

AUTONOMIE

Materialien gegen die Fabrikgesellschaft

NEUE FOLGE



Medizin und Nationalsozialismus

Referate und Dokumente
vom Berliner Gesundheitstag

Sonderheft Nr.2 Juli 1980

Sonderheft Nr.2 Juli 1980

Herausgeber:

Redaktionskollektiv "Autonomie"

Verantwortlich: A. Meyer

Das Heft kostet: 7.-DM

Das Abonnement beträgt 28 DM für 4 Hefte

Vertrieb:

"Prolit"

Daubringer Straße 32

Postfach 66

6304 Lollar

Telefon: 06406 / 5127

Druck: Druckerei in St. Pauli, Tel. 040/310 154

AUTONOMIE

Redaktion Thadenstr. 130a

D-2000 Hamburg 50

Tel.: 040-430 00 70

Zu diesem Heft

Unter dem Titel "Das Gesundheitswesen im Nationalsozialismus" sind drei Referate versammelt, die auf dem Westberliner Gesundheitstag gehalten worden sind. Eine Ausnahme macht lediglich der Beitrag von Bernhard Gierds: er wurde nachträglich verfaßt, um die Originalreferate wissenschaftsgeschichtlich zu ergänzen.

Die Beiträge zum Gesundheitstag wurden von den Autoren nur insofern überarbeitet, als es um die Korrektur von Informationsfehlern bzw. um bessere Verständlichkeit ging. Dieser Schritt fiel ihnen keineswegs leicht, denn nichts macht mehr Spaß als das ständige Feilen und Ausweiten der Gedankenführung in Thesenpapieren. Indes sollen und dürfen Thesenpapiere bzw. Referate nicht die systematische und ausgewiesene Beweisführung in der größer angelegten Untersuchung ergänzen. Die Autoren diese Hefts haben eine entsprechende Projektgruppe zur Erforschung des Gesundheitswesens unter dem Nationalsozialismus gegründet.

Aber auch wegen des außerordentlich großen Interesses an den Papieren blieb es dann doch bei den geschilderten geringfügigen Änderungen. Ein beigefügter Dokumentenanhang soll gleichwohl dazu dienen, die Argumentation zu erweitern und zu eigenen Überlegungen und Recherchen anzuregen.

Die Red. /1.7.1980

Inhalt

Sepp Graessner:

Gesundheitspolitik unter dem Hakenkreuz
I. Neue soziale Kontrolltechniken durch
Arbeits- und Leistungsmedizin S. 2

Karl Heinz Roth:

Gesundheitspolitik unter dem Hakenkreuz
II. Familien- und Bevölkerