandes als einer „Ärztegewerkschaft“. Der folgende Abschnitt fragt dagegen nach der Wahrnehmung des gewerkschaftlichen Selbstverständnisses des Leipziger Verbandes innerhalb der Ärzteschaft, der Arbeiterbewegung und in den zeitgenössischen Sozialwissenschaften.

IV. Der Leipziger Verband im Meinungsbild: Die Rezeption der „Ärztegewerkschaft“

Schon das keineswegs spannungsfreie Verhältnis des Leipziger Verbandes zum Deutschen Ärztevereinsbund dokumentiert, daß er innerhalb der bürgerlichen Ärzteschaft alles andere als unumstritten war. Das galt vor allem für Ärzte, die ihre Interessen nicht durch den Leipziger Verband vertreten sahen. Manche Landärzte standen dem neuen Interessenverband vorerst distanziert

36. Zu dieser Einschätzung vgl. auch Groser, *Gemeinwohl*, S. 63. Dies sah sogar die Kassenseite so. Vgl. Helmut Lehmann, *Die Kassenarztfrage in Deutschland*, in: Korkisch (Hg.), *Arztfrage*, S. 13-20, hier S. 15.

37. Vgl. zur Tarifpolitik und zu den Tarifverträgen des Leipziger Verbandes nur Kuhns, *Fünf- undzwanzig Jahre*, S. 189-254.

gegenüber, weil in industriearmen Regionen weniger Menschen in die Krankenversicherungspflicht einbezogen waren und die Bedeutung der Kassenarztfrage zunächst wesentlich geringer war.³⁸ Insbesondere die Gegner der freien Arztwahl waren der „Ärztegewerkschaft“ nicht wohlgesonnen. Viele Inhaber von Kassenarztstellen, Knappschafts- und Bahnärzte fürchteten bei der Zulassung von mehr oder gar allen Ärzten zur kassen-, knappschafts- oder bahnärztlichen Praxis um ihre Pfründe. In diesen Kreisen schufen erst die zunehmenden Erfolge des Leipziger Verbandes bei den Honorarverhandlungen mit den Kassen entsprechende Akzeptanz.³⁹ Über solche innerärztlichen Interessengegensätze hinaus sorgten aber das „gewerkschaftliche“ Selbstverständnis und die „gewerkschaftlichen“ Mittel des Verbandes bei bürgerlich-konservativen Ärzten für Konfliktstoff. Besonders in der Anfangszeit vermuteten manche Kritiker den Leipziger Verband deshalb auch politisch im sozialistischen Umfeld.⁴⁰ Die Absurdität dieser Behauptung erwies sich allerdings nicht nur in der aggressiven Konfrontationsstellung des Verbandes gegen die sozialdemokratischen Vorstände der Ortskrankenkassen. Auch wenn sich die engen Verbindungen des Leipziger Verbandes zum reaktionär-konservativen politischen Lager erst während der 1920er Jahre deutlicher herauskristallisierten und der Verband anfangs noch in mancher Ortsgruppe ein eher liberales Profil entwickelte,⁴¹ wurde doch rasch deutlich, daß die Gründer und Vorständler des Verbandes rechtsstehende und national gesinnte Männer waren.⁴²

38. Vgl. hier Anthes, *Geschichte*, S. 19 f.

39. Vgl. Huerkamp, *Aufstieg*, S. 296.

40. Vgl. z.B. Dr. Jonas, *Ärztestreik*, ein Zeichen der Zeit, 2. Aufl. Liegnitz 1907, S. 50.

41. Bekannt sind die engen Verbindungen des Leipziger Verbandes zur DNVP. Vgl. dazu Hans Stappert, *Krankenschein gefällig?*, München 1928, S. 150; Karl Haedenkamp, *Die Gesundheitspolitik des Reiches und die Ärzte*, Leipzig 1928; Michael H. Kater, *Ärzte und Politik in Deutschland 1848-1945*, in: *Jahrbuch des Instituts für Geschichte der Medizin der Robert-Bosch-Stiftung* 5 (1987), S. 34-48. Regional liberales Profil gewann der Leipziger Verband vor allem durch die Eingliederung der „Vereine für freie Arztwahl“. Vgl. Hubenstorf, *Arztwahl*, 43 f.

42. So Plaut, *Gewerkschaftskampf*, S. 224. Die Behauptung von Schadewaldt, *Hartmannbund*, S. 38, zwischen SPD, Gewerkschaften und Ärzteschaft hätten zur Zeit der Verbandsgründung freundschaftliche Kontakte bestanden, und Hartmann habe in den Arbeitergewerkschaften nicht nur ein Vorbild, sondern auch einen Verbündeten gesehen, läßt sich in dieser Form nicht aufrechterhalten.

Die darüber hinausgehenden wesentlichen Kritikpunkte von eher dem bürgerlich-konservativen Lager zuzurechnenden Ärzten formulierte der preußische Kreisarzt Josef Wengler beispielhaft. Eine Koalition der Ärzte sei zwar wegen der schwierigen Beziehungen zu den Krankenkassen prinzipiell gerechtfertigt, die Form sei aber standesunwürdig. „Der hochkultivierte Arzt griff nämlich im Kampf ums Dasein zu genau denselben Mitteln, wie der Handarbeiter, zu Streik, Boykott, Kampfansage usw. Das Schema der Arbeiter wurde einfach übernommen.“ Da der Arzt aber Künstler und nicht Arbeiter sei, passe das engherzige materielle Programm des Leipziger Verbandes nicht für gebildete Menschen. Es degradiere den Arzt, sei zum Schaden der leidenden Menschheit und vor allem erstickte es den freien Arzt und unterwerfe ihn einem unwürdigen Koalitionszwang. Ärzte, so Wengler, dürften keine Gewerkschaft bilden, sondern müßten weiterhin staatliche Protektion suchen.⁴³ Dies war eine Position, die auch im sonstigen Bildungsbürgertum vertreten wurde. So hielt der hessische Justizrat Fuld die gewerkschaftliche Organisation eines freien akademischen Berufes für völlig unmöglich. Die Gewerkschaftsbewegung könne für Ärzte nur Gegenstand des aufmerksamen Studiums, nicht aber nachahmenswertes Beispiel sein.⁴⁴

Offensichtlich überwand der Leipziger Verband, wie die imponierende Mitgliederbewegung zeigt, solche Bedenken innerhalb der Ärzteschaft rasch. Auch eine gegen ihn gerichtete und ambitionierte neue Verbandsgründung, wie die des 1909 aus der Taufe gehobenen „Reichsverbandes der deutschen Ärzte“, der eine wirtschaftsfriedliche Verständigung mit den Krankenkassen anstrebte und deshalb von Vertretern des Leipziger Verbandes als „gelbe Gewerkschaft“ diskreditiert wurde, versandete schnell in der Bedeutungslosigkeit.⁴⁵ Allerdings beruhte der hohe Organisationsgrad des Leipziger Verbandes nicht zuletzt auf einem immensen Koalitionszwang. So vermerkte

43. Vgl. Josef Wengler, Das Unsoziale der gegenwärtigen Ärztebewegung, in: Preußische Jahrbücher 135 (1909), S. 439-459, Zitat S. 440. Vgl. ähnlich z.B. auch F. Döring, Cavete. Ein freies Wort an die deutsche Ärzteschaft, Frankfurt a.M. 1909; Jonas, Ärztestreik.

44. Vgl. Fuld, Die Ärzte und die Gewerkschaftsbewegung, in: Soziale Medizin und Hygiene 4 (1909), S. 129-136.

45. Vgl. Erich Levy, Berliner Abkommen und Leipziger Verband, in: Ärztliche Mitteilungen 15 (1914), S. 887 f., hier S. 887. Der Reichsverband wurde nach Abschluß des „Berliner Abkommens“ 1914 aufgelöst und vereinigte nie mehr als 300 Mitglieder.

ein Arzt 1920, die Tatsache, daß der Leipziger Verband die ärztliche „Gewerkschaft“ sei, werde nicht mehr bezweifelt, aber viele Mitglieder seien dieser „Gewerkschaft“ innerlich fremd.⁴⁶ „Der Gewerkschaftsstandpunkt ist aber leider noch nicht Gemeingut aller dem Verbands angehörnden Ärzte und aller einzelnen lokalen Organisationen geworden...“⁴⁷ Die Stimmen im bürgerlichen Ärztelager, die in der „Gewerkschaft“ eine den Ärzten eigentlich nicht angemessene Organisationsform sahen, verstummten trotz der anfänglich großen Erfolge des Leipziger Verbandes nie völlig und nahmen seit den späten 1920er Jahren, nachdem die Hartmannbundpolitik inzwischen des öfteren an ihre Grenzen gestoßen war, eher noch zu. Ärztliche Gewerkschaften, befand Hermann von Hayek, organisierten sich nach Richtlinien, die für Handwerker zweckmäßig seien, aber das Ende freier ärztlicher Tätigkeit bedeuteten. Kollektivverträge leisteten nur unpersönlicher Massenarbeit Vorschub, und durch Streikandrohungen stelle man sich auf eine Stufe mit revoltierenden Handwerkern.⁴⁸

