

Alfons Labisch/Florian Tennstedt

Gesundheitsamt oder Amt für Volksgesundheit? Zur Entwicklung des öffentlichen Gesundheitsdienstes seit 1933

In der inzwischen anschwellenden Literatur zur Medizin und Rassenhygiene im Nationalsozialismus werden deren institutionelle Voraussetzungen und Rahmenbedingungen entweder gar nicht oder nur am Rande erwähnt. Im Rückblick erscheint es selbstverständlich, daß die erste Phase rassenhygienisch geprägter Gesundheitspolitik im Dritten Reich weitgehend auf gesetzlicher Grundlage erfolgte. Das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“, das bereits am 14. Juli 1933 die Zwangssterilisation als massenhaft praktiziertes Mittel negativer Bevölkerungspolitik legalisierte, wird „zu Recht als das Grundgesetz der Nationalsozialisten bezeichnet“¹. Damit erschöpfte sich dann aber in der Regel auch schon die Reflexion über die institutionellen Voraussetzungen nationalsozialistischer Gesundheits- und Bevölkerungspolitik. Schon das „Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens“ (GVG) vom 3. Juli 1934, das – in keineswegs unstrittiger Weise – den organisatorischen Rahmen für die „Vollstreckung“ des Erbgesundheitsgesetzes schuf, wird entweder gar nicht² oder nur selten³ erwähnt und in seiner Bedeutung allgemein unterschätzt. Die Vernachlässigung institutioneller Kontexte in der Globaldiskussion über Ärzte und Medizin im Nationalsozialismus findet eine fatale Pointe auch darin, daß das GVG im Prinzip noch heute in den meisten Ländern der Bundesrepublik Deutschland gültig ist. Die Siegermächte hoben das GVG (wie übrigens auch das Erbgesundheits- und das Ehegesundheitsgesetz von 1935) nicht auf. Insbesondere aus dem öffentlichen Gesundheitsdienst kommen daher bis in die jüngste Zeit untaugliche Versuche, die Behauptung aufrechtzuerhalten, daß „die Wurzeln des GVG nicht [...] im Nationalsozialismus liegen, sondern in die Weimarer Zeit zurückreichen“⁴.

Die Bedeutung des GVG geht über seine Rolle als organisatorischer Transmissionsriemen für das Erbgesundheitsgesetz hinaus. Es markiert eine entscheidende, zugleich doppelte Weichenstellung: die Abkehr von der klassischen Gesundheitsfürsorge der Weimarer Republik einerseits und andererseits die Abkehr vom Versuch des Nationalsozialistischen Deutschen Ärztesbundes (NSDÄB) unter Gerhard Wagner, die Erbgesundheitspolitik in die ambulante ärztliche Regelversorgung einzubeziehen und damit ein rassenhygienisch-parteiamtliches Hausarztssystem auf der Ebene primär-

¹ Referat Dörners in: *Medizin im Nationalsozialismus*, S. 19–27, hier S. 24.

² Vgl. Kater, *Leonardo Conti*.

³ Vgl. Ganssmüller, *Erbgesundheitspolitik*, und Schmuhl, *Rassenhygiene*.

⁴ Pfau, *Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens*, S. 203.

medizinischer Versorgung zu etablieren. Diese entscheidenden Weichenstellungen sind allerdings nicht bei segmentierter Betrachtung der Geschichte des GVG zwischen 1934 und 1945 erkennbar. Das GVG muß vielmehr in eine langfristige Entwicklungsperspektive öffentlicher Gesundheitsleistungen gestellt werden⁵. Im Anschluß daran ist zu fragen, welche von der NSDAP vorgebrachten Alternativen durch das GVG verhindert wurden. Erst dann ist es möglich, „Apparat“ und „Bewegung“ am Beispiel des öffentlichen Gesundheitswesens gegeneinander zu bilanzieren. Damit ist zugleich die vernachlässigte Frage nach den institutionellen Kontexten gestellt, in denen ärztliches Handeln während der NS-Zeit stattfand.

Infolge der gesellschaftlichen und staatlichen Entwicklung seit der Industrialisierung, insbesondere der Entwicklung wohlfahrtsstaatlicher Interventionen, war der öffentliche Anteil des ärztlichen Handelns ständig ausgeweitet worden und hatte mehr und mehr an Bedeutung gewonnen. Schon 1930 hatte der späterhin weltbekannte Medizinhistoriker Henry E. Sigerist treffend festgestellt: „1869 konnte man (noch) die ärztliche Praxis freigeben in dem liberalistischen Gedanken, daß jeder nach seiner Fassung gesund werden könne. Diese Zeiten sind vorbei. Der Staat nimmt Partei für die Gesundheit und geht in manchen Fällen so weit, daß er den Kranken, der sich nicht behandeln läßt, als Verbrecher verurteilt. [...] Die Entwicklung des Staates vom Machtstaat zum Wohlfahrtsstaat hat es mit sich gebracht, daß immer mehr ärztliche Aufgaben vom Staat übernommen worden sind. Er bedient sich der Ärzte, indem er sie als Sachverständige zu Rate zieht.“⁶ Zwischen 1871 und 1933 waren diese ärztlichen Aufgaben und Kompetenzen nicht bei einer zentralen staatlichen Instanz, etwa dem Reich, konzentriert, sondern auf verschiedene Institutionen – neben dem Reich und den Einzelstaaten auch Gemeinden, parastaatliche Sozialversicherungsträger etc. – verteilt.

Für die Durchführung einer systematischen, prinzipiell lückenlosen und über viele Generationen sich erstreckenden Erb- und Rassenpflege am „Erbstrom der Deutschen“⁷ war 1933 keiner der tradierten institutionellen Kontexte ärztlichen Handelns geeignet – jedenfalls nicht in der überlieferten Form und Ausstattung mit wenigen personellen und finanziellen Ressourcen sowie geringer Kompetenz zur Intervention in die Privatsphäre der Volksgenossen. Die führenden Gesundheitspolitiker des Dritten Reiches haben unter diesem Gesichtspunkt denn auch immer wieder die Vielfalt des Gesundheitswesens, die sich bis 1933 entwickelt hatte, kritisiert. „Buntscheckigkeit der Entwicklung und der Bestimmungen“ hätten sich, so Arthur Gütt noch 1939, zum Schaden des Volkes ausgewachsen: Es gab „staatliche und kommunale Behörden, verschieden in allen Ländern, Provinzen, Kreisen und Städten, und endlich zahlreiche Versicherungsträger und private und karitative Organisationen, die sich alle mehr oder

⁵ Dies ist der Ansatzpunkt unserer Monographie, auf die hier ausdrücklich verwiesen sei: Labisch/Tennstedt, Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens; für die Sozialgeschichte der Sozialpolitik mit dem besonderen Aspekt der Gesundheitspolitik vgl. Sachße/Tennstedt, Geschichte der Armenfürsorge, Bd. 2 bzw. für die NS-Zeit Bd. 3.

⁶ Henry E. Sigerist, Wandlungen des Arztideals, in: Soziale Medizin 3 (1930), S. 665–670, hier S. 669 f.

⁷ Ärzteblatt für Sachsen 1934, Nr. 1, zit. nach Hermann Berger, Kleiner Kulturspiegel des heutigen Arztiums nach Zeitschriftenstimmen des letzten Jahrzehnts, Bd. 1, Jena 1940, S. 96.

weniger zuständig fühlten und von ihrer Bedeutung für die Volksgesundheit durchdrungen waren“⁸.

Diese Kritikpunkte wurden mannigfach variiert – sie führten aber nicht zu eindeutigen Alternativen. Wie der Weg „vom Arzt des Einzelwesens“ über den „Hausarzt und den Familienarzt zum Arzt des Volkes“⁹ ausgestaltet sein sollte, blieb unklar: „Es fehlte eine ideenmäßig und organisatorisch vorbereitete Gesamtplanung für eine Neuordnung des gesamten Gesundheitswesens im weitesten Sinne des Wortes.“¹⁰ In der nationalsozialistischen „Kampfzeit“ hatten Fundamentalkritik am „System“ und radikale standespolitische Forderungen, durchaus kompatibel denen der etablierten konservativen Ärzteschaft, ausgereicht. Nach der Machtübernahme genügte das jedoch nicht mehr.

Insgesamt zeigten sich Anfang 1933 zwei Gestaltungsmöglichkeiten für die Aufgaben der Ärzte als „Wächter am Ufer des Erbstroms“¹¹. Diese wurden alternativ durch die beiden Ärzte Gerhard Wagner und – 1933 noch weit unbekannter – Arthur Gütt formuliert und vertreten. Sie favorisierten jeweils das institutionelle Milieu, in dem sie bis dahin mehr oder weniger bescheiden gewirkt hatten, nämlich die Partei bzw. den Staat. Vom Arzttyp her gesehen, plädierte Wagner für den niedergelassenen Arzt als Amtswalter der NSDAP, Gütt für den Amtsarzt eines öffentlich-staatlichen Gesundheitswesens unter nationalsozialistischen Vorgaben. Das waren durchaus auch Zielpunkte unterschiedlicher Interessen- bzw. Professionspolitik von Ärzten. Dabei war der Gedanke eines von einer politischen Partei getragenen Arztes und Gesundheitswesens grundsätzlich neu. Denn bis 1933 gab es – entsprechend dem dualen System des Wohlfahrtsstaates der Weimarer Republik – zwar auch Ärzte in der kommunalen Selbstverwaltung und in den freien Wohlfahrtsverbänden, die Parteien nahestehen konnten. Parteiärzte gab es bis dahin aber nicht. Mit der Aufwertung des (staatlichen) Kreisarztes hingegen konnte an vorhandene institutionelle Kontexte angeknüpft werden. Durch das Vorpreschen des Wandsbeker Kreisarztes Arthur Gütt wurde die Parteialternative schnell und um so nachhaltiger verdeckt, als auch auf anderen Gebieten der inneren Politik die nationalsozialistischen Vorstellungen bis 1938/39 mit Hilfe der konservativen, mittels Berufsverbotes „gleichgeschalteten“ Bürokratie durchgesetzt wurden¹². Das von einzelnen zufälligen Faktoren begünstigte Wirken Arthur Gütt setzte hier an: Mit Hilfe staatlicher Gewalt und (schwierig zu akquirierender!) staatli-

⁸ Arthur Gütt, Der öffentliche Gesundheitsdienst. Erläuterungen zum Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens vom 3. Juli 1934 nebst Durchführungsbestimmungen, Gebührenordnungen und Anhang mit Erlassen, Berlin 1939, S. 5.

⁹ Leonardo Conti, Gedanken zur Stellung des Arztes im Dritten Reich, in: Der Amtsarzt. Ein Nachschlagewerk für Medizinal- und Verwaltungsbeamte, bearb. v. Arthur Gütt u. a., Jena 1936, S. 1–5, hier S. 2.

¹⁰ BA, R 18, 3793, Denkschrift Contis „Zur Neuordnung des Gesundheitswesens nach dem Siege“, vermutlich vom September 1943, S. 3 f.

¹¹ Dieses Wort stammt von dem Zittauer Arzt Paul Seeliger, der im Ärzteblatt für Sachsen in einem Neujahrsaufruf für 1934 schrieb: „Hitler hat uns Ärzte an die vorderste Front berufen, zu ersten Beamten des Reiches gemacht. Er hat uns gewaltige, ehrenreiche, freilich auch ungeheuer verantwortungsvolle Aufgaben gestellt: treue Wächter zu sein am Ufer des Erbstroms der Deutschen.“ Zit. nach Berger, Kleiner Kulturspiegel, S. 96.

¹² Für den Wohlfahrtssektor insgesamt vgl. Sachße/Tennstedt, Geschichte der Armenfürsorge, Bd. 3, sowie allgemein Dieter Rebentisch, Führerstaat und Verwaltung im 2. Weltkrieg, Stuttgart 1989.

cher Finanzen schuf er die in dieser Form neue Institution des öffentlichen Gesundheitsdienstes. Dieser sollte Garant einer einheitlichen, gleichmäßigen, reichsweiten und damit staatlichen Durchführung nationalsozialistischer Erb- und Rassenpflege bis zur Kreisinstanz werden.

Die real existierende Alternative zwischen einem staatlichen oder parteiamtlichen Gesundheitswesen in ihren Konsequenzen darzustellen und zu analysieren, soll Aufgabe der nachfolgenden Ausführungen sein. Damit sei der Vorschlag verbunden, in die Globalfragen nach Ärzten und Medizin im Nationalsozialismus stärker als bisher die Fragen nach den institutionellen Kontexten einzubeziehen, um Handlungsebenen und konkretes Handeln besser verstehbar zu machen. Zwischen die generellen Analysen zur Medizin im Nationalsozialismus und die einzelnen Analysen bestimmter Personen(gruppen) oder Vorgänge sind quasi Fragestellungen „mittlerer Reichweite“ einzuschalten, die generelle Vorgaben und empirische Einzelfragen auf institutionell-organisatorischer Ebene verbinden. Dabei muß die nach 1933 einsetzende besondere Wirkung von Ärzten bei der Ausgestaltung oder auch der Schaffung dieser institutionellen Kontexte mit beachtet werden. Dies nicht zuletzt deshalb, weil Ärzte – anders etwa als Lehrer oder Juristen – in einem vielfältigen Handlungs- und Institutionenzusammenhang tätig wurden. Denn die biologistisch-rassistische Grundauffassung des NS-Regimes brachte es mit sich, daß die Profession der Ärzte mindestens an allen zentralen rassistisch-biologischen Aufgaben beteiligt sein wollte und dabei war: Mediziner wurden Filterexperten für „eine erb- und rassenmäßige Erneuerung durch eine bevölkerungspolitische Umstellung auf allen Gebieten“¹³ – bis hin zur Selektionsrampe von Auschwitz.

Die Diskussion um die Vereinheitlichung des öffentlichen Gesundheitswesens in der Endphase der Weimarer Republik

In Preußen gab es nach der letzten Zählung vor der Durchführung des GVG 1934 in 474 Kreisen und kreisfreien Städten 397 Kreisärzte. Sie unterhielten Ein-Mann-Betriebe mit kärglicher Ausstattung: Lediglich „nutzungsberechtigt“ gegenüber der Verwaltung des zuständigen Kreises, mußten sie die Ausgaben für ihre Amtsführung aus einer Unkostenpauschale bestreiten und verfügten weder über ein eigenes Amt noch über Hilfspersonal. Zum Teil waren sie für zwei oder mehr Kreise zuständig. Die Kreisärzte waren ohne tragende Aufgabe und Ideologie, nachdem Hygiene und Bakteriologie selbstverständliche, weitgehend bürokratisierte und technisierte Aufgaben besonderer Ämter geworden waren. Auch aus anderen Gründen waren die Kreisärzte ins Abseits geraten. Der spätere Reichsgesundheitsführer Leonardo Conti schrieb dazu 1936¹⁴: „Die Gefahr wurde um so größer, als die Machtkämpfe, die zwischen einer schlaffen Staatsautorität und dem empordrängenden Eigenleben der Gemeinde sich entwickelten, eine Zurückdrängung des Amtsarztes auf ganz engumschriebene Gebiete, im wesentlichen gesundheitspolizeilicher Art, mit sich brachten. Der Staat ließ die großen Aufgabengebiete der Fürsorge, der Gesundheitsvorsorge, der gesundheit-

¹³ BA, R 18, 3793, Denkschrift Contis „Zur Neuordnung des Gesundheitswesens nach dem Siege“, vermutlich vom September 1943, S. 10f.

