

Wilfried Witte

Ernst Kürz in Heidelberg

Die Geschichte der Spanischen Grippe im Spiegel der gesundheitspolitischen Debatte in der Zeit nach dem Ersten Weltkrieg

Im Gedenken an Wolfgang U. Eckart (1952–2021)

Wer war Ernst Kürz? War sein Wirken von Belang?

Sein Name ist weitestgehend vergessen. Und doch ist er erst kürzlich in einer englischsprachigen Gesamtdarstellung der Spanischen Grippe erwähnt worden. Um diesen Zusammenhang einordnen zu können, muss man sich ein Bild der gravierendsten Pandemie des 20. Jahrhunderts und deren Rezeption machen.

Dieses Bild ähnelte sich 1918–1920 in ganz Deutschland. Zu berücksichtigen ist, dass die Geschichte der Grippe insgesamt dadurch gekennzeichnet ist, dass Influenza alltäglich sein kann, aber auch desaströs – für einzelne, aber auch für große Gruppen von Menschen. Die erste Welle der Spanischen Grippe im Deutschen Reich, die sich im Frühjahr 1918 ereignete, stand für die Grippe als eher harmlose Erkrankung, die viele befiel, aber relativ wenige tötete. Die zweite Welle, diejenige des Herbstes 1918, entpuppte sich als die eigentliche tödliche Welle. Die dritte Welle, im Frühjahr 1920, wurde von vielen gar nicht mehr als solche wahrgenommen, oder man datierte sie, wie es heute noch viele tun, fälschlicherweise bereits in das Jahr 1919.

Die Spiegelung des Geschehens in der zeitgenössischen Presse war nur vereinzelt anschaulich und vertiefend, meist bestand sie in kurzen Meldungen. In der „Moosburger Zeitung“, der Zeitung der Stadt Moosburg an der Isar in Oberbayern, war am 1. Juli 1918 eher ungewöhnlich ausführlich zu lesen:

„Die ‚Spanische Grippe‘ nimmt hier, wie überall, zu. Fast in jedem Hause gibt es 1–3 Kranke. Zum Glück ist die Sucht [sic] nicht bösartig; man nehme aber an, es würde eine lebensgefährliche Epidemie herrschen, was ja ebenso auch sein könnte? Wie oft lasen wir in Büchern aus der alten Zeit von Krieg, Hungersnot und Pest? Wie ein schreckliches Märchen mutete uns so ein Kapitel an und dabei stehen wir so nahe daran, dasselbe wieder zu erleben. Wie heißt es im allgemeinen Gebet: Wende ab, gnädigster Vater, die wohlverdienten Strafen, gegenwärtige und zukünftige Gefahren, schädliche Empörung, Kriegsrüstung, Teuerung, Krankheiten und betrübte, armselige Zeiten!“¹

Die zweite Welle, die das Verderben der Seuche unmittelbar ausdrückte, wurde häufig selbst im Nachhinein nicht angemessen beschrieben. So vermerkte der Lehrer Wilhelm Menebröcker aus der norddeutschen Obergrafschaft Bauerschaft Wengsel (Grafschaft Bentheim) in seiner Schulchronik:

„Durch den langen Krieg, durch die Kriegsleiden und durch den Hunger war das deutsche Volk vollständig zermürbt. Am 9. November 1918 brach die Revolution aus, und alle Regierungen und Herrscher wurden in einer Nacht weggefegt. Der Kaiser und der Kronprinz flohen nach Holland und Deutschland wurde Republik.“²

Katastrophen waren der Krieg und der Hunger, die Grippe ging in der allgemeinen Wahrnehmung schnell unter oder sie wurde eher als ein abgeleitetes Phänomen angesehen, als Kriegsfolge oder als Folge des Hungers. Dass besonders viele der Grippe erlagen, die als nicht besonders abwehrgeschwächt gelten konnten, blieb ein zumeist ignoriertes, letztlich unerklärtes Rätsel.

Erstaunlicherweise wurde die Influenza, die aus Spanien zu stammen schien, fast umgehend zur Randnotiz, außer in der Medizin selbst. In der Reichshauptstadt Berlin erörterte die Ärzteschaft das Thema Spanische Grippe anfangs lebhaft. Die Berliner Medizinische Gesellschaft traf sich in dieser Zeit viermal, um darüber zu debattieren. Am 30. Oktober 1918 fand eines dieser Treffen statt. Es trat jedoch ein zeittypisches Problem auf:

„Wir sollten zunächst etwas über die Grippe hören. Die Grippe hat uns aber einen Strich durch die Rechnung gemacht. Der Herr Vortragende ist selber an der Grippe erkrankt und hat mir in diesem Augenblicke mitgeteilt, dass er nicht vortragen könne. Jemand musste ersatzhalber über einen kleinen Cholera-Ausbruch, der Berlin heimgesucht hatte und niemand recht interessierte, reden, bis dann doch noch ein anderer Referent herbeieilte, der zur Grippe vortrug.“³

Eine politische Debatte entzündete die Spanische Grippe aber auch in der Reichshauptstadt nicht. Der Reichsgesundheitsrat tagte zweimal, am 10. Juli – man hielt die Grippe für keine große Gefahr – und am 16. Oktober – man nahm Abstand davon, „die Schließung von Theatern, Lichtspielaufführungen, Schaustellungen u.s.w. zu empfehlen.“ Die Begründung lautete: solche Maßnahmen würden die Bevölkerung nur „unnötig beunruhigen“. Das war und blieb der Tenor. Wer dreist genug war, konnte sogar das Narrativ der ersten Welle (Grippe ist Alltag) auch später noch verallgemeinern. So tat es beispielsweise am 14. November 1918 der Wiener Kriegsberichterstatler Richard Arnold Bermann in der „Vossischen Zeitung“ unter seinem Pseudonym Arnold Höllriegel, als er sich über die Grippe in Österreich und analog in Deutschland ausließ. Wie zu Zeiten der ersten Welle der Spanischen Grippe, als man den Grippekranken eher leicht unterstellen konnte, sie würden damit ihr Simulantentum kaschieren, bediente Höllriegel dieses Stereotyp, als er schrieb:

„Nicht nur daß die Grippe plötzlich verschwunden ist, ausgelöscht, in die Hölle zurückgeschlüpft auch im allgemeinen. Das Kranksein freut die österreichischen Menschen auf einmal nicht. Gestehen wir es: einige von ihnen hat es bisher gefreut.“⁴

Der offizielle preußische Abschlussbericht zur Spanischen Grippe von 1920 war schließlich eher buchhalterisch aufzählend; er konzentrierte sich dabei auf die östlichen Landesteile Preußens. Der Abschlussbericht des Reichsgesundheitsamtes von 1923 war knapp und allgemein gehalten. Die zugrundeliegende Botschaft offenbarte sich schnell. Von oberster Stelle waren keine Hilfe und keine Aufklärung zu erwarten. Die Grippe kam schnell und ging schnell – das galt auch für die zweite, die tödliche Welle.

