

Die Entwicklung des öffentlichen Gesundheitsdienstes in Preußen/Deutschland und seine Aufgaben in Sozialhygiene und Sozialmedizin, 1899-1945¹

JOHANNES VOSSEN

- | | | |
|----|---|----|
| 1. | Die sozialhygienische Gesetzgebung in Preußen und die sozialhygienischen Aufgaben der Kreisärzte, 1899-1914 | 1 |
| 2. | Die Entstehung einer kommunalen Gesundheitsfürsorge (vor allem der Tuberkulose- und Säuglingsfürsorge), 1900-14 | 2 |
| 3. | Der Erste Weltkrieg und der Durchbruch zur sozialhygienischen Bevölkerungspolitik, 1914-18 | 5 |
| 4. | Das sozialhygienische Programm der Weimarer Republik und seine Umsetzung, 1919-33 | 9 |
| 5. | Die nationalsozialistische „Vereinheitlichung des Gesundheitswesens“ und die Funktion der Gesundheitsfürsorge als Instrument zur Durchführung der NS-„Erb- und Rassenpflege“, 1934-45 | 13 |
-
- | | | |
|----|---|--|
| 1. | Die sozialhygienische Gesetzgebung in Preußen und die sozialhygienischen Aufgaben der Kreisärzte, 1899-1914 | |
|----|---|--|

Die Verwaltung des öffentlichen Gesundheitswesens befand sich während des gesamten 19. Jahrhunderts seit der Neuordnung des preußischen Staates in den Jahren nach 1815 ganz überwiegend in staatlicher Hand, wobei die staatlichen Medizinalbeamten, die Kreisphysiker bzw. Kreiswundärzte, im Nebenamt tätig waren.² Allerdings entsprach die Organisation der preußischen Medizinalverwaltung mit dem Vordringen der Industrialisierung und den damit verbundenen gesundheitlichen Folgeproblemen immer weniger den Anforderungen. Eine Medizinalreform wurde daher seit der Jahrhundertmitte immer wieder erwogen, wobei eine zeitgemäße Neufassung von Stellung und Aufgabenbereich der Medizinalbeamten im Mittelpunkt der Diskussion stand. Der Abgeordnete Rudolf *Virchow*, der bereits in den Jahren 1846 bis 1849 mit Plänen zur Medizinalreform hervorgetreten war, forderte am 8. Februar 1878 im Preußischen Abgeordnetenhaus, den Stand der Diskussion zusammenfassend, für die beamteten Ärzte „zuerst eine bedeutendere und erhöhte Tätigkeit, größere Aufgaben auf dem Gebiete des Sanitätswesens und dann bessere Ausstattung in bezug auf Gehalt und Stellung“.³ Neben der parlamentarischen Lobby machte vor allem die Berufsvertretung der Kreisärzte, der 1883 gegründete Preußische Medizinalbeamten-Verein, Stimmung für die Medizinalreform. Nachdem ein erster Anlauf in den Jahren 1884 bis 1886 versandet war, brachten schließlich vor dem Hintergrund der großen Cholera-Epidemie von 1892/93⁴ die

-
- 1 Bei der folgenden Darstellung handelt es sich um eine gestraffte Wiedergabe von zentralen Passagen meiner Doktorarbeit „Gesundheitsämter im Nationalsozialismus. Rassenhygiene und offene Gesundheitsfürsorge in Westfalen 1900-1950“ (Essen 2001) zum Thema. Für weiterführende Hinweise und einen Literaturüberblick zum Thema wird auf diese Arbeit verwiesen.
 - 2 Das Folgende nach: 25 Jahre Preußische Medizinalverwaltung seit Erlass des Kreisarztgesetzes 1901-1925. Im Auftrage des Preußischen Ministers für Volkswohlfahrt hrsg. von der Medizinalabteilung des Ministeriums. Berlin 1927, S. 5-8.
 - 3 Zit. nach: Fielitz: Geschichte und Tätigkeit des Preussischen-Medizinalbeamtenvereins in den Jahren 1883 – 1908. In: Das Preussische Medizinal- und Gesundheitswesen in den Jahren 1883-1908. Hrsg.: Otto Rapmund. Berlin 1908, S. 1-43, Zitat S. 20-21.
 - 4 Vgl. Evans, Richard J.: Tod in Hamburg. Stadt, Gesellschaft und Politik in den Cholera-Jahren 1830-1910. Reinbek bei Hamburg 1990.

Bemühungen des Vereins in Verbindung mit parlamentarischer Unterstützung und Protektion in der Ministerialbürokratie den gewünschten Erfolg, wenn auch mit gewissen Abstrichen.⁵

Das am 16. September 1899 erlassene „Gesetz betr. die Dienststellung des Kreisarztes und die Bildung von Gesundheitskommissionen“ verwirklichte nicht alle Wünsche der Medizinalbeamten. Vor allem die angestrebte Vollbesoldung der Kreisarztstellen konnte zunächst nur ansatzweise verwirklicht werden. Dennoch bedeutete das Gesetz einen deutlichen Modernisierungsschub im staatlichen Medizinalwesen. Die nebenamtlich tätigen Kreisphysiker und Kreiswundärzte wurden abgeschafft bzw. in die neue Stellung des Kreisarztes überführt, der als Staatsbeamter im Hauptamt mit Pensionsberechtigung tätig war.

Der Kreisarzt war vorwiegend als öffentlicher Hygieniker und ‚Seuchenpolizist‘ tätig.⁶ Zu diesem Zweck hatte er solide bakteriologische Fähigkeiten erworben. Er war zudem „technischer Berater“ des Landrats bzw. der städtischen Polizeibehörde und hatte sich auf Anforderung der Behörden gutachtlich zum öffentlichen Gesundheitswesen zu äußern, aber auch aus eigener Initiative Vorschläge zur Fortentwicklung des Gesundheitswesens zu machen. In den Kommunen arbeitete er in dieser Hinsicht eng mit den aus Wahlen der Selbstverwaltungskörperschaften hervorgegangenen Gesundheitskommissionen zusammen, deren Aufgabe die Ermittlung und Abstellung gesundheitswidriger Zustände war. Sehr schnell wurden im ersten Jahrzehnt des neuen Jahrhunderts auch die Aufgaben im Bereich der Gesundheitsfürsorge immer wichtiger.

Ab der Jahrhundertwende wurden vor allem in den Bereichen der Säuglings- und Tuberkulosefürsorge von Berlin aus Initiativen zur Gründung von entsprechenden Fürsorgestellen angeregt, die von den Kreisärzten umzusetzen waren.⁷ Um diese neuen Aufgaben zu berücksichtigen, wurde 1909 eine revidierte Dienstanweisung für die Kreisärzte herausgegeben, die mit einigen Änderungen bis 1935 in Kraft blieb.⁸

2. Die Entstehung einer kommunalen Gesundheitsfürsorge (vor allem der Tuberkulose- und Säuglingsfürsorge), 1900-1914

Während die gesundheitspolizeiliche Seuchenbekämpfung die Domäne des Staates blieb, entwickelte sich in den Kommunen seit der Jahrhundertwende (in Einzelfällen auch bereits vorher) in Abgrenzung zur Armenpflege ein langsam entstehendes System von Wohlfahrtseinrichtungen, durch das mit Hilfe von Gesundheitsfürsorge, Säuglings-, Kinder- und Jugendfürsorge, Wohnungsfürsorge und Arbeitsvermittlung spezifische Armutsrisiken gezielt und ohne Inanspruchnahme der bei den Bedürftigen wenig beliebten Armenpflege verringert werden sollten.⁹ Diese sozialreformerischen Konzepte hatten ihren Ursprung in der

5 Vgl. Rapmund: Die Entwicklung des Preussischen Medizinal- und Gesundheitswesens während der Jahre 1883-1908 unter besonderer Berücksichtigung der Dienstobliegenheiten und amtlichen Stellung der Kreis-Medizinalbeamten. In: ders. Das Preussische Medizinal- und Gesundheitswesen in den Jahren 1883-1908. Hrsg.: Rapmund. Berlin 1908, S. 44-86.

