

Soziale Sicherheit

DIE SOZIALPOLITISCHE MONATSZEITSCHRIFT DER GEWERKSCHAFTEN

Bund-Verlag GmbH, Hansestraße 63 a, 5000 Köln 90

33. JAHRGANG · JULI 1984 · HEFT 7

50 Jahre „Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens“*

Der öffentliche Gesundheitsdienst wurde gegründet und die innovative Kultur gemeindenaher Gesundheitssicherung zerstört

Von Alfons Labisch/Florian Tennstedt, Kassel

1. „Gesundheit“ als klassenneutraler Wert in der Industrialisierung

Seit der Reichsgründung von 1871 nahmen Industrialisierung und Großstadtbildung in Deutschland einen rapiden Aufschwung. Für die davon betroffene Bevölkerung — überwiegend war es die Arbeiterbevölkerung, das neu entstehende Industrieproletariat — bedeuteten die Prozesse einen kaum noch vorstellbaren Wandel tradierter Lebensgewohnheiten, vor allem, wenn sie von Ost nach West, vom Land in die Stadt gewandert war. Das neue Leben in der Stadt barg neue Chancen und Freiheiten, aber auch neue Risiken — nicht zuletzt in gesundheitlicher Hinsicht. Die Arbeiter waren auf den Verkauf ihrer Arbeitskraft angewiesen — verloren sie diese, drohte der Abstieg in die Armenbevölkerung. Dieser wurde häufig genug, bei längerer Krankheit oder bei nachlassender „Tauglichkeit“ für industrielle Arbeitsbedingungen (etwa mit dem 40. Lebensjahr einsetzend), Realität. In einer vielfältigen Verkettung von Faktoren bedingten Krankheit und soziale Lage einander; der „hygienische Pauperismus“, die unzureichende Situation

im Arbeits-, Ernährungs- und Wohnungsbereich, wirkten pathogen.

Die politischen und sozialen Bedingungen, unter denen der industrielle Aufschwung stattfand, gestatteten eine generelle Anhebung des Lebensniveaus der Arbeiterbevölkerung nicht — umso größere Bedeutung gewann die „künstliche“ Herstellung von Gesundheit bzw. die dem proletarischen Lebensniveau „angepaßte“, (natur)wissenschaftliche Krankheitsbekämpfung durch Ärzte. Gesundheit wurde zum „klassenneutralen“ politischen Wert und die Ärzte definierten sich als seine berufenen Sachwalter; mehr noch: über diese Mittlerfunktion beanspruchten sie einen Anteil an der ökonomischen und politischen Herrschaft, gleich, ob sie nun beratend, begutachtend oder kurativ tätig wurden.

Die eine, heute mit dem Begriff „Soziale Sicherheit“ untrennbar verbundene, „Richtung“ zur Stabilisierung der Arbeiterbevölkerung setzte privat, wenn auch im öffentlich-rechtlichen Rahmen des Krankenkassenrechts, an. Es ist dies die kurative, einzelfallbezogene Tätigkeit des Kassenarztes, die bis zum Ende der Weimarer Republik noch mit größeren Gestaltungsmöglichkeiten seitens der Selbstverwaltung der Krankenkassen rechnen mußte. In der heutigen gesundheitspolitischen Situation dominiert diese „Richtung“. Im Kontext dieses Artikels sei sie etwas vernachlässigt, ihr institutionelles Jubiläum — 100 Jahre gesetzliche Krankenversicherung — liegt schon zurück.

*Hinweis:

Wegen Überlänge des Beitrages mußte auf alle Literatur- und Quellenangaben verzichtet werden. Interessierte Leser seien darauf verwiesen, daß die Verfasser demnächst in der Schriftenreihe der Akademie für öffentliches Gesundheitswesen, Düsseldorf, eine ausführliche Darstellung des „Gesetzes über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens“ veröffentlichen werden.

Die andere „Richtung“, die der öffentlichen Gesundheitspflege, war mehr generell und präventiv orientiert und ging von öffentlichen Körperschaften aus, die durch Ärzte politisch beraten wurden. Sie ging auf die in den größeren Städten des Spätmittelalters beginnende, dann aber vor allem in den absolutistischen Flächenstaaten entfaltete Tradition der Gesundheitspolizei (Medizinal- und Sanitätsaufsicht, gerichtliches Gutachterwesen) zurück. Ihre Bedeutung wuchs mit den neuen Gefahren, die industrielle Produktion und der Seuchen „einschleppende“ Welthandel mit sich brachten. Darüber hinaus erweiterte der wissenschaftliche Aufschwung in der 2. Hälfte des 19. Jahrhunderts das Interventionsspektrum, paradigmatischen Wert dafür haben die Entdeckungen *Robert Kochs*. In Preußen wurde durch das Kreisarztgesetz von 1899 mit den entsprechenden Dienstanzweisungen von 1901/09 dem altherwürdigen Physikus als nunmehrigem Kreisarzt eine Stellung und Arbeitsanweisung gegeben, die den neueren Entwicklungen, vor allem in der experimentellen Hygiene und Bakteriologie, Rechnung trug.

2. Seit der Jahrhundertwende: Staatliches und kommunales Gesundheitswesen in Aufbau und Entwicklung

In den neunziger Jahren dieses Jahrhunderts begann dann in einigen Großstädten eine neue Form öffentlichen Gesundheitswesens zu entstehen, weniger der staatlichen Polizei als der städtischen Wohlfahrtspflege „benachbart“: die kommunale Gesundheitspflege. Diese ist politisch dem sozialreformistischen Aufbruch des linksliberalen Bürgertums zuzuordnen und wurde durch den Druck von Arbeitervertretern in Stadtparlamenten und ihnen verbundener Ärzte vorangetrieben. Hinzu kamen die Auswirkungen größerer Epidemien, wie etwa die Choleraepidemie 1892/93 in Hamburg, die aufrüttelnd wirkten und die städtische Selbstverwaltung zu sanitären Maßnahmen greifen ließ, die ein „gefahrloses“ Zusammenleben unter großstädtischen Bedingungen ermöglichen sollten. Dabei wurde auch auf Erfahrungen von Armee und Marine bzw. deren Ärzte zurückgegriffen.

In der Weimarer Republik traten dann diese „Sanierungsaufgaben“ der kommunalen Gesundheitspflege gegenüber der kommunalen Krankenhauspolitik und den Fürsorge- und Beratungsaufgaben zurück: Säuglingsfürsorge, Mütterberatung, Geschlechtskrankheiten- und Tuberkulosebekämpfung und schulärztliche Betreuung. Das Gesundheitsamt war vielfach der „Kern“ des Wohlfahrtsamtes und die Wohlfahrtspflegerinnen betrieben Familienfürsorge vornehmlich als Gesundheitsfürsorge — „richtiges“ Umgehen mit sozialen und ökonomischen Belastungen und neuen kulturellen Anforderungen war die Devise.

