

Gesundheitsamt

Willkommen!

28

VSA:

Gine Elsner

Vom Abseits in die Mitte: die Gesundheitsämter

**Kreisärzte, Medizinalräte, Amtsärzte:
Geschichte und Aktualität
einer Institution**

Gine Elsner
Vom Abseits in die Mitte: die Gesundheitsämter

Dr. med. Gine Elsner, Professorin i. R., Fachärztin für Arbeitsmedizin, Diplomsoziologin, bis 2009 Direktorin des Instituts für Arbeitsmedizin des Fachbereichs Humanmedizin der Goethe-Universität in Frankfurt am Main; seit 2018 Inhaberin der Salomon-Neumann-Medaille.

Bei VSA: erschienen von ihr zuletzt: »Augustes Töchter. Auf den Spuren engagierter Frauen« (2021) und »Die ›aufrechte‹ Haltung. Orthopädie im Nationalsozialismus« (2019). Außerdem hat sie den von Lisa Strauß aufgeschriebenen Bericht »Von Krakau nach Kapstadt. Deportiert nach Auschwitz: Bericht einer Überlebenden des Holocaust« (2021) von deren Großmutter Peggy Berolsky herausgegeben.

Gine Elsner

Vom Abseits in die Mitte: die Gesundheitsämter

Kreisärzte, Medizinalräte, Amtsärzte:

Geschichte und Aktualität einer Institution

VSA: Verlag Hamburg

www.vsa-verlag.de

Bildnachweis

S. 30, 256 Anne Elsner

S. 19, 20, 108, 186, 187, 204, 261–263 Privatbesitz Gine Elsner

S. 196 Eva Zinke

S. 297 Chanida Keving

S. 63, 64 Ilona Meurer-Wurzer

S. 67 Hartmut Reiners

© VSA: Verlag 2022, St. Georgs Kirchhof 6, D–20099 Hamburg

Alle Rechte vorbehalten

Umschlagfoto: Gesundheitsamt Frankfurt am Main in der Breite Gasse 28.

Aufnahme von 2020 (Foto: Anne Elsner).

Druck und Buchbindearbeiten: CPI books GmbH, Leck

ISBN 978-3-96488-018-5

Inhalt

1. Einleitung	9
2. Staatliche Kreisärzte in Preußen: es begann mit der Cholera	15
Nicht nur Vorsorge, sondern auch Fürsorge	23
3. Kommunalärzte in der Weimarer Republik: Gemeinde statt Staat	27
Abgrenzung der Tätigkeiten: armer Staat und reiche Gemeinde	31
4. Jüdische und sozialdemokratische Ärzte in den Gesundheitsämtern	35
Berlin	36
Fürsorge für Säuglinge, Kleinkinder und Schüler	47
Das Berliner Hauptgesundheitsamt	53
Andere Städte: Frankfurt am Main	57
Andere Städte: Magdeburg und Umgebung	65
5. Nazizeit: Amtsärzte	70
6. Sterilisationen: Amtsärzte als Antragsteller und Richter.	83
Berliner Amtsärzte	88
Amtsärzte in Frankfurt am Main	97
Datensammlung	102
»Schwarze Schmach« am Rhein	103
Eifer oder Widerstand.	104
7. Von »eheuntauglichen« Bräuten	108
8. Kindermord	115
Süddeutsche Amtsärzte.	118
Thüringische Amtsärzte	124
Hamburger Amtsärzte	126

Die Kindereuthanasie in Hamburg	132
Eine berühmte Hamburger Familie	135
Nachkriegszeit in Hamburg	140
9. Zwangsarbeiter: Hygiene für Baracken & Bordelle	147
Zwangsarbeiter im Bergbau	156
Bordelle für die Zwangsarbeiter	158
Entbindungsheime für Zwangsarbeiterinnen	159
Eindeutschung/»Wiedereindeutschung«	161
Abtreibung	163
10. Amtsärzte im Warthegau: Von »Eindeutschung« und Abschiebung. Amtsärzte in Danzig-Westpreußen und in Ost-Oberschlesien	166
Der Warthegau	167
Posen: Sitz der Reichsstatthalterei und Regierungsbezirk	171
Regierungsbezirk Kalisch und Ghetto Litzmannstadt	172
Exkurs über Halle	178
Der Gau Danzig-Westpreußen	181
Das neu eingegliederte Ost-Oberschlesien: Regierungsbezirk Kattowitz	181
11. Amtsärzte im Generalgouvernement: »Seuchensperrgebiete« als Ghettos	192
Distrikt Krakau	195
Distrikt Radom	199
Distrikt Galizien	201
Distrikt Warschau	203
Distrikt Lublin: Umsiedlungsaktion von Zamość	209
Versetzung	217
Aufstand im Warschauer Ghetto	220
Conti kontra Himmler	223
Appendix	225

12. Der öffentliche Gesundheitsdienst in der Nachkriegszeit.	
Personelle Kontinuitäten: kein Neuanfang	227
Britische Zone	228
Amerikanische Zone: Deutsche Zentrale für Volksgesundheitspflege	231
Frankfurter Gesundheitsamt	234
Amtsärztliche Gutachten für NS-Täter	238
Amtsärztliche Gutachten über NS-Opfer	240
13. Fortbestand der Naziideologie trotz neuer Personen	243
»Möwennest« am Nordseestrand	244
Von der Waffen-SS ins Gesundheitsamt	245
Ein Admiralsstabsarzt und ein Gerichtsarzt für Bremen	248
»Zigeunerakten« in der Pfalz	251
»Zigeunerforscher« in Frankfurt am Main	254
Bundesverdienstkreuz für einen Eugeniker in Stuttgart	257
»Akademie für Staatsmedizin« in Hamburg	261
Vom KZ-Arzt zum Amtsarzt	264
14. Gesundheitsämter in der Bundesrepublik bis heute:	
Vom Abseits in die Mitte.	266
Kalter Krieg und freie Marktwirtschaft	266
Studentenbewegung 1968 und sozialliberale Koalition 1969.	271
Aufgaben der Gesundheitsämter	277
Aus- und Weiterbildung	283
Public Health: eine vernachlässigte Disziplin	285
Gesucht wird...	287
15. Bilanz & Schluss	289

Anhang	299
Abkürzungen	300
Glossar: Medizinische Begriffe.	302
Danksagung	304
Literaturverzeichnis	305
Namensregister	329

1. Einleitung

»Die Leute grüßen mich jetzt auf der Straße«, sagte der Amtsarzt in Cuxhaven, als die Cuxhavener Nachrichten ihn im Sommer 2020 interviewten. So etwas sei früher nie passiert. Eine andere Pressenotiz: »Ute Teichert ist häufiger in der Tagesschau zu sehen als Jan Hofer, der Tagesschausprecher.« Die kennt inzwischen jeder. Denn sie war die Vorsitzende des Bundesverbands der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (BVÖGD). Seit Ausbruch der Corona-Epidemie im März 2020 war sie eine begehrte Person in den Talkshows.

Seit Beginn der Epidemie riefen alle Menschen nach den Gesundheitsämtern. Denn sie sind die geeigneten Stellen, die Epidemie einzudämmen, die Infizierten aufzuspüren und Quarantäne anzuordnen, damit die erkrankten Personen keine weiteren Menschen anstecken. Jeder Mensch erfuhr nun über die Presse, dass es in der Bundesrepublik 378 Gesundheitsämter gibt, und dass die Zahl der Gesundheitsämter 1995 noch 485 betrug. Innerhalb eines Vierteljahrhunderts hat ihre Zahl um ein knappes Viertel abgenommen, und natürlich ist auch die Zahl der Ärzt*innen in den Gesundheitsämtern gesunken.