Unter umgekehrten Vorzeichen gestaltete sich die Rezeption des Leipziger Verbandes bei den sozialistischen Ärzten. Deren Zahl blieb während Kaiserreich und Weimarer Republik insgesamt gering, aber sie verfügten über eigene Organisationen. Ca. 20 Berliner Ärzte hatten 1913 einen „Sozialdemokratischen Ärzteverein“ gegründet, der sich nach der Revolution zum „Verein Sozialistischer Ärzte“ wandelte und sich bis zum Ende der Weimarer Republik, trotz einer kleineren Abspaltung zum „Sozialdemokratischen Ärztesbund“, als eine der wenigen funktionierenden intersozialistischen, Parteilose, Sozialdemokraten und Kommunisten vereinigenden Organisationen der Arbeiterbewegung bewährte. Der „Verein Sozialistischer Ärzte“ zählte 1925 ca. 100 Köpfe und wuchs bis 1932 auf immerhin ca. 850 Mitglieder an.⁴⁹ Trotz der

46. Vgl. -s, Ein Vademecum, das uns not tut, in: Ärztliche Mitteilungen 21 (1920), S. 482-484, hier S. 482.

47. So Israelski, Klares Bekenntnis, in: Ärztliche Mitteilungen 24 (1923), S. 266; vgl. ebenfalls Dr. Pniower, Ärztegwerkschaft und Räteverfassung, in: ebd. 22 (1921), S. 339 f.

48. Vgl. Hermann von Hayek, Freie Arztwahl und Sozialversicherung, München 1927, S. 27; vgl. ebenfalls z.B. Clemens E. Benda, Der Kampf um die ärztlichen Standesideale, in: Die Medizinische Welt 7 (1933), S. 497-499; Carl Jacobs, Arztum in Not, Leipzig 1929, S. 1.

49. Zum „Verein Sozialistischer Ärzte“ vgl. am besten Franz Walter, Sozialistische Akademiker- und Intellektuellenorganisationen in der Weimarer Republik, Bonn 1990, S. 131-198.

frühzeitig erkennbaren, politisch eher rechtskonservativen Ausrichtung des Leipziger Verbandes wurde dieser unter den sozialistischen Ärzten zunächst überwiegend positiv aufgenommen. Dieser – wenn auch nicht uneingeschränkten – Sympathie versicherte sich der Leipziger Verband weniger durch seine konkrete Politik, als vielmehr durch sein „gewerkschaftliches“ Selbstverständnis. Ähnlich wie der Leipziger Verband und anders als die größten Teile der SPD sahen sozialistische Ärzte die Macht innerhalb des Krankenversicherungssystems auf Seiten der Kassen und plädierten für einen weiteren Ausgleich der Interessen beispielsweise durch Einführung der freien Arztwahl.⁵⁰ Ignaz Zadek, Vorsitzender des „Sozialdemokratischen Ärztevereins“, bestätigte 1913, daß zwischen Arzt und Krankenkasse ein Arbeitsverhältnis wie zwischen Arbeiter und Unternehmer bestehe, die Gründung einer ärztlichen „Gewerkschaft“ mithin berechtigt und der Leipziger Verband diese „Gewerkschaft“ sei. Als demokratische Organisation und politisch neutrale „Gewerkschaft“ sei der Leipziger Verband auf dem richtigen Wege, die ethische Erhebung und Befreiung der Ärzte zu verwirklichen. Deshalb seien die sozialdemokratischen Ärzte immer bemüht gewesen, innerhalb der Partei Verständnis für die Ärztebewegung zu wecken.⁵¹ Auch bei den meisten anderen sozialistischen Ärzten genoß der Leipziger Verband zunächst weitgehende Anerkennung als „gewerkschaftliche“ und wirtschaftliche Interessenvertretung der gesamten Ärzteschaft.

Zur – im Vergleich zu anderen Akademikern – Unterrepräsentation von Ärzten in den sozialdemokratischen Funktionärskadern vgl. Gustav Auernheim, „Genosse Herr Doktor“. Zur Rolle von Akademikern in der deutschen Sozialdemokratie 1890 bis 1933, Gießen 1985, S. 113 f.

50. Über solche Brückenschläge hinweg trennten dessen ungeachtet tiefe Gräben die sozialistischen Ärzte - etwa mit der Forderung nach der Sozialisierung des Heilwesens - von ihren bürgerlich-konservativen und bürgerlich-liberalen Kollegen.
51. Vgl. Ignaz Zadek, Ein Sozialdemokratischer Ärzteverein, in: Sozialistische Monatshefte 18, 1 (1914), S. 158-171, hier S. 162-164; außerdem Dr. A. Bl., Sind Ärztestreiks möglich?, in: Die Neue Zeit 22,1 (1903/04), S. 646 f.; Karl Kollwitz, Ärzte und Krankenkassen, in: Sozialistische Monatshefte 7,2 (1903), S. 603-608. Vgl. zur zunächst überwiegenden Befürwortung des Leipziger Verbandes bei sozialistischen Ärzten auch Irina Winter, Der Verein Sozialistischer Ärzte. Ein Beitrag zur Geschichte des Ärztstandes, in: Zeitschrift für ärztliche Vorbildung 61 (1964), S. 1140-1143, hier S. 1142.

Dieses freundlich-akzeptierende Verhältnis begann erstmals während der Revolution aufzubrechen. Die Verdienste des Leipziger Verbandes bei der Wahrung wirtschaftlicher Interessen seien zwar unbestreitbar, argumentierte ein sozialistischer Mediziner, aber er habe eine engere Fühlungnahme zur Arbeiterschaft verpaßt und geriere sich eher als eine antidemokratisch orientierte Organisation kleiner ärztlicher Unternehmer. Die Forderung der Stunde sei deshalb, daß der Arzt als Arbeiter auch unmittelbaren Anschluß an die gewerkschaftliche Organisation der modernen Arbeiterbewegung gewinnen müsse.⁵² Einen scharfen Konfrontationskurs zum Leipziger Verband steuerten aber in der Folgezeit vor allem die in den – vom Leipziger Verband heftig befehdeten – Berliner Krankenkassenambulatorien beschäftigten, zumeist sozialistischen Ärzte, die sich auf Initiative des Berliner Arztes, SPD-Reichstagsmitgliedes und gesundheitspolitischen Sprechers der Fraktion Julius Moses 1924 im „Berliner Kassenärzteverein“ und 1925 im „Reichsverband Deutscher Kassenärzte“ organisierten. Moses profilierte sich als schärfster und scharfsinnigster Kritiker der „Ärztegewerkschaft“ und wurde deshalb zu deren erklärtem Feind.⁵³ Innerhalb des „Vereins Sozialistischer Ärzte“ hingegen, den Moses 1924 verlassen hatte, um sich dem Sozialdemokratischen Ärztebund anzuschließen, trat der Gegensatz zum Leipziger Verband nicht so deutlich hervor. Zwar bestand mit dem Hartmannbund über viele Fragen der Gesundheitspolitik ein tiefreichender Dissens, aber noch im Sommer 1927 führte wiederum Ignaz Zadek in der Zeitschrift des Vereins aus, daß die große „gewerkschaftliche“ Ärzteorganisation, die an die Stelle der überlebten Standesvereine getreten sei und jede parteipolitische Tendenz ablehne, längst die Mitgliedschaft sozialistischer Kollegen zu schätzen gelernt habe. Die

52. Vgl. Dr. Stulz, Der Arzt als Lohnarbeiter, in: Berliner Ärzte-Correspondenz 23 (1918), S. 199 f.

53. Vgl. hier Aufruf an alle Ärzte Deutschlands, die nicht auf dem Boden des Leipziger Verbandes stehen!, in: Der Kassenarzt 2 (1925), Nr. 3, S. 1; Reichsverband deutscher Kassenärzte, in: ebd. 2 (1925), Nr. 5, S. 1f. Zu Julius Moses vgl. Susanne Hahn, „Medizin ohne Politik gibt es nicht“. Zum Leben und Wirken von Julius Moses, in: Bernhard Meyer/Hans-Jürgen Mende, Berliner jüdische Ärzte in der Weimarer Republik, Berlin 1996, S. 151-177; vgl. auch Wolff, Interessen, S. 117-119; zum Streit um die Berliner Krankenkassenambulatorien vgl. Jutta von Dittfurth, Die Lage der an Ambulatorien angestellten Ärzte. Zur Politik und Argumentation der Ärzteverbände in der Weimarer Republik, MS Bielefeld 1977.