6 Die Aufgaben der Kreisärzte nach: Wollenweber, Nathanael: Der beamtete Arzt. Berlin 1930, S. 24-26.

7 Vgl. Vossen, Gesundheitsämter (Anm.1), S. 105-126.

8 Abgedruckt in: Zeitschrift für Medizinalbeamte 22 (1909), S. 656-697.

9 Albrecht, Heinrich (Bearb.): Handbuch der sozialen Wohlfahrtspflege in Deutschland: auf Grund des Materials der Zentralstelle für Arbeiterwohlfahrtseinrichtungen. Berlin 1902; Thissen, Otto: Soziale Tätigkeit der Gemeinden. Eine Übersicht über Aufgaben und Leistungen der kommunalen Sozialpolitik für Arbeiter, Angestellte, Kleingewerbetreibende etc. sowie in der Wohnungsreform,

Nationalökonomie, vor allem im sozialreformerischen Programm des „Vereins für Socialpolitik“ und strahlten über ein weitverzweigtes bürgerliches Vereinswesen schließlich ab der Jahrhundertwende auch auf die Kommunalpolitik aus.¹⁰ Träger dieser Politik war das städtische Bürgertum, das sich zur „sozialen Reform“ in den von ihm verwalteten Gebietskörperschaften berufen fühlte. In der langanhaltenden ökonomischen Aufschwungphase von 1895 bis 1914 standen der Reformpolitik auch hinreichende Geldmittel zur Verfügung. Durch den Ausbau der städtischen Leistungsverwaltung sollten gleiche Lebensverhältnisse für alle Stadtbewohner hergestellt werden.¹¹ Dieser „Munizipalsozialismus“ wurde zur Leitidee der städtischen Sozialreformer und ermöglichte begrenzte Koalitionen mit der Sozialdemokratie.¹² Die SPD-Wohlfahrtspolitik übernahm dabei weitgehend die bürgerlichen Formen der Wohlfahrtspflege und betonte besonders die präventiven Elemente der Wohlfahrtspflege bei gleichzeitiger Einschränkung von Repression und Kontrolle.¹³ In den Kommunen entwickelte sich die SPD im Rahmen dieser Strukturen zum Vorreiter sozialhygienischer Reformen, die oftmals gegen widerstrebende bürgerliche Mehrheiten durchgesetzt werden mussten.¹⁴ Diese Initiativen zur Gesundheitsfürsorge gingen entweder von den Stadtverwaltungen im Rahmen der Armenpflege oder von bürgerlichen Vereinen im Rahmen privater Wohltätigkeit aus. Fürsorgestellen, in denen Bedürftige Beratung und finanzielle Unterstützung erhielten, wurden eingerichtet. Aber nicht nur in den Großstädten, auch in einigen industriell verdichteten Landkreisen wurde das gesundheitsfürsorgerische Programm der bürgerlichen Sozialreform verwirklicht. Die Medizinalverwaltungen des Reiches und Preußens moderierten diesen Prozess in nicht unbeträchtlichem Umfang, indem sie ab etwa 1905 mit Erlassen und Verordnungen immer wieder auf die Notwendigkeit gesundheitsfürsorgerischer Maßnahmen aufmerksam machten bzw. deren Einrichtung anmahnten. Insgesamt sind die in diesem Zusammenhang entwickelten kommunalpolitischen

Gesundheitspflege, Bildungsfürsorge. 3. Aufl. M.-Gladbach 1906; Sachße, Christoph; Tennstedt, Florian: Geschichte der Armenfürsorge. Bd. 2: Fürsorge und Wohlfahrtspflege 1871 bis 1929. Stuttgart u.a. 1988, S. 27-38; Reulecke, Jürgen: Die Politik der Hygienisierung. Wandlungen im Bereich der kommunalen Daseinsvorsorge als Elemente fortschreitender Urbanisierung. In: Stadtgesellschaft und Kindheit im Prozeß der Zivilisation. Hrsg.: Imbke Behnken. Opladen 1990, S. 13-25.

- 10 Hofmann, Wolfgang: Aufgaben und Struktur der kommunalen Selbstverwaltung in der Zeit der Hochindustrialisierung. In: Deutsche Verwaltungsgeschichte. Bd. 3. Hrsg.: Kurt G. Jeserich. Stuttgart 1984, S. 578-644.
- 11 Grundlegend: Krabbe, Wolfgang R.: Kommunalpolitik und Industrialisierung. Die Entfaltung der städtischen Leistungsverwaltung im 19. und frühen 20. Jahrhundert. Stuttgart 1985.
- 12 Vgl. Tennstedt, Florian: Vom Proleten zum Industriearbeiter. Arbeiterbewegung und Sozialpolitik 1890 bis 1914. Köln 1983, S. 573-595; Krabbe, Wolfgang R.: Munizipalsozialismus und Interventionsstaat. Die Ausbreitung der städtischen Leistungsverwaltung im Kaiserreich. In: GWU 30 (1979) S. 265-283.
- 13 Vgl. Bopp, Karl: Die Wohlfahrtspflege des modernen deutschen Sozialismus. Eine soziale und wirtschaftliche Studie. Freiburg 1930; Monat, Anneliese: Sozialdemokratie und Wohlfahrtspflege. Ein Beitrag zur Entstehungsgeschichte der Arbeiterwohlfahrt. Stuttgart 1961; Sachße, Christoph: Mütterlichkeit als Beruf. Sozialarbeit, Sozialreform und Frauenbewegung. Frankfurt/M. 1986, S. 181.
- 14 Vgl. Damaschke, Adolf: Aufgaben der Gemeindepolitik („Vom Gemeinde-Sozialismus“). Jena 1904; Lindemann, Hugo: Die deutsche Städteverwaltung. Ihre Aufgaben auf den Gebieten der Volkshygiene, des Städtebaus und des Wohnungswesens. 2. Aufl. Stuttgart 1906; Hirsch, Paul: 25 Jahre sozialdemokratische Arbeit in der Gemeinde. Berlin 1908.

Reformen in der „Sozialstadt“ als Vorläufer des späteren Weimarer Sozialstaates anzusehen.¹⁵

Die gesundheitliche Fürsorge für die medizinisch unterversorgte **Arbeiterbevölkerung** wurde im Kaiserreich vor allem in den Bereichen der Säuglings- und Kleinkinderfürsorge, der Schulgesundheitspflege und der Tuberkulosefürsorge in den Städten und größeren, industrialisierten Landkreisen entwickelt, wobei der Staat eine moderierende Rolle spielte. Einrichtungen der Tuberkulosefürsorge und der Säuglings- und Kleinkinderfürsorge entstanden in größerer Zahl ab 1904/05, nachdem entsprechende Erlasse der preußischen Medizinalverwaltung dies angeregt hatten. Die Tuberkulosefürsorge wurde im Wesentlichen zur Umsetzung der bakteriologischen Seuchenbekämpfung ins Leben gerufen, da sich die bisherige Heilstättentherapie zur Bekämpfung der Tuberkulose als wenig wirksam erwiesen hatte. Im Kaiserreich konnte dieses bakteriologische Handlungsmodell allerdings noch nicht voll entfaltet werden, da sein zentrales Element, die Zwangsasylierung, gesetzlich nicht verankert wurde. Die Säuglingsfürsorge entstand als Antwort auf die im Vergleich zu anderen westlichen Ländern hohe Säuglingssterblichkeit und als Gegenstrategie gegen den „Geburtenrückgang“, der die Machtambitionen des Kaiserreichs zu unterspülen drohte. Als Grundform der Gesundheitsfürsorge entwickelte sich im Kaiserreich die Fürsorgestelle, in der fachlich geschultes Personal (meist der Kreisarzt und Fürsorgerinnen mit Krankenpflegeausbildung, die zum Teil bereits hauptamtlich, häufiger allerdings ehrenamtlich tätig waren) die Klienten untersuchte, beriet und kontrollierte. Therapeutische Maßnahmen gehörten nicht zu den Aufgaben der Fürsorgestellen, wohl aber die Vermittlung von Kuren und Heilmaßnahmen. Die Trägerschaft dieser Einrichtungen lag teils bei den Kommunalverwaltungen, teils bei Vereinen der bürgerlichen Sozialreform, Mischfinanzierungen waren nicht selten.