Im Hintergrund dieser Aktivitäten stand die Einsicht in die soziale Bedingtheit der Krankheiten, der engen Zusammenhänge zwischen Krankheit und sozialer Lage. Einer der ersten Stadtärzte, *Max Hodann*, hat berichtet, wie ihm durch *Alfred Grotjahn*, den ersten Ordinarius für Soziale Hygiene, die Augen geöffnet wurden, indem

statistische Kurven als Schicksalslinien entziffert wurden: „Geburtenrückgang, Social-Krankheiten, Erblichkeit, Genußgifte, Wohnungswesen — das alles wurden berechenbare Größen in dem großen Rechenexempel ‚Leben‘“ — und die kommunalen Ärzte hatten die Aufgabe, den Spielraum des Lebens, seine Chancen zu vergrößern. Man kann sicher von einer regelrechten sozialhygienischen Bewegung sprechen, die vor allem in Preußen Verbreitung fand und die Bedeutung der traditionellen gesundheitspolitischen Richtung zurückdrängte. Allerdings waren angesichts der wirtschaftlichen Entwicklung und der politischen Herrschaftsverhältnisse beeindruckende Statistiken leichter zu erstellen als sozialpolitische Abhilfe zu erreichen.

3. Der Dualismus zwischen staatlichem und kommunalem Gesundheitswesen in der Weimarer Republik

In Preußen gab es 1934 in 474 Kreisen und kreisfreien Städten 397 Kreisärzte. Es waren überwiegend Ein-Mann-Betriebe mit kärglicher Ausstattung („nutzungsberechtigt“ gegenüber der landrätlichen Verwaltung, der sie beigeordnet waren), die teilweise für zwei und mehr Kreise zuständig waren. Die Kreisärzte waren vielfach überfordert und ohne „tragende“ Aufgabe und Ideologie, nachdem die Bakteriologie selbstverständlich geworden bzw. an Bedeutung verloren hatte und die Sozialhygiene mehr für fürsorgerische denn für polizeiliche Aufgaben geeignet war. Diesen Kreisärzten standen rd. 80 kommunale Gesundheitsämter gegenüber. In ihnen waren rd. 230 Ärzte hauptamtlich tätig. In größeren Städten wurden diese unterstützt durch eine Anzahl von nebenberuflich tätigen Ärzten (Schul-, Jugend-, Sportärzten), Zahnärzten und Wohlfahrtspflegerinnen und waren mit Räumlichkeiten bzw. Sachmitteln relativ gut ausgestattet. Hinzu kam kommunalpolitisches Engagement: Die Stadtärzte waren Kommunalpolitiker; möglicherweise war auch die „Karriere“ einfacher als bei Kreisärzten, die insgesamt Nachwuchssorgen plagten. Im übrigen hatten die größeren Kommunen nicht nur „offen“ tätige Stadtärzte (Fürsorge, Schule, Sport), sondern auch mehr oder weniger viel Heilanstalten (Krankenhäuser etc.), und auch diese waren Teil der kommunalen Gesundheitsfürsorge.

In anderen Staaten des Deutschen Reiches war die Situation der Kreisärzte im Verhältnis zu den Kommunalärzten quantitativ und qualitativ nicht so stark „gefährdet“ bzw. konkurrenzüberlagert — Klagen über „Verwaltungsdesorganisation“, ein „gewaltiges Durcheinander, Nebeneinander und Gegeneinander staatlicher, kommunaler und privater wohlfahrtspflegerischer und gesundheitsfürsorgender Maßnahmen“ finden wir demgemäß vor allem nördlich der Mainlinie und aus Großstädten. Die Konsequenz war der gemeinsame Ruf nach Vereinheitlichung von Laufbahn und Ämtern, die strittige Frage war nur: wer übernahm wen? — d. h., sollten die kreisärztlichen Aufgaben auf die Kommunalärzte übertragen werden oder sollten die Einrichtungen der kommunalen Gesundheitspflege den Kreisarztstellen angegliedert, die Kommunalärzte ebenfalls Staatsbeam-

te werden? Sollten auch die anstaltsförmigen Einrichtungen „verstaatlicht“ werden?

Der organisatorische „Hort“ der Forderung nach Stärkung der staatlichen Kreisarztstellen zu Ungunsten der Kommunen war der Deutsche und Preußische Medizinalbeamtenverein, geführt von dem deutschnationalen Kreisarzt a. D. Dr. *Gustav Bundt*, früher in Querfurt tätig und dann (1932) als Pensionär in Stettin ansässig. Soweit ersichtlich, hatte das „Verstaatlichungsprogramm“ der Medizinalbeamten aber bis 1933 keinen Rückhalt bei den vorgesetzten Behörden, etwa im Preussischen Ministerium des Innern; der dort einflußreiche Deutsche Städtetag vertrat die entgegengesetzte Position.

4. Erbgesundheits- und Rassenpflege — Arthur Gütt eröffnet den Kreisärzten eine neue Ideologie und Aufgabe

Gleichsam schleichend, aber zunehmend wirksam hatte der Medizinalbeamtenverein im trauten Miteinander mit privaten Vereinen, die ihrerseits durch das preußische Ministerium für Volkswohlfahrt bzw. dessen Medizinalabteilung gefördert wurden, jedoch eine neue Grundlagendeologie gefördert und ein neues, zum im Kern polizeilichen Aufgabenbereich des Kreisamtes durchaus „passendes“ und von den Kommunalärzten nicht okkupiertes Feld ausgemacht: Die Bevölkerungs- und Rassenpolitik mit der Erbgesundheitspflege. Die Ansätze dazu waren weitverbreitet, sie fanden sich bei nationalistisch-völkischen Kreisen, die dem Kulturpessimismus und dem Mythos vom Volk verpflichtet waren, ebenso wie bei an sich der Sozialdemokratie nahestehenden Vertretern der Sozialhygiene und des Sozialdarwinismus. Der Grundgedanke war im Prinzip gegen fürsorgliche und wohlfahrtsstaatliche Hilfen gerichtet — diese hätten die „natürliche Auslese“, wie sie in Agrargesellschaften vorherrsche und die auch das deutsche Volk mit vorangebracht habe, außer Kraft gesetzt bzw. konterkariert. An die Stelle der natürlichen Auslese müsse deshalb die staatliche Politik treten und die gesundheitsfürsorglichen Leistungen zumindest ergänzen — dies wurde nicht zuletzt im Hinblick auf die „schaffenden Deutschen“ formuliert, die von unproduktiven, „künstlichen“ Lasten befreit werden und gefördert werden müßten.

Die *völkische* Variante dieser Bevölkerungs- und Rassenlehre war seit dem 1. Weltkrieg durch den bedeutenden Verleger medizinischer Literatur, *Justus F. Lehmann*, missionarisch-systematisch gefördert worden. 1932 übernahm sie auch der Deutsche und Preußische Medizinalbeamtenverein. Die alten Herren und einige jüngere Kreisärzte sahen eine neue Aufgabe, die sie notwendig (wieder) aufwerten mußten, weil damit der Staatsbeamte gefragt war!