sozialistischen Ärzte hätten dank ihrer Schulung in der Partei und in der Gewerkschaftsbewegung den Aufstieg der großen „Ärztegewerkschaft“ begrüßt und hielten das Bestehen einer solchen Organisation weiterhin für notwendig, auch wenn man weit davon entfernt sei, sich mit allen vom Hartmannbund vertretenen Anschauungen und Forderungen zu identifizieren.⁵⁴ Die Hoffnung, mit Hilfe der großen Leipziger „Ärztegewerkschaft“ Brückenschläge zu den Arbeiter- und Angestelltengewerkschaften zu schaffen, verließ viele sozialistische Ärzte offensichtlich erst gegen Ende der 1920er Jahre unwiderruflich, als die Beziehungen des Hartmannbundes zu den Rechtsparteien immer enger wurden.⁵⁵ Eine Reaktion darauf war, daß der „Verein Sozialistischer Ärzte“ seit etwa 1929/30 Überlegungen intensivierte, mit den Freien Gewerkschaften zu kooperieren. Nachdem auch die Option bestanden hatte, innerhalb des AfA-Bundes eine gewerkschaftliche Organisation medizinischer Berufe aufzubauen, entschlossen sich die sozialistischen Ärzte 1931, der „Reichssektion Gesundheitswesen“ im Gesamt-Verband beizutreten.⁵⁶ Insgesamt aber bleibt eine angesichts der kaum zu überbrückenden ideologischen und politischen Gegensätze erstaunlich lang anhaltende grundsätzliche

-
54. Vgl. Ignaz Zadek, Zur Ärztekammerwahl, in: *Der sozialistische Arzt* 3 (1927), S. 3-7, hier S. 3 u. 5. Die von Zadek angesprochene Mitgliedschaft sozialistischer Ärzte im Hartmannbund beruhte meist nicht auf einer Identifikation mit den Verbandszielen, sondern auf der zentralen Funktion, die der Verband innerhalb des kassenärztlichen Systems innehatte. Wie tiefgreifend und grundsätzlich der Dissens zwischen sozialistischen Ärzten und Leipziger Verband war, wußte natürlich auch Zadek.
55. Noch auf dem Essener Ärztetag von 1929 kritisierte ein sozialistischer Arzt, daß die ärztliche „Gewerkschaft“ so wenig Fühlung mit den Führern der Arbeiter- und Angestelltengewerkschaften genommen habe. Vgl. Z., Die Ärztetagung in Essen. Eine kritische Nachlese, in: *Der sozialistische Arzt* 5 (1929), S. 120-128, hier S. 126. Dem Hartmannbund wurde seit Ende der 1920er Jahre seitens der sozialistischen Ärzte vorgeworfen, daß Zwangsumlagen, die der Verband bei seinen Mitgliedern erhob, in Kassen der DNVP fließen bzw. rechtsstehenden Kollegen zugute kommen würden. Seit Anfang der 1930er Jahre wuchs zudem die Präsenz von Ärzten im Braunhemd auf Hartmannbund-Versammlungen, ohne daß sich die Verbandsspitze deutlich von antisemitischen und rassehygienischen NS-Parolen in der Arzt- und Gesundheitspolitik distanzierte. Vgl. z.B. Politische Zwangsumlagen des Hartmannbundes, in: *Der sozialistische Arzt* 6 (1930), S. 154 f.; Theodor Plaut, Deutscher Ärztetag in Köln, 1931, in: ebd. 7 (1931), S. 229-232, hier S. 231.
56. Vgl. dazu Walter, Akademiker- und Intellektuellenorganisationen, S. 191-194; Paul Levy, Warum muß sich der Arzt gewerkschaftlich organisieren?, in: *Der sozialistische Arzt* 6 (1930), S. 64-68; Richtlinien des AfA-Bundes für die gewerkschaftliche Organisation der Ärzte, in: ebd. 6 (1930), S. 69-71.

Akzeptanz des Leipziger Verbandes durch die sozialistischen Ärzte zu konstatieren. Diese Akzeptanz beruhte darauf, daß auch viele sozialistische Mediziner die Ärzte in einem Lohnarbeitsverhältnis zu den Krankenkassen sahen und damit den Leipziger Verband als berechtigten „gewerkschaftlichen“ Zusammenschluß verstanden.

Die sozialistische Arbeiterbewegung insgesamt war in dieser Frage noch tiefer gespalten als die sozialistischen Mediziner. Auch einige nicht-ärztliche Partei- und Gewerkschaftsvertreter erkannten den Kassenärzten einen Lohnarbeiterstatus und das Recht zum gewerkschaftlichen Zusammenschluß zu. So rechnete beispielsweise der Münchener Arbeitersekretär Johannes Timm die Ärzte zu den geistigen Lohnarbeitern, deren angebotene Arbeitskraft von den Krankenkassen nach Marktwert taxiert würde. In Bezug auf die Entlohnung der Ärzte würden die Mechanismen des kapitalistischen Marktes greifen, die Ärzte seien gezwungen, ihre Ware zu einem geringen Marktpreis anzubieten, und ihre gewerkschaftliche Lohnbewegung sei damit von der Arbeiterbewegung anzuerkennen.⁵⁷ Innerhalb der sozialistischen Arbeiterbewegung blieb dies jedoch schon aufgrund ihrer engen Verflechtung mit den Ortskrankenkassen eine – im Zeitverlauf schwächer werdende – Minderheitenposition. Schließlich erforderte die Anerkennung der Kassenärzte als Lohnarbeiter eine parallele Definition der Krankenkassen als nach kapitalistischen Prinzipien arbeitende Unternehmen. Die Krankenkassen aber, so formulierte Karl Kautsky diese innerhalb der Arbeiterbewegung weithin geteilte Position, seien keineswegs kapitalistische, zum Zwecke der Profiterzielung gegründete Ausbeutungsinstitute, sondern dienten vielmehr gemeinnützigen Zwecken. Zudem fehle den Kassen die Grundlage kapitalistischer Ausbeutung, nämlich der Besitz an den oder die Verfügung über die Produktionsmittel der Ärzte. Das Verhältnis zwischen Ärzten und Krankenkassen lasse sich mithin eher als das zwischen selbständigen Verkäufern und Käufern beschreiben, und die daraus entstehenden Konflikte hätten nichts mit dem proletarischen Klassenkampf

57. Vgl. Johannes Timm, Welche Stellung haben die Arbeiter zur Ärztebewegung einzunehmen?, in: Sozialistische Monatshefte 7,2 (1903), S. 842-848; vgl. weiter auch Neuhaus, Arbeitskämpfe, S. 272-274.

und dessen Regeln gemein.⁵⁸ Die politische Polarisierung des Leipziger Verbandes – darauf wurde schon verschiedentlich hingewiesen – verschärfte diesen prinzipiellen Dissens zumal während der Weimarer Republik zunehmend. Die von Kautsky für einen Großteil der sozialistischen Arbeiterbewegung umrissene Position hatte zudem viele Berührungspunkte mit den Stellungnahmen bildungsbürgerlicher Sozialreformer vor dem Ersten Weltkrieg.⁵⁹ Dennoch akzeptierten Vertreter der zeitgenössischen Sozialwissenschaften durchaus den Gewerkschaftscharakter des Leipziger Verbandes. Werner Sombart erklärte 1907 in einem Vortrag vor dem Hamburger Ärztlichen Verein, der Leipziger Verband sei antikapitalistisch und eine Gewerkschaft, die über die Requisiten einer modernen Gewerkschaftsbewegung verfüge, nämlich eine Stellenvermittlung, eine Unterstützungskasse und eine Streikkasse.⁶⁰ Auch Paul Mombert wies alle Argumente, die gegen einen Gewerkschaftscharakter des Leipziger Verbandes vorgebracht wurden, als nicht stichhaltig zurück. Entscheidend für den Gewerkschaftscharakter sei, daß sich Vertreter eines Standes oder Berufes, deren ökonomische Existenz auf dem Verkauf ihrer Arbeitsleistungen beruhe, zur Wahrung ihrer dabei entstehenden Interessen zusammenschließen. Da beim Verkauf persönlicher Dienstleistungen das Verhältnis des Verkäufers zum Käufer nicht wie bei Sachgütern mit dem Vertragsabschluß beendet sei, sondern erst dann beginne, gewinne der Käufer Herrschaft über die Person des Verkäufers. Es gebe also keine Unterschiede hinsichtlich der ökonomischen Positionen zwischen den Verbänden der Ärzte und denen der gewerblichen Arbeiter. So glichen sich auch die Ziele beider Organisationen: bessere Entlohnung und größere Unabhängigkeit vom Arbeitgeber.⁶¹

Die hier skizzierte zeitgenössische Debatte um den Gewerkschaftscharakter des Leipziger Verbandes zeigt etwas von der Irritation, die das öffentliche

58. Vgl. Karl Kautsky, Ärzte als Streikbrecher, in: Die Neue Zeit 22,1 (1903/04), S. 518 f. Vgl. ebenso z.B. Georg Wagner, Der Kampf der Ärzte gegen die Krankenkassen, in: ebd., S. 501-512. Der Versuch eines Gegenargumentes z.B. bei A.Bl., Ärztestreik: Die Kranken seien die „Produktionsmittel“ des Arztes, und diese könnten ihm durch die Kassen vorenthalten werden.