In den Jahren ab 1910 sind zunehmend Bestrebungen zu beobachten, die bis dahin entstandenen Einzelzweige der kommunalen Gesundheitsfürsorge (Tuberkulosefürsorge, Alkoholkrankenfürsorge, Mütter- und Säuglingsfürsorge, Schulgesundheitspflege, Krüppelfürsorge, Wohnungsfürsorge) in Fürsorgeämtern zu zentralisieren. Man versprach sich davon vor allem eine Vereinheitlichung der bislang zersplittert und getrennt nebeneinander arbeitenden Fürsorgezweige und eine Zusammenfassung sowohl der privaten wie der öffentlichen Fürsorgebestrebungen, um Doppelarbeit zu vermeiden. In einigen Großstädten wurde in dieser Zeit bereits ein hauptamtlicher Stadtarzt als Koordinationsstelle für die junge Gesundheitsfürsorge eingestellt. Der erste hauptberufliche Stadtarzt in Preußen war bereits 1883 in Frankfurt am Main in sein Amt eingeführt worden.¹⁶ In der Rheinprovinz hatte Köln mit der Anstellung Peter **Krautwigs** als ärztlichem Beigeordneten und der Einrichtung eines „Gesundheitsfürsorgeamtes“ im Jahre 1905 einen Anfang gemacht.¹⁷ Als erster hauptamtli-

15 Vgl. Reulecke, Jürgen; Castell Rüdénhausen, Adelheid Gräfin zu: Stadt und Gesundheit: zum Wandel von „Volksgesundheit“ und kommunaler Gesundheitspolitik im 19. und frühen 20. Jahrhundert. Stuttgart 1991; Die Stadt als Dienstleistungszentrum. Beiträge zur Geschichte der „Sozialstadt“ in Deutschland im 19. und frühen 20. Jahrhundert. Hrsg.: Jürgen Reulecke. St. Katharinen 1995.

16 Nach Gottstein, Adolf: Stadtärzte. In: Handwörterbuch der Kommunalwissenschaften. Bd. 4. Hrsg.: Josef Brix (u.a.). Jena 1924, S. 17-21.

17 Nach Guss, Irene: Krautwig in seiner Bedeutung für die Entwicklung der Sozialhygiene, Düsseldorf 1941. Diss. med. Köln 1940. Vgl. dazu auch Geschichte von Gesundheit und Krankheit in Köln. Ausstellungskatalog. Hrsg.: Thomas Deres. Köln 2005.

cher Stadtarzt in Westfalen wurde im Jahre 1901 Dr. Paul *Köttgen* in Dortmund angestellt.¹⁸ Im Berliner Raum entstand ab der Jahrhundertwende in den damals noch selbstständigen Städten Charlottenburg, Neukölln und Schöneberg eine gut ausgebaute Gesundheitsfürsorge, deren Einrichtungen bei der Schaffung von Groß-Berlin im Jahre 1920 übernommen und weiter ausgebaut wurden.

3. Der Erste Weltkrieg und der Durchbruch zur sozialhygienischen Bevölkerungspolitik, 1914-18

Der Erste Weltkrieg veränderte die bisherigen Rahmenbedingungen der Sozialpolitik grundlegend. Als Folge der Kriegseignisse, vor allem der Einberufung vieler Männer zum Militär und der hohen Arbeitslosigkeit als Folge der Umstellung auf die Erfordernisse der Kriegswirtschaft, verschärften sich die sozialen Gegensätze.¹⁹ Das Reich entwickelte als Antwort auf die größer werdende Not in der Bevölkerung eine „Kriegsfürsorge“ und eine „Kriegswohlfahrtspflege“ außerhalb der Armenpflege.²⁰ Zur Absicherung der wirtschaftlichen Verhältnisse der Familien der zum Wehrdienst eingezogenen Soldaten wurde zunächst eine „Kriegsfürsorge“ eingerichtet, die sich an das „Gesetz, betreffend die Unterstützung von Familien in den Dienst eingetretener Mannschaften“ vom 28. Februar 1888 anlehnte, allerdings durch zwei ergänzende Gesetze vom August 1914 und September 1915 den veränderten Bedingungen angepasst wurde.²¹ Die Unterstützung kam den Ehefrauen und ehelichen Kindern unter 15 Jahren zugute, anderen Verwandten in direkter Linie allerdings nur, wenn ein Unterhaltsanspruch für sie bestand. Für die Leistungen schrieb das Gesetz Mindestsätze vor (für die Ehefrau im Winter 12 Mark, im Sommer 9 Mark monatlich, dazu 6 Mark monatlich für Kinder und sonstige Berechtigte). Diese Mindestleistungen, für die - im Gegensatz zu den Leistungen der Armenpflege - immerhin ein Rechtsanspruch und keine Rückerstattungspflicht bestand, waren vollkommen unzureichend. Angesichts der im Krieg bereits spürbaren Geldentwertung wurden sie im Jahre 1916 zweimal erhöht, blieben aber auch damit weit hinter dem Bedarf zurück. Die Bemessung der Unterstützungsgelder an der Kinderzahl führte vor allem zu einer Verarmung in den eher kinderarmen Mittelstandsfamilien und zu einer Benachteiligung der kinderlosen „Kriegsgetrauten“.²² Derartige Unterstützungen bezogen breite Bevölkerungskreise: in Berlin-Charlottenburg waren zeitweilig mehr als ein Drittel, in Berlin-Neukölln sogar mehr als die Hälfte der Bevölkerung in diese Maßnahmen einbezogen.²³

Auch im Bereich der Mütterfürsorge brachte der Erste Weltkrieg eine überraschende Wende. Durch ihn stieg der Frauenanteil in Industriebetrieben mit mehr als zehn Beschäftigten zwischen 1913 und 1918 von 22 auf 34%, in der Metallindustrie zwischen 1914 und 1916 sogar

18 Stadtarchiv Dortmund, 3 P, Nr. 4679 (enth. u.a. Bewerbung und Dienstanweisung), S. 4681-4682 (Personalakten).

19 Vgl. Kocka, Jürgen: Klassengesellschaft im Krieg. Deutsche Sozialgeschichte 1914-1918. Göttingen 1973, S. 12-21, 65-95.

20 Vgl. Sachße, Tennstedt, Geschichte der Armenfürsorge, Bd. 2 (Anm.9), S. 49-56.

21 Sachße, Mütterlichkeit als Beruf (Anm.13), S. 156-157. Dort auch die folgenden Informationen.

22 Kundrus, Byrthe: Kriegerfrauen. Familienpolitik und Geschlechterverhältnisse im Ersten und Zweiten Weltkrieg. Hamburg 1995, S. 90-93; Kocka, Klassengesellschaft im Krieg (Anm.19), S. 71-93.

23 Sachße, Mütterlichkeit als Beruf (Anm.13), S. 158.

um 319%.²⁴ Dieser Anstieg der Frauenerwerbstätigkeit konzentrierte sich vor allem auf die kriegswichtigen Industrien, in denen die eingezogenen männlichen Arbeitskräfte ersetzt werden mussten. Angesichts dieser Entwicklung sah sich das Reich genötigt, soziale Maßnahmen zur Verbesserung der Lebenssituation von Frauen einzuleiten. Viele langgehegte Forderungen von Sozialhygienikern, Kinderärzten und Frauenrechtlerinnen wurden durch die Einführung einer Kriegswochenhilfe mit der Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 3. Dezember 1914 unerwartet doch noch erfüllt.²⁵ Verblüfft notierte Alfons *Fischer*, einer der sozialhygienischen Vorkämpfer des Mutterschutzes, dazu: „Vor dem Kriegsausbruch hätte man jeden, der gefordert hätte, was jetzt auf Grund der bundesrätlichen Vorschriften verwirklicht worden ist, für einen Utopisten, ja für einen Ultrafeministen gehalten.“²⁶ Es handelte sich um eine improvisierte Notmaßnahme, mit der zur Sicherung der „Heimatfront“ den kämpfenden Ehemännern die Sorge für ihre Familien abgenommen, andererseits angesichts der sich abzeichnenden Menschenverluste gezielte Nachwuchspflege betrieben werden sollte.²⁷ Eine zeitgenössische Stimme führte zur Begründung der Wochenhilfe aus: „Der riesenhafte gewaltige Kampf, in den unser friedliebendes Vaterland von seinen Feinden in Ost und West und von seinen tückischen Neidern jenseits des Kanals hineingezogen worden ist, hat bereits ungeheure Opfer an kostbaren Menschenleben gefordert und heischt solche täglich von neuem. Da gilt es für vollwertigen Ersatz zu sorgen, Ersatz für Deutschlands künftige Arbeit und nicht minder auch für seine künftige Verteidigung.“²⁸ Diese aus Reichsmitteln aufgebraachte Wochenhilfe, die die Krankenkassen auszahlten, wurde zunächst Ehefrauen von Soldaten und selbstständig versicherten Frauen gewährt. Sie bestand aus einem einmaligen Beitrag zu den Kosten der Entbindung, einem für acht Wochen gewährten Wochengeld, einer Beihilfe für Hebammendienste und ärztliche Behandlung bei Schwangerschaftsbeschwerden sowie einem Stillgeld, das längstens zwölf Wochen gewährt wurde und die der Gesundheit der Säuglinge nach Expertenmeinung zuträglichere Brusternährung sicherstellen sollte.²⁹ Leistungen und Empfängerkreis der Wochenhilfe wurden in den Kriegsjahren beständig erweitert, so dass schließlich sämtliche krankenversicherten Frauen, auch uneheliche selbstversicherte Mütter, einen Anspruch darauf hatten. Bereits im Krieg häuften sich die Stimmen, die Wochenhilfe als Regelleistung des Reiches auch nach dem Friedensschluss beizubehalten und zu einer „Mutterschaftsversicherung“ auszubauen, was

24 Daniel, Ute: Fiktionen, Friktionen und Fakten - Frauenlohnarbeit im Ersten Weltkrieg. In: Arbeiter-schaft in Deutschland 1914-1918. Studien zu Arbeitskampf und Arbeitsmarkt im Ersten Weltkrieg. Hrsg.: Gunther Mai. Düsseldorf 1985, S. 277-323, hier S. 284.