¹⁴ Conti, Stellung des Arztes, in: Der Amtsarzt, S. 5.

lichen Aufklärung und Führung der Bevölkerung aus der Hand gleiten und damit entlitten sie auch dem Kreisärzte, soweit es ihm nicht gelang, neben seinen engeren kreisärztlichen Aufgaben auch kommunale zu übernehmen.“ Die kommunalen Aufgaben wurden durch in der Regel nach 1919 geschaffene kommunale Gesundheitsämter wahrgenommen. Den preußischen Kreisärzten und den staatlichen Ärzten der entsprechenden Verwaltungsebene in den anderen Ländern standen nach einer Zählung von 1931 im Deutschen Reich über 80 kommunale Gesundheitsämter gegenüber, davon mehr als 50 allein in Preußen¹⁵. In ihnen waren insgesamt rund 300 Ärzte hauptamtlich tätig, die in größeren Städten durch etwa 100 hauptamtliche Ärzte in anderen städtischen Behörden unterstützt wurden. Hinzu kamen über 1200 nebenberuflich tätige Ärzte (Schul-, Jugend-, Sportärzte), Zahnärzte und schließlich 2300 Wohlfahrtspflegerinnen, davon 806 hauptamtlich. Die kommunalen Gesundheitsämter waren mit Räumlichkeiten und Sachmitteln relativ gut ausgestattet. Im übrigen hatten die größeren Kommunen nicht nur „offen“ tätige Stadtärzte (Fürsorge, Schule, Sport), sondern auch eine große Anzahl von Heilanstalten, Krankenhäusern usw. Auch diese galten als Teil der kommunalen Gesundheitsfürsorge.

Damit entwickelte sich in den zwanziger Jahren im medizinischen Sektor zwischen dem Kreisarzt als staatlichem Verwaltungsarzt und dem Kassenarzt als therapeutischem Arzt der Kommunalarzt als Fürsorge- und Vorsorgearzt. Diesem neuen Arzttyp stand in der Sozialhygiene eine adäquate Wissenschaft, in der Gesundheitsfürsorge eine adäquate Handlungsanleitung zu Gebote. Mit dem Beruf der Gesundheitsfürsorgerin entwickelte sich das entsprechende medizinische Fachpersonal. Zwischen den Kassenärzten und den Fürsorgeärzten, vertreten durch die ärztlichen Interessen- bzw. durch die kommunalen Spitzenverbände, waren Ende der zwanziger/Anfang der dreißiger Jahre Abkommen erzielt worden, die die auf soziale Gruppen orientierte Arbeit der öffentlichen Gesundheitsfürsorge von der auf das Individuum bezogenen Fürsorgetätigkeit des praktischen Arztes abgrenzten. Damals also gab es bereits eine Konfliktlinie zwischen einem leistungsorientierten öffentlichen Gesundheitswesen und den niedergelassenen Kassenärzten. Allerdings ging es den praktischen Ärzten vor allem darum zu verhindern, daß öffentlich angestellte Ärzte ihre Tätigkeit auf die individuelle ärztliche Gesundheitsberatung ausdehnten – und damit das mühsam errungene Monopol ambulanter ärztlicher Behandlung aufweichten. NS-Ärzteführer Gerhard Wagner strebte mit seinen späteren Plänen indes genau das Gegenteil an: die Ausweitung primär-ärztlicher Tätigkeit auf genuine, d. h. überindividuell gruppen- oder gefährdungsbezogene Arbeitsbereiche des öffentlichen Gesundheitswesens.

Mit den Kreisärzten und den Kommunalärzten ist aber noch nicht das gesamte Spektrum der öffentlich tätigen Ärzte erfaßt. Im Grunde müssen hier auch die bei der freien Wohlfahrtspflege tätigen Ärzte genannt werden, deren Schwerpunkt allerdings mehr in der geschlossenen Fürsorge lag. Das in der Fürsorgegesetzgebung der Weimarer Republik etablierte Subsidiaritätsprinzip hatte die Rolle der freien Wohlfahrtspflege aufgewertet und als tragend in den Wohlfahrtsstaat eingebaut¹⁶.

¹⁵ Zur Entwicklung und zum Ausbau des kommunalen Gesundheitswesens in der Weimarer Zeit vgl. ausführlich Labisch/Tennstedt, Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens, S. 70–84.

¹⁶ Vgl. Sachße/Tennstedt, Geschichte der Armenfürsorge, Bd. 2.

Ein Schritt von großer gesundheitspolitischer Tragweite bahnte sich an, als sich die Kommunen gegenüber den Einzelstaaten und dem Reich verbandspolitisch zu profilieren begannen. Das Reich forcierte das Subsidiaritätsprinzip, um sich dadurch finanziell zu entlasten. Daraus ergaben sich erhebliche Probleme mit den Ländern und den kommunalen Spitzenverbänden. Zunächst zentriert um das enorm kostspielige Krankenhauswesen, wurde dabei auch das öffentliche Gesundheitswesen als kommunale Aufgabe beansprucht. 1928 wurde die Arbeitsgemeinschaft der kommunalen Spitzenverbände auf dem Gebiete des Gesundheitswesens gegründet. Dieser Arbeitsgemeinschaft (kurz Interkommunaler Ausschuß genannt) gehörten neben dem Deutschen Städtetag und dem Deutschen Gemeindetag vier weitere Spitzenorganisationen der kommunalen Selbstverwaltung an.

Die Gesundheitspolitik im öffentlichen Sektor erhielt damit eine neue Qualität. Denn im staatlichen und kommunalen Gesundheitswesen war entsprechend der eingangs zitierten Äußerung Arthur Güttts schon lange vor 1933, eigentlich schon ab 1918/19, beklagt worden, das Nebeneinander vielfältiger Formen öffentlicher Gesundheitsleistungen führe zur Desorganisation; zu den staatlichen und kommunalen Stellen waren ja noch Sozialversicherung, Gesundheitsfürsorge durch Bahn, Post und Polizei, die Werksfürsorge in den großen Industrieunternehmen, die Verbände der freien Wohlfahrtspflege und zahlreiche private Vereine hinzuzuzählen. Arbeitsgemeinschaften versuchten, diese vielfältig getragene und organisierte Gesundheitsfürsorge zu koordinieren.

In anderen Ländern des Deutschen Reiches war das Verhältnis der Kreisärzte bzw. der entsprechenden staatlichen Ärzte der untersten Verwaltungsebene zu den Kommunalärzten weder quantitativ noch qualitativ so stark von Konkurrenz überlagert wie in Preußen. Klagen über „Verwaltungsorganisation“, ein „gewaltiges Durcheinander, Nebeneinander und Gegeneinander staatlicher, kommunaler und privater wohlfahrtspflegerischer und gesundheitsfürsorgender Maßnahmen“¹⁷ finden wir demgemäß vor allem in den Großstädten nördlich des Mains. Die Konsequenz daraus war der gemeinsame Ruf von Beteiligten unterschiedlichster Stellung und Orientierung nach Vereinheitlichung von Laufbahn und Ämtern. Strittig blieb allerdings, wer wen übernehmen und wer jeweils der Kostenträger sein sollte: Sollten die kreisärztlichen Aufgaben auf Kommunalärzte übertragen werden? Oder sollten die Einrichtungen der kommunalen Gesundheitspflege den Kreisarztstellen angegliedert, die Kommunalärzte ebenfalls Staatsbeamte werden? Sollten neben den kommunalen und konfessionellen Krankenhäusern auch andere anstaltsförmige Einrichtungen „verstaatlicht“ werden?

Zusätzlichen Schub erhielt die Frage der Vereinheitlichung durch die sich dramatisch verschlechternde wirtschaftliche und soziale Situation in der Endphase der Weimarer Republik. In der Folge der Weltwirtschaftskrise erschien der organisatorische Zustand des öffentlichen Gesundheitswesens als zu kostspielig. So wurde in Preußen im Rahmen der Not- und Sparverordnungen beschlossen, die Medizinalverwaltung bis Ende 1932 zu vereinheitlichen. Dabei bestand zwar Übereinstimmung darin, daß kreis- und kommunalärztliche Tätigkeit in einer allgemeinen ärztlichen Laufbahn im

¹⁷ C. Stade, Der staatliche Medizinalbeamte und die Gesundheitsfürsorgearbeit, in: Zeitschrift für Medizinalbeamte 41 (1928), S. 535–553, hier S. 536.

öffentlichen Gesundheitswesen zusammengeführt werden sollten. In welcher rechtlichen Form (Kreisarzt oder Kommunalarzt) und in wessen Trägerschaft (Staat oder Kommunen) dies geschehen sollte, blieb aber nach wie vor umstritten.

Sowohl im Bereich des staatlichen wie des kommunalen Gesundheitswesens wirkten die Eigenmomente staatlicher Eingriffs- und kommunaler Leistungsverwaltung fort. Diese Eigenmomente waren einerseits im gerichts- und amtsärztlichen Gutachterwesen der staatlichen Ärzte und andererseits in der gesundheitspolitischen und fürsorgerischen Orientierung der Kommunalärzte in besonders auffälliger Weise spürbar. Aus der alltäglichen Praxis heraus deutete sich folgende Lösung an: In den Städten übernahmen die (staatlichen) Kreisärzte die gesundheitliche Ordnungsverwaltung, auf dem Lande zusätzlich die Gesundheitsfürsorge; führende Kreisärzte sahen in der Personalunion von Kreisarzt und Fürsorgearzt den „Einheitsmedizinalbeamten“ der Zukunft. Die Figur des „Kreiskommunalarztes“ war eine übliche, von einem Teil der staatlichen Medizinalbeamten bewußt vorangetriebene Entwicklung: die Kreiskommunalärzte waren besonders am Aufbau der Gesundheitsfürsorge in den ländlichen Ausläufern der Industrieregionen beteiligt, wo sie faktisch ein Leitbild für die anderen (Land-)Kreise entwickelten.

In den großen Städten deutete sich an, daß die städtischen Fürsorgeärzte mit Sozialversicherungen und freien Wohlfahrtsverbänden in Bezirksarbeitsgemeinschaften eine eigene neue Struktur der Gesundheitsfürsorge aufbauen würden. Auf diese Weise wären alle in der Gemeinde in der Gesundheitsfürsorge tätigen Organisationen und Ärzte zusammengeführt und gleichzeitig wäre über die Beteiligung der örtlichen Sozialversicherungsträger das Problem der Kosten geregelt – und zwar ohne die öffentlichen Haushalte, insbesondere der Länder und des Reiches, zu strapazieren.

Einer solchen Lösung stand jedoch die Gesundheitspolitik der kommunalen Spitzenorganisationen entgegen: Diese nämlich beanspruchten im Rahmen ihrer allgemeinen Politik, die darauf abzielte, in den Gemeinden neben Reich und Ländern eine gleichberechtigte dritte Kraft zu etablieren, die Übernahme des kommunalen Gesundheitswesens völlig in eigene Regie. Auch klassische staatliche Aufgaben des öffentlichen Gesundheitswesens sollten, bis auf den harten Kern des gerichtsärztlichen Gutachtenwesens, als staatliche Auftragsangelegenheiten auf die Kommunen übertragen werden. Die kommunalen Fürsorgeärzte, besonders deutlich der Gelsenkirchener Stadtarzt Friedrich Wendenburg, arbeiteten mit dem Interkommunalen Ausschuß engstens zusammen; medizinisches Wissen, ärztliches Handeln und die Politik der Kommunen wiesen in dieselbe Richtung. Gleichzeitig kam die Interessenpolitik der kommunalen Spitzenverbände sowohl der preußischen Sozialpolitik als auch der preußischen Finanzpolitik entgegen: Beide wollten, wenngleich aus unterschiedlichen Gründen, Leistungen der Fürsorge in die Peripherie verlagern.

Die Kreisärzte konnten hingegen mit dem von Nathanael Wollenweber und später von Franz Redeker vertretenen Konzept des Kreiskommunalarztes nur ein Modell anbieten, das mit der Ausweitung staatsärztlichen Handelns auf das Gebiet der Gesundheitsfürsorge faktisch den Kommunalärzten zuarbeitete. Durch die zahlreichen Vorschläge zur Vereinfachung und Verbilligung der Verwaltung, energisch vorangetrieben durch den preußischen Finanzminister Johannes Popitz, drohte schließlich 1932 die „kalte Kommunalisierung“ des staatlichen Gesundheitswesens. Nichts kennzeichnet die mißliche Lage der Kreisärzte besser als die Tatsache, daß sie beim zuständigen

Minister Heinrich Hirtsiefer nicht einmal mehr vorgelassen wurden – obwohl bekannt war, daß dort der Kreisarzt mit Sonderauftrag, Hermann Redetzky, an der Novellierung des Kreisarztgesetzes arbeitete.

Wie die gesundheitspolitische Kernfrage eines staatlichen oder kommunalen öffentlichen Gesundheitswesens ohne die nationalsozialistische Machtübernahme letztlich gelöst worden wäre, bleibt Spekulation. Immerhin ist festzustellen, daß neben der Weltwirtschaftskrise, die bereits zu einem Paradigmenwandel in der öffentlichen Gesundheitspolitik von der Sozialhygiene zur Rassenhygiene führte, noch andere äußere Ereignisse die Gesundheitspolitik bestimmten.

Gleichsam schleichend, aber mit zunehmender Wirksamkeit, hatte auch der Deutsche und Preußische Medizinalbeamtenverein, gefördert durch das Preußische Ministerium für Volkswohlfahrt bzw. durch dessen Medizinalabteilung¹⁸, eine neue Ideologie öffentlicher Gesundheitssicherung entwickelt. Diese eröffnete ein neues, im Kern an den polizeilichen Aufgabenbereich des Kreisamtes anpassungsfähiges Aufgabenfeld: die Bevölkerungspolitik und Rassenhygiene.

In den Varianten Eugenik und Fortpflanzungshygiene war Rassenhygiene immer ein genuiner Bestandteil auch der Sozialhygiene und Gesundheitsfürsorge gewesen. Der Grundgedanke der Rassenhygiene war im Prinzip gegen fürsorgerische und wohlfahrtsstaatliche Hilfen gerichtet. Denn diese hätten, so wurde argumentiert, die „natürliche Auslese“, wie sie in Agrargesellschaften vorherrsche, außer Kraft gesetzt bzw. konterkariert. An die Stelle der natürlichen Auslese müsse deshalb die staatliche Politik treten und die gesundheitsfürsorgerischen Leistungen unter selektiven Aspekten ergänzen. Die „schaffenden Deutschen“ sollten von unproduktiven, „künstlichen“ Lasten befreit und gefördert werden.

Am 30. Juli 1932 lag in Preußen der Entwurf eines Sterilisierungsgesetzes vor – dies in der Tat ein „Schubladengesetz“, das allerdings in der nationalsozialistischen Version vom 14. Juli 1933 entscheidende Änderungen erfuhr. Jedenfalls konnte Heinrich Schopohl, Chef der Medizinalabteilung im Preußischen Innenministerium, im Juli 1932 im Rundfunk verkünden, die Eugenik stehe „im Dienste der Volkswohlfahrt“¹⁹. Nur wenig später übernahm der Deutsche und Preußische Medizinalbeamtenverein auch offiziell das gesundheitspolitische Konzept der Bevölkerungs- und Rassenpolitik. Diese Wende ist untrennbar mit dem Aufstieg des Dr. med. Arthur Gütt verknüpft, der in einer verbandspolitisch ausweglosen Situation auf dem Kongreß der Deutschen und Preußischen Medizinalbeamten im September 1932 in Eisenach erschien und über die „Reform des öffentlichen Gesundheitswesens in Preußen unter bevölkerungspolitischen Gesichtspunkten“ referierte. Gütt verband dabei geschickt seine seit 1924 zusammengebraute bevölkerungs- und rassenpolitische Ideologie²⁰ mit einer politischen Zielvorgabe für die Medizinalbeamten: Gesetzgebung, Recht, Wirtschaft und soziale Errungenschaften, so Gütt, wirkten als Umkehr der natürlichen Lebensauslese; aber nicht Fürsorge für Kranke und Schwache, sondern die „Aufartung des Volkes“ müsse das Ziel sein. Eine „großzügige aufbauende bevölkerungspolitische Arbeit des

¹⁸ Vgl. Weindling, Preußische Medizinalverwaltung.

¹⁹ H. Schopohl, Die Eugenik im Dienste der Volkswohlfahrt, in: Volkswohlfahrt 13 (1932), S. 789–792.

²⁰ Vgl. Stürzbecher, Gesundheitspolitische Konzeption.

Staates“ sei jedoch nur durch Reichs- und Staatsgesetzgebung und einen staatlich organisierten Medizinalbeamtenapparat erreichbar.

