

# Stadtarchiv Mannheim

## Nachlaß

Hermann Heimerich

Zugang: 24/1972

123

---

64

Sonderabdruck aus den „Sozialhygienischen Mitteilungen“, 1930, Heft 1/2.

Schriftleiter: Dr. Alfons Fischer, Karlsruhe.

Verlag: C. F. Müller, Karlsruhe i. B.

---

## Arbeitsgemeinschaften für Gesundheitsfürsorge und kommunale Gesundheitspolitik in Baden.

Von Stadtobermedizinalrat Dr. Geißler, Karlsruhe.

### I.

Nach den Richtlinien über Gesundheitsfürsorge in der versicherten Bevölkerung vom 27. Februar 1929 (Reichsgesetzblatt Nr. 10 S. 60 ff.) sollen sich zur Förderung der gemeinsamen Zwecke in der Gesundheitsfürsorge die Versicherungsträger untereinander und mit den Trägern der öffentlichen und freien Wohlfahrtspflege, mit den staatlichen und kommunalen Gesundheitsdienststellen, mit der Ärzteschaft und anderen beteiligten Stellen in Arbeitsgemeinschaften, Zweckverbänden oder ähnlichen Vereinigungen verbinden.

Der Zweck dieser Arbeitsgemeinschaften soll das Zusammenwirken ihrer Mitglieder zur Erreichung einer umfassenden und planmäßigen, zusammenhängenden und möglichst wirksamen Gesundheitsfürsorge für die fürsorgebedürftige Bevölkerung sein. Ferner soll durch diese Arbeitsgemeinschaften erreicht werden, daß Ausgaben für unnötige Doppelleistungen vermieden, und dadurch Mittel zur Steigerung der notwendigen Leistungen freigemacht werden. Die Gesundheitsfürsorge soll im ganzen dadurch einfacher und wirtschaftlicher gestaltet werden.

Wenn man die in der letzten Zeit, u. a. auf Ärztetagen, laut gewordenen Klagen über die Zersplitterung der Gesundheitsfürsorge in Baden gehört hat, möchte man feststellen, daß hier endlich ein Plan vorliegt, der den Weg zeigt zu den nächsten Notwendigkeiten, zur planmäßigen Zusammenfassung der Gesundheitsfürsorgearbeit.

Dieser Plan ist aber nicht scharf umrissen, sondern überläßt nach § 3 der Richtlinien die Arbeitsweise und die Art der Geschäftsführung der freien Vereinbarung der Beteiligten.

Seitens der Versicherungsträger sind nun bereits seit längerer Zeit Vorarbeiten im Gange, um zunächst unter sich Abmachungen zu treffen, mit denen sie dann an die Träger der öffentlichen Gesundheitsfürsorge herantreten werden. Auch für die großen Städte, die Kreise und ländlichen Fürsorgeverbände ist es daher an der Zeit, sich zurechtzulegen, in welcher Weise sie selbst unter Wahrung ihrer eigenen Interessen an der Bildung solcher Arbeitsgemeinschaften mitarbeiten sollen und können.

Im folgenden seien zu dieser Frage einige Gesichtspunkte besprochen. Meine Stellungnahme ist dabei in jeder Weise völlig unabhängig und unbeeinflusst und gibt nur einer ganz persönlichen Auffassung Ausdruck. Sie erzwengt eine Verbesserung und Vereinfachung der Organisation der Gesundheitsfürsorge und will deshalb die vorhandenen Unzulänglichkeiten möglichst scharf herausstellen.

### II.

Die „Gesundheitsfürsorge“ der Versicherungsträger ist Krankenfürsorge. Dies ist begründet in ihrer geschichtlichen Entwicklung und der ursprünglichen Beschränkung der Leistungen der Versicherungsträger auf die bereits an der Gesundheit Geschädigten. Sie ist ein wichtiger Teil der sozialen Medizin. Wenn jetzt die Kernaufgabe dazu kommt, auch für hygienische Belange etwas zu tun, so tritt diese neue Zweckbestimmung ganz naturgemäß hinter dem Hergebrachten und Gewohnten an Bedeutung zurück. Es kommt hinzu, daß die medizinischen Mitarbeiter der Kranken- und Invalidenversicherung bisher fast ausschließlich Therapeuten waren, Ärzte, welche Kranke behandeln und allenfalls klinisch begutachten, aber nur selten oder nie Sozialhygieniker.

Bei der kommunalen Gesundheitspflege standen im letzten halben Jahrhundert andere Aufgaben und Ziele im Vordergrund. Wohl hatten die Gemeinden durch ihre Fürsorgeämter früher die Ortsarmen, heute die Fürsorgeempfänger im Krankheitsfalle ärztlich zu versorgen. Diese Krankenfürsorge war aber nicht das Wesentliche an der städtischen Gesundheitspflege; ihr Haupttätigkeitsfeld war das Gebiet der Hygiene<sup>1)</sup>. Seit etwa 50 Jahren waren die Städte bestrebt, in systematischer Arbeit den Forderungen der technischen Hygiene unter großen finanziellen Aufwendungen gerecht zu werden. Sie haben diesen Zweig der Gesundheitspflege so gefördert und ausgebaut, daß heute alle wesentlichen Aufgaben gelöst sind. Kulturpolitisch betrachtet ist erreicht worden, daß die Errungenschaften dieses Teils der Hygiene tatsächlich Gemeingut des Volkes geworden sind und heute als selbstverständliche Notwendigkeit angesehen werden. Es sei an die schon ziemlich vollkommene Lösung des Problems der Trink- und Gebrauchswasserversorgung, der Abwässerbeseitigung, der Straßenreinigung, der Müllabfuhr, des Friedhofwesens, des Krankenhaus- und Krankentransportwesens, der Bekämpfung der gemeingefährlichen übertragbaren Krankheiten, soweit sie zu den Aufgaben der Gemeinden gehört, des Badewesens und in gewissem Grade auch der Wohnungshygiene und Schulhaushygiene erinnert. Vielfach ist neuerdings die technische Hygiene auch wieder unter ärztliche Aufsicht gestellt, nachdem sie eine Zeitlang als ausschließliche Domäne des Technikers angesehen worden war.

Als nun kurz vor und besonders nach dem Kriege die Gemeinden an das Aufgabengebiet der sozialen Gesundheitsfürsorge herantraten, waren es wiederum in erster Linie hygienische Aufgaben, die sie sich stellten. Man hat Schulspeisungen durchgeführt, Sportplätze geschaffen, Kinderberatungsstellen unterhalten, örtliche Erholungsstellen, Kinderheime, Altersheime gebaut u. dgl. m. Es sei auch an die erste Tuberkulosebekämpfungseinrichtung der Stadt Mannheim, das „Isolierspital“, sodann an die Arbeitsweise der Tuberkulosefürsorge in Frankfurt a. M., Halle, Stettin u. a. erinnert.