Es gibt offene Arztstellen in den Ämtern – der Job ist nicht begehrt bei Ärzt*innen. Seit Anbeginn der Bundesrepublik fristen die Gesundheitsämter ein Leben am Rande des Gesundheitswesens. Das hat natürlich Ursachen, die hier zu erörtern sind.

Bei Gründung der Bundesrepublik wollte niemand mehr die Gesundheitsämter haben. Sie mutierten in der Nazizeit zu Stätten der Erb- und Rassenpflege. Das ärztliche Personal war eingebunden in die Sterilisationspolitik und in die Kindereuthanasie. Einige Amtsärzte wurden nach Kriegsende durch die Alliierten entlassen. Aber es fehlte an Personal, das diese belasteten Mediziner hätte ersetzen können.

Hinzu kam eine Politik der freien Marktwirtschaft. Wettbewerb war angesagt. Die niedergelassene Arztpraxis war jetzt die Stelle, die die Federführung in der gesundheitlichen Betreuung der Bevölkerung hatte. Mehr und mehr Tätigkeiten, die zuvor von den Gesundheitsämtern erledigt worden waren wie die Vorsorgemedizin, wurden jetzt von den freiberuflichen Ärzten übernommen, deren Position durch das Kassenarztgesetz vom 17. August 1955 enorm gestärkt wurde.

Es wirkt deshalb ein bisschen heuchlerisch, wenn Andreas Gassen, Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), vorwurfsvoll an die Adresse der Politik sagt: »Es wird noch Jahre dauern, bis der öffentliche Gesundheitsdienst möglicherweise über die Ressourcen verfügt, die er in der aktuellen Situation bräuchte und vielleicht schon lange gebraucht hätte.«¹ Im Übrigen geht Gassen davon aus, dass die niedergelassenen Ärzte die Epidemie schon allein bewältigen würden, die »Politik hat mitunter geholfen, manchmal nicht gestört und war regional unterschiedlich übergriffig.«² Gassen, der Orthopäde, ist der Ansicht, dass die niedergelassenen Ärzte die Pandemie gut beherrschten, unterstützt von den Krankenhäusern. Das engmaschige Netz von Kassenarztpraxen einerseits und Krankenhäusern andererseits sei geeignet, die Epidemie einzudämmen, sagte er in der Sendung »Hart aber fair« von Frank Plasberg am 21. September 2020. Von der Notwendigkeit von Gesundheitsämtern war bei ihm nicht die Rede.

Während Ute Teichert, die »nur« 3.000 Ärzt*innen in den Gesundheitsämtern vertrat,³ als »angenehm unaufgeregt« und als »zurückhaltend« beschrieben wurde, wurde Gassen in der Frankfurter Allgemeinen Zeitung als der »Raufbold« der Gesundheitspolitik bezeichnet.⁴ Dem widersprach ein Leserbriefschreiber sofort. Gassen vertrete die Interessen der rund 150.000 Kassenärzt*innen, die tagtäglich mit Corona konfrontiert seien und nicht »wie mancher Politiker Plattitüden zum Besten geben«.⁵

Die Kassenärzte haben in der Coronakrise finanzielle Einbußen hinnehmen müssen. Denn viele Patienten haben trotz Beschwerden die Arztpraxen gemieden aus Angst vor Ansteckung in den Wartezimmern. Für einen Kassenarzt, der auch betriebswirtschaftlich denken muss wie jeder Selbstständige, ergaben sich durch die Mindereinnahmen unter Umständen Probleme.

Ein »Positionspapier« der KBV stieß auf Kritik. Es hielt die Einschränkungen des öffentlichen Lebens für überflüssig.⁶ Den Autoren des Papiers wurde eine Nähe zur FDP nachgesagt, die für eine Liberalisierung der Co-

¹ Beerheide, R./Haserück, A.: Klare Coronastrategie gefordert, in: Deutsches Ärzteblatt 117: 2020, S. B 1471–1473.

² Beerheide, R., u. a.: Die Politik muss mit der Ärzteschaft in Dialog treten, in: Deutsches Ärzteblatt 117: 2020, S. B 1366–1371.

³ Blum, M.: Mehr Köpfe, nicht mehr Arztstunden, in: Deutsches Ärzteblatt 118: 2021, S. B 641f.

⁴ Becker, K. B.: Angenehm unaufgeregt, in: Frankfurter Allgemeine Zeitung (FAZ) vom 16.11.2020.

⁵ Frank, D.: »Keine Chefarzthaftigkeit«, in: FAZ vom 9.12.2020.

⁶ Fätkenheuer, G.: Die Anmaßung liegt auf der Hand, in: FAZ vom 5.11.2020.

rona-Einschränkungen plädierte. Es ging der KBV natürlich darum, die Verdienst- und Existenzbedingungen der niedergelassenen Ärzte zu sichern.⁷ Gassen mahnte eine Bereitschaft der Bevölkerung an, gewisse Risiken in Kauf zu nehmen. Vor allem die Kassenärztlichen Vereinigungen in den Bundesländern hätten gezeigt, dass die Ärzteschaft in der Lage sei, »sehr abgestimmt zu agieren«. Das schaffe Politik nicht. Denn »einem Großteil der Politiker fehlt schlicht die Sachkenntnis«. ⁸ Und da seien nun mal »die Ärzte diejenigen, die unmittelbar mit dem Patienten Kontakt haben«, und sie seien deshalb geeignet, »die Transmission« in die reale Versorgung zu gewährleisten.⁹

Der Mediziner und heutige Bundesgesundheitsminister, Karl Lauterbach, hielt jedoch dagegen. Denn Strategie in einer Epidemie müsse sein zu verhindern, dass Menschen überhaupt erst in Kontakt mit Ärzten kommen. Ziel müsse sein zu vermeiden, dass sich die Bevölkerung ansteckt und ärztliche Hilfe aufsuchen muss.

Bei Gründung der Bundesrepublik wollten auch die Ärztekammern, die sich neu etablierten, keine Gesundheitsämter. Das Wort »Sozialmedizin«, das immer mit den Gesundheitsämtern verbunden wurde, rief die Assoziation einer »Staatsmedizin« hervor, und die wollte niemand. Der Blick über die »Zonengrenze« nach Osten, wo die DDR die niedergelassene Arztpraxis durch kollektive Einrichtungen ersetzte, galt allen Ärzten in der Bundesrepublik als Teufelswerk. So wirkt es auch ein bisschen heuchlerisch, wenn Klaus Reinhardt, Allgemeinmediziner in Bielefeld und Präsident der Bundesärztekammer, sagt: »Besonders wichtig ist der Ausbau und die Stärkung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes.« Es sei Aufgabe der Politik, die Voraussetzungen für bessere Strukturen, für mehr Personal und für den schnellen digitalen Ausbau in den Gesundheitsämtern zu schaffen.¹⁰ Die Politik habe die Ämter in der Vergangenheit »kaputt gespart«. ¹¹ Kopfschüttelnd registrierten alle, dass es in den Gesundheitsämtern noch Faxgeräte gebe.¹²

Auch Reinhardt redet einer eher liberalen Politik das Wort. Als die »dritte« Coronawelle im März 2021 die Infektionszahlen in die Höhe schnellen ließ, plädierte er gegen einen harten Lockdown. Er riet, vermehrt Testungen vor-

⁷ Becker, K. B./Soldt, R.: Gegensätzliche Corona-Strategien, in: FAZ vom 20.10.2020.