Arthur Gütt und die Durchsetzung des „Gesetzes über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens“

Arthur Gütt hatte im Sommer 1932 eine umfangreiche Denkschrift zum Thema „Staatliche Bevölkerungspolitik“ vorgelegt. Darin befaßten sich allein 19 Punkte mit „bevölkerungspolitischen Richtlinien für das öffentliche Gesundheitswesen“, davon wiederum fünf mit seiner künftigen Organisation. Unter Punkt 2 heißt es: „Um bevölkerungspolitisch notwendige Maßnahmen durchzuführen, ist die Staatshoheit auf dem Gebiete des öffentlichen Gesundheitswesens in vollem Umfange wieder herzustellen.“²¹

Aufgrund einer von tiefem Sendungsbewußtsein durchtränkten, zugleich mit Denunziationen verbundenen Selbstepfhlung bei seinem alten Freund Wilhelm Kube, dem Fraktionsführer der NSDAP im Preußischen Landtag, wurde Gütt am 2. Mai 1933 von seiner Kreisarztstelle in Wandsbek als Referent in das Reichsinnenministerium übernommen. Dort war Gütt zuständig für Fragen der Neuorganisation des Gesundheitswesens, für Bevölkerungspolitik, Vererbungslehre, Erbgesundheits- und Rassenpflege, Hebammenwesen, Sexualwissenschaft, Eheberatung und hygienische Volksbelehrung, also von Anfang an für ein Gebiet, das ihm auch Gerhard Wagner konzederieren wollte, nämlich „die Bearbeitung der bisher im wesentlichen unter den Begriff der Medizinalabteilung fallenden Fragen“. Die kommunale Gesundheitsfürsorge war zunächst Aufgabe des auf Wagners Empfehlung berufenen Referenten Dr. med. Friedrich Bartels²². Dieser war seit 1920 Mitglied der NSDAP und bislang als Schularzt und Werksarzt für BMW in Eisenach tätig. Wagner wollte nun Bartels allerdings nicht als einen Referenten neben Gütt plazierte wissen, sondern als „Spitze des Volksgesundheitswesens“ bzw. gar als Reichskommissar für Volksgesundheit mit Kompetenz für „alle Fragen, die der Gesundheit und Gesunderhaltung des deutschen Volkes dienen“²³.

Man kann vielleicht sagen, daß Wagner hier noch die Vorstellung eines von der Partei instrumentalisierten Staates favorisierte, im übrigen aber programmatische Überlegungen gegenüber Personalpolitik von Vertrauten zurückstellte. Gütt vertrat zwar gesundheitspolitische Ziele, die mit denen der NSDAP, soweit diese überhaupt ausformuliert waren, konform gingen. Aber er gehörte nicht zu den zentralen NS-Figuren und hatte – im Unterschied zu Wagner – keinen Zugang zu Hitler oder zu Parteigrößen wie Rudolf Heß, dessen Hausarzt Wagner war. Gütt kam jedoch zugute, daß präzise und konkrete Vorstellungen zur Organisation des Gesundheitswesens in der NSDAP und in deren Ärzteorganisation durchaus fehlten. Vor allem war strittig, ob das von Wagner und seinem Adlatus Bartels vorangetriebene Konzept der „Gesundheitsführung des deutschen Volkes“ durch die Partei und/oder durch den „an sich“

²¹ Sämtliche persönliche Informationen über Gütt aus: BDC, Personalakten Gütt; vgl. dazu ferner die Zitate und Nachdrucke in: Labisch/Tennstedt, Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens, S. 238–247.

²² Zu Bartels vgl. Reeg, Friedrich Bartels, sowie ZStA Potsdam, RMdI, Personalakte Bartels.

²³ Labisch/Tennstedt, Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens, S. 267.

abgelehnten Staat oder gar durch eine neue Instanz realisiert werden sollte. Im anfänglichen Pragmatismus entschied faktisch die Besetzung einer leitenden Stelle in Partei und/oder Staat zumindest darüber, welche Variante der Gesundheits- und Rassenpolitik zum Zuge kam.

Die nationalsozialistische „Revolution“ begründete an sich zwar eine völlig neue Gesundheitspolitik, aber dieser ideologisch begründete „Handlungsbedarf“ reichte für eine praktische Gesundheitspolitik keineswegs aus. Rückblickend sind deshalb auch die unterschiedlichen politischen Ebenen, die Machtverteilung und die jeweils besondere Wahrnehmung einer „öffentlichen Gesundheit“ zu berücksichtigen. Die nationalsozialistische Polykratie war anfangs besonders im Sozial- und Gesundheitswesen erst in kleinen, schwachen Kerngruppen angelegt. „Gesundheit“ war innerhalb der widerstreitenden Gruppen des Regimes noch nicht als eine Möglichkeit zur Legitimation von Machtansprüchen entdeckt. Gleichzeitig galt es, die nationalsozialistische „Revolution“ zu konsolidieren; Reichsinnenminister Wilhelm Frick, Motor der Zentralisationsbewegung in dieser Anfangsphase, befand sich auf dem Höhepunkt seiner Macht.

Parallel dazu war die nationalsozialistische Ärzteschaft unter Wagner vollauf mit standespolitischen Zielen beschäftigt. Vordringlich schien dem Münchner Kassenarzt eine standespolitisch orientierte, aber rassenhygienisch legitimierte Berufsverbotspolitik: „die Säuberung des gesamten Volksgesundheitswesens als eines der wichtigsten Elemente im Staate von Fremdrassigen und aktiven Gegnern der nationalsozialistischen Weltanschauung zur Festigung der Macht“²⁴. Der Ärztestand sollte von „bolschewistisch-jüdischen Nestbeschmutzern“²⁵ in den eigenen Reihen gesäubert, die so frei werdenden Kassenarztstellen sollten mit SA-Ärzten besetzt werden.

Gütt bestätigte die Richtigkeit seiner Wahl in kürzester Zeit. Neben einer Unzahl von Gesetzesentwürfen und Verordnungen bereitete er mit Ernst Rüdin das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ vom 14. Juli 1933 vor. Damit hatte „der neue Staat endlich den ersten entscheidenden Schritt auf dem Gebiete der Bevölkerungspolitik getan“ und zugleich bewiesen, „wie ernst es ihm mit der Erhaltung der biologischen Zukunft seines Volkes ist“²⁶. Bereits mit diesem frühen Gesetz wurde auch die Marschrichtung einer staatsorientierten nationalsozialistischen Erb- und Rassenpflege im Gegensatz zu einer „Eugenik im Dienste der Volkswohlfahrt“ Weimarer Prägung deutlich. Sterilisierung war nun auch gegen den Willen des „Unfruchtbarzumachenden“ möglich (§ 12 Abs. 1). Ferner wurde dem staatlichen Arzt – anders als im preußischen Gesetzentwurf – die entscheidende Rolle im Verfahren zugewiesen. Er hatte nicht mehr nur ein den übrigen Ärzten gleichgestelltes Antragsrecht und blieb nicht länger auf die traditionelle Rolle des bloßen Gutachters für staatliche oder parastaatliche Maßnahmen beschränkt, sondern wurde durch die vorgesehenen Erbgesundheitsgerichte zum Richter und Exekutor staatlicher Gesundheitspolitik in einer Person. Die Zwangsmäßigkeit des Verfahrens, seine ebenso medizinische wie juristische Organisation in Gestalt der (Erb-)Gesundheitsgerichte und die Konstellation zu

²⁴ Zit. nach ebenda, S.247.

²⁵ Karl Heinz Roth, „Auslese“ und „Ausmerze“. Familien- und Bevölkerungspolitik unter der Gewalt der nationalsozialistischen Gesundheitsführung, in: Baader/Schultz (Hrsg.), *Medizin und Nationalsozialismus*, S.152–164, hier S.154.

²⁶ So im Eröffnungsartikel „Das Sterilisierungsgesetz ist da!“, in: *Ziel und Weg* 3 (1933), Titelblatt.

den übrigen nationalsozialistischen Gesundheitsgesetzen wiesen bereits den Weg hin zu einem (noch zu schaffenden) staatlich-öffentlichen Gesundheitsdienst und dem (noch zu schaffenden) staatlichen Amtsarzt als institutionell-organisatorischer Mittel, um fortpflanzungsunwürdiges „arisch-deutschblütiges“ Erbgut auszuschließen. Anders herum gesehen: Das Erbgesundheitsgesetz implizierte unabdingbar ein staatliches öffentliches Gesundheitswesen – ohne dieses wäre es nicht durchzuführen gewesen.

Nachdem Gütt seine Qualitäten als „Schöpfer“ (Frick) des Sterilisierungsgesetzes unter Beweis gestellt hatte, avancierte er innerhalb kürzester Zeit zum bis dahin ranghöchsten und mächtigsten Medizinalbeamten der deutschen Medizingeschichte. (Gütt wurde darin kurzzeitig nur noch formal übertroffen durch Leonardo Conti, der als „Reichsgesundheitsführer“ die höchsten ärztlichen Ämter von Staat *und* Partei auf sich vereinigen sollte, ehe er infolge seiner distanzierten Haltung zu der nicht auf einem Gesetz, sondern auf einer bloßen Ermächtigung des Führers gegründeten „Euthanasie“-Politik die Gunst Hitlers verlor und der Krieg neue institutionelle Kontexte für aussiebendes ärztliches Handeln schuf.)

Am 19. Oktober 1933 versandte das RMdI den „Entwurf eines Gesetzes über die Vereinheitlichung der Gesundheitsverwaltung“ mit umfangreichen Ausführungsbestimmungen²⁷. Soweit es die Organisation im engeren Sinne betraf, sah dieser erste ministerielle Gesetzentwurf Gütt vor, von den unteren Verwaltungsbezirken bis in die obersten Landesbehörden sämtliche Zweige des öffentlichen Gesundheitswesens einheitlich zusammenzufassen und zu verwalten. Alle Einrichtungen des kommunalen Gesundheitswesens sollten in Gesundheitsämtern zusammengefaßt werden. An deren Spitze sollte ein vom Staat ernannter Staatsarzt stehen.

Noch vor der für den 31. Oktober geplanten Sitzung der Länder- und Reichsministerien setzte eine rege Tätigkeit in allen befaßten Ministerien des Reiches und der Länder ein. Vor allem die Referenten im Reichsfinanzministerium sahen neue Lasten auf das Reich zukommen. Denn dieses konnte nach dem Finanzausgleichsgesetz den Ländern nur neue Lasten aufbürden, wenn es die Kosten übernahm. In einer interministeriellen Vorbesprechung zwischen RMdI, Reichswehr-, Reichsarbeits- und Reichsfinanzministerium am 27. Oktober 1933 bombardierten die erfahrenen Ministerialbeamten den Neuling Gütt mit detaillierten Fragen zu bestehenden Gesetzen, den finanziellen Konsequenzen des Entwurfs und der bevorstehenden Reichsreform. Massiver Widerspruch kam vor allem von Preußen, und zwar aus zwei Abteilungen des Innenministeriums: Die Medizinalabteilung unter ihrem neuen Leiter Gottfried Frey (Pg. seit 1931) arbeitete energisch an einer eigenen, nunmehr wieder staatsorientierten Reform des Kreisarztgesetzes; in der seinerzeit vom Zentrum beherrschten, außerordentlich kompetent besetzten Kommunalabteilung lebte der Widerstand fort gegen eine Ausweitung zentralstaatlicher Gewalt. Daneben protestierte auch die Abteilung Volksgesundheit der NSDAP; Wagner argumentierte durchaus geschickt, seine Konzeption öffentlicher Gesundheitsleistungen komme wesentlich billiger als Gütt's Verstaatlichungsplan.

²⁷ Zum folgenden ausführlicher Labisch/Tennstedt, Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens, S. 257–313. Die Entstehung dieses Gesetzes ist gut dokumentiert, nicht nur in den Akten des RMdI im ZStA Potsdam (RMdI 26 211), sondern auch in den Parallelakten anderer beteiligter Ministerien, insbesondere des Reichsfinanzministeriums (BA, R 2, Bd. 12 044).

Gütt und das RMdI waren dieser Woge von Entrüstung und sachkundigem Widerstand nicht gewachsen. Am 28. Oktober sagte das RMdI die für den 31. Oktober vorgesehene Besprechung per Schnellbrief ab. Damit war der erste Versuch gescheitert, das Gesundheitswesen gleichsam in einem geheimen Schnellverfahren von der Landes- bis zur Kreisebene unter staatlicher Perspektive zu reorganisieren.

Wie sich gezeigt hatte, wogen finanzielle Konsequenzen trotz NS-„Revolution“ schwer. Denn Gütt's Konzeption erstrebte eine „Aufwertung“ der Kreisärzte bzw. der neuen staatlichen Medizinalbeamten. Aus kärglich ausgestatteten Ein-Mann-Betrieben sollten nach Gütt's Plänen endlich wirkliche Gesundheits-Ämter werden, ausgestattet mit mindestens zwei hauptberuflich tätigen Medizinalbeamten und Hilfspersonal. Die jährlichen laufenden Kosten pro Gesundheitsamt wurden sehr niedrig auf 55 000 RM geschätzt. In jedem unteren Verwaltungsbezirk des Deutschen Reiches sollte ein derart gut ausgestattetes Gesundheitsamt errichtet werden. (Vor 1934 gab es in Preußen nur rund 400 Kreisärzte für 474 Verwaltungskreise, in Bayern 139 Bezirksärzte für 215 Bezirksamter, in Sachsen 23 Medizinalbeamte für 29 Amtshauptmannschaften.) Die personellen Mehrkosten konnten nur reduziert werden, wenn die Kommunalärzte und ihre Dienststellen in das staatliche Gesundheitswesen eingegliedert wurden. Dies fiel jedoch nur in Preußen ins Gewicht. Der jährliche Mehrbedarf für Gütt's Reformpläne wurde auf rund 12 Millionen RM beziffert – eine für die damalige Finanzpolitik erhebliche Summe. Hinter dem Kostenargument konnten sich freilich auch die Gegner der geplanten Reichsreform verschanzen.

Gütt's Plänen kam zugute, daß Frick mit Verve die von Hitler auf dem Reichsparteitag Anfang September 1933 wieder aktivierte Reichsreform – die faktische Entmachtung der Länder – betrieb. Für die weitere Diskussion des GVG war daran vor allem wichtig, daß am 15. Dezember 1933 die sechs Spitzenverbände der Landgemeinden, Städte und Provinzen zum Deutschen Gemeindetag (DGT) zusammengefaßt wurden. In Preußen blieb neben Görings Ministerpräsidentenamts nur das Finanzministerium unter Johannes Popitz als eigenes Ressort bestehen. Aber trotz der räumlichen und organisatorischen Eingliederung des Preußischen Innenministeriums in das RMdI zum 1. Mai 1934 konzentrierte und verstärkte sich in der Kommunalabteilung der Widerstand der Kommunen gegen Preußen und das Reich – durchaus flankiert vom nationalsozialistisch beherrschten DGT unter dem Münchener Oberbürgermeister Karl Fiehler.

Entgegen allen Sparverordnungen beantragte das RMdI am 23. Dezember 1933 beim Reichsfinanzministerium die Errichtung einer selbständigen Gesundheitsabteilung, die wegen der dem nationalsozialistischen Staate auf dem Gebiete des Gesundheitswesens, der Rassenhygiene und Bevölkerungspolitik erwachsenden Aufgaben erforderlich sei. Am 16. Februar 1934 wurde in einer Ministerbesprechung in der Reichskanzlei die Errichtung einer eigenen Medizinalabteilung des RMdI mit Gütt als Leiter verabschiedet, drei Tage später Gütt mit Wirkung zum 1. März 1934 zum Ministerialdirektor ernannt. Mit Gütt wurde erstmals ein Arzt auf Reichsebene Chef der Medizinalabteilung. Die Professionalisierung der Medizinalverwaltung des deutschen Reiches wurde folglich mit der Legitimation der nationalsozialistischen Erb- und Rassenpflege vollzogen und abgeschlossen.

Am 3. März 1934 versandte das RMdI einen völlig geänderten „Entwurf eines Gesetzes über die Gesundheitsverwaltung“, der sich auf die untere Verwaltungsebene be-

schränkte: Sämtliche Zweige der staatlichen und kommunalen Gesundheitsverwaltung, insbesondere der Gesundheits- und Krankenfürsorge, der Erbgesundheits- und Rassenpflege sollten einheitlich in – kommunalen – Gesundheitsämtern (GÄ) zusammengefaßt werden. An der Spitze der GÄ sollte ein hauptamtlicher staatlicher Amtsarzt stehen, der der unteren Verwaltungsbehörde angegliedert werden sollte.