Im Laufe der letzten zehn Jahre wurden einzelne Gebiete der Gesundheitsfürsorge aber immer mehr und mehr nach der klinischen Seite hin orientiert, und zwar hauptsächlich durch die Einwirkung des Ausbaus der Fürsorgemaßnahmen seitens der Versicherungsträger. Diese Entwicklung vollzog sich sozusagen zwangsläufig und unbemerkt auf der Linie des geringsten Widerstandes. Wer als Arzt auch hygienisch zu arbeiten sich bemüht, weiß, wieviel leichter es ist, beispielsweise bei einer Tuberkulose irgendein Medikament zu verschreiben oder eine Heilstättenkur in die Wege zu leiten, als etwa eine genügende Wohnung zu beschaffen und hygienische Lebensweise, Absonderung des ansteckenden Kranken u. dgl. zu erreichen. Ebenso wissen die Kommunen als Fürsorgeträger, wieviel mehr Verwaltungsarbeit es erfordert, will man in dieser Hinsicht auch nur das Notwendigste verwirklichen.

Warum aber ist ersteres leichter? Nicht aus finanziellen Gründen, denn auch das Heilverfahren erfordert große Mittel, und nicht nur infolge psychologisch bedingter günstigerer Voraussetzungen, da ja freiwillige Mitarbeit der Gefährdeten auch hinsichtlich der Heilmaßnahmen notwendig ist, sondern hauptsächlich, weil die therapeutische ärztliche Arbeit besser organisiert ist, während die sozialhygienischen Belange heute noch immer zuwenig beachtet werden, und die diesbezügliche Organisation in vielen Punkten noch versagt.

Deshalb liegt bei der Gründung von Arbeitsgemeinschaften zwischen Gemeinden, Kreisen und Fürsorgeverbänden einerseits und den Trägern der Sozialversicherung in Verbindung mit der Ärzteschaft und der privaten Wohlfahrtspflege andererseits die geschichtlich bedingte und durch die Verhältnisse gebotene Aufgabe der Städte, Kreise und Fürsorgeverbände in der Hygienisierung der Gesundheitsfürsorge, in der Ergänzung der bisher im Vordergrund stehenden, Heilung erstrebenden sozialen Medizin durch Vorbeugung erstrebende soziale Hygiene.

Wenn wir den dritten Teil der eingangs genannten Reichsrichtlinien, welcher die Gesundheitsfürsorge für tuberkulöse und geschlechtskranke Versicherte behandelt, durchsehen, wird das vorstehend Gesagte schlaglichtartig beleuchtet. Die Leistungen der Ver-

<sup>1)</sup> Vgl. A. Fischer, Grundriß der sozialen Hygiene, Karlsruhe 1925, S. 38.

sicherungsträger sind dort eingeteilt in Heilmaßnahmen und Fürsorgemaßnahmen. Den Heilmaßnahmen sind in der Folge dreieinhalb Spalten mit zwölf Paragraphen gewidmet, das Verfahren ist im einzelnen ganz genau festgelegt, während die Fürsorgemaßnahmen auf einer knappen halben Seite und in ganzen drei Paragraphen nur stichwortartig aufgezählt werden. Ein „Verfahren“ gibt es in dieser Hinsicht noch nicht.

Dabei ist heute die Lage die, daß die soziale Komponente der Tuberkulosesterblichkeit wenn noch nicht ganz, so doch beinahe vollkommen ausgeschaltet ist, soweit es sich um die Durchführung von Heilmaßnahmen für Lungenkranke handelt. Jedem, auch dem Unbemittelten, ist heute durch die Tuberkulosefürsorge überall, wo richtig gearbeitet wird, die Möglichkeit gegeben, sich eingehendst fachärztlich untersuchen zu lassen und Heilstättenkuren von unbegrenzter Dauer, nötigenfalls mehrmals, durchzuführen. Im Falle der Bedürftigkeit erhält der Kranke von der öffentlichen Fürsorge und aus Mitteln der Versicherungsträger noch besondere Ernährungsbeihilfen, außerdem ist die ärztliche Nachbehandlung und Arzneimittellversorgung sichergestellt. In dieser Hinsicht ist in Baden heute fast kein Unterschied mehr vorhanden zwischen arm und reich, selbst kaum mehr zwischen Versicherten und Nichtversicherten<sup>1)</sup>.

Auch in der Geschlechtskrankenfürsorge liegen die Verhältnisse ähnlich. Hier ist schon durch das Gesetz die ärztliche Versorgung der Kranken hinreichend gewährleistet.

Ein wesentlicher Fortschritt kann daher wenigstens in den Städten, wo bisher schon umfassend gearbeitet wurde, wahrscheinlich nicht mehr durch Ausbau des Heilverfahrens, sondern nur noch durch Verbesserung der hygienischen Arbeit erreicht werden.

Die verwaltungsmäßige Durchführung der hygienischen und sozialhygienischen Fürsorgemaßnahmen zu organisieren ist aber den Versicherungsträgern ohne Mitwirkung der Träger der öffentlichen Wohlfahrtspflege nicht möglich. Sie können höchstens finanzielle Zuschüsse dafür gewähren. Daher muß z. B. die Durchführung der in den Richtlinien als notwendig aufgeführten Maßnahmen zum Schutze der in der Umgebung Offentuberkulöser Lebenden den Gemeinden bzw. Fürsorgeverbänden übertragen werden. Erforderlich ist dazu in erster Linie ein Ausbau der Wohnungsfürsorge zwecks Beschaffung von ausreichenden und hygienisch einwandfreien Wohnungen mit Absonderungsmöglichkeiten, sodann die Schaffung von stationären und ambulant zu benutzenden Sanierungskurstätten und endlich die Berufsfürsorge durch planmäßige Arbeitsbeschaffung. (Die ärztliche Untersuchung der mit Infektionsträgern in Gemeinschaft lebenden Personen, die vielfach auch als Vorbeugungsmaßnahme bezeichnet wird, ist streng genommen keine oder nur zum Teil eine solche, sondern vielmehr auch wieder eine sozialklinische Maßnahme; denn sie kann keine Krankheit verhüten, sondern nur die allerdings sehr notwendige Früherfassung bereits Erkrankter gewährleisten. Ihre Notwendigkeit soll mit diesem Hinweis aber nicht bestritten werden.)

Auf dem Gebiete der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten werden Aufgaben erwachsen, die von den Versicherungsträgern allein ebenfalls nicht gelöst werden können. Hierher gehört die Erziehungsfürsorge und Jugendpflege, die auf Hebung der moralischen Qualitäten der jugendlichen Gefährdeten hinarbeitet, und die hygienische Belehrungsarbeit (Aufgaben der Fortbildungsschulen!). Ferner wären wohl auch durch Beseitigung von Mißständen im Wohnungswesen, Schlafstellenwesen und durch zweckmäßige Unterbringung alleinstehender Jugendlicher und ähnliche sozialhygienische Maßnahmen Fortschritte zu erzielen, desgleichen durch hygienische Aufklärung und Erziehung der besonders Gefährdeten.

