

Aus dem Institut für Geschichte der Medizin
der Medizinischen Fakultät Charité – Universitätsmedizin Berlin

DISSERTATION

**Patientenzugänge der Charité zu Beginn des
20. Jahrhunderts**
**Regelungen und Probleme der Krankenaufnahme unter dem Aspekt
der Kostenträgerschaft**

zur Erlangung des akademischen Grades
Doctor medicinae (Dr. med.)

vorgelegt der Medizinischen Fakultät
Charité – Universitätsmedizin Berlin

von
Ursula Jakobi

aus München

- 1.Gutachter: Priv.-Doz. Dr. phil. T. Beddies
- 2.Gutachter: Prof. Dr. phil. E. Brinkschulte
- 3.Gutachter: Prof. Dr. H.-U. Lammel

Datum der Promotion: 30.11.2012

Inhaltsverzeichnis

I. Einleitung	4
II. Die Charité – kurze Historie	16
III. Krankenaufnahme der Charité zu Beginn des 20. Jahrhunderts	21
1. Patienten-Statistik der Charité	21
2. Administrative Organisation der Krankenaufnahme.....	26
3. Organisatorische Regelungen für den ärztlichen Aufnahmedienst	31
IV. Aufnahme von Einwohnern der Stadt Berlin	51
1. Krankenhäuser in Berlin zu Beginn des 20. Jahrhundert.....	51
1.1 Statistik zum Berliner Krankenhauswesen.....	61
1.2 Bezirkseinteilung	67
1.3 Aufsichts- und Organisationszentrale	68
1.4 Qualitätskontrolle und Aufsicht der Berliner Krankenhäuser	70
1.5 Überlegungen zur Korrektur der Krankenhausproblematik Berlins, „Abhilfemittel“	78
1.6 Krankenhäuser der Berliner Vororte	81
2. Das Verhältnis der Charité zur Stadt Berlin.....	85
3. Aufnahme von Mitgliedern der Krankenkassen	95
4. Patienten mit Unterstützung der Armenpflege	106
V. Aufnahme von Kranken aus Gemeinden außerhalb Berlins	113
VI. Exkurs: Behandlungsgebühren von Besuchern der Polikliniken	125
VII. Spezielle Patientengruppen	129
1. Aufnahme von Schwangeren	129
2. Aufnahme von geisteskranken Patienten.....	137
3. Aufnahme ostpreußischer Kriegsflüchtlinge.....	143
4. Aufnahme von Soldaten und das Verhältnis zur Kriegswohlfahrtspflege.....	148
VIII. Finanzielle Verhältnisse der Charité	152
1. Betriebswirtschaftliche Jahresbilanzen.....	152
2. Zuschüsse aus Staatsfonds	163
3. Möglichkeiten der Einnahmeverbesserung	166
4. Freibetten.....	194
IX. Zusammenfassung	201
Anhang	224
Literaturverzeichnis	244
Archivalien	248
Danksagung / Lebenslauf	252

I. Einleitung

Mit dem Charité-Krankenhaus war 1727 das erste Allgemeine Krankenhaus Berlins entstanden, das sich vom „Militair- und Bürger-Lazareth“ im 19. Jahrhundert zum Universitätsklinikum der Humboldt-Universität zu Berlin entwickelte. Zu Beginn des 20. Jahrhunderts stellte „die Charité“ neben den neuen kommunalen Krankenhäusern Berlins nach wie vor den maßgebenden Ort für die stationäre Versorgung der Stadt; nicht nur aufgrund ihrer Kapazitäten, sondern auch als ein wissenschaftliches Zentrum deutscher Medizin.

Die Charité hatte sich im Laufe der Jahrhunderte ebenso wie Krankenhäuser anderer deutscher Städte vom Hospital zu einem modernen Klinikum gewandelt. Im ausgehenden 19. Jahrhundert entsprach ihrem Selbstverständnis weniger die Asylierung armer Kranker im Pflichtauftrag der Armenpflege Berlins, sondern zielte auf ein wissenschaftlich fundiertes, medizinisches Behandlungsangebot für die heilbaren Kranken Preußens. Um ihren wissenschaftlichen Aufträgen und klinischem Unterricht Genüge zu tun, sah sich die Charité nicht als Pflegestätte unheilbarer oder wissenschaftlich „uninteressanter“ Patienten. Daneben musste sie die Differenz zwischen der Kostenerstattung für die „Verpflegung“ der Kranken und den tatsächlichen Versorgungskosten begrenzen. Generell lag für die im Jahre 1900 stationär behandelten Kranken die Kostenträgerschaft überwiegend noch bei der Armenpflege; dabei gestand der preußische Staat den Klienten der Armenpflege Berlins jährlich 100.000 unentgeltliche Verpflegungstage in der Charité zu – eine Festsetzung, die einer königlichen Kabinettsordre aus dem Jahr 1835 entstammte und fast 100 Jahre unentwegt Streitigkeiten bezüglich ihrer Auslegung zwischen der Charité und der Stadt Berlin hervorrief. Zur stationären Aufnahme standen im neuen Jahrhundert ebenso die Mitglieder gesetzlicher Krankenkassen. 20 Jahre nach der Einrichtung des Reichs-Sozialversicherungssystems wechselte die Kostenträgerschaft für stationäre Versorgung zunehmend von der Armenpflege zu den gesetzlichen Krankenkassen, die die Krankenhausbehandlung als eine Kann-Leistung vorhielten. Auch wurden im ausgehenden 19. Jahrhundert für bürgerliche Selbstzahler die Kostensätze der privaten Kliniken häufig unerschwinglich; daher suchten sie ebenso ihre medizinische Versorgung in öffentlichen Krankenhäusern wie der Charité. Es gab genügend Gründe für die Charité-Direktion, die Patientenaufnahme sehr differenziert zu überdenken. Neben den Ansprüchen an ein Universitätsklinikum und dem

größten Allgemeinen Krankenhaus Berlins war in dem staatlich gesetzten Finanzrahmen die Ökonomie mitsamt den Anweisungen aus dem Ministerium für geistliche, Unterrichts- und Medizinalangelegenheiten zu organisieren, so dass sich die Charité-Direktion gezwungen sah, schon die Patientenaufnahme in ihrem Sinne zu lenken. Um den – in heutiger Fachsprache – gewünschten casemix zu bekommen, bedurfte es einer sehr detaillierten Regelung der Patientenaufnahme und dies in einer Großstadt mit kontinuierlich steigender Einwohnerzahl – insbesondere in den unteren sozialen Schichten – und zunehmender Nachfrage für stationäre Behandlung.

Während zu Beginn des 21. Jahrhunderts in Deutschland bei der Krankenhausaufnahme eines Menschen der diagnostische und kurative Moment dieser Situation im Vordergrund steht, fällt die Verwaltungsarbeit daneben weniger ins Gewicht und wird heute über EDV abgewickelt – im eingeführten DRG-Abrechnungssystem allerdings von zunehmender betriebswirtschaftlicher Bedeutung für jede Klinik. Der administrative Teil spielt im Augenmerk der Patienten als auch des Krankenhauspersonals eine untergeordnete Rolle und hat in der Bundesrepublik Deutschland bislang kaum Einfluss auf die Gewährung eines notwendigen Behandlungsaufenthalts gehabt. Derzeit ist die stationäre Versorgung bei entsprechendem Bedarf in Deutschland (noch) eine Selbstverständlichkeit, wenn auch mit finanziellen Grenzen durch Fallpauschalen, und in der Regel liegt eine Krankenversicherung als Kostenträger der notwendigen Leistungen vor.

Dies ist nicht in allen westlichen Industrienationen obligatorisch – siehe die stationäre Krankenversorgung in den USA – und wird in Dritte-Welt-Ländern entsprechend dem Bruttoinlandsprodukt und dem jeweiligen Gesundheitssystem auf völlig unterschiedlichem Niveau für die Bevölkerung organisiert. Der Faktor Verwaltung kann dort durch die Frage nach einer Kostenträgerschaft mehr Vorrang erhalten als es die Bundesrepublik Deutschland bisher kennt.

Im Deutschen Reich wurde vor 100 Jahren bei der sich ausbreitenden gesetzlichen Krankenversicherung und stetig wachsenden Kapazitäten in der stationären Versorgung der Zugang zur Krankenhausbehandlung in Berlin noch mehr von der bürokratischen „Anamnese“ eines Kranken betont. Deren – von der Charité-Direktion gefordertes – Gewicht bei der Entscheidung über die stationäre Aufnahme und den betriebswirtschaftlichen Konsequenzen einer Krankenaufnahme aufgrund eines existierenden, ablehnenden oder gar fehlenden Kostenträgers sollen anhand der Verwaltungsdokumente des Charité-Krankenhauses dieser Zeit analysiert werden.

Inhalt und Ziel der Arbeit

Die vorliegende Arbeit möchte die administrative Regelung der Patienten in der Aufnahmestation des Charité-Krankenhauses zu Beginn des 20. Jahrhunderts dokumentieren und im Mittelpunkt die daran anknüpfenden, im Endeffekt finanziellen Probleme aus der Perspektive der Charité-Verwaltung darstellen. Betriebswirtschaftliche Belange der Charité, die zum Einen den groben Überblick des finanziellen Status und der preußisch-staatlichen Subventionierung des Hauses geben, und zum Anderen auf die Überlegungen und Maßnahmen zur Erzielung finanziellen Bilanzausgleichs neben Erfüllung der medizinischen Interessen bei der Patientenaufnahme hinweisen sollen, werden dementsprechend vorgestellt.

Nach einer Zusammenfassung der Geschichte der Charité folgt einleitend ein orientierender statistischer Überblick ihrer Patientenzugänge im Jahrhundertwechsel und den folgenden Jahren bis zum Ersten Weltkrieg.

Es werden die von der Charité-Direktion, welche sich aus einem Verwaltungsdirektor und dem Ärztlichen Direktor zusammensetzte, gestellten administrativen Regeln für die Aufnahmestation und ihre Anweisungen für den ärztlichen Aufnahmedienst erläutert. Anschließend werden die Krankenzugänge nach Einwohnern Berlins und auswärtiger Gemeinden differenziert. Die Berliner Patienten werden weiter in diejenigen mit einer Krankenkassenmitgliedschaft und solchen, deren stationäre Kosten die städtische Armenpflege übernehmen sollte, gegliedert. Diese beiden Kostenträger waren zur Jahrhundertwende die Rechnungsempfänger für nahezu alle Patienten der Charité. Die sogenannten „Selbstzahler“ spielten 1900 quantitativ und im Anteil der Kostenerstattung noch eine kleine Rolle, was sich im Laufe der nächsten zwei Jahrzehnte änderte, und werden auch aufgrund der Heterogenität ihrer sozialen Herkunft nur kurz besprochen.

Die Gliederung der Patientenaufnahme nach Kostenträgerschaft und nicht nach Geschlecht, Alter oder Erkrankung lag nahe, weil eine Aufnahme langwierige Auseinandersetzungen mit den Kostenträgern nach sich ziehen konnte und dementsprechend gestaltete sich die Akzeptanz einer Krankenaufnahme aus der Sicht der Charité-Direktion. Neben Schwierigkeiten in der Diagnostik stationärer Behandlungsbedürftigkeit und hinsichtlich der verfügbaren Bettenkapazität konnte die sichere „Eintreibung“ von Behandlungskosten zur größten Mühe eines Patientenzugangs werden. Damit sollen nicht die ärztlichen und pflegerischen Anstrengungen bei der damaligen Patientenaufnahme minimalisiert werden, sondern vielmehr hervorgehoben werden,

welchen Einfluss der jeweilige und insbesondere ein ablehnender Kostenträger auf die organisatorischen Anweisungen der Charité-Direktion zur Patientenaufnahme hatte. Die schriftlichen Auseinandersetzungen der Charité-Verwaltung mit den Krankenkassen und Armenverbänden, hauptsächlich der Armenpflege Berlins, geben darin einen Einblick. Die Anweisungen an die Aufnahmestation und den aufnehmenden Arzt sollten der finanziellen Balance von zwangsläufig aufzunehmenden, akzeptablen und unerwünschten Patienten helfen. Dass die Verwaltungsvorschriften im Alltag der Aufnahmestation nie hundertprozentig umgesetzt wurden, zeigt sich an Empörungen der Charité-Direktoren und ihren Bemühungen, ihre Kontrolle zu intensivieren und sei es mit der Verpflichtung zu nächtlichen Anrufen aus der Aufnahmestation an die Direktoren. Zu den Wunschpatienten der Ärzte zählten diejenigen mit den „interessanten“ Krankheitsbildern, die in erster Linie der Forschung, aber auch dem klinischen Unterricht nützlich waren, was immer wieder, insbesondere gegenüber dem Ministerium für geistliche, Unterrichts- und Medizinal-Angelegenheiten, betont wurde. Dabei musste klinisch keineswegs eine stationäre Behandlungsbedürftigkeit vorliegen; bei absehbarer Ablehnung der Kostenübernahme eines Trägers standen einige sogenannte „Freibetten“ zur Verfügung. Die erwünschten Patientenzugänge seitens der Charité-Direktion waren alle Kranken, die keinerlei „Unruhe“ in den Krankenhausbetrieb brachten und für die eine eindeutige und insbesondere ausreichende Kostenübernahme vorlag. In den Handlungen der Charité-Verwaltung zum Ausgleich finanzieller Möglichkeiten und medizinischer Notwendigkeit bei der Nutzung stationärer Kapazitäten entstanden Konflikte mit dem ärztlichen Personal, welches in der Anordnung zur strikten Einhaltung der von der Verwaltungsleitung gesetzten Aufnahmeregelungen eine Missachtung ärztlicher Kompetenz und Einschränkung wissenschaftlicher Arbeit, manchmal mangelnde Humanität sah. Zur Schlichtung wurde häufig das Ministerium für geistliche, Unterrichts- und Medizinal-Angelegenheiten eingeschaltet. Jedoch bleibt in den Quellen der detaillierten administrativen Aufnahmeregelung unklar, inwieweit sich die Chefärzte durchsetzen konnten.

Die Krankenaufnahme der Charité war eingebunden in die gesamte Berliner Krankenhausversorgung, besonders der Patientenaufnahme der zwischen 1874 und 1906 eröffneten städtischen Krankenhäuser. Es stellt sich die Frage, in welchem Verhältnis die Charité zu den großen städtischen Krankenhäusern stand, ob diese eher als Kooperationspartner oder Konkurrenz betrachtet wurden oder ob sie sogar zur Qualitätsbesse-

rung im Charité-Krankenhaus beitragen. Daran knüpft sich die Frage an, ob die Kostenträger eine vorhandene Konkurrenz zwischen staatlicher und städtischer Krankenhausversorgung für ihre Interessen ausnutzten.

Das größte Krankenhaus Preußens war von König Friedrich Wilhelm I. ausdrücklich nicht zur Berliner Generalanstalt ernannt worden, sondern hatte dem gesamten Land zur Verfügung zu stehen. Darum war die Charité bei der Selbstverwaltung der Städte 1808 nicht in Berliner Hände übergeben worden, sondern ein eigenständiger Betrieb unter Aufsicht des preußischen Staates geblieben. Konsequenterweise waren Kranke auswärtiger Berliner Gemeinden ebenfalls aufzunehmen. Die zusätzlichen Schwierigkeiten, die diese überwiegend ohne Kassenmitgliedschaft und in der Regel ohne finanzielle Mittel in der Aufnahmestation stehenden, sogenannten „auswärtigen“ Kranken der Verwaltung bei der Suche nach Kostenübernahme brachten, wobei zudem die preußischen Gesetze und unvollständige Gerichtsurteile den Armenverbänden oft ermöglichten, mit einem Hinweis auf den Rechtsstand die Kostenübernahme für einen Patienten aus ihrer Gemeinde abzulehnen, sind Gegenstand eines Kapitels. Die anhaltende Serie gerichtlicher Auseinandersetzungen zwischen der Charité und provinziellen Armenverbänden unter Einbezug der Berliner Armendirektion, die regelmäßig mit zur Kasse gebeten wurde, wird darin beschrieben.

Ein Exkurs führt zu den Polikliniken der Charité – ein wichtiger Bereich zur ambulanten Behandlung weiter Bevölkerungskreise und Einsparung stationärer Aufnahme, wodurch auch andere Berliner Krankenhäuser Entlastung fanden, bot zugleich ärztlich „interessanten Krankenmaterials“ die Aufnahme. Es soll die Diskussion zwischen Charité-Direktion, den Klinikdirektoren und dem Ministerium für geistliche, Unterrichts- und Medizinal-Angelegenheiten über die Einführung von Beitragszahlungen der „Besucher“ der Polikliniken gezeigt werden.

Gesondert werden einzelne Patientengruppen hervorgehoben, für die entsprechend ihrer medizinischen und sozialen Situation von der Charité-Direktion spezielle Anweisungen zur Aufnahme herausgegeben wurden und die zeitweise in der Öffentlichkeit besondere Beachtung fanden. Eingegangen wird dabei auf die Aufnahmebedingungen bei Schwangeren, den Geisteskranken, Flüchtlingen aus Ostpreußen und Soldaten im Ersten Weltkrieg.

Im letzten Kapitel wird die ökonomische Situation der Charité im Jahrhundertwechsel

beleuchtet. Die Betrachtung der Jahressalden des Krankenhauses soll nicht die Buchhaltung der Charité aufstellen, sondern grob auf ihre Kosteneinnahmen im Verhältnis zu den Ausgaben und den Staatszuschüssen Einblick geben. Vorsichtig wird mit den städtischen Krankenhaus-Jahresabschlüssen und deren Subventionen verglichen – in den Quellen ist zu beachten, dass die Buchhaltungen der Charité und kommunaler Krankenhäuser teilweise „technisch“ different waren.

Je nach Bereitschaft des preußischen Staates bzw. des Finanzministers waren außer dem vom Landtag beschlossenen Jahres-Etat an die Charité Zuschüsse geflossen. Auseinandersetzungen darüber gab es zwischen der Charité-Direktion und dem Kultusministerium, und insbesondere dem Finanzminister; eindrucksvoll heftig bei den Überlegungen zur Erhöhung der „Kurkostensätze“ – den Gebühren für den stationären Tagesaufenthalt. Die Entscheidungen des Berliner Magistrats zu Änderungen der städtischen Kurkostensätze beeinflussten die Charité-Direktion massiv. Sie hatte dem Kultusministerium Vorschläge anzubieten, wie unter Vermeidung der Kurkostensatzerhöhung die Anstaltseinnahmen verbessert werden könnten, und die – aus der Sichtweise der Charité-Direktion – nachlassende Attraktivität für erwünschte Patientenzugänge im Vergleich zu den seit 1900 eröffneten Krankenhäusern in und um Berlin, aufzuhalten sei. Diese Phase vor dem Ersten Weltkrieg ließ sich am besten in einem vorwiegend narrativen Stil darstellen.

Von individuellen Patienten erschien wenig Anspruch auf Krankenhaus-Aufnahme in der Öffentlichkeit, abgesehen von der Arbeiter-Patienten-Stimme aus der SPD in der Stadtverordnetenversammlung Berlins oder der Partei-Zeitung „Vorwärts“. Die Medien gaben vor, den Patienten als Sprachrohr zu dienen, indem sie beispielsweise die Aufnahmeabweisung einer schwangeren Frau, die daraufhin auf der Straße entbunden hatte, sensationell nutzten, oder eine erneute Kurkostensatzerhöhung kritisierten. Bei den finanziellen Auseinandersetzungen veröffentlichten auch die Krankenkassen und die Armenpflege ihre Perspektive in Vertretung der Patienten für eine jederzeit bedarfsgerechte, unkomplizierte und humane Krankenaufnahme. In den Quellen ist eine klare Patientenorientierung nur selten im Schriftwechsel der Charité-Direktion mit dem preußischen Ministerium für geistliche, Unterrichts- und Medizinal-Angelegenheiten zu finden.

Zeitraum

Bei der Erforschung der sozialpolitischen und verwaltungszentrierten Aspekte der Krankenhausgeschichte gibt es noch viele offene Fragen. Dies betrifft ebenso die Charité zu Beginn des 20. Jahrhunderts.

Die Charité hatte kurz vor 1900 ihren großen Um- und Neubau gestartet, der quantitative und qualitative Kapazitäten änderte. Die neue Gestaltung definierte die Charité umso eindrücklicher als ein Krankenhaus, welches das traditionelle Hospital abgelegt hatte und nun zeitgemäß als wissenschaftlich-klinisches Zentrum ausschließlich kurativ tätig sein würde.

Daneben erlebte Berlin eine rasante Zuwanderung, so dass die Einwohnerzahl bei der Eingemeindung zu Groß-Berlin 1920 auf über vier Millionen Einwohnern gipfelte. Längst bestehende soziale Probleme wie die Wohnungsnot waren ebenso progressiv gewachsen. Mit der Demografie wuchs der kontinuierliche Bedarf an spezialisierter medizinischer Behandlung und pflegerischer Versorgung im Krankenhaus, dem auch die neu eröffneten kommunalen Krankenhäuser nicht den nötigen Schritt hielten. In dieser Zeit stieg auch die Mitgliederzahl in gesetzlichen Krankenkassen, welche eine Krankenhausbehandlung nicht mehr als Almosengabe der Berliner Armenpflege betrachten mussten, sondern – sofern genehmigt – mit einem Berechtigungsschein ihrer Kasse zur Aufnahmestation gehen konnten. Diese Finanzierungsquelle gab der Berliner Krankenhauslandschaft zwar mehr Antrieb, bot aber auch Anlass für neue Auseinandersetzungen. Die gesellschaftlichen Bewegungen der ersten beiden Jahrzehnte des 20. Jahrhunderts spiegelten sich auch im stationären Gesundheitswesen und brachten der traditionsbelasteten Charité neue Probleme, für die der Erste Weltkrieg nur eine Pause einlegte.

Forschungsstand

Eine veröffentlichte Dokumentation, die sich mit der administrativen Perspektive der Patientenzugänge der Charité und dem Umgang mit den Kostenträgern im ausgehenden 19. Jahrhundert befasst, liegt nicht vor. Daher war es nicht möglich, chronologisch anzuknüpfen. Einige Forschungsarbeiten zu Patientenaufnahmen in deutschen Krankenhäusern bewegen sich in der Regel in früheren Zeiträumen.

Im Umbruch des 18. zum 19. Jahrhundert entstanden in größeren Städten üblicherweise Allgemeine Krankenhäuser von den Kommunen, die sich sowohl extern wie

intern von den früheren Spitälern unterschieden. Insbesondere die Wandlung von der überwiegenden Sterbebegleitung älterer und gebrechlicher Menschen in konfessionellen Hospitälern nun zum Ziel einer Behandlung heilbarer Erkrankungen Arbeitsfähiger in säkularisierten Kliniken beschreibt die neue Krankenhaus-Generation und entsprechende Patientenaufnahme. Dabei entwickelten sich zwischen Süd- und Norddeutschland deutliche Unterschiede bezüglich der Kostenträgerschaft für stationär versorgte Kranke. Eva Brinkschulte beschreibt 1995 zur Patientenaufnahme des Juliusspitals in Würzburg und Bamberg's Allgemeinen Krankenhauses vom ausgehenden 18. Jahrhundert bis in die erste Hälfte des 19. Jahrhunderts eine neue Finanzierungssäule bei der „Institutionalisierung des modernen Krankenhauses im Rahmen aufgeklärter Sozialpolitik“¹. Diese neue Kostenträgerschaft entstand aus Krankenhaus-Versicherungs-„Instituten“ – im Zeitraum der Aufklärung lange vor Einführung der gesetzlichen Sozialversicherung des Deutschen Reiches. Diese Versicherungs-Organisation war in das System der modernisierten medizinischen Armenpraxis eingebunden, deren oberstes Ziel eine Heilung des Armenstatus war, und beeinflusste die Patientenzugänge der neu eröffneten Krankenhäuser. So bezahlten in der Würzburger Region Bedienstete, ab 1786 zunächst Gesellen und Lehrlinge mit eigenen Beiträgen, später Dienstboten teils über den Arbeitgeber und mit eigener Beteiligung, eine in der Regel länger verpflichtende Krankenhaus-Versicherung, die ihnen den stationären Zugang eröffnete und das jeweilige Krankenhaus ganz wesentlich finanziell betrieb. Der Kommune ersparte dieser Weg Kosten für die Armenpflege bei überwiegend jungen Patienten, die häufig fern der eigenen Familie die Arbeit hatten suchen müssen und daher nicht die bis dato übliche familiäre Krankenversorgung in Anspruch nehmen konnten. In E. Brinkschultes Statistik der Patientenzugänge Würzburgs wird die Gewichtung junger, rekonvaleszenter Patienten sichtbar.

Anders als in Norddeutschland wurde das süddeutsche Allgemeine Krankenhaus dual finanziert: aus kommunalem Armenfond und der institutionalisierten Versicherung, wobei das Würzburger Juliusspital und das Bamberger Allgemeine Krankenhaus Modellcharakter entwickelten. Damit wurde die Teilung in zwei Patientengruppen bei der stationären Aufnahme geboren: die versicherten und die armen Patienten.

1 Brinkschulte, E.: Stationär oder Ambulant, in: Jahrbuch für Universitätsgeschichte, Band 3. Zwischen Wissens- und Verwaltungsökonomie. Zur Geschichte des Berliner Charité-Krankenhauses im 19. Jahrhundert, Berlin 2000, 181-194.

In dieser Einteilung standen noch zu Beginn des 20. Jahrhunderts die wichtigsten Säulen der Kostenträgerschaft für die Charité und hatten durch laufende finanzielle Auseinandersetzungen mit der Charité-Direktion ihren indirekten Einfluss auf die Charité-Aufnahmeregelungen. Anders als die schon lange von der Armenpflege weniger abhängigen süddeutschen Krankenhäuser war die Charité im Jahr 1900, abgesehen von der beträchtlichen Subventionierung durch den preußischen Staat, noch überwiegend auf die Kostenübernahme der Armenpflege angewiesen. Dies verlagerte sich im Laufe der Jahre bis zum Ersten Weltkrieg hin zu den gesetzlichen Krankenkassen.

Anders als die süddeutsche Reform des Armen- und damit des Gesundheitswesens, beschreibt Ragnhild Münch in ihrer Dissertation „Gesundheitswesen im 18. und 19. Jahrhundert. Das Berliner Beispiel“ (1995)² die Veränderungen der Berliner Armen- und somit auch Krankenpflege mit Einführung der Städteordnung und Neuordnung des preußischen Staates nach der Wende des 18. zum 19. Jahrhundert und der folgenden Jahrzehnte. Schon damals stellte die nun selbstverwaltete Stadt Berlin die rechtliche Zuordnung der Charité zum preußischen Staat wiederholt in Frage, hätte die Kommune das Haus doch gern vollständig für Armenpflege des eigenen Stadtgebiets verwendet. Noch ein Jahrhundert später schien dies nicht definitiv geklärt zu sein.

Dazu kam der laufende Wandel dieses größten militärisch-ärztlichen Lehrhospitals Preußens in ein Universitätsklinikum. Arleen Marcia Tuchman veranschaulicht in ihrem Beitrag zur Geschichte der Berliner Charité (2000)³ die unterschiedlichen geistigen Inhalte der ärztlichen Ausbildung bei Universität und Militär als „verwirrendes Dreieck“ von Universität, Périphérie und Charité.

2 Münch, R.: Gesundheitswesen im 18. und 19. Jahrhundert. Das Berliner Beispiel. Berlin 1995.

3 Tuchman, Arleen M.: Ein verwirrendes Dreieck. in: Jahrbuch für Universitätsgeschichte, Band 3. Zwischen Wissens- und Verwaltungsökonomie. Zur Geschichte des Berliner Charité-Krankenhauses im 19. Jahrhundert, Berlin 2000.

Der 3. Band des Jahrbuchs für Universitätsgeschichte „Zwischen Wissens- und Verwaltungsökonomie. Zur Geschichte des Berliner Charité-Krankenhauses im 19. Jahrhundert“ (2000), herausgegeben von Eric Engstrom und Volker Hess⁴, liefert mit unterschiedlichen Einblicken in Sachgebiete und Organisation eine kompakte Zusammenfassung der Jahrhundertentwicklung dieses größten deutschen Klinikums.

Vom Blick des einzelnen Patienten im Krankenhaus und seinem Weg zur Aufnahme- station ist aus den vergangenen Jahrhunderten nur wenig überliefert worden. Barbara Elkeles führt in ihrem Bericht vom „Krankenhaus um die Wende vom 19. zum 20. Jahrhundert aus der Sicht seiner Patienten“⁵ solche wenig vorhandenen Aussagen zusammen und wurde in der „Historia Hospitalium“ von 1986-1988 veröffentlicht.

Stationäre Versorgung in sozialmedizinischen Zusammenhängen gehört zum zentralen Thema der wissenschaftlichen Arbeit von Alfons Labisch und Reinhard Spree, wobei in ihrem Band „Einem jeden Kranken in einem Hospitale sein eigenes Bett. Zur Sozialgeschichte des Allgemeinen Krankenhauses in Deutschland im 19. Jahrhundert“ (1996)⁶ detaillierter auf quantitative Aspekte und spezielle Themen der stationären Versorgung dieser Zeit eingegangen wird. Zusammenfassend schließt Alfons Labisch den Gedanken, aus der Betrachtung historischer Erkenntnisse⁷ seien Konsequenzen für aktuelle und zukünftige Krankenhauspolitik zu sammeln.

Verwendete Quellen

Wichtigste Quellen der vorgelegten Arbeit waren die Akten der Charité im Landesarchiv der Humboldt-Universität Berlin und die Akten aus dem Ministerium für geistige, Unterrichts- und Medizinal-Angelegenheiten im Geheimen Staatsarchiv Preußischer Kulturbesitz in Berlin, worin auch entsprechende Artikel der Berliner Presse archiviert sind.

-
- 4 Engstrom, E. J.; Hess, V.: Jahrbuch für Universitätsgeschichte, Band 3. Zwischen Wissens- und verwaltungsökonomie. Zur Geschichte des Berliner Charité-Krankenhauses im 19. Jahrhundert, Berlin 2000.
 - 5 Elkeles, B.: Das Krankenhaus um die Wende vom 19. zum 20. Jahrhundert aus der Sicht seiner Patienten. Historia Hospitalium 17 (1986-1988), 89-103.
 - 6 Labisch, A.; Spree, R.: Einem jeden Kranken in einem Hospitale sein eigenes Bett. Zur Sozialgeschichte des allgemeinen Krankenhauses in Deutschland im 19. Jahrhundert, Frankfurt a.M.1996.
 - 7 „Die Krankenhausgeschichte soll heute als eine der Voraussetzungen zeitgemäßer Krankenhausplanung gelten. Die Krankenhausgeschichte enthält damit eine pragmatische, handlungsorientierende Zielsetzung: sie soll Wissen bereitstellen und vermitteln, das die heutige Situation im Krankenhauswesen erhellt und zur theoretischen Grundlage künftiger Planung dient.“ A. Labisch

Eine lückenlose Chronologie zwischen dem Jahrhundertwechsel und dem Ersten Weltkrieg ist in den einsehbaren Akten nicht vorhanden. Wichtige Auskunft gaben die Charité-Annalen, die bis 1913 jährlich veröffentlicht wurden.

Daneben finden sich in den Fünfjahresberichten der Gemeinde-Verwaltung Berlins und den Statistischen Jahrbüchern der Stadt Berlin wichtige kommunalpolitische und statistische Informationen zu ihrer Krankenhauslandschaft. Für quantitative Aspekte der innerstädtischen Krankenhausbetriebe war Susi Füssel-Schaffraths Dissertation „Beitrag zur Geschichte der Berliner Krankenhäuser im Zeitraum von 1900-1920“ hilfreich.

Ein Bild der Charité und eine Vorstellung ihrer Atmosphäre gibt der o.g. 3. Band des Jahrbuchs für Universitätsgeschichte „Zwischen Wissens- und Verwaltungsökonomie. Zur Geschichte des Berliner Charité-Krankenhauses im 19. Jahrhundert“, herausgegeben von Eric Engstrom und Volker Hess. Einen Einblick in die Gründung und Entwicklungsgeschichte des historisch wichtigsten und größten Berliner Krankenhauses enthält der Band „Charité 1710-1985“ von D. Tutzke et al. Eine Zusammenfassung der Verhältnisse zur Berliner Kommune seit ihren Anfängen bietet der Artikel „Zur Geschichte der Beziehungen zwischen der Charité und Berlin (1710-1945)“ von Georg Harig und Hans-Uwe Lammel in der Wissenschaftlichen Zeitschrift der Humboldt-Universität zu Berlin von 1987. Seine Erinnerungen an die Charité hat der fast ein Viertel Jahrhundert lang tätige Verwaltungsdirektor Ernst Pütter bald nach seiner Pensionierung 1928 notiert und diese geben in euphemistischem Stil einige Auskunft über den Verwaltungsstandpunkt zum Patientenzugang.

Als wichtiger Beitrag zum Überblick der Berliner Krankenhausbettenkapazität hinsichtlich des Bedarfs sowie damaliger Überlegungen zu Wegen der Verbesserung des in der Jahrhundertwende allseits kritisierten Bettenmangels hat sich Adolf Gottsteins Artikel „Erfüllt die Berliner Kommune die notwendigen Forderungen auf dem Gebiete des öffentlichen Gesundheits- und Krankenhauswesens?“ in der Deutschen Medizinischen Wochenschrift von 1905 erwiesen.

Letztlich erschien es mir sinnvoll, mit dem vorhandenen Informations-Puzzle ein möglichst komplexes Bild von der Position der Charité-Direktion zur Patientenaufnahme vorzulegen, wie sie aus ihrer Haltung gegenüber der Charité-Ärzeschaft, ihren laufenden Auseinandersetzungen mit den Kostenträgern und ihren Reaktionen auf die pro-

gressive städtische Krankenhausentwicklung, ihrer Verantwortung gegenüber dem Ministerium für geistliche-, Unterrichts- und Medizinal-Angelegenheiten und letztlich gegenüber den Patienten entstand. Dies im Rahmen der kontinuierlich sich ändernden gesellschaftlichen und regionalen Bedingungen für Patientenaufnahme der Charité von der Jahrhundertwende bis in den Ersten Weltkrieg.

II. Die Charité – kurze Historie

In den Jahren 1708 und 1709 breitete sich in Osteuropa die Pest aus und näherte sich Preußen. Daraufhin erließ König Friedrich Wilhelm I. ein Pestreglement, wonach alle Städte der Mark Brandenburg Isolationshäuser für Pestkranke einzurichten hatten. Die Pest erreichte Berlin nicht. So wurde das 1710 als Pesthaus geplante Gebäude der späteren Charité wechselnd als Arbeitshaus für Bettler und sonstige Erwerbslose genutzt, als Unterbringung für Alte und Pflegebedürftige und teilweise als Garnisons-Lazarett. Von Friedrich Wilhelm I. wurde durch eine Kabinettsordre am 18. November 1726 der Vorschlag des Stadt- und Amtsphysikus Christian Gottfried Habermaaß zur weiteren Nutzung des Gebäudes in Kraft gesetzt. Dieser sah ein außerhalb der Stadt Berlin gelegenes Bürgerlazarett und eine praktische Unterrichtsstätte des 1724 zur Ausbildungsverbesserung der Militärärzte und -chirurgen gegründeten Collegium medico-chirurgicum vor. Am 1. Januar 1727 wurde die Anstalt als „Lazareth und Hospital vor dem Spandower Thor“ in Betrieb genommen. Ihren Namen „Charité“ erhielt sie kurz darauf vom König: „Es soll das Haus die Charité heißen.“⁸ Zur Verwaltung der Charité wurde Christian G. Habermaaß eingesetzt; die Leitung lag beim Königlichen Armendirektorium, wobei jedoch die Charité 1748 ihre eigene Kasse erhielt.

In Berlin hatte es zu dieser Zeit an öffentlichen Krankenhäusern nur das Große Friedrichshospital und das Dorotheen-Hospital gegeben, wobei letzteres zeitweilig auch als Irrenhaus genutzt wurde und nach der Charité-Eröffnung 1727 arme Bürgerwitwen hospitalisierte. Daneben hatte 1703 die jüdische Gemeinde eine gemeinnützige Anstalt eröffnet.

Schon Mitte des 18. Jahrhunderts reichten die Kapazitäten der Charité-Gebäude für die ständig anwachsende Zahl der Aufnahmebedürftigen nicht mehr aus – die Belegung war auf 400 Betten festgesetzt und 1736 waren es schon 479. Ausgeprägte Bauängeligkeiten führten zudem zur Entscheidung von König Friedrich dem Großen für einen Neubau, die zwischen 1785 und 1800 umgesetzt wurde und mit welchem auch den Kritiken an den räumlichen Bedingungen der Kranken begegnet werden sollte. Mit Beendigung der Bau-Phase dieser „Alten Charité“ wurden keine Hospitaliten mehr aufgenommen und die erneuerte Charité ausschließlich als Krankenanstalt genutzt. Die ab 1798 notwendige Errichtung einer Abteilung für Geisteskranke, nachdem das „Irren-

haus“ Berlins abgebrannt war, schränkte jedoch die geschaffene räumliche Erweiterung ein. Im selben Jahr kritisierte der Charité-Geistliche Wilhelm Prahmer die Missstände beim Umgang mit den Kranken, ihre Verpflegung, die Hygiene und die Ausstattung der Krankenstuben.

Eine Überbelegung blieb die Regel, da die Berliner Bevölkerung nicht nur in der Zahl, sondern auch an Verarmung wuchs. Daneben gab es unter den Charité-Patienten – entsprechend dem großen stehenden Heer – viele Soldaten und ihre Familien, die zu Beginn des 18. Jahrhunderts ein Sechstel der Einwohner Berlins ausmachten. Dieser Bevölkerungsanteil konnte sich keine eigene ärztliche Betreuung leisten, hatte aber auch keinen Anspruch auf unentgeltliche Behandlung durch Armenärzte, da die Armendirektion dies nur für die „notorisch Armen“ vorsah. Bei solchem Andrang war zur Vermeidung von „ungerechtfertigten“ Einweisungen schon ab 1737 die Armendirektion als alleiniger Entscheidungsträger eingesetzt worden.⁹

Nachdem in der Charité vor allem arme Kranke eingewiesen wurden, da - wohlhabendere Menschen, wie zu dieser Zeit üblich, zuhause gepflegt und von einem privat bezahlten Arzt behandelt wurden, konnte die Charité kaum Kurkosten erheben. Auch der Versuch, die Verpflegung von Geschlechtskranken zu berechnen, führte zu minimalem Ertrag, so dass die Betriebskosten vom Königshaus subventioniert wurden. Eine wesentliche Versorgung der Kranken leistete die Garten- und Viehwirtschaft des Hauses. 1735 schenkte König Friedrich Wilhelm I. nach einer schweren Krankheit der Charité 100.000 Thaler. Bis 1746 stifteten einzelne Personen über 20.000 Thaler. Die Geldgabe eines Privatmannes von 80.000 Thalern im Jahr 1746 erweiterte König Friedrich der Große um 40.000 Thaler und schenkte der Charité das schlesische Gut Prieborn mit einer Nutzfläche von rund 1.350 ha, jedoch mit der Auflage, zunächst 982 Invaliden eine Leibrente aus den Gutseinkünften zu zahlen. Erste Einnahmen aus der Pacht hatte die Charité ab 1770. Bis zu diesem Zeitpunkt wurden ihr die Gebühren, die in Preußen für Geburtsurkunden und Lehrbriefe angeordnet waren und jährlich circa 19.000 Thaler erbrachten, überwiesen. Ende des 18. Jahrhunderts entfielen diese Beträge durch Aufhebung des Zunftzwanges. Als Ersatz für diese Beiträge ordnete der König 1798 einen jährlichen Zuschuss von 10.000 Thalern an und vergrößerte den

8 Tutzke et al. Charité (1985), 6.

9 Tutzke et al (1985), 12.

Besitz der Charité um die Güter der enteigneten Gräfin Lichtenau.¹⁰ Trotz der Bedürftigkeit der meisten Charité-Patienten mussten in der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts ein Drittel der weiblichen und gut die Hälfte der männlichen Kranken direkt oder durch Hausarbeit zumindest einen Teil der Kosten erstatten.

Nach dem Kriegsverlust Preußens gegen Frankreich und dem französischen Einmarsch zu Anfang des 19. Jahrhunderts geriet die Anstalt trotz der Ausgabe ihres Barvermögens in einen finanziellen Engpass. Aufgrund der hohen Kriegsentschädigung Preußens an Frankreich fielen die staatlichen Zuschüsse aus, zudem wurde die Charité verpflichtet, 400 Franzosen ein Jahr lang unentgeltlich zu verpflegen und zu behandeln. Entsprechend „zerfiel“ der Bestand der Anstalt. Der Wunsch der russischen Kaiserin, bei ihrem Besuch 1818 unter anderem die Charité besichtigen zu wollen, veranlasste den preußischen Staat mit 17.000 Thalern die Anstalt zu renovieren und für die kommenden Jahre einen hohen Staatszuschuss zu gewährleisten. Dabei erhielt das Haus nach Vorschlägen wie sie schon 1785 vorlagen, in allen Etagen Bäder.¹¹

1819 wurde das Königliche Armendirektorium aufgelöst und gemäß der neuen Stadtverordnung die Armenpflege der Berliner Kommune übertragen. Eine Kabinettsorder vom 3. Mai 1819 beschrieb die Charité als „ein für allgemeinere Zwecke als die hiesige Armenpflege bestimmtes Institut“¹² und unterstellte sie dem Königlichen Reglement. Dazu wurde klargestellt, dass die Charité ihr Eigentum und bestehende Fonds behalten und Betriebskosten vom Staat subventioniert werden sollten. Die Stadt Berlin wehrte sich gegen die vom Krankenhaus gestellten Rechnungen und bat den König um weitere unentgeltliche Krankenpflege. Dieser bewilligte der Charité einen jährlichen Zuschuss von rund 18.400 Thalern unter der Bedingung, der Berliner Armenpflege mit kostenloser Aufnahme von ausschließlich heilbaren Kranken entgegenzukommen, was jedoch der jeweiligen Zustimmung der Charité zu unterliegen hatte. Ein „Regulativ über die Organisation eines Kuratorii zur Verwaltung der Angelegenheiten des Charité-Krankenhauses in Berlin, und über dessen Wirksamkeit zur Verbesserung des Krankenhaus-Wesens in der Monarchie“ vom 7. September 1830 ordnete im § 7 an, wie Kurkosten auf direktem Wege von für einen Kranken haftenden Angehörigen, Dienstherrschaften oder Gemeinden einzuziehen seien. Das Regulativ gestand den

10 Pütter (1928), 72-73.

11 Ebenda, 74.

Kostenverpflichteten den Wiedereinzug der Kosten vom Kranken zu. Mit dem Gesetz wurde das Königliche Kuratorium für die Krankenhausangelegenheiten der Monarchie gebildet als „eine begutachtende und ratgebende Behörde in allen Angelegenheiten des Kranken- und Hospitalwesens“ und mit der Charité-Verwaltung beauftragt. Die Kabinettsordre am 6. Juni 1835 gewährte der Stadt Berlin schriftlich 100.000 freie Verpflegungstage für Kranke aus der Aufsicht ihrer Armenpflege, die unentgeltliche Versorgung armer, heilbarer Geisteskranker und die Kostenermäßigung bei Prostituierten.¹³ 1846 bestimmte eine weitere Kabinettsordre, dass die Charité-Direktion aus einem Ärztlichen Direktor und einem Verwaltungsdirektor zusammengesetzt und unmittelbar dem Ministerium für geistliche, Unterrichts- und Medizinal-Angelegenheiten unterstellt sein sollte.¹⁴

In den Jahren nach Eröffnung der Berliner Universität 1810 – mit 117 immatrikulierten Medizinstudenten – folgte eine Differenzierung in klinische Fachgebiete. 1816 hatte eine Kabinettsordre in der Charité eine Klinik für Chirurgie und Augenheilkunde mit zwei Krankensälen, worin jeweils 12 Betten zu belegen waren, eingerichtet, einen Operationssaal und einen Krankenwärterraum. Die Entbindungsanstalt wurde unabhängig von der Charité 1817 in der Oranienburger Straße eröffnet. 1829 wurde die Kinderabteilung mit einer Poliklinik neu gegründet. Die Abteilung für syphilitische Krankheiten entstand 1825/26. Zwischen 1831 und 1835 wurde eine „Neue Charité“ zur Beherbergung der Geisteskranken und der Syphilitiker sowie einer Gefangenenstation errichtet. Das „Kuratorium des Charité-Krankenhauses“ eröffnete 1832 eine Schule zur Krankenwärterausbildung, nachdem die äußerst mangelhafte Krankenpflege schon 1818 vom „Zweiten Charité-Arzt“ Ernst Horn u.a. als Konsequenz der fehlenden Ausbildung kritisiert worden war.

Eine wichtige bauliche Veränderung stellte 1856/57 das Pathologische Institut dar. Es folgten aus der Abteilung für Brustkranke, wo die Medizinstudenten ihre Ausbildung in Perkussion und Auskultation erhielten, 1858 die Propädeutische, spätere II. Medizinische Klinik und die Neugründung der Gynäkologischen Klinik neben der Gebäranstalt sowie die Zusammenlegung der Abteilungen für syphilitische Krankheiten, für Krätze und Pocken zur Hautklinik. Die Trennung der Ophthalmologie von der Chirurgie wurde

12 Ebenda, 74.

13 Pütter (1928), 74-75.

14 Ebenda, 74-75.

1868 vorgenommen, das Institut für Physiologie entstand 1865, für Anatomie 1877, das schon zuvor eigenständig arbeitende Pharmakologische Institut 1883 und mit der Einrichtung des Lehrstuhls das Institut für Hygiene 1885.

Die gesamten baulichen Veränderungen und organisatorischen Umgestaltungen entsprachen längst nicht den Erfordernissen, insbesondere genügten sie nicht den sanitären hygienischen Anforderungen. Im Jahr 1883 erreichte die durchschnittliche Krankenzahl schon mehr als 1.700. Die mangelhaften Zustände und die ständige Überfüllung des Krankenhauses führten 1893 zu einem Boykottaufruf unter Führung der 1892 gegründeten Arbeiter-Sanitätskommission, dem sich 45 Ortskrankenkassen, Hilfskassen und Betriebskassen mit circa 260.000 Mitgliedern anschlossen. Krankenversicherte wurden aufgefordert, die Charité zu meiden und stattdessen die städtischen Krankenhäuser aufzusuchen. Die 19 „Forderungen der Berliner Krankenkassen an die Charité“¹⁵ beinhalteten einen zeitgemäßen Ausgleich der Qualitätsmängel bei Gebäuden und in der Pflege sowie Modernisierung ärztlicher Leistung, zudem Forderungen zur Achtung der Patientensouveränität, beispielsweise deren freiwillige Entscheidung bei Unterrichts- und Demonstrationszwecken und der Wegfall aller militärischer Disziplin. Außerdem sollte „Unbeschränkter Zutritt zu den Krankenhaus-Räumen für Kassen-Vorstände und die Arbeiter-Kontrollkommission“¹⁶ gegeben sein.

Der Boykott scheint 1894 einen wesentlichen Anstoß für die Entscheidung zum Umbau der Charité gegeben zu haben. Zunächst wurde 1895 die Bettenzahl von bestehenden 1.956 Plätzen auf 1.844 herabgesetzt, „indem die Belegung der Krankenzimmer mit Kranken auf das zulässigste Maass beschränkt wurde“¹⁷ 1897 bewilligte der Preußische Landtag die Mittel für einen Um- und Neubau der Charité, so dass bis 1917 elf neue Gebäude sowie drei größere Um- und Erweiterungsgebäude entstehen konnten. Die 1897 endgültig vorgesehene Bettenzahl betrug 1.247. Im Jubiläumsjahr 1910 betrug die Kapazität 1.423 Betten. Die wirtschaftlichen Verhältnisse nach dem Ersten Weltkrieg verhinderten die Vervollständigung der Baupläne.

15 Tutzke et al. (1985), 30; siehe Anhang 1: Forderungen der Berliner Krankenkassen an die Charité.

16 Ebenda, 30.

17 Charité-Annalen 1903, 123.

III. Krankenaufnahme der Charité zu Beginn des 20. Jahrhunderts

Trotz der vier in Berlin zwischen 1874 und 1906 neu geschaffenen kommunalen Krankenhäuser und etlichen Krankenhäusern in den Berliner Vororten leistete die Charité bei einem stetigen Anwachsen der Bevölkerung – 1900 lag die Einwohnerzahl bei 1.888.313 im Vergleich zu 1.123.749 Einwohnern im Jahr 1880¹⁸ und war damit um mehr als die Hälfte angestiegen – einen mittlerweile geringeren, doch nach wie vor ganz wesentlichen Anteil in der stationären Versorgung der Stadtbewohner und des Umlands.

Nach den Statistischen Jahrbüchern der Stadt Berlin betrug im Jahr 1900 in der Königlichen Charité 1.331 Betten rund 17 % an den 8.050 für Berlin vorhandenen Krankenhausbetten.¹⁹ Der Anteil der städtischen Krankenhausbetten lag mit 3.108 Betten bei 38%. Die kommunale Statistik hatte 20 Jahre zuvor als gesamte Bettenkapazität Berlins 4.602 Betten angegeben, davon 30 % Anteil in der Charité mit 1.444 Betten.²⁰

1910 führte das Statistische Jahrbuch der Stadt Berlin insgesamt 11.196 Krankenhausbetten, davon mit 5.168 städtischen Betten rund 45 % und mit 1.129 rund 10% in der Charité. Die Bevölkerung hatte inzwischen eine Anzahl von 2.071.907 Einwohnern erreicht.

1. *Patienten-Statistik der Charité*

An einem fortlaufenden statistischen Überblick im Charité-Betrieb war nicht nur dem Verwaltungsdirektorium im Auftrag des Ministeriums der geistlichen, Unterrichts- und Medizinal-Angelegenheiten sowie den leitenden Ärzten gelegen, auch Institutionen wie das Kaiserliche Preußische Statistische Bureau, das spätere Landesamt, holten Daten zu ihrer Verwendung ab.

Dem Königlichen Gesundheitsamt wurden wöchentlich die Stationsbücher zur statistischen Verarbeitung vorgelegt. Dorthin gingen 1900 auch monatliche Formulare mit dem Nachweis von Infektionskrankheiten. Der „Morbiditystatistik für das Deutsche Reich“ wurden Daten zum wirtschaftlich-strukturellen Betriebsstand, ähnlich derer, wie sie in den „Charité-Annalen“ herausgegeben wurden, gereicht. Innerbetrieblich wurden, fachklinisch differenziert, die Anzahl von Aufnahmen, Todesfällen und der Belegung erhoben.

18 Statistisches Jahrbuch der Stadt Berlin 34 (1920), 3 ff.

19 Statistisches Jahrbuch der Stadt Berlin 27 (1903), 441; Füssel-Schaffrath, 154.

Eine statistische Vorlage des Krankenhausbetriebs findet sich in den „Charité-Annalen“, dem Titel entsprechend eine von 1876 bis 1913 regelmäßige jährliche Ausgabe der Direktion des Königlichen Charité-Krankenhauses, die neben dem Verwaltungsbericht eines Wirtschaftsjahres medizinische Fachartikel beinhaltet. Ab 1914 erschien ausschließlich der jährliche Verwaltungsbericht – die „Kriegschronik der Kgl. Charité“. Darin wurden die wichtigsten Ergebnisse des Wirtschaftsjahres, das vom 1. April eines Jahres bis zum 31. März des Folgejahres definiert war, veröffentlicht, darunter auch eine differenzierte Statistik der Patientenzugänge.

Bettenstand, Patientenzahlen, Verweildauer

Die Bettenkapazität der Charité erfuhr durch das Um- und Neubauprogramm um die Jahrhundertwende eine massive Reduzierung. Der Ärztliche Direktor, Generalarzt Schaper, stellte in den Charité-Annalen 1897 die baulich und strukturell geplanten Veränderungen des Krankenhauses vor. Die Kapazität sollte dabei vom Jahr 1894 bis zu 2.000 möglichen Betten, bei einer Reduzierung im Jahr 1902 auf 1.493 (plus 68 Säuglingsbetten), endgültig 1.247 Betten betragen. Direktor Schaper erklärte in seinem Bericht, den

[...] Hauptantheil der Verminderung hat die Klinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten, welche von ehemals 400 auf 151 Betten verkleinert wird; für den klinischen Unterricht ist diese Zahl vollkommen ausreichend und die früher ungewöhnlich hohe Ziffer war nur dadurch bedingt, dass die Stadt bis vor 3 Jahren keine Abteilungen für diese Kranken besass, die aber inzwischen eingerichtet worden sind, bzw. in dem neuen 4. städtischen Krankenhause an der Torf- und Triftstrasse in weiterem Umfange hergestellt werden sollen.²¹

In der Statistik der Betriebsjahre 1900 und 1901 heißt es:

Die Durchschnitts-(Normal)Zahl der Betten des Charité-Krankenhauses, welche infolge des grossen Krankenandranges bis zum Jahre 1894/95 1956 betrug und damals auf 1.844 Betten herabgesetzt wurde, indem die Belegung der Krankenräume mit Kranken auf das zulässigste Maass beschränkt wurde, ist im Interesse der Fortführung der Charité-Neubauten seit dem 15. Juli 1898 um weitere 189 Betten verringert worden und hat seit diesem Zeitpunkte 1.655 betragen. Infolge der Inbetrieb-

20 Statistisches Jahrbuch der Stadt Berlin 26 (1902), 458; Füssel-Schaffrath, 155.

21 Direktor Schaper in Charité-Annalen 1897, 19.

nahme des Neubaus der Hals-, Nasen- und Ohrenklinik, anlässlich der durch den theilweisen Abbruch der sog. Alten Charité erforderlich gewordenen anderweitigen Unterbringung von Krankenabtheilungen und infolge der durch den Abbruch der sog. Neuen Charité bedingten Verlegung der Kliniken für Haut- und Geschlechtskrankheiten in den nordöstlichen Flügel der Alten Charité und anderweitigen provisorischen Unterbringung der Kranken der Psychiatrischen Klinik ist im Laufe des Rechnungsjahres 1901 – theils im Mai, theils im November 1901, theils im Januar 1902 – eine weitere Verminderung der Bettenzahl um 94 eingetreten. Diese beträgt seitdem – ausser den 68 Betten für die Säuglinge der geburtshülflichen Klinik – 1.493.²²

Mit den Neu- und Umbaumaßnahmen veränderte sich die Bettenkapazität der Charité weiter. 1910/1911 standen 1.410 Betten (plus 66 Säuglingsbetten) zur Verfügung.²³

Erwähnt werden muss die Differenz der Bettenzahlen, die sich in den Angaben der Statistischen Jahrbücher Berlins zeigt. In der Regel erscheint dort eine deutlich geringere Bettenkapazität der Charité. In den Charité-Annalen wird die Bettenzahl mitsamt den Reservebetten angegeben ohne Angabe der Anzahl an (genutzten) Reservebetten.²⁴

Für die einzelnen Fachkliniken des Charité-Krankenhauses wurden die Jahreszahlen der Patientenzugänge sowie die jeweilige Bettenbelegung am 31. März eines Jahres aufgelistet.

22 Charité-Annalen 1903, 123-124.

23 Charité-Annalen 1913, 23; siehe Anhang 3: Bettenzahlen der Charité nach Jahr.

24 Statistisches Jahrbuch der Stadt Berlin 32.Jg., 644-645; siehe Anhang 3.

Für das Etatjahr 1910 galt:²⁵

Abteilung	ärztlicher Leiter	Zugänge ges.	Belegung 31.3.1911
I. Medizinische Klinik	Geh. Med.-Rat und Prof. Dr. His	1.042	146
II. Medizinische Klinik	Geh. Med.-Rat und Prof. Dr. Kraus	1.920	143
Gynäkologische Klinik	Geh. Med.-Rat und Prof. Dr. Bumm	1.008	59
Geburtshilfliche Klinik	Geh. Med.-Rat und Prof. Dr. Bumm	3.078	80
Geburtshilfliche Klinik	Geh. Med.-Rat und Prof. Dr. Franz	2.550	59
Nerven-Klinik	Geh. Med.-Rat und Prof. Dr. Ziehen	413	49
Psychiatrische Klinik	Geh. Med.-Rat und Prof. Dr. Ziehen	1.555	159
Chirurgische Klinik + Nebenabteilung	Geh. Med.-Rat und Prof. Dr. Hildebrand Generaloberarzt Köhler	2.298	244
Kl. für Augenkrankheiten	Generaloberarzt Greeff	614	34
Kl. für Ohrenkrankheiten	Generaloberarzt Passow	306	29
Kl. für Hals- und Nasenkr.	Generaloberarzt Fränkel	393	15
Kinderklinik	Generaloberarzt Heubner	1.132	86
Kl. für Geschlechtskrankh.	Generaloberarzt Lesser	1.406	78
Kl. für Hautkrankheiten	Generaloberarzt Lesser	343	30
Krebs-Baracken	Wirklicher Geh.-Rat von Leyden und Prof.Dr. Klemperer	82	14

Die „Charité-Annalen 1912“ berichten als tagesdurchschnittlichen „Krankenbestand“ des Rechnungsjahres 1910 1.185 Patienten im Vergleich zu 1.407 Patienten im Jahr 1900. Dazu wurden die Tage der jeweils höchsten und niedrigsten Krankenzahl im Haus angegeben, welche im Rechnungsjahr 1910 am 17.3.1911 1.324 und am 24.12.1910 1.015 Patienten betrug; zehn Jahre zuvor, am 8.3.1901 waren es 1.541 und am 2.6.1900 1.210 Kranke gewesen.²⁶

Mit Beginn des Wirtschaftsjahres 1910, am 1.4.1910, zeigte die Geschlechterdifferenzierung der Kranken 515 Männer plus 35 Säuglinge sowie 579 Frauen plus 31 Säuglinge und wurde am 31.3.1911, also dem letzten Tag des Wirtschaftsjahres, mit 556

25 Charité-Annalen 1912 in UAHUB, Verwaltungsbericht.

26 Charité-Annalen 1903 und 1912, Verwaltungsberichte; s. Anhang 4: Durchschnittlicher Krankenbestand.

männlichen Kranken plus 34 Säuglingen neben 610 weiblichen Kranken plus 25 Säuglingen abgeschlossen. Im Laufe des Etatjahres waren an Neuaufnahmen 6.673 männliche (plus 765 Säuglinge) sowie 9.586 weibliche (plus 686 Säuglinge) zu verzeichnen gewesen, im Etatjahr 1900 wurden 8.383 männliche (plus 960 Säuglinge) bzw. 8.870 weibliche (plus 963 Säuglinge) Neuaufnahmen genannt. Im Gegenzug konnten 1910 insgesamt 18.744 Patienten entlassen werden; 1900 gingen 19.073 Behandelte. 1910 waren an Verstorbenen 625 Männer, 567 Frauen und 1.451 Säuglinge registriert worden, 1900 an männlichen Kranken 1.013, an weiblichen 811, ohne Angabe der Säuglingstode.

Die Summe der 1900 im gesamten Jahr behandelten Patienten ergab 18.538 und lag 1910 bei 17.353.²⁷

Ohne die Tage der Freibetten, das heißt derjenigen Betten, für die mit Genehmigung und Subvention des Ministeriums die Behandlungstage nicht bezahlt werden mussten, betrug 1910 die Summe gewährter Verpflegungstage 432.446, zehn Jahre zuvor waren es 513.461 Tage. (siehe Anhang 7: gewährte Verpflegungstage in der Charité nach Jahr). Entsprechend der im Laufe des fortschreitenden Um- und Neubaus der Charité reduzierten Bettenzahl verringerte sich die Gesamtsumme der jährlichen Verpflegungstage wie auch die durchschnittliche Verweildauer der Patienten. Im Wirtschaftsjahr 1912 hat diese 21 Tage betragen, 1910 lag die Verweildauer noch bei 25 Tagen, 1900 waren es 27 Tage gewesen, 1895 hatten Patienten im Durchschnitt 30 Tage in der Charité verbracht.²⁸

Bis 1903 war die Charité das am meisten in Anspruch genommene Krankenhaus Berlins gewesen, doch nach der gesamten Eröffnung der städtischen Krankenhäuser stand die Charité „erst an dritter Stelle“²⁹

Zudem wurde eine Jahresstatistik der Poliklinik-Besucher geführt (siehe Kapitel VI.).

27 Charité-Annalen 1903 und 1912, Verwaltungsberichte; s. Anhang 5: Anzahl behandelter Patienten nach Jahr. Und s. Anhang 6: Patientenzugänge nach Wirtschaftsjahr.

28 Charité-Annalen: 1897, 1; 1903, 11; 1912, 10; 1913, 1.

29 Bericht ü.d.Gemeinde-Verwaltung der Stadt Berlin 1901 bis 1905, 32.

2. *Administrative Organisation der Krankenaufnahme*

Nach einem orientierenden Überblick der Anzahl der in diesem Zeitraum stationär behandelten Kranken soll im Folgenden die administrative Organisation der Patientenaufnahme beschrieben werden.

Die Regelung der Krankenaufnahme in der Charité hielt zu Beginn des 20. Jahrhunderts die Direktion weiterhin unter der Kontrolle der Verwaltung.

Während der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts hatte die Direktion für eine Krankenaufnahme außer den festgelegten Kriterien der Behandlungsnotwendigkeit – wie beispielsweise der Wohnsitz eines Kranken oder eine polizeiliche Einweisung – keine ärztlichen Interessen am Patienten wie seine Relevanz für den klinischen Unterricht oder die Forschung gelten lassen und war immer bemüht gewesen, solcherlei Einfluss zu begrenzen. 1847 war vom Verwaltungsdirektor mit dem Argument, dass „die Bestimmung der Krankenabtheilung auch für einen Nichtarzt keine Schwierigkeiten darbietet“³⁰ der Posten des Aufnahmearztes in zwei Verwaltungsstellen umgewandelt worden. Doch wurde im Laufe der 1860er Jahre beim Ministerium für geistliche, Unterrichts- und Medizinal-Angelegenheiten der medizinischen Ausbildung und Wissenschaft mehr Bedeutung eingeräumt, so dass die Charité-Direktion weniger Unterstützung bei ihren Forderungen nach vorwiegend administrativer Aufnahmeentscheidung erhielt. In diesem Punkt hatte die ärztliche Leitung wiederholt ihre Wünsche hinsichtlich einer Betonung der klinischen gegenüber den administrativen Vorstellungen direkt im Ministerium vorgebracht; dies traf insbesondere während der Phase des An- und Umbaus in der Charité zu. Der Wunsch der Direktion nach einer möglichst vollständigen Ein(Unter)ordnung der ärztlichen Handlungen in einen reibungslosen Tagesablauf der Charité nach ihrem Konzept wurde dadurch immer weniger verwirklicht. Daran hatte auch der – einmalige – Umstand nichts zu ändern vermocht, dass 1871 der Verwaltungsbeamte Carl Heinrich Esse zum alleinigen Direktor der Charité ernannt wurde und diese Position bis 1873 inne hatte. Nach Esses Ausscheiden wurde die Charité-Direktion wieder von zwei Personen besetzt: dem Generalarzt à la suite des Sanitätskorps Dr. Mehlhausen und einem Juristen, dem Geheimen Regierungsrat Bernhard Spinola. Dr. Mehlhausen trat nach fast 20 Jahren von seinem Amt zurück; ihn ersetzte 1892 Generalarzt Dr. Schaper, der nach seinem Abschied 1904 die Position des Ärztlichen Direktors an Generalarzt à la suite des Sanitätskorps und

Sanitätsinspektor Professor Dr. Scheibe weitergab. Verwaltungsdirektor Spinola verstarb 1900 im 28. Dienstjahr und wurde von dem Geheimen Regierungsrat Müller ersetzt. Sein Amt ging 1904 an den Geheimen Regierungsrat mit dem Rang der Räte III. Klasse Ernst Pütter (1864 – 1942) über, der seine Aufgaben bis 1927 inne hatte und damit die Charité aus dem Kaiserreich durch den Ersten Weltkrieg sowie die Umwälzungen bei Geburt der deutschen Demokratie lotste.

Zur Zusammensetzung der Charité-Direktion zu Beginn des 20. Jahrhunderts bestimmte die Allerhöchste Kabinettsordre vom 6. Januar 1904:

1. So lange die Charité-Direktion aus einem ärztlichen Direktor und einem Verwaltungs-Direktor besteht, ist die Stelle des ersteren mit einem höheren Militärarzt zu besetzen.
2. Die zu ihrer praktischen und wissenschaftlichen Ausbildung in dem Charité Krankenhaus kommandierten Militärärzte und Studierenden der Kaiser-Wilhelms-Akademie sind der Dienstaufsicht der Charité-Direktion unterstellt und allein von dieser bzw. von dem ärztlichen Direktor oder dem Verwaltungsdirektor innerhalb ihrer Zuständigkeit getroffenen Anordnungen unbedingt Gehorsam schuldig. Die ärztlichen Disziplinarstrafbefugnisse stehen jedoch ausschliesslich dem ärztlichen Direktor in seiner Eigenschaft als höherer Militärarzt zu.

Unter Berücksichtigung dieser Neuregelung ist eine neue Dienstanweisung für die Charité-Direktion durch den Minister der geistlichen, Unterrichts- und Medizinal-Angelegenheiten zu erlassen.³¹

Ernst Pütter, der Verwaltungsdirektor der ersten Jahre des neuen Jahrhunderts bis in die Weimarer Republik, beschreibt in seinen „Erinnerungen an die Charité in Berlin“ das Zusammenwirken des Ärztlichen- und des Verwaltungsdirektors als gemeinsame Charité-Direktion:

Der ärztliche und der Verwaltungsdirektor sind koordiniert. Nach der gemeinsamen Geschäftsführung sind einige Zweige vorzugsweise von dem ärztlichen Direktor, andere vorzugsweise von dem Verwaltungsdirektor zu bearbeiten. So schreibt der Ärztliche Direktor die zahlreichen Gutachten und Obergutachten, die oft ohne nähere Bezeichnung der Krankheit von der ‚Charité‘ verlangt werden, den in Frage kommenden Kliniken zu, er prüft die täglich von fast allen 72 Stationen eingehenden Anträge

auf Zusätze zur Beköstigung oder Aenderung der Diät, sowie die sonstigen bei der Charitédirektion einlaufenden Anträge, die die Krankenversorgung betreffen. Er hat die Geschäftsführung der Apotheker zu beaufsichtigen und Revisionen abzuhalten, ferner ist er Vorsitzender der Prüfungskommission für die Ausbildung des Pflegepersonals. Dem Verwaltungsdirektor liegt vorzugsweise die Bearbeitung aller auf die Verwaltung der Anstalt bezüglichen Angelegenheiten ob. Es gehören hierher namentlich die Etats-Kassen- und Rechnungssachen, die Personalien und Anstellungs-Angelegenheiten der Beamten und Pflegepersonen, die Personalien der Aerzte, sofern dabei finanzielle Rücksichten in Frage kommen, die Vermögensverwaltung des Instituts, die Bausachen und Inventarien- Angelegenheiten, die Einziehung, die Stundung und der Erlass der Kurkosten, die Unterstützungsbeilligungen, die Beaufsichtigung der Büros und die Leitung des Geschäftsbetriebes in denselben und endlich alle ökonomischen und wirtschaftlichen Angelegenheiten des Instituts.

Der Verwaltungsdirektor fungiert selbstständig in der Eigenschaft als Kurator der Charitékasse. Die Aufnahme und Entlassung der Kranken ist Sache der Charitédirektion. Die gesamte Korrespondenz bezüglich der Patienten geht für alle Charitékliniken hin und zurück durch die Charitédirektion, die nur auf diese Weise ihre Akten über jeden Kranken vollständig halten, Kosten einziehen und Auskünfte erteilen kann. Letztere werden in sehr hoher Zahl sowohl von Fürsorge-Verbänden wie Krankenkassen, anderen Krankenhäusern und Versorgungsanstalten oder Gerichten verlangt.

Zwischen den Direktoren muß bei der Mannigfaltigkeit der an sie herantretenden, oft kann man sagen, auf sie einstürmenden Fragen, die schneller Erledigung bedürfen, ein verständnisvolles und reibungsloses Zusammenarbeiten stattfinden, und ich freue mich an dieser Stelle mit Dank aussprechen zu können, daß der derzeitige ärztliche Direktor Obergeneralarzt Dr. Hermann Schmidt diese Bedingungen in vollem Maße erfüllt.³²

Diese ausführliche Beschreibung des Arbeitsfelds der Charité-Direktion macht klar, wie umfassend die Kontrolle in den Händen der Charité-Leitung lag. Differenzen zwischen den beiden Direktoren sind aus den Charité-Akten nicht zu erfahren.

1910 unterstanden der Charité-Direktion – ohne die circa 200 Ärzte – 658 Beamte und Lohnempfänger. Unter den Beamten befanden sich die fünf Stationsinspektoren, früher Hausväter genannt.

31 Charité-Annalen 1910, 122-123.

Sie haben die Aufsicht über den gesamten Verwaltungsdienst in den ihnen unterstellten Kliniken und die Ausführung der von der Charitédirektion in Verwaltungsangelegenheiten getroffenen Anordnungen zu übernehmen. Den klinischen Direktoren sind sie gleichfalls unterstellt und haben den Anordnungen derselben Folge zu leisten. Stehen dieselben mit erlassenen Verfügungen oder Instruktionen in Widerspruch, so haben sie darauf aufmerksam zu machen und möglichst vor der Ausführung die Entscheidung der Charitédirektion einzuholen, wenn dies nicht seitens der dirigierenden Ärzte selbst geschieht. Bei Gefahr im Verzuge ist die Anordnung des dirigierenden Arztes, welcher damit gleichzeitig die volle Verantwortung in sanitärer und in jeder anderen Hinsicht übernimmt, auszuführen, davon aber spätestens am nächsten Morgen 9 Uhr gelegentlich der täglichen Hauskonferenzen der Charitédirektion Meldung zu erstatten.³³

Zu Beginn des 20. Jahrhunderts hatte die Aufnahmestation der Charité wieder eine ärztliche Stelle, die in der Regel von einem Militärarzt besetzt wurde. Im Verwaltungsbericht der Charité-Annalen 1910 bezog sich der Ärztliche Direktor, der Generalarzt à la suite des Sanitätskorps und Sanitätsinspekteur Professor Dr. Scheibe, auf ärztliche Anwesenheit im Aufnahmedienst: „[...] Durch Esses Betreiben wurde diese Stelle als entbehrlich eingezogen und in vollkommener Verkennung der Umstände“ – wie er selbst beschreibt, „da die Bestimmung der Krankenabteilung auch für einen Nichtarzt keine Schwierigkeiten darbietet – dem Aufnahmebeamten die Zuteilung überlassen. Dass diese Maßregel verkehrt war, wurde später wohl erkannt und fand darin noch besonderen Ausdruck, dass zurzeit in der Aufnahmestation, welche in dem Erdgeschoss des neuen Verwaltungsgebäudes untergebracht ist, ein Militäroberarzt als Aufnahmearzt tätig ist, welcher von zwei Unterärzten in seiner Beschäftigung unterstützt wird.“³⁴

Zur Zeit des „Charité-Boykotts“ 1893³⁵ verfolgten sowohl die Verwaltung als auch die Ärzteschaft ungewöhnlicher Weise gemeinsame Interessen, als der Rückgang an Patientenaufnahmen beiderseits unerwünscht war und die Akademie ebenso wie die Bürokratie für Änderungen, wie sie aus den Aufrufen des Boykotts hervorgingen, sorgen mussten. Die Boykott-Phase beschleunigte die Entscheidung zum Um- und Neubau der Charité. Diese Zeitspanne von 1897 bis 1916 forderte in der Charité eine

32 Pütter (1928), S. 78-79.

33 Charité-Annalen 1910, 123-124.

34 Charité-Annalen 1910, 124.

35 Siehe Anhang 1: Forderungen der Berliner Krankenkassen an die Charité.

geplante Phase der Einschränkung an stationärer Aufnahme, die von den anderen Berliner Krankenhäusern zunächst wenig, doch vor allem ab 1906 zunehmend ausgeglichen werden konnte.

Ökonomische Nachteile beklagte die Verwaltungsspitze aufgrund des Einnahmeverlusts, wobei das Konto der 100.000 kostenlosen Tage für die Stadt Berlin nicht eingeschränkt werden konnte. Daneben bedauerten die „dirigierenden“ Ärzte geringeres klinisches „Material“³⁶.

Untrennbar von den klinischen Faktoren bei der Krankenaufnahme waren die finanziellen Faktoren, das heißt in erster Linie die Klärung der Kostenübernahme für einen möglichen Patienten. Im Bericht „Zweihundert Jahre des Charité-Krankenhauses zu Berlin“ von dem Ärztlichen Direktor, Generalarzt Professor Dr. Scheibe, heißt es 1910 zusammengefasst im Kapitel „Aufnahmebedingungen und Kostensätze“:

Anfänglich wurden alle Kranken unentgeltlich aufgenommen, die Kosten aus der Armenkasse bestritten. Rust war es, der in einer Eingabe an den Minister von Altenstein unter dem 28. Oktober 1830 zuerst die Forderung stellte, dass vermögende Kranke, um sich zu heilen und verpflegen zu lassen, gesetzlich gezwungen werden müssten, die fraglichen Kosten selbst zu tragen. Für arme Kranke hatte die Gemeinde, zu welcher sie gehörten, einzutreten. Seit wann überhaupt zuerst Kosten gezahlt werden mussten, und wie die Einziehung derselben stattfand, darüber geben die Akten keine Auskunft. Auch über die Höhe der damals gezahlten Kosten finden sich nur unvollständige, meist allgemeine Angaben. Die meisten Kranken wurden auch weiter umsonst aufgenommen. So zahlten von 780 Kranken, die sich am 1. Februar 1828 in der Charité befanden, nur 183 die Kurkosten. Auch in den nachfolgenden Jahren wurden durchschnittlich nur für 2/5 aller Kranken Kosten gezahlt, welche so unregelmässig eingingen, dass ein nicht unbedeutender Teil als uneinziehbar niedergeschlagen werden musste, denn die Charité war besonders angewiesen, bei der Einziehung mit der grössten Schonung zu verfahren.³⁷

In der beschriebenen ökonomischen Situation befand sich die Charité 1910 nicht mehr, sondern versuchte inzwischen bei jeder Krankenaufnahme mit der Patientenmeldung die Kostenübernahme zugleich zu klären.

Die häufig konträren Interessen der wissenschaftlich- und bildungsorientierten Ärzte-

36 Siehe Anhang 2: Die Neugestaltung des Charité-Krankenhauses zu Berlin.

37 Charité-Annalen 1910, 128.

schaft und der in erster Linie einen finanziell ausgeglichenen sowie reibungslos laufenden Betrieb fordernden Charité-Direktion wurden auch mit Beginn des 20. Jahrhunderts nicht geringer. Bei der Patientenaufnahme zeigte sich dies besonders.

3. *Organisatorische Regelungen für den ärztlichen Aufnahmedienst*

Die Charité verfügte über einen Stationsbereich zur zentralisierten Aufnahme und einer geordneten Weiterverlegung von Kranken in die jeweiligen Kliniken. Hier befand sich auch die „Erste Hilfe“-Region. 1910 waren in diesem Bereich neben dem Militäroberarzt zwei Unterärzte, jeweils ein Krankenpfleger und eine -pflegerin sowie fünf Krankenträger beschäftigt. Für die bürokratische Tätigkeit waren hierzu, einschließlich dem „Vernehmungsbureau“, zwei Sekretäre, vier „Bureauhilfsarbeiter“ und ein Aufnahmepförtner eingestellt.

In medizinischer Hinsicht sollte es im Aufnahmeverlauf eines Patienten über die Beurteilung seiner Aufnahmebedürftigkeit und deren klinischer Einordnung, der Behandlung in Notfallsituationen und der Transportfähigkeit bei unmittelbarer Lebensgefahr nicht hinausgehen. Daneben spielte die Klärung der zuständigen Kostenträgerschaft eines Patienten eine wesentliche Rolle.

Der Ärztliche Direktor Professor Scheibe beschreibt 1910 in „Zweihundert Jahre des Charité-Krankenhauses zu Berlin“:

[...] Der Gang der Aufnahme gestaltet sich nun folgendermassen: die Kranken bzw. ihre Begleiter betreten das Aufnahmebureau und erhalten nach Feststellung ihrer Verhältnisse und der Kostentilgung von dem diensttuenden Sekretär eine Marke (A: B: C: D:) I, welche sie dem Aufnahmearzt als Selbstzahler, Kassenmitglieder usw. kennzeichnet. Vom Aufnahmebureau begeben sich die Kranken oder ihre Begleiter in das Dienstzimmer des Aufnahmearztes, welcher sie erforderlichenfalls nach dem Untersuchungszimmer schickt oder tragen lässt. Eine Ausnahme hiervon machen die Schwangeren unmittelbar vor der Entbindung; sie werden vom Aufnahmearzt überhaupt nicht untersucht, sondern gehen vom Bureau unmittelbar ins Vernehmungszimmer, sofern dies überhaupt noch möglich ist. Wird der Kranke nach der Natur seines Leidens und nach Massgabe der Kostendeckung und des verfügbaren Platzes für geeignet zur Aufnahme befunden, so werden vom Arzt die Personalien ins Aufnahmebuch eingetragen und ein Aufnahmemuster ausgefüllt. Ohne Rücksicht auf Kostendeckung erfolgt die Aufnahme, wenn eine Abweisung eine schwere Schädigung des Kranken oder eine Gefahr für die Umgebung befürchten lässt; solche

Kranke müssen auf den Aufnahmeverhandlungen durch den Aufnahmearzt oder den zuständigen Stationsarzt als „unabweisbar“ bezeichnet werden.³⁸

Zwischen 8:00 Uhr und 19:00 Uhr galt: nach Eintritt in das Aufnahmebureau und der medizinischen und bürokratischen Diagnose des Aufnahmearztes im Untersuchungszimmer wechselte der Kranke mit allen Papieren in das Vernehmungszimmer und erfuhr dort entweder die „gewöhnliche oder beschleunigte Abfertigung“, wobei sich die „gewöhnliche Abfertigung“ wie folgt abspielte:

Die Kranken werden selbst vernommen, leisten Unterschrift, gehen bei Selbstzahlern zur Kurkostenzahlstelle und von dort bzw. unmittelbar mit dem ausgefüllten Muster, dem nunmehr eine Zählkarte beigefügt ist, nach dem Aufnahmebureau zurück, wo die Personalien in das Rezeptionsbuch eingetragen werden und ein Kleiderschein ausgestellt wird. Der Kranke wird mit Kleiderschein, Zählkarte und allen ärztlichen Begleitschreiben nunmehr durch einen Krankenträger zu Station gebracht; die übrigen Papiere bleiben im Aufnahmebureau. Dieses Verfahren findet bei Kranken statt, denen aus dem Aufenthalte keinerlei Schädigung erwächst.

Die „beschleunigte Abfertigung“ ohne Wechsel in das Vernehmungszimmer fand „bei schwer Erkrankten Anwendung, bei solchen, die nicht gehen können, sowie bei Infektionskranken u.a.m., sofern sie selbst noch die erforderlichen Angaben machen können [...]. Wärter oder Wärterin nehmen ein abgekürztes Nationale auf, bringen dies dem Arzt, lassen sich das zugehörige Muster geben und besorgen im Vernehmungszimmer oder im Aufnahmebureau Zählkarte und Kleiderschein.“³⁹ Bei der „dringenden Abfertigung“ sah sich der Arzt den Kranken im Zimmer oder im Wagen an; eine eventuelle Begleitung übernahm die erforderlichen Scheine im Arztzimmer oder anderen Dienst-räumen und den sofortiger Transport zur Station.

Letztlich gab es auch die „Aufnahme ohne jedes Aufnahmeverfahren“, beispielsweise bei Schwangeren mit Wehen, wo „von jedem Aufnahmeverfahren Abstand genommen“ und nach Arztblick der Kranke sofort zur zugeteilten Station verschickt wurde. Die Station hatte sich dann um Personalien und Aufnahmeschein zu kümmern. Bei Patienten der I. und II. Verpflegungsklasse wurde ebenfalls „meist so verfahren“.⁴⁰

38 Charité-Annalen 1910, 124 ff.

39 Ebenda, 125.

40 Charité-Annalen 1910, 125-126.

Beim Aufnahmeverfahren ohne Dringlichkeit gingen die Kranken

von der Aufnahme nach Anordnung des Aufnahmearztes entweder zu Fuss zur Station oder werden mittels Krankentrage (Räderfahrbahre) dahin geschafft. Als Grundsatz gilt, dass alle Kranken, die von der Aufnahme aus gefahren werden, bei Nichtvorhandensein von Fahrstühlen auf einer Trage ins Krankenzimmer getragen werden müssen. Infektiöse Kranke kommen, wenn irgend möglich, nicht in das Aufnahmezimmer, sondern werden nach Feststellung der Krankheit ohne Verlassen des Wagens sofort der betreffenden Infektionsbaracke überwiesen.