25 RGBI. I, 1914, S. 492.

26 Fischer, Alfons: Staatliche Mütterfürsorge und der Krieg. Berlin 1915, S. 20.

27 Begründung zu der Bekanntmachung des Herrn Reichskanzlers vom 3. Dezember 1914, betref-fend Wochenhilfe während des Krieges in: ZfSS 7 (1915) S. 16-22.

28 Spielhagen: Die Reichswochenhilfe. In: ZfSS 7 (1915) S. 289-297, Zitat S. 290.

29 Nach Mayet, Paul: Die Kriegswochenhilfe des Reiches. Ortskrankenkasse 2 (1915) Sp. 143-156.

schließlich nach der Revolution auch geschah.³⁰ Die Planungen zum Ausbau des Sozialstaates begannen im und durch den Ersten Weltkrieg.³¹

Zusätzlich zur „Kriegsfürsorge“ des Reiches wurde im Ersten Weltkrieg eine „Kriegswohlfahrtspflege“ in den Kommunen ins Leben gerufen. Ihren Tätigkeitsbereich definierte ein Erlass des Preußischen Innenministers vom 24. Dezember 1914: „Unter Kriegswohlfahrtspflege fallen im allgemeinen alle diejenigen freiwilligen Aufwendungen von Gemeinden und Gemeindeverbänden, die ohne Aussicht auf Erstattung und ohne Schaffung wirtschaftlicher Gegenwerte für minderbemittelte Ortseinwohner aus über das Maß der Friedensfürsorge hinaus aus Anlass des Krieges gemacht sind.“³² Die Kommunen ergänzten mit Hilfe ihrer „Kriegswohlfahrtspflege“ die unzureichenden Versorgungsleistungen des Reiches und versuchten die größten Notlagen zu lindern. Ein Schwerpunkt ihrer Tätigkeit galt den Belangen der Kriegsbeschädigten und Kriegshinterbliebenen. Lediglich die rentenmäßige Versorgung der Kriegsbeschädigten und -hinterbliebenen war durch Reichsgesetze gesichert. Die kommunale „Kriegswohlfahrtspflege“ ergänzte diese Versorgungsleistungen durch Maßnahmen zur Wiedereingliederung der Kriegsbeschädigten und -hinterbliebenen in das Arbeits- und Berufsleben mit Hilfe von Rehabilitation und Arbeitsvermittlung. Da der handwerkliche Mittelstand und die freien Berufe als Folge der Kriegswirtschaft und der unzureichenden Leistungen der „Kriegsfürsorge“ zusehends verarmten, wurden auch zu ihrer Unterstützung zahlreiche Maßnahmen eingeführt. Die Kommunen richteten Volksküchen ein, organisierten die Abgabe verbilligter Lebensmittel oder rationierter Güter wie Kleidung oder Schuhe und kümmerten sich um die Beschaffung von bezahlbarem Wohnraum. Kommunale Arbeitsnachweise sollten die arbeitslos gewordenen Menschen wieder in Beschäftigung bringen. Charakteristisch für „Kriegsfürsorge“ und „Kriegswohlfahrtspflege“ war, dass sie sich überwiegend nicht mehr an die klassische Armutsbevölkerung, sondern sich vor allem an den Mittelstand, zum Teil auch an die gesamte Bevölkerung wandten. Zwischen 1914 und 1918 wurde als Reaktion auf die wirtschaftlichen und sozialen Folgen des Krieges der Interventionsstaat im Bereich der Sozialpolitik geboren.

Als Folge der durch den Ersten Weltkrieg an der „Heimatfront“ hervorgerufenen gesundheitlichen Notlagen intensivierten die Kommunen auch die als kriegswichtig geltenden Fürsorgebereiche der Tuberkulose- und Säuglingsfürsorge.³³ Vor allem die Bedeutung der Säuglingsfürsorge gewann durch den erneut in Politik und Fachöffentlichkeit intensiv diskutierten „Geburtenrückgang“ und die dadurch befürchteten demographischen und politischen Folgen an Gewicht. Nicht nur das Ministerium, auch die wissenschaftliche und publizistische Öffentlichkeit nahm sich während des Ersten Weltkrieges des Themas „Geburtenrückgang“ an. „Erhaltung und Mehrung der Volkskraft ist der Ruf, der heute alle Schichten des Volkes durchdringt.“³⁴ Tagungen mit diesem oder ähnlichem Titel häuften sich in der zweiten

30 Vgl. ebd., Sp. 441-447; Gräf, Eduard: Fortführung der Reichswochenhilfe. Soziale Praxis 25 (1915/16) Sp. 597-600; zusammenfassend: Oschmann: Die Reichswochenhilfe. Berlin 1917, S. 28-33.

31 Vgl. dazu auch Schabel, Elmar: Soziale Hygiene zwischen Sozialer Reform und Sozialer Biologie. Fritz Rott (1878-1959) und die Säuglingsfürsorge in Deutschland (= Abhandlungen zur Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaften, 71). Husum 1995, S. 76-84.

32 Zit. nach: Sachße, Tennstedt, Geschichte der Armenfürsorge (Anm.9), Bd. 2, S. 50.

33 Vgl. Vossen, Gesundheitsämter (Anm.1), S. 116-119, 130-136.

34 Nach Langstein, Leo: Die Aufgaben des Säuglings- und Kleinkinderschutzes im Deutschen Reiche. ZfSS 8 (1916) S. 393-398, Zitat S. 394.

Kriegshälfte.³⁵ Je länger der Krieg dauerte und „die Besten“ täglich zu Tausenden fielen, desto lauter wurde auch der Ruf nach einer qualitativen Verbesserung des „Volkskörpers“. Der Soziologe und Bevölkerungswissenschaftler Julius *Wolf* kommentierte: „In jüngster Zeit kann man kaum ein Zeitungsblatt aufschlagen, ohne dem Wort ‚Bevölkerungspolitik‘ zu begegnen. [...] Die Bevölkerungspolitik heißt heute ‚Erhaltung und Mehrung der Volkskraft‘. Das Bewußtsein, daß nach dieser Richtung alles vorgekehrt werden muß, ist unter dem Einfluß des Krieges sozusagen binnen eines Jahres Gemeingut der deutschen Nation geworden.“³⁶ In den Jahren 1915 bis 1918 tagte eine interministerielle „Kommission zur Bekämpfung des Geburtenrückgangs“ und entwickelte ein umfangreiches Konzept einer sozialhygienisch ausgerichteten Gesundheitsfürsorge für Preußen.