Die übrigen Gesundheitsfürsorgezweige, die merkwürdigerweise in den Richtlinien nicht erwähnt sind, und die gerade von der kommunalen Gesundheitsfürsorge vertreten werden, müssen von den Städten, Kreisen und Fürsorgeverbänden bei der Schaffung von Arbeitsgemeinschaften ganz besonders beachtet und betont werden, weil sie sonst sicherlich in der Bewertung zu kurz kommen: die Säuglings- und Kleinkinderfürsorge, die gesundheits-

<sup>1)</sup> Vgl. Geißler, Der Erfolgsnachweis in der Tuberkulosefürsorge, Brauers Beiträge zur Klinik der Tuberkulose 1928.

liche Schulkinderfürsorge, die Fürsorge für Psychopathen und Geisteskranke, Alkoholkranké, Alte und Gebrechliche, Krüppel, Krankenhausinsassen, die Ehe- und Sexualberatung usw.

Daß aber weitere Fortschritte auf dem Gebiete der Gesundheitspflege erreicht werden, liegt im dringendsten Interesse der Städte, Kreise und Fürsorgeverbände nicht nur aus kulturellen, sondern auch aus wirtschaftlichen Gründen, weil alle diejenigen, welche durch Krankheit in Armut und Not geraten, nach Ablauf der Leistungspflicht der Versicherungen schließlich doch alle der öffentlichen Fürsorge zur Last fallen. Denn Krankheit, insbesondere lang dauernde wie Tuberkulose, ist eine der wichtigsten Ursachen der Armut und Hilfsbedürftigkeit. Durch Verhütung der Krankheit wird in vielen Fällen auch dem Eintreten von Hilfsbedürftigkeit vorgebeugt<sup>1)</sup>.

Endlich sei hier noch erwähnt, daß auch die praktischen Ärzte an einer Verteilung der ärztlichen Arbeit von der Art, daß den Fürsorgeärzten in der Hauptsache prophylaktische Arbeiten übertragen werden, das größte Interesse haben.

### III.

Daß die bisherige Organisation der Gesundheitsfürsorge in Baden immer und überall restlos gut wäre, kann man bei aller Anerkennung für das Geleistete nicht bestätigen. Von verschiedenen Seiten ist gerade in der letzten Zeit auf bestehende Mängel und die Umständlichkeit und Unzweckmäßigkeit verschiedener Einrichtungen hingewiesen worden, so von v. Pezold, Schott, Lust, Kappes<sup>2)</sup>.

Zunächst ist zu beanstanden, daß zu viele Sondereinrichtungen ohne genügende Zusammenfassung nebeneinander bestehen, sodann daß vielfach durcheinander gearbeitet wird, und derselbe Fall oft eine ganze Reihe von Stellen beschäftigt.

Heute leistet der Landesfürsorgeverband Zuschüsse aus Staatsmitteln an die Fürsorgeämter der Gemeinden und Fürsorgeverbände, der Staat gibt ferner Gelder an die Landesverbände zur Bekämpfung einzelner Krankheitsgruppen, ebenso die Landesversicherungsanstalt. Die Kreise beteiligen sich an dem Gesundheitsfürsorgeaufwand im Rahmen der allgemeinen Fürsorge, die Krankenkassen geben Zuschüsse zu örtlichen Organisationen und zahlen Beiträge an die Landesorganisationen. Die Landesversicherungsanstalt unterhält aber auch auf eigene Kosten örtliche Gesundheitsfürsorgeeinrichtungen. Die Reichsbahnverwaltung hat eine eigene Tuberkulosefürsorge eingerichtet. Endlich zahlen die Gemeinden, Kreise und Fürsorgeverbände und Krankenkassen wieder in zentrale Kassen, an die Landesverbände, um von diesen auf Antrag wieder ihrerseits einen Teil dieser Gelder oder möglichst noch mehr für Einzelfälle zurückzubekommen.

Die Fachgebiete der Gesundheitsfürsorge sind unter nicht weniger als sechs Landesverbände aufgeteilt, die miteinander nur ganz lose Fühlung haben: Wir haben einen Landesverband zur Bekämpfung der Tuberkulose, einen zur Bekämpfung des Krebses, einen für Säuglings- und Kleinkinderfürsorge, einen Landesverein für Krüppelfürsorge, eine Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten und eine Landesorganisation für die Fürsorge für Alkoholranke. Ein Teil der Gesundheitsfürsorge aber entbehrt trotz alledem einer zentralen Zusammenfassung, nämlich die Schulgesundheitspflege, welche nur örtlich organisiert ist, und all die hier nicht genannten weiteren Gesundheitsfürsorgebelange, die meist im Rahmen der allgemeinen Fürsorge ohne Fühlung mit den Gesundheitsfürsorgestellen mehr oder weniger wahrgenommen werden.

Jeder der Landesverbände hat seine eigenen Vordrucke für ärztliche Gutachten und wirtschaftliche Berichte, die der Landesversicherungsanstalt sind wiederum davon verschieden. In allen Fällen, bei denen nicht die Reichsversicherung, Landesversicherungsanstalt oder eine Krankenkasse ohne weiteres die Kosten übernimmt, oder der Kranke

<sup>1)</sup> Von 506 Familien von Offentuberkulösen haben nur 19 = 3,8% schon vor dem Tuberkulosekrankheitsfall gelegentlich oder laufend Fürsorgeunterstützung in Anspruch genommen. Nachher blieben 50% in Fürsorgeunterstützung. Geißler in „Erfolgsnachweis in der Tuberkulosefürsorge“ a. a. O.

<sup>2)</sup> Jahresversammlung der Vereinigung Badischer Schul- und Fürsorgeärzte am 22. Juni in Karlsruhe. Ärztl. Mittl. aus u. für Baden 1929 Nr. 17.

diese selbst zahlen kann, müssen bei den verschiedenen Stellen der Reihe nach Anträge auf Kostenbeihilfe gestellt werden. Bei jeder Stelle sind Nachprüfungen, vielfach neue vertrauensärztliche Untersuchungen, neue Erhebungen usw. üblich und auch notwendig. Ebenso ist später, nach der Durchführung einer Kur, das Abrechnungsverfahren sehr umständlich, weil überall nur kleine Anteile gezahlt werden und überall dieselben Rechnungsbelege, Abgangszeugnisse usw. angefordert werden. Auf weitere Einzelheiten soll hier nicht eingegangen werden, obgleich noch vieles zu sagen wäre.

Dieselben Gesundheitsfürsorgeeinrichtungen werden teils von Städten, teils von Kreisen, teils von Bezirksfürsorgeverbänden, teils von Zweckverbänden, teils von Landesverbänden unterhalten. Wo schon Personal von einer dieser Organisationen angestellt ist, wird gelegentlich von einer anderen Organisation für dieselben Aufgaben ebenfalls Personal eingestellt, in anderen Bezirken wiederum fehlt fast alles. Daneben pflegen noch die karitativen Verbände und Organisationen einzelne Zweige der Gesundheitsfürsorge, insbesondere die Erholungsfürsorge, wobei auch sie sich im Einzelfall immer wieder auf dem umständlichen Wege, der oben beschrieben ist, von den Landesverbänden und Gemeinden Gelder zur Durchführung ihrer Maßnahmen verschaffen müssen.