Diese „Wende“ ist untrennbar mit dem Aufstieg des Kreisarztes Dr. med. *Arthur Gütt* verknüpft. Auf dem Kongreß der Deutschen und Preussischen Medizinalbeamten im September 1932 in Eisenach erschien auf einmal dieser bislang völlig unbekannte Kreisarzt aus Wandsbek/Holstein, und referierte vor den 88 anwesen-

den Herren über „Reform des öffentlichen Gesundheitswesens in Preußen unter bevölkerungspolitischen Gesichtspunkten“; er verband dabei geschickt seine seit 1924 zusammengebraute bevölkerungs- und rassenpolitische Ideologie mit einer politischen Zielvorgabe für die Medizinalbeamten: Gesetzgebung, Recht, Wirtschaft und soziale Errungenschaften würden als Umkehr der natürlichen Lebensauslese wirken; aber nicht Fürsorge für Kranke und Schwache, sondern die „Aufartung des Volkes“ müsse das Ziel sein; eine „großzügige aufbauende bevölkerungspolitische Arbeit des Staates“ sei aber nur durch Reichs- und Staatsgesetzgebung und einen staatlich organisierten Medizinalbeamtenapparat erreichbar: „Was uns also fehlt, ist eine Umstellung des gesamten öffentlichen Gesundheitswesens unter dem Gesichtspunkt der Vererbungslehre, der Rassenhygiene und der Bevölkerungspolitik“.

Gütt, 1891 als Sohn eines westpreußischen Gutsbesitzers geboren, hatte, wie viele Ärzte, unter dem Eindruck des 1. Weltkriegs und seiner Folgen (Gebietsabtretungen, Reparationen, Freikorpskämpfe) die völkische Sache zur eigenen gemacht: In dem 1200-Einwohner-Dorf Popelken, östlich vom ostpreußischen Königsberg gelegen, in dem er damals als praktischer Arzt wirkte, hatte er 1923 eine Ortsgruppe der „Nationalsozialistischen Freiheitspartei“ gegründet. 1926 wurde er preußischer Medizinalbeamter im entfernten Waldenburg/Niederschlesien und hielt sich dort offenbar politisch zurück. Nach dem „Preußenschlag“ im Juli 1932 war *Gütt* am 1. September 1932 der bis dahin für Staatsbeamte nicht ratsamen NSDAP beigetreten. Das Referat *Gütts* wurde als Denkschrift „Neue Aufgaben des öffentlichen Gesundheitswesens“ an alle maßgeblichen Politiker und Regierungsstellen in Städten, Kreisen, Ländern und Reich versandt. Außerdem bildete der Medizinalbeamtenverein in Eisenach einen „Bevölkerungspolitischen Ausschuß“, dem unter dem Vorsitz *Gustav Bundts* auch *Gütt* angehörte, und der Vorschläge zu einer Reichsgesundheitsreform erarbeiten sollte.

5. Arthur Gütt wird Referent für Neuorganisation des Gesundheitswesens im Reichsministerium des Innern

Arthur Gütt hatte im Sommer 1932 auch eine umfangreiche Denkschrift „Staatliche Bevölkerungspolitik“ vorgelegt, von der sich allein 19 Punkte mit „bevölkerungspolitischen Richtlinien für das öffentliche Gesundheitswesen“, davon wiederum fünf Punkte mit der zukünftigen Organisation, befassen; unter 3. heißt es:

„Sowohl in den oberen wie unteren Verwaltungsbezirken der Länder der (...) sind von Medizinalbeamten geleitete Gesundheitsämter einzurichten, denen sämtliche Aufgaben des öffentlichen Gesundheitswesens einschließlich der Gesundheitsfürsorge, des vertrauensärztlichen Dienstes, sowie der bevölkerungspolitisch notwendigen rassenhygienischen Maßnahmen zur Durchführung zu übertragen wären.“

Bereits am 4. Februar 1933, fünf Tage nach der ersten Stufe der nationalsozialistischen Machtergreifung, sandte *Gütt* seine Denkschrift mit einem selbstverfaßten

Empfehlungsschreiben an einen (vermutlich) alten Freund: *Wilhelm Kube* — zu der Zeit, als *Gütt* in Popelken eine Ortsgruppe der völkischen Nationalsozialistischen Freiheitspartei aufgezogen hatte, war jener deren Geschäftsführer auf Reichsebene und (kurzfristig) deren Reichstagsabgeordneter. 1928 ging er zur NSDAP und wurde deren Fraktionsführer im Preußischen Landtag. *Gütt* empfahl *Kube* nun seine Denkschrift als politische Handlungsanleitung; vor allem käme es darauf an, Juden und Sozialdemokraten in den Medizinalabteilungen des Reichsministeriums des Innern und des Preußischen Ministeriums des Innern durch führende Nationalsozialisten zu ersetzen. „Freimaurer und Zentrumsbonzen“ sollten nicht geschont werden.

Das Handschreiben zeigte Wirkung: *Kube* reichte das Schreiben weiter, und auf Empfehlung von Dr. med. *Leonardo Conti*, damals eine „kommissarische“ Schaltstelle in der Personalpolitik des Preuß. Ministeriums des Innern wurde *Gütt* am 2. Mai 1933 von seiner Kreisarztstelle in Wandsbek in das unter Führung von Dr. *Wilhelm Frick* stehende Reichsministerium des Innern übernommen. Als Referent war *Gütt* zuständig für Fragen der Neuorganisation des Gesundheitswesens, der Bevölkerungspolitik, Vererbungslehre, Erbgesundheits- und Rassenpflege, Hebammenwesen, Sexualwissenschaft, Eheberatung und hygienische Volksbelehrung. Für die kommunale Gesundheitsfürsorge war er nicht zuständig. Das war u. a. Aufgabe eines auf Empfehlung des späteren Reichsärztesführers Dr. med. *Gerhard Wagner* berufenen Referenten Dr. med. *Friedrich Bartels*, seit 1920 Mitglied der NSDAP und bislang als Schularzt in Eisenach tätig.

Die Aufgabe, die Dr. *Arthur Gütt* sich gestellt hatte und die er nun übertragen bekam, war nicht einfach. Dr. *Leonardo Conti*, der „an sich“ in Parteikreisen weitaus bekannter war, hatte dankend abgelehnt. Er fühlte sich nicht „firm“ für die Spitze — er wollte zwar auch legislativ etwas bewirken, hielt seine auf den fürsorgeärztlichen Bereich beschränkte ärztliche und administrative Erfahrung aber nicht für ausreichend. In der Familie *Conti* wurde sogar die Auffassung vertreten, die Macht ergreifung am 20. Januar 1933 sei zu früh gekommen, weil es an „reinem“ und durchgeschultem Personal fehle, man auf „Gesockse“ zurückgreifen müsse!

Diese Bedenken waren *Gütt* offensichtlich völlig fremd: Schon einmal hatte ein „kleiner“ deutscher Kreisarzt, *Robert Koch*, eine große Tat vollbracht und *Gütt* hielt es durchaus für gleichwertig, „wenn die deutsche Regierung nun dazu überging, aus den Lehren der Vererbung und Auslese, der Rassenhygiene, ihre Folgerungen zu ziehen. Wir können die natürlichen Lebensbedingungen nicht wieder herstellen. Das wollen wir auch nicht! Wir wollen auf die Errungenschaften der Kultur nicht verzichten. Aber weil wir die Ursachen der Entartung kennen, können wir der Wirkung der künstlichen Umwelt eine künstliche Auslese entgegensetzen, indem wir praktische Erb- und Rassenpflege treiben, die schließlich zum gleichen Enderfolg führen muß . . . Es war eines der großen Verdienste der nationalsozialistischen Regierung, die Gefahr der Entartung zu erkennen und ausjätende Gesetze zu erlassen“.