⁸ Beerheide u. a. 2020.

⁹ Anonymus: KBV sucht innerärztlichen Dialog, in: Deutsches Ärzteblatt 117: 2020, S. B 1913.

¹⁰ Beerheide u. a. 2020.

¹¹ Großekathöfer, M.: »Die Mutanten sind überall«, in: Der Spiegel Nr. 13: 2021, S. 32-35.

¹² Anonymus: Was sich Mediziner wünschen, in: FAZ vom 29.9.2021.

zunehmen und Lockerungen des Shutdown zuzulassen. Er widersprach Lothar Wieler, dem Präsidenten des Robert-Koch-Instituts, der für einen harten Lockdown warb, um die Epidemie mit den neuen mutierten Viren einzudämmen.¹³

Die Politik plant nun eine Neuausrichtung und einen Ausbau des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, indem sie viel Geld zur Verfügung stellt für die Gesundheitsämter. Angela Merkel, die frühere Bundeskanzlerin, sprach im Kampf gegen das Virus den Gesundheitsämtern eine »zentrale Rolle« zu. Sie erfuhr im September 2020 in ihrem Wahlkreis, dass viele Menschen schon Angst hätten, dass demnächst alle Ärzt*innen in den öffentlichen Gesundheitsdienst gingen, sodass es zu Engpässen in der medizinischen Versorgung komme.¹⁴

Doch diese Sorge ist unbegründet. Selbst wenn die Tarifpolitik die Amtsärzte zukünftig besser bezahlen wird – einen großen Ansturm ärztlicherseits auf die Gesundheitsämter wird es nicht geben. Die Präventivmedizin ist so anders als die übliche ärztliche Tätigkeit mit dem Diagnostizieren von Krankheiten und dem Behandeln, dass sie dem medizinischen Denken sehr fern steht. Ein Journalist sah im Arbeitszimmer des Amtsarztes zwar eine Liege und ein Stethoskop, also »die typischen Utensilien eines Arztes, aber er klingt wie ein Berater«.¹⁵

Das ist die wesentliche Aufgabe eines Gesundheitsamtsarztes: andere Leute zu beraten. Die Politik zu beraten, die Architekten zu beraten, die Schulen zu beraten, die Müllbeseitiger zu beraten etc., damit die Bevölkerung gesund bleibt. Während der übliche Arzt, so wie wir ihn kennen, personenorientiert arbeitet, ist der Gesundheitsamtsarzt nicht personen-, sondern gemeindeorientiert tätig.

Es manifestieren sich so die unterschiedlichen Arbeitsweisen: Der behandelnde Arzt in der Praxis denkt an Heilen, während der Präventivmediziner sich bemüht, die Entstehung der Krankheit überhaupt zu verhindern. Beide Arztgruppen wenden unterschiedliche Methoden bei ihrer Tätigkeit an: Der behandelnde Arzt diagnostiziert, und wenn er eine Diagnose beim Patienten gestellt hat, versucht er, die Krankheit zu heilen oder zumindest die Symptome zu lindern.

¹³ Hessischer Rundfunk (HR), Nachrichten vom 25.3.2021 (Hörfunk).

¹⁴ Anonymus: Amtsärzte gesucht, in: FAZ vom 9.9.2020.

¹⁵ Geinitz, Ch., u. a.: Warten auf die Welle, in: FAZ vom 24.8.2020.

Der Präventivmediziner, der vorbeugend tätig wird, hat ein anderes Instrumentarium – er braucht weder ein Stethoskop noch ein Ultraschallgerät. Er wendet sein Instrumentarium nicht vorwiegend am Individuum an, sondern an den Verhältnissen. Im Fall der Corona-Epidemie heißt es: Lock-down und Abstand. Das sind kollektiv orientierte Maßnahmen an Gesunden, nicht patientenorientierte.

Da die weitaus größte Mehrheit der rund 400.000 Ärzte in Deutschland kurativ tätige, also behandelnde Mediziner sind, überwiegt die patientenorientierte ärztliche Art. Auch im Verständnis der Bevölkerung. Nur weniger als ein Prozent der berufstätigen Ärzte arbeitet im Gesundheitsamt. Denn: »There is no glory in prevention«, zitiert der Charité-Virologe Christian Drosten. Geschätzt wird der Arzt, der heilt, nicht der, der Krankheiten verhindert.

Umso auffälliger für den Leser der Tagespresse ist nun, dass in der Pandemie ganzseitige Interviews mit Gesundheitsamtsärzten abgedruckt werden. Meist mit großen Fotos – wie bei der Prominenz.¹⁶ In der Frankfurter Allgemeinen Zeitung finden sich diese Interviews entweder im Lokal- oder im Wirtschaftsteil.¹⁷ Inzwischen sind die Gesundheitsämter wichtig für das wirtschaftliche Überleben des Landes. Nun rächt sich, dass sie jahrelang vernachlässigt wurden.

Es bedarf eines politischen Engagements des Amtsarztes, um sich für diese Krankheitsvorbeugung zu interessieren. Oftmals orientiert dieses Engagement auf Unterschichten, die besonders gesundheitsgefährdet sind. So ergibt die Geschichte des Gesundheitsamts – wie es sich in der Weimarer Republik herausbildete –, dass sich vor allem jüdische und sozialdemokratische Ärzte für diese Mediziner-Tätigkeit interessierten. Das waren aber auch gerade die Ärzte, die mit Beginn des Nationalsozialismus aus ihren Ämtern entfernt wurden. Darauf wird im Folgenden einzugehen sein.

Das vorliegende Buch richtet sich an medizinische Laien, vor allem an Politiker. Denn sie sind diejenigen, die die Gesundheitsämter nun stützen, ausbauen und Gelder für mehr Personal und moderne Infrastruktur zur Verfügung stellen. Sie sind auch diejenigen, die die Ämter aus dem Abseits holen und in die Mitte der Gesellschaft rücken – auch über die Pandemie hinaus. Dazu ist es aber nötig, zu verstehen, warum die Gesundheitsämter derma-

¹⁶ Kehler, M. L.: Zwei Impfzentren geplant, in: FAZ vom 23.11.2020; Karb, I.: Fachmann für Seuchen, in: FAZ vom 23.10.2020.

¹⁷ Hauser, J.: »Wir arbeiten wie am Fließband«, in: FAZ vom 3.11.2020.

ßen ins politische Abseits gerieten. Ein kurzer historischer Abriss dient der Erklärung.