Grippe in Heidelberg

Man sprach damals im gesamten Deutschen Reich von „Grippeferien“, wenn es darum ging, zu entscheiden, ob die Herbstferien wegen der Grippe verlängert werden sollten oder nicht.⁵ Die Schulfrage war auch ein Aufhänger der Grippe-Debatte in Baden. Grundlage war die badische (Landes-) „Verordnung zur Bekämpfung der ansteckenden Krankheiten“ von 1911. In den Bezirken Heidelberg-Stadt (Heidelberg I) und Heidelberg-Land (Heidelberg II) war das Vorgehen aber nicht einheitlich. Das Bezirksamt Heidelberg schrieb am 23. Oktober 1918 an die Bürgermeisterämter des Landbezirks, an das Kreisschulamt und an die Bezirksärzte, dass die Schulen in dem Moment geschlossen werden könnten, „sobald die Grippe in erheblichem Umfange auftritt.“ Die Hauptlehrer und die Ortsschulbehörde auf dem Dilsberg bei Heidelberg hatten allerdings schon zwei Tage zuvor entschieden, die dortige Schule zu schließen. Dr. Ernst Kürz war der Bezirksarzt für Heidelberg II. Er billigte die formell vorläufige Entscheidung nachträglich.

In Heidelberg I, also Heidelberg-Stadt, bemühte sich währenddessen der Bezirksarzt Dr. Johann Holl, die Pandemie nach Möglichkeit klein zu reden. Am 11. Oktober publizierte das „Heidelberger Tageblatt“ eine Erklärung aus seiner Feder, derzufolge die Lage in Heidelberg nicht so schlimm sei. Vielen Erkrankten stünden wenige Tote gegenüber. Viel machen könne man nicht. Es gelte, das Bett zu hüten und niemand anzuhusten. Als Mitte des Monats ruchbar wurde, dass ungefähr 60 Grippetote in Heidelberg offiziell zu vermelden waren, verfasste Holl einen Bericht über die Influenza in Heidelberg, der an die örtlichen Tageszeitungen mit der Bitte um Aufnahme versandt wurde. Laut Holl war die Zahl von 60 Grippetoten unzutreffend, es wären vielmehr 50 Tote, von denen 39 nicht in Heidelberg wohnen würden. Die „Heidelberger Zeitung“ widersprach dieser Darstellung und zog auch Holls Darstellung in Zweifel, dass die Epidemie ihren Höhepunkt schon überschritten hätte. Soweit bekannt, saß Holl das Problem dann aus.

Kürz hingegen wurde aktiv. Am 15. Oktober 1918 war in den Zeitungen zu lesen, dass die Situation in Dossenheim bei Heidelberg „ganz schrecklich“ sei. Am 18. Oktober ergänzte der Heidelberger „Verein für Volkswohlfahrt“ in einem Schreiben an das Bezirksamt: „Dossenheim ist von der Grippe anscheinend durchseuchter als die anderen Ortschaften“. Es fehlte – wie eigentlich überall – an Ärzten. Kürz machte sich auf nach Dossenheim, um dort ein Bild von der Lage zu erhalten. Sein Fazit war: so gravierend sei es nicht. Auf sein Geheiß wurde die dortige Schule geschlossen. Außerdem erklärte sich Kürz bereit, in Dossenheim Patienten und Patientinnen zu versorgen, wenn Dr. Josef Wenz aus Rohrbach nicht einspringen könne. Da sich Wenz bereit erklärte, in Dossenheim tätig zu werden, war Kürz nicht oder nicht lange mit der praktischen Krankenversorgung in Dossenheim betraut. Dass schnell und unbürokratisch geholfen werden konnte, ging auf das Konto von Kürz.

Es ging aber nicht überall so gut aus. In Wieblingen beispielsweise machte sich bald Verzweiflung breit. Ein Leserbrief „einiger Wieblingler“ erschien am 7. November im „Heidelberger Tageblatt“. Darin war zu lesen, dass die Wieblingler den Ärzten nichts vorwerfen wollten, da sie ja überfordert seien. Sie fragten aber nach, ob es nicht möglich sei, Medizinstudenten im 8. bis 9. Semester praktizieren zu

lassen, das sei „im Felde“ doch auch geschehen. Resonanz hat der Aufruf aber, soweit bekannt, nicht erfahren.

Damit könnte es sein Bewenden haben, wenn man auf die Spanische Grippe in Heidelberg zu sprechen kommt. Es wurde nicht viel dokumentiert, die Grippe blieb auch in Heidelberg randständig. Das eine greift jedoch ins andere, wenn man politische Debatten in den Blick nimmt, die nicht ausdrücklich Bezug nehmen auf die Spanische Grippe, über die nicht viel zu Papier gebracht wurde. Dies kann wiederum an der Person Ernst Kürz' und dessen Wirken veranschaulicht werden. Wer war also Ernst Kürz?



Ernst Kürz, vermutlich 1930er-Jahre. Aufnahme aus Walter Artelt: Ernst Georg Kürz 1859–1937. Vortrag, gehalten am 1. Oktober 1963 auf der Jahresversammlung der Deutschen Gesellschaft für Geschichte der Medizin, Naturwissenschaft und Technik e.V., Schaffhausen (gedrucktes Manuskript). (Quelle: Zur Verfügung gestellt vom Senckenbergischen Institut für Geschichte und Ethik der Medizin der Universität Frankfurt am Main)

Ernst Kürz: Leben und Werk

Ernst Georg Kürz war am 5. September 1859 als Sohn eines Lehrers im alemannischen Villingen geboren worden. Er hatte in Freiburg, München und Heidelberg Medizin studiert. Nachdem er in der Augenheilkunde eine Doktorarbeit verfasst hatte, arbeitete er zunächst in der Freiburger Universitäts-Augenklinik, danach praktizierte er in Bonndorf im Schwarzwald. Im Jahr 1884 heiratete er die Freiburger Kaufmannstochter Emma Tritschler, ein Jahr später kam der Sohn Ernst Franz Georg zur Welt, der im 1. Weltkrieg fiel. Die Zwillingsschwestern Emma und Franziska wurden 1886 geboren. Nach Aussage des Medizinhistorikers und Weggefährten Kürz', Walter Artelt, waren beide psychisch krank.

Von 1885 bis 1889 war Kürz Badearzt in Bad Dürkheim auf der Baar. Die staatsärztliche Prüfung legte er 1886 in der badischen Landeshauptstadt Karlsruhe ab. Von 1889 bis 1898 war er Bezirksarzt in Wolfach. Dort hatte er außerdem eine Kassenpraxis und war Leiter des örtlichen Gewerbevereins.

In dieser Zeit begann er auch, sowohl seinem politischen Interesse als auch seiner Neigung zur historischen Betrachtung nachzugehen. Er verfasste in seiner Wolfacher Zeit sowohl eine Schrift „Zur Reform der Socialen Gesetzgebung“ als auch eine biografische Abhandlung über den Villingener Arzt Georgius Pictorius (Georg Maler), der im 16. Jahrhundert wirkte. Kürz blieb regional verwurzelt, sein Lieblingsschriftsteller war der badische Geistliche und Erzähler Heinrich Hansjakob.

