Johanna Bleker, Volker Hess (Hg.)

Die Charité

Die Charité

Geschichte(n) eines Krankenhauses

Herausgegeben von
Johanna Bleker, Volker Hess

Akademie Verlag

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über http://dnb.d-nb.de abrufbar.

ISBN 978-3-05-004525-2

© Akademie Verlag GmbH, Berlin 2010

Das eingesetzte Papier ist alterungsbeständig nach DIN/ISO 9706.

Alle Rechte, insbesondere die der Übersetzung in andere Sprachen, vorbehalten. Kein Teil dieses Buches darf ohne schriftliche Genehmigung des Verlages in irgendeiner Form – durch Fotokopie, Mikroverfilmung oder irgendein anderes Verfahren – reproduziert oder in eine von Maschinen, insbesondere von Datenverarbeitungsmaschinen, verwendbare Sprache übertragen oder übersetzt werden.

Foto auf Schutzumschlag: Wiebke Peitz, Medien CFM Charité
Einbandgestaltung: NORDSONNE IDENTITY, Berlin
Satz: Ingo Scheffler, Berlin
Druck und Bindung: Druckhaus »Thomas Müntzer« GmbH, Bad Langensalza

Printed in the Federal Republic of Germany

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis 8

Abbildungsverzeichnis 9

Einleitung 13
Johanna Bleker und Volker Hess

1. Das Charité-Lazarett (1710–1790) 18
Ilona Marz
1. Das Haus bekommt einen Zweck und seinen Namen 18
2. Militärärztliche Ausbildung und Gründung der Pépinière 23
3. Zur Organisation eines Großkrankenhauses im 18. Jahrhundert 25
4. Die Medizin an der Charité 36
5. Charité-Kritik am Ende des 18. Jahrhunderts 42

2. Die Alte Charité, die moderne Irrenabteilung und die Klinik (1790–1820) 44
Volker Hess
1. Neue Patienten für die Charité 45
2. Die „psychische Kur" 52
3. Die Gehirnlehre als Ratio der psychiatrischen Therapie 57
4. Die Charité als Klinik der Pépinière 62

3. Fieberbehandlung und klinische Wissenschaft (1820–1850) 70
Volker Hess
1. Streit um die Charité: Eine Großstadt ohne Krankenhaus 74
2. Eine therapeutische Revolution 79
3. Charité und Universitätsmedizin 83
4. Das Labor in der Klinik 91

4. Chirurgie und naturwissenschaftliche Medizin (1850–1890) 99

Gerhard Baader, Thomas Beddies, Marion Hulverscheidt

1. Die Chirurgie als akademische Disziplin 101
2. Zwischen Armenasyl und militärärztlicher Bildungsanstalt 103
3. Der Weg zur modernen Chirurgie 108

4. Ausblick 124

5. Kinder, Streik und neue Räume (1890–1918) 126

Thomas Beddies, Marion Hulverscheidt, Gerhard Baader

1. Kinderheilkunde und Kindersterblichkeit in den 1880er und 1890er Jahren .. 127
2. Der Charité-Boykott von 1893 131
3. Der Neubau der Charité 1897–1917 137
4. Die Erprobung des Diphtherieserums 140
5. Ausblick 145

6. Syphilis in Therapie und Forschung (1918–1933) 147

Marion Hulverscheidt, Gerhard Baader und Thomas Beddies

1. Charité ohne Uniformen 148
2. Von den separaten Stuben für Venerische zur Universitätshautklinik 152
3. Die Syphilis als Volkskrankheit und ihre Bekämpfung 155
4. Ausblick 166

7. Unter dem Hakenkreuz (1933–1945) 169

Udo Schagen und Sabine Schleiermacher

1. Medizin am Volksganzen 170
2. Vertreibung 173
3. Die Ausrichtung der Ärzte auf die Rassenhygiene 179
4. Anpassung, Kollaboration und Widerstand 180
5. Anhang: Planung eines neuen Klinikums 186

8. Charité in Trümmern (1945–1949) 188

Udo Schagen und Sabine Schleiermacher

1. Medizin im zerstörten Berlin 190
2. Hochschulmedizin nach der Befreiung der Stadt 195
3. Anhang: Das Schicksal des Chirurgen Sauerbruch als Ost-West-Tragödie 200

9. Rekonstruktion und Innovation (1949–1961) 204

Sabine Schleiermacher und Udo Schagen

1. Fusion von Charité und Fakultät 205
2. Raummangel und Personalknappheit 207
3. Im zentralstaatlich organisierten Gesundheitswesen 210
4. Gesundheitsschutz als Staatsziel 213
5. Partei und Massenorganisationen 216

Exkurs 1: Die Struktur der SED an der Berliner Charité 1945 bis 1989 von *Andreas Malycha* 220

Exkurs 2: Hauptamtliche Mitarbeiter des MfS an der Charité von *Jutta Begenau* 224

Exkurs 3: Betriebliche Gewerkschaftsarbeit in der Charité von *Jutta Begenau* .. 226

6. Das Studium der Medizin 229
7. In der geteilten Stadt bis zum Mauerbau 235

Epilog 243

Volker Hess

Anmerkungen 248

Anhang: Tabellen und Lagepläne 262

Literaturverzeichnis 270

Index 291

Namensregister 291

Sachregister 295

Verzeichnis der Tabellen

Tabelle 1.1 Studenten am Collegium medico-chirurgicum. Quelle: Matrikel 1730–1797. 24
Tabelle 1.2 Durchschnittliche Aufnahmen pro Jahr und Sterblichkeit in % für Männer und Frauen im Charité-Lazarett 1731–1772. 33
Tabelle 1.3 Die häufigsten Gründe für die Aufnahme ins Charité-Lazarett 1730–1772. 35
Tabelle 1.4 Die Sterberate bei einigen der häufigsten im Charité-Lazarett behandelten Krankheiten und Zustände. 36
Tabelle 1.5 Anteil der Ledigen, Schwangeren und Venerischen an allen Lazarett-Patientinnen. 39
Tabelle 2.1. Verpflegungssätze der Charité pro Monat (1818). 49
Tabelle 2.2 Jährliche Aufnahmen in die Charité, 1796–1817 (abgeglichen und gerundet). 50
Tabelle 2.3 Die Bevölkerungsentwicklung Berlins (in 1.000 Einwohnern inkl. Garnison) absolut und in Prozent. 50
Tabelle 2.4 Abteilungen der Charité nach ihrem Anteil an Belegung und Sterblichkeit, 1796–1817 (aufsummiert). 60
Tabelle 3.1 Aufnahmen in die Charité zwischen 1835 und 1868 mit Nachweis der durch die Armenfürsorge oder durch die Ordnungsbehörden eingewiesenen Patienten. 75
Tabelle 3.2. Anzahl der zahlenden Berliner Patienten („Selbstzahler") in der Charité zwischen 1834–1847 und deren Zugehörigkeit zu einer Krankenkasse. 76
Tabelle 6.1 Jahreszugang an Paralytikern in den preußischen Irrenhäusern nach Blaschko. Entnommen: Grotjahn 1923, S. 31 161
Tabelle 7.1 Die klinischen Ordinarien im Jahr 1933 (in der Reihenfolge ihrer Berufung). 182
Tabelle 9.1 Hauptamtliche Parteisekretäre der Charité, 1955-1989. 222
Tabelle 9.2 Zahl der SED-Mitglieder an der Charité (1964). 222
Tabelle 10.1 Überblick über die Zahl der 1874–1910 aufgenommenen und gestorbenen Patienten der Charité insgesamt und für ausgewählte Klinische Abteilungen (summiert für jeweils 5 Jahre). Quelle: Charité-Annalen NF 1 (1874) – 34 (1910). 262

Verzeichnis der Abbildungen

1.1 Die Charité um 1730 (nach dem so genannten Eller-Stich)
Bildbestand Berliner Medizinhistorisches Museum der Charité. 19

1.2 Grundriss der mittleren Etage des Charité-Gebäudes um 1760
nach Johann Friedrich Walther (1768).
Bildbestand Berliner Medizinhistorisches Museum der Charité. 28

1.3 Auspeitschen lediger Mütter. Radierung von Daniel Chodowiecki.
Aus: Gerhard, Ute (Hrsg.) Frauen in der Geschichte des Rechts.
München 1997, S. 328. 34

1.4 Chirurgische Verrichtungen im 18. Jahrhundert.
Aus: Heister, Laurentius: Institutiones chirurgiae.
Amsterdam 1750, Bd. 1, Tafel XIV. 37

2.1 Die Alte Charité von Nordwesten um 1815.
Aquatinta-Stich von Calau.
Bildarchiv des Instituts für Geschichte der Medizin, Berlin. 46

2.2 Die 1800 fertig gestellte Alte Charité um 1839 von Süden gesehen.
Schwarz-weiß Reproduktion eines handkolorierten Stahlstichs.
Bildarchiv des Instituts für Geschichte der Medizin, Berlin. 48

2.3 Stundenplan für die Patienten der Irrenabteilung 1818.
Aus: Horn, Ernst: Öffentliche Rechenschaft über meine 12-jährige Dienstzeit
als zweiter Arzt des königlichen Charité-Krankenhauses zu Berlin.
Berlin 1818, S. 249. 53

2.4 Drehmaschine zur Therapie von Geisteskranken um 1818.
Aus: Horn, Ernst Öffentliche Rechenschaft über meine 12-jährige Dienstzeit
als zweiter Arzt des königlichen Charité-Krankenhauses zu Berlin.
Berlin 1818, Tafel 3. Abb. 1. 56

2.5 Plan von Berlin 1839 (Ausschnitt).
Schwarz-weiß Reproduktion aus dem im Verlag von Gustav Bethge 1839
erschienen Plan. Bildarchiv des Instituts für Geschichte der Medizin, Berlin. 65