Der Eingeweihte wird allerdings nicht viel Neues erfahren. Aufwendige Archivforschungen wurden nicht getätigt. Eher wurde Vorhandenes zusammengetragen. Es liegen inzwischen etliche Regionalstudien vor, die als exemplarische fürs Ganze gelten können.¹⁸

Johannes Vossen hat den öffentlichen Gesundheitsdienst in Westfalen be-
forscht,¹⁹ Annemone Christians hat eine Studie über das öffentliche Gesund-
heitswesen im nationalsozialistischen München vorgelegt,²⁰ Horst Schütz hat
das Kölner Gesundheitsamt bearbeitet.²¹ Johannes Donhauser hat eine Stu-
die über die oberbayerischen Gesundheitsämter und eine Kurzform über die
Gesundheitsämter in der NS-Zeit veröffentlicht.²² Eine Wanderausstellung
»Volk Gesundheit Staat«, präsentiert von der Charité unter Leitung von Sa-
bine Schleiermacher im Jahr 2019, thematisierte den öffentlichen Gesund-
heitsdienst in der Zeit des Nationalsozialismus an den Beispielen Thüringen
und Württemberg.²³ Während die genannten Publikationen vor allem die Ver-
wicklungen der Ämter in die NS-Politik analysierten, haben Alfons Labisch
und Florian Tennstedt schon früh zur historischen Entstehung des öffentli-
chen Gesundheitswesens publiziert.²⁴

¹⁸ Jachertz, N.: Öffentlicher Gesundheitsdienst. Instrument der Rassenpolitik, in: Deut-
sches Ärzteblatt 110: 2013, S. C 845.

¹⁹ Vossen, J.: Gesundheitsämter im Nationalsozialismus. Rassenhygiene und offene Ge-
sundheitsfürsorge in Westfalen 1900–1950, Klartext Verlag, Essen 2001.

²⁰ Christians, A.: Amtsgewalt und Volksgesundheit, Wallstein Verlag, Göttingen 2013.

²¹ Schütz, H.: Gesundheitsfürsorge zwischen humanitärem Anspruch und eugenischer
Verpflichtung, Matthiesen Verlag, Husum 2004.

²² Donhauser, J.: Das Gesundheitsamt im Nationalsozialismus, in: Das Gesundheitswe-
sen 69: 2007, S. 1–128; ders.: Der Öffentliche Gesundheitsdienst in der NS-Zeit und der Um-
gang seiner Angehörigen mit der Geschichte, in: Krischel, H./Schmidt, M./Groß, D. (Hrsg.),
Medizinische Fachgesellschaften im Nationalsozialismus, LitVerlag, Berlin 2016, S. 31–50.

²³ https://medizingeschichte.charite.de/forschung/oeffentlicher_gesundheitsdienst
(17.5.2021).

²⁴ Labisch, A./Tennstedt, F.: Der Weg zum »Gesetz über die Vereinheitlichung des Ge-
sundheitswesens« vom 3. Juli 1934. Entwicklungslinien und -momente des staatlichen und
kommunalen Gesundheitswesens in Deutschland, Schriftenreihe der Akademie für öffent-
liches Gesundheitswesen in Düsseldorf, Selbstverlag, Düsseldorf 1985.

2. Staatliche Kreisärzte in Preußen: es begann mit der Cholera

Pest und Cholera waren gute Lehrmeisterinnen für die öffentliche Hygiene. Es gab in Preußen schon im 18. Jahrhundert eine staatliche Gesundheitsaufsicht. Es gab auch staatliche Medizinalbeamte, die Physici, die von Wundärzten unterstützt wurden. Friedrich der Große hielt aber nichts von den Kenntnissen dieser Physici. Anlässlich der Besetzung eines vakanten Physikats in Lebus sagte er, derjenige Kreisphysikus solle die Stelle bekommen, »der am wenigsten Leute umgebracht hat«.¹ Zur Verbesserung ihrer Kompetenz hatten die Kreisphysici und die Kreiswundärzte später ein Physikats-examen zu absolvieren.²

Als 1831 in Preußen die Cholera ausbrach, wurde deutlich, wie wenig die vorhandenen Strukturen gewappnet waren, um die Seuche einzudämmen.³ Die Ursache der Cholera war noch nicht bekannt. Denn erst 1883 entdeckte Robert Koch (1843–1910) das Bacterium, das die Cholera hervorruft.⁴ Dass die Krankheit ansteckend war, war den Menschen zuvor natürlich bekannt. Vermutet wurden Ausdünstungen eines verunreinigten Bodens.⁵

Wenn man der romanhaften Darstellung der Cholera-Epidemie im Berlin von 1831 glaubt, dann wurden die infizierten Patienten von den gesunden Menschen ferngehalten, und sie wurden in Quarantäne versetzt, die von einem Schutzmann bewacht wurde, oder sie wurden kaserniert.⁶ Allerdings tauchen in dieser romanhaften Darstellung der Verhältnisse keine Medizinalbeamten auf, sondern gerufen wurden die Ärzte der (militärähnlichen) Charité.

¹ Göring, H.- D./Orban, W.: Ein Kreisphysikus wird ausgewählt, in: Deutsches Ärzteblatt 109:2012, S. C 1063.

² Labisch, A./Tennstedt, F.: Gesellschaftliche Bedingungen öffentlicher Gesundheitsvorsorge, Schriftenreihe Deutsche Zentrale für Volksgesundheitspflege, Frankfurt am Main 1988, S. 30; Elsner, G.: Verfolgt, vertrieben und vergessen, VSA: Verlag, Hamburg 2017, S. 40.

³ Eulner, H.-H.: Die Entwicklung der medizinischen Spezialfächer an den Universitäten des deutschen Sprachgebietes, Enke Verlag, Stuttgart 1970, S. 142.

⁴ Aschmann, B.: Als die Cholera nach Europa kam, in: FAZ vom 14.9.2020.

⁵ Buchner, M.: Assanierung Münchens, in: Festschrift der 71. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte, München 1899, S. 12–26.

⁶ Schweikert, U.: Die Charité, Rowohlt Taschenbuch Verlag, Hamburg 2018, S. 26f.

Aber es gab einen Medizinalrat, Karl Ignatius Lorinser, der sich im Auftrag des preußischen Staats um die Abwehr der Cholera kümmerte.⁷ Er sorgte für Einhaltung der Quarantäne und für sauberes Trinkwasser. Wütende Bauern wollten ihn wegen der Quarantäne lynchen.

»Die sich aus Russland über Polen ausbreitende Cholera-Epidemie rief Angst und Schrecken hervor. Unter der Leitung des Berliner Stadtkommandanten wurde ein Gesundheits-Comitee gegründet.«⁸ Die Einrichtung eines Seuchenkrankenhauses unterblieb, man glaubte, mit 13 Betten für die Vorsorge genug getan zu haben. »Eine Flut unsinnigster Aufklärungsschriften stürzte die Menschen in Panik.« Ein preußisches Gesetz vom 15. Juni 1831 diente der Einrichtung von Grenzsperren. Aber am 21. August 1831 waren dennoch die ersten Opfer zu beklagen. Selbst drastische Maßnahmen und androhte Strafen »bei unbefugtem Grenzübertritt« konnten der Seuche nicht Einhalt gebieten. Der König verkroch sich in sein Schloss in Charlottenburg, das hermetisch abgesperrt wurde. »Adel und Besitzbürgertum eiferten ihrem Landesvater nach und suchten das Weite, so dass die Seuche vor allem die Armen heimsuchte. Etwa ein Vierteljahr wütete die Cholera. Es erkrankten insgesamt 2.355 Einwohner Berlins, von denen 1.426 starben.«

Am 5. Dezember 1831 notierte der Arzt Ernst Ludwig Heim (1747–1834) »freudig in sein Tagebuch«, dass heute der erste Tag gewesen sei, an dem kein Choleraerkrankter mehr gemeldet wurde. Heim stammte aus dem Thüringer Wald; er war Stadtphysikus von Spandau und Kreisphysikus des Havellands und zog 1783 nach Berlin.⁹ Er genoss den Ruf eines »Volksarztes«, der die Berliner Bevölkerung betreute.