Am 10. März 1934 fand eine Beratung dieses Entwurfs im RMdI statt. Vorrangiger Streitpunkt war die Stellung der kommunalen GÄ und der staatlichen Amtsleiter in der Verwaltung. Damit unlösbar verbunden war die Aufteilung der zu erwartenden hohen Kosten zwischen Reich, Ländern und Gemeinden. In der Diskussion entpuppte sich Gütt – gegen seinen eigenen Entwurf – als Befürworter einer konsequent staatlichen Lösung: Er verwies auf die Gesundheitsabteilung des Preußischen Innenministeriums unter Frey, die am 5. März 1934 die kommunale Gesundheitsfürsorge der Aufsicht der Kreisärzte unterstellt hatte. Am Schluß der Diskussion war die Frage der Verwaltung (staatlich oder kommunal) nach wie vor ungelöst. Damit war auch dieser wesentlich reduzierte Gesetzentwurf nicht entscheidungsreif. Einigkeit bestand nur darin, daß der nächste Gesetzentwurf eine weitgehende Verstaatlichung des Gesundheitswesens vorsehen sollte.

Mit der strengen Vertraulichkeit, unter deren Schutz Gütt die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens bislang zu betreiben versuchte, war es jedoch vorbei. Die bekannten Kontrahenten aus der Weimarer Zeit, die einmal eine Verstaatlichung und einmal eine Kommunalisierung des öffentlichen Gesundheitswesens favorisierten, rückten entweder selbst oder über Vertreter in die alten Positionen. Die den Medizinalbeamten seit langem bekannte und gefürchtete Koalition zwischen der Kommunalabteilung des Preußischen Innenministeriums und dem vormaligen Deutschen Städtetag lebte wieder auf. Zu diesen alten Gegnern kamen neue Feinde und Neider Gütt's. Diese saßen keineswegs allein im NSDÄB, sondern auch im RMdI selbst – besonders in der Abteilung I, deren Chef Helmut Nicolai die Reichsreform betrieb und in Gütt's Initiative einen unzulässigen Vorgriff sah.

Als einheitliche Verhandlungslinie gegen die Gesetzesinitiativen der Medizinalabteilung des RMdI befürwortete die Lobby der Kommunen auch jetzt, nach der NS-Machtübernahme, den Gemeinden und Gemeindeverbänden das Gesundheitswesen ähnlich der staatlichen Schulverwaltung in Preußen als Auftragsangelegenheit unter staatlicher Aufsicht zu überlassen. Nie in Abrede gestellt wurden auch von den Gegnern der Verstaatlichung indes die neuen Aufgaben in der Erb- und Rassenpflege und in der Bevölkerungspolitik; es ging lediglich um die Verteilung von Macht und Finanzen.

Am 7. April 1934 wurde erneut ein Entwurf des RMdI an die Ressorts und Behörden versandt. Dieser Entwurf zeigt erstmals eine entfernte Ähnlichkeit mit dem später verabschiedeten GVG. Zur Verwaltung des öffentlichen Gesundheitsdienstes sollten in den Stadt- und Landkreisen staatliche Gesundheitsämter eingerichtet werden. Die ärztlichen Aufgaben wurden im einzelnen benannt. Die staatlichen Gesundheitsämter sollten von einem hauptamtlich angestellten Amtsarzt geleitet werden. Am 11. April wurde der Entwurf im RMdI besprochen. Gütt betonte einfühend, dem Vorschlag Preußens folgend sollten die GÄ rein staatliche Einrichtungen unter der Leitung staatlicher Amtsärzte werden, die Krankenhäuser, Heil- und Pflegeanstalten etc. jedoch in der Verwaltung der bisherigen Träger bleiben; aus diesem Grund sei eine ausführliche Benennung der Aufgaben erforderlich. Einwände wurden nach wie vor wegen der

enormen Kosten und ihrer Verteilung auf Reich, Länder und Gemeinden erhoben. Das RMdI hatte jährliche Mehrkosten von 10 Millionen RM, das Reichsfinanzministerium von mindestens 7,3 Millionen RM errechnet. Bereits am 16. April verschickte das RMdI einen neuerlich geänderten Entwurf und lud für den 24. April zur abschließenden Beratung ein. Neben redaktionellen Änderungen enthielt die neue Fassung eine differenziertere Abgrenzung und Verteilung der Aufgaben der GÄ und benannte die Bereiche, die bei den Kommunen bleiben sollten.

Dieser nunmehr vierte Ressortentwurf wurde durch gezielte Indiskretion dem DGT bekannt. In der gesundheitspolitischen Perspektive – bisherige Selbstverwaltungsaufgaben als staatliche Auftragsangelegenheiten – hatte sich inzwischen eine breite Koalition zwischen dem DGT, der Kommunalabteilung des Preußischen Innenministeriums, dem Preußischen Finanzministerium und der Nationalsozialistischen Volkswohlfahrt gebildet. Auf höchste Anordnung kam es am 23. April 1934, also einen Tag vor der abschließenden Ressortbesprechung, erstmals zu einem formellen Gespräch zwischen Vertretern des RMdI und des DGT über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens. Die Vertreter des DGT verwiesen mit breit angelegter Beweisführung auf ihren Vorschlag, das Gesundheitswesen als Auftragsangelegenheit zu übernehmen, und erhoben schwerste Bedenken gegen den Gesetzentwurf. Die Abteilung I des RMdI und die preußischen Ressorts schlossen sich dem DGT an – und zwar einschließlich der Medizinalabteilung, deren Vertreter, wie sich später herausstellte, für diese Verhandlung Redeverbot erhalten hatte.

Gütt stand vor einem Scherbenhaufen. Den Widerstand der Kommunen hatte er erwartet. Nun aber mußte er hören, daß die Ministerien Preußens, nach deren Wünschen er seine beiden letzten Entwürfe ausgerichtet hatte, prinzipiell auf die Linie des DGT eingeschwenkt waren. Darüber hinaus traten in seinem eigenen Haus überaus ernsthafte Gegner auf.

Zum zentralen Diskussionspunkt der folgenden Besprechungen wurde die Frage der Grenzziehung zwischen staatlichem Gesundheitsdienst und kommunalem Wohlfahrtsdienst. Damit stand ein entscheidendes Charakteristikum der kommunalen Gesundheitsfürsorge Weimarer Prägung zur Diskussion: die innige, wenn nicht unauflöslige Verbindung von gesundheitsorientierter und allgemeiner Wohlfahrtsfürsorge (einschließlich Familien- und Jugendfürsorge). Diese auf eine gesamte Lebenssituation gerichtete Fürsorge mußte nun gemäß ihren jeweiligen Finanzierungsträgern sorgsam differenziert und auf kommunale und staatliche Leistungen aufgeteilt werden.

Bis Anfang Mai 1934 wurde in größter Eile an weiteren Entwürfen gearbeitet; sie sahen alle staatliche Gesundheitsämter und staatliche Amtsärzte vor. Die Gefahr, daß sich die Fronde gegen das GVG so weit ausdehnen würde, daß auch die neuen rassenhygienischen Aufgaben durch die Kommunen übernommen wurden, wurde immer größer. Gütt sah sich daher zu größter Eile und Kompromißbereitschaft getrieben. Am 29. Mai sandte Frick den Entwurf eines Vereinheitlichungsgesetzes an die Reichskanzlei und bat, ihn auf die Tagesordnung der nächsten Kabinettsitzung zu setzen. Dieser Entwurf stimmt weitgehend mit dem später verabschiedeten GVG überein; er sah vor, daß alle Gesundheitsämter staatliche Einrichtungen sein sollten. Jedoch konnten auf begründeten Antrag Gesundheitsämter in kommunaler Trägerschaft belassen werden. Leiter eines Gesundheitsamtes sollte aber in jedem Fall ein staatlicher Amtsarzt sein.

Wenn Gütt und das nunmehr vereinigte Reichs- und Preußische Innenministerium meinten, ihren Gesetzentwurf damit endgültig vor das Reichskabinett befördert zu haben, sahen sie sich getäuscht. Das Reichsfinanzministerium monierte, seinen bisherigen mündlichen Beanstandungen sei nicht Rechnung getragen worden. Auch die eigene Kommunalabteilung legte sich nach wie vor quer und forderte erneute Änderungen, die auf eine Loslösung der kommunalen von den staatlichen Aufgaben des öffentlichen Gesundheitswesens hinausliefen.

Tatsächlich wurde durch ein Schreiben Fricks an Lammers der bereits in der Reichskanzlei vorliegende Entwurf am 7. Juni 1934 erneut geändert. Eine Unterteilung der kommunalen und staatlichen Aufgaben in Auftrags- und Selbstverwaltungsangelegenheiten, das Spezifikum von Gütt's Entwurf, war nun nicht mehr vorgesehen. Preußen hatte sich damit in letzter Minute – und zwar trotz der geänderten Verhältnisse in der Führung des Hauses – durchsetzen können. Gleichwohl lehnte der DGT den Entwurf weiterhin ab. Noch am 22. Juni 1934 richtete der Leipziger Oberbürgermeister Goerdeler eine ausführliche Stellungnahme an Frick. Sie konzentrierte sich auf einen einzigen Punkt: gegen die Regelung, daß jedes Gesundheitsamt einem vom Staat bestellten Amtsarzt übertragen werden sollte. Ferner fanden laufend Besprechungen zwischen dem Innen- und dem Reichsfinanzministerium statt. Der Finanzminister bat noch am 28. Juni 1934 um eine persönliche Unterredung mit Frick, dessen Doppelministerium die gewünschten Änderungen noch am selben Tag billigte und am 30. Juni 1934, drei Tage vor der angesetzten Kabinettsitzung, einen erneut geänderten Entwurf an die Reichskanzlei sandte.

Neben neuen finanziellen Regelungen war nun vorgesehen, daß der Innenminister Ausnahmen von der Regel des staatlichen Amtsarztes zulassen konnte. Damit hatten sich die großen Städte, wenngleich sie den Krieg gegen das GVG insgesamt verloren hatten, erneut und in letzter Minute gegen die Verstaatlichung ihrer Gesundheitsämter durchsetzen können. Folgende Konstruktionen waren jetzt möglich:

- staatliches GA mit staatlichem Amtsarzt (1935: 642 GÄ);
- kommunales GA mit staatlichem Amtsarzt (1935: 58 GÄ, davon 50 in Preußen);
- kommunales GA mit kommunalem Amtsarzt (1935: 35 GÄ, davon 32 in Preußen).

(In Preußen wurden im Sommer 1935 in 424 von 474 Kreisen GÄ eingerichtet, in Bayern in 138 von 215, in Württemberg in 35 von 62 und in Baden in 22 von 40 Kreisen.)

Am 3. Juli 1934 lag der Entwurf des GVG dem Reichskabinett als fünfter Tagesordnungspunkt vor; laut Ermächtigungsgesetz ersetzte der zustimmende Kabinettsbeschluß die Verabschiedung eines Gesetzes durch den Reichstag. Gegen Popitz' Versuch, das Inkrafttreten des GVG hinauszuschieben, erhob Gütt Einspruch. Als Kompromiß trat das Gesetz nicht am 1. Oktober 1934, sondern erst am 1. April 1935 in Kraft.

Mit dem GVG wurde in der Geschichte des deutschen Gesundheitswesens, so Gütt, „etwas völlig Neues geschaffen“. Das Gesundheitsamt als eigenständiges Amt der unteren Verwaltungsbehörde mit eigener Ausstattung an Räumen, Personal und Gerät, der Medizinalbeamte als Laufbahnbeamter im öffentlichen Gesundheitswesen und die verbindliche Aufgabenzuweisung in den Durchführungsverordnungen etablierten den öffentlichen Gesundheitsdienst in der heute bekannten Form.

Gütts Ziel war die Herstellung der Staatshoheit auf dem Gebiet des öffentlichen Gesundheitswesens. Gleichwohl mußte er sich Kräften beugen, die sich der Durchsetzung des Gesetzes in den Weg stellten. An die Stelle der demokratischen Konfliktregelung war ein Kampf getreten, an dem die alten Kräfte von Reich, Einzelstaaten und Gemeinden über Vertreter in den Ministerien ebenso beteiligt waren wie die neuen Satrapen und Sonderinteressen des NS-Regimes. In der schließlich breiten Koalition gegen das GVG hatten sich Kräfte zusammengefunden, die ihre Legitimation aus völlig verschiedenen Gedanken- und Wertsystemen bezogen und die völlig verschiedene Ziele hatten: Die Städte arbeiteten gegen die Zentralgewalt, die Preußischen Ministerien des Innern und der Finanzen arbeiteten gegen das Reich, die Abteilung I des Innenministeriums gegen den Vorgriff auf die Reichsreform und die Parteiorganisationen gegen die überkommene Staatsautorität. Die zur Durchsetzung des Gesetzes notwendige Kraftanstrengung selbst unter den 1933/34 für staatsorientiertes Handeln noch relativ „günstigen“ Umständen zeigt, daß das GVG unter den Verhältnissen der Weimarer Republik wahrscheinlich weder so noch überhaupt zustande gekommen wäre. Das Problem des GVG war mithin *nicht* seine Ausgestaltung, die spätestens seit der 10. Jahresversammlung der Medizinalbeamten 1919 diskutiert wurde, sondern seine Durchsetzung. Gütt war, wie die rasche Folge gegensätzlicher Entwürfe zeigt, deshalb alles recht, sofern nur die Staatshoheit im Gesundheitswesen garantiert war.

Zielsetzung und Grundlage des GVG war daher auch nicht, wie es die Nachkriegslegende will, die Beseitigung des Dualismus in der Organisation staatlicher und kommunaler Gesundheitsleistungen. Die Unität von staatlichem Gesundheitsschutz und kommunaler Gesundheitsfürsorge war für Gütt lediglich ein Mittel. Sein gesundheitspolitisches Denken und Handeln war beherrscht von der nationalsozialistischen Erb- und Rassenpflege und einer entsprechenden Bevölkerungspolitik als der Aufgabe eines einheitlichen, flächendeckenden, staatsmedizinischen Handelns. Hierin wurde er von der Führung des RMDI unterstützt. Gütt mußte sich allerdings den im Dualismus staatlicher und kommunaler Gesundheitsleistung durchscheinenden, gegensätzlichen Machtansprüchen stellen; außerdem galt es, den klassischen staatlichen Gesundheitsschutz und den „unverzichtbaren Teil“ der kommunalen Gesundheitsfürsorge im Interesse der Volksgemeinschaft und der Gesundheitsführung zu übernehmen.

Gütt bündelte also die klassischen staatlichen Gesundheitsleistungen, die neu entwickelten kommunalen Gesundheitsleistungen und die nationalsozialistische Erb- und Rassenpflege zu einer Aufgabentrias. Für diese schuf er im Zusammenhang mit anderen, inhaltlich einschlägigen Gesetzen und Verordnungen als reichsübergreifende Organisation den öffentlichen Gesundheitsdienst, die Gesundheitsämter und den staatlichen Einheitsmedizinalbeamten in der bekannten Form: „So wird demnach der öffentliche Gesundheitsdienst 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!“²⁸

²⁸ Arthur Gütt, Bevölkerungs- und Rassepolitik, in: Hans Heinrich Lammers/Hans Pfundtner (Hrsg.), Grundlagen, Aufbau und Wirtschaftsordnung des nationalsozialistischen Staates, Bd. 1, Berlin o.J. (1936), S. 26.

Hier – und dies sei nur angedeutet²⁹ – liegen auch die langfristigen gesundheitspolitischen Wirkungen des GVG: Die Rolle eines Für- und Vorsorgearztes zwischen Verwaltungsarzt und therapeutischem Arzt, das Konzept einer auf die Gemeinde gerichteten vor- und fürsorgerischen Medizin und schließlich das Verständnis für „Gesundheit“ als genuinem Bestandteil kommunaler Daseinsvorsorge – kurzum: die alte Kultur einer Gemeindemedizin – wurden durch das GVG nachhaltig zerstört.