Da verschiedentlich zu alledem noch immer weitere Zentralisierung selbst der Einzelfürsorge erstrebt wird, ist es nicht verwunderlich, daß man anfängt, laut nach Vereinfachung der Verwaltungsarbeit zu rufen. Die eigentliche Gesundheitsfürsorgearbeit, die in der Einwirkung von Mensch zu Mensch besteht, droht in Akten erledigung zu ersticken. Die Fürsorgerinnen müssen ihre Zeit am Schreibtisch zubringen, anstatt draußen praktisch zu wirken, die Fürsorgeärzte müssen Zeugnisse und Anträge schreiben, anstatt die Gefährdeten zu belehren und zu erziehen, und die zentralen Stellen müssen dann an Hand der Akten jeden Fall noch einmal durcharbeiten und verbescheiden. A. Fraenkel sagt hierzu bitter: „Wehe, wenn auch diese Idee (der Gesundheitsfürsorge) in der Registrierung der Kranken und der Verteilung von Wirtschaftshilfe, also im Bürokratismus, enden würde<sup>1)</sup>.“

Es ist ersichtlich, daß viel Verwaltungsarbeit entbehrlich gemacht und die zur Verfügung stehenden Arbeitskräfte mit besseren Aufgaben beschäftigt werden könnten. Wie alles, was sich in langsamer Entwicklung aufgebaut hat, mit der Zeit reif wird für Zusammenfassungen und Vereinfachungen, so sollte man auch hier sine ira et studio den Forderungen der Zeit sich nicht verschließen und tatkräftig überall da, wo Verbesserungsmöglichkeiten sich zeigen, zugreifen.

#### IV.

Als Lösung des Problems wird im folgenden der Plan einer dezentralisierten Einheitsfürsorge vorgelegt:

1. Die Landesarbeitsgemeinschaft der Gesundheitsfürsorge bearbeitet ohne Ausnahme die Belange sämtlicher gegenwärtig gepflegten und später etwa noch hinzukommenden Gesundheitsfürsorgezweige. In ihrer Kasse fließen alle von zentralen Stellen, Reich, Land, Reichsversicherungsanstalt, Landesversicherungsanstalt und Reichsbahnverwaltung aufgebrauchten Gelder zusammen.

2. In der Landesarbeitsgemeinschaft sind alle zugehörigen Organisationen und Körperschaften vertreten. Ihr Verwaltungsorgan ist der Arbeitsausschuß. Dieser muß mindestens zur Hälfte aus Ärzten und Verwaltungsbeamten bestehen, die in der praktischen Fürsorgearbeit stehen. Der Geschäftsführer ist an die Beschlüsse der Arbeitsgemeinschaft gebunden. Der Arbeitsausschuß hat auch die Funktionen einer Berufsinanz wahrzunehmen.

3. Die Landesarbeitsgemeinschaft bildet Ausschüsse für die einzelnen Gesundheitsfürsorgezweige. Diese Ausschüsse, die den bisherigen Landesverbänden entsprechen, haben zur Aufgabe die Förderung ihrer einzelnen fachlichen Belange.

4. Die Landesarbeitsgemeinschaft betreibt, abgesehen etwa von der Einweisung in Heilstätten und Erholungsheime durch eine Verschickungszentrale, keinerlei Einzelfürsorge.

<sup>1)</sup> Sozialklinische Betrachtungen zu den Reichsrichtlinien usw. Ärztliche Mitteilungen aus u. für Baden 1929 Nr. 24.

Ihr obliegt die Förderung der allgemeinen Belange, der Ausbau der nötigen Einrichtungen, die Aus- und Fortbildung des Personals der Gesundheitsfürsorge, die Festlegung von Richtlinien für Arbeitsmethoden und deren Abänderung auf Grund der jeweils gemachten Erfahrungen, die Förderung der hygienischen Volksbelehrung, auf die viel größeres Gewicht gelegt werden müßte als bisher, endlich die Verteilung ihrer Geldmittel an die einzelnen örtlichen und regionalen Arbeitsgemeinschaften und etwaige gemeinsam unterhaltene Anstalten (Heilstätten, Krankenhäuser, Erholungsheime u. dgl.).

5. Örtliche und regionale Arbeitsgemeinschaften für Gesundheitsfürsorge werden geschaffen in den großen und mittleren Städten, soweit sie in der Lage sind, eigene Gesundheitsfürsorgeeinrichtungen zu unterhalten, für die Landbezirke von den Kreisen oder jeweils mehreren Bezirksfürsorgeverbänden, die sich zu Zweckverbänden zusammenschließen. (Die Bezirksfürsorgeverbände einzeln dürften nach den bisherigen Erfahrungen meist finanziell nicht leistungsfähig genug sein, um eigenes Personal anzustellen und eigene Fürsorgestellen zu unterhalten.)

6. Anstalten, welche von Mitgliedern der Landesarbeitsgemeinschaft oder dieser selbst belegt werden, beziehen für Zwecke der Verbilligung der Kurkosten k. H. von der Landesarbeitsgemeinschaft Zuschüsse, die sich nach ihren Verpflegungstagen richten können oder sonstwie von vornherein festgelegt sind. Vorbilder hierfür sind das Land Baden bezüglich der Irrenanstalten, die Landesversicherungsanstalt Baden bezüglich der Betten des Landesverbandes zur Bekämpfung der Tuberkulose, ferner die Schweiz bezüglich der Volksheilstätten.

Ebenso werden Geldzuschüsse an örtliche Arbeitsgemeinschaften oder Fürsorgestellen durch Pauschbeträge verrechnet. (Vorbild: Landesversicherungsanstalt Württemberg.)

Das gesamte Antragstellungs- und Verrechnungssystem für Kurkostenbeihilfen, Überwachungsbeihilfen, Ernährungs- und dergleichen Zuschüsse seitens der örtlichen und regionalen Arbeitsgemeinschaften an die zentrale Stelle, das jetzt oft die Hälfte der ganzen Arbeitszeit der Fürsorgeorgane ausfüllt, fällt weg bzw. dürfte nur in Ausnahmefällen noch in Anwendung kommen. Für Versicherte bzw. deren Angehörige kann allenfalls vom Versicherungsträger auch in Zukunft an den Kostenträger ein besonderer Zuschuß bezahlt werden.