Heinrich Heine war 1831 vor den Schikanen in Deutschland nach Frankreich geflohen. Kaum war er da, kam auch die Cholera nach Paris. Es entstand das Gerücht, schrieb er, die Menschen stürben nicht an der Krankheit, sondern durch Gift. Giftmischer wurden ausgemacht, die das Gift »in alle Lebensmittel zu streuen« wussten. Manche sahen die Giftmischer bei den Oberen und »erhofften sich den Untergang der jetzigen Regierung«. Zwei Menschen, die »ein weißes Pulver bei sich gehabt«, ermordete man. Heinrich Heine, der mit Verwunderung die Szenerie beobachtete, sagte, dass das »verdächtige Pulver Kampfer oder Chlor oder ein sonstiges Schutzmittel gegen die Cholera« war. »Obgleich die Cholera sichtbar zunächst die ärmeren Klas-

⁷ zitiert nach Krau, I.: Corona und die Städte, oekom verlag, München 2021, S. 18.

⁸ Genschorek, W.: Christoph Wilhelm Hufeland, S. Hirzel Verlag, Leipzig 1986, S. 189 f.

⁹ Ebenda, S. 132,142 u. 196.

sen angriff«, schrieb er 1832, »so haben doch die Reichen gleich die Flucht ergriffen«. Spöttisch meinte er: »Gewissen Parvenüs war es nicht zu verdenken, dass sie flohen; denn sie dachten wohl, die Cholera, die weit her aus Asien komme, weiß nicht, dass wir in der letzten Zeit viel Geld an der Börse verdient haben, und sie hält uns vielleicht noch für einen armen Lump und lässt uns ins Gras beißen.« Das Volk murrte, schrieb Heine, als es sah, wie die Reichen flohen und bepackt mit Ärzten und Apothekern sich nach gesünderen Gegenden retteten. »Mit Unmut sah der Arme, dass das Geld auch ein Schutzmittel gegen den Tod ist.«¹⁰

Als Anfang des 18. Jahrhunderts die Pest in Osteuropa wütete und sich Berlin näherte, ließ der preußische König 1710 draußen vor den Toren Berlins ein Pesthaus erbauen.¹¹ Sein Sohn nannte es die Charité – »Nächstenliebe«. Dieser »Soldatenkönig« brauchte Militärärzte, und so wurde die Charité mehr und mehr zur Ausbildungsstätte für Mitglieder der Kompanie. Als 1810 die Berliner Universität gegründet wurde, wurde die Charité in die Ausbildung der Medizinstudenten eingebunden.

Auch ohne das Wissen um die bakterielle Entstehung der Krankheiten taten die Ärzte das Richtige: Sie sonderten die Kranken ab und rieten den Stadtgemeinden, eine Kanalisation zu bauen. Berlin bekam 1873 eine Kanalisation,¹² Frankfurt am Main bereits 1867,¹³ München begann schon 1865 mit dem Bau einer Abwasseranlage.¹⁴

Die Hamburger verschliefen diese Entwicklung zunächst. So brach 1892 in Hamburg erneut eine Cholera-Epidemie aus. 20.000 Menschen erkrankten, und 10.000 starben. Betroffen waren die Gängeviertel, wo die verarmten Proletarier in engen Gassen lebten. Es gab dort keine Kanalisation. Die Fäkalien aus den Gemeinschaftstoiletten wurden direkt in die Elbe entsorgt – aus dem Fluss wurde das Trinkwasser gewonnen. Die Stadtverantwortlichen holten Robert Koch zu Hilfe. Er verordnete nun den Hamburgern Quarantänemaßnahmen, abgekochtes Trinkwasser, den Bau einer Kanalisation und Filtersysteme für die Trinkwasserversorgung.¹⁵ Es war also eine Medizin, die auf die

¹⁰ Heine, H.: Französische Zustände [1832], in: Heines Werke in Fünf Bänden, Viertes Band, Aufbau-Verlag, Berlin (DDR)/Weimar 1981, S. 92–101.

¹¹ Krämer, S.: Die Pest, die Weiße Frau und eine weitgreifende Kabinettsorder, in: Deutsches Ärzteblatt 107:2010, S. C 285–288.

¹² Tutzke, D.: Entwicklungstrends in der Geschichte des vorbeugenden Gesundheitsschutzes, in: Zeitschrift für die gesamte Hygiene 17:1971, S. 410–415.

¹³ HR, Erlebnis Hessen, 18.5.2021 (Hörfunk).

¹⁴ Truscheit, K.: Das Wasser muss raus aus der Stadt! In: FAZ vom 4.12.2018.

¹⁵ Essen, K.: Der Mann der Stunde? In: Frankfurter Rundschau vom 9.7.2020.

Gemeinde orientierte und Maßnahmen an der Gemeinde vollzog, und nicht Maßnahmen am Individuum.

Doch die Präventivmedizin kennt auch mit dem Impfen Maßnahmen, die eine Person betreffen. Edward Jenner (1749–1823) entdeckte Ende des 18. Jahrhunderts den Schutz durch Impfen. Eigentlich entdeckte das Prinzip eine Kuhmagd. Denn sie sagte zu dem Arzt Jenner, sie bekäme die Pocken nicht, denn sie sei ja ständig im Kuhstall bei den Kühen, die die Kuhpocken hätten.¹⁶

Es war der Arzt Christoph Wilhelm Hufeland (1762–1836), der in Preußen die Wirksamkeit der Pockenschutzimpfung propagierte. Mit einer »Bekanntmachung des Königlich Preußischen Ober-Collegii medici« veröffentlichte er die Resultate der Impfung:¹⁷

- »1. Die Kuhpockenimpfung bewirkt nur eine leichte, gefahrlose ... Krankheit...;
2. sie schützt gegen die Ansteckung der natürlichen ... Pocken...;
3. sie gewährt also ... ein Mittel, um Millionen von Menschen vor den schrecklichen Folgen der natürlichen Pocken zu sichern und diese am Ende ganz zu vertilgen.«

Der Erfolg von Hufelands Werbung blieb nicht aus. In den Jahren 1801–1810 ließen sich in Preußen etwa 600.000 Menschen impfen. Seit 1815 bestand in Preußen eine Impfpflicht.¹⁸ (*Siehe die nachfolgenden Faksimiles der Impfurkunden von Friedrich und Rosalie Künzel*)

1874 führte das Deutsche Reich mit dem Erlass des Reichsimpfgesetzes die Impfpflicht gegen Pocken ein, die mehr als 100 Jahre lang Bestand hatte. Impfskeptiker fürchteten zunächst, ihnen wüchsen Hörner durchs Impfen, weil der Impfstoff mit Kuhpocken hergestellt wurde.

All diese Bemühungen führten schließlich dazu, dass am 30. Juni 1900 das Reichsseuchengesetz verabschiedet wurde. Es sah die Meldepflicht und den Umgang mit Lepra, Cholera, Fleckfieber, Gelbfieber, Pest und Pocken vor. Spätere Gesetze erweiterten die Meldepflicht auf andere Erkrankungen.¹⁹ Das Reichsgesetz hatte im Wesentlichen bis 1961 Bestand und wurde dann vom

¹⁶ Jütte, R.: Eine kurze Geschichte des Impfens, in: FAZ vom 29.6.2020; Bredow, R. von, u. a.: Stich fürs Leben, in: Der Spiegel vom 30.3.2019. Weil der erste Impfstoff der Welt mithilfe einer Kuh hergestellt wurde, und weil im Lateinischen die Kuh = vacca heißt, nennt man einen Impfstoff eine Vakzine.