Sämtliche Kranken werden zunächst in die Aufnahmestuben gebracht, die sich auf jeder Krankenstation, für Männer und Frauen getrennt, befinden. Wenn es irgend angeht, werden die Kranken hier entkleidet, gebadet, mit reiner Anstaltswäsche versehen und sodann auf der Station, die Aufnahme hat, zu Bett gebracht. Bei Schwerkranken erfolgt die Ent- und Umkleidung auf den Stationen selbst. Die mitgebrachten Kleider werden vom Aufnahmewärter bzw. -wärterin zusammengebunden und mit dem Namen des Kranken versehen. Auf Wunsch können die Angehörigen die Bekleidungsstücke gegen Quittung ausgehändigt erhalten. Pretiosen und Geld gelangt zur Aufbewahrung und Einzahlung an den Stationsinspektor und von diesem zur Charitékasse. Kleider und Wertgegenstände werden in das Kammerbuch eingetragen, welches der Inspektor verwahrt. Für die Akten wird der Kleiderschein (s.o.) ausgefüllt und vom Kranken, Aufnahmewärter und dem Stationsvorstand (Schwester usw.) unterschrieben. Kammerbuch und Kleiderschein müssen vom Stationsinspektor miteinander verglichen und auf Richtigkeit bescheinigt werden. Kleider mit Ungeziefer werden ausgebrannt, solche von Infektionskrankheiten sofort der Desinfektionsanstalt überwiesen. Ueber die stattgefundene Desinfektion ist eine Bemerkung in dem Kammerbuch zu machen und zu den Akten eine Anzeige darüber einzureichen. Für die Aufbewahrung der Kleider ist der Stationsinspektor verantwortlich, welcher sie auf den möglichst feuersicheren Kleiderböden bis zur Entlassung der Kranken unter Verschluss nimmt.⁴¹

Im Juli 1914 verteilte die Charité-Direktion ein Merkblatt für das Krankenhauspersonal:

Aus Anlaß eines Einzelfalles bestimmen wir hiermit, daß *bei Einlieferung nicht vernehmungsfähiger Patienten, von denen Angehörige, die für etwaige Benachrichtigung in Frage kommen, nicht bekannt sind*, der Vernehmungsbeamte spätestens am Tage

41 Charité-Annalen 1910, 125-126.

nach der Einlieferung durch Anfrage bei dem betreffenden Stationsarzt die Vernehmungsfähigkeit des Patienten festzustellen hat.⁴²

1913 half dem Aufnahmearzt ein Handbüchlein, „Specialia respectanda“, zur Organisation der Patienten mit Hinweisen, wohin bei Platzmangel abgewiesene Aufnahmesuchende weitergeschickt werden sollten, auch welche Verkehrsmittel dafür zu benutzen seien; ebenso wurde wieder die verwaltungstechnische Aufnahme der verschiedenen Kranken wie der Umgang mit eventuellen Begleitpersonen dargestellt. Letztere hatten gegenüber der Charité für jeglichen Schadensersatz, „[...] gleichviel aus welchem Anlass [...]“,⁴³ während ihres Aufenthalts schriftlich Verzicht zu erklären. Daneben hatte bei einer eigenen Erkrankung in dieser Zeit der „Verursacher“ für die Begleitperson tarifgemäß die Kosten zu übernehmen.

1913 war es den Ärzten nicht erlaubt, ohne Zustimmung der Verwaltung Patienten direkt von den Polikliniken stationär zu verlegen. Laut Anweisung des Charité-Direktoriums haftete bei einem Einnahmedefizit infolge mangelnder Information bezüglich der Kostenträgerschaft der betreffenden Patienten der zuständige Arzt bzw. der jeweilige klinische Direktor. Wie häufig diese Regel konsequent angewandt wurde, ist nicht eruierbar.

Im Wirtschaftsjahr 1910 wurde die maximale tägliche Patientenaufnahme am 13. März 1911 mit 91 Kranken geleistet; ein minimaler Andrang zur Aufnahmestation befand sich am 8. Mai 1910 mit 12 Kranken. Diese Verhältnisse entsprachen in etwa den täglichen Aufnahmeziffern im Jahrhundertwechsel.

1917 wurde vor dem Hintergrund des Ersten Weltkriegs eine aktuelle Anweisung zur Patientendifferenzierung bei der Aufnahmeentscheidung herausgegeben. Im Groben ergab sich die Einteilung in:

1. Schwerkranke, insbesondere im Krankenwagen gebrachte, sollten schnell aus dem Transportwagen abgefertigt und möglichst bald in die zuständige Klinik verlegt werden.
2. Leichtkranke sollten vom Aufnahmedienst „zur Anfrage“ an die zuständige Klinik übersandt werden, wo letztlich die Aufnahme entschieden wurde.
3. Kranke, für die die Kriegsfürsorge leistungsverpflichtend war, z.B. die Soldatenfamilien, waren nur bei Unabweisbarkeit aufzunehmen. Ansonsten musste der zustän-

42 Scheibe, GStA PK, Rep. 76 VIII D, Nr. 202; Kursivsetzung im Original unterstrichen.

dige Kriegsfürsorgearzt, von dem generell ein Krankenhaus-Aufnahmeschein vorab auszustellen war, die Notwendigkeit der speziellen Aufnahme in die Charité bescheinigen.⁴⁴

Da neben dem klinischen Zustand eines Kranken die jeweilige Kostenträgerschaft einen wichtigen Einfluss bei der Aufnahme hatte und juristische Entscheidungen dem Verhältnis mit den Kostenträgerschaften neue Bedingungen verschafften, entstanden immer wieder überarbeitete administrative Regeln. 1913 erschien eine schriftliche Anweisung der Charité-Direktion, wonach arme auswärtige Selbstmelder direkt in die städtischen Krankenhäuser verwiesen werden sollten, da die Kosteneinzahlung von einem zuständigen Orts- oder Landarmenverband erfahrungsgemäß schwierig war. Dem Direktorium war bekannt, dass die städtischen Krankenhäuser auswärtige Kranke prinzipiell nicht aufnahmen. Ebenso wenig sollten „hiesige“ Kranke, die schon von anderen Krankenhäusern mangels gedeckter Kurkosten (ohne Anzahlung, Kassen- oder Armendirektionsschein) abgewiesen worden waren, aufgenommen, sondern mit der Begründung „Platzmangel“ weggeschickt werden, außer bei „absoluter Lebensgefahr“⁴⁵ oder Einlieferung durch die Polizei. Dazu hatte eine entsprechende Notiz im Kontrollbuch des Aufnahmearztes zu erfolgen. Ansonsten sollten solche Kranke an städtische Krankenhäuser zurückverwiesen oder dem zuständigen Armenvorsteher geschickt werden. Solche ökonomischen Details bei der Patientenabweisung wurden im Verwaltungsbericht der Charité-Annalen unter dem Kapitel „Abweisungen“ nicht erwähnt. Bei Lebensgefahr eines Patienten mit fraglicher Kostenträgerschaft musste die Genehmigung zur Aufnahme von der Charité-Direktion geholt werden mit einer ausführlichen Begründung, aus welchem Grund der Kranke den Weg zu einem anderen Krankenhaus nicht mehr schaffen könne. Wie auch bei anderen Widersprüchen wollte die Charité-Direktion eingeschaltet werden, was genauso nachts telefonisch geschehen konnte.

Bei Selbstzahlern wurde eine genaue „Wirtschaftsprüfung“ und ein Vorschuss für eine mindestens einmonatige Behandlungsdauer verlangt. Falls eine geringe Anzahlung bestand, sei „mit größter Vorsicht“ zu prüfen, „ob die Vermögensverhältnisse und Zuverlässigkeit des Kranken genügende Sicherheit bieten, daß die Kosten nachträglich

43 UAHUB Nr. 89, Bl. 1.

44 UAHUB Nr. 89, Bl. 164.

45 UAHUB Nr. 91.

eingehen werden.“⁴⁶

Trotz aller Regelungen wurde 1918 in den Akten ein beachtlicher Umfang an Aufnahmen ohne Klärung der Kostendeckung erwähnt. Schon Ende 1913 war der Umfang der im abgelaufenen Jahrzehnt „streitig gebliebenen Kurkosten“ von der Charité-Direktion mit 250.000 Mark als „weit überschritten“ beurteilt worden.⁴⁷

Freibetten

Eine Möglichkeit zur Aufnahme eines armen Kranken ohne Kostenübernahme durch eine Institution oder einen begleitenden Angehörigen bot die Gewährung eines sogenannten „Freibettes“, sofern seine Erkrankung ein wissenschaftlich „interessanter“ Fall oder für den klinischen Unterricht geeignet war. „Freibetten sollen dazu benutzt werden, um Personen, deren Krankheit ein klinisches Interesse bietet, einen überhaupt kostenlosen, oder wenigstens einen über die Zeit der notwendigen Krankenhausbehandlung hinausgehenden kostenlosen Aufenthalt in der Charité zu gewähren.“⁴⁸ Dieser Weg war für Ärzte eine unkomplizierte Methode, einen Patienten aufzunehmen. Daher liegt es nahe, dass von den Klinikdirektoren häufig die Forderung nach einer Erweiterung der Freibettenkapazität kam und mit der Jahrhundertwende die Anzahl der Verpflegungstage in Freibetten anstieg. Waren es 1899 noch 4.774 freie Verpflegungstage gewesen, verteilt auf 850 in der chirurgischen Klinik, 1.237 für die psychiatrische und 1.045 für die Nervenklinik sowie das Institut für Infektionskrankheiten mit 1.642 freien Tagen, so waren 1901 schon 9.015 freie Tage vergeben worden, auf die innere und chirurgische Klinik mit je 1.460, in der geburtshilflichen 730, der Nervenklinik 1.458 und der psychiatrischen Klinik 1.095 Tage. Die Charité-Direktion hatte von ihrer Position aus direkt 1.460 freie Tage in verschiedene Kliniken verteilt. Im Rechnungsjahr 1910 wurden insgesamt für „Freistellen“ 14.965 Verpflegungstage gewährt.⁴⁹ In den Jahren 1909 bis 1911 standen jeweils 41 Betten als „Freistellen“ zur Verfügung. Die Charité-Direktion behielt selbst davon drei Freibetten zur eigenen Verteilung.⁵⁰

Die Direktion monierte 1913, dass wiederholt Situationen entstanden seien, wo die betreffende Klinik dem Patienten ein Freibett zugesagt hätte, ohne die Direktion in

46 UAHUB Nr. 91, Bl. 52.

47 Ebenda, Bl. 52.

48 Charité-Annalen 1905, 25; Verwaltungsbericht.

49 Charité-Annalen 1912, 1; Verwaltungsbericht.

50 Charité-Annalen 1912, S.36, s. Anhang 8: Anzahl der gesamten Freibetten bzw. -tage nach Wirtschaftsjahr

Kenntnis zu setzen. Erst bei der Kosteneinzahlung war dies dann bekannt geworden, so dass es zu „Verlegenheiten“ geführt habe, wenn sich inzwischen der klinische Freibettenfonds erschöpft hatte. Auch konnten die Kosten nachträglich nicht mehr auf einen Freibettenfonds verrechnet werden, falls das Rechnungsjahr des Krankenhauses bereits abgeschlossen worden war. Zur Sicherheit sollte ferner mit Hilfe eines entsprechenden Formulars von der jeweiligen Klinik eine genaue Angabe zur Anzahl der Freibettenvergabe sowie deren Belegungsdauer bei der Verwaltung eingehen und eine Bestätigung zurückgegeben werden, andernfalls sollten die Kosten nicht mehr auf den Freibettenfonds verrechnet werden.⁵¹

Im Rahmen des Bemühens, bei der Patientenversorgung keine finanziellen Defizite einzugehen, wurde wiederholt betont, dass Aufnahmen nicht von Schwestern, sondern einem Arzt zu entscheiden waren. Auch Unterarzt-Vertreter und -vertreterinnen hatten 1917 „auf keinen Fall eigenmächtig“⁵² über Aufnahme, Abweisung und Verlegung zu befinden. Bei Platzmangel oder fehlendem klinischem Interesse an einem Kranken musste der zuständige Arzt in der betroffenen Fachklinik dem Aufnahmearzt dieses schriftlich mitteilen. Bei vorhandenen freien Betten in der diesbezüglichen Klinik war eine Abweisung nach der Entscheidung des Aufnahmearztes nicht mehr möglich (1919). Zu den Forderungen gehörte ebenfalls die „schnelle“ Aufnahme; die Krankentransporteur sollten „[...] unter keinen Umständen länger als unbedingt erforderlich [...]“⁵³ zurückgehalten werden.

In den Kriegsjahren wurde stetig darauf hingewiesen, dass alle von der Kriegswohlfahrtspflege Versorgten prinzipiell einen vom Kriegsfürsorgearzt auf die Charité ausgerichteten, gültigen Aufnahmeschein mitzubringen hätten. Wäre der Weg zum Kriegsfürsorgearzt auch mit Angehörigenunterstützung unmöglich, würde zunächst Erste Hilfe geleistet und die Angehörigen zur Besorgung des Aufnahmescheins geschickt. Erst danach wäre die endgültige Krankenaufnahme möglich; andernfalls wäre, auch bei einer lebensgefährlichen Situation, eine Kostenerstattung nicht zu erwarten. Dieser strikte Punkt galt allerdings nur für die Einwohner der Gemeinde Berlin.

Ebenfalls zur Vermeidung etwaiger Verluste bei der Kostenerstattung gehörte für die Verwaltung eine möglichst lückenlose Dokumentation bei Aufnahme und Entlassung

51 UAHUB Nr. 91, Bl. 41.

52 Ebenda, Bl. 41.

53 UAHUB Nr. 89, Bl. 217.

der Patienten. Daher wurde das Personal immer wieder an den gewünschten Umgang mit den Aufnahme- und Entlassungsscheinen erinnert, in einer schriftlichen Zusammenfassung jeweils in den Jahren 1913, 1917 und 1919.

Das Aufnahmebüro der Krankenhaus-Verwaltung verlangte die Aufnahmescheine den folgenden Tag bis 8:00 Uhr an den Stationsinspektor gemeldet, bis spätestens 9:00 Uhr in ihrem Büro zu sehen. Das Aufnahmebüro, „Vernehmungsbureau“, ergänzte die Aufnahmebücher. Dort wurde der Patient in der „Aufnahmeverhandlung“ nach seinen Personalien wie auch seinem sozialen Status gefragt, wozu exakte Informationen über seinen Arbeitsplatz gehörten, und letztlich die Umstände seiner stationären Einlieferung. Im Januar 1919 wurde auf die Meldepflicht jedes aufgenommenen, älter als 15-jährigen Ausländers oder Staatenlosen hingewiesen.⁵⁴ Ein Jahr später berechnete das Ministerium für Wissenschaft, Kunst und Volksbildung Angehörige der Entente, die zur amtlichen Betätigung in Deutschland waren, nur unter Beibringung ihres Tätigkeitsausweises des Auswärtigen Amtes zur Behandlung in der Charité.⁵⁵

Am Entlassungstag sollte der rechtzeitig vom Stationsarzt unterschriebene Entlassungsschein vom Patienten bis 9:00 Uhr in der Direktion abgegeben und dort ebenfalls unterschrieben werden. Dieses sollte in Begleitung von Hauspersonal geschehen, da die Entlassungsscheine sonst häufig verschwanden, worauf 1917 die Direktion wiederholt erinnerte. Danach sollte der Patient bis 10:00 Uhr im Aufnahmebüro eventuell noch einmal „vernommen“ werden. Nach 10:00 Uhr wurden mit Ausnahmen „Entlassungsanträge“ grundsätzlich nicht mehr angenommen zur Vermeidung der „Störungen des Geschäftsbetriebs“.⁵⁶

Das Aufnahmebüro hatte täglich die Anzahl der abgegebenen Entlassungsscheine mit der Eintragung im Diarium zu prüfen; fehlende Scheine waren schriftlich zu melden und am Folgetag die vorhandenen Scheine bis 9:30 Uhr bei der Kasse (Kontrolle) abzuliefern, wo der entsprechende Beamte seine Prüfung im Diarium bescheinigte. Nach nochmaliger Kontrolle wurden die Entlassungsscheine „vollzählig“ in die Registratur gebracht.⁵⁷

Ab 1922 wurden die Entlassungen direkt von der Station und nicht mehr über das Auf-

54 UAHUB Nr. 89, Bl. 193.

55 UAHUB Nr. 89, Bl. 273.

56 UAHUB Nr. 91; Mai 1913.

57 UAHUB Nr. 89, Bl. 173 ff.

nahmebüro geführt. Die Entlassungsscheine sollten von der Station über den Inspektor der Klinik bis 10:00 Uhr gegen Quittung zur Verwaltung gelangen und danach vom Aufnahmebüro überprüft, dem Patienten als Ausweis für die Krankenkasse oder Brotkommission zurückgegeben werden.

Dieses Organisationskonzept der Patientenleitung über eine Aufnahmezentrale, in der zumindest ein Arzt tagsüber regelmäßig anwesend war, wurde von den Klinikdirektoren aus fachmedizinischer Sicht häufig kritisiert. Moniert wurde insbesondere, dass einige Patienten erst in einer Fachabteilung ausreichend untersucht werden könnten, so dass letztlich dort über ihre Aufnahme zu entscheiden sei, beispielsweise, ob sie für den Unterricht und die klinische Wissenschaft „interessant“ seien oder möglicherweise gar nicht in die tatsächlich zuständige Fachklinik verlegt worden waren, falls der Dienstarzt der Aufnahmestelle nicht exakt diagnostiziert hatte. Insbesondere nach Herausgabe der Aufnahme- und Entlassungsinstruktionen im April 1919 kamen solche Proteste. Der Direktor der Kinderklinik, Professor Adalbert Czerny (1863-1941), reagierte damals auf die Ermächtigungen des Aufnahmearztes mit einer Erklärung bezüglich seiner und seines Stellvertreters alleinigen Befähigung, die für Unterrichtszwecke geeigneten kranken Kinder auszuwählen, folglich aufzunehmen, da sie sonst wieder denselben Tag entlassen werden müssten, was dem Ansehen des Charité-Krankenhauses schade.

Da die Praktikantenzahl steige und die Belegkapazität der Kinderklinik klein sei, müsse jede Aufnahme wohl überlegt sein. Ebenso beschwerte sich der Chefarzt der Chirurgie, Professor Hildebrand, der keine „nebensächlichen Krankheiten“⁵⁸ sehen wollte und nur die Mitarbeiter der eigenen Abteilung für entscheidungsberechtigt hielt, wobei allerdings die Tätigkeit vormittags im Operationssaal keine Zeit für den Blick in die Aufnahme übrig ließ. Er hielt die festgelegte Rolle eines Aufnahmearztes für eine „ganz überflüssige Komplikation“⁵⁹ und verband sie mit unsinnigen Untersuchungen (nachfolgend denen in der Poliklinik) sowie falschen Diagnosen und Verlegungen. Da er dies von früheren Universitätskliniken nicht kannte, schlug er die Anwesenheit eines Tagesdienst-Assistenten in jeder Klinik vor, dies erschien ihm zweckmäßiger. Der Direktor der I. Medizinischen Klinik, Professor Wilhelm His (1863-1934), rügte ebenso die Entscheidungsbefugnisse des Aufnahmearztes und wünschte, dass fragliche Patienten erst zur

58 UAHUB Nr. 89, Bl. 223.

Vorstellung auf seine Station kämen und nur hochfieberhaft Kranke vom Aufnahmearzt in seine Klinik geschickt würden.

Wiederholte Ärgernisse für den Aufnahmedienst waren fehlende oder lückenhafte Informationen über tatsächlich unbelegte Klinikbetten, was schnell zu einem Patientenirrgang führen konnte, wie es beispielsweise bei Differenzen im Überblick der vorhandenen Belegungs-Kapazität zwischen der Bettennachweiszentrale des Magistrats und den Beschäftigten in der Charité-Aufnahmestelle geschehen konnte. 1897 war die „Berliner Rettungsgesellschaft“ unter dem Vorsitz Professor Ernst von Bergmanns entstanden, deren eine Säule ihre Zentrale bildete, von der über Fernsprecher täglich zweimal die freie Bettenkapazität in 12 städtischen und privaten Krankenhäusern sowie der Charité durchgegeben wurde. Parallel dazu entstand am 1. April 1906 die städtische Zentralmeldestelle für dieselbe Aufgabe in Verbindung mit Groß-Berliner Krankenhäusern, die einen Anschluss an das städtische Fernsprechamt im Rathaus hatten. Die „Rettungsgesellschaft“ löste ihre Vermittlungsverträge mit öffentlichen und privaten Krankenhäusern und übergab ihre Vermittlungspraxis am 1. Mai 1907 der städtischen Zentrale im Rathaus, die nun den amtlichen Bettennachweis für Groß-Berlin über 25 Krankenhäuser mit direkter Fernsprechverbindung erbrachte.⁶⁰

Im jährlich erscheinenden Verwaltungsbericht der Charité-Verwaltung wurde im Jahr 1913 beklagt, die Zentralmeldestelle des Magistrats

bringt den Universitätskliniken der Charité nicht mehr den Nutzen, wie zu der Zeit, als sie noch vom Berliner Aerzteverein verwaltet wurde. Es ist auffallend, wie stark seit dem Übergange der Zentrale in die Verwaltung der Stadt das klinisch brauchbare Material zurückgegangen ist. Seine Erklärung findet dieser Uebelstand darin, dass der Magistrat die ganze Stadt in Aufnahmebezirke geteilt und jeden Bezirk bestimmten Krankenhäusern zugeteilt hat. Hierbei sind die Universitätskliniken der Charité sehr kümmerlich bedacht, die psychiatrische Klinik sogar ganz ausgeschaltet, weshalb es für die Charité schwierig ist, dass zum Unterricht geeignete Material zu erhalten. Nach dieser Bezirksverteilung überweist auch die Zentrale die Kranken ohne Rücksicht auf klinisches Interesse den betr. Krankenhäusern. Die Stadt nötigt also die Charité, ihr Krankenmaterial von auswärts zu beziehen.⁶¹

Im selben Bericht wurde in der Woche vom 26. Juni bis 2. Juli 1913 festgestellt, dass

59 Ebenda, Bl. 223.

60 Bericht ü.d. Gemeinde-Verwaltung d. St. Berlin 1906 bis 1910, 283.

von Seiten der Zentrale 126 Anfragen an die Charité gerichtet worden waren, dabei wurde von ihr in 80 Fällen abgesagt. Umgekehrt ergingen 36 Anfragen der Charité an die Zentrale, die für 10 Fälle eine Absage erteilte.⁶²

Unerwünschte Konsequenzen hatten die Patientenein-, -ab- oder -weiterweisungen durch unbefugtes Personal wie dem Pförtner, der zwischen 19:00 Uhr und 8:00 Uhr bei einer Aufnahme die Feststellung des Kostenträgers und die erforderlichen Schreibgeschäfte zu übernehmen hatte, aber auch Fehleinschätzungen des Pflegepersonals. Verwaltungsdirektor Pütter führte 1912 zu den Hintergründen von Abweisungen unter Anderem an:

Leider kommen immer noch Fälle vor, in denen auch nach vorher telephonisch erfolgter Zusage seitens der Charité Patienten noch abgewiesen werden mussten, wenn nämlich eine unrichtige oder ungenaue Diagnose gemeldet war und auf der zuständigen Station, der die Leute nach genauerer Untersuchung zuzuweisen gewesen wären, kein Platz mehr vorhanden war. Teilweise sind solche Fälle auch auf zu allgemein gehaltene oder direkt verschleiernde Krankheitsbezeichnungen zurückzuführen, wie: „Bronchialkatarrh“ für Tuberkulose, „Unterleibsleiden“ für Gonorrhöe, „Nervenleiden“ oder „Bewusstlosigkeit“ für Alkoholismus und dergl. mehr [...].⁶³

Gelegentlich meldeten sich fast in den Wehen befindliche Schwangere, wo es nach einer Abweisung schon mal zu Entbindungen auf der Straße kam, was gerne von der Presse sensationiert wurde.

1919 kritisierten der Aufnahmekarnt und sein Oberarzt öfter das Verhalten unbefugten Personals und die fehlerhaften Bettenmeldungen, wozu auch die Direktion und einzelne Kliniken ihre Meinung abgaben. Letztlich wurden 1920 wieder reformierte Aufnahmeinstruktionen herausgegeben. Der Ausschuss für das Rettungswesen, Teil der nach dem Ersten Weltkrieg zuständigen Deputation für das Gesundheitswesen der Stadtgemeinde Berlin, rügte 1921 vor allem die ungenauen Informationen über die Anzahl der freien Betten in der Nacht, was nutzlose Telefonate bei der Patienteneinweisung mit sich bringe oder den Krankentransport unnötig lange aufhalte. Der Oberarzt des Aufnahmedienstes warf wiederum dem Rettungsamt die Zusendung „ungeeigneter“ Rettungsfälle vor.

61 Charité-Annalen 1913, 24.

62 Ebenda, 25.

63 Pütter in Charité-Annalen 1912, 39.

Insgesamt ergab sich im beginnenden 20. Jahrhundert neben dem Betrieb aller städtischen Krankenhäuser und dem Bau einiger Vorortkrankenhäuser eine stabile jährliche Aufnahmezahl in der Charité:⁶⁴

1906	12.336
1907	11.199
1908	11.582
1909	12.501
1910	12.997
1911	13.781

Eine reibungslose Patientenaufnahme, die sowohl die medizinische Diagnostikuntersuchung mit Verlegung in die zuständige Klinik ohne Zeitverlust durch wiederholte Dienstleistungen am Patienten gewährte, als auch die lückenlose Erfassung von Personaldaten, die der Verwaltung die optimale Kosteneinzahlung garantierte, war letztlich nicht mit dem gewünschten Erfolg zu erzielen und wurde immer wieder durch neu überarbeitete Aufnahme-Anweisungen der ärztlichen Direktoren und der Charité-Verwaltung angestrebt.

Abweisung von Kranken

Zu Beginn des 20. Jahrhunderts wurde in den unterschiedlichsten Bereichen Kritik an der Abweisung von Kranken vor den Krankenhausambulanzen geübt; so zum Beispiel in den Zeitungen, aber auch in der Berliner Stadtverordnetenversammlung oder im Reichstag.

Dieses wurde beispielsweise in der Zeitung „Vorwärts“ am 12. Februar 1901 mit Betonung auf unmenschliche Bürokratie-Rituale wie folgt mitgeteilt:

Die so oft kritisierten Vorgänge in unserer Krankenhauspflege, daß schwer kranke Personen von der Thür gewiesen werden, wo sie Hilfe erwarten sollten, wiederholen sich fortgesetzt.“ Im beschriebenen Fall ging es um eine Nachts unter Anfahrt auf eine Klinik in der Artilleriestraße in der Kutsche entbindende Frau, die nach Zusage der Aufnahme sofort wieder abgewiesen wurde mit der Begründung, dass man nur bei noch nicht abgelaufener Geburt aufnehme, und der Empfehlung, sich zur Charité zu begeben. „Hier angekommen war das Verfahren nicht minder umständlich. Erst nach

64 Charité-Annalen 1912, 37.

einigen Erwägungen entschloß sich der Beamte, die Maßnahme zu vollziehen. Der Beamte nahm ein Formular, ging hinaus an die Droschke und nahm hier in sehr umständlicher Weise das Rationale der in einer bejammernswerten Lage befindlichen Frau auf, - ein geradezu peinlicher Vorgang, da die Geplagte unausgesetzt bat, ihr doch Hilfe zu gewähren und sie aus der schrecklichen Situation zu befreien. Das machte aber anscheinend keinen tieferen Eindruck auf den Beamten, denn er stellte in aller Ruhe seine Fragen, frug nach Vater, Mutter, Großmutter, Bruder, Schwester, ob sie noch alle leben, notierte Stand und Wohnung und nachdem dies ganz bürokratisch geschehen, flog der Wagenschlag zu und die Kranke saß wieder mit ihrem Schmerz in banger Erwartung, was nun kommen sollte, allein. Wieder nach geraumer Zeit, wurde einer jener Stühle vorgefahren, wie sie in Krankenhäusern in Gebrauch sind, und nun ging mit Unterstützung des Droschkenkutschers – denn der Beamte hatte keine Hilfe – die Überführung der Mutter mit dem Kind in das Krankenhaus vor sich. Die Schilderung ist eine Ergänzung der Beschwerden, die unser Genosse Antrick vor einigen Tagen im Reichstag über unsere Krankenhäuser erhoben hat.⁶⁵

Am 25. April 1902 erklärte die Charité-Verwaltung dem Ministerium für geistliche, Unterrichts- und Medizinal-Angelegenheiten: „Es kann kaum möglich sein, in der Charité eine bestimmte Zahl von Betten für die Aufnahme hilfloser Kranker immer bereit zu halten. Wir haben wiederholt und zuletzt am 18. Dezember 1901 dem Herrn Polizei-Präsidenten mitgeteilt, daß alle an öffentlichen Orten in dem Maße, daß sie ärztlichen Beistand bedürfen, hilflos gewordenen Personen aufgenommen wurden, soweit der Platz reicht.“⁶⁶ Die Verwaltung erbat sich vom Minister eine Bestätigung, es beim bisherigen Verfahren bewenden zu lassen. Zuvor hatte es einen sich längere Zeit hinziehenden Briefwechsel zwischen dem Minister des Inneren und dem Ministerium der geistlichen, Unterrichts- und Medizinal-Angelegenheiten gegeben, in dem am 13. Februar 1902 der Minister des Inneren mitgeteilt hatte, dass er den Ober-Präsidenten in Potsdam angewiesen habe, Verhandlungen mit der Stadt Berlin zu führen, um in den städtischen Krankenhäusern ständig Betten für „hülflose“ Personen reservieren zu lassen. Auf Anordnung des Magistrats hätten die Krankenhäuser Friedrichshain, Moabit und das Krankenhaus am Urban je drei Betten und in der Gitschiner Straße ein Bett bereit gestellt. Diese Zahl erscheine ihm gering, auch wenn die 13 Unfallstationen wei-

65 „Vorwärts“ 12.2.1901 in GStA PK, Rep. 76 VIII D, Nr. 200.

66 GStA PK, Rep. 76 VIII D, Nr. 200.

terhin betrunkene, krampfende und krampfend bewusste Menschen solange in ihre Überwachung stellten, bis sie ohne Gefahr gehen könnten oder wegen schwerer Gesundheitsstörungen zur Aufnahme in ein Krankenhaus müssten. Er wünsche, dass auch in der Charité „eine bestimmte Zahl von Betten ausschließlich für die in Rede stehenden Zwecke ständig zur Verfügung gehalten würden.“⁶⁷ Die Antwort des Ministers der geistlichen, Unterrichts- und Medizinal-Angelegenheiten erfolgte fünf Monate nach Feststellung der oben genannten Position der Charité-Direktion zu diesem Thema in Form einer Weitergabe der Charité-Position. Der Bericht der Gemeinde-Verwaltung der Stadt Berlin 1901 bis 1905 erwähnt zum Umgang der städtischen Krankenhäuser mit diesem Problem: „Nach einer Verfügung des Herrn Oberpräsidenten von Berlin werden in den Krankenhäusern im Friedrichshain, Moabit, am Urban und Gitschiner Straße 104/105 stets einige Betten freigehalten, um von der Polizei aufgefundene und den Anstalten zugeführte kranke Personen aufzunehmen.“⁶⁸ In den Verwaltungsberichten der Charité-Annalen wurde ab 1905 dem Thema „Abweisungen“ statistisch als auch inhaltlich Raum gegeben. Die Abweisungs-Fälle der Charité wurden im jährlichen Verwaltungsbericht statistisch erfasst und meistens auch erläutert. Schon im ersten Bericht über Abweisungen wurden diese differenziert; fast alle waren

[...] zurückgewiesen, weil kein Platz auf den für sie geeigneten Stationen vorhanden war. Unter den übrigen 49 waren viele Trinker, die sich zwar krank fühlen mochten, eine Krankenhausbehandlung aber trotz ihres Rausches nicht nötig hatten; ferner wurden eine Anzahl Leute, deren Aufnahme nicht dringlich war, zurückgewiesen, weil sie die Kostendeckung nicht nachweisen konnten; zumeist waren es Angehörige der Vororte oder von Krankenkassen; wieder andere, weil sie erst vor kurzem in einem anderen Krankenhaus operiert waren und zweckmässig dorthin zur Nachbehandlung gingen. Schliesslich baten mehrere Personen, bei denen objektiv die Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung nicht nachzuweisen war, um Aufnahme. Einige gingen in eine Poliklinik, der Rest entfernte sich, ohne zurückzukehren.“⁶⁹ Bemerkenswerterweise wurde eine generelle Nicht-Verpflichtung zur Krankenaufnahme im Etatjahr 1905 der Abweisungsstatistik und deren Kommentierung vorangestellt: „Vorweg sei bemerkt, dass die Charité keine Verpflichtung zur Aufnahme von Kranken hat, weil sie als Unterrichtsanstalt Bedacht auf passendes Material nehmen muss. Gleichwohl

67 GStA PK, Rep. 76 VIII D, Nr. 200

68 Bericht über die Gemeinde-Verwaltung der Stadt Berlin in den Verwaltungsjahren 1901 bis 1905, 150.

finden die Kranken bei Aufnahmeanträgen bis an die Grenze der Möglichkeit Berücksichtigung [...].⁷⁰

Dem Polizei-Präsidium hatte Direktor Schaper 1898 versichert, „der ärztliche Dienst ist in der Charité dank der großen Zahl unserer Ärzte, ein so ausgiebiger wie in keinem anderen Berliner Krankenhaus; ein Kranker, der hilfsbedürftig zu sein versichert, wird niemals abgewiesen ohne daß er von einem Arzte, oft von einem erfahrenen, untersucht worden ist.“⁷¹

Gesamtzahl der Abweisungen nach Wirtschaftsjahr:⁷²

1905	7.217
1906	3.237
1907	4.950
1908	5.179
1909	4.660
1910	4.877
1911	5.323

Eine Analyse der Krankenabweisung auf fachklinischer Ebene erschien ausführlich zum Wirtschaftsjahr 1905:

Während die Mehrzahl der Stationen in der Lage ist, dem Andrang der Patienten gerecht zu werden, herrscht auf anderen beständiger Platzmangel, oft Überfüllung. Selten gebricht es auf der chirurgischen Klinik sowie auf den Abteilungen für Hals- und Nasenkrankheiten, für Ohrenleiden, für Augenkrankheiten und für Nervenkrankheiten an Platz, und Patienten, die an einer dieser Krankheiten leiden, können fast stets aufgenommen werden.

Schwieriger gestalten sich schon die Verhältnisse für die inneren Kliniken. Zwar lässt sich fast in allen Fällen die Aufnahme von akut Erkrankten, deren sofortige Unterbringung dringend erforderlich erscheint, ermöglichen. Dagegen müssen an chronischen Krankheiten Leidende, vor allem Neurasthenische, mit chronischem Platzmangel abgewiesen werden.

69 Pütter in Charité-Annalen 1905, 29.

70 Pütter in Charité-Annalen 1906, 17 ff.

71 GStA PK, Rep. 76 VIII D, Nr. 200.

72 Charité-Annalen 1906 und 1912, 38.

Die Unterbringung Lungenleidender, besonders Tuberkulöser bildet noch einen dunklen Punkt in der Krankenhausgeschichte unserer Tage. Der Platz zur Unterbringung von Schwerkranken, welche eine große Gefahr für ihre Angehörigen bilden, ist nicht annähernd vorhanden und man muss es oft mit tiefstem Bedauern sehen, wie der Patient, der voraussichtlich nur noch wenige Wochen zu leben hat, von der Schwelle des Krankenhauses in seine engen Wohnung zurückgebracht wird, die nun nicht desinfiziert und eine Quelle des Siechtums für junge und alte Angehörige wird. Hoffentlich öffnet sich ihnen bald ein besonderes Kranken- oder richtiges Siechenhaus. Dann gibt es eine zweite Klasse Tuberkulöser, nämlich solche, die voraussichtlich wieder arbeitsfähig werden können. Auch diese werden in Scharen abgewiesen [...]. Trotz der vielfachen Abweisungen klagen sämtliche innere Stationen darüber, dass sie mit Phthisikern und Rheumatikern überbelegt sind und keinen Platz für klinisch interessante Fälle behalten. Weiterhin ist die Abteilung für Säuglinge fast ständig überbelegt; und doch müssen täglich, besonders in den Sommermonaten, Säuglinge mit den schwersten Störungen abgewiesen werden; dagegen ist für grössere Kinder fast stets genügend Platz vorhanden. Eine Vermehrung der Säuglingskrankenhäuser in Berlin ist besonders dringend.

Bei den Geisteskranken tritt ein erheblicher Unterschied zwischen Männern und Frauen hervor: während die Zahl der verfügbaren Betten für geistesranke Frauen für gewöhnlich den gestellten Anforderungen entspricht, ist bei den Männern ständig der Andrang erheblich grösser als die Zahl der freien Betten. Im wesentlichen ist dieses Missverhältnis auf den unter unserer männlichen Bevölkerung so erschreckend verbreiteten Alkoholismus zurückzuführen. Ungefähr die Hälfte der abgewiesenen Geisteskranken sind Alkoholisten [...]. Traurig sind die Verhältnisse auch auf dem Gebiete der Geschlechtskrankheiten: kaum die Hälfte aller sich zur Aufnahme meldenden venerisch Infizierten kann aufgenommen werden. Das Mögliche wird getan, um wenigstens die dringendsten Fälle in Behandlung zu nehmen. Die Patienten werden wieder bestellt, wenn an einem Tage kein Platz ist, zum nächsten oder übernächsten Tage. Aber sehr, sehr viele können trotzdem nicht aufgenommen werden, bleiben allen schweren Folgen ihrer Krankheit ausgesetzt, bilden eine Gefahr für ihre Umgebung und eine ständige Quelle der Weiterverbreitung dieser Krankheiten [...].⁷³

73 Pütter in Charité-Annalen 1906, 17ff.

Im anschließenden Geschäftsjahr wurde ein Umschwung hinsichtlich der Relation aus „Andrang“ und „verfügbaren Betten“ als „eine erhebliche Wendung zum Besseren“ berichtet:

[...] Im Laufe dieses Jahres wurde das grosse städtische Krankenhaus in der See-
strasse, das Rudolph-Virchow-Krankenhaus dem Betrieb übergeben, und auch einige
Vorortgemeinden, wie Schöneberg und Pankow, eröffneten eigene Krankenanstalten.

Wie zu erwarten war, wurde daraufhin die Zahl der Patienten, die sich zur Aufnahme
in die Charité meldeten, deutlich rückläufig. Die Folge des geringeren Andranges war,
dass die mit Rücksicht auf die geringe Zahl der verfügbaren Betten bisher stets ge-
botene strenge Sichtung des Materials nicht mehr erforderlich war, ja dass die sich
überhaupt nicht mehr durchführen liess, wenn nicht eine grosse Zahl von Betten leer
stehen sollte. Aber trotzdem somit auf die Wünsche der Kliniken nach zum Unterricht
geeigneten Fällen weit weniger Rücksicht bei der Auswahl der Kranken genommen
werden konnte, so blieb doch unmittelbar nach der Eröffnung des Rudolph-Virchow-
Krankenhauses die Zahl der Aufnahmen erheblich gegen das Vorjahr zurück. Ende
Dezember 1906 hatte die Charité seit dem Anfang des Rechnungsjahres ungefähr
500 Patienten weniger aufgenommen als um dieselbe Zeit im Jahre 1905, auf beiden
inneren Kliniken waren häufig zusammen gegen 60 Betten frei, obwohl innerlich
Kranke überhaupt kaum abgewiesen wurden.

Die Zahl der Abweisungen blieb denn auch dauernd erheblich hinter der des Vorjah-
res zurück während die Zahl der Aufnahmen von Januar bis März 1907 – diese Mo-
nate weisen bekanntlich stets die größte Krankenziffer auf – wieder derartig zunahm,
dass am Schluss des Rechnungsjahres ungefähr 200 Kranke mehr als im Jahre
vorher in die Charité aufgenommen waren [...]. Durchschnittlich wurden also im Jahre
1905 monatlich 601, im Jahre 1906 monatlich 270 Patienten abgewiesen. Am
weitesten blieb selbst hinter diesem geringen Durchschnitt der Monat Oktober 1906
mit 226 Abweisungen zurück. Am 1. Oktober waren die ersten Betten des Rudolph-
Virchow-Krankenhauses belegt worden [...].⁷⁴ Betont wurde nach wie vor, dass es
sich bei den Abgewiesenen unverändert insbesondere um Geschlechtskranke, Geis-
teskranke und Säuglinge sowie Tuberkulöse handelte. Die Fallzahl der abgewiesenen
geschlechtskranken Männer war zwar im Vergleich zum Vorjahr erheblich zurückge-
gangen, bewies jedoch, „[...] dass noch keineswegs in ausreichender Weise für die –

74 Pütter in Charité-Annalen 1907, 21ff.

schon im Interesse der Umgebung notwendige – Unterbringung solcher Kranker gesorgt ist.⁷⁵

In Direktor Scharpers Vorstellung des Bauprogramms für die Charité von 1897 war die Verminderung der Bettenzahl in der Klinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten von 400 auf 151 derart begründet worden, dass die Entwicklung der städtischen Krankenhäuser diesen Bedarf übernehmen würde. Diese Kalkulierung ließe sich nur teilweise bestätigen; es bliebe allerdings zu untersuchen, ob die Prävalenz der Haut- und Geschlechtskranken angestiegen war.

Nicht besser war es um die Geisteskranken bestellt, „[...] bei denen die Zahl der Abweisungen nicht nennenswert gesunken ist, wie im Voraus zu erwarten war; denn für diese Kategorie von Kranken bleibt die Charité immer die zunächst in Anspruch genommene vorläufige Unterkunft in Berlin; das Rudolph-Virchow Krankenhaus liegt weit ab und hat erst wenige Betten für Geistesranke in Betrieb genommen.“⁷⁶ Bedauert wurde unvermindert, dass sich unter den vorläufig aufgenommenen Geisteskranken zum größten Teil „Alkohol-Deliranten“ befänden, „[...] die im eigenen und ihrer Umgebung Interesse zwar dringend der Aufnahme in eine Anstalt bedürfen, aber für den Unterricht nicht gerade geeignet sind.“⁷⁷ Unverändert blieb die unzureichende Bettenzahl für Säuglinge und der Wunsch nach Vergrößerung der Säuglingsstation. Mangelnde stationäre Aufnahme fanden weiterhin die Tuberkulose-Kranken. Die Charité-Verwaltung sah mit der Inbetriebnahme von Baracken mit Liegehallen für Tuberkulose im Sommer 1907, die „[...] eine schon lange schmerzlich empfundene Lücke ausfüllen werden. Hier sollen die anscheinend hoffnungsvollen Fälle der Beobachtung und Behandlung unterzogen werden.“⁷⁸

Ob die genannten Schwerpunkte des Bettenmangels nicht schon vor dem Umbau der Charité bestanden hatten und in den Bauentscheidungen solche Erkenntnisse diskutiert worden waren, bleibt hier ungeklärt. Nach der auffallenden Rückläufigkeit der Abweisungszahlen im Jahr 1906 folgte eine im Vergleich zu 1905 sehr deutlich reduzierte, doch nach 1906 wieder angestiegene und fortwährend stabile Abweisungsstatistik (siehe Tabelle oben). Jahre nach Verwaltungsdirektor Pütters ausführlicher Differenzierung der Kranken-Abweisungen und seinen Vorschlägen zur Verbesserung der Betten-

75 Pütter in Charité-Annalen 1907, 22.

76 Ebenda, 22.

77 Ebenda, 23.

situation wurden im Bericht über die Gemeinde-Verwaltung der Stadt Berlin 1910 die selben Krankheiten bei den Abgewiesenen wie in Jahren zuvor beschrieben.

Die Bürokratie bei Kranken, die bezüglich einer oder mehrerer Kriterien der Kategorien „verfügbare Betten“, „klinischer Zustand“ und „Kostenträgerschaft“ nicht aufgenommen wurden, wird in Professor Scheibes Artikel zum 200-jährigen Jubiläum der Charité erwähnt: „[...] Alle abzuweisenden Fälle werden in ein Abweisungsbuch eingetragen und darin der Grund der Abweisung besonders vermerkt; einen entsprechenden Stempelaufdruck erhält der Krankenaufnahmeschein. In allen Abweisungsfällen bleibt es dem Aufnahmearzt überlassen, ob er die Hilfe des Krankenbetten-Zentralnachweises beim Magistrat Berlin in Anspruch nehmen will [...].“⁷⁹ Zu einer geordneten Weiterleitung der Abgewiesenen wurde gerne die Bettennachweiszentrale des Magistrats Berlin in Anspruch genommen, deren Praxis eine deutliche Ersparnis an Zeit, Unbequemlichkeit und Geld bedeutete, selbst wenn dabei Belastung durch zahlreiche Telefongespräche und trotz allem Bemühen Fehlverlegungen aufgrund von Missverständnissen nicht ausblieben.

Von Verwaltungsdirektor Pütter wird in den Charité-Annalen 1910 für das vergangene Wirtschaftsjahr berichtet:

Für alle diese Kranken wurde, soweit sie nicht ohne weiteres den Polikliniken überwiesen werden konnten, bei der Bettennachweiszentrale des Magistrats Unterkunft gesucht. Es ist erfreulich, feststellen zu können, dass die Zahl der überhaupt nicht Unterzubringenden gegen das Vorjahr sich im allgemeinen ganz erheblich vermindert hat. Immerhin konnte z.B. für 79 schwerkranke Tuberkulöse und 41 Säuglinge ein Bett nicht nachgewiesen werden. Am schlimmsten ist es aber immer noch mit den Geschlechtskranken bestellt. So mussten im Monat Januar 1910 – allerdings dem bei weitem schlimmsten Monat in dieser Hinsicht – allein 125 geschlechtskranke Männer und Frauen abgewiesen werden, ohne dass es gelungen wäre, sie in einem anderen Krankenhause Gross-Berlins unterzubringen. In den anderen Monaten war diese Zahl erheblich geringer, doch ist die sachgemäße Behandlung der Geschlechtskrankheiten um so dringender, als das öffentliche Wohl daran lebhaft interessiert und beteiligt ist [...].⁸⁰

78 Pütter in Charité-Annalen 1907, 23.

79 Scheibe in Charité-Annalen 1910, 125.

80 Pütter in Charité-Annalen 1910, 23 ff.

Gedanken, wie gerade unter dem öffentlichen Interesse der regelmäßigen Abweisung der Geschlechtskranken begegnet werden könne, wurden von Verwaltungsdirektor Pütter wieder erörtert:

[...] Man sollte, nachdem man mit dem Krankenhaus Nordend für andere Krankheiten bereits einen Anfang gemacht hat, für die im übrigen gesunden Geschlechtskranken ebenfalls billige Krankenhäuser eventuell mit III. und II. Klasse (ohne I. Klasse) bauen, damit auch die Selbstzahler ohne allzu hohe Aufwendungen sofort nach der Erkrankung das Krankenhaus aufsuchen können, und nicht erst warten, bis ihr Zustand bedenklich geworden ist. Die ungeheuer hohe Besucherzahl der Polikliniken für Geschlechtskranke (in der Charité allein belief sie sich auf über 52 000 Personen) beweist schlagend die Notwendigkeit billiger Krankenhäuser, die nicht mit den gesamten teuren Vorrichtungen, wie für Schwerkranke ausgerüstet zu sein brauchen [...].⁸¹

81 Ebenda, 24.

IV. Aufnahme von Einwohnern der Stadt Berlin

1. Krankenhäuser in Berlin zu Beginn des 20. Jahrhundert

In der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts hatte die Industrialisierung der Berliner Region rasche Fortschritte gemacht, dazu waren Banken und Aktiengesellschaften gekommen. Neue Verkehrswege, Bahnlinien und drei innerstädtische Kanäle waren gebaut worden. Die Arbeitsplätze zogen Zuwanderer an. Zu Beginn des 20. Jahrhunderts waren in Berlin und der Provinz Brandenburg ein Achtel des deutschen Erwerbslebens konzentriert; dort lebten 1,7 Millionen in Industrie, Handel und Dienstleistung tätige Menschen – im übrigen Deutschland waren es entsprechend 13 Millionen.⁸²

Zu den bedeutendsten Bewegungen neben dem wirtschaftlichen Aufschwung gehörte das im Jahrhundertwechsel anhaltende, progressive Bevölkerungswachstum, wobei in 20 Jahren zwischen 1890 und 1910 die Einwohnerzahl von 1.578.516 um nahezu ein Drittel auf 2.071.907 anstieg.⁸³ Damit hatte sich von 1877 bis 1912 die Bevölkerung verdoppelt. Diese Massen mussten bei dem damals allgemein schlechten sozialen Stand der arbeitenden Bevölkerung zudem mit einer ausgeprägten Wohnungsnot bei Bau- und Bodenspekulation leben.

Diese Entwicklung zog konsequenterweise den Bedarf an stationärer Versorgung mit sich, verstärkt von der sich ausweitenden Krankenkassenverpflichtung, welche die Möglichkeit der Krankenhausbehandlung förderte. Der Bericht über die Gemeinde-Verwaltung der Stadt Berlin hatte in seiner Berichtsperiode von 1895 bis 1900 die steigende Einwohneranzahl mit ihren sozialen Veränderungen beschrieben, welche unter „sehr günstigen wirtschaftlichen Verhältnissen ein starkes Zuströmen der Arbeiterbevölkerung – insbesondere lediger Personen – veranlaßt hat und daß andererseits fortwährend ein Abfluß anscheinend besser situierter Familien in die Vororte stattfindet.“ Daneben verschlechterten sich Wohnverhältnisse der „größten Mietskasernenstadt der Welt“.⁸⁴ „Es ist der Anteil der Wohnungen ohne heizbare Zimmer [...] beständig gestiegen,“ während die Wohnungsauswahl bescheidener wurde und statt 5,93 % im Jahr 1895 zum Jahrhundertwechsel nur noch 0,61 % der Wohnungen leer

82 Ribbe, W. und Schmädeke, J., Kleine Berlin-Geschichte, 1988, 139.

83 Füssel-Schaffrath (1973), Anlage 17 und 18, 167-168 aus: Statist. Jahrbuch 34. Jg (1920), 3f.

84 W. Hegemann in Ribbe (1988), 107.

standen.⁸⁵ Der sozialen Indikation für eine Krankenhausaufnahme standen die sogenannten „Schlafleute“ nahe, die nur zur Nachtzeit Anspruch auf ihre Unterkunft hatten, und die „Einmieter“; beide Gruppierungen lebten dieses Wohnverhältnis durchaus mit Kinderanhang. Zwischen 1895 und 1900 hatte in Berlin insbesondere die Anzahl der Schlafleute um 24,37 % und die der Einmieter um 14,40 % zugenommen und bestimmten zusammen 8,18 % der Stadtbevölkerung. Damit hatten 20 % aller Berliner Haushalte kontinuierlich Schlafleute oder Einmieter, die nicht selten in Wohnungen, die nur aus einer Küche bestanden, untergebracht waren. Die Berliner Einwohnerschaft hatte in dieser Fünf-Jahres-Periode einen Zuwachs von 12,61 % erfahren.⁸⁶

Zu Beginn des neuen Jahrhunderts beschrieb neben etlichen anderen Berliner Tageblättern die „Norddeutsche Allgemeine Zeitung“ am 12. Januar 1900 den Zustand in Berlins Krankenhäusern:

Die Ueberfüllung der Berliner Krankenhäuser, über die schon seit Jahren um diese Zeit regelmäßig geklagt wird, hat sich auch jetzt wieder eingestellt. Die Zentrale der Berliner Rettungsgesellschaft, die jeden Morgen nach der Zahl der freien Betten Umfrage hält, hat noch niemals so niedrige Zahlen zur Antwort erhalten als gegenwärtig [...]. In den 12 Berliner Krankenhäusern sechs Betten frei! [...]. Etwas günstiger die Verhältnisse in Charlottenburg [...]. Alle Zahlen aber beweisen, wie dringend es nötig ist, durch Beschleunigung der Neubauten dem Krankenhauselend so bald als möglich abzuhelpfen.⁸⁷

Die „Deutsche Tageszeitung“ brachte am folgenden Tag den Vorschlag, Abhilfe durch den Rauswurf von 100 „Faulkranken“ zu leisten. Die „Vossische Zeitung“ meinte am 17. Januar, man könne die Überfüllung mit dem Bau von „Siechenanstalten“ für einen Teil Kranker, die die Krankenhäuser nur „schädigen“ würden, ausgleichen. Die Zeitung „Vorwärts“ fasste am 10. Juli 1900 eine Rede des SPD-Reichstagsabgeordneten Antrick zu Missständen in einem Berliner städtischen Krankenhaus, in dem er selbst als Patient gelegen hatte, zusammen und hatte einen Artikel der Zeitschrift „Medizinische Reform“ als „sehr beachtenswertes Urteil hinzugefügt“: Die Antrick-Enthüllungen „können wir Aerzte ruhig anerkennen, denn nur ein irregeleitetes Standesgefühl kann

85 Bericht über die Gemeinde-Verwaltung der Stadt Berlin 1895 bis 1900, 285-286.

86 Bericht über die Gemeinde-Verwaltung der Stadt Berlin 1895 bis 1900, 1. Teil, 284-285.

uns dafür blind machen, daß einmal überhaupt viel zu wenig Krankenhäuser vorhanden sind und mit der Erbauung neuer Krankenhäuser in einem viel zu langsamen Tempo vorgegangen wird und daß selbst in den vielgerühmten Berliner Krankenhäusern große Mißstände bestehen.“ Man solle den ärztlichen Stand nicht verteidigen beim Aufzeigen der Nichterfüllung der Pflichten einzelner Ärzte,

wenn der Abgeordnete Reißhaus behauptete, daß das Vertrauen zu den Krankenhäusern in den Kreisen der Heilungssuchenden schon lange erschüttert sei, so kann das für Berlin jeder Kassenarzt aus der täglichen Erfahrung nur bestätigen. Gerade die Kassenärzte sind durch die Mängel der Berliner Krankenhäuser häufig genug in Verlegenheit. Abgesehen von den Mißständen, die im Parlament geschildert sind, erweisen sich die Einrichtungen der Berliner Krankenhäuser fast vollkommen unzulänglich für drei wichtige Krankheiten: die Tuberculose, den Alkoholismus und die Syphilis.⁸⁸

Auf Antricks Rede hin fühlte sich sogar der Reichskanzler angetrieben, dem preußischen Kultusminister am 22. Juni 1900 Mitteilung zu machen, dass „eine Reihe schwerer Mißstände, an denen das Krankenhauswesen in Deutschland angeblich leidet, zur Sprache gebracht und zur Begründung der vorgetragenen Klagen auf die Verhältnisse in einigen, ausdrücklich namhaft gemachter preußischer Krankenanstalten hingewiesen worden“ war. „Der als Vertreter des dortseitigen Ressorts in der Sitzung anwesende Geheime Medizinalrath Dr. Kirchner hat damals schon Anlaß genommen, in einer unmittelbaren Erwiderung der vorgebrachten, das Vertrauen der Bevölkerung zu den Krankenhäusern solcher schädigenden Klagen entgegenzutreten. Es dürfte sich indessen empfehlen, über die behaupteten Mißstände Erhebungen anstellen zu lassen, um erforderlichenfalls Abhülfe zu schaffen, und soweit dies ratsam erscheint, eine öffentliche Richtigstellung herbeizuführen.“⁸⁹ Unter den angesprochenen preußischen Krankenanstalten befand sich auch die Charité, deren Verwaltungsdirektor Spinola am 2. August dem Ministerium empört antwortete, dass die „angeblichen schweren Mißstände der hiesigen Krankenhäuser in der Charité nicht bestehen“, insbesondere die gegen Ärzte und Wartepersonal erbrachten Vorwürfe von Antrick „aus dem sicheren Hinterhalte der parlamentarischen Redefreiheit mit gewohnter sozialde-

87 GStA PK, Rep. 76 VIII D, Nr. 1766, Bl. 1.

88 GStA PK, Rep. 76 VIII B, Nr. 1766, Bl. 19.

89 Ebenda, Bl. 16.

mokratischer Perfidie geschleuderten Angriffe“ vorgetragen worden seien.⁹⁰

Spinola gab zu, dass speziell die Charité bekanntermaßen aufgrund des umfassenden Um- und Neubaus Mängel habe. Spinola behauptete, Antricks Ideal würde ein mehrfaches Budget für den Umbau der Charité benötigen, den Steuerzahler ruinieren und er schloss ab: „Wir behaupten, daß die Charité-Verwaltung jeden Vergleich mit der Verwaltung anderer Krankenhäuser aushalten kann, namentlich was die Leistungen der Aerzte und des Wartepersonals betrifft.“⁹¹

Ein Jahr später berichtete die Zeitung „Vorwärts“ am 18. Juni 1901 wieder von der „ständigen Ueberfüllung der Krankenhäuser Berlins und seiner Vororte“. Sogar im Hochsommer gab der Bettenmangel Stoff für das „Berliner-Tageblatt“, das den Neubau von „Kranken- und Irrenhäusern“ sowie Säuglingsstationen forderte, „aber Eile tut Noth“.⁹² Am 9. Februar 1903 erschien in der „National-Zeitung“ die Meldung, die regelmäßig im Winter auch in anderen Blättern zu lesen war: „Die Krankenhaus-Noth ist wieder da“⁹³ Zwei Monate zuvor war darin, bezogen auf eine Statistik des Magistrats von 1890 bis 1900, errechnet worden, eine „Steigerung der Krankenaufnahmen in den letzten zehn Jahren 81,6 Prozent, die Steigerung der durchschnittlichen täglichen Krankenziffer in den letzten fünf Jahren 21,8 Prozent, die Zunahme der Bevölkerung in den letzten zehn Jahren indessen nur 10,7 Prozent“.⁹⁴ Einige Jahre später erklärte „Der Tag“ in einem Artikel zum Krankenhauswesen:

Das Krankenhaus spielt heute eine ganz andere Rolle als früher. Namentlich in der Grossstadt mit ihren sehr komplizierten Lebensverhältnissen [...]. Die fast abergläubische Abneigung, die vor noch nicht gar so langen Jahren im Publikum gegen die Krankenhausbehandlung herrschte, hat unter der bedeutsamen Verbesserung unserer Krankenhäuser, die selbst die berechtigte Kritik an vorhandenen ‚Uebelständen‘ nicht leugnen kann, in auffälliger Weise abgenommen.⁹⁵

Im Fünf-Jahres-Bericht der Berliner Stadtverwaltung wurden nicht nur die demografischen Veränderungen der Kommune, sondern auch die kapazitären Konsequenzen, die durch den Um- und Neubau der Charité infolge deren dringlicher hygienischer Re-

90 GStA PK, Rep. 76 VIII B, Nr. 1766, Bl. 31: Hervorhebung im Original unterstrichen.

91 Ebenda, Bl. 31.

92 5.8.1902, GStA PK, Rep. 76 VIII B, Nr. 1767, Bl. 108.

93 Ebenda, Bl. 116.

94 Ebenda, Bl. 114.

95 Ebenda, Bl. 67.

novierung entstanden, bemerkt:

„Die Vermehrung der Bevölkerung, die infolge des fortschreitenden Neu- und Umbau der Charité eintretende Verminderung der Bettenzahl dieser Anstalt, ferner die Absicht der Gemeindebehörden, noch vor der Eröffnung des Rudolf-Virchow-Krankenhauses den an Geschlechtskrankheiten Leidenden eine zweckmäßige Behandlung in einer Anstalt zu teil werden zu lassen, veranlaßten in der Berichtsperiode 1901/1905 eine Reihe von Maßnahmen zur weiteren vorläufigen Bereitstellung von Krankenbetten.“⁹⁶

Infolge der zusätzlich eingerichteten Betten erreichte die stationäre Kapazität der städtischen Krankenhäuser am 31. März 1906, also ein halbes Jahr vor der Eröffnung des Rudolf-Virchow-Krankenhauses, 3.191 Betten.

In der Zeitung „Berliner Neueste Nachrichten“ war schon am 16. Januar 1900 der Bettenabbau in der Charité mit der Ausweitung der städtischen Krankenhäuser als nicht ausgleichbar betrachtet worden. „Der springende Punkt aber bleibt für uns der direkte Mangel an ausreichenden Krankenhäusern.“ Schon mittags fände kein Mensch mehr ein freies Bett, an Epidemien dürfe man gar nicht denken, wurde kritisiert. Der Artikelschluss wünschte, dass „Berlin auch auf dem Gebiete der Krankenpflege an der Spitze des Reiches marschirt. Videant consules!“⁹⁷ Weit entfernt davon sahen die sozialdemokratischen Stadtverordneten Berlins die unverminderte Überfüllung der städtischen Krankenanstalten auch nach dem Bau der drei Krankenhäuser, am Friedrichshain, Moabit und am Urban als einen chronischen Brennpunkt der Kommunalpolitik. Laut einem Bericht des Abgeordneten Paul Hirsch im Jahr 1908 hatte es Berlin schon 1898 an 700 Betten gefehlt und im Jahre 1900 an mindestens 1.000 Krankenhausbetten.⁹⁸

Die sozialdemokratische Fraktion stellte wiederholt den Antrag auf den schleunigen Bau eines fünften städtischen Krankenhauses nach Fertigstellung des Rudolf-Virchow-Krankenhauses und vorübergehende Anmietung von Krankenzimmern. Unterstützt wurde sie in dieser Forderung von den Mitteilungen der Krankenkassen, die beispielsweise am 17. März 1903 veröffentlichten, dass an diesem Tag für akut erkrankte Menschen in Berlin kein freies Bett zur Aufnahme gestanden hatte.⁹⁹ 1905 klärte der Stadtverordnete Dr. Mehl, „daß ihm von Krankenkassen Berlins 220 Krankenscheine vorlägen“ betreffend Patienten, die keine Platzaufnahme in Berliner Krankenhäusern

96 Bericht über die Gemeinde-Verwaltung der Stadt Berlin 1901 bis 1905, 148.

97 16.1.1900, GStA PK, Rep. 76 VIII D, Nr. 199.

98 Labisch (1981/1982), 338.

gefunden hatten. Andererseits hätten erkrankte Kassenmitglieder laut einem Beitrag der „Vossische Zeitung“ am 18. Februar 1905 unter dem Titel „Die Ueberfüllung der städtischen Krankenhäuser“ mit dem wöchentlichen Krankengeld von 3,50 bis 5 Mark, selbst wenn der Arzt Milch auf Kassenkosten beantragte, noch nicht genügend „zur Bestreitung des Existenzminimums“¹⁰⁰ und hätten damit an sich schon eine Indikation zur stationären Aufnahme. Zudem ergab sich eine Indikation, die aus der Wohnungsnot entstand.

Sogar im Hochsommer, einer Jahreszeit, wo die Chance für ein freies Krankenhausbett am größten war, konnte ein von einer Droschke überfahrener, schwer verletzter Mann erst am nächsten Tag eine Aufnahme finden, schrieb das „Berliner Tageblatt“ am 18. August 1905.¹⁰¹

Der Oberbürgermeister Berlins, Martin Kirschner (1842-1912), wehrte sich gegen die politischen Angriffe mit dem „formellen Standpunkt, daß die Stadt nicht verpflichtet sei, jeden Einwohner, in einem Krankenhaus zu verpflegen, der den Wunsch ausspricht, sondern daß die Verwaltung nur die Pflicht habe, diejenigen Kranken zu verpflegen, die sie rechtlich zu verpflegen verpflichtet sei, nämlich die Armen.“¹⁰² Darin erschien deutlich die altmodische, eher verlegene Position des Magistrats, dass keineswegs die klinische Situation eines Kranken, es sei denn er befände sich in Lebensgefahr, Vorrang bei einer stationären Aufnahme habe, sondern die „armenrechtliche“, das heißt als letztes Mittel der Wahl die Krankenhauspflege zur existenziellen Versorgung, den Aufnahmeentscheid geben sollte. Solche Standpunkte ließen sich nicht mehr mit der medizinischen Entwicklung dieser Zeit vereinbaren und wurden öffentlich kritisiert. Die „Vossische Zeitung“ kommentierte den Oberbürgermeister am 18. Februar 1905: „Nun hat Oberbürgermeister Kirschner den Ärzten nachgesagt, sie täten mit der Einweisung von Kranken des Guten zuviel; sie seien hier nicht „bescheiden“ genug. Sie haben von Fall zu Fall zu prüfen, ob der Kranke zweckmäßig in seiner Wohnung behandelt werden kann oder nicht, und danach ihre Bestimmung zu treffen.“¹⁰³

Was der Oberbürgermeister dabei vor Augen hatte, zeigt der hohe Anteil der von der

99 Ebenda, 338.

100 18.2.1905, GStA PK, Rep.76 VIII D, Nr. 200.

101 18.8.1905, GStA PK, Rep. VIII, Nr. 1766, Bl. 233.

102 Labisch (1981/82), 338 in: Das Krankenhaus in der sozialdemokratischen Kommunalpolitik in Berlin um die Jahrhundertwende.

103 18.2.1905, GStA PK, Rep. 76 VIII D, Nr. 200.

kommunalen Armenpflege als Kostenträger versorgten Patienten in den städtischen Krankenhäusern, aber auch in der Charité, wobei sich diese Verhältnisse änderten, nachdem mehr Krankbetten in städtischer Trägerschaft eröffnet wurden. Der Berliner Bericht über die Gemeinde-Verwaltung für den Zeitraum von 1901 bis 1905 erklärte, es sei „das Bestreben der städtischen Verwaltung darauf gerichtet, die armen Kranken möglichst in eigene Pflege zu nehmen. Während am Beginne des vorigen Zeitraumes“ – 1896 bis 1900 – „38,1 % aller Kranken nichtstädtischen Krankenhäusern überwiesen war, befanden sich 1905 nur 28,3 % in diesen und 71,7 % in städtischen Anstalten [...] am stärksten waren in den 3 letzten Jahren die städtischen Krankenhäuser Friedrichshain und Moabit in Anspruch genommen, die Charité, die bis 1903 stets die größte Zahl aufwies, steht erst an dritter Stelle.“¹⁰⁴ Zwischen den Jahren 1900 und 1905 sowie im Jahr 1910 lagen in den städtischen Anstalten unter den Patienten 40 % bis 50 % Arme. In der Charité gingen im Jahr 1900 nahezu 70 %, 1905 rund 62 % und 1910 53 % der Verpflegungstage auf Kosten der Berliner Armenpflege.¹⁰⁵

Dass der ausgeprägte Bettenmangel keineswegs das Ergebnis leichtfertiger ärztlicher Einweisungen oder überhöhter Wünsche nach Krankenhausbehandlung in der Bevölkerung war, legte Adolf Gottstein (1857-1941) in der Deutschen Medizinischen Wochenschrift 1905 mit der Frage: „Erfüllt die Berliner Kommune die notwendigen Forderungen auf dem Gebiete des öffentlichen Gesundheits- und Krankenwesens?“ vor. Er berief sich auf eine Stadtverordnetenversammlung vom 16. Februar des Jahres, wo zum wiederholten Male die Krankenabweisungen in der Winterzeit Anlass zu hitziger Debatte um das städtische Krankenhauswesen und die hygienischen Aufgaben der Stadtverwaltung geworden waren. Gottstein konnte bei keiner anderen deutschen Großstadt ein derart währendes Problem an stationärem Mangel sehen wie in Berlin. Man könne „an der Tatsache selbst nicht vorübergehen, daß innerhalb weniger Wochen mehrere Hunderte von Patienten, deren Aerzte die Krankenhausbehandlung für erforderlich hielten, unter der Bedauerung des Platzmangels abgewiesen worden und daß, wie aus der Verwaltung sogar weiter zugegeben worden ist, diese Erscheinung sich in den letzten Jahren allwinterlich wiederholt hat.“ Gottstein wies auf die rege Tätigkeit Berlins im Krankenhauswesen hin:

Wenn man aus den offiziellen und offiziösen Veröffentlichungen der Stadtverwaltung

104 Bericht über die Gemeinde-Verwaltung d. St. B. 1901 bis 1905, 32.

105 Bericht über die Gemeinde-Verwaltung d. St. B. 1906 bis 1910, 108; Charité-Annalen 1912, 3.

über Reformen der Krankenhausfürsorge in den letzten Monaten allein einen Schluß ziehen wollte, so bekommt man zunächst den Eindruck, daß wohl kaum eine Verwaltung auf diesem Gebiete reger, vielseitiger und ideenreicher ist als die der Stadt Berlin. Wir wissen, daß das Virchowkrankenhaus mit nahezu 2.000 Betten seiner Fertigstellung entgegengeht [...] daß die Stadt das Erziehungshaus am Urban zu Krankenhauszwecken angekauft hat; daß in Rummelsburg eine große Station für Geschlechtskranke beschlossen ist; daß neue große Siechenhäuser in Buch im Bau sind; daß man die Verlegung der unheilbaren Tuberculösen in besondere Stationen plant; daß das Kaiser-Friedrich-Kinderkrankenhaus erheblich vergrößert wird und neue große Kinderkrankenhäuser und kleinere Behandlungsstationen im Entstehen sind; daß für die Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit eine größere Summe im Etat ausgeworfen ist, daß die Zentrale der Rettungsgesellschaft und ebenso das Transportwesen von der Stadt ausgiebig unterstützt werden soll.¹⁰⁶

Gottstein sah in diesem Engagement aber noch keinen Beweis für verantwortungsbewusste Politik des Magistrats. Er befand: „So umwälzend vor etwa 40 Jahren die Neuerrichtungen der modernen großen Krankenhäuser durch die Beseitigung der jahrhundertalten Mißstände war, so häuften also die folgenden wenigen Jahrzehnte mit der Schnelligkeit, die dem naturwissenschaftlichen Zeitalter eigen ist, eine Fülle ungeahnter Aufgaben auf diese schönen Neuschaffungen.“¹⁰⁷ Seiner Meinung nach fehlte der Weltstadt Berlin die Vorbildfunktion auf diesem Gebiet im deutschen Reich. Er zitierte den Autor des „Handbuch der sozialen Medizin“ von 1904, Friedrich Jessen, wonach eine Großstadt je 1.000 Einwohner mindestens fünf Krankenhausbetten zur Verfügung stellen müsse, wies aber darauf hin, dass viele Städte, die wie Hamburg acht Betten je 1.000 Einwohner böten, „eben gerade auskämen“. Das „Sanitätswesen des preußischen Staates, bearbeitet von der Medizinalabteilung des Kultusministeriums“, hatte 1903 als zulässig angenommene Belegungsdauer eines Bettes 241 Tage pro Jahr angegeben. Gottstein schränkte ein, keine Kenntnis über das Zustandekommen solcher Zahlen zu besitzen und berief sich auf seine aus dem Statistischen Jahrbuch deutscher Städte von 1901 berechneten Zahlen. Danach lag Berlin mit seiner Bettenauslastung von 89 % an der Spitze deutscher Städte, wobei die meisten ebenfalls den Idealwert des preußischen Kultusministeriums deutlich überschritten. Er konnte aus dem Statistischen Jahrbuch der Stadt Berlin zeigen, dass in den zwei Jahrzehnten zwischen dem

106 Gottstein, A.: „Erfüllt die Berliner Kommune...“ Titel in: DMW (1905) Nr. 31, 835 ff.

107 Ebenda, 836.

Geburtsjahr der gesetzlichen Krankenkasse für das Deutsche Reich und 1902, Berliner Krankenhäuser ihre Betten 1883 im Durchschnitt an 283 Tagen des Jahres belegten und 1902 an 309 Tagen. Auffallend dabei ist die gegenläufige Bewegung der staatlichen und der städtischen Bettennutzung:¹⁰⁸

	Tage im Jahr 1883	Tage im Jahr 1893	Tage im Jahr 1902
staatliche Betten	327	344	296
städtische Betten	221	298	322

Der Rückgang in den staatlichen Betten zwischen 1893 und 1902 muss auch im Zusammenhang mit dem Charité-Boykott 1894 und dem Umbau seit 1897 gesehen werden.

Gottstein verglich weiterhin zwischen Berlin und München in Jahren ohne Epidemien, insbesondere ohne Influenza, die monatliche Krankenhausbelegung anteilig vom Jahres-Patientenzugang. Er kam für Berlin auf Schwankungen zwischen 7,6 % im Sommer und 9 % im Winter; München bewegte sich zwischen 7% und 10 %. Für die durchschnittliche Verweildauer ergaben die Rechnungen in Berlin 27 Tage, Breslau und Hamburg 36 Tage, Dresden und München rund 24 Tage. Aufgrund der vorliegenden Statistik, nach denen er solche epidemiologischen Zahlen aus 55 Städten berechnete, kam Gottstein zu dem Schluss, dass die Bettenzahl einer Gemeinde mindestens den zehnten Teil der jährlichen Patientenaufnahmezahl betragen müsse, um die Versorgung auch nur im organisatorischen Mindestmaß zu erfüllen, ohne dass Epidemien oder akuter Bevölkerungszustrom eine Rolle spielten. Er befand auch die Durchschnittsforderung von Jessen belegt, wonach auf 10.000 Einwohner 45 bis 55 Betten bereit stehen müssten. Diesem Maß entsprach die Stadt Berlin nicht: im Jahr 1883 mit 36,6 öffentlichen Betten je 10.000 Einwohner versorgt, sank die Zahl im Laufe der 1880er Jahre, um 1902 auf 34,5 je 10.000 Einwohner wieder anzusteigen. Die Charité entwickelte darunter einen Anteil von 13,4 Betten 1883 und hatte 1902 7,3 Betten je 10.000 Einwohner zu bieten. Der städtische Bettenanteil nahm von 11,7 je 10.000 Einwohner 1883 auf 17,4 im Jahr 1902 zu. Diese Ergebnisse ließen die Stadt Berlin weit hinter denen „ärmerer“ Städte zurückstehen; Gottstein nannte die behördliche Fürsorge Berlins in diesem Punkt „durchaus unzulänglich“. „Es läßt sich an der Tatsache nicht

108 Gottstein in DMW (1905) Nr. 31, 836; Vgl. Anhang 10: Durchschnittl. Belegungsdauer der Betten...

rütteln, daß schon vor 20 Jahren die Zahl der Betten in Berlin unzureichend gewesen ist und daß die Maßnahmen der letzten zwei Dezennien nur gerade zur Not der Erhaltung des Bestandes, nicht aber eine Ausfüllung der vorhandenen Lücken erzielten; die Tatsache, daß Berlin überhaupt zuwenig Krankenbetten besitzt, nicht nur in Zeiten der Not, darf von den verantwortlichen Personen nicht mehr bestritten werden.“¹⁰⁹ Gottstein ging außerdem auf ein wohl häufig eingebrachtes Argument in der kommunalpolitischen Debatte ein – das angeblich zu schnelle Aufsuchen eines Krankenhauses von der Bevölkerung. Er betrachtete in der Liste 55 deutscher Städte die Krankenhausletalität im Verhältnis zur Gesamtsterblichkeit, die Säuglingssterblichkeit ausgenommen.

In Städten, in denen, wie Frankfurt a.O. und Görlitz, verhältnismäßig wenig Betten zur Verfügung stehen, stirbt ein beträchtlich größerer Teil der Bevölkerung in den Privatwohnungen. In den großen Industriezentren der Provinzialhauptstädte und Großstädte kommen 25-40 % und mehr aller Todesfälle in den Krankenhäusern vor. [...] Dagegen hat die Verwaltung kein Recht, zu behaupten, daß in Berlin die Bevölkerung ihre Krankenhäuser durch Zustrom leichterer, der Krankenhausbehandlung nicht bedürftiger Fälle mißbrauche. Berlin steht mit seiner Krankenhausletalität fast an erster Stelle, und die Zahl der Todesfälle beträgt 42 % der Todesfälle von ganz Berlin. Man muß also schließen, daß in Berlin und Umgegend die Bevölkerung mehr als irgendwo gerade für die schweren, tödlichen Fälle in den öffentlichen Krankenhäusern Zuflucht sucht und findet. [...] Wenn man die Ergebnisse [...] selbst unter dem Vorbehalt, daß die Verhältnisse der einzelnen Städte sich nicht ohne weiteres vergleichen lassen, zusammenfaßt, so ergibt sich folgender Schluß: Unter 55 deutschen größeren Städten, unter denen sämtliche Großstädte und Industriezentren von Belang vertreten sind, stand Berlin um die Jahrhundertwende in Bezug auf die Bettenzahl, sowohl der der Gemeinde gehörigen als auch sämtlicher Krankenhäuser, fast am tiefsten; nur vier Städte hatten noch weniger Betten als Berlin. [...] Was die Belegungsdauer der Betten im Jahre betrifft, so steht Berlin unter diesen 55 Städten an unterster Stelle. Daran ist durchaus nicht ein Mißbrauch der öffentlichen Krankenhäuser seitens der Bevölkerung durch Eingang auch leichterer Fälle schuld; [...] trotzdem [...] ist die Ueberfüllung der Anstalten größer als irgendwo anders; die Schuld liegt danach nicht an der Bevölkerung, sondern an den unzulänglichen Maßnahmen der Behörden.¹¹⁰

109 Gottstein in DMW (1905), Nr. 31, 836-838.

110 Gottstein in DMW (1905) Nr. 31, 875.

Gottstein beschwor, bei unverändertem Bevölkerungswachstum der Kommune wie bislang (1881 bis 1890: 419.953; 1891 bis 1890: 310.068 zusätzliche Einwohner), müssten zwischen 1910 und 1912 wiederum 1.000 neue Krankenhausbetten bereitstehen.

Es entsteht also eine stete Schraube, wenn man auf dem bisher betretenen Wege fortschreiten will, und es ist durchaus erforderlich, sich darüber klar zu werden, ob man den bisher seit Jahren begangenen Weg, der auf die Dauer zu enorm komplizierten und kostspieligen Zuständen führt, weiter gehen soll, oder für die Zukunft nicht ganz andere Bahnen eingeschlagen werden müssen. Zur Entscheidung dieser Frage ist es notwendig, zu prüfen, ob eine Aenderung in den Ansprüchen der Bevölkerung an der Krankenhausversorgung eingetreten ist, oder ob die Sachlage die gleiche geblieben ist wie vor etwa 20 Jahren. Es ist diese Betrachtung schon deshalb nötig, weil der Raummangel fälschlich mit den neu hervorgetretenen Ansprüchen der Kasenkranken begründet wurde. Diese Klasse der Bevölkerung hat vor 1883 ebenso zahlreich die Krankenhäuser aufgesucht, nur damals ohne Zahlungsbeitrag seitens der Zwangskassen, sondern lediglich auf Kosten der Stadt oder für eigene Rechnung.¹¹¹

1.1 Statistik zum Berliner Krankenhauswesen

Jährliche Krankenzugänge der Krankenanstalten in Berlin¹¹²

Jahr	1886	1900	1911	1914
Krankenzugänge absolut	46.223	84.252	130.192	111.113
je 100.000 Einwohner	34,55	45,18	62,84	54,74

Jährliche Neuaufnahmen der Berliner Krankenanstalten nach Trägerschaft¹¹³

	1890	1900	1910
Städtische Krankenhäuser	16.969	32.191	52.993
Staatliche Krankenhäuser	20.342	18.265	
Andere öffentl. Krankenhäuser	14.564	19.114	41.596 (inkl. staatl.)
Privatkliniken	5.460	10.903	26.828
Gesamtzahl	60.085	84.252	121.417

111 Ebenda, 110.

112 Labisch (1982/1982), 342.

113 Statistisches Jahrbuch der Stadt Berlin 32.Jg (1913), 335*, 642 - 643; s. Anhang 9: Jährl. Patienten.

Vorrangige Krankheiten zur Krankenhausaufnahme in Berlin¹¹⁴

je 1 Million Einwohner	1900	1910
Infektions- und allgemeine Krankheiten	24.293	17.323
Krankheiten des Verdauungs-Apparates	9.480	7.056
Krankheiten der Geschlechtsorgane	8.214	5.222
Mechanische Verletzungen	7.141	3.281
Krankheiten der äußeren Bedeckung	6.235	3.273
Krankheiten der Atmungsorgane	12.223	2.923
Krankheiten des Nervensystems	6.219	2.647
Entwicklungskrankheiten	3.130	2.146
Krankheiten der Bewegungsorganen	5.705	1.954
Krankheiten der Zirkulationsorgane	4.144	1.844

Gesamtzahl der „neu hinzugekommenen Krankheitsfälle in den Berliner Krankenanstalten“:

1890	1900	1910
41.284	48.245	49.130

Ob sich die Inzidenz und Prävalenz im Laufe der Jahre erhöhten – eventuell die wissenschaftliche Erweiterung der Diagnostik sowie veränderte Definitionen von Krankheiten eine Rolle spielten – oder das Bewusstsein für stationären Behandlungsbedarf diesen absoluten und relativen Anstieg an Krankenhausaufnahmen bewirkten, ist aus den statistischen Unterlagen nicht zu klären. Zu vermuten ist, dass in Berlin neben der allgemeinen Entwicklung der therapeutischen Medizin die sozialen Verhältnisse stationäre Behandlung zunehmend notwendiger machte.

Zugang der Krankenhäuser im Jahr über ¹¹⁵	1901	1905
Eigene Meldung	40 %	38 %
Krankenkassen	29 %	34 %
Armenverwaltung/andere Verpflegungsanstalten	22 %	21 %
Dienstherrenschaften	4 %	4 %
Polizei	4 %	3 %

114 Ebenda, 335*, 642 - 643.

115 Bericht ü.d. Gemeinde-Verwaltung d. St. B.1901 bis 1905, 9 und 10; „Krankenhäuser“ beinhaltet neben den städtischen Krankenhäusern die Charité und „sonstige Anstalten“.