7. Die örtlichen (städtischen) und regionalen Arbeitsgemeinschaften übertragen die Durchführung der Einzelfürsorge den Städten bzw. Kreisen bzw. Fürsorgeverbänden oder Zweckverbänden. Diese fassen die gesamte Gesundheitsfürsorgeverwaltung in besonderen Ämtern, Gesundheitsämtern unter ärztlicher Leitung, zusammen. Nach norddeutschem Vorbilde muß den Leitern dieser Ämter das Recht gegeben werden, die Gesundheitsfürsorgebelange vor den Körperschaften selbst zu vertreten. Wo mehrere Ärzte in einem Gesundheitsamt tätig sind, wird die Zusammenarbeit dieser zweckmäßig kollegial gestaltet in der Art, daß der Leiter des Amtes nicht der Vorgesetzte der übrigen Ärzte ist, sondern wie bei vielen anderen Stellen der Erste unter Gleichgestellten (*primus inter pares*). Einer fachärztlichen Besetzung der ärztlichen Stellen steht nichts im Wege, alle hauptamtlichen Fürsorgeärzte sollen aber außer ihrem Fachgebiet auch allgemeine gesundheitsfürsorgerische Arbeiten übertragen bekommen, weil sie sonst mit der Zeit zu einseitig werden und die Fühlung mit den übrigen Gebieten der Medizin und Hygiene verlieren.

Die Durchführung einzelner Aufgaben kann von den örtlichen Arbeitsgemeinschaften an Mitgliedsorganisationen, z. B. an caritative Vereine, abgegeben werden. Die örtliche oder regionale Arbeitsgemeinschaft selbst hat der Stadt bzw. dem Kreise bzw. dem Fürsorgeverband gegenüber zugleich die Stellung einer beratenden Kommission und ist auch, soweit möglich, zugleich Ortsgesundheitsrat. Sie hat das Recht, an die Stadt bzw. den Kreis oder Fürsorge- bzw. Zweckverband Initiativanträge zu stellen.

8. In der Satzung wird festgelegt, daß jedes Mitglied, jede örtliche und regionale Arbeitsgemeinschaft auch das Recht hat, jederzeit beim Arbeitsausschuß Anträge auf Verbesserungen zu stellen, und daß über diese Anträge in regelmäßig stattfindenden Sitzungen Beschluß gefaßt werden muß.

V.

Die hier vorgeschlagene Organisation der Gesundheitsfürsorge vereinheitlicht die Arbeitsmethoden, beseitigt alle vermeidbare Verwaltungsarbeit, vereinfacht die Verrechnung auf das geringstmögliche Maß, hebt die Verantwortung und damit die Berufsfreudigkeit der Außenstellen, gestaltet die ganze Einrichtung wirklich demokratisch und räumt auf mit den Überbleibseln überlebter Privatwohltätigkeitsformen.

Die weitere Begründung ergibt sich aus dem bereits Gesagten. —

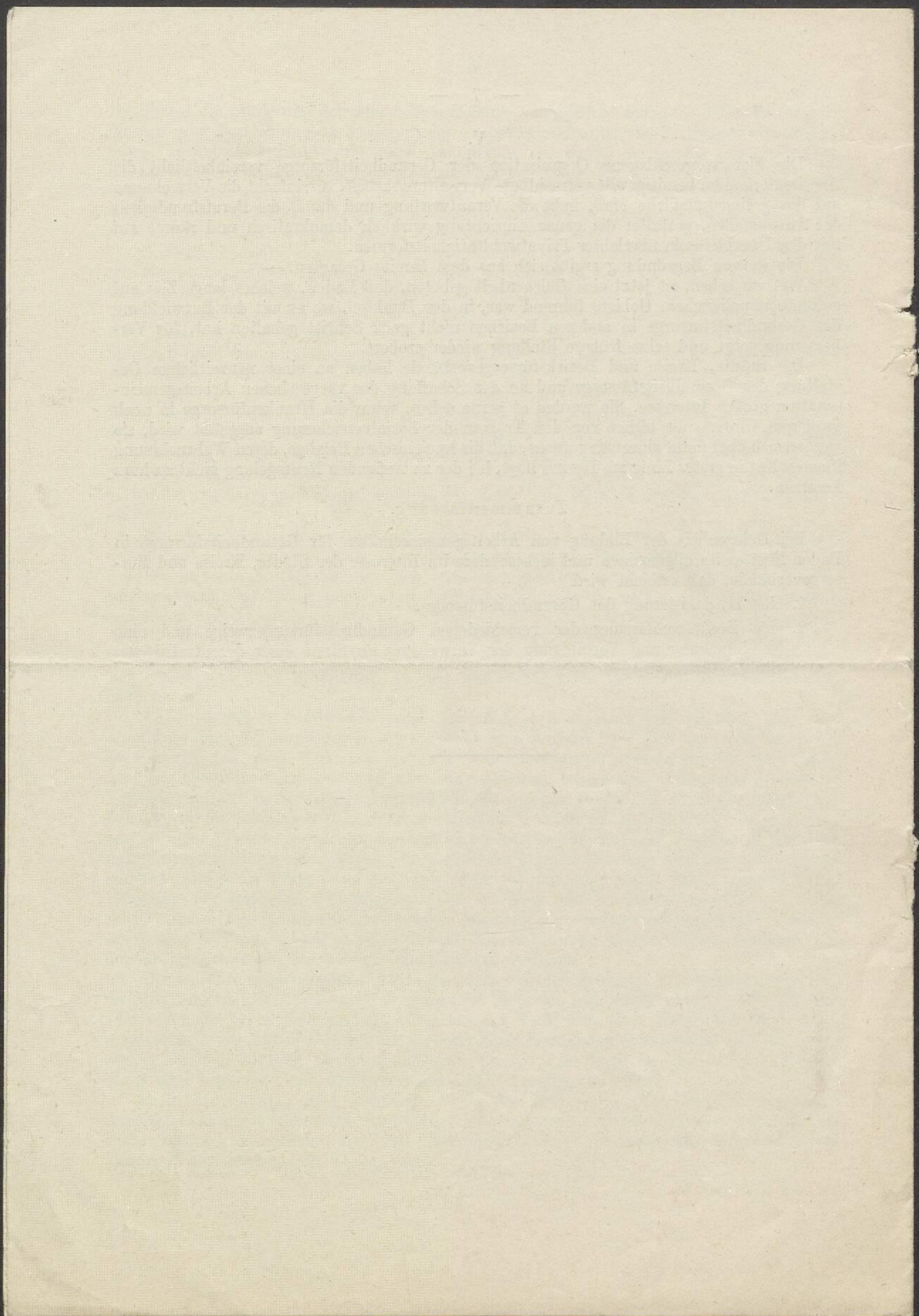
Wie wir sehen, ist jetzt eine Gelegenheit geboten, daß Baden, welches lange Zeit auf gesundheitspolitischem Gebiete führend war, in den Punkten, wo es mit der Entwicklung der Gesundheitsfürsorge in anderen Bezirken nicht ganz Schritt gehalten hat, für Verbesserung sorgt und seine frühere Stellung wieder erobert.

Die Städte, Kreise und Bezirksfürsorgeverbände haben an einer neuzeitlichen Gestaltung der Gesundheitsfürsorge und an der Schaffung der vorgesehenen Arbeitsgemeinschaften großes Interesse. Sie werden es gerne sehen, wenn die Krankenfürsorge in noch größerem Umfang als bisher von den Trägern der Sozialversicherung ausgeübt wird, sie werden sich aber dafür einsetzen müssen, daß die hygienischen Belange, deren Wahrnehmung ihnen selbst in erster Linie am Herzen liegt, bei der zu treffenden Neuregelung nicht zu kurz kommen.