Als organisatorische Grundlage für derart „ausjätende Gesetze“ bzw. seine bevölkerungs- und rassenpolitischen Vorstellungen hatte *Gütt* nun einen vereinheitlichten, staatlichen öffentlichen Gesundheitsdienst vorgesehen, der mehr oder weniger zentral organisiert werden sollte.

6. Gütt's gesundheitspolitische Position in der NSDAP

In der Tat gab es zunächst Faktoren, die den (begrenzten) Durchbruch *Gütt's* auf der Ebene der Ministerialbürokratie begünstigten. *Gütt* vertrat gesundheitspolitische Ziele, die mit denen der NSDAP, soweit diese überhaupt ausformuliert waren (!), konform gingen, aber er gehörte doch nicht zu den zentralen Figuren des NS-Regimes; vor allem hatte er keinen direkten Zugang zum Führer und Reichskanzler *Adolf Hitler*, den generell die innere Politik vergleichsweise weniger interessierte als „Lebensraumgewinnung“ und „Endlösung der Judenfrage“. *Gütt* kam aber zugute, daß präzisere einheitliche und konkrete Vorstellungen zur Organisation des Gesundheitswesens, zur Ablösung der Gesundheitsfürsorge durch die etwa auch von *Bartels* propagandistisch vorgetragene „Gesundheitsführung des Staates“ durchaus fehlten. Dabei war vor allem noch strittig, ob die „Gesundheitsführung“ bei der Bewegung/Partei und/oder bei dem „an sich“ abgelehnten Staat oder gar bei einer neuen Einheit, die zunächst nur in einem Führer gedacht werden konnte, liegen sollte. Im anfänglichen Pragmatismus entschied faktisch die Besetzung einer leitenden Stelle in Partei und/oder Staat zumindest vorläufig darüber, welche Variante der Gesundheits- und Rassenpolitik zum Zuge kam, und *Gütt* hielt sich von Anfang an an seinen Minister Dr. *Wilhelm Frick*, der als Reichsleiter eines der höchsten Parteiämter innehatte.

Man kann sicher sagen, daß *Gütt* seine „staatsorientierte“ Position gegenüber einer standespolitisch-parteiorientierten Lösung, wie sie der ehem. Kassenarzt und Standespolitiker *Wagner* anstrebte, durchsetzen konnte, weil seine Person und seine Intentionen besser in die Ministerialbürokratie „paßten“ als *Wagners* Protegé Dr. *Friedrich Bartels*, der nach einem Jahr das Ministerium wieder verließ. Hinzu kam, daß für die Reichsärztesführung die Durchsetzung standespolitischer Ziele und die „Säuberung“ des Ärztestandes von den „bolschewistisch-jüdischen Nestbeschmutzern“ in den eigenen Reihen bzw. die Besetzung der so freiwerdenden Kassenarztstellen mit SA-Ärzten zunächst vorrangig war. Hier muß daran erinnert werden, daß bis Ende 1933 mindestens 2800 Ärzte, 500 Zahnärzte und 200 Dentisten von der Kassenarztpraxis ausgeschlossen wurden. Im Zuge der gleichen „Säuberung“ wurden mindestens 3000 freigewerkschaftliche Krankenkassenangestellte, fast ausschließlich bei Ortskrankenkassen beschäftigt, entlassen.

Gleichwohl, einfach war es für *Gütt* nicht, seine Position durchzusetzen. Immerhin hatte *Wagner* im April 1933 einen vierseitigen „Vorschlag zur Neugestaltung des gesamten Volksgesundheitswesens im Reich und in den Ländern“ (unter besonderer Berücksichtigung der rassenhygienischen und bevölkerungspolitischen Erkenntnisse) unterbreitet. Darin wurde gefordert:

1. „Als Spitze des gesamten Volksgesundheitswesens wird aufgestellt ein Amtsarzt mit besonderen Kenntnissen auf dem Gebiet der Gesundheitsvorsorge und Fürsorge, (handschriftlicher Nachtrag:) der dem Reichsinnenminister direkt untersteht. *Aufgaben:* a) vordringlich: die Säuberung des gesamten (!) Volksgesundheitswesens als eines der wichtigsten (!) Elemente im Staate von Fremdrassigen und aktiven Gegnern der nationalsozialistischen Weltanschauung zur Festigung der Macht; b) Anregung und Durchführung von gesetzlichen Maßnahmen auf dem Aufgabengebiet; c) Beobachtung und Begutachtung von Gesetzesvorschlägen aller anderen Reichs- und Landesministerien und Organisationen, auch der Standesorganisationen, in ihrer Auswirkung im rassenhygienischen und bevölkerungspolitischen Sinn. *Vorschlag:* Pg. Dr. *Bartels*, Eisenach.
2. Ein Amtsarzt aus der Verwaltungspraxis zur Bearbeitung der bisher im wesentlichen unter den Begriff der Medizinalabteilung fallenden Fragen. *Vorschlag:* Pg. Ober. Med. Rat Dr. *Gütt*, Wandsbek“.

Im übrigen sollte es danach in das „vordringliche Aufgabengebiet“ des zukünftigen Leiters des gesamten Volksgesundheitswesens fallen, an Forschungsinstituten „den überwiegenden Einfluß fremdrassiger Elemente und die unkontrollierte und inkontrollierbare Verwertung der Gelder zu unterbinden“. „Prophylaktisch“ wurde noch mitgeteilt: „Als Spitze der Umorganisation des Gesundheitswesens kommt ein Jurist nicht in Frage. Die Erfahrungen der letzten Jahrzehnte, sowie die *allgemeine* ablehnende Haltung der Ärzte und Med. Beamten lassen die Bevorzugung eines Juristen auf diesem Gebiet für den Erfolg einer gedeihlichen Arbeit nicht als zweckmäßig und für die Sache dienlich erscheinen.“

Dieser dilettantische, mit wenig Energie und Sachkunde betriebene Plan schuf dem Münchner „Kommissar für die ärztlichen Spitzenverbände“ im „juristengeführten“ Reichsministerium des Innern sicher kaum Freunde! Gleichwohl — ganz locker ließ *Wagner* nicht — er hielt sich mit Eifer an den „Stellvertreter des Führers“ *Rudolf Hess*! Am 9. August 1933 sandte *Wagner*, „im allgemeinen zustimmend“, Ausführungen vom Syndikus des Hartmannbundes, Dr. *Clemens Bewer*, an den „lieben Pg. *Gütt*“ — in der Tendenz liefen diese darauf hinaus, daß die von ihm geplante Reichsärztekammer dem „Staat viele Beamte sparen kann“, die „Beamtenbürokratie“ der Gesundheitsämter keine weitreichenden Befugnisse erhalten solle — genau dies war aber die Absicht *Gütts*.