Kurzzeitig bekleidete Kürz danach das Amt eines Kreisoberhebearztes und Vorstehers der Hebammenschule und Entbindungsanstalt in Donaueschingen, bevor er im Juni 1899 den Landbezirk Heidelberg als Bezirksarzt übernahm. Am 24. Dezember 1899 erfolgte die Ernennung zum Medizinalrat. In Heidelberg hat sich Kürz auch der Psychiatrischen Klinik Emil Kraepelins angeschlossen und gerichtsmedizinisch und psychiatrisch publiziert. Dabei setzte er sich u.a. mit einem Thema auseinander, das ihm auch in seiner bezirksärztlichen Tätigkeit immer wieder begegnete: dem Alkoholismus.⁶ Bei Kontakten zur bäuerlichen Bevölkerung stach ihm immer wieder ins Auge, dass nicht nur die Wohnverhältnisse oft katastrophal waren, sondern auch die Versorgung mit Wasser. Das veranlasste die ländliche Bevölkerung nach seiner Beobachtung häufig gar nicht zur Klage über den Missstand, da Wasser kaum getrunken wurde, sondern Alkohol (Flaschenbier) – als „flüssiges Brot“ und Durstlöcher. Des Öfteren sei ihm entgegnet worden: „Aber Wasser trinkt man hier ja gar nicht, wir löschen unsern Durst mit Bier.“ Kürz schlussfolgerte: „einwandfreies Wasser“ müsse „kommunistischer Besitz“ sein. Eine ablehnende Haltung nahm er auch gegenüber einer technischen Neuerung der Zeit ein: dem Automobil. Nach Kürz leistete es der Pathogenität des Staubs Vorschub, indem es „außerordentliche Mengen an Staub“ aufwirbelte und „lästige Gase“ erzeugte. Damit drohte sich das Automobil „wegen seiner sonstigen Gemeingefährlichkeit zu einer wahren Krux auszuwachsen“, ... „wenn nicht energische Einschränkungsmaßnahmen getroffen werden.“⁷

Im Jahr 1910 erhielt Kürz, ohne Habilitation, die *Venia legendi* für „gerichtsärztliche Medizin und Verwaltungshygiene“ an der Universität Heidelberg. Die Lehrbefugnis legte er jedoch Mitte 1911 schon wieder nieder, nach Streitigkeiten mit dem badischen Innenministerium über die spärliche Ausstattung des Instituts.

Vom 17. Dezember 1914 bis zum 6. September 1915 leistete Kürz als Arzt auf verschiedenen Posten Militärdienst. Danach war er wieder als Heidelberger Bezirksarzt tätig; außerdem baute er ein orthopädisches und ein Nervenlazarett auf. Im Dezember 1917 erfolgte die Ernennung zum Geheimen Medizinalrat. Politisch war Kürz zeitlebens nationalliberal ausgerichtet und an Friedrich Naumann (1860–1919) orientiert. Dies strukturierte seine praktische und publizistische sozialhygienische Tätigkeit.

Hygiene war in den letzten Jahrzehnten des 19. Jahrhunderts bestimmt durch die Bakteriologie. Es schien, als ob es ausschließliches Ziel sei, krankmachende Keime zu bannen oder auszurotten, um ein hygienisches Zeitalter zu begründen. Zu Beginn des neuen Jahrhunderts mehrten sich die Stimmen, die eine Erweiterung forderten, um die Rolle der sozialen Verhältnisse zu berücksichtigen. Daraus erwuchs in Deutschland die Sozialhygiene und in Österreich die Sozialmedizin.

Die Anfänge der Gesundheitspolitik

Folgenreich war die gewachsene Bedeutung der Sozialhygiene auch für die Gesundheitspolitik. Stand vor 1900 – auch im sozialdemokratischen Kontext – noch die „freie Arztwahl“ im Mittelpunkt ärztlicher Standespolitik, so entwickelte sich die „soziale Medizin“ in Österreich (aber auch in Deutschland) ab 1900 zu einem „umfassenden Konzept, das die Veränderung medizinischen Handelns in Richtung Pro-

phylaxe, die Verallgemeinerung medizinischen Fortschritts für weitere Kreise der Bevölkerung und den Wandel in der Stellung des Arztes begründen und begreiflich machen sollte.“⁸ Sozialhygiene avancierte zur Leitwissenschaft in der Medizin der Weimarer Republik. Das, was unter Sozialhygiene oder Sozialmedizin gefasst wurde, differierte aber häufig von dem, was wir heute darunter verstehen. In ihrer Mehrzahl waren die sozialhygienischen Konzepte auch „rassenhygienisch“ ausgerichtet. Das galt auch für Kürz, der jedoch unmissverständlich jeden Antisemitismus ablehnte. Anlässlich einer antisemitischen völkischen Initiative in Heidelberg war er – u.a. zusammen mit dem Heidelberger Oberbürgermeister Ernst Walz und Max und Marianne Weber – einer derjenigen, die sich dem Antisemitismus in einer „Erklärung!“ in der Heidelberger Zeitung vom 15. Januar 1919 entschieden entgegenstellten. Außerdem war Kürz, soweit es seine Mittel erlaubten, einer der Förderer der Stadt. So beglich er für das Jahr 1918 einen Jahresbeitrag von 2 Mark für die „Luisen-Heilanstalt für kranke Kinder“ in Heidelberg.⁹

Kürz' Engagement war sozialhygienisch und gesundheitspolitisch. Die Nachkriegszeit und die Zeit der frühen Weimarer Republik war die Zeit, in der eine „Politik der Sozialhygiene“¹⁰ als Forderung der Zeit erschien. In diesem Kontext erhielt der Begriff „Gesundheitspolitik“ seine Geltung. Der Karlsruher Sozialhygieniker Alfons Fischer gilt als derjenige, der ihn 1913/14 eingeführt hat. Da Kürz jedoch bereits 1903 in sozialwissenschaftlichen Vorträgen in Karlsruhe die Durchführung der sozialen Reformen, die die soziale Hygiene als Wissenschaft herausarbeiten würde, als „Gesundheitspolitik“ titulierte, geht auf Fischers Konto eher die Popularisierung des Begriffs. Konzepte, die sich nicht als gesundheitspolitisch titulierte, waren jedoch auch noch im Schwange, so die „Menschenökonomie“ (Rudolf Goldscheid) oder die „Gesundheitswirtschaftslehre“ (Max von Pettenkofer).

Die Grundlagen der gesundheitspolitischen Debatten

Latente oder sich entwickelnde Tendenzen können durch eine Pandemie in den Vordergrund rücken.¹¹ Dies gilt erst recht, wenn eine politische Revolution dem Vorschub leistet. In der Nachkriegszeit und in der frühen Weimarer Republik war es die Debatte um die „Sozialisierung des Gesundheitswesens“, die Fragen zur gesundheitspolitischen Strukturreform bündelte. Dabei wurde unter dem Begriff „Sozialisierung“ Verschiedenes gefasst, das auf historische Vorläufer rekurrierte.