Konzeption und Aufbau der Ämter für Volksgesundheit der NSDAP

Spätestens im Herbst 1933 zeigte sich, daß die führenden NS-Ärztefunktionäre mit der Aufwertung des öffentlichen Gesundheitsdienstes zum entscheidenden Aktionsfeld rassenhygienisch bestimmter Bevölkerungs- und Gesundheitspolitik nicht einverstanden waren. Vielmehr versuchten sie, eine parteiamtliche Alternativstruktur aufzubauen, von der die eigentliche „Gesundheitsführung des deutschen Volkes“ ausgehen sollte. Im Hinblick auf die hohe Zahl von Ärzten und Zahnärzten, die Mitglieder von NS-Organisationen waren, konnte es auf den ersten Blick als aussichtsreich erscheinen, die Gesundheitsführung (mindestens die Gesundheitsfürsorge) aus der staatlichen Kompetenz herauszunehmen und direkt der „Bewegung“ zu übertragen. Auf dem Wohlfahrtssektor wurde dies mit NSV und DAF auch teilweise erfolgreich praktiziert.

Die Frage, inwieweit die NSDAP nicht nur ideologisch, sondern auch „apparativ“ zur Durchsetzung rassenhygienisch bestimmter Bevölkerungs- und Gesundheitspolitik beitragen konnte bzw. konkret beitrug, ist noch kaum untersucht³⁰. Im Hinblick auf die ab 1934 aufgebaute, mit einem Hauptamt für Volksgesundheit gekrönte Organisationsstruktur ist sie mindestens den Versuch einer Beantwortung wert³¹. Betrachtet man dabei nicht nur die zentralen Vorgänge auf der Reichsebene der Partei, sondern bezieht die Gau- und vor allem die Kreisebene mit ein, dann sind Aussagen zu einer herrschaftssoziologischen und zu einer gesundheitspolitischen Schlüsselfrage möglich: Herrschaftssoziologisch geht es um die Frage, inwieweit die zum Regime gewordene „Bewegung“ auf einen strukturierten Apparat angewiesen war, gesundheitspolitisch darum, ob dem überproportionalen Partei-Engagement der Ärzte auch ein entsprechendes Handeln in der alltäglichen Praxis folgte, das über das traditionelle ökonomische Interesse hinausging. Immerhin zielte die Idee der „Gesundheitsführung des deutschen Volkes“ gerade auf die Breitenwirkung rassenhygienischer Konzeptionen, auf ein „alltagsbezogenes ‚Auslese-Ausmerze‘-System“ im Interesse der Aufartung ab³². Grundlage einer alltäglichen, familiennahen Gesundheitsführung im Rahmen eines pseudohoheitlichen Gesundheitswesens der NSDAP, das eng mit deren Massenorganisationen verknüpft und dessen personelles Rekrutierungsfeld der Nationalsozialistische Deutsche Ärztebund war, sollten die Ämter für Volksgesund-

²⁹ Dazu ausführlicher Labisch/Tennstedt, *Gesellschaftliche Bedingungen*.

³⁰ Im Gegensatz zur ideologiekritischen Analyse der Rassehygiene wird der institutionell-personelle Aspekt meist vernachlässigt; die integrierteste Darstellung bei Bock, *Zwangssterilisation*.

³¹ Die ausführlichste Darstellung hierzu bei Reeg, Friedrich Bartels, S. 55 ff.; zum NSDÄB vgl. Georg Lilienthal, *Der Nationalsozialistische Deutsche Ärztebund (1929–1943/1945): Wege zur Gleichschaltung der Ärzteschaft*, in: Kudlien, *Ärzte im Nationalsozialismus*, S. 105–121.

³² Vgl. Roth, „Auslese“ und „Ausmerze“, in: Baader/Schultz (Hrsg.), *Medizin und Nationalsozialismus*, S. 160.

heit werden. Auf der betrieblichen Ebene entsprach dem später das Betriebsarztsystem der DAF; prinzipiell waren die Konzeptionen von Gerhard Wagner und Robert Ley einander sehr ähnlich.

Die Ämter für Volksgesundheit wurden „von oben“ her, durch die Reichsärztführung, eingerichtet, und zwar im Gegenzug zum verstaatlichten bzw. „verreichlichten“ öffentlichen Gesundheitsdienst. Nachdem Wagner und dessen Konfident im RMdI, Friedrich Bartels, sahen, daß der staatliche öffentliche Gesundheitsdienst nicht mehr zu verhindern war, wurde am 16. Juni 1934, zwei Wochen vor Verabschiedung des GVG, das Hauptamt für Volksgesundheit etabliert. Die von DAF und NSV getragenen Ämter für Volksgesundheit auf Kreis- und Gauebene wurden offiziell am 29. Dezember 1934 gegründet. Mit der in seiner Hand vereinigten Leitung der neugeschaffenen Institutionen hatte Reichsärztführer Wagner, der auch Führer der neugegründeten Reichsärztekammer wurde³³, jedoch keinesfalls, wie vielfach angenommen wird, „einen Großteil seiner politischen Ziele erreicht“³⁴. Ein genauer Blick zeigt vielmehr, daß es sich nur um ein Trostpflaster handelte angesichts eines zugunsten der staatlichen Bürokratie abgelaufenen Institutionalisierungsprozesses.

Die Konzeption für das Hauptamt für Volksgesundheit, maßgeblich von Bartels entwickelt, durchlief verschiedene Phasen. Widerstände kamen nicht nur aus dem von Gütt dominierten öffentlichen Gesundheitssektor (RMdI), sondern auch aus dem für Wohlfahrtspflege („gehobene Fürsorge“) und Sozialversicherung zuständigen Reichsarbeitsministerium und diesen nahestehenden Körperschaften, zu denen die Kassenärztliche Vereinigung Deutschlands zählte³⁵. Angesiedelt bei der Reichsleitung der NSDAP in München, unterhielt das Hauptamt für Volksgesundheit in Berlin eine Verbindungsstelle im Haus der Deutschen Ärzte, die dem Verkehr mit den Reichsbehörden diente. Leiter der Verbindungsstelle wurde Friedrich Bartels. In den Augen der nationalsozialistischen Ministerialbürokratie eine gescheiterte Existenz, focht Bartels unermüdlich für sein Konzept einer allgemeinen Gesundheitsführung, wobei sich sein Interesse aber zunehmend auf das von Gütt nicht besetzte Gebiet der betrieblichen Gesundheitsführung konzentrierte.

Auf Gau- und Kreisebene kennzeichnete die Ämter für Volksgesundheit das Prinzip fachlicher und personeller Verknüpfung: Die Gauämter für Volksgesundheit waren zugleich DAF-Ämter für Volksgesundheit. Der Gauamtsleiter für Volksgesundheit war in der Regel auch Leiter der Abteilung für Volksgesundheit beim Gauamt der NSV und Leiter des NSD-Ärztebundes seines Gaues (Gauobmann) sowie Vorsitzender der entsprechenden Ärztekammer. Dieser „multifunktionale“ Gauamtsleiter wurde auf Vorschlag des Hauptamtleiters des Amtes für Volksgesundheit vom Gauleiter ernannt³⁶.

Unterhalb der Gauebene gab es nur noch die Kreisämter für Volksgesundheit. Eine Durchgliederung bis in Ortsgruppen bestand nicht, lediglich in Großstädten gab es Verwaltungsstellen. Die ehrenamtlichen Kreisamtsleiter waren gleichzeitig die Beauf-

³³ Vgl. dazu Zunke, Reichsärztführer.

³⁴ Lilienthal, NSDÄB, in: Kudlien, Ärzte im Nationalsozialismus, S. 119. Michael Kater meint sogar, die Partei habe sich dadurch „in der Gesundheitsführung einen Vorsprung gesichert“; Kater, Gesundheitsführung, S. 353.

³⁵ Vgl. dazu Reeg, Friedrich Bartels, S. 57 ff.

³⁶ Vgl. Leonardo Conti, Gesundheitswesen der Partei, in: Der Amtsarzt, S. 42–46.

tragten des NSD-Ärztbundes bei den Kreisen. Mit den monatlich zur Verfügung stehenden 500 RM konnte meist nur eine Bürokraft nebst Sachaufwand finanziert werden. Allein schon von der personellen und sachlichen Ausstattung her waren die Kreisämter für Volksgesundheit damit jedem Gesundheitsamt strukturell unterlegen. Allerdings sollten sie auch nicht praktisch ärztlich, sondern nur führend und koordinierend, aufklärend und beratend tätig werden. Für die praktische Arbeit waren die bei den Ämtern „zugelassenen“ niedergelassenen Ärzte zuständig: „Gemeinsam mit dem NSD-Ärztbund, mit dem es durch Personalunion des Leiters zusammenhängt, lenkt das Amt [für Volksgesundheit] Blick und Gedanken der praktisch tätigen Ärzte von einer allzu einseitigen Betonung des individualärztlichen Standpunktes ab und auf die Gesundheitsführung des ganzen Volkes hin. Seine Wirksamkeit erstreckt sich somit auf das Gebiet der Gesundheitsführung der wertvollsten, auch organisatorisch durch NSDAP, DAF und HJ an unsere Idee gebundenen Volksgenossen. [...] Das Amt für Volksgesundheit erteilt den deutschen Ärzten, die es für geeignet zur Mitarbeit hält, einen Ausweis. Sie gelten damit als vom Amt für Volksgesundheit zugelassen und kommen dann für Untersuchungen, insbesondere für DAF und NSV, in erster Reihe in Frage. Alle vollbeschäftigten Ärzte in den Gesundheitsämtern werden in der Regel zum Amt für Volksgesundheit zugelassen.“³⁷

Das Funktionieren der Ämter war also abhängig von der Mit- und Zuarbeit der zugelassenen NSDÄB-Ärzte und -Zahnärzte. Diese hatten bestenfalls Aufwandsentschädigungen oder Gebühren für ihre Mitwirkung zu erwarten, kaum aber größere Praxen oder gar Karrieren, sofern sie nicht zur SS oder in den Staatsdienst überwechselten. Immerhin konnten die Ämter für Volksgesundheit auf eine relativ breite „Basis“ zurückgreifen: So waren z.B. im Kreis Groß-Frankfurt 1937 von 352 Ärzten 198 Mitglieder des NSD-Ärztbundes, und 140 waren beim Amt für Volksgesundheit zugelassen³⁸. Bei der Verwaltungsstelle Wiesbaden des Amtes für Volksgesundheit waren 107 Ärzte zugelassen³⁹. In einer Rede auf dem Parteitag 1938 nannte Wagner für 1937/38 die Zahl von 620 Ämtern für Volksgesundheit mit „rund 30000“ Ärzten. Damit wäre damals knapp die Hälfte der Ärzte im Deutschen Reich in die Aktivitäten der Ämter für Volksgesundheit eingebunden gewesen.

Die inhaltlichen Vorstellungen über die *spezifischen* Aufgaben eines eigenen Gesundheitswesens der Partei waren freilich nach wie vor sehr vage. Wenn immer wieder von dem für die Gesundheit verantwortlichen Hausarzt als Gegentyp zu dem die Krankheit heilenden „Kassenarzt“ die Rede war, so hing dies sicher auch mit dem biographischen Hintergrund des Reichsärztesführers zusammen: Ausgangs- und Endpunkt von Wagners gesundheitspolitischem Denken blieb der niedergelassene Arzt, der mehr sein sollte als ein „Kassenarzt“. Diese Borniertheit ging zurück auf die schiefe Alternative des (deutschen) Arztes und des (jüdischen) Mediziners, des treusorgenden Hausarztes und des technisch orientierten Krankenhausarztes – eine Formel, mit der Erwin Liek bereits 1925 die vagierende Unzufriedenheit, die Angst der Ärzteschaft vor dem sozialen Abstieg zu organisieren wußte⁴⁰. Das vorrangige

³⁷ Ebenda, S. 45.

³⁸ HStA Wiesbaden, Abt. 183, Nr. 180.

³⁹ HStA Wiesbaden, Abt. 183, Nr. 3141 b.

⁴⁰ Vgl. Erwin Liek, *Der Arzt und seine Sendung*, München 1925; zu Liek vgl. auch Hans-Peter

(und erfolgreiche) standespolitische Engagement des Reichsärztführers hatte hier seinen Grund.

Die Aufwertung des Kassenarztes zum Hausarzt sollte laut Wagner einhergehen mit dessen Beteiligung an der „Aufartung“ des deutschen Volkes. Dadurch sollte der Berufsstand insgesamt politisches Gewicht bekommen. „Kernpunkt aller Träume von faschistisch-mittelständisch-ärztlicher ‚Selbstverantwortung‘“ war „der Zusammenhang zwischen Hausarzt und Familie“⁴¹. Der Hausarzt, in erster Linie dem Konzept der Prophylaxe verpflichtet, sollte Gesundheitsführer der erbgesunden Familie sein und damit „Hüter am Erbstrom der Deutschen“. In der Person des Arztes und Parteigenossen sollten die gesundheitsfürsorgereischen (eventuell auch die gesundheitspolitischen) Aufgaben, die im „liberalen System“ öffentlich geworden waren, weitgehend wieder individualisiert werden. Zugleich sollte die bisher bloß therapeutische Kompetenz des Arztes erweitert werden, der beim Amt für Volksgesundheit tätige Hausarzt die Funktion eines „Gesundheitsblockwartes“ übernehmen. Damit sich die Bevölkerung dieser ständigen Überwachung nicht würde entziehen können, sollte die freie Arztwahl abgeschafft werden: Gesundheit – mit der daraus resultierenden Arbeitsfreude und Leistungsbereitschaft – wurde zur völkischen Pflicht. Um den Arzt für die Gesunderhaltung seiner Patienten zu interessieren, sollte er nach einem Pauschal-system honoriert werden und Gebühren für regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen (gedacht war an ein Gesundheitskataster) erhalten. Dieser Hausarzt sollte nach professioneller Kompetenz und „gesundem“ völkischen Empfinden entscheiden. Gesundheitsführung als Spezifikum der Menschenführung schloß „als administrativer Grundsatz im Gegensatz zur Staatsauffassung rationale Kriterien politischer Herrschaftsausübung zugunsten emotionaler und pseudomoralischer Kategorien wie ‚Herzensbildung‘ und ‚Charakter‘ absolut“ aus⁴².

Dieses Modell einer Gesundheitsführung durch Partei und Hausarzt hätte, wäre es verwirklicht worden, nicht nur zu einer grundsätzlichen Aufwertung des völkischen Arztes geführt, zu einem Kompetenzzuwachs für die Medizin im öffentlichen und privaten Leben, sondern auch und vor allem zu einem Abbau individueller Rechte der Volksgenossen. Dieser Hausarzt war in seinem prophylaktischen Tun von klassischen ethischen Maßstäben entbunden. In rechtsstaatlichen Kategorien gesprochen: Ermessen und Willkür waren programmiert. Vor diesem Modell erscheint Gütts Konzept einer Rassenhygiene durch Amtsärzte, durch ein verstärktes staatliches Institutionengefüge, tatsächlich zunächst als das kleinere Übel: Das staatliche Gesundheitswesen, wenngleich nationalsozialistisch unterwandert und umfunktioniert, vollzog

Fortsetzung Fußnote von Seite 53

Schmiedebach, Zur Standesideologie in der Weimarer Republik am Beispiel von Erwin Liek, in: Wert des Menschen, S. 26–35.

⁴¹ Roth, „Auslese“ und „Ausmerze“, in: Baader/Schultz (Hrsg.), *Medizin und Nationalsozialismus*, S. 156. Der Bereich der ärztlichen Regelversorgung im Nationalsozialismus ist bislang kaum untersucht; vgl. den Beitrag von Fridolf Kudlien in diesem Band. Michael Kater zufolge war „das nationalsozialistische Ideal wahren Medizinertums das des Hausarztes als einer Art biopolitischen Blockwarts“; ders., *Medizin und Mediziner*, S. 307. Vgl. dazu auch den programmatisch aufschlußreichen Aufsatz von Gerhard Wagner, *Nationalsozialistische Gesundheitsführung. Richtlinien des Reichsärztführers*, in: *Der Schulungsbrief* 5 (1938), S. 420–427.