Am 22. August 1933 sandte *Wagner* dem „Stellvertreter des Führers der NSDAP, Herrn *Rudolf Hess*“, den Entwurf eines „Gesetzes zur Errichtung eines Reichskommissariats für Volksgesundheit“, „um eine einheitliche Gesundheitsführung im Sinne nationalsozialistischer Weltanschauung zu gewährleisten (. . .) Der bei weitem Geeigneteste für den Posten eines Reichskommissars ist Dr. *Bartels*, zur Zeit Oberregierungsrat im Reichsministerium des Innern, der im übrigen von uns ursprünglich schon als Leiter der Gesundheitsabteilung vorgeschlagen war“. Der Reichskommissar sollte eine Allkompe-

tenz haben, ihm stand „die Entscheidung in allen Fragen zu, die die Gesundung und Gesunderhaltung des deutschen Volkes betreffen. Dahin gehört alles, was sich auf das Gesundheitswesen und seine Grenzgebiete, auf Fragen der Bevölkerungspolitik, Erbbiologie, Rassenhygiene, Sozialhygiene, Sozialversicherung, Jugendertüchtigung und Volksbelehrung auf diesen Gebieten bezieht“. *Gütt* konnte auf dem Reichsparteitag vom 30. August — 3. September 1933 einige Bedenken zerstreuen. *Wagner* selbst fand auch kaum Rückhalt bei *Rudolf Hess* und Dr. *Wilhelm Frick*, zumal er in München selbst einen Arztskandal „bereinigen“ mußte.

Anfang 1935 übte *Wagner*, inzwischen zum Hauptdienstleiter avanciert, aber erneut Kritik an der „Zersplitterung“ des Gesundheitswesens und ihren Folgen sowie an der „Vernachlässigung des ns. Programms auf dem Gebiet der Volksgesundheit und der Bevölkerungspolitik“ und forderte die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens in Partei und Staat, d. h. u. a. die bisher beim Reichsinnenministerium ressortierenden medizinischen Bereiche der Partei zu unterstellen. Jedoch hatten sich die von der Ministerialbürokratie unter *Gütt* betriebenen Konzepte so weit und so gut entwickelt, daß selbst *Hitler* Bedenken hatte und auch zur Unterstellung unter die von *Wagner* geforderte „umfassende, autoritär geführte öffentlich-rechtliche Körperschaft“, die vom NS-Regime der Ärzteschaft 1935 konzedierte Reichsärztekammer, kam es nicht.

7. *Gütts* Stellung im Reichsministerium des Innern (RMdI)

Die Darstellung der „schwelenden“ Auseinandersetzung mit der standes- und parteipolitisch orientierten Richtung innerhalb der NSDAP greift aber den Ereignissen voraus. Sicher hätte *Gütt* „seine“ Konzeption nicht durchhalten können, wenn er nicht sofort nach seiner Berufung ins RMdI seine dortige Position zielstrebig ausgebaut hätte. Dabei ist zu bemerken, daß bis dahin die Abteilung für Volksgesundheit im RMdI personell relativ schwach ausgestattet war und keine „tragende“ Rolle spielte. Von den bis 1933 dort tätigen Ärzten war der Sozialdemokrat Dr. *Franz Goldmann* entlassen und der Zentrumsangehörige Dr. *Paul Wiedel* zum Reichsgesundheitsamt abgeschoben worden — geblieben war nur der deutschnationale Tropenmediziner Prof. Dr. *Max Taute*, der mit der Rolle des „Correferenten“ von *Gütt* zufrieden war.

Bereits am 8. Mai 1933 meldete *Gütt* einen Vortrag bei *Wilhelm Frick*, der in Rassenfragen persönlich engagiert war, zur „Neuorganisation des Gesundheitswesens“ an: Ohne eine einheitliche Organisation des Gesundheitswesens, so der Tenor von *Gütts* Ausführungen, sei Rassen- und Bevölkerungspolitik nicht durchzuführen; das RMdI müsse daher die Gesetzgebungskompetenz nach Art. 7 Ziff. 8 der Weimarer Verfassung ausschöpfen. Staatssekretär *Hans Pfundtner*, 1932 nach einem Vortrag von *Joseph Goebbels* im „Nationalen Club“ demonstrativ von der DNVP zur NSDAP umgeschwenkt, „klärte vor“ und beauftragte *Gütt* am 16. Mai 1933 mit

den Vorarbeiten. Etwaige Vorschläge des Deutschen Medizinalbeamtenvereins und der Ärztespitzenverbände seien als Grundlage zu verwenden.

Am 27. Mai 1933 trug *Gütt* dem Minister persönlich zur „Neuorganisation des Gesundheitswesens“ vor: Für die staatlichen und kommunalen Aufgaben sollten auf der untersten Verwaltungsebene der Kommunen und Kreise Gesundheitsämter eingerichtet werden. Die Gesundheitsämter sollten kommunale Einrichtungen bleiben, aber von „staatlichen Einheitsmedizinalbeamten“ — ein bereits vor 1933 von Medizinalbeamten entwickelter Begriff — geleitet werden. „Bei einer solchen Organisation könnten ohne weiteres Unterabteilungen für Rasse und Familie geschaffen werden, die dann alle in Zukunft hinzukommenden Aufgaben über erbbiologische Bestandsaufnahme, Sterilisierung, Erbgesundheitspflege resp. rassische Bevölkerungspolitik zu übernehmen hätten.“

Gütt wurde beauftragt, einen entsprechenden Gesetzesentwurf zur Neuorganisation des öffentlichen Gesundheitswesens vorzubereiten.

Gütt hatte damit seine Pläne auf höchster Ebene abgesichert. Dies zeigte sich am 15. Juni 1933 in einem Rundschreiben des RMdI an alle Landesregierungen bzw. das Preußische MdI, in dem eine Reorganisation des öffentlichen Gesundheitswesens nach einheitlichen Richtlinien angekündigt wurde: Bis zu einer Besprechung der Länder im RMdI seien alle grundsätzlichen Neuregelungen zu unterlassen. Mit diesem Erlaß, der auch veröffentlicht wurde, beanspruchte das RMdI die alleinige Initiative auf diesem Gebiet. Überdies hatte *Hitler* am 6. Juli 1933 die „nationale Revolution“ beendet: Durch den nunmehr beginnenden „Aufbau des Dritten Reiches“ wurde die Position des RMdI vorläufig gestärkt.