Mitunter wurde verwiesen auf das Modell der Verstaatlichung und Verbeamtung der Ärzte. Dafür gab es das historische Vorbild der Verbeamtung der Ärzteschaft im Herzogtum Nassau, die von 1818 bis 1860 in Kraft war.¹² Davon unterschied sich die Medizinische Reform-Bewegung der Jahre 1840 bis 1849 und die gleichnamige programmatische Wochenschrift, die vom 10. Juli 1848 bis 29. Juni 1849 erschien, herausgegeben von Rudolf Virchow (1821–1902) und Rudolf Leubuscher (1821–1861). In ihr wurde Medizin definiert als „sociale Wissenschaft“, mit dem Zusatz „und die Politik ist weiter nichts, als Medicin im Grossen.“¹³ Der amerikanische Medizinhistoriker George Rosen hat drei Prinzipien sozialmedizinischer Art benannt, über die in der Bewegung der „Medizinischen Reform“ Einverständnis herrschte: 1. Der Schutz der Gesundheit der Bürger ist eine Angelegenheit von öf-

fentlichem Belang. 2. Viele Krankheiten sind „künstlich“ erzeugt, deshalb müssen die sozialen und wirtschaftlichen Lebensbedingungen wissenschaftlich erforscht werden. 3. Es müssen folglich soziale und medizinische Maßnahmen zum Gesundheitsschutz ergriffen werden. Um eine wirksame ärztliche Versorgung der ärmeren Bevölkerung gewährleisten zu können, proklamierte Virchow das Recht des Bürgers auf Arbeit – eine Forderung, die beeinflusst war von Artikel 7 des Verfassungsentwurfs der französischen Revolutionsregierung des Jahres 1848, der wiederum zurückging auf das „Droit au travail“ (Recht auf Arbeit) von Louis Blanc aus dem Jahr 1839.¹⁴ Der Berliner Armenarzt Salomon Neumann (1819–1908), der zu den Begründern der „Medizinischen Reform“ gehörte, initiierte 1849 einen „Gesundheitspflegeverein“ des Berliner Bezirks der „Allgemeinen Deutschen Arbeiterverbrüderung“, die der Berliner Schriftsetzer Stephan Born (1824–1898) im Jahr 1848 gegründet hatte. Der Verein wurde im August 1850 verboten, firmierte dann legal unter der Bezeichnung „Berliner Gesundheitspflege-Verein“, um dann im April 1853 endgültig verboten zu werden.

Diesen Aktivitäten war die Kritik am herrschenden Arzt-Patient-Verhältnis vorausgegangen. Abgelehnt wurde eine Beziehung, in der minderbemittelte Patienten und Patientinnen nur mit Mühe das Geld für eine medizinische Behandlung aufbringen konnten, während Ärzte darauf bedacht sein mussten, Gewinn zu machen, was zusammengenommen den natürlichen Bedürfnissen widersprechen würde. Die Medizinalreformbewegung stand jedoch auch für die Entwicklung einer ärztlichen Standespolitik, die 1873 in die Begründung des „Deutschen Ärztevereinsbundes“ mündete. Dies war auch eine Reaktion auf die Einführung der „Kurierfreiheit“ bei Abschaffung des „Kurierzwangs“ – durch den Norddeutschen Bund (1869) bzw. das Deutsche Reich (1871/72). Dadurch war den approbierten Ärzten nur die Berufsbezeichnung „Arzt“ als geschütztes Privileg auf einem liberalisierten Markt medizinischer Dienstleistungen geblieben.¹⁵ Das blieb so bis zum Erlass des Heilpraktikergesetzes im Jahr 1939.

Die „Sozialisierung des Gesundheitswesens“

Zur gesundheitspolitischen Debatte wurden die Auseinandersetzungen zwischen Kassen und Ärzten erst, als das Kaiserreich gefallen war. Ein erster Beitrag, aus dem Jahr 1918, erhielt seinen Impuls noch von der Kriegs-Planwirtschaft. Der Vohwinkler Kreiskommunalarzt des rheinischen Kreises Mettmann Ernst Neumann hatte im Frühjahr 1916 das Manuskript einer sozialreformerischen Schrift abgeschlossen, die schließlich im Jahr 1918 publiziert wurde.¹⁶ Neumann beklagte, dass die Ärzte immer mehr zu spezialisierten Technikern werden, während die Kranken von einem Spezialisten zum nächsten rennen würden. Dem könne nur Abhilfe geschaffen werden, indem die Ärzte zu „Beamten“ der Bundesstaaten werden, „und zwar ähnlich, wie es bei Richtern und Pfarrern der Fall ist.“¹⁷ Die bisherigen (preußischen) Kreisärzte sollten zu „Verwaltungsärzten“ werden, denen auch die Krankenhausverwaltung und die sozialhygienische Tätigkeit obliege. Neumann gab auch den Tenor vor, der der gesundheitspolitischen Sozialisierungsdebatte ab 1918 zugrunde lag, in der es nicht oder nicht per se um die Einführung eines Rätessystems ging. Eher und wesentlicher ging es darum, staatlichen, kommunalen

oder Krankenkasseninstanzen einen höheren Stellenwert im Gesundheitssystem zuzubilligen. Bei Neumann las sich das wie folgt:

„Das Bedenken, daß eine derartige Gestaltung des Ärztestandes ein weiterer Schritt zur Sozialisierung unserer Gesellschaft ist, dürfte heut an sich wohl niemand mehr schrecken, wo jeder Einsichtige sehen und zugeben muß, daß wir auf sovielen [sic] Gebieten mitten in der Sozialisierung sind. Ob Sozialismus, ob nicht, ist zur Beurteilung hier so wenig entscheidend, wie sonst wo.“¹⁸

Neumanns Konzept war nicht sozialistisch, sondern eher nationalistisch und religiös geprägt.

Die Debatte nahm indes noch andere Wendungen. Nachdem in München im November 1918 die Republik Bayern („Freistaat Bayern“) ausgerufen worden war, wurde schnell die Forderung nach einem Gesundheitsministerium erhoben.

In dieser Zeit war in München auch der österreichische Mathematiker und Philosoph Otto Neurath (1882–1945) aktiv, der seit 1909 an seiner „Kriegswirtschaftslehre“ arbeitete. Neurath ging aus von der These, dass in Kriegszeiten der Lebensstandard nicht allgemein sinke sondern eher steige. Der Marktmechanismus sei im Krieg weitgehend ausgeschaltet. Geld sei weniger wichtig als die produzierbare Menge an Gütern für den Kriegsbedarf. Dadurch entstehe eine Verwaltungs- anstelle einer Verkehrswirtschaft, was den Wohlstand hebe. Am 25. Januar 1919 hielt Neurath vor dem Münchner Arbeiterrat einen Vortrag, in dem er forderte, die noch bestehenden Kriegsorganisationen zur Umgestaltung der Volkswirtschaft mit einem zentralen Wirtschaftsplan zu nutzen. Dies sollte auch für den Gesundheitssektor gelten, in dem – wie überall sonst im neuen System – Streiks verboten sein müssten. Das verstand er als Sozialisierung, die wiederum abgegrenzt wurde von Sozialismus.¹⁹