⁴² Vgl. Michael Kater, *Gesundheitsführung des deutschen Volkes*, in: *Medizin im Nationalsozialismus* (Tagungsprotokoll), S. 120–147, hier S. 123.

sich zumindest vom Ansatz her weiter in den Bahnen traditionellen Verwaltungshandelns.

Dieser fundamentale Unterschied in den Mitteln (nicht im Ziel) zeigte sich in den Konflikten über die Durchführung des Sterilisierungsgesetzes: Wagner und Bartels griffen im November 1936 öffentlich die „rein schematische Beurteilung des Vorliegens von Schwachsinn“ an und führten dagegen die „Bewährung im Leben“ ins Feld. Anlaß war die Tatsache, daß die Gesundheitsämter ohne Ansehen der Person und der Umstände vorgingen und bei der Durchführung des Sterilisierungsgesetzes Unruhe unter der Bevölkerung hervorriefen, schließlich auch „verdiente Parteigenossen“ erfaßten⁴³. Das medizinisch und gesetzlich abgesicherte Verfahren verstieß gegen das unausgesprochene Ziel der „Aufordnung“, das augenscheinlich einen bestimmten Rassestypus des deutschen Volkes bevorzugt und damit die konfliktverdeckende Wirkung der Ideologie der „Volksgemeinschaft“ gefährdet hätte. In der politischen Ideologie des NS-Systems, die sich notwendigerweise von der Ideologie der Rassenkundler unterscheiden mußte, galten diejenigen Volksgenossen, die sich „zum Nationalsozialismus und zum deutschen Volk bekannten“ und dies „durch die Tat“ bewiesen, als zu 80 Prozent „rassenbiologisch“ rein und stellten „rassenseelisch“ eine „absolut einheitliche hochqualifizierte Siebungsgruppe dar“. Parteigenossen konnten nach Wagners Auffassung nicht Gegenstand des Sterilisierungsgesetzes sein, da sie ja zumindest „rassenseelisch“ ihre Zugehörigkeit zur bevorzugten Rasse „durch die Tat“ unter Beweis gestellt hatten. Kurzum: die Parteizugehörigkeit ersetzte die Rassenzugehörigkeit, an die Stelle von Züchtung traten ideologische Schulung, militärischer Drill und körperliche Ertüchtigung. Faktisch bedeutete dies die Abkehr von der propagierten Rassenlehre hin zur eigentlich bekämpften Milieutheorie⁴⁴.

Die Arbeit der Ämter für Volksgesundheit: Ideologie und Wirklichkeit des Parteiarztes

Sieht man von der (hypothetischen) Frage nach den effektiven Möglichkeiten und Bedingungen eines flächendeckenden Partei-Hausarztmodells ab, so stellt sich nun die Frage, welche konkreten Aufgaben dem Hauptamt für Volksgesundheit mit seinen nachgeordneten Instanzen und seinen tausenden von „zugelassenen“ Ärzten tatsächlich verblieben. Sich selbst gern als „Hoheitsträger“ titulierend, hatten diese Ärzte doch kaum direkten Zugriff auf Zwangsmittel und finanzielle Ressourcen. Vorstellungen zur organisatorischen Implementation des Hausarztmodells bestanden nicht. Sofern man nicht auf einen generellen Aufartungs-Fanatismus bei den niedergelassenen Ärzten setzen wollte, wäre ein neues System ökonomischer Anreize erforderlich gewesen, welches das therapiegerichtete System der Krankenversicherung hätte ergänzen, wenn nicht ablösen müssen. Das Fehlen entsprechender Überlegungen läßt auf vorherrschenden „einfachen“ Pragmatismus schließen, könnte darüber hinaus aber auch Indiz dafür sein, daß der rassenhygienische Fanatismus als Grundlage der propagierten „Selbstlosigkeit“ der NSDÄB-Ärzte weit überschätzt wurde. Der Aufgabenkreis der beim Amt für Volksgesundheit zugelassenen Ärzte als „Vorform“ des von

⁴³ Vgl. dazu Labisch/Tennstedt, Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens, S. 332 f., sowie Reeg, Friedrich Bartels, S. 59 ff. und S. 67 ff.

⁴⁴ Vgl. Lutzhöft, Nordischer Gedanke, S. 165 f.

Wagner intendierten Hausarztmodells läßt sich schlicht so charakterisieren, daß diese als Sachverständige tätig waren, d. h. weniger als Führer denn als Handlanger⁴⁵. Damit fand eine säkulare Tendenz sozusagen ihre parteiamtliche Bestätigung.

In dem Maße, in dem das NS-Regime Wohlfahrtseinrichtungen „entstaatlichte“ bzw. die staatlichen und kommunalen Wohlfahrtsaktivitäten auf niedrigstem Stand „einfro“ und der NSDAP bzw. den ihr zugeordneten Massenorganisationen, Vereinen und Verbänden übertrug, gesellte sich zum Staatsarzt und Stadtarzt der Parteiarzt, dessen „Ort“ das Amt für Volksgesundheit war. Karl-Peter Reeg hat nachgewiesen, daß nicht nur das Vorgehen von Gütt, sondern auch die Machtansprüche von NSV und HJ die Kompetenzen des Hauptamtes für Volksgesundheit untergruben, so daß – jedenfalls bis 1939 – das DAF-Amt für Volksgesundheit das wichtigste Standbein des Hauptamtes für Volksgesundheit wurde. Über das Hauptamt konnte die DAF „ihre Vorstellungen einer Gesundheitsführung der schaffenden Volksgenossen durchsetzen, ohne in langwierige Einigungsprozesse mit anderen Parteidienststellen, die über Geld und Durchführungskompetenzen verfügten, eintreten zu müssen“⁴⁶. Dieses schloß allerdings, da die Ämter für Volksgesundheit an Einzel- und Familienuntersuchungen zentral beteiligt waren, nicht aus, daß das Amt für Volksgesundheit für die totale Erfassung aller Volksgenossen zunächst entscheidend blieb. Mit aller notwendigen Vorsicht kommt Reeg zu der Feststellung, „daß etwa 10 Millionen Menschen zwischen 1934 und 1939 auf ihren Gesundheits- und Leistungsstand hin untersucht wurden, um ihre Einsatzmöglichkeit für den Nationalsozialismus festzustellen“.

Der Kern der ärztlichen Tätigkeit der Parteikader auf Kreis- und Ortsebene bestand in der Durchführung dieser Untersuchungen. Dabei kam den 1935 vom Hauptamt für Volksgesundheit eingeführten Gesundheitsstambüchern eine zentrale Rolle zu. Sie waren entscheidende Ansatzpunkte für eine Gesundheitsführung und Erbpflege im Sinne rassenbiologischer Zielsetzungen. Das Gesundheitsstambuch diente rassenbiologischer Prophylaxe und lag damit einerseits im säkularen Trend der Zunahme „prophylaktischer“ Eingriffe. Andererseits bedeutete es einen qualitativen Sprung, denn es diente im Zweifelsfall der Ausgrenzung und konnte zum Ansatzpunkt für eine Diagnose der „Minderwertigkeit“ werden. Im übrigen ist es in einer Reihe von ähnlichen, zum Teil effektiveren Erfassungs- und Registrierungsmitteln zu sehen, die ab 1938 unter Führung der SS auch von staatlicher Seite eingesetzt wurden⁴⁷.

Das Gesundheitsstambuch erschien im Verlag der Deutschen Ärzteschaft, einem Wirtschaftsunternehmen der Reichsärztekammer, und war möglicherweise von Friedrich Bartels konzipiert worden. Es bestand im wesentlichen aus drei Gesundheitsbögen mit Erbtafel und Raum für ärztliche Befunde in einer karteimäßig angelegten Umschlagmappe⁴⁸. Im Erläuterungsheft dazu heißt es: „Da nur die Familie Fortpflan-

⁴⁵ Vgl. Roth, „Auslese“ und „Ausmerze“, in: Baader/Schultz (Hrsg.), *Medizin und Nationalsozialismus*, S. 156.

⁴⁶ Reeg, Friedrich Bartels, S. 71 und S. 78 ff.; das folgende Zitat ebenda, S. 70.

⁴⁷ Vgl. Karl Heinz Roth, „Erbbiologische Bestandsaufnahme“. Ein Aspekt „ausmerzender“ Erfassung vor der Entfesselung des Zweiten Weltkrieges, in: ders. (Hrsg.), *Erfassung zur Vernichtung*, S. 57–100, sowie Gütt, *Öffentlicher Gesundheitsdienst*, S. 575 ff.

⁴⁸ BA, 89, 7193, *Das Gesundheitsstambuch. Anleitung zu seinem Gebrauch*, hrsg. v. Hauptamt für Volksgesundheit der NSDAP, 1935; die folgenden Zitate S. 7f., S. 10 und S. 16. Vgl. auch P. Osthold, *Sozialpolitische Gedanken zum Gesundheitsstambuch*, in: *Der deutsche Volkswirt* 11 (1936), S. 956 ff.

zung und Aufzucht des einzelnen ermöglicht, ist sie zweifellos die wichtigste Einheit im Volke; es liege daher der Gedanke nahe, auch die Lebenstüchtigkeit an ihr und nicht am Individuum zu messen. Zweck und Ziel der Gesundheitsführung ist die erbgesunde kinderreiche Familie! Es ist notwendig, bei jeder Untersuchung eines Gesunden festzustellen, wieweit unter den Vorfahren Erbfaktoren feststellbar sind, die sich für die Lebenstüchtigkeit nützlich auswirken können. Die angestrebte fortlaufende Registrierung der Gesundheitsentwicklung in den deutschen Familien wird wesentlich dazu beitragen, auch für die Erbgesundheitspflege wichtige Bausteine aufzufinden. [...] Die Untersuchungen sind nach Möglichkeit nicht mehr in Form von Reihenuntersuchungen, sondern als Einzeluntersuchungen durchzuführen, bei denen die Familie hinsichtlich ihres erb- und rassebiologischen Wertes und hinsichtlich ihres Gesundheitszustandes zu berücksichtigen ist. [...] Erst wenn diese Voraussetzungen erfüllt sind, können wir der Aufgabe näherkommen, die deutschen Volksgenossen gesundheitlich so zu führen, daß die erblich wertvollen Menschen von den minder wertvollen unterschieden werden können, daß etwaige Schäden frühzeitig erkannt werden, und daß endlich die große Umlagerung der Kräfte einsetzen kann, die das Schwergewicht von der Kranken- und Siechenpflege verlegt auf die gesundheitliche Leistungssteigerung von Volk und Rasse.“

Die zu erhebenden Befunde reichten bis zur psychischen Beurteilung. Dabei sollten aber keine psychiatrischen Diagnosen gestellt werden, sondern „kurz und klar“ der psychische Typ herausgestellt werden: „Schneidig, schlapp, Verstandesmensch, Gefühlsmensch, Duckmäuser usw.“

Gefährlich konnte vor allem die Feststellung von Anomalien werden: „Träger dieser Anomalien, die somit für die biologische Entwicklung des Volkes als nicht nur von bedingtem Werte, sondern sogar als gefährdend angesprochen werden müssen, sollen der zusätzlichen Hilfe der Bewegung nicht teilhaftig und auch in Zukunft nicht Mitglied der Bewegung werden. Diese Auslese soll die Erbtafel ermöglichen.“ Die „zusätzliche Hilfe der Bewegung“ betraf vor allem die sogenannten volkspflegerischen Hilfen der NSV wie Milchzulage, Schulspeisungen, Landverschickungen, Erholungslager, Kuraufenthalte, Betten- und Wohnungsbeschaffung u. ä., die nur erbgesunden und rassenbiologisch vollwertigen, kinderreichen Familien zukommen sollten.

Anlässe zur Anlage des Gesundheitsstammbuches waren entsprechende Anträge bei der NSV, außerdem Reihenuntersuchungen in Massenorganisationen von HJ bis DAF und Ehegenehmigungsanträge. Gewünschtes Fernziel war die Einbeziehung aller zur Mitarbeit bereiten (Kassen-)Ärzte, die „in der Untersuchung und Aufzeichnung der Befunde möglichst weitgehend unterwiesen“ werden sollten. „Es besteht dabei die Absicht und Hoffnung, das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Familie wieder zu erwecken, das dem früheren Hausarzte einen Einfluß schuf, der in der Betreuung, gesundheitlichen Beratung und Leitung der ganzen Familie, auch in den Zeiten der Gesundheit, weit über das Maß dessen hinausging, was heute der Kassenarzt zu gewährleisten vermag.“⁴⁹

Das normale Verfahren zur Ausfüllung des Gesundheitsstammbuches sollte in Dresden, der „Stadt der Volksgesundheit“, nach dem Willen des Bezirksobmanns des NSD-Ärztebundes, des Zahnarztes Dr. Herbert Roghé, folgendermaßen aussehen:

⁴⁹ Conti, Gesundheitswesen der Partei, in: Der Amtsarzt, S. 44.

„Der zu Untersuchende wendet sich an die zuständige Dienst- oder Verwaltungsstelle der Partei oder Arbeitsfront. Diese füllt das Gesundheitsstammbuch aus und sendet es an das Amt für Volksgesundheit (Verwaltungsstelle). Von hier werden Erhebungen über den Betreffenden bei den staatlichen Behörden, Polizei usw. angestellt und Berichte eingeholt. Ist der betreffende Volksgenosse unbelastet, so wird er nunmehr nach Wahl des Arztes seines Vertrauens an diesen zur Untersuchung überwiesen. Dieser füllt den ärztlichen Teil des Gesundheitsstammbuches aus, gibt es an die Verwaltungsstelle zurück und wird dadurch liquidationsberechtigt. Der einmal gewählte Arzt des Vertrauens darf dann nicht wieder gewechselt werden ohne guten Grund (Hausarzt). Auch die Familienangehörigen usw. sollen nach Möglichkeit den betr. Arzt aufsuchen, damit dieser die ganze Familie hütet und betreue. Ich glaube, durchaus berechtigt zu sein, auch andere als nur praktische Ärzte einzusetzen als Vertrauensärzte des Amtes für Volksgesundheit.“⁵⁰ Tatsächlich spielten bei der Untersuchung die „zugelassenen Ärzte“ (in der Regel Parteigenossen des NSD-Ärztebundes sowie Anwärter bzw. Sympathisierende des NSDÄB) eine wesentliche Rolle. Recherchierhilfe bei der „Erbbestandsaufnahme“ leisteten auf Anforderung Pfarrämter, Standesämter und (NSV-)Fürsorgerinnen.

Die praktische Bedeutung des Gesundheitsstammbuchs ist schwer einzuschätzen. Die als Voraussetzung für Gesundheitsfürsorge durch die NSV anhand dieses Stammbuches notwendigen Untersuchungen dürften in erheblichem Umfang nicht nur Anlaß zu positiven Maßnahmen gewesen sein, sondern – vor allem bei Frauen – auch Anlaß zu Zwangssterilisierungen⁵¹. Aufgrund der dilettantischen Anlage des Gesundheitsstammbuches (nicht einmal Karteikarten!) entstanden in den Ämtern für Volksgesundheit bald gewaltige „Datenfriedhöfe“. Schon am 15. November 1935 befaßten sich die Verwaltungsstellenleiter der Ämter mit den gerade angelaufenen Massenuntersuchungen und kamen zu dem Ergebnis: „Bei den Untersuchungen für die DAF ist langsam zu drehen! Von 10 Millionen neu angeforderten Gesundheitsbogen sind erst 250 000 abgegeben.“⁵² Auch die Notwendigkeit der Fremdfinanzierung wurde betont: „Jeder Gesundheitsbogen, der in Zukunft von der Gauamtsleitung angefordert wird, muß von der DAF, JH, SA, SS usw. bezahlt werden. Es kostet ein Gesundheitsbogen 2½ Pfg., eine Tasche dazu 6 Pfg.“ In der Regel war das Ausfüllen und die Aufbewahrung des Gesundheitsstammbuches für die beteiligten Ärzte außerordentlich lästig, obwohl sie für jede untersuchte Person jährlich eine Gebühr von etwa 5 RM erhielten.