8. Der Medizinalbeamtenverein biedert sich bei Gütt und dem Reichsinnenministerium an

Am 19. Juli 1933 traf im RMdI eine fast 30seitige Denkschrift, „Die Reichsgesundheitsreform“, ein, vorgelegt im Auftrag des Deutschen und Preußischen Medizinalbeamtenvereins durch den Vorsitzenden *Gustav Bundt*. Diese Denkschrift war im „Bevölkerungspolitischen Ausschuß“ des Medizinalbeamtenvereins — dem *Gütt* bekanntlich angehörte — vorbereitet und in Grundzügen publiziert worden. Sie sah eine einheitliche und umfassende Neuordnung des gesamten öffentlichen Gesundheitswesens vom Reich über die Länder und Mittelinstanzen bis hin zu den örtlichen Gesundheitsämtern vor. An der Spitze aller Gesundheitsämter sollten Medizinalbeamte stehen. Neben der klassischen Medizinal- und Sanitätsaufsicht sollte aber lediglich der „unverzichtbare Teil kommunaler Gesundheitsfürsorge“ übernommen, dafür die biologisch-bevölkerungspolitischen Aufgaben zu einem Hauptbestandteil öffentlicher Gesundheitsleistungen ausgebaut werden.

Wie sehr die Medizinalbeamten glaubten, über die Rassenhygiene endlich die von ihnen gewünschte Organisationsform staatlicher Gesundheitsämter samt ihrer leitenden Dienststellung durchsetzen zu können, zeigte

sich auf der 50. Jahresversammlung des Deutschen Medizinalbeamtenvereins Anfang September 1933 in Bad Pyrmont. Der (Rasse-)Hygieniker *Philaletes Kuhn* und der Kreisarzt *Eduard Balsler* legten nochmals umfassende „Vorschläge für das Gesundheitswesen des Deutschen Reiches“ vor: Diese Vorschläge richteten das gesamte öffentliche Gesundheitswesen auf die Erb- und Rassenpflege aus. Gleichzeitig verabschiedeten die Medizinalbeamten eine EntschlieÙung an den RMdI, in der sie nach einem Loblied auf das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses betonten, daß die Bevölkerungspolitik und Auslese im Sinne positiver und negativer Rassenhygiene nur durchführbar sei, „wenn den staatlichen Medizinalbeamten Gesundheitsämter zur Verfügung stehen, deren Leiter sie sind.“

Gütt arbeitete, wie aus diesen ganz offensichtlich angesprochenen Gutachten und Stellungnahmen hervorgeht, hier mit den Medizinalbeamten noch eng zusammen: So kam er einerseits der Anordnung *Pfundtner*s nach, etwaige Vorschläge der Medizinalbeamten zu beachten, wie er andererseits seiner Politik im RMdI externe Unterstützung geben konnte.

9. Der erste Entwurf eines Vereinheitlichungsgesetzes

Arthur Gütt war, und zwar entgegen beamtenrechtlichen Vorschriften, mit Wirkung zum 1. August 1933 zum Ministerialrat befördert worden. Im September bereitete er eine schriftliche Umfrage zur Organisation und Situation des staatlichen und kommunalen Gesundheitswesens in den Ländern vor. Die Ergebnisse sollten als Grundlage für die angekündigte Sitzung der Länder im RMdI dienen. Sodann arbeitete er weiter fleißig an seinem Gesetzesprojekt: Schon am 19. Oktober 1933 wurde ein „Entwurf eines Gesetzes über die Vereinheitlichung der Gesundheitsverwaltung“ mit umfangreichen Ausführungsbestimmungen und Richtlinien für die Tätigkeit der Gesundheitsämter und der Staatsärzte sowie einer Begründung an alle Landesregierungen, resp. das Preußische Ministerium des Inneren (PrMdI), versandt.

Soweit es die Organisation im engeren Sinne betraf, sah der Gesetzentwurf vor, in den unteren Verwaltungsbezirken und in den obersten Landesbehörden sämtliche Zweige des öffentlichen Gesundheitswesens, insbesondere der Gesundheits- und Krankenfürsorge, der Erbgesundheits- und Rassenpflege einheitlich zusammenzufassen und zu verwalten. Alle Einrichtungen des kommunalen Gesundheitswesens sollten in Gesundheitsämter zusammengefaßt werden, an deren Spitze ein vom Staat ernannter Staatsarzt stehen sollte. Die „Vereinnahmung“ der kommunalen Einrichtungen in personeller und sachlicher Hinsicht sollte zugleich, möglichst „kostenneutral“ die Kreisarzt- bzw. Staatsarztausstattung erheblich verbessern. Der Entwurf beschränkte sich völlig auf organisatorische und finanzielle Gegenstände: Sinn, Ziele und Aufgaben waren in die Ausführungsbestimmungen, die Richtlinien (1. „Förderung quantitativer Bevölkerungspolitik“, 2. „Förderung qualitativer Bevölkerungspolitik“ als neue Aufgaben) und die Begrün-

derung verbannt. Die Gesundheitsämter sollten kommunale Einrichtungen bleiben, die Leiter aber sollten in jedem Fall staatliche Medizinalbeamte sein.

Vorbilder für diesen Entwurf waren die erwähnten Vorschläge des Medizinalbeamtenvereins, an deren Ausarbeitung *Gütt* beteiligt war, sodann aber auch *Gütts* bevölkerungspolitische Richtlinien für das öffentliche Gesundheitswesen. Der Gesetzentwurf schlug wie ein Blitz ein — offenbar hatte niemand geahnt, wie energisch das RMdI vorging: Bevor es noch zu der für den 31. Oktober 1933 geplanten Sitzung der Länder und dem Reichsministerium kam, setzte eine rege Tätigkeit auf Ministerialebene ein. So nahm der sächsische Arbeits- und Wohlfahrtsminister Dr. *Georg Schmidt*, gleichfalls NSDAP-Mitglied, in einem persönlichen, achtseitigen Schreiben an *Frick* gegen den Entwurf Stellung.

Die Referenten im Reichsfinanzministerium (RMdF) sahen neue Lasten auf das Reich zukommen, denn dieses konnte nach dem Finanzausgleichsgesetz den Ländern nur neue Lasten aufbürden bzw. alte Aufgaben wesentlich erweitern, wenn es die Kosten übernahm.

In einer interministeriellen Vorbesprechung zwischen RMdI, Reichswehrministerium (RWM), Reichsarbeitsministerium (RAM) und RMdF am 27. Oktober 1933 ließen die erfahrenen Ministerialbürokraten *Gütt* mit detaillierten Fragen zu bestehenden Gesetzen und den finanziellen Konsequenzen des Entwurfs auflaufen. *Gütts* völkischer Reformismus blieb vor der distanzierteren Kühle des Finanzreferenten wirkungslos. Der RAM ließ darüber hinaus von seinem Staatssekretär *Johannes Krohn* schriftlich Bedenken erheben. Massiver Einspruch kam auch von Preußen. Schließlich protestierte „natürlich“ auch die Abteilung Volksgesundheit der NSDAP — auch *Wagner* erschien, gar nicht ungeschickt, seine Parteikonzeption billiger als die angebliche „Verstaatlichung“ *Gütts*!

Gütt und das RMdI waren dieser Woge von Entrüstung und sachkundigem Widerstand nicht gewachsen. Am 28. Oktober 1933 sagte das RMdI die für den 31. Oktober 1933 vorgesehene Besprechung „auf Wunsch des Preußischen Ministers des Inneren“ in einem Schnellbrief ab. Damit war der erste Versuch, das Gesundheitswesen in einem geheimen Schnellverfahren von der Landesebene bis zu den Kreisen hin zu reorganisieren, gescheitert. Die umfassenden Reformpläne, die *Gütt* und der Medizinalbeamtenverein erarbeitet hatten, erwiesen sich damit selbst unter den Bedingungen der NS-Herrschaft als nicht politikfähig.