Es hing stets davon ab, wer von „Sozialisierung“ (Vergesellschaftung) sprach, was darunter verstanden wurde und ob die Vorstellung einer sozialistischen Umgestaltung maßgebend war. Der aus Włocławek im russischen Teil Polens stammende Münchner Arzt Mieczysław Epstein (1868–1931), der der MSPD²⁰ und dem „Verein sozialistischer Ärzte“ angehörte, hielt Sozialisierung und Sozialismus für untrennbar miteinander verbunden. Der politischen müsste die soziale Revolution folgen und mit ihr die Aufhebung der „durch den Kapitalismus entstandenen Klassengegensätze“. Die Sozialisierung des Gesundheitswesens bedeute die planvolle Regelung von Produktion und Konsumtion oder von ärztlicher Tätigkeit und ärztlicher Krankenversorgung im Gesamtinteresse, „gleichviel, ob sie als Verstaatlichung oder genossenschaftliche Organisation mit Staatsaufsicht auftritt.“²¹ Der „Verein sozialistischer Ärzte“ (VSÄ) wurde 1919 gegründet. Er ging aus dem „Sozialdemokratischen Ärzteverein“ (1913) hervor.²²

In Berlin forderte in dieser Zeit Karl Kollwitz (1863–1940), der Ehemann der Grafikerin und Bildhauerin Käthe Kollwitz (1867–1945), der auch dem VSÄ angehörte, dass die ärztliche Versorgung unentgeltlich sein müsse und alle Ärzte, die es wollten, als angestellte Ärzte im öffentlichen Dienst arbeiten sollten. Die Behandlung solle dann in „öffentlichen Sprechstellen“ stattfinden. Die Zielsetzung drückte Kollwitz pathetisch aus: „Eine wirkliche allseitige Hygienisierung eines Volkes erfordert darum als erste Vorbedingung die Verstaatlichung des Aertzewe-sens.“²³

Auf dem 41. Deutschen Ärztetag in Eisenach im September 1919 wurde die Sozialisierungs-Debatte tendenziell verunglimpft. Der geladene Redner Otto Mugdan (1861–1925), ein rechtsliberaler Vertreter des „Leipziger Verbandes“ und Sozialpolitiker, der bis zur Revolution Abgeordneter im Reichstag und dann im Preußischen Abgeordnetenhaus gewesen war, denunzierte den Terminus „Sozialisierung“ als anbietende Bezeichnung, um den „Massen“ im Anschluss an die Novemberrevolution nach dem Mund zu reden. Ein anderer Vertreter des „Leipziger Verbandes“, der Sozialpsychologe und Nervenarzt Willy Hellpach (1877–1955), wendete das Ganze zur „Idee der Sozialisierung“ als „genossenschaftlicher Umgliederung der Gesellschaft“, die die Ärzte „führend“ betrieben hätten.²⁴ Hellpach war linksliberaler Politiker der DDP,²⁵ ab 1922 badischer Unterrichtsminister, 1924/25 badischer Staatspräsident und 1925 Kandidat für die Reichspräsidentenwahl. Er war lange Jahre in Karlsruhe tätig, bis er 1926 in Heidelberg zum ordentlichen Honorarprofessor an der Philosophischen Fakultät ernannt wurde. Man konnte unschwer schließen, dass er 1919 mit der „genossenschaftlichen Umgliederung“ der Ärzte die Organisation im „Leipziger Verband“ meinte.

Der praktische Arzt und Frauenarzt Richard Roeder (1875–1953), der von 1923–1934 Stadtarzt von Berlin-Treptow war und dem VSÄ angehörte, entwickelte 1918/19 ein eigenes Konzept. Er plädierte dafür, die große Anzahl von kleinen Krankenkassen aufzulösen zugunsten der großen Allgemeinen Ortskrankenkassen. Ärzte sollten weder durch Verstaatlichung noch Kommunalisierung verbeamtet werden, sondern über eine „Sozialisierung des ärztlichen Berufes innerhalb der Krankenkassen.“²⁶ Die selbstverwaltete ärztliche Tätigkeit solle in Ambulatorien stattfinden, die er „Gesundheitshäuser“ nannte.²⁷

Diese Ausrichtung bot Konfliktstoff, der im Jahr 1923 kulminierte, als das „Berliner Abkommen“ von 1913 ablief und Streitigkeiten zwischen standespolitisch organisierter Ärzteschaft und den Krankenkassen dazu führten, dass die Krankenkassen Ambulatorien zur ärztlichen Versorgung ihrer Mitglieder einrichteten. Streitigkeiten, die sich um die Frage von parteipolitischer Zugehörigkeit, aber auch um die Frage der Stellung zu den Krankenkassen drehten, waren es schließlich 1923/24 auch, die zu einer Spaltung des VSÄ führte, aus dem der VSÄ in Berlin, Leipzig, Breslau und anderen Städten hervorging, außerdem der „Sozialdemokratische Ärztebund“ und der „Sozialdemokratische Ärzteverein“, wobei die beiden letztgenannten sich 1926 zur „Arbeitsgemeinschaft sozialdemokratischer Ärzte“ (AGSÄ) zusammenschlossen, die von der SPD als sozialdemokratische Ärzteorganisation anerkannt wurde.²⁸

Auf der anderen Seite, im rechten politischen Spektrum, mehrten sich ab 1925 Überlegungen zur ärztlichen „Planwirtschaft“, verstanden als gelenkte Ausbildung und Verteilung von Ärzten (Zulassung zum Studium, Unterbringung der „Jungärzte“, Verteilung auf Stadt und Land). Darin ging der Begriff der „Sozialisierung des Heilwesens“ auf.²⁹ Ab 1933 konnten viele „Jungärzte“ schließlich Posten übernehmen, die durch die Ausschaltung jüdischer Ärzte frei wurden. In der Ärzteschaft war inzwischen der nationalsozialistische Organisationsgrad besonders hoch.³⁰

Als sich der Neuköllner Stadtarzt Raphael Silberstein (1873–1926), der dem VSÄ angehörte, im Februar 1919 im „Vorwärts“ mit Fragen der Ausrichtung des Gesundheitswesens auch im Hinblick auf Seuchen auseinandersetzte, erwähnte er

speziell die Lungenleiden durch Tuberkulose, die Grippe war nicht relevant. Sein Strukturvorschlag zielte darauf ab, den Gemeinden eine zentrale Rolle zuzugestehen, mit dem Zusatz: „Soll die Gesundheitspflege in den Gemeinden gedeihen, so müssen Hygieniker, d.h. Aerzte, die soziale Hygiene verstehen, in möglichst großer Zahl in die Stadtverwaltungen hinein.“ Bezogen auf die Sozialisierungsfrage führte er aus: „Solange die Sozialisierung der Krankenbehandlung noch nicht durchgeführt ist, ist die Familienbehandlung die beste Lösung dieser Frage.“³¹