¹⁷ Genschorek 1986, S. 144.

¹⁸ Wikipedia (13.5.2021); Everts, M.: »Was man vorschreibt, erregt Misstrauen«, in: Der Spiegel Nr. 32:2021, S. 93 [Interview mit Karl-Heinz Leven].

¹⁹ Mette, A./Winter, I. (Hrsg.): Geschichte der Medizin, VEB Verlag Volk und Gesundheit, Berlin (DDR) 1968, S. 133; Baader, G./Peter, J. (Hrsg.): Public Health, Eugenik und

Daß Christian Friedrich Künzel,
 Heinrich Wilhelm Künzel
 und Hermann Heinrich Künzel
 von mir Entesgenannten die Schutzpocken
 eingepfht bekommen, und der Verlauf
 ganz gut und nach der Regel war, bescheinigt
 hiermit
 Leubnitz, d. 20. Juli
 1858.

Dr. Julius Eckardt,
 Wundarzt.

»Daß Christian Friedrich Künzel... von mir Entesgenannten die Schutzpocken ein-
 gepfht bekommen und der Verlauf ganz gut und nach der Regel war, bescheinigt
 hiermit Leubnitz, den 20. Juli 1858 | Dr. Julius Eckardt | Wundarzt«
 Christian Friedrich Künzel war mein Urgroßvater.

Bundesseuchengesetz abgelöst, das wiederum 40 Jahre später, im Jahr 2001,
 mit dem Infektionsschutzgesetz erweitert wurde.

Als das Reichsseuchengesetz verabschiedet wurde, war Adolf Gottstein
 (1857–1941) praktischer Arzt in Berlin. 1911 wurde er Stadtarzt von Char-
 lottenburg. Später, ab 1919, war er Ministerialdirektor des preußischen Mi-
 nisteriums für Volkswohlfahrt und damit Gestalter des preußischen Gesun-
 deheitswesens während der Weimarer Republik. Er gehörte zu den wichtigen
 jüdischen Sozialhygienikern. Er begründete in Preußen die Sozialhygieni-
 schen Akademien für die Weiterbildung der Kreisärzte: eine in Berlin-Char-
 lottenburg, eine in Düsseldorf, eine in Breslau.

Rassenhygiene in der Weimarer Republik und im Nationalsozialismus, Mabuse-Verlag,
 Frankfurt am Main 2018, S. 15.

Impfschein.

Nachtr. Impfliste N. 186.

Impfbezirk 21.

Rosalie Künzel

geboren den 5. 9. 1874 wurde am 18. 8. 1875

zum ersten Male mit Erfolg geimpft.

Durch die Impfung ist der gesetzlichen Pflicht genügt.

Berlin, am 25. 8. 1875.



Prinny

Stgt.

Pub. L.
N. 45. STAATSGESUNDHEIT
BERLIN

Impfschein für Rosalie Künzel, der Schwester meines Großvaters.

Er schrieb über die Maßnahmen zur Bekämpfung der Seuchen, die eine der »hauptsächlichen Aufgaben der staatlichen Gesundheitspflege bilden«, etwas, was heute sehr modern klingt: »Es bedarf der Gesetze, um das Einschreiten [des Staats] zu ermöglichen. Die Gesetze müssen polizeilichen Cha-

rakter haben und sich auf Verbote und Strafen berufen können. Sie müssen sich auf die sicheren Tatsachen wissenschaftlicher Feststellungen stützen, und die Bevölkerung muss das Vertrauen haben, dass das Geforderte begründet ist.« Fehle dieses Vertrauen, dann führten solche Gesetze zur Missachtung und Hinterziehung und zu offener Empörung.²⁰

1899 erließ der preußische Staat ein Kreisarztgesetz. Damit wurde der Kreisarzt geschaffen, der den Kreisphysikus ablöste. Der Kreisassistentenarzt unterstützte nun den Kreisarzt statt des Kreiswundarztes. Während die hauptsächliche Arbeit der Kreisärzte darin bestand, die Seuchen zu beherrschen, hatten sie daneben noch eine Fülle anderer Tätigkeiten zu erledigen.

Dem Kreisarzt oblag die Kontrolle der Bäder, der Wasserversorgung und der Müllabfuhr. Er war zuständig für die Desinfektion, die Gewerbehygiene, die Heilgehilfen, die Kinderheime, die Schulhygiene und die Pockenschutzimpfung. Der Kreisarzt war auch zuständig für die Impfanstalt. Zu seinen Aufgaben gehörten die Beobachtung der gesundheitlichen Verhältnisse (»aus eigener Anschauung«), die Aufklärung der Bevölkerung und die Überwachung der Durchführung der Gesundheitsgesetzgebung. Er hatte die Heilanstalten und sonstige gesundheitlich wichtige Einrichtungen zu beaufsichtigen, den Behörden Vorschläge über die Abstellung von Mängeln zu machen und sich auf Ersuchen gutachtlich zu äußern. Im Falle von Seuchen konnte der Kreisarzt vorläufige Anordnungen treffen, er hatte insofern eine obrigkeitliche Anordnungsbefugnis. Apotheken und Hebammen mussten überwacht werden. Dem Kreisarzt oblagen die Kontrollen der Kanalisationsprojekte und neuer Krankenhaus- und Schulgebäude. Er hatte Begräbnisstätten zu kontrollieren. Dabei waren regelmäßige Fortbildungen für ihn in den Etat eingestellt.²¹

Der Kreisarzt von Dortmund, Nathanael Wollenweber (1875–1951), erläuterte die Aufgaben des Kreisarztes so:²² »Die Patienten des Kreisarztes sind die einzelnen Städte und Dörfer.« Die zu behandelnden Kranken seien hygienische Mängel aller Art, z. B. eine schlechte Kanalisation. Ein guter

²⁰ Gottstein, A.: Das Heilwesen der Gegenwart, Deutsche Buch-Gemeinschaft, Berlin 1924, S. 330.

²¹ Kirsten, F.: Über die Organisationen und die Verwaltungsmaßnahmen der lokalen Verwaltungsbezirke, insbesondere die Städte, auf dem Gebiete der öffentlichen Gesundheitspflege, in: Veröffentlichungen aus dem Gebiete der Medizinalverwaltung 2:1913, 9. Heft, S. 69-96.

²² Wollenweber, N.: Mängel im Wohnungswesen im westfälischen Industriebezirk und ihre Bedeutung für die Ausbreitung von Infektionskrankheiten, in: Veröffentlichungen aus dem Gebiete der Medizinalverwaltung 2:1913, 5. Heft, S. 3-36.

Kreisarzt werde sich nicht damit zufrieden geben, eine etwa vorhandene Typhusepidemie »durch Absonderung der Kranken« bekämpft zu haben, sondern er werde sein Wirken auf eine »etwa vorhandene Konstitutionsanomalie der Gemeinde richten, zum Beispiel eine schlechte Wasserversorgung«.