10. Die Finanzierungsprobleme — ein Hindernis auch für NS-Reformen auf dem Gebiet des Gesundheitswesens

Nach diesem Desaster mußte zunächst einmal das Terrain bereinigt werden. *Gottfried Frey* von der Medizinalabteilung des PrMdI hatte die Frage einer völligen Verstaatlichung des Gesundheitswesens in die Diskussion geworfen. Durch eine Reform des Kreisarztgesetzes bereitete er die Fachaufsicht der Kreisärzte über die Kommunalärzte vor. Jedoch ging Ministerialdirektor *Georg*

Gottheiner vom RMdI und Innenminister *Frick* eine völlige Verstaatlichung zu weit. Auf jeden Fall waren die finanziellen Auswirkungen der verschiedenen Pläne zu überprüfen, um eine positive Stellungnahme des RMdF zu erhalten. Am 28. November 1933 wurde daher eine neuerliche detaillierte Umfrage zu den finanziellen Konsequenzen der „Vereinheitlichung“ veranlaßt.

Finanzielle Konsequenzen wogen in den Jahren noch bestehender Sparnotverordnungen trotz „NS-Revolution“ recht schwer. *Gütt* erstrebte ja mit seiner Konzeption insgesamt auch eine „Aufwertung“ der Kreisärzte bzw. staatlichen Medizinalbeamten: Aus einem kärglich ausgestatteten *Ein-Mann-Betrieb*, der auf die büromäßige Infrastruktur des Landratsamtes zurückgreifen konnte, sollte nach *Gütts* Plänen ein Gesundheitsamt werden, das mit mindestens zwei hauptberuflich tätigen Medizinalbeamten und „Hilfspersonal“ ausgestattet war! So etwas gab es bislang nur in wenigen Großstädten bei den kommunalen Gesundheitsämtern. Die jährliche Gesamtausgabe pro Gesundheitsamt (*laufende Kosten*) wurden sehr niedrig auf 55 000 RM geschätzt.

Darüber hinaus sollte das Kreisarzt- bzw. staatliche Gesundheitsamt-„Modell“ auch verallgemeinert werden, d. h. in jedem unteren Verwaltungsbezirk des Deutschen Reiches sollte ein derart gut ausgestattetes Gesundheitsamt errichtet werden. Vor 1934 war es aber noch nicht einmal in Preußen der Fall, daß es pro Kreis einen Kreisarzt gab; es gab Fälle, in denen ein Kreisarzt für zwei bis vier Kreise zuständig war; rd. 400 Kreisärzte waren für 474 untere Verwaltungsbezirke tätig. In Bayern gab es 139 Bezirksärzte für 215 Bezirksamter, in Sachsen 23 Medizinalbeamte für 49 Amtshauptmannschaften usw. Die personellen Mehrkosten konnten nun reduziert werden durch die geplante „Eingliederung“ der Kommunalärzte, aber das fiel nur in Preußen ins Gewicht. Der jährliche *Mehrbedarf* für die *Gütt*'schen Vorstellungen wurde auf rd. 12 Mio. RM beziffert — eine für damalige Finanzpolitik erhebliche Summe. Es war daher durchaus eine Frage politischen Gewichts, ob die Reform in diesem Umfang notwendig und sinnvoll war (die von der Reichsärztesführung propagierte „private“ Lösung war zumindest billiger!) und wer gegebenenfalls die Kosten zu tragen hatte.

Dahinter konnten dann auch ganz andere Interessen zum Tragen kommen; und dies trat auch ein — so sollte vor allem die Kompetenz der kommunalen Selbstverwaltung, die die Gesundheitsfürsorge entwickelt hatte, erheblich eingeschränkt werden. Ferner war durch das „Vorpreschen“ des Reiches in der Gesundheitspolitik bzw. -gesetzgebung auch eine faktische Domäne der Länder, insbesondere Preußens, in Frage gestellt. Von hier aus formierten sich vielfältige Aktionen und Widerstände gegen die von *Gütt* vorangetriebenen Pläne des Reichsministeriums des Innern mit häufig wechselnden Konstellationen. Begünstigend für *Gütt* muß angesehen werden, daß *Frick* mit Verve die von *Hitler* auf dem Reichsparteitag wieder „aktivierte“ Reichsreform — Entmachtung der Länder — betrieb und aufgrund der überraschenden Bereitwilligkeit *Görings* am 1. Mai 1934 auch das Preußische Ministerium des Inneren überneh-

men konnte: In dessen Kommunalabteilung, flankiert von einer neuen NS-Spitzenorganisation, dem Deutschen Gemeindetag, war der Widerstand gegen *Gütt* konzentriert.

11. Das „Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens“ (GVG) vom 3. Juli 1934 — ein Pyrrhussieg *Gütts*

Der komplizierte Durchsetzungsprozeß in der Ministerialbürokratie kann hier nicht im einzelnen nachgezeichnet werden; vermerkt sei nur, daß *Frick* und *Pfundtner* „ihren“ *Gütt* hielten: Trotz aller Sparverordnungen beantragte *Pfundtner* am 23. Dezember 1933 beim RMdF die Errichtung einer selbständigen Gesundheitsabteilung im RMdI: Dies sei wegen der dem nationalsozialistischen Staate auf dem Gebiete des Gesundheitswesens, der Rassenhygiene und Bevölkerungspolitik erwachsenen Aufgaben erforderlich. Am 16. Februar 1934 wurde in einer Ministerbesprechung in der Reichskanzlei die Errichtung einer eigenen Medizinalabteilung mit *Gütt* als Leiter besprochen und sogleich verabschiedet. Schon am 19. Februar 1934 wurde *Gütt* mit Wirkung zum 1. März 1934 zum Ministerialdirektor ernannt.

Gütt hatte überdies zu seiner Verstärkung im Februar 1934 seinen ehemaligen Chef bei der Regierung in Schleswig, Dr. *Erich Moebius*, als Referenten für das öffentliche Gesundheitswesen gewinnen können. Damit hatte sich *Gütt* einen sachkundigen und verwaltungserfahrenen Vasallen ins RMdI geholt — bis sich herausstellte, daß *Moebius* Freimaurer gewesen war: Er wurde aus der NSDAP ausgeschlossen und an die Bezirksregierung in Magdeburg abgeschoben. Juristischen Beistand erhielt *Gütt* ferner durch den altgedienten Ministerialdirigenten *Hermann Hering*.