Allerdings blieben die Beratungen über die Geburtenrückgangsfrage - angesichts des nicht unbeträchtlichen Aufwandes - überraschend ergebnislos. Als die Medizinalabteilung des Preußischen Innenministeriums im Herbst 1917 als Ergebnis der über zweijährigen Beratungen ihre Gesetzesvorschläge vorlegte, stieß sie auf entschiedenen Widerstand der übrigen Ressorts. Vor allem die Finanzierungsvorbehalte des Finanzministeriums waren es, die die Medizinalverwaltung schließlich dazu bewegten, die beabsichtigte grundlegende Reform der öffentlichen Gesundheitsfürsorge einstweilen nicht weiter zu verfolgen.³⁷ Ebenso wenig hatten die preußischen Gesetzesinitiativen auf Reichsebene Erfolg. Die von Preußen als Ergebnis der Beratungen über die Geburtenrückgangsfrage eingebrachten drei Gesetze „zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten“, „gegen die Verhinderung von Geburten“ und „gegen Unfruchtbarmachung und Schwangerschaftsunterbrechung“ wurden im Kaiserreich nicht mehr verabschiedet.³⁸ Als einziges greifbares Ergebnis der Beratungen über die Geburtenrückgangsfrage wurden in den preußischen Etat des Jahres 1918 erstmals 500.000 Mark zur Förderung der Säuglingsfürsorge eingestellt.³⁹ Außerdem wurden im Jahre 1918 von der Preußischen Staatsregierung finanzielle Beihilfen für die kommunale Tuberkulosefürsorge zur Verfügung gestellt, ein nach jahrzehntelanger finanzieller Abstinenz des Staates in

35 Vgl. Die Erhaltung und Mehrung der deutschen Volkskraft. Verhandlungen der 8. Konferenz der Zentralstelle für Volkswohlfahrt in Berlin vom 26.-28. Oktober 1915. Berlin 1916; Der Wiederaufbau der Volkskraft nach dem Kriege. Sitzungsbericht über die gemeinsame Tagung der ärztlichen Abteilungen der Waffenbrüderlichen Vereinigungen Österreichs, Ungarns und Deutschlands in Berlin, 23. bis 26. Januar 1918. Jena 1918; Die Erhaltung und Mehrung der deutschen Volkskraft. Vorträge und Aussprachen gehalten bei der Tagung (des Vereins „Deutsche Wacht“) in München am 27. und 28. Mai 1918. München 1918.

36 Wolf, Julius: Ziele und Wege der Bevölkerungspolitik. Krieg und Volksvermehrung 4 (1916) S. 157-165, Zitat S. 163.

37 Vgl. GStA PK, Rep. 76 VIII B, Nr. 2000, Bl. 241-251 (Vermerk Krohnes v. 13.11.17 betr. Weiterbehandlung der Fragen der Bevölkerungspolitik innerhalb des Staatsministeriums mit Zusammenstellung der wichtigsten Gesetzgebungsanträge an das Staatsministerium); Bl. 259-262 (Erlaß des Mdl v. 14.12.1917 an das Staatsministerium und sämtliche Staatsminister; Bl. 264-271 (Antworten der übrigen Ressorts); Bl. 323-325 (Aktenvermerk Krohnes v. 5.4.18: Zurückstellung der im Schreiben v. 14.12.17 vorgelegten bevölkerungspolitischen Anträge nach dem Einspruch des Finanzministers und anderer Minister).

38 Vgl. BArch, 15.01, Nr. 9350.

39 GStA PK, Rep. 76 VIII B, Nr. 2767, Bl. 120-125: Erl. d. Mdl v. 18.5.18 (Entwurf und Reinschrift).

der Gesundheitsfürsorge revolutionärer Akt noch vor der Revolutionierung der politischen Verhältnisse.⁴⁰

4. Das sozialhygienische Programm der Weimarer Republik und seine Umsetzung, 1919-33

Die Weimarer Republik trat mit einem umfangreichen sozialstaatlichen Programm an.⁴¹ Der Artikel 7 der Weimarer Verfassung wies dem Reich u.a. die Gesetzgebungskompetenz über „das Armenwesen und die Wandererfürsorge; [...] die Bevölkerungspolitik, die Mutterschafts-, Säuglings-, Kinder- und Jugendfürsorge; [...] das Gesundheitswesen; [...] das Arbeitsrecht, die Versicherung und den Schutz der Arbeiter und Angestellten sowie den Arbeitsnachweis“, ferner auch „die Fürsorge für die Kriegsteilnehmer und ihre Hinterbliebenen“ zu.⁴² Art. 9 bestimmte, dass das Reich im Rahmen einer „Bedarfsgesetzgebung“ auch Bestimmungen über die Wohlfahrtspflege erlassen konnte.⁴³ Damit fielen die klassischen Bereiche der Sozialpolitik unter die gesetzgeberische Kompetenz der Zentralgewalt. Die Weimarer Verfassung war kein bloßes Organisationsstatut. Der Verfassungstext enthielt im Anschluss an die Bestimmungen über „Aufbau und Aufgaben des Reichs“ (Art. 1-108) eine Zusammenstellung über „Grundrechte und Grundpflichten der Deutschen“ (Art. 109-165). Hier war eine ganze Reihe von Artikeln mit sozial- und gesundheitspolitischer Relevanz enthalten: Ausgehend von der Gleichheit der Deutschen vor dem Gesetz und der staatsbürgerlichen Gleichberechtigung der Geschlechter (Art. 109) proklamierte die Verfassung in Artikel 119 die Privilegierung der Ehe „als Grundlage des Familienlebens und der Erhaltung und Vermehrung der Nation“, den Schutz der Mutterschaft und die „Reinerhaltung, Gesundung und soziale Förderung der Familie“ durch Staat und Gemeinden, wobei kinderreichen Familien ein „Anspruch auf ausgleichende Fürsorge“ zugebilligt wurde.⁴⁴ Außerdem garantierte die Verfassung die „Erziehung des Nachwuchses zur leiblichen, seelischen und gesellschaftlichen Tüchtigkeit“ als Elternpflicht unter staatlicher Überwachung (Art. 120), die Gleichstellung der nichtehelichen Kinder (Art. 121) und den Schutz der Jugend „gegen Ausbeutung sowie gegen sittliche, geistige oder körperliche Verwahrlosung“ (Art. 122). Art. 161 versprach „zur Erhaltung der Gesundheit und Arbeitsfähigkeit, zum Schutz der Mutterschaft und zur Vorsorge gegen die wirtschaftlichen Folgen von Alter, Schwäche und Wechselfällen [...] ein umfassendes Versicherungswesen unter maßgebender Mitwirkung der Versicherten“ zu schaffen.⁴⁵

Als Folge des sozialstaatlichen Anspruchs wurde das kommunale Gesundheitswesen in der Weimarer Republik vor allem durch den Ausbau der Gesundheitsfürsorge erheblich ausgeweitet. Im rheinisch-westfälischen Industriegebiet entstanden ab 1919 in den meisten Städten bzw. Landkreisen im Rahmen der Wohlfahrtsverwaltungen kommunale Gesundheits-

40 Vgl. GStA PK, Rep. 151 I C, Nr. 9066. Noch im Jahre 1913 war ein erster Versuch der Medizinalverwaltung, 150.000 Mark zur Unterstützung der Tuberkulose-Fürsorgestellen bewilligt zu bekommen, am Widerstand des Preußischen Finanzministers gescheitert.

41 Vgl. Die Weimarer Republik als Wohlfahrtsstaat: zum Verhältnis von Wirtschafts- und Sozialpolitik in der Industriegesellschaft. Hrsg.: Werner Abelshäuser. Stuttgart 1987.

42 Die Reichsverfassung vom 11. Juli 1919. Mit Einleitung, Erläuterungen und Gesamtbeurteilung nebst einem Anhang enthaltend den Wortlaut der Geschäftsordnungen für den Reichstag und die Reichsregierung. Hrsg.: Otmar Bühler. 2. Aufl. Leipzig, Berlin 1927, S. 43.

43 Ebd., S. 44.

44 Ebd., S. 104, 109.

45 Ebd., S. 110.

ämter. Bereits aus dem Kaiserreich vorhandene Ansätze in der Gesundheitsfürsorge, z.B. in der Tuberkulose- oder Säuglingsfürsorge, wurden i.d.R. in kommunale Trägerschaft übernommen. Zum Schutz der nach dem Ersten Weltkrieg daniederliegenden „Volks Gesundheit“ wurde ein bürokratisches System der Gesundheitssicherung erdnen, in dem sich Hilfe und Kontrolle, Reform und Repression von Anfang an mischten. Zentrale dieser Gesundheitsfürsorge im rheinisch-westfälischen Industriegebiet war das Stadtgesundheitsamt von Gelsenkirchen, das als erstes seiner Art bereits 1919 eröffnet worden war.⁴⁶ Hier wirkte der Stadtarzt und spätere Stadtmedizinalrat Friedrich Wendenburg, der in den Jahren nach 1919 zum Vordenker der Gesundheitsfürsorge des Ruhrgebiets nach dem Vorbild Gelsenkirchens wurde. Zu diesem Zweck gründete er eine „Kommunale Vereinigung für Gesundheitsfürsorge im rheinisch-westfälischen Industriegebiet“, deren Geschäftsführer er im Nebenamt wurde und über die er maßgeblichen Einfluss auf die Ausgestaltung der Gesundheitsfürsorge im Rheinland und in Westfalen gewann.⁴⁷ Die Gelsenkirchener Einrichtung wurde zum Muster für ein „großstädtisches Gesundheitsamt“ überhaupt.⁴⁸