Bettenkapazität in Berliner Krankenhäusern

1900 betrug die Gesamtkapazität der Berliner Krankenhausbetten in einer Berechnung ohne Augenheil-, Entbindungsanstalten und psychiatrische Krankenhäuser 8.050; davon hatten rund 20 % staatliche, 38 % städtische, 25 % gemeinnützige und 14 % private Träger; 3 % Betten standen in Gefängnislazaretten. 1910 war die gesamte Kapazität auf 11.196 gestiegen. Die städtische Bettenkapazität war dabei auf 5.168, damit nahezu auf die Hälfte der gesamten Bettenzahl, angestiegen; die Charité hatte 1.129 Betten. 1917 lag die Gesamtzahl an Krankenhausbetten in Berlin bei 11.491, davon 6.115 städtische.¹¹⁶

Bettenkapazität der städtischen Krankenhäuser

Die Stadt Berlin gab in ihrem Gemeindebericht für das Wirtschaftsjahr 1900/1901 durchschnittlich 2.197 belegte Betten in den städtischen Krankenanstalten an, 1910 lag der Durchschnitt bei 4.165 Betten. Laut Gemeindebericht hatte die Stadt am Ende des Wirtschaftsjahres 1910 (31.3.1911) 4.599 Betten – plus eine Anzahl Reservebetten – zur Verfügung und im Laufe der vorangegangenen fünf Jahre 1.408 Betten zusätzlich aufgestellt.¹¹⁷ 1914 standen 5.906 städtische Betten.¹¹⁸

Ein berechnetes Verhältnis von städtischer Bettenkapazität und Bevölkerung bei Labisch ergibt:¹¹⁹

	1880	1900	1914
Betten in städtischen Krankenhäusern /10.000 E	13,6	16,4	30,3

116 Füssel-Schaffrath, 154 und 158: aus Statistische Jahrbücher d. St. B. Nr. 27 (1903), 441; Nr. 33 (1916), 652 ff.; Nr. 34 (1920), 642.

117 Bericht über die Gemeinde-Verwaltung d. St. B. 1895 bis 1900, 147-153; 1906 bis 1910, 210 ff., 225-234.

118 Labisch (1981/1982), 342.

119 Ebenda, 342.

Gesamtzahl der verpflegten Kranken in den städtischen Krankenhäusern¹²⁰

1901	33.253		
1905	38.429	mit einer Zunahme von	790 gg. Vorjahr
1906	43.960	mit einer Zunahme von	5.531 gg. Vorjahr
1907	51.840	mit einer Zunahme von	7.880 gg. Vorjahr
1908	54.212	mit einer Zunahme von	2.372 gg. Vorjahr
1909	55.651	mit einer Zunahme von	1.439 gg. Vorjahr
1910	59.253	mit einer Zunahme von	3.602 gg. Vorjahr

Durchschnittlich war die „tägliche Belegungszahl im Jahresdurchschnitt seit 1906, wo sie infolge der Eröffnung des Rudolf-Virchow-Krankenhauses gegen das Vorjahr um 574 anwuchs, seitdem zwar ständig, jedoch in abnehmendem Verhältnis weiter gestiegen; die Zunahme gegen das Vorjahr betrug 1907 302, 1908 233, 1909 203, 1910 82.“¹²¹

Patienten-Abweisungen

Zu den Patienten-Abweisungen wurde in den städtischen Krankenhäusern Statistik geführt und unter anderem für April bis Juni 1909 (ohne die erste Aprilwoche) vom Ober-Präsidenten der Provinz Brandenburg, der die Kommunalaufsicht hatte, dem Ministerium für geistliche, Unterrichts- und Medizinal-Angelegenheiten vorgelegt: 712 Personen, darunter 261 Kinder. Der Anteil „Auswärtiger“ war ein gutes Drittel, 240 Personen und davon 42 Kinder.¹²²

„Der Tag“ brachte am 4. Oktober 1909 den Bericht vom Verwaltungsdirektor der Charité, Ernst Pütter, zu den Abweisungszahlen in Berlin zu Papier: „Pütter berechnet, daß durchschnittlich 35 Kranke täglich abgewiesen werden müssen, d.h. 12.775 jährlich.“ Die Zahlen waren eine Auskunft der Zentralstelle für den Bettennachweis. „Diese Auflage wird umso wuchtiger, als es bekannt ist, daß die Lungenkranken gar nicht mehr den Versuch machen, in den Krankenhäusern aufgenommen zu werden.“¹²³

Für den 1. April 1909 bis 31. März 1910 errechnete der Polizei-Präsident Berlins 1815

120 Bericht ü.d. Gemeinde-Verwaltung d. St. B.1901 bis 1905, 160; B.ü.d.G.-V.1906 bis 1910, 223.

121 Bericht ü.d. Gemeinde-Verwaltung d. St. B.1906 bis 1910, 223-224.

122 GStA PK, Rep. 76 VIII B, Nr. 1767, Bl. 244.

123 Ebenda, Bl. 245.

„in den städtischen Krankenhäusern abgewiesenen, in Berlin wohnhaften Personen“.¹²⁴
Für das Wirtschaftsjahr 1912 wurden nach den Angaben der Zentralstelle 836 abgewiesene Kranke, darunter auch die auswärtigen, notiert.¹²⁵

Krankenhaus als „geschlossene Armenpflege“

Die geschlossene Armen-Krankenpflege (mit Ausschluß der Irrenpflege) wird theils in den städtischen Krankenhäusern, theils in staatlichen und anderen nicht städtischen Krankenhäusern auf Kosten der Gemeinde ausgeübt.¹²⁶

Im Laufe des ersten Dezenniums des 20. Jahrhunderts hatte sich die Meinung des Magistrats, die städtischen Krankenhäuser seien in erster Linie für die kranken Armen bestimmt, nicht geändert und so berichtete der Oberpräsident der Provinz Brandenburg dem preußischen Kultusminister am 7. Juli 1911, für die Armen seien die städtischen Krankenhäuser bevorzugt, bei Nicht-Armen wie Kassenmitgliedern und Selbstzahlern werde die der Wohnung nächstliegende Anstalt, unabhängig welchen Trägers, ausgewählt und „besondere Wünsche werden nach Möglichkeit berücksichtigt.“¹²⁷

Im Jahr 1910 waren an den städtischen Anstalten 27.225 der armen Patienten mit 716.670 Verpflegungstagen von der Gesamtzahl 59.253 mit 1.483.261 Verpflegungstagen versorgt worden.¹²⁸

Im gleichen Zeitraum waren in der Charité 9.179 Kranke mit 211.134 Tagen auf das Rechnungskonto der städtischen Armenpflege untergebracht worden; insgesamt hatte die Charité 17.353 Patienten mit 432.446 Verpflegungstagen zu verzeichnen gehabt.¹²⁹

1900 hatte die Charité 345.389 Tage mit Patienten, deren Kostenträger die Armenpflege war, von 513.461 Tagen der gesamten 18.538 Patienten.

Im „Bericht über die Gemeinde-Verwaltung der Stadt Berlin 1906 bis 1910“ werden die auf Kosten der Armenpflege in städtischen Krankenhäusern aufgenommenen Patienten nach der Art und Weise ihres Zugangs differenziert. Demnach waren 1910 rund 57 % auf „Eigene Meldung“ zur Aufnahme gekommen (Charité 88 %), rund 31 % waren von den Armenkommissionen eingewiesen worden, rund 10 % hatte das „Städtische

124 Ebenda, Bl. 283.

125 GStA PK, Rep. 76 VIII B, Nr. 1768, Bl. 235.

126 Statistisches Jahrbuch d. St. Berlin 26. Jg (1902), 409.

127 GStA PK, Rep. 76 VIII B, Nr. 1767, Bl. 28.3.

128 Statistisches Jahrbuch d. St. B. Nr. 32 (1913), 329*.

129 Bericht ü.d. Gemeinde-Verwaltung d.St. B. 1906 bis 1910, 108; Charite-Annalen 1912, 3.

Obdach“ geschickt, die übrigen 1.475 Personen, das heißt 5 % kamen von der Polizei oder Hospitälern und anderen Verpflegungsanstalten in die städtischen Krankenhäuser.¹³⁰

Der „Bericht der Gemeinde-Verwaltung der Stadt Berlin 1906 bis 1910“ vergleicht 1910 die durchschnittliche Verweildauer der auf Kosten der Armenpflege versorgten Kranken in der Charité, nämlich 24 Tage (1901 27 Tage), mit der in den städtischen Krankenhäusern dieser Zeit, wo erwachsene Patienten je nach Anstalt durchschnittlich zwischen 24 und 29 Tage aufgenommen wurden (1901 23 bis 28 Tage).¹³¹

Die Anzahl der armen Kranken in allen nichtstädtischen Krankenanstalten nach Jahr:¹³²

Jahr	gesamt	davon Charité
1901	17.703	11.888
1905	15.191	10.410
1910	14.567	9.179

Im Statistischen Jahrbuch der Stadt Berlin für das Jahr 1899 wird beschrieben, dass nicht jede Krankenkasse ihrem Mitglied den Aufenthalt in einem städtischen Krankenhaus bezahlte und zunächst auf der Kostenliste der Stadt Berlin geführt werden musste.

Wie schon oben hervorgehoben, werden für die von Krankenkassen oder Dienstherrschaften den Krankenhäusern überwiesenen Kranken die Kur- und Verpflegungskosten in der Regel bezahlt; trotzdem kommt es vor, daß auch solche Kranke als auf Kosten der Stadt verpflegt aufgeführt werden. Die Krankenkassen, welche hier in Betracht, kommen, sind solche, welche ihren kranken Mitgliedern Krankenunterstützung zu einem Betrag gewähren, der an den Preis der Krankenhaus-Verpflegung (2 M pro Tag) nicht heranreicht. Die Armen-Direction hat die Verpflegungskosten für solche Patienten den Krankenhäusern zu erstatten, und zieht ihrerseits von den Krankenkassen den Theil ein, zu dem sie verpflichtet sind, den Rest von den Verpflegten oder deren Angehörigen. Die Armen-Direction hat also vielfach nur Vorschuß zu leisten. Wo ein Kranker, sei es auf eigenes Verlangen oder auf Ueberweisung von Dienstherrschaften in ein Krankenhaus aufgenommen wird, ohne daß der übliche Monats-

130 Bericht ü.d. Gemeinde-Verwaltung d.St. B. 1906 bis 1910, 107; vgl. Charité: Anhang 11.

131 Bericht ü.d. Gemeinde-Verwaltung d St. B. 1906 bis 1910, 109; 1901 bis 1905, 35; ebenso.1906 bis 1910, 109.

132 Bericht ü.d. Gemeinde-Verwaltung d.St. B 1901 bis 1905, 33; 1906 bis 1910, 108.

betrag des Verpflegungspreises im Voraus eingezahlt ist, übernimmt die Stadt die Garantie für die Erstattung der Verpflegungskosten, und diese Fälle rechnet die Armen-Direction als Verpflegung auf Kosten der Stadt, obwohl solche mit dem Begriff der Armenpflege nichts zu schaffen haben.“¹³³

Man sah darin eine Bestätigung der Notwendigkeit gründlicher Statistik für einen exakten Überblick der städtischen Armen-Krankenpflege. Es „ergeben die nachstehenden Mittheilungen des städtischen Kosten-Einziehungs-Bureaus, auf einen wie geringen Antheil an den zur Einziehung überwiesenen Geldern die wirkliche Armen-Krankenpflege beschränkt ist;“ Die Differenz zwischen dem einzuziehenden Soll und dem Ist betrug 1895 bis 1900 immer circa 20 Prozent und wurde als „nur“ bewertet. Auch in den folgenden Jahren verblieb der Rest bei circa einem Fünftel: 1905: rund 17 %, 1909: rund 22 %.¹³⁴

1909 holte die Stadt bei stationärer Versorgung in den städtischen Krankenhäusern die Wiedereinziehung – wie auch beide Jahre zuvor – hauptsächlich bei Privatpersonen für mehr als 31.000 Patienten (631.647 M), ansonsten bei Krankenkassen für 8.900 Patienten (1.787.962 M !) und bei auswärtigen Armen-Verwaltungen direkt bei Gemeindekassen für 3.600 Patienten (103.170 M) und in marginalen Fällen für 107 Patienten (2.830 M) bei den Provinz-Hauptkassen.¹³⁵

1.2 *Bezirkseinteilung*

„Mit der Armendirektion wurden Verhandlungen über eine neue Verteilung der Medizinalbezirke auf die städtischen und die in Betracht kommenden Privatkrankenhäuser geführt. Das Ergebnis wurde in einer neuen Anleitung zur Überweisung armer kranker Personen an die Berliner Kranken- und Heilanstalten und in einer damit verbundenen Übersicht der Krankenanstalten, sowie der ihnen zunächst liegenden Armenarztbezirke niedergelegt. Gleichzeitig sind die städtischen Krankenhäuser angewiesen worden, auch bei der Aufnahme von Vorschußzahlern und von Krankenkassen möglichst auf die in dieser Anweisung festgesetzten Zuweisungsbezirke Rücksicht zu nehmen, d.h. hiervon nur dann abzuweichen, wenn entweder in dem zuständigen Krankenhause kein Platz vorhanden, oder wenn die Abweisung mit Gefahr für Leben und Gesundheit des

133 Statistisches Jahrbuch d. St. Berlin 26. Jg. (1902), 413 ff.

134 Statistisches Jahrbuch d. St. Berlin 32. Jg. (1913), 668.

135 Ebenda, 668.

Kranken verbunden ist.“¹³⁶

Ein Druck mit „Anleitung zur Überweisung armer, kranker Personen an die Berliner Kranken- und Heilanstalten“ war seit 1. April 1907 gültig.¹³⁷

1.3 Aufsichts- und Organisationszentrale

1893 war die Aufsicht über die Verwaltung der städtischen Krankenhäuser durch Einzelkuratorien auf eine Deputation für die städtischen Krankenanstalten übertragen und etwas später die „Deputation für die öffentliche Gesundheitspflege“ aufgehoben worden, deren Geschäftskreis seitdem in dem der „Deputation für die städtischen Krankenanstalten und die öffentliche Gesundheitspflege“ lag, ebenso die der aufgehobenen „Subkommission für das Rettungswesen“. Unter Anderem wurden die Dienstvorschriften für die Assistenzärzte geprüft und zu einer „Dienstweisung für die Assistenzärzte an den städtischen Krankenhäusern“ gefasst, mit einer Erneuerung 1907.¹³⁸

Zur besseren Organisation des kommunalen Rettungswesens war 1897 unter dem Vorsitz des Geheimen Medizinalrats Professor Ernst von Bergmann (1836-1907) die „Berliner Rettungsgesellschaft“ gegründet worden. Sie schloss 1897 mit der städtischen Deputation (siehe oben) einen Vertrag, in dem die Krankenhäuser Friedrichshain, Moabit und das Krankenhaus Am Urban sogenannte Hauptwachen der Berliner Rettungsgesellschaft wurden, also durchgehend Erste Hilfe boten. Zu solch einem Vertrag kamen auch die Charité, die Universitätsklinik in der Ziegelstraße, das Lazarus-Krankenhaus, Bethanien, das jüdische und das katholische Krankenhaus, das Augusta-Hospital, das Elisabeth-Krankenhaus und das Paul-Gerhardstift sowie im Jahr 1900 das Krankenhaus Gitschiner Straße als Hauptwachen. Zu einem wichtigen Start für vorstationäre kommunale Organisation wurde im Bericht der Berliner Verwaltung von 1895 bis 1900 geschrieben:

Eine weitere Einrichtung der Rettungsgesellschaft, ihre in der Oberwasserstraße 10 eingerichtete Zentrale, bildete einen wesentlichen Fortschritt in den öffentlichen Rettungs-Einrichtungen. Es gab bisher keine geordnete Verbindung der staatlichen, städtischen und Privat-Hospitäler untereinander, so daß Schwerkranke und Verletzte nicht selten bei mehreren Anstalten vorfahren mußten, um Aufnahme zu finden. Diesem Übelstande, zu dessen Beseitigung wiederholt in der Presse Vorschläge

136 Bericht ü.d. Gemeinde-Verwaltung d.St. B. 1906 bis 1910, 213.

137 GStA PK, Rep. 76 VIII B, Nr. 1767, Bl. 287.

gemacht worden waren, ist durch die Zentrale abgeholfen worden. Sie ist durch eigene, Tag und Nacht in Betrieb befindliche Fernsprechleitungen mit den oben genannten 12 Krankenanstalten verbunden und erhält von diesen jeden Morgen Auskunft über die Zahl der freien Betten in den Abteilungen für Männer, Frauen, und Kinder. Durch eine von jeder öffentlichen und privaten Fernsprechstelle aus mögliche Anfrage an die Zentrale kann festgestellt werden, wo ein geeigneter Platz für einen Kranken oder Verunglückten vorhanden ist, so daß die direkte Überführung in die betreffende Anstalt erfolgen kann. Die Zentrale ist außerdem mit den [...] Fuhrgeschäften [...] telephonisch verbunden und vermittelt auf Anfragen die schleunige Bereitstellung geeigneter Krankentransportwagen nebst Begleitmannschaft.¹³⁹

[...] „Bei der Genehmigung einer städtischen Zentralmeldestelle durch die Stadtverordneten-Versammlung vom 21. November 1905 hatte diese zugleich in einer Resolution den Wunsch ausgesprochen, daß der Magistrat wegen Übernahme weiterer Betriebseinrichtungen mit der Berliner Rettungsgesellschaft verhandeln solle.“¹⁴⁰ Das Ergebnis war die Übertragung der Rettungswachen der Gesellschaft an die Stadt Berlin gegen eine Entschädigung. Der „Ärzteverein der Berliner Rettungsgesellschaft“ führte den Betrieb unter der Bezeichnung „Ärzteverein des Berliner Rettungswesens“ weiter.

Der Stadt stand die Aufsicht über die Geschäftsführung des Ärztevereins zu; ein städtischer Beamter war beauftragt, die Wachen jederzeit zu kontrollieren. [...] Die staatlichen und privaten Krankenhäuser von Groß-Berlin, welche zugunsten der Rettungsgesellschaft unentgeltlich die Räume, die ärztliche Versorgung und das Material für Fälle der ersten Hilfe hergegeben hatten, hatten sich 1907 bereit erklärt, auch unter der Leitung der Stadt Berlin ihre Dienste für das Berliner Rettungswesen nach wie vor zur Verfügung zu stellen.“¹⁴¹

Die drei am Berliner Rettungswesen beteiligten Einrichtungen, der Ärzteverein, die Unfallstationen und die Sanitätswachen, sollten noch nicht „verstädtlicht“ werden, doch vereinheitlicht und unter strenger Beaufsichtigung und Kontrolle der Stadt stehen. 1909 wurde erklärt: „Die Oberaufsicht über das Berliner Rettungswesen führt der Magistrat von Berlin, vertreten durch eins seiner Mitglieder als Magistratskommissar für das Ber-

138 Bericht ü.d. Gemeinde-Verwaltung d.St. B. 1895 bis 1900, 144.

139 Bericht ü.d. Gemeinde-Verwaltung d. St. B. 1895 bis 1900, 154-155.

140 Bericht ü.d. Gemeinde-Verwaltung d. St. B. 1906 bis 1910, 270.

141 Ebenda, 271.

liner Rettungswesen.“¹⁴² Der Krankentransport wurde von einem Verein, „Verband für erste Hilfe“ und Privatinstituten gedeckt, wobei die Stadt subventionierte. Die Rufe waren sowohl von allen Polizeirevieren als auch den Haupt- und Hilfswachen des Berliner Rettungswesens zu bedienen.

Die am 1. April 1906 eröffnete städtische Zentralmeldestelle für den Nachweis freier Betten in den Krankenhäusern Groß-Berlins war zunächst in der Ausübung Ihrer Tätigkeit behindert, da die meisten Privatkliniken und die öffentlichen Krankenhäuser der Vororte vertraglich mit der Berliner Rettungsgesellschaft verpflichtet waren, nur diesen ihren Bettennachweis zu liefern. Im Endergebnis wurden zum 1. Mai 1907 diese Verbindungen gelöst und die städtische Zentralmeldestelle im Rathaus führte den amtlichen Bettennachweis mit mindestens zweimal täglicher Aktualisierung der Bettenzahlen.

1.4 Qualitätskontrolle und Aufsicht der Berliner Krankenhäuser

Zum quantitativen Bettenmangel des Berliner „Krankenhauselends“ kamen noch die qualitativen Mängel bei der stationären Versorgung, unter anderem schlecht ausgebildetes Wartepersonal – ein in der Charité ebenfalls regelmäßig wiederkehrendes Problem. Die „Tägliche Rundschau“ teilte am 17. Juni 1911 eine Analyse der Umfrage an 1.420 Krankenpflegern mit. Der zuständige Professor Salzwedel forderte nicht alleine eine angemessene Ausbildung. „Die Etats der Krankenhäuser sind durch die sachlichen Ausgaben auf das stärkste in Anspruch genommen, da soll an den persönlichen gespart werden. Eine Beschränkung der Zahl des Personals läßt sich nicht erreichen, weil fortgesetzt neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden die Arbeit vermehren, so leidet die Qualität, denn wegen des großen Bedarfs und der geringen Bezahlung muß jeder angenommen werden, der diese Arbeit zu so niedrigem Preise anbietet.“ Es könnte „kaum bestritten werden, daß der Zustand des Pflegepersonals in den großen staatlichen und in den meisten kommunalen Krankenanstalten den modernen Anforderungen nicht entspricht.“¹⁴³

Eine externe Qualitätskontrolle mit der Besichtigung von Krankenhäusern durch einen ärztlichen Regierungsbeamten, dessen detaillierter Bericht bei den Ministerien für geistliche, Unterrichts- und Medizinal-Angelegenheiten und des Innern abgegeben

142 Ebenda, 272.

143 GStA PK, Rep. 76 VIII B, Nr.1767, Bl. 317.

wurde, hatte sich zum Jahrhundertbeginn formal eingerichtet. Im Frühjahr 1910 bezog sich der Polizei-Präsident Berlins, Traugott von Jagow (1865-1941), gegenüber dem Minister der geistlichen, Unterrichts- und Medizinal-Angelegenheiten auf den Erlass vom 6. September 1900, worin die Anordnung gegeben worden war, dass die „hiesigen städtischen Krankenhäusern regelmässig im Laufe von 2 Jahren durch den Regierungs- und Medizinalrat ‚unvermutet‘ besichtigt werden sollen. Am Schlusse des Revisionszeitraumes ist hierüber ein kurzer Gesamt-Bericht zu erstatten.“¹⁴⁴ Für die Kreisärzte gab es 1901 und 1909 die Dienstanweisung, dass „die nicht-staatlichen Anstalten zur Behandlung und Pflege von Kranken usw. in gesundheitspolizeilicher Hinsicht‘ vom Kreisärzte zu überwachen und mindestens jährlich einmal unvermutet und eingehend nach Anleitung des Formular X zu besichtigen sind.“¹⁴⁵ Der Polizei-Präsident wünschte beim Minister die jährliche Besichtigung der städtischen Krankenhäuser und „wie in anderen dienstlichen Angelegenheiten“ die Position des Regierungs- und Medizinalrats als Ober-Sachverständigen bei Auffassungsdifferenzen während der Besichtigung. Der Berliner Magistrat akzeptierte die Interaktion des Polizei-Präsidenten nicht und meldete sich 1911 beim Oberpräsidenten der Provinz Brandenburg, der das kommunale Aufsichtsrecht besaß, um sich mit Hinweis auf Gerichtsurteile und die Städteordnung gegen den Zwang „ihre Krankenanstalten in gewissem Umfange für ihre Einwohner zur Verfügung zu stellen“ zu wehren. Die Zahl von rund 2.000 Abweisungen „rechtfertigt in keiner Weise die daran geknüpfte Schlussfolgerung.“¹⁴⁶ Schließlich wären etliche nicht stationär Bedürftige darunter gewesen und ein Andrang von circa 58 Auswärtigen pro Monat. Der Magistrat sah keinen generellen Bettenmangel, sondern die Zufälligkeiten einer geschlechts- oder fachspezifischen Kapazitätsenge, weswegen auch das Rudolf-Virchow-Krankenhaus den Bedarf nicht endgültig gedeckt haben könne. Betont wurde, dass der Pflicht in der „Armenfürsorge in Krankheitsfällen vollauf Genüge geleistet wird.“ Man habe keine Verpflichtung zu Krankenhäusern für „zahlende Kranke“, also Krankenkassenmitgliedern, Dienstboten et cetera, „wenngleich wir, ohne Erörterung der Rechtsfragen, stets nach Möglichkeit den Anforderungen auch in dieser Hinsicht zu genügen bereit gewesen sind.“¹⁴⁷ Die Unterschrift hatte Oberbürgermeister Kirschner gezeichnet, der diesen Standpunkt schon Jahre zuvor geäußert hatte und ihm als

144 GStA PK, Rep. 76 VIII B, Nr.1768, Bl. 27.

145 GStA PK, Rep. 76 VIII B, Nr. 1768, Bl. 27.

146 Ebenda, Bl. 42.

überholt beurteilt worden war. Als Unterstützung lag dem Schreiben an den Oberpräsidenten noch eine Bestätigung der Armendirektion hinsichtlich der Pflichterfüllung des Magistrats zur stationären Versorgung der Armen bei. „Die Armendirektion steht mit der Charité und fast allen grösseren Berliner Krankenhäusern und ebenso einer grossen Anzahl kleinerer Privatkliniken in dauernder Verbindung derart, dass auch diese auf Kosten der Armendirektion Armenkranke aufnehmen, sobald in den städtischen Krankenhäusern nicht der genügende Platz ist oder aus einem anderen Grunde die Unterbringung in einem nicht städtischen Krankenhause wünschenswert erscheint.“¹⁴⁸

Das Schreiben weist auf die rasche Unterbringung über die Zentral-Meldestelle hin, wobei durch falsche Meldeangaben der Patienten Fehler entstehen könnten. Einschränkungen entstünden zudem, „da die grösseren Krankenhäuser zudem ‚Selbstmelder‘ aufnehmen, so haben wir beobachtet, dass in vielen Fällen die Privatkrankenhäuser von Armenkranken in Anspruch genommen werden, in denen ausreichender Platz in den städtischen Krankenhäusern vorhanden gewesen wäre, was zum Schaden der städtischen Verwaltung ist.“¹⁴⁹ Dieses wollte man einschränken.

Der Oberpräsident der Provinz Brandenburg stellte sich hinter den Magistrat und erklärte daraufhin dem Minister des Innern, dass dem Polizei-Präsidenten in Berlin über das „allgemeine polizeiliche Befugnisse hinausgehende Aufsichtsrecht über die Krankenanstalten gemäß § 42 des Landesverwaltungsgesetzes und § 2 Ziffer 3 der Regierungsinstruktionen nicht zusteht.“ Ein Einschreiten wegen „zu starker Belegung der Krankensäle im polizeilichen Interesse“ sollte vom Oberpräsidenten mit Kommunalaufsicht ausgehen und nicht vom Polizei-Präsidenten, doch wünschte er eine Zusammenarbeit der Dienststellen. „In materieller Hinsicht ist zu bemerken, daß die Klagen über die Unzulänglichkeit der Berliner städtischen Krankenhäuser mir Veranlassung gegeben haben, unausgesetzt auf die Beschleunigung der in Aussicht genommenen Neu- und Erweiterungsbauten hinzuwirken.“ Er habe durch „unausgesetzte Mahnungen und Anfragen erreicht“, dass Neubaupläne „wenn auch nicht mit der wünschenswerten Schnelligkeit gefördert werden.“¹⁵⁰ Das Bauprogramm in Buch für eine „Pflegerstätte für Lungen- und Kehlkopfleidende“ werde von der „Deputation für Krankenanstalten“ beraten, Bauten auf dem Grundstück des ehemaligen Erziehungshauses am Urban

147 Ebenda, Bl. 42-45.

148 GStA PK, Rep. 76 VIII B, Nr. 1768, Bl. 48-50.

149 Ebenda, Bl. 48-50.

150 GStA PK, Rep. 76 VIII B, Nr. 1768, Bl. 33-35.

seien „für Januar k. Js in Aussicht genommen“, der Bau eines Krankenhauses für 500 Geschlechtskranke in Rummelsburg sei beschlossen. „Für die Kommunalaufsichtsbehörde ist die Möglichkeit zwangsweise einzuschreiten, nur in beschränktem Maße gegeben“¹⁵¹ über die §§ 29 und 30 des Preußischen Gesetzes zur Bekämpfung übertragbarer Krankheiten vom 28. August 1905 oder aus dem Armenrecht.

Der Polizei-Präsident nahm beim Oberpräsidenten gegenüber dem Schreiben des Magistrats Stellung, wobei er zunächst die mangelnde Benachrichtigung seiner Person beklagte, und vermerkte:

Es kann aber als unbestreitbar gelten, dass hier auf diesem Gebiete erhebliche Mehrheitsbedürfnisse bestehen, dass solche auch von der städtischen Verwaltung anerkannt sind, dass aber zumeist unverhältnismässig viel Zeit vergeht, bis geeignete Abhilfsmittel geplant, beschlossen und ausgeführt werden. Wenn es endlich soweit ist, sind inzwischen in der Regel neue Bedürfnisse gross geworden.¹⁵²

Die Berichte des Regierungs- und Geheimen Medizinalrates Dr. Schlegtendal vom November 1911 zeigten ein weitgehend positives Bild der vier großen städtischen Krankenhäuser, dem Frauenkrankenhaus Gitschiner Straße und dem Kaiser und Kaiserin Friedrich-Kinderkrankenhaus, das seit 1901 in städtischer Trägerschaft stand. Die negativen Befunde kamen aus den teilweise schon sehr veralteten Baustrukturen, deren Mängel Auswirkungen auf die sanitären Bereiche hatten, und eine weitgehende Überbelegung, was in fast allen Krankenhäusern die vormals eingeplanten Tagesaufenthaltsräume der Kranken zu Betten- und Instrumentenabstellplätzen machte und akzeptable Unterkünfte für das Pflegepersonal kaum übrig ließen. „Die Anstalt ist im allgemeinen stärker belegt als vorgesehen ist und als wünschenswert wäre; die Tagesaufenthaltsräume sind fast sämtlich mit Krankenbetten belegt oder mit Utensilien gefüllt.“ Ein hygienisch unhaltbarer Zustand kam dem Besichtigter in den Infektionsabteilungen am Urban und im neuen Rudolf-Virchow-Krankenhaus zu Augen. „Dringender Art ist die Aenderung der Infektionsabteilungen“ „Personal für alle diese verschiedenen Krankheiten ist dasselbe, es geht von einem Zimmer ins andere.“¹⁵³ Das modernste Bild gab das Kinderkrankenhaus ab, mit Ausnahme des Standorts seiner Milchküche neben der zentralen Küche, was dem Begutachter angesichts der aktuellen

151 Ebenda, Bl. 33-35.

152 GStA PK, Rep. 76 VIII B, Nr. 1768, Bl. 51-54.

153 GStA PK, Rep. 76 VIII B, Nr. 1768, Bl. 65, 69.

Maßstäbe „nicht einwandfrei und bedenkenfrei“ erschien.¹⁵⁴

Der Berliner Polizei-Präsident von Jagow meldete unmittelbar im Anschluss der Berichterstellung durch Dr. Schlegendal dem Minister des Innern:

Die Krankenanstalten der Stadt Berlin sind bis zum Jahre 1908 anscheinend überhaupt nicht regelmäßig besichtigt worden. Aus Anlaß der im Reichstage vorgebrachten Beschwerden, insbesondere über das Krankenhaus Moabit, ordnete der Herr Minister der geistlichen, Unterrichts- und Medizinal-Angelegenheiten eine Besichtigung durch den hiesigen Regierungs- und Medizinalrat an. Auf die dazu vorgetragenen Bedenken erfolgte der Erlaß vom 6. September 1900, M 7.240, der über die damals vom Herrn Reichskanzler erforderte einmalige Besichtigung hinaus regelmäßige Revisionen anordnete. Nach diesem Erlasse ist bisher verfahren worden, obwohl durch das Gesetz betreffend die Dienststellung des Kreisarztes usw. vom 16. September 1899 die Aufgabe, die Heilanstalten zu beaufsichtigen, dem Kreisarzte zugewiesen war, und durch die Dienstanweisung für die Kreisärzte wohl andere Anstalten, aber keine städtischen Krankenanstalten dieser kreisärztlichen Besichtigung unterzogen waren. Mit Rücksicht darauf, daß eine Entscheidung über die Zuständigkeit den Anstalten der Stadt Berlin gegenüber bereits durch meinen Bericht vom 18. März 1910 beantragt ist und außerdem durch neuere Vorkommnisse, worüber besonders berichtet werden wird, auch von Seiten des Magistrats angeregt worden ist, habe ich einstweilen davon abgesehen, von dem bisherigen Verfahren abzuweichen. [...] Soweit die Akten erkennen lassen, sind die Revisionsberichte stets nur als Anlagen diesem Gesamtberichte beigefügt worden; es ist aber nicht nachzuweisen, ob auch dem Magistrate, sei es von hier, sei es von dem Herrn Minister irgend eine Mitteilung zugegangen ist, ob er eine Anweisung erhalten hat und ob die Abstellung der Mängel je nachgeprüft worden ist. Um auch hierin nicht von dem bisherigen Brauche abzuweichen, habe ich auch diesmal davon Abstand genommen, dem Magistrate die anliegenden Berichte als Ganzes oder in Auszügen mitzuteilen. Da sich dies aber nicht wohl umgehen lassen wird, bitte ich um geneigte Bescheidung, ob ich hierzu weitere Schritte unternehmen soll. Da, wie aus den Revisionsberichten hervorgeht, der Dezerent des Magistrats, sich an den meisten Besichtigungen nicht beteiligt hat, so ist auch keine Gelegenheit gewesen, daß er bei oder nach den Besichtigungen auf den Befund hingewiesen wurde.“¹⁵⁵ Auch der Oberpräsident der Provinz Brandenburg äußerte den Bedarf einer Klärung des Rechts zur „Ausübung des Revisionsrechts

154 Ebenda, Bl. 72.

155 GStA PK, Rep. 76 VIII B, Nr. 1768, Bl. 59-61.

über die Berliner städtischen Krankenanstalten“.¹⁵⁶

Anfang des Jahres 1912 forderte der Oberpräsident beim Minister des Innern eine Klärung der Zuständigkeit gegenüber der Stadt Berlin hinsichtlich der Beaufsichtigung bzw. einem Einschreiten bei städtischen Krankenhäusern. Er wies auf die Rechtssprechung hin, wonach 1901 das Oberverwaltungsgericht dem Polizei-Präsidenten ein über allgemeine polizeiliche Befugnisse hinausgehendes Aufsichtsrecht über Krankenanstalten nicht zuerkannte. Ein Runderlass vom 15. November 1897 im Anschluss an einen Allerhöchsten Erlass vom 12. Mai 1897 bestimmte, dass die gesundheitspolizeiliche Aufsicht über die Provinzialanstalten dem Oberpräsidenten zustehe. Provinzialanstalten gäbe es auch von Berlin, die nach dem Dotations-Gesetz vom 8. Juli 1875 und 11. Juli 1891 von der Stadt unterhalten würden. Diese Anstalten seien daher nur im Auftrag des Oberpräsidenten zu besichtigen, sofern nicht die Ortspolizei aufgrund übertragbarer Krankheiten zuständig geblieben sei.

Der Minister des Innern teilte im Frühjahr 1913 einerseits dem Berliner Magistrat als auch dem Berliner Polizei-Präsidenten sein Aufsichtsrecht mit. Den Berliner Stadtvätern erklärte er, der Polizei-Präsident oder eine andere Behörde könne nicht „lähmend“ auf ihre Bemühungen für den Ausbau der Krankenhäuser wirken. Vielmehr stehe „dem Herrn Polizeipräsident in seiner Eigenschaft als Ortspolizeibehörde die gesundheitspolizeiliche Aufsicht über die Krankenanstalten der Stadt Berlin zu.“¹⁵⁷ Damit antwortete er dem Magistrat, der sich bei ihm gegen die Mängel-Vorwürfe gewehrt und erklärt hatte, es wäre leichter, wenn „wir über unsere Pflicht, den ‚Armenkranken‘ Hilfe in Krankheitsfällen zu bieten, nicht hinausgehen.“ Die Aufgaben der Stadt gingen jedoch weiter: „Wir glauben daher voraussetzen zu sollen, dass Ew. Exzellenz im Vertrauen auf unsere fortgesetzte Fürsorge für die Entwicklung unseres Krankenhauswesens diese Entwicklung ihren ruhigen Lauf lassen und momentane Schwierigkeiten nicht zum Anlass nehmen werden, in unsere verantwortungsreiche Aufgabe der weiteren Ausbildung des städtischen Krankenhauswesens lähmend einzugreifen.“¹⁵⁸

Dem Polizei-Präsidenten schrieb der Innenminister: „Ich überlasse es Ihnen, hiernach weiterhin auf eine Abstellung der festgestellten Mängel im Rahmen der Gesundheitspolizei hinzuwirken.“ Er sollte nur eingreifen, wenn „die jetzigen Zustände zweifellos zu

156 Ebenda, Bl. 74.

157 GStA PK, Rep. 76 VIII B, Nr. 1768, Bl. 237.

158 GStA PK, Rep. 76 VIII B, Nr. 1768, Bl. 163.

einer erheblichen Gefährdung der Gesundheit führen würden und daher im polizeilichen Interesse [...] nicht [...] länger geduldet werden könnten.“¹⁵⁹ Ein Einschreiten gegen belegte Tagesräume würde den Bettenmangel noch verstärken. Er sah Hoffnung in dem vor kurzem gewählten Stadtmedizinalrat, damit der „zu einer beschleunigten Beseitigung der Mißstände im Berliner Krankenhauswesen führen wird.“¹⁶⁰

Hoffnung in den Wechsel des Berliner Oberbürgermeisters im Herbst 1912 nach dem Tod des bisherigen Bürgermeisters Martin Kirschner, hatte schon Brandenburgs Oberpräsident Alfred von Conrad (1852-1914) beim preußischen Innenminister gesetzt, um den neu angetretenen Oberbürgermeister Adolf Wermuth (1855-1927) „persönlich von der Notwendigkeit der Verbesserungen zu überzeugen.“ Mit dem Einverständnis des Innenministers „würde ich den Polizei-Präsidenten in diesem Sinne bescheiden.“¹⁶¹ Letzterer hatte ebenfalls schon zuvor mit dem neuen Oberbürgermeister und der geplanten Anstellung eines städtischen Medizinalrates „einen günstigeren Boden für weitere Verhandlungen“ gesehen. In den „wohlwollenden Absichten des Magistrates“, die Krankenanstalten auch anderen als den ihm verpflichteten Kranken zur Verfügung zu stellen, sah der Polizei-Präsident „wohl selbstverständliches Gemeingut sämtlicher städtischen Verwaltungen in Preußen“¹⁶², eine Entschuldigung für die Mängel sei dies nicht. Er versicherte dem Magistrat, dass er diesem nicht vorschreiben wolle, neue Krankenhäuser zu bauen, sondern dass diejenigen, die der Magistrat bestimme, den Anforderungen entsprechen bzw. die Änderungen herbeigeführt werden mögen. Seine Position sah er als „Aufsichtsbehörde für die städtischen Krankenanstalten“, aber auch als „Vollzugsorgan“ für die Durchführung der „Bestimmungen des Preußischen Gesetzes vom 28. August 1905“, seine Verfügungen hätten ortspolizeilichen Charakter. Die Sanitätspolizei stünde nicht der Landes-, sondern der Ortspolizei zu.¹⁶³

Von Conrad meldete 1913 dem Innenminister, einen Monat vor dessen Erklärung zur Aufsichtsverteilung, der Polizei-Präsident habe sich in Inhalt und Form schriftlich gegenüber dem Magistrat korrekt verhalten, sich nicht über seinen „Wirkungskreis als Gesundheitspolizeibehörde bewegt, so finde ich für das Verfahren des Magistrats nur die Erklärung, daß er bestrebt ist, die ihm unbequeme Einwirkung des Polizeipräsidenten

159 GStA PK, Rep. 76 VIII B, Nr. 1768, Bl.179.

160 GStA PK, Rep. 76 VIII B, Nr. 1768, Bl. 178.

161 Ebenda, Bl. 140.

162 Ebenda, Bl. 171-172.

163 GStA PK, Rep. 76 VIII B, Nr. 1768, Bl. 224, am 22.7.1913.

auf städtische Angelegenheiten möglichst beiseite zu schieben.“¹⁶⁴ Bei der Ablehnung von Verhandlungen mit diesem sei der Polizei-Präsident in Zukunft gezwungen, den Weg der polizeilichen Verfügung zu wählen, was nicht die Zusammenarbeit fördere. „Es möchte sich empfehlen, dem Magistrat über seine eigenartige Stellungnahme gegenüber Staatsbehörden eine entsprechende Eröffnung zu machen.“¹⁶⁵ Die Korrekturen der Krankenhausmängel kämen nur langsam in Gang. Seine Anfrage an den Magistrat nach der Anzahl der abgewiesenen Kranken, beantwortete dieser im Juni 1913 mit „nicht bedeutend“. Daraufhin wünschte der Oberpräsident „zahlenmäßige Unterlagen“. Diese zeigten für das Wirtschaftsjahr 1909 1819 Abweisungen ohne „Auswärtige“ und für das Jahr 1912 836 inhaltlich der auswärtigen Kranken.¹⁶⁶

Ende des Jahres 1913 erfolgte vom Polizei-Präsidenten wieder eine Mitteilung an den Innenminister, wo er nach Erwähnung des „mir zustehenden Rechtes zur Beaufsichtigung der hiesigen städtischen Krankenanstalten“ über die gemeinsame Meinung zur Abteilung für Infektionskranke am Urban mit dem Stadtmedizinalrat berichtete, daher auf polizeiliche Auflagen verzichten mochte, da zudem ein Plan für einen neuen Pavillon für Diphtherie- und Scharlachkranke der Bauabteilung vorgelegt worden war. Seine Maßnahmen wolle er sich „vielmehr vorbehalten, falls spätere Besichtigungen wiederum zur Feststellung dringend abzuändernder Mißstände führen sollten.“¹⁶⁷ Der Magistrat antwortete auf von Jagows Drängen, man wolle nicht „die Zuständigkeitsfrage“ im „Verwaltungsstreitverfahren“ feststellen, wies wieder auf die laufenden Renovierungs- und Erweiterungspläne im Krankenhauswesen hin und sah in gemeinsamer „kommisarischer Beratung“ keine Notwendigkeit, da die Anregungen zur Seuchenbekämpfung in den Händen des Stadtmedizinalrats und seinen Sachverständigen lägen. Eine Information über die Baupläne erhielt auch der Oberpräsident der Provinz Brandenburg, wonach unter anderem das sogenannte „Leichtkrankenhaus“ mit 135 Betten im Frühjahr 1914 eröffnet werden sollte, der Vorentwurf für die neue Heilstätte in Buch, das „Brustkrankenhaus“, genehmigt und der Umbau für Moabit fertiggestellt sei. Die Entscheidung zum zweiten Kinderkrankenhaus war noch nicht gefallen.

164 GStA PK, Rep. 76 VIII B, Nr. 1768, Bl. 161.

165 GStA PK, Rep. 76 VIII B, Nr. 1768, Bl. 161.

166 Ebenda, Bl. 235.

167 Ebenda, Bl. 223.

1.5 Überlegungen zur Korrektur der Krankenhausproblematik Berlins „Abhilfemittel“

a. Neu- und Erweiterungsbau von Krankenhäusern

Die Stadt Berlin sah durch die Existenz der Charité sowie einiger frei-gemeinnütziger und der privaten Krankenanstalten länger als andere Großstädte offensichtlich keinen Bedarf für den Bau eigener städtischer Krankenhäuser. Erst als im Zuge der schnellen Industrialisierung und erneutem Konjunkturanstieg ein Ende der Bevölkerungsexplosion nicht absehbar war, wurden „eigene“ Krankenhäuser errichtet – und dies zunächst durch Stiftungsmittel.¹⁶⁸ Antrieb dazu kam auch durch die politische Präsenz der Sozialdemokraten in der Stadtverordneten-Versammlung.¹⁶⁹ Eine weitere beträchtliche Rolle dürfte der Neu- und Umbau der Charité gespielt haben, wobei deren Bettenreduktion die Kapazitätsprobleme der Stadt verstärkte. Auch die modernen Krankenhaus-Neubauten konnten den Bedarf an stationärer Versorgung letztlich nicht decken, was sich schon vor Inbetriebnahme abgezeichnet hatte. Die Stadt hinkte also mit ihrem Krankenhausbauplan quantitativ und infolge der Überfüllung auch qualitativ der Situation ständig hinterher – genauer betrachtet eine Widerspiegelung des Wohnungselends, das über Ende des Kaiserreiches anhielt. Daher forderten die Sozialdemokraten als politische Vertreter der Arbeiterschaft unentwegt den weiteren Neu- und Ausbau der städtischen Krankenhäuser. Sozialdemokratisches Interesse galt dabei den gesetzlichen Krankenkassen, die sie gern als Träger von Arbeiter-Krankenhäusern gesehen hätten, was allerdings keinen Anklang fand.¹⁷⁰

b. Leichtkrankenhäuser, außerstädtische Pflegestätten

Vorschläge kamen immer öfter – auch in der Presse – zum Bau sogenannter Leichtkrankenhäuser, die die weniger pflege- und behandlungsintensiven Fälle versorgen sollten, mit der Vorstellung, weniger Investitionsmittel bereitstellen zu müssen, insbesondere bei einem Grundstücksankauf vor den Toren der Stadt, und um generell Betriebskosten einzusparen. So gab es auch Planungen für eine „Pflegestätte für Lungen- und Kehlkopfleidende“ in Buch und für ein Krankenhaus für Geschlechtskranke in Rummelsburg. Überlegungen zur Einrichtung von Erholungsstätten zur

168 Osten, Ph. und Seibt, G. in Brinkschulte, E. (2010): Das medizinische Berlin, 192. Grotjahn, A. (1908) in: Labisch, A.(1981/1982): Das Krankenhaus in der sozialdemokratischen Kommunalpolitik in Berlin um die Jahrhundertwende. *Historia Hospitalum* 14, 343.

169 Labisch, A. (1981/1982), 337-345.

Rekonvaleszenz warfen Fragen nach möglichen Leistungsträgern auf.

Abgesehen von den betriebswirtschaftlichen Überlegungen schienen hinter den Vorschlägen kaum detailliertere Berechnungen zu stehen als die einer Teilung der Patienten in Kategorien von „einfachen“ und „schweren“ Kranken, was sich schon bei der Anamnese zeigen sollte. Dagegen hatte Adolf Gottstein 1905 zu diesem Thema eine differenzierte medizinische Statistik gefordert. „Ihre Grundlagen seien vielmehr sozial-hygienische Erwägungen und müßten daher die Prognose, die Dauer und die Kostspieligkeit der einzelnen Erkrankungen zum Ausgangspunkt nehmen.“ An die Morbiditätsermittlung durch einen „medizinisch sachverständigen Statistiker“ anknüpfend, käme man

zu zwei an sich ganz verschiedenen Typen von städtischen Krankenanstalten. In die erste Gruppe gehörten die mit dem allergrößten Aufwand an Licht, Luft, Instrumentenschatz, Aerzte- und Wärterpersonal versorgten zentralen, auf die einzelnen Stadtteile verteilten kostspieligen Anstalten. Hier finden die Patienten mit plötzlichen Verletzungen, mit akuten inneren und chirurgischen Erkrankungen, zumal mit Infektionskrankheiten, so lange Aufnahme, innere und chirurgische Versorgung, bis sie als Rekonvaleszenten in die nach Bodenwert und Einrichtungen erheblich billigeren, in den Vororten gelegenen Rekonvaleszentenheime verlegt werden können. Alle länger dauernden Erkrankungen, wie die chronischen Herz- Nieren- und Lungenleiden, die Knochenbrüche, Unterschenkelgeschwüre, bösartigen Neubildungen, werden überhaupt nach kurzem Durchgang durch die zentralen Anstalten in die Spezialstationen der Vororte verlegt. Hier genügt eine billigere Bauart, einfachere Ausstattung und geringeres Arzt- und Wärterpersonal. Nur durch Beschreitung dieses oder eines ähnlichen Weges, für dessen Einzelheiten eine sorgfältige Vorarbeit die Unterlagen erst zu liefern hat und welche am zweckmäßigsten die Krankenhäuser der Vororte bei der Gemeinsamkeit der Interessen in die Organisation mit hineingezogen werden würden, wird es möglich sein, die städtischen Anstalten bei voller Befriedigung des Bedarfes ohne eine allmählich unerträglich werdende Steigerung der Ausgaben leistungsfähig zu erhalten. Unbedingte Voraussetzung ist dann die Zentralisierung der Oberleitung durch Anstellung sachverständiger ärztlicher Fachmänner in verantwortlicher Stellung.¹⁷¹

170 Labisch, A.(1981/1982), 337-345.

171 Gottstein, in: DMW Nr. 31 (1905), 876.

c. Umgang mit „Faulkranken“

Die Vorstellung, dass es einige stationär versorgte Menschen gäbe, die dies gar nicht (mehr) nötig hätten – die sogenannten „Faulkranken“ – und man diese nur „auszusortieren“ bräuchte, um den tatsächlichen Bedarf zu decken, wurde in der Presse medizinisch naiv zur Sprache gebracht. Im Grunde wurde dabei eine wiederholt in der Weimarer Republik von Franz Goldmann (1895-1970) und Ende des 20. Jahrhunderts aktualisierte Frage angeschnitten, nämlich die der Verweildauer. In den Statistischen Jahrbüchern der Stadt Berlin lässt sich nachsehen, dass die durchschnittliche Verweildauer der Patienten im Laufe der Jahre konstant geringer wurden; Dialoge dazu lassen sich in den ministeriellen Akten die Charité und die städtischen Krankenhäuser betreffend nicht finden, ebenso wenig in den gängigen Ärztezeitschriften.

d. Prävention statt zunehmende stationäre Versorgung

Adolf Gottstein erklärte 1905 in seinem Artikel in der Deutschen Medizinischen Wochenschrift mit der Frage „Erfüllt die Berliner Kommune die notwendigen Forderungen auf dem Gebiete des öffentlichen Gesundheits- und Krankenwesens?“, in welchem Maße sich in Berlin die Spirale von Bedarf und Angebot des Krankenhauswesens höher schraubte. Er verband dies mit dem Wunsch, verstärkt auf Prävention zu setzen wie beispielsweise bei der Untersuchung der Schulkinder zur Frühdiagnostik der Tuberkulose.

Nicht nur in Gottsteins Augen sollte die Leitung städtischer Abteilungen des Gesundheitswesens von medizinischen Fachmännern mit direktem Einfluss auf die kommunale Planung viele Probleme lösen – eine politische Vorstellung, die hundert Jahre später genauso Anklang findet. 1911 meldete „Der Tag“ zur Frage „Braucht Berlin neue Krankenhäuser?“ fast 2000 Kranke, darunter über 600 Kinder, die wegen Überfüllung keine stationäre Aufnahme hätten finden können.¹⁷²

172 28.9.1911, GStA PK, Rep. 76 VIII B, Nr. 1768, Bl. 38.

Unter der Überschrift, „Die Krankenhauspolitik des Berliner Magistrats geht oft wunderbare Wege“ beschrieb der Journalist einen irrationalen Zick-Zack-Kurs sowie Tatenlosigkeit und kommentierte: „So gern wir sonst die trefflichen Leistungen unserer Krankenhäuser im einzelnen anerkennen, so können wir doch nicht verhehlen, daß unsere Kommunalbehörden seit Jahren ihrer Pflicht zur Fürsorge ihrer Kranken nicht in dem Maße gerecht werden, wie es von der Reichshauptstadt verlangt werden darf. Und das wird auch nicht besser werden solange Kaufleute mit dem Stadtratstitel das Dezernat in der Gesundheitsdeputation führen, solange nicht ein ganzer Mann, ein Stadtmedizinalrat an die Spitze gestellt wird, der sich ausschließlich der Förderung unseres Gesundheitswesens zu widmen hat.“¹⁷³ Ab 1913 wurde ein Stadtmedizinalrat eingesetzt. Interessant bliebe eine Analyse der täglichen Organisation in den städtischen und auch anderen Allgemeinen Krankenhäusern Berlins hinsichtlich der Praxis der Krankenaufnahme. Weniger für die Morbiditätsstatistik wie sie in den statistischen Jahrbüchern Berlins zu finden ist, sondern die Aufnahmen, deren eigentliche Indikation nicht eine im medizinischen Sinn war, auch wenn eine entsprechende Diagnose auf dem Einweisungsschein notiert war, sondern wo die katastrophalen Wohnungs- und Sozialverhältnisse Berlins sowie das geringe Krankengeld der gesetzlichen Kassen die Versorgung im Krankenhaus unausweichlich machten.

Das Argument, das Gottstein bei seinen Überlegungen zum Bettenbedarf Berlins 1905 vorlegte, die auffällig hohe Letalitätssziffer der Krankenhäuser zeige, dass überwiegend Schwerkranke aufgenommen wurden oder Menschen, deren Erkrankung verspätet stationär behandelt wurde, ist damit nicht begrenzt. Die hohe Letalität könnte durchaus eine Konsequenz der sozialen Situation, aber auch mangelnder Qualität in den Berliner Krankenhäusern gewesen sein.

1.6 Krankenhäuser der Berliner Vororte

Ähnlich der Stadt explodierte das Bevölkerungswachstum in den Berliner Vororten, wenn auch mit einer Zeitverschiebung. So hatten die Vororte, die mit dem Gemeindegesetz 1920 zu Groß-Berlin einbezogen wurden, im Jahr 1890 378.829 Einwohner, 1900 wurden es schon 819.974, nach einer weiteren Dekade 1.658.086 und 1919 schließlich 1.896.582 Einwohner. In der Volkszählung 1910 lagen von 48 deutschen

173 GStA PK, Rep. 76 VIII B, Nr. 1768, Bl. 38.

Großstädten schon allein vor Berlins Toren vier: Rixdorf – 1912 in Neukölln umbenannt – Schöneberg, Wilmersdorf und Charlottenburg. Zwischen 1871 und 1910 war „Groß-Berlin“ von 930.000 auf 3,7 Millionen Einwohner angestiegen. Diese Bevölkerungsmassen erforderten neue Infrastrukturen wie den Bau von Allgemeinen Krankenhäusern. 1900 gab es in den Vorortgemeinden neun öffentliche Krankenhäuser mit circa 1.200 Betten. Daneben standen die Privatkliniken, insbesondere in den Gebieten besser situierterer Bevölkerungsklassen wie Steglitz, Zehlendorf, Schöneberg und Charlottenburg. Ab 1900 wurden Allgemeine Krankenhäuser neu eröffnet: in Westend 1904, Pankow 1906, Schöneberg 1906, in Rixdorf 1909, Reinickendorf 1910, Köpenick und Lichtenberg 1914.¹⁷⁴ Daneben wurden auch Spezialkrankenhäuser, unter Anderem Lungenheilstätten, sowie gemeinnützige Privatkliniken errichtet. Bei einer minimalen Deckung des stationären Bedarfs waren die Vororteinwohner auf die großstädtischen Krankenhausbetten angewiesen. Wie die „Sortierung“ der Auswärtigen vorgenommen wurde, beschrieb der Oberpräsident der Provinz Brandenburg dem Minister für geistliche, Unterrichts- und Medizinal-Angelegenheiten 1911: so „scheiden bei Nachweisung freier Betten durch die Zentralstelle die Berliner städtischen Anstalten aus, da solche Personen in diesen nur aufgenommen werden dürfen“, sofern Lebensgefahr besteht. Sonst wurden sie in das dem Vorort nächst gelegene Krankenhaus geschickt, das nichtstädtischer Trägerschaft gehörte. „Der Magistrat beabsichtigt, auch künftig nach diesen Grundsätzen zu verfahren, zumal die Krankenhäuser Berlins in erster Linie für die Berliner Bürgerschaft geschaffen sind und für diese nach den Feststellungen meines Berichts vom 15. Juni v. Js. [...] kaum ausreichen.“¹⁷⁵

Umgekehrt hatte der Magistrat Berlins außer seinem Bemühen, die Bettenkapazität dem kommunalen Bedarf entsprechen zu lassen, deutliche Bestrebungen, die Nachfrage an stationärer Versorgung aus den Vorortgemeinden durch eine Verteuerung der Verpflegungssätze für „Auswärtige“ und über möglichst geringe Aufnahme der Einwohner aus Vororten in Grenzen zu halten. Im „Bericht über die Gemeinde-Verwaltung der Stadt Berlin in den Verwaltungs-Jahren 1895 bis 1900“ heißt es dazu: „Die fortdauernd steigende Inanspruchnahme der städtischen Krankenhäuser, namentlich in den Wintermonaten, ließ es angezeigt erscheinen, die Aufnahme derjenigen Kranken von außerhalb (insbesondere aus den Gemeinden der Kreise Teltow und Niederbarnim),

174 Füssel-Schaffrath (1973), S. 139-141; s. Anhang 12: Bettenkapazitäten in Vororten Berlins 1910.

175 GStA PK, Rep. 76 VIII B, Nr. 1767, Bl. 283-284.

hinsichtlich welcher die Zahlung der vollen Kur- und Verpflegungskosten nicht durch Überweisungsschein einer Krankenkasse, Berufsgenossenschaft und dergl. sichergestellt ist, tunlichst einzuschränken. Es wird durch die Aufnahme dieser Kranken nicht nur für die in Berlin ortsansässigen Kranken, für welche die städtischen Krankenhäuser in erster Linie bestimmt sind, die Möglichkeit der Aufnahme verringert, sondern es entsteht auch für die Stadt ein nicht unerheblicher Ausfall an Kur- und Verpflegungskosten, da für die nicht kleine Zahl der Zahlungsunfähigen unter diesen Kranken den verpflichteten Armenverbänden nach dem Tarif vom 2. Juli 1876 nur 1 M. für den Tag in Rechnung gestellt werden kann. Auf Antrag der Deputation teilten wir daher den betreffenden Kreisbehörden bzw. Gemeindevorständen mit, daß künftig Kranke von außerhalb nur in den dringendsten Fällen und nur gegen Vorlegung eines von der Ortsbehörde ausgestellten Reverses, durch welchen die Zahlung der vollen Kur- und Verpflegungskosten sichergestellt wird, aufgenommen werden können.“ Die Organisationsüberlegungen dazu wurden mit dem Jahrhundertbeginn weitergeführt und differenziert. „Die zur Vorberatung der hiernach zu treffenden Maßnahmen eingesetzte Magistrats-Kommission nahm zunächst im März 1908 eine Prüfung des Kreises der in die städtischen Krankenhäuser aufzunehmenden Kranken vor. Aufgrund ihrer Vorschläge wurde die bis dahin für die Aufnahme von außerhalb Berlins wohnenden Kranken maßgebende Magistratsverfügung vom 28. Dezember 1895 durch Verfügung vom 22. April 1908 (Gemeinderecht Bd. X S. 223) dahin erläutert, daß alle nicht in Berlin wohnhaften Kranken nur im Falle dringender Notwendigkeit aufgenommen werden dürfen, das heißt, wenn sich bei der Prüfung durch den Aufnahmearzt ergibt, daß die Ablehnung der Aufnahme mit einer Gefährdung des Lebens oder mit einer erheblichen Verschlimmerung des Zustandes des Kranken verbunden sein würde. Fehlt diese Voraussetzung, so darf die Aufnahme eines auswärtigen Kranken auch dann nicht erfolgen, wenn ein Kostenvorschuß angeboten wird oder sonst für die Kostendeckung gesorgt ist.“¹⁷⁶ Die Aufnahme sollte auch bei vorhandenem Platz in der Klinik verweigert werden. Die Regel erstreckte sich auch auf auswärts wohnende Stadtbeamte mit Ausnahme bei auswärtigen Dienstwohnungen. Das Ergebnis wurde in Zahlen im Verwaltungsbericht vorgestellt: „Diese Maßregel hatte in der Berichtszeit“ – 1906 bis 1910 – „den Erfolg, daß die Zahl der nicht in Berlin wohnhaften Kranken bei allen städtischen Krankenhäusern von 3448 im Jahre 1906 auf 1440 im Jahr 1910, die Zahl der Verpfle-

176 Bericht ü.d. Gemeinde-Verwaltung d. St. B.1906 bis 1910, S. 214-215.

gungstage dieser Kranken von 109 564 auf 33 484 zurückging. Der Prozentsatz, den die auswärts wohnhaften Kranken von der Gesamtaufnahme ausmachen, sank in dieser Zeit von 8,2 auf 2,4 %;¹⁷⁷ Sicher zeigt dieser Trend der in den städtischen Krankenhäusern behandelten „Auswärtigen“ sowohl Konsequenz strikter Abweisung als auch zunehmender Bettenkapazität in den Vororten. Auch auswärts wohnende Mitglieder einer in Berlin lokalen Krankenkasse, für die 1900 noch der Verpflegungssatz eines Berliner Einwohners festgelegt worden war, mussten in den nächsten Jahren den Tagessatz-Zuschlag der Auswärtigen zahlen.¹⁷⁸

Dass mit der „Teilung“ der in den Berliner Krankenhäusern Aufnahmesuchenden nach Einwohnern und Auswärtigen keine wirkliche Lösung gefunden worden war, kommentierte die „National-Zeitung“ am 23. Februar 1900:

Vielleicht wird man sich städtischerseits darauf berufen, daß unter den abgewiesenen Patienten sich solche aus den Vororten befanden, für welche die Stadt nicht zu sorgen verpflichtet sei. Das mag ein Standpunkt sein, auf den man in der Noth sich wohl stellen kann, aber von Humanität ist er weit entfernt. Auf dieses Argument sollte die Stadtverwaltung Berlins nicht so sehr pochen, sie, die bis 1870 auf dem Gebiete der Krankenhausfürsorge auf fremden Krücken gegangen ist und noch heute die Mit-hilfe humaner und religiöser Genossenschaften in Anspruch nimmt. Bekanntlich hat die Stadt Berlin vor 1870 kein einziges Krankenhaus besessen und es sich gern gefallen lassen, daß ihr von dem katholischen und jüdischen Krankenhaus, Bethanien, Lazarus und Elisabeth-Krankenhaus, Augusta-Hospital die Pflege der Kranken aufgenommen wurde. Diese Heilanstalten haben nicht den Zweck, die Stadt Berlin von ihrer Pflicht zur Versorgung der Bewohner zu entlasten, sondern verfolgen allgemeine Aufgaben der Menschenliebe. Die städtische Verwaltung sollte nicht so rigoros dabei beharren, nur Berliner in ihre drei Krankenhäuser aufzunehmen und alle anderen Kranken abzuweisen. Wo würde sie mit ihren Kranken bleiben, wenn die acht nichtstädtischen Krankenhäuser sich einmal auf denselben Standpunkt stellten und erklärten, sie nähmen keine Berliner auf? Dann würde es aller Welt handgreiflich klar werden, daß die Stadt Berlin ihrer Aufgabe auf dem Gebiete der Krankenhausfürsorge keineswegs gewachsen ist.¹⁷⁹

177 Bericht ü.d. Gemeinde-Verwaltung d. St. B. 1906 bis 1910, S. 215.

178 Ebenda, S. 215, 216.

179 GStA PK, Rep. 76 VIII B, Nr. 1766, Bl. 9.

Der Erste Weltkrieg drängte seine speziellen Probleme der Krankenversorgung in den Vordergrund und unterbrach die Diskussion, die danach nicht direkt weitergeführt werden konnte, weil zunächst die Umstellung in die Friedenswirtschaft zu bewältigen war.

2. *Das Verhältnis der Charité zur Stadt Berlin*

Das Verhältnis der Stadt Berlin zur Charité und deren stationäre Versorgung von Kranken aus Berlin und der Provinz wurde ganz wesentlich davon bestimmt, dass das Charité-Krankenhaus keine städtische Krankenanstalt war, die nach Ausführung der Städteordnung von 1808 vom Preußischen Staat der Verantwortung der Stadt Berlin übertragen worden wäre wie die Verwaltung der öffentlichen Armenpflege, sondern gemäß der Kabinettsordre vom 03. Mai 1819 immer entsprechenden Staatsbehörden untergeordnet blieb.¹⁸⁰

Da die Charité aber ihren Charakter als Armenkrankenhaus der Kommune Berlin neben ihrer Funktion als staatliches Bildungsinstitut beibehalten hatte, mussten die rechtlichen Beziehungen der Charité mit der Stadt Berlin entsprechend reformiert werden. Deshalb entstand nach langwierigen Verhandlungen eine Regelung, dargestellt in der Allerhöchsten Kabinettsorder vom 06. Juni 1835.

Diese schrieb der Charité die unentgeltliche Behandlung der armen und heilbaren Berliner Geisteskranken und zu einem niedrigeren als den reglementmäßigen Verpflegungssatz, die der „venerischen feilen Dirnen“, der erkrankten Gefangenen und die Aufnahme der Invaliden vor. Kernpunkt für die Kommune Berlin wurde die Gewährung von jährlich 100.000 freien Verpflegungstagen für ihre der Armenpflege bedürftigen Kranken. Daneben wurde die Rolle der Charité als Unterrichts- und Bildungsanstalt betont; deshalb sollte sie nicht unverhältnismäßig viele „ungeeignete“ Kranke aufnehmen, wofür eine „Anzahl von höchstens 325 Krankenstellen täglich mit Beschränkung auf den jedesmaligen disponiblen Raum in den einzelnen Krankenstationen“ festgesetzt wurde.¹⁸¹

Vorausgehend hatte das „Regulativ über die Organisation eines Kuratorii zur Verwaltung der Angelegenheiten des Charité-Krankenhauses in Berlin, und über dessen Wirksamkeit zur Verbesserung des Krankenhaus-Wesens in der Monarchie“ vom 7. September 1830 in § 6 in gleicher Hinsicht dafür gesorgt, „daß die Charité nicht bloß

180 Harig/Lammel (1987), 18.

181 UAHUB, Nr. 39, Bl. 165 ff.

eine Heil-Anstalt für hilfbedürftige Kranke seyn, sondern auch dem Zwecke als praktisches Bildungs-Institut vollkommen entsprechen soll. Unheilbare Kranke dürfen gar nicht, und ausnahmsweise nur dann in der Charité vorläufige Aufnahme finden, wenn entweder ihr Zustand gefährlich ist, und sie anderweit nicht sogleich untergebracht werden können, oder wenn die nicht zu hebende Krankheit wenigstens auf längere Zeit zu mildern, oder selbige für den Unterricht lehrreich ist.“¹⁸² Diese Vorgabe ließ wesentlich seltener Streitigkeiten zwischen der Charité-Verwaltung und den Behörden der Stadt Berlin – allen voran der Armendirektion – aufkommen als § 7 desselben Regulativs, wovon bis in die Weimarer Republik hinein die Rechtslage bei der Kosteneinzahlung bestimmt wurde und zu vielen Widersprüchen zwischen Kostenträgern und dem Krankenhaus führte, aber auch bei seiner Auslegung in den Instanzen des Rechtswegs:

Die unentgeltliche Aufnahme und Verpflegung hat das Kuratorium bis auf Weiteres den armen Kranken, die den Städten Berlin und Potsdam angehören, nach den bisherigen Bestimmungen zu gewähren, wobei dasselbe auf Unsere Order vom 3ten Mai 1819 verwiesen wird; auch ist das Kuratorium ermächtigt, in einzelnen Fällen, die Kosten für andere Kranke entweder gleich bei der Aufnahme zu erlassen, oder späterhin niederzuschlagen. Bei allen zur Zahlung der Kosten verpflichteten Kranken hat das Kuratorium den Betrag nach den von demselben festzustellenden Sätzen entweder von den Kranken selbst, oder von deren dazu verpflichteten Verwandten, Dienstherrschaften, Gewerken, Kommunen einzuziehen, oder in geeigneten Fällen durch die Charité-Administration selbst einzuziehen zu lassen, wobei nur noch bemerkt wird, daß zur Vermeidung aller Weitläufigkeiten die städtischen Behörden oder sonstigen Kommunen für die Kur- und Verpflegungskosten eines jeden ihnen angehörigen, in die Charité und daselbst verpflegten Kranken vorzüglich haften, und demnach auch auf Erfordern des Kuratorii die Zahlung für denselben, ohne die Behörde erst auf den Zahlungspflichtigen selbst zu verweisen, nach den niedrigsten Zahlungs-Sätzen zu leisten haben, wobei es ihnen immerhin unbenommen bleibt, sich durch den Zahlungspflichtigen selbst, in wie fern er zahlungsfähig ist, wieder entschädigen zu lassen.¹⁸³

Dass es nach der Kabinettsordre von 1835 Auseinandersetzungen zwischen der Charité und dem Berliner Magistrat über die Auslegung gab, zeigt ein ausführlicher

182 Gesetz-Sammlung für die Königlichen Preußischen Staaten, No. 1269, 134-135.

183 Gesetz-Sammlung für die Königlichen Preußischen Staaten, No. 1269, 135.

Brief der preußischen Ministerien der geistlichen, Unterrichts- und Medizinal-Angelegenheiten und des Innern und der Polizei an den Magistrat vom 24. April 1836, der die Verhältnisse deutlich erklärte:¹⁸⁴

- Die Charité ist eine staatliche Krankenanstalt und medizinisches Bildungsinstitut, keine kommunale Armenanstalt.
- Die kurzzeitige Verwaltung der Charité durch die Armenverwaltung der Stadt bedeutete keine Übergabe der Charité an die Stadt Berlin zu deren eigener Bestimmung.
- Die bei steigender Bevölkerungszahl jährlich wachsende Überweisung armer, meist chronisch Kranker macht die Begrenzung von großzügigen 100.000 freien Verpflegungstagen notwendig, damit die zur Verbesserung der Pflege reduzierten „Krankenstellen“ nicht wieder mit allen negativen Folgen ausgeweitet werden und die Charité ihren sonstigen Pflichten nachkommen kann.
- An der Verpflichtung der Berliner Kommune zu ihrer eigenen Armenpflege ändert sich durch die „Beihülfe“ in der Charité nichts (!).

Trotz aller staatlicher „Aufklärung“ mochte die Stadt Berlin bzw. die Deputation für das Armenwesen auch weiterhin nur ungern den Kostenträger für Krankenhausbehandlung stellen und so verweigerte sie bis in das beginnende 20. Jahrhundert häufig die Kostenerstattung an die Charité mit einer Auslegung des Regulativs von 1830 und der Kabinettsordre von 1835, die der Stadt Berlin nicht die Kostenträgerschaft zuschrieb.

Am 20. April 1914 listete die Charité-Direktion dem Ministerium für geistliche, Unterrichts- und Medizinal-Angelegenheiten die laufenden Prozesse mit der Stadt Berlin auf:

1. wegen der armen Selbstmelder
2. wegen der Geisteskranken
3. wegen den durch die Polizei eingelieferten Personen
4. wegen Anmeldung innerhalb 3 Tagen
5. wegen der feilen Dirnen

Durch diese Prozesse und die Unsicherheit der Rechtslage wird die Einziehung unserer Kurkosten ungemein erschwert, eventl. gefährdet. Die Armen-Direktion lehnt alle Ansprüche der Charité ab, weil sie die Anwendbarkeit des mit Gesetzeskraft

184 GStA PK, Rep. 76 VIII D, Nr. 201, Abschrift S.1 - 19, im Wortlaut siehe Anhang 13.

ausgestatteten Regulativs vom 7. September 1830 bestreitet und der Allerhöchsten Kabinettsorder vom 6. Juni 1835 eine Auslegung gibt, die von uns nicht gebilligt werden kann. Die Stadt Berlin überweist uns ferner grundsätzlich keine Kranken, weil sie der Ansicht ist, billiger abzukommen, wenn sie die Kranken in ihre eigenen Krankenhäuser schickt. Wir erhalten also auf dem Wege der Ueberweisung von Patienten gar kein Geld von ihr.

Mit den Vorortgemeinden von Berlin sowie den übrigen preußischen Gemeinden sind wir bezüglich der Unsicherheit der Rechtslage nicht besser daran. Wie wir schon an anderer Stelle berichtet haben, hatte im Jahre 1908 ein Senat des Kammergerichts den bürgerlichen, ein anderer im Jahre 1911 den armenrechtlichen Wohnsitz als den maßgebenden erklärt. Als es uns gelungen war, aus vielen Streitfällen eine revisible Summe zusammenzubringen, führten wir eine Entscheidung des Reichsgerichts herbei. In Erwartung dieses Urteils wurden hunderte von Streitsachen mit den verschiedensten Gemeinden in Preußen zurückgestellt, und wo es jetzt ergangen ist, bietet es nicht die nötige Klarheit zur Abwicklung der Geschäfte. Wir müssen nicht nur mit der früheren Unsicherheit bezüglich der Einziehung unserer Kurkosten weiterarbeiten, sondern haben noch eine große Zahl Rückforderungsanträge nach Lage der gerichtlichen Entscheidungen zu erleiden. Auch von den Krankenkassen wird nicht immer der volle Kurkostensatz von 3 M gezahlt, sodaß wir wegen des Restes wieder auf die Gemeinden angewiesen sind, hier aber auf die oben geschilderten Schwierigkeiten stoßen.

Das Verhältnis der glatt zu erledigenden Kurkostensachen verhält sich zu den mit Schwierigkeiten, eventl. nur im Prozeßwege einzutreibenden jetzt wie 3:30 [...]

Die prinzipiellen Entscheidungen des Reichsgerichts sind in allen großen Prozessen kaum vor 2 Jahren zu erwarten, da Zurückweisungen in die vorige Instanz bei dem hinhaltenden Verfahren der Stadt Berlin und ihren demgemäß eingebrachten Anträgen leider nicht zu den Seltenheiten gehören [...].

Wenn schon in Erwartung des Reichsgerichtserkenntnisses vom 18. Dezember 1913 die Begleichung der bis dahin fälligen Kurkosten bis zum Bekanntwerden dieses Erkenntnisses aufgeschoben ist, und diese Begleichung nun wegen der Unklarheit desselben nicht stattfinden kann, so läßt sich jetzt mit Sicherheit annehmen, daß die Gemeinden sich wiederum weigern werden, die schuldigen Kosten zu zahlen, bis ein neues Reichsgerichtserkenntnis tatsächliche Klarheit geschaffen hat. Dadurch kommt zu den bisherigen Kurkostenresten von 400.000 Mark binnen Jahresfrist etwa die

gleiche Summe hinzu. Ist dann das neue Reichsgerichtsurteil noch nicht gefällt, so erhöht sich die Summe entsprechend.

Wir versuchen jetzt aus der zurückliegenden Zeit die noch nicht verjährten Kurkostenforderungen gemäß § 28 des Unterstützungs-Wohnsitz-Gesetzes einzutreiben, bringen daneben aber bei den anderen Gemeinden die sogenannten Sicherheitsanmeldungen gemäß § 10 oder § 29 U.W.G. an, da wir nicht wissen, welchen Standpunkt das Reichsgericht einnehmen wird. Die gleichen Anmeldungen nehmen wir bei allen neuen Pflegefällen vor. Dazu treten stets die Anmeldungen bei der Stadt Berlin, die von dieser ausnahmslos zurückgewiesen werden. Es schweben darüber mit ihr 5 Prozesse von prinzipieller Bedeutung.¹⁸⁵

Das Reichsgericht entschied am 24. Februar 1916, man solle sich mit den Kosten an den endgültig verpflichteten Armenverband „halten“ (siehe Anhang 15). Ob damit auch der Arbeitsort während der ersten 26 Wochen gemeint war, hatte das hohe Gericht offen gelassen. Diese Frage bejahte das Kammergericht in einem Prozess der Charité gegen Spandau Ende 1916 und erklärte den Arbeitsort während der ersten 26 Wochen zum alleinigen endgültigen Träger der Armenlast in vollem Umfang haftbar. Im Frühjahr 1919 erging vom Reichsgericht die Beurteilung ebenso.

Nach dem Ersten Weltkrieg und den Änderungen des Staatswesens blieben die Rechtsstreitigkeiten zwischen der Charité und der Stadt Berlin in puncto Kostenübernahme bei der Patientenversorgung bestehen. Die Auseinandersetzung wurde fortgeführt.

Zum Stand der Dinge legte die Armendirektion Berlin Ende 1919 der Charité-Direktion acht weiter lebendige Streitpunkte vor mit Bitte um Stellungnahme und „Entschiessungen“:

1. Die Erstattungsfrage aus den Dirnenprozessen, zugleich wegen der noch nicht eingeklagten Beträge,
2. die Kostenübernahmepflicht bei Selbstmeldern,
3. die Kostenübernahmepflicht bei Landarmen,
4. die Kostenübernahmepflicht bei Schwangeren,
5. die Erstattung von Kosten aus Vorjahren aufgrund der ergangenen Reichsgerichtsurteile unter Berücksichtigung Aufrechnungsrechts für die früher von uns zu Unrecht übernommenen Pflegefälle,

6. das Verfahren bei Inrechnungstellung von Kosten zu einem späteren Termin als dem Aufnahmetage,
7. das Verhalten Krankenkassen gegenüber,
8. die Bedeutung der von uns bzw. unseren Organen erteilten Aufnahmescheine.

Bzgl. der noch ausstehenden älteren Pflegefälle werden wir den Einwand der Verjährung nicht erheben und sind damit einverstanden, dass die Erhebung der Klage zur Unterbrechung der Verjährung unterbleibt. Wir setzen dabei voraus, dass auch uns Verjährungseinreden irgend welcher Art nicht entgegengehalten werden.¹⁸⁶

Unverändert konträr standen die Meinungen des Bundesamts für das Heimatwesen und die des Reichsgerichts in der Auslegung des §7 des Regulativs von 1830 zur Feststellung der der Charité gegenüber kostenerstattungspflichtigen Kommune eines armen Patienten, also dessen endgültig verpflichtetem Unterstützungswohnsitz:

Während das Bundesamt für das Heimatwesen den bürgerlichen Wohnsitz verantwortlich zeichnete (Entscheid vom 23. Mai 1917), zog das Reichsgericht armenrechtliche Grundsätze heran und urteilte die Unterstützungswohnsitzgemeinde, in der der Kranke beispielsweise arbeitete, als die kostenverpflichtete (Urteile vom 18. Dezember 1913, 10. April 1919), wobei eine rechtliche Sicherheit, welche die *endgültig* verpflichtete Gemeinde sei, für die strittigen Parteien nicht bestand. Einer Klärung der Situation stand im Weg, dass sich die Gemeinden im Anbetracht ihrer Erstattungspflicht untereinander nach den Entscheidungen des Bundesamts für das Heimatwesen als oberster Aufsichtsbehörde der Armenverbände richten mussten, während ihre Kostenhaftung gegenüber der Charité vom Reichsgericht als oberster Instanz festgelegt wurde.

Ein zusätzliches Rechtsproblem bei der Klärung der Kostenträgerschaft stellten die sogenannten „Landarmen“, deren Unterstützungswohnsitz häufig nicht zu ermitteln war und die Gemeinden, in denen die Hilfsbedürftigkeit diagnostiziert wurde, sich bestenfalls als vorläufig verpflichtet sahen (siehe § 30 U.W.G. Anhang 14). Die Armendirektion Berlins lehnte 1920 einen Vorschlag des Landesdirektors der Provinz Brandenburg ab, wonach die Armenpflege der Hauptstadt die Patientenkosten übernehmen und anschließend den Armenverband der Wohnsitzgemeinde des kranken Landarmen wegen „Bereicherung“ verklagen sollte. Vielmehr war die

185 GStA PK, Rep. 76 VIII D, Nr. 25, Bl. 85-87, 90, 91; siehe Anhang 14: Auszug des U.W.G. von 1908.

186 UAHUB Nr. 989, Bl. 2.

Armendirektion der Meinung, der einzige Weg der Kostenerstattung bestände in einer direkten Einklage der Charité gegen einen der Landarmenverbände vor den ordentlichen Gerichten.

Zugespitzt wurde das Verhältnis zwischen der Charité und der Stadt Berlin, als aus den bestehenden sechs Verwaltungsbezirken „Alt-Berlin“ durch das „Gesetz über die Bildung einer neuen Stadtgemeinde Berlin“ nach Verabschiedung durch die Preußische Landesversammlung am 27. April 1920, wirksam ab 1. Oktober 1920, mit weiteren 14 Verwaltungsbezirken die neue Einheitsgemeinde Groß-Berlin entstand. Die Zusammenlegung von 8 Städten, 59 Landgemeinden und 27 Gutsbezirken¹⁸⁷ bewirkte gut eine Verdoppelung der Einwohnerzahl auf über vier Millionen in einem einheitlichen Verwaltungsraum mit allen Rechten und Pflichten.

Die Stadt beanspruchte weiterhin und wegen der schlechten Finanzlage nach dem Ersten Weltkrieg umso dringlicher die Anwendung der Kabinettsorder aus dem Jahr 1835 mit ihren Beneficii für Berlin, wobei die Armendirektion die zustehenden 100.000 freien Verpflegungstage im Charité-Krankenhaus nach der Eingemeindung besser ausschöpfen konnte und der Charité-Direktion mitteilte: „[...] sämtliche Kostenentscheidungen werden auch für den neuen Bereich der Stadtgemeinde Berlin durch unsere Krankenhausabteilung erfolgen.“¹⁸⁸ Jahre zuvor war die Anzahl der genutzten freien Tage stetig gesunken, 1914 waren es noch 73.586 Tage gewesen, 1916 39.913 und im Jahr 1921 blieben nur noch 22.206 Tage zu verrechnen. Zur Eingemeindung zählten Vororte, „[...] aus denen die Charité ihre Haupteinnahmen zog, [...]“¹⁸⁹ und nun konnte die Armenpflege dieser Orte die Vorteile aus der Verpflichtung zu 100.000 freien Verpflegungstagen in der Charité nutzen.