Die Sozialisierungsdebatte in Baden

Die Förderung der Versorgung von Familienangehörigen im Rahmen der Krankenversicherung war wiederum etwas, worum sich insbesondere der liberale badische Sozialhygieniker Alfons Fischer (1873–1936) bemüht hat. Fischer war auf institutioneller Ebene aktiv. Er gründete 1916 die „Badische Gesellschaft für soziale Hygiene“ und war auch beteiligt an der Neuausrichtung des „Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege“ sowie der „Deutschen Gesellschaft für soziale Hygiene“ zum Ende des Ersten Weltkriegs. Den Zentralbegriff der gesundheitspolitischen Debatte der Zeit interpretierte er dementsprechend:

„Das Heilwesen sozialisieren heißt, allen Staatsbürgern, ohne Unterschied ihrer Geldmittel, ärztliche Hilfe zuteilwerden zu lassen, und zwar nicht nur in Gestalt von Behandlung, wenn eine Erkrankung bereits vorliegt, sondern auch in Form vorbeugender Untersuchung und Beratung, um zu erwartende Krankheiten zu verhüten.“³²

Nicht vom publizistisch präsenteren Alfons Fischer aus Karlsruhe, sondern von Ernst Kürz aus Heidelberg stammte jedoch der einzige badische Beitrag explizit zur Debatte der Sozialisierung des Gesundheitswesens. Kürz sprach dabei jedoch von Reform statt von Sozialisierung. Diesen Beitrag publizierte er im Jahr 1920 im badischen Ärztekammerblatt. Kürz entschied sich für ein Konzept staatlich angestellter Distriktärzte (D-Ärzte), denen in einem System, das von unten nach oben aufgebaut werden sollte, die Allgemeinheit im Distriktgesundheitsrat gegenüberstehen sollte. Hinzukommen sollten die Kreisärzte (K-Ärzte) als Nachfolger der bisherigen Bezirksärzte, die sich der Sozialhygiene und dem Verfassen von Obergutachten widmen sollten, und zwar mit hinlänglichem Auskommen, so dass sie nicht noch eine eigene Praxis führen müssten. Ihnen würden auch die ärztlichen Aufgaben obliegen, die dem reinen Tagesgeschäft entzogen wären.

„Der durch den Krieg und die Nachkriegszeit wohl jedermann deutlicher gewordene Zusammenhang zwischen Gesundheit und Ethik wird den K-Arzt auch in engere Beziehung zu den Kulturfragen und - Bestrebungen bringen.“

Die freie Praxis von Ärzten sollte in Kürz' Konzept nicht unterbunden werden. Die frei praktizierenden Ärzte sollten jedoch außerhalb des neuen Systems agieren. Die beiden gerichtsärztlichen Institute, der Universität Heidelberg und Freiburg, sollten die Aufgaben der „Kriminaltechnologie“ wahrnehmen. Als oberste politische Behörde wäre ein „Landesgesundheitsamt“ zu gründen, dessen Leitung ärztlich sein sollte und das „Sitz und Stimme“ auf ministerielle Ebene haben müsste.³³

Ernst Kürz nach seiner Zeit in Heidelberg

Alfons Fischer hat Kürz' Konzept als „sehr beachtenswert“ gekennzeichnet. Es ist jedoch überregional – soweit bekannt – gar nicht rezipiert worden und in Baden nur sehr spärlich. Im Februar 1919 wurde Kürz in den Vorruhestand verabschiedet. Im Oktober 1922 bedankte sich der ärztliche Kreisverein Heidelberg-Land (als Teil des Heidelberger „Vereins für Volkswohlfahrt“) aus Anlass einer im September 1922 abgehaltenen Debatte über die „Neugestaltung der Gesundheitsfürsorge in Baden“ schriftlich bei Kürz für seine Bezirksarzt-Tätigkeit. Es wurde ausgeführt, dass Kürz „selbst an erster Stelle für die Durchführung der Soc. Hygiene“ in seinem „eigenen Wirkungskreis praktisch tätig gewesen“ sei und „in Wort + Schrift schon damals einer Umgestaltung der Gesundheitsfürsorge in unserem Heimatland das Wort geredet + beachtenswerte Vorschläge zu einer solchen gemacht“ habe. Das kam einem Nachruf gleich, Kürz verschwand von der politischen Bühne.

Über Kürz' Leben ist 1963 ein Vortrag gehalten worden, dessen Manuskript anschließend an entlegener Stelle publiziert wurde.³⁴ Sein politisches Wirken nach dem Ersten Weltkrieg ist, soweit bekannt, auf Deutsch erstmals 2002 erwähnt worden,³⁵ auf Englisch im Jahr 2003.³⁶ Das Fazit des Aufsatzes von 2002 lautete:

„Baden kommt nicht nur für die ‚Gesamtentwicklung der deutschen Revolution von 1918/19‘ keine besondere Bedeutung zu. Auch für das Gesundheitswesen gilt, dass die Revolution und die Grippe-Pandemie kein Ausgangspunkt für grundlegende Veränderungen war. Die Influenza wurde faktisch zum Naturereignis deklariert, dem man nichts entgegenzusetzen könne. Die Bakteriologie gab keine befriedigende Antwort, Prävention lag außerhalb des Horizontes. So schnell, wie sie gekommen war, ging die Grippe auch wieder. Danach sprach man einfach nicht mehr darüber.“³⁷

In einer vielbeachteten britischen Gesamtdarstellung der Geschichte der Spanischen Grippe aus dem Jahr 2017 ist die Publikation, in der Ernst Kürz 2003 erwähnt wurde, aufgegriffen worden (allerdings wurde der Name nun falsch als Ernst Künz wiedergegeben). Hier wurde Kürz zum Gewährsmann für die gesundheitspolitische Debatte im Deutschen Reich schlechthin stilisiert. Da sein Vorschlag jedoch abgelehnt worden sei, sei die „gründliche Reform“ im deutschen Gesundheitswesen unterblieben. In der Darstellung wird dann vereinfachend ein großer Bogen geschlagen:

„Obwohl Ernst Künz' [sic] Reformvorschlag kein Gehör gefunden hatte, verschob sich der Akzent im deutschen Gesundheitswesen in der Weimarer Republik (1919–33) allmählich immer mehr von der privaten zur öffentlichen Gesundheitsfürsorge, und als in Deutschland die Nationalsozialisten an die Macht gelangten, waren es deutsche Ärzte bereits gewohnt, bei der medizinischen Versorgung mit staatlichen Stellen zusammenzuarbeiten.“³⁸

Dies wirft ein Schlaglicht auf ein Problem, das die Historiographie der Spanischen Grippe insgesamt betrifft. Es ist oft betont worden, dass die Geschichte der Spanischen Grippe sich nicht im kollektiven Gedächtnis abgebildet habe, was dadurch bedingt sei, dass ihr zeitgenössisch insgesamt nicht ansatzweise der Stellenwert zubilligt wurde, wie das, getriggert durch neue molekularbiologische Zugangsweisen zur Grippevirologie, seit den 1990er-Jahren ex post der Fall ist. Das gilt

insbesondere für die Geschichte der Influenza 1918–1920 im Deutschen Reich. Insofern unterliegt die Historiographie der Spanischen Grippe immer der Gefahr, dass sie anachronistisch ist. Es werden Dinge hineininterpretiert, die den Quellen nicht oder nur sehr eingeschränkt entlockt werden können. So wurde in der Diskussion über Maßnahmen zur Eindämmung der Corona-Pandemie im Jahr 2020 Bezug genommen auf die Spanische Grippe, um „die Empfehlung konkreter präventiver Maßnahmen mit historischer Evidenz zu belegen.“³⁹ Da die Spanische Grippe als Prototyp (nicht als Solitär) einer neuzeitlichen desaströsen Pandemie herangezogen wird, ist es zu verlockend, der bedeutendsten Pandemie des 20. Jahrhunderts plausible Lehren, die der eigenen aktuellen Überzeugung entsprechen, entlocken zu wollen. Man kann probatorisch unterstellen, dass das Kürz nicht gefallen hätte, der sich zeitlebens für Geschichte interessierte. Obzwar sein historiographisches Verständnis dem heute üblichen nicht entspricht, nahm er es auf seine Art immerhin sehr genau mit historischen Zusammenhängen.