Zusammenfassung.

Bei Gelegenheit der Bildung von Arbeitsgemeinschaften für Gesundheitsfürsorge in Baden liegt es im allgemeinen und insbesondere im Interesse der Städte, Kreise und Fürsorgeverbände, daß erreicht wird

1. eine Hygienisierung der Gesundheitsfürsorge,
  2. eine Zusammenfassung der verschiedenen Gesundheitsfürsorgezweige und eine Vereinfachung und Verbilligung der Verwaltung im Sinne einer dezentralisierten Einheitsfürsorge.
-



Ergebenst überreicht  
vom Verfasser

# Sonderdruck aus „Die Gemeinde“

(Halbmonatsschrift für sozialistische Arbeit in Stadt und Land)

Heft Nr. 9 / Jahrgang 1929

---

## Aerztliche Standespolitik oder kommunale Gesundheitspolitik.

Kritische Bemerkungen zum Abkommen der Fürsorgearztverbände  
von Dr. Rosenhaupt, Stadtmedizinaldirektor, Mainz.

Die ärztliche vorbeugende Fürsorge hat insbesondere in der Nachkriegszeit einen bedeutenden Aufschwung genommen. Ihre Träger waren zunächst meist private Organisationen, die teilweise aus ärztlicher Initiative entstanden waren. Nur die Schulgesundheitspflege hatte man von vornherein als kommunale Aufgabe erkannt; der Arzt war aber meist lediglich der Beauftragte der Schulverwaltung. Als Folge der staatlichen Umgestaltung und der wirtschaftlichen Not der Kriegs- und Nachkriegszeit ist die vorbeugende ärztliche Fürsorge immer mehr in die Hände der Stadtverwaltungen übergegangen. Neben den staatlichen Medizinalbeamten ist der ärztliche Kommunalbeamte getreten, der, wenn er erfolgreich arbeiten soll, mehr sein muß und sein will als nur ein Exekutivorgan einer Kommunalverwaltung, der in den Fragen seines Faches innerhalb der Verwaltung anregen und führen muß.

Während die großen Städte ihre ärztlich-fürsorgerischen Aufgaben vorwiegend hauptamtlich tätigen Aerzten übertragen haben, findet man in mittleren und kleineren entweder ein gemischtes System hauptamtlicher Leitung und nebenamtlicher Einzeltätigkeit, oder rein nebenamtliche Fürsorgeärztetätigkeit vor.

Die Aufgaben der vorbeugenden Gesundheitsfürsorge sind mannigfach. Sie erstrecken sich auf Schwangere, Mutter und Säugling, Kleinkind, Schulkind, Tuberkulose und Geschlechtskranke, Krüppel, Alkoholiker und andere durch Krankheit oder soziale Lage gesundheitlicher Fürsorge Bedürftige.

Die vorbeugende Gesundheitsfürsorge hat vor allem die Aufgabe frühzeitiger Erkennung von Krankheiten und nebenher der Vermittelung von sozialer und wirtschaftlicher Hilfe sowie der Sicherung ärztlicher Behandlung. Sicherung, nicht Durchführung; denn es kann unmöglich die Aufgabe der Gesundheitsfürsorge sein, auch die Heilbehandlung durchzuführen. Es würde das schon aus technisch-organisatorischen Gründen heute nicht möglich sein und die verschiedenen Fürsorgestellen von ihrer eigentlichen Arbeit abziehen. Sie müßten bei eintretender Wegunfähigkeit und Bettlägerigkeit des Kranken diesen entweder doch einem praktizierenden Arzt überantworten oder sich zu Ambulatorien von Riesenausmaß mit umfangreichem Außenbetrieb auswachsen und letzten Endes mit den Einrichtungen anderer ärztlicher Spezialfürsorge kollidieren und sich überkreuzen. Eine derartige Entwicklung ist aber zurzeit nicht möglich und auch nicht erwünscht. In den Gegenden, in denen die Krankenkassen die Familienversorgung

als freiwillige Hilfe übernommen und die Wohlfahrtsämter ihren Pfleglingen die freie Wahl unter allen sich zur Verfügung stellenden Aerzten ermöglicht haben, ist es das Gegebene, daß die Fürsorgeärzte alle ärztlicher Behandlung Bedürftige frei praktizierenden Aerzten zuweisen und diesen gegenüber weiter keinen Wunsch haben, als den, daß sie auch ihrerseits alles tun, um im Interesse des der Behandlung und der Fürsorge Bedürftigen einen dauernden Konnex zwischen Fürsorge- und Heilarzt anzubahnen und zu erhalten.

Es unterliegt keinem Zweifel, daß durch die Erfassung von anscheinend gesunden Personen, die von sich aus nicht den Weg in das Sprechzimmer des praktizierenden Arztes gefunden hätten und deren Erkrankung erst durch die ärztliche Fürsorgetätigkeit festgestellt wurde, den Aerzten der freien Praxis eine große Anzahl von Patienten zugeführt wird. Man sollte also meinen, daß die Aerzteschaft, worunter hier die frei praktizierenden Aerzte verstanden sein sollen, auch aus Gründen ihrer Wirtschaftsinteressen die öffentliche vorbeugende Gesundheitsfürsorge förderte. Leider ist dies jedoch nicht der Fall. Wir können sehr wohl das Mißtrauen verstehen, das der fürsorgeärztlichen *n e b e n a m t l i c h e n* Tätigkeit entgegengebracht wird, denn es liegt so nahe, daß insbesondere dem nebenamtlichen Facharzt seine offizielle Tätigkeit auch ohne seinen Willen und sein Bestreben zum Sprungbrett und Reservoir für seine private Tätigkeit wird. Aus diesem Grunde müßte die Aerzteschaft konsequenterweise für den Abbau der nebenamtlichen und den Ausbau der hauptamtlichen Tätigkeit eintreten. Das Gegenteil ist aber der Fall und erst ganz allmählich zeigen sich hier und da Ansätze für eine andere Einstellung.

Nicht berechtigt aber erscheint uns das Mißtrauen gegen die *h a u p t a m t l i c h e* Gesundheitsfürsorge. Es besteht aber und man muß mit ihm rechnen. Die zunächst meist örtlich geführten Diskussionen haben sich vorwiegend mit den Fragen der sogenannten Bagatellbehandlung befaßt, als deren drastischstes Beispiel das von der Aerzteschaft erstrebte Verbot der Anlegung eines Nabelpflasters durch den Arzt der Säuglingsfürsorge erwähnt sei.