Die Begünstigungen an die Stadt Berlin wurden von der Charité-Direktion als historisch überholt angesehen und das Ministerium für Wissenschaft, Kunst und Volksbildung stimmte vor allem insofern mit überein, dass 1835 gerade auch die Entstehung der Groß-Berliner Gemeinde vom 1. Oktober 1920 damals nicht vorauszusehen gewesen war und das jetzige Verhältnis fraglicherweise „[...] wirklich dem Sinn dieser Verordnung entspricht.“¹⁹⁰ Ein Jahrhundert zuvor hatte die Kommune, nun Alt-Berlin genannt, circa

187 UAHUB Nr. 989, Bl. 34.

188 Ebenda, Bl. 34.

189 UAHUB Nr. 989, Bl. 47 ff.

190 Ebenda, Bl. 40.

250.000 Einwohner und kein Stadt-Krankenhaus gehabt.¹⁹¹ Nun standen den mehr als vier Millionen Einwohnern in Groß-Berlin 69 Krankenhäuser zur Verfügung.

Das Ministerium für Wissenschaft, Kunst und Volksbildung versuchte im November 1920 mit einer Denkschrift inhaltlich dem zwischen der Charité und der Stadt Berlin bestehenden Rechtsverhältnis eine Grundlage für ein „gegenseitiges Entgegenkommen“¹⁹² zu geben. Prinzipiell war das Ministerium der Auffassung, seit Bestehen der Charité wären die Rechtsbeziehungen zwischen der Anstalt und der Stadt Berlin ein Streitgegenstand gewesen, obwohl sie eine „Heil- und Lehranstalt für den *gesamten* Preußischen Staat“¹⁹³ sei. Im Januar 1921 listete die Charité-Direktion dem Ministerium für Wissenschaft, Kunst und Volksbildung auf, inwiefern die Anwendung der Beneficii neben den 100.000 freien Tagen, nämlich ein 4/7 Kostensatz für venerische Dirnen und die Aufnahme aller armen heilbaren Geisteskranker, derzeit durch die höheren Sachmittelpreise und gestiegenen Löhne nicht mehr realisierbar sei. „Wir beantragen daher, der Landesversammlung möglichst schnell eine entsprechende Vorlage auf Aufhebung der Kabinettsorder vom 6. Juni 1835 zu machen.“¹⁹⁴ Die Deputation für das Armenwesen, die Nachfolgeorganisation der Armendirektion Berlins, bestand wegen der ungünstigen Finanzlage der Kommune weiter auf einer restlosen Ausnutzung der 100.000 freien Tage. Prozessen würde man „mit aller Ruhe“ entgegensehen, gleichzeitig wurden „konkrete Vergleichsvorschläge“¹⁹⁵ aus der Charité erwartet. Die Antwort gab die Charité-Direktion an das Ministerium mit der Bemerkung weiter, dass zur Zeit der Kabinettsorder 1835 die Zuwendungen der Charité in dem derzeitigen Wert „die Einkünfte der Charitéstiftung um etwa 100%“¹⁹⁶ überschritten hätten. Der Antrag auf Aufhebung der Gerechtsame vom Januar 1921 wurde dringend wiederholt und sollte in die Wege geleitet werden, allerdings wurde ein Mangel an Sachbearbeitern durch die Stellenreduktion nach Erlass vom 23. Juni 1921 bedauert. Das Ministerium wünschte vor einem Gesetzesentwurf Mitte des Jahres 1921 eine „unverbindliche Vorbesprechung über die Möglichkeit einer gesetzlichen Neuregelung sowie über den

191 247 500 Einwohner im Jahr 1830; Füssel-Schaffrath (1973), 167.

192 UAHUB Nr. 989, Bl. 34.

193 Ebenda, Bl. 55.

194 Ebenda, Bl. 47 ff.

195 UAHUB Nr. 989, Bl. 52.

196 Ebenda, Bl. 53.

Inhalt eines derartigen Gesetzes¹⁹⁷ unter Einbezug der Justiz- und Finanzministerien. Anfang 1922 kamen die Beteiligten nach mehrfachen Besprechungen zu dem Ergebnis, kaum Aussicht auf eine Änderung der Rechtsverhältnisse durch Gesetzesnovellen zu haben. Es wurde die Verhandlung mit der Stadt Berlin vorgeschlagen. Und letztendlich sah man auch hier im Prozessweg „bei geeigneter Gelegenheit“ noch eine Möglichkeit. Inzwischen hatte die voranschreitende Inflation die Charité-Direktion ausrechnen lassen, dass sie bei weiterer Gewährung der Beneficii an Berlin sieben Millionen Mark abgäbe und „diese Summe übersteigt bei weitem die Einnahmen der Charité“, so dass dies bei weiterer „Erfüllung der in der Kabinettsorder erwähnten Leistungen binnen kurzem den völligen Ruin der Charité herbeiführen würde.“¹⁹⁸ Für das Rechnungsjahr 1921 sollte der Betrieb 40 Prozent höhere Ausgaben als Einnahmen haben – allerdings war dabei wie auch bei den anderen vorgelegten Jahresbilanzen ein vollständiger „Verbrauch“ der 100.000 freien Verpflegungstage von der Stadt angesetzt worden, was jedoch schon seit Jahren nicht mehr zutraf.¹⁹⁹ 1922 ging die Charité-Direktion von einer Leistungsfähigkeit der Anstalt zur Gewährung von Beneficii an die Großgemeinde Berlin mit insgesamt 100.000 freien Verpflegungstagen für alle Gerechsamte aus. Dieser Ansatz ließ sich bei den Verhandlungen mit der Stadt nicht verwirklichen und die Gespräche verliefen ohne Ergebnis. Auch der Vorschlag der Rechtsanwälte der Charité, die zukünftigen freien Tage jeweils nach einem Sechstel der Einkünfte der Charité zu messen, fand kein Gehör. Das Zentral-Wohlfahrtsamt Berlin – die vorherige Armendirektion – beharrte nach wie vor auf feststehenden 100.000 freien Verpflegungstagen und mochte darin keinen Ruin für die Charité erblicken.

Nach jahrelangen Verhandlungen, die der Verwaltungsdirektor der Charité, der schon 18 Jahre in dieser Position tätige Geheime Regierungsrat Ernst Pütter, mit dem Magistrat führte, konnte letztlich am 12./20. Dezember 1926 nach Zustimmung der Stadtverordnetenversammlung und dem Minister für Wissenschaft, Kunst und Volksbildung ein Kompromiss mit der Gewährung von insgesamt 50.000 freien Verpflegungstagen für die Berliner Kommune gefunden werden.

197 Ebenda, Bl. 55 ff.

198 UAHUB Nr. 989, Bl. 68.

199 UAHUB, Nr. 989 II, Bl. 74.

Für die Patientenaufnahme hieß es im Detail:

1. Die freien Verpflegungstage, welche von der Charité der Stadt zu gewähren sind, werden auf 50.000 jährlich herabgesetzt. Sie sind zu gewähren für die von den Organen der Berliner öffentlichen Wohlfahrtspflege bzw. Gesundheitsverwaltung der Charité überwiesenen Kranken, sowie für diejenigen Selbstmelder, die von der Wohlfahrtsverwaltung als hilfsbedürftig anerkannt werden oder bei denen nach Feststellung der Charité-Direktion die Eintreibung der Kosten unmöglich ist.

In diese Summe werden auch die für arme, heilbare Berliner Geistesranke zu gewährenden freien Verpflegungstage einbezogen, ferner die Verpflegungstage für Prostituierte und für psychopathische Kinder, bei letzteren für die Dauer des Bestehens der sogenannten Beobachtungsstation.

2. Um den nötigen Platz in den Kliniken der Charité für die Aufnahme der zu genannten Kranken zu schaffen, verpflichtet sich die Stadt Berlin, die zu medizinischem Unterricht nicht oder nicht mehr geeigneten Kranken – soweit sie auf Kosten der Stadt Berlin als endgültig verpflichteten Fürsorgeverbandes zu Lasten der 50.000 Tage verpflegt werden – in den Monaten April bis Oktober binnen einer, in den übrigen Monaten binnen zwei Wochen nach Mitteilung der Charité in ihre Krankenhäuser zu übernehmen, sofern es ohne Schädigung des Heilprozesses geschehen kann; bei Siechen und Geisteskranken läuft die vorerwähnte Frist erst von der – seitens der Stadt Berlin tunlichst zu beschleunigenden – Feststellung des endgültig verpflichteten Fürsorgeverbandes. Die Abnahme muß aus derselben Klinik erfolgen, in welche die Neuaufnahme gehört. Der Magistrat verpflichtet sich ferner, Ueberweisungen der auf die 50.000 Tage anzurechnenden Kranken nach Möglichkeit gleichmäßig auf das ganze Jahr zu verteilen.

3. Bei Erfüllung dieser Uebernahme verpflichtet sich die Charité-Direktion, die Kosten der von den 50.000 nicht verbrauchten Tage mit dem für die städt. Krankenanstalten jeweils geltenden Kostensatz 3. Klasse für Erwachsene für diejenigen Kranken zu erstatten, deren Aufnahme in die Charité – trotz ordnungsgemäßer Einweisung durch die Organe der Berliner öffentlichen Wohlfahrts- oder Gesundheitspflege mittels Aufnahmescheines – verweigert ist. Dabei bleibt, gemäß Vereinbarung von Fall zu Fall, der erforderliche Platz, insbesondere durch die spätere Aufnahme vorbehalten, sobald der erforderliche Platz, insbesondere durch Abnahme aus der betr. Klinik, geschaffen ist. Für den Fall nicht rechtzeitiger Abnahme von Kranken (Ziffer 2 des Vergleichs) tritt als Rechtsfolge lediglich die Abweisung einer entsprechenden Zahl neuer Fälle ein.

4. Die Abrechnung findet wie bisher monatlich, die Ausgleichszahlung seitens der Stadt bzw. der Charité vierteljährlich statt. Die entstandenen Gerichts- und Anwaltskosten in allen gegenwärtig zwischen der Stadt Berlin und der Charité-Direktion schwebenden Prozessen über Meinungsverschiedenheiten auf Grund der Kabinettsordre vom 6.Juni 1835 werden dergestalt gegeneinander aufgehoben, daß die Gerichtskosten zur Hälfte geteilt werden und jede Partei ihre eigenen außergerichtlichen Kosten trägt. Sämtliche noch schwebenden Klagen werden zurückgenommen. Auf alle etwaigen Barzahlungsansprüche aus Pflegefällen der Vorjahre wird beiderseits verzichtet.

5. Dieser Vergleich, welcher an die Stelle der Regelung der Kabinettsordre vom 6.Juni 1835 tritt, wird vom 1.April 1926 an vorbehaltlos wirksam.²⁰⁰

3. *Aufnahme von Mitgliedern der Krankenkassen*

Nach Einführung der gesetzlichen Krankenversicherung im Deutschen Reich 1883 hatte die Charité in Verträgen mit den Versicherungsträgern Sätze für die Kostenrückerstattung bei der Behandlung der Kassenmitglieder festgeschrieben.

Die bestehenden, häufig kritisierten Mängel der hygienischen Zustände und im Umgang mit den Patienten veranlassten die Berliner Krankenkassen 1893 zu einer Liste mit Forderungen an die Charité und ihrer gleichzeitigen Boykottierung. Die Krankenkassen-Kommission stellte die wesentlichen Anforderungen in einer baulichen Verbesserung der sanitär-hygienischen Verhältnisse auf ein zeitgerechtes Niveau, einen Ausbau der Kapazitäten entsprechend der Erfordernisse – noch waren nicht alle städtischen Krankenhäuser entstanden – und nachdrücklich einer Änderung der Hausordnung, die den Patienten bislang ohne Mitspracherecht militärisch disziplinierte; gefordert wurde eine zeitgerechte, freundliche Behandlung des Kranken, dessen Selbstbestimmung respektiert wird.²⁰¹

Hygienisch wurden viele Anforderungen mit dem großen Um- und Neubau der Charité zwischen 1897 und 1917 erfüllt, wobei das Ministerium für geistliche, Unterrichts- und Medizinal-Angelegenheiten für die Veranlassung des Baukonzepts im Schriftwechsel mit der Charité-Direktion keinen externen Einfluss erwähnte.

²⁰⁰ Püttter (1928), 76-77.

²⁰¹ Tutzke (1985); siehe Anhang 1.

Prinzipiell hatten Kassenmitglieder bei Einführung der Krankenversicherung kein Recht auf Krankenhausbehandlung (§ 6 KVG; §184 RVO); über die Gewährung einer stationären Aufnahme entschied der Kassenvorstand. Die rechtliche Lage enthielt, in der Novelle des Krankenversicherungsgesetzes vom 10. April 1892, § 7, Abs. I:

An Stelle der im §6 vorgeschriebenen Leistungen kann freie Kur und Verpflegung in einem Krankenhaus gewährt werden, und zwar

1. für diejenigen, welche verheiratet sind, oder eine eigene Haushaltung haben, oder Mitglieder der Haushaltung ihrer Familie sind, mit ihrer Zustimmung, oder unabhängig von derselben, wenn die Art der Krankheit Anforderungen an die Behandlung oder Verpflegung stellt, welchen in der Familie des Erkrankten nicht genügt werden kann, oder wenn die Krankheit eine ansteckende ist, oder wenn der Erkrankte wiederholt den auf Grund des §6a Abs.2 erlassenen Vorschriften zuwider gehandelt hat, oder wenn dessen Zustand oder Verhalten eine fortgesetzte Beobachtung erfordert;
2. für sonstige Erkrankte unbedingt.²⁰²

GKV-Mitglieder im Deutschen Reich²⁰³ ohne Mitgliedschaft in den Knappschaftskassen

Jahr	Zahl der Krankenkassen	Kassenmitglieder in % der Bevölkerung	Kassenmitglieder in % der Bevölkerung Berlins
1885	18.942	9,2	19,2
1890	20.568	13,3	23,5
1900	22.508	16,9	29,0
1910	22.843	20,2	41,6

An Stelle von Krankengeld konnte die Krankenhausbehandlung treten; die Einweisung stellte der Kassenarzt aus. Dabei konnten neben den medizinischen Indikationen auch die sozialen Verhältnisse Anlass für die Krankenhausaufnahme anstelle der Gewährung des Krankengeldes eine Rolle spielen. In der „Vossische Zeitung“ erwähnte der Autor in dem Artikel „Die Überfüllung der städtischen Krankenhäuser“ am 18. Februar 1905 die äußeren Verhältnisse, die den Arzt zur Einweisung veranlassten: Wohnverhältnisse, denen es „an jeder Wartung und Pflege fehlt.“ Beträchtlich seien auch die „Massen von Schlafleuten, die nach ihrem Mietverhältnisse gar kein Recht haben, über Tag in der Wohnung ihres Vermieters zu verbleiben“ Nicht zuletzt wurde

202 In: Reckwerth (1999), 20.

203 R. Spree: Soziale Ungleichheit vor Krankheit und Tod. 1981, Tabelle 18, 184.

für die Einweisungszwänge auch unzureichendes Krankengeld beschuldigt:

[...] das noch nicht zur Bestreitung des Existenzminimums ausreicht, selbst wenn der Kassenarzt die Lage des Kranken dadurch erleichtert, daß er die Gewährung von Milch auf Kassenkosten beantragt. Bei dieser Sachlage bleibt nichts übrig, als auch in solchen Fällen die Krankenhausbehandlung zu veranlassen. Aus alldem ergibt sich, daß die Ärzte lediglich ihre Pflicht erfüllen, wenn sie Kranke in das Krankenhaus einweisen, wo es ihnen zweckmäßig erscheint; denn sie haben v.a. das Interesse des Kranken wahrzunehmen.²⁰⁴

Nach Einführung des Krankenversicherungsgesetzes 1883 hatte sich ganz allgemein der Anteil an stationär behandelten Kranken, die Mitglieder einer Krankenkasse waren, kontinuierlich erhöht, während entsprechend der Anteil der aus dem Armenpflegebudget versorgten Krankenhauspatienten sank.

Beim Jahrhundertwechsel wurden in Berlin Krankenhausbehandlungen überwiegend von der Armenkasse getragen; der deutlich geringere Kostenanteil – weniger als ein Drittel – fiel den Krankenkassen zu, während die Gruppe der Selbstzahler für die Krankenhauseinnahmen wenig relevant war. Bis zum Ersten Weltkrieg änderte sich die Relation der Kostenträgerschaft Krankenkasse/Armenkasse mit einer beständigen Zunahme der Krankenkassen bei der Finanzierung der Krankenhausbehandlung. Diese Verteilung unter der Kostenträgerschaft der Verpflegungstage betraf auch das Charité-Krankenhaus:

Jahr	Verpflegungstage ges	Berliner Kommune	Kassen, Selbstzahler, usw ²⁰⁵
1895	561.034	423.601	137.433
1899	488.376	338.519	149.857
1900	513.461	345.389	168.072
1901	484.377	329.683	154.694
1902	466.119	321.846	144.273
1903	451.403	281.272	170.131
1905	441.151	274.156	157.363
1908	429.423	241.781	176.568
1909	418.641	143.537	260.139
1910	432.446	211.134	221.312

204 Dr. W. Becher in Vossische Zeitung 18.02.1905, GStA PK, Rep. 76 VIII D, Nr. 200.

205 Charité-Annalen 1900 bis 1912, Verwaltungsberichte.

Auch nach 1910 entwickelte sich der Anteil der Kassenkranken bei den Behandlungstagen der Charité zunehmend über 50 Prozent, während sich Behandlungstage mit sogenannten „Stadtarmen“ parallel reduzierten.

Hatten 1906 die Kassenkranken in den III. Klasse-Behandlungstagen einen Anteil von 36% gehabt, so bewegten sich bis zum Ersten Weltkrieg die Zahlen folgendermaßen:

1912	49 %
1913	55 %
1914	59 %
1915	57 %

1906 hatten die Stadtarmen die III. Klasse-Behandlungstage zu 51 % gebraucht, was zum Ersten Weltkrieg rückläufig wurde:

1912	42 %
1913	26 %
1914	20 %
1915	17 %

Der Anteil der Selbstzahler mit III. Klasse-Verpflegungstagen nahm in dieser Zeit zwischen 9 % im Jahr 1912 und 26 % im Jahr 1915 zu.

Umgekehrt hatten die Poliklinik der inneren Medizin 1906 zu 88 % Kassenpatienten besucht, ansonsten waren Selbstzahler gekommen; Stadtarme waren nicht erschienen. 1912 waren unter den Besuchern der inneren Poliklinik nur noch 42 % Kassenpatienten, 1915 blieben sie 25 %.²⁰⁶

Etwas anders sah es bei den städtischen Krankenhäusern aus, wo zehn Jahre nach der öffentlichen Erklärung des Oberbürgermeisters, die städtischen Krankenhäuser hätten in erster Linie die armen Kranken zu versorgen, der Anteil der auf Kosten der Armenpflege stationär Versorgten höher lag als in der Charité. Noch 1913 ergab die Verteilung der Einnahmen städtischer Krankenhäuser Berlins, dass diese zum größten Teil (56,1 %) aus der örtlichen Armenpflege, durch die sogenannten „Wohlfahrtskranken“, bezogen wurden und die Krankenversicherung ein Drittel (34,5 %)

206 Statistik 30.1. und 27.2.1917 Kultusminister an Finanzminister, GStA PK, Rep. 76 VIII D, Nr. 202; siehe Anhang 17 und 18: Charité: III. Verpflegungsklasse....

beisteuerte. 1924 hatte sich das Verhältnis umgekehrt entwickelt; während 36,6 % der Verpflegungskosten aus dem Budget der Wohlfahrt sprich Armenpflege, finanziert wurde, lag der Anteil der Krankenversicherung bei 58,2 %. Die Selbstzahler finanzierten 1913 in den städtischen Krankenhäusern 8,3 % und 1924 5,0 % der Verpflegungseinnahmen.²⁰⁷ Diese Patienten waren häufig mittelständische Bürger, für die die Gebühren der Privatanstalten zu teuer geworden waren und daher ebenfalls den Einlass in die städtischen Krankenhäuser forderten, wenn auch für „private“ Versorgung. Das wurde von der bürgerlichen Fraktion der Berliner Stadtverordnetenversammlung vertreten und war mit der Extra-Verpflegungsklasse ab 1909 formal geregelt worden.

Nachdem noch nach Auflösung des Kaiserreichs der Prozentsatz der „Wohlfahrtskranken“ in der Charité nicht unerheblich blieb, bestanden dementsprechende Verhandlungen zwischen der Charité und der „Deputation für das Armenwesen“ zur Kostenübernahme und -erstattung weiter. Grund für diese Situation war unter anderem die häufig unvollständige Kostenübernahme einer Krankenkasse für ihr Mitglied.

Die Aufnahme von Krankenkassenmitgliedern im Charité-Krankenhaus war zu Anfang des 20. Jahrhunderts keine von den Kassen unerwünschte Angelegenheit; in der Regel fragten sie im Schriftwechsel mit der Charité-Direktion nach den Verpflegungssätzen und der Aufnahmeorganisation bzw gaben Anweisungen, wohin Patienten bei Kapazitätsmängel der Charité weiterverwiesen werden sollten. Selten enthielten die Anschreiben der Krankenkassen an die Charité-Direktion Einwände so wie am 2. April 1909 von der AOK Berlin bezüglich des Verpflegungssatzes der medico-mechanischen Abteilung, worin erklärt wurde, dass der AOK-Vorstand zum 1. April 1909 noch keine definitive Stellung bezogen habe, sich jedoch mit einem Tagessatz von 3,50 Mark „[...] unter keinen Umständen einverstanden erklären kann.“²⁰⁸

Eher eine Ausnahme war ebenfalls die Mitteilung des Vorsitzenden des Kreisausschusses des Kreises Westhavelland, der die Charité am 22. April 1911 anwies – von dringenden Fällen abgesehen – nur noch diejenigen Gemeinde-Kassenmitglieder aufzunehmen, „[...] die von einem Kassenarzt dorthin verordnet

207 W.Hoffmann (1926) aus: Labisch/Spree (1995), 35.

208 UAHUB Nr. 1086, Bl. 130.

werden und im Besitze eines Aufnahmescheines der Kasse sind“,²⁰⁹ nachdem die Gemeinde-Krankenversicherung mit den Kreiskrankenhäusern Westhavellands finanzielle Vorteile verhandelt hatte.

Am 23. November 1909 stellte die Zentralkommission, der fast alle Krankenkassen Berlins und der Vororte mit über 93 % aller Krankenkassenmitglieder angehörten, der Kgl. Charité Bedingungen zur Aufnahme ihrer Mitglieder:

1. Genehmigung von 3 Mark pro Tag inklusive aller Nebenkosten für „Kur und Verpflegung“,
2. Berechnung von Aufnahme- und Entlassungstag als einem,
3. Keine Forderungen an den Patienten wegen Nebenkosten zum Beispiel für Medikamente und Verbandstoffe,
4. Dieselben Vergünstigungen an die Krankenkassen wie für andere, also Vereine, Behörden, Gesellschaften et cetera,
5. Das Recht der Zentralkommission zur Besichtigung der Charité,
6. Eine Satzerhöhung nur nach Vereinbarung mit der Zentralkommission.²¹⁰

Die Direktion erwiderte der Zentralkommission mit einer ausführlichen Darlegung, warum sie als Verwaltungsdirektoren im Prinzip nicht die Ansprechpartner seien, da die Bestimmungen und Veränderungen von den Ministerien ausgingen. Außerdem erfuhr die Kommission eine Berichtigung bezüglich der Extrakosten für Patienten, die nur bei Materialien wie Brillen, Bruchbändern, Krücken et cetera berechnet würden, da sie beliefert werden müssten und vom Patienten nach Entlassung weiter im privaten Gebrauch wären.

Im Dezember begründeten die Charité-Direktoren dem Ministerium für geistliche, Unterrichts- und Medizinal-Angelegenheiten, warum die gestellten Bedingungen nicht akzeptabel seien, insbesondere die geforderten Rechte zur Besichtigung und Vereinbarungs-Mitsprache bei Kurkostensatzerhöhungen, und teilten auf diesem Wege die Reaktion anderer von der Zentralkommission aufgeforderter Krankenhausträger mit: „Die Magistrate von Berlin und Charlottenburg haben nach dem uns zugegangenen es ebenfalls abgelehnt, der Zentralkommission die in No 5 und 7 geforderten Rechte“ – gemeint waren die Besichtigung nach Wunsch und die Mitspracherechte bei der Höhe

209 Ebenda, Bl. 165.

210 UAHUB Nr. 1086, Bl. 142-143.

der Kurkostensätze – „einzuräumen.“²¹¹

Vorausgegangen war im Frühjahr 1909 die Kurkostensatzerhöhung, die wieder öffentliche Diskussionen hervorgerufen hatte, so auch im Haus der Abgeordneten. Der sozialdemokratische Abgeordnete Borgmann stellte fest, dass „[...] unsere Krankenkassen heute in der wirtschaftlichen Krise so außerordentlich in Anspruch genommen sind in ihren Kassenverhältnissen, daß viele geradezu am Rande des Bankerotts stehen, [...]“²¹² In derselben Abgeordnetensitzung wurden wieder die sanitären Verhältnisse der Charité bemängelt, beispielsweise die Unterbringung von 40 Patienten in einem Krankensaal, an den direkt das einzige Bad mit einem demolierten Glasfenster zum Bettenraum grenzte.

Im Juni 1910 fragte der Minister der geistlichen, Unterrichts- und Medizinal-Angelegenheiten bei der Charité-Direktion nach, „ob die Zentralkommission der Krankenkassen Berlins und der Vororte wegen der Bedingungen, unter denen die Aufnahme von erkrankten Mitgliedern der der Kommission angehörenden Krankenkassen in das Charité-Krankenhaus erfolgen soll, erneut an die Königliche Charité-Direktion herangetreten ist und ob ein Rückgang in der Überweisung von Krankenkassenmitgliedern zur Charité sich seit dem 1. Januar des Jahres bemerkbar gemacht hat.“²¹³ Die Charité-Direktion konnte Ersteres verneinen und gab einen Rückgang der Anzahl behandelter Krankenkassenmitglieder im Jahr 1910 als geringfügig an. Die Zentralkommission „ist nicht wieder an uns herangetreten. Die Überweisung von Krankenkassenmitgliedern ist seit dem 1. Januar d.J. etwas zurückgegangen.“²¹⁴ Im ersten Halbjahr 1910 verlief die Aufnahme von Krankenkassenmitgliedern in den einzelnen Monaten:²¹⁵

Januar	4.069
Februar	3.381
März	4.025
April	3.794
Mai	3.584
Juni	3.634

211 GStA PK, Rep. 76 VIII D, Nr. 201.

212 GStA PK, Rep. 76 VIII D, Nr. 201.

213 UAHUB Nr. 1086, Bl. 136.

214 Ebenda, Bl. 136.

215 Ebenda, Bl. 136.

In der Halbjahresstatistik analysierte die Direktion, aus 13 Berufen der Ortskrankenkassen und zwei Berufen der Zentralkrankenkassen „sind uns seit Anfang diese Jahres keine Mitglieder mehr überwiesen worden.“²¹⁶ In der oben aufgestellten Statistik der jährlich differenzierten Verpflegungstageszahlen der Charité liegen diese 1910 in der Kategorie „Kassenkranke und Selbstzahler“ zwar niedriger als 1909, doch deutlich höher als 1908. In der Statistik mit Differenzierung der Jahresverpflegungszahlen in der III. Klasse zeigt die Kategorie der „Kassenkranken“ zwischen 1909 und 1910 einen Zuwachs, der auch bis 1912 stetig anhielt; einen auffälligen Sprung nach oben nehmen auch die Tagesziffern der „Selbstzahler“ zwischen 1909 und 1910.²¹⁷

Die Stadt Berlin berichtete nach vorübergehender Minderung der Aufnahme von Krankenkassenmitgliedern: „Die gegen 1909 erhebliche Zunahme der Gesamtzahl der verpflegten Kranken um 3602 erklärt sich daraus, daß die infolge der Erhöhung der Kurkostensätze (1. Juli 1909) im Vorjahre beobachtete Verminderung der Aufnahme von Kassenkranken im Jahre 1910 zum Stillstand gekommen ist.“²¹⁸

	Anteil der Krankenkassen-Mitglieder unter den Aufgenommenen der städtischen Krankenhäuser	Gesamtzahl der verpflegten Kranken²¹⁹
1907	21.650	51.840
1908	21.451	54.212
1909	21.887	55.651
1910	25.636	59.253

In der städtischen Statistik sprechen die absoluten Zahlen 1909 nicht für einen Rückgang der Aufnahme von Krankenkassenmitgliedern seit 1908. Am wahrscheinlichsten wurden die in der Charité im Jahr 1910 ausgebliebenen Krankenkassenmitglieder in den städtischen Krankenhäusern versorgt. Den Ersatz in den privaten Anstalten oder den Krankenhäusern der Vorortgemeinden zu suchen, lag nicht nahe, ebenso wenig in den konfessionellen Anstalten – es hätte kaum dem Sinn der Berliner Krankenkassen entsprochen. Eine prinzipielle Alternative zur stationären Aufnahme bot der Besuch der Polikliniken, die in der Charité auch Betten bieten konnten.

216 Scheibe in GStA PK, Rep. 76 VIII D, Nr. 201.

217 Siehe Anhang 18: Charité: III.Klasse Verpflegungstage der Jahre.

218 Bericht ü.d. Gemeinde-Verwaltung d.St. B. 1906 bis 1910, 223.

Die Erstattung der Nebenkosten (Medikamente, Verbandstoffe, Blut-Untersuchungen, Röntgen-Aufnahmen bzw. -durchleuchtungen), sei es durch die Kassen oder die Patienten, wurde zu einem lange über den Ersten Weltkrieg hinaus währenden Streitpunkt zwischen den Krankenkassen und der Charité. Dabei beriefen sich die Kassen konsequent auf die Praxis der städtischen Krankenhäuser, keine „Nebenkosten“ aufzustellen, und verweigerten eine über dem täglichen Verpflegungssatz liegende Kostenerstattung. Entsprechend bat die Charité das Ministerium der geistlichen, Unterrichts- und Medizinal-Angelegenheiten um finanzielle Zuschüsse, so wie die des Direktors der Psychiatrischen und Nervenlinik, Professor Theodor Ziehen (1862-1950), der am 8. August 1911 einen „außerordentlichen Zuschuss von 900 M“ erbat, weil die Kassen das Medikament Salvarsan als Nebenkosten nicht bezahlten und die „klinischen Fonds“ nicht ausreichten.²²⁰

Unverändert wurde über die Berechnung des Aufnahme- und Entlassungstags als einem gesamten Verpflegungstag diskutiert.

Zu dem üblichen Aufnahmeschein der Krankenkasse wünschte die AOK Berlin im Oktober 1914 die „[...] Beibringung einer knappen ärztlichen Bescheinigung über die Dringlichkeit und Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung.“²²¹ Von der AOK für Tempelhof wurde in einem Schreiben vom 11. Februar 1915 an die Charité-Direktion in einer ärztlichen Bestätigung der Aufnahmebedürftigkeit eines Kassenmitglieds noch keine Verbindung zur Kostenübernahme gesehen: „Die Gewährung der Krankenhausbehandlung erfolgt nach dem eigenen pflichtmäßigen Ermessen der Krankenkasse und ist nicht an die ärztlicherseits bescheinigte Notwendigkeit der Aufnahme gebunden.“²²²

Worauf die Charité-Direktion zwei Tage später für Mitglieder der AOK in Tempelhof festlegte, in Zukunft diese nicht mehr aufzunehmen, es sei denn, sie brächten einen „vollgültigen Verpflichtungsschein für mindestens 4 Wochen“ mit.²²³

Die Einbeziehung des Versicherungsamtes der Stadt Berlin und seiner nächsthöheren Instanz, dem Königlichen Obergversicherungsamt Groß-Berlin, zur Klärung der Kostenstreitigkeiten mit den Krankenkassen brachte der Charité nicht den erwünschten Erfolg, da das Obergversicherungsamt die Entscheidung häufig an das

219 Bericht ü.d. Gemeinde-Verwaltung d.St. B. 1906 bis 1910, 223.

220 UAHUB Nr.1086, Bl. 180.

221 UAHUB Nr. 1089, Bl. 68.

222 Ebenda, Bl. 105.

223 Ebenda, Bl. 105.

Versicherungsamt zurückgab, welches wiederum den Aufsichtsweg ablehnte und der Charité den Prozessweg vorschlug.

Am 11. November 1914 scheiterte die Charité mit ihren Kostenforderungen an die Krankenkasse der Buchbinder und verwandter Gewerbe zu Berlin, die bei in einem ihrer Mitglieder im Januar 1914 keine Einweisung durch die Kasse oder Anordnung eines Kassenarztes gegeben sah, daher die vollen Kurkosten ablehnte und eine Nachfrage beim Armenverband empfahl.²²⁴ Insbesondere bei der Kostenerstattung von Selbstmeldern stellte sich das Versicherungsamt der Stadt Berlin 29. März 1915 auf folgenden Standpunkt: „Ein Zwang, für die im Charité-Krankenhaus ohne Aufnahmeschein aufgenommenen Mitglieder an die dortige Verwaltung unmittelbar zu zahlen, besteht demnach für die Krankenkassen nicht. Infolgedessen sind wir auch nicht in der Lage, die Kassen zu einer derartigen Leistung anzuhalten.“²²⁵ Das Oberversicherungsamt Groß-Berlin gab 26. Mai 1915 die Beschwerdesuche der Charité-Direktion gegen die Ortskrankenkasse der Buchbinder und verwandter Gewerbe zu Berlin an das Versicherungsamt zurück, das sich „schlüssig“ zu machen habe, ob das „Einschreiten von Aufsichtswegen Veranlassung findet oder lediglich die Beschwerdeführerin auf den ordentlichen Rechtsweg verweist.“²²⁶ Das Versicherungsamt lehnte 23. Juni 1915 gegenüber der Charité-Direktion im gegebenen Fall den Aufsichtsweg ab und war der Meinung, Einzelfälle sollten „[...] gegebenenfalls im Instanzenzuge anzufechten [...]“²²⁷ sein. Die Ortskrankenkasse der Buchbinder und verwandter Gewerbe bat beim Versicherungsamt Berlin 24. August 1915 um eine Entscheidung gegenüber der Charité, wonach „[...] die Forderungen der Charité nicht mit den Bestimmungen der R.V.O. in §119 sowie §1531-33 übereinstimmen und daher abzuweisen sind.“²²⁸ Gegenüber der Charité behielt sich die OKK der Buchbinder und verwandter Gewerbe eine Zahlung bei diesem sowie auch bei „gleichartigen Fällen“ bis zur Beendigung des Rechtsstreits vor.²²⁹

Am 27. September 1915 gab das Versicherungsamt der Stadt Berlin, Abteilung für Krankenversicherung, eine „Gegenerklärung“ an die Charité ab, worin ihrer Auffassung

224 UAHUB Nr. 1089, Bl. 80-83.

225 Ebenda, Bl. 114.

226 UAHUB Nr. 1089, Bl. 184.

227 Ebenda, Bl. 126.

228 Ebenda, Bl. 136 ff.

229 Ebenda, Bl. 141.

nach der Armenverband Kosten zu übernehmen habe, sobald keine Einweisung bestehe und die Kasse nicht zahle. Daher solle die Charité die Armendirektion um Erstattung bitten. Zur selben Zeit legte der Gerichtsassessor der Charité-Direktion, Dr. Klußmann, im Gespräch mit Direktor Cohn und weiteren Vertretern der AOK Berlin die Charité-Standpunkte in der Rechtslage zwischen der Königlichen Charité, den Armenverbänden und den Krankenkassen vor:

1. Die Krankenkassen sollten keine Zahlungen an die Armendirektion Berlin oder städtischen Kosteneinziehungsbüros in Charité-Pflegefällen leisten, weil „unter jetzigen Verhältnissen“ von dort keine Zahlung an die Charité erfolge, sondern auf die 100.000 freien Tage verrechnet würden.
2. Die Charité solle bei der Kostenerstattung seitens der Krankenkassen nicht schlechter gestellt werden als ein Armenverband.²³⁰

Die AOK Berlin befand, den Ansprüchen der Charité könne nicht in vollem Umfang stattgegeben werden. Auch hier sollte der Prozessweg Klarheit über die Rechtslage verschaffen.²³¹

Im Schriftwechsel mit dem Kgl. Obergversicherungsamt Groß-Berlin wünschte die Charité Anfang des Jahres 1917 eine Äußerung, ob eine Krankenkasse bei einem Fall von Selbsteinweisung „irgendwelche Leistungen an die Kgl. Charité mit der Begründung versagen darf, die in § 1531 R.V.O. genannten Ansprüche ständen lediglich den Armenverbänden zu“. Die Charité berief sich zumindest auf die nach § 1531 R.V.O. berechneten Leistungen, weil die Kasse „die Leistungen nach § 1531 R.V.O. auch zu zahlen gehabt hätte, wenn der Kranke zufällig nicht die Charité, sondern ein städtisches Krankenhaus aufgesucht hätte.“²³² Die Krankenkassen würden mit Verweis auf das Gesetz regelmäßig die Zahlungen verweigern. Das Obergversicherungsamt Groß-Berlin reagierte darauf weiterhin ablehnend: „Eine nochmalige Prüfung der streitigen Frage, auch seitens des Versicherungsamtes, hat ergeben, dass die Kgl. Charité nicht als befugt erachtet werden kann, auf Grund des § 1531 der R.V.O. Ersatzansprüche an die Krankenkassen zu stellen.

230 UAHUB Nr. 1089, Bl. 180 ff.

231 Ebenda, Bl. 186

232 UAHUB Nr. 189, Bl. 199ff.

Ersatzberechtigte im Sinne dieser Gesetzesvorschrift sind lediglich Gemeinden und Armenverbände in ihrer Eigenschaft als Träger der Armenlast, soweit sie auf Grund gesetzlicher Pflicht gehandelt haben.

Die Krankenkassen sind auf Grund dieser Gesetzesvorschrift also den Gemeinden und Armenverbänden haftbar, und es kann ihnen daher auch nicht zugemutet werden, an eine andere als die durch Gesetz bezeichnete Stelle Zahlungen zu leisten, es sei denn, dass im Einzelfalle eine besondere ‚Vereinbarung‘ mit Gemeinde oder Armenverband getroffen ist.“²³³

Nach dem Ersten Weltkrieg flossen den Krankenkassen mehr Beiträge zu, nachdem Löhne erhöht und neue Arbeitsplätze aufgrund der Einrichtung des Acht-Stunden-Tages entstanden. Gegen Erhöhungen der Charité-Tagessätze ebenso wie in den städtischen Krankenhäusern wurde kein großer Widerstand geleistet, und ein Entbindungsgeld von 25 Mark statt Tagessatzerhöhung bei der Frauenklinik der Charité nach anfänglicher Absage wurde 1919 akzeptiert, doch mochte die „Zentralkommission der Krankenkassen Berlins und der Vororte“ wiederholt den Aufnahme- und den Entlassungstag eines Patienten nur als einen gemeinsamen Tagessatz bezahlen, was die Charité-Direktion unverändert ablehnte, nachdem sie sich die deswegen ausfallenden Einnahmen errechnet hatte.

4. *Patienten mit Unterstützung der Armenpflege*

Die Armendirektion beklagte 1911 die Aufnahme vieler Krankenkassenmitglieder in der Charité ohne Einweisung durch die Krankenkasse oder ohne deren volle Kostenübernahme. Da die Krankenkassen nur Mindestleistungen erstatteten, wurden die restlichen Forderungen der Charité an die Armendirektion gerichtet. Letztere wies auf das Krankenversicherungsgesetz hin, das eine volle Pflicht der Kasse für ihre Mitglieder zu ausreichender Unterstützung beinhaltet. Die Armendirektion war in einem Brief an die Charité 1911 der Meinung: „Eine in der letzten Zeit zu außerordentlichem Umfang gediehene Praxis der Kassen sucht aber konsequent die Krankenhausbehandlung ihrer Mitglieder zum großen teil ihrer Mitglieder auf die Armen-Direktion abzuschieben.“²³⁴ Die Kassen würden häufig die Aufnahmescheine für die Krankenhausbehandlung trotz deren vom Kassenarzt diagnostizierten Indikation

233 UAHUB Nr. 189, Bl. 207.

234 UAHUB Nr. 985, Bl. 360-363.

verweigern oder nur Mindestleistung bzw. unzureichende Heilungszeit tragen.

Die Tagespresse berichtete von der Übernahme an Leistungen der stationären Behandlung als chronisch loderndem Streitgegenstand innerhalb der Mitgliederversammlungen der Krankenkassen. Die Armendirektion empörte sich in ihrer Mitteilung an die Charité-Direktion 1911 über diese „Abschiebung auf die Armenpflege“, wenn bei ihr die von den Kassen nicht bewilligte Kostenübernahme eingefordert wurde, während die Kassenmitglieder selbst eine Erstattung verweigerten, da sie ihre Kasse in der Pflicht sahen. Erstattungsforderungen der Armendirektion an eine Krankenkasse wurde von dieser als Einmischung in einen „inneren Streit der Kasse“ bezeichnet. Die Armendirektion sah es als gegeben an, „Kassenmitglieder sowohl von den Krankenhäusern, mit denen wir in Vertrag stehen, als auch von unseren städtischen gänzlich fern zu halten und die Fürsorge für Kassenkranke den Kassen selbst zu überlassen. [...] Die Erwägungen, welche Maßnahmen zu diesem Zwecke in unseren städtischen Krankenhäusern zu ergreifen sind, schweben zurzeit noch.“²³⁵ Die Charité-Direktion wurde um eine „gefällige Aeusserung“ gebeten sowie die Prüfung der Kassenmitgliedschaften von Kranken und Zurückweisung aller, „für welche nicht die Kasse die vollen Kosten für die volle Behandlungsdauer übernommen hat.“²³⁶ Den Armenbehörden würden gemäß § 57 des Krankenversicherungsgesetzes in jedem Fall ihres Eingreifens immer nur die Mindestleistung anstehen. „Eine Hilfsbedürftigkeit im armenrechtlichen Sinne besteht aber für Kassenmitglieder – insoweit Krankheitsbehandlung in Frage steht – prinzipiell nicht, da eben ein anderer Fürsorgepflichtiger vorhanden ist: die Kasse [...]“²³⁷ Diese Situation war nicht auf die vorgestellte Weise zu klären und so traten weiterhin regelmäßig Streitfälle auf, die über den Rechtsweg entschieden werden mussten, wobei auf die endgültigen Urteile oft Jahre zu warten war; beispielsweise bei einem Prozess zwischen der Betriebskrankenkasse der Allgemeinen Elektrizitätsgesellschaft und Tochtergesellschaften in Berlin als Klägerin und Berufungsklägerin, in diesem Fall mit der Charité-Direktion als Nebenintervenientin gegen den Orts- und Landarmenverband in Berlin, vertreten durch die Armendirektion Berlins. Hier war ein 1914 in der Charité behandelter Patient zunächst, wie üblich, von der Charité-Direktion bei der

235 UAHUB Nr. 985, Bl. 363.

236 Ebenda, Bl. 363.

237 Ebenda, Bl. 363.

Armendirektion Berlins als Pflegefall angemeldet und seine Pflegezeit auf das Kontingent der 100.000 freien Tage verrechnet worden. Nachdem sich seine Mitgliedschaft bei der Betriebskrankenkasse herausgestellt hatte, waren Kosten von der Kasse an die Charité erstattet worden.

Doch auch die Armendirektion hatte inzwischen bei der BKK Geld erfolgreich eingefordert. Nun warf die BKK der Armendirektion „Bereicherung“ vor und klagte auf Rückerstattung. In 1. Instanz wies das Amtsgericht Berlin-Mitte 1919 die Klage ab. Nach Berufung bei der 7. Zivilkammer des Landgerichts I in Berlin wurde die Beklagte am 26. November 1920 zur Rückerstattung plus 4 % Zinsen seit 17. Februar 1915 plus Kostentragung des Rechtsstreits verurteilt.²³⁸

Nicht nur zwischen Krankenkassen und Armenverbänden bestanden viele Differenzen in der Regelung der Kostenübernahme, sondern auch zwischen den verschiedenen Orts- und Landarmenverbänden, so dass über Jahre hinweg Kosten- und Rechtsstreitigkeiten der Kostenträgerschaften untereinander und mit der Charité weiterlebten. Umso mehr kam keine eindeutige Rechtslage voran, als im Justizsystem des Kaiserreiches und später in der Republik die jeweiligen Urteile nicht unbedingt die gesamten Streitfragen eines Prozesses beilegten oder sogar widersprüchliche Ergebnisse liefern konnten. Ganz besonders die Festlegung des tatsächlich und endgültig unterstützungspflichtigen Armenverbandes wurde zum Dauerproblem, wobei scheinbar alle Gemeinden aus der bestehenden Rechtsunsicherheit bzw. -lücke jeden nur heranziehbaren Paragraphen nutzten, um Kostenpflichtigkeit zu vermeiden oder zunächst hintan zu stellen. Rechtsgrundlagen dieser Diskussion waren weiterhin das preußische Regulativ vom 7. September 1830 und die Allerhöchste Kabinettsorder vom 6. Juni 1835 sowie das Unterstützungswohnsitzgesetz vom 30. Mai 1908 (siehe Anhang 14).

Das Bundesamt für das Heimatwesen beurteilte am 2. Dezember 1909 die unterstützungspflichtige Gemeinde als diejenige, in der „die Charité bei der Aufnahme von Kranken im gesetzlichen Auftrage derjenigen Gemeinde, in der die Kranken ihren bürgerlichen Wohnsitz haben“²³⁹ handelt; „[...] ein bei ihr [der Charité, U. J.] angebrachtes Aufnahmegesuch gilt als bei dem Armenverband des Wohnsitzes

238 UAHUB Nr. 1089, Bl. 1.

239 UAHUB Nr. 978, Bl. 4.

angebracht.“²⁴⁰

Vor dem Ersten Weltkrieg differenzierte das Reichsgericht 1913 als unterstützungspflichtig den armenrechtlichen und den bürgerlichen Wohnsitz und unterschied außerdem zwischen dem vorläufig und dem endgültig verpflichteten Armenverband. „Nach den jetzt geltenden armenrechtlichen Grundsätzen hat aber nicht der endgültig verpflichtete Armenverband, sondern der vorläufig unterstützungspflichtige Armenverband (die unmittelbare Fürsorge) für Hilfsbedürftige zu übernehmen.“²⁴¹ Vorläufig verpflichteter Armenverband war laut Reichsgericht nach § 7 des Regulativs nur derjenige, in dessen Bezirk sich der Kranke vor der Aufnahme zuletzt aufgehalten habe und aus dessen Bereich er sich unmittelbar in die Charité begeben habe.

Das Reichsgericht benannte bei seinem Urteil im Februar 1916 zur Kostenhaftung der Armenverbände aufgrund des § 29 im Unterstützungswohnsitzgesetz die endgültig unterstützungspflichtige Gemeinde als Kostenträger, ließ jedoch die Frage nach der Feststellung des endgültig verpflichteten Armenverbandes letztlich offen; es wurde nicht klar gestellt, ob dieser auch im Arbeitsort sein könne und ob bei Personen, deren Unterstützungswohnsitz sich nicht ermitteln ließe, der Landarmenverband haftet. Die Armendirektion sah darin „[...] eine vollständig neue Rechtslage geschaffen und wir sind ebenfalls gezwungen alle alten Fälle, in denen wir als Gemeinde des bürgerlichen Wohnsitzes die Kosten übernommen haben, nachzuprüfen und von der Charité die Differenz zwischen den uns von den Unterstützungswohnsitz-Gemeinden erstatteten Barsätzen und unserer Zahlung an die Charité-Direktion zurückzufordern.“²⁴²

Mitte des Jahres 1916 teilte der Verwaltungsdirektor der Charité, Geheimrat Pütter, der AOK Berlin mit, dass mehrere Prozesse mit Gemeinden, vor allen mit der Stadt Berlin, wegen der Kurkostenübernahme im Gange seien, da die Charité darin von einer Gemeinde zur anderen verwiesen werde. Um keine Ansprüche zu verlieren, werde jeder Einzelfall bei mehreren Gemeinden angemeldet und die gesamten Pflegefälle bei der Armendirektion der Stadt, da bekannt sei, dass diese nur bei einer verhältnismäßig geringen Zahl die Kosten schließlich zu übernehmen habe. In vielen Fällen würde die Kostenübernahme nachträglich wieder abgelehnt. Die Armendirektion habe sich ein für

240 Ebenda, Bl. 10.

241 UAHUB Nr. 978, Bl. 8.

242 UAHUB Nr. 987, Bl. 49.

alle mal vorbehalten, ihre Kostenübernahmeerklärung zu widerrufen, wenn ihre nachträglichen Ermittlungen zu einem für sie günstigeren Ergebnis führten.

Insofern „werden wir bei der Armendirektion Berlin künftighin die Pflegefälle nur dann anmelden, wenn feststeht,

1. daß eine Krankenkasse nicht einzutreten hat,
2. daß die Stadt Berlin zur Kostenübernahme verpflichtet ist.“²⁴³

Die Armendirektion versuche „gleichwohl, den Geldwert der freien Tage in bar von den Kranken, ihren Angehörigen oder der Krankenkasse wieder einzuziehen. Die Erklärung, sie übernehme die Kosten, bedeutet nur, daß sie damit einverstanden ist, daß der Pflegefall auf die 100.000 freien Tage verrechnet werde. Wir bitten zu prüfen, ob dieser Versuch gerechtfertigt ist und ersuchen wiederholt, in Charité-Pflegefällen nicht an die Armendirektion zu zahlen.“²⁴⁴

Die Armendirektion war zu dieser Zeit gegenüber der Charité der umfassenden Meinung: „Unser Standpunkt in allen unser Verhältnis zueinander berührenden Fragen ist der Königlichen Charité bekannt. Es kann höchstens durch Gerichtsurteile höchster Instanz geändert werden.“²⁴⁵ Insofern und aufgrund des Einzugs vieler Beamter zum Heer wurde eine Einschränkung des Schriftverkehrs bzw. ein Auslassen des Schriftwechsels bei einzelnen Pflegefällen erwünscht. „Insbesondere richten wir an die Königliche Charité das Ersuchen, Anmeldungen bei uns zur Übernahme von Kosten auf Grund des § 29 Unterstützungswohnsitzgesetzes unterlassen zu wollen. Das Reichsgerichtsurteil hat die Frage der Kostenhaftung der Armenverbände aufgrund des § 29 ausdrücklich offen gelassen und wir können allein beim Vorliegen der Bedingungen des § 29 für Berlin Kosten nicht übernehmen.“²⁴⁶

Auch die Charité-Verwaltung versuchte, während der Kriegszeit Personal und Papier zu sparen und bat im folgenden Jahr die Armendirektion Berlins „zur Vermeidung unnötigen Schreibwerks künftig die Kostenübernahme erst auszusprechen, wenn die Verpflichtung zur Übernahme endgültig anerkannt wird.“²⁴⁷

243 UAHUB Nr. 987, Bl. 25.

244 Ebenda, Bl. 26.

245 Ebenda, Bl. 31.

246 UAHUB Nr. 987, Bl. 31.

247 Ebenda, Bl. 109.

In einem Prozess der Charité gegen die Stadt stellte das Reichsgericht am 10. April 1919 rechtskräftig fest, „daß die Gemeinden als Arbeitsort in dem Umfange des § 29 Unterstützungswohnsitzgesetz (UWG) der Charité gegenüber für die Kosten der Krankenhausbehandlung ersatzpflichtig sind.“²⁴⁸ Daher seien die Kosten für die zurückgestellten Pflegefälle zu begleichen.

Zusätzlichen Streit erweckten die sogenannten „Landarmen“, zumal, wenn sie als Selbstmelder aus der Provinz auftauchten. Welche Gemeinde sollte die Haftung übernehmen? Die Armendirektion Berlin hatte die Charité-Direktion 1917 darauf hingewiesen, dass bei diesen Personen ein schneller Wechsel des fürsorgepflichtigen Armenverbandes möglich sei. Die Auseinandersetzung war 1919 noch nicht zu beenden. Der Landesdirektor der Provinz Brandenburg schrieb Ende 1919 der Charité-Direktion seine Meinung, dass Selbstmelder ohne vorherige armenrechtliche Fürsorge an ihrem Wohnort nicht automatisch durch die Krankenhausaufnahme „Arme“ würden, also nicht den Landarmenverband, in dessen Bezirk der letzte Wohnort besteht, belasteten, sofern nicht schon vorher dort Fürsorge bestand. Er schlug vor, Berlin zahle als Landarmenverband der Charité ihre Forderungen und klage auf Erstattung gegen den Ortsarmenverband der Wohnsitzgemeinde des Kranken.²⁴⁹ Die Armendirektion Berlin teilte diese Auffassung des Landesdirektors nicht, was eine Reihe weiterer schriftlicher Auseinandersetzungen zwischen der Charité, der Armendirektion Berlin und dem Landesdirektor der Provinz Brandenburg nach sich zog.

Im Frühjahr 1920 erhielt die Charité-Direktion von der Armendirektion Berlin die Nachricht: „Die Heranziehung des Ortsarmenverbandes der Wohnsitzgemeinde zur Kostentragung bei Landarmen [...] halten wir aufgrund der ergangenen Reichsgerichtsurteile für unzulässig. In solchen Fällen haftet u.E. derjenige Landarmenverband, in dessen Bezirk die Wohnsitzgemeinde belegen ist. Unsere Haftung wollen wir allerdings in den Fällen anerkennen, in denen ein Landarmer, der keinen Wohnsitz besitzt, hier hilfsbedürftig wird.“²⁵⁰

Es wurde weiterhin in strittigem Schriftwechsel die Entscheidung des Bundesamts für das Heimatwesen dem des Reichsgerichts gegenüber gestellt, also die Pflichten der Gemeinden des bürgerlichen und des armenrechtlichen Wohnsitzes, wobei sich das

248 UAHUB Nr. 987, Bl. 140.

249 Ebenda, Bl. 175 ff.

250 UAHUB Nr. 987, Bl. 170.

Reichsgericht auf die Auslegung des § 7 des Regulativs von 1830 bezogen hatte, in dessen Sinn es Vorschriften zum Ersatzanspruch für die Charité sah. Es hielt rein armenrechtliche Grundsätze für anwendbar und meinte, dass mit Erfolg nur der Ortsarmenverband Berlin in Anspruch genommen werden könne.

Die Armendirektion der Stadtgemeinde Berlin überprüfte die monatliche Abrechnung der Charité-Direktion für verpflegte Kranke und teilte ihr die Namen „derjenigen in die Königliche Charité aufgenommenen Personen, für welche die Übernahme der Kosten auf das städtische Konto seitens der Armendirektion abgelehnt worden ist“²⁵¹ mit. Dieses bedeutete im Oktober 1913 für die Charité ein Defizit in der Kostenübernahme von 18.774 Mark. Im Laufe der Jahre summierten sich die Verluste und erhöhten die jahreswirtschaftlichen Minusbilanzen. Das Kultusministerium wurde um Niederschlagung nicht mehr eintreibbarer Summen gebeten.

251 UAHUB Nr. 1000, Bl. 6.

V. Aufnahme von Kranken aus Gemeinden außerhalb Berlins

Da die Verwaltung des Charité-Krankenhauses nie der Kommune übertragen worden war, sondern die Anstalt zur Verbesserung des Krankenhauswesens des gesamten preußischen Staates gedacht war, wuchs der Einzugsbereich an Kranken deutlich über die Berliner Stadtgrenzen hinaus, was durch die Vereinigung mit der Humboldt-Universität noch mehr Gewicht bekommen hatte.

Die Aufnahme von Kranken aus Gemeinden außerhalb Berlins war seltener ein Kapazitätsproblem als das der Übernahme von Kostenträgerschaft durch einen Armenverband bei mittellosen Selbstmeldern, wobei insbesondere die lokale Zuständigkeit schwer zu ermitteln und festzulegen war. Die Armenpflege der außerhalb Berlins gelegenen Gemeinden wurde damals ebenso zur Komplementierung der Kostenübernahme einer Krankenhausbehandlung angegangen, sofern eine Krankenkasse dies nur teilweise leistete.

Eine Statistik, wie sie im Verwaltungs-Bericht der Charité-Annalen zum Krankenhaus-Betrieb geführt wurde, ist für auswärtige Patienten nicht zu finden. Das Statistische Jahrbuch der Stadt Berlin erwähnt zu seinen Krankenhaus-Zahlen, es seien „auch die von auswärts zur Kur hergekommenen Kranken, deren Zahl (nach dem Verwaltungsberichte) im Verwaltungsjahr 1899/1900“ in den städtischen Krankenhäusern 3.175 betrug, eingeschlossen. „Bezüglich der übrigen Anstalten sind die entsprechenden Zahlen nicht bekannt;“²⁵² Der „Berliner Lokale Anzeiger“ bemerkte im Frühjahr 1913 in einem Artikel über das Verhältnis der Charité zur Stadt, während vor 10 bis 15 Jahren die Charité rund 450.000 Verpflegungstage „zum weitaus größten Teile an Berliner Arme gewährte, entfallen im Jahre 1911 nur noch wenig über ein Drittel der gewährten Tage auf Berliner Arme“. Die Charité lebe mit „starker Heranziehung von Kranken auswärtiger Gemeinden“ und nicht nur der Vororte der Stadt, sondern „aus allen Teilen der Monarchie, ja sogar aus dem Auslande,“²⁵³ Dazu wurde die Meinung gedruckt, auswärtige Arme würden durch die Charité dem Berliner Steuerzahler zur Last fallen; sie sollten von auswärtigen Armenverbänden versorgt werden. In der Buchführung der Charité-Verwaltung lag der Anteil „Angehörige auswärtiger Krankenkassen und Gemeinden“ bei rund 44 Prozent der III. Klasse-

252 Statistisches Jahrbuch der Stadt Berlin 26. Jg., S. 450, 452.

253 GStA PK, Rep. 76 VIII B, Nr. 1768, Bl. 215.

Verpflegungstage des Wirtschaftsjahrs 1913.²⁵⁴

Sobald ein auswärtiger Kranker kein fähiger Selbstzahler oder Mitglied einer Krankenkasse war, begann in der Regel der Streit mit seiner Gemeinde über die Verpflichtung zur Kostenübernahme, sprich der endgültig verpflichteten Unterstützung.

1908 versandte die Charité-Direktion nach einem Prozesssieg um Kostenübernahme gegen die Gemeinde Boxhagen-Rummelsburg an vorörtliche Gemeinden eine Auflistung der wichtigsten Punkte dieses Rechtspruchs des Kammergerichts mit Betonung der Befugnis der Charité, von den Gemeinden, denen die Kranken angehörten, Kosten einzuziehen, unabhängig davon, ob der Patient arm oder vermögend war.²⁵⁵ Einige Gemeinden reagierten darauf weitgehend kooperativ. Dennoch gab es weiterhin Gemeinden wie Steglitz mit bis in das Jahr 1907 zurück reichenden Patientenlisten.²⁵⁶

1911 teilte der Gemeindevorstand von Reinickendorf der Charité-Direktion mit: „Die Armenlasten der Gemeinden“ [...] „wachsen jedes Jahr in besorgniserregender Weise.“ Daher sollte zukünftig die Aufnahme von Kranken erfolgen,

1. in der Regel nur, „wenn hiesige Armenverwaltung darum ersucht“ und zur Kostenübernahme bereit ist.
2. Ausnahme: bei Lebensgefahr, dann „ungesäumt“ Mitteilung an den Armenverband geben und Beifügung einer ärztlichen Bescheinigung über die Notwendigkeit der sofortigen Aufnahme“.
3. Die Entlassung so früh wie möglich.²⁵⁷

Der Gemeindevorstand bat danach noch einmal um eine Erklärung der Charité, wonach, „[...] uns die aufgewendeten Kosten, soweit sie nicht von uns als Unterstützungswohnsitz zu tragen sind, zurückgezahlt werden sofern das Reichsgericht das Urteil des Kammergerichts, daß nicht die Wohnsitzgemeinde, sondern der Unterstützungswohnsitz die Kosten zu übernehmen hat, bestätigen sollte.“²⁵⁸

254 GStA PK, Rep. 76, VIII D, Nr. 202 Etatjahre 1913-1915; siehe Anhang 18.

255 Preußisches Verwaltungsblatt 2.1.09 Jg. 30 No.14.

256 UAHUB Nr. 1015, Bl. 75.

257 Ebenda, Bl. 92.

258 Ebenda, Bl. 109.

Die Armendirektion in Berlin wurde ebenfalls regelmäßig in die Erstattungsfrage mit einbezogen, sobald der aufgenommene hilfsbedürftige Kranke zwar aus einer auswärtigen Gemeinde stammte, doch die Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung innerhalb des Berliner Armenbezirks auftrat. Schon 1908 hatte die Armendeputation im Magistrat Berlin gegenüber der Charité-Direktion betont, dass die „[...] von uns vertretene Ansicht, dass nämlich unter der Heimatgemeinde des § 7 des Regulativs die Gemeinde zu verstehen ist, die zur Armenpflege verpflichtet ist, auch von dem Preussischen Ober-Tribunal vertreten worden ist. (Entsch. Band 59 S. 381)“ Daher stelle sie sich darauf ein „[...] wenn wir als Wohnsitzgemeinde angegangen werden sollten, ohne gleichzeitig die Unterstützungswohnsitzgemeinde zu sein, die Bezahlung ablehnen.“²⁵⁹

1912 mochte die Armendeputation des Magistrats Berlin bis zum Reichsgerichtsurteil über die Kostenpflichtigkeit der bürgerlichen Wohnsitzgemeinde oder der Gemeinde im armenrechtlichen Sinn, keine Liquidationen an die Charité-Direktion leisten.²⁶⁰ Daran hatte auch der Spruch des Bundesamts für das Heimatwesen am 11. Dezember 1909 nichts geändert, wonach die Charité bei Selbstmeldern im gesetzlichen Auftrag des zunächst unterstützungspflichtigen Armenverbandes handelte, in dessen Bezirk sich der Kranke bei der Hilfsbedürftigkeit befand.²⁶¹

Das Reichsgericht urteilte am 18. Dezember 1913 die Gemeindeangehörigkeit einer Person im armenrechtlichen Sinn, das heißt als die Gemeinde, die nach der Armengesetzgebung die Unterstützungspflicht traf und nicht der bürgerliche Wohnsitz. Nachdem in diesem Urteil jedoch offen geblieben war, ob der vorläufig (§ 28 UWG) oder der endgültig (§§ 10 und 29 UWG) unterstützungspflichtige Armenverband die Erstattung zu leisten hat, wurden viele Kostenstreitfälle nicht beigelegt, sondern der Punkt der Auseinandersetzung lag nun in der Feststellung, ob die Rechnung der Krankenhausbehandlung an die vorläufige Unterstützungswohnsitzgemeinde oder an die als endgültig festgestellte Unterstützungswohnsitzgemeinde zu richten war.

Landarmenverbände, insbesondere der Provinz Brandenburg und Provinz Sachsen, lehnten häufig auch bei unstreitig Landarmen, also Personen ohne einen Unterstützungswohnsitz bzw. wo kein solcher zu ermitteln war, jegliche Fürsorge ab

259 UAHUB Nr. 1015, Bl. 12.

260 Ebenda, Bl. 114.

261 UAHUB Nr. 1208, Bl. 3.

und verwiesen auf die Ortsarmenverbände, in deren Bezirk die Hilfsbedürftigkeit erkennbar geworden war.

„Um für den Fall einer entgegengesetzten höchstrichterlichen Entscheidung Ausfälle zu vermeiden“²⁶² meldete die Charité nun einen unterstützungsberechtigten Pflegefall sowohl bei dem Armenverband, in dessen Bezirk die Hilfsbedürftigkeit aufgetreten war und damit vorläufig verpflichtetem, als auch möglichst bei dem endgültig verpflichteten an, bis ein eindeutiges Gerichtsurteil ausgesprochen werden würde. Der nach § 28 UWG vorläufig verpflichteten Gemeinde wurde eine Erklärung zur Zurückzahlung beigegeben, falls sie mit höchstrichterlicher Entscheidung nicht die nach § 7 des Regulativs Verpflichtete sein sollte.²⁶³

Auch damit war eine lückenlosere Einziehung der Kosten noch längst nicht möglich. Selbst bei Klarstellung der verpflichteten Gemeinde gab es Differenzen bezüglich des zu erstattenden Pflegesatzes. Beispielsweise lehnte es 1914 die Stadt Breslau als ermittelte Unterstützungswohnsitzgemeinde in Anlehnung an den § 7 des Reglements der Charité gegenüber ab, einen höheren Satz als den preußischen Armentarif vom 30. November 1910 zu bezahlen. Die Charité argumentierte dagegen, dass dieser Tarif von jeher von den zuständigen Ministerien für die Erstattungsforderungen der Armenverbände untereinander festgesetzt wurde, dass aber die Charité kein Organ eines Armenverbandes sei und daher auch dieser Tarif nicht geltend gemacht werden könne.

Mit der Entscheidung des Reichsgerichts vom 18. Dezember 1913 tauchten zudem Regressansprüche von Gemeinden auf, die zuvor als unterstützungsverpflichteter bürgerlicher Wohnsitz der Charité ihre Kosten für Hilfsbedürftige des Bezirks entrichtet hatten. Das Ministerium für die geistlichen und Unterrichts-Angelegenheiten gab der Charité-Direktion 1914 die Anweisung, eine Rückzahlung nur bei rechtlicher Unanfechtbarkeit der Forderung zu leisten.²⁶⁴

1916 erklärte die Charité-Direktion dem Ministerium der geistlichen und Unterrichts-Angelegenheiten die seit 1903 jährlich steigende Zunahme an ausstehenden Rechnungen mit ständig neuen Gründen der Stadt Berlin für eine Ablehnung der Kostenübernahme. Und einem Bewusstsein auswärtiger Gemeinden für die rechtlichen

262 UAHUB Nr. 1208, Bl. 3.

263 Ebenda, Bl. 3.

264 Ebenda, Bl. 1.

Streitfragen über die Auslegung des Regulativs, was zu einer zunehmenden Verweigerung der Zahlung bis zur „endgültigen Klärung der Rechtslage“²⁶⁵ führte. Die Rechnungen wurden gestundet, da die Charité nicht eine Vielzahl von Einzelprozessen wünschte. Außerdem wären die Akten bei Stundung unter besserer Kontrolle als bei Rückforderungen.

Neben den Zahlungsverweigerungen der auswärtigen Gemeinden wurde von diesen wiederholt eine strenge Regelung der Krankenhaus-Aufnahme, insbesondere von Selbstmeldern, seitens der Charité gefordert, wonach Kranke ohne Aufnahmeschein eines Armenverbands oder einer Krankenkasse soweit wie möglich abgewiesen werden sollten. Beispielsweise bat der Kreis-Ausschuss des Kreises Niederbarnim 1913 die Charité um Abweisung bei Selbstmeldern ohne Aufnahmeschein seitens eines Armenverbandes oder einer Krankenkasse aus ihrer Gemeinde, „sofern ihr Zustand dies gestattet“.²⁶⁶

Berlin-Schöneberg, Berlin-Wilmersdorf und Charlottenburg hatten schon circa zwei Jahre keine Zahlung mehr an die Charité geleistet außer für von ihnen eingewiesene Kranke, als das Reichsgericht am 24. Februar 1916 mit einem weiteren Urteil in einem Prozess der Charité gegen Neukölln die endgültig verpflichteten Armenverbände zur Erstattung von Kurkosten entschied.²⁶⁷

Dies bedeutete für die Charité-Verwaltung eine Umarbeitung noch ausstehender Rechnungen sowie auch die Einreichung zukünftiger Rechnungen an den endgültig verpflichteten Armenverband, was weniger eine finanzielle Einbuße bedeutete als eine unbequemere Ermittlung des zuständigen Armenverbands, insbesondere bei den länger zurückliegenden Pflegefällen. Offensichtlicher als die endgültige Verpflichtung eines Armenverbands war die des vorläufig verpflichteten oder der bürgerliche Wohnsitz gewesen, in dessen Bezirk eine Behandlungsbedürftigkeit aufgetreten war.

Das Ministerium der geistlichen und Unterrichts-Angelegenheiten wies die Direktion an, wo mit dem Urteil vom 24. Februar 1916 die Rechtsfrage entschieden sei, die Restkosten „mit allem Nachdruck“²⁶⁸ anzufordern und unbeibringliche Restbeträge auszusondern. 1917 erteilte das Ministerium der Charité-Direktion im Einverständnis

265 UAHUB Nr. 1208, Bl. 41.

266 UAHUB Nr. 1015, Bl. 123.

267 Gerichtsurteil, siehe Anhang 15.

268 UAHUB Nr. 1208, Bl. 49.

mit dem Finanzministerium die Genehmigung, „daß von den auf die Rechnungsjahre 1903-1914 entfallenden Kurkostenresten, [...], der Betrag von 40.868,40 M wegen nachträglicher Abrechnung auf die 100.000 freien Verpflegungstage der Berliner Stadtgemeinde in Abgang gestellt oder wegen Unbeibringlichkeit niedergeschlagen wird.“²⁶⁹

Bis Mitte der 20er Jahre reduzierten sich die Auseinandersetzungen der Charité mit auswärtigen Gemeinden und die Charité-Direktion stellte 1926 fest, dass sie nur wenige auswärtige Kranke ohne Benachrichtigung deren Krankenkasse oder dem Wohlfahrtsamt aufnahmen. Die Auswärtigen kämen meist in die Polikliniken zur ambulanten Behandlung, stationäre Versorgung entstünde in der Regel nur bei Schwerkrankheit. Viele würden bei Aufnahme Vorschuss leisten und die Restschulden in Raten abzahlen. Nur bei längerer Behandlungsdauer benötige man schließlich das Wohlfahrtsamt.

Die Besucher der Polikliniken erhielten schon dort den Hinweis, dass sich der Kranke vor einer eventuellen Aufnahme an seine Krankenkasse oder das Wohlfahrtsamt zu wenden habe. Auch schriftliche Anfragen wurden in diesem Sinne beantwortet, beispielsweise von Schwangeren mit einem entsprechenden Formular.

In der Regel kamen Auswärtige mit einer Überweisung der Gemeinde, Krankenkasse, Versorgungsamt usw. Selbstmelder gab es in verhältnismäßig geringer Anzahl und wurden nur aufgenommen, wenn ihr Zustand eine Abweisung nicht erlaubte, da die Einnahme der Behandlungskosten nach wie vor als umständlich betrachtet wurde.²⁷⁰

Die Auseinandersetzungen zur Kostenübernahme mit einer Gemeinde außerhalb Berlins soll am Beispiel der Armendeputation des Magistrats Wilmersdorf dargestellt werden:

Schriftwechsel mit dem Magistrat Wilmersdorf

Zu Beginn des Jahres 1912 führte der Magistrat Wilmersdorf bei der Charité-Direktion eine statistische Anfrage zu den im Jahre 1911 in der Charité behandelten Wilmersdorfer Gemeindemitgliedern durch, da die Planung eines eigenen Krankenhauses diskutiert wurde.

269 UAHUB Nr. 1208, Bl. 58.

270 Ebenda, Bl. 141.

Daraufhin teilte die Armendeputation der Gemeinde Wilmersdorf der Charité-Direktion mit: „Die gegenwärtige, durch die verschiedene Auslegung des § 7 des Regulativs vom 7. September 1830 geschaffene unsichere Rechtslage zwingt uns, bezüglich der im Schreiben vom 8. April 1904 – 6.III.1199 – ausgesprochenen Bereiterklärung zur Uebnahme der Kurkosten für hier wohnhafte mittellose und unabweisbare Kranke zu dem Ersuchen, das bisher auf Grund des bezeichneten Schreibens geübte Verfahren vorläufig ruhen zu lassen. Sobald in der Regulativ-Angelegenheit eine endgültige Entscheidung ergangen ist, werden wir weitere Mitteilung machen.“²⁷¹

Kurz darauf genehmigte der Magistrat eine Ausnahme für den Sonderfall, dass von der städtischen Feuerwehr ein Geisteskranker dringend untergebracht werden müsse; „so dementsprechende Aufnahmebereitschaft.“²⁷²

Anhand einiger Fallsituationen erging an die Charité-Direktion von der Armendeputation eine Definition der Gemeinde Wilmersdorf zum „Unterstützungswohnsitz“, also wann der Magistrat die Gemeindekosten für eine Krankenbehandlung genehmige. Beispielsweise wurden 1913 die Behandlungskosten einer jungen Frau im Gesindedienst abgelehnt, die, als sie Sonntags zunächst nicht im Charité-Krankenhaus aufgenommen wurde und sich nach Anweisung des Aufnahmebeamten bei der Armenverwaltung in Wilmersdorf oder Berlin einen Aufnahmeschein besorgen wollte, denselben Tag bei ihrer Cousine in Berlin übernachtete. Das Bemühen der Frau, montags bei der Armenverwaltung Wilmersdorf den Aufnahmeschein zu erhalten, schlug fehl, da laut Armendeputation Wilmersdorf mit einer Übernachtung in Berlin die Unterstützungspflicht Berlins eingetreten sei: „nach § 28 UWG ist jeder Hilfsbedürftige vorläufig von demjenigen Armenverbande zu unterstützen, in dessen Bezirk er sich beim Eintritt der Hilfsbedürftigkeit befindet.“²⁷³

Konsequenterweise unterstützungsverpflichtet für eine Aufnahme der Schwangeren im Wilmersdorfer Mutterheim sah sich der Magistrat deswegen nicht. Er betrachtete diese Frauen 1913 als nicht ortsansässig, da „[...] nach § 7 des BGB zum Erwerb eines Wohnsitzes ständige Niederlassung gehört, [...]“²⁷⁴ Die Charité-Direktion entgegnete, dass das Mutterheim keine Anstalt sei, „bei der durch den Eintritt in dieselbe der

271 UAHUB Nr. 1213, Bl. 2.

272 Ebenda, Bl. 4.

273 Ebenda, Bl. 14 ff.

274 Ebenda, Bl. 11.

gewöhnliche Aufenthalt in der dortigen Gemeinde nicht erworben werden kann.“²⁷⁵

Als Reaktion auf die Entscheidung des Reichsgerichts vom 18. Dezember 1913 zur Unterstützungsverpflichtung der armenrechtlich zugehörigen Gemeinde eines Kranken stellte die Charité-Direktion im Februar 1914 an die Armendeputation des Magistrats Wilmersdorf die Forderung, die seit 1911 „rückständigen Verpflegungskosten in Gemäßheit der Reichsgerichtsentscheidung baldigst zu erstatten.“²⁷⁶ Worauf die Armendeputation die Charité-Direktion darauf hinwies, dass für einen Unterstützten entweder nach § 28 UWG die vorläufig verpflichtete oder die nach § 29 und § 30 UWG endgültig verpflichtete Gemeinde zu verstehen sei und jemand nicht beiden Gemeinden armenrechtlich angehören könne. Es wurde eine Mitteilung erbeten, welchen „Standpunkt“ die Charité einnähme.

Kurz darauf wurde der Charité-Direktion die Sichtweise der Armendeputation Wilmersdorf insofern ergänzt, als diese sich bei Unterstützungen gemäß § 28 UWG als vorläufig verpflichtete Gemeinde nicht in Betracht kommen sähe. Falls ein Selbstmelder in der Charité aufgenommen werde, ohne zuvor bei der öffentlichen Armenpflege den Aufnahmeschein abzuholen, sei die vorläufig verpflichtete Gemeinde automatisch Berlin. Diese Logik bezog sich auf die Rechtsprechung des Bundesamtes für das Heimatwesen, wonach der „tatsächliche“ Aufenthalt von Hilfsbedürftigen „für das Einschreiten der Armenpflege maßgebend“ sei und nicht der „gewöhnliche“ nach § 10 UWG.²⁷⁷ Es wurde ausführlich argumentiert, warum das Bundesamt für das Heimatwesen Unrecht habe in der Annahme, die Gemeinde des Wohnsitzes sei die verpflichtete. Die Wilmersdorfer Armenverbände könnten nicht vorläufig und endgültig verpflichtete sein, wohl aber die Berliner. „Der hiesige Armenverband würde nur dann einzutreten haben, wenn die zu erwartende Reichsgerichtsentscheidung feststellt, daß nach dem Regulativ der endgültig verpflichtete Armenverband zur Erstattung verbunden ist“²⁷⁸ Deshalb würden Kostenforderungen in Bezug auf § 28 UWG abgelehnt. Kostenerstattungen, bei denen §29 bzw § 30 UWG zuträfen, würden vorerst gezahlt, aber rückgefordert, falls das Reichsgericht die vorläufig verpflichtete Gemeinde als die Kostenpflichtige entscheiden sollte.

275 UAHUB Nr. 1213, Bl. 11.

276 Ebenda, Bl. 23.

277 Ebenda, Bl. 30.

278 Ebenda, Bl. 30.

Mit § 29 UWG sah die Armendeputation den Armenverband des Arbeits- und Dienstortes haftpflichtig für die ersten 26 Wochen eines Krankheitsfalles. Die Kosten für eine Entbindung mit nicht-pathologischer Schwangerschaft lehnte sie prinzipiell ab, da dies keine Krankheit im Sinne des Regulativs sei.

Die Charité-Direktion widersprach dieser Rechtsauslegung. Daraufhin verweigerte der Armenverband Wilmersdorf im Herbst 1914 der Charité-Direktion wegen der verschiedenen Rechtsauffassungen „die Bezahlung in sämtlichen Regulativfällen bis zur Klärung der Rechtslage durch eine neue Reichsgerichtsentscheidung“²⁷⁹, mit der Einräumung, bei entsprechendem Urteil keine Verjährung einwenden zu wollen. Ende des Jahres 1914 klagte die Charité beim Königlichen Amtsgericht Charlottenburg 9822,31 M plus 4 % Zins seit 1912 aufgrund des Regulativs 1830 ein und erwünschte vom Gericht einen Zahlungsbefehl.

Es dauerte noch bis zum Reichsgerichtsurteil am 24. Februar 1916, dass der endgültig verpflichtete Armenverband rechtskräftig kostenpflichtig ausgesprochen wurde. Nach dem Weltkrieg beseitigte das Reichsgericht am 10. April 1919 in einem Prozess der Charité gegen die Stadt Berlin weitere Rechtsunsicherheit und urteilte Gemeinden als Arbeitsorte im Umfang des § 29 UWG der Charité gegenüber für die Kosten der Krankenbehandlung erstattungspflichtig.

Im Herbst 1919 meldete der Magistrat Wilmersdorf der Charité, dass die Gemeinde aufgrund des Reichsgerichtsurteils am 10. April 1919 „nunmehr auch in den Fällen des §29 UWG Zahlung leisten werden.“²⁸⁰ Allerdings wurde die Entscheidung des Reichsgerichts für nicht zutreffend erklärt, sondern die Rechtsauffassung des Bundesamts für das Heimatwesen, die immer noch in direktem Gegensatz zu der des Reichsgerichts stand. So wurde der Bereitschaft zur Kostenübernahme die Einschränkung angehängt, die gezahlten Beträge zurückfordern zu wollen, falls das Reichsgericht noch zu einem anderen Urteil käme.

Ein wenig zusammenfassend lässt sich die juristische Komplikation für die Finanzen der Charité – mit Konsequenzen für die Aufnahmeregelung – in den Mitteilungen und Vorstellungen der Direktion an das Ministerium darstellen:

279 UAHUB Nr. 1213, Bl. 40.

280 Ebenda, Bl. 63 ff.

Preußische Verwaltungsgesetze – die „Zwickmühle“ der Charité bei der Kosteneinziehung.

In einer Zwickmühle befand sich die Verwaltungsleitung der Charité bei ihrer Kosteneinziehung durch die preußischen Gesetze. Dies wurde dem Ministerium der geistlichen, Unterrichts- und Medizinal-Angelegenheiten detailliert und mit einem juristischen Vorschlag vermittelt. Am 22. Mai 1907 argumentierten die Direktoren Scheibe und Pütter:

Die Einziehung der Verpflegungskosten für solche, die nicht in Berlin, sondern in einer auswärtigen, insbesondere einer Vorortgemeinde wohnende Kranke, welche selbst die Aufnahme in die Charité ersuchen, sich nicht im Besitze von Mitteln befinden und mit Rücksicht auf ihren Krankheitszustand nicht abgewiesen werden können, verursacht für die Charité-Verwaltung die größten Schwierigkeiten. Wendet sich die Charité-Verwaltung in einem solchen Falle an den Armenverband der auswärtigen Wohnsitzgemeinde, so verweigert diese die Zahlung unter Berufung darauf, daß sie die Unterbringung in der Charité nicht angeordnet oder aufgesucht habe und daß die Unterstützungsbedürftigkeit des Aufgenommenen in Berlin hervorgetreten sei und deshalb der Armenverband Berlin die vorläufige Fürsorge nach den Bestimmungen der Armengesetzgebung zu übernehmen habe. Wenden wir uns wegen Übernahme der Kosten an die Stadt Berlin, so werden wir mit dem Vorwurf abgewiesen, daß nach § 7 des Regulativs vom 7. September 1830 uns das Recht zustehe, die Kosten von der auswärtigen Gemeinde direkt einzuziehen. Bringen wir die aufgenommenen Kranken als sogenannte auswärtige arme Selbstmelder auf die nach der Allerhöchsten Kabinettsorder vom 6. Juni 1835 der Stadt Berlin zustehenden 100.000 freien Verpflegungstage in Rechnung, so widerspricht die Stadt Berlin und verweigert Zahlung bzw. Anrechnung der entstehenden Beträge, weil die 100.000 freien Tage angeblich nur für in Berlin ortsangehörige arme Kranke bestimmt seien.