Als er 1919 den Dienst in Heidelberg quittierte, zog Ernst Kürz nach Freiburg und schloss sich dort dem Medizinhistoriker Paul Diepgen (1878–1966) an, um seinem medizinhistorischen Interesse nachzugehen. Diepgen, der von 1906 bis 1929 hauptberuflich als Frauenarzt in Freiburg tätig war, war Kürz bekannt, auf jeden Fall über die gemeinsame Mitgliedschaft in der „Badischen Gesellschaft für soziale Hygiene“. Dem Kontakt in Freiburg entsprang eine Monographie zur Geschichte der Freiburger Medizinischen Fakultät aus Kürz' Feder, die 1929 erschien.⁴⁰

Die Jahre nach dem Weggang aus Heidelberg waren schwierig für Kürz. Er litt unter Herzproblemen, chronischen Rückenschmerzen, Arthritis und Erschöpfungszuständen. Die Bezüge, die er erhielt, reichten nur für ein sehr bescheidenes Leben für sich und seine Familie. Versuche, wieder in staatliche Dienste zu treten, schlugen 1922–1924 fehl. Zum Schluss erschwerte ihm noch der graue Star zusehends das Lesen. Im Mai 1937 ist Ernst Kürz 78-jährig in Freiburg gestorben.

Sein Reformvorschlag von 1920 war Teil einer größeren Debatte, die unter dem Schlagwort der Sozialisierung geführt wurde, aber ganz unterschiedliche Überlegungen umfasste (1918–1925). Seine Intervention entfaltete keine längerfristige Wirkung. Wie sehr er dafür Impulse aus seinen Erfahrungen in der Zeit der Spanischen Grippe erhalten hatte, bleibt letztlich spekulativ.⁴¹ Die Spanische Grippe im Deutschen Reich blieb öffentlich blass. Ein zeitgeschichtliches Bewusstsein ihrer enormen Relevanz entwickelte sich 1918–1920 allgemein nicht. Sie geriet bis Ende des 20. Jahrhunderts fast in Vergessenheit – so wie Ernst Kürz als handelnde Person.

Anmerkungen

- 1 Grippe-Meldungen aus der „Moosburger Zeitung“, zusammengestellt von Helmut Lahr, Garching bei München. Dem Autor zur Verfügung gestellt am 11.12.2018. Vgl. Helmut Lahr: Langenpreising im Ersten Weltkrieg. Die Kriegsgespenster der Gemeinde 1914–1918, Selbstverlag 2018.
- 2 Zit. nach Wilfried Witte: Die Spanische Grippe 1918 bis 1920 in der Grafschaft Bentheim – Annäherungen an die Geschichte einer Seuche im ländlichen Raum. In: Eugen Kotte, Helmut Lensing (Hgg.): Die Grafschaft Bentheim im Ersten Weltkrieg. „Heimatfront“ an der deutsch-niederländischen Grenze, Nordhorn 2018, S. 414–433.
- 3 24. Sitzung vom 30. Oktober 1918, in: Verhandlungen der Berliner medizinischen Ge-

- sellschaft aus dem Gesellschaftsjahre 1918 (Separat-Abdruck aus der Berliner Klinischen Wochenschrift), Band LIX, Berlin 1919, S. 179.
- 4 Arnold Höllriegel: Der Gesundheitszustand. Vossische Zeitung vom 14.11.1918, Abend-Ausgabe.
 - 5 Soweit im Folgenden nicht anders ausgewiesen, richten sich die nachfolgenden Ausführungen nach der Darstellung in Wilfried Witte: Erklärungsnotstand. Die Grippe-Epidemie 1918–1920 in Deutschland unter besonderer Berücksichtigung Badens, Herbolzheim 2006.
 - 6 Ernst Kürz, Emil Kraepelin: Ueber die Beeinflussung psychischer Reactionen durch regelmäßigen Alkoholgenuss, Leipzig 1900.
 - 7 Ernst Kürz: Soziale Hygiene, Berlin, Wien 1907, S. 15, 35–36.
 - 8 Michael Hubenstorf: Die Genese der Sozialen Medizin als universitäres Lehrfach in Österreich bis 1914. Ein Beitrag zum Problem der Disziplinbildung und wissenschaftlichen Innovation, Med. Diss. Freie Universität Berlin 1992, S. 178–179.
 - 9 58. Jahres-Bericht über die Luise-Heilanstalt für kranke Kinder in Heidelberg (1. Januar bis 31. Dezember 1918), Heidelberg 1919.
 - 10 Daniel S. Nadav: Julius Moses und die Politik der Sozialhygiene in Deutschland, Geringen 1985. Vgl. auch: Nicole Mayer-Ahuja: Massenarbeitslosigkeit, Sozialpolitik und die gesundheitlichen Folgen. Die Ärztebefragung des Reichstagsabgeordneten Dr. Julius Moses aus dem Krisenjahr 1931, Pfaffenweiler 1999.
 - 11 Howard Phillips: „Black October“: the Impact of the Spanish Influenza Pandemic of 1918 on South Africa, Pretoria 1990, S. XV.
 - 12 Kurt Finkenrath: Sozialismus im Heilwesen. Eine geschichtliche Betrachtung des Medizinalwesens im Herzogtum Nassau von 1800–1866, Berlin 1930; Heinrich Boruttau: Die Verstaatlichung des ärztlichen Standes in historisch-kritischer Beleuchtung, in: Zeitschrift für ärztliche Fortbildung 16, 1919, S. 179–180; Alfons Fischer: Geschichte des deutschen Gesundheitswesens, Band 2, Berlin 1933, ND Hildesheim 1965, S. 386–387.
 - 13 Die medicinische Reform. Eine Wochenschrift, 1 (1848), S. 125.
 - 14 George Rosen: Was ist Sozialmedizin? Analyse der Entstehung einer Idee. What is Social Medicine? A Genetic Analysis of the Concept (1947), übers. von Manfred Skopec, in: Erna Lesky (Hg.): Sozialmedizin. Entwicklung und Selbstverständnis, Darmstadt 1977, S. 283–354.
 - 15 Gerhard Baader: Salomon Neumann, in: Wolfgang Ribbe (Hg.): Berlinische Lebensbilder, Bd. 2, Berlin 1987, S. 151–174; Ragnhild Münch: Gesundheitswesen im 18. und 19. Jahrhundert. Das Berliner Beispiel, Berlin 1995; Wilfried Witte: Reform, Medizinische (1848/49), in: Werner E. Gerabek et al. (Hgg.): Enzyklopädie Medizingeschichte, Berlin, New York 2004, S. 1221–1223.
 - 16 Ernst Neumann: Die Neugestaltung des Ärztstandes, des Krankenhauswesens und der öffentlichen Gesundheitspflege, Berlin 1918.
 - 17 Ebd., S. 15.
 - 18 Ebd., S. 49.
 - 19 Otto Neurath: Wesen und Weg der Sozialisierung. Gesellschaftstechnisches Gutachten vorgetragen in der 8. Vollsitzung des Münchner Arbeiterrates am 25. Januar 1919, München 1919.
 - 20 Mehrheitsozialdemokratische Partei Deutschlands, von 1917–1922 offizieller Parteiname der SPD, in Abgrenzung zur USPD (Unabhängige Sozialdemokratische Partei Deutschlands, 1917–1931).
 - 21 Mieczysław Epstein: Die Sozialisierung des Gesundheitswesens, in: Berliner Ärzte-Correspondenz 22, 1919, S. 45–47.
 - 22 Eckard Hansen, Michael Heisig, Stephan Leibfried, Florian Tennstedt: Seit über einem Jahrhundert ...: Verschüttete Alternativen in der Sozialpolitik. Sozialer Fortschritt, organisierte Dienstleistungsmacht und nationalsozialistische Machtergreifung. Der Fall der Ambulatorien in den Unterweserstädten und Berlin. 100 Jahre Kaiserliche Botschaft zur Sozialversicherung. Eine Festschrift, Köln 1981; Götz Aly et al. (Hgg.): Internationales Ärztliches Bulletin. Zentralorgan der Internationalen Vereinigung Sozialistischer Ärzte Jahrgang I–VI (1934–1939), Reprint, Berlin 1989.