Eine gewisse Vereinheitlichung der seit dem Kriegsende enorm gewachsenen Fürsorgelandschaft wurde durch die am 13. Februar 1924 auf der Basis eines Ermächtigungsgesetzes (vom 8. Dezember 1923) im Wege der Notverordnung vom Reichspräsidenten in Kraft gesetzte „Reichsverordnung über die Fürsorgepflicht“ erreicht, die zum 1. April 1924 wirksam wurde. Sie regelte die organisatorischen Rahmenbedingungen der öffentlichen Fürsorge. Als Träger der Fürsorgepflicht wurden die Landesfürsorgeverbände (i.d.R. ein Land, in Preußen die Provinzen) bzw. Bezirksfürsorgeverbände festgelegt. Ihnen wurden die bisher vom Reich wahrgenommenen und finanzierten Einzelfürsorgen, die seit dem Ersten Weltkrieg entstanden waren, übertragen: die Fürsorge für Kriegsbeschädigte und -hinterbliebene, die Fürsorge für Sozial- und Kleinrentner, die Fürsorge für Schwerbeschädigte und Schwererwerbsbeschränkte, die Fürsorge für hilfsbedürftige Minderjährige und die Wochenfürsorge.⁴⁹ Außerdem hatten die Landes- und Bezirksfürsorgeverbände wie bisher die Armenfürsorge sicherzustellen.

Während die Reichsverordnung über die Fürsorgepflicht den organisatorischen Rahmen der Fürsorge, die Gruppen der Hilfsbedürftigen und ihre Ansprüche definierte, legten die zum 1. Januar 1925 in Kraft getretenen „Reichsgrundsätze über Voraussetzungen, Art und Maß der öffentlichen Fürsorge“ die Prinzipien ihrer Durchführung fest. Die Fürsorge hatte danach nicht nur die Aufgabe, dem Hilfsbedürftigen den „notwendigen Lebensunterhalt“ zu gewäh-

46 Vgl. Weyer-von Schoultz, Martin: Stadt und Gesundheit im Ruhrgebiet 1850-1929. Verstädterung und kommunale Gesundheitspolitik dargestellt am Beispiel der jungen Industriestadt Gelsenkirchen. Essen 1994, S. 275-340.

47 Vgl. Wendenburg, Friedrich: Ueber die Entwicklung der Kommunalen Vereinigung der Gesundheitsfürsorge im rheinisch-westfälischen Industriegebiet. ZSchSH 38 (1925) S. 107-115; Labisch, Alfons: Kommunale Gesundheitssicherung im rheinisch-westfälischen Industriegebiet (1869 -1934). Ein Beitrag zur Soziogenese öffentlicher Gesundheitsleistungen. In: Akten des 30. Internationalen Kongresses für Geschichte der Medizin. Hrsg.: Hans Schadewaldt. Düsseldorf 1988, S. 1077-1094.

48 Vgl. Flotho, Clemens: Das großstädtische Gesundheitsamt. Unter besonderer Berücksichtigung der Verhältnisse der Stadt Gelsenkirchen. Münster 1925.

49 Verordnung über die Fürsorgepflicht, in: RGBl. I, 1924, S. 100-107, § 1. Vgl. dazu auch den Kommentar von Baath, P. A.: Verordnung über die Fürsorgepflicht. Vom 13. Februar 1924 einschl. der für Voraussetzung, Art und Maß der öffentlichen Fürsorge geltenden Reichsgrundsätze und der Nebengesetze sowie der einschlägigen landesrechtlichen Vorschriften. 11. Aufl. Berlin 1937.

ren, sondern auch, „ihn tunlichst in den Stand [zu] setzen, sich und seinen unterhaltsberechtigten Angehörigen den Lebensbedarf selbst zu beschaffen“.⁵⁰ Neben diesem Prinzip der „Hilfe zur Selbsthilfe“ wurde festgelegt, die Fürsorge solle „rechtzeitig einsetzen“, „der Notlage nachhaltig entgegenwirken“ und „verhüten, daß vorübergehende Not zu dauernder Not wird“.⁵¹ Sie konnte vorbeugend „zur Verhütung drohender Hilfsbedürftigkeit“ und bei Minderjährigen „zur Verhütung von Entwicklungs-Störungen“ eingreifen.⁵² Für die unterschiedlichen Gruppen von Hilfsbedürftigen wurden unterschiedliche Fürsorgetypen geschaffen. Die Hilfsbedürftigen im allgemeinen Sinne fielen unter die „normale Fürsorge“, die nur den notwendigen Lebensbedarf sicherstellte.⁵³ Die Klein- und Sozialrentner erhielten eine „gehobene Fürsorge“ zugebilligt, die nicht nur den notwendigen Lebensbedarf, sondern auch den früheren Lebensstandard sichern sollte.⁵⁴ Auch die Kriegsoffer wurden privilegiert, sie erhielten wie die Klein- und Sozialrentner nicht nur eine „gehobene Fürsorge“, sondern auch Berufsfürsorge, Maßnahmen zur Arbeitsbeschaffung und Rechtsberatung zugesprochen.⁵⁵ Dagegen erhielten „Arbeitsscheue und unwirtschaftliche Hilfsbedürftige“ eine „beschränkte Fürsorge“, die lediglich das „zur Fristung des Lebens Unerlässliche“ bereitstellen durfte.⁵⁶

Reichsverordnung und Reichsgrundsätze begründeten die starke Stellung der Kommunen im Wohlfahrtssystem der Weimarer Republik. Der Schwerpunkt der Durchführung der Wohlfahrtspflege wurde vom Reich auf die Kommunen verlagert. Die kommunale Selbstverwaltung wurde Trägerin sämtlicher Wohlfahrtsaufgaben. Auf kommunaler Ebene bürgerte sich die Einrichtung von Wohlfahrtsämtern ein, in denen die drei wichtigsten Fürsorgezweige - die Gesundheitsfürsorge, die Jugendfürsorge und die wirtschaftliche Fürsorge - zusammengefasst waren.⁵⁷ Wegen der geringen Regelungsdichte im Bereich der Gesundheitsfürsorge blieb den Kommunen hier ein weiter Handlungsspielraum, was in der Praxis zu einer Vielfalt von Organisationsformen führte.⁵⁸ Die meisten Wohlfahrtsämter bemühten sich allerdings darum, zumindest den Außendienst in Gestalt einer durch Bezirksfürsorgerinnen wahrzu-

50 RGBI. I, 1924, S. 765-770, hier S. 766 (§ 1).

51 Ebd., S. 766 (§ 2).

52 Ebd., S. 766 (§ 3).

53 Ebd., S. 767 (§ 10-12).

54 Ebd., S. 767-768 (§ 14-17).

55 Ebd., S. 768-770 (§ 18-32).

56 Ebd., S. 767 (§ 13).

57 Vgl. Bolzau, Hermann: Wohlfahrtsämter. Zentralisation der Wohltätigkeit und Wohlfahrtspflege. Stuttgart 1917; Meyer: Gesundheits- und Wohlfahrtsämter in deutschen Städten. Mitteilungen der Zentralstelle des Deutschen Städtetages 7 (1919) S. 230-243; Richter, Lothar: Kreiswohlfahrtsamt und ländliche Wohlfahrtspflege. Berlin 1919; Albrecht, Gerhard: Städtische Wohlfahrtsämter. Ihre Entstehung und Zweckbestimmung, ihr Arbeitsgebiet und ihre Organisation. Berlin 1920; Klumker, Christian Jasper; Schmittmann, Benedikt: Wohlfahrtsämter. Stuttgart 1920; Die Einrichtung der Kreiswohlfahrtsämter unter besonderer Berücksichtigung der sozialhygienischen Forderungen. Aufzeichnung über die am 22. Sept. 1919 im preuß. Ministerium des Inneren abgehaltene Versammlung der Regierungs- und Medizinalräte. Berlin 1920.