Einen Hinweis auf die geringe Motivation der Beteiligten gibt die Beschwerde des Wiesbadener Kreisamtsleiters bei der Gauamtsleitung Hessen-Nassau von 1938, der sich darüber beklagte, daß seit Ende 1935 sämtliche Neugeborenen durch Gesundheitsstammbücher erfaßt werden müßten; insgesamt seien rund 4000 Gesundheitsstammbücher angelegt worden. „Der Wert dieses Materials für die Woche der Volksgesundheit erscheint nach den bisherigen Erfahrungen gering, da neue Eintragungen in diese Gesundheitsstammbücher erst nach 10 Jahren beim Eintritt des Prüflings in das Jungvolk vorgenommen werden können, inzwischen aufgetretene Krankheiten oder der Tod aber nicht zur Kenntnis der Verwaltungsstelle gelangen. Das Material

⁵⁰ HStA Wiesbaden, Abt. 483, Nr. 2025, Rundschreiben Nr. 1/35 vom 12. 1. 1935.

⁵¹ StA Marburg, 180 A Fulda 4314, fol. 32 ff., Fall Paula D.

⁵² HStA Wiesbaden, Abt. 483, Nr. 4472 e–g, Bericht über eine Sitzung der Verwaltungsstellenleiter in Frankfurt vom 13. 11. 1935; dort auch das folgende Zitat.

wächst aber im Laufe der Jahre so stark an, daß erhebliche Kosten für Stahlschränke und Papier entstehen, ganz abgesehen von der unproduktiven Arbeitskraft, die für die Ausstellung der Gesundheitsstambücher geleistet wird.“⁵³

Im Grunde fehlende Motivation zeigt auch ein (positiv gemeinter) Erfahrungsbericht des Kreisamtsleiters für Volksgesundheit in Harburg, der 1936 resümierte: „Die Einführung des Gesundheitsstambuches war ja für die meisten von uns Ärzten etwas ganz Neues, umso mehr war es dies für den Laien, dem man immer wieder den Sinn und beabsichtigten Zweck des Gesundheitsstambuches klar machen mußte. [...] Unsere Ärzteorganisation ist nun einmal vom Schicksal dazu bestimmt, mit dem großen Werk der Sichtung und Auslese der rassistischen und erbbiologischen Anlagen unseres Volkes zu beginnen. Wir sind uns dabei bewußt, daß wir in erster Linie eine enorme Kleinarbeit zu leisten haben, daß jedoch erst spätere Generationen den Nutzen hieraus ziehen werden. Die Untersuchungen nach dem Gesundheitsstambuch sind praktisch verwertbar und äußerst wertvoll erst in etwa 80 bis 100 Jahren. [...] Eine weitere Schwierigkeit ist die, daß wir bei dem heutigen Ablauf unserer Praxis kaum die Möglichkeit haben, etwa während der Sprechstunde eine Untersuchung nach dem Gesundheitsstambuch vorzunehmen. Wir sind ja gezwungen, wenn sie schon ordentlich durchgeführt werden soll, dieselbe außerhalb oder am Ende der Sprechstunde vorzunehmen, wodurch natürlich die an sich schon kurze Freizeit noch mehr beschnitten wird. Es muß also auch allmählich im ganzen künstlich überorganisierten Ablauf der Patientenbetreuung, die in den letzten Jahren mehr und mehr zu einer ‚Patientenzüchtung‘ geführt hat, grundlegender Wandel geschaffen werden. Dies hängt jedoch seinerseits innig mit der ganzen Kassenarztfrage zusammen.“⁵⁴ Aussagekräftige erbbiologisch-genealogische Auskünfte seien von Prüflingen kaum oder gar nicht zu erhalten, und es sei dem untersuchenden Arzt praktisch unmöglich, bei entsprechenden Indizien Hinweisen auf erbbiologische Belastungen nachzugehen, „Spürarbeit“ zu leisten. Um „über die Erbanlagen einer Sippe einigermaßen Aufklärung zu bekommen“, sei ein „gewaltiger Apparat an Menschen und Kleinarbeit erforderlich“. Deshalb bedürfe es, so der Amtswalter, der Hilfe des Staates, d. h. der engen Zusammenarbeit mit den staatlichen Gesundheitsämtern und den Standesämtern, die zu Familien- und Sippenämtern umgebaut werden müßten.

So stand oder fiel das Konzept der Gesundheitsführung auf Hausarztbasis „letzten Endes doch mit der grundsätzlichen Bereitschaft der deutschen Ärzte, an ihren Zielen mitzuwirken“⁵⁵. Hypothesen darüber, wie es mit dieser Bereitschaft aussah, können gewonnen werden durch Einblicke in das „Innenleben“ des NSDÄB an der Basis. Dabei stellt sich die Frage nach dem Motiv der Mitgliedschaft und den Aktivitäten und Bindungen, die der NSDÄB entfaltete. Ließ sich der propagandistische Anspruch vom „gradlinigen deutschen Arzt“, dem Vorbild für die Wiedergeburt des deutschen Menschen, durchhalten? Oder wurde mit dem NSDÄB nur neuer Wein in die alten Schläuche der Standespolitik gegossen? Blieben die niedergelassenen Ärzte die „fana-

⁵³ HStA Wiesbaden, Abt. 483, Nr. 3141 b, fol. 42, Schreiben des Kreisamts Wiesbaden an die Gauamtsleitung vom 4.3.1938.

⁵⁴ G. Munck, Grundsätzliche Erörterungen zum Gesundheitsstambuch, in: Ziel und Weg 6 (1936), S. 344–347, hier S. 344 f.; danach auch das folgende.

⁵⁵ Kater, Gesundheitsführung des deutschen Volkes, in: Medizin im Nationalsozialismus (Tagungsprotokoll), S. 134.

tische Speerspitze des Nationalsozialismus“, auch nachdem ihr „standespolitischer Selbstlauf“⁵⁶ beendet war?

Einen Einblick in die realen Abläufe der NSDÄB-Ortsgruppenarbeit besitzen wir anhand von NSDAP-Akten aus Stadt und Kreis Wetzlar. Diese sind vermutlich nicht repräsentativ, aber doch recht aufschlußreich. Sie liefern Indizien dafür, daß biedere Standespolitik bis Desinteresse vorherrschte, vielleicht auch eine gewisse politische Dummlichkeit, keineswegs aber politisches Engagement auf der Grundlage eines erb-biologischen Fanatismus, das Voraussetzung für eine reale Alternative zur Konzeption Gützs gewesen wäre. Der Quellenbestand gibt Auskunft über Motive des Beitritts und der Mitarbeit im NSDÄB bis 1935, über die interne Organisationsstruktur, Aufgabenverteilung und Versammlungsaktivitäten⁵⁷. Die Quellenauswertung führt zu dem Ergebnis, daß die Basis auf Kreis- bzw. Kommunalebene ab 1935 Makulatur war. Die 1938 anlaufenden Mobilmachungsprogramme veränderten die Situation, aber keineswegs zugunsten eines Gesundheitswesens der Partei.

Anfang 1935 waren von den 54 Ärzten und Zahnärzten im Kreis Wetzlar 25 Mitglieder und 20 Sympathisanten bzw. Anwärter des NSDÄB. Dabei dominierten die jüngeren und mittleren Jahrgänge, d.h. die zwischen 1919 und 1932 approbierten 27- bis 43jährigen, die ihre berufliche Sozialisation in der Weimarer Republik erfahren hatten. Die Parteibeiträge erfolgten überwiegend zwischen März und Mai 1933. Häufig sind SA-Mitgliedschaften. Die Anwärter bzw. Sympathisanten mußten ihre fehlende NSDAP-Mitgliedschaft mit einem höheren Vereinsbeitrag abgelden. Anfang 1935 traten 15 dieser 45 Mitglieder und Anwärter dem NSDÄB bei, vier davon waren Zahnärzte. Hinweise auf eine spezifisch gesundheitspolitische bzw. rassenhygienische Motivation der Beitretenden enthalten die Bögen nicht.

Die Sympathisanten wurden nach dem Grund ihrer fehlenden Parteimitgliedschaft gefragt⁵⁸. Antworten darauf waren: „Vor der Machtergreifung habe ich mich aus Abscheu vor dem parteipolitischen Getriebe in keiner Weise politisch betätigt. Nach der Machtergreifung wollte ich nicht durch Beitritt zur NSDAP den Eindruck erwecken, mich zur Erreichung persönlichen Vorteils der herrschenden Richtung angeschlossen zu haben.“ Oder: „Seit meiner Studentenzeit habe ich mich nicht mehr politisch betätigt. Zu einem Eintritt in die Partei im März oder Mai 1934 [1933?] konnte ich mich aus begreiflichen Gründen nicht entschließen; ich wollte lieber Nichtparteiemann sein als womöglich den Verdacht erwecken, nur wegen herrschender Konjunktur eingetreten zu sein. Über einen etwaigen Verdacht, aus Überzeugung nicht eingetreten zu sein, fühlte ich mich als Angehöriger eines 1924 aufgelösten Wehrbundes erhaben.“ Anders als im Kreis, waren in der Stadt Wetzlar bloße Sympathisanten wohl relativ selten. Bei NSDAP-Mitgliedern finden sich folgende Angaben: „Früher als Angehöriger der alten Armee unpolitisch. Nach dem Kriege keiner Partei angehört, aber stets die Linksparteien scharf bekämpft. Seit 1928 NSDAP geldlich und propagandistisch unterstützt. 1930 Prozeß gegen Severing. Pressehetze gegen mich. Deshalb erheblicher Praxisverlust. 1931 eingeschriebenes Mitglied der NSDAP. Nach der Machtergreifung Beauftragter des Kommissars.“ Oder: „Landpraxis in Hohensolms. Keine

⁵⁶ Roth, „Auslese“ und „Ausmerze“, in: Baader/Schultz (Hrsg.), *Medizin und Nationalsozialismus*, S.154f.

⁵⁷ HStA Wiesbaden, Abt. 483.

⁵⁸ HStA Wiesbaden, Abt. 483, Nr.4472 e-g.

Zeit für politische Betätigung. Während der roten Revolution gehörte ich dem Kriegerverein Hohensolms, dem Kyffhäuserbund an und hatte dauernd Anfeindungen in der Praxis, weil ich dauernd ostentativ den schwarz-weiß-roten Arztwimpel der Kraftfahrervereinigung deutscher Ärzte führte. Die NSDAP wurde in den abgelegenen Dörfern erst 1932 bekannt, seitdem diese Partei gewählt. März 33 eingetreten.“ Aufschlußreich ist auch, daß zehn der NSDÄB-Mitglieder studentischen Korporationen angehörten; das Spektrum reicht hier von Landsmannschaften über Turnerschaften und Burschenschaften bis zu Corps und dem Wingolf. Der NSDÄB hielt jährlich etwa sechs Versammlungen und Mitarbeiterbesprechungen ab, deren Besuch Pflicht war und kontrolliert wurde. Im Schnitt wurden die Versammlungen auch von zwei Dritteln der Mitglieder besucht. Gleichwohl finden sich durchweg Klagen über schlechten Versammlungsbesuch, Mangel an „Stoff“ für Vorträge und Mangel an Engagement⁵⁹.

Die Themen der Vorträge und die protokollierten Diskussionspunkte zeigen, daß vorwiegend propagandistische bzw. schulungsmäßige „Themen“ abgehandelt wurden und vor allem Standesprobleme interessierten. Vortragsthemen waren u. a.: Durch Aktivismus zum Hochziel: Volksgesundheit; Gesundheitsführung durch das Amt für Volksgesundheit; Informationen über gesetzliche Neuerungen (Reichsärzteordnung, Erbgesundheitsgesetz); Ärztliche Berufsauffassung und ärztliches Wirken im nationalsozialistischen Staat; Zur Diagnostik und Therapie von Krankheiten; Gebührenangelegenheiten. In Diskussionen wurden intensiv behandelt: Kurpfuscherprobleme, Homöopathie, Vertrauensarztprobleme, Ausgestaltung des Sonntagsdienstes, Verhältnis praktischer Arzt und Facharzt usw.

Ein schwieriger Punkt scheint die Motivierung und Rekrutierung des Führungszirkels gewesen zu sein, also der Referenten für Schulung, Propaganda und Presse, Rassenpolitik und NS-Organisationen (Frauenshaft, HJ, DAF). Denn diesen oblag neben dem Veranstaltungsbesuch auch eine regelmäßige Berichtspflicht. Interessant sind einige der für 1935 überlieferten Monatsberichte des Rassereferenten⁶⁰, der sich im April 1935 bei Dr. Heinrich Kranz in Gießen (Institut für Rassenkunde) vorstellte und dort den Auftrag erhielt, einen „neuerdings einsetzenden Feldzug gegen das ‚Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses‘“ zu beobachten. Der Referent sollte im NSDÄB dafür werben, daß „solchen Machenschaften möglichst sofort und erfolgreich“ entgegnet werde. Er tat dies am 25. April anlässlich einer Sitzung des NSD-Ärztebundes, nach der er vermerkte: „Als neue Aufgabe im kommenden Monat betrachte ich es, mich weiterhin mit den mir gestellten Aufgaben vertraut zu machen, insbesondere durch weitere Fühlungnahme mit dem rassenpolitischen Amt in Gießen.“ Im Mai 1935: „Weitere Beschäftigung mit rassepolitischen und bevölkerungspolitischen Werken & Schriften. Besprechung mit Pg. Dr. Kranz, Giessen, wegen Tätigkeit am dortigen Institut, Meldung zu einem Kurs für Rassepolitik in Berlin-Wuhlheide. Tätigkeit im kommenden Monat läßt sich kaum voraussagen, da ich in diesem

⁵⁹ HStA Wiesbaden, Abt. 483, Nr. 7191, Bericht des Amtes für Volksgesundheit Schlüchtern vom 2.2.1937: „Von 56 Mitgliedern waren nur 18 erschienen [...] ein bedauerlicher Mangel an nationalsozialistischer Auffassung. Wenn das in Zukunft nicht anders wird, müssen Zwangsmaßnahmen – Geldstrafen usw. erwogen werden.“ Dazu auch Nr. 2025, Übersicht des Amtes für Volksgesundheit Dresden vom 22.11.1934: „Hiervon werden auch hochgestellte Kollegen nicht ausgeschlossen sein.“

⁶⁰ HStA Wiesbaden, Abt. 483, Nr. 4472 e–g; dort auch die folgenden Zitate, Hervorhebungen im Original.

Monat zur Ableistung einer militärischen Übung größtenteils abwesend sein werde.“ Oktober 1935: „Privates Studium von Schriften rassekundlichen und bevölkerungspolitischen Inhalts. Besondere Berücksichtigung der Rassenkunde der Bevölkerung der Apeninnen-Halbinsel und der westlichen Rasse.“ Im Dezember nahm der Referent dann endlich am einwöchigen Kursus des Rassenpolitischen Amtes der NSDAP in Berlin-Wuhlheide teil. Zu Silvester berichtete er darüber: „Es nahmen außer mir noch 30 Kameraden an dem Kursus teil, darunter etwa die Hälfte Ärzte. (Die andere Hälfte Volksschullehrer und Philologen!) Von den Ärzten waren außer mir noch 2 Kameraden prakt. Ärzte, alle andern Amtsärzte, Psychiater, sonstige beamtete Ärzte, klinische Assistenten, Badeärzte usw. Die Kurse und Vorträge begannen am Montag den 2. Dezember. Eine Menge hochinteressanten Materials wurde an uns herangetragen. Inhaltlich und rhetorisch ausgezeichnete Vorträge über ‚Grundlagen der Rassepolitik‘, ‚Grundlagen der Vererbung‘, ‚Allg. Grundlagen der Rassenpflege‘, ‚Rasse und Religion‘, ‚Stellung des Auslandes zu den Rasseproblemen‘, ‚Bevölkerungspolitische Lage‘ u. dergl. mehr wechselten einander ab und fanden uneingeschränkten Beifall und erweckten lebhaftestes Interesse. Ein ganzer Tag war durch Probevorträge und Kursteilnehmer ausgefüllt. Jeder Tag begann mit kurzem aber heftigem Frühsport und anschließender Flaggenhissung. Die Namen der ‚Dozenten‘ waren: *Leuschner* (zugleich Schulungsleiter), *Hüttig*, *Danzer* (Schriftleiter von ‚Völkischer Wille‘), *Wenzel*, *Popen-diek*. So prachtvoll und so hochinteressant der Kurs auch war, so sehr wie er jeden Teilnehmer restlos begeistert haben dürfte, so schade ist es, daß dem prakt. Arzt die Zeit fehlt, alles Gehörte nun so verarbeiten zu können wie es wünschenswert wäre. Trotzdem sollte es sich kein Arzt verdrießen lassen, einen solchen Kurs mitzumachen; das Erlebnis und die Tatsache aus erster Hand reinsten Nationalsozialismus, eingekleidet in ein rassepolitisches Kleid, praktisch vor Augen geführt zu bekommen, sind einmalig.“

Schlußbemerkung

Staatliches Gesundheitsamt oder Amt für Volksgesundheit der NSDAP – diese unterschiedlichen, ja gegensätzlichen Konzeptionen sollen nunmehr abschließend diskutiert werden. Allerdings sind in abgestufter Betrachtung die nationalsozialistische Ideologie und die institutionell-organisatorischen Möglichkeiten gesundheitspolitischen, medizinischen und ärztlichen Handelns zu beachten. Erst innerhalb dieser Vorgaben sind die persönlichen Auseinandersetzungen der Protagonisten nationalsozialistischer Sozial- und Gesundheitspolitik zu verstehen.