Die Weigerung der Stadt Berlin ist aus praktischen Gründen erklärlich, denn während sie bei der Anrechnung auf die 100.000 freien Tage der Charité die vollen Verpflegungskosten, d.i. mindestens 2,50 M für den Verpflegungstag ersetzen muß, kann sie von dem definitiv fürsorgepflichtigen auswärtigen Armenverbände nur Erstattung der tarifmäßigen Kosten im Betrage von 1 M verlangen, sie hat also für auswärtige arme Kranke, die zur Stadt Berlin in gar keiner weiteren Beziehung gestanden haben, für jeden Verpflegungstag mindestens 1,50 M aus ihren Mitteln zuzuschießen. Umgekehrt ist es auch wieder erklärlich, wenn die auswärtigen Gemeinden die Erstattung der durch die Aufnahme ihrer erkrankten Mitglieder entstandenen Kosten unter Berufung auf die Armengesetzgebung ablehnen, weil

Berlin als vorläufig fürsorgepflichtiger Armenverband ihnen gegenüber nur die aus dem Armentarif zulässigen Kosten von 1 M pro Tag erstattet verlangen kann. Die einzigen, die unter der vorstehend beschriebenen Zwickmühle und zwar sowohl durch endlose Schreibereien wie auch finanziell zu leiden hat, ist die Charité. Wir würden auf Grund der nach § 7 des Regulativs vom 7. Sept. 1830 uns zustehenden Rechts zur Einziehung der vollen Verpflegungskosten von den auswärtigen Gemeinden betreiben können, wenn uns dabei nicht der im Ministerialblatte für die innere Verwaltung veröffentlichten Ministerialerlaß vom 25. August 1877 im Wege stände, worin die Charité-Direktion angewiesen ist, in den Fällen, wo sie von den auf § 7 des Regulativs ihr zustehenden Kosten einer auswärtigen preußischen Gemeinde gegenüber Gebrauch macht, nicht mehr den tarifmäßigen Verpflegungssatz der Charité – vormals 1,75 M, jetzt 2,50 M pro Tag – sondern nach dem Armenkostentarif vom 2. Juli 1877 nur 1 M zu liquidieren.

Wir bitten gehorsamst um Aufhebung dieses Erlasses, um uns dadurch den Weg zur Einziehung der vollen Verpflegungskosten wieder frei zu machen. Gegen den Erlaß läßt sich unsere gehorsamsten [...] grundsätzlich einwenden, daß die Charité, während sie kein Armenverband, sondern eine Kranken- und Unterrichtsanstalt ist, bezüglich der Erstattung der Kosten den Armenverbänden gleichgestellt ist.²⁸¹

Die Charité-Direktion erinnerte das Ministerium an diese juristische Änderungsforderung mit einem Urteilsbericht:

Euer Exzellenz haben wir mittels Berichtes vom 2. d. Mts. [...] mitgeteilt, dass wir laut Erkenntnis der 9. Zivilkammer des Kgl. Landgerichtes II in Berlin vom 20. März 1907 in Sachen Charité gegen Pankow ein obsiegendes Urteil auf Grund des § 7 des Reglements vom 7. September 1830 dahingehend erstritten haben, dass die Gemeinde Pankow nach Ablauf der Krankenversicherungsverpflichtung die vollen Kosten von 2,50 M bzw. 4 M für Geisteskranke zu zahlen hat.

Da nun noch mehrere derartige Fälle vorliegen, so fragen wir gehorsamst an, ob wir auf Grund des obengenannten Erkenntnisses die vollen Kosten mit 2,50 M bzw. 4 M statt nur 1 M trotz des Erlasses vom 25. Aug. 1877 an- und einzunehmen befugt sind.

Da ferner die Stadt Berlin höchstwahrscheinlich auf unsere bisher erhobenen Klagen den Einwand der mangelnden Legitimation als *statio fisci* erheben wird, so können erhebliche Verluste nur vermieden werden, wenn der Erlass vom 25. Aug. 1877

281 Scheibe und Pütter an das Kultusministerium, GStA PK, Rep. D VIII, Nr. 201.

möglichst bald aufgehoben wird und wir wiederum die Ermächtigung erhalten, auf Grund des § 7 des Reglements die vollen Kosten von allen Gemeinden zu erheben.²⁸²

Am 1. Juni 1907 ersuchte das Ministerium der geistlichen, Unterrichts- und Medizinal-Angelegenheiten in Verbindung mit dem Finanzministerium den Minister der Inneren um die Aufhebung des Erlasses von 1877. Das benötigte Einverständnis des Innenministeriums erfolgte sechs Wochen später: „Mit der Aufhebung des Erlasses vom 25. Aug. 1877 betreffend die von der Charité-Direktion hierselbst gegen eine auswärtige preußische Heimatgemeinde zu liquidierenden Kosten für verpflegte Kranke, erkläre ich mich ergebenst einverstanden.“²⁸³

282 GStA PK, Rep. 76 VIII D, Nr. 201.

283 Ebenda, Nr. 201.

VI. Exkurs: Behandlungsgebühren von Besuchern der Polikliniken

Die Poliklinik stellt eine Zwischenstation in der Behandlung von einer Arztpraxis und der stationären Aufnahme zur Verfügung. Zu Anfang des 20. Jahrhunderts waren die fachspezifischen Polikliniken der Charité zu einer Alternative für den privaten Arzt geworden, wo auch wenig situierte Kranke medizinische Spezialversorgung erhielten. Dabei gab der große Durchlauf an Patienten Studenten und ärztlichen Berufsanfängern die Möglichkeit zu praktischer Erfahrung, wobei klinisch „interessante“ Fälle für Unterricht und Forschung gut zu selektieren waren. Solche Patienten „bezahlten“ damit ihre zunächst kostenlose Behandlung.

Nicht unerheblich war der Vorteil, den die Stadt Berlin in der kostenlosen oder günstigen poliklinischen Behandlung – nicht nur in der Charité – für die Krankenversorgung ihrer Einwohner hatte und dazu eine Entlastung stationärer Kapazitätsmängel erhielt.²⁸⁴

„Besucher“-Frequenz in den Jahresstatistiken der einzelnen Kliniken.²⁸⁵

Kliniken	1905	1910	1912
I. Medizinische	2.972	13.126	15.512
II. Medizinische	1.848	8.200	17.250
Chirurgische	8.332	11.700	13.143
Kinder	6.681	22.000	23.613
Nerven	2.684	5.814	6.471
Frauen	2.828	4.846	6.128
Haut- und Geschlechtskrankheiten	32.710	4.321	13.896
Ohren	3.198	5.178	14.898 (neue Zugänge)
Augen	3.159	5.600	8.038
Hals- und Nasen	4.969	7.661	10.592
Orthopäd. Chirurgie	2.235	3.899	3.958

Die konstanten finanziellen Jahreszuschüsse des Staates an die poliklinischen Einrichtungen konnten die Behandlungskosten des massiven Anstiegs der Besucherzahlen im Jahrhundertwechsel nicht ausgleichen, so dass vom

284 Siehe Anhang 19: Polikliniken der Stadt Berlin 1899.

285 Charité-Annalen 1913, 25-28.

Kultusministerium der Gedanke nach Einnahmen durch diese Patienten kam.

1908 fragten sowohl die Deputation für die städtischen Krankenanstalten Berlins als auch das Ministerium der geistlichen, Unterrichts- und Medizinal-Angelegenheiten bei der Charité-Direktion schriftlich an, welche Kliniken und Polikliniken Beiträge von den „Besuchern“ einforderten, beispielsweise für Verbände. Dieses geschah tatsächlich in sehr unterschiedlicher Weise, je nach Poliklinik. Teilweise wurde gar nicht, wie in der Frauen- und in der Nervenlinik, oder regelmäßig Bezahlung genommen, zum Beispiel 25 Pf pro Behandlungswoche in der Hals- und Nasenlinik. In den Charité-Annalen wurden 1906 und 1907 in der betriebswirtschaftlichen Auflistung für die poliklinischen Behandlungstage in der Inneren Medizin die selben Tagessätze angegeben wie bei stationärer Aufnahme; allerdings führte diese Poliklinik auch 45 Betten.

1909 gab das Ministerium den Erlass heraus, die Polikliniken sollten „zur Erstattung der baren Auslagen für Medikamente usw. einen wöchentlichen Beitrag von 25 Pf von den Kranken erheben.“²⁸⁶ Diese Erträge, aber auch die Ausgaben der aus der Charité-Apotheke bezogenen Medikamente und Chemikalien, seien auf die Bilanz der klinischen Fonds zu übernehmen.

Nach dem Rechnungsjahr 1909 (1.4.1909 - 31.3.1910) mit laufender Erhebung an Wochenbeiträgen ersuchte die Charité-Direktion 1910 eine Äußerung der Klinikdirektoren mit Vorschlägen für Veränderungen. Insgesamt wurde die Maßnahme positiv bewertet. Nur die Direktoren der Frauen- und der Nervenlinik lehnten es weiterhin ab, von den poliklinischen Patienten Beiträge zu fordern und schrieben ausführlich, weshalb sie dies den Patienten gegenüber unangemessen und den „alten Modus“ der freiwilligen Beiträge angebrachter fänden. In der Frauenklinik müssten die Patientinnen schon viele, noch lernende Hände erdulden, daher könne man ihnen nicht noch Wochenbeiträge aufzwingen. Auch in der Nervenlinik riet der Direktor von solchen Beiträgen „dringend“ ab, da ein medizinischer Erfolg in diesem Bereich so schon selten vorkomme und viele Patienten dauernd erwerbsunfähig seien.²⁸⁷

Im Laufe des Jahres 1910 begründeten auf Nachfrage des Ministeriums hinsichtlich der Einführung eines poliklinischen Tarifs die Direktoren der Frauen- und der Nervenlinik wiederholt ausführlich und nachdrücklich, warum es bislang keine planmäßigen Beiträge für die „Besucher“ gegeben habe. Ende 1911 verlangte das Ministerium der

286 UAHUB Nr. 853, Bl. 53.

287 Ebenda, Bl. 77, 89 - 90, 110-112.

geistlichen, Unterrichts- und Medizinal-Angelegenheiten die Erledigung des Erlasses vom 29. Juni 1910, der die Erhebung von Wochenbeiträgen in der Nerven- und Frauenpoliklinik festlegte.

1914 wurden außer Wochenbeiträgen für die Behandlung in den Polikliniken auch die Röntgen-Beiträge eingeführt.

1919 gab es in der Frauenpoliklinik nach wie vor keine Wochengebühren, jedoch eine Einschreibegebühr, die ab 1. Januar 1919 auf 50 Pf erhöht wurde. Die Wochenbeiträge wurden 1919 im gesamten Charité-Krankenhaus erhöht und wie die meisten Chefärzte hielt Professor Czerny, Direktor der Kinderklinik, diese für überhöht, da die meisten Patienten arm waren und nach Erhöhung zu wenige für den Unterricht „interessante“ Patienten kommen würden. Er schlug vor, anstelle des Wochenbeitrags von 2 Mark pro Einzelbesuch 50 Pf zu berechnen.²⁸⁸

Mitte 1920 bat die Oberpostdirektion die Charité-Direktion wiederholt um die Möglichkeit der unentgeltlichen oder zumindest ermäßigten poliklinischen Behandlung für mittlere Postbeamte. Dazu nahmen die Klinikdirektoren einzeln Stellung und differenzierten untere, mittlere und höhere Beamten. Entsprechend wurden die Beamten der unteren und mittleren Rang-Stufen in der Regel als „minderbemittelt“, durch die Inflation auch in finanzieller Notlage eingeschätzt, so dass sie „wie bisher, umsonst beraten“ und „weiterhin zu den in der Poliklinik üblichen Sätzen von uns behandelt“²⁸⁹ wurden. Die höheren Beamten wurden unverändert zu den Hausärzten oder den privaten Spezialärzten geschickt.

Der Direktor der Augenklinik, Professor Graeff, wies 1921 darauf hin, dass „diese Polikliniken in den letzten Jahren in das Ungemessene wachsen, das Achtfache von Menschenzahlen betragen, wie vor wenigen Jahren, ohne dass Räume oder Ärztezahl vermehrt wäre.“²⁹⁰ Die Augenklinik wollte gerne wie bisher in schweren Fällen helfen, doch keine weiteren Verpflichtungen übernehmen, von denen sie nicht wüssten, wie weit diese gingen. Es wäre auch die Konkurrenz zu praktischen Ärzten und Spezialisten zu bedenken: „[...] wir sind nicht dazu da, den Ärztestand zu ruinieren und alle Welt unentgeltlich zu behandeln. Mögen die Beamten ihren Arzt bezahlen, oder die Direktion

288 UAHUB Nr. 853, Bl. 189.

289 Ebenda, Bl. 213.

290 Ebenda, Bl. 210.

dafür sorgen, dass ihre Beamten in die Kassen kommen.“²⁹¹

1921 teilte das Ministerium für Wissenschaft, Kunst und Volksbildung der Charité-Direktion mit, „[...] wegen Erhöhung und gleichmäßige Bemessung der von den Polikliniken behandelten Kranken zu erhebenden Gebühren ist mit den Direktoren der Kliniken [...] zu verhandeln.“²⁹²

Eine Liste der Röntgen- und poliklinischen Beiträge blieb bestehen, welche im Laufe der Inflationszeit in immer kürzeren Zeiträumen korrigiert wurden, so dass 1923 letztlich „Friedenspreise“ – gemeint waren Basispreise – mit „jeweiliger Teuerungsziffer vervielfältigt wird.“²⁹³

Die Änderungen von poliklinischen Gebühren in der Charité bewirkten direkte Reaktionen bei den städtischen Krankenhäusern, was im Gemeindebericht 1906 bis 1910 erwähnt wird:

Eine Anfrage des Ministers der geistlichen, Unterrichts- und Medizinal-Angelegenheiten bot uns Veranlassung, Normen über die röntgenologische Untersuchung und Behandlung von Kranken sowie Vorschriften über die Erhebung von Gebühren für die poliklinische und ambulatorische Behandlung von Kranken aufzustellen und die bisher über die Gebührenerhebung erlassenen Bestimmungen zusammenzustellen.²⁹⁴

291 UAHUB Nr. 853, Bl. 210.

292 Ebenda, Bl. 214.

293 Ebenda, Bl. 27.

294 Bericht ü.d. Gemeinde-Verwaltung d. St. B. 1906-1910, 223.

VII. Spezielle Patientengruppen

1. Aufnahme von Schwangeren

Wie groß der Zulauf der Charité bei Entbindung war, wird im Verwaltungsbericht der Charité-Annalen dargestellt. Zum Etatjahr vom 1. April 1905 bis 31. März 1906 heißt es:

Auch die Entbindungsanstalt ist dauernd überfüllt. Um die Anstalt wenigstens einigermaßen zu entlasten, ist die Aufnahme normaler Wöchnerinnen nicht mehr in dem erwünschten Umfange möglich; für Patientinnen mit Störungen des Wochenbetts ist eine besondere Station 11a als Nebenabteilung von Station 11 (gynäkologische Klinik) bis auf weiteres eingerichtet worden. Trotz alledem wurde es wiederholt notwendig, die Aufnahme von Schwangeren für kurze Zeit (24 Stunden) ganz auszusetzen. Die Notwendigkeit, Schwangere, sogar Gebärende, abzuweisen, wurde stets besonders schwer empfunden, zumal da die Entbindungsanstalt der Charité und die Königl. Frauenklinik in der Artilleriestrasse die einzigen derartigen Institute in Berlin sind. Eine Besserung wird hier, ebenso wie die Unterbringung von Geschlechtskranken und Geisteskranken erst von der Eröffnung des Rudolf-Virchow-Krankenhauses zu erwarten sein.²⁹⁵

Anfang des Jahres 1913 begann die Armendirektion Berlin, sich aus ihrer Bereitschaft für die Übernahme der Krankenhaus-Verpflegungskosten schwangerer und gebärender Frauen in der Charité zu entziehen und vertrat in der folgenden Auseinandersetzung mit der Charité-Direktion den Standpunkt, dass nach besagtem Regulativ und der Kabinettsorder nur „Kranke“ aufzunehmen seien. Schwangerschaft sei aber keine Krankheit wie auch ein regulär verlaufendes Wochenbett keine Krankheit im Sinne des §29 des UWG sei.²⁹⁶ Daher gehöre die „Krankenhausverpflegung schwangerer Personen“ nicht zu den „notwendigen Armenpflegekosten“.²⁹⁷ Gezahlt würde ab 1. März 1913 nur noch bei pathologischer Entbindung und Wochenbett, wobei schon ausgesprochene Krankheitserscheinungen vorliegen müssten und dazu würde beispielsweise ein Dammriss nicht gerechnet.

Wer als „arm“ zu bezeichnen sei, entscheide prinzipiell die Armendirektion und nicht die Charité. Auf keinen Fall würden Kosten erstattet für „Hausschwangere“ – einer seinerzeit möglichen Form des Lebensunterhalts Schwangerer im Krankenhaus wie sie

295 Charité-Annalen 1906, 20.

296 UAHUB Nr. 1063, Bl. 2 ff.

im Rudolf-Virchow-Krankenhaus möglich war: die Frauen erhielten freie Verpflegung und Unterkunft gegen angemessene Hausbeschäftigung. Dem Königlichen Oberversicherungsamt Groß-Berlin verneinte die Charité 1914 die Anfrage nach Beschäftigung „Hausschwangerer“. Die Armendirektion schlug vor, für Wöchnerinnen den Kostensatz zu honorieren, der in der „offenen Armenpflege“ an Hebammen gezahlt wurde. Die Charité reagierte darauf mit dem Hinweis, dass 77 Jahre lang regelmäßig bezahlt worden sei, und verwies auf die „Geschäftsanweisung für die Armenpflege der Stadt Berlin vom 1. April 1902“ § 82: „Schwangere, deren Entbindung zweckmäßiger in einer Anstalt als in der Wohnung stattfindet, sind an die Charité zu weisen.“²⁹⁸

Normalerweise erfolgten die Aufnahmen circa 14 Tage vor dem Entbindungstermin, in Notfällen früher, vor allen bei unehelichen Schwangeren, ohne dass dazu ein Überweisungsschein notwendig gewesen wäre. Vor einer Entbindung wisse man nicht, ob das Wochenbett normal verlaufen werde. Daraus erfolge ein Widerspruch: einerseits die Aufforderung, insbesondere uneheliche Schwangere zu überweisen, die die Mehrzahl der Aufgenommenen in der Geburtsklinik darstellten, um pathologische Verläufe zu vermeiden, und andererseits sollten nur bei pathologischer Entbindung und Wochenbett die Verpflegungskosten gezahlt werden.

Für die Ausbildung der Ärzte sei es wichtig, genügend Erfahrung bei Entbindungen jeder Variante zwischen Normalität und Pathologie zu bekommen. Die Charité betonte den § 6 des Regulativs vom 7. September 1830 mit der Bestimmung, [...] „daß das Kuratorium über die Aufnahme von Kranken in die Charité und die ihr beigegebenen Heilanstalten verfügt.“²⁹⁹ Die Entbindungsanstalt sei ein Heilinstitut und damit die aufgenommenen Schwangeren „Kranke“.

Das Königliche Obertribunal hatte 1876 in einem Prozess der Armendirektion wider den Königlichen Fiskus, vertreten durch die Charité, entschieden, dass die Stadt Berlin für alle ortsansässigen Kranken aufzukommen habe. Schließlich würde die Stadt Berlin zur Erleichterung der Armenlasten die 100.000 freien Verpflegungstage der Charité pro Jahr erhalten. In diese Rechnung kämen nach Aussage der Allerhöchsten Kabinettsorder „zu einer Krankenhauspflege sich eignende Kranke, worüber in streitigen Fällen die Charitébehörde allein zu entscheiden hat.“³⁰⁰ Letztlich wurden

297 UAHUB Nr. 1065, Bl. 72.

298 UAHUB Nr. 1065, Bl. 77 ff.

299 Ebenda, Bl. 77 ff.

300 UAHUB Nr. 1065, Bl. 77 ff.

Kostensätze wie die der Hebammen in der offenen Armenpflege abgelehnt und die Armendirektion darum gebeten, es „behufs Vermeidung weiterer Prozesse bei dem seit 77 Jahren bestandenen Verfahren zu belassen.“³⁰¹

Die Armendirektion argumentierte neben der Bemerkung „Armenpflegerische Gesichtspunkte sind es lediglich gewesen, die uns zur Duldung der bisherigen Praxis veranlasst“³⁰² haben, ausführlich mit den bis 1913 insgesamt verbesserten Bedingungen zur Entbindung: die Ausbildung der Hebammen, Gemeindegewestern und Ärzte; bessere Hygiene und Wohnungen wie beim allgemeinen „standard of life“, zum Beispiel in der Ernährung, Aufklärung und dem Rückgang des Kindbettfiebers in Preußen. Betont wurden ebenfalls gesteigerte Leistungen der Träger der sozialen Versicherung für Schwangere und Wöchnerinnen bei der RVO. Daraus erfolge, dass es keine Notwendigkeit zur Entbindung in der Charité gäbe. Die Berufung auf den § 82 (siehe oben) sei eine „rein pflegerische Befugnis“. Die Ausbildung der Ärzte habe vor rechtlichen Gesichtspunkten zurückzustehen, die Stadt Berlin zahle nicht dafür. Es sei bei der Entbindung auch nicht die Notwendigkeit der ärztlichen Hilfe erheblich, sondern die der Krankenhauspflege und unter den „beigestellten Heilanstalten“ sei die Entbindungsanstalt kein Heilinstitut, sondern ein praktisches Bildungsinstitut.³⁰³ Wer „krank“ sei, bestimme nicht die Charité, die auch nicht zu entscheiden habe, „ob Selbstmelder im armenrechtlichen Sinne als Kranke anzusehen sind.“³⁰⁴

Das Urteil des Königlichen Obertribunals vom 12. Juni 1876 könne man „nicht für maßgebend erachten“ und zum § 6 des Regulativs brauche es keine weitere Erörterung, weil „unser Standpunkt dort bekannt ist.“³⁰⁵

1914 wurde von der Berliner Armendirektion zusammengefasst, es bestünde das Bestreben, „armenrechtliche Bedeutung und Bewertung von pathologischen Erkrankungen bei Schwangerschaft, Entbindung und Wochenbett mit der medizinischen möglichst in Einklang zu bringen.“³⁰⁶ Verwaltungstechnisch maßgebend sei dabei der Standpunkt des Bundesamts für das Heimatwesen, wonach der § 29 UWG keine Anwendung bei normaler Schwangerschaft, Entbindung und Wochenbett

301 Ebenda, Bl. 77 ff.

302 Ebenda, Bl. 81.

303 Ebenda, Bl. 81.

304 Ebenda, Bl. 84.

305 Ebenda, Bl. 81.

306 UAHUB Nr. 1063, Bl. 9.

fände. Die Urteile des Bundesamts würden vom rein medizinischen Standpunkt abweichen und auch bei „hochgradigen Beschwerden“ wie Atemnot und Schmerzen, schwangerschaftsbedingter Arbeitsunfähigkeit und Wochenbett-Fieber, bzw was sonst noch das Wochenbett „unerheblich verlängert“, sei der § 29 UWG nicht gerechtfertigt, das heisst armenrechtlich handele es sich nicht um Pathologie³⁰⁷. Die „Herren medizinische Dezerntenen“ sollten sich der armenrechtlich ausgerichteten Auffassung der Armendirektion anschließen, sonst würden „Prozesse, die auf Grund von Gutachten der Herren medizinische Dezerntenen gegen andere Armenverbände begonnen werden, vor dem Bundesamt verlieren, wenn die Beurteilung von krankhaften Erscheinungen in armenrechtlicher Beziehung mit der bisherigen Rechtsprechung des Bundesamtes nicht übereinstimmt.“³⁰⁸ Die Charité müsse sich nach der Auffassung des Bundesamts richten, „denn ihr Regulativ ist vor kurzem durch das Reichsgericht dahin ausgelegt worden“ [...] dass der „armenrechtlich endgültig verpflichtete Armenverband haftet.“³⁰⁹ Wenn dies der Armenverband des Arbeitsorts wäre, müsse er keine Kosten tragen, wenn er nach Anschauungen des Bundesamts über pathologische Erscheinungen der Schwangerschaft, Entbindung und Wochenbett dazu nicht verpflichtet zu sein glaubt.

Dazu wurden Beispiele aufgeführt wie der Fall einer Arbeiterin, die 1913 notfallmäßig auf einem Bahnhof entbunden und aus medizinischer Sicht pathologisch im Wochenbett gelegen hatte. Die Klage des Krankenhauses wider den Armenverband des Arbeitsortes zur Erstattung der Kosten in Bezug auf § 29 UWG war vom Richter der I. Instanz zurückgewiesen worden, da keine pathologische Situation vorgelegen habe. Die Berufungsklage des Krankenhauses war vom Bundesamt für das Heimatwesen mit derselben Begründung abgelehnt worden.

Die Armendirektion bedauerte, dass die Charité nicht auf den vorläufigen Hebammensatz aus der offenen Armenpflege eingehe, da dieses Verfahren schon ein Entgegenkommen ohne rechtliche Verpflichtung, sondern ein Vorschlag des Ausgleichs wäre; es könnten „kaum so viel Individualkosten entstehen, wie wir jeweils erstatten müssen.“³¹⁰ Die Kostenerstattung für Schwangere würde nun, 1913, abgesetzt.

307 Ebenda, Bl. 9.

308 Ebenda, Bl. 9.

309 Ebenda, Bl. 9.

310 UAHUB Nr. 1065, Bl. 84.

Anfang 1914 informierte der Verwaltungs-Direktor der Charité Pütter den Leiter der Armendirektion Berlin Doflein, dass aufgrund des Zulaufs nur die allerdringlichsten Fälle, die nicht mehr zum Rudolf-Virchow-Krankenhaus oder andere Anstalten fahren könnten, in die Entbindungsanstalt der Charité aufgenommen würden. Viele Geburten seien unvorbereitet und überraschend, so dass eine Hebamme gar nicht mehr beansprucht werden könne. Für „klinisch interessante“ Schwangere gäbe es Freibetten, ansonsten habe die Stadt Berlin zu zahlen. Die Prüfung des Unterstützungswohnsitzes sei zum Vorteil der Stadt Berlin, weil viele Personen in Berlin den bürgerlichen, aber noch nicht den Unterstützungswohnsitz erworben hätten. Weitere Besprechungen zu diesem Thema wären erwünscht. Beigegeben wurde eine Liste der Patientinnen in Freibetten seit dem 1. April 1913.

Das Ministerium der geistlichen und Unterrichts-Angelegenheiten gab der Charité-Direktion zu dieser Zeit bekannt, dass mangels Finanzen im nächstjährigen Haushaltsetat keine Zusatzmittel für 3.500 freie Verpflegungstage für Schwangere und Wöchnerinnen stattgegeben werden könnten.³¹¹

Im Frühjahr 1914 bat das Ministerium die Charité-Direktion um eine „Äußerung über den Stand der Verhandlungen betreffend die Übernahme der Verpflegungskosten für die in die Frauenklinik der Charité aufgenommenen Wöchnerinnen seitens der Stadt Berlin“.³¹² Im Herbst desselben Jahres wurden vom Ministerium wieder 3.600 freie Verpflegungstage in der Frauenklinik abgelehnt, da die finanziellen Mittel fehlten.

In der folgenden Zeit widersprach die Charité-Direktion immer wieder einer „unentgeltlichen Verpflichtung der pathologischen Schwangeren“³¹³ bei der Aufnahme. Mitte 1916 beschrieb sie das Verhältnis eines „Vertrags“ zwischen der Charité und der Stadt Berlin als stillschweigend geändert: 1897 habe die Armendirektion erkannt, dass seit 1857 nicht mehr, wie zuvor, Schwangeren 40 freie Verpflegungstage in der Charité gewährt würden und habe dieses wieder angeregt, was von Seiten der Charité jedoch verweigert wurde. Bis Januar 1913 habe sich die Armendirektion Berlins nicht mehr auf eine unentgeltliche Verpflichtung der Charité berufen und so sei mit der Kostenerstattung für pathologische und normale Wöchnerinnen im Laufe von 55 Jahren eine „dahingehende Vereinbarung“ entstanden. Die Armendirektion erklärte der

311 Ebenda, Bl. 108.

312 Ebenda, Bl. 153.

313 UAHUB Nr. 1063, Bl. 19.

Charité-Direktion die Aufrechterhaltung ihrer Ansicht: „Zusammenfassen läßt sich unser Standpunkt dahin, daß wir die Kosten für normale Schwangerschaft überhaupt nicht, Kosten für pathologische Schwangerschaften erst nach dem 40. Tage zu übernehmen haben, wenn im übrigen die Voraussetzungen des § 7 des Regulativs vorhanden sind.“³¹⁴

Im Laufe der Kriegszeiten sank die Geburten- und damit die monatliche Entbindungsrate in der Charité auf die Hälfte bis ein Drittel der Vorkriegszeit. Daraufhin bat der Direktor der Charité-Frauenklinik, Professor Karl Franz (1870-1926), im Herbst 1917 die Direktion, im Ministerium einen Antrag auf zusätzliche Freibetten zu stellen, um auf diese Weise in Konkurrenz zu anderen Berliner Entbindungsanstalten mehr Schwangere als „Unterrichtsmaterial“, früher als erst bei Wehenbeginn, zu gewinnen. Zwar gäbe es zur Zeit auch weniger Studenten, doch müsse man auf den Frieden hinblicken.³¹⁵

Im Sommer 1918 gab der Minister der geistlichen und Unterrichts-Angelegenheiten der Charité-Direktion bekannt, dass über 3.500 freie Verpflegungstage für Schwangere und Wöchnerinnen mit der Finanzverwaltung „grundsätzliches Einvernehmen“ herrsche, doch die Deckung des Einnahme-Ausfalls sei noch nicht geklärt, weil dieser mit den laufenden Mitteln nicht ausgleichbar wäre. Gleichzeitig forderte der Chefarzt Professor Franz das Ministerium auf, „Hausschwangeren“ „zu Lehrzwecken“ zu gewähren, die „Hausarbeit verrichten als Entgelt.“³¹⁶

In den Jahren 1914 und 1915 waren die Kapazitäten der Geburtshilfe noch sehr ausgelastet gewesen und Anfragen vom Nationalen Frauendienst für längeren stationären Aufenthalt einer ledigen Wöchnerin oder „Wehrmännerfrauen“ von mindestens zehn Tagen zum Ausgleich mangelnder Pflege durch Angehörige wie während der Friedenszeiten, mussten 1914 aufgrund des Bettenmangels zurückgewiesen werden. Mitte 1915 verlangte das Ministerium der geistlichen und Unterrichts-Angelegenheiten von der Charité-Direktion eine Anordnung zu treffen, damit nicht Schwangere kurz vor der Entbindung aus Platzmangel weggeschickt und schließlich auf der Straße „ohne sachverständigen Beistand“ entbinden würden, wobei

314 UAHUB Nr. 1063, Bl. 19-21.

315 UAHUB Nr. 1065, Bl.189.

316 Ebenda, Bl. 200, 204.

in der Öffentlichkeit „derartige Vorkommnisse“³¹⁷ Unwillen erregen würden. Entweder sollte für die Frauen telefonisch nach einer anderen Geburtshilfe mit Aufnahmemöglichkeit gesucht werden oder sie sollten nach einer Untersuchung durch Arzt oder Hebamme aufgenommen werden.

Der Kapazitätenmangel im geburtshilflichen Sektor war schon seit Jahren immer wieder durch Komplikationen aufgefallen. Anfang des Jahrhunderts mussten Frauen selbst im Gefängnis entbinden – Beschwerden kamen dazu in den Jahren 1904, 1907 – wenn sie in der Charité entweder wegen Platzmangel oder Fehleinschätzung des Entbindungstermins nicht aufgenommen oder von Unbefugten – Pförtner, Wärterin – abgewiesen worden waren. 1907 erschien in einer Tageszeitung unter dem Titel „St. Bureaokratus in der Charite“³¹⁸ ein Bericht über eine Schwangere, die kurz vor der Entbindung wegen Überbelegung der Charité zum Rudolf-Virchow-Krankenhaus weitergeschickt worden war und schließlich in der Droschke entband.

Der Direktor der gynäkologischen Klinik, Professor Ernst Bumm (1858-1925), erklärte das stundenlange Aufschieben einer Notfall-Abtasio mit der Schließung zweier Säle der septischen Station. Der Mangel an Raum für Frauen, die mit Fehl- und Frühgeburten kämen, mache sich immer mehr bemerkbar. Er befürchtete, dass der Neubau der geburtshilflichen Station noch in weiter Ferne läge.³¹⁹

Im Sommer 1921 stellte die Berliner Armendirektion Bedingungen für ihre Kostenübernahme in der Geburtshilfe vor – entsprechend dem Urteil der 18. Zivilkammer des Landgerichts I in Berlin vom 31. Januar 1920: „Es wird auf Widerklage festgestellt, dass für das Rechtsverhältnis zwischen den Parteien betreffend Erstattung der Kosten für Aufnahme von Wöchnerinnen die Vereinbarungen vom 5. November 1857 und 17. Dezember 1857 maßgebend sind.“³²⁰ Das bedeutete die Kostenerstattung bei:

1. Kreißenden wegen drohender Frühgeburt
2. Kreißenden im 10. Mond-Monat der Schwangerschaft
3. andere die Aufnahme erforderliche Krankheit der Schwangeren

Als Unterlage wurden entsprechende Eintragungen in die „Tagesblätter“ der Charité gefordert.

317 UAHUB Nr. 1065, Bl. 183.

318 Ebenda, Bl. 23.

319 Ebenda, Bl. 30 ff.

Erst zum Jahresende kam von der inzwischen zum „Wohlfahrtsamt der Stadt Berlin“ umbenannten Armendirektion die Entschuldigung: „Die Aufteilung der früheren Armendirektion in 6 Bezirks-Wohlfahrtsämter hat es uns bisher leider unmöglich gemacht, die Kostenfrage in dem Schwangerenprozess erledigen zu können.“³²¹ Es wurde noch um einige Zeit Geduld gebeten.

Mit dem Jahreswechsel überlegte sich das Wohlfahrtsamt eine wiederholte Nachprüfung der Akten ausstehender Kostenfälle und schickte eine Liste, wo „wir die Voraussetzungen des Vergleichs vom 5. Nov. 1857, der dem rechtskräftigen Landgerichtsurteil vom 31.1.1920 zugrunde liegt, in den folgenden Pflegefällen nicht als gegeben ansehen können.“³²² Daraus folgte schließlich die Anfrage an die Charité-Direktion nach einer Mitteilung, „ob der Prozess hinsichtlich der Fälle, in denen die Stadt die Voraussetzungen des Vergleichs vom 5. Nov. 1857 nicht als gegeben ansieht, fortgesetzt werden soll oder ob die Angelegenheit als erledigt zu betrachten ist.“³²³ Diesem Wunsch kam die Charité am 1. Februar 1923 nach.

Trotz der reformierten Richtlinien für eine Kostenübernahme vom Wohlfahrtsamt Berlin, entstanden immer wieder Unstimmigkeiten, so dass die Charité-Direktion 1926 dem Berliner Magistrat einen Vorschlag machte: Die Verpflegung bedürftiger Wöchnerinnen sollte vom Entbindungstag bis zur Entlassung mit zu den seit 1. April 1926 festgesetzten 50.000 freien Verpflegungstagen für die Stadt Berlin gerechnet werden. Der Magistrat fand es jedoch unzumutbar, „sämtliche hiesige Wöchnerinnen in 50.000 Tage einzubeziehen“.³²⁴ Die Einberechnung der Geisteskranken sei schon eine große Belastung.

Im Januar 1926 hatte die 18. Zivilkammer des Landgerichts I in Berlin in Bezugnahme auf die Verhandlung vom 31. Januar 1920 wiederholt geurteilt gehabt, dass maßgebend die Vereinbarungen vom 5. November 1857 und 17. Dezember 1857 seien.

320 UAHUB Nr. 1063, Bl. 49.

321 Ebenda, Bl. 68.

322 Ebenda, Bl. 1.

323 Ebenda, Bl. 75.

324 UAHUB Nr. 1065, Bl. 221.

2. Aufnahme von geisteskranken Patienten

In der Kabinettsordre 1835 war dem Charité-Krankenhaus unter anderem die Versorgung aller armen, heilbaren Geisteskranken aus Berlin zugewiesen worden. Streitfälle mit der Armendirektion wegen der Kostenträgerschaft bewegten sich im 19. Jahrhundert daher im Allgemeinen um die Kriterien „arm“, „ortsansässig“ und insbesondere „heilbar“. Die Armenverwaltung Berlins hatte in ihrer kontinuierlichen Finanznot Interesse, die aus diesem Punkt der Kabinettsordre entstehenden Möglichkeiten so weit wie möglich auszuschöpfen und die Verweildauer Geisteskranker nicht zu den 100.000 freien Verpflegungstagen rechnen zu müssen oder gar selbst die verhältnismäßig hohen Behandlungskosten der Charité zu bezahlen. Natürlich stand dies konträr den ökonomischen Bemühungen der Charité-Verwaltung, daher machte diese ab 1862 eine Aufnahme davon abhängig, ob die Punkte Heilbarkeit, Armut und Ortsansässigkeit eines Kranken schon zuvor von der Stadt abgeklärt worden waren, womit sich zeitraubende Verwaltungsarbeit sowie Liegezeiten von Kranken, für die die Charité keine kommunale Kostenerstattung erwarten konnte, vermeiden ließen.

In Folge brachten die Berliner Armendeputationen nun alle, nicht nur die unheilbar diagnostizierten, Geisteskranken in der städtischen Irrenverpflegungsanstalt unter und es wurde der Neubau einer großen Irrenanstalt mit 600 Betten Kapazität entschieden.

Daraufhin sanken die Aufnahmezahlen in der Abteilung für Nerven- und Geistesranke der Charité so beträchtlich, dass der ärztliche Leiter, Carl Westphal, von einer „Entvölkerung“ seiner Klinik sprach und „unschätzbare Unterrichtsmaterial“ in der städtischen Irrenverpflegungsanstalt Wochen zur Diagnose ihrer Heilbarkeit ohne Behandlung verbringen sah. Besonders unhaltbar betrachtete er den Mangel an „Material“ für die klinische Ausbildung. Nachdem weder die Charité-Direktion noch die Stadt Berlin auf seine Veränderungsvorschläge beim Patientenzugang eingehen mochten, bemühte er sich um die Einrichtung von Freibetten, mit denen er ohne Einschränkung durch Verwaltungen Attraktivität für arme Patienten bzw. ihre Angehörigen eröffnen könnte. Die Tatsache, dass ein solcher Antrag von der Charité-Direktion genehmigt werden musste, verursachte eine längere Verhandlung.

Der Gerichtsentscheid, der die Übernahme der Kosten eines in der Charité diagnostizierten „Unheilbaren“ durch die Armendirektion bestätigte, verstärkte die Aufnahmedeflation.

Doch seit der Eröffnung der Irrenanstalt Dalldorf im Landkreis Berlins, benötigte die

Armenverwaltung ab 1880 eine „Durchgangs- und Beobachtungsstation“ in der Charité, so dass wieder häufig direkte Krankenaufnahme stattfand, wobei die akuten, heilbaren Patienten sogleich selektiert werden konnten. 90 Prozent der Einweisungen in Dalldorf gingen nun über die Charité und rasant steigende Aufnahmezahlen führten die Uniklinik für Geistesranke an ihre Leistungsgrenze.

Zu Beginn des 20. Jahrhunderts änderte sich die Lage nicht. Die 1896 von der Stadtverordneten-Versammlung verabschiedete „Deputation für die städtische Irrenpflege“ verzeichnete in den folgenden beiden fünf Jahres-Phasen eine jeweils fast 30 Prozent gestiegene Anzahl „Geisteskranker, Idioten und Epileptischer“ (darunter rund 9 % Alkoholiker) in ihren Anstalten Dalldorf, Herzberge und Wuhlgarten.³²⁵

Berlin registrierte eine Überlastung in der Versorgung geisteskranker Menschen, in der Charité blockierten die für den klinischen Unterricht und Forschung uninteressant gewordenen Unheilbaren die Betten. Diese Situation änderte sich nicht mit Eröffnung des Rudolf-Virchow-Krankenhauses und der Irrenanstalt zu Buch 1906, wobei die Charité zumindest weniger als halb so viele Abweisungen vornehmen musste als im Vorjahr. Die Stadt Berlin hatte in fünf Jahren bis 1910 wieder 19 Prozent Patientenzunahme festgestellt; im März 1911 waren 8 846 „Geistesranke“ zu versorgen.³²⁶

In den Charité-Annalen 1910 heißt es bezüglich des Etatjahrs 1909:

In die Psychiatrische Klinik der Charité werden leider oft nur Deliranten oder Epileptiker geschickt, die in dieser für die Heilung ihrer Patienten mit allen wissenschaftlichen Hilfsmitteln ausgerüsteten Anstalt den eigentlichen Geisteskranken wertvolle Plätze wegnehmen. Es scheint der Berliner Bevölkerung wenig bekannt zu sein, dass die Kgl. Charité durch Kab.-Ordre vom 6. Juni 1835 gehalten ist, unermögende heilbare Geistesranke aus Berlin unentgeltlich zu verpflegen und zu behandeln, dagegen unheilbare nicht zu behalten [...].³²⁷

Im Klinikjahr 1909 waren 2264 Patienten (1.188 Männer, 899 Frauen, 177 Kinder) stationär aufgenommen worden,³²⁸ neun Jahre zuvor waren es 2.006 gewesen.³²⁹

325 Bericht ü.d. Gemeinde-Verwaltung d.St. B.1895 bis 1900, 195; 1901bis 1905, 208.

326 Bericht ü.d. Gemeinde-Verwaltung d.St. B.1906 bis 1910, 266.

327 Charité-Annalen 1910, 24.

328 UAHUB Nr. 1039, Bl. 172.

329 Charité-Annalen 1903, 14.

1909 teilte die Armenverwaltung ihre Situation der Königlichen Charité-Direktion mit und wehrte sich gegen weitere Verlegungen aus der Klinik für Geisteskranke in städtische Anstalten:

Die Irrenpflege in unseren städtischen Anstalten wird in steigendem Umfange von Personen in Anspruch genommen, die von der Charité ohne vorherige Anfrage bei uns oder der Irrendeputation eingeliefert werden, aber weder vertraglich noch nach armenrechtlichen Grundsätzen der Fürsorge der Stadt Berlin anheimfallen. [...] Nach armenrechtlichen Grundsätzen fallen unserer Fürsorge nicht anheim

1. die Geisteskranken, für die die Kosten auf längere Zeit gedeckt sind, die also überhaupt nicht der Armenpflege zur Last fallen,
2. diejenigen, die zwar der Armenpflege, aber nicht der von Berlin anheimfallen.

Unter diesen sind vor allem die, für welche wir die in der Charité entstehenden Kosten ablehnen. Uns sind aber von beiden Kategorien Fälle bekannt, in denen trotzdem die Ueberführung von Geisteskranken in unsere Anstalten erfolgt ist.

Ohne eine rechtliche Verpflichtung über unser Abkommen und die gesetzlichen Bestimmungen hinaus zu übernehmen, sind wir in Würdigung des Charakters der Charité auch ferner bereit, diese Kranken ohne weiteres in unsere Irrenanstalten aufzunehmen, soweit sie vor ihrer Einlieferung in Berlin wohnhaft waren. Wir müssen uns aber dagegen verwahren, dass diejenigen Geisteskranken von auswärts, die unserer Armenfürsorge nach den obigen Grundsätzen nicht zur Last fallen, in unsere Irrenanstalten verbracht werden. Für sie sind die Landesirrenanstalten des Einlieferungsortes da, in die sie gewöhnlich auf dem Umwege über unsere Irrenanstalt definitiv überführt werden.³³⁰

Auch die „Deputation für die städtische Irrenpflege“ der Stadt Berlin äußerte sich im selben Jahr ähnlich:

Es ist vielfach vorgekommen, daß Ärzte der Königlichen Kliniken den Angehörigen von Berliner oder auswärtigen Geisteskranken geraten haben diese in die städtischen Irrenanstalten besonders Buch zu verbringen, oder ihnen selbst einen Schein, nach dem sie selbst unbedingt der Pflege in einer städtischen Irrenanstalt bedürfen, ausgestellt haben. Daraus sind verschiedene Unzuträglichkeiten für die Angehörigen und auch für die städtische Verwaltung entstanden. Die städtischen Irrenanstalten haben nach dem ministeriell genehmigten Aufnahmereglement im Wesentlichen nur

das Recht Kranke aufzunehmen, die ihnen durch städtische Verwaltungsstellen besonders die Armen-Kommissionen und Armenärzte überwiesen sind. Sie sind nicht berechtigt Kranke aufzunehmen die ihnen durch ihre Angehörigen zugeführt werden und besonders solche nicht, die nicht in Berlin ihren Wohnsitz haben. Für diese sind die Anstalten des Landesdirektors von Brandenburg (z.B. Neuruppin, Eberswalde, Teupitz usw.) da.

Kommen Angehörige mit den Kranken in unsere Anstalten, so werden sie in der Regel zurückgewiesen oder, wenn ein auswärtiger Geisteskranker aufgenommen werden muß, wird er nach kurzer Zeit in die Landesirrenanstalten, die für ihn zuständig sind, übergeführt. Um diese Unzuträglichkeiten und Weitläufigkeiten zu vermeiden, ersuchen wir ergebenst die Herren Ärzte der mit der Charité in Verbindung stehenden klinischen Institute, besonders der Klinik für Nerven- und psychische Krankheiten anzuweisen, die Angehörigen der Geisteskranken an die Gemeinde zu verweisen, in der der Geisteskranke wohnt, in Berlin an die Armen-Kommissionen und die Armenärzte. Selbstverständlich kann es der schleunigen Unterbringung der Geisteskranken nur dienlich sein, wenn den Angehörigen ein an die Gemeindebehörden gerichtetes Attest mitgegeben wird.³³¹

Die Armendirektion wies die Charité darauf hin, aus der von einem Kammergerichtsurteil 1908 ergangenen Rechtslage deutlich Gebrauch zu machen, wonach die Charité das Recht habe „[...] die Kosten für jeden Geisteskranken der Wohnsitzgemeinde in Rechnung zu stellen, einerlei ob für den Verpflegten von dritter Seite gezahlt wird oder nicht. Es dürfte nicht zweifelhaft sein, dass in diesem Falle jede auswärtige Gemeinde ein erhebliches Interesse daran hat, den Geisteskranken so bald wie möglich in die sehr viel billigeren Landesirrenanstalten zu überführen.“³³² Damit sollte es zumindest zu einer Entlastung von auswärtigen Kranken kommen und die Armendirektion erhoffte sich dabei insbesondere die Mitarbeit des Landesdirektors der Provinz Brandenburg. Dieser stellte in einem Schreiben an die Charité-Direktion des selben Jahres ebenfalls die Gesetze hinsichtlich der Verpflichtungen seines Landarmenverbandes voran und erklärte, dass in der Provinz Brandenburg neben den unterstützungsbedürftigen, ansässigen Geisteskranken den sogenannten „landarmen“, das heißt ohne einen Unterstützungswohnsitz, und aus der Provinz Brandenburg durch Dritte in der Charité eingelieferte Patienten die Landesirrenanstalt Neuruppin und die

331 UAHUB Nr. 1039, Bl. 35.

332 UAHUB Nr. 1039, Bl. 2.

Anstalt für Epileptische in Potsdam zur Verfügung ständen. Er betonte die Abhängigkeit seines Einverständnisses zu solch reibungsloser direkter Überführung entsprechender Patienten von der bis dato zweifelsfreien Feststellung der Zuständigkeit Brandenburgs. Die Armendirektion Berlins konnte in der Hervorhebung vorhandener Zweifelsfreiheit für die Übernahmepflicht kein Entgegenkommen zur Entlastung ihrer Situation erkennen. Der Charité teilte sie Anfang 1910 mit: „Es soll der Charité nicht das Recht bestritten werden, Geistesranke nur solange zu behalten, als sie dem Lehrinteresse genügen. Wenn aber zahlungswillige Angehörige oder Kassen vorhanden sind, so ist der Geistesranke nicht hilfsbedürftig und wir haben nicht die Pflicht für seine Unterbringung zu sorgen. Wir müssen in diesem Falle anheimstellen, den Geistesranke – unter Wahrung der erforderlichen Sicherheitsmaßregeln – dem Einliefernden zur weiteren Unterbringung zur Verfügung zu stellen.“³³³

In der Hoffnung auf einen Konsens bei den Aufnahmeverpflichtungen fand 1911 eine Verhandlung zwischen der Verwaltungsleitung der Charité, dem Geheimen Regierungsrat Pütter, Obergeneralarzt Professor Scheibe und dem Justitiar, sowie dem Bürgermeister Berlins statt. Die Definition der Stadt zur Heilbarkeit geistesranke Menschen ließ heilbar auch alle sein, die bei einer unheilbaren Geistesrankeheit keine Anstaltspflege bräuchten, das heisst „ungefährlich“ seien, und wenn daneben „plötzlich Erscheinungen geistiger Erkrankung an einer *anderen* Geistesrankeheit vorübergehend auftreten, die heilbar seien“.³³⁴ Die Charité-Direktion bemerkte darauf hin, dass ein Urteil zur Heil- oder Unheilbarkeit des Geistesranke maβgebend von den Charité-Ärzten käme und zwar im medizinischen und nicht im armenrechtlichen Sinne.

Der Streit ging also, nicht anders als bei sonstigen Patienten, um unterschiedliche Ansichten bezüglich der Zuständigkeit der Institutionen, sprich die Übernahme der Kostenträgerschaft. Bei der Versorgung der Geistesranke verschärfte sich die Diskussion noch dadurch, dass die aus der Charité weiterzuverlegenden Patienten meistens als unheilbar diagnostiziert worden waren und die Armendirektion wusste für einen Langzeitranke aufkommen zu müssen, was ihre Abwehrversuche intensivierte. Sie berief sich insbesondere auf die Kabinettsordre von 1835 und bestand gegenüber der Charité-Verwaltung bei einem Übernahme-Streitfall 1914 darauf, es hätte „[...] die Charité die Verpflichtung, alle Geistesranke, für welche Berlin einzutreten hätte, nach

333 Ebenda, Bl. 41.

334 UAHUB Nr. 1039, Bl. 186.

einmal geschehener Aufnahme unentgeltlich zu verpflegen [...]. Wegen dieser Frage schwebt zur Zeit der Prozeß [sogenannter Geisteskrankenprozeß, U.J.].“³³⁵ Der Polizei-Präsident Berlins, von Jagow, wurde 1914 unterrichtet, die Charité könne nicht „kraft öffentlichen Rechts“ verlangen, dass „[...] ein Patient, dessen sie sich angenommen hat, ihr vom Armenverband abgenommen werde“, da die Patienten „[...] aus dem Aufnahme- und Verpflegungsvertrag einen Anspruch auf Verpflegung bis zur Genesung“ hätten.³³⁶ Von Jagow war eingeschaltet worden, als die Charité einen unheilbaren, „nicht in die Häuslichkeit zu entlassenen“ Patienten, der noch dazu nicht in Berlin ortsansässig war, mit Hilfe der Polizei in eine städtische Pflegeanstalt verlegen wollte. Die Charité stützte sich auf § 6 des Regulativs von 1830, wonach „[...] die Charité nicht bloß eine Heil-Anstalt für hilfbedürftige Kranke seyn, sondern auch dem Zwecke als praktisches Bildungs-Institut vollkommen entsprechen soll. Unheilbare Kranke dürfen gar nicht, und ausnahmsweise nur dann in der Charité vorläufige Aufnahme finden, [...]“.³³⁷ Der Polizei-Präsident bat den Polizei-Oberpräsidenten in Potsdam um Entscheidung und erörterte die Sachlage; er meinte, die Stadt Berlin habe den Patienten in eine Pflegeanstalt zu übernehmen, da „[...] ihn die Charité mit Rücksicht auf § 6 des Regulativs nicht länger behalten kann [...]“.³³⁸ Auf die Seite der Armendirektion stellte er sich in dem Punkt der Hilfsbedürftigkeitsbeurteilung des Patienten, den sie nicht als anspruchsberechtigt, also nicht innerhalb ihrer Zuständigkeit, betrachtete, solange solche Patienten *in* der Charité seien. Doch meinte von Jagow, dies dürfe die Polizei am „[...] Einschreiten aber auch nicht abhalten.“³³⁹ Die Armendirektion hatte den Anspruch, ob es „[...] nicht vielmehr Aufgabe der Polizei ist, ihrerseits *durch Einschreiten gegenüber der Charité* den Eintritt der Hilfsbedürftigkeit zu verhindern, umsomehr als nicht ausgeschlossen ist, daß der die Entlassung anordnende Charitébeamte sich strafbar macht, – vorausgesetzt, daß die Polizei ihm keine Unterstützung leiht.“³⁴⁰

Der Polizei-Oberpräsident übersandte die Unterlagen dem Minister der geistlichen und Unterrichts-Angelegenheiten „zur Kenntnisnahme“. Die Entscheidung des Ministeriums

335 UAHUB Nr. 1040, Bl. 3.

336 Ebenda, Bl. 3.

337 Gesetz-Sammlung für die Königlichen Preußischen Staaten (1830), 134.

338 UAHUB Nr. 1040, Bl. 9.

339 UAHUB Nr. 1040, Bl. 9.

340 Ebenda, Bl. 4.

erhielt die Charité-Direktion am 31. Dezember 1914: „Im Hinblick auf das unterm 18. Dezember 1913 ergangene Reichsgerichtsurteil, nach dem die königliche Charitédirektion nur den endgültig, nicht aber den vorläufig unterstützungspflichtigen Armenverband in Anspruch nehmen kann, ergibt sich für den vorliegenden Fall Löwe die Konsequenz der unmittelbaren Inanspruchnahme der Stadt Fürstenberg a.O., erforderlichen Falles die Inanspruchnahme des Herrn Polizei-Präsidenten zur Überführung nach Fürstenberg. Die Königliche Charitédirektion ersuche ich daher, hiernach den Fall Löwe zu behandeln.“³⁴¹ Damit war ein grundsätzliches Verfahren festgelegt worden, an das sich die Charité auch bei nachfolgenden Streitfällen zu richten hatte.

3. *Aufnahme ostpreußischer Kriegsflüchtlinge*

Mit dem Ersten Weltkrieg begann in den Gemeinden des Deutschen Reiches die Aufnahme und Versorgung von Flüchtlingen und entsprechend in den Krankenhäusern. In Berlin trafen insbesondere die Flüchtlinge aus dem Osten ein, vor allem die Vertriebenen der ostpreußischen Gebiete. Auch bei der medizinischen Behandlung dieser Menschen stellte sich die Frage der Kostenträgerschaft; in finanziellen Anspruch genommen wurden dazu neben den Spenden-Stiftungen insbesondere die kommunalen Armenverbände.

Zum Jahresende 1914 bat die Armendirektion Berlins das Ministerium der geistlichen und Unterrichts-Angelegenheiten um eine Anweisung der Charité zur Klärung der Kostenverteilung, „da sich die Königliche Charité-Direktion unseren Gründen völlig verschließt“,³⁴² Die Fürsorge der durch die Kriegereignisse obdachlos gewordenen Flüchtlinge war nach Meinung der Armenverbände eine Pflicht der Allgemeinheit. Es sei ein Widerspruch, die Verpflegungstage der Flüchtlinge auf das Beneficium der 100.000 freien Tage anrechnen zu wollen, während die Flüchtlinge keinen rechtlichen Wohnsitz in Berlin hätten. Diese Rechtsansicht würde gerichtlich überprüft.

Die Armendirektion erklärte, es bestünde generell die Ansicht, dass die mit der Flüchtlingsfürsorge befassten Behörden Preußens und des Deutschen Reiches nicht

341 Ebenda, Bl. 1.

342 UAHUB Nr. 1059, Bl. 3.

versuchen sollten, die entstehenden Kosten „auf die Armenverbände abzuwälzen.“³⁴³ Die Versorgung sei eine Staatsaufgabe, nicht die der Armenverbände. Die Flüchtlingsfürsorge Berlins vollziehe sich überwiegend nicht im Rahmen der Armenpflege, zum Beispiel bei den Unterkünften. Die Verpflegungstage würden auch nicht als „Armenpflegefälle“ behandelt; solche seien nur diejenigen, wo „Hilfeleistung auf Anruf im Einzelfalle durch die Organe der öffentlichen Armenpflege nach Maßgabe der für sie bestehenden Bestimmung gewährt wird; insbesondere also Fälle, in denen Aufnahme in die städtischen Krankenhäuser erfolgt, weil deren Satzungen nur zweierlei Patienten – Zahlende und Arme – kennen. Die Notwendigkeit, diese Fälle rechtlich als Armenpflegefälle zu behandeln, tritt kraft Gesetz ein.“ Wenn die Stadt Berlin, „von diesen Fällen des gesetzlichen Eintritts der öffentlichen Armenpflege abgesehen“ Flüchtlingsfürsorge nicht als Armenpflege behandle, so habe die Charité keinen Anlass, „die Kosten der Flüchtlingsfürsorge auf die öffentliche Armenpflege abzuwälzen.“³⁴⁴

Im Herbst 1914 hatte der Magistrat in einem Brief an den Ober-Präsidenten von Berlin und den Reichsminister des Innern noch festgestellt, gesetzlich keine andere Möglichkeit zu sehen, als die Flüchtlings-Kranken im Wege der Armenpflege zu versorgen, „wenn nicht von irgend einer Seite die Erstattung der Kosten zugesagt wird.“³⁴⁵

Zu Beginn des Jahres 1915 erbat die Königliche Charité beim Ministerium der geistlichen und Unterrichts-Angelegenheiten die Anweisung, für die durch Flüchtlingsversorgung mehr als 8.000 Mark entstandenen Kosten – davon waren 500 Mark gedeckt – Mittel beim Staatskommissar für das Flüchtlingswesen anzufordern. Der Staatskommissar, Landeshauptmann von Königsberg, berechnete die Flüchtlingsversorgung vor Ort mit Staatsmitteln von täglich 1,10 Mark pro Erwachsenen und 0,50 Mark pro Kind sowie aus Spendensammlungen, sogenannte „Liebesgaben“. Er empfahl das selbe Muster für die Flüchtlingsversorgung in Berlin mit Staatsmitteln aus dem Kriegsbüro des Berliner Polizeipräsidiums, hatte aber Zweifel, ob eine „Staatsanstalt“ wie die Charité die „Liebesgabenfonds“ in Anspruch nehmen dürfe. Daher gälte es „in erster Reihe zu erwägen, ob diese Kosten nicht niedergeschlagen

343 Ebenda, Bl. 4.

344 UAHUB Nr. 1059, Bl. 4-5.

345 Ebenda, Bl. 4.

werden können.“³⁴⁶ Falls dies nicht möglich sei, solle doch wenigstens der Krankenpflegesatz ermäßigt werden, da 3 Mark üblicher Tagessatz zumindest für die Kinder sehr hoch erschiene.

Zur selben Zeit wurde von der Armendirektion Berlins eine Druck-Mitteilung an die weiteren Armenämter verschickt, dass mit dem Vertreter des Königlichen Polizei-Präsidenten in Berlin die mündliche Vereinbarung bestünde, ab dem 22. Februar 1915 Krankenhäusern für ostpreußische Flüchtlinge 1,10 M pro Tag zu erstatten und „die Restkosten niedergeschlagen werden.“³⁴⁷ Diese Schrift erreichte auch die Charité mit dem Zusatz, dass die Armendirektion zukünftig bei angemeldeten ostpreußischen Flüchtlingen „Unterstützungswohnsitz- und § 29-Ermittlungen nicht anstellen“ werde, da sie im Falle einer Verpflichtung zur vollen Kostenerstattung gegenüber der Charité doch nur 1,10 M tarifmäßige Kosten erhalten würde. Jeder aufgenommene Flüchtling sollte mit einer Abschrift der „Aufnahmeverhandlungen“ dem Kriegsbüro des Polizei-Präsidenten angezeigt und dorthin nach der Entlassung die Rechnung geschickt werden – bei längeren Liegezeiten nach drei Monaten.³⁴⁸

Die Charité-Direktion bat das Ministerium am Ende des Rechnungsjahres 1914, dem 31. März 1915, die ungedeckten 9.517,45 Mark (331,55 Mark gedeckt durch Krankenkassen) aus der Staatskasse zu erstatten. Zudem mochte die Verwaltungsleitung dem Ministerium das vom Staatskommissar für das Flüchtlingswesen bezeichnete finanzielle Vorgehen nicht empfehlen. Daraufhin stellte das Ministerium die Ermächtigung der Anstalt zur Flüchtlingsaufnahme in Frage. Es stünden dafür keine Staatsmittel zur Verfügung. Der Staatskommissar für das Flüchtlingswesen solle aufgeklärt werden, dass die Charité keine „Staatsanstalt“, sondern eine selbstständige Stiftung mit Staatszuschuss sei und wirtschaften müsse.³⁴⁹

Im Sommer 1915 überreichte das Kriegsbüro im Polizei-Präsidium der Charité-Direktion nach Maßgabe der vom Minister des Innern getroffenen Bestimmungen und Durchsicht der Akten stationär behandelter Flüchtlinge die Summe von 1.216,30 Mark (1,10 Mark/Erwachsenen und 0,80 Mark/Kind) und bedauerte, nicht mehr ausgeben zu können. Abgelehnt wurde die Unterstützung bei Flüchtlingen mit einem betreffenden

346 UAHUB Nr. 1059, Bl. 11.

347 Ebenda, Bl. 16.

348 UAHUB Nr. 1059, Bl. 16.

349 Ebenda, Bl. 14-17.

Zeitraum oder nicht akuter Erkrankung, Flüchtlingen aus England/Belgien oder nicht im Landespolizeibezirk Berlin Wohnhaften.³⁵⁰ Damit verblieben am 31. Mai 1915 noch Restkosten von 8.632,70 Mark und die Direktion beabsichtigte, nach § 7 des Regulativs von 1830 die in Frage kommenden Gemeinden zur Erstattung aufzufordern. Dem kam das Ministerium insofern zuvor, als es der Charité nahe legte, die Niederschlagung der Kosten zu beantragen. Die Charité-Direktion hätte der Armendirektion von vornherein mitteilen sollen, „daß ihr die Kosten für die Unterbringung der Flüchtlinge nur deshalb in Rechnung gestellt würden, um etwaige Ersatzansprüche zu wahren, daß aber zunächst versucht werden würde, Zahlung von der staatlichen Stelle zu erhalten.“³⁵¹ Sie wurde ersucht, die Armendirektion bezüglich ihrer Inanspruchnahme im Namen des Ministeriums zu beruhigen.

Nach einem Kriegsjahr stellte die Charité-Direktion im Herbst 1915 fest: „Kranke und mittellose Flüchtlinge aus England, Belgien, Frankreich, den Reichslanden, hauptsächlich aber aus Ostpreußen wurden von Behörden und Wohltätigkeitsvereinen zu Hunderten der Charité überwiesen. Nur in ganz wenigen Fällen gelang es, einen Teil der Krankenhauskosten erstattet zu erhalten. Für die ostpreußischen Flüchtlinge wurden vom Königlichen Polizei-Präsidium in Berlin 1,10 M pro Tag, mit insgesamt rund 3.000 M, erstattet. Der Rest von rund 7.000 M wird uneinziehbar sein. Die Krankenhausbehandlung war in allen Fällen dringend notwendig. In vielen Fällen handelte es sich um unmittelbar bevorstehende Entbindungen.“³⁵²

Einer Bitte der „Groß-Berliner Beratungsstelle des Roten Kreuzes für deutsche Flüchtlinge“ um Behandlung der Flüchtlinge in den Polikliniken kam der Verwaltungsdirektor, Geheimer Regierungsrat Pütter, ohne Kostenklärung nach. Pütter führte 1916 als Abschlussklärung an das Ministerium der geistlichen und Unterrichts-Angelegenheiten auf, dass 141 ostpreußische Flüchtlinge und 6 aus dem feindlichen Ausland in 4031 Tagen für 12 093 Mark gepflegt worden waren. Davon seien gedeckt:

1. vom Kriegsbüro des Polizeipräsidiums 1.216,30 Mark
 2. durch Selbstzahlung, Angehörige, Krankenkassen, Gemeinden usw. 1.502,85 Mark
 3. in Freibetten 1.805,- Mark
- ungedeckt blieben 2.568,15 Mark.

350 Ebenda, Bl. 26 ff.

351 Ebenda, Bl. 32.

352 GStA PK, Rep. 76 VIII D, Nr. 111, Bl. 26.

Die Stadt Berlin habe nach der Zahlung aus dem Kriegsbüro die ungedeckten Restkosten niedergeschlagen. „Euere Exzellenz bitten wir daher um die Genehmigung, die durch die Behandlung entstandenen Kosten, soweit sie nicht gedeckt sind, niederschlagen zu dürfen.“³⁵³

Die Direktion argumentierte:

1. Die Charité möchte aufgrund des Kriegs nicht mit Druck zur Zahlung auf den mittellosen Zustand der Flüchtlinge in der Öffentlichkeit auftreten.
2. „Die Charité wendet sich auf Grund des § 7 des Regulativs an die Gemeinde. Nachdem das Reichsgericht am 24.2.16 unsere Revision gegen das Urteil des Kammergerichts in dem Prozeß gegen Neukölln über die Auslegung des Regulativs zurückgewiesen hat, weil die Charité sich an den endgültig verpflichteten Armenverband zu halten habe, können wir uns nur an die ostpreußischen Heimatgemeinden wenden.“³⁵⁴ Da dies wegen der Kriegsfolgen unmöglich sei, forderten die Gemeinden eine Niederschlagung der Kosten.
3. Die Charité-Direktion halte es nicht für „tunlich“, den „Liebesgabenfond“ zu beanspruchen. Auch wenn die Charité eine rechtlich selbstständige Stiftung sei, „so steht sie doch unter staatlicher Leitung und Aufsicht und dient im wesentlichen als Universitätskrankenhaus staatlichen Interessen. Die enge Verbindung mit dem Staate namentlich auf finanziellem Gebiet läßt sich nicht leugnen.“³⁵⁵

Da der Staat auch nicht den „Liebesgabenfond“ für die Kriegsflüchtlingshilfe fordere, könne dies die Königliche Charité auch nicht tun. Ungedeckte Kosten würden direkt oder indirekt aus Staatsfonds übernommen werden müssen. Wenn keine direkten Mittel zur Verfügung ständen, würden durch eine Niederschlagung indirekte gefordert: der allgemein gewährte Zuschuss müsse erhöht werden.

Mit einem Runderlass vom 30. April 1916 wurde der Antrag zur Restkosten-Niederschlagung vom Ministerium genehmigt.

353 UAHUB Nr. 1059, Bl. 54-57.

354 UAHUB Nr. 1059, Bl. 54-57.

355 UAHUB Nr. 1059, Bl. 54-57.

4. *Aufnahme von Soldaten und das Verhältnis zur Kriegswohlfahrtspflege*

Schon einige Zeit vor Beginn des Ersten Weltkriegs, im Frühjahr 1913, beauftragte die Medizinal-Abteilung des Kriegsministeriums die Königliche Intendantur des Gardekorps mit der Charité eine Vereinbarung zu treffen, dass im Mobilmachungsfalle außer den bereits zur Verfügung vorgesehenen 100 Betten für Soldaten das zahnärztliche Institut der Universität als Reservelazarett der Charité angegliedert und von dort versorgt werden sollte. Die Charité wurde um einem genauen Organisations- und Kostenplan pro Kopf und Tag gebeten.

Anfang 1914 entstand daraus ein Vertrag bis Ende 1915, der ohne Kündigung „stillschweigend“ um jeweils ein weiteres Jahr verlängert werden sollte.

Das Ministerium der geistlichen und Unterrichts-Angelegenheiten genehmigte den Abschluss und empfahl der Königlichen Charité-Direktion, für Kur- und Verpflegungskosten dieselben Sätze in den jeweiligen Klassen (Mannschaft III. Klasse, Offiziere II. Klasse) zu beanspruchen wie allgemein üblich. Der geheimstehende Abschlussvertrag sah bei Mobilmachung 202 Betten im zahnärztlichen Institut vor, die Pflegesätze wurden genannt, ebenso die Personal- und Sachmittel: „Ärzte, Pflegepersonal, Arzneien, Verbandmittel, Krankenkleider, Leib- und Bettwäsche sowie Feuerungs- und Reinigungsmittel stellt die Militärbehörde desgleichen die Bekleidungsstücke, Leib- und Bettwäsche für das Pflegepersonal; auch wird der Zugang vom Reservelazarett zum Charité-Krankenhaus auf Kosten der Militärbehörde hergestellt, beaufsichtigt und nach Schluß des Vertrages wieder beseitigt.“³⁵⁶ Die Charité verpflichtete der Vertrag zu 100 eingeplanten und zu versorgenden Betten mit den üblichen Pflegesätzen. Aufgenommene Soldaten ohne militärische Zuweisung hätten ihre Behandlungskosten selbst zu tragen.

Organisation

Ende 1914 beantragten die Professoren Rothmann und Bonhoeffer den Aufbau einer zweiten Nervenstation in einem anderen Lazarett, damit die „schweren Fälle“ wie beispielsweise Rückenmarkverletzungen mit Dekubitus in der Charité-Klinik liegen konnten, wobei Professor Bonhoeffer regelmäßige Konsultationen auf der zweiten Station vorsah. Geklärt wurde auch die Organisation der Typhus- und

356 UAHUB Nr. 1101, Bl. 23.

Choleraschutzimpfung in der Charité. Fälle mit diagnostiziertem Typhus mussten mit Impfangaben sofort dem Sanitätsamt des Gardekorps gemeldet werden.

Die Medizinal-Abteilung des Kriegsministeriums verfügte Anfang 1915 den Einsatz von Kriegs-Sanitäts-Inspektoren, die den Korpsärzten gleich- und dem Kriegsministerium direkt unterstellt waren und zu Besichtigungen und Anordnungen berechtigt wurden.

Vom Direktor der Chirurgischen Klinik und Poliklinik der Charité, Professor Georg Axhausen (1877-1960), ging schon im Frühjahr 1915 an das Sanitätsamt des Gardekorps die Bitte, Soldaten, die keine klinische Behandlung mehr benötigten, in andere (Reserve-) Lazarette zu verlegen, damit sie nicht als nahezu Geheilte Verletzten, „die specialärztliche Behandlung oder komplizierter Eingriffe bedürfen“³⁵⁷, die Betten sperrten, eine Anzahl von derzeit circa 20 Patienten.

Im Oktober 1915 konnte die Charité-Direktion – der ärztliche Verwaltungsdirektor Dr. Scheibe war seit 1. August 1914 wegen seines Einsatzes im Militär von Generalarzt Dr. Schmidt ersetzt worden – in ihrem „Verwaltungsbericht. Kriegschronik der Königlichen Charité“ dem Ministerium erklären, dass Vorsorge getroffen worden war, wesentlich mehr Betten aufstellen zu können als im Vertrag vorgesehen, da in der Charité die Spezialistenbehandlung möglich sei. „Hiervon ist im Laufe des Krieges denn auch aus allen Teilen Preußens ausgiebigster Gebrauch gemacht worden.“³⁵⁸ Hatte die Bettenzahl 1914 einschließlich der Reservebetten 1.422 gezählt, so konnten letztlich 1.600 erbracht werden, wobei 1.019 den Zivilisten vorbehalten blieben und 574 für die Soldaten standen. „Die Frauenklinik und Kinderklinik blieben für Frauen und Kinder in vollem Umfange in Betrieb.“ Die Direktion listete dem Ministerium exakt die Bettenverteilung entsprechend der Klinikstrukturen auf.³⁵⁹

Am 31. Dezember 1915 lagen in der Charité 762 Patienten aus der Zivilbevölkerung (1914: 696) und 501 Patienten aus dem Militär (1914: 540).

Kur- und Verpflegungskosten

Die Höhe der Kur- und Verpflegungssätze der behandelten Soldaten waren bei jeder Vertragsverlängerung Verhandlungskernpunkt, ebenso Nebenkosten wie die Röntgenaufnahmen. Mit Änderungen im Kliniktagesablauf, beispielsweise die

357 UAHUB Nr. 1101, Bl. 105.

358 GStA PK, Rep. 76 VIII D, Nr. 111, Bl. 19.

359 Ebenda, Bl. 19.

Häufigkeit von Fleischmahlzeiten, wurden ebenfalls mögliche Preisbewegungen begründet.

Im Anschluss-Vertrag 1915 blieben die Versorgungssätze von 1914 unverändert. Die Stellvertretende Intendantur des Gardekorps sah diese Preise als vertraglich feststehend an und eine Erhöhung inakzeptabel. Daraufhin bemerkte Charité-Verwaltungsdirektor Pütter, dass das Haus zur Aufnahme 100 verwundeter Soldaten verpflichtet sei, tatsächlich aber über 400, zeitweise sogar über 500, aufgenommen habe und sich somit ein preisliches „Entgegenkommen“ erhoffen ließe.³⁶⁰

1915 vertrat das Ministerium der geistlichen und Unterrichts-Angelegenheiten gegenüber der Charité-Direktion die Ansicht, dass von der Heeresverwaltung keine Mehrausgaben für Arzneien, Verbandstoffe und stärkerer Abnutzung der Instrumente verlangt werden könnten; diese seien in den mit der Militärverwaltung vereinbarten Kurkostensätzen enthalten.

Doch die Neuausstattung des Bakteriologischen Laboratoriums und die Röntgenaufnahmen (entsprechend der Plattengröße) sollten berechnet werden, wobei gleich eine Barzahlung von der regierenden Militärbehörde bzw. der zuständigen Intendantur kassiert werden sollte.³⁶¹

Der Generalarzt und stellvertretende Korpsarzt des Gardekorps Dr. Körting befürwortete die Extra-Vergütung der Röntgenaufnahmen beim Kriegsministerium, doch wollte er die Anzahl bzw. die Kosten vertraglich begrenzt sehen. Es wäre letztlich auch eine Unterstützung für den Gebrauch der Röntgenaufnahmen, wenn die Staatskosten nicht zu sehr steigen würden.

Extra-Gebühren für Leichenwäsche und -aufbewahrung verstorbener Soldaten lehnte die Stellvertretende Intendantur des Gardekorps ab; diese seien auch in anderen Kliniken nicht üblich.

Kriegswohlfahrtspflege

Gesetzliche Bestimmungen vom 28. Februar 1888 und 4. August 1914 bezeichneten die Unterstützungen der Armenpflege an Kriegsteilnehmer und deren Angehörige als Kriegswohlfahrtspflege. Dazu zählte auch die Versorgung im Krankenhaus, die in Berlin der sogenannte Lieferungsverband zu tragen hatte.

360 UAHUB Nr. 1101, Bl. 102.

361 UAHUB Nr. 1101, Bl. 74.

Voraussetzung zur stationären Aufnahme war die Ausstellung des speziellen Aufnahmescheines von einem städtischen Arzt der Kriegsfürsorge oder dem Magistratskommissariat für Militärangelegenheiten, was ausnahmslos Pflicht vor Klinik-Aufnahme war, selbst bei Lebensgefahr durch Verzug. Dies galt ebenso, falls der Kriegsfürsorgearzt im entsprechenden Moment das visitierte Krankenhaus mangels Kenntnis freier Betten nicht auf dem Aufnahmeschein angeben konnte. Eine Ausnahme fand die Situation der Unabweisbarkeit eines Kranken mit einem durch die Bettenzentrale des Magistrats angewiesenen Bett in der Charité.

VIII. Finanzielle Verhältnisse der Charité

Wie in den jeweiligen Kapiteln hervorgehoben wurde, war die Aufnahme- und Kostentragung des Charité-Krankenhauses eng verbunden mit der Kostenträgerschaft der Kranken. Der finanzielle Status der Charité hatte seine Basis in der preußischen Staatssubvention des Krankenhauses neben der aktuellen Rechtslage der preußischen Armenpflege, der Entwicklung und der Bereitwilligkeit der Krankenkassen, die stationäre Behandlung in ihren Leistungskatalog mit realitätsnahen Tarifen zu schreiben. Zunehmend relativ konkurrierend gestaltete sich die blühende Groß-Berliner Krankenhauslandschaft. Den Rahmen zu diesen komplexen Beziehungen setzte die gesellschaftliche Entwicklung der Sozialpolitik, Wirtschaft, Wissenschaft und – in Großstädten betonter – die demografische Tendenz.

1. Betriebswirtschaftliche Jahresbilanzen

Die Betriebswirtschaft eines abgelaufenen Rechnungsjahres stellte die Charité-Direktion dem Ministerium im Finalabschluss detailliert vor.

Im ausgehenden 19. Jahrhundert bewilligte der preußische Landtag 1897 die Finanzierung für den Um- und Neubau der Charité. Auf den im selben Jahr vorgelegten Finalabschluss der Charité von 1896, der wiederum im Minus mit 509.180,80 Mark stand, reagierte der Minister für Unterricht, geistliche und Medizinal-Angelegenheiten unwillig, da trotz seiner „wiederholten Mahnungen“ zur Sparsamkeit die Kurkosten-Einnahmen mehr als 70.000 Mark gegenüber dem Vorjahr zurückgegangen seien, während die Ausgaben mehr als 50.000 Mark über die des Vorjahres angestiegen seien. Er wünschte einige baldige Erklärungen. Einen Monat später, den 31. Juli 1897, erhielt das Ministerium eine ausführliche, sehr selbstbewusste Antwort der Charité-Direktion, die eine Zusammenfassung an strukturellen und prozessiven Änderungen nicht nur der Charité, sondern generell in großen Krankenhäusern des Jahrhundertwechsels vorstellt. Verwaltungsdirektor Spinola verwies auf den Inhalt vorangegangener Berichte des selben Jahres und stellte die durchschnittlichen Ausgaben pro Patient in den städtischen Krankenhäusern Berlins neben die der Universitätskliniken für 1895/96:

Friedrichshain	3,24 M
Moabit	3,01 M
Am Urban	3,28 M
Königliches Klinikum	3,56 M
Charité	2,85 M

Diese Zahlen beweisen ohne weiteren Kommentar [...] unwiderruflich zweierlei:

- 1, daß die Charitéverwaltung auffallend sparsam wirtschaftet, daß sie wegen dieser rühmlichen Sparsamkeit keinen Tadel, sondern größten Lob verdient,
- 2, daß es für die Charitéverwaltung eine absolute Unmöglichkeit ist, mit von ihr bisher zur Verfügung gestellten ordentlichen Mitteln auszukommen und so zu wirtschaften wie es heutzutage allen Krankenhäusern, welche auch nur einigermaßen den modernen Ansprüchen genügen wollen, verlangt werden muß.

Um die Bedeutung der vorstehenden Zahlen voll zu würdigen, ist immer wieder zu bedeuten, daß die Charité die umfangreichsten und kostspieligsten wissenschaftlichen Institute und Polikliniken sowie eine Irrenanstalt enthält, während dies bei den städtischen Krankenhäusern, die wesentlich nur der Armen, Krankenpflege körperlich Kranker dienen, nicht der Fall ist.

Die Zahl der Krankenbetten ist auf höheren Befehl bedeutend reduziert worden, demgemäß ist die Krankenfrequenz und mit ihr die Kurkosten-Einnahmen entsprechend gesunken, während die Ausgaben keine entsprechende Verminderung erfahren konnten, wie wir dies in den früheren Berichten überzeugend erörtert haben. Es sind im Gegentheil, ebenfalls auf ausdrückliche ministerielle Anordnung, neue Einrichtungen in unserer Anstalt geschaffen, welche nur erhebliche Ausgaben, gar keine Einnahmen bringen und für welche uns bisher aus Centralfonds kein Ersatz gewährt ist, z.B. die chirurgische Poliklinik im Hause Luisenstr. 2, die beiden medizinischen Polikliniken in dem Geschäftshause des Instituts für Infektionskrankheiten, das große Laboratorium der Kinderklinik, die dem Geheimrath König zugestandene Reorganisation der chirurgischen Klinik im Sommerlazareth.

Heute, am 31. Juli 1897, haben sich in der Charité im Ganzen nur 1.310 Kranke befunden; am 31. Juli 1892 hatten wir 1.641; heute zählt die Station für syphilitische Frauen, welche verhältnismäßig wenig kostspielig sind, nur 75, am 31. Juli 1892 hatten wir 205; syphilitische Männer waren damals 131, heute nur 99 in Verpflegung, innerlich Kranke damals zusammen 476, heute nur 334, chirurgisch Kranke damals

296, heute nur 263. Die Krankenfrequenz sinkt immer mehr; sie betrug am 31. Juli 1896: 1.443, am 31. Juli 1895: 1.536; die verminderte Einnahme von Kurkosten wird seit Jahr und Tag noch dadurch weiter beschränkt, daß die Berliner Armen-Direktion in ebenso widerwärtiger, wie empfindlicher Weise in vielen Fällen, besonders bei auswärts unterstützungsberechtigten Patienten, auf Grund des Regulativs vom 7. September 1830, die Uebernahme der Kosten, entgegen der früheren Praxis, verweigert, wodurch uns beträchtliche Ausfälle entstehen [...]. Die gesteigerten Ausgaben der Lohnfonds waren aus den in den beiden Berichten vom 16. Januar und 16. März 1897 entwickelten Gründen unvermeidlich; wir heben als Beispiel hervor, daß die Baracken VI und VIa des Instituts für Infektionskrankheiten gemäß dem ausdrücklichen Befehle Eurer Exzellenz diesem Institut genommenen und der Kinderklinik als eigene Säuglingsbaracken überwiesen worden sind. Der Direktor der Kinderklinik, Geheimrath Heubner, macht an die Säuglingspflege die höchsten Anforderungen; in den beiden Baracken mit zusammen 12 Betten sind jetzt 5 Wärterinnen tätig; früher arbeiteten dort nur 2.