Das Problem der Gesundheitsfürsorge wurde so allmählich reif zu einer Diskussion vor einem großen und kompetenten Forum. Und so ist es durchaus verständlich, daß man auf dem Deutschen Aertztetag des Jahres 1927 ein Doppelreferat über „Aufgaben, Bedeutung und Ausbau der Fürsorgeärztlichkeit“ entgegennahm. Medizinalrat Dr. *S t e p h a n i*, der Organisator der großzügigen Mannheimer Schulkinderfürsorge, faßte in 11 Leitsätzen Zweck und Ziele der Gesundheitsfürsorge zusammen. Er verlangte den für seine Arbeit gut vorgebildeten Fürsorgearzt, dessen Aufgabenkreis er nicht durch starre amtliche Bestimmungen abgegrenzt wissen will. Für die Gesundheitsfürsorge wünscht er die verständnisvolle Mitarbeit der Aerzteschaft und nicht deren Abseitsstehen und erhofft sich davon für sie eine Vertiefung und Kräftigung ihres öffentlichen Einflusses und ihres allgemeinen Ansehens.

Im Gegensatz zu diesen gesundheitspolitischen Leitsätzen standen deutlich die mehr standespolitischen des Berliner Aerzte-

führers S c h e y e r. Er hält es nicht für zweckmäßig, die Aufgaben der Gesundheitsfürsorge „grundsätzlich“ hauptamtlichen Aerzten zu übertragen. Er warnt vor einer „Ueberspannung der Befürsorgung“, weil er das Verantwortungsgefühl der Familien nicht erschüttert sehen will. Er will die Fürsorge nur auf den Personenkreis ausgedehnt wissen, der im Sinne der Reichsgrundsätze über Voraussetzung, Art und Maß der öffentlichen Fürsorge vom 4. Dezember 1924 hilfsbedürftig ist. Unter diesen Voraussetzungen („so lange sie sich in den gesteckten Grenzen hält“) soll die Gesundheitsfürsorge tatkräftig unterstützt werden. „Wo die Entwicklung bereits über die gezogenen Grenzen hinausgegangen ist ..., soll mit allen Mitteln ein Ausgleich der Interessen herbeigeführt werden.“ „Bei der Fürsorgegesetzgebung des Reiches und der Länder muß der Aerzteschaft der ihr gebührende Einfluß und das Recht der verantwortlichen Mitarbeit und bei Schaffung von örtlichen Arbeitsgemeinschaften zur Durchführung der Wohlfahrtspflege ein einflußreicher Platz gesichert werden.“

Der weiteren Forderung von S c h e y e r, die ärztlichen Spitzenorganisationen sollten umgehend mit den Vertretern der fürsorgeärztlichen Vereinigungen in Verbindung treten, um die Durchführung der Leitsätze des Aertztetages zu sichern, ist entsprochen worden.

Die Arbeitsgemeinschaft der Fürsorgeärzterverbände auf der einen und Aerztevereinsbund und Hartmannbund auf der anderen Seite haben Verhandlungen gepflogen, über deren einzelne Stadien in diesem Zusammenhang nicht berichtet werden braucht. Am 12. November 1928 ist es zu einer Vereinbarung gekommen, die jedoch als vorläufige zu betrachten ist und bei der auf der Seite der Fürsorgearztverbände die, wenn auch nicht zahlenmäßig stärkste, jedoch in der Gesundheitspolitik zur Führung berufene Organisation, der Deutsche Verein der ärztlichen Kommunalbeamten fehlt, denn er hat sich der Vereinbarung nur in soweit angeschlossen, als er seine Bereitwilligkeit zu weiteren Verhandlungen auf der Grundlage der Leitsätze des Aertztetages und zur Mitarbeit in einem zu schaffenden Zentralausschuß für Fürsorgefragen erklärt, aber jegliche Bindung auf die übrigen Sätze der Vereinbarung abgelehnt hat. Um diese Stellungnahme zu verstehen, muß man sich vor Augen halten, daß die anderen Korporationen des Fürsorgearztverbandes eine ganz andere Zusammensetzung haben als die Organisation der ärztlichen Kommunalbeamten. Die Vereinigung Deutscher Kommunal-Schul- und Fürsorgeärzte dürfte ebenso wie der Verein Deutscher Tuberkulosefürsorgeärzte zu einem großen Teil aus frei praktizierenden Aerzten bestehen. Der Deutsche Medizinalbeamtenverein besteht in der Hauptsache aus staatlichen Medizinalbeamten, die nicht in demselben Maße wie die ärztlichen Kommunalbeamten an der Entwicklung der meist kommunalen Fürsorgeeinrichtungen interessiert sind. Es war für diese Verbände nicht allzu schwer, den standespolitischen Wünschen der Aerzteschaft in weitem Umfang zuzustimmen.

Die das Abkommen ablehnende Organisation hingegen, die nur hauptamtlich im Dienst der Kommunalverwaltungen tätige

Aerzte in sich begreift, fühlt in sich in erster Linie die Verpflichtung, die gesundheitspolitischen Interessen der städtischen Selbstverwaltung zu vertreten. Man wird dies um so eher verstehen, wenn man sich vergegenwärtigt, daß die S c h e y e r s c h e n Leitsätze erst den der öffentlichen Unterstützung Bedürftigen für fürsorgereif halten, was unseres Erachtens sich mit dem Begriff vorbeugender Fürsorge nicht in Uebereinstimmung bringen läßt. Ob man auf seiten der Aerzteschaftsvertreter bereit ist, auf diese Forderung zu verzichten, ist nicht klar ersichtlich.

Aber selbst wenn man sich nur an die einzelnen Sätze des November-Abkommens hält und von den Leitsätzen des Aerzteschaftstages absieht, so bleiben da noch sehr viele Punkte übrig, die es dem verantwortungsbewußten ärztlichen Kommunalbeamten unmöglich machen, zuzustimmen.

Die grundsätzliche Trennung von Fürsorge und Behandlung mag man anerkennen, man wird es aber von vornherein ablehnen müssen, sich einer Majorisierung auszusetzen, denn wir können uns sehr gut vorstellen, daß trotz prinzipieller Uebereinstimmung es im einzelnen recht schwer sein wird, zu sagen, wo die Vorbeugung aufhört und die Behandlung anfängt. Als Beispiel sei nur die Höhensonnenbehandlung bei Rachitis und Tuberkulosegefährdung und die Vigantolverabreichung zur Rachitisverhütung genannt. Hier wird für die kommunale Gesundheitsfürsorge die Extensität der Wirkung, für die frei praktizierende Aerzteschaft die Notwendigkeit der Vertretung wirtschaftlicher Interessen entscheidend sein. Man will nun durch das Abkommen die Grundlage finden, um durch Bildung eines „Zentralausschusses für Fürsorgefragen“ eine Klärung allgemeiner Fragen auf dem Gebiet der Gesundheitsfürsorge herbeizuführen. Gegen diese Absicht läßt sich vom Standpunkt kommunaler Gesundheitsfürsorge nichts einwenden, denn man darf auf diesem Weg die Klärung manchen Mißverstehens erhoffen. Bedenken muß man aber hegen gegenüber dem weiteren Aufgabenkreis des Zentralausschusses. Er will die Ergebnisse seiner Beratung gegenüber Behörden und Aerzteschaften, er will die Zuständigkeiten der deutschen Aerzteschaft und der Fürsorgearztverbände vertreten. Er will sich dafür einsetzen, daß der Aerzteschaft die Führung auch bei der Verwaltung der Gesundheitsfürsorge (Arbeitsgemeinschaften) gesichert wird. Das heißt doch mit anderen Worten, daß sich in das Verhältnis zwischen Kommunalarzt und Kommunalverwaltung die ärztliche Standes- und Wirtschaftsvertretung dazwischen schiebt und so ein dreieckiges Verhältnis zustande kommt, das dem Kommunalarzt die Vertretung seiner gesundheitspolitischen Forderungen nur erschwert. Gerade bei den Arbeitsgemeinschaften, wie sie jetzt schon bestehen und wie sie demnächst auf reichsgesetzlicher Grundlage noch zahlreicher entstehen werden, können wir uns auf Grund eigener Erfahrungen durch die Führung durch die Aerzteschaft keine Förderung versprechen, jedenfalls nicht, solange die Aerzteschaft durch die Angst vor der „Ueberbefürsorgung“ gehemmt ist. Die Arbeitsgemeinschaften sind als Organisationen gedacht, in denen das Verhältnis von Volksgesundheit zur Wirtschaftskraft, in denen die Rationalisierung der Fürsorge und die Erzielung eines