59. Vgl. dazu Neuhaus, Arbeitskämpfe, S. 299-313.

60. Nach Plaut, Gewerkschaftskampf, S. 15 f.

61. Vgl. Mombert, Charakter.

Bekanntnis einer wirtschaftlichen Organisation von politisch ganz überwiegend antisozialistischen und konservativen Bildungsbürgern als „Gewerkschaft“ auslöste. Dabei fällt auf der einen Seite die relativ breite, wenn auch distanzierte Akzeptanz des Leipziger Verbandes als „Ärztegewerkschaft“ auf. Zugleich scheinen in den kritischen Einwänden dieser Debatte schon die Grenzen des gewerkschaftlichen Selbstverständnisses auf, die sich in der Weimarer Republik zunehmend deutlicher herauskristallisierten.

V. Abschied von der „Ärztegewerkschaft“

In den Jahren zwischen Revolution und Hyperinflation war allerdings von einem Abschied vom gewerkschaftlichen Selbstverständnis noch wenig zu spüren. Im Gegenteil: Der politische Umbruch und die damit verbundenen neuen Gestaltungsmöglichkeiten der Sozialdemokratie verbanden sich für die Ärzte mit der Befürchtung, daß die Krankenkassen entscheidende Positionsgewinne erzielen würden. Nur eine gewerkschaftliche Organisation schien sowohl dem „Zeitgeist der Sozialisierung“ als auch der vielfach konstatierten „Proletarisierung“ des Ärztstandes zu entsprechen.⁶² Arztgruppen, die sich vom Leipziger Verband nur ungenügend vertreten sahen, glaubten nun ihrerseits, durch „gewerkschaftlichen“ Zusammenschluß ihre Interessen am wirksamsten wahrnehmen zu können. So wollten die „in Kampfesstimmung“ befindlichen Landärzte auf dem niederbayerischen Ärztetag von 1919 mit „eisern starker Einheitsfront“ die „Tore der Zukunft mit einem Blick in ein leuchtendes Morgenrot“ öffnen und sich zur Bildung einer Landärztegewerkschaft zusammenschließen.⁶³ Der „Reichsverband angestellter Ärzte“, der die Assistenzärzte und die noch nicht zur Kassenpraxis zugelassenen Ärzte vertrat, organisierte sich 1922 als Gewerkschaft und schloß sich 1923 sowohl

62. Vgl. Karl Erhard Weiß, Die Zukunft des Ärztstandes. Gedanken zu dem gleichnamigen Aufsatz von W. Hellpach, in: *Ärztliche Mitteilungen* 20 (1919), S. 203 f., hier S. 204. Vgl. auch z.B. Robert Gaupp, Die künftige Stellung des Arztes im Volke, Tübingen 1919, S. 7 f.

63. Vgl. die Zitate bei Schmitz, Stimmungsbild, in: *Der Landarzt* 1 (1919/20), S. 113 f., hier S. 113. Diese Semantik ist in Berichten über Ärztetage in dieser Zeit durchaus häufig nachzuweisen. Vgl. hier weiter auch Dr. Kellner, Kollegen! rüstet zum Bund der Landärzte!, in: ebd. 2 (1920/21), S. 9-11.

dem Leipziger Verband als auch dem Deutschen Gewerkschaftsbund an.⁶⁴ Und auch innerhalb des Leipziger Verbandes wurde der Gewerkschaftsgedanke in den Jahren zwischen Revolution und Hyperinflation ausdrücklich betont. Beispielsweise empfahl ein Autor in der Verbandszeitschrift, „schon in Hinsicht auf den ungeheueren Einfluß der deutschen Gewerkschaften ... bei unseren neuen Forderungen den Charakter unseres L.V. als einer Gewerkschaft zu unterstreichen, weil ja auch dann eine Anpassung unserer Forderungen an die vorhandenen Einrichtungen leichter bewerkstelligt werden kann.“⁶⁵ Seit etwa der Mitte der 1920er Jahre begann sich das gewerkschaftliche Selbstverständnis jedoch zunehmend aufzuweichen. Signifikant für diesen Prozeß ist ein Artikel von Theodor Plaut, der 1925 in einem Sonderheft der Verbandszeitschrift zum 25jährigen Jubiläum des Hartmannbundes an prominenter Stelle erschien und der insofern schon in die Nähe einer „verbandsoffiziösen“ Stellungnahme rückt. Plaut betonte explizit die Grenzen einer „gewerkschaftlichen“ Organisation für einen Zusammenschluß von Ärzten. 1900 hätten die Ärzte zu gewerkschaftlichen Mitteln gegriffen, und der Leipziger Verband sei damals zweifellos eine reine Gewerkschaft gewesen, vielleicht mit der einzigen Einschränkung, daß seine Mitglieder nicht der sozialen Klasse angehörten, aus der Gewerkschaftsmitglieder gewöhnlich entstammten. Vor einem Vierteljahrhundert seien alle Voraussetzungen für eine Gewerkschaftsbildung gegeben gewesen, und der Leipziger Verband sei angetreten, genau diese Voraussetzungen zu beseitigen, da die Aufgaben des Arztes unvereinbar mit der Stellung eines Arbeitnehmers seien. Dies sei dem Leipziger Verband inzwischen weitgehend gelungen, er stehe somit vor einer inneren Wiedergeburt und sei im Begriff, sich zu einer normalen akademischen Standesorganisation zur Wahrung der Berufsbelange zu entwickeln.⁶⁶

-
64. Vgl. Medicus jr., Angestellte Ärzte, in: *Der Kassenarzt* 6 (1929), Nr. 45/46, S. 7 f., hier S. 7.
65. Vgl. Dr. Pniower, Ärztegwerkschaft und Räteverfassung, in: *Ärztliche Mitteilungen* 22 (1921), S. 339 f., hier S. 339. Vgl. ebenfalls ders., Sozialisierung und Gewerkschaft, in: ebd. 21 (1920), S. 381 f.; Ibraelski, Zukunftswege des L.V., in: ebd. 21 (1920), S. 481 f.
66. Vgl. Theodor Plaut, Die Grenzen gewerkschaftlicher Organisation und der Leipziger Verband, in: *Ärztliche Mitteilungen* 26 (1925), Nr. 35, S. 7 f. Ähnlich argumentierte auch Paul Streffer, der Vorsitzende des Hartmannbundes, in seiner Ansprache zum Verbandsjubiläum. Vgl. Karl Haedenkamp, Jubelfeier des Hartmannbundes und 44. deutscher Ärztetag, in: *Ärztliche Mitteilungen* 26 (1925), S. 1001-1007, hier S. 1005.

Diese Diagnose trafen auch außenstehende Beobachter, obwohl die Eigen- oder Fremdbezeichnung des Hartmannbundes als „gewerkschaftlicher Zusammenschluß“ zunächst durchaus üblich blieb. Für Helmut Lehmann beispielsweise, geschäftsführender Vorsitzender des Hauptverbandes deutscher Krankenkassen, war der Hartmannbund zur Mitte der 1920er Jahre längst über eine wirtschaftliche, respektive gewerkschaftliche Interessenvertretung, die nach Vorbild der Arbeiter und Angestellten mit Hilfe des Abschlusses von Tarifverträgen um bessere Arbeitsbedingungen kämpfte, hinausgewachsen. Vielmehr ziele die Politik des Hartmannbundes auf die Schaffung von öffentlich-rechtlichen kassenärztlichen Vereinigungen, die im Prinzip eine Produktivgenossenschaft darstellten, die persönliche Dienstleistungen liefere.⁶⁷

Lehmann sollte mit seiner Prognose weitgehend recht behalten. Als unter dem Druck der Wirtschaftskrise 1931 bei schwindenden Beitragseinzahlungen Ausgabenkürzungen in der Krankenversicherung unumgänglich wurden, kamen die Vertreter der Ärzteverbände und insbesondere des Hartmannbundes der Regierung und den Krankenkassen insofern entgegen, als sie erhebliche Einkommenseinbußen akzeptierten. Dafür ermöglichte ihnen die Notverordnung vom 8. Dezember 1931 aber, einen fixen Teil der Krankenkassenbeiträge, die sogenannten Arztkosten, selbst zu verwalten, zu verteilen und über ihre wirtschaftliche Verwendung zu entscheiden, nachdem das Reichsarbeitsministerium im Vorfeld noch mit der Umwandlung der Ärzte in Angestellte gedroht hatte. Dieser erhebliche Autonomiegewinn der organisierten Ärzteschaft gegenüber den Krankenkassen wurde durch die Einrichtung Kassenärztlicher Vereinigungen als öffentlich-rechtliche Organisationen mit Zwangsmitgliedschaft institutionalisiert. Den Kassenärztlichen Vereinigungen wurden mit dem Sicherstellungsauftrag für die ambulante kassenärztliche Versorgung einerseits öffentliche Funktionen übertragen, andererseits monopolisierten sie die ärztliche Interessenvertretung gegenüber den Krankenkassen, die bisher quasi der Hartmannbund wahrgenommen hatte, indem sie das alleinige Recht zum Vertragsabschluß mit den Krankenkassen genossen. Damit war der Hartmannbund keineswegs auf das Abstellgleis geschoben. Vielmehr