3.1 Stadtplan von Berlin um 1857 (Ausschnitt).
Aus: Vom Marktplatz zur Metropole. Berlin in historischen Stadtplänen
aus über 300 Jahren. Berlin 1995. 73

3.2 Die 1835 fertig gestellte Neue Charité, Ansicht von Norden.
Zeitschrift für die gesamte Hygiene 1885, S. 7. 84

3.3 Die Revolution von 1848. Barrikaden in Berlin.
Aus: Ribbe, Wolfgang (Hrsg.): Geschichte Berlins. Berlin 1987, Bd. 2, S. 621. 87

3.4 Fieberkurve nach Ludwig Traube 1851.
Aus: Traube, Ludwig: Vorläufige Mittheilungen aus einer grösseren Arbeit: „Ueber Krisen und Kritische Tage". Deutsche Klinik 3–4 (1851–52), 491–94, 515–17, 145–48, 165f., 173–77. 94
3.5 Der so genannte „Frerichs-Saal" der 1. Medizinischen Klinik in der Charité um 1913. *Bildarchiv des Instituts für Geschichte der Medizin, Berlin.* .. 98
4.1 Das Sommerlazarett der Charité 1853. Zeichnung der Westansicht, des Haupteingangs und Profilriss mit Operationssaal.
Aus: Zeitschrift für Bauwesen. 3 (1853). 100
4.2 Erste Fabrikanlage der Firma Borsig 1837.
Aus: Landeskunde der Provinz Brandenburg. Berlin 1910, S. 447. 104
4.3 Das 1856 errichtete und 1873 erweiterte Leichenschauhaus sowie die Alte Charité von Nordwesten.
Bildarchiv des Instituts für Geschichte der Medizin, Berlin. 107
4.4 Profilriss des Operationssaals im Sommerlazarett (1853).
Aus: Zeitschrift für Bauwesen. 3 (1853). 109
4.5 Antisepsis durch Carbolsäureirrigation 1875.
Die Zeichnung illustriert die Dauerbefeuchtung einer im gefensterten Gipsverband ruhiggestellten offenen Unterschenkelfraktur mit Carbolsäure.
Aus: Charité-Annalen 1876, 3(1878), S. 418. 116
5.1 Säuglingsterblichkeit in Europa (1900–1912).
Aus: Langstein, Leopold und Fritz Rott: Atlas der Hygiene des Säuglings und Kleinkindes für Unterrichts- und Belehrungszwecke. Berlin 1918, Tafel 3. 128
5.2 Lageplan der neuen Kinderklinik um 1905.
Aus: Zentralblatt der Bauverwaltung 25 (1905), S. 586–587. 133
5.3 Die neue Kinderklinik (1905), Ansicht von Süden.
Bildarchiv des Instituts für Geschichte der Medizin, Berlin (Charité-Album 1910). 139
5.4 Grundriss der neuen Kinderklinik 1905 (Ausschnitt): Erdgeschoss mit dem großen poliklinischen Wartesaal und dem Hörsaaltrakt.
Aus: Zentralblatt der Bauverwaltung 25 (1905), S. 586–587. 140
5.5 Charité-Kinderklinik: Der so genannte Boxensaal für Säuglinge um 1905.
Bildarchiv des Instituts für Geschichte der Medizin, Berlin (Charité-Album 1910). 143
5.6 Charité-Kinderklinik: Krankensaal für ältere Kinder um 1905.
Bildarchiv des Instituts für Geschichte der Medizin, Berlin (Charité-Album 1910). 144
6.1 Die medizinische Fakultät 1927. Karikatur eines Medizinstudenten.
Faksimiledruck. *Bildarchiv des Instituts für Geschichte der Medizin, Berlin.* 151
6.2 Die Hautklinik der Charité (links im Bild).
Bildarchiv des Instituts für Geschichte der Medizin, Berlin. 153

6.3 Salvarsan, das erste Spezifikum gegen die Syphilis.
Bildarchiv des Instituts für Geschichte der Medizin, Berlin. 158
6.4 Moulagensammlung in der Hautklinik der Charité (1930er Jahre).
Bildarchiv des Instituts für Geschichte der Medizin, Berlin. 159
6.5 Fieberkurve (Ausschnitt) aus einer Krankenakte der Charité (1925).
Bildarchiv des Instituts für Geschichte der Medizin, Berlin. 164
7.1 Robert-Koch-Ehrung anlässlich seines 25sten Todestages am 27. 5. 1935.
Robert-Koch-Institut Berlin. 172
7.2 Die Goethe-Medaille für Kunst und Wissenschaft (Vorder-u. Rückseite), mit der Walter Stoeckel 1941 von Adolf Hitler ausgezeichnet wurde. 181
7.3 Modell eines Großklinikums an der Heerstraße (Architekt: Hermann Distel, 1941).
Bildarchiv des Instituts für Geschichte der Medizin, Berlin. 185
7.4 Aufräumarbeiten auf dem Gelände der Charité, 1945.
Bildarchiv des Instituts für Geschichte der Medizin, Berlin. 187
8.1 Russische Offiziere des medizinischen Dienstes 1945 (Charité) bei den Reichstagssäulen. 2. Reihe Mitte: Major Nikolaj Leonidowitsch Steiker (geb. 1910).
Bildarchiv des Instituts für Geschichte der Medizin, Berlin. 189
8.2 Aufräumarbeiten auf dem Gelände der Charité, 1945.
Bildarchiv des Instituts für Geschichte der Medizin, Berlin. 191
8.3 Aufräumarbeiten auf dem Gelände der Charité, 1945.
Bildarchiv des Instituts für Geschichte der Medizin, Berlin. 193
8.4 Patientenversorgung in einer Charité-Poliklinik 1946 (Foto Fritz Eschen).
Veröffentlicht in: Tägliche Rundschau, Heft 11–12, 1946, S. 28.
Bildarchiv Berlin Verlag. 194
8.5 Trümmerbeseitigung auf dem Gelände der Charité 1946.
Bildarchiv des Instituts für Geschichte der Medizin, Berlin. 198
9.1 Aufruf zur Sonntagsarbeit (Enttrümmerung der Charité).
Bildarchiv des Instituts für Geschichte der Medizin, Berlin. 207
9.2 Aufbaueinsatz der Ärzte der Universitätsfrauenklinik.
Bildarchiv des Instituts für Geschichte der Medizin, Berlin. 209
9.3 1. Maidemonstration der Angehörigen der Berliner-Universität 1951.
Bildarchiv des Instituts für Geschichte der Medizin, Berlin. 229
9.4 Veranstaltung des pathologischen Instituts im Rahmen der deutsch-sowjetischen Freundschaft 1950.
Bildarchiv des Instituts für Geschichte der Medizin, Berlin. 233
9.5 Krankenschwestern der Charité auf der 1.-Mai-Demonstration 1949.
Privatbesitz Gleichmann. 234

9.6 Blick auf die Charité vom Westen Mitte der 1970er Jahre.
Bildarchiv des Instituts für Geschichte der Medizin, Berlin. 242

Anhang

10.1 Grundriss der 1800 vollendeten Alten Charité.
Aus: Weyl, Theodor: Handbuch der Hygiene. Supplementband 4, Soziale Hygiene, Jena 1904, S. 999. 263
10.2 Grundriss der 1835 vollendeten Neuen Charité.
Universitätsbibliothek der Humboldt-Universität, Sign Hh 1/46, Blätter I-III. ... 264
10.3 Lageplan der Charité 1865.
Universitätsbibliothek der Humboldt-Universität, Sign Hh 1/46. 265
10.4 Lageplan der Charité 1886.
Universitätsbibliothek der Humboldt-Universität, Sign Hh 1/46. 266
10.5 Situation 1902. Grosser Verkehrsplan von Berlin(Ausschnitt).
Aus: Vom Marktplatz zur Metropole. Berlin in historischen Stadtplänen aus über 300 Jahren. Berlin 1995. 267
10.6 Bebauungsplan des Charité-Geländes von 1910.
Bildbestand Berliner Medizinhistorisches Museum der Charité. 268
10.7 Situation 1945. Plan des Charité-Geländes mit markierten Bombenschäden.
Bildarchiv des Instituts für Geschichte der Medizin, Berlin. 269

Johanna Bleker und Volker Hess

Einleitung

Die Charité ist heute das größte Universitätsklinikum Europas und zugleich eine der bekanntesten medizinischen Einrichtungen in Deutschland. Der Name erinnert an die Glanzzeit der deutschen Medizin am Ende des 19. und Anfang des frühen 20. Jahrhunderts. Damals strömten Studierende und Ärzte aus aller Welt nach Berlin, und konnten dort viele der neuesten Entwicklungen am Ort des Geschehens miterleben. Wenn heute alles, was in Berlin mit universitärer Medizin zu tun hat, den Namen Charité trägt, so geschieht dies in dem erklärten Willen, an diese große Tradition anzuknüpfen.

Die heute übliche Gleichsetzung von Charité und Medizinischer Fakultät hat indessen zu bestimmten historiographischen Stereotypen geführt, die von Ernst Jäckel bis hin zu den neuesten Publikationen den Aufstieg eines Pestlazaretts zum weithin anerkannten Leuchtturm der medizinischen Wissenschaften rühmen und auf die Ingeniosität herausragender Wissenschaftler und klinischer Koryphäen zurückführen.[1] Die Charité war jedoch die längste Zeit ihrer 300jährigen Geschichte keineswegs mit der Universitätsmedizin identisch. Und so haben sich die Autoren des vorliegenden Bandes entschlossen, eine Geschichte zu schreiben, die die Charité in ihrem eigenen historischen Recht begreift und in ihrer genuinen Bedeutung, wie z. B. als zentrale Institution des Berliner Gesundheitssystems oder als Schrittmacher einer modernen Krankenhausmedizin, beschreibt.

