

50 Jahre Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens* Dr. med. Arthur Gütt und die Gründung des öffentlichen Gesundheitsdienstes*

A. Labisch, F. Tennstedt

FB 04 der Gesamthochschule Kassel, Universität des Landes Hessen

Zusammenfassung

Vor 1933 hatte sich in Deutschland im staatlichen und im kommunalen Bereich ein vielfach differenziertes öffentliches Gesundheitswesen entwickelt. Für die Protagonisten der nationalsozialistischen Erbpflege und Rassenhygiene war aber ein einheitlich gestaltetes öffentliches Gesundheitswesen eine wesentliche Voraussetzung, um ihre gesundheitspolitischen Ziele zu verwirklichen. Dem für Erbgesundheits- und Rassenpflege zuständigen Referenten Dr. *Arthur Gütt* und dem Reichsministerium des Innern gelang es in der noch „staatsorientierten“ Phase der Konsolidierung des NS-Regimes, gegen den Widerstand eigener Abteilungen, anderer Ministerien, der Länder, des Deutschen Gemeindetages und der gesundheitlichen Unterorganisation der NSDAP des „Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens“ (= GVG) durchzusetzen: durch das GVG vom 3. Juli 1934 wurden staatlicher Gesundheitsschutz, kommunale Gesundheitspflege und nationalsozialistische Erb- und Rassenpflege zu reichseinheitlichen Pflichtaufgaben; diese durchzuführen, oblag dem jetzt erst geschaffenen öffentlichen Gesundheitsdienst, den Gesundheitsämtern und den Einheitsmedizinalbeamten.

Key-Words: Public Health Service – Public Health Policy – National Socialism and Health

1. Einführung

„Man hat von dem Gesetz (über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens; A.L./F.T.) oft scherzhaft erzählt, *Frick* habe es in der Schublade seines Vorgängers gefunden und nur wenig an dem Text geändert“, sagte *Fritz Pürckhauer* 1954; er fuhr fort: „Ich weiß nicht, ob das ein Märchen ist, wenn ja, dann ist es nicht schlecht erfunden und charakterisiert sehr gut das Gesetz als posthumes Kind der Weimarer Zeit“ (*Pürckhauer* 1954, 280).

Was *Pürckhauer* noch vorsichtig als guten Scherz kennzeichnet, wurde in späteren Publikationen zur Gewißheit (u.v.a. *Bethge* 1966, 81; jüngst *Sons* 1983, 36).

Geht man dieser Behauptung nach, stößt man in ein merkwürdig dunkles Gebiet. *Franz Redeker*, der es eigentlich besser wußte (*Redeker* 1934), hielt beispielsweise auf der ersten Versammlung der Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes nach der Gründung der Bundesrepublik seinen vielzitierten Vortrag „Magister in Physica“: über 20 Seiten hin befaßte er sich mit den Quellen des Arztes im öffentlichen Gesundheitswesen, hielt es aber offenbar für geraten,

mehr über Antike und Mittelalter als über die Grundlagen, Ziele und Tätigkeit des öffentlichen Gesundheitsdienstes (= ÖGD) zu berichten (*Redeker* 1949)!

Ähnliches ergibt ein Blick in die historische Forschung: *C.L. Paul Trüb* hat bislang als einziger „Grundlagen und Zielsetzung des Gesetzes über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens“ untersucht (*Trüb* 1964; 1967). Er informiert uns ausführlich über die Diskussion zur Reform des öffentlichen Gesundheitswesens seit 1919 und weist im einzelnen nach, in welchen Entwicklungslinien die Dienstaufgaben der neuen Gesundheitsämter (= GÄ) standen. Über die entscheidenden Diskussionen des Vereinheitlichungsgesetzes (= GVG) im zuständigen Reichsministerium des Innern (= RMdI) geht *Trüb*, der sich lediglich auf publiziertes Material stützt, in einem Satz hinweg.

Nach *Manfred Stürzbecher*, der die Handakten des zuständigen Referenten *Arthur Gütt* entdeckte, scheiterte der Versuch, bereits 1933 einen einheitlichen ÖGD zu organisieren, am Widerstand Preußens. Erst nach der Vereinigung des Reichs- und Preußischen Ministerium des Innern (= RuPrMdl) hätte *Gütt* das GVG durchsetzen können (*Stürzbecher* 1971): tatsächlich hatte der Reichsinnenminister *Wilhelm Frick* am 1. Mai 1934 das PrMdl in Personalunion übernommen, die räumliche und sachliche Umorganisation zum RuPrMdl wurde aber erst mit Wirkung zum 1. Nov. 1934 vollzogen.

Vollends problematisch wird die Diskussion des GVG, wenn man sich vergegenwärtigt, daß dieses Gesetz noch heute in den meisten Ländern der Bundesrepublik gültig ist. Zwar hoben die Siegermächte das GVG – und übrigens auch das „Erbgesundheits-/Sterilisierungsgesetz“ (1933) und das „Ehegesundheitsgesetz“ (1935) – nicht als NS-Gesetz auf. Auch hat die Gesundheitsministerkonferenz (= GMK) bereits 1970 beschlossen, die Aufgaben des ÖGD neu zu regeln und entsprechende Richtlinien und Grundsätze erarbeitet. Aber neue Gesetze für den ÖGD gibt es bislang nur in Schleswig-Holstein und Berlin – der ÖGD arbeitet damit in den meisten Bundesländern nach wie vor auf einer gesetzlichen Basis, deren Voraussetzungen, Grundlagen und Ziele teils überhaupt nicht, teils nur unzureichend bekannt sind.

Das GVG, seine Entstehungsgeschichte und seine Einschätzung offenbaren damit vielfältige Problemebenen: Sie reichen vom ergänzungsbedürftigen Forschungsstand über die vergangene bis aktuelle gesundheitspolitische Einschätzung des GVG bis hin zu der nach wie vor heiklen Frage

* Die vorliegende Untersuchung wurde durch Mittel der Deutschen Forschungsgemeinschaft und des FB 04 der Gesamthochschule Kassel ermöglicht; beiden Einrichtungen sei gedankt.

des Selbstverständnisses des ÖGD und der in ihm tätigen Ärzte. Nun, 50 Jahre nach der Verabschiedung des GVG durch das Reichskabinett *Hitler* am 3. Juli 1934, ist es daher endlich an der Zeit, das GVG auf der Grundlage der einschlägigen Akten darzustellen.

2. Situation und gesundheitspolitisches Umfeld des öffentlichen Gesundheitswesens vor dem 30. Januar 1933

Die Reichsverfassung der Weimarer Republik vom 11. August 1919 hatte das Gesundheitswesen der konkurrierenden Gesetzgebung überlassen (Art. 7, Ziff. 8). Das Reich nutzte seine Gesetzgebungskompetenzen im Gesundheitswesen kaum und überließ den Ländern die Initiative (Art. 12). Diese entwickelten ihre historisch gewachsenen staatlichen Einrichtungen gemäß den landespolitischen Gegebenheiten fort.

Zu der organisatorischen Vielfalt des staatlichen Gesundheitswesens gesellte sich eine weitere auf der Ebene der großen Städte: Einige der rasch wachsenden Industriestädte hatten schon in den letzten Jahrzehnten des 19. Jahrhunderts begonnen, ein kommunales Gesundheitswesen aufzubauen. Eine erste Phase war der hygienischen Assanierung der Städte gewidmet, die in einer eigenen kommunalen Gesundheitspflege aufging. In einer zweiten Phase, die besonders stark nach dem Ersten Weltkrieg einsetzte, war in Zusammenarbeit mit wohltätigen Vereinen, Arbeitsgemeinschaften, den örtlichen Trägern der Krankenversicherung etc. die kommunale Gesundheitsfürsorge und das kommunale Krankenhauswesen entwickelt worden.

So hatte sich über die Jahrzehnte hin in den frühen 30er Jahren eine große Vielfalt unterschiedlichster Organisationsformen eines teils von staatlichen, teils von kommunalen Behörden, teils von Verbänden und Arbeitsgemeinschaften getragenes öffentliches Gesundheitswesen herausgebildet, die zwar als „Verwaltungsdesorganisation“ (*Wendenburg*) beklagt wurde, aber durchaus leistungsfähig war.

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 öffentlichen Gesundheitswesen zusammengeführt werden sollten. Wie dies zu geschehen sei, war aber strittig.

Der Deutsche Städtetag, in dem die Interessen der großen Industriestädte dominierten, forderte beispielsweise, die kreisärztlichen Aufgaben weitgehend auf die Kommunalärzte zu übertragen – diese Forderung nach weitgehender Kommunalisierung öffentlicher Gesundheitsleistungen kam also keineswegs von „extrem linksgerichteten, antidemokratischen Kräften“, wie *Trüb* behauptet (*Trüb* 1964, 331).

Der Deutsche und Preußische Medizinalbeamtenverein als Interessenvertreter der staatlichen Ärzte schlug daraufhin vor, staatliche Gesundheitsämter mit staatlichen Kreisärzten als Beigeordnete der Bürgermeister, bzw. Landräte vorzusehen; die Einrichtungen der kommunalen Gesund-

heitspflege und Gesundheitsfürsorge sollten den staatlichen Gesundheitsämtern angegliedert, die ärztlichen Kommunalbeamten Staatsbeamte werden.

Diese organisatorische Diskussion erhielt 1932 eine neue – und schließlich entscheidende – Komponente. Auf dem Kongreß der Deutschen und Preußischen Medizinalbeamten im September 1932 in Eisenach erschien ein Dr. *Arthur Gütt*, Kreisarzt in Wandsbek/Holstein, und referierte vor den 88 anwesenden Herren über „Reform des öffentlichen Gesundheitswesens in Preußen unter bevölkerungspolitischen Gesichtspunkten“: Gesetzgebung, Recht, Wirtschaft und soziale Errungenschaften würden als Umkehr der natürlichen Lebensauslese wirken; aber nicht Fürsorge für Kranke und Schwache, sondern die „Aufartung des Volkes“ müsse das Ziel sein; eine „großzügige, aufbauende bevölkerungspolitische Arbeit des Staates“ sei aber nur durch Reichs- und Staatsgesetzgebung und einen staatlich organisierten Medizinalbeamtenapparat erreichbar.

„Was uns also fehlt, ist eine Umstellung des gesamten öffentlichen Gesundheitswesens unter dem Gesichtspunkt der Vererbungslehre, der Rassenhygiene und der Bevölkerungspolitik.“

Gütt, 1891 als Sohn eines westpreußischen Gutsbesitzers geboren, hatte 1923 nach dem Hitlerputsch die völkische Sache zur eigenen gemacht: In dem 1200-Seelen-Nest Popelken/Ostpreußen, in dem er damals als praktischer Arzt wirkte, hatte er eine Ortsgruppe der „Nationalsozialistischen Freiheitspartei“ gegründet. 1926 wurde er preußischer Medizinalbeamter im entfernten Waldenburg/Niederschlesien und hielt sich dort offenbar politisch zurück. Nach dem „Preußenschlag“ im Juli 1932 war *Gütt* der bis dahin inopportunen NSDAP beigetreten.

Das Referat *Gütts* wurde als Denkschrift „Neue Aufgaben des öffentlichen Gesundheitswesens“ an alle maßgeblichen Politiker und Regierungsstellen in Städten, Kreisen, Ländern und Reich versandt. Außerdem bildete der Medizinalbeamtenverein in Eisenach einen „Bevölkerungspolitischen Ausschuß“, dem unter dem Vorsitz des deutsch-nationalen Dr. *Gustav Bundt*, einem pensionierten Kreisarzt, auch *Gütt* angehörte und der Vorschläge zu einer Reichsgesundheitsreform erarbeiten sollte.

3. Vorbereitung, Diskussion und Durchsetzung des GVG durch das RMDI

Arthur Gütt war im Sommer 1932 auch von der Reichsleitung der NSDAP für Fragen des öffentlichen Gesundheitswesens und Rassenhygiene zu Rate gezogen worden. Er hatte eine umfangreiche Denkschrift „Staatliche Bevölkerungspolitik“ vorgelegt, von der sich allein 19 Punkte mit „bevölkerungspolitischen Richtlinien für das öffentliche Gesundheitswesen“, davon wiederum fünf Punkte mit der zukünftigen Organisation, befassen; unter 3. heißt es:

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

Bereits am 4. Februar 1933, fünf Tage nach der nationalsozialistischen Machtergreifung, sandte *Gütt* seine Denkschrift mit einem selbstverfaßten Empfehlungsschreiben an die NSDAP-Reichsleitung: Juden und Sozialdemokraten im RMdI und PrMdI sollten sofort durch führende Nationalsozialisten ersetzt, „Freimaurer und Zentrumsbonzen“ nicht geschont werden.

Der Wink zeigte Wirkung: auf Empfehlung von Dr. *Leonardo Conti*, damals eine Schaltstelle in der NS-Personalpolitik, wurde *Gütt* am 2. Mai 1933 in das RMdI übernommen; als Referent war er zuständig für Fragen der Neuorganisation des Gesundheitswesens, der Bevölkerungspolitik, Vererbungslehre, Erbgesundheits- und Rassenpflege, Hebammenwesen, Sexualwissenschaft, Eheberatung und hygienische Volksbelehrung.

3.1 Umfassende Gesundheitsverwaltung auf der Ebene der Städte und Länder: Gütt's erster Entwurf scheiterte bereits vor der ersten Besprechung

Bereits am 8. Mai 1933 meldete *Gütt* einen Vortrag beim Reichsinnenminister Dr. *Wilhelm Frick*, alter NSDAP-Kämpfer und in Rassenfragen persönlich engagiert, zur „Neuorganisation des Gesundheitswesens“ an: ohne eine einheitliche Organisation des Gesundheitswesens, so der Tenor von *Gütt's* Ausführungen, sei Rasse- und Bevölkerungspolitik nicht durchzuführen; das RMdI müsse daher die Gesetzgebungskompetenz nach Art. 7 Ziff. 8 der Verfassung ausschöpfen. Staatssekretär *Hans Pfundtner*, bis Mitte 1932 noch Vertrauensmann *Hugenbergs*, dann aber schleunigst auf die NSDAP umgeschwenkt, beauftragte *Gütt* am 16. Mai 1933 mit den Vorarbeiten. Etwaige Vorschläge des Deutschen Medizinalbeamtenvereins und der Ärztespitzenverbände seien als Grundlage zu verwenden.

Am 27. Mai 1933 trug *Gütt* dem Minister persönlich zur „Neuorganisation des Gesundheitswesens“ vor: für die staatlichen und kommunalen Aufgaben sollten auf der untersten Verwaltungsebene der Kommunen und Kreise Gesundheitsämter (= GÄ) eingerichtet werden. Die GÄ sollten kommunale Einrichtungen bleiben, aber von „staatlichen Einheitsmedizinalbeamten“ – ein von *Redeker* und *Wollenweber* bereits vor 1933 entwickelter Begriff – geleitet werden.

„Bei einer solchen Organisation könnten ohne weiteres Unterabteilungen für Rasse und Familie geschaffen werden, die dann alle in Zukunft hinzukommenden Aufgaben über erbbiologische Bestandsaufnahme, Sterilisierung, Erbgesundheitspflege resp. rassische Bevölkerungspolitik zu übernehmen hätten.“

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

Gütt hatte damit seine Pläne auf höchster Ebene abgesichert. Dies zeigte sich am 15. Juni 1933 in einem Rundschreiben des RMdI an alle Landesregierungen, bzw. das PrMdI, in dem eine Reorganisation des öffentlichen Gesundheitswesens nach einheitlichen Richtlinien angekündigt wird: bis zu einer Besprechung der Länder im RMdI seien alle grundsätzlichen Neuregelungen zu unterlassen. Mit diesem Schreiben, das auch veröffentlicht wurde, beanspruchte das RMdI

die alleinige Initiative auf diesem Gebiet. Überdies erklärte *Hitler* wenig später die „nationale Revolution“ für beendet: Durch den nunmehr beginnenden „Aufbau des Dritten Reiches“ wurde die Position des RMdI vorläufig gestärkt.

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

Wie sehr die Medizinalbeamten glaubten, über die Rassenhygiene endlich die von ihnen gewünschte Organisationsform staatlicher Gesundheitsämter samt ihrer leitenden Dienststellung durchsetzen zu können, zeigte sich auf der 50. Jahresversammlung des Deutschen Medizinalbeamtenvereins Anfang September 1933 in Bad Pyrmont. Der (Rasse-)Hygieniker *Philaletes Kuhn* und der Kreisarzt *Eduard Balsler* legten nochmals umfassende „Vorschläge für das Gesundheitswesen des Deutschen Reiches“ vor: Diese Vorschläge richteten das gesamte öffentliche Gesundheitswesen auf die Erb- und Rassenpflege aus. Gleichzeitig verabschiedeten die Medizinalbeamten eine Entschließung an den RMdI, in der sie nach einer Eloge auf das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses betonten, daß die Bevölkerungspolitik und Auslese im Sinne positiver und negativer Rassenhygiene nur durchführbar sei, „wenn den staatlichen Medizinalbeamten Gesundheitsämter zur Verfügung stehen, deren Leiter sie sind“. *Gütt* arbeitete, wie aus diesen ganz offensichtlich abgesprochenen Gutachten und Stellungnahmen hervorgeht, hier mit den Medizinalbeamten noch eng zusammen: So kam er einerseits der Anordnung *Pfundtner's* nach, etwaige Vorschläge der Medizinalbeamten zu beachten, wie er andererseits seiner Politik im RMdI externe Unterstützung geben konnte.

Arthur Gütt war, und zwar entgegen beamtenrechtlichen Vorschriften, mit Wirkung zum 1. August 1933 zum Ministerialrat befördert worden. Er bereitete im September eine schriftliche Umfrage zur Organisation und Situation des staatlichen und kommunalen Gesundheitswesens in den Ländern vor. Die Ergebnisse sollten als Grundlage für die angekündigte Sitzung der Länder im RMdI dienen. Am 19. Oktober 1933 wurde ein „Entwurf eines Gesetzes über die Vereinheitlichung der Gesundheitsverwaltung“ mit Ausführungsbestimmungen, Richtlinien für die Tätigkeit der GÄ und der Staatsärzte sowie einer Begründung an alle Landesregierungen, resp. das PrMdI, versandt.

Soweit es die Organisation im engeren Sinne betrifft, sah der Gesetzentwurf vor, in den unteren Verwaltungsbezirken und in den obersten Landesbehörden sämtliche Zweige des

öffentlichen Gesundheitswesens, insbesondere der Gesundheits- und Krankenfürsorge, der Erbgesundheits- und Rassenpflege einheitlich zusammenzufassen und zu verwalten. Alle Einrichtungen des kommunalen Gesundheitswesens sollten in GÄ zusammengefaßt werden, an deren Spitze ein vom Staat ernannter Staatsarzt stehen sollte. Der Entwurf beschränkte sich völlig auf organisatorische und finanzielle Gegenstände: Sinn, Ziele und Aufgaben waren in die Ausführungsbestimmungen, die Richtlinien (1. „Förderung quantitativer Bevölkerungspolitik“, 2. „Förderung qualitativer Bevölkerungspolitik“ als neue Aufgaben) und die Begründung verbannt. Die Gesundheitsämter sollten kommunale Einrichtungen bleiben, die Leiter aber in jedem Fall staatliche Medizinalbeamte sein.

Vorbilder für diesen Entwurf waren die erwähnten Vorschläge des Medizinalbeamtenvereins, an deren Ausarbeitung *Gütt* beteiligt war, sodann aber auch *Gütts* bevölkerungspolitische Richtlinien für das öffentliche Gesundheitswesen.

Der Gesetzentwurf schlug wie ein Blitz ein – offenbar hatte niemand gehäht, wie energisch das RMDI vorging: Bevor es noch zu der für den 31. Oktober 1933 vorgesehenen Sitzung der Länder und Reichsministerien kam, setzte eine rege Tätigkeit auf Ministerialebene ein. So nahm der sächsische Arbeits- und Wohlfahrtsminister Dr. *Georg Schmidt*, gleichfalls NSDAP-Mitglied, in einem persönlichen, achtseitigen Schreiben an *Frick* gegen den Entwurf Stellung. In einer interministeriellen Vorbesprechung zwischen RMDI, Reichswehrministerium (RWM), Reichsarbeitsministerium (RAM) und RMDf am 27. Oktober 1933 ließen seine erfahrenen Gegner aus der Ministerialbürokratie *Gütt* mit detaillierten Fragen zu bestehenden Gesetzen, den finanziellen Konsequenzen des Entwurfs und der bevorstehenden Reichsreform auflaufen. Der RAM ließ darüber hinaus von seinem Staatssekretär *Johannes Krohn* schriftlich Bedenken erheben. Massiver Einspruch kam auch von Preußen. Schließlich protestierte auch die Abteilung Volksgesundheit der NSDAP.

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

3.2 Kommunale Gesundheitsämter und staatliche Amtsärzte auf der unteren Verwaltungsebene: *Gütts* Minimalversion wird als nicht entscheidungsreif abgelehnt

Nach diesem Desaster mußte zunächst einmal das Terrain bereinigt werden. Das PrMDI hatte die Frage einer völligen Verstaatlichung des Gesundheitswesens in die Diskussion geworfen – dies ging vermutlich von der Medizinalabteilung

des PrMDI aus, die an einer Reform des Kreisarztgesetzes arbeitete. Diesen Vorschlag bat wiederum die Abteilung Volksgesundheit der NSDAP zu prüfen. Auch Ministerialdirektor *Georg Gottheiner* vom RMDI und Innenminister *Frick* ging eine völlige Verstaatlichung zu weit. Auf jeden Fall waren die finanziellen Auswirkungen zu überprüfen, um eine positive Stellungnahme des RMDf zu erhalten. Am 28. November 1933 wurde daher eine neuerliche detaillierte Umfrage zu den finanziellen Konsequenzen der Vereinheitlichung veranlaßt.

Auf der Reichsebene wurde nach der Reichstagswahl vom 12. November 1933 die Verwaltungsreform vorangetrieben. Am 15. Dezember 1933 faßte das RMDI die sechs Spitzenverbände der Landgemeinden, Städte und Provinzen zum Deutschen Gemeindetag (= DGT) zusammen. Am 30. Januar 1934 gingen mit dem „Gesetz über den Neuaufbau des Reiches“ die Hoheitsrechte der Länder auf das Reich über: die Länderressorts wurden Unterbau der Reichsressorts. Am 4. Februar 1934 wurde der Reichsrat aufgehoben. In Preußen sollte neben dem Ministerpräsidentenamte (*Goering*) nur das PrMDf (*Popitz*) als eigenes Ressort bestehen bleiben, das PrMDI dem RMDI eingegliedert werden.

Am 6. Dezember 1933 bereits hatte *Gütt* vermerkt, daß auf Anweisung *Pfundtners* die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens erneut bearbeitet werden solle; eine allgemeine Verstaatlichung käme indes nicht in Frage, weil auch die Länderreform nicht so weit gehen würde. Das RMDI hatte folglich in der Reform des Gesundheitswesens keineswegs zurückgesteckt: Trotz aller Sparverordnungen beantragte *Pfundter* vielmehr am 23. Dezember 1933 beim RMDf die Errichtung einer selbständigen Gesundheitsabteilung im RMDI: Dies sei wegen der dem nationalsozialistischen Staate auf dem Gebiet des Gesundheitswesens, der Rassenhygiene und Bevölkerungspolitik erwachsenden Aufgaben erforderlich. Am 16. Februar 1934 wurde in einer Ministerbesprechung in der Reichskanzlei die Errichtung einer eigenen Medizinalabteilung mit *Gütt* als Leiter besprochen und sogleich verabschiedet. Schon am 19. Februar 1934 wurde *Gütt* mit Wirkung zum 1. März 1934 zum Ministerialdirektor ernannt.

Gütt hatte überdies zu seiner Verstärkung im Februar 1934 seinen ehemaligen Chef bei der Regierung in Schleswig, Dr. *Erich Moebius*, als Referenten für das öffentliche Gesundheitswesen gewinnen können. Damit hatte sich *Gütt* einen sachkundigen und verwaltungserfahrenen Vasallen ins RMDI geholt – bis sich 1936 herausstellte, daß *Moebius* Freimaurer gewesen war: Er wurde aus der NSDAP ausgeschlossen und an die Bezirksregierung in Magdeburg abgeschoben.

Am 3. März 1934 versandte das RMDI einen völlig geänderten „Entwurf eines Gesetzes über die Gesundheitsverwaltung“ an ausgewählte Adressaten: neben RMDf, RAM, RWM, dem Reichsministerium der Justiz (= RMDJ), dem Reichsgesundheitsamt (= RGA) wurde neben dem PrMDI von den Ländern lediglich das Bayrische Staatsministerium des Innern zu einer Ressortbesprechung eingeladen. Aber nicht nur die Teilnehmer der Diskussion waren drastisch reduziert. Der Gesetzentwurf selbst umfaßte nur fünf Paragraphen, die Begründung war äußerst kurz, Ausführungsbestimmungen und Tätigkeitsrichtlinien, also alles, was Anlaß zu weiterem Widerspruch geben konnte, war weggelassen worden.

Der Entwurf beschränkte sich völlig auf die untere Verwaltungsebene: sämtliche Zweige der staatlichen und kommunalen Gesundheitsverwaltung, insbesondere der Gesundheits- und Krankenfürsorge, der Erbgesundheits- und Rassenpflege sollte einheitlich in – kommunalen – GÄ zusammengefaßt werden. An der Spitze der GÄ sollte ein hauptamtlicher staatlicher Amtsarzt stehen, der der unteren Verwaltungsbehörde angegliedert werden sollte.

Am 10. März fand die kommissarische Beratung dieses Entwurfs im RMDI statt. *Gütt* betonte einführend, daß der Gesetzentwurf ein Rahmengesetz darstelle, das sich auf die unteren Verwaltungsbezirke beschränke. Die weitere Ausgestaltung hänge von der Verwaltungsreform ab. *Moebius* übernahm als Referent die inhaltliche Begründung des Entwurfs: er vertrat u.a. die bekannten Gründe, daß eine Vereinheitlichung des Gesundheitswesens wegen des Sterilisierungsgesetzes, des Eheschließungsgesetzes, Siedlergesetzes etc. dringend notwendig sei.

Der vorrangige Streitpunkt der Diskussion 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. Darüber hatte nach dem Menetekel vom 27. Oktober eine fernmündliche Besprechung des Entwurfs zwischen dem RMDI und dem RMdF stattgefunden. In der Diskussion entpuppte sich *Gütt* – gegen seinen eigenen Entwurf – auf einmal als Befürworter einer konsequenten staatlichen Lösung: Er verwies auf die Gesundheitsabteilung des PrMDI unter Min.-dir. *Gottfried Frey*, die am 5. März 1934 die kommunale Gesundheitsfürsorge der Aufsicht der Kreisärzte unterstellt hatte. *Frey* befürwortete auch im Reich eine konsequente Verstaatlichung. *Gütt* gab zu erkennen, daß er den Plan einer völligen Verstaatlichung lediglich wegen der zu erwartenden Verzögerung hätte fallen lassen – er hätte die Verstaatlichung aber schrittweise durch die vorgesehenen Rechtsvorschriften und Durchführungsverordnungen (!) durchsetzen wollen. Widersprüchlich wird die Stellungnahme des Vertreters der Kommunalabteilung des PrMDI, Min.-rat Dr. *Udo Krauthausen*, protokolliert, der sich offenbar weder auf die kommunale noch die staatliche Lösung festlegen lassen wollte.

Am Schluß der Diskussion war die Frage nach der staatlichen oder kommunalen Verwaltung nach wie vor ungelöst: Staats- und Kommunalverwaltung sei nicht möglich. Damit war auch dieser wesentlich reduzierte Gesetzentwurf nicht entscheidungsfähig. Einigkeit bestand nur darin, daß der nächste Gesetzentwurf eine weitgehende Verstaatlichung des Gesundheitswesens vorsehen soll. *Gütt* bat sich aber strengste Vertraulichkeit aus, weil man bei einem frühzeitigen Bekanntwerden des Entwurfs auf Schwierigkeiten bei den Gemeinden stoßen würde – genau dies trat nach offenbar gezielt weitergegebenen Informationen ein!

3.3 Die völlige Verstaatlichung des öffentlichen Gesundheitsdienstes: *Gütt* scheitert am Deutschen Gemeindetag

Mit der strengen Vertraulichkeit, unter deren Schutz *Gütt* die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens bislang zu betreiben suchte, war es allmählich vorbei. Die alten Kontrahenten der Verstaatlichung und der Kommunalisierung

rückten entweder selbst oder über Vertreter wieder in die alten Positionen. Bereits nach *Gütts* überraschendem Husrastreich im Oktober 1933 lebte die – den Medizinalbeamten seit langem bekannte und gefürchtete – Koalition zwischen der Kommunalabteilung des PrMDI und dem vormaligen Deutschen Städtetag, hier insbesondere dem Intimfeind des Medizinalbeamtenvereins, dem zuständigen Referenten, Beigeordneten Dr. *Franz Memelsdorf*, wieder auf. Zu diesen alten Gegnern kamen neue Feinde und Neider *Gütts* – neuerdings auch im RMDI selbst.

Als einheitliche Verhandlungslinie gegen die Gesetzinitiativen des RMDI befürwortete die Lobby der Kommunen die Lösung, den Gemeinden und Gemeindeverbänden das Gesundheitswesen ähnlich der staatlichen Schulverwaltung in Preußen als Auftragsangelegenheit unter staatlicher Aufsicht zu überlassen. Nie in Abrede gestellt wurden indes die neuen Aufgaben in der Erb- und Rassenpflege und der Bevölkerungspolitik: Es ging lediglich um die Verteilung von Macht und Finanzen.

Ende März 1934 fanden erste Besprechungen des neuen Gesetzentwurfes des RMDI auf Referentenebene statt – so insbesondere wieder mit dem RMdF. Am 7. April 1934 wurde der Ressortentwurf des RMDI an die Ressorts und Behörden versandt, die bereits an der Besprechung am 10. März beteiligt waren. Dieser Entwurf unterschied sich erheblich von den Vorentwürfen und 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 1934 wurde dieser Entwurf im RMDI zwischen den Ressorts besprochen. Erstmals war mit Dr. *Heinrich Grote* ein Vertreter des Führers der deutschen Ärzteschaft, Dr. *Gerhard Wagner*, anwesend. *Gütt* bezog damit die NS-Ärzeschaft wieder in die Verhandlungen ein. Dies war aus mindestens zwei Gründen wichtig: die Verstaatlichung mußte notgedrungen die in der Gesundheitsfürsorge aktiven NS-Unterorganisationen auf den Plan rufen, die am liebsten das gesamte öffentliche Gesundheitswesen in eigene Regie übernommen hätten – was ihnen übrigens nach und nach in beträchtlichem Umfang gelang; ferner wies *Hitler* konfliktträchtige Vorlagen im Reichskabinett in die Ressorts zurück, las aber die Schreiben der Ministerien nicht, sondern hörte auf den Chef der Reichskanzlei *Hans-Heinrich Lammers* oder auf *Gerhard Wagner*.

Gütt betonte einführend, daß man dem Vorschlag Preußens gefolgt sei: die GÄ sollten rein staatliche Einrichtungen unter der Leitung staatlicher Amtsärzte werden, Krankenhäuser, Heil- und Pflegeanstalten etc. jedoch in der Verwaltung der bisherigen Träger bleiben – aus diesem Grund war die 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 Mio Mark, das RMdF jährliche Mehrkosten von mindestens 7,3 Mio Mark errechnet. Der Vertreter der Kommunalabteilung des PrMDI erklärte, daß man diesem Entwurf freund-

licher gegenüberstehen könne als dem früheren; unklar sei lediglich die Auswirkung auf die Finanzverhältnisse der Kommunen.

Am 16. April bereits sandte das RMdI einen neuerlich geänderten Entwurf an die üblichen Adressaten und lud zur abschließenden Beratung und Verabschiedung des Entwurfs am 24. April 1934 ein. Dieser Entwurf enthielt im wesentlichen redaktionelle Änderungen. So waren die Aufgaben differenzierter benannt worden. Damit wurden die Abgrenzung und Verteilung der Aufgaben der GÄ und die Bereiche, die bei den Kommunen bleiben sollten, geklärt.

Dieser nunmehr vierte Ressortentwurf wurde dem DGT am 17. April 1934 im PrMdl bekannt gemacht. Zwar war *Moebius* und *Gütt* mit der differenzierten Benennung der Aufgaben und der Kostenregelung ein entscheidender Schachzug gelungen. „Gleichwohl aber ist auch dieser Entwurf m.E.“, so der Beigeordnete des DGT, *Schlüter*, „unerträglich“. Noch am selben Tag wurde eine Strategie ausgearbeitet, um den Entwurf zu Fall zu bringen. In der gesundheitspolitischen Perspektive – bisherige kommunale Selbstverwaltungsaufgaben als staatliche Auftragsangelegenheiten – hatte sich eine breite Koalition zwischen dem DGT, dem PrMdl (!), dem PrMdF und der Nationalsozialistischen Volkswohlfahrt (NSV) gebildet. In Übereinstimmung mit dem PrMdl sollte nun der Münchner Oberbürgermeister *Fiehler* sofort an Minister *Frick* schreiben und darum bitten, vor der Entscheidung über das Gesetz mündlich gehört zu werden.

Dieser Plan ging auf! Offenbar 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. Für das RMdI nahmen u.a. *Gütt*, *Moebius* und Landrat *Strutz*, für den DGT u.a. *Fiehler* und *Goerdeler*, Oberbürgermeister von Leipzig, teil. Die Vertreter des DGT verwiesen mit breit angelegten Beweisführungen auf ihren Vorschlag, das Gesundheitswesen als Auftragsangelegenheit zu übernehmen. *Fiehler* und *Goerdeler* erhoben schwerste Bedenken gegen den Gesetzentwurf des RMdI. *Strutz* deutete an, daß die Abteilung I des RMdI und die preußischen Ressorts sich dem DGT angeschlossen hätten.

Gütt, der am 11. April noch „mit gewissen Einschränkungen (...) grundsätzlich Zustimmung der Anwesenden zu dem vorliegenden Gesetzentwurf“ festgestellt hatte, 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. Damit sah sich *Gütt* auf einmal einer breiten Front gegenüber, die vom DGT über das PrMdl, das PrMdF, die NSV und die Gesundheits- und die Kommunalabteilung der NSDAP bis in das RMdI reichte. Außerdem protestierte Bayern, wengleich primär aus finanziellen Gründen.

3.4 Die endgültige Formulierung und Verabschiedung des GVG: Widerstand der Kommunen bis zur letzten Minute

Gütt reagierte sofort: über Nacht sollten der DGT mit dem Referenten des RMdI, *Moebius*, für die Sitzung am nächsten Tag einen Gesetzentwurf erarbeiten – ein Vorschlag, den der DGT nicht ablehnen konnte. Außerdem alarmierte *Gütt* die Führungsspitze des RMdI. In der Sitzung am 24. April 1934 spielte *Gütt* seine im RMdI sorgfältig erarbeitete Position aus: Staatssekretär *Pfundtner* erschien höchstpersönlich zur Rückendeckung der Medizinalabteilung. Er betonte einfühlend, daß das Reich unbedingt an der Vereinheitlichung des Gesundheitswesens festhalte, um die neuen Aufgaben des Gesundheitswesens zu gewährleisten. Zur Frage stehe lediglich, ob das gesamte Gesundheitswesen durch rein staatliche oder durch kommunale Körperschaften unter staatlicher Einwirkung betreut werden solle.

Der von *Goerdeler*/*Schlüter*/*Moebius* erarbeitete Entwurf, der die Generallinie des DGT vertrat, wurde gar nicht erst diskutiert. Vielmehr standen erneut der Entwurf des RMdI und ein auf der Sitzung vorgelegter Entwurf Preußens im Mittelpunkt. Entscheidender Diskussionspunkt war die Frage der Grenzen zwischen staatlichem Gesundheitsdienst und kommunalem Wohlfahrtsdienst. Dieses Problem wollte Min.-Dir. *Friedrich Karl Surén* vom PrMdl generell und endgültig abgesteckt wissen: damit wäre es zu einem gesetzlich fixierten Dualismus des öffentlichen Gesundheitswesens auf kommunaler Ebene gekommen. *Pfundtner* schloß die Sitzung ohne überhaupt auf den preußischen Entwurf einzugehen und bemerkte, daß die Entscheidung, wie die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens durchgeführt werden solle, in einer Chefbesprechung der Innen- und Finanzminister des Reiches und Preußens getroffen werden müsse. Intern verfügte er, den Regierungsentwurf weiter zu verfolgen.

Jetzt überschlugen sich die Dinge. Im RMdI lag am 28. April 1934 ein neuer Entwurf vor. Darin hatte das RMdI die frühere preußische Linie der völligen Verstaatlichung insofern verlassen, als auf Antrag hin GÄ in kommunaler Trägerschaft belassen werden konnten, die staatliche Aufgaben als Auftragsangelegenheiten und kommunale Aufgaben nach Richtlinien des RMdI durchführen sollten. Das RMdI war also dem DGT und der neuen Politik des PrMdl insoweit entgegengekommen, als bei einer generellen Verstaatlichung des Gesundheitswesens kommunale GÄ als Ausnahmen zugelassen werden konnten.

Bis Anfang Mai 1934 wurde nun in größter Eile an weiteren Entwürfen gearbeitet, die indes alle auf der Generallinie staatlicher GÄ und staatlicher AÄ bei der möglichen Ausnahme kommunaler GÄ lagen, und jeweils in kleinsten, sozusagen bilateralen Verhandlungen zwischen den maßgeblichen Ministerien auf Reichsebene verhandelt wurden. Nach wie vor bestand die Gefahr, daß sich die Fronde gegen das GVG soweit ausdehnen würde, daß auch die neuen rassenhygienischen Aufgaben durch Wohlfahrtsorganisationen, hier insbesondere der NSV und der Kommunen, übernommen würden: damit wäre dem RMdI der Wind aus den Segeln genommen worden.

Am 29. Mai 1934 sandte *Frick* einen 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 GÄ staatliche Einrichtungen sein sollten; jedoch konnten hiervon Ausnahmen zugelassen werden. Leiter des GA sollte ein staatlicher Amtarzt sein. Die Begründung des Entwurfs wurde in ihrem allgemeinen Teil in die später publizierte Begründung übernommen: Deutlich wird angesprochen, daß die Zersplitterung öffentlicher Gesundheitsleistungen nach der nationalsozialistischen Machtergreifung nicht geringer, sondern durch die NSV, die NS-Frauenschaft, die SA und die SS größer geworden sei – *Gütt* und *Frick* kämpften also nicht nur gegen das RMdF, die Länder und die Gemeinden, sondern in gleicher Weise gegen die zentrifugalen Kräfte in der NSDAP, also ihrer eigenen Partei.

Dieser Gesetzentwurf konnte vom DGT mit Recht als ein Kompromiß der Regierungsentwürfe vom April, die eine völlige Verstaatlichung vorsahen und den eigenen Vorschlägen gesehen werden: Insofern hatten der DGT und die Komm.-Abt. des PrMdl einen Sieg davongetragen. Andererseits hatte *Gütt* die Verstaatlichung des ÖGD, die sein geheimer Wunsch gewesen war, weitgehend gesetzlich fixieren können – dieser Vorschlag war wegen der immer wieder ins Spiel gebrachten Reichsreform vorher gar nicht durchzubringen gewesen.

Wenn *Gütt*, *Moebius* und das RMdl nun aber meinten, diesen Gesetzentwurf endgültig vor das Reichskabinett befördert zu haben, sahen sie sich getäuscht. Das RMdF monierte, daß den bisherigen mündlichen Beanstandungen nicht Rechnung getragen sei – der Entwurf sei für eine Beratung im Kabinett noch nicht geeignet. Gleichfalls war der DGT keineswegs einverstanden: der DGT mußte aber erfahren, daß innerhalb der Länder keineswegs Einigkeit bestand. Vielmehr hatten die süddeutschen Länder für diesen Entwurf votiert, weil die süddeutschen Gemeinden und Gemeindeverbände mit wenigen Ausnahmen nicht fähig seien, die Gesundheitsaufgaben auf die Gemeindeverwaltung zu übernehmen. Die Komm.-Abt. des PrMdl legte sich ebenfalls quer und forderte erneute Änderungen im Gesetzentwurf, die auf eine Loslösung der kommunalen von den staatlichen Aufgaben im ÖGD hinausliefen.

Gütt sah sich daher am 4. Juni 1934 zu einer geharnischten Stellungnahme an den RMdl *Frick* veranlaßt, der seit dem 1. Mai 1934 in Personalunion zugleich preußischer Innenminister war. In dieser Demarche legte *Gütt* die wechselnde Politik des PrMdl dar. Der jetzige Vorschlag Preußens würde den Dualismus kommunalen und staatlichen Gesundheitswesens zementieren. Zusätzlich entstünden in der NSDAP Gesundheitsfürsorgeorganisationen. Damit sei abzusehen, wann das RMdl und damit Reich und Staat aus der Praxis des öffentlichen Gesundheitswesens ausgeschaltet seien. Die im Entwurf des RMdl vorgesehene Lösung werde in Preußen bereits in etwa 300 Kreisen geübt. Es werfe ein eigenartiges Licht auf das PrMdl, wenn der dortige Staatssekretär den Vertretern der Med.-Abt. verboten habe, überhaupt zu reden oder eine von der Komm.-Abt. abweichende Stellung zu vertreten.

Die Komm.-Abt. wurde folglich von dem neuen NS-Staatssekretär, Dr. *Ludwig Grauert*, gedeckt. *Grauert* war erst am 10. April 1934 in das PrMdl gewechselt. Früher war er lange Zeit in der rheinisch-westfälischen Industrie tätig; dort gab es die meisten kommunalen GÄ.

Würden die Vorschläge der Komm.-Abt. des PrMdl angenommen, betonte *Gütt*, würden Bayern und die übrigen süddeutschen Staaten Einspruch erheben. Die Führung auf dem Gebiet des Gesundheitswesens würde aber dem Reich völlig aus der Hand genommen und die Medizinalabteilung im RMdl wäre überflüssig. *Gütt* schlug einen Kompromiß vor, der die Selbstverwaltungsangelegenheiten deutlicher hervortreten ließ und regte abschließend einen Vortrag des RMdl beim Reichskanzler noch vor der Kabinettsitzung an.

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 des ÖGD in Auftragsangelegenheiten und Selbstverwaltungsangelegenheiten 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. Das Spezifikum des *Gütt*schen Entwurfs, nämlich der Kompromiß der Unterscheidung von Auftrags- und Selbstverwaltungsangelegenheiten, war damit gefallen. Das GVG wurde damit ein reines Rahmengesetz, dessen Ausführung in den Durchführungsbestimmungen festgelegt werden mußte – damit hatte das PrMdl eine endgültige Lösung aufgeschoben und den Kampf vertagt. *Gütt* und das RMdl mußten unter dem zeitlichen Druck, der durch die rasch voranschreitende Entwicklung im Gesundheitswesen gegeben war, dieser neuerlichen Änderung zustimmen.

Aber auch jetzt wurde weiter gegen den Gesetzentwurf gekämpft. Der DGT lehnte den Gesetzentwurf weiterhin ab und verfaßte eine ausführliche Stellungnahme. Die Abteilung I des RuPrMdl signalisierte am 22. Juni, daß sie nichts mehr ändern könne: Einwirkungen, und zwar von höchster Stelle, seien nur noch über Kabinettsmitglieder möglich.

Noch am 22. Juni 1934 schrieb der Leipziger Oberbürgermeister *Goerdeler* eine ausführliche Stellungnahme an *Frick* persönlich, die sich auf einen einzigen Punkt konzentrierte: die Regelung, daß jedes GA einem von Staat bestellten Amtsarzt übertragen werden sollte. Ein Staatsbeamter könne sich indes nicht dem Oberbürgermeister verantwortlich fühlen. Im GA Leipzig wären alle kommunalen und staatlichen Aufgaben in einem Amt mit Erfolg vereinigt. *Goerdeler* bat daher, die Verabschiedung des Gesetzentwurfs zu vertagen. Ein Durchschlag des Schreibens ging an den RMdF, Graf *Schwerin* von *Krosigk* persönlich. Im Anschreiben wies *Goerdeler* besonders auf die Kosten hin, die zu erwarten seien, wenn an die Spitze jedes GA ein Staatsbeamter gesetzt würde.

Vom 22. Juni an fanden Besprechungen zwischen dem RMdl und dem RMdF statt, die u.a. darauf zurückzuführen waren, daß das RMdl den Entwurf vom 7. Juni dem RMdF gar nicht mehr vorgelegt hatte und dessen Zustimmung fehlte. Weiterhin bat der Finanzminister noch am 28. Juni

um eine persönliche Besprechung mit dem Innenminister. Gleichzeitig schlug er für die strittigen §§ 4 und 5 eine neue Fassung vor. Das RMDI billigte die Änderungen noch am selben Tag und sandte am 30. Juni, drei Tage vor der angesetzten Kabinettsitzung, einen erneut geänderten Entwurf an die Reichskanzlei.

Gütt hatte vermerkt, daß der Reichsfinanzminister dem Gesetzentwurf in der Kabinettsitzung „unter allen Umständen zustimmen möchte“, jedoch Einspruch vom PrMdF, *Johannes Popitz* befürchte – damit wäre der Widerstand Preußens vom ausgeschalteten PrMDI auf den PrMdF übergegangen.

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

- 1 das staatliche GA mit einem staatlichen AA (1935: 642 GÄ)
- 2 das kommunale GA mit einem staatlichen AA (1935: 58 GÄ, davon 50 in Preußen [= 86%])
- 3 das kommunale GA mit einem kommunalen AA (1935: 35 GÄ, davon 32 in Preußen [= 91%]).

In Preußen wurden im Sommer 1935 in 424 von 474 Kreisen GÄ eingerichtet (= 89%), in Bayern in 138 von 215 Kreisen (= 64%), in Württemberg in 35 von 62 Kreisen (= 56%) und in Baden in 22 von 40 Kreisen (= 55%).

Am 3. Juli 1934 lag der Entwurf des GVG dem Reichskabinett als 5. Tagesordnungspunkt vor: Nach dem Ermächtigungsgesetz ersetzte der zustimmende Kabinettschluß die Verabschiedung eines Gesetzes durch den Reichstag. Tatsächlich versuchte *Popitz*, das Inkrafttreten des Gesetzes hinauszuschieben. *Gütt* erhob Einspruch. Als Kompromiß trat das Gesetz nicht am 1. Oktober 1934, sondern erst am 1. April 1935 in Kraft. Allerdings durfte das RMDI schon vorher die erforderlichen Maßnahmen treffen.

Das Reichskabinett unter Führung *Hitlers* stimmte der Vorlage zu. Im Mittelpunkt der Sitzung des Reichskabinetts an diesem 3. Juli 1934 stand allerdings nicht das GVG, sondern der erste, außerordentliche Tagesordnungspunkt, das „Gesetz über Maßnahmen zur Staatsnotwehr“: *Hitler* ließ die unter dem Begriff „Röhm-Putsch“ von *Himmler*, *Goehring* und *Goebbels* betriebene Ermordung des SA-Führers und Reichsministers ohne Geschäftsbereich, *Ernst Röhm*, und über 80 anderer politischer Gegner nachträglich legalisieren.

Schlußbemerkung

Die Behauptung, das GVG sei ein posthumes Kind der Weimarer Republik, hat sich damit endgültig als Märchen er-

wiesen. Das GVG ist ein Werk *Arthur Gütt*s und des RMDI – es war, wie *Gütt* eingestand, ein „Kompromiß schieriger Verhandlungen mit anderen Ministerien, Ländern und Abteilungen des eigenen Hauses“. Zwar war das parlamentarische Gesetzgebungsverfahren einschließlich der Ländervertretung ausgeschaltet; die zerstrittenen Berufsverbände der Medizinalbeamten und Fürsorgeärzte, die Städte und Gemeinden und ihre Verbände waren nicht formell beteiligt worden. Aber an die Stelle der demokratischen Konfliktregelung war ein Kampf getreten, an dem die alten Kräfte über Vertreter in den Ministerien ebenso beteiligt waren wie die neuen Satrapen und Sonderinteressen des NS-Regimes.

Zielsetzung und Grundlage des GVG war nicht, wie *Trüb* schlußfolgerte, den Dualismus in der Organisation staatlicher und kommunaler Gesundheitsleitungen zu beseitigen: die Unität von staatlichem Gesundheitsschutz und kommunaler Gesundheitsfürsorge war für *Gütt* lediglich ein Mittel! Sein gesundheitspolitisches Denken und Handeln war völlig von der nationalsozialistischen Erb- und Rassenpflege und der entsprechenden Bevölkerungspolitik beherrscht – hierin wurde er von der Führung des RMDI unterstützt. *Gütt* mußte sich allerdings den im Dualismus durchscheinenden, gegensätzlichen Machtansprüchen stellen; außerdem galt es, den klassischen staatlichen Gesundheitsschutz und den „unverzichtbaren Teil“ der kommunalen Gesundheitsfürsorge im Interesse der Volksgesundheit und Gesundheitsfürsorge 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 ÖGD, die GÄ und den staatlichen Einheitsmedizinalbeamten in der uns bekannten Form.

„So wird demnach der öffentliche Gesundheitsdienst zwar in Zukunft auch wie bisher die Bevölkerung vor Seuchen und Volkskrankheiten oder schädlichen Umwelteinflüssen zu bewahren haben, aber außer der Fürsorge für das Einzelwesen sind den Gesundheitsämtern und den in ihnen beschäftigten Personen damit neue große Aufgaben übertragen worden, die das Ziel einer erblichen und rassischen Volksgesundheit anstreben!“ (*Gütt* 1936, 26).

Wegen der Länge des Beitrags mußte auf Literatur- und Quellenangaben verzichtet werden. Eine ausführliche Analyse der Entstehung des GVG einschließlich der wichtigen Dokumente und der Biographien der beteiligten Personen erscheint in der Schriftenreihe der Akademie für öffentliches Gesundheitswesen, Düsseldorf.