58 Vgl. Wirts, Laura: Einheitliche Organisation der Wohlfahrtspflege in den Großstädten. Soziale Kultur 41 (1921) S. 4-46; Keßler, Meta: Die Organisation der Kreiswohlfahrtspflege unter besonderer Berücksichtigung westfälischer Verhältnisse. Soziale Praxis 34 (1925) Sp. 724-730.

nehmenden Familienfürsorge zu vereinheitlichen, die für alle drei Gebiete der Wohlfahrts-
pflege Ermittlungsaufgaben wahrnahmen.⁵⁹

Durch die Finanznot der Weltwirtschaftskrise geriet auch die kommunale Gesundheitsfürsorge in schwierigeres Fahrwasser, denn die kommunalen Etats wurden durch die Fürsorgekosten für die Erwerbslosen mehr und mehr eingeengt, was Sparmaßnahmen in anderen Feldern, z.B. dem der Gesundheitsfürsorge, nach sich zog. Das Reichsinnenministerium verabschiedete ein „Notprogramm für die Gesundheitsfürsorge“, mit dem die Sparmaßnahmen auf die Erfordernisse der Gesundheitsfürsorge ausgerichtet werden sollten, um nicht zu viel an Substanz zu zerstören.⁶⁰ Der Preußische Minister für Volkswohlfahrt forderte die Stadt- und Landkreise am 12. Januar 1932 auf, trotz der schwierigen Finanzlage die vorbeugende Fürsorge nicht abzubauen, wie das vereinzelt bereits mit dem Hinweis geschehen sei, dass die Gesundheitsfürsorge nicht zu den Pflichtaufgaben der Kommunen gehöre. Dabei handele es sich allerdings lediglich um scheinbare Sparmaßnahmen, „die, ohne nennenswerte Entlastungen der Haushalte herbeizuführen, eine schwere Schädigung der Bevölkerung, insbesondere der heranwachsenden Jugend bedeuten. Hierbei wird nicht beachtet, daß Schäden an Sachen sich, wenn auch mit höheren Kosten, in der Regel wieder ausgleichen lassen, daß aber *gesundheitliche* und sittliche Schäden an Menschen auch nicht durch spätere, höhere Aufwendungen wieder gutgemacht werden können. Durch Einstellung oder übermäßige Drosselung der vorbeugenden Fürsorge wird das Erbgut und damit die Zukunft unseres Volkes geschädigt; unwiederbringliche Werte werden vernichtet; die Aussichten unseres Volkes in dem schweren Kampf um seinen Aufstieg erheblich verschlechtert.“⁶¹ Daher seien vor allem die Beratungsstellen der Mütter-, Säuglings- und Kleinkinderfürsorge ebenso wie die Gemeindegewerkschaften „als Stützpunkte der vorbeugenden Fürsorge“ zu erhalten; außerdem dürften regelmäßige Untersuchungen der Schulkinder und gesundheitlich bedrohter Gruppen zur Vorbeugung gegen Tuberkulose und Körperbehinderung nicht eingestellt werden.

Die Sparmaßnahmen in der Weltwirtschaftskrise haben den in mehreren Jahrzehnten aufgebauten Kernbereich der Gesundheitsfürsorge, also die in der Bezirksfürsorge zusammengefasste Säuglings- und Tuberkulosefürsorge nicht wirklich beeinträchtigt. Durch eine Politik der Beschränkung auf das Wesentliche gelang es somit, die Einrichtungen der Gesundheitsfürsorge im Kern zu erhalten. Eine Politik der „autoritären Wende“ seit 1930, wie sie von *Sachße* und *Tennstedt* für die Sozialpolitik insgesamt konstatiert wurde, lässt sich für die Kernzweige der Gesundheitsfürsorge nicht belegen.⁶²

59 Vgl. Grube, Eduard: Die Organisationsform der Außenarbeit in der offenen Fürsorge und die Stellung der Gesundheitsfürsorge zu ihr. Diss. med. Berlin 1924; Baum, Marie: Familienfürsorge. Karlsruhe 1927.

60 STADT, M 1 I M, Nr. 842: „Notprogramm für die Gesundheitsfürsorge“. Hrsg.: RMI. Berlin 1931.

61 STADT, M 1 I M, Nr. 842: Erlaß des PrMfVW v. 12.1.32. Die Hervorhebung folgt dem Original. Dort auch das folgende Zitat.

62 Sachße, Christian; Tennstedt, Florian: Geschichte der Armenfürsorge. Bd. 3: Der Wohlfahrtsstaat im Nationalsozialismus. Stuttgart 1992, S. 45-81.

5. Die nationalsozialistische „Vereinheitlichung des Gesundheitswesens“ und die Funktion der Gesundheitsfürsorge als Instrument zur Durchführung der NS-„Erb- und Rassenpflege“, 1934-1945

Die rassenhygienische Politik des Nationalsozialismus steht in enger Verbindung mit den Debatten der Weimarer Zeit, deren Ergebnis eine zunehmende Akzeptanz eugenischer bzw. rassenhygienischer Vorstellungen in Wissenschaft, Politik und Verwaltung, vor allem in den Wohlfahrts-, Gesundheits-, Schul- und Strafverfolgungsbehörden gewesen war.⁶³ Im Rahmen dieser „Weimarer Eugenik“, die vorwiegend von der Sozialdemokratie und dem Zentrum getragen wurde, war ein **biomedizinischer Interventionstyp** entwickelt worden, der zur Beeinflussung der Fortpflanzung auf die Verbesserung der wirtschaftlichen Lage kinderreicher Familien sowie auf Aufklärung, Beratung und freiwillige Selbstbeschränkung bei der Eheschließung setzte, Zwangsmaßnahmen ablehnte und daher mit den Grundsätzen der parlamentarischen Demokratie vereinbar war.⁶⁴ Durch ihre Zentralisierungspolitik, durch Schaffung neuer Behördenapparate und die Legalisierung von Zwangsmaßnahmen bedeutete die Gesundheitspolitik des Nationalsozialismus im Vergleich zu jener der Weimarer Republik allerdings eine *vollkommen neue Qualität*. Durch den Nationalsozialismus wurden der Ausschluss der „Fremdrassigen“ (also vor allem der Juden und der Sinti und Roma) aus dem deutschen „Volkkörper“ (das war die anthropologische Seite) *und* die Reinigung der eigenen Bevölkerung von als „minderwertig“ angesehenen Erbanlagen (das war die eugenische/rassenhygienische Seite) staatliche Politik.

Zunächst stellte die Durchführung rassenhygienischer Maßnahmen den existierenden Apparat der staatlichen Gesundheitsverwaltung vor enorme Probleme, da sie eine deutliche Ausweitung des Tätigkeitsfeldes bei zunächst gleichbleibendem Personal bedeutete. Im Reichsinnenministerium in Berlin wurde das Problem der unzureichenden Organisationsstruktur für die Durchsetzung der „Erb- und Rassenpflege“ schnell erkannt. Ergänzend zum Erlass des Sterilisationsgesetzes wurde daher ab Mai 1933 eine „Vereinheitlichung des Gesundheitswesens“ in Gestalt „eines der Staatshoheit voll zur Verfügung stehenden, beweglichen und doch nach einheitlichen Gesichtspunkten lenkbaren Verwaltungsapparates“⁶⁵ projektiert, die vor allem auf eine Unterstellung des bisherigen kommunalen Gesundheitswesens unter staatliche Aufsicht zum Zwecke der Durchführung der „Erb- und Rassenpflege“ abzielte. Das am 3. Juli 1934 nach langen internen Debatten verabschiedete „Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens“ legte die Grundlagen für einen öffentlichen Gesundheitsdienst, der als ein zentrales Erfassungs- und Selektionsinstrument zur Durchführung der NS-Rassenhygiene konzipiert war.⁶⁶ Es schuf ab dem 1. April 1935 als wichtigste

63 Vgl. Weingart, Peter; Kroll, Jürgen; Bayertz, Kurt: Rasse, Blut und Gene. Geschichte der Eugenik und Rassenhygiene in Deutschland. Frankfurt/M. 1988.

64 Vgl. Schwartz, Michael: Sozialistische Eugenik. Eugenische Sozialtechnologien in Diskurs und Politik der deutschen Sozialdemokratie 1890-1933, Bonn 1995; ders.: Konfessionelle Milieus und Weimarer Eugenik. Historische Zeitschrift 261 (1995) S. 403-448; Schleiermacher, Sabine: Sozialethik im Spannungsfeld von Sozial- und Rassenhygiene. Der Mediziner Hans Harmsen im Centralausschuß für die Innere Mission (= Abhandlungen zur Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaften, 85). Husum 1998; Richter, Ingrid: Katholizismus und Eugenik in der Weimarer Republik und im Dritten Reich. Zwischen Sittlichkeitsreform und Rassenhygiene. Paderborn 2001.

65 BAArch, R 15.01/alt R 18, Nr. 5581, Bl. 200.

66 Vgl. Labisch, Alfons; Tennstedt, Florian: Der Weg zum „Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens“ vom 3. Juli 1934. Entwicklungslinien und -momente der staatlichen und kommunalen Gesundheitswesens in Deutschland. Düsseldorf 1985.

Einrichtung ein in allen Stadt- und Landkreisen einzurichtendes Gesundheitsamt neuen Typs, in dem die bisherigen Arbeitsfelder der kommunalen Gesundheitsfürsorge und der staatlichen Gesundheitsaufsicht zusammengefasst und unter den Primat der nationalsozialistischen „Erb- und Rassenpflege“ gestellt wurden.⁶⁷ Während der zehn Jahre von 1935 bis 1945 stellte das Gesundheitsamt „die biologische Zentrale des deutschen Volkes dar. In ihm laufen alle Fäden des öffentlichen Gesundheitsdienstes zusammen. Es ist das Werkzeug des Staates und gleichzeitig der Garant des Reiches für die Durchführung einer zielbewußten nationalsozialistischen Gesundheitspolitik.“⁶⁸ Wichtigste Maßnahmen zur Durchsetzung der NS-Erbgesundheitspolitik waren die Zwangssterilisationen, die Ehegesundheitsuntersuchungen im Zusammenhang mit Anträgen auf Ehestandsdarlehen oder Eheschließungen und die so genannte Erbbestandsaufnahme, mit deren Hilfe die Ergebnisse aller Untersuchungen erfasst, ausgewertet und zur Verfügung gehalten werden sollten. Etwa 400.000 Zwangssterilisationen nach dem „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ wurden in den Jahren 1934 bis 1944 in Deutschland durchgeführt; zwei Drittel der dazu erforderlichen Anträge kamen aus Gesundheitsämtern; mindestens 5.000 Menschen starben an den Folgen der Unfruchtbarmachung, von anderen physischen und psychischen Spätfolgen der überlebenden Sterilisanden ganz abgesehen. Die Gesundheitsämter sprachen zahllose Eheverbote aus, verweigerten Ehestandsdarlehen, Kinder- oder Ausbildungsbeihilfen und schädigten dadurch Hunderttausende von Deutschen seelisch und materiell.

Durch das „Gesetz zur Vereinheitlichung des Gesundheitswesens“ wurden die Fürsorgestellen den Gesundheitsämtern unterstellt. Erst durch die Integration von Gesundheitsfürsorge und den rassenhygienischen Aufgabengebieten der Gesundheitsämter (das waren besonders die Durchführung von Zwangssterilisationen und Ehegesundheitsuntersuchungen) erhielt der staatlich kontrollierte öffentliche Gesundheitsdienst seit 1935 Zugriffsmöglichkeit auf weite Teile der Bevölkerung. Zu diesem Zweck brauchte die nationalsozialistische Gesundheitsbürokratie nur die zahlreichen Karteien und Krankenunterlagen der einzelnen Fürsorgestellen auszuwerten, was schließlich auch in großem Umfang geschah. Dr. Arthur Gütt, der Architekt der staatlichen NS-Gesundheitspolitik, hat die Gesundheitsfürsorge der den Nazis ansonsten so verhassten Weimarer Zeit in dieser Hinsicht ausdrücklich gelobt: Der Weimarer Staat habe „die Ausdehnung der fürsorgerischen Tätigkeit auf den einzelnen Menschen und die Familie vorbereitet und ermöglicht“.⁶⁹

Auf der einen Seite führte die „Vereinheitlichung des Gesundheitswesens“ zu einer flächendeckenden Einführung der Gesundheitsfürsorge im ganzen Deutschen Reich ab 1935. Andererseits aber nutzte der öffentliche Gesundheitsdienst die Eingliederung der Gesundheitsfürsorge in die Gesundheitsämter als zusätzliches Erfassungsinstrument für die Durchführung der „Erb- und Rassenpflege“. Dieser ambivalente Charakter des NS-Gesundheitsdienstes zeigt sich besonders deutlich im Bereich der Gesundheitsfürsorge, die unter dem Nationalsozialismus weiter ausgebaut und verbessert wurde. Durch das Vereinheitlichungsgesetz

67 Vgl. Der öffentliche Gesundheitsdienst. Textausgabe des Gesetzes über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens vom 3. Juli 1934 nebst Durchführungsverordnungen, Reichsgebührenordnung und Erläuterungserlassen (= Handbücherei für den öffentlichen Gesundheitsdienst, Bd. 1a). Hrsg.: Arthur Gütt. Berlin 1935; außerdem: Vossen: Gesundheitsämter (Anm.1), S. 204ff.

68 Nach Krahn, Johannes: Das Gesundheitsamt und seine Bedeutung für Volk und Staat. Der öffentliche Gesundheitsdienst 2 A (1936/37) S. 450-462, Zitat S. 452.

69 Gütt, Arthur: Der Aufbau des Gesundheitswesens im Dritten Reich. Berlin 1935, S. 8.

wurden die wichtigste Fürsorgezweige (Säuglings- und Mütterfürsorge, Tuberkulose-Fürsorge, Schulgesundheitspflege) den Gesundheitsämtern unterstellt. Die Durchführung der Gesundheitsfürsorge erfolgte weitgehend nach den im Kaiserreich und in der Weimarer Republik entwickelten Grundsätzen. Allerdings wurde die Gesundheitsfürsorge jetzt zum Teil erbbiologisch überformt bzw. autoritär zugespitzt. Die Daten dieser „autoritären Wende“ lassen sich relativ genau fixieren. Sie liegen nicht zwischen 1930 und 1932, sondern zwischen 1934 und 1939. Die psychiatrische Außenfürsorge wurde ab 1934 in den Erfassungsapparat für die Durchführung des Sterilisationsgesetzes einbezogen und dadurch in ihrem Charakter nachhaltig verändert. In der Tuberkulosefürsorge wurden die Bestimmungen über die Meldepflicht von Tuberkuloseerkrankungen zunehmend verschärft und 1938 schließlich die Möglichkeit einer Zwangsasylie eingeführt. Die Säuglingsfürsorge wurde ab 1939 zur Erfassung von schwerkranken bzw. behinderten Kindern herangezogen, von denen etwa 5.000 in psychiatrischen „Kinderfachabteilungen“ ermordet wurden. Wichtig ist, dass diese „autoritäre Wende“ in der Gesundheitsfürsorge durchaus nicht immer rassenbiologische Züge trug, sondern in der Tuberkulosefürsorge durch Einführung der Zwangsasylie eine exkludierende Maßnahme legalisierte, über die bereits im Kaiserreich diskutiert und die in der Weimarer Republik in der Fachöffentlichkeit verstärkt gefordert worden war. Auf der anderen Seite hat die breite Masse der Bevölkerung von den fördernden Maßnahmen der NS-Gesundheitspolitik, also dem Ausbau der Gesundheitsfürsorge, aber auch den finanziellen Anreizen zur Geburtenförderung in Gestalt von Ehestandsdarlehen, Kinder- und Ausbildungsbeihilfen, zweifellos profitiert. Der Wohlfahrtsstaat blieb im Nationalsozialismus in seinen Grundzügen nicht nur erhalten, sondern wurde für breite Bevölkerungsgruppen weiter ausgebaut, wobei dies allerdings im Rahmen eines rassenhygienischen Kontrollsystems erfolgte, dessen zentrale Institution die Gesundheitsämter waren. Alle „fördernden Maßnahmen“ waren immer erbbiologisch gebrochen, d.h. wurden von den Behörden streng kontrolliert, konnten bei Nicht-Vorliegen der entscheidenden Voraussetzungen (das waren i.d.R. „arische Abstammung“, „Erbgesundheit“, „guter Leumund“) auch verweigert werden und sich dann auch in ihr Gegenteil, also z.B. in eine Zwangssterilisation verkehren. Diese erbbiologisch orientierte Umformung des öffentlichen Gesundheitsdienstes durch den Nationalsozialismus und die Indienstnahme der Gesundheitsfürsorge für die „Erb- und Rassenpflege“ war einer der Gründe, warum die vom NS-Staat geschaffenen Gesundheitsämter nach 1945 an Bedeutung verloren. Sie haben sich von der Pervertierung des ursprünglich karitativ und humanistisch geprägten Konzepts der Gesundheitsfürsorge im Nationalsozialismus niemals wirklich erholt.

Dr. Johannes Vossen
 Forschungsschwerpunkt Zeitgeschichte
 Institut für Geschichte der Medizin
 Zentrum für Human- und Gesundheitswissenschaften
 der Berliner Hochschulmedizin (ZHGB) – Charité
 Klingsorstr. 119
 12203 Berlin
 e-Mail: johannes.vossen@charite.de