Die 1710 als Pesthaus erbaute Einrichtung wurde nach 1727 mit dem Namen „Charité" versehen und als Königliche Stiftung zur Behandlung der armen Kranken und zur Ausbildung von Feldscheren für die Armee bestimmt. Dieser Stiftungsauftrag, auf den die Stadt Berlin bis weit ins 20. Jahrhundert bestand, sah die unentgeltliche Versorgung von Bedürftigen aus der Stadt vor, was wiederum weit reichende Konsequenzen für die Entwicklung des Berliner Gesundheitssystems nach sich zog. Denn ungeachtet der Kommunalisierung der Armenfürsorge, des Aufkommens der ersten Krankenversicherungen und der enormen sozialen und wirtschaftlichen Zwängen einer rasant wachsenden Stadt verzichtete die Berliner Kommune jahrzehntelang darauf, eigene Städtische Krankenhäuser zu errichten. Stattdessen nahm die Stadtverwaltung, so weit es ihr möglich war, Einfluss auf die Unterbringung und Behandlung der Patientinnen und Patienten.

Im Gegensatz zu den meist sehr kleinen Universitätsklinika sah sich die Charité also von Anfang an mit den Realitäten einer modernen und urbanen Krankenversorgung konfrontiert. Von den aufwendigen Behandlungsmethoden in den Universitätsklinika, die an einer kleinen und ausgesuchten Zahl von Kranken erprobt wurden, unterschied sich der

„Massenbetrieb" am Königlichen Charité-Krankenhaus deutlich. Hier folgte die Prüfung von therapeutischen Verfahren oder die Einführung neuer chirurgischer Techniken in der Regel ganz pragmatisch jenen Zwängen, denen sich heute auch die Universitätsmedizin ausgesetzt sieht: der Aufgabe, eine große Zahl von Patienten möglichst erfolgreich und möglichst effizient, das heißt rasch und sparsam, zu versorgen. Auch der zweite Stiftungszweck, der die Charité zu einem militärmedizinischen Ausbildungskrankenhaus bestimmt hatte, orientierte sich an den Maximen einer rationalen Versorgung vieler Kranker, so dass die 1810 gegründete Berliner Universität von einer Nutzung der Charité absah und eigene Universitätsklinika errichtete.

Allerdings begann wenig später ein Prozess der quasi schleichenden Bemächtigung des Krankenhauses durch die Universität. 1828 wurde die Medizinische Universitätsklinik in Krankensäle der Inneren Abteilung der Charité verlagert, Mitte des Jahrhunderts wurde in dieser Klinik der erste Zivilassistent der Charité berufen. In den folgenden Jahrzehnten wurden in den alten Abteilungen neue Kliniken eingerichtet, bestehende Kliniken den Professoren der Medizinischen Fakultät anvertraut, und nach dem 1917 abgeschlossenen großen Um- und Neubau der Charité gab es keinen Bettensaal der Charité, der nicht in irgendeiner Weise für Forschung und Lehre verwendet wurde, und kein Labor, das nicht von der Medizinischen Fakultät genutzt und finanziert wurde.

Dennoch blieb die Charité eine eigene Körperschaft und damit ein „Königliches Krankenhaus" bzw. eine staatliche Einrichtung, auch in der Weimarer Zeit. Der bekannte Nobelpreisträger, der berühmte Laborwissenschaftler, der geniale Chirurg, von denen in der populären Charité-Geschichtsschreibung so gerne die Rede ist, waren nicht an der Charité tätig, sondern haben als Mitglieder der Medizinischen Fakultät zum Ruhm der Berliner Medizin beigetragen. Weder Robert Koch noch Emil Behring oder Paul Ehrlich gehörten der Charité an,[2] von Johannes Müller, Emil du Bois-Reymond und Max Rubner ganz zu schweigen.[3] Auch unter den viel gerühmten Klinikern finden sich nur selten leitende Ärzte der Charité. Ob Albrecht Graefe, Berhard von Langenbeck oder Ernst von Bergmann: Der Glanz dieser Namen fällt auf die Klinika der Berliner Universität, nicht auf das Königliche Krankenhaus mit seinen militärischen Traditionen. Diese Einrichtungen der Medizinischen Fakultät der heutigen Humboldt-Universität blicken inzwischen auch auf zweihundert Jahre ihres Bestehens zurück. Die Geschichte der Institute und Kliniken der Medizinischen Fakultät der Berliner Universität, die den Ruf der Berliner Medizin begründeten, wird in der sechsbändigen Festschrift der Humboldt-Universität gewürdigt, die parallel zu der hier vorgelegten Geschichte der Charité erscheint.[4]

Erst in der DDR wurden die theoretischen Institute und die Universitätsklinika unter dem Dach der Charité zusammengeführt, Forschung, Lehre und Krankenbehandlung in die Hand der Universität gegeben. Die Charité wurde zum Aushängeschild der universitären Medizin ausgebaut, ein Prozess, der nach der Wende von 1989 mit der Integration der klinischen Einrichtungen und medizinischen Fachbereiche der Freien Universität fort-

gesetzt und 2003 zu einem zumindest vorläufigen Abschluss kam. In zwei Schritten wurden erst das Nordklinikum (Rudolf-Virchow), dann das Südklinikum (Benjamin-Franklin) und die Vorklinik der Freien Universität mit der Charité fusioniert – und die Hochschulmedizin zugleich als eine interuniversitäre Gliedkörperschaft verselbständigt. Ob dieser Prozess abgeschlossen ist, wird sich erst zeigen müssen.

Unsere Geschichte der Charité wird also redlicher Weise auf viele der vertrauten großen Namen und manche beliebte Anekdote verzichten müssen. Sie wird sich stattdessen der Geschichte eines ungewöhnlichen Krankenhauses zuwenden, insbesondere denjenigen, die seit jeher im Mittelpunkt des Krankenhaus stehen: den Kranken, dem Pflegepersonal und den Ärztinnen und Ärzten. Pflege und Betreuung, Behandlung und Fürsorge waren und sind die wesentlichen Handlungsfelder der Charité.

Welche Behandlungsmöglichkeiten gibt es? Welchen Nutzen hat der einzelne Kranke davon? Und wer soll das bezahlen? Das sind die Grundfragen jeder medizinischen Praxis, die spezifisch für die Charité um die Achse der klinischen Forschung und militärärztlichen Ausbildung erweitert werden müssen: Wie wurden die medizinischen Wissenschaften am Krankenbett vermittelt? Auf welche Weise wurden klinische wie laborexperimentelle Forschung in den Krankenhausbetrieb integriert? Und welchen Nutzen hatten die Kranken davon, wenn sie zum Objekt der wissenschaftlichen Neugier wurden?

Anhand dieser Fragen lässt die Geschichte nicht nur den für die Charité konstitutiven Dualismus von Krankenhaus und Fakultät deutlich werden. Sie erlauben auch eine Konfliktlinie nachzuzeichnen, die nicht nur an der modernen Charité, sondern ganz allgemein das Verhältnis von Krankenhaus und universitärer Forschung und Lehre bestimmt. Nicht erst in heutiger Zeit stellen sich Fragen nach dem Verhältnis von Krankenversorgung einerseits und akademische Forschung und Lehre anderseits. Was sind die Leitlinien der Einrichtung – und mit welchen Handlungsstrategien werden sie verwirklicht? Wenn die Charité heute „Heilen – Helfen – Forschen – Lehren" dezidiert als ihre „Mission" begreift (Leitbild 2010), so sind diese Maximen einer wissenschaftlichen Medizin weder von ihrem Ziel noch von ihrer Aufgabenstellung her kongruent. Sie stehen vielmehr seit jeher in einem systematischen Widerspruch und geraten immer wieder in Konflikt, spätestens dann, wenn eine neue politisch verordnete Sparrunde ansteht. Diese Maximen in eine institutionelle Übereinstimmung zu bringen, ist auch heute die zentrale Herausforderung einer universitären Medizin.

Behandlung und Pflege, Integration in das Berliner Gesundheitssystem, Ausbildung und Training am Krankenbett, klinische Forschung und Wissenschaft – das sind die vier Elemente, die sich sehr beständig seit dreihundert Jahren durch die Geschichte der Charité ziehen. Sie bilden auch die vier Stränge, die wir versuchen, durch alle Kapitel dieses Buches zu verfolgen. Diese Komplexität lässt sich nahe liegender Weise nicht systematisch für alle Fächer oder gar klinischen Einrichtungen über dreihundert Jahre hinweg einlösen. Daher fokussiert die Darstellung für einzelne Zeiträume auf jeweils ein Fachgebiet, mit dem sich

nach unserer Meinung und nach dem derzeitigen Forschungsstand die Entwicklung der damaligen Medizin im Allgemeinen und der Charité im Besonderen besonders gut charakterisieren lässt. Für den Zeitraum 1710 bis1790 haben wir die ledigen Schwangeren und die Behandlung der Venerischen in den Mittelpunkt gestellt. Von 1790 bis 1820 beleuchten wir die Anfänge der wissenschaftlichen Psychiatrie, 1820 bis 1850 die Etablierung der klinischen Wissenschaft, 1850 bis 1890 den Weg zur modernen Chirurgie, 1890 bis 1918 die Etablierung der Kinderheilkunde, und das Kapitel 1918 bis 1933 fokussiert auf Dermatologie und Neurologie. Dabei werden sich die ersten sechs Kapiteln jeweils um ein Patientenschicksal gruppieren, um im Konkreten die für einen bestimmten Zeitabschnitt charakteristischen Zusammenhänge, bedeutenden Räume, beteiligten Personen und die Konflikte der involvierten Institutionen darzustellen. Auch die wissenschaftlichen Triumphe und Errungenschaften werden durch diese Perspektive betrachtet, womit sich zugleich die Rolle und Bedeutung der theoretischen Medizin, die in der Festschrift der Humboldt-Universität dargestellt wird, in der Praxis eines Krankenhauses widerspiegeln soll.