67. Vgl. Helmut Lehmann, Die Kassenarztfrage in Deutschland, in: Korkisch, Arztfrage, S. 13-20, hier S. 18 f. Vgl. ähnlich auch Heinemann, Organisation, S. 9.

sorgten die engen personellen und institutionellen Verflechtungen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen dafür, daß der Hartmannbund de facto in einer öffentlich-rechtlichen Organisation aufzugehen begann. Auf lokaler und regionaler Ebene bestand zwischen dem Hartmannbund und den Kassenärztlichen Vereinigungen weitgehende Personalunion. Schließlich zog 1933 die gesamte Geschäftsführung des Hartmannbundes von Leipzig nach Berlin, um dort die Leitung der von den Nationalsozialisten am 2. August gegründeten zentralistischen Kassenärztlichen Vereinigung Deutschlands zu übernehmen.⁶⁸ Bis zum letzten Jahre, resümierte ein Autor 1934, sei der Hartmannbund verschiedentlich nicht als berufsständische, sondern als gewerkschaftliche Organisation angesehen worden. Diese habe sich nun aber mit seiner praktischen Überführung in eine öffentlich-rechtliche Körperschaft erledigt.⁶⁹ Formal besiegelte sich das Schicksal des Hartmannbundes als freier Interessenverband mit dem Inkrafttreten der Reichsärzteordnung am 1. April 1936, derzufolge Ärztevereinsbund und Hartmannbund zugunsten der Schaffung einer Reichsärztekammer aufgelöst wurden.⁷⁰ In den Weg von der freien Interessenvertretung zur öffentlich-rechtlichen Organisation der Kassenärzte hatte der Hartmannbund allerdings bereits spätestens im Dezember 1931 freiwillig eingeschwenkt.

Was waren die Gründe für die langsame Aufgabe des „gewerkschaftlichen“ Selbstverständnisses während der Weimarer Republik? – Im folgenden wird weder die oben grob skizzierte Entwicklung im Detail verfolgt, noch werden einzelne verbandspolitische Handlungskonstellationen rekonstruiert. Vielmehr werden einige kurze grundsätzlichere Überlegungen zu den während der Wei-

68. Vgl. dazu knapp im Überblick Wolff, *Interessen*, S. 131-134; Peter Thomsen, *Ärzte auf dem Weg ins „Dritte Reich“*. Studien zur Arbeitsmarktsituation, zum Selbstverständnis und zur Standespolitik der Ärzteschaft gegenüber der staatlichen Sozialversicherung während der Weimarer Republik, Husum 1996, S. 133-139; Douglas Webber, *Die kassenärztlichen Vereinigungen zwischen Mitgliederinteressen und Gemeinwohl*, in: Renate Mayntz (Hg.), *Verbindungen zwischen Mitgliederinteressen und Gemeinwohl*, Gütersloh 1992, S. 211-273.

69. Vgl. N.N., *Die Berufsorganisation der deutschen Ärzte*, in: *Soziale Zukunft* 6 (1934), S. 85-96, hier S. 91. Vgl. auch Rudolf Ramm, *Ärztliche Rechts- und Standeskunde. Der Arzt als Gesundheitserzieher*, Berlin 1942, S. 38-52.

70. Vgl. dazu im kurzen Überblick Martin Rütter, *Ärztliches Standeswesen im Nationalsozialismus 1933-1945*, in: Jütte (Hg.), *Geschichte*, S. 143-193, hier S. 173-175.

marer Republik immer deutlicher hervortretenden Grenzen eines „gewerkschaftlichen“ Selbstverständnisses des Leipziger Verbandes angestellt.

1) Zunächst einmal ließ sich der Arbeitnehmerstatus der Kassenärzte mit guten Argumenten bezweifeln. Zwar ist das z.T. enge Abhängigkeitsverhältnis der Kassenärzte zu den Kassenvorständen unbestreitbar, aber erhebliche Unterschiede zur Stellung der Arbeiter und Angestellten blieben. Niedergelassene Ärzte verfügten neben der Kassenpraxis immer über eine mehr oder weniger große Privatpraxis.⁷¹ Und auch in der Kassenpraxis selbst blieb der Arzt hinsichtlich der Art seiner Berufsausübung und seiner betriebswirtschaftlichen Praxisführung weitgehend autonom. Er entschied über den Einsatz von diagnostischen und therapeutischen Mitteln, über die Anstellung von Personal, über die Anschaffung von Einrichtungen und medizinisch-technischen Apparaturen, über seine Arbeitszeiten etc. Die tatsächliche Stellung des Kassenarztes zu den Krankenkassen läßt sich so eher als „arbeitnehmerähnlich“ beschreiben. Mithin war der Leipziger Verband auch nie eine echte Gewerkschaft.⁷² Aber immerhin war die Stellung der Kassenärzte „arbeitnehmerähnlich“ genug, um den Leipziger Verband ein gewerkschaftliches Selbstverständnis pflegen zu lassen, das in einer sozialpolitisch interessierten Öffentlichkeit durchaus Akzeptanz fand.

Die Abkehr von einem gewerkschaftlichen Selbstverständnis beruhte denn auch keineswegs primär darauf, daß sich die Stellung der Kassenärzte zu den Krankenkassen im Verlauf der Weimarer Republik hinsichtlich ihres arbeitnehmerähnlichen Charakters wesentlich verbesserte. Die Entwicklungstendenzen hielten sich ungefähr die Waage. Einerseits löste die zunehmende Durchsetzung der organisierten freien Arztwahl ein gutes Stück des Abhängigkeitsverhältnisses der Ärzte von den Krankenkassen. Auf der Debetseite stachen hingegen die Bestimmungen der Notverordnung der Regierung Stresemann über „Ärzte und Krankenkassen und über Krankenhilfe bei den Krankenkassen“

71. Allerdings waren in der Weimarer Republik, abgesehen von wenigen Ausnahmen, die niedergelassenen Ärzte auf die Kassenpraxis wirtschaftlich angewiesen. Schätzungen zufolge stammten durchschnittlich 75-80 % des von niedergelassenen Ärzten erwirtschafteten Einkommens aus der Kassenpraxis. Vgl. Erwin Liek, Gesundheitsdienst am deutschen Volk, in: Münchener Medizinische Wochenschrift 75 (1928), S. 1609-1611, hier S. 1609.

72. Vgl. dazu auch Neuhaus, Arbeitskämpfe, S. 308 f.

sen“ vom 30. Oktober 1923 hervor, die angesichts der inflationsgeschädigten desaströsen Finanzlage der Kassen die wirtschaftlichen Kontrollmöglichkeiten der Kassenvorstände gegenüber den Ärzten erheblich ausweiteten. Die Kassen erhielten Kompetenzen, Richtlinien über wirtschaftliche Ordnungsweisen festzusetzen, deren Einhaltung durch die Kassenärzte mit Hilfe sogenannter Vertrauensärzte zu kontrollieren und Übertretungen gegebenenfalls hart zu sanktionieren.⁷³ Damit nahmen die Kassenvorstände unmittelbaren, arbeitgeberähnlichen Einfluß auf die kassenärztliche Tätigkeit. „Heilbehandlungen nach Gesetzen, Verordnungen, Ausführungsbestimmungen, Anweisungen, Verträgen und Richtlinien“, dies mache den Arzt zum Lohnsklaven, argumentierte beispielsweise ein Mediziner.⁷⁴ Die oben zitierte Einschätzung von Plaut, die politischen Erfolge des Leipziger Verbandes hätten mit dem Arbeitnehmerstatus der Kassenärzte aufgeräumt, und der Verband stehe deshalb vor der inneren Wiedergeburt als „normale“ Standesorganisation, trifft so nur bedingt zu.⁷⁵ Wenn das Verhältnis der Kassenärzte zu den Krankenkassen im späten Kaiserreich „arbeitnehmerähnlich“ genug war, um darauf ein Akzeptanz findendes gewerkschaftliches Selbstverständnis zu gründen, so trifft dies auch noch auf die längste Phase der Weimarer Republik zu. Allerdings war der Status der Kassenärzte zu jeder Zeit „arbeitnehmerunähnlich“ genug, um sich relativ reibungslos von einem gewerkschaftlichen Selbstverständnis lösen zu können.