möglichst großen fürsorgerischen Effektes die Kernprobleme darstellen. Die Interessen der Aerzteschaft liegen in einer anderen Ebene.

Die Befürchtungen, daß zentralisierte Regelung allzu sehr örtliche Entwicklung beeinflusse, sucht das Abkommen dadurch zu entkräften, daß es gleichgeartete und gleichgerichtete örtliche Arbeitsgemeinschaften vorsieht zwischen den Fürsorgeärzten und den örtlichen Standesvereinen. Ein dahin gehendes Bedürfnis vermögen wir um so weniger anzuerkennen, als wohl allenthalben in den Gemeindeparlamenten und den Gesundheitskommissionen und -deputationen eine durch Satzung gesicherte Mitarbeit der Aerzteschaft gewährleistet ist. Ihr die Führung übertragen bedeutet einen Eingriff in die gemeindliche Selbstverwaltung. In kleineren und mittleren Städten, wo es nur nebenamtliche kommunalärztliche Tätigkeit gibt oder sie nur in den Händen eines leitenden oder weniger hauptamtlichen Fürsorgeärzte liegt, müßte der Einfluß der Aerzteschaft sich als besonderes Hemmnis für die Selbstverwaltung auswirken, denn es würden in die Erörterungen gesundheitspolitischer Fragen in diesem Zusammenhang durchaus unsachliche Probleme der Standes- und Wirtschaftspolitik der freien Aerzteschaft hineingetragen. Es will wenig besagen, wenn das Abkommen vorsieht, daß „die aus dem Anstellungsverhältnis sich ergebenden Verpflichtungen der Fürsorgeärzte entsprechend berücksichtigt werden“. Das bedeutet dem Wortlaut nach lediglich die Anerkennung des Status quo, aber keineswegs die Förderung einer gesundheitspolitischen Initiative des Fürsorgearztes.

Die Probleme, die man hier durch gemeinsames Arbeiten von frei praktizierenden und Fürsorgeärzten zu lösen sucht, sind wesentlich Fragen kommunaler Gesundheitspolitik. Wenn man glaubt, daß die Kommunalverwaltungen schon von sich aus sich gegen allzu starke Beeinflussung von standespolitisch eingestellter Seite zu wehren wissen, so ist das zweifellos, soweit kleinere Kommunen in Frage kommen, ein Irrtum. Dort ist besonders, wenn hauptamtliche Fürsorgeärzte fehlen, die Gefahr gesundheitspolitischer Stagnation und Fehlorganisation groß. Sehr deutlich wurde dies uns aus Vorgängen in einer benachbarten Stadt. Die Stadtverwaltung hatte sich daran gewöhnt, sich bei Neubesetzung von nebenamtlichen Schularztstellen des örtlichen ärztlichen Standesvereins als Vermittlers zu bedienen. Sie teilte ihm mit, daß sie zwei neue Stellen zu besetzen wünsche, eine durch einen Facharzt für Kinderkrankheiten, eine andere durch einen weiblichen Arzt. Der Standesverein veröffentlicht in seinem offiziellen Organ das Ausschreiben, knüpft aber von sich aus die Bemerkung daran, daß er sowohl die Forderung eines Facharztes als auch die eines weiblichen Arztes ablehne und etwa interessierte männliche praktische Aerzte um Meldungen bäte. Wenn wir recht unterrichtet sind, hat die in Frage kommende Stadtverwaltung die öffentliche Korrektur durch den ärztlichen Standesverein ruhig über sich ergehen lassen. Aber diese Gleichgültigkeit gegenüber diesem Eingriff in die städtische Selbstverwaltung war, wie wir annehmen möchten, im letzten Grund nur der Ausdruck eines gewohnheitsmäßigen Desinteresses gesundheitsfürsorgerischen Fragen gegenüber.

Es erhebt sich diesen Erfahrungen gegenüber die Frage: sind die ärztlichen Standesvereine wirklich die Vertreter der öffentlichen Gesundheitsfürsorge oder setzen sie durch derartiges Verhalten nicht vielmehr das Ansehen des innerhalb der Kommune tätigen Arztes herab?

Weit davon entfernt den geschilderten Vorgang verallgemeinern zu wollen, möchten wir jedoch ganz grundsätzlich die Frage aufwerfen, ob es im Interesse eines gesundheitspolitischen Fortschrittes liegt, wenn Organisationen, geschaffen zur Vertretung der Interessen eines freien Berufes, innerhalb der Selbstverwaltungskörper entscheidenden Einfluß bekommen. Wir sind nicht einmal sicher, ob sie dadurch ihren eigentlichen Interessen dienen, klar ist uns jedoch, daß sie durch eine Mitarbeit in d e r Form, wie man sie jetzt durch das Abkommen zu sanktionieren versucht, die gesundheitspolitische Entwicklung hemmen werden.

Der Deutsche Verein der ärztlichen Kommunalbeamten hat gut daran getan, daß er sich nicht durch gefühlsmäßige Erwägungen zum Beitritt zu dem Abkommen hat bewegen lassen. Er ist naturgemäß der Vertreter der Interessen der gemeindlichen Selbstverwaltung, und seine Mitglieder müssen sich darüber klar sein, daß sie, bei aller Anhänglichkeit an ihren Stand, doch in erster Linie öffentliche und allgemeine Interessen zu vertreten haben. Bei der Vertretung dieser Interessen wirken sie als Führer zu einem gesundheitspolitischen Fortschritt. Ueber das Maß dieses Fortschritts aber hat nicht die Aerzteschaft zu entscheiden. Die Entscheidung ist eine weltanschauliche und politische und wird bestimmt durch das Kräfteverhältnis der politischen Parteien in Reich, Land und Kommune.

---