In den letzten drei Kapiteln, in denen die Geschichte der Charité von der Zeit von 1933 bis zum Mauerbau behandelt wird, konnte dieser Ansatz nicht mit der gleichen Konsequenz durchhalten werden. Das ist sowohl den großen Forschungslücken als auch einer Entwicklung in der gegenwärtigen Medizin geschuldet, für die es noch keine befriedigenden Beschreibungsmodelle gibt: Die zunehmende Auflösung fachdisziplinärer Grenzen bei gleichzeitiger technischer Aufrüstung von Behandlung und Forschung zu hochkomplexen industrieförmigen Aggregaten. Stattdessen werden die für die Charité nicht minder prägenden Auswirkungen der politischen Systemwechsel 1933 und 1945–49 im Mittelpunkt stehen, über die Sabine Schleiermacher und Udo Schagen in den letzten Jahren mehrere Publikationen vorgelegt haben, aus denen die Autoren auch in der vorliegenden Darstellung schöpfen, wobei ihre Texte schmerzhafte Kürzungen und andere redaktionelle Eingriffe erdulden mussten.

Der vorliegende Band ist ein gemeinschaftliches Projekt des Instituts für Geschichte der Medizin, zu dessen Gelingen – neben den Autorinnen und Autoren – alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter beigetragen haben. Geholfen haben Klaus von Fleischbein, Christa Mohaupt, Vera Seehausen und Rainer Herrn bei den Illustrationen, Sabine Selle und Stefanie Voth bei der Textbearbeitung und Jutta Buchin, Almuth Kliesch und Melanie Scholz bei der Recherche und Beschaffung der Forschungsliteratur. An der Entwicklung des Konzepts und der Inhalte waren Susanne Doetz, Eric Engstrom, Axel Hüntelmann, Anja Laukötter, Benjamin Marcus und Ulrike Thoms beteiligt. Bedanken müssen wir uns auch bei allen Doktorandinnen und Doktoranden, deren abgeschlossenen oder noch laufenden Forschungen in den vorliegenden Band mit eingegangen sind: Ralf Beig, Rainer Gorgas, Frank-Peter Kirsch, Susanne Doetz, Eric Hilf, Ole Dohrmann, Klaus-Peter Ruppert. Nicht vergessen wollen wir, dass jedes Werk nur die Arbeit von Zwergen auf der Schulter von Riesen (die

wiederum selbst nur etc) darstellt, weshalb wir an das langjährige Wirken von Rolf Winau (1937–2006) erinnern. Seine gemeinsam mit Arleen Tuchman veröffentlichte „Medizin in Berlin" legte den Grundstein für viele der in diesem Band vorgestellten Forschungen. Ebenfalls genannt werden soll die Hilfsbereitschaft, mit der die Kollegen vom Berliner Medizinhistorischen Museum der Charité, namentlich Petra Lennig und Thomas Schnalke, unser Projekt begleitet haben. Ein Dank gilt schließlich noch Elvira Damm, Alexander Steinicke, Peter Nötzold und Peter Walther in dem von Elmar Tenorth geleiteten Projekt „Universitätsgeschichte" der Humboldt-Universität, die mit ihren Recherchen und Vorarbeiten auch zum Gelingen dieses Vorhabens beigetragen haben.

Ilona Marz

1. *Das Charité-Lazarett (1710–1790)*

Die Geschichte der Charité beginnt unspektakulär. An ihrem Anfang stand ein Gebäude, dessen Zweck durch glückliche Fügung hinfällig geworden war. Erst zögernd einer medizinischen Nutzung zugeführt, erhielt dieses Haus schließlich fast ebenso zufällig seinen Namen, der das spurlos verschwundene Ursprungsgebäude und verschiedene Nachfolgebauten längst überdauert hat und heute zum festen Begriff für eine medizinische Einrichtung in Berlin und in ganz Deutschland geworden ist.

Davon war natürlich noch nichts zu ahnen, als im Winter 1727/28 die ledige M[arie] S., 24 Jahre alt, in das kürzlich eröffnete Lazarett der Charité aufgenommen wurde. Die Unglückliche war nicht nur von ihrem Liebsten verlassen und inzwischen im sechsten Monat schwanger. Er hatte sie auch mit der Syphilis infiziert und zwar in einem solchen Maße, dass Dr. Eller die junge Frau außer der Reihe, d.h. ohne den obligatorischen Einweisungsschein der Armendirektion, zum Krankenhaus geschickt hatte. Die erschütternde Geschichte der Marie S., die uns Johann Theodor Eller (1689–1760), der erste Dirigierende Arzt der Charité, in Grundzügen hinterlassen hat,[1] soll im zweiten Teil dieses Kapitels einen Eindruck von der Medizin im 18. Jahrhundert vermitteln. Zuvor aber wird der Leser einige Informationen darüber benötigen, wie und warum das Charité-Krankenhaus überhaupt zustande kam und was dies damals in der Stadt Berlin bedeutete.

1.1 Das Haus bekommt einen Zweck und seinen Namen

Diese Geschichte beginnt kurz nach der Gründung des Königreichs Preußen im Januar 1701 und der Krönung des Kurfürsten Friedrich III. zum König Friedrich I. (1657–1713) in Preußen.[2] Dies zog im Brandenburger Land und in der Residenzstadt Berlin bedeutsame Veränderungen nach sich, sicher zum Nutzen der Untertanen, mehr noch zur Macht- und Prachtdemonstration des neuen Königs. Für den in den 1690ern begonnenen Ausbau seiner Residenz mit Adelspalais, Bürgerhäusern, Kirchen, neuen Manufakturen und Kasernen und für den Bau eines großen „Hospitals" für Gebrechliche und Waisen (das später nach ihm benannte *Große Friedrichs-Hospital*), stellte der König in sorgfältiger Abwägung mehr oder weniger staatliche Fördergelder zur Verfügung. Von den zahlreichen Repräsentationsbauten in Berlin, Potsdam und in der Mark verschlang allein der quasi Neubau des Berliner Stadtschlosses viele „Tonnen von Gold".

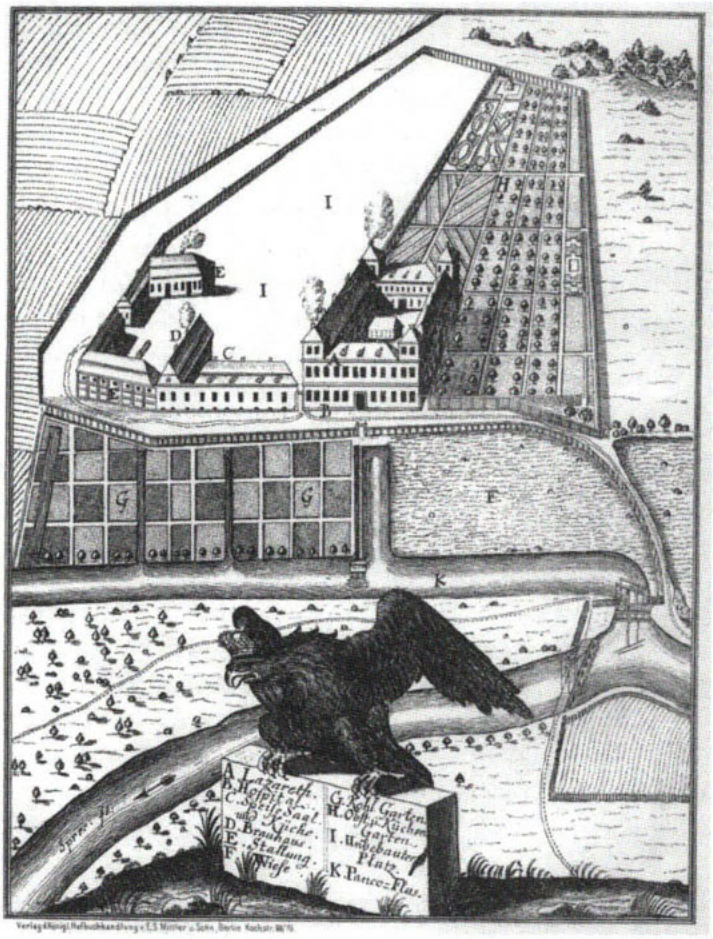

Abb. 1.1 Die Charité um 1730 (nach dem sogenannten Eller-Stich).

Schon der Große Kurfürst hatte damit begonnen, seinem an natürlichen Reichtümern armen und durch den Dreißigjährigen Krieg entvölkerten Land durch eine gezielte Zuwanderungspolitik neue Ressourcen zu gewinnen, indem er die Grenzen für die aus den katholischen Ländern vertriebenen, meist nicht unbemittelten und an Spezialkenntnissen reichen Protestanten öffnete. Darunter bildeten die Hugenotten, neben Pfälzern und Schweizern die zahlenmäßig größte Gruppe. Um 1650 hatte die Zahl der in der Doppelstadt Berlin-Cölln lebenden Menschen kaum noch 8.000 betragen. Als 1709 Berlin und Cölln mit den barocken Neustädten Friedrichswerder, Dorotheenstadt und Friedrichsstadt unter einem Magistrat zusammengefasst wurden, zählte man bereits 56.000 Einwohner und in den nächsten drei Jahrzehnten sollte sich diese Zahl noch einmal auf 110.000 verdoppeln.[3]

Folglich herrschte im Jahre 1709 nach dem morgendlichen Öffnen der Stadttore und Festungsbrücken ein reges Treiben: ein- und ausströmende Fuhrwerke und Karren, Marktleute und Händler, Bauleute, Gesellen aller Handwerkerzweige, Kunsthandwerker und Künstler,

aber auch Tagelöhner, Vagabunden, Bettler, Invalide, Gebrechliche und geschäftig hin und her eilendes Gesinde. Und so dürfte sich die Nachricht rasch verbreitet haben, dass in Ostpreußen die Pest aufgetreten sei und inzwischen schon Tausende von Toten gefordert habe, und dass zu befürchten sei, dass die Seuche über kurz oder lang auch Berlin erreichen werde. Schon gab es die ersten polizeilichen Anweisungen zum korrekten Verhalten vor und nach Ausbruch der Seuche.[4] Einen sicheren Schutz konnte jedoch weder das seit 1685 als *Medicinal-Collegium* eingerichtete Beratungs- und Verwaltungsgremium aus Stadt-, Hof- und Leibärzten versprechen, noch die seit 1701 bestehende *Societät der Wissenschaften*, obwohl diese doch nicht um des bloßen Wissens Willen geschaffen worden war sondern explizit dem Zweck dienen sollte, die von der Wissenschaft gefundenen „Wunder der Natur und Kunst" nutzbar zu machen zur „Nahrung der Armen", zur „Wohlfahrt des Vaterlandes" und zur „Exterminierung theurer Zeit, Pest und Krieges".[5]

Immerhin entschloss man sich nach ausländischem Vorbild, außerhalb der Stadt ein geräumiges „Pesthaus" zu errichten, in dem die Erkrankten isoliert und aus dem die Toten ohne Gefährdung und Beunruhigung der Stadtbevölkerung in die Massengräber gebracht werden konnten. Am 14. November 1709 unterzeichnete der König die Ordre, auf den sumpfigen Wiesen nördlich der Spree und westlich der Panke, und somit eine halbe Stunde Wegs von den nördlichen Stadttoren entfernt, mit dem Bau des Pesthauses zu beginnen. Im Lauf des Jahres 1710 war es fertig gestellt: ein in zwei Stockwerken aufgeführter quadratischer Fachwerkbau, der um einen Innenhof errichtet war und eine rund 50 mal 50 Meter große Fläche einnahm.[6] Vier Pavillons gleichende Türme überragten an jeder Gebäudeecke das Dach – so wenigstens wird das Haus einige Jahre später beschrieben.[7]

1711 erlosch die Pest in Ostpreußen. Sie hatte dort schätzungsweise 200.000 Menschen und damit ein Drittel der Bevölkerung getötet. Nach Berlin (und Brandenburg) war sie nicht gekommen. Das Haus vor den Toren der Stadt stand leer. Nach und nach wurde es von Obdachlosen besiedelt: die städtische Armenverwaltung schickte Bettler und Landstreicher in das Gebäude und verlagerte nach und nach auch einen Teil der „Hospitaliten", d.h. arme, gebrechliche oder greise Menschen, in die leerstehenden Räume. Auch die Garnison nutzte das Gebäude als Ausweich-Lazarett, jedoch ungern. Denn die Chirurgen scheuten den langen Weg zu den kranken Soldaten.

Die königliche Bautätigkeit, die Hofhaltung und Verwaltung und der Ausbau der Armee erschöpften die Staatskasse[8] und so kamen neben der Akzise (einer Steuer auf alle wichtigen Verbrauchsgüter) eine Flut von Sondersteuern über das schwache Bürgertum und die ohnehin schon armseligen Bauern.[9] Das Volk stöhnte unter den Teuerungen, litt unter zunehmender Armut und im Gefolge davon unter Krankheit und Not. Die Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe durch die Mehrzahl der Einwohner unterblieb, schon wegen der hohen Medizinaltaxe.[10] Die Tatsache, dass das ganze 18. Jahrhundert hindurch, trotz ständig steigender Bevölkerungszahl nicht mehr als 50 Ärzte in der Stadt tätig wurden und auch die Zahl der von ihren Zünften zugelassenen Chirurgen, Bader und Barbiere konstant blieb, ist

somit nicht nur ein Beleg für die erfolgreiche Verteidigung ständischer Privilegien. Die für die Medizinalberufe interessanten zahlungskräftigen Schichten blieben schmal.

Wer aus Kostengründen weder bei Ärzten und Chirurgen noch bei Barbieren oder Badern Hilfe suchen konnte, wer nicht einmal einen der zahlreichen umherreisenden Kurpfuscher[11] zu bezahlen vermochte, der musste um Unterstützung nachsuchen. Dann stellte der Gemeindeprediger dem Ärmsten nach dem demütigenden Bekenntnis seiner und seiner Anverwandten Mittellosigkeit ein Armutszeugnis aus, mit dem er monatlich Almosen aus der öffentlichen Armenkasse sowie kostenlose Medizin gegen seine Leiden erhalten konnte.[12] Bei Bedarf überwies ein in der Armenkommission tätiger Arzt den Kranken je nach augenscheinlichem Befinden und Schwere der Krankheit zur Behandlung an einen von der Stadt honorierten Armenarzt.[13]

Hatte der Kranke kein Bett und kein Heim, konnte er, falls dort Platz war, zur Pflege in die Krankenstube eines Hospitals aufgenommen werden. Die in dieser Zeit als Hospitäler bezeichneten Einrichtungen waren keine Krankhäuser im modernen Sinn. Sie dienten nicht wie heute einer intensivierten medizinischen Versorgung, sondern waren Asyle für Sieche und Gebrechliche, die so genannten „Hospitaliten". Die Hospitaliten waren meist nicht bettlägerig und benötigten auch keine medizinische Versorgung, da ihre Gebrechen als unheilbar eingestuft waren. Das heißt, sie blieben in der Regel die Monate oder Jahre ihres verbleibenden Lebens im Hospital, das, einmal belegt, kaum noch Kapazitäten für Neuaufnahmen hatte. Eine Ausnahme bildeten hier nur die in manchen Hospitälern vorhandenen Armen-Krankenstuben, in denen zwischen vier und zehn akut Kranke temporär gepflegt und sogar ärztlich versorgt werden konnten. Gemessen an der Zahl der Bedürftigen waren die bestehenden Angebote allerdings völlig unzureichend.

Um die medizinische Versorgung des Militärs stand es nicht besser. In seinem Buch *Der kranke Soldat* (1690) hatte der kurfürstliche, später königliche Leibarzt Janus Abraham à Gehema (1647–1715) das Schicksal des verwundeten Soldaten eindrucksvoll beschrieben: Es fehle den Unglücklichen nicht nur an einer guten Unterbringung, an Wartung, Hilfe und Reinlichkeit. Es fehle auch an ordentlich ausgebildeten und handwerklich geschickten Feldscheren. Dies galt nicht nur im Krieg, sondern auch in Friedenszeiten. Die preußische Armee brauchte ein Übungs- und Betätigungsfeld für ihre Chirurgen. Mit Kabinettsordre vom 18. November 1726 bestimmte der König, dass in dem ehemaligen Pesthaus neben dem bereits bestehenden „Hospital" ein ständiges „Lazareth" für kranke Soldaten und arme Bürger eingerichtet werden solle, womit er gleichzeitig eine praktische Ausbildungsstätte für die seit 1724 am *Collegium medico-chirurgicum* unterrichteten angehenden Militärchirurgen schuf:

> Es sollen auch die Krancken darin, sowohl Soldaten als Bürger von dem Dr. Eller und Regiments-Feldscherer Senff tractirt werden, und soll jederzeit ein Feldscherer von denen 8 Königlichen Chirurges pensionairs darin beständig wohnen und monatlich, nebst frey Essen und Quartier, 8 Thlr. Tractament geniessen.
> Potsdam, den 18. November 1726.
> Friedrich Wilhelm.[14]

Die Namensgebung durch Friedrich Wilhelm I. (1713–1740) erfolgte zwei Monate später am 14. Januar 1727: Auf den Rand eines Schriftstücks, das der Einrichtung die Zahlung der auf Verbrauchsgüter erhobenen Steuern erließ, schrieb seine Majestät: „es soll das haus die charité heißen".[15] Der Name sollte nicht nur die königliche Mildtätigkeit bezeugen, sondern war gleichermaßen eine Aufforderung an alle Bürger, Barmherzigkeit zu üben. Dies unterstreichend, brachte man am Eingang des Hauses einen Opferstock für finanzielle Zuwendungen an.

Doch die Barmherzigkeit war keineswegs der Hauptzweck der neuen Einrichtung. Die königliche Hauptsorge war die schlechte Versorgung der Soldaten durch weitgehend unfähige Armeechirurgen oder Feldschere. Damals wurde die Chirurgie ebenso wie das Handwerk der Bader und Barbiere praktisch im Meister-Lehrlings-Verhältnis vermittelt, während an deutschen Universitäten nur die „reine", d.h. theoretische Medizin gelehrt wurde. So mussten Regimentschirurgen auf Staatskosten nach Holland oder Paris geschickt werden, wenn sie denn eine wissenschaftlich qualifizierte Ausbildung erhalten sollten. Schon 1713, im Jahr seines Amtsantritts, hatte der Soldatenkönig zur besseren Bildung des medizinischen Personals in den Räumlichkeiten der *Societät der Wissenschaften* ein *Theatrum anatomicum* einrichten lassen, in dem öffentliche Sektionen stattfanden. Diese erregten anfangs höchste Neugier bei Medizinern und Laien, kamen aber bald weitgehend zum Erliegen. Die Bildung der Barbiere und Feldschere, die oft kaum schreiben und rechnen konnten, war damit kaum gehoben worden.