Wichtige Aufgabe der Kreisärzte war nach wie vor die Seuchenbekämpfung. Seit 1921 gab es in Preußen allerdings keine Cholera mehr. Im Falle des Ausbruchs einer übertragbaren Krankheit war der Kreisarzt befugt, eine »Absonderung« des Kranken anzuordnen. Ob ein Übertreten der »Absonderung« nach dem Gesetz strafbar war, war im Juli 1926 Gegenstand einer gerichtlichen Untersuchung. Das Gericht kam zu dem Urteil, dass das am 30. Juni 1900 verabschiedete Reichsseuchengesetz keine Strafbarkeit bei Zuwiderhandlung vorsehe, was von den Medizinalbeamten gerügt wurde. Sie drängten auf eine Änderung des Gesetzes.²³

Seit 1901 gab es eine Dienstanweisung für Kreisärzte, dass sie eine Weiterbildung zu durchlaufen und eine Kreisarztprüfung abzulegen hätten. Die wurde nach einer Prüfungsordnung vom Juni 1909 abgenommen. Zwischen Approbation und Anstellung sollten in der Regel fünf Jahre liegen. Nach 12-jähriger Tätigkeit konnte der Titel eines Medizinalrats erworben werden – nach weiteren Jahren der Titel eines Geheimen Medizinalrats.

Beim Inkrafttreten des Kreisarztgesetzes in Preußen im Jahr 1901 gab es anfangs nur 15 vollbesoldete gegenüber 493 nicht vollbesoldeten Kreisärzten. 1913 waren es bereits 64 hauptamtliche Kreisärzte.²⁴

Der preußische Staat alimentierte seine Kreisärzte spärlich. 1892 bekam ein preußischer Kreisarzt ein Grundgehalt von 900 Mark – jährlich.²⁵ So waren die Kreisärzte auf Nebentätigkeiten angewiesen. Der Geheime Medizinalrat und Königliche Kreisarzt Dr. Ludwig Becker verdingte sich deshalb als Vertrauensarzt beim Schiedsgericht für Streitigkeiten bei Arbeitsunfällen und Invalidität. Die ärztliche Sachverständigentätigkeit erbrachte Nebenein-

²³ Boege: Das Gesetz, betreffend die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten vom 28. August 1905, in: Zeitschrift für Medizinalbeamte und Krankenhausärzte 40/49:1927, S. 702–705.

²⁴ Schneider: Die Organisation und die Verwaltungsmaßnahmen auf dem Gebiete des öffentlichen Gesundheitswesens in Preußen, in: Veröffentlichungen aus dem Gebiete der Medizinalverwaltung 2:1913, 9. Heft, S. 3–66.

²⁵ Bender, W.: Die Hand am Puls der Zeit. Lippische Alltagsgeschichte des ausgehenden 19. Jahrhunderts im Spiegel amtsärztlicher Berichte, Selbstverlag, Detmold 2000, S. 6 f. Ein männlicher Arbeiter bekam etwa die Hälfte.

künfte.²⁶ So besserte der Königliche Kreisarzt sein mageres staatliches Salär mit Rentengutachten auf.

1922 gab es in Preußen 230 vollbesoldete und 223 nebenamtliche Kreisärzte.²⁷ Im Jahr 1924 gab es schon 271 vollbesoldete und nur noch 155 nebenamtliche Kreisärzte.²⁸ Im Jahr 1927 waren dann die meisten Kreisarztstellen mit vollbesoldeten Ärzten besetzt. Nach einem Vierteljahrhundert standen 284 vollbesoldeten Kreisärzten 142 nicht vollbesoldete gegenüber.²⁹ Auch die KPD forderte auf ihrem Parteitag im Februar 1921 die volle Besoldung aller Kreisärzte, damit sie ohne materielle Sorgen sich voll und ganz ihrer Aufgabe als Kreisarzt widmen könnten. Es sollte ihnen dann aber untersagt werden, eine Privatpraxis oder eine andere Nebenbeschäftigung auszuüben.³⁰

Nicht nur Vorsorge, sondern auch Fürsorge

Der bereits genannte schlesische Medizinalrat Karl Ignatius Lorinser, der 1831 die Cholera abgewehrt hatte, kümmerte sich 1836 um die Schulen. Er veröffentlichte eine Untersuchung über die »körperfeindliche« und »üble« Schule und beunruhigte damit das preußische Kultusministerium.³¹

Nach dem Erlass des Kreisarztgesetzes wurde die Schulgesundheitspflege staatlicherseits erheblich gefördert, indem die Kreisärzte die Aufgabe erhielten, die Schulgebäude und die Schulkinder gesundheitlich zu beaufsichtigen. Die Kreisärzte hatten zunächst auch die Funktion eines Schularztes. Mehr und mehr übernahmen allerdings die Kommunen diese Aufgabe,

²⁶ Becker, L.: Lehrbuch der ärztlichen Sachverständigen – Tätigkeit für die Unfall- und Invaliditäts-Versicherungs-Gesetzgebung, Verlagsbuchhandlung von Richard Schoetz, Berlin 1909.

²⁷ Nadav, D. S.: Julius Moses und die Politik der Sozialhygiene in Deutschland, Bleicher Verlag, Weinsberg 1985, S. 191.

²⁸ Sieveking, H.: Das Gesundheitswesen des preußischen Staates in den Jahren 1923 und 1924 (Rezension), in: Zeitschrift für Medizinalbeamte 40:1927, S. 532 f.

²⁹ Solbrig, O.: 25 Jahre Preußische Medizinalverwaltung seit Erlass des Kreisarztgesetzes 1901–1926, in: Zeitschrift für Medizinalbeamte und Krankenhausärzte 40/49:1927, S. 692–698.

³⁰ Winter, I.: Beitrag zur Geschichte der Gesundheitspolitik der KPD in der Weimarer Republik, Dissertation der Philosophischen Fakultät der Humboldt-Universität zu Berlin, Berlin (DDR) 1965, S. 99.

³¹ Oelkers, J.: Physiologie, Pädagogik und Schulreform im 19. Jahrhundert, in: Sarasin, Ph./Tanner, J. (Hrsg.), Physiologie und industrielle Gesellschaft, Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main 1998, S. 245–285, hier: S. 248.

denn der einzelne Kreisarzt war damit überfordert, sämtliche Schulen in seinem Bezirk zu überprüfen. Ende des 19. Jahrhunderts gingen die Städte dazu über, eigene Schulärzte anzustellen, die dann die schulärztliche Hygiene von den staatlichen Kreisärzten übernahmen. Das war der Beginn des Dualismus zwischen staatlichem Kreisarzt und gemeindlichem Kommunalarzt.

Moritz Fürst, Schularzt aus Hamburg, berichtete 1913 davon, dass die Schulärzte verschiedener Städte Daten über die Schulfähigkeit der »Schulrekruten« vorlegten. Dabei spiele das »Elend der sozialen Lage der Eltern« für die mangelnde Schultauglichkeit eine große Rolle – die »Minderbegabung« habe soziale Ursachen.³² In Mannheim gab es zu dieser Zeit sogar einen hauptamtlichen Stadtschularzt, Dr. Paul Stephani (1870–1947), der der Ansicht war, dass der Beginn der Schulpflicht im sechsten Lebensjahr zu früh sei.