2) Das Selbstverständnis und die Außenwahrnehmung des Leipziger Verbandes als „Ärztegewerkschaft“ beruhten ganz wesentlich auf dem Einsatz „gewerkschaftlicher“ Mittel und auf dem Primat einer aggressiven Konfrontationsstrategie gegenüber den Krankenkassen mit dem Höhepunkt der „Ärztestreiks“. Diese „gewerkschaftliche“ Taktik legitimierte sich innerhalb der Ärzteschaft vor dem I. Weltkrieg durch ihre ungewöhnlichen Erfolge hinsichtlich der inhaltlichen Ausgestaltung der kassenärztlichen Dienstverträge und

73. Die Notverordnung ist abgedruckt bei Schadewaldt, Hartmannbund, S. 91 f. Diese Bestimmungen erledigten sich erst vollständig mit der obengenannten Notverordnung von 1931, mit der die Überwachung der kassenärztlichen Tätigkeit auf die Kassenärztlichen Vereinigungen, also auf die eigene Berufsorganisation überging.

74. So Friedländer, Medizin, S. 85. Vgl. auch Finkenrath, Verstaatlichung, S. 78 f.

75. Dagegen teilt Drees, Ärzte, die Einschätzung von Plaut, Gewerkschaftskampf, S. 207.

der Honorierung. Doch bereits das „Berliner Abkommen“ von 1913 markiert hier einen gewissen Bruch. In der historischen Rückschau erweist es sich als – das hat die Forschung zu Recht immer wieder betont – wichtiger professionalisierungspolitischer Erfolg der organisierten Ärzteschaft. In der zeitgenössischen innerärztlichen Debatte dagegen wurde es sehr viel kritischer gesehen, weil der Leipziger Verband hier zugunsten eines Kompromisses auf die Durchsetzung zentraler berufspolitischer Ziele verzichtet hatte. Angesichts der vorhergegangenen Androhung eines ärztlichen „Generalstreiks“ galt manchen Medizinern der Ertrag des „Berliner Friedens“ als gering, und es erschien ihnen die Grenze eines mit ungeliebten „gewalttätigen“ und „gewerkschaftlichen“ Mitteln arbeitenden Verbandes erreicht zu sein.⁷⁶ Da nach dem I. Weltkrieg vielerorts wichtige Übereinkünfte des „Berliner Abkommens“ den schwierigen Zeitumständen zum Opfer fielen, wuchs die Kritik an Abkommen und Leipziger Verband noch, der zudem zu dieser Zeit eine schwere innerverbandliche Krise durchmachte.⁷⁷ So erkannte der Neurologe, Psychologe, spätere badische Staatspräsident und liberale Politiker Willy Hellpach, seinerzeit noch Schriftleiter der Leipziger Verbandszeitschrift „Ärztliche Mitteilungen“, im Oktober 1920 eine tiefsitzende Enttäuschung in der Ärzteschaft, weil sich die freie Arztwahl und die Einzelleistungshonorierung bisher weder auf gesetzlichem noch auf gewerkschaftlichem Weg hatten durchsetzen lassen.⁷⁸ Für viele Ärzte stellte sich auch in der Folge die ärztliche Berufspolitik als eine Folge von Niederlagen und zweifelhaften Kompromissen dar. Der Berliner Arzt Ernst Mayer beispielsweise bezweifelte Mitte der 1920er Jahre angesichts der Bilanz der letzten Jahre in einer viel beachteten Schrift, daß auf gewerkschaftlichem Wege für die Ärzte noch viel zu erreichen sei. Einerseits, wandte er ein, verträgen sich Ernst und Verantwortung des Arztes grundsätz-

76. Vgl. z.B. Hans Lungwitz, Zum Berliner Frieden, in: *Moderne Medizin. Zeitschrift für Wissenschaft und Soziologie* 5 (1914), S. 1-5.

77. Vgl. dazu etwa Dr. Heller, Reform unserer Standesorganisation, in: *Ärztliche Mitteilungen* 21 (1920), S. 591-593.

78. Vgl. Willy Hellpach, Arbeitsgemeinschaft - oder Verelendung, in: *Ärztliche Mitteilungen* 21 (1920), S. 639-642, hier S. 640. Vgl. ebenso Kuhns, Fünfundzwanzig Jahre, S. 116. Vgl. als Beispiele zur schärfer werdenden Kritik am Leipziger Verband z.B. Vogelsang, Der Pferdefuß oder „Timeo Danaos et dona ferentes“, in: *Der Landarzt* 5 (1923/24), S. 9 f.; Dr. Guntianus, Betrachtungen eines Landarztes, in: ebd. 4 (1922/23), S. 34 f.

lich schlecht mit gewerkschaftlichen Mitteln, zum anderen sei das Zeitalter des Streiks prinzipiell überschritten.⁷⁹

Die „gewerkschaftlichen“ Mittel des Leipziger Verbandes waren allerdings zu diesem Zeitpunkt auch gesetzlich ihrer schärfsten Waffe beraubt. „Ärztestreiks“, die als politische Streiks gegen Revolution und Rätestaat von Januar bis April 1919 noch einmal öffentlichkeitswirksam geworden waren, wurden durch die oben schon erwähnte Notverordnung vom Oktober 1923 weitgehend unterbunden. Die Notverordnung verpflichtete die Ärzte bei Ablauf eines alten bis zum Abschluß eines neuen Vertrages, ihre kassenärztliche Tätigkeit zu den alten Konditionen fortzusetzen; d.h., die Ärzte konnten einen vertragslosen Zustand nicht wie bisher durch kollektive Einstellung ihrer Kassentätigkeit zur Durchsetzung von besseren Vertragsbedingungen nutzen.⁸⁰ So blieb der anlässlich dieser Notverordnung vom Leipziger Verband ausgerufene „Generalstreik“, der vom Dezember 1923 bis Januar 1924⁸¹ dauerte und eine Abmilderung der Bestimmungen der Notverordnung brachte, aber nicht in diesem Punkt, die letzte große Konfrontation zwischen Ärzten und Krankenkassen während der Weimarer Republik. Als „Kampfverband“ fungierte und verstand sich der Hartmannbund immer weniger. Seit Mitte der 1920er Jahre blieben offene Konflikte zwischen dem Leipziger Verband und den Krankenkassen aus.⁸² Ohne zu pazifistisch werden zu wollen – so umriß der Geschäftsführer des Hartmannbundes Karl Haedenkamp in den späten 1920er Jahren die politische Taktik eines Lobbyistenverbandes –, müsse nun auf kluge Diplomatie statt auf offenen Kampf gesetzt werden. Die Mittel dieser Politik seien, enge Fühlung zu den politischen Parteien zu gewinnen, durch ärztliche Volksvertreter den Einfluß in den Parlamenten zu stärken, die Zusammenarbeit mit den großen Berufsverbänden der Arbeitgeber und Arbeitnehmer zu suchen und durch die Presse Einfluß auf die öffentliche Meinung zu nehmen.⁸³ Die

79.Vgl. Ernst Mayer, Die geistigen Grundlagen der Sozialversicherung und des Ärztestandes, Berlin 1925, S. 81 f. Vgl. ähnlich zur Erfolglosigkeit gewerkschaftlicher Strategien auch Benda, Kampf.

80.Vgl. Heinemann, Organisation, S. 7.

81.Nur die bayerischen und badischen Ärzte beteiligten sich nicht an diesem „Generalstreik“. Vgl. Lehmann, Kassenarztfrage, S. 15.

82.Vgl. dazu auch N.N., Berufsorganisation, S. 92 f.

83.Vgl. Haedenkamp, Gesundheitspolitik, S. 72 f.

Wandlung des Leipziger Verbandes von einem den Konflikt suchenden „Kampfverband“ zu einem kompromißfähigen und -bereiten „Verhandlungs- und Lobbyistenverband“, die sich schon im „Berliner Abkommen“ angebahnt hatte, vollzog sich zur Mitte der 1920er Jahre endgültig. Mit der Aufgabe einer aggressiven Konfliktstrategie entfiel aber die Notwendigkeit eines gewerkschaftlichen Selbstbekenntnisses nach innen und nach außen. Nur als „Gewerkschaft“, d.h. als berechtigter Zusammenschluß angeblich rechtloser und unterdrückter Arbeitnehmer gegen allgewaltige Arbeitgeber, konnte der Leipziger Verband auf eigentlich „standesunwürdige“ aktive Politikmittel zurückgreifen. Dagegen war für einen auf standeswürdige Politikmittel vertrauenden Verband, der als gleichberechtigter Verhandlungspartner der Krankenkassenverbände seine Interessen wahrnahm, ein gewerkschaftliches Selbstverständnis nicht nur weitgehend obsolet, sondern vielmehr kontraproduktiv. Überdies wurde auch ohne die spektakulären „Ärztestreiks“ die Identifizierung des Leipziger Verbandes von außen als „Ärztengewerkschaft“ erheblich erschwert.