Am 3. Januar 1724 hatte der König daraufhin die inhaltliche, räumliche und personelle Erweiterung des Anatomischen Theaters zu einem *Collegium medico-chirurgicum* befohlen. Dort wurde nun nicht nur der Bau des menschlichen Körpers gelehrt, sondern auch Mathematik, Chemie und Botanik, Verbands- und Operationslehre, Heilmittellehre und allgemeine Krankheitslehre. Der in dem Gründungsschreiben des Charité-Krankenhauses genannte Johann Theodor Eller, war eigens nach Berlin berufen und zum Leibarzt und Feldmedicus ernannt worden, um das *Collegium* wissenschaftlich zu verstärken. Und um es seinen Landeskindern zu ermöglichen, von dieser Bildungseinrichtung zu profitieren, hatte der König am 18. März 1724 acht Stipendien, oder wie es damals hieß „Pensionen" für junge Militärchirurgen „von gutem Naturel und gehörigen Fähigkeiten" ausgesetzt, damit sie drei Jahre lang am *Collegium medico-chirurgicum* studieren und sich für die höhere feldärztliche Laufbahn qualifizieren konnten.[16]

Des Weiteren war unter Mitwirkung Ellers und des weithin berühmten Georg Ernst Stahl (1659–1734) im Jahre 1725 eine neue Medizinalordnung erarbeitet worden, die für alle Medizinalpersonen (Ärzte, Chirurgen, Bader, Hebammen und Apotheker), die sich in Berlin niederlassen wollten, Prüfungen vor dem *Medicinal-Collegium* vorschrieb, das nun als *Ober-Medicinal-Collegium* bezeichnet wurde. Geprüft werden sollten nicht nur die theoretischen Kenntnisse, sondern auch die Ausarbeitung eines konkreten „Falls". Doch noch immer gab es keine praktische Aus- und Weiterbildungsmöglichkeit in der Stadt Berlin. Mit

dem Bürger-Lazareth vor dem Spandauer Tor war nun eine Einrichtung entstanden, in der die Militärärzte auch in Friedenszeiten das äußerliche und innerliche Kurieren, Verbands- und Operationstechniken und die gleichzeitige Besorgung von vielen Leidenden an einem Ort erfahren und erproben konnten.

Durch ihre Funktion als Ausbildungskrankenhaus erhielt die Charité so von Anfang an eine überdurchschnittlich gute Ausstattung mit medizinischem Personal bzw. Hilfspersonal. Während die ernannten Leitenden Ärzte oder Chirurgen dem üblichen Standard der Krankenhausmedizin entsprechend allenfalls ein- bis zweimal pro Woche die Charité besuchten, würde der auf königlichen Befehl an die Charité abgeordnete „Pensionärschirurg", unterstützt von mehreren Barbieren oder Feldscheren, ständig für die Kranken da sein. Die hiermit festgelegte konstante medizinische Betreuung der Krankenhauspatienten war ein in dieser Zeit beispielloses Novum.

1.2 Militärärztliche Ausbildung und Gründung der Pépinière

Ein Beispiel für die militärchirurgische Ausbildung gibt der außerordentliche berufliche Werdegang des heute wenig bekannten Johann Christian Anton Theden (1714–1797). Der Barbiergeselle stieg unter der Regierung dreier preußischer Könige schließlich zum Ersten General-Chirurgen der Preußischen Armee auf und bereitete mit seinen Reformvorschlägen den Boden für die Gründung einer militärchirurgischen Spezialschule am Ende des 19. Jahrhunderts vor.

Thedens Karriere beleuchtet zugleich die sozialen Aufstiegsmöglichkeiten, die eine militärchirurgische Ausbildung bot. 1714 im mecklenburgischen Steinbeck geboren, hatte der des Lesens, Schreibens und Rechnens kundige Sohn eines Kleinbauern (Erbpächter) zunächst eine handwerkliche chirurgische Ausbildung zum Barbiergesellen durchlaufen. Nach weiteren drei Gesellenjahren trat der „Ausländer" 1737 als Eskadronchirurg in preußische Dienste. Dort erwies sich der Feldscher als so geschickt und zuverlässig, dass ihm eine Pensionärchirurgenstelle am *Collegium medico-chirurgicum* versprochen wurde. Erst nach dem zweiten Schlesischen Krieg 1745 konnte er dieses Privileg jedoch wahrnehmen, um sich in Berlin zum Medico-Chirurgen weiterbilden zu lassen. Hierfür stand das Berliner *Collegium medico-chirurgicum* und der praktische Unterricht in der Charité ein – eine Kombination aus Vorlesungen, praktischer Vermittlung von anatomischen Kenntnissen im *Theatrum anatomicum* und schließlich einer weitgehend selbständigen Tätigkeit am Krankenbett. Dort hatte Theden neben der Verantwortung für ein ordentlich geführtes Krankenjournal auch die ärztlichen Verordnungen auszuführen, die Arzneimittel zu verwalten und die Arbeit der Unterchirurgen zu überwachen. Darüber hinaus musste er die Diätverordnungen ausarbeiten und die täglichen Speiseanforderungen zusammenstellen sowie die Küche bei der Zubereitung derselben kontrollieren. Es war also ein weitreichendes medizinisches wie

administratives Tätigkeitsfeld, mit dem sich Theden für den höheren Militärdienst qualifizierte. Mehr noch: die Ausbildung, die Theden wie jeder Medico-Chirurg durchlief, war auf die Behandlung und Versorgung vieler Patienten mit ähnlichen oder vergleichbaren Erkrankungen ausgerichtet – eine Form von serieller klinischer Praxis, die sich von dem universitären Ideal einer hausärztlichen Krankenbettmedizin deutlich unterschied (vgl. hierzu Kapitel 2).

Nach drei Ausbildungsjahren und erfolgreicher Prüfung wurde Theden zum Regimentsfeldscher berufen und 1758 zum Dritten General-Chirurgus der Armee befördert. Ab 1768 gehörte er zur Berliner „Montagsgesellschaft" und 1773 wurde er Mitglied der *Kaiserlichen Akademie der Naturforscher Leopoldina*. Seinen akademischen Kollegen stand Theden somit in nichts nach. Eifrig publizierte er über seine chirurgischen Erfahrungen und Verbesserungen, ja Neuerungen chirurgischer Hilfsmittel. Er führte hölzerne Hohlschienen in die Frakturbehandlung sowie die „Knebeladerpresse" zur Blutstillung bei Operationen ein. In den 1770er Jahren nutzte er das neue Material Naturkautschuk für die Herstellung elastischer Kanülen, wie Katheter und Dehnsonden (Bougies) und konstruierte eine Milchpumpe für Wöchnerinnen. 1786 wurde er schließlich zum Ersten General-Chirurgen ernannt.

Obwohl die Anzahl der Pensionen im Laufe des 18. Jahrhunderts schließlich auf 16 erhöht wurde, blieb die Ausbildung der Militärchirurgen unbefriedigend. Das *Collegium medico-chirurgicum* war nicht in der Lage, den wachsenden Bedarf der Armee zu decken. Im *Collegium* waren über den Verlauf des 18. Jahrhunderts zwar knapp viertausend Hörer eingeschrieben, die zu zwei Dritteln eine chirurgische Vorbildung hatten. Die allgemeine und handwerkliche Vorbildung war oft jedoch nicht ausreichend, und ohne einen festen Ort sowie ein verbindliches Curriculum war mit der Einschreibung im *Collegium* nicht notwendigerweise eine strukturierte Ausbildung verbunden. Mit der Matrikel wurde zwar ein Anrecht auf Unterrichtung erworben, doch der Besuch dieses Unterrichts lag weitgehend in der Verantwortung der eingeschriebenen Studierenden.

Tabelle 1.1 Studenten am Collegium medico-chirurgicum (Matrikel 1730–1797)[1]

Vorbildung	n	Prozent
Militärchirurgen	99	2,6
davon Pensionärs	8	0,21
Chirurgen, Bader und Barbiere (cand. chir. und stud. chirurg. eingeschlossen)	2.569	67,6
Ärzte (cand. med. und stud. med. eingeschlossen)	976	26,1
davon zwecks Staatsprüfung	56	1,47
Apotheker (stud. pharm. eingeschlossen)	142	3,7
insgesamt	**3.802**	**100**

Wie die Übersicht zeigt, verfehlte das *Collegium* einen seiner wesentlichen Zwecke: Die Ausbildung von tüchtigen Ärzten für die preußische Armee. Das war ein wesentlicher Grund, weshalb Theden 1786 einen Plan zur Einrichtung „eines stehenden Feldlazareths im Frieden als Pflanzschule für Unterchirurgen" ausarbeitete.[18] Die Zeit war jedoch nicht reif. Erst die dramatischen Niederlagen auf preußischer Seite im ersten Koalitionskrieg (1792–95) machten den Weg für die Gründung einer solchen *Pépinière* bzw. Pflanzschule frei.

Es war schließlich Thedens Stellvertreter und Nachfolger im Amt des General-Chirurgen, der junge und ehrgeizige Johann Friedrich Goercke (1750–1822), der Friedrich Wilhelm II. (1786–1797) von dem Plan überzeugte. Er rechnete dem König einen Bedarf von insgesamt 2.156 Armeechirurgen vor, darunter 116 in höherem Dienstrang. Goercke stand nicht allein mit der Ansicht, dass Krieg quasi ein Naturgesetz sei – und der Frieden nur der Vorbereitung auf den nächsten Krieg diene: „Es ist Friede, Kameraden; lasst uns aber den Krieg nie aus den Augen verlieren! Wir sind Soldaten; daher sei unser ganzes Leben entweder dem Kriege, oder der Vorbereitung zu demselben geweiht!".[19] 1795 wurde die *Pépinière* schließlich mit den Einnahmen aus der Königlichen Lotterie gegründet. Sie bot Platz für 50 Stipendiaten aus dem niederen Lazarettdienst, die sich am *Collegium* theoretisch sowie als Unter-Chirurgen der Charité praktisch qualifizierten. Damit folgte Preußen dem österreichischen Beispiel, wo an der 1785 gegründeten medico-chirurgischen Militärakademie 200 angehende Militärärzte ausgebildet wurden.