Die *Verpflegung* der Kranken erfordert gegenwärtig mehr Aufwendungen als früher, weil neuerdings die sogenannten Ernährungskuren eine große Rolle spielen und wir diese doch nicht verbieten können; trotzdem haben wir bei diesem Titel gegen das Etatsoll von 625 200 Mark eine *Ersparnis* von 55.506 M erzielt.

Die Polikliniken bedingen nothwendig einen größeren Aufwand für Medizin, abgesehen davon, daß die Pharmakologen durch die Erfolge der Bakteriologie und der Serumtherapie zu einer fast fieberhaften Thätigkeit angespornt, den Markt täglich mit neuen kostspieligen Medikamenten überschwemmen, welche die Charité-Aerzte nicht unbeachtet lassen dürfen.

Bei dem Titel „Kleidung und Wäsche“ fallen die jetzt in enormen Massen zu beschaffenden, aus Rücksichten der Charité überall, in allen Krankenhäusern, für Aerzte und deren Assistenten, sowie für das Wartpersonal als notwendig erachteten, leinernen Mäntel resp. Schürzen und Handtücher erheblich ins Gewicht. Spinola wies auf „das erhöhte moderne Lichtbedürfniß der ganzen Bevölkerung, aber auch auf die neu hinzugekommenen Laboratorien [...]. Diese Laboratorien wie die in allen Krankenhäusern jetzt hervortretenden, zum großen Heile, trotz peinlichster Zurückhaltung, von der Verwaltung gar nicht abzuwehrenden Ansprüche an Komfort, haben ferner bei dem Titel X (Zur Beschaffung des Inventard) bedeutende Aufgaben herbeigeführt, von denen überdies auch die Neueinrichtung der chirurgischen Klinik einen ebenso erheblichen Antheil hat, wie der allseitig für notwendig erklärte allmähliche Ersatz der Strohsäcke durch Roßhaarmatratzen und der alten schmalen

Bettstellen durch solche neuerer Konstruktion.

Wenn Euere Exzellenz uns schließlich auch der Ueberschreitung des Etatsolls bei Titel XXIV der Ausgaben (Insgemein) einen Vorwurf gemacht haben, so dürfen wir daran erinnern, daß, *ohne* unseren Antrag, [...] für Zwecke der chirurgischen Klinik und Poliklinik nicht weniger als *23.500 M* ausdrücklich auf diesen Titel „Insgemein“ zur Zahlung angewiesen worden sind,...für die gleichen Zwecke bereits unseren Baufond, trotz unserer traurigen Finanzlage, mit *8.400 M* belastet hatte. Was den Titel VII der Einnahmen (Insgemein) betrifft, so haben wir die erfreulichen Mehreinnahmen von rund *8.000 M* vorzugsweise dem lukrativen Betriebe unserer Brückenwaage verdanken.³⁶²

Für das Rechnungsjahr 1900 zeigte die „Einreichung des Finalabschlusses der hiesigen Charité“ die Bilanz:

Einnahmen	1.572.140,09 M
Ausgaben	1.837.941,72 M
Abschluss	- 265.801,03 M

Ein Drittel des Abschlussbetrags beinhaltete das Minus des Jahres 1899 mit *84.345,67* Mark.³⁶³

Der Kultusminister überreichte dem Finanzminister im Sommer 1901 eine „Etatsanmeldung für das Ordinarium und Extraordinarium 1902“: zur Erhöhung des Bedürfniszuschusses *41.500* Mark und zur Deckung des bei den Ausgabenfonds entstandenen Fehlbetrags von *320.000* Mark. „[...] der Begleitbericht des Abschlusses ist leider wieder ein ungünstiger, indem ein Betrag von *265.801 M 63 Pf.* ungedeckt geblieben ist. Die Ausführungen der Charité-Direktion lassen erkennen, daß die Anstalt nicht in der Lage sein wird, diesen Fehlbetrag aus den Mitteln des laufenden Rechnungsjahres zu decken, daß im Gegenteil eine Steigerung des Defizits mit Sicherheit zu erwarten ist. Das ergibt sich auch schon daraus, daß erst vor kurzem der Charité-Kasse ein Vorschuß von *80.000 M* hat überwiesen werden müssen. Eine Abhülfe dieser mißlichen Verhältnisse wird sich nur herbeiführen lassen, wenn außer der Deckung des Fehlbetrages von *265.801 M 63 Pf* und der in diesem Jahre

362 Spinola 31.7.1897 an Kultusministerium, GStA PK, Rep. 76 VIII D, Nr. 264. Hervorhebungen im Original.

363 Ebenda.

voraussichtlich eintretenden Etatsüberschreitung von 55.080 M zusammen 320.900 M oder rund 320.000 M eine dauernde Erhöhung des Bedürfniszuschusses um den von der Charité-Direktion berechneten Mehrbedarf [...] mit noch 41.500 M eintritt. Eine nähere Prüfung der gesammten finanziellen Verhältnisse der Charité wird den mit Eurer Exzellenz vereinbarten kommissarischen Berathungen über die künftige Gestaltung des Charité-Etats vorzubehalten sein.“³⁶⁴

Im Saldo 1901 stand die Summierung der Jahresbilanzen mit Minus 350.831,71 Mark, nachdem vom preußischen Staat schon 90.000 Mark zur teilweisen Deckung bewilligt worden waren. Saldo ohne vorjährige Schulden für 1901:³⁶⁵

Einnahmen	1.543.723,37 M
Ausgaben	1.732.849,02 M
Abschluss	-189.125,65 M

Zur Deckung des verbleibenden Fehlbetrags und des für das Rechnungsjahr 1902 rund 115.000 Mark kalkulierte Defizit wurde ein einmaliger Zuschuss des Staatshaushalts von 465.000 M für das Jahr 1903 in Aussicht gestellt. „In dem Entwurf des letzteren ist zugleich neben anderen erhöhten staatlichen Zuschüssen eine dauernde Verstärkung der sächlichen Ausgabefonds der Charité um 113.310 M. vorgesehen, so dass für die Zukunft auf eine wesentlich günstigere Gestaltung der Finanzlage der Charité gerechnet werden darf. Die vorgedachten Fehlbeträge sind zum nicht unerheblichen Theil auf die bisherige unzulängliche Bemessung einzelner sächlichen Ausgabefonds, insbesondere derjenigen für Löhne, für Feuerung, für Kleidung und Wäsche, hauptsächlich aber auf den durch die Verminderung der Bettenzahl verursachten Rückgang der Einnahmen an Verpflegungskosten zurückzuführen.“³⁶⁶

Der in Aussicht gestellte Betrag wurde überwiesen und so ergab das Rechnungsjahr 1904 „nur“ Minus 39.794,71 Mark, stieg 1905 mit dem negativen Jahressaldo von 41.640,33 Mark auf ein Gesamtminus von 81.435,11 Mark und summierte sich am 31. März 1907 auf Minus 252.510,68 Mark.³⁶⁷

364 GStA PK, Rep. 76 VIII D, Nr. 264.

365 Charité-Annalen 1903, 130-131.

366 Ebenda, S. 130-131.

367 GStA PK, Rep. 76, VIII D, Nr. 264.

1900 betrug die „Zuschüsse aus Staats- und Universitätsfonds und aus anderen öffentlichen Fonds“ unter den Gesamteinnahmen 400.125 Mark, im Folgejahr 453.323 Mark, das entsprach circa ein Viertel des finanziellen Aufkommens. Dass diese Subventionen den Ausgaben der Charité nicht gerecht wurden, hatte sich schon 1899 gezeigt, als für das Minus der Jahresbilanz 1898 von rund 970.000 Mark aus der Staatskasse 1.411.594 Mark überwiesen worden waren, doch konnte damit noch nicht einmal im laufenden Wirtschaftsjahr 1899 eine ausgeglichene Bilanz erreicht werden. Daher nahm mit Beginn des 20. Jahrhunderts auch wieder das jährliche Minus zu.

Die Erstattung der Kur- und Verpflegungskosten brachte den Einnahmen des Jahres 1900 998 133 Mark und 1901 929.930 Mark, also fast zwei Drittel anteilig. „Erstattet wurden für den Verpflegungstag durchschnittlich [...] 1,99M (1,97 M 1901), so dass für den Tag und Kopf eines Kranken ungedeckt blieben und aus sonstigen Einnahmen bzw. aus Staatsfonds zu bestreiten waren 1,19 M (1,39 M 1901).³⁶⁸

1910 ergab der Final-Abschluss:

Einnahmen:	2.597.961,41 M
Ausgaben:	2.122.168,34 M
Abschluss:	Plus 475.793,07 M

Verrechnet mit dem aus dem Vorjahr bestehenden Minus von 555.369,69 Mark stand am 31. März 1911 jedoch endgültig ein Minus von 79.576,62 Mark.

1910 entsprachen die Staatszuschüsse von 1.478.590 Mark 57 % des Jahresbudgets, die Erstattung der Kur- und Verpflegungskosten brachten mit 971.597 Mark 37 % Einnahme und deckten nun einen kleineren Anteil der Betriebskosten als zehn Jahre zuvor.³⁶⁹

1911 hatte sich das negative Saldo wieder auf 157.153 Mark erhöht. Der Staatszuschuss bei 2.312.254 Mark Jahreseinkünften betrug 52 %, die Erstattung der Kur- und Verpflegungskosten 43 % der Gesamteinnahmen.³⁷⁰

Unter den Gesamtausgaben für 1900 befanden sich 356.763 Mark Lohnkosten, 1901 388.031 Mark, und entsprachen damit circa einem Viertel der Jahresausgaben³⁷¹ –

368 Charité-Annalen 1903, 131 ff.

369 Charité-Annalen 1912, 29-33.

370 Charité-Annalen 1913, 16-20.

371 GStA PK, Rep. 76, VIII D, Nr. 264.

berechnet aus den Buchhaltungstiteln „Besoldungen“, „Löhne“ und „andere persönliche Ausgaben“. Zu berücksichtigen ist dabei, dass zumindest das Pflegepersonal der Charité zudem einen Lohn in Form von Beköstigung erhielt.

Die Ausgaben für Löhne erläuterte die Charité-Direktion in ihrem Bericht zum Final-Abschluss 1903 dem Ministerium, dass „die im Etat ausgeworfenen Durchschnittslöhne [...] bei weitem nicht den heutigen Ansprüchen genügen, und den in hiesigen städtischen Krankenanstalten gezahlten Durchschnittslöhnen erheblich nachstehen“.³⁷²

Zum Wirtschaftsjahr 1904 hatte der preußische Staat rund 75.000 Mark mehr Subvention bewilligt und diese Summe musste nicht überschritten werden, doch sah die Direktion Lohnerhöhungen bei Handwerkern und Beschäftigten der Irrenklinik „dringend notwendig“. Bei der Entlohnung in Naturalien, nämlich die Beköstigung des Wartepersonals – durchschnittlich 350 Personen täglich – wurden im Bericht zum Abschluss 1904 ebenfalls die städtischen Krankenhäuser als „scharfe Konkurrenz“ genannt, wo es längst bessere Ernährung gäbe. „Es fing unter unserem Personal infolge sozialdemokratischer Agitation an zu gären, und in den von dieser Seite her einberufenen Versammlungen, die auch von unserem Personal besucht wurden, wurde namentlich allgemein über die Verpflegung des Warte- und Dienstpersonals bittere Klage geführt. Insbesondere wurde, und wie wir zugeben müssen, mit Recht bemängelt“, dass es zwischen 5 Uhr und 13 Uhr nur ein Frühstück gab. „Diese Mängel in der Verpflegung gaben viele Personen unseres Warte- und Dienstpersonals geradezu als Grund ihres Austritts aus dem Anstaltsdienst an.“³⁷³ Die Direktion wollte insbesondere den weiteren Abgang „geschulten Personals“ verhindern und genehmigte ein zweites Frühstück.

1910 lagen die Lohnkosten von rund 575.000 Mark bei circa 27 % und 1911 mit rund 600.000 Mark bei circa 25 % der Jahresausgaben, also keinem wesentlich veränderten Anteil als zehn Jahre zuvor.³⁷⁴ Die Charité-Direktion erläuterte dem Kultusministerium daher auch im Final-Abschluss 1911 zu dem Titel „Lohn“, dass „vielfache Erkrankungen und die notwendigen Beurlaubungen des Personals eine Mehreinstellung“ und die „ständigen fremden Nachtwachen“³⁷⁵ erforderten.

372 Ebenda.

373 Ebenda.

374 GStA PK, Rep. 76, VIII D, Nr. 265, Bl. 44, 45, 74, 75.

375 GStA PK, Rep. 76, VIII D, Nr. 265, Bl. 70.

Löhne in der Psychiatrischen und Nervenlinik wurden nicht erhöht, da die Befürchtung bestand, dies würde „dem Personal der übrigen Kliniken Anlaß zu Berufungen geben [...]“. Nicht nur die Zahl des Pflege- und Dienstpersonals ist unzureichend, sondern auch dessen Besoldung. Der für unseren Anstaltsbetrieb so nachteilige große Wechsel – 1911 in 468 Fällen – ist in erster Linie auf die ungenügende Bezahlung zurückzuführen. Letztere ist wiederholt Gegenstand der Besprechung im Abgeordnetenhaus und in den öffentlichen Blättern gewesen. Um diesem unerfreulichen Wechsel zu begegnen, müssen wir dringend bitten, eine Erhöhung des Lohnes des Pflege- und Dienstpersonals eintreten zu lassen. Denn für die Sätze des Charité-Etats ist gegenüber der Konkurrenz der städtischen und privaten Krankenhäuser Groß-Berlins, die sämtlich höhere Löhne zahlen, ein geschultes Personal, wie es für unsere Anstalt notwendig ist, nicht zu erlangen. Dabei wird unser Personal bedeutend mehr in Anspruch genommen, als das solcher Krankenhäuser, die nur Heilzwecken dienen. Wir halten eine Erhöhung des Durchschnittslohnes, wie er bei den hiesigen städtischen Krankenanstalten besteht, auch für das Personal der Charité für mindestens erforderlich und werden nach dieser Erhöhung das Personal nur dann halten können, wenn wir seine größere Inanspruchnahme durch Kurse etc. besonders honorieren [...] Ob diese Lohnerhebung das Niveau des Pflegepersonals zur Folge haben wird, ist zweifelhaft [...]. Wir müssen immer wieder hervorheben, daß die Wartung der Kranken am vorteilhaftesten nur in den Händen des gebildeten Schwesternpersonals liegt, das geeignet ist, das übrige Personal anzuleiten und zu beaufsichtigen. Mit einem Personal, das nur Volksschulbildung hat, sind bis auf wenige Ausnahmen sowohl die Aerzte als auch die Kranken unzufrieden. Bei dem Fortschreiten der medizinischen Wissenschaft sind auch die Anforderungen an das Pflegepersonal größer geworden, und diesen vermag das weniger gebildete Personal nicht, oder nur mangelhaft nachzukommen. Der größte Teil des sich anbietenden Personals ergreift den Krankenpflegedienst nur aus Mangel an anderer Arbeit oder wegen Obdachlosigkeit und ist, wie unsere Ermittlungen dann ergeben, vielfach vorbestraft. Die durch Einstellung von Schwestern entstehenden Mehrkosten werden durch eine bessere Wirtschaftsführung, Verwendung der Materialien eingebracht.³⁷⁶

376 Ebenda, Bl. 71, 72.

Der Erste Weltkrieg belastete die Einnahme-Ausgabe-Balance noch mehr; trotzdem teilte Verwaltungsdirektor Pütter dem Ministerium im Oktober 1915 mit: „In pekuniärer Beziehung hat das Jahr 1914 noch leidlich gut abgeschnitten.“³⁷⁷ Die Betriebsbilanz für 1914 zeigt ein Minus von 465.054 Mark.³⁷⁸ Im Laufe der Kriegsjahre wogen die Belastungen zunehmend schwerer. Sachmittel, insbesondere chirurgische und Verbandmaterialien, konnten nur schwierig und teuer wie auch Feuerungsmaterialien und Nahrungsmittel eingekauft werden, während der Staat noch weniger Geld für Bilanzausgleich zur Verfügung hatte. Im Rechnungsjahr 1918 war das negative Saldo bei 3.223.124 Mark angekommen.³⁷⁹ Das Jahr 1919 konnte finanziell keinen Umschwung bringen, Belastung entstand unter Anderem durch die Lohnerhöhungen und den, gegen heftigen Widerstand durchgesetzten, Acht-Stunden-Tag im Krankenhaus. Die Charité-Direktion, nach Kriegsende unverändert von Pütter und Schmidt besetzt, erläuterte zum betriebswirtschaftlichen Jahresabschluss, es „erfordert die Löhnung des Personals rund 1.350.000 M mehr.“³⁸⁰ „Der Jahres-Abschluss der Charité-Kasse für das Rechnungsjahr 1919 weist eine Summe an Fehlbeträgen von 8.596.466, 80 M auf.“³⁸¹ Allein das Jahr 1919 hatte daran einen Teil von 5.373.342,17 Mark.³⁸² „Für das Rechnungsjahr 1920 ist mit einem weiteren Anwachsen der Mehrausgaben zu rechnen, insbesondere mit Rücksicht darauf, dass die Löhne für das Personal seit dem 1. April 1919 mehr als das Doppelte erhöht sind.“³⁸³ Die Summe an Löhnen, Besoldungen und anderen persönlichen Ausgaben von 1.916.249 Mark betrug 1919 circa ein Sechstel Anteil an den Ausgaben.³⁸⁴ 1920 enthielten die Gesamtausgaben zu rund 23 % Lohnanteil. Bei einem Staatszuschuss von 24.312.306 Mark, der rund drei Viertel der Gesamteinnahmen ausmachte, ergab die Jahresbilanz 6.744.207 Mark Minus.³⁸⁵

377 GStA PK, Rep. 76, VIII D, Nr. 111, Bl. 6.

378 GStA PK, Rep. 76, VIII D, Nr. 265, Bl. 164.

379 Ebenda, Bl. 231-314.

380 Ebenda, Bl. 223.

381 Ebenda, Bl. 242.

382 Ebenda, Bl. 242.

383 Ebenda, Bl. 242.

384 Ebenda, Bl. 238-239.

385 Ebenda, Bl. 251 - 253, 266.

Im Jahresabschluss wurde dem Kultus- und dem Finanzministerium detaillierte Buchhaltung vorgelegt. Darunter befand sich auch eine Zeile, in der neben dem errechneten Einnahme-Soll aus Kur- und Verpflegungskosten die eingegangene Ist-Einnahme und der „Rest“ aufgeteilt wurden. Die Jahre zeigen einen erheblichen Anstieg an ausbleibenden Zahlungen in diesem Titel. So entstanden (in Mark)³⁸⁶

Jahr	Kur- u. Verpfl.kosten Rechnung	Ist	Rest
1900	1.011.305,83	996.659,50	14 646,33
1905	860.464,39	830.317,31	30.147,08
1910	1.062.125,71	971.597,22	90.528,49
1915	1.883.370,68	1.286.774,43	596.596,25
1918	2.351.987,05	1.680.211,15	671.775,90
1919	2.703.477,40	1.974.774,76	728.702,64
1920	5.229 887,90	4.190.771,31	1.039.116,59

Die Direktoren Pütter und Scheibe wiesen das Ministerium im April 1914 auf die sich ständig vermehrende Verwaltungsarbeit in der Auseinandersetzung mit Kostenträgern um ausstehende Rechnungsbegleichung hin und den sich daraus ergebenden Bedarf eines „juristischen Hilfsarbeiters“, um dessen Arbeitsplatz sie wiederholt baten. „[...] z Zt. nicht weniger wie 38 Prozesse in Gange sind, deren Entscheidung zum Teil für die Charité von der weittragendsten Bedeutung ist. Diese Zahl wird sich jetzt durch die Rückforderungen der Kurkosten erheblich vermehren.“ Sie summierten, [...] daß bis zum 1. April des Jahres unsere rückständigen Forderungen an die Stadt- und Landgemeinden bereits über 400.000 M betragen.“³⁸⁷ Im Juni desselben Jahres beschrieb das Kultusministerium dem Justizministerium die notwendige Tätigkeit eines „juristischen Hilfsarbeiters“ in der Charité, worauf 10 Tage später in der Antwort des Justizministeriums der Gerichtsassessor Dr. Klußmann ab 1. Juli 1914 für sechs Monate zum Assistenten des Charité-Justitiars versetzt werden sollte. In der Folge zeigte sich keine Aussicht auf Abschluss dieses Arbeitsbergs, so dass Verlängerungen von jeweils weiteren sechs Monaten dieses Postens wiederholte Konsequenz waren.³⁸⁸

386 GStA PK, Rep. 76, VIII D, Nr. 264; Nr. 265, Bl. 44, 45, 168, 169, 202-204, 225-227, 251, 252.

387 GStA PK, Rep. 76, VIII D, Nr. 25, Bl. 88, 90.

388 Ebenda, Bl. 96 - 98, 125.

Der Verwaltungsbericht führte finanzielle Vergleiche vorwiegend mit den städtischen Krankenhäusern, wobei die Ergebnisse häufig für Argumentationen gegenüber dem Ministerium benützt wurden und weitergehend vom Kultusminister in seinen Auseinandersetzungen mit dem Finanzminister.

Finanzieller Vergleich mit städtischen Krankenhäusern

Die Jahresbilanz der städtischen Krankenhäuser von 1910 wurde im „Bericht über die Gemeinde-Verwaltung der Stadt Berlin in den Verwaltungsjahren von 1906 bis 1910“ vorgestellt. In den sechs städtischen Krankenhäusern (Friedrichshain, Moabit, am Urban, Gitschinerstr., Kaiser und Kaiserin Friedrich-Kinderkrankenhaus, Rudolf-Virchow) waren 1910 (1.4.1910 bis 31.3.1911) für 1.519.531 Verpflegungstage 2.454.108 Mark Erstattungen von Kur- und Verpflegungskosten eingegangen. Zur Deckung der stationären Selbstkosten von rund 8.400.000 Mark wurden 1910 im Endergebnis rund

6.000.000 Mark Subvention von der Kommune benötigt. Anteilig betragen die Erstattungen der Krankenkosten 29 % (ohne Verzinsung des Anlagekapitals, mit Zins 35%) der Jahreseinnahmen. Mit 2.266.462 Mark hatten die Lohnkosten rund ein Viertel Anteil unter den Jahresausgaben.³⁸⁹

1900 hatte der städtische Zuschuss für den Betrieb der drei Krankenhäuser im Friedrichshain, Moabit und am Urban circa die Hälfte des Jahresetats betragen und war damit im Vergleich zu den Posten der Jahre 1891/92 um gut 10 % verringert worden.

Ebenso wurden die „Gesamtkosten für den Universitätslehrbetrieb und Krankenhausbehandlung“ je Patient und Tag mit den Tageskosten des städtischen Patienten verglichen. 1910 entstanden in der Charité Tageskosten von 4,84 M (1911 5,39 M) und im Durchschnitt der städtischen Krankenhäuser 4,58 M (1911 4,57 M), beispielsweise:

Gitschiner Str. 3,73 M – Moabit + Friedrichshain 4,67 M – Kinderkrankenhaus 5,43M.

Bei einer Differenzierung der Tagesgesamtkosten betragen die sächlichen und persönlichen Behandlungskosten nach Abzug der allgemeinen Verpflegungskosten, darunter die Verwaltungskosten, pro Tag und Patient 1910 in der Charité 1,26 M (1911 1,34 M).

389 Bericht ü.d. Gemeinde-Verwaltung d.St. B. 1906 bis 1910, S. 248, 249, 252-255.

Der Durchschnitt dieser Behandlungskosten lag in den sechs städtischen Krankenhäusern 1910 bei 1,43 M (1911 1,42 M), darunter beispielsweise: Gitschiner Str. 0,92 M – Moabit 1,62 M – Kinderkrankenhaus 1,69 M.³⁹⁰

2. Zuschüsse aus Staatsfonds

Neben dem vom Staat für das kommende Wirtschaftsjahr der Charité bewilligten Etat gingen von der Direktion an das Ministerium immer wieder Bitten um Zuschüsse mit unterschiedlichen Begründungen und sei es ganz generell „wegen ungünstigem Stand unserer Kasse“.³⁹¹ Genehmigungen wurden vom Ministerium für geistliche, Unterrichts- und Medizinal-Angelegenheiten im Einverständnis mit dem Finanzministerium erteilt; gefordert wurde dabei an die Charité-Direktion: „Bei Vorlegung des Finalabschlusses sind die Abweichungen von den Etatsansätzen eingehend zu erläutern.“³⁹²

Auf Verwaltungsdirektor Spinolas ausführliche Erläuterung des Final-Abschlusses 1896 an das Kultusministerium im Sommer 1897 mit der Bitte um einen generell höheren Staatszuschuss reagierte der angesprochene Finanzminister Miquel abwehrend:

„Euer Exzellenz haben mir unter dem 19.10. den Finalabschluß der Verwaltung des hiesigen Charité-Krankenhauses für 1896/97, nach welchem das Deficit dieser Anstalt im letztverflossenen Jahr um mehr als 200.000 M und damit auf reichlich 500.000 M gestiegen ist, mit dem Bemerken mitgeteilt, daß die Charité in geordnete wirtschaftliche Verhältnisse erst gelangen werde, wenn dieser Fehlbetrag aus allgemeinen Staatsfonds gedeckt sei. Damit vermag ich indeß die Angelegenheit nicht als erledigt erachten.“³⁹³ Miquel hatte die Vorstellung, aufgrund des Nutzens der Stadt Berlin am Charité-Krankenhaus, „daß die Stadt zu höherer Beitragsleistung zu den dauernden Kosten der Unterhaltung der Charité heranzuziehen sei, sobald Entscheidung darüber getroffen sein werde, daß und mit welchem Aufwand das Charité-Krankenhaus in einen berechtigten Forderungen entsprechenden Zustand versetzt werden solle“³⁹⁴ Im Endeffekt hat die Stadt Berlin zu Beginn des 20. Jahrhunderts ihren Aufwand in eigene neue Krankenhäuser investiert.

390 Charité-Annalen 1912, 33, 34 ; Charité-Annalen 1913, 21.

391 UAHUB, Nr. 1506 Bl. 2.

392 Ebenda, Bl. 33.

393 GStA PK, Rep. 76, VIII D, Nr. 264.

394 GStA PK, Rep. 76, VIII D, Nr. 264.

Auch nach erheblichem einmaligen Staatszuschuss zur Deckung einer Minusbilanz von fast einer Million Mark im Jahr 1898 wuchsen die Anteile der staatlichen Subventionen in der Charité nur langsam über ein Viertel an deren Gesamteinnahmen, so dass 1903 wieder ein großer einmaliger Betrag von 465.000 Mark zur Deckung der Negativbilanz bewilligt wurde.³⁹⁵ In den Folgejahren wurde jedoch der Anteil des Staatszuschusses im Charité-Haushalt erweitert.

1907 gab das Ministerium der Charité-Direktion einen abschlägigen Bescheid für den sofortigen Zuschuss zur Schuldendeckung und es war „[...] bei den kommissarischen Etatberatungen davon abgesehen worden, zur Erhöhung des Bedürfniszuschusses sowie zur Deckung des Fehlbetrages bei den sächlichen Ausgabefonds Mittel in den Entwurf zum nächstjährigen Staatshaushaltsetat einzustellen.“³⁹⁶ Der Minister zeigte sich einverstanden mit begrenzten Lohnerhöhungen, die, falls nicht von eigenen Mehreinnahmen der Charité zu decken, im Rechnungsjahr 1908 die Fonds überschreiten könnten. Ab 1. April 1909 würde der Betrag vom Staatshaushaltsetat überwiesen werden. Ein Betrag von 4.000 Mark, der für einmalige Zulagen aus den Lohnfonds des Wart- und Dienstpersonals – mit Ausnahme der Charitéschwestern – verwendet werden sollte, würde aus „anderen Titeln“ entnommen.³⁹⁷

Ab dem Wirtschaftsjahr 1909, dem 1. April, wurden vom „staatlichen Bedürfniszuschuß“ Quartal-Teilbeträge abgegeben mit Nachdruck auf „geordnete finanzielle Verhältnisse“.³⁹⁸ Das Ministerium meinte 1909 hinsichtlich besserer Einnahmemöglichkeiten außer den Erhöhungen der Kurkostensätze: “Bei der Frequenz der Polikliniken wird es m.E. den ärztlichen Direktoren nicht schwer fallen, für eine auch in wirtschaftlichem Interesse notwendige, genügend starke stationäre Belegung der Kliniken Sorge zu tragen“³⁹⁹ Diese Bemerkung ist nicht völlig verständlich in Verbindung zu bringen mit dem in der Öffentlichkeit immer wieder kritisierten Bettenmangel, findet allerdings Beachtung in Anbetracht der gewachsenen stationären Ressourcen in den städtischen Krankenhäusern.

Natürlich ermahnte das Ministerium die Charité-Direktion, die Ausgaben nicht über die Verfügungen des Etats wachsen zu lassen und „es ist daher bis in das einzelste zu

395 Ebenda.

396 GStA PK, Rep. 76, VIII D, Nr. 201.

397 Ebenda.

398 UAHUB Nr. 1506, Bl. 63.

399 UAHUB, Nr. 1506, Bl. 63.

prüfen, an welchen Stellen Einschränkungen gegenüber dem bisherigen Aufwande möglich sind, und dafür Sorge zu tragen, daß überall jede mit der Aufrechterhaltung eines ordnungsgemäßen Betriebes zu vereinbarende Sparsamkeit beobachtet wird.“⁴⁰⁰

Für die Charité wurde demnächst eine „eingehende Prüfung“ der wirtschaftlichen Verwaltung angemeldet. Es fehlte zudem nicht an betriebswirtschaftlichen Vorschlägen vom Ministerium, wenn auch nicht unbedingt hilfreich hinsichtlich der Umsetzung: „Der Verstärkung des Lohnfonds [...] steht eine gleiche Kürzung des sächlichen Ausgabefonds [...] gegenüber.“⁴⁰¹

Sonst nicht an gemeinsamer Front stehend, hatte sich eine ungewohnte argumentative Unterstützung seitens der Krankenkassen ergeben. Zum Jahrhundertwechsel errechneten die Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen Berlins circa ein Siebentel ihrer Gesamtausgaben für die Krankenhausversorgung. Die Krankenkassen monierten, einer Kurkostensatzerhöhung, wie sie damals zur Debatte stand, würde eine Mehrausgabe von rund 350:000 Mark in der Versorgung folgen und damit zu einem Sechstel der Kassenausgaben führen, differenziert berechnet 80 Pfennig pro Kopf der 437.487 Mitglieder.⁴⁰² Dabei wurde wieder einmal an die nicht existierende Rechtspflicht der Krankenkassen zur Übernahme der Krankenhauskosten erinnert. Als Konsequenz und Lösung forderten die Krankenkassen den preußischen Staat zu höheren Subventionen für die Charité auf, da diese bislang wenig üppig seien.

Die Staatszuschüsse hatten 1898 300.877 Mark, 1899 217.363 Mark und 1900 274.113 Mark betragen und damit rund ein Viertel der Jahreseinnahmen des Universitätskrankenhauses.⁴⁰³ In der Krankenkassenpetition an den preußischen Staat wurde vorgelegt, dass die Zuschüsse bis dahin schon allein als Ausgleich der 100.000 freien Tage für Berlin notwendig wären und sollten diese Tage statt dessen mit 2 Mark pro Tag der Charité bezahlt werden, bräuchten nur geringe staatliche Zuschüsse anfallen. Die Erhöhung der Subvention für das Jahr 1900 würde schon der Übernahme des „Instituts für Infektionskrankheiten“ dienen.⁴⁰⁴

400 Ebenda, Bl. 63.

401 Ebenda, Bl. 80.

402 GStA PK, Rep. 76, VIII D, Nr. 199.

403 GStA PK, Rep. 76, VIII D, Nr. 264.

404 GStA PK, Rep. 76, VIII D, Nr. 199.

Ein Jahrzehnt später war der Anteil des Staatszuschusses an den Jahreseinnahmen der Charité auf gut die Hälfte gewachsen: 1910 mit 1.478.590 Mark auf 57 %, 1911 mit 1 205 062 Mark auf 52%.⁴⁰⁵ Die Jahressalden bewegten sich trotzdem nicht in eine positive Bilanz, doch fielen die absoluten Minusbeträge deutlich geringer aus als vor dem Jahrhundertwechsel.

Im Wirtschaftsjahr 1914 bezuschusste Preußen den Haushalt der Charité nach wie vor mit circa 50 %. Bei Kriegsende 1918 erhielt die Charité unverändert knapp die Hälfte ihrer Einnahmen aus der Bewilligung vom preußischen Landtag. 1920 deckten die Staatszuschüsse circa drei Viertel der Charité-Einnahmen, ohne dass damit eine ausgeglichene Jahresbilanz erreicht werden konnte.

Im ausgehenden 19. Jahrhundert waren die negativen Jahresbilanzen der Charité immer wieder mit einmaligen Zuschüssen mehr oder weniger gedeckt worden, doch eine Erhöhung der staatlichen Jahresbeiträge entwickelte sich – trotz aller Bemühungen der Charité-Direktion – langsamer als der Anstieg der Ausgaben für die sich ändernden Ansprüche an ein modernes, wissenschaftliches Krankenhaus des 20. Jahrhunderts. Genausowenig hielten die finanziellen Leistungen der Kostenträger im notwendigen Tempo Schritt – das betraf natürlich die gesamte Berliner Krankenhauslandschaft.

Die Lösung des Finanzdefizits wurde wiederholt in einer Erhöhung der Kurkostensätze gesucht.

3. Möglichkeiten der Einnahmeverbesserung

a. Erhöhung der Kurkostensätze

Die Erstattung der Kurkosten, sei es von der Gemeinde, den Krankenkassen oder den Selbstzahlern, deckte nie die Gesamtausgaben für den Patienten. Trotzdem war eine Erhöhung der Kurkostensätze, solange größere Subventionen des Staates nicht anstanden, die einfachste Maßnahme zur Erweiterung des Einnahmevermögens. Einer Ankündigung mit Beschluss einer Kostensatzerhöhung wurde zu Anfang des 20. Jahrhunderts öffentlich generell abwehrend begegnet und je nach politischer Neigung einer Tageszeitung zwar unterschiedlich begründet, doch insgesamt in der Regel abgelehnt.

405 Charité-Annalen 1912, 29-33; 1913, 16-20.

Vor dem Jahrhundertwechsel gab es im Rahmen günstiger wirtschaftlicher Entwicklungen wohlwollendere Meinungen dazu. Ein Kommentar zur angekündigten Kurkostensatzerhöhung erschien am 21. Februar 1891 im „Morgen“: „Voraussichtlich werden dem Beispiele der Charité, wie dies im Jahre 1873 geschehen ist, auch jetzt die meisten anderen öffentlichen Krankenhäuser Berlins folgen. Von der Erhöhung wird vorzugsweise die Berliner Kommune getroffen werden, deren Finanz-Verhältnisse so günstige sind, daß für sie die in Rede stehende Mehrausgabe nicht ins Gewicht fallen kann; aber die auch bei dieser Maßregel interessierten gewerblichen Krankenkassen dürften bei den herrschenden Arbeitslöhnen ohne Schwierigkeit in der Lage sein, durch eine geringfügige Erhöhung der Beiträge ihrer Mitglieder einen Ausgleich zu finden.“⁴⁰⁶

Argumentiert wurde im Artikel mit den zunehmenden medizinischen Anforderungen bei ärztlicher Behandlung, Krankenwartung, Verpflegung usw. aufgrund der allgemeinen hygienischen und wissenschaftlichen Standards der vergangenen zehn Jahre. Der Journalist meinte, schon 1873 und 1876 wäre der Versuch, mit einem finanziellen Zuschuss des Staates den Ausgleich im Charité-Haushalt zu erzielen, nicht erfolgreich gewesen und die Charité-Direktion hatte mit ministerieller Genehmigung die Kursätze erhöht. Jetzt sollten Erwachsene einen täglichen Verpflegungssatz von 2 Mark statt 1,75 Mark bezahlen, der Kindersatz wurde von 1,25 Mark auf 1,50 Mark heraufgesetzt. Die Verpflegung der Geisteskranken sollte weiterhin 3 Mark betragen und für die Auswärtigen dieser Patientengruppe 4 Mark.⁴⁰⁷

Ende 1899 führte eine kurzfristig angekündigte Kursatzerhöhung der Charité zum 1. Januar 1900 zu Aufregung in der Presse. Die Zeitung „Vorwärts“ meinte, der Zeitpunkt sei geschickt gewählt, die Krankenkassen könnten so überrascht nicht Stellung beziehen. Staat und Gemeinde hätten ihre Pflicht versäumt, genügend Krankenhäuser zu bauen, so dass wegen Überfüllung Kranke vorzeitig entlassen und „Schwerkranke von Krankenhaus zu Krankenhaus pilgern müssen, ohne Aufnahme finden zu können.“⁴⁰⁸ Alle anderen Anstalten würden der Charité nacheifern und was den Krankenhäusern recht wäre, „ist den Rekonvaleszentenstationen und den Heimstätten für Tuberkulose billig“. Auf das „kulturfeindliche Vorgehen des Herrn Kultusminister“ sollte mit einer „Protestbewegung“ begegnet werden,

„sollte aber dies Vorgehen erfolglos sein, so müßte wieder einmal in der alten Weise

406 „Morgen“ am 21.2.1891, GStA PK, Rep. 76, VIII D, Nr. 199.

407 „Morgen“ am 21.2.1891; GStA PK, Rep. 76, VIII D, Nr. 199.

vorgegangen werden. Der Boykott gegen die Charité hat dem Finanzminister die Millionen abgezwungen zum Neubau der Charité, er würde auch in dieser Frage erfolgreich sein [...].

Für die Krankenkassen bedeutet es eine Mehrausgabe, die viele von ihnen überhaupt nicht zu leisten im Stande wären, selbst wenn der Wille dazu vorhanden wäre, andere wieder nur, wenn sie das Krankengeld erhöhten resp. die übrigen Leistungen (Höhe und Dauer der Unterstützung) herabsetzten. Für die Kranken bedeutete es eine noch mehr als heute erschwerte Krankenhausbehandlung. Schon heute lassen vielfach die Kassen, je nach dem Stand ihrer Finanzzeit die Höhe des Krankengeldes und nicht die ärztliche Anordnung darüber entscheiden, ob die Aufnahme ins Krankenhaus zu erfolgen hat. Kassen, welche nur die Hälfte, ein Drittel oder noch weniger von diesen Verpflegungssätzen außerhalb der stationären Behandlung zu zahlen verpflichtet sind, machen bezüglich der Aufnahme ins Krankenhaus oft Schwierigkeiten oder verweigern sie auch geradezu, trotzdem gerade diese Kranken eben wegen des ganz unzureichenden Krankengeldes die Anstaltsbehandlung am nötigsten haben.

Hat doch kürzlich eine bekannte Hilfskasse für Frauen und Mädchen es fertig gebracht, ihren Mitgliedern und Aerzten vorzuschreiben, daß jede Aufnahme in ein Krankenhaus der vorherigen Genehmigung des Centralvorstandes bedürfe, welcher in Südwest-Deutschland residirt!⁴⁰⁹

Die Krankenkassen wurden angesprochen, endlich ernsthaft die Idee zu erwägen, ob es nicht an der Zeit wäre, eigene, „den Arbeitern gehörende Krankenanstalten zu errichten, um sich wenigstens für den Notfall von Staat und Gemeinde unabhängig zu machen.“⁴¹⁰ Die Vorstellung, die Krankenkassen könnten Träger eigener Krankenhäuser sein, tauchte immer wieder auf, dürfte allerdings angesichts der Investitionskosten und bei Betrachtung der mit den Kurkostensätzen nur mäßig gedeckten Betriebskosten in den Kassen kaum ein ernsthafter Plan worden sein.

Ausgewogener mit Argumenten, doch im Endeffekt einen ähnlichen Standpunkt vertrat die „Vossische Zeitung“ am 12. Januar 1900 zur Erhöhung der Kurkostensätze in der Charité. Sie begründete die Anhebung der Sätze für die Charité mit ihren Einnahmeausfällen von 1.100.000 Mark seit 1894/95, da nach Beratung der Sachverständigen über den Zustand des Krankenhauses die Bettenzahl sofort von

408 „Vorwärts“ am 17.12.1899, ebenda.

409 „Vorwärts“ am 17.12.1899, GStA PK, Rep.76, VIII D, Nr. 199.

410 Ebenda.

1956 auf 1454 reduziert worden, die Fixkosten jedoch auf gleicher Höhe geblieben waren. Die Zeitung sah städtische und private Krankenhäuser mit ihren Kurkostensätzen im Zugzwang, wollten sie nicht ihrerseits eine ständige Überfüllung herausfordern. „Die Folge ist eine allgemeine Vertheuerung der Berliner Krankenpflege. Hätte der Medizinalminister nicht lieber eine entsprechende Erhöhung des Chariteezuschusses auswirken sollen, als um der 216.000 Mark Mehreinnahme willen, die Kurkosten in Berlin durchweg in die Höhe zu schrauben? Es ist dringend zu wünschen, daß der Landtag den vom Kultusministerium angerichteten Schaden wieder gut macht, indem er den Zuschuß der Charitee erhöht unter der Bedingung, daß wieder die alten Pflegesätze erhoben werden.“⁴¹¹

Die gleichen Hintergründe zur Satzerhöhung der Charité beschrieb die „Berliner Neueste Nachrichten“ am 16. Januar 1900.⁴¹²

Bis zum Ersten Weltkrieg reagierte der Berliner Magistrat auf den Anstieg der Kurkostensätze in der Charité – zu Beginn eines neuen Wirtschaftsjahres, dem 1. April – regelmäßig mit einer Angleichung Kosten in den städtischen Krankenhäusern drei Monate später.

„Über die allgemeine Erhöhung der Kur- und Verpflegungskostensätze, die nach dem Vorgange der Charité und in Rücksicht auf die gestiegenen Selbstkosten am 1. Juli 1906 und am 1. Juli 1909 eintreten mußte, [...]“⁴¹³

Vom 1. April 1909 ab wurden durch Erlaß des Ministers der geistlichen, Unterrichts- und Medizinal-Angelegenheiten bei den sämtlichen hiesigen staatlichen Anstalten, insbesondere bei dem Königlichen Charitékrankenhause der tägliche Kur- und Verpflegungssatz für Kranke der III. Verpflegungsklasse auf 3 M, bei der Charité für Unfallverletzte und die auf der medico-mechanischen Nebenabteilung der chirurgischen Klinik behandelten Kranken sogar auf 3,50 M erhöht. Schöneberg sowie die Krankenhäuser Bethanien und Paul-Gerhard-Stift waren alsbald diesem Vorgehen gefolgt; die beiden letztgenannten Anstalten haben den Kostensatz der III. Verpflegungsklasse von 2,50 auf 3 M erhöht, während in Schöneberg die Kostensätze vom 1. April 1909 ab, wie folgt bestimmt worden sind.⁴¹⁴

411 „Vossische Zeitung“ am 12.1.1900, ebenda.

412 „Berliner neueste Nachrichten“ am 16.1.1900, ebenda.

413 Bericht ü.d. Gemeinde-Verwaltung d.St. B. 1906 bis 1910, 217.

414 Ebenda, 245.

Wie in Berlin wurden auch im Vorort Schöneberg die Kostensätze für Gemeindemitglieder und „Auswärtige“ (5 Mark pro Tag) differenziert. Für Gemeindekinder bis zum 12. Lebensjahr ließ man einen um 50 Pfennig und für außerhalb wohnende Kinder einen um 1,50 Mark niedrigeren Kostensatz gelten. „Die bisherigen für Berlin geltenden geringeren Sätze ließen sich nach diesen Vorgängen schon aus dem Grunde nicht aufrechterhalten, weil andernfalls ein übermäßiger Zudrang zu den städtischen Anstalten eingetreten wäre. Dazu kam, daß die Selbstkosten der Stadtgemeinde für die Kur und Verpflegung von Kranken in den städtischen Krankenhäusern in fortgesetztem Steigen begriffen waren.“⁴¹⁵

An durchschnittlichen Behandlungskosten der städtischen Krankenhäuser waren errechnet worden :

1905	4,57 M
1906	5,01 M
1907	5,34 M

Auf eine Abnahme der Selbstkosten war für absehbare Zeit nicht zu rechnen, vielmehr mit Sicherheit eine fernere Steigerung zu erwarten. Eine Erhöhung der zu Wiedereinziehung kommenden Tarifsätze erschien daher dringend geboten.

Bei dieser Sachlage sind wir, um ein gleichmäßiges Vorgehen zu erreichen, mit den Vorständen der hiesigen öffentlichen Krankenhäuser und den Gemeindebehörden derjenigen Vororte, welche eigene Krankenhäuser besitzen, sowie mit der Teltower Kreisbehörde in Verbindung getreten. In einer kommissarischen Verhandlung am 3. April 1909 wurde festgestellt, daß

1. die Erhöhung des bisherigen Kostensatzes von 2,50 M auf 3,00 M, und zwar ohne Unterscheidung zwischen Erwachsenen und Kindern, bei allen beteiligten Anstalten für notwendig erachtet wurde,
2. für auswärtige Kranke über den Betrag von 3,50 M nicht hinausgegangen werden solle.

Auch bei einer solchen Erhöhung wurden unsere durchschnittlichen Selbstkosten bei weitem nicht gedeckt, sondern es mußten auf den Tag und Kopf, wenn man z.B. den Durchschnittsbetrag von 1907 nimmt, noch täglich 1,25 bzw. 0,75 M (ohne Zinsen) und 2,34 bzw. 1,84 M (mit Zinsen) von der Stadtgemeinde zugeschossen werden.

415 Bericht ü.d. Gemeinde-Verwaltung d. St. B. 1906 bis 1910, 245.

Was den Zeitpunkt betraf, von dem ab die Änderung der Kostensätze in Kraft treten sollte, so erschien es, ungeachtet des abweichenden Vorgehen des Staates und anderer Anstalten, mit Rücksicht auf das Interesse der Bevölkerung für geboten, die Erhöhung erst vom 1. Juli 1909 ab eintreten zu lassen. Dadurch erhielten die Beteiligten, insbesondere die Krankenkassen, ausreichende Zeit, sich auf die Änderung der Kostensätze vorzubereiten, so daß es unbedenklich war, von dem gedachten Tage ab die erhöhten Sätze auch dann zu erheben, wenn der Kranke vorher in die Anstalt aufgenommen war. Für auswärtige Kranke glaubten auch wir in Übereinstimmung mit der erwähnten Konferenz den Betrag von 3,50 M einhalten zu sollen. Immerhin empfahl sich die Bestimmung, daß für auswärts wohnende Kranke aus solchen Gemeinden, die Berliner Einwohner schlechter stellen, eine entsprechende Erhöhung durchzuführen sei.“ Damit wurde niedergelegt: „Für Kranke, die nicht in Berlin wohnen, und deren Wohnsitzgemeinde für Berliner Kranke höhere Kur- und Verpflegungskosten berechnet, wird ein gleich hoher Betrag erhoben.“⁴¹⁶

Die Presse hatte schon zu Beginn des Jahres 1909, vor Bekanntgabe der Kurkostenerhöhung in der Charité, eine solche in Erwartung gestellt, als der „Fehlbetrag“ des vorherigen Rechnungsjahres mit 400.000 Mark in die Öffentlichkeit gelangte.⁴¹⁷ Das finanzielle Mitziehen der städtischen Krankenhäuser wurde als Selbstverständlichkeit angesehen, um „Ueberfüllung zu vermeiden“.⁴¹⁸

Der Finanzminister hatte am 14. Dezember 1908 dem Kultusminister sein Missfallen an der gegenseitigen Beäugung von Charité und Stadt mitgeteilt, auch wenn er die „gleiche Maßnahme“ „für wünschenswert halte“: „[...] so vermag ich mich doch nicht damit einverstanden zu erklären, daß eine Erhöhung der Kurkostensätze in der Charité und bei dem Klinikum etwa von einem vorgängigen gleichartigen Beschlusse der städtischen Kollegien abhängig gemacht wird.“ Er meinte, solche finanziellen Änderungen müssten, ohne den Blick auf die Berliner Verwaltung gerichtet zu halten, bei der „staatlichen Anstalt durchzuführen sein“. Es war „[...] zugleich auch hier bekannt geworden [...], daß die städtische Verwaltung es zur Erleichterung ihres eigenen Vorgehens gern sehen würde, wenn staatlicherseits zuerst die in Rede stehenden Entschließungen erfolgen würden.“⁴¹⁹ Man sollte keine längere Zurückhaltung bei den Erhöhungen üben.

416 Bericht ü.d. Gemeinde-Verwaltung d. St. B. 1906 bis 1910, 245-246.

417 „Tägliche Rundschau“ am 5.1.1909, GStA PK, Rep. 76, VIII D, Nr. 201.

418 „Berliner Lokalanzeiger“ am 5.1.1909, GStA PK, Rep. 76, VIII D, Nr. 201.

Wie wichtig dem Finanzminister sein Wort bei den Kursatzänderungen war, ließ er den Kultusminister deutlich wissen, als ihm eine Änderung zu Ohren kam, zu der er nicht seine ausdrückliche Erlaubnis erteilt hatte. Er musste „zu meiner Überraschung ersehen“, wie „die anderweitige Festsetzung der Verpflegungskosten“ „ohne meine vorherige Zustimmung angeordnet“ worden war. „Diese Nichtberücksichtigung meiner ressortmäßigen Mitwirkung zumal bei Fragen bei so weitgehender finanzieller Bedeutung wird m.E. auch durch den Hinweis auf die Eilbedürftigkeit der Angelegenheit nicht gerechtfertigt.“ Es hätte sehr wohl „Gelegenheit zur Stellungnahme gewährt werden können.“⁴²⁰ Als die Erhöhung der Kurkostensätze der Charité am 1. April 1909 umgesetzt worden war, bemerkte der Finanzminister am 2. April 1909, dass er gegen die „[...] einseitig festgesetzte Erhöhung der Kurkostensätze nachträglich keinen Widerspruch erheben will, so sehe ich mich doch außerstande, dem dabei ausgesprochenen Vorbehalt einer Vermehrung der Freibettenzahl zuzustimmen.“ Schon der Umfang dafür im Wert von 40.000 Mark pro Jahr „geht über den Rahmen der bisherigen Erörterungen hinaus, und ich vermag ein Bedürfnis dafür nicht anzuerkennen.“ Ebenso wenig mochte er den Vergleich mit dem hohen Anteil an Freibetten in den anderen Universitätskliniken akzeptieren und kalkulierte dagegen, entsprechend der wesentlich größeren Bettenkapazität der Charité „desto reichhaltiger und vielseitiger wird auch das Unterrichtsmaterial sein.“ Im Gegenteil, die Charité bedürfe eher weniger Freibetten. „Aus gleichen Gründen wird auch davon abzusehen sein“, dem Direktor der psychiatrischen und Nervenlinik Pflage tage mit einem Satz von 2,50 Mark auf 2.400 Tage im Jahr auszudehnen. Es bestünde auch „kein Anlaß“, den Satz für auswärtige Geistesranke auf den für hiesige „herabzumindern“.⁴²¹

Im Schriftwechsel zwischen der Charité und dem Kultusministerium in der ersten Dekade des 20. Jahrhunderts lieferte die Charité-Direktion dem Ministerium häufig neben ihrem Geschäftsbericht Meinungen und Vorschläge zur Verwaltung und Betriebswirtschaft des Hauses. Entweder nahm der Kultusminister Wünsche und Empfehlungen der Direktion, oft mit geringfügiger Änderung, an oder er kam nach einer schriftlichen „Diskussion“ mit der Direktion – die Monate dauern konnte – mit dieser auf eine gemeinsame Linie, die anschließend beim Finanzministerium durchgesetzt werden

419 GStA PK, Rep. 76, VIII D, Nr. 201.

420 Ebenda.

421 GStA PK, Rep. 76, VIII D, Nr. 201.

musste. Die Zeitspanne zwischen dem ersten Brief der Direktion und der tatsächlichen Umsetzung von Regelungen konnte erheblich sein.

Ebenso ließ die Reaktion der städtischen Krankenhäuser auf Änderungen spezieller Pflegesätze wie die der pädiatrischen Behandlung, nicht lange auf sich warten:

Auf Verfügung des Ministers der geistlichen, Unterrichts- und Medizinal-Angelegenheiten sind bei der Königlichen Charité die Kur- und Verpflegungskostensätze für körperlich kranke Kinder vom 1. April 1906 ab von 2 M auf 2,50 M erhöht worden. Da die Wartung und Pflege der kranken Kinder größere Kosten als bei Erwachsenen verursacht, wurden auf Grund des Vorgehens der Charité durch Gemeindebeschluß vom 29. Mai/14. Juni 1906 auch in den städtischen Krankenhäusern vom 1. Juli 1906 ab die Kostensätze für in Berlin wohnhafte Kinder von 2 M auf 2,50 M, für auswärts wohnhafte auf 3 M festgesetzt. Von diesem Zeitpunkte ab wurden also *ohne Unterscheidung von Erwachsenen und Kindern* bei den städtischen Krankenhäusern 2,50 M für in Berlin wohnende und 3 M für auswärts wohnende Kranke für den Tag und Kopf erhoben.⁴²²

Das Ministerium gab neben einem Negativbescheid auf die Anfrage der Charité-Direktion nach einem Ausgleich des finanziellen Defizits die Richtung vor, wie mit den zusätzlichen Einnahmen aus den erhöhten Tagessätzen der Pädiatrie umgegangen werden sollte. Am 13. Dezember 1906 antwortete der Minister der geistlichen, Unterrichts- und Medizinal-Angelegenheiten der Charité-Direktion „auf den Bericht vom 23. Juli dieses Jahres“: „Bei den stattgehabten Etatberatungen ist davon abgesehen worden, zur Deckung des Fehlbetrages bei den sächlichen Ausgabefonds der Charité Mittel in den Entwurf zum nächstjährigen Staatshaushalt einzustellen. Ebenso hat sich eine dauernde Verstärkung dieser Fonds aus Staatsmitteln nicht ermöglichen lassen. Nach dem Berichte vom 24. Oktober vorigen Jahres – G.3095 – wird durch die Erhöhung der Kurkostensätze für kranke Kinder von 2 Mark auf 2 Mark 50 Pf täglich eine jährliche Mehreinnahme von 22.500 M erzielt. Diese Summe ermäßigt sich infolge der Bewilligung von 2 Freibetten für die Kinderklinik um 1.825 Mark auf rd. 20.000 Mark. Es ist bei den Etatberatungen vereinbart worden, diese 20.000 Mark wie folgt zu verwenden.“⁴²³

422 Bericht ü.d. Gemeinde-Verwaltung d.St. Berlin 1906 bis 1910, 244.

423 GStA PK, Rep. 76 VIII D, Nr. 201.

zur Verstärkung	
a. des Beköstigungsfonds um	12.000 M
b, des Fonds für Verbandmat. pp. um	3.000 M
c. des Fonds für Medizin pp. um	2.000 M
d. des Fonds für Kleidung um	<u>3.000 M</u>
	20.000 M

Die Antwort der Charité-Direktion darauf erfolgte am 22. Mai 1907: „Im Rechnungsjahr 1906 sind ausschließlich der Freibetten und Extra-Patiententage 39.000 Verpflegungstage für Kinder unter 12 Jahren aufgekomen. Die Mehreinnahmen hierfür betragen 19.600 Mark.“⁴²⁴

Die Charité-Direktion zierte sich immer häufiger gegenüber dem Wunsch des Kultusministeriums nach Erhöhung der Kurkostensätze. Einer möglichen Steigerung der Einnahmen durch eine Satzerhöhung um 50 Pfennig bei Selbstzahlern auf 3 Mark widersprachen die Direktoren im August 1907 dem Ministerium mit dem Argument des geringen finanziellen Erfolgs, da die Selbstzahler die entsprechenden Mittel nicht besäßen und die gleiche Behandlung und Verpflegung erführen wie die Krankenkassenmitglieder und diejenigen, die von der Berliner Gemeinde versorgt würden. Solche Situation würde Missfallen erzeugen und die Selbstzahler dazu bewegen, sich auf Kosten der Berliner Gemeinde aufnehmen zu lassen, so dass sie auf diesem Weg die 50 Pfennig einsparen könnten. Für auswärtige Kranke sei es gerechtfertigt, da die Stadt Berlin diesen ebenfalls einen 50 Pfennig höheren Tagessatz abverlange. Ein Drittel der 1906 für Selbstzahler geleisteten Verpflegungstage (32.845) wurde sowieso auf „Auswärtige“ geschätzt.⁴²⁵ Zu bemerken sei, dass Selbstzahler nach der von ihnen vorab eingezahlten Summe oft nicht nach den prognostizierten Tagen entlassen werden könnten und auf Kosten der Stadt weiter behandelt werden müssten. Inzwischen fiel die Kapazität der zunehmend neu eröffneten Krankenhäuser im Groß-Berliner Raum ins Gewicht und zu einem regelmäßig vorgetragenen Argument beim Ministerium wurden die Bedenken wegen Verringerung „klinischen Materials“:

Außerdem sind wir nicht im Zweifel, daß nach Einführung des erhöhten Satzes der Zugang brauchbaren klinischen Materials, über dessen spärlichen Zufluß nach

424 Ebenda.

425 GStA PK, Rep. 76 VIII D, Nr. 201. Kursivsetzung im Original unterstrichen.

Eröffnung neuer Krankenhäuser in Berlin, Pankow, Schöneberg, Buch u.s.w. von den Kliniken, namentlich von der psychiatrischen und Nervenlinik, wiederholt Klage geführt ist, eine mehr oder weniger erhebliche Verminderung erfahren wird [...]. Nur wenn gleichzeitig mit der Charité die Berliner Krankenhäuser den erhöhten Satz erheben würden, könnte daran gedacht werden. Hierzu wird man aber nicht ohne weiteres bzw. nicht ohne vorherige Benachrichtigung und Verhandlung schreiten können. Denn namentlich die Krankenkassen, deren Mitglieder-Beiträge jetzt auf den Normalsatz von 2,50 M zugeschnitten sind, werden eine andere Umlage der Kosten ins Werk setzen und die Beiträge erhöhen müssen. Es erscheint uns auch nicht unwahrscheinlich, daß nach Festsetzung der Erhöhung verschiedene Krankenkassen ihren Mitgliedern anheim stellen bzw. raten werden, sich für Rechnung der Berliner Gemeinde aufnehmen zu lassen, deren Forderung dann von der betreffenden Kasse zu dem ermäßigten Satze von 2,50 M beglichen werden kann. Jedenfalls wird alsdann die Feststellung, ob die Aufnahmesuchenden berechnigte Mitglieder einer Krankenkasse sind, erhebliche Weiterungen im Gefolge haben und oftmals an dem Widerstand der Kassen mit uns, nicht mit der Armen-Direktion, abzurechnen, scheitern. Schon jetzt zahlt eine beträchtliche Anzahl von Krankenkassen die für ihre Mitglieder auf gekommenen Kurkosten nicht an uns, sondern an die Armen-Direktion. Die aufgeführten Nachteile werden vermieden, wenn allgemein die Kostensätze für alle Kranken III. Klasse um 50 Pfennig täglich erhöht werden, unter der Annahme, daß wenigstens sämtliche *Berliner* städtischen Krankenhäuser gleichzeitig die Erhöhung eintreten lassen.⁴²⁶

Die Charité-Direktion kalkulierte anhand der Aufnahmestatistik des Jahres 1906 mit 315.672 Verpflegungstagen bei Umsetzung ihres Vorschlages mit einer Mehreinnahme von 157.000 Mark. „Wird diese Maßnahme aber allzu durchgreifend und z.Zt. nicht durchführbar befunden, so versprechen wir uns nach den bisherigen Erfahrungen eine genügende dauernde Mehreinnahme von der Einrichtung weiterer Zimmer für Extrapatienten I. und II. Klasse.“⁴²⁷ Diese erst seit kurzer Zeit eingerichteten Zimmer mit gesonderter Verpflegung und „Bedienung“ erschienen der Charité-Direktion eine effiziente Maßnahme zur finanziellen Besserung des Hauses.

426 GStA PK, Rep. 76, VIII D, Nr. 201.

427 Ebenda.

Das Ministerium der geistlichen, Unterrichts- und Medizinalangelegenheiten unterstützte die Charité-Direktion gegenüber dem Finanzministerium und nannte den Vorschlag für die Extrazimmer „sehr empfehlenswert“. „Jedenfalls muß zunächst festgestellt werden, bis zu welcher Höhe der Fehlbetrag von 7.900 M, um welchen nach dem Entwurf des neuen Charité-Etats die Ausgaben die Einnahmen übersteigt, durch eigene Mehreinnahmen der Charité oder durch entsprechende Einschränkung der Ausgaben gedeckt werden kann, ehe man einer dauernden Erhöhung des staatlichen Bedürfniszuschusses für diesen Zweck angeht.“⁴²⁸

Im September 1907 vertrat das Kultusministerium den Standpunkt, die Einnahmen entweder mit einer Erhöhung des Kurkostensatzes zu verbessern, was noch vorbehalten würde, oder durch einer höhere Belegung mit „zahlenden Kranken“. Dazu wünschte der Minister eine Auflistung der Belegungsverteilung im Jahr 1906 und der dazugehörigen Kostenträgerschaften, um diese Rechnung an das Finanzministerium weiterzuleiten. Dem Finanzminister teilte das Kultusministerium mit, dass im Rechnungsjahr jedes Bett im Durchschnitt 330 Tage belegt gewesen war und eine höhere Belegung nicht zu erwarten wäre. Die Erhöhung des Kurkostensatzes der III. Klasse sei nur dann ohne Schädigung für den Unterricht zu erreichen, falls die Stadt Berlin in ihren Krankenhäusern genauso verfare. Die Charité-Direktion wurde vom Ministerium aufgefordert nachzuforschen, ob die Stadt eine solche Erhöhung vorhabe: „Vor weiterer Stellungnahme zu der Frage, betreffend der Erhöhung der Kurkostensätze für selbstzahlende Kranke, für Kassenmitglieder sowie für die auf Kosten von Armenverbänden untergebrachten Kranken, ersuche ich die Kgl. Charite-Direktion in geeigneter Weise festzustellen, ob und bis zu welchem Grade bei den städtischen Kollegien hierselbst die Geneigtheit besteht, ebenfalls eine Erhöhung der in den städtischen Krankenhäusern zur Erhebung kommenden Kurkostensätze eintreten zu lassen.“⁴²⁹ Der Minister wünschte genauere Auskunft zur möglichen Umsetzung eines Konzepts mit I. und II. Klasse-Betten in jeder Klinik und den dabei entstehenden Investitions- und Betriebskosten.

Auch im Herbst 1911 sah die Charité-Direktion nicht die Zeit gekommen, um wieder Kurkostensatzerhöhungen vorzunehmen. Sie werden „in absehbarer Zeit nicht

428 Ebenda.

429 GStA PK, Rep. 76, VIII D, Nr. 201.

durchführbar sein“⁴³⁰ erklärten die Direktoren dem Kultusministerium. Als am 1. April 1909 der Satz erhöht worden war,

erhob sich in den Krankenkassen ein Sturm der Entrüstung und wenn die Kassen auch nichts gegen die vollzogene Tatsache ausrichten konnten, weil alle Krankenhäuser Groß-Berlins unserem Beispiel gefolgt waren, so richtete sich doch ihr Unmut gegen uns als die angeblichen Urheber [...] Wir sind überzeugt, daß dieser Umstand zum Ausgangspunkt genommen ist, um Kassenkranke möglichst nicht mehr in die Charité zu schicken; denn wir haben einen erheblichen Rückgang an Kassen-Patienten zu verzeichnen und hatten in diesem Sommer, als alle anderen Krankenhäuser voll waren, stets leere Plätze für Männer. Erst in den letzten Wochen ist eine kleine Hebung des Besuchs eingetreten.“ Satzerhöhungen könnten „nur im Einvernehmen mit den übrigen Krankenhäusern Groß-Berlins“ erfolgen. „Die Stadt Berlin ist davon aber weit entfernt, was wir gelegentlich einer Unterredung mit dem Bürgermeister Dr. Reicke über eine ganz andere Sache festzustellen Gelegenheit hatten. Er äußerte, daß in absehbarer Zeit für Berlin daran nicht zu denken sei.“⁴³¹

Als anderes Argument benützte die Direktion den Hinweis auf den § 371 der neuen Reichsversicherungsordnung. Eine Krankenkasse, die mit bestimmten Krankenhäusern einen Vertrag zur Aufnahme der Mitglieder geschlossen hat, habe nicht das Recht, den Mitgliedern das Aufsuchen eines anderen Krankenhauses zu erlauben und zu bezahlen, wenn höhere Sätze verlangt würden als in den Vertragskrankenhäusern. Die Zentralkommission der Krankenkassen – „nicht amtliche und daher unverantwortliche“ – habe großen Einfluss auf die Krankenkassenvorstände. Die Charité-Direktion ging davon aus, dass schon wegen der 50 Pfennig höheren Tagessätze in der medico-mechanischen Behandlung der chirurgischen Nebenabteilung viele Patienten ferngehalten würden – von Mitgliedern der Zentralkommission selbst war der Unmut darüber mitgeteilt worden – daher würde es nach der Reichsversicherungsordnung „Anlaß zu der Parole geben werden, die Charité zu meiden, wozu ja das Gesetz die Handhabe gibt.“⁴³² Die Direktion stellte die Bitte an das Ministerium, die 50 Pfennig in der medico-mechanischen Behandlung fallen zu lassen, bevor das Gesetz Not mache. Der Ausfall würde 1.600 Mark betragen. Es wäre sinnvoller, die I. und II. Klasse-Sätze zu erhöhen, nämlich von 12,50 auf 15,00 Mark

430 Ebenda.

431 GStA PK, Rep.76, VIII D, Nr. 201.

432 GStA PK, Rep.76, VIII D, Nr. 201.

und von 6,50 auf 7,50 Mark. Bezüglich der Statistik des Wirtschaftsjahres 1910 würde dies Mehreinnahmen von 16.000 Mark bringen. Daher stellte die Charité-Direktion an das Ministerium den Antrag, neben der genannten Satzerhöhung der I. und II. Klasse und den medico-mechanischen Abschlag ab 1. Januar 1912 die III. Klasse nicht über 3 Mark Tagessatz zu heben.⁴³³

In dieser Situation äußerte sich der Kultusminister Anfang November 1911 diplomatisch gegenüber dem Finanzminister und vertrat die Notwendigkeit erhöhter Kurkostensätze, da dies der Teuerung entspräche, auch wenn die Erhöhung von 3 Mark auf 3,50 Mark in der III. Klasse 17 Prozent ausmache. Andererseits würde an keiner anderen Universitätsklinik der III. Klasse-Satz so hoch liegen wie in Berlin, der nächsthöchste mit 2,50 Mark läge in Halle und Kiel; alle anderen Universitätsklinien – gemeint waren wohl die preußischen – hätten noch niedrigere Tagessätze. Insofern läge Berlin doch über dem Maß. Der Vorschlag des Kultusministers an den Finanzminister war, die Erhöhung zu einem späteren Zeitpunkt umzusetzen: „Die Durchführbarkeit der Kurkostenerhöhung bei der Charité und den Universitätsklinien ist davon abhängig, daß die Stadt Berlin eine gleiche Erhöhung bei ihren Krankenanstalten gleichzeitig oder unmittelbar danach vornimmt. Dies ist nach vorgängiger vertraulicher Verständigung bei den Kurkostenerhöhungen am 1. Januar 1900 und am 1. April 1909 geschehen.“⁴³⁴

Er wollte mit der Stadt bald „vertrauliche Fühlung“ aufnehmen. Vorerst sei dort eine Erhöhung nicht vorgesehen. Dort „berechtigte Kurkostensätze“ der III. Klasse „treffen in abgeschwächtem Maße auch für den Staat zu.“⁴³⁵ Die Zeitspanne seit der letzten Erhöhung am 1. April 1909 sei sehr kurz für eine erneute Anhebung. „Viel wesentlicher aber sind die sozialpolitischen und politischen Erwägungen, die zurzeit gegen die beabsichtigten Maßnahmen sprechen.“⁴³⁶ Er betonte, dass Unverständnis für diese Maßnahme in sehr weiten Kreisen berechtigte allgemeine Missstimmung in einer allgemeinen Teuerungszeit und wo vom Staat und „den Städten Maßregeln gegen die Teuerung verlangt werden, eine Erhöhung der Kurkostensätze gerade in der Klasse vorgenommen wird, die für die nicht wohlhabende Bevölkerung bestimmt ist“, die Folge sein würde. An der Beurteilung ändere auch nichts, dass ein „erheblicher Teil der

433 Ebenda.

434 GStA PK, Rep. 76, VIII D, Nr. 201.

435 Ebenda.

436 Ebenda.

Kurkosten von Krankenkassen und anderen Drittverpflichteten getragen“ würde, „da der größere Teil der Krankenkassenbeiträge von den Arbeitnehmern aufgebracht würde. Es tritt der Gedanke an die allgemeine politische Lage und die bevorstehenden Reichstagswahlen hinzu, der es für die Stadt ausgeschlossen erscheinen läßt, im gegenwärtigen Zeitpunkt mit einer Erhöhung der Kurkostensätze vorzugehen. Letztere unabhängig davon vorzunehmen, ob die Stadt gleichzeitig erhöht oder nachfolgt, halte ich für nicht angängig. Die Charité und die Universitätskliniken in Berlin sind viel zu sehr darauf angewiesen, Angehörige von Krankenkassen zugewiesen zu erhalten. Der Verband sozialistischer Krankenkassen würde die Gelegenheit, die Universitätskliniken zu boykottieren, gewiß nicht vorübergehen lassen.“⁴³⁷ Daher die Bitte, um „Vertagung der angeregten Maßnahme auf mindestens ein Jahr“ zuzustimmen. Anschließend standen die Begründungen, die der Kommissar des Finanzministeriums zur Erhöhung auf 3,50 Mark aufgelistet hatte: die „Fehlbeträge“ der Poliklinik der Inneren Medizin von 15.600 Mark und der Universitäts-Frauenklinik von 45.390 Mark, aber auch als eine Voraussetzung für die Einführung der Altersfürsorge der Charité-Schwestern mit 11.280 Mark. Insbesondere die Altersfürsorge bat der Kultusminister nicht von der Erhöhung der Kurkostensätze abhängig zu machen, sie „ist geradezu eine Lebensfrage für die Charité“⁴³⁸

Eine neue Satzung der Charité-Schwesternschaft mit dem Ziel einer Altersfürsorge und einer besseren Vergütung stand im Raum und war im November 1911 noch unvollständig – der Vertrag wurde am 21. Dezember 1911 besiegelt. Der Kultusminister befürchtete bei weiterer Verzögerung eine Schwesternflucht in andere „Verbände“ und „Mutterhäuser“ mit besseren Bedingungen. Ein Verlust eingearbeiteter Schwestern würde dem Ansehen der Charité schaden und brächte finanzielle Nachteile, da „Ersatzschwestern aus anderen Verbänden und Mutterhäusern in genügender Anzahl und gleicher Tätigkeit“ wesentlich teurer wären als „die geplanten erhöhten Aufwendungen für die Charité-Schwesternschaft“.⁴³⁹ Schnell reagierte der Finanzminister in einer Mitteilung an das Kultusministerium, beim nächstjährigen Staatshaushaltsetat für die Charité „zur Erhöhung der Vergütungen und zur Einrichtung

437 Ebenda.

438 GStA PK, Rep.76, VIII D, Nr. 201.

439 Ebenda.

einer Altersfürsorge für die Charitéschwestern“⁴⁴⁰ a), dauernd 11.820 Mark (erhöhte Vergütungen 7.020 M, Dienstprämien 2.800 M, Ruhegelder 2.000 M) und b), einmalig zur Bestreitung der am 1. April 1912 fälligen Dienstprämien 3.200 Mark zu stellen, wobei dieser Fond getrennt von anderen zu buchhalten sei. Wenig nachsichtig bestand der Finanzminister als Voraussetzung für die Schwesternpension auf der Erhöhung der Kurkostensätze spätestens am 1. April 1913 „für Kranke der gewöhnlichen Verpflegungsklasse“ in den Universitätskliniken auf 3,50 Mark und darauf, dass die von „unseren Kommissaren bei den Etatberatungen noch vereinbarten Abänderungen bzw. Ergänzungen“ in der Satzung für die Charité-Schwestern geschehen. Die Bedingung seiner Zustimmung zur Satzung beinhaltete, dass die „Zahl der außeretatmäßigen Charitéschwestern und der Probe- bzw. Lehrschwestern zusammen“ nicht höher als zehn sein dürfte.⁴⁴¹

Der Finanzminister nannte die Charité eine „Zuschußanstalt“ – der Begriff fiel in Zukunft häufig – und bedauerte die „allgemeine Verteuerung des Krankenhausbetriebes“. Er stellte den Argumenten des Kultusministers entgegen, dass die Stadt Berlin einer Erhöhung in der Charité schnell hinterherkommen würde und bei der Stadt auch nicht anders gerechtfertigt werden würde.

Die Erhöhungen sollten möglichst am 1. Oktober 1912 stattfinden und der Kultusminister schon vor dem neuen Etatjahr in Verhandlung mit der Stadt Berlin treten, was zum Jahresbeginn geschah. Im April 1912 versuchte der Finanzminister, die Verhandlungen mit der Stadt Berlin anzutreiben, da er wieder „erheblichen Fehlbeträgen“ entgegensah, die vom Staatshaushalt gedeckt werden müssten. Die Eigeneinnahmen der Charité müssten wachsen, man solle sich nicht an Erklärungen der Kommune binden, und schon zum 1. Oktober 1912 die Tagessätze erhöhen, da Berlin aus Erfahrung sowieso nachzöge. Der Finanzminister wiederholte seinen Druck im Laufe des Sommers 1912 mehrfach.

Inzwischen schaltete sich auch Professor Alfred Goldscheider (1858-1935), Verwaltungsdirektor des poliklinischen Instituts der inneren Medizin der Königlichen Universität, mit eigener Argumentation gegen Satzerhöhungen ein.

440 Ebenda.

441 Ebenda.

Er sah das größte Problem in der städtischen und auswärtigen Konkurrenz, die „bereits eine Anzahl guter kommunaler Krankenhäuser“ seien.⁴⁴²

Die Charité-Direktion versuchte im Oktober 1912 mit einer Differenzierung der Patienten in den „Reichsausländer“, dem ein höherer Tagessatz abzuverlangen sei als dem „Reichsinländer“, den Kultusminister von den generellen Satzerhöhungen abzulenken. Der gewöhnliche Patient sollte in der III. Klasse nach wie vor 3 Mark zahlen, der „Reichsausländer“ 5 Mark. Auch in der I. Klasse wünschte das Direktorium kontinuierlich 12,50 Mark für den Inländer und 15 Mark für den Ausländer. Die II. Klasse könnte man mit 50 Pfennig generell erhöhen, folglich 7 Mark dem Inländer und einem „Reichsausländer“ 8 Mark Tagessatz in Rechnung stellen. Daneben stand die erneute Bitte, den 50 Pfennig-Zuschlag in der medico-mechanischen Behandlung für Krankenkassenmitglieder zu streichen.⁴⁴³

Vier Monate später wandte sich der Finanzminister wieder mit Nachdruck zur Satzerhöhung an das Kultusministerium und wollte eine „geneigte tunlichst beschleunigte Rückäußerung ergebenst ersuchen“.⁴⁴⁴ Als er drei Monate später noch immer keine gewünschte finanzielle Entwicklung in der Charité feststellen konnte, wurde sein Ton schärfer, er wies die „Zuschußanstalten“ an, mehr eigenen finanziellen Ausgleich zu finden; die Charité hätte die Eigeneinnahmen wenigstens teilweise „nach jeder Möglichkeit zu steigern.“ Spätestens am 1. Juli 1913 dürfte die Charité vor dem Landtag „unter keinen Umständen vertretbaren erneuten Vorkommens größerer Fehlbeträge“⁴⁴⁵ stehen. Die ansteigenden Sätze für „Reichsausländer“ würden bei weitem dafür nicht ausreichen.

Der Kampf zwischen dem Wunsch des Finanzministers um Kurkostensatzerhöhungen in der Charité und dem Versuch der Charité-Direktion mit Unterstützung des Kultusministeriums, eben solche Erhöhungen in eine nicht absehbare Zukunft zu schieben, lief mit kaum veränderten Argumenten weiter.

442 GStA PK, Rep. 76, VIII D, Nr. 201.

443 Ebenda.

444 GStA PK, Rep. 76, VIII D, Nr. 201.

445 Ebenda.

Der Erste Weltkrieg unterbrach diese Alltags-Auseinandersetzungen zwischen den Ministerien nicht. Mitte August 1914 riet das Ministerium der geistlichen und Unterrichts-Angelegenheiten dem preußischen Finanzminister: „Von einer Erhöhung des Kurkostensatzes der gewöhnlichen Verpflegungsklasse für die Charité und die hiesigen Universitätskliniken wird unter den gegenwärtigen Verhältnissen abzusehen sein. Ich darf ergebenst voraussetzen, daß Euere Exzellenz diese Auffassung teilen.“⁴⁴⁶

Wie weitgehend der Finanzminister diese Auffassung wirklich geteilt hat, ist in den Akten nicht ersichtlich, doch war der Blick für Organisation und Finanzierung nun zu einem großen Teil auf die verwundeten und erkrankten Soldaten in der Charité gerichtet und es gab Verhandlungen zur Erhöhung der Verpflegungssätze dieser Patientengruppe. 1915 wurde eine Anhebung der Sätze in der III. Klasse um 60 Pfennig von der Heeresverwaltung genehmigt, ab 16. Dezember 1915 die Erhöhung von 3,60 Mark auf 4,20 Mark. Daneben gab es die Anhebung der im Reserve-Lazarett allgemein niedrigeren Verpflegungssätze.⁴⁴⁷

Wie notwendig in der Kriegszeit eine Kurkostensatzerhöhung angesichts der teureren Sachmittel war, weil letztere kaum eingespart werden konnten, beschrieb Professor Ernst Bumm (1858 - 1925), der Klinikdirektor der Frauenklinik, am 7. September 1916 dem Kultusministerium ausführlich mit der speziellen Situation seiner Klinik:

Hierbei wäre noch besonders hervorzuheben, dass zu den Wöchnerinnen der Klinik während des Krieges eine Menge Frauen zählen, deren Männer im Felde stehen. Für diese Frauen zahlen die Krankenkassen bzw. die Heeresverwaltung bei Entbindungen 25 M Kriegswochenhilfe. Weitere Zahlungen über mehr entstandene Kurkosten lehnen sie ab, da diese Frauen meistens unbemittelt sind, und die weiteren von der Kasse zu leistenden Unterstützungen für sich beanspruchen, wozu sie auch gesetzlich berechtigt sind. Die über 25 M hinausgehenden Kosten sind in der Regel nicht beizutreiben und ein zwangsweises Vorgehen dürfte als eine große Härte ausgelegt werden. Andere Wöchnerinnen kommen wieder einige Tage vor der Entbindung in die Klinik und dürfen nicht abgewiesen werden. Sind es Krankenkassenmitglieder, so zahlen die Kassen zwar die Entbindungskosten, aber die für die Zeit vor der Entbindung entstandenen Kosten tragen sie nicht, weil nach der Bundesratsverordnung Kosten für die Schwangerschaftsbeschwerden seitens der Kasse nicht gezahlt werden dürfen. Viele dieser Wöchnerinnen sind arme

446 GStA PK, Rep. 76, VIII D, Nr. 202.

447 Ebenda.

Dienstmädchen, welche schon längere Zeit außer Stellung sind und ihre Ersparnisse vor ihrer Entbindung bereits verbraucht haben, weil ihnen der Dienst schon längere Zeit vor der Entbindung gekündigt worden war, und sie keinen anderen Verdienst finden konnten.⁴⁴⁸

Im Gegensatz zu anderen Abteilungen der Charité sah er seine Klinik in einem schlechteren Einnahmeverhältnis. Er glaubte nicht, dass von den Krankenkassen Schwierigkeiten bei einer Kurkostenerhöhung kämen, doch sollte man bei „jetziger Notlage“ nicht gleich um 1 Mark anheben.