3) Da eine „Ärztengewerkschaft“ und „gewerkschaftliche“ Politik nicht nur gegen die Krankenkassen, sondern bis zu einer gewissen Grenze auch gegen den Staat gerichtet sein mußte, der den Krankenkassen den Sicherstellungsauftrag überlassen hatte, geriet das „gewerkschaftliche“ Selbsthilfeprinzip des Leipziger Verbandes schon früh in ein Spannungsverhältnis zur traditionellen Staatsfixierung und -nähe der Ärzte. Diese traditionelle Staatsnähe der deutschen Ärzte zeigte sich nicht nur darin, daß sie auf staatlichen Universitäten ausgebildet wurden, eine staatliche Prüfung vor ihrer Zulassung ablegen mußten, der Staat sie vor Konkurrenz schützte, der „Kurierzwang“ ihnen beamtenähnliche Pflichten auferlegte und ihre Standesethiken denen der Beamten glichen, sondern noch viel unmittelbarer. So waren vor 1850 noch fast 50 Prozent der preußischen Ärzte im Staatsdienst beschäftigt gewesen.⁸⁴ Demgegenüber erscheinen die Bestimmungen der Gewerbeordnung von 1869, die unter der Zustimmung liberaler ärztlicher Berufspolitiker wie Rudolf Vir-

84. Die Angabe nach Jütte, Entwicklung, S. 26. In anderen deutschen Staaten war die unmittelbare Staatsnähe im 19. Jahrhundert noch größer. So waren im Herzogtum Hessen-Nassau zeitweise sämtliche Ärzte verbeamtet.

chow die Ärzte zu einem guten Teil aus ihrer Staatsnähe lösten, indem sie den „Kurierzwang“ und andere staatliche Reglementierungen abschafften, eher wie eine kurzzeitige, wenig prägende Episode, zumal die Einbeziehung der Ärzte in die Gewerbeordnung nach kurzer Zeit innerhalb der organisierten Ärzteschaft auf scharfe Kritik stieß. Die Einführung der Gesetzlichen Krankenversicherung jedenfalls knüpfte die Bindungen der Ärzte an den Staat wieder enger, indem die Mediziner in der kassenärztlichen Praxis quasi-öffentliche Funktionen wahrnahmen.

Die Staatsnähe der Mediziner stand dabei in nur sehr mäßigem Widerspruch zu ihrem Festhalten an freiberuflichen Leitvorstellungen. Vielmehr sollte Staatsnähe und -protektion die ärztliche Handlungsautonomie und Freiberuflichkeit als Errungenschaften des Professionalisierungsprozesses sichern und garantieren.⁸⁵ So erwogen auch nicht wenige konservativ-bürgerliche Ärzte vor dem Hintergrund, daß die Realität der Gesetzlichen Krankenversicherung das Festhalten an alten liberalen Leitvorstellungen von Freiberuflichkeit in Verbindung mit völliger wirtschaftlicher Unabhängigkeit unrealistisch erscheinen ließ, ob nicht nur die vollständige Verbeamtung des Ärztestandes die professionelle Autonomie sichern helfen und die Ärzte davor bewahren könne, Angestellte der Krankenkassen zu werden. Selbst der Breslauer Chirurg Erwin Liek, der bekannteste und populärste national-konservative Standeskritiker der späteren Weimarer Republik, dem die Nationalsozialisten nach der Machtübertragung den Posten eines Reichsärztesführers anbieten sollten, trat zeitweise für eine Verbeamtung der niedergelassenen Ärzte ein. Politisch stehe er zwar rechts, halte wirtschaftlich nichts vom Marxismus und identifiziere Sozialisierung mit wirtschaftlichem Niedergang, aber der staatsbeamtete Arzt sei allemal das geringere Übel als der „kassenbeamtete“ Mediziner. Die Verstaatlichung der Kassenärzte biete die letzte Möglichkeit, den freien Ärztestand zu retten.⁸⁶ Galt diese Möglichkeit vielen Ärzten unter

85. Zur staatsgeleiteten Professionalisierung in Deutschland vgl. zuerst Huerkamp, *Aufstieg*.

86. Vgl. Erwin Liek, *Die Schäden der sozialen Versicherungen und Wege zur Besserung*, 2. Aufl. München 1928, S. 80 f.; ders., *Die ärztliche Praxis*, in: *Grundlagen und Ziele der Medizin der Gegenwart*, Leipzig 1928, S. 72-115, hier S. 113. Liek revidierte diese Position allerdings kurze Zeit später zugunsten eines Eintretens für klassische Freiberuflichkeit. Zu Erwin Liek vgl. auch Wolfgang Schmid, *Die Bedeutung Erwin Lieks für das Selbstver-*

den gegebenen Bedingungen immerhin als akzeptabel und bedenkenswert, so sahen die meisten Mediziner die Ideallösung in einer weniger unmittelbaren staatlichen Protektion. Vielmehr wurden in der Weimarer Republik die Bemühungen um eine Reichsärzteordnung, deren Anfänge bis auf den Ärztetag von 1880 zurückreichten, vorangetrieben. Ein solches staatliches Sonderrecht sollte allgemein Rechte und Pflichten der Ärzte gegenüber Staat und Gesellschaft kodifizieren und vor allem über die Einrichtung eines öffentlich-rechtlich verfaßten Organs der Selbstverwaltung mit Zwangsmitgliedschaft, einer Reichsärztekammer, die nunmehr korporativ verfaßte Freiheit des ärztlichen Berufsstandes garantieren.⁸⁷

Angesichts solcher Staatsnähe akzeptierten viele Ärzte das von den Arbeitergewerkschaften übernommene Selbsthilfeprinzip des Leipziger Verbandes nur als durch die schwierigen Umstände gerechtfertigte und erforderliche Notlösung. Die Ärzte, so beispielsweise Gottlieb Pick, „wurden in die gewerkschaftliche Stellung hineingedrängt“⁸⁸, und zwar nicht nur durch die Krankenkassen, sondern in erster Linie durch den Staat, der es unterließ, die Arztfrage in der sozialen Versicherung gesetzlich zu regeln.⁸⁹ Der Leipziger Verband blieb dementsprechend als „gewerkschaftliche“ Organisation in den Augen vieler ein transitorisches Gebilde, das sich in dieser Form auflösen müsse, sobald der Staat die Ärzte umfassend schützen würde. So vermerkte auch Plaut, das Ziel des Hartmannbundes sei im Prinzip seine Auflösung als „Gewerkschaft“.⁹⁰ Damit war nicht nur gemeint, daß sich die Grundlage einer „gewerk-

ständnis der Medizin in der Weimarer Republik und im Nationalsozialismus, Erlangen-Nürnberg 1989 (med. Diss.); Michael H. Kater, Die Medizin im nationalsozialistischen Deutschland und Erwin Liek, in: GG 16 (1990), S. 440-463. Zur „Verbeamtungsdebatte“ in der frühen Weimarer Republik vgl. auch z.B. Hans Lungwitz (Hg.), Die Verstaatlichung des Heil- und Fürsorgewesens. Eine Denkschrift, Berlin 1920; Richard Beschoren, Die Verstaatlichung des Heilwesens, Dessau 1920; Lutz Richter, Die Verstaatlichung des Arztes, in: Der Arzt und der Staat, S. 91-106, hier S. 99.

87. Zur Debatte um eine Reichsärzteordnung in der Weimarer Republik vgl. im knappen Überblick Wolff, Interessen, S. 119-123.

88. Vgl. Gottlieb Pick, Die Zukunft des Ärztstandes und der Ausbau des Gesundheitswesens, Berlin etc. 1917, S. 22

89. So etwa Strube, Heilkunde, S. 23 f.; Dr. Freymuth, Staat und Arzt, in: Ärztliche Mitteilungen 29 (1928), S. 4 f.

90. Vgl. Plaut, Grenzen, S. 7. Vgl. auch Mayer, Grundlagen, S. 96; ders., Selbstverwaltung der Ärzteschaft, in: Soziale Praxis 37 (1928), S. 193-197.

schaftlichen“ Organisation erledige, wenn der Leipziger Verband die Ärzte aus ihrer Arbeitnehmerposition zu den Krankenkassen herausgeführt habe, sondern vielmehr erst, wenn dieser Zustand auch gesetzlich fixiert und abgesichert sei.