Der Kreisarzt war aber da gefordert, wo besondere Bevölkerungsgruppen einer besonderen ärztlichen Fürsorge bedurften, die es ansonsten für sie nicht gab: Das galt für die Säuglings-, die Tuberkulosen- und die Behindertenfürsorge einschließlich der Fürsorge für Geisteskranke und Süchtige. Mit einem Gesetz von 1891 war den preußischen Provinzen die Fürsorge für die »Geisteskranken, Idioten und Blinden« übertragen worden. Der preußische Staat sagte dem Alkoholismus den Kampf an und erwartete eine Mitarbeit der Kreisärzte. Der Minister für geistliche Unterrichts- und Medizinal-Angelegenheiten ersuchte im Jahr 1909 die Kreisärzte, »bei den Nachschauterminen des Impfens, bei Schulbesichtigungen und bei Lehrerkonferenzen«³³ Merkblätter über die »Schädlichkeit des Alkoholismus im Kindesalter« auszuteilen.

Der Kreisarzt war subsidiär tätig und übernahm Aufgaben, die von keiner anderen Stelle übernommen wurden. Dabei war der Kreisarzt eher wie ein traditioneller Arzt tätig, indem er mit Stethoskop und Röntgenapparat und anderen diagnostischen Geräten arbeitete. Diese subsidiäre Betreuung für unterversorgte Bevölkerungsgruppen prägt die amtsärztliche Tätigkeit bis heute. Diese fürsorgerischen Tätigkeiten wurden dem Kreisarzt damals aber bald von den kommunalen Gesundheitsamtsärzten abgenommen.

So entstand die Frage, ob ein Kreisarzt auch Fürsorgearzt sein solle. Ludwig Teleky (1872–1957), jüdischer Sozialhygieniker aus Österreich, Leiter der »Westdeutschen Sozialhygienischen Akademie« in Düsseldorf, war kritisch.

³² Fürst, M.: Der Einfluss der sozialen Lage auf die Schultauglichkeit, in: Mosse, M./Tugendreich, G. (Hrsg.), Krankheit und Soziale Lage, 1913 [Nachdruck Jürgen Cromme Verlag, Göttingen/Augsburg 1994], S. 308-341.

³³ Theuermeister, R.: Amtliche Fürsorge zur Abwehr des Alkoholismus, Neuland-Verlag, Hamburg 1926, S. 11.

Er schrieb, dass es ihm vollständig unverständlich sei, wie ein vollbesoldeter und auch vollbeschäftigter Kreisarzt noch im Nebenamt die Geschäfte eines Fürsorgearztes übernehmen und auch wirklich ausüben könne.³⁴ Denn der Fürsorgearzt müsse der hygienische Berater der »unbemittelten Bevölkerung« sein. Er müsse für jeden einzelnen aus dieser Bevölkerung das sein, was der tüchtige Hausarzt der alten Schule als hygienischer Berater für die »Wohlhabenden« war. Dazu müsse er eine gute klinische Vorbildung haben. Der Fürsorgearzt betreibe keine Therapie, aber er müsse die nötigen Kenntnisse haben beispielsweise über Lungenkrankheiten, Säuglingserkrankungen, über Ernährungsstörungen, und als Schularzt müsse er ein Wissen haben über Augenkrankheiten und Sehstörungen, und er müsse auch Ohrenspezialist sein. Er müsse von den Frühdiagnosen der Infektionskrankheiten etwas verstehen. Der Fürsorgearzt brauche also eine ordentliche klinische Vorbildung. Teleky warnte davor, dass als Fürsorgeärzte solche Mediziner tätig würden, die ansonsten in den anderen Bereichen der Medizin nicht vorankämen. Wenn der Kreisarzt also auch Fürsorgearzt sein solle, dann brauche er eine entsprechende Aus- und Fortbildung. Dann müssten auch die Kurse der sozialhygienischen Akademien auf diese Tätigkeiten orientieren.

Damit war das Dilemma des Kreis- und Fürsorgearztes angegeben: Er musste nicht nur Kenntnisse haben in Präventivmedizin, sondern auch in diagnostischer und klinischer Medizin, um frühzeitig Störungen erkennen zu können.

Der Fürsorgearzt hatte zwar eine rein ärztliche Aufgabe zu erfüllen, aber er musste in stärkerem Maße als andere Ärzte soziologische, wirtschaftliche, hygienische und statistische Gesichtspunkte berücksichtigen.³⁵ Allerdings waren ihm therapeutische Maßnahmen untersagt, um Konkurrenz mit frei praktizierenden Ärzten und Fachärzten zu vermeiden. Während eine dreimonatige Weiterbildung mit Kursen für die angehenden Kreisärzte obligatorisch war, wurde der Besuch der Kurse durch die angehenden Kommunal- und Fürsorgeärzten als »wünschenswert« bezeichnet.

Zu Beginn des 20. Jahrhunderts und besonders zu Beginn der Weimarer Republik gingen die aufstrebenden Kommunen mehr und mehr dazu über, sich eigene Ärzte – Fürsorgeärzte – anzustellen. Adolf Gottstein, Ministerial-

³⁴ Teleky, L.: Zur Frage der Vorbildung der Fürsorgeärzte und der Kreisärzte, in: Zeitschrift für Medizinalbeamte und Krankenhausärzte 40/49:1927, S. 715-722.

³⁵ Tutzke, D.: Entwicklung der bürgerlichen Sozialhygiene in Deutschland, in: Tutzke, D. (Hrsg.), Zur gesellschaftlichen Bedingtheit der Medizin in der Geschichte, Jena 1981, S. 104–116, hier: S. 112.

direktor im preußischen Wohlfahrtsministerium, war zuständig für die Kreisärzte. Er sah den Dualismus zwischen Kreis- und Kommunalarzt gelassen. In vielen Städten würden beide Aufgaben in Personalunion erledigt. Gelegentlich hätten auch Großstädte und auch häufiger kleinere Städte den staatlichen Kreisarzt für städtische Verwaltungsaufgaben herangezogen, schrieb er sowohl 1913 als auch nach seiner Pensionierung 1924.³⁶ Andererseits hätten nur ganz wenige Städte von dem gesetzlichen Recht Gebrauch gemacht, für ihren Stadtarzt die Übertragung der Geschäfte des Kreisarztes zu beantragen. Aber er meinte, dass sowohl der Kreisarzt als auch der Stadtarzt genug zu tun hätten. Es sei ein erträglicher Zustand, dass in einer großen Stadt zugleich ein staatlicher und ein städtischer Gesundheitsbeamter angestellt seien. »Sie haben beide genügend zu tun, und es ist eine Sache der Person und des Taktes, dass sie gut zusammenarbeiten.« Das war aber wohl nicht immer der Fall.

In Köln sah die Lösung so aus, dass der staatliche Kreisassistentarzt Peter Krautwig (1869–1926) zugleich Leiter des städtischen Gesundheitsamts war. Er engagierte sich für die kommunale Fürsorge.³⁷ Krautwig war der Ansicht, dass in den kleineren Städten und auf dem Land die Kreisärzte alten Typs mit der Leitung der geplanten kommunalen Gesundheitsämter betraut werden sollten. Demgegenüber sollte in den großen Städten und in den dicht besiedelten Bezirken ein »Kreiskommunalarzt« oder ein spezieller Stadtarzt an der Spitze der Ämter stehen.³⁸

³⁶ Gottstein, A.: Aufgaben der Gemeinde- und der privaten Fürsorge, in: Mosse/Tugendreich 1913/1994, S. 721-786; Gottstein 1924, S. 328-330.

³⁷ Schütz 2004, S. 19.

³⁸ Nadav 1985, S. 194.