Mit Gründung der *Pépinière* wurde die Charité endgültig zum militärärztlichen Lehrkrankenhaus – eine folgenreiche Entscheidung, die das Selbstverständnis und die Funktion des Königlichen Krankenhauses bis zum Ende der militärärztlichen Privilegien nach dem Ersten Weltkrieg prägen sollte.

1.3 Zur Organisation eines Großkrankenhauses im 18. Jahrhundert

Doch die Charité des 18. Jahrhunderts war von dem modernen Begriff eines Krankenhauses weit entfernt. In ihrer isolierten Lage abseits der Stadt bildete sie für viele hundert Menschen – Kranke und Gebrechliche, arbeitsfähige Arme und bezahltes Personal – einen Mikrokosmos, in dem gelitten und gelebt, geboren und gestorben wurde, in dem man buk und braute, pflanzte und erntete, in dem manche nur Wochen oder Monate, viele auch Jahre und vielleicht ihr ganzes Leben verbrachten.

Räumlichkeiten

Im Hinblick auf die neue Zweckbestimmung erwiesen sich die Räumlichkeiten schnell als unzureichend, zumal im ebenerdigen Geschoss schon mehr als 300 Hospitaliten lebten.[20] Das erste Stockwerk sollte die Kranken aufnehmen. Durch die schrittweise Erhöhung dreier

Gebäudeflügel um ein weiteres Stockwerk sollten separate Zimmer für hochinfektiöse Kranke, vorwiegend mit Geschlechtskrankheiten, gewonnen werden.[21]

Um die Wende 1727/1728 begann man mit der Errichtung eines ersten großen Seitengebäudes. In dessen großen, dickwandigen, daher kühlen Kellerräumen mit stabilem Kreuzgewölbe zum Lagern von Bier und Lebensmitteln befanden sich die Backstube, die Brandweinbrennerei und das Waschhaus. In dem darüber liegenden ebenerdigen Geschoss bot ein großer Speisesaal mehr als 100 Menschen gleichzeitig Platz. Er wurde daher auch für die Gottesdienste genutzt. Am Ende des Saales schloss sich die Küche an. Die oberen Charité-Angestellten[22] hatten einen eigenen Speisesaal auf der anderen Seite der Küche. An diesen Saal schlossen sich die Speise- und Vorratskammern an. Auch das sich anschließende Brauhaus und die Stallungen konnten noch im gleichen Jahr fertig gestellt werden.[23] Die Bodenräume über den beiden Wirtschaftsgebäuden dienten der Lagerung großer Mengen Korn zum Brauen und Backen. Um eine weitestgehende Selbstversorgung abzusichern, legte man schließlich unter Hilfe zahlreicher alter Hospitaliten hausnah einen Zier- und Nutzgarten an. Außerhalb der umzäunten Charité zwischen der Hauptfront und der Panke trennte ein kleiner Stichkanal eine zur Charité gehörende Wiese vom Kohlgarten. Der Pankeabzweig endete unmittelbar an einer Pforte, nur durch eine wenige Meter breite Straße von dem Charité-Portal an der Westseite getrennt. Das lässt vermuten, dass Waren und gegebenenfalls Kranke auch auf dem Wasserweg ins Krankenhaus gebracht werden konnten.[24]

Die Versorgung und Betreuung der wachsenden Zahl Kranker und Bedürftiger bei ständig unsicherer Finanzierung stellte höchste Anforderungen an die Verwaltung und das medizinische Personal. An der Unterbringung der Hospitaliten in acht „Lebensräumen" mit einer unterschiedlichen Bettenzahl in der unteren Etage änderte sich mit Sicherheit nichts zu deren Bequemlichkeit.[25] Die eigentlichen Krankenzimmer befanden sich in den darüber liegenden Ebenen, die durch ihre Anordnung und Zweckbestimmung bereits annähernd Abteilungscharakter trugen.[26] Allen Stockwerken war der hofseitig umlaufende galerieartige Korridor gemein. Die Zimmeranordnung mit jeweils separaten Türen zu diesem Korridor schien aus hygienischen Gründen zum Abtransport von Unrat und zwecks Durchlüftung sinnvoll. In der zweiten Ebene befand sich die frühe Form der späteren geburtshilflichen Abteilung mit einem Kreißsaal, einer Stube für Schwangere, einem „Sechs-Wöchnerinnen-Zimmer", sowie einer Kammer für die Hebamme.[27]

Streng nach Geschlechtern getrennt unterschied man Zimmer für Patienten mit „inneren" und „äußerlichen" Erkrankungen. Allerdings gibt es auch einen ersten Hinweis auf eine Mehrklassenmedizin in diesem Armenkrankenhaus. Zur bequemeren Unterbringung und besseren Verpflegung reservierten die Zünfte zu einem besonderen Tagessatz für kranke Schuhmacher- und Schneidergesellen eine Stube, später kamen weitere Gewerbe hinzu.

Da Krätzige und Geschlechtskranke als „infiziert" galten, befanden sich die Zimmer für diese Patienten in einem großen Abstand zu den üblichen Krankenräumen. Darüber hinaus war die damals übliche Quecksilbertherapie dieser Patienten von ekelerregenden Neben-

wirkungen begleitet. Mit der zusätzlichen Anlage von kleinen Abzügen in jedem Zimmer, unterstützt von obligaten Räucherungen, sollten die „ansteckenden Dünste" auf kurzem Weg zum Dach hinaus entweichen können.

Finanzen

Mit der Bestimmung der Charité nicht allein zu einem Armenkrankenhaus, sondern vorrangig zu einer praktischen Ausbildungsstätte in Ergänzung des *Collegium medico-chirurgicum*, sah sich Friedrich Wilhelm I. gewissermaßen in einer Finanzierungspflicht. Der bauliche Erhalt der Immobilie, die zwingenden Um- und Ausbauten sowie die Anbauten mehrerer Wirtschaftsgebäude ließen sich aus der Armenkasse nicht bestreiten.[28] Ein reichsweiter Spendenaufruf bewirkte schließlich eine grotesk anmutende Mischfinanzierung aus direkten Bargeldspenden und indirekten Zuwendungen in Form von Zinsgeldern aus größeren Beträgen, Erträgen aus Grundbesitz, Sachspenden, Naturalien, Vermächtnissen und auch den anonymen mildtätigen Gaben in dem erlaubten Opferstock am Eingang des Krankenhauses.[29]

Man spendete aus der von Friedrich Wilhelm I. angemahnten Barmherzigkeit, wohl aber auch, um den jeweiligen König auf sich aufmerksam zu machen, ihn gnädig zu stimmen, in Erwartung von Vergünstigung oder schlicht zur Hebung des allgemeinen Ansehens. Dem Vorbild des jeweiligen Monarchen folgte der Adel und die wohlhabenden Bürger ebenso wie um 1740 ein durch Wucherzinsen zu schnellem Geld gekommener Bankier.[30]

Da die finanziellen Zuwendungen für die Charité über die allgemeine Armenkasse erfolgten, ergaben sich immer wieder Unklarheiten über den wirklich Begünstigten und es scheint, als seien die Gelder auch zur Deckung der Bedürfnisse anderer Armeneinrichtungen verwandt worden. Der König hatte offensichtlich versäumt, der Charité ausdrücklich eine eigene Vermögensbildung zuzugestehen, auch wenn die wohlbegründeten Zuwendungen diese Absicht erkennen ließen. Die Armenverwaltung hingegen nutzte diese Schwachstelle und verstand es ausgezeichnet, die Verfügungsgewalt über das sich mehrende Vermögen zu behalten, auch wenn durch eine Order von 1739 endlich die Trennung der Kapitalien erfolgte und die Charité eine eigene Hauptkasse mit separater Verwaltung erhielt.[31] Damit nahm die Charité fortan und im Rechtsverständnis der Zeit den Status einer juristischen Person ein.

Dennoch reichten weder die spärlichen Gelder aus der Armenkasse, aus der primär die Mittel für die aktenkundigen armen Patienten kommen sollten, noch die Kost- und Kurkosten der zahlungspflichtigen Patienten zur Absicherung des laufenden Krankenhausbetriebes aus, so dass sachliche und finanzielle Zuwendungen auch aus der Staatskasse unverzichtbar blieben. Dazu gehörte seit 1727 der Akzisesteuererlass[32], seit 1735 die jährlichen Zinsen aus 100.000 Reichstalern Kapitaleinlage[33], ein jährliches Holzdeputat und bei Bedarf kostenlose Baumaterialien sowie unentgeltliche Medikamente in erforderlichen Mengen

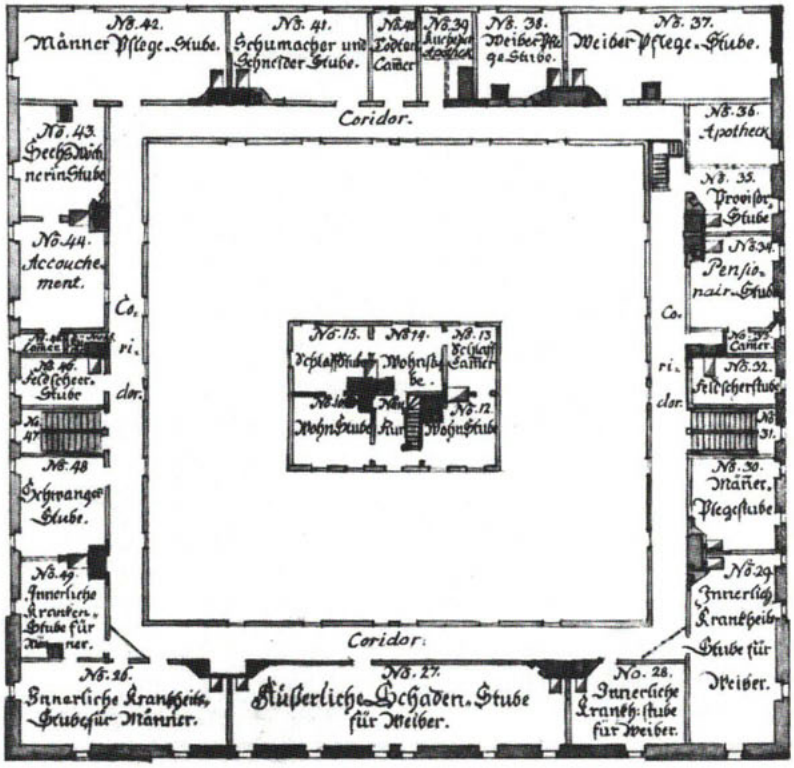

Abb. 1.2 Grundriss der mittleren Etage des Charité-Gebäudes um 1760 mit Stuben für kranke Männer und Frauen. Im Hof das Inspektorenhaus. Nach Johann Friedrich Walther 1768.