Idealtypisch läßt sich die nationalsozialistische Gesundheitspolitik auf wenige Kernaussagen konzentrieren⁶¹: Langfristiges Ziel war ein rassenreiner, erbgesunder, großer „arischer Volkskörper“. Der gesundheitspolitische Weg dahin sollte führen

- über die rassische Entmischung des „deutschblütigen“ Volkes von rassisch fremden und rassisch „minderwertigen“ Elementen durch ein rassisch orientiertes Staatsbürgerrecht;
- über den Ausschluß kranken oder „minderwertigen“ „arischen“ Erbgutes von der Fortpflanzung und schließlich

⁶¹ Vgl. hierzu ausführlich Labisch, *Homo Hygienicus*.

- über die Förderung erbgesunden „arischen“ Erbgutes bei ständig wirkender Auslese durch forcierten Lebenskampf innerhalb des „arischen“ Volkskörpers.

Vor diesem Hintergrund läßt sich die wahre Flut rassistisch orientierter Gesetze einschließlich der Gesundheitsgesetze⁶² einer immanenten Systematik zuordnen. Das deutsche Volk stellte in der NS-Ideologie ein dem Untergang zutreibendes Rassengemisch dar. Die rassistische Entmischung sollte durch das biologisch definierte „Reichsbürgergesetz“ und das „Blutschutzgesetz“ vom 15. September 1935 geleistet werden. Als durchführendes Organ dienten die Standesämter. Der öffentliche Gesundheitsdienst wirkte allerdings durch die Begutachtung der Eheauglichkeit unter erbbiologischen und rassistischen Gesichtspunkten wesentlich mit. Die klassischen Standesämter sollten unter nationalsozialistischen Vorzeichen zu Sippenämtern ausgebaut werden. Auch auf diesem für die NS-Ideologie zentralen Gebiet zog also die Partei gegenüber der staatlichen Bürokratie den kürzeren: Keine Parteistelle, sondern die Standesämter bildeten den permanenten Filter zur Aussiebung von als rassistisch fremd definierten Mitbürgern aus der nationalsozialistischen Volksgemeinschaft.

Aus dem verbleibenden „arisch-deutschblütigen“ Volkskörper galt es dann, das kranke Erbgut auszusieben. Die „ausmerzenden Maßnahmen“ wurden hauptsächlich ermöglicht durch das Erbgesundheitsgesetz vom 14. Juli 1933, das dem öffentlichen Gesundheitsdienst und dem Amtsarzt die Aufgabe stellte, „gesetzliche Maßnahmen von weittragender Wirkung selbst durchzuführen. Der Amtsarzt steht damit im Mittelpunkt der Durchführung des Gesetzes“ (Arthur Gütt)⁶³. Das „Ehegesundheitsgesetz“ vom 18. Oktober 1935 muß als notwendige Ergänzung des „Blutschutzgesetzes“ gesehen werden. In der obligatorischen Eheberatung (einschließlich ärztlicher Untersuchung und dem vom örtlichen Gesundheitsamt auszustellenden Eheauglichkeitszeugnis) war dem Amtsarzt eine weitere zentrale Rolle zugeordnet; das Gesetz wurde allerdings mangels personeller und finanzieller Mittel nur in Ansätzen durchgeführt. Viele weitere Verordnungen und Erlasse bezogen sich auf rassistische Eignungsprüfungen für bestimmte Laufbahnen (z. B. Offiziere, Beamte), auf Fürsorgeregulungen u. ä.; auch diese Aufgaben permanenter „Ausmerze“ übernahm gemäß dem GVG der staatliche öffentliche Gesundheitsdienst.

Zu den „fördernden Maßnahmen“ schließlich zählten Ehestandsdarlehen, (ab 1936) laufende Kinderbeihilfen und (ab 1942) „gehobene Fürsorge“ für die „erbtüchtige“ deutsche „Durchschnittsbevölkerung“. Die ehemalige Gesundheitsfürsorge des kommunalen Gesundheitswesens schlug nun – gewissermaßen „befreit“ von den alten Aufgaben und Möglichkeiten der allgemeinen Familien-, Jugend- und Wirtschaftsfürsorge – in eine Erkundungstätigkeit im Dienste der Auslese um. Gefördert wurde nur, wer (erb-)gesund war; denunziert wurde, wer einer Erbkrankheit oder einer als Ehehindernis eingestuftem Krankheit (z. B. Tuberkulose oder einer Geschlechtskrankheit) verdächtigt wurde und bislang den Fängen der „Ausmerze“ entkommen war. Durch die Anzeigepflicht gemäß Erbgesundheitsgesetz wurden auch die Kassenärzte und alle übrigen Heilberufe einschließlich der gesamten Fürsorge zu Funktionselementen dieses erbgesundheits- und bevölkerungspolitischen Filters. Hier lag die tatsächliche

⁶² Als einschlägige Sammlung dient Hans Reiter u. a. (Hrsg.), Erb- und Rassenpflege, Leipzig 1940; die Vollständigkeit und innere Konsistenz dieses umfangreichen Bandes ist ebenso entlarvend wie beängstigend.

⁶³ Vgl. Gütt, Öffentlicher Gesundheitsdienst, S. 265.

Funktion der Kassenärzte: Sie waren gleichsam vorgeschobene, in der Lebenswelt des „Siebungsgutes“ agierende Beobachter im Dienste des staatlichen Filters. Zu diesem Zweck war die ärztliche Schweigepflicht gegenüber den zuständigen staatlichen Stellen – nicht jedoch gegenüber den Betroffenen – aufgehoben worden.

Unabdingbare Voraussetzung für diese umfassende Selektionstätigkeit, die mit staatsmedizinischen Mitteln auf Dauer gleichsam die rassische und erbliche Spreu vom „arisch-deutschblütigen“ Weizen trennen sollte, war die Aufstellung von Sippen- tafeln und Erbkarteien. Endziel war eine totale erbbiologische Bestandsaufnahme der deutschen Bevölkerung im Sinne eines beliebig verfüg- und benutzbaren Erbkatasters. Laut Gütt sollte es später einmal möglich sein, „über jeden Menschen die bisher bekannt gewordenen biologischen Tatsachen an einer bestimmten Stelle zu erfahren“. Im Unterschied zu den dilettantisch angelegten Gesundheitsstambüchern der NSDAP beruhten diese Sippen- tafeln auf einem völlig durchorganisierten, der klassischen seuchenhygienischen Überwachung nachempfundenen Meldewesen⁶⁴. Im März 1942 schrieb der Reichsgesundheitsführer an Himmler, es seien bereits 10 Millionen Karteikarten fertiggestellt. In den Dateien sei „ein großer Teil der negativen und belastenden Dinge über jeden Deutschen“ erfaßt⁶⁵.

Die nur noch als Sturzflut zu bezeichnende Masse einschlägiger Gesetze und Verordnungen seit Beginn der NS-Zeit war somit alles andere als ein Zufall. Auch wenn gesundheitspolitische Vorstellungen im Sinne ausgearbeiteter Pläne nicht bestanden, war die gesellschaftliche Funktionszuweisung an die Medizin evident: Sie war die gegebene Instanz zur Selektion aufgrund rassischer und erbgeneheitlicher Vorgaben. Diese Selektion in Form von gesetzlichen und bürokratischen Maßnahmen zu organisieren, war das eigentliche Ziel der konzisen staatlichen Gesundheitspolitik, hinter der Gütt und das Reichsinnenministerium standen. Den aus der Weimarer Zeit überkommenen Dualismus in der Organisation des staatlichen und kommunalen Gesundheitswesens zu beseitigen, war keineswegs der Hauptzweck des GVG. Die Herstellung der Unität von staatlicher und kommunaler Verwaltung des Medizinalwesens war lediglich ein Mittel auf dem Weg zu einem öffentlichen Gesundheitsdienst, der als organisatorischer Transmissionsriemen der NS-Gesundheitspolitik dienen konnte.

Von Gütt und dem RMdI als staatliche Aufgaben interpretiert, wurde die nationalsozialistische Erb- und Rassenpflege im Sinne der klassischen medizinischen Eingriffsverwaltung seuchenhygienischer Prägung in einem bis dahin unbekanntem Maße und mit einem bis dahin ebenso unbekanntem Einsatz von Organisation, Personal und Mitteln durchgesetzt⁶⁶: Bis 1938 wurde der öffentliche Gesundheitsdienst im Deutschen Reich auf 744 Gesundheitsämter mit 1315 beamteten Ärzten, 6103 Hilfsärzten und ein Gesamtpersonal von 23 792 Personen ausgebaut. Der öffentliche Gesundheitsdienst ist seinem besonderen Dienstauftrag zweifellos auch gerecht geworden. So stellte Frick 1937 lobend fest, daß die Gesundheitsämter allein in der Erb- und Rassenpflege – und zwar *ohne* die Untersuchungen im Vollzuge des Sterilisierungsgesetzes – schon im ersten Jahr ihres Bestehens über 500 000 Untersuchungen durchge-

⁶⁴ Vgl. (mit Originalkarteikarten) ebenda, S. 575–606; das vorstehende Zitat bei Gütt, Bevölkerungs- und Rassepolitik, in: Lammers/Pfundtner, Grundlagen, S. 23.

⁶⁵ Zit. nach Bock, Zwangssterilisation, S. 191 f.

⁶⁶ Zum folgenden vgl. ausführlich Labisch/Tennstedt, Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens, S. 324–331.

führt hatten (330 000 Untersuchungen von Ehestands-Darlehensbewerbern, über 41 000 Untersuchungen von bäuerlichen Siedlern und deren Angehörigen und 150 000 weitere Untersuchungen von Kinderreichen und Einbürgerungsbewerbern sowie sonstige erbbiologische Gutachten). 1938 verfügten die Gesundheitsämter über 201 spezielle Abteilungen für Erb- und Rassenpflege. Die Zahl der von ihnen durchgeführten Erbgesundheitsgerichtsverfahren lag 1936 bei 67 938, 1937 bei 54 287 und 1938 bei 48 241.

Gegen diesen riesigen, in der Geschichte des staatlichen Gesundheitswesens bislang einmaligen Aufwand stand das parteiamtliche Gesundheitswesen mit seinem Gesundheitsstammbuch und den auf dieser Grundlage durchgeführten Massenuntersuchungen. Alle damit verbundenen Aufgaben wurden ehrenamtlich ausgeführt; weitergehende Kompetenz fehlte. Zu den ehrenamtlichen Kräften gehörten nach einer Vereinbarung zwischen dem Amt für Volksgesundheit und dem Reichsinnenministerium vom 16. März 1936 auch Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes, wenngleich deren Beteiligung nur gering gewesen zu sein scheint (1936 lag sie bei 41,5 Prozent; 1937 bei 15,6 Prozent; 1938 bei 16,7 Prozent). Die begrenzte ideologische Bindekraft, die bescheidenen personellen und finanziellen Mittel und die dürftige Organisation der Ämter für Volksgesundheit auf Kreisebene wurden oben herausgearbeitet. Der Aktivismus der niedergelassenen Ärzte, für ein rassenreines und erbgesundes Volk der Zukunft ehrenamtlich Wache am Erbstrom zu schieben, war – auch bei Parteigenossen – offenbar gering. Dies war selbst wohlwollenden Beobachtern wie Leonardo Conti klar, der 1943 feststellte, den Ämtern für Volksgesundheit „konnten nur gewisse kleine Teilaufgaben übertragen werden, da es sich um Ärzte der Praxis handelte, die eben zunächst vollkommen ehrenamtlich, später gegen geringe kleine Vergütungen ärztliche Untersuchungen im Rahmen der Gesundheitsbetreuung [...] tätigten. Aus dem Gesagten geht auch hervor, daß der organisatorische Aufbau des Amtes für Volksgesundheit, insbesondere in der Peripherie, ein außerordentlich lockerer sein mußte [...]. Demnach [...] konnte dieser Apparat mit dem Apparat der staatlichen und kommunalen Gesundheitsämter nicht verglichen werden.“⁶⁷

Auch wenn das Gesundheitswesen der NSDAP und ihrer verschiedenen Gliederungen noch nicht hinreichend untersucht ist, wird deutlich, daß das Amt für Volksgesundheit weder von seiner Position innerhalb der Parteiorganisation noch von seinem Aufbau und seiner Ausstattung her in der Lage war, die Arbeit des öffentlichen Gesundheitsdienstes zu übernehmen. Das institutionelle Moment des öffentlichen Gesundheitsdienstes mit seinem in Jahrhunderten entwickelten Fundament, in spezifischer Weise gestaltet und nationalsozialistisch umgebogen durch Gütt, wog ungleich schwerer. Insofern konnte zwar Wagner aufgrund seiner Stellung in der Partei einen heftigen Kampf gegen das staatliche Gesundheitswesen und gegen Gütt führen, der ihm einen beträchtlichen Teil der Inhalte und Kompetenzen seiner Ämter für Volksgesundheit weggeschnappt hatte. Eine Chance, die Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes auf das Gesundheitswesen der Partei zu ziehen, hatte er jedoch nie:

⁶⁷ BA, R 18, 3793, Denkschrift Contis „Zur Neuordnung des Gesundheitswesens nach dem Siege“, vermutlich vom September 1943, S. 7 ff.; dort finden sich Informationen zur tatsächlichen Arbeit der Ämter für Volksgesundheit.

Hitler wies alle entsprechenden Versuche zurück⁶⁸. Neue institutionelle Kontexte wurden erst geschaffen, als es in der Kriegsphase darum ging, zum einen die totale Leistungsausbeute unter der bereits mehrfach ausgesiebten „arisch-deutschblütigen“ Bevölkerung zu organisieren, und zum anderen die bereits rechtlich und sozial als rassistisch fremd oder erbkrank ausgegliederten Menschen auch physisch zu beseitigen bzw. – in der Sprache der Unmensen – nutzbringend „durch Arbeit zu verschrotten“⁶⁹.

⁶⁸ Zu den teilweise dramatischen Auseinandersetzungen zwischen Wagner und Gütt, die bis vor Hitler getragen wurden, vgl. Labisch/Tennstedt, Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens, S. 332–344, sowie Ganssmüller, Erbgesundheitspolitik.

⁶⁹ Am 4. 2. 1942 fand im Ostministerium eine Sitzung statt, auf der im Hinblick auf die Ostvölker die „Verschrottung durch Arbeit“ besprochen wurde; an dieser Sitzung nahm u. a. der Rassenhygieniker Eugen Fischer teil; vgl. Müller-Hill, Tödliche Wissenschaft, S. 21. Zur geplanten und tatsächlich auch durchgeführten stärkeren Anwendung „genuiner“ nationalsozialistischer Prinzipien in den seit 1938 besetzten Territorien vgl. auch Sachße/Tennstedt, Geschichte der Armenfürsorge, Bd. 3.