Von dieser Position aus gelang dann schließlich zwischen März und Juni 1934 dem Reichsministerium des Innern ein mühevoller Durchbruch. Besonders hartnäckig war der Widerstand der Gemeinden bzw. Großstädte (z. B. Leipzig mit OB *Carl Goerdeler!*), die vom Deutschen Gemeindetag teils direkt, teils indirekt (über die Kommunalabteilung des PrMdi) ins Spiel gebracht wurden. Am 3. Juli 1934 stimmte das Reichskabinett unter dem Vorsitz *Hitlers* schließlich dem (6.) Gesetzesentwurf zu — mit der vom Preußischen Finanzminister *Johannes Popitz* noch in letzter Sekunde eingeflickten Maßgabe, daß das Gesetz erst am 1. April 1935 in Kraft treten sollte. Im Mittelpunkt des politischen Interesses an diesem Tag stand allerdings nicht das bis heute nahezu unverändert geltende „Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens“, sondern der sog. Röhm-Putsch, über dessen „Verlauf“ *Hitler* in der vorangegangenen Ministerbesprechung berichtet hatte und dessen „Niederschlagung“ nun durch das „Gesetz über Maßnahmen zur Staatsnotwehr“ nachträglich legalisiert wurde.

Vergleicht man nun das schließlich verabschiedete Vereinheitlichungsgesetz mit den ursprünglichen Plänen *Gütts*, dann muß man seinen Sieg als Pyrrhussieg bezeichnen. Gelungen war unzweifelhaft die Bündelung

der klassischen staatlich-polizeilichen Gesundheitsleistungen, des „unverzichtbaren“ Teils der neu entwickelten kommunalen Gesundheitsfürsorge und der nationalsozialistischen Erb- und Rassenpflege zu einer Aufgabentrias. Für diese schuf *Gütt* im Zusammenhang mit anderen, inhaltlich einschlägigen Gesetzen und Verordnungen als reichsübergreifende Organisation den öffentlichen Gesundheitsdienst, die Gesundheitsämter und den staatlichen Einheitsmedizinalbeamten in der uns bekannten Form. „So wird demnach der öffentliche Gesundheitsdienst zwar in Zukunft auch wie bisher die Bevölkerung vor Seuchen und Volkskrankheiten oder schädlichen Umwelteinflüssen zu bewahren haben, aber außer der Fürsorge für das Einzelwesen sind den Gesundheitsämtern und den in ihnen beschäftigten Personen damit neue große Aufgaben übertragen worden, die das Ziel einer erblichen und rassischen Volksgesundheit anstreben!“

Gleichwohl: Das GVG war nur ein Rahmengesetz; erst nach und nach wurde es auf dem Verordnungswege „aufgefüllt“ — sicher kein ungewöhnliches Verfahren. Zu den Verordnungen und Gesetzen der Erbgesundheits- und Rassenpflege, an denen der ÖGD beteiligt war, gehörten z. B. die Verordnung über Ehestandsdarlehen (1933), das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (1933), das Gesetz zum Schutze des deutschen Blutes (1935), das Ehegesundheitsgesetz (1935) u. v. a.

Durch zahlreiche Ausnahmen war allerdings die Einheitlichkeit von vornherein in Frage gestellt: Außer dem Regelfall des staatlichen Gesundheitsamtes mit einem staatlichen Amtsarzt [1935: 642 Gesundheitsämter (GÄ)] gab es die Ausnahmen des kommunalen Gesundheitsamtes mit einem staatlichen Amtsarzt (1935: 58 GÄ, davon 50 in Preußen) und schließlich die Ausnahme des kommunalen Gesundheitsamtes mit einem kommunalen Amtsarzt (1935: 35 GÄ, davon 32 in Preußen). Diese Ausnahmeregelungen kamen in Preußen vor allem in den rheinisch-westfälischen Großstädten zum Zuge. Jenseits der Unzulänglichkeiten in der staatlichen Regelung trat aber auch in der Gesundheitsfürsorge nach und nach wieder der alte Zustand ein: Statt der Gemeinden übernahm nun die NSDAP, bzw. ihre gesundheitlichen Untergliederungen, die Aufgaben, so daß nach Kriegsbeginn wieder die alte Zersplitterung öffentlicher Gesundheitsleistungen beklagt wurde.

Trotz der Ausnahmeregelungen bedeutet das GVG aber das faktische Ende größerer kommunaler gesundheitspolitischer Initiativen. Dafür war allerdings auch die Berufsverbotspraxis der Jahre 1933 verantwortlich, die in erheblichem Maße nicht nur fortschrittliche und ideenreiche Kassenärzte, sondern auch die Kommunalärzte in Großstädten traf, die liberal, sozialdemokratisch oder kommunistisch engagiert waren. Nach dieser „Reinigung“ durch das Gesetz zur Wiederherstellung des Berufsbeamtentums trug *Gütt* dafür Sorge, daß bei jeder Amtsarztanstellung die „einwandfreie politische Zuverlässigkeit des Betreffenden festgestellt“ wurde. So konnte *Gütt* 1937 — in erneuter Abwehrhaltung gegenüber einem „parteilichen“ Zugriffsversuch des Reichs-

ärztführers Dr. *Gerhard Wagner* feststellen: Von 634 hauptamtlichen Amtsärzten in Preußen seien 240 Parteigenossen und 279 Angehörige von NSDAP-Gliederungen oder angeschlossenen Verbänden wie SS, SA, NSKK, HJ, NSÄBD — eine Quotierung, die allerdings „nur“ den Durchschnitt des gesamten „Engagements“ der durch das Regime privilegierten Ärzteschaft widerspiegelt.

In der quantitativen Ausbreitung konnte *Gütt* den engen Finanzspielraum nicht wesentlich erweitern, sein Ziel, pro untere Verwaltungseinheit ein Gesundheitsamt mit mindestens zwei hauptberuflichen Amtsärzten, wurde nicht erreicht, wie ein Blick auf die nachstehende Tabelle zeigt:

JAHR	1933/34				1935
LAND	untere Verwaltungsbehörde	Anzahl der unteren Verwaltungsbezirke	Anzahl der Kreis- bzw. Amtsärzte	kommunale Gesundheitsämter (hauptamtl. Ärzte)	Gesundheitsämter; alle Formen (Amtsärzte)
PREUSSEN	Landrat	474	407	84 (237)	424 (634)
BAYERN	Bezirksamt	215	139	11 (34)	138 (?)
SACHSEN	Amtshauptmannschaft	49	23	9 (20)	32 (ca. 64)
WÜRTTEMBERG	Oberamt	62	33	3 (19)	35 (ca. 70)
BADEN	Bezirksamt	40	41	— (21)	22 (?)
THÜRINGEN	Kreisamt	26	15	15 (19)	24 (ca. 48)
HESSEN	Kreisamt	23	18	1 (2)	19 (?)

Das von *Gütt* durchgepeitschte GVG war so mit vielen Geburtsfehlern und Mängeln behaftet: Zwar war der öffentliche Gesundheitsdienst endlich reichseinheitlich geschaffen und eine eigene Medizinalbeamtenlaufbahn begründet; aber das Gesetz wurde nie konsequent durch-

geführt, die Anzahl der Gesundheitsämter wurde nach dem Anfangsschub nicht mehr erweitert, und bereits ab 1938 wurde der öffentliche Gesundheitsdienst in der Gesundheitsfürsorge durch NS-Unterorganisationen wieder an den Rand gedrängt.