- 23 Karl Kollwitz: Die Sozialisierung der Aerzteschaft, in: Deutsche Medizinische Wochenschrift 45, 1919, S. 66.
- 24 Protokolle in Bergeat, in: Münchner Medizinische Wochenschrift 66, 1919, S. 1183; Peyser, in: Deutsche Medizinische Wochenschrift 45, 1919; S. 1144, Bornstein, in: Zeitschrift für ärztliche Fortbildung 16, 1919, S. 621; Vollmann, in: Ärztliches Vereinsblatt für Deutschland 48, 1919, Sp. 169. (Die Vornamen der Autoren konnten nicht ermittelt werden. Red.)
- 25 Deutsche Demokratische Partei.
- 26 Richard Roeder: Die Sozialisierung des Kassenarztes, in: Ortskrankenkasse 6, 1919, Sp. 221–226.
- 27 Richard Roeder: Die Sozialisierung der ärztlichen Tätigkeit im Verbands der Gesundheitsversicherung, Berlin 1920; Wilfried Witte: Richard Roeder, in: Werner E. Gerabek et al. (Hgg.): Enzyklopädie Medizingeschichte, Berlin, New York 2005, S. 1257–1258.
- 28 Florian Tennstedt, Christian Pross, Stephan Leibfried: Sozialistische Ärzte und Medizin im Nationalsozialismus, in: Götz Aly (wie Anm. 22), S. VII–XX.
- 29 Helmut Lehmann (Hg.): Jahrbuch der Krankenversicherung 1925, Berlin 1926; Stefanie Feigenbaum: Die Tendenz zur Sozialisierung der ärztlichen Hilfe in Deutschland und Oesterreich, Berlin 1923; Heinrich Rosenhaupt: Individual- und Sozialarzt, in: Zeitschrift für Schulgesundheitspflege und soziale Hygiene, 37, 1924, S. 132–141; Helmut Lehmann: Ärzte und Krankenkassen, Berlin 6. Auflage 1932.
- 30 Rebecca Schwoch: Ärztliche Standespolitik im Nationalsozialismus. Julius Hadrich und Karl Haedenkamp als Beispiele, Husum 2001.
- 31 Raphael Silberstein: Gemeindegesundheitspflege und Sozialdemokratie, in: Vorwärts, 10.02.1919, Abendausgabe.
- 32 Nachlass Alfons Fischer im Senckenbergischen Institut für Geschichte der Medizin der Universität Frankfurt am Main, zitiert nach Klaus-Dieter Thomann: Alfons Fischer (1873–1936) und die Badische Gesellschaft für soziale Hygiene, Köln 1980, S. 308, Fußnote 45.
- 33 Ernst Kürz: Zur Reform des badischen Gesundheitswesens, in: Ärztliche Mitteilungen aus und für Baden 74, 1920, S. 102–105.
- 34 Walter Artelt: Ernst Georg Kürz 1859–1937. Vortrag, gehalten am 1.10.1963 auf der Jahresversammlung der Deutschen Gesellschaft für Geschichte der Medizin, Naturwissenschaft und Technik e.V., Schaffhausen (gedrucktes Manuskript), Senckenbergisches Institut für Geschichte der Medizin der Universität Frankfurt am Main 1963.
- 35 Wilfried Witte: Gesundheitspolitik in Zeiten der Spanischen Grippe. Die Debatte zur Umgestaltung des deutschen Gesundheitswesens nach dem Ersten Weltkrieg und die Grippe-Pandemie 1918–1920 im Hinblick auf die Verhältnisse in Baden, in: Udo Schagen, Sabine Schleiermacher (Hgg.): Sozialmedizin, Sozialhygiene, Public Health. Konzepte und Visionen zum Verhältnis von Medizin und Gesellschaft in historischer Perspektive, Berlin 2002, S. 9–14.
- 36 Wilfried Witte: The plague that was not allowed to happen. German medicine and the influenza epidemic of 1918/19 in Baden, in: Howard Phillips, David Killingray (Hgg.): The Spanish Influenza Pandemic of 1918–19. New Perspectives, London, New York 2003, S. 49–57, 259–262.
- 37 Witte (wie Anm. 35), S. 14.
- 38 Laura Spinney: 1918 – Die Welt im Fieber. Wie die Spanische Grippe die Gesellschaft veränderte. Pale Rider. The Spanish Flu of 1918 and How it Changed the World (London 2017), München 2018, S. 281, 285.
- 39 Benjamin Scheller: Die Pest, die spanische Grippe und eine seltsame Niederlage: Vom Nutzen und Nachteil historischer Analogien in Zeiten von Covid-19, in: Martin Florack, Karl-Rudolf Korte, Julia Schwanholz (Hgg.): Coronakratie. Demokratisches Regieren in Ausnahmezeiten, Frankfurt, New York 2020, S. 257–268.
- 40 Ernst Georg Kürz: Die Freiburger Medizinische Fakultät und die Romantik, München 1929.
- 41 Hier muss ich auch meine eigene, eindeutige Behauptung eines Zusammenhangs mit den Erfahrungen der Spanischen Grippe, die ich 2003 getätigt habe, relativieren. Witte (wie Anm. 36), S. 57.