Auch bei der Stadt Berlin regte sich Bedarf nach Satzerhöhung in den städtischen Krankenhäusern und so erhielten die Universitätskliniken im August 1916 ein vertrauliches Schreiben des Berliner Magistrats mit dessen Vorstellungen: „Wir beabsichtigen die Verpflegungskostensätze in unseren Krankenhäusern sobald wie möglich zu erhöhen und zwar etwa in folgender Weise“

- a, Berliner Patienten von 3 auf 4 Mark und
 - b, auswärtige Patienten von 3,50 auf 5 Mark, „sofern nicht die auswärtige Wohngemeinde für Berliner Kranke höhere Kur- und Verpflegungssätze berechnet“⁴⁴⁹
- Zeitpunkt der Erhebung: „sobald die Stadtverordnetenversammlung zugestimmt hat.“
 „Da in der vorliegenden Angelegenheit ein gleichmässiges Vorgehen in sämtlichen Groß-Berliner Gemeinden dringend erwünscht ist, bitten wir um gefällige Mitteilung, ob die dortigen Verpflegungskostensätze gleichfalls erhöht werden sollen.“⁴⁵⁰ Es wurde um Kenntnis des eventuellen Zeitpunkts und die Höhe der Sätze gebeten. Der Verwaltungsdirektor des Königlichen Klinikums, Naumann, teilte dem Ministerium in Kenntnis der Magistratsüberlegungen zehn Tage später seine prinzipielle Zustimmung zu einer Erhöhung mit, die er mit einem III. Klasse-Satz auf vier Mark kaum ausreichend sah, sprach sich aber für eine Aufschiebung aus:

Meines Erachtens aber erscheint es nicht angezeigt, während der Dauer des Krieges, wo der Staat so große Opfer an Gut und Blut von dem Volke fordert, Kurkostenerhöhungen in den staatlichen Kliniken vorzunehmen. [...] Weiter kann meines Erachtens nicht außer acht bleiben, dass schon der jetzige Kurkostensatz in der III. Verpflegungsklasse mit 3 M täglich für die nicht wohlhabenden Kreise der Bevölkerung, insbesondere für die kleinen Gewerbetreibenden, Handwerker, die

448 GStA PK, Rep. 76, VIII D, Nr. 202.

449 GStA PK, Rep. 76, VIII D, Nr. 202.

festbesoldeten Privat-, Kommunal- und Staatsbeamten u.s.w., soweit sie der Krankenversicherungspflicht nicht unterliegen, in den weitaus meisten Fällen schwer aufzubringen ist. Endlich kommt aber in Betracht, dass bei der Bemessung der Kurkostensätze für die Universitätskliniken wesentlich andere Gesichtspunkte bestimmend sind als für die städtischen Anstalten. Für die Ausbildung der angehenden Aerzte ist es unbedingt erforderlich, dass den Kliniken ein möglichst zahlreiches Krankenmaterial aus den verschiedenen Berufszweigen zuströmt. Bei der weiten Ausdehnung der Krankenversicherungspflicht ist dies aber nur zu erreichen, wenn die Krankenkassen ein geldliches Interesse daran haben, bei der Zuweisung ihrer erkrankten Mitglieder die staatlichen Kliniken vor den sonstigen Krankenanstalten zu bevorzugen. Auch die Ausnutzung des Krankenmaterials in den Kliniken für Unterrichts- und Forschungszwecke lässt es durchaus berechtigt erscheinen, wenn in den Kliniken bzgl. der Kurkostensätze günstigere Bedingungen Platz greifen wie in den sonstigen Krankenanstalten. Insbesondere liegt in den Kliniken kein Grund vor, zwischen den in Berlin wohnhaften und den außerhalb Berlins wohnenden einen Unterschied zu machen. Aus vorstehenden Erwägungen beehre ich mich Euere Exzellenz gehorsamst zu bitten, während der Dauer des Krieges von einer Erhöhung der Kurkosten abzusehen.⁴⁵¹

Nach dem Krieg sollte die Erhöhung dann stattfinden, wenn die wirtschaftlichen Verhältnisse sicher zu beurteilen seien. Sollte jedoch die Stadt Berlin ihre Sätze anheben, so könnte man dies ebenfalls tun. Abschließend legte er einen Vorschlag für Sätze in den einzelnen Verpflegungsklassen mit Berechnung der zu erwartenden Mehreinnahmen dazu.

Im September 1916 vertrat die Charité-Direktion gegenüber dem Ministerium die selben Standpunkte wie ihr Kollege Naumann: „Zunächst halten wir in Uebereinstimmung mit dem Herrn Verwaltungsdirektor des Königlichen Klinikums eine unterschiedliche Behandlung zwischen einheimischen und „auswärtigen Reichsinländern in der Kurkostenfrage im klinischen Interesse der Charité nicht für angebracht.“⁴⁵² Einen Verpflegungssatz von 4 Mark in der III. Klasse sah die Direktion „für die künftigen Friedenszeiten [...] durchaus angezeigt“. Auch Verwaltungsdirektor Naumanns Vorschlag übernahm die Charité-Direktion, „so ist eine Bemessung des Kostensatzes

450 Ebenda.

451 GStA PK, Rep. 76, VIII D, Nr. 202.

452 GStA PK, Rep. 76, VIII D, Nr. 202.

unter den der städtischen Krankenanstalten deshalb sehr erwünscht, weil es unseren Kliniken jetzt oft an geeignetem Krankenmaterial mangelt und der niedrigere Satz einen Anreiz zu verstärkter Aufnahme und dadurch besserer Auswahl für den Unterricht, besonders auch bei den Krankenkassen, bieten wird. Sowohl dieser Umstand wie der Charakter der Charité als milde Stiftung machen es wünschenswert, wenn die Preise etwa um 50 Pf. unter dem der Stadt Berlin zurückbliebe.“⁴⁵³ Die Charité-Direktion beharrte daneben auf einer deutlichen Anhebung der Sätze für „Reichsausländer“ – in der II. und III. Klasse einer Verdoppelung der „Reichsinländer“-klasse auf 14 bzw 7 Mark und der I. Klasse Erhöhung von 14 auf 21 Mark – ab dem Zeitpunkt, „wo die Stadtgemeinde Berlin die Kurkosten mit 4 M erhebt.“⁴⁵⁴ Im Dezember 1916 kündigte der Berliner Magistrat die erhöhten Verpflegungssätze für den 1. April 1917 an, woraufhin von der Charité-Direktion ein Schreiben an das Ministerium ging: „Nachdem die Stadt Berlin von den beschlossenen Erhöhungen der Kur- und Verpflegungskosten in ihren Krankenhäusern von 3 M auf 4 M die Kinder unter 14 Jahren freigelassen hat, wird für diese auch von der Charité der bisherige Satz von 3 M beibehalten werden müssen. [...] bei der Kurkostenbemessung zwischen einheimischen und auswärtigen Kranken bitten wir nochmals im klinischen Interesse abzusehen.“⁴⁵⁵ Ansonsten schloss sich die Direktion bei den Kostensatzvorschlägen für „Reichsausländer“ denen des Verwaltungsdirektors des Königlichen Klinikums an.

Wie gewohnt verteidigte der Finanzminister gegenüber dem Kultusministerium seine Unbedenklichkeit einer Satzerhöhung, nahm aber dessen Angebot einer kommissarischen Beratung an. Im März 1917 gab er seine Zustimmung zu den in der Beratung getroffenen Anordnungen, war aber auch unstimmig wegen „Bedenken gegen die nicht vereinbarte Beseitigung des bisher um 50 Pf. über den gewöhnlichen Satz hinausgehenden Kurkostensatzes für Unfallverletzte und Kranke der III. Verpflegungsklasse, welche auf der medico-mechanischen Nebenabteilung der chirurgischen Klinik der Charité behandelt werden.“⁴⁵⁶ Er forderte den Kultusminister auf, diesen Satz „wie bei anderen Universitätskliniken“ weiter „angemessen zu erhöhen“, das heißt auf 4,50 Mark. Inakzeptabel fand er den Satz von 2,50 Mark für

453 Ebenda.

454 Ebenda.

455 GStA PK, Rep. 76, VIII D, Nr. 202.

456 Ebenda.

2.400 Verpflegungstage in der Psychiatrischen und Nervenlinik – der Satz hätte 3,50 Mark zu sein. „Ew. Exzellenz darf ich in diesen Beziehungen um eine Abänderung der Verfügung mit der Bitte ergebenst ersuchen mir von dem Veranlaßten geneigtest Kenntnis geben zu wollen.“⁴⁵⁷ Der Kultusminister ließ sich in seinem Standpunkt nicht erschüttern und antwortete im folgenden Monat, dass er eine Satzerhöhung der medico-mechanischen Behandlung unbegründet sähe, da die durchschnittlichen Krankenkosten dieser Patienten nicht über dem der anderen Kranken lägen. Er wies wiederholt darauf hin, dass bei dem Zuschlag von 50 Pfennig Beanstandungen von den Kranken kämen „besonders aber Seitens der Krankenkassen geführt. Hieraus erklärt sich auch die geringe Zahl der Behandlungstage zu 3,50 M in den letzten Jahren.“⁴⁵⁸

1912	1281
1913	1434
1914	199
1915 u. 1916	0

Der Kultusminister erklärte, die Gründe, wonach der Direktor der Psychiatrischen und Nervenlinik die „Befugnis“ für den bestehenden Satz bei klinisch interessanten Geisteskranken „ohne Unterschied, ob einheimische oder auswärtige“, habe, bestünden weiter. Es würde den Zweck der Maßnahme beeinträchtigen, sollte der Satz auf 3,50 Mark erhöht werden, und das finanzielle Ergebnis wäre „nicht ausschlaggebend.“⁴⁵⁹

Auch der Minister des Innern mischte sich insofern in die Finanzstrukturen der Charité ein, als er im November 1917 den Minister der geistlichen und Unterrichts-Angelegenheiten anwies, Verpflegungstage kranker Hinterbliebener von Kriegsteilnehmern in die 100.000 freien Tage für die Stadt Berlin einzurechnen, denn die Landarmenverbände könnten für diese Menschen Selbstzahlersätze von den Ortsarmenverbänden einfordern. Er hätte auf die Landarmenverbände „eingewirkt“, sich auf „reglementmäßige Kosten“ zu „beschränken“. Bis auf zwei wären alle „gefolgt“. Es sei „unter diesen Umständen erwünscht“, dass die Charité keine Einwände gegen „Inanspruchnahme der 100.000 freien Verpflegungstage erhebt.“ „Selbst wenn ich

457 Ebenda.

458 Ebenda.

459 GStA PK, Rep. 76, VIII D, Nr. 202.

davon überzeugt wäre, daß der Anspruch der Charité begründet sei, würde es mir an einem Zwangsmittel der Stadt Berlin gegenüber fehlen. Zwangsetatisierung kann bei dem Fehlen einer gesetzlichen Unterlage für die ‚Kriegswohlfahrtspflege‘ nicht eintreten. Es müßte infolgedessen eine Verweisung auf den Rechtsweg erfolgen, die Euere Exzellenz als unerwünscht bezeichnet haben.“⁴⁶⁰

Bei Kriegsende übte der materielle Mangel noch mehr Druck aus, die Versorgungsgebühren in den Krankenhäusern, unabhängig von der Trägerschaft, zu erhöhen. Am 7. Oktober 1918 meldete sich die nun umbenannte Deputation für die städtischen Krankenanstalten: „Infolge Verteuerung aller Lebensmittel und der sonstigen Materialien und wegen der erheblichen Teuerungs- und Konjunkturzulagen haben bereits einige Groß-Gemeinden Berlins die Kur- und Verpflegungssätze für die Krankenanstalten im letzten Jahre von 4,50 M auf 5 M für einheimische Kranke und von 4,50 M auf 6 M für auswärtige Kranke erhöht.“⁴⁶¹ Da die Stadt Berlin die Kostenerhöhung ebenfalls erwog, bat die Deputation um eine Äußerung, ob auch die Charité dies in nächster Zeit plane und wenn, bäte man um genauere Auskunft. Ein halbes Jahr später war eine solche Maßnahme „auf unbestimmte Zeit vertagt worden.“⁴⁶²

Ein neuer Umstand war die allgemeine Einführung des Acht-Stunden-Arbeitstags der Weimarer Republik, woraus eine jahrelange Auseinandersetzung über den Einbezug der Krankenhäuser in diese Arbeitszeitregelung entstand, da die Krankenhausleitungen ihre Häuser nicht als gewerblich und daher nicht in Verpflichtung zu den Gesetzen der Gewerbsarbeit betrachteten. Lohnerhöhungen waren zusätzlicher Antrieb für wiederholte Anhebung der Tagessätze.

Dies machte der Minister für Wissenschaft, Kunst und Volksbildung, das jetzige Kultusministerium, im August 1919 allen Verwaltungsleitungen der Universitätskliniken klar:

Bei der Höhe der laufenden Mehrausgaben, die durch die Neuregelung der Löhne für das Charitépersonal und durch die Durchführung des achtstündigen Arbeitstages erwachsen, wird von einer Erhöhung der Kurkostensätze nicht abgesehen werden können. Andere Universitäten sind aus den gleichen Gründen schon damit vorgegangen und zwar Halle und Breslau in der Form der Erhebung von

460 Ebenda.

461 Ebenda.

Teuerungszuschlägen. In Breslau beträgt einschließlich des Teuerungszuschlages der Kurkostensatz in der III. Verpflegungsklasse 5.- M pro Tag [...] nach diesseitigem Dafürhalten wird auch die Stadt Berlin nicht umhin können, die Kurkostensätze in den städtischen Krankenanstalten zu erhöhen. Ich stelle anheim, dieserhalb nochmals bei dem hiesigen Magistrat anzufragen.⁴⁶³

Wie immer wurde nicht nur von der Charité-Direktion, sondern auch den Verwaltungsleitungen anderer Universitätskliniken gegengehalten, dass diese Maßnahme nur im Gleichklang mit der Stadt Berlin realistisch wäre. „Im Oktober 1918 hatte der Magistrat eine solche Erhöhung bereits ins Auge gefasst. Infolge der Umwälzung der politischen Verhältnisse ist von einer Weiterverfolgung dieser Absicht einstweilen abgesehen worden.“⁴⁶⁴ Die Deputation für die städtischen Krankenanstalten sah den Zeitpunkt dafür nahezu ein Jahr später, im September 1919, noch nicht gekommen: „Bisher ist von der Erhöhung der Verpflegungssätze abgesehen worden. Zur Herbeiführung einer einheitlichen Regelung der Verpflegungssätze werden demnächst anlässlich der Vorarbeiten für die Schaffung eines Stadtkreises Groß-Berlin mit den Vorortgemeinden, die jetzt schon höhere Sätze in Anrechnung bringen, Verhandlungen beginnen.“⁴⁶⁵ Verwaltungsdirektor Pütter berichtete dem Ministerium im Oktober 1919 von den mündlichen Verhandlungen mit dem Stadtkämmerer: „Er ist der Meinung, daß bei der gegenwärtigen Mehrheit in der Stadtverordnetenversammlung Neigung für eine Erhöhung der jetzigen Kurkostensätze in den hiesigen städtischen Krankenanstalten nicht vorhanden ist. [...] Entsprechend der Mehrlasten, die insbesondere durch die hohen Personalaufwendungen entstehen,“⁴⁶⁶ legte er trotzdem seine Vorstellungen zu den zukünftigen Preisen der jeweiligen Verpflegungsklasse vor, wonach für die III. Klasse 6 Mark pro Tag zu zahlen sein würde. Neben der bekannten Argumentation hinsichtlich des Mangels an „Krankenmaterial“, wonach der klinische Unterricht „empfindlich geschädigt werden“ würde, prognostizierte er, dass „ein empfindlicher Rückgang der Krankenaufnahmen eintreten und ein nicht unbedeutender Einnahmeausfall entstehen würde.“⁴⁶⁷ Andererseits sah er keine Probleme mit den Krankenkassen eben aufgrund der „hohen Personalaufwendungen“: „Für die

462 GStA PK, Rep. 76, VIII D, Nr. 202.

463 Ebenda.

464 Ebenda.

465 GStA PK, Rep. 76, VIII D, Nr. 202.

466 Ebenda.

Krankenkassen dürften sich durch die Mehrausgaben, welche eine Erhöhung der Krankenhauskosten bedingen würde, Verlegenheiten nicht ergeben, da ihnen sehr erhebliche Mittel aus den jetzigen hohen Mitgliederbeiträgen zufließen.“⁴⁶⁸ Auch der Direktor der Universitätsfrauenklinik sah von den Krankenkassen keinen Widerstand kommen: „Verschiedene Krankenkassen haben bereits auf ihren Bürgerschaftsscheinen die Tages-Kurkostensätze von 5.- M, 5,5 M und 6.- M vermerkt. Bei unseren Kranken kämen hauptsächlich die in Frage, die Mitglieder der Allgemeinen Ortskrankenkasse Berlin sind oder diejenigen, welche die Armendirektion in Anspruch nehmen müssen. Ich glaube aber nicht, daß die Berliner Ortskrankenkasse sowohl wie die Armendirektion der Erhöhung ablehnend gegenüberstehen, vielmehr werden sie den gegenwärtigen Verhältnissen Rechnung tragen.“⁴⁶⁹

Im November 1919 wandte sich der Minister für Wissenschaft, Kunst und Volksbildung direkt an die Deputation für die städtischen Krankenanstalten im Berliner Rathaus und versuchte mit Betonung der „ernsten Finanzlage des Staates“ auf die Notwendigkeit der Erhöhung der Kurkostensätze hinzuwirken: „Seit Ausbruch des Krieges sind die Selbstkosten des Charité-Krankenhauses und der Universitätskliniken für die Behandlung und Verpflegung der Kranken stetig gestiegen. Sie haben eine Höhe erreicht, der gegenüber die zur Einziehung kommenden Kur- und Verpflegungskosten viel zu niedrig sind.“⁴⁷⁰ Der Minister wünschte eine Auskunft über den Stand dieser Dinge bei der Stadt. Einen Monat später wiederholte er sein Anliegen. Zum Jahresbeginn 1920 erhielt das Ministerium für Wissenschaft, Kunst und Volksbildung eine Antwort:

„Die Erhöhung der Kur- und Verpflegungskosten in den städtischen Krankenanstalten ist vom Magistrat bereits beschlossen. Die Stadtverordneten-Versammlung wird hierzu voraussichtlich in ihrer nächsten Sitzung Stellung nehmen.“⁴⁷¹ Die bestehenden Kurkostensätze, die seit dem Gemeindebeschluss im November 1916 für Erwachsene 4 Mark, Kinder 3 Mark und Auswärtige jeweils 50 Pfennig Zuschlag betragen, „welche ausser uns nur noch die staatlichen Anstalten beibehalten haben, entsprechen schon seit langer Zeit auch nicht annähernd mehr den entstehenden Selbstkosten. Deshalb haben auch, den entsprechenden Teuerungsverhältnissen Rechnung tragend, die Vor-

467 Ebenda.

468 Ebenda.

469 Ebenda.

470 GStA PK, Rep. 76, VIII D, Nr. 202.

471. Ebenda.

ortsgemeinden schon seit längerer Zeit die Kurkostensätze für ihre Krankenhäuser meist auf 6 M für Einheimische erhöht und zum Teil weitere Erhöhungen für die nächste Zeit in Aussicht genommen.“⁴⁷² Die Berechnungen der Stadt Berlin kamen 1919 auf durchschnittliche Krankenhaus-Selbstkosten von 16 Mark pro Kopf und Tag. Als Konsequenz hatte sie sich „entschlossen, unter Aufrechterhaltung des bisherigen Standpunktes, dass bei Aufnahmen in den städtischen Krankenanstalten niemals die tatsächlichen Kosten zur Erhebung gelangen sollen, vom 1. Januar 1920“⁴⁷³ an, für Erwachsene aus Großberliner Gemeinden 7 Mark, den Kindern 4,50 Mark und jede Person außerhalb einer Großberliner Gemeinde 12 Mark zu zahlen wäre. Im Endergebnis stellten städtische Krankenhäuser ab 15. Januar 1920 für Erwachsene 6 Mark, Kinder unter 14 Jahren 4 Mark und Auswärtige 12 Mark in Rechnung.⁴⁷⁴ Das Ministerium für Wissenschaft, Kunst und Volksbildung übernahm diese Sätze und ging beim Finanzministerium von einer nachträglichen Genehmigung in dieser eiligen Angelegenheit aus. Ab 15. Januar 1920 standen außer den kommunalgleichen Sätzen, für die II. Klasse sowie Begleitpersonen generell 12 Mark und die I. Klasse 18 Mark. Die psychiatrische und Nervenklinik hatte weiter ihr Verpflegungstage-Budget von 2.400 Tagen à 3,50 Mark zu vergeben.⁴⁷⁵ Kurz darauf ging vom Ministerium an alle preußischen Universitätskliniken die Anordnung, „die in den abgetretenen Gebieten beheimateten früheren Reichsangehörigen deutscher Abstammung und deutscher Muttersprache sowie die Deutschösterreicher und Deutschbalten“ wie Reichsinländer in Rechnung zu stellen.⁴⁷⁶ Bei Reichsausländern, auch wenn sie im Inland ihren Wohnsitz hätten, wäre gleich bei Aufnahme ein für drei Monate reichender Kurkostenvorschuss einzuziehen, es sei denn, dass aufgrund reichs- oder landesgesetzlicher Bestimmung die Kostenträger eine inländische Gemeinde, öffentliche Krankenkassen usw. seien.⁴⁷⁷ Die Vorstellung des Ministeriums von pauschalierten OP-Beiträgen im Frühjahr 1920 kam der Charité-Direktion „u.E. nicht in Frage“ aufgrund der „Unbilligkeiten“ eines „Einheitssatzes“⁴⁷⁸ und der schwierigen Einziehung. Andererseits sahen die Direktoren Pütter und Schmidt

472 Ebenda.

473 Ebenda.

474 Ebenda.

475 GStA PK, Rep. 76, VIII D, Nr. 202.

476 Ebenda.

477 Ebenda.

478 Ebenda.

Sinn in wiederholter Erhöhung der Kostensätze, um den „erheblichen Unterschied zwischen den Selbstkosten der Krankenbehandlung und den erst seit dem 15. Januar d.J. erhöhten Kurkostensätzen“⁴⁷⁹ auszugleichen. Da die Stadt Berlin am 1. April des Jahres eine Erhöhung vorhabe, würde die Charité die gleichen Sätze befürworten. Kurz zuvor hatten die Direktoren dem Ministerium nochmals die gleichmäßige Bemessung von einheimischen und auswärtigen Kranken in der III. Klasse nahe gelegt.⁴⁸⁰ Ab Mai 1920 machte sich die Inflation bemerkbar; Tagessätze, Poliklinik-Gebühren, Entbindungskosten etcetera mussten in der Charité wie den städtischen Krankenhäusern progressiv angehoben werden.

b. Einrichtung von Extra-Klasse-Betten zur Verbesserung der Einnahmen

Die immer wachsenden Bedürfnisse der Kliniken, die Steigerung der Preise für Verbandstoffe, Lebensmittel und für sonstige Bedürfnisse des täglichen Lebens bedingen Ausgaben, denen wir entsprechende Einnahmen aus dem eigenen Betriebe nicht entgegensetzen haben. Ein wesentliches Hilfsmittel zum Ausgleich der Einnahmen und Ausgaben würde die Errichtung von I. Klasse-Betten in allen Kliniken sein. Die Nachfrage nach diesen ist fast auf allen Stationen groß. Da die Einnahmen hieraus die Ausgaben wesentlich übersteigen, so könnten sie den Ausfall bei der anderen Klasse erheblich vermindern. Belege aus der Praxis beweisen das. Selbstverständlich hängt diese Einführung von dem vorhandenen oder zu schaffenden Platz ab, aber, da die medizinischen Kliniken und die Entbindungsanstalt noch nicht neu gebaut sind, und durch Ankauf von wirtschaftlich bequem gelegenen Häusern an der Luisenstrasse Raum geschaffen werden könnte, so ist die Möglichkeit dazu vorhanden. Andernfalls muss der Staatszuschuss erhöht werden. Wenn man eine I. Klasse einführt und deren Patienten pro Tag 8 bis 10 M. bezahlen liesse, so würden bei einem Zuschlag von 2 M. für besseres Essen und Bedienung 5,71 M., höchstens 6 M. Unkosten entstehen und somit ein Ueberschuss pro Tag und Patient von 2 bis 4 M. zu erzielen sein. Diese würden bei z.B. insgesamt 60 Betten I.Klasse bei 2 M. Ueberschuss 43.200 und bei 4 M. 86.400 M. Gewinn abwerfen.⁴⁸¹

So die Kalkulationen der Charité-Direktion im Verwaltungsbericht der Charité-Annalen 1905 nach der Bilanzierung und Analyse des Rechnungsjahres 1904.

479 Ebenda.

480 Ebenda.

481 Charité-Annalen 1905, 23.

Die Überlegung der Direktion im Sommer 1907:

[...] Wir glauben auch, dass die Einrichtung der I. und II. Klasse belebend auf den Besuch der III. Klasse wirken wird, was bei der Konkurrenz mit den neuen Krankenhäusern in Groß-Berlin im Interesse des Unterrichts äusserst notwendig ist.⁴⁸²

In dem im Jahre 1907 mit dem Ministerium geführten Schriftwechsel listete die Direktion die ersten Erfolge mit der Einrichtung der Extraklassen auf:

Seit 1. Juni v. Jahres sind für 20 Extrabetten (16 bei der chirurgischen Klinik, 3 bei der Kinderklinik, 1 bei der Klinik für Haut- und Geschlechtskranke) 4.280 Verpflegungstage entstanden und dafür rund 30.300 M eingekommen. Wenn Zimmer dieser Art noch auf weitere Abteilungen (z.B. der Frauenklinik, der inneren Klinik, der Augen- und Ohrenklinik) in genügender Anzahl eingerichtet würden, so sind wir sicher, daß bei dem Ansehen und der Bedeutung unserer Kliniken diese Betten ständig belegt sein werden, bes. wenn man die ganz außerordentlich hohen Preise in den Kliniken berücksichtigt. Der Ausfall von Einnahmen für Betten III. Klasse, die durch die Einrichtung von Zimmern für Extrapatienten in den vorhandenen Kliniken eine Verringerung erfahren müssen, würde reichlich durch die Mehrkosten aufgewogen werden [...]. Bei dem Neubau von Kliniken müßte von vornherein auf die Gestaltung von Zimmern für Extrapatienten Rücksicht genommen werden.⁴⁸³

In der Mitte des Rechnungsjahres, im Oktober 1907, kam vom Ministerium neben der Aufforderung an die Charité-Direktion, bei der städtischen Verwaltung „in geeigneter Weise festzustellen“, ob dort eine Erhöhung der Kurkostensätze in Planung sei, die genauere Nachfrage, wie viele Zimmer der I. und II. Klasse sich in den jeweiligen Kliniken einrichten ließen und wie viele Betten der III. Klasse übrig blieben. Wie hoch die Einnahmen bei „normaler“ Belegung der Klassen zu schätzen seien? Welche baulichen Maßnahmen mit welchen Kosten seien dazu notwendig? „Endlich ist mitzuteilen, in welchem Umfange durch die Vermehrung der Betten I. und II. Klasse eine Mehreinstellung von Personal und eine Erhöhung der laufenden Betriebskosten verursacht werden wird.“⁴⁸⁴

482 GStA PK, Rep. 76, VIII D, Nr. 201.

483 GStA PK, Rep. 76, VIII D, Nr. 201.

484 GStA PK, Rep. 76, VIII D, Nr. 201.

Mit der Herausgabe der „Charité-Annalen“ veröffentlichte die Verwaltung eine Jahresstatistik der Verpflegungstage je I., II. und III. Klasse des jeweiligen Betriebsjahrs ab 1904.⁴⁸⁵

Die Stadt Berlin hatte sich nach hitzigen Debatten im Abgeordnetenhaus ebenfalls für „besondere Verpflegungsklassen“ entschieden: „Zur Vorbereitung über die Einrichtung besonderer Verpflegungsklassen für bemittelte Kranke wurde auf Antrag der Stadtverordneten-Versammlung vom 11. Februar 1909 eine gemischte Deputation gebildet.“⁴⁸⁶ 1911 wurde von den Stadtverordneten ein Konzept der gemischten Deputation verabschiedet, das vorsah, vorerst nur in Moabit – zur Sammlung von Erfahrungen – eine Station mit 60 Betten für männliche und weibliche Patienten und jeweils innere und chirurgische Fälle, in gehobener Klasse einzurichten. Zur Deckung der Selbstkosten, die in den städtischen Krankenhäusern derzeit bei 5 Mark lagen, und einer Pauschale für den leitenden Arzt von 1,50 M, wobei für größere Operationen bis maximal 100 Mark zusätzlich liquidiert werden dürften, sollten die Sätze für diese Patienten 6,50 Mark betragen mit Zimmern von fünf bis acht Patienten; der durchschnittliche Patient lag in Krankensälen mit über 20 Betten. Zudem wurde über Einzelzimmer nachgedacht. Die sonstige ärztliche Gebührenordnung galt dabei als unsinnig, da der Arzt für alle Kranke vor Ort wäre und keine Anfahrtswege anfielen.⁴⁸⁷

Die Stadt Berlin sah sich zwar im Wesentlichen als Versorger der armen Kranken, doch lagen in den städtischen Krankenhäusern derzeit circa 50 Prozent Kassenkranke und im Durchschnitt 4 Prozent Selbstzahler. Der Magistrat war der Meinung, dass sich diese Verhältnisse nicht besonders ändern würden. Er hatte bei den 2.030 selbst zahlenden Patienten mittelständische Berufe analysiert und eine zukünftige stationäre Versorgung für diese Bevölkerungsschicht, wo die teuren Tagessätze der Privatkliniken bei Erkrankung oft den existenziellen Ruin brachten, als notwendig und „vorbeugende Armenpflege“ bewertet.⁴⁸⁸

Der Vorschlag der gemischten Deputation, die gehobene Pflegeklasse auch im früheren Erziehungshaus am Urban einzurichten, wurde vorerst verschoben.

485 Siehe Anhang 17

486 Bericht ü.d. Gemeinde-Verwaltung d. St. B. 1906 bis 1910, S. 217.

487 GStA PK, Rep. 76, VIII D, Nr. 1768, Bl. 95, 96.

488 GStA PK, Rep. 76, VIII D, Nr. 1768, Bl. 95, 96.

4. Freibetten

Vor dem Ersten Weltkrieg hatte sich die Diskrepanz zwischen Bedarf und Angebot an Krankenhausbetten in Groß-Berlin verringert und die Charité-Direktion deutete im Schriftwechsel mit dem Kultusministerium darauf hin, dass neben der Beklagung defizitären „Unterrichtsmaterials“ in der Patientenaufnahme auch die Belegquote keineswegs in der Wunschziffer lag. Diese Situation hatte ihre Wirkung auf Entscheidungen über Kursatzerhöhungen der Charité und ließ die Charité-Direktion sogar überlegen, durch „ausbleibende“ Satzerhöhungen eine attraktivere Aufnahmestation für die Krankenkassen, Selbstzahler und sogar „Auswärtige“ zu bieten, um damit zum gewünschten Effekt von ausgiebigerem „Unterrichtsmaterial“ zu kommen.

Als zu Beginn des Jahres 1909 die nächste Kurkostensatzerhöhung anstand, übermittelte die Charité-Direktion dem Ministerium für geistliche, Unterrichts- und Medizinal-Angelegenheiten die Bedenken der Klinikdirektoren, genügend „Unterrichtsmaterial“ in die Klinik zu bekommen, falls die Kurkostensätze der Charité höher lägen als die der städtischen Krankenhäuser. Nach der Eröffnung des Rudolf-Virchow-Krankenhaus und dem Bau von Krankenhäusern in Vororten wie Schöneberg und Pankow, verschwand der extreme Kapazitätsmangel Berlins der Jahrhundertwende. Im Brief der Direktion an das Ministerium heißt es am 27. Februar 1909: „Es wurde angeführt, daß im Virchow-Krankenhaus noch 500 Betten unbelegt und von allen größeren Vorortgemeinden eigene und gut ausgestattete Krankenhäuser erbaut seien [...]. Aber auch bei gleich hohen Kurkostensätzen ist das sogenannte klinische Material ganz unzureichend gewesen.“⁴⁸⁹ Ein ausreichendes Konkurrenzmittel sahen die Klinikdirektoren in der Einrichtung weiterer Freibetten. In den Vergleich wurden die Zahlen der Charité, die 1907 bei 1.388 Betten Gesamtkapazität 29 Freibetten (entspricht 2,1 Prozent) geboten hatte, mit denen anderer Universitätskliniken gestellt. Das Klinikum an der Ziegelstraße hatte bei 286 Betten 28 freie (9,8 Prozent), die Universitäts-Frauenklinik in der Artilleriestraße unter ihren 60 Betten 15 freie und damit ein Viertel der Kapazität, mit Einberechnung der 56 Betten ihrer geburtshilflichen Station noch 12,9 Prozent gehabt. Von den Klinikdirektoren und der Charité-Direktion wurden 82 zusätzliche Freibetten beantragt.⁴⁹⁰ Das

489 GStA PK, Rep. 76, VIII D, Nr. 201.

490 Ebenda.

Kultusministerium legte dem Finanzministerium nach einem Quartal erhöhter Kurkostensätze im Juli 1909 eine Bilanz von 1908 vor, die belegte, dass nach den Ziffern des Wirtschaftsjahres 1907 statt erwarteter Mehreinnahmen von 108.898 Mark nur 101.618 Mark eingegangen waren.⁴⁹¹ Da zur „Bilanzierung des Etats“ schon 60.000 Mark und „zu den Lasten der Mehreinnahmen bereits zugestandenen Fondsverstärkungen“ von 20.900 Mark in der Gesamtsumme von 80.900 Mark den Mehreinnahmen nur noch 20.718 Mark übrig ließen, die nicht ausreichten um seinen Vorschlag von zusätzlichen 20 Freibetten umzusetzen, würden daher zunächst 12 aus den Mehreinnahmen gedeckt werden können. Auf Dauer sei „eine Erhöhung der Freibetten auf insgesamt 64, also noch um 23“ unumgänglich.⁴⁹²

Auf eine erneute diesbezügliche Anfrage der Charité 1914 antwortete das Ministerium mit Hinblick auf die Ausdehnung des Versichertenkreises durch die Reichsversicherungsordnung:

Es kann daher angenommen werden, daß künftighin bei vermehrter Aufnahme klinisch interessanter Kranker die Sicherung der Kurkostenzahlung auf geringere Schwierigkeiten stoßen wird und somit in den meisten Fällen das wirtschaftliche Interesse der Charitéverwaltung gewahrt ist. In diesen Fällen aber dürfte es unbedenklich sein den Anträgen der klinischen Direktoren auf Aufnahme von in den Polikliniken zur Vorstellung gelangten Kranken, deren stationäre Behandlung aus unterrichtlichen Gründen erwünscht ist, zu entsprechen. Notwendig ist dabei allerdings, daß die Polikliniken und der Aufnahmearzt Hand in Hand arbeiten. In welcher Weise dies zu erreichen ist, wird zu prüfen sein. Die Königliche Charité-Direktion wolle nach Benehmen mit den klinischen Direktoren, deren Aeußerungen mit vorzulegen sind, hierüber berichten.[...] Inwieweit ein Bedürfnis auf Vermehrung der Freibetten bei den Charitékliniken vorliegt, wird sich erst beurteilen lassen, wenn die vorgedachte Wirkung der Reichsversicherungsordnung mit Sicherheit übersehen werden kann.⁴⁹³

Ausführlich wurde dem Ministerium in einer Wiedervorlage im Juli 1914 dazu Stellung genommen:

Brauchbares Material für den klinischen Unterricht ist in ausreichendem Maße nur durch die Polikliniken zu gewinnen. Denn seit dem Uebergang des Bettennachweises

491 Ebenda.

492 GStA PK, Rep. 76, VIII D, Nr. 201.

493 GStA PK, Rep. 76, VIII D, Nr. 202.

von dem Berliner Aerzteverein in die städtische Verwaltung hat sich die Qualität des uns zugewiesenen Krankenmaterials ganz bedeutend verschlechtert. Wir erhalten nur Fälle, die den städtischen Krankenhäusern nicht genehm sind. Ferner ist seit diesem Uebergang in die städtische Verwaltung auch die Zahl der durch die Zentralmeldestelle zur Ueberweisung an die Charitékliniken gelangenden Kranken gegenüber der Gesamtaufnahme verschwindend klein geworden. In den letzten 9 Monaten wurden z.B. bei 13.835 sonstigen Aufnahmen nur rund 600 durch Vermittlung der städtischen Zentralmeldestelle der Charité überwiesen.

Wenngleich die Reichs-Versicherungsordnung den Kreis der gegen Krankheit zu versichernden Personen erheblich ausdehnt, so sind diejenigen Kranken, welche die hiesigen Polikliniken aufsuchen, fast ausnahmslos bei keiner Krankenkasse versichert, weil – wie wir bereits hervorgehoben haben – den Angehörigen von Krankenkassen seitens der Kassenvorstände das Aufsuchen der Polikliniken verboten ist. Die Mehrzahl der Besucher besteht daher aus unbemittelten hiesigen und vielen auswärtigen Personen, die entweder nicht versicherungspflichtig, oder die von einer Krankenkasse bereits ausgesteuert sind, sowie von solchen, die arbeitslos und von neuem nicht versichert sind.

Die Mitwirkung unseres Aufnahme-Bureaus bzw. des Aufnahmearztes bei der Aufnahme von Kranken aus den Polikliniken in stationäre Behandlung erfolgt auf unsere Anordnung schon seit langer Zeit.⁴⁹³ [...] Mit Ausnahme des Direktors der Psychiatrischen und Nervenlinik, der das Urteil in schwebenden Prozessen abwarten wollte, [...] bitten sämtliche Direktoren um Vermehrung ihrer Freibetten. Da bei den geschilderten eigenartigen Verhältnissen die Versorgung der Kliniken mit ausreichendem und brauchbarem Unterrichtsmaterial Schwierigkeiten bereitet, die nur in der gewünschten Weise behoben werden können, bitten Euere Exzellenz auch wir, eine Vermehrung der Freibetten bei den Charitékliniken geneigtest recht bald eintreten zu lassen.⁴⁹⁴

Die handschriftliche Notiz im Ministerium verwies darauf, die Bitte würde „mit der Finanzverwaltung zu verhandeln sein.“⁴⁹⁵

Beigelegt waren dem Schreiben an das Ministerium etliche Briefe von klinischen Direktoren, die aus ihrer jeweiligen fachlichen Position heraus Argumente für zusätzliche Freibetten anführten. Fast durchgehend wurde darin betont, dass die

493 Ebenda.

494 Ebenda.

495 Ebenda.

Reichsversicherungsordnung kaum Einfluss habe, da der zur Aufnahme erscheinende Personenkreis – wie beispielsweise Arbeitslose und Invalide – in der Regel aus verschiedensten sozialen Gründen heraus nicht davon erfasst sei. Zum Einwand kam auch, wegen „dauernden Defizits“ diese Fälle nicht „auf Kosten des wissenschaftlichen Fonds“⁴⁹⁶ aufnehmen zu können. Auch eine Unterstellung an die Stadt Berlin, sie überweise den „uninteressanten Rest“⁴⁹⁷ an die Charité, erschien in den Begründungen der Chefärzte. „Wir sind deshalb auf das Provinzmaterial angewiesen, bei dem eher häufig der Kostenpunkt nicht gesichert ist. Hier muß der Freibettenfond oft einspringen und deshalb ist eine Erhöhung des Freibettenfonds dringend geboten. Inwieweit die Reichsversicherungsordnung hier eine Aenderung zu schaffen im Stande ist, entzieht sich meinem Urteil. Immerhin ist dabei doch zu bedenken, daß die Provinz-Krankenhäuser billiger sind als die Kliniken und deshalb diesen vorgezogen werden dürften, wenn kein Ausgleich durch das Freibett eintritt.“⁴⁹⁸

Der Direktor der Kinderklinik, Professor Adalbert Czerny, hatte mit der fehlenden Krankenversicherung der Kinder für stationäre Behandlung die nahe liegendsten „Beweise“:

Erstens lehrt die Erfahrung, dass man sich in den ärmeren Kreisen, aus welchen das Krankenmaterial der Kinderklinik hervorgeht, nicht leicht entschliesst, für die Hospitalsbehandlung eines Kindes grosse Kosten aufzuwenden. Das Leben des Kindes wird begreiflicherweise und vielleicht auch mit Recht, niedriger bewertet, als das der Eltern [...]. Der niedrigste Verpflegungssatz für ein Kind in der Kinderklinik ist aber so hoch, dass nicht nur die ärmsten, sondern auch die mittleren Stände hauptsächlich bei längerer Krankheitsdauer, dieselben nicht ohne Schwierigkeiten bestreiten können. Schon dieser Umstand bringt es mit sich, dass Kinder mit akuten und kurzdauernden Krankheiten äusserst selten zur Aufnahme gelangen. Die Kinder werden entweder erst sterbend eingeliefert, oder gelangen zur Aufnahme, wenn eine Krankheit einen chronischen Charakter angenommen hat. Dies bedeutet für den Unterricht einen schweren Ausfall. Ein zweites Hindernis bildet für die Kinderklinik die Forderung einer Kautio⁴⁹⁹n bei der Aufnahme.

496 Ebenda.

497 Ebenda.

498 GStA PK, Rep. 76, VIII D, Nr. 202.

499 Ebenda.

Professor Czerny schilderte detailliert den Ablauf bei der Vorstellung eines Kindes in der Poliklinik, wo die Empfehlung zur stationären Behandlung unerwartet komme und die Mutter das Geld weder in der Tasche habe noch aus Reserven vorlegen könne, und daraufhin ihr Kind wieder mit nach Hause nähme.

Ein drittes und Hauptargument, weshalb sich in der Kinderklinik das Bedürfnis nach Freibetten besonders geltend macht, ist aber darin zu suchen, dass die Krankenkassen für die Kurkosten der Kinder nur in äusserst seltenen Fällen aufkommen. An dieser Sachlage wird auch durch die neue Reichsversicherungsordnung nichts geändert [...].

Viertens möchte ich noch anführen, dass in Berlin die städtische Armenverwaltung kein Interesse daran hat, kranke Kinder in der Kinderklinik verpflegen zu lassen. Der Armenverwaltung stehen genug städtische Kinderkrankenhäuser zur Verfügung und überdies erwachsen ihr dort geringere Kosten als in der Kinderklinik. Tatsächlich bestehen zeitweise Schwierigkeiten, die relativ kleine Bettenzahl der Kinderklinik so mit Kranken zu belegen, wie es das Interesse des Unterrichts erfordert. Angeboten werden vorwiegend Krüppel und Idioten. Mit solchen liesse sich die Kinderklinik jederzeit füllen.

Gerade die geringe Zahl der Betten macht aber eine freie Wahl der aufzunehmenden Kranken dringst notwendig, wenn mit denselben Unterricht und Forschung zweckmässig versorgt werden sollen.⁵⁰⁰

Mit dem Argument der fehlenden Versicherung der Kinder legte auch Professor Karl Adolf Passow (1859 - 1926), der Direktor der Klinik für Nasen- und Ohrenkrankheiten, seinen Wunsch nach zusätzlichen Freibetten vor: „Die Reichsversicherungsordnung hat in dem abgelaufenen Vierteljahr nicht den geringsten Einfluß auf die Zahl und Art der aufzunehmenden Kranken ausgeübt. Es handelt sich bei den auf Freibetten aufzunehmenden Ohrenkranken zumeist um Kinder, die nicht unter die Versicherung fallen.“⁵⁰¹

In der Weimarer Republik hielt die Charité unverändert ihre Freibetten – trotz erhöhter Patientenzahlen mit Krankenkassenmitgliedschaft. Im Juli 1919 beantragte die Charité-Direktion wieder zusätzliche Freibettentage, da nach dem ersten Quartal des Wirtschaftsjahres 1919 in der II. Medizinischen Klinik schon 2.044 von 2.190

500 GStA PK, Rep. 76, VIII D, Nr. 202.

501 Ebenda.

Freibettentagen „verbraucht“ worden waren. In der Begründung berief sich der Ärztliche Direktor Scheibe auf die Diskussion von 1914: „Die Vermehrung der Freibettentage bei den Kliniken der Charité ist bereits Gegenstand mehrfacher Verhandlungen gewesen. Wir gestatten uns auf unseren letzten Bericht vom 14. Juli 1914 [...] zum Erlaß vom 16. März 1914 [...] und die überreichten Aeußerungen der klinischen Direktoren Bezug zu nehmen.“⁵⁰² Die Antwort des Ministeriums für Wissenschaft, Kunst und Volksbildung dauerte ein halbes Jahr und enthielt eine deutliche Ermahnung an die Charité-Direktion:

Mit den Grundsätzen einer geordneten Verwaltung kann es nicht als vereinbar angesehen werden, wenn von den für das ganze Rechnungsjahr zur Verfügung stehenden 2.190 Freibettentagen bereits bis zum 23. Juli d.J. 2.044 Tage verwendet worden sind [...]. Durch die soziale Gesetzgebung des Reiches ist der Kreis der Personen, die in Krankheitsfällen völlig mittellos dastehen, sehr eingeengt. Es würde schon mit Rücksicht hierauf einer eingehenden Prüfung bedürfen, ob eine Vermehrung der Freibettenzahl bei den Charité-Kliniken unbedingt erforderlich ist.

Aber auch abgesehen hiervon muß ich, solange nicht eine wesentliche Verbesserung in der finanziellen Lage des Staats eintritt, davor Abstand nehmen, Mittel für eine solche Vermehrung der Freibetten durch den Staatshaushaltsplan anzufordern. Ebenso wenig kann daran gedacht werden, bei einer etwaigen Erhöhung der Kurkosten einen Teil der hieraus aufkommenden Mehreinnahmen für diesen Zweck zu verwenden. Bei dieser Sachlage muß die bestehende Erwartung ausgesprochen werden, daß eine Ueberschreitung der planmäßigen Freibettentage vermieden wird.⁵⁰³

Ganz ohne Zugeständnis mochte das Ministerium die Sache wohl doch nicht abschließen: „[...] will ich mich ausnahmsweise damit einverstanden erklären, daß die planmäßigen Freibetten bei dieser Klinik im Rechnungsjahr 1919 um 720 überschritten werden.“⁵⁰⁴

Auch die städtischen Krankenhäuser Berlins hatten Verfügung über Freibetten, die von einer Stiftung „für Übernahme von Kurkosten“ getragen wurden, sie „wurden vorzugsweise Personen zuteil, die dadurch vor einem Eingreifen der Armenfürsorge bewahrt werden konnten. Seit mehreren Jahren war es nicht immer möglich gewesen, die Stiftungszinsen ganz zu verwenden, weil nicht genügend Anträge gestellt wurden;

502 Ebenda.

503 GStA PK, Rep. 76, VIII D, Nr. 202.

504 GStA PK, Rep. 76, VIII D, Nr. 202.; s. Anhang 8: Zahl der Freibetten bzw. -tage der Charité.

daher wurde die Armendirektion ersucht, geeignete zu ihrer Kenntnis kommende Fälle uns mitzuteilen.“⁵⁰⁵ 1907 bis 1910 wurden die Mittel daraufhin ausschöpfend entnommen.

505 Bericht ü.d. Gemeinde-Verwaltung d. St. B. 1906 bis 1910, 244.

X. Zusammenfassung

Abschließend soll die Situation der stationären Aufnahme in der Charité zu Beginn des 20. Jahrhunderts zusammengefasst werden. Diese lässt sich unter verschiedenen Fragestellungen betrachten.

Welche Einblicke lassen sich in den Patientenzugang der Charité während des untersuchten Zeitraums aus den verfügbaren Quellen verschaffen ?

Zunächst gibt die statistische Auswertung der Recherche eine Vorstellung von der damaligen Quantität der Patientenversorgung in der Charité. Die Patientenzahlen, die Verweildauer bei vorhandener Bettenkapazität in den jeweiligen Wirtschaftsjahren und Fachabteilungen, die jährliche Bettenbelegung und nach Kostenträgerschaft differenzierte Patientenzahlen sind aufgelistet und weisen auf die Jahrestendenzen bis zum Ersten Weltkrieg hin, was entsprechend der gesellschaftlichen und speziell der Berliner Entwicklung sozialpolitische Interpretationen zulässt. Dem gewünschten Ziel der vorgelegten Arbeit entspräche eine vorwiegend quantitative Dokumentation des Patientenzugangs in der Charité nicht, sondern vielmehr eine Transparenz damaliger Gedanken und Regulierungsmaßnahmen der Charité-Direktion hinsichtlich der Patientenaufnahme, ihrer Organisation und der damit verbundenen Probleme sowie finanzielle und juristische Konsequenzen. Darüber geben die chronologisch nicht lückenlosen Statistiken genügend Auskunft. Es würde auch keine neuen Erkenntnisse liefern, eine differenzierte Statistik der Krankheiten aller aufgenommenen Patienten aufzulisten, da Diagnosen in der Regel nicht automatisch mit einer Entscheidung über die Krankenaufnahme verbunden waren – mit Ausnahme der Alkohol-, Geschlechts- und TBC-Kranken, die regelmäßig abgewiesen und nicht stationär aufgenommen wurden. Nicht einmal „lebensgefährliche“ Krankheiten hatten unbedingt die stationäre Aufnahme zur Folge.

Teilweise differieren in den Statistikquellen der Charité und des Berliner Krankenhauswesens – in erster Linie sind die Charité-Annalen, das Statistische Jahrbuch der Stadt Berlin und der Bericht über die Gemeinde-Verwaltung der Stadt Berlin zu nennen – die Bettenzahlen erheblich, mehrere 100 beispielsweise für das Jahr 1910. Entsprechend unterschiedlich fallen die jeweiligen Berechnungen der Jahres-Bettenbelegung in der Charité aus. Die Beschreibung und Analyse der Aufnahme-Regelungen und ihrer Entwicklung berührt dies letztlich kaum.

Als zentraler Punkt in den Perspektiven zur Patientenaufnahme ergab sich während der Recherche ganz automatisch die Charité-Direktion und nicht der Aufnahmearzt, selbst wenn dies zunächst fragwürdig erscheint. Zwar entschied der Dienst habende Arzt der zentralen Aufnahmestation, welcher Kranke die stationäre Versorgung der Charité benötige; abgesehen von der „Lebensgefahr“ gab es neben der Aufnahmediagnose Kriterien wie die Besonderheit des Krankheitsbildes oder dessen passende Demonstration für den Unterricht sowie extreme soziale Verhältnisse des Aufnahmesuchenden, die den Arzt in seinem Urteil beeinflussen und den Zustand des Kranken als unbedingt stationsbedürftig festlegen lassen konnten. Die Direktion war jedoch gezwungen, eine Balance zu halten zwischen den Versorgungspflichten der Charité gegenüber der preußischen Bevölkerung, dem medizinischen Universitäts-Status des Hauses und dem finanziellen Subventionsbedarf. Zur Kontrolle lief jede Aufnahme und Entlassung über den Schreibtisch der Direktion, wo insbesondere der Verwaltungsdirektor einen Überblick über akzeptable und unerwünschte Patienten behalten mochte, welche von ihm nach betriebswirtschaftlichen Kriterien eingeordnet wurden. Aus diesen Ergebnissen entstand ein Teil der Aufnahme-Richtlinien, nach denen, sofern sie exakt eingehalten wurden, deutlich mehr Betonung der administrativen Erhebung als der ärztlichen Untersuchung zukam. Inwieweit die Klinikdirektoren mehr als nur im Einzelnen diese Gewichtung beanstandeten, ist schriftlich nicht festgelegt. Genauso wenig lässt sich das Ausmaß ärztlicher Umgehung der administrativen Regeln bei der Krankenaufnahme einsehen; generell gab es dazu regelmäßige Mahnungen der Direktion an die Klinikdirektoren.

Nahezu die gesamte recherchierte Zeitphase der Charité hatte kontinuierlich, von 1904 bis 1927, der Geheime Regierungsrat Ernst Pütter das Amt des Verwaltungsdirektors inne. Zu seinem besonderen Verdienst in all den Jahren zählt es, nach zähen Verhandlungen mit den Ministerien das Altersruhegeld für die Charité-Schwester Ende 1911 durchgesetzt zu haben. Aus den Akten seiner Vorgänger, insbesondere denen von Bernhard Spinola (1829-1900), geht deutlich deren Haltung gegenüber der Charité hervor, ebenso das Verhalten der Direktoren gegenüber dem preußischen Kultusministerium. Ein sehr direkter, cholertisch wirkender Mensch wie Spinola macht es dem Leser leicht, seine eindeutigen Betriebsmeinungen gegenüber Öffentlichkeit und Ministerium zu erkennen. Pütter äußerte sich eher diplomatisch, was den Recherchierender manchmal auf Widersprüche und Gratwanderungen, insbesondere im

Dialog mit den Ministerien, stoßen lässt.

Die Vorstellungen der Charité-Direktion zur Organisation der Krankenaufnahme und die Richtlinien für das betreffende Charité-Personal liegen ausführlich dokumentiert vor. Den idealen Ablauf einer Aufnahme beschreibt Professor Scheibe 1910 in seinem Artikel zum 200jährigen Jubiläum des Hauses. „Komplikationen“ im Alltag sind in den Verwaltungsakten erfasst und werden teilweise – vorsichtig – in den Charité-Annalen erwähnt, beispielsweise die Jahreszahl der abgewiesenen Kranken, wobei diese Situation 1906 von Verwaltungsdirektor Pütter differenzierter erläutert und als Problematik einer defizitären Berliner Bettenkapazität verstanden wurde.

Die Verwaltungs-Akten der Charité bieten einen ausführlichen Einblick in die jahrelangen Auseinandersetzungen mit Kostenträgern, also in erster Linie mit der Armenpflege Berlins und auswärtiger Kommunen sowie zunehmend den gesetzlichen Krankenkassen, woraus sich ein klares Bild sowohl von den Vorlieben bei der Aufnahme als auch bei der Ablehnung bestimmter Patientengruppen aus der Verwaltungsperspektive gewinnen lässt. Auf der anderen Seite lassen sich aus dem Schriftwechsel mit den Kostenträgern deren Grundsätze zur stationären Krankenversorgung im Allgemeinen und der Aufnahme in der Charité im Besonderen erkennen. Daneben geben die oft jahrelangen Bemühungen der Charité-Direktion um Kosteneinzug – insbesondere die sehr langwierigen Bemühungen mit den auswärtigen Gemeinden – Hinweise auf die reformbedürftige preußische Verwaltungsgesetzgebung und den damit verbundenen Strukturen, die auch einer quasi staatlichen Institution wie der Charité das Leben schwer machten.

Die Gruppe der selbstzahlenden Patienten tritt in den Akten wenig hervor, da sie über keine Kostenträger-Institution vertreten wurde, doch im Gegensatz zu ihrem eher marginalen Anteil in der Krankenaufnahme der Charité zum Jahrhundertwechsel, belegten sie 1915 in der III. Verpflegungsklasse ein Viertel der Versorgungstage und brachten in die Poliklinik der inneren Medizin rund 70 Prozent der Patienten. Ihre relative und absolute Zunahme in der stationären und poliklinischen Versorgung der Charité lässt sich bei steigender Krankenhauskapazität Berlins mit der „Abwanderung“ vorwiegend armer Berliner in andere Krankenhäuser, aber auch dem zunehmenden Bedarf selbstzahlender Patienten nach einem bezahlbaren Krankenhausbett, interpretieren. Angenommen werden muss außerdem ein großer Kinderanteil unter den sogenannten Selbstzahlern: für das Wirtschaftsjahr 1913 ist dokumentiert, dass bei der

auffallend hohen Zahl von 74.315 III. Klasse-Verpflegungstagen in der Kategorie der Selbstzahler – zum Vergleich: 98.528 Tage „Stadtarme“ – an 57.357 Tagen Kinder unter 14 Jahren versorgt wurden. Ein genauerer Einblick zur Aufnahme und Kostenträgerschaft von Kindern könnte eventuell in einer weitergehenden Recherche der Buchhaltungs-Akten gewonnen werden.

Die Situation und das Verhalten von Eltern aus den unteren und mittleren Berliner Bevölkerungsschichten bei einer ambulanten Vorstellung ihrer Kinder in der Charité von dem Moment an, wo sie für eine weitergehende, stationäre Behandlung hätten zahlen müssen, beschreibt der Direktor der Kinderklinik Professor Adalbert Czerny. Unter den Selbstzahlern fanden sich auch immer häufiger Patienten aus dem Mittelstand, die sich die Privatklinik nicht (mehr) leisten konnten – nichtsdestotrotz blühte bis zum Krieg die Konjunktur der Berliner Privatkliniken. Die Charité-Direktion kannte die Diskussionen des Berliner Magistrats über die Einrichtung einer „besseren“ Verpflegungsklasse mit kostendeckenden Tagessätzen in den städtischen Krankenhäusern, um damit eine Art vorbeugende Armenpflege für den im Krankheitsfall oft existenziell ruinierten Mittelstand zu leisten – wobei letztlich auch diese Kategorie in einem kommunalen Krankenhaus für die Charité Konkurrenz bedeutete. Ausführlicher war diesem Punkt in den gesichteten Verwaltungsakten nicht zu nachzugehen.

Deutlich zeigen die Dokumente, dass die Charité-Direktion gern intensivere Selektierung bei der Patientenaufnahme hätte vornehmen lassen, doch die drängende Nachfrage und die Verpflichtungen des Krankenhauses für ganz Preußen neben den 100.000 kostenfreien Tagen für die Stadt Berlin ließen der Charité trotz aller Bemühungen nur begrenzten Spielraum. Wie weitgehend die Richtlinien der Charité-Direktion eingehalten, wenn nicht schon ärztlicherseits aus medizinischer Überzeugung missachtet wurden, lässt sich nur aus den dokumentierten Fällen erahnen, wo eine Nichteinhaltung dieser Richtlinien, wie beispielsweise die Krankenabweisung durch unbefugtes Personal, publik wurde und zu einer Erklärung zwang. Oder wenn die Diskrepanz zwischen den Aufnahme-Kriterien der Verwaltung und denjenigen der Ärzteschaft ein Minus in der Buchhaltung lieferte. Das Kontra zwischen Verwaltung und Wissenschaft ist in den Akten weniger offen dokumentiert als man erwarten könnte. Man erfährt das Bemühen der leitenden Ärzte um genügende Aufnahme wissenschaftlich „interessanter“ Patienten, insbesondere aus den Briefen der Klinikdirektoren mit Wünschen nach Freibetten oder bei ihrer Verteidigung der

gebührenfreien poliklinischen Behandlung. Es wiederholt sich der ärztliche Wunsch, unabhängig von finanziellen Aspekten das „interessante Krankenmaterial“ aufnehmen zu dürfen. Auffällig ist für den Arzt im 21. Jahrhundert, dass das Argument der optimalen Ausbildung der Assistenzärzte anhand großer Paletten von Krankheitsbildern nicht nur häufig, sondern fast immer an erster Stelle stand. Inwieweit dies der tatsächlichen Überzeugung der Klinikdirektoren entsprach oder bloße Taktik war, lässt sich in dem Schriftwechsel nicht erkennen. Es ist anzunehmen, dass weitere Streitpunkte innerhalb der Charité-Mauern nicht in den Akten vermerkt sind, sondern im Gespräch zwischen Verwaltungsdirektion und Klinikleitungen ausgetragen wurden. Schriftliche Dokumentationen der Zwistigkeiten zwischen dem Ärztlichen und dem Verwaltungsdirektor sind nicht zu erwarten.

Aus den Quellen geht hervor, wie im Laufe der Jahre bis zum Ersten Weltkrieg die zunehmende Bettenkapazität im Berliner Krankenhauswesen, insbesondere mit dem Bau und Umbau der städtischen Krankenhäuser, aber auch in den Vororten, und die zunehmende Kassenmitgliedschaft die jeweiligen Anteile der Patientengruppen in der Charité veränderten. Nicht nur die zunehmende Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung ließ die Aufnahme Armer in der Charité verringern, diese wurden zudem von der Berliner Armenpflege zu „ihren“ Krankenhäusern geschickt, wofür sich der Berliner Oberbürgermeister bei der Eröffnung der städtischen Krankenhäuser offiziell verpflichtet hatte. Solch primäre oder gar ausschließliche Aufgabe städtischer Krankenhäuser wurde von der Öffentlichkeit als überholt beurteilt. Obwohl in der Berliner Presse 1914 noch wie zum Jahrhundertwechsel ein Bettenmangel der Stadt beklagt wurde, erlebte die Charité darin einen gewissen „Schnitt“, insbesondere nach der Eröffnung des Rudolf-Virchow-Krankenhauses, und, weniger ausgeprägt, mit den neuen Allgemeinen Krankenhäusern der schnell wachsenden Berliner Vororte. Zwar liegt in der Statistik des Wirtschaftsjahrs 1910 die Zahl der in der Charité aufgenommenen Patienten sogar höher als 1901 und 1903, doch betonte die Charité-Direktion im Schriftwechsel mit dem Kultusministerium wiederholt (siehe Kapitel VIII.4., S. 194), dass Berlin über seine Zentralmeldestelle der Charité nur der Stadt „nicht genehme Fälle“ zuweise, das „sogenannte klinische Material nicht ausreichend“ sei, zunehmend auswärtige Kranke mit fraglicher Kostenträgerschaft, Arbeitslose und Invaliden, die aus der Krankenkasse „ausgesteuert“ worden waren, aufgenommen werden müssten. Damit blieben die Aufnahmeinteressen sowohl der Ärzteschaft als

auch die der Verwaltung unerfüllt: zu wenig für Forschung und Lehre, zu wenig für die Kasse. An Arbeitsmangel litt die Charité deswegen nicht. Möglicherweise bot das Haus inzwischen Ausgleich für einen Bettenbedarf der Provinz, wo es kein Angebot gab, und versorgte zudem Kranke, die die städtischen Krankenhäuser leicht abweisen konnten, da deren Stationen nach den Qualitätskontrollberichten des Regierungs- und Medizinalrates 1911 so (über)belegt waren, dass sogar in den Tagesaufenthaltsräumen häufig Krankenbetten standen. Um die Veränderungen der Aufnahme-Patienten in der Charité zu verstehen, war es notwendig gewesen, dazu das gesamte Berliner Krankenhauswesen vom Jahrhundertwechsel bis zum Ersten Weltkrieg zu betrachten und speziell die Regelungen in den kommunalen Krankenhäusern zur bürokratischen Patientenselektierung. Dabei hatte jeder Schritt der städtischen Organisation letztlich Einfluss auf den Krankenzugang der Charité, beispielsweise die Zentralmeldestelle, die eine effizientere, wohnortbezogene Krankenaufnahme bewirken sollte und von der Charité-Leitung eher konkurrierend als unterstützend beurteilt wurde. Der heutige Betrachter ist mehr oder weniger erstaunt über die Tatsache, dass bei bekannten Problemen in den Allgemeinen Krankenhäusern Berlins mit jährlichen Kontrollgängen des Regierungs- und Medizinalrates eine Art Qualitätskontrolle angestrebt wurde, wobei die Charité nicht mit einbezogen wurde. Chronische Sozialmängel der Stadt blieben eben nicht außerhalb der Krankenhaustore.

Die Stadt Berlin und die Charité waren in ihrem Umgang miteinander, abgesehen von den späteren gemeinsamen Absprachen über Tagessatzerhöhungen, ständige Kontrahenten. Der Magistrat hatte sich lange auf die Kabinettsordre von 1835 mit der Gunst der 100.000 freien Tage und die Kapazitätsgröße der Charité gestützt und ließ später als andere Großstädte Krankenhäuser mit kommunaler Investition bauen. Als eine, wenn auch dem Bedarf immer hinterherhinkende, kommunale Bettenkapazität erreicht war, zog der Berliner Magistrat strikte Grenzen um die „eigene“ Aufnahme. Dessen Position, nur städtische Arme versorgen zu wollen, ersparte der Charité zwar einige der armen, kranken Berliner, überließ ihr dafür aber andere, bei der städtischen Aufnahme unerwünschte Patienten, wo der Kosteneinzug mindestens genauso schwierig war. Den übergeordneten Verwaltungsebenen Preußens machte der Magistrat 1911 deutlich klar, dass jegliche Einmischung in Berlins Krankenhauspolitik unnötig sei und nicht akzeptiert werde; Bettenmängel gäbe es keine und seien nur in den „Zufälligkeiten der geschlechts- und fachspezifischen Kapazitätsengen“ zu sehen.

Dem historischen Betrachter bleibt der Eindruck, dass die Charité vor der Eröffnung der kommunalen Krankenhäuser Berlins und seiner Vororte die generelle Bettenkapazität der Region zu bieten hatte und später spezielle Lücken des Krankenhauswesens ausgleichen sollte.

Kapazitätsdefizite der medizinischen Versorgung beglichen auf jeden Fall die Polikliniken. Sie waren eine Art Kurzaufnahmestation, gelegentlich mit Betten wie in der Charité-Poliklinik der inneren Medizin ausgestattet, in denen ambulante Versorgung für die große Masse der Bevölkerung betrieben wurde, die nicht die Mittel für die private Arztkonsultation hatte. Häufig kam aus der Poliklinik die Indikation zur stationären Aufnahme. Der dichte Patientendurchlauf ermöglichte den Assistenzärzten viel Unterricht und Routine und dabei mögliche Selektierung „interessanter“ Patienten für die Stationen. Forschung und Ausbildung ergänzten sich dabei günstig mit der kostenlosen medizinischen Versorgung für große Bevölkerungskreise und dies mochten die Klinikdirektoren nur ungern durch sinkenden Patientenzugang infolge der Einführung von Behandlungsgebühren behindert sehen. Daher traten sie mit ablehnenden Stellungnahmen und Argumenten für ihre Wissenschaft und die Patienten ein. Es lag nahe, den Polikliniken als einem wichtigen Ort für nachfolgende Krankenaufnahme in der Charité ein extra Kapitel zu widmen.

Im Laufe der Recherche ergab sich auch eine Herausarbeitung spezieller Patientengruppen, die entweder nicht krank im eigentlichen Sinne waren, aber Versorgungsbedarf hatten wie beispielsweise Schwangere; oder nicht zu den gängigen Krankheitsbildern eines Akutkrankenhauses gehörten, wie zum Beispiel psychisch Kranke. Oder es gab Patienten, die entsprechend der historischen Ereignisse Aufnahmebedarf in der Charité hatten, wie die verwundeten Soldaten und deren Angehörige sowie Flüchtlinge im Ersten Weltkrieg. Mit diesen Patientengruppen kam es zu speziellen Aufnahmebedingungen und besondere Streitigkeiten bei der Kostenübernahme waren die Folge.

Die Geburtshilfe der Charité hatte zur Zeit des Jahrhundertwechsels und unvermindert bis Kriegsbeginn hohen Zugang, so dass schließlich primär Frauen mit pathologischer Schwangerschaft aufgenommen wurden. Auf diesem Gebiet hatten die städtischen Krankenhäuser nur ungenügenden Ausgleich gebracht. Bei den Berliner Wohnverhältnissen und nicht unbedeutenden Zahlen lediger Schwangerer, deren Quote an Gestosen und Wochenbettpathologie über dem Durchschnitt lag, reduzierte

sich die standardmäßige Hausgeburt. Schwangerschaft bedeutete für viele Frauen aus unteren Schichten, insbesondere für Hausbedienstete, im letzten Tertial der Verlust ihres Arbeitsplatzes. Die Möglichkeit, als „Hausschwangere“ stationär aufgenommen zu werden, war für so manche Frau eine kurzfristige soziale Rettung. Das Rudolf-Virchow-Krankenhaus hatte regelmäßig „Hausschwangere“, die Charité nicht, wenn man ihren Antworten bei gelegentlichen amtlichen Nachfragen – beispielsweise 1914 des Obergewerksamts – glauben will. Die Frauenklinik der Charité nutzte möglicherweise ihre Freibetten für diese Fälle, um die Konflikte der Kostenübernahmeverweigerung zu vermeiden. Bei den rückläufigen Geburtenzahlen im Laufe des Krieges entwickelte der Direktor der Frauenklinik Bedenken mangels „Unterrichtsmaterials“ und schlug dem Ministerium die mögliche Aufnahme „Hausschwangerer“ als Konkurrenzmittel zu anderen Krankenhäusern vor, was ihm mit dem Hinweis auf die vorhandenen Freibetten offensichtlich nicht gewährt wurde. Da Schwangerschaft an sich keine Krankheit ist, sah die Armenpflege von jeher eine willkommene Gelegenheit – zunehmend in den Jahren vor dem Krieg – die Kostenübernahme einer Entbindung zu verweigern und die Definition einer pathologischen Schwangerschaft selbst bestimmen zu wollen. Schwangere, deren Entbindung aufgrund stationärer Abweisung mehr oder weniger auf der Straße verlief, waren beliebte Objekte für Sensationen in der Tagespresse, mit denen der Berliner Bettenmangel, aber auch ein inhumaner Umgang mit Aufnahmesuchenden angeprangert wurde. Dem Ministerium für geistliche und Unterrichts-Angelegenheiten war dies genügend unangenehm, um von der Charite-Direktion eine Anordnung für den Aufnahmebereich zu fordern, wonach sich solche Ereignisse vermeiden lassen sollten.

Eine spezielle Erwähnung hatte die Kabinettsordre von 1835 für die armen, geisteskranken Berliner gehabt; die „heilbaren“ sollten in der Charité kostenlos behandelt werden. Dieser Punkt hatte ebenfalls einen jahrzehntelangen Streit zwischen der Charité und der Berliner Armenpflege, am meisten über die Definierung der Heilbarkeit Geisteskranker, zur Folge. Im Jahrhundertwechsel waren fast alle Geisteskranken, die in der Irrenanstalt Dalldorf im Landkreis untergebracht wurden, in der „Durchgangs- und Beobachtungsstation“ der Charité diagnostiziert worden. Somit hatte die Klinik viel „Unterrichtsmaterial“, aber auch etliche Patienten, die nicht entsprechend dem laufenden Bettenbedarf rechtzeitig weiterverlegt werden konnten, da Berlin auch in der Psychiatrie Kapazitäten fehlte, trotz dem Neubau entsprechender

Anstalten. Die Auseinandersetzungen, welcher Träger die Patienten letztlich zu behalten und die Kosten zu übernehmen habe, gingen auf dem Rechtsweg weiter. Die Stadt Berlin bezog dabei sogar den Polizei-Präsidenten mit ein, dieser wiederum den Oberpräsidenten und letzten Endes erteilte 1914 das Kultusministerium die Anweisungen.

Als eine Art staatliches Krankenhaus war die Charité im Krieg an vorderster Front mit der Behandlung Kriegsverletzter beauftragt. Schon länger als ein Jahr vor Kriegsbeginn existierten geheime Abmachungen, neben 100 Betten in der Charité 202 Betten im zahnärztlichen Institut als Nebenlazarett bereit zu stellen und ein Versorgungskonzept. Im Herbst 1915 konnte die Charité das Ministerium auf ihre Kapazitätsmöglichkeit bis zu 1600 Betten hinweisen, worin maximal 574 Betten für Soldaten vorgesehen waren. Die Charité stand im Krieg als Zentrum der „Specialistenbehandlung“ zum Beispiel in der Neurologie. Die Verhandlungen mit der Militärverwaltung als zuständigem Kostenträger waren für die Charité-Direktion nicht einfacher als mit anderen Kostenträgern; außer einer Versorgungspauschale sollte es keinerlei Extra-Rechnungen geben, unabhängig vom Behandlungsaufwand mit Ausnahme beim Röntgen.

Die Kriegswohlfahrtspflege als Armenpflege für Kriegsteilnehmer und deren Angehörige weigerte sich strikt gegen die Kostenübernahme bei Patienten, die nicht den Aufnahme-Berechtigungsschein vom Kriegsfürsorgearzt abgeholt hatten – selbst bei Lebensgefahr im Verzug. Daran schloss sich als besonders großes Problem die Kostenübernahme der stationären Versorgung von Flüchtlingen, die weder einen Wohnsitz, Vermögen noch irgendeinen Kostenträger hatten, aber aus ethischen bzw. politischen Gründen keine Abweisung erfahren durften. Die Charité geriet mit den minimalen staatlichen Behandlungspauschalen für diese Patienten in ein großes wirtschaftliches Defizit.

Die Aufnahme der Flüchtlinge aus den ostpreußischen Gebieten brachte die Charité in eine extreme Zwickmühle aus ihrer Versorgungspflicht für ganz Preußen und dem Ziel der Kostendeckung, die letztlich auch keine staatliche Institution übernehmen wollte. Dem Haus wurden kranke Flüchtlinge zu Hunderten zugewiesen, doch gegen die Kostenübernahme wehrte sich insbesondere die Armenpflege, die darin – nicht ganz unberechtigt – empört eine auf die Kommunen abgewälzte Staatsaufgabe sah. Das Kultusministerium stellte sogar generell die Aufnahmepflicht der Charité für diese

Menschen in Frage. Der Staatskommissar für das Flüchtlingswesen empfahl die Kostenpauschalen aus dem Kriegsbüro des Berliner Polizeipräsidiums und die „Niederschlagung“ restlicher Kosten von Staats wegen. Das Ministerium für geistliche und Unterrichts-Angelegenheiten wollte sich mit einer „Klärung“, dass die Charité eine selbstständige Stiftung mit Staatszuschuss sei, aber keine Staatsanstalt, aus der Affäre ziehen. Auf dieses ständige Weiterschieben der Verantwortung wusste letzten Endes Verwaltungsdirektor Pütter mit Argumenten hinsichtlich politischer Nachteile bei öffentlich erscheinendem Zahlungsdruck auf Flüchtlinge, der juristischen Verfangenheit, der Armenpflege Berlins und der nicht mehr existierenden ostpreußischen Heimatgemeinden zu reagieren; er konnte auf das Ministerium so einwirken, dass eine im Endeffekt doch als Staatsanstalt arbeitende Charité außer den vereinbarten Pauschalbeträgen nirgendwo weitergehende Kostenübernahmen einforderte.

Warum ein extra Kapitel zum finanziellen Status der Charité?

Wirtschaftsbilanzen haben nicht direkt mit der Aufnahme-Organisation zu tun, aber wie daraus hervorgeht, war die ökonomische Situation dieses Krankenhauses unweigerlich mit Aufnahme-Anweisungen der Direktion und den Entscheidungen der Ärzteschaft bei der klinischen Diagnose verknüpft. Die Verwaltung hatte immer eine ausgeglichene Jahresbilanz zum Ziel und wünschte eine Lenkung der Patientenaufnahme nach Vorteilen von Kostenträgern, sprich denen, die unkompliziert bezahlten. Die Ärzte hatten ihre wissenschaftlich-klinische Arbeit vor Augen und wünschten sich die interessantesten Patienten zur Aufnahme. Bedeutende Nebenschauplätze waren die Polikliniken.

Wie groß der Druck war, in Aufnahme-Regelungen und Aufnahme-Entscheidungen finanzielle Aspekte mit einzubeziehen und kontrolliert einzuhalten, dazu geben Wirtschaftsbudgets, der Subventionsanteil unter den Einnahmen und sich anhäufende Schuldenberge Auskunft, ebenso die finanziellen Verhandlungen der Charité-Direktion mit den Ministerien.

Da die Charité zwar eine juristisch eigenständige Institution, praktisch jedoch Staatsanstalt war, erhielt sie zu jedem Wirtschaftsjahr ihren vom preußischen Landtag beschlossenen Etat. In der Regel reichte dieser nie für einen Bilanzausgleich; entsprechend wurden einzelne und zwischen Charité-Direktion und dem Ministerium für

geistliche, Unterrichts- und Medizinal-Angelegenheiten ausdiskutierte Anträge für zusätzliche Subventionen an den Finanzminister weitergereicht, der seine Zustimmung geben und eventuell die des Landtags einholen musste. Die Charité-Direktion hatte sehr detailliert zu begründen, weshalb die Finanzen nicht ausreichten und die Kosteneinzahlung im Verzug war. Verwaltungsdirektor Spinola hat vor der Jahrhundertwende dem Ministerium dies ausführlich beschrieben und damit dem Leser ein lebendiges Bild vom Wandel der Verhältnisse in den Krankenhäusern, insbesondere in der Charité, hinterlassen (siehe Kapitel VIII.1, S. 152). Die sich stetig ausweitenden Minusbilanzen wurden von der Berliner Tagespresse im Zusammenhang mit dem Krankenhausbettenmangel heftig kritisiert, wobei eine Million Mark Schulden 1898 durchaus eine sensationelle Summe war, die die preußische Regierung wohl nicht gern wiederholt in den Zeitungen präsentiert sehen mochte. Hatte zum Jahrhundertwechsel der jährliche Subventionsanteil in den Einnahmen der Charité circa 25 Prozent betragen, so wurde er in den ersten Jahren des 20. Jahrhunderts aufgestockt und blieb bis zum Ersten Weltkrieg bei rund 50 Prozent der Einnahmen. Außer einer kurzen Zeitspanne mit Schuldenausgleich konnte trotz rigider Wirtschaftsführung, mit der sich die Direktion gegenüber dem Ministerium und der Öffentlichkeit verteidigte – siehe den jährlichen Kostenvergleich mit den städtischen Krankenhäusern in den Charité-Annalen – waren erneut zunehmende Minusbilanzen unvermeidbar.

Je näher die Kriegsjahre rückten, umso strenger wurde der Umgang des Finanzministers mit den Subventionen für die Charité aus den Staatsfonds und umso eindringlicher klangen die Aufforderungen zur Erhöhung der Kurkostensätze. Gegenüber diesen Schritten hatte die Charité-Direktion ihr bekanntes Argument mit den rückläufigen Patientenzahlen vorzubringen, doch ließ sich der preußische Finanzminister davon wenig beeindrucken. Parallel verhandelte die Direktion häufig mit der „Deputation für die städtischen Krankenanstalten“ über zeitgleiche Kurkostensatzerhöhungen der Krankenhausträger. Der Berliner Magistrat sah den Satzungserhöhungen nicht ungern entgegen und bezeichnete sie öffentlich als eine geradezu „zwingende“ Maßnahme, damit die städtischen Krankenhäuser nicht mit Kranken überrannt würden, falls sie länger die günstigeren Sätze böten. Die Charité-Direktion und die Krankenhausdeputation verhandelten ebenso darüber, wer den ersten Schritt tun und damit auch das schlechtere Licht auf sich ziehen sollte. In der

Regel war dies die Charité, der drei Monate später die städtischen Krankenhäuser folgten. 1909 reagierten auch die Allgemeinen Krankenhäuser mit einer Anpassung des Kostensatzes nach Verhandlungen der Stadt Berlin mit Vorständen anderer öffentlicher Berliner Krankenhäuser und den Gemeindevorständen der Vororte. Allerdings stimmte die Berliner Stadtverordnetenversammlung nicht jedes Mal im Sinne des Magistrats zu. In solchen Situationen war der finanzministerielle Druck auf die Charité noch größer, da der Minister keinerlei Grund sah, die Charité von Abstimmungen der Berliner Stadtverordneten abhängig zu machen. Die oft vermittelnde Funktion des Kultusministeriums nützte nun nicht mehr viel. Die Charité-Direktion versuchte mit verschiedenen Gegenvorschlägen zur Einnahmeverbesserung, beispielsweise der Einrichtung von I. und II. Klasse-Krankenbetten, eine Satzerhöhung trotzdem zu umgehen. Die Konkurrenzfurcht der Charité-Verwaltung, nach Satzerhöhungen weniger ökonomisch und wissenschaftlich „geeignete“ Kranke aufnehmen zu können als andere Krankenhäuser, muss sehr groß gewesen sein.

Die von Ärzten und Verwaltung der Charité gemeinsam vorgetragene Bitte an das Kultusministerium war der Antrag zur Erhöhung der Freibettentage. Freibetten ließen den Arzt vollständig unter medizinisch-wissenschaftlichen und Ausbildungsaspekten über eine Aufnahme entscheiden; die Verwaltung benötigte weniger Aufnahmekontrolle und rechnete die Freibetten als Einnahme vom Staat ab, was die durchschnittlichen Tagesbehandlungskosten in der Jahresabrechnung ein paar Pfennige billiger aussehen ließ. Freibetten verbesserten die Konkurrenz gegenüber dem städtischen Patientenzugang, was die Palette der Krankheitsbilder erweitern sollte. 1914 mochte das Finanzministerium den Antragsbegründungen allerdings nicht nachgeben und wies auf Vorteile für die Charité durch den erweiterten Versichertenkreis nach Inkrafttreten der Reichsversicherungsordnung. Die Direktion konterte mit den vorwiegend nichtversicherten Kranken, die die Charité-Polikliniken aufsuchten und insbesondere dem Nachteil durch die nach wie vor unversicherten Kinder.

Welchen Wandel hat die Charité in ihrer Krankenaufnahme zu Beginn des 20. Jahrhunderts erlebt?