aus der Hofapotheke.[34] Eine weitere Geldquelle sprudelte seit 1729 durch die Enteignung überführter Steuersünder. Ein Viertel des konfiszierten Warenwertes ging als Prämie an die Fahnder in Gestalt der „Landreuter und Rathsdiener", der Rest an die Charité. Seit 1733 erbrachte eine landesweite, hin und wieder erweiterte Gebührenordnung für Verwaltungsprodukte (wie man heute sagt), wie z.B. Geburts- und Lehrbriefe (je 12 Groschen) und Kundschaften (je 4 Groschen), die beträchtliche Summe von jährlich rund 20.000 silberwerten[35] Reichstalern ein. Nach Aufhebung des Zunftzwanges wurde diese Summe durch einen festen Staatszuschuss von 18.000 Reichstalern ersetzt.

Schließlich zog die Charité aus übereignetem bzw. erworbenem Grundbesitz finanziellen Nutzen. Durch eine erhebliche Geldzuwendung, die der König um die Hälfte erhöhte, konnte das in Schlesien liegende einträgliche Amt Prieborn, zu dem sieben Dörfer gehörten, erworben werden. Aus den transportablen land- und forstwirtschaftlichen Produkten sowie aus dem Erlös der vor Ort verkauften frischen Nahrungsmittel wie Eier und Milchprodukte, erhielt die Charité über Jahrzehnte eine unverzichtbare Unterstützung. Eher als ein Kuriosum denn als einträgliche Geldquelle mag das Anlegen einer Maulbeerbaumplantage für die Seidenraupenzucht auf einem vom Inspektor Habermaaß von der Stadt günstig erworbenen Grundstück anzusehen sein, das er der Charité überließ. Für die Bewässerungsarbei-

ten auf der Plantage ließ er sich Waisenjungen aus dem *Großen Friedrichs-Hospital* zuweisen, die vermutlich wie die Hospitaliten keinerlei Lohn dafür erhielten.

Am Ende des Jahrhunderts umfasste das eigentliche, gut bewirtschaftete Charité-Gelände 114 preußische Morgen, also rund 28 Hektar, und nahm damit aus heutiger Sicht das Gebiet zwischen Spree – Spandauer Schifffahrtskanal – Invalidenstraße – Luisenstraße – Schumannstraße ein.

Personal

Die dreifach zweckbestimmte Einrichtung der Charité als Hospital, Krankenhaus und Ausbildungseinrichtung erforderte klar abgegrenzte Verantwortungsbereiche mit kompetenten Leitern. Als zentrale staatliche Behörde herrschte über die Charité, anders als man heute vermuten würde, nicht die oberste Medizinalbehörde, das *Ober-Collegium medicum*, sondern das Armendirektorium.[36] Dieses berief zur Interessendurchsetzung und unmittelbaren Amtsausübung für das Hospital einen Direktor von „höchster Uneigennützigkeit".[37] Die unzweifelhafte Bestimmung der Charité als zivile und militärische Krankenanstalt zum Nutzen der praktischen militärmedizinischen Ausbildung machte es erforderlich, die Verantwortung für den Unterricht am Krankenbett und eine entsprechende Weisungsbefugnis einem militärischen Direktorium zu übertragen. Diesem stand mit Ernst Conrad Holtzendorff (1688–1751) der oberste Chirurg des preußischen Heeres vor. Ihm unterstellt versahen, wie in der oben genannten Kabinettorder festgelegt, als gleichberechtigte medizinische Leiter der Arzt Johann Theodor Eller und der Chirurg Gabriel Senff († 1737), beide mit höherem militärmedizinischen Rang, ihren Dienst am Patienten. Mit Ellers Berufung rückte ein zur wissenschaftlichen Vervollkommnung weit gereister, medizinisch und chirurgisch gleichermaßen gebildeter Arzt an die Spitze der Berliner Ärzte, der mit Senff einen praxisnahen medizinischen und chirurgischen Unterricht am Krankenbett konzeptionell gestalten und erstmalig in einem deutschsprachigen Land beispielhaft durchsetzen konnte.[38] Über das ganze Jahrhundert musste die Charité in der Regel mit einem akademisch ausgebildeten Arzt, einem Chirurgen, ein bis zwei Pensionärchirurgen, die nach heutigem Verständnis in der Funktion eines Oberarztes standen, weiteren vier bis sechs Unterchirurgen und einer Hebamme auskommen.

Von den leitenden Ärzten erwartete man im Interesse des Unterrichts und der Aufsicht über die Krankenversorgung eine regelmäßige ein- bis zweimal wöchentliche Anwesenheit für zwei Stunden. Die Anwesenheitspflicht galt selbstverständlich auch für die leitenden Chirurgen. Dass sie, bedingt durch die aufwendigen Operationen, mehr Zeit bei den Charité-Patienten verbrachten als die Ärzte, darf vermutet werden. Allen Medizinern gemeinsam war aber eine Ämterfülle außerhalb der Charité, die nicht selten zu einer anderen Prioritätensetzung führte. Sie versahen schließlich ihre Arbeit im Krankenhaus im Nebenamt, wobei die Verpflichtungen als Leibarzt des Königs natürlich von höherer Bedeutung waren.

Auch die Wahrnehmung der umfangreichen und einträglichen Privatpraxis, die Verantwortung als oberster Beamter in der Medizinalverwaltung oder im Armendirektorium, nicht zuletzt die Sitzungen der Akademie der Wissenschaften boten Grund für Versäumnisse, zumal hier die neuesten Ergebnisse aller Wissenschaftszweige vorgetragen und diskutiert wurden. Eller beklagte seine Überlastung und legte bereits 1735 sein Amt in der Charité nieder. Zu diesem Zeitpunkt befanden sich dort rund 480 Kranke bei einer Kapazität von 400 Betten.[39]

Die dem leitenden Chirurgen zur Unterstützung in der Krankenversorgung zugeordneten Pensionärchirurgen kamen auf ein ehrenvolles Kommando hin zur Ausbildung als Medico-Chirurgen an die Charité. Mit den Pensionärchirurgen nahm das moderne Assistenz- bzw. Oberarztarztwesen seinen Anfang. Den Pensionärchirurgen waren handwerksmäßig ausgebildete Barbiere als Hilfspersonal unterstellt; abhängig vom Personaletat wurden zwischen vier und sechs dieser Unterchirurgen beschäftigt. Diese waren von einem Armeechirurgen für die Feldscherlaufbahn ausgewählt worden, um in der Charité erste praktische Fertigkeiten zu erwerben.

Problematisch erwies sich oftmals das Unterstellungsverhältnis der Pensionärchirurgen, denn obwohl Holtzendorff, Senff und Eller ihre unmittelbaren Vorgesetzten waren, gab es genügend Reibungspunkte mit der zivilen Charité-Direktion. Dabei konnte es um die eigenmächtige Aufnahme Hilfe suchender Schwerkranker ohne Einweisungsschein gehen oder um zu teure Diätpläne. Sogar das Verhalten am gemeinsamen Mittagstisch mit den Predigern, dem Hausvater und der Hausmutter, dem „gehobenen" Charité-Personal also, rief Beschwerden hervor, etwa wenn die jungen Chirurgen verbotenerweise über das Essen sprachen.

Nach dem Ausscheiden von Eller und Senff kam es zu heftigen administrativen Kompetenzstreitigkeiten zwischen der Armenbehörde zusammen mit dem Inspektor auf der einen Seite und dem leitenden Arzt und dem leitenden Chirurgen auf der anderen Seite. Einen aktenkundigen Anlass bot Ende der 1730er Jahre die Vernachlässigung der Patienten durch Fehlzeiten des medizinischen Personals. Demnach unterblieben die pflichtgemäßen, zweimal wöchentlichen Visiten, der Unterricht am Krankenbett und auch Operationen fanden nicht statt. Nach Angaben des in einem Gartenhaus der Krankenanstalt wohnenden Inspektors lagen die aufgenommenen Patienten tagelang ohne ärztlichen Befund und Therapieplan des leitenden Arztes oder Chirurgen, daher ohne Behandlung, in den Betten oder es unterblieb die Therapieverlaufskontrolle mit oft fatalen Folgen. Die Armenverwaltung wollte diese Verletzungen der Aufsichts- und Behandlungspflicht, insbesondere in Hinblick auf die daraus resultierenden längeren Liegezeiten der Patienten nicht hinnehmen, zumal auch immer weniger Patienten als geheilt entlassen werden konnten. Die kritisierten Ärzte Samuel Schaarschmidt (1709–1747) und Otto Theodor Sproegel (1699–1760) wehrten sich gegen den ihre fachliche Kompetenz in Zweifel ziehenden Vorwurf. Sie sahen das Verschulden bei der Armendirektion, die aus sozialer Indikation zunehmend unheilbar Kranke, also