Allerdings blieb die Frage nach der Funktion und Rolle des Leipziger Verbandes nach Schaffung einer gewünschten öffentlich-rechtlichen Zwangskörperschaft als Selbstverwaltungsorgan der Ärzteschaft offen. So unterstützte der Leipziger Verband die vor allem vom Ärztevereinsbund forcierte Forderung nach Verabschiedung einer Reichsärzteordnung und damit der Einrichtung einer Reichsärztekammer als Körperschaft des öffentlichen Rechts zur Schaffung eines einheitlichen deutschen Ärztstandes, wie sie nochmals in den Leitsätzen des Deutschen Ärztetages 1926 in Eisenach bekräftigt wurde, wollte sich selbst aber nicht in diese staatliche Organisation eingeordnet wissen.⁹¹ Dennoch kam es in dieser Frage zu einem tiefgreifenden Dissens mit dem Deutschen Ärztevereinsbund, als dieser in einem internen Entwurf zur Ausgestaltung einer Reichsärzteordnung die Kompetenzen über die Kassenzulassungen und die Verhandlungen mit den Krankenkassen dem Leipziger Verband entziehen und den Ärztekammern übertragen wollte. Im gemeinsamen Entwurf der ärztlichen Spitzenverbände zur Reichsärzteordnung setzte sich dann aber die Position des Hartmannbundes durch, das Vertragsrecht mit den Krankenkassen vorerst bei den freien Verbänden, d.h. im wesentlichen bei ihm selbst, zu belassen.⁹² Aus diesem Konflikt auf eine tiefe prinzipielle Skepsis des Leipziger Verbandes gegenüber öffentlich-rechtlichen Organisationen zu schließen, wie es eine spätere Verbandschronik tut, scheint aber verfehlt.⁹³ Vielmehr handelte es sich um eine Machtfrage zwischen den beiden ärztlichen Spitzenverbänden.

91. Vgl. Boehm, *Arzt*, S. 116 f.

92. Vgl. Wolff, *Interessen*, S. 123.

93. Vgl. Gerhard Jungmann/Hansheinz Kreuter, *Der Hartmannbund. 80 Jahre Politik für Patient und Arzt*, Bonn-Bad Godesberg 1980, S. 18f. Eine solche Perspektive beruht auf der schwierigen Rolle, die der 1949 wiedergegründete Hartmannbund im ärztlichen Organisationswesen der Bundesrepublik Deutschland spielt. Als freier Interessenverband muß er sich gegenüber den bereits zu einem früheren Zeitpunkt wiedereingerichteten Ärztekammern und Kassenärztlichen Vereinigungen profilieren.

Der Hartmannbund selbst entsprach zu diesem Zeitpunkt keinesfalls mehr dem Idealbild eines freien Interessenverbandes. Auf seine große Verpflichtungsfähigkeit wurde bereits hingewiesen. Der Leipziger Verband verdankte seinen ungewöhnlich hohen Organisationsgrad immer weniger der Solidarität seiner infolge fortschreitender innerständischer und -beruflicher Differenzierung auch in ihren Interessen kaum noch ausgleichbaren Mitglieder.⁹⁴ Dagegen sorgte – neben anderen positiven und negativen Anreizen zum Beitritt – die monopolartige Stellung bei der Vertretung ärztlicher Interessen gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen und den Ersatzkrankenkassen, die sich der Leipziger Verband spätestens im Verlaufe der 1920er Jahre endgültig sicherte, dafür, daß die Zugehörigkeit zum Verband einer Zwangsmitgliedschaft zumindest sehr nahe kam.⁹⁵ Seine hohe Verpflichtungsfähigkeit resultierte außerdem zum Teil aus einer engen Kooperation mit öffentlich-rechtlichen Körperschaften, den regionalen Ärztekammern und Ehrengerichten, denen er also keineswegs skeptisch gegenüberstand. Darüber hinaus stellte der Leipziger Verband nach 1918 in seinen Verlautbarungen immer stärker Gemeinwohlorientierungen in den Vordergrund.⁹⁶ In der Mitteilung zur Gründung des Verbandes hatte es noch geheißsen, daß er „einzig und allein das Ziel [befolgt], die wirtschaftliche Lage der Ärzte im ganzen Reich zu bessern und ihnen einen wirksamen Schutz gegen die rücksichtslose Ausbeutung ihrer Arbeitskraft seitens der Krankenkassen und gegen die Übergriffe der Kassenvorstände zu gewähren“.⁹⁷ In den folgenden „Kampfjahren“ vertrat der Verband dementsprechend materielle Interessen weithin ungefiltert. Nach Abschluß des „Berliner Abkommens“ wandelte sich dies insofern, als der Leipziger Verband als Verhandlungspartner die Interessen von Patienten und Kassen stärker in Rechnung stellen mußte. Während die Gegner des Hartmannbundes

94. Innerverbandliche Oppositionsgruppen formierten sich nach 1918 vor allem bei den Land- und Jungärzten. Aber auch Differenzen zwischen Allgemeinpraktikern und Fachärzten ließen sich immerweniger überbrücken.

95. Schon daran, so ein Kritiker, zeige sich die Kluft zwischen dem Leipziger Verband und einer Arbeitergewerkschaft. Vgl. Karl Gumpertz, Einige Bemerkungen zum fünfundzwanzigjährigen Jubiläum der „Ärzte-Gewerkschaft“, in: Der Kassenarzt 2 (1925), Nr. 43, S. 1 f.

96. Vgl. dazu vor allem Groser, Gemeinwohl, S. 52-67.

97. Zit. n. Kuhns, Fünfundzwanzig Jahre, S. 25.

die „Gemeinschädlichkeit der ärztlichen Gewerkschaftspolitik“ anklagten,⁹⁸ mußten die Verbandsvertreter die Gemeinwohlargumente stärken. So ließ sich die Forderung nach freier Arztwahl argumentativ einerseits mit den Anliegen der Patienten verknüpfen, andererseits gegenüber den Kassen mit dem Angebot einer selbst organisierten Kontrolle ärztlichen Verhaltens vertreten. Mit dieser Entwicklung zu hoher Verpflichtungsfähigkeit, Kooperation mit öffentlich-rechtlichen Körperschaften und Betonung von Gemeinwohlorientierungen war der Schritt für den Hartmannbund in der konkreten Situation vom Dezember 1931, sein Verhandlungsmonopol mit den Krankenkassen neuen öffentlich-rechtlichen Körperschaften zu überlassen, um dann faktisch in diesen aufzugehen und damit sein „gewerkschaftliches“ Selbsthilfeprinzip zugunsten einer stärkeren Einbindung in das Staatsgefüge aufzugeben, gewissermaßen vorgezeichnet. Nicht übersehen werden kann dabei, daß das Prinzip der Kassenärztlichen Vereinigungen dieser Zeit geprägt blieb vom Modell des autoritären italienischen Ständestaates und die Integration der organisierten Ärzteschaft in den NS-Staat erheblich erleichterte.

VI. *Schluß*

Welche Rückschlüsse läßt die Organisationsgeschichte der deutschen Ärzteschaft im ersten Drittel des 20. Jahrhunderts auf den Einfluß der Arbeiterbewegung auf eine bürgerliche Berufsgruppe zu? Man kann zweifellos mit einigem Recht unterstellen, daß das gewerkschaftliche Selbstverständnis des Leipziger Verbandes größtenteils taktischen Erwägungen folgte und nicht primär Ausdruck einer „ehrlichen gewerkschaftlichen Gesinnung“ war. Aber selbst eine unterstellte, lediglich taktische Adaption von gewerkschaftlichen Organisationsprinzipien, Methoden und Rhetorik zeigt, daß der Aufstieg der Arbeiterbewegung im Bürgertum nicht nur mit Schrecken verfolgt wurde, sondern auch produktive Resonanz erfuhr. Die Ärzte jedenfalls ließen sich bei ihrer Interessenwahrnehmung von den Erfolgen der Arbeiterbewegung durchaus inspirieren. Diese Orientierungsbereitschaft fand aber ihre engen Grenzen

98. Vgl. Arthur Bergmann, Die Gemeinschädlichkeit der ärztlichen Gewerkschaftspolitik, in: Der Kassenarzt 2 (1925), Nr. 22, S. 1 f. u. Nr. 23, S. 5-7.

in der weiterhin unterschiedlichen sozioökonomischen Stellung, in tiefen weltanschaulichen und politischen Gräben zwischen Ärzteschaft und Arbeiterbewegung sowie in der traditionellen Staatsgebundenheit der Ärzte. So blieb die Hoffnung vieler sozialistischer Mediziner, die „Ärztegewerkschaft“ könne einen Brückenschlag zur Arbeiterbewegung schaffen und der Arzt sich als Bindeglied zwischen „Kopf“- und „Handarbeitern“ erweisen, unerfüllt.⁹⁹ Im Gegenteil: In vielerlei Hinsicht verschärfte sich das Spannungsverhältnis zwischen Ärzten und Arbeitern und Arbeiterbewegung.

99.Vgl. z.B. Hermann Gerbis, Der Arzt im Lebenskreise, in: Der Arzt und der Staat, S. 107-138, hier S. 115.