Die Charité wurde nach ihrer Eröffnung als Hospital 1726 fast vollständig von der Armenpflege Berlins in Anspruch genommen, was durch die zeitweise Übernahme ihrer Verwaltung vom Armen-Direktorium der Stadt wesentlich intensiviert wurde. Daher fühlte sich der preußische Staat im 19. Jahrhundert mit einigen Allerhöchsten Ordres

zur Regelung der juristisch-finanziellen Situation berufen und erklärte die Charité als eine Stiftung, die als Krankenanstalt unter Aufsicht der Staatsbehörden für Preußen tätig ist und nicht eine Armenanstalt im kommunalen Besitz. Der damals oft nicht zu trennende Zustand von arm und krank als auch die sehr begrenzte medizinische Therapie verwischten im 18. und noch lange im 19. Jahrhundert die Arbeitsteilung von Hospitälern und Krankenhäusern. Letztere entstanden auf Wunsch von Ärzten und einigen Herrschern, die sich aus verschiedenen Gründen für eine Entwicklung der Medizin und erfolgreiche Krankenbehandlung interessierten. Bis Ende des 19. Jahrhunderts waren die meisten Patienten der Charité arme Berliner und die 100.000 freien Tage ermöglichten der Stadt, ihre eigenen Investitionen in Krankenhäuser lange zurückzuhalten. Das änderte sich mit dem Jahrhundertwechsel; mit der Eröffnung des Rudolf-Virchow-Krankenhauses als dem fünften kommunalen Krankenhaus besaß Berlin mittlerweile eine Bettenkapazität infolge der der Magistrat die armen Einwohner primär in die städtischen Krankenhäuser schickte – parallel nutzten die Bewohner der Vororte nun ihre neuen Krankenhäuser. Die Situation hatte sich umgedreht; die von der Stadt lange für ihre „geschlossene Armenpflege“ (über)beanspruchte Charité war verärgert, nicht genügend Berliner in ihrer Aufnahme zu sehen, aus denen sich wunschgemäß wissenschaftlich interessantes „Krankenmaterial“ schöpfen ließe, wobei auch die Kostenträgerschaft weitgehend geklärt war, während unter den auswärtigen Patienten die Selbstzahler oft nicht vollständig bezahlten und Provinzgemeinden jede Kostenübernahme verweigerten. Die Charité fühlte sich gezwungen, auswärtige Kranke in zunehmendem Maße zu versorgen und wollte nicht durch angehobene Tageskostensätze, die über denen der städtischen Krankenhäuser lagen, in der Konkurrenz der Aufnahme-Selektion weiter verlieren. Öffentlich existierte weiter die Diskussion über den Bettenmangel. In der Berliner SPD war die Krankenhauspolitik ebenfalls nicht verebht, sie hatte unbemüht einen Mitstreiter auf einer anderen politischen Ebene gewonnen, nämlich den Polizei-Präsidenten, der der Berliner Bettenkapazität mit exekutivem Druck auf den Magistrat quantitativ und qualitativ Antrieb bringen wollte und sich beim Oberpräsidenten von Brandenburg und den preußischen Ministerien sehr um Unterstützung bemühte, wobei diese die Aktionen eher etwas zurückhaltend kritisch betrachteten.

Der Erste Weltkrieg unterbrach die öffentlichen Auseinandersetzungen über diesen gesellschaftspolitischen Streitpunkt genauso wie die Verhandlungen innerhalb der Institutionen. Jetzt war Kranken- und Verwundetenversorgung eine betont

organisatorische, pragmatisch zu lösende Sache, in der die Charité als Universitätsklinikum automatisch die erste Rolle bekam. Nach Kriegsende kämpften in der Weimarer Republik alle Krankenhäuser um ihre wirtschaftliche Stabilität. Auseinandersetzungen zwischen der Charité und der Stadt Berlin lebten weiter.

Welche Veränderungen im Jahrhundertwechsel haben den Patientenzugang und die Krankenaufnahme der Charité beeinflusst?

1900 hatte sich die blühende Wirtschaft des deutschen Reiches wieder von einer Krise erholt und die Steuern füllten Gemeinde- und Länderkassen. Die Reichs-Sozialgesetzgebung wirkte seit zwei Jahrzehnten. Das Krankenhauswesen wurde in den Städten zunehmend als ein Gebiet kommunaler Verantwortung betrachtet und im Bewusstsein der Bevölkerung wurde das Bild des Krankenhauses als einem Ort zum Lebensabschluß immer mehr durch die Vorstellung eines Ortes zur Heilung und Genesung ersetzt. Diese Kombination aus fließenden Finanzen, bürgerlichem Verantwortungsbewusstsein für kommunale Versorgung – durchaus eine politische Strategie – und ein gewandeltes Krankenhausbild bei wissenschaftlichem Forschungstempo bildeten eine Symbiose für den beschleunigten Ausbau der öffentlichen Krankenhäuser und damit sich ausbreitende Möglichkeiten und Wünsche bei der Krankenaufnahme.

Die Reichshauptstadt Berlin hatte ihre speziellen Erscheinungen. Sie entwickelte eine besonders rasante Industrialisierung und den Ausbau des Dienstleistungsgewerbes und holte zahlreiche Banken an den Ort.

Diese Situation zog Arbeitskräfte an und so explodierte im ausgehenden 19. Jahrhundert das Berliner Ballungszentrum mit seinem Bevölkerungswachstum, insbesondere durch die Zuwanderung. Eine Konsequenz war die exzessive Wohnungsnot, wobei zu Beginn des 20. Jahrhunderts 20 Prozent der an sich schon engen Berliner Haushalte zusätzlich „Einmieter“ und „Schlafleute“ beherbergten. Auch die Schrebergartenkolonien mussten noch lange ein Dach über dem Kopf bieten. Die soziale Lage und die hygienischen Verhältnisse in der „größten Mietskasernenstadt der Welt“ trieben trotz Modernisierung des Sanitärbereichs die Morbidität in hohe Zahlen. Im Gegenzug verließen besser situierte Einwohner die Stadt in die Vororte und damit verlor die Kommune erhebliche Steuereinnahmen. Intermittierend behinderten Wirtschaftskrisen mit hoher Arbeitslosigkeit sozialen Aufwind.

Einen eher indirekten Einfluß auf den Patientenzugang in allen Krankenhäusern hatte die Einführung der Sozialversicherung. Das Krankenversicherungsgesetz des Reiches war an sich keine Versicherung für die stationäre Versorgung, sondern bot diesbezüglich vorerst nur Kann-Leistung. Im Gegenteil, die Versicherung sollte primär mit Krankengeld existenzielle Sicherung bieten und damit den Gang zum Krankenhaus ersparen, wo sonst der arme Kranke über die Armenpflege als Kostenträger eine Versorgung erhalten konnte, wobei die medizinische Behandlung gar nicht der wichtigste Part sein musste. Doch wurde öffentlich immer wieder das geringe Krankengeld beklagt, das wöchentlich kaum höher lag als ein Krankenhaus-Tagessatz in Berlin und sogar bei Extra-Rezeptierung des Kassenarztes eine Existenzsicherung kaum möglich und im Endeffekt oft deswegen die Krankenhauseinweisung notwendig machte. Wie hoch unter den ärztlich notierten Einweisungen der Anteil war, die außer den offiziellen klinischen Indikationen im Grunde die Versorgung mit Nahrung, Betreuung oder eine hygienische Unterkunft sicher stellen wollte, lässt sich nicht feststellen. Man kann nur vermuten, dass die Kombination aus sozialer Lage im Wohnungselend und unzureichendem Krankengeld keine seltene Indikation ergaben, die wohl nicht neben der Einweisungsdiagnose zu lesen war. Der im Vergleich zur stationären Aufnahme geringe Anteil Armer beim Besuch der Poliklinik der inneren Medizin an der Charité, der für die Armenpflege finanziell günstiger hätte sein müssen, erklärt sich aus dem Budget der 100.000 freien Tage für Kranke der Berliner Armenpflege sowie dem genannten Bedarf an Unterkunft und Ernährung.

Selbst mit der Einweisung eines Kassenarztes war es in Berlin schwieriger, stationär aufgenommen zu werden als in anderen Städten aufgrund eines anhaltenden Bettenmangels in den überfüllten Krankenhäusern – eine Spiegelung des Wohnungsmangels in Berlin. Beschleunigte Investitionen in Krankenhäuser nach Inkrafttreten der Reichskrankenversicherung können für Berlins kommunale und gemeinnützige Träger nicht festgestellt werden. Zusätzlichen Anreiz für das Angebot stationärer Versorgung könnte die Krankenversicherung in Berlin den privaten Krankenanstalten gegeben haben. Der Berliner Magistrat beeilte sich nicht mit dem Krankenhausplan, sondern ließ die dem Bau des Friedrichshainer Krankenhauses folgenden Kliniken zu einer Zeit errichten, als der Bedarf die neu eröffneten Kapazitäten schon wieder überholt hatte. 20 Jahre nach Einführung der gesetzlichen Krankenversicherung war diese noch weit davon entfernt, die stationäre Versorgung zu

einem Schwerpunkt ihrer Leistungen zu machen; kein Kassenmitglied erhielt die Garantie einer Kostenübernahme bei stationärer Behandlung, insbesondere wenn er ein sogenannter „Selbstmelder“ war. Einen Ausweg fanden die Krankenkassen in der Empfehlung an ihre Mitglieder, sich als „Arme“ in einem Krankenhaus zu melden, was die Kostenträgerschaft wieder der Armenpflege oder dem Kranken selbst zuschrieb. Die Einführung der Reichskrankenversicherung selbst gab in Berlin keinen wesentlichen An Schub für die Nachfrage an Krankenhauspflege und speziell in der Charité, sondern das (minimale) Maß ihrer Krankengeldleistung beeinflusste nicht unerheblich den Bedarf an stationärer Aufnahme. In diesem Punkt wurden Berlins Krankenkassen immer wieder kritisiert. Die gesetzlichen Krankenkassen sollten durch die Auszahlung eines Krankengelds ihren Mitgliedern öfter den Weg ins Krankenhaus ersparen können, aber aufgrund des real existierenden Minimums dieser Leistung blieb dem Kassenarzt oft nichts anderes übrig als die Einweisung.

Der hauptsächliche Kostenträger der Krankenhauspflege blieb bis in das 20. Jahrhundert hinein generell die kommunale Armenpflege, theoretisch gehörten die Landarmenverbände dazu. Berlin hatte von Friedrich I. nicht nur ein großes Hospital zur Verfügung gestellt bekommen, sondern auch einen Gutschein von 100.000 freien Verpflegungstagen, was noch 200 Jahre lang Berlin beeinflusste. Auf diese Gunst stützten sich die Berliner Stadtväter lange – und auf einige konfessionelle Krankenanstalten – und zögerten mit dem Bau der „eigenen“ Krankenhäuser, auch als sich der dringende Bedarf dafür schon längst an der überfüllten Charité gezeigt hatte. Das Haus hatte im ausgehenden 19. Jahrhundert einen Krankenstand von über 1.700 Patienten und schien kaum Grenzen zu besitzen. Trotz der öffentlichen Kritiken hinsichtlich unhygienischer Verhältnisse und mangelhafter Pflege kannte die Charité aufgrund fehlender Alternative in der kleinen Berliner Krankenhauslandschaft keine leeren Betten, sondern chronisch drängende Patientenzugänge. Daneben hatte ihre Tradition als jahrhundertealtes Armenkrankenhaus Wirkung. Dass sie schon längst eine Universitätsklinik geworden war, die für ihr Tätigkeitsfeld eher den wissenschaftlich „interessanten“ Kranken als durchschnittskranke Arme aufnehmen mochte, betrachtete die Stadt ungerührt, denn die Charité konnte sich ihren Verpflichtungen an die Kabinettordres des 19. Jahrhunderts nicht entziehen.

Ob der von den Krankenkassen 1893 aktivierte Charité-Boycott tatsächlich dem preußischen Landtag den letzten Anstoß für die Entscheidung zum Um- und Neubau

der Charité gab, lässt sich aus den Akten nicht beweisen, doch wurde das Baukonzept danach verabschiedet. 1895 wurde zuerst die Bettenzahl reduziert und 1897 mit der Rundum-Renovierung und Erweiterung der Charité begonnen.⁵⁰⁶ Die fast um ein Drittel verringerte Bettenzahl der Charité wurde nicht durch die parallel entstehenden städtischen Krankenhausbauten ausgeglichen. Daher erfüllte die Charité nach wie vor ganz wesentlich die stationäre Patientenversorgung Berlins – noch nach Inbetriebnahme vorörtlicher Krankenhäuser. Trotzdem entstand von den städtischen Krankenhäusern eine Lenkung der Patienten durch ihre primäre Aufnahme armer Berliner und ihre Weigerung, eine Versorgung Kranker, die nicht zu Berlins Einwohnern zählten, zu übernehmen.⁵⁰⁷

Wenn sich in den ersten Jahren des 20. Jahrhunderts Berlins Oberbürgermeister Kirschner gegen regelmäßige Kritik wegen Abweisungen an überfüllten Krankenhäusern mit seiner Begründung wehrte, die Stadt habe nur die Verpflichtung, „ihre“ armen Kranken in den städtischen Krankenhäusern zu behandeln, so war dies in erster Linie eine simple politische Abwehr, die öffentlich bemängelt wurde.

An diesen Einschränkungen in der städtischen Krankenhauspflege änderte die zunehmende Kassenmitgliedschaft grundsätzlich nichts und die Krankenkassen versuchten damals nicht, am Krankenhausplan Einfluß zu nehmen. Solcher Bezug wurde von den Kassen gar nicht angestrebt und stand konträr zu den Idealen der Berliner Sozialdemokraten von Arbeiterkrankenhäusern mit Kassenträgerschaft.

Die Charité hatte noch über den Ersten Weltkrieg hinaus immer wieder Probleme mit der Kosteneinzahlung bei Krankenkassen, falls sich der Patient nicht mit einer regulären Einweisung eines Kassenarztes bei der Aufnahmestation gemeldet hatte; selbst mit ärztlicher Einweisung gab es immer wieder Anstrengungen von Kassenvorständen, ihre Leistungsübernahme abzulehnen mit der Behauptung, ohne Bestätigung des Kassenvorstandes habe auch die ärztliche Einweisung keine Gültigkeit für die Kostenübernahme. Solche Einflussbemühung wurde öffentlich als realitätsfernes Machtspiel vorgestellt. Trotz allem regelmäßigen Ärger bei der Kosteneinzahlung von

506 In den damaligen Akten der Charité-Verwaltung und des Ministeriums für geistliche, Unterrichts- und Medizinal-Angelegenheiten kommt in akribischer Dokumentation der Boykott nicht vor, obwohl das Ministerium die Charité-Direktoren nach einem Rückgang an Kassenpatienten gefragt hatte und als wenig relevant beantwortet wurde.

507 Verpflegungstage Charité: Berliner Arme: 1900 ca. 70 % , 1906: 51 % , 1914: 20 %.

Krankenkassenmitgliedern hatte die Verwaltung für diese Patienten, anders als bei armen Auswärtigen, einen konkreten Ansprechpartner für die Kostenübernahme, der bei den Auswärtigen erst gesucht werden musste.

Für den vermehrten Zugang auswärtiger Kranker hatte die Charité als praktisch staatliches Krankenhaus die Pflicht zur Versorgung und gleichzeitig, falls sie in der Kategorie „Arme“ aufgenommen werden mussten, bei der Feststellung des Kostenträgers und erst recht bei der Einziehung der Kosten immense Schwierigkeiten, aufgrund derer ebenfalls im Laufe der Jahre einige Gerichtsprozesse angestrengt wurden. Insofern waren solche Kranken die am wenigsten erwünschten Patienten. Die preußische Gesetzgebung und juristisch ungeklärte Kommunalpflichten lassen die abwehrende Haltung der Charité-Verwaltung gegenüber solchen Zugängen nachvollziehen. Die von der Charité-Direktion ausgegebenen Regelungen zum eher abweisenden Umgang mit auswärtigen Kranken in der Aufnahmestation waren die Konsequenz. Allerdings sah sich die Charité-Direktion im Laufe der Jahre bei städtischer und vorörtlicher Konkurrenz gezwungen, die Betten nicht nur für Forschung und Lehre mit auswärtigen Kranken zu füllen, sondern auch aus Furcht vor leeren Betten. Die noch bis zum Ersten Weltkrieg anhaltenden Klagen in der Presse über den Bettenmangel Berlins stehen im Widerspruch zu den schriftlichen Überlegungen der Charité-Direktion gegenüber dem Kultusministerium, wie sehr die Charité infolge einer Kurkostenerhöhung betriebswirtschaftlich und wissenschaftlich auf Provinz - Patienten angewiesen wäre.

Neben den externen Einflüssen aus der Reichs- und Landesgesetzgebung und der gesellschaftlichen, insbesondere der kommunalen Entwicklung auf die Krankenaufnahme in der Charité, setzten die jährliche Subvention des preußischen Landtags und die Bedingungen aus dem Finanz- und dem Kultusministerium ihren Rahmen für eine Patientenauswahl. Spielraum bei der Krankenaufnahme boten für die Verwaltung und umso mehr für die Aufnahmeärzte die Freibetten, um deren Anzahl hartnäckige Diskussionen zwischen der Charité-Direktion und ihren Vorgesetzten in den Ministerien geführt wurden, wobei der hausinterne Einfluss der Klinikdirektoren zudem Druck lieferte.

Komplizierte Themen wie beispielsweise die Kosteneinziehung für arme Auswärtige konnte die Charité-Verwaltung kaum wirklich anstoßen, trotz der Anstrengung wiederholter, langwieriger Gerichtsprozesse zur Urteilung des endgültigen

Unterstützungswohnsitzes. Für den heutigen Betrachter stand die Charité-Direktion hierbei in einer ganz besonders undankbaren Position: als „Opfer“ der starren preußischen Verwaltungsstruktur, wo auch Reichsgerichtsurteile keinen leichteren Einblick brachten, da sie im Kontra zu anderen Erlassen, wie die vom Bund für das Heimatwesen, standen. Daran mochte niemand rütteln und bot vielen Streitpartnern juristische Argumentationen für die Zahlungsverweigerung. Trotzdem mussten sich die Direktoren beim Ministerium der geistlichen, Unterrichts- und Medizinal-Angelegenheiten, und dieses wiederum beim preußischen Finanzminister, verteidigen. Den preußischen Innenminister als Aufseher über die Kommunen erreichte bis zum Ende des Kaiserreichs scheinbar nie die Dringlichkeit für Reformen. Aber über das Verhältnis der Charité mit der Stadt Berlin zur juristischen Aktualität der Allerhöchsten Ordre von 1835 wurden aufwendige Gutachten in Auftrag gegeben.

Je nach Interesse wurde im Umgang mit der Charite mehr ihre Rolle als Allgemeines Krankenhaus der Stadt Berlin, als „erste Heilanstalt“ des Preußischen Staates oder ihre Funktion für die klinische Ausbildung der medizinischen Fakultät hervorgehoben und dementsprechende Handlung gefordert. Die Charite-Direktion hatte die Aufgabe, einen Konsens zwischen Finanzvergabe des Staates und Anweisungen des Ministeriums für geistliche Unterrichts- und Medizinal-Angelegenheiten herzustellen und dabei die Einschränkungen durch die Kostenträger und die Vorstellungen von wissenschaftlicher Arbeit zu berücksichtigen.

Die diversen Einflüsse auf den Krankenzugang und die Aufnahme der Charité vom Jahrhundertwechsel zum Ersten Weltkrieg lassen sich analysieren, doch bei der Komplexität der Materie ist nicht die exakte Gewichtigkeit einzelner Einflüsse herauszuarbeiten. Sichtbar ist eine zunehmende Komplexität im Laufe der Jahre, so dass Regelungen zwar neu aufgelegt wurden, aber schon lange währende Konflikte nicht beigelegt werden konnten, sondern sich deren Gewichtung nur änderte. Der Erste Weltkrieg unterbrach die kontinuierlichen Auseinandersetzungen und förderte neue.

Krankenaufnahme in der Charité unter Betrachtung der „divergierenden Bezugssysteme“

Statt über Einflüsse – externe und interne – bei der Krankenaufnahme in die stationäre Versorgung der Charité zu sprechen, lässt sich auch eine Methodik des Medizinsoziologen Christian von Ferber anwenden: das soziologische Theorem der

„divergierenden Bezugssysteme“, welches beinhaltet, „daß es wissenschaftlich sinnvoll und praktisch nützlich ist, ein und dieselbe Erscheinung unter verschiedenen Bezugssystemen zu interpretieren, ungeachtet der offensichtlichen Widersprüchlichkeit zwischen den Bezugssystemen.“⁵⁰⁸ Als von Ferbers Zentrum einer „Erscheinung“ gilt in der vorliegenden Arbeit die Krankenaufnahme in der Charité, die in verschiedenen Bezugssystemen wie sie durch die soziale Strukturierung, die Institutionen und die jeweiligen Verhaltensweisen dargestellt werden, also die Patienten, die Ärzteschaft und die Verwaltung der Charité, die Krankenkassen, die Armenpflege Berlins und auswärtiger Kommunen, die Berliner Krankenhauslandschaft und der Vororte, der Berliner Magistrat und die preußische Landesregierung sowie letztlich das Deutsche Reich, betrachtet werden kann.

Die Kranken aus Berlin und der preußischen Provinz sahen in der Aufnahmestation der Charité eine Möglichkeit zu Pflege und moderner, wissenschaftlicher Behandlung.

Die jährlichen Patientenzahlen und Bettenbelegungen zeigen auch ab 1906 keine wirkliche Flaute und keinen nachlassenden Bedarf, sei es direkt über die Aufnahmestation oder über die Polikliniken. Die Ärzteschaft der Charité bezog aus der Aufnahme eine Art Schöpfungsmaterial für ihre medizinische Forschung und ärztliche Ausbildung; dementsprechend konnte dies in der Diagnose eines Kranken und seiner Therapie mit integriert werden. In den Charité-Verwaltungsakten mit dem Titel „Krankenaufnahme“ wird wiederholt darauf hingewiesen. Für die Charité-Verwaltung war die Aufnahmestation ein zentraler Lenkungs- und Lenkungsort der betriebswirtschaftlichen Ziele und sie versuchte dies über ihre Regelungen durchzusetzen. Die Bezugssysteme der Ärzte und der Verwaltung widersprachen sich teilweise.

An einem Punkt verband sich das Bezugssystem der Ärzte mit dem der Verwaltung: bei der Politik des Berliner Magistrats und des Oberbürgermeisters, die durch ihre Begrenzung der kommunalen Krankenhäuser auf die Berliner Einwohner, und bevorzugt der Armen, der Charité-Aufnahme die Krankenselektion entsprechend dem Ärzte- und Verwaltungsinteresse verminderte. Mochte die Bettenkapazität in Berlin bis zum Ersten Weltkrieg trotz aller Bauten im neuen Jahrhundert dem Bedarf hinterherhinken wie es in den Medien und der sozialdemokratischen Politik regelmäßig kritisiert wurde, so hatte sich aus der Perspektive der Charité für ihre medizinische

508 von Ferber, Ch. (1975), 221.

Forschung und Ausbildung, ebenso für die Verwaltung, die Auswahl bei der Krankenaufnahme begrenzt. Hilfe für ihr Bezugssystem konnten die Charité-Führungskräfte von ihren Vorgesetzten, dem Minister für geistliche, Unterrichts- und Medizinal-Angelegenheiten und dem preußischen Landtag, nur in geringem Umfang erwarten, da Preußens Bezug zur Charité eine Aufnahme der Kranken aus dem gesamten Land verlangte. Ganz zu schweigen von den veralteten Verwaltungsgesetzen, mit denen der preußische Staat eher auswärtige Armenpflege unterstützte anstatt die Wirtschaftlichkeit des Krankenhauses im Blick zu haben.

Indirekt wuchs ein Bezugssystem des Deutschen Reiches zur Krankenaufnahme der Charité über die Reichsgerichtsurteile der Finanz-Prozesse und Gesetze des Unterstützungswohnsitzes, Änderungen der Reichsversicherungsordnung und aller politischer Handlung, die den stationären Bedarf in Berlin berührte.

Das Bezugssystem der Berliner Krankenkassen zur Aufnahme in der Charité scheint kein Kontinuum gewesen zu sein. Als Kann-Leistung wurde die stationäre Versorgung ihren Mitgliedern nicht generell zugestanden, die Kassen akzeptierten sie jedoch häufig mit Widerspruch gegenüber einzelnen Rechnungs-Punkten der Charite wie dem Zuschlag der medico-mechanischen Behandlung oder den Tageskosten des Aufnahme- und des Entlassungstages. Es gab Phasen, in denen die Kassen als Kostenträger selten Widerspruch zeigten und weitere Phasen, wo sie ihren Mitgliedern verboten, die Aufnahme der Charité zu betreten und anwiesen, stattdessen die kommunalen Krankenhäuser aufzusuchen; manchmal, um anstelle der Patienten die Qualität des Hauses in jeder Hinsicht einzufordern. Trotz vorgestellter Patienten-Sprache konnte dadurch der Bezug eines Kranken mit erwünschter Behandlung in der Charité und der Haltung seiner Kasse im Widerspruch stehen. Insgesamt differenter verhielt es sich mit den auswärtigen Krankenkassen, so dass bei diesen ein klares Bezugssystem weniger ersichtlich ist – nicht nur wegen unterschiedlicher Kassen-Regeln zur stationären Behandlung, sondern auch im Verhältnis der auswärtigen Gemeinde zum Ort Berlin. Die Kassen-Ärzte standen in einem anderen Verhältnis zur Charité – wie den anderen Krankenhäusern – da sie neben dem medizinischem Stationsbedarf genauso aufgrund labiler Existenz mit dem Kassen-Krankengeld die Patienten einweisen mussten. In dem Moment konnte der Bezug zur Krankenaufnahme von Krankenkassen und Kassen-Ärzten durchaus im Gegensatz stehen.

Die städtische Armenpflege hatte lange ein sehr enges Bezugssystem zur Charité bzw.

ihrer Aufnahme bedürftiger Kranken gehabt, insbesondere solange die Charité das maßgebende Hospital in Berlin geblieben war und jährlich 100.000 freie Versorgungstage bereitstellen musste. Mit steigenden Ausgaben der Armenpflege suchte diese sich aus ihrer Verbindung zur Charité zu lösen und nicht nur bei einzelnen Versorgungsen wie Entbindungen die Kostenträgerschaft zu negieren, sondern auch bei Eröffnung kommunaler Krankenhäuser den Bezug zu diesen herzustellen und mitsamt dem Berliner Oberbürgermeister und dem Magistrat dafür zu propagieren. Die Bindung der Stadt an die Charité hat sich zu Beginn des 20. Jahrhunderts differenziert und teilweise abgelöst.

Die Krankenaufnahme war eine Schnittstelle von Ansprüchen des Preußischen Staates, der Stadt Berlin und der Universität; der Patient selber wurde dabei wenig gehört.

Hat sich nach 100 Jahren im divergierenden Bezugssystem der Krankenaufnahme heutiger Allgemeiner Krankenhäuser in Deutschland etwas geändert?

Bei einer Krankenaufnahme treffen sich nach wie vor die Einflüsse der politischen Verpflichtung gegenüber der Bevölkerung, des ärztlichen Verständnisses, der Kapazität und der betriebswirtschaftlichen Situation eines Krankenhauses, des finanziellen Niveaus der Kostenträger und der Heilungsvorstellungen des Patienten und seines sozialen Umfelds sowie den Wünschen des Arbeitgebers zur schnellen Arbeitsfähigkeit des Kranken. Unverändert hatte bislang eine Institution wie das kommunale/gemeinnützige Krankenhaus Leistungen für die kommunale/regionale Versorgung zu erfüllen mit dem Ziel einer ökonomischen Balance. Der wirtschaftliche Status und aktuelle Leistungen bestimmen nach wie vor diese Bezugssysteme einer stationären Aufnahme. Dem finanziellen Niveau der Kostenträger – Kommune, Land, Bund, Sozialkassen – und den politischen Tendenzen folgt im Wesentlichen die Krankenhausplanung. Steuereinnahmen und Kassenfinanzen haben ein zentrales Gewicht. Auf dem Gebiet der Krankenhaus-Ökonomie vollzieht sich gegenwärtig noch langsam, aber deutlich eine Änderung. Kapitalanteile, die keine Investition und keine Betriebskosten unterhalten, sondern als Rendite abgegeben werden sollen, bilden ein weiteres Bezugssystem im Allgemeinen Krankenhaus.

Rudolf Virchows Forderung von 1848 sollte nicht zur Renaissance gelangen:

Die Aufnahme in ein Krankenhaus muß jedem Kranken, der dessen Bedarf, frei stehen, gleichviel, ob er Geld hat oder nicht, ob er Jude oder Heide ist. Meldet sich jemand zur Aufnahme, so handelt es sich darum, ob er krank ist und ob seine Verhältnisse die Aufnahme in ein Krankenhaus verlangen. Bis jetzt war es aber umgekehrt; man fragte zuerst, ob der Mensch bezahlen könne oder ob ein anderer für ihn zu bezahlen die Verpflichtung habe; und nur im äußersten Nothfalle, wo es geradezu negativer Mord gewesen sein würde, jemanden abzuweisen, entschied man sich zuweilen für „vorläufig` unentgeltliche Aufnahme.“⁵⁰⁹

509 Labisch, A.: Das Krankenhaus in der Gesundheitspolitik der deutschen Sozialdemokratie vor dem Ersten Weltkrieg, in: Medizinische Soziologie. Jahrbuch 1 (1981), 133.

Anhang

Anhang 1

Forderungen der Berliner Krankenkassen an die Charité

A. Betreffs der Baulichkeiten:

1. Außerdienststellung der hygienisch unbrauchbaren Krankenräume.
2. Beschaffung genügender Räumlichkeiten durch Neuerrichtung von Pavillons und Baracken.
3. Einrichtung von Nebenräumen in allen Kranken-Abtheilungen für Wasch- und Bade- Einrichtungen, Klosets, interimistische Leichen-Aufbewahrung.
4. Verbesserung der Ventilations- und Heiz-Vorrichtungen in einer der Neuzeit entsprechender Weise.
5. Freundliche Ausstattung der Krankensäle und Schaffung von Räumlichkeiten für die nichtbettlägrigen Kranken.

B. Betreffs der Kranken-Behandlung:

1. Unterstellung der Verwaltung und des gesammten Wärterpersonals unter die Oberleitung der Aerzte.
2. Rekrutirung des ärztlichen Assistenten- und Unter-Assistenten-Personals durch wissenschaftlichen Wettbewerb. Zu diesem Wettbewerb sind auch Militärärzte zuzulassen.
3. Anstellung eines ausreichenden und durchgebildeten Wärter-Personals.
4. Freundliche und liebevolle Behandlung der Patienten von der Aufnahme bis zur Entlassung, Fortfall der militärischen Disziplin und des Kasernentones.
5. Beschaffung besserer, das heißt genügender, schmackhafter und abwechslungsreicher Kost.
6. Schnelle Ausführung der ärztlichen Verordnungen in bezug auf Arzneien, Extradiaät.
7. Völlige Freiheit der Kranken in bezug auf Verwendung zu Unterrichts- und Demonstrationszwecken.
8. Völlige Freiheit der Kranken in der Wahl ihrer Lektüre, Fortfall der religiösen und politischen Beeinflussung.

9. Rechtzeitige Benachrichtigung vom Ableben eines Kranken an Anverwandte und Kassenvorstände.
10. Unbeschränkter Zutritt zu den Krankenhaus-Räumen für Kassen-Vorstände und die Arbeiterkontrollkommission.

C. Spezial-Forderungen für die Neue Charité:

1. Wegfall aller gefängnisartigen Einrichtungen und Maßregeln, Wegfall aller Disziplinarstrafen, Gleichstellung der Geschlechtskranken mit allen anderen Kranken in bezug auf Empfang von Besuchen, Ausgehezeit, Korrespondenz, etc.
2. Schonung des Schamgefühls des Patienten und Behandlung derselben lediglich als Kranker und nicht als Zuhälter.
3. Absonderung der polizeilich eingelieferten Verbrecher, Zuhälter und Prostituirten von den übrigen Kranken.
4. Ausführung der Operationen unter allen Kautelen moderner Operationstechnik und damit Benutzung der der Wissenschaft zu Gebote stehenden schmerzstillenden Mittel.

Die Kommission der Kranken-Kassen für den Boykott der Charité aus : Tutzke et al. (1975), S. 30.

Anhang 2

„Die Neugestaltung des Charité-Krankenhauses zu Berlin“

I. Der Gesamtplan.

Auf dem westlich der Luisenstrasse belegenen 13 ha 29 a 57 qm grosse Grundstück, dessen Grenzen auf den angeschloddnen Lageplänen A 1 und A 2 bezeichnet sind, und dem angrenzenden Grundstück Luisenstrasse No. 2 sollen eingerichtet werden:

a. Kliniken (je mit Poliklinik verbunden):

1. die erste medizinische Klinik mit	180 Betten
2. die zweite medizinische Klinik mit	180 Betten
3. die chirurgische Klinik mit	160 Betten
und die chirurgische Nebenabtheilung mit	70 Betten
4. die geburtshülflich-gynäkologische Klinik mit	143 Betten
5. die psychiatrische und Nervenklunik mit	200 Betten
6. die Kinderklunik mit	100 Betten
7. die Klinik für Syphilis und Hautkrankheiten mit	151 Betten
8. die Augenabtheilung mit	30 Betten
9. die Ohrenklunik mit	17 Betten
10. die Hals- und Nasenklunik mit	16 Betten
Zusammen	1.247 Betten

b. Sonstige Institute etc.:

1. das pathologische Institut,
2. die Geschäfts- und Verwaltungsräume der Anstalt sowie die Dienstwohnungen für den Verwaltungsdirektor und verschiedene Beamte der Anstalt, wobei die Frage, ob ausser der Dienstwohnung für den Verwaltungsdirektor auch noch eine solche für den ärztlichen Direktor erforderlich ist, weiterer Erwägung vorbehalten bleiben muss,
3. die Anstaltskapelle,
4. die Küchen- und Wirthschaftsräume, einschliesslich der Kessel und Maschinen für Kochzwecke und für die Selbstbereitung des elektrischen Stroms zu Beleuchtungszwecken.

aus: Charité-Annalen 1897, S. 11.

Anhang 3

Bettenzahlen der Charite nach Jahr*

1890	1581
1900	1331
1902	1.099
1905	1.020
1906	1.054
1907	1.098
1908	1.098
1909	1.136
1910	1.129
1911	1.153
1912	1.153
1913	1.175
1914	804
1915	797
1916	921
1917	921

*aus: Statistische Jahrbücher der Stadt Berlin: 32. Jg., enthaltend die Statistik der Jahre 1908 bis 1911, S. 644/645 und 34. Jg., enthaltend die Statistik der Jahre 1915 bis 1919, S. 642. Die Zahlen differieren mit den Angaben aus den Verwaltungsberichten der Charité-Annalen, wo die Reservebetten mit eingerechnet sind, z.B. 1911: 1415 einschließlich Reservebetten, zusätzlich 66 Säuglingsbetten in der Frauenklinik. Für die Kriegsjahre ist in den oben genannten Zahlen nicht notiert, ob sie die Lazarettbetten für das Militär eingeschließen.

aus: Charité-Annalen. 1912, S. 36.

Anhang 4

Durchschnittlicher „Krankenbestand“ der Charité nach Jahr

1893	1.713
1894	1.610
1895	1.551
1896	1.437
1897	1.479
1898	1.322
1899	1.339
1900	1.407
1901	1.327
1902	1.277
1903	1.233
1904	1.202
1905	1.209
1906	1.156
1907	1.112
1908	1.177
1909	1.147
1910	1.185

aus: Charité-Annalen 1897 bis 1911, Verwaltungsbericht.

Anhang 5

Jahreszahlen der Patienten der Charité

1895	18.889
1898	17.913
1899	18.676
1900	18.538
1901	16.804
1903	15.834
1905	18.694
1909	16.628
1910	17.353
1911	21.357

aus: Charité-Annalen 1897 bis 1913, Verwaltungsbericht.

Anhang 6

Patientenzugänge der Charité nach Wirtschaftsjahr

1902	17.173	15 005 + 2.168 Säuglinge
1903	16.761	14 588 + 2.173 Säuglinge
1904	17.138	14 747 + 2.391 Säuglinge
1905	17.373	14 964 + 2.409 Säuglinge
1906	17.028	14 485 + 2.543 Säuglinge
1907	16.716	14 100 + 2.616 Säuglinge
1908	17.877	14 951 + 2.926 Säuglinge
1911	20.132	17 280 + 2.852 Säuglinge

aus: Charité-Annalen 1910, S. 162 und Charité-Annalen 1913, Verwaltungsbericht.

Anhang 7

Gewährte Verpflegungstage in der Charité

1904	448.428
1905	441.151
1906	421.778
1907	404.887
1908	429.423
1909	418.641
1910	432.446
1911	438.279

aus: Charité-Annalen 1912, S. 35

Anhang 8

Anzahl der gesamten Freibetten bzw. -tage nach Wirtschaftsjahr:

1898: 5.803 freie Verpflegungstage bei insgesamt 482.671 Verpflegungstagen, davon 1.043 chirurgische Klinik, 1.268 psychiatrische und 1.486 Nervenkl. 2.006 im Institut für Infektionskrankheiten.

1899: 4.774 freie Verpflegungstage

1900: 9.385 freie bei 513.461 Verpflegungstagen, verteilt auf innere, chirurgische, der geburtshilfliche, Nerven- und psychiatrische Kliniken, auch Institut für Infektionskrankheiten. Die Charité-Direktion verteilte selbst 1.460 Tage an verschiedene Kliniken.

1901: 9.015 freie bei insgesamt 484.377 Verpflegungstagen, verteilt innere und chirurgische Kliniken je 1.460 Tage, die geburtshilfliche 730, die Nervenkl. 1.458 und die psychiatrische Klinik 1.095. Die Charite-Direktion verteilte selbst 1.352 Tage an verschiedene Fachabteilungen.

1904: 10.925 freie Verpflegungstage

1906: 27 freie Betten

1909,1910, 1911:

jeweils 41 Betten, die mit 3 Mark täglich verrechnet wurden. Klinische Verteilung für chirurgische, I. und II. medizinische Klinik, Kinder-, Frauen-, Nerven- und psychiatrische Klinik sowie Klinik für Haut – und Geschlechtskrankheiten.

aus: Charité-Annalen 1900-1912, Verwaltungsberichte.

Anhang 9

Jährlicher Patientenzugang in Berliner Krankenhäusern

Jahr	1890	1895	1900	1905	1908
städtisch	16.969	28.757	32 191	39.228	51.886
staatlich*	20.342	18.922	18 265	13.983	14.089
and. öffentl.	14.564	17.445	19.114	17.123	17.226
private	5.460	9.960	10.908	17.712	19.981

*staatlich: darunter im Jahr 1900 rund 83 Prozent Charité-Betten neben Kgl. Klinikum und Kgl. Gynäkologische Klinik

aus: Statistisches Jahrbuch der Stadt Berlin, 32. Jg, S. 642-643.

Jahr	1911	1912	1914	1915	1916
städtisch	56.930	55.469	50.055	46.051	54.230
sonstige**	45.943	45.973	38.483	28.996	30.228
private	27.319	26.325	22.575	14.272	13.777

** zusammengefasst staatliche und andere öffentliche Krankenhäuser, Gefängnislazarette

Die Quelle zeigt nicht, ob stationäre Versorgung für Militär mitgerechnet wurde.

aus: Statistisches Jahrbuch der Stadt Berlin, 34. Jg, S. 641.

Anhang 10

Durchschnittliche Belegungsdauer der Betten/Jahr in Berlin

Jahr	1890	1895	1900	1905	1909
Städtische	277	312	303	296	311
Staatliche	303	327	316	291	245

aus: Statistisches Jahrbuch der Stadt Berlin, 32. Jg. S. 644, 645.

Anhang 11

Charité-Zugang der Patienten mit der Armenpflege als Kostenträger über:

Jahr	1899	1910
Eigene Meldung	72 %	88 %
Krankenkassen	6 %	2 %
Armenverwaltung/andere Verpflegungsanstalten	15 %	7 %
Dienstherrschaften	1 %	0 %
Polizei	5 %	3 %

aus: Statistisches Jahrbuch der Stadt Berlin, 26. Jg. S. 410 und 32. Jg. S. 667.

Anhang 12

Bettenkapazitäten einzelner Krankenhäuser in Vororten Berlins 1910:

Charlottenburg:	Städt. Krankenhaus Westend	520	plus 142 Kinderplätze
Schöneberg:	Auguste-Viktoria-Krankenhaus	449	
Rixdorf :	Städt. Krankenhaus	359	
Gr. Lichterfelde:	Kreis-Krankenhaus	245	
Britz:	Kreis-Krankenhaus	243	

aus: Statistisches Jahrbuch der Stadt Berlin, 32. Jg, S. 640, 641.

Anhang 13

Brief des Ministeriums der geistlichen, Unterrichts- und Medizinal-Angelegenheiten und des Ministeriums des Innern und der Polizei vom 24. April 1836 an den Berliner Magistrat

„In unserem Erlasse vom 18ten Juni v.J. ist noch vorbehalten worden, dem Magistrat hiesiger Residenz in Gemäßheit des in der Allerhöchsten Cabinetsordre vom 6.Juni ejd. ausgesprochenen Befehls, eine umständlichere Belehrung über die Gründe zu Theil werden zu lassen, durch welche von Seiten der unterzeichneten Ministerien diejenigen Anträge unterstützt worden sind, welche des Königs Majestät in der gedachten Cabinetsordre zu genehmigen geruhet haben. Es erscheint dies nöthig, theils um den Magistrat über die Grundlosigkeit der Rechts-Ansprüche aufzuklären, mit welchen Derselbe das Eigenthum an der Charité für die hiesige Armen-Verwaltung vindicirt hat, theils um die Ueberzeugung herzustellen, daß die hiesige Armen-Verwaltung in derjenigen Beihülfe, welche ihr die Gnade Sr. Majestät durch die Festsetzungen der Allerhöchsten Cabinetsordre vom 6.Juni pr. gewährt hat, ein durchaus gerechtes und billiges Aequivalent für die ihrem Umfange nach *unbestimmten* Vortheile empfängt, welche sie in der früheren Benutzungsweise der Charité genossen hatte.

Hierbei mag davon abgesehen werden, daß der Magistrat in dem Berichte vom 30.November 1831 Sich in das Verhältnis eines Besitzers zu stellen gesucht hat, dem wegen der präsumptiven Redlichkeit und Rechtmäßigkeit seines Besitzes die Angabe des Titels, der denselben begründe, nicht zugemutet werden dürfe. Wir setzen voraus, daß der Magistrat bei näherer Prüfung dieser Meinung, schon von selbst nicht verkennen werde, daß es an einem solchen anerkannten Besitze gänzlich fehlt: die Armen-Verwaltung besitzt weder die Charité, noch das affirmative Recht, die Aufnahme aller städtischen armen Kranken in dieselbe fordern zu dürfen; es kann daher weder von dem Schutze eines solchen Besitzes, noch von den Vortheilen, welche derselbe in einem prozessualischen Streite um das Eigenthum der Charité hätte gewähren können, die Rede sein.

Die Angabe des Titels selbst, in welchem der Magistrat Seine Ansprüche begründet findet, überhebt demnächst auch einer weitem Beurtheilung jener Ansicht gänzlich. Dieser Titel ist nach der Darstellung in den Berichten vom 30.November 1831 und vom 15.Januar 1833 der *Schenkung der Charité an die Armen-Verwaltung der Residenz*. Der Magistrat findet denselben dargethan nicht nur durch eine förmliche Schen-

kungs-Urkunde, sondern auch durch das Faktum der *Ueberweisung der Charité an die Armen-Verwaltung*, weil diese, in Ermangelung entgegenstehender ausdrücklicher Willens-Erklärungen, zur Präsuntion der Schenkung gesetzlich hinreichen würde. Es hat jedoch weder der Inhalt der vermeintlichen Schenkungs-Urkunde für beweisend angenommen, noch eine Ueberweisung in dem Sinne anerkannt werden können, wie sie allein die gesetzliche Vermuthung des § 1044 A,L.R. Th.I Tit.XI zu begründen vermöchte.

Wenn der Magistrat in der Cabinetsordre vom 18.November 1726 die Schenkungs-Urkunde deshalb zu finden meint, weil in derselben bestimmt ist:

„daß in dem Garnison-Lazareth vor dem Spandauischen Thore auch ein *Bürger-Lazareth* angelegt werden solle,“ so läßt Sich der Magistrat dabei in zwiefacher Beziehung eine irrige Auslegung zu Schulden kommen. Einmal liegt in dem Umstande, daß die Gnade des Monarchen den entbehrlichen Antheil eines Militair-Lazareths zur Aufnahme kranker Bürger bestimmt, auf keinerlei Weise ein Ausdruck der Absicht, dies Bürger-Lazareth der Armen-Verwaltung *schenken* zu wollen; andererseits ist darin noch weniger ausgesprochen, daß *nur arme Berliner Bürger* darin Aufnahme finden sollten. Die Anträge, welche in der Cabinetsordre vom 18.November 1726 Berücksichtigung fanden, erläutern am einfachsten und zuverlässigsten die Absichten des Königs; sie waren von dem Stadt-Chirurgen Habermaaß ausgegangen und darauf gerichtet, durch eine öffentliche Kranken-Anstalt das Studium der Medizin und Chirurgie zu befördern.

Indem der König diesem Antrag deferirte, entstand eine Anstalt, die allerdings der hiesigen Armenpflege gar sehr zu Statten kam; sie entstand aber nicht unmittelbar für dieselbe, noch weniger kann man annehmen, daß sie der Armen-Verwaltung geschenkt worden wäre. Dies Letztere hätte entweder eine ausdrückliche Erklärung, oder mindestens die Abwesenheit eines jeden anderen Zweckes erfordert [...]

Daß die Charité der Armen-Direktion in administrativer Hinsicht untergeordnet wurde, war nur eine Folge davon, daß man Bedenken trug, eine wissenschaftliche Behörde wie das Ober-Collegium-medicum, mit den Geschäften einer laufenden Verwaltung zu belasten, keineswegs aber ein Grund, die Fonds der Charité als einen Theil der Armen-Verwaltungs-Fonds anzusehen. Freilich geschahe es eine Zeit lang faktisch; das Armen-Direktorium betrachtete beiderlei Fonds als eine gemeinschaftliche Masse, und es ist allerdings richtig, daß ein Theil der Einrichtungskosten der Charité in den Jahre 1726/28 aus den Armen-Fonds gedeckt wurde: allein daß dies gegen die Absichten des

Regenten geschahe, kann durch nichts deutlicher erwiesen werden, als durch den auf den Antrag des Stadt-Chirurgen Habermaaß vom 12.Mai 1739 ergangenen Allerhöchsten Befehl vom 18.Juni desselben Jahres, wonach die Fonds der Charité von denen der Armen-Direktion gänzlich separirt werden sollten. Die *wirkliche Trennung* dieser Fonds fand auch im Jahre 1748 statt, und für dasjenige, was bis dahin aus den Armen-Fonds der Charité zugeflossen sein mochte, fanden jene die angemessenste Entschädigung in der uneingeschränkten Benutzung der Anstalt für das Armenwesen, deren sich das Armen-Direktorium angemaßt hatte [...]

Aus dem Umstande ‚daß die Charité sich hier befindet und Kranke in der Regel nicht reisen können‘, ließe sich höchstens die Schlußfolgerung rechtfertigen, daß die Charité den Kranken der Residenz jedenfalls den meisten Nutzen gewähren müsse, nicht aber die gedachte *ausschließliche* Bestimmung für dieselben [...]

[...] mehrere Allerhöchste Willens-Äußerungen späterer Zeit, ganz deutlich die Absicht erkennen lassen, die Charité als ein selbstständiges, nicht bloß lokalen Zwecken und nicht bloß der Armenpflege gewidmetes Institut zu betrachten. Das Gnadengeschenk von 100,000 Rthl., welches 1735 der Anstalt zu Theil wurde, *ward neben der Zuwendung eines gleichen Betrages an die Armenkasse* gegeben.

[...] Sr. Majestät geruheten auch schon damals durch die Cabinetsordre vom 3.Mai 1819 zu bestimmen, daß der Umfang der von der Charité *der Armen-Verwaltung zu leistenden Beihülfe* fest bestimmt werden sollte. Aus diesem Allen gehet unzweifelhaft hervor, daß es niemals die Absicht der Staats-Verwaltung gewesen ist, in der der hiesigen Commüne, wie jeder andern, obliegenden Verpflichtung zur Verpflegung ihrer armen Kranken durch die Gründung der Charité irgend etwas Wesentliches zu ändern. Die Gnade der Regenten hat nur eine Beihülfe in der Erfüllung dieser Verpflichtung beabsichtigt; [...]. Weshalb in den letzten Jahren eine solche Feststellung dringend wünschenswerth geworden ist, braucht hier nicht weiter erörtert werden; der Magistrat Selbst hat sie durch Seine übertriebenen Anforderungen nöthig gemacht. Dessenungeachtet ist bei den desfallsigen Verhandlungen nach aller Möglichkeit darauf Bedacht genommen worden, daß die Commüne in derjenigen Beihülfe zu der hiesigen Armen-Verwaltung, welche ihr durch die Charité künftighin gewährt werden soll, ein billig genügendes Äquivalent der bis *dahin* in *unbestimmter Benutzung* des Instituts genossenen Vortheile erhalte [...]. Die Verwilligung einer *bestimmten Summe von Verpflegungstagen*, über welche die Commüne zwar nach ihrem Bedürfnisse, jedoch nicht

über ein Maximum von täglichen Krankenstellen hinaus disponiren durfte, schien daher dem Interesse beider Theile am angemessensten zu sein; sie sicherte die Charité vor Ueberfüllung und gestattete zugleich der Commüne die Verwendung einer größern Zahl freier Krankenstellen, wenn die übrigen Zwecke der Charité zeitweilig dies erlaubten [...]

Eine genau angestellte Berechnung hat zu dem Resultate geführt, daß, seitdem das Curatorium bemüht gewesen ist, die Aufnahme von siechen und unheilbaren chronisch Kranken möglichst zu beschränken und dagegen den aufgenommenen Kranken eine sorgfältigere ärztliche Pflege, als ihnen früher zu Theil geworden, angedeihen zu lassen, ein Kranker der Berliner Commüne durchschnittlich nur einer Kurzeit von 30 Tagen bedarf. Bei 100.000 freien Verpflegungstagen können daher jährlich über 3.300 Kranke curirt werden.

Diese Summe übersteigt fast die Summe *aller* Kranken, welche (die Kriegsjahre ausgenommen) bis zum Jahre 1817 in die Charité jährlich aufgenommen wurden. Bis zum Jahre 1826 erreichte selbst die Zahl aller zur Charité gesandten Kranken aus der Klasse der ärmeren Einwohner und wandernden Gesellen, aus den Gefängnissen und Spitälern diese Summe noch nicht. Erst vom Jahre 1826 ab, war die Ueberweisung von armen, meist chronischen Kranken der hiesigen Commüne an die Charité so ungemessen und von Jahr zu Jahr zunehmend, daß eine stete Ueberlagerung der Krankensäle stattfand und durchaus nothwendig die traurigsten Folgen entstehen mußten. Um diese zu vermeiden, mußte zwar die Zahl von Krankenstellen in der Charité vermindert werden; es hat sich jedoch bald gezeigt, daß die dadurch verbesserte Pflege und Wartung diesen Unterschied vollkommen wieder ausgleicht. Die Genesung und Heilung wird jetzt in ungleich kürzerer Zeit herbeigeführt [...]

Zudem liegt es außer der Möglichkeit, eine größere Anzahl Kranker aufzunehmen, da durch die Aufnahme von durchschnittlich 274 Berliner armen Kranken täglich, neben den der Charité sonst obliegenden, verfassungsmäßigen Receptionen, der disponible Raum gänzlich absorbirt wird [...]

Das Verhältniß verändert sich in der That nur in sofern, als es darauf abgesehen ist, sich durch seine Feststellung den mit der steigenden Bevölkerung immer steigenden Ansprüchen der Commüne entgegen zu stellen und Anforderungen zurückzuweisen, welche den früheren verwahrloseten Zustand der Charité nothwendig wieder zur Folge haben müßten. Keinesweges soll aber die vorgeschlagene Maaßregel ein Grund sein, die Commüne mit Mehranforderungen auch in wirklichen Nothfällen zurückzuweisen

[...].

Wir überlassen uns, nach Darlegung dieser Gründe, der zuversichtlichen Hoffnung, daß dem Magistrate, und durch denselben den Repräsentanten der Commüne, daraus die Ueberzeugung erwachsen wird, wie bei der Vorlegung der durch die Allerhöchste Cabinetsordre vom 6.Juni v.Js. genehmigten Anträge die Absicht nur darauf gerichtet sein konnte, die Charité-Verwaltung von Anforderungen zu befreien, deren in der Natur der Dinge begründete fortwährende Steigerung nicht nur ihre Mittel zu absorbiren, sondern auch ihre anderweitigen, für das Heil des Landes hochwichtigen Zwecke zu verdrängen drohten [...]

(gez.) v. Altenstein

In Vertretung. (gez.) Koehler

aus: GStA PK, Rep. 76, VIII D, Nr. 201, Abschrift, Bl. 1 – 19. Kursivsetzungen im Original unterstrichen.

Anhang 14

*Auszug aus dem Reichs-Gesetz über den Unterstützungswohnsitz vom 30. Mai 1908
mit Revision vom 16. Juni 1908:*

§ 9

Der Unterstützungswohnsitz wird erworben durch

- a, Aufenthalt
- b, Verehelichung
- c, Abstammung

§ 10

Wer innerhalb eines Ortsarmenverbandes nach zurückgelegtem sechzehnten Lebensjahr ein Jahr lang ununterbrochen seinen gewöhnlichen Aufenthalt gehabt hat, erwirbt dadurch in demselben seinen Unterstützungswohnsitz.

Sind in der örtlichen Abgrenzung der Ortsarmenverbände während des Laufes der einjährigen Frist Änderungen eingetreten, so wird deren Wirkung auf den Beginn der Frist zurückbezogen.

§ 28

Jeder hilfsbedürftige Deutsche muß vorläufig von demjenigen Ortsarmenverband unterstützt werden, in dessen Bezirk er sich bei dem Eintritte der Hilfsbedürftigkeit befindet. Die vorläufige Unterstützung erfolgt vorbehaltlich des Anspruchs auf Erstattung der Kosten und beziehungsweise auf Übernahme des Hilfsbedürftigen gegen den hierzu verpflichteten Armenverband.

§ 29

Erkrankt eine Person, die an einem Orte mindestens eine Woche hindurch gegen Lohn oder Gehalt in ein und demselben Dienst- oder Arbeitsverhältnisse gestanden hat, während der Fortdauer dieses Dienst- oder Arbeitsverhältnisses oder innerhalb einer Woche nach seiner Beendigung, so hat der Ortsarmenverband des Dienst- oder Arbeitsorts die Kosten der erforderlichen Kur und Verpflegung für die ersten sechsundzwanzig Wochen nach dem Beginne der Krankenpflege endgültig zu tragen oder, wenn die Krankenpflege von einem anderen Armenverbände gewährt worden ist, diesem zu erstatten.

Die Verpflichtung des Ortsarmenverbandes des Dienst- oder Arbeitsorts erstreckt sich auch auf die Fälle der Erkrankung derjenigen Angehörigen des Dienstverpflichteten oder Arbeiters, welche sich bei ihm befinden und seinen Unterstützungswohnsitz teilen,

sofern nicht nach Abs. 1 eine Verpflichtung eines anderen Ortsarmenverbandes dadurch begründet wird, daß die Angehörigen selbst im Dienst- oder Arbeitsverhältnisse gestanden haben.

Wird im Falle der Erkrankung einer der in Abs. 1, 2 bezeichneten Personen Kur und Verpflegung auf Kosten einer Krankenkasse gewährt, und muß bei Beendigung der Leistungen der Kasse die Armenpflege eintreten, so sind die Kosten der letzteren von dem Ortsarmenverbände des Dienst- oder Arbeitsorts in derselben Weise zu tragen oder zu erstatten, wie wenn die Armenpflege schon in dem Zeitpunkt eingetreten wäre, in welchem die Leistungen der Krankenkasse begonnen haben.

Die Vorschriften der Abs. 1, 3 finden auf Lehrlinge entsprechende Anwendung.

Schwangerschaft an sich ist nicht als eine Krankheit im Sinne der vorstehenden Bestimmung anzusehen.

§ 30

Zur Erstattung der durch die Unterstützung eines hilfsbedürftigen Deutschen erwachsenen Kosten, soweit dieselben nicht in Gemäßheit des § 29 dem Ortsarmenverbände des Dienstorts zur Last fallen, sind verpflichtet:

a, wenn der Unterstützte einen Unterstützungswohnsitz hat, der Ortsarmenverband seines Unterstützungswohnsitzes;

b, wenn ein Unterstützungswohnsitz des Unterstützten nicht zu ermitteln ist, derjenige Landarmenverband, in dessen Bezirk er sich bei dem Eintritte der Hilfbedürftigkeit befand oder, falls er im hilfsbedürftigen Zustande aus einer Straf-, Kranken-, Bewahr- oder Heilanstalt entlassen wurde, derjenige Landarmenverband, aus welchem seine Einlieferung in die Anstalt erfolgt ist [...].

aus: Reichs-Gesetzblatt Nr. 35, S. 382, 386-387

Anhang 15

Auszug aus dem Reichsgerichtsurteil vom 24. Februar 1916 Charité-Direktion wider Magistrat Neukölln:

„[...] so kann als massgebend für die Erstattungspflicht nach § 7 des Regulativs nur ein Ort in Betracht kommen, dessen Armenverband mit dem in die Charité aufgenommenen Kranken noch während des Aufenthalts in der Charité in einer armenrechtlichen Beziehung steht; und zwar in einer Beziehung, die nicht nur eine Entstehung, sondern auch eine Fortdauer armenrechtlicher Verpflichtungen ermöglicht. Das trifft im Verhältnis zwischen dem Kranken und dem Armenverbände der vorläufigen Unterstützungspflicht in den Fällen der Wohlhabenheit des Kranken kaum jemals zu, während bei der Aufnahme aller, gleichviel ob hilfsbedürftigen oder nicht armenrechtlich hilfsbedürftigen Kranken, deren sich aus § 28 des Gesetzes über den Unterstützungswohnsitz ergebende Rechtsbeziehungen zu der Gemeinde der vorläufigen Unterstützungspflicht durch das Eintreten der Charité in die Krankenfürsorge ganz von selbst ihre Erledigung und sogleich auch ihre zeitliche Beendigung finden. Dagegen besteht das armenrechtliche Verhältnis zwischen dem in die Charité aufgenommenen Kranken und dem Armenverbände, bei dem er den Unterstützungswohnsitz gemäss §§ 9 zu a, 10 des Gesetzes durch einen Aufenthalt von entsprechender Dauer oder gemäss § 9 zu b und c durch Verehelichung oder Abstammung erworben hat, während des Aufenthalts in der Charité, gleichviel ob es sich um vermögende oder unvermögende Kranke handelt, fort. Nun erfordert aber die im § 7 des Regulativs vorhandene Lücke, die in der Frage nach der in jedem Pflegefalle zur Erstattung verpflichteten Gemeinde zur Heranziehung allgemeiner Gesetzesvorschriften nötigt, eine Ergänzung aus diesen Vorschriften, die in allen Fällen, mithin sowohl bei vermögenden wie bei unvermögenden Kranken in gleicher Weise gegeben sein muss, an der es aber in zahlreichen Fällen gänzlich fehlen würde, wenn die Charité sich mit ihrem Erstattungsanspruch an den Ort der vorläufigen Unterstützungspflicht zu halten hätte.

[...] Ueber den Dauer dieses Aufenthalts aber entscheidet nicht der Armenverband der vorläufigen Unterstützungspflicht, sondern nach alleinigem freien, auch durch die Unterrichts-zwecke der Charité geleiteten Ermessen deren Verwaltung.“

aus: GStA PK, Rep. 76, VIII D, Nr. 111, Bl.73-74

Anhang 16

Jährlich gewährte Verpflegungstage nach Klasse:

Jahr	I. Klasse	II. Klasse	III. Klasse	zusammen
1904	711	1.084	446.633	448.428
1905	1.637	2132	437.382	441.151
1909	979	6838	410.824	418.641
1910	2.442	10.066	419.938	432.446
1911	1.931	9.148	427.200	438.279

aus: Charité-Annalen 1910 Verwaltungsbericht S. 35 und 1913 Verwaltungsbericht S. 22.

Anhang 17

Charité: III. Verpflegungsklasse ohne Geisteskranke des Jahres 1906

	Charité	Frauenklinik	Poliklinik I. f. innere Medizin
Selbstzahler	12 %	55 %	11,7 %
Kassenkranke	36 %	31 %	88,3 %
Kranke d. Berliner Gemeinde	51 %	14 %	
Charite-Bedienstete	1 %		

aus: GStA PK, Rep. 76 VIII D, Nr. 202.

Anhang 18

Charité: III. Klasse Verpflegungstage der Jahre

	Selbstzahler	Kassenkranke	Stadtarme	Militär
1909	27.686	121.766	243.537	
1910	44.211	149.628	211.134	
1911	43.428	172.533	196.274	
1912	43.442	218.397	186.840	
1913	74.315*	214.115	98.528	
1914	61.291	173.089	56.580	105.769
1915	69.351	148.073	44.363	165.300

*1913 einschl. 57 357 Kinder < 14.J.

III. Klasse Verpflegungstage: Angehörige auswärtiger Krankenkassen und Gemeinden

1913	151.011	entspricht rund 44 % der Tage
1914	226.642	einschließlich Militär
1915	270.162	einschließlich Militär

aus: GStA PK, Rep. 76 VIII D, Nr. 202.

in Prozentzahlen:

1912	9 %	49 %	42 %
1913	19 %	55 %	26 %
1914	21 %	59 %	20 %
1915	26 %	57 %	17 %

Extra: Prozentzahlen der Poliklinik I. der inneren Medizin

1906	12 %	88 %	
1912	44 %	42 %	14 %
1913	43 %	44 %	13 %
1914	54 %	38 %	8 %
1915	69 %	25 %	6 %

aus: GStA PK, Rep. 76, VIII D, Nr. 201 und Nr. 202.

Anhang 19

Polikliniken in Berlin 1899

„Die [...] *Königlichen poliklinischen Anstalten* sind die Universitäts-Polikliniken für Chirurgie, für Augenkunde, für Ohrenkrankheiten, für Geburtshilfe und Frauenkrankheiten, für medicinische Krankheiten, für Hals- und Nasenkrankheiten, für orthopädische Chirurgie, für Lungenleidende und für Zahn- und Mundkrankheiten und die mit der Königl. Charité in Verbindung stehenden: die Erste und Zweite medicinische, die chirurgische, die gynäkologische, die geburtshülfliche, die für Augenkrankheiten, die für Haut- und Geschlechtskrankheiten, für Kinderkrankheiten und für Nervenkrankheiten, zusammen 18,“

92 Ärzte versorgten 92.281 Patienten

Polikliniken an nicht staatlichen öffentlichen Krankenhäusern:

Polikliniken für äußere Krankheiten an den städtischen Krankenhäusern Friedrichshain und Moabit; ...Elisabeth-Krankenhaus, ...Bethanien, ...Augusta-Hospital, ...Lazarus-Krankenhaus, ...Elisabeth-Kinderhospital, ...Kaiser Friedrich-Kinderkrankenhaus, ...Krankenhaus der jüdischen Gemeinde...

Chirurgische Poliklinik im Krankenhaus am Urban dient im wesentlichen dazu, unbeeinträchtigte Patienten nach der Entlassung aus dem Krankenhaus weiter zu verbinden und dadurch die Anstalt zu entlasten, wenn sie überfüllt ist.

52 Ärzte versorgten 65.743 Patienten

Polikliniken von Vereinen, Gemeinden pp: u.a. des Vereins für häusliche Gesundheitspflege, des Krankenpflege-Vereins der St. Johannis-Gemeinde mit 6 Abt., des Vereins homöopathischer Ärzte, die Berliner Allgemeine Poliklinik mit 5 Abt., die für Frauen des Berliner Frauen-Vereins etc.

70 Ärzte versorgten 43.209 Patienten

Private Polikliniken: 94 Anstalten, in denen 228 Ärzte 130.837 Patienten versorgten

„außerdem bekannte Polikliniken“: 73

Gesamt: 162 Polikliniken mit 442 Ärzten zur Versorgung von 332.070 Patienten.

Kontinuierlich steigende Tendenz im Vgl. zu den vorangegangenen 5 Jahren !!! Da teilweise nur die neu behandelten Patienten angegeben wurden ohne die weiter Behandelten dazu zu rechnen, sind die tatsächlichen Zahlen deutlich höher.

aus: Statistisches Jahrbuch der Stadt Berlin 26. Jg., S. 480-483. Kursivsetzungen im Original unterstrichen.

Literaturverzeichnis

- Beig, Ralf Christof: Private Krankenanstalten in Berlin 1869-1914. Zur Geschichte einer medizinischen Institution im Spannungsfeld zwischen privater Initiative und staatlicher Kontrolle. Diss. med. Berlin (FU).
- Bericht über die Gemeinde-Verwaltung der Stadt Berlin in den Verwaltungs-Jahren 1895 bis 1900, Berlin 1905.
- Bericht über die Gemeinde-Verwaltung der Stadt Berlin in den Verwaltungsjahren 1901 bis 1905, Hrsg. Magistrat der Stadt Berlin, Berlin 1908.
- Bericht über die Gemeinde-Verwaltung der Stadt Berlin in den Verwaltungsjahren 1906 bis 1910, Hrsg. Magistrat der Stadt Berlin, Berlin 1912.
- Beddies, Thomas; Hulverscheidt, Marion; Baader, Gerhard: Kinder Streik und neue Räume, in: Bleker/Hess 2010, S. 126-146.
- Bleker, Johanna; Hess, Volker (Hg): Die Charité. Geschichten eines Krankenhauses, Berlin 2010.
- Bleker, Johanna.; Brinkschulte, E.; Grosse, P. (Hrsg.): Kranke und Krankheiten im Juliusspital 1819-1829. Zur frühen Geschichte des Allgemeinen Krankenhauses in Deutschland. 1995.
- Blohmke, Maria; Ferber, Christian v.; Kisker, Hans Peter; Schaefer, Hans (Hrsg.): Handbuch der Sozialmedizin, Stuttgart, 1976.
- Brinkschulte, Eva: Stationär oder Ambulant, in: Jahrbuch für Universitätsgeschichte, Band 3. Zwischen Wissens- und Verwaltungsökonomie. Zur Geschichte des Berliner Charité- Krankenhauses im 19. Jahrhundert, Berlin 2000. S. 181-194.
- Brinkschulte, Eva; Knuth, Thomas (Hg.): Das medizinische Berlin, Berlin 2010.
- Charité-Annalen, Hrsg. Direktion des Kgl. Charité-Krankenhauses zu Berlin, 10. Jg., Berlin 1885.
- Charité-Annalen, Hrsg. Direktion des Kgl. Charité-Krankenhauses zu Berlin, 18.. Jg., Berlin 1894.
- Charité-Annalen, Hrsg. Direktion des Kgl. Charité-Krankenhauses zu Berlin, 21. Jg., Berlin 1897.

- Charité-Annalen, Hrsg. Direktion des Kgl. Charité-Krankenhauses zu Berlin, 24.-37.Jg., Berlin 1900-1913.
- Elkeles, Barbara: Das Krankenhaus um die Wende vom 19. zum 20. Jahrhundert aus der Sicht seiner Patienten, *Historia Hospitalium* 17 (1986-1988) S. 89-103.
- Engstrom, Eric J.; Hess, Volker: Zwischen Wissens- und Verwaltungsökonomie, in: *Jahrbuch für Universitätsgeschichte*, Band 3. Zwischen Wissens- und Verwaltungsökonomie. Zur Geschichte des Berliner Charité-Krankenhauses im 19. Jahrhundert, Berlin 2000. S. 7-16.
- Ferber von, Christian: *Soziologie für Mediziner*. Berlin 1975, S. 88-89.
- Füssel-Schaffrath, Susi: *Beitrag zur Geschichte der Berliner Krankenhäuser im Zeitraum von 1900-1920*, Diss. Med. Berlin 1973.
- Gesetz-Sammlung für die Königlichen Preußischen Staaten. Berlin 1830. S. 133-139
- Gottstein, Adolf: Erfüllt die Berliner Kommune die notwendigen Forderungen auf dem Gebiete des öffentlichen Gesundheits- und Krankenwesens?, *Deutsche medizinische Wochenschrift* 31 (1905), S. 835-838, 874-877.
- Harig, Georg; Lammel, Hans-Uwe: Zur Geschichte der Beziehungen zwischen der Charité und Berlin (1710-1945), in: *Wissenschaftliche Zeitschrift der Humboldt-Universität zu Berlin, Math.-Nat.. R.* 36 ½, Berlin 1987. S. 14-21.
- Hess, Volker: Der Verwaltungsdirektor als erster Diener seiner Anstalt, in: *Jahrbuch für Universitätsgeschichte*, Band 3. Zwischen Wissens- und Verwaltungsökonomie. Zur Geschichte des Berliner Charité-Krankenhauses im 19. Jahrhundert. Berlin, 2000. S. 69-85.
- Hilf, Eric.: Zur Geschichte der Charitédirektion im 19. Jahrhundert, in: *Jahrbuch für Universitätsgeschichte*, Band 3, Berlin 2000. S. 49-67.
- Labisch, Alfons: Krankenhauspolitik in der Krankenhausgeschichte, *Historia Hospitalium* 13 (1978/1980) S. 217-233.
- Labisch, Alfons: Das Krankenhaus in der sozialdemokratischen Kommunalpolitik in Berlin um die Jahrhundertwende, *Historia Hospitalium* 14 (1981/1982) S. 337-345.
- Labisch, Alfons und Spree, Reinhard: *Die Kommunalisierung des Krankenhauswesens in Deutschland während des 19. und 20. Jahrhunderts*. 1995.

- Labisch, Alfons und Spree, Reinhard: Einem jeden Kranken in einem Hospitale sein eigenes Bett. Zur Sozialgeschichte des Allgemeinen Krankenhauses in Deutschland im 19. Jahrhundert, Frankfurt a. Main, New York 1996.
- Lobbes, Ingrid: Die Entwicklung des Berliner Krankenhauswesens, Diss. med. Berlin (FU) 1955.
- Münch, Ragnhild: Gesundheitswesen im 18. und 19. Jahrhundert: Das Berliner Beispiel, Berlin 1995.
- Pütter, Ernst: Erinnerungen an die Charité in Berlin, Düsseldorf 1928.
- Reckwerth, Ulf: Rein verhungern kannst. Zur frühen Geschichte des Rudolf Virchow Krankenhauses – Konzept und Realisierung des letzten Städtischen Krankenhauses Berlins. Diss. med. Berlin (FU) 1999.
- Reichs-Gesetzblatt: Gesetz über den Unterstützungswohnsitz. Vom 30. Mai 1908. Berlin 1908. S. 377-396.
- Ribbe, Wolfgang; Schmädeke, Jürgen: Kleine Berlin-Geschichte, Berlin 1988.
- Ruff, Peter; Ruff, Ute: Die Charité – das älteste fortbestehende Krankenhaus in Berlin, in: Wissenschaftliche Zeitschrift der Humboldt-Universität zu Berlin, Math.-Nat. R. 36, Berlin 1987. S. 10-13.
- Seebacher, Marieluise: Der Neubau der Charité um die Jahrhundertwende auf dem Charité-Hauptgrundstück. Die Vorbereitungen und Ausführungen in den Jahren 1888 bis 1916. Diss. med. Berlin (HUB) 1990. S. 1-10.
- Spree, Reinhard: Soziale Ungleichheit vor Krankheit und Tod. Zur Sozialgeschichte des Gesundheitsbereichs im Deutschen Kaiserreich. Berlin 1981.
- Spree, Reinhard: Social Change in the Hospital during the 19th Century: The Case of the Munich General Hospital. Münchner Wissenschaftliche Beiträge, München 1997.
- Spree, Reinhard; Wagner Andrea: The Financial Development of the General Hospital in Munich 1830-1894. Münchner Wissenschaftliche Beiträge, München 1999.
- Statistisches Jahrbuch der Stadt Berlin. 23. Jahrgang. Statistik des Jahres 1896 nebst den weiteren Ergebnissen der beiden Volkszählungen vom Jahre 1895. Hrsg. Statistisches Amt der Stadt Berlin, 1898.

Statistisches Jahrbuch der Stadt Berlin. 26. Jahrgang, enthaltend die Statistik des Jahres 1899 nebst Theilen von 1900, einschließlich der Volkszählung. Hrsg. Statistisches Amt der Stadt Berlin, Berlin 1902.

Statistisches Jahrbuch der Stadt Berlin. 32. Jahrgang, enthaltend die Statistik der Jahre 1908 bis 1911 sowie Teile von 1912. Hrsg. Statistisches Amt der Stadt Berlin, Berlin 1913.

Statistisches Jahrbuch der Stadt Berlin. 34. Jahrgang, enthaltend die Statistik der Jahre 1915 bis 1919 sowie Teile von 1920. Hrsg. Statistisches Amt der Stadt Berlin, Berlin 1920.

Stürzbecher, Manfred: Aus der Geschichte der Berliner Krankenhäuser von den Anfängen bis in das 20. Jahrhundert, in: Krankenhaus-Umschau 36 (1967), Berlin. S. 373-382.

Stürzbecher, Manfred, in: DBÄ Nr. 5, (1980) S. 238-242.

Tutzke, D.; Burmeister, K.-J.; Lange-Pfautsch, R.; Brüscke, G.: Charite 1710-1985, Berlin 1985. S. 6-45.

Ullmann, Hans-Peter: Das Deutsche Kaiserreich 1871-1918, Frankfurt a. Main, 1995.

Winau, Rolf: Medizin in Berlin, New York 1987.

Archivalien

Berliner Klinische Wochenschrift 1900-1913

Deutsche Medizinische Wochenschrift 1900-1910

Universitätsarchiv der Humboldt Universität zu Berlin (UAHUB):

Akten der Charité-Direktion Nr. 3 Erlasse des preuss. Ministeriums wegen Hohheitsmaßnahmen November 1918 - November 1932

Charité-Direktion Nr. 33 Anfragen von Krankenhäusern wg. Verwaltung u. Organisation

Charité-Direktion Nr. 88 Regelung des Aufnahmedienstes April 1901 - Dezember 1910

Charité-Direktion Nr. 89 Regelung des Aufnahmedienstes Februar 1911 - Februar 1925

Charité-Direktion Nr. 91 Bestimmungen für das Aufnahmebureau April 1914 - Okt. 1924

Charité-Direktion Nr. 853 Einziehung von Beiträgen von den Besuchern der Polikliniken: Schriftwechsel v.a. mit Klinikdirektoren wegen Behandlungsgebühren
Februar 1908 - Oktober 1923

Charité-Direktion Nr. 854 Die kleinen Anstalten der Charité: v.a. Erlaße des Ministeriums und Schriftwechsel mit den Direktoren der Kliniken wegen Haushaltsangelegenheiten - 1926

Charité-Direktion Nr. 855 Beiträge von den Besuchern der Polikliniken: Gebühren, Tarife
Erlaße des Ministeriums Oktober 1923 - Juni 1932

Charité-Direktion Nr. 946 Freibetten, Berechnung der Kosten

Charité-Direktion Nr. 985 Aufnahme der Kranken aus Berlin Dez. 1885 - März 1912

Charité-Direktion Nr. 987 Aufnahme der körperlich Kranken aus Berlin und Kosteneinziehung von der Armendirektion Januar 1916 - Dezember 1930

Charité-Direktion Nr. 989 Änderung der Rechtsverhältnisse zwischen Berlin und Charité
November 1919 - April 1922

Charité-Direktion Nr. 1000 Die Aufnahme der Kranken aus Berlin November 1913 - Mai 1916

Charité-Direktion Nr. 1001 Aufnahme der Kranken aus Berlin, Kurkosten-Rechnungen
Mai 1916 - Februar 1919

- Charité-Direktion Nr. 1013 Aufnahme der kranken Ausländer Januar 1918 - März 1929
- Charité-Direktion Nr. 1015 Aufnahme von Kranken aus der Umgebung von Berlin, Schriftwechsel mit den Gemeinden außerhalb Berlins wegen Kostenübernahme
- Charité-Direktion Nr. 1039 Die Aufnahme der Geistes- und Krampfkranken März 1909 - Januar 1915
- Charité-Direktion Nr. 1040 Aufnahmen und Entlassungen der Geisteskranken Dezember 1914 - Februar 1932
- Charité-Direktion Nr. 1059 Aufnahme ostpreußischer Flüchtlinge: Berichte an Ministerium, Schriftwechsel mit Armendirektion Berlin
- Charité-Direktion Nr. 1060 Kriegswohlfahrtspflege : Schriftwechsel mit Armendirektion
- Charité-Direktion Nr. 1063 Einziehung der Kurkosten für Wöchnerinnen, Klage gegen Berlin Juli 1915 - Februar 1923
- Charité-Direktion Nr. 1064 wie 1063, Prozeß wegen 6461,- M
- Charité-Direktion Nr. 1065 Aufnahme der Schwangeren : Schriftwechsel mit Armen-direktion wegen Kosten Mai 1904 - April 1929
- Charité-Direktion Nr. 1066 Aufnahme von Kindern
- Charité-Direktion Nr. 1086 Aufnahme der Kassenmitglieder März 1900 - Dez. 1913
- Charité-Direktion Nr. 1089 Aufnahme der Kassenmitglieder Januar 1914 - Dez. 1919
- Charité-Direktion Nr. 1090 Aufnahme der Kassenmitglieder - Dezember 1926
- Charité-Direktion Nr. 1091 Aufnahme der Kassenmitglieder - Dezember 1932
- Charité-Direktion Nr. 1101 Aufnahme der Soldaten März 1913 - Januar 1922
- Charité-Direktion Nr. 1102 Aufnahme der Soldaten September 1914 - Februar 1922
- Charité-Direktion Nr. 1201 Kur- und Verpflegungskostensätze : Erlaß des Ministeriums und Schriftwechsel mit städtischen Dienststellen 1918 -
- Charité-Direktion Nr. 1202 wie 1201, Februar 1924 - November 1930
- Charité-Direktion Nr. 1208 Einziehung der Kosten - Auswärtige April 1914 - Juli 1926
- Charité-Direktion Nr. 1209 Einziehung der Kosten, Charlottenburg: Schriftwechsel mit Armen-Direktion September 1908 - September 1920

Charité-Direktion Nr. 1213 Schriftwechsel mit Magistrat Februar 1912 - März 1920

Charité-Direktion Nr. 1247 Hrsg. Der Charité-Annalen und klinischen Jahrbücher
März 1914 - November 1930

Charité-Direktion Nr. 1252 Statistik der Kranken- und Irren- Anstalten, Schriftwechsel
mit Statistischem Landesamt Februar 1896 - Februar 1930

Charité-Direktion Nr. 1506 Zuschüsse aus Staatsfonds Februar 1905 - Mai 1930

Geheimes Staatsarchiv Preussischer Kulturbesitz (GStA PK):

Akten des Ministeriums für geistliche, Unterrichts- und Medizinal-Angelegenheiten,
betreffend

Leitung, Direktion und Beamte der Charité 1892-1902, GStA, Rep. D VIII, Nr. 23

Direktion der Charité u.a. Dienstordnung 1902-1909, GStA, Rep. D VIII, Nr. 24

Direktion der Charité Juli 1909 - September 1917, GStA, Rep. D VIII, Nr. 25

Direktion der Charité Oktober 1917 - April 1930, GStA, Rep. D VIII, Nr. 26

Verwaltung der inneren Ökonomie der Charité Januar 1907 - Dezember 1916, GStA,
Rep. VIII D, Nr.35

Gutachten über das Rechtsverhältnis der Charité und der Stadt Berlin Oktober 1890 -
September 1913, GStA, Rep. VIII D, Nr. 64

Herausgabe von Annalen der Charité Jan. 1915 - Jan. 1927, GStA, Rep. D VIII, Nr. 111

Aufnahme, Behandlung, Entlassung der Kranken. Allgemeines Jan. 1881 - Apr. 1900,
GStA, Rep. D VIII, Nr. 199

Aufnahme, Behandlung, Entlassung der Kranken. Allgemeines Dez. 1899 - Juni 1906,
GStA, Rep. D VIII, Nr. 200

Aufnahme, Behandlung, Entlassung der Kranken. Allgemeines Juni 1906 - Juni 1914,
GStA, Rep. D VIII, Nr. 201

Aufnahme, Behandlung, Entlassung der Kranken. Allgemeines Juli 1914 - März 1924,
GStA, Rep. D VIII, Nr. 202

Aufnahme erkrankter und verwundeter Soldaten Mai 1864-1916, GStA, Rep. D VIII, Nr.
223

Etats für 1913-1932, GStA, Rep. D VIII, Nr. 261

Extrakte und Abschlüsse 1878-1908, GStA, Rep. D VIII, Nr. 264

Finalabschlüsse der Charitékasse 1908-1927, GStA, Rep. D VIII, Nr. 265

Die Krankenhäuser Berlins im Allgemeinen 1900-1906, GStA, Rep. VIII, Nr. 1766

Die Krankenhäuser Berlins im Allgemeinen 1906-1910, GStA, Rep. VIII, Nr. 1767

Die Krankenhäuser Berlins im Allgemeinen 1911-1915, GStA, Rep. VIII, Nr. 1768

Danksagung

Für die Gespräche und Akzeptanz des Themas sowie Hinweise zur Recherche danke ich Frau Prof. Dr. E. Brinkschulte. Für die Weiterführung der Betreuung gilt mein Dank Herrn PD Dr. Th. Beddies.

Ebenso möchte ich mich bedanken für die Hilfe der MitarbeiterInnen im Universitätsarchiv der Humboldt Universität zu Berlin (UAHUB) und im Geheimen Staatsarchiv Preussischer Kulturbesitz (GStA PK).

Bei den Korrekturen half mir Frau Dr. B. Höldke

Selbstständigkeitserklärung

Hiermit erkläre ich, die vorliegende Dissertation selbstständig und ohne unerlaubte fremde Hilfe angefertigt zu haben. Ich habe keine anderen als die im Schriftenverzeichnis angeführten Quellen benutzt und sämtliche Textstellen, die wörtlich oder sinngemäß aus veröffentlichten oder unveröffentlichten Schriften entnommen wurden, und alle Angaben, die auf mündlichen Auskünften beruhen, als solche kenntlich gemacht. Ebenfalls sind alle von anderen Personen bereitgestellten Materialien oder erbrachten Dienstleistungen als solche gekennzeichnet.

Berlin, 27.1.2011

Ursula Jakobi

Lebenslauf

Mein Lebenslauf wird aus Datenschutzgründen in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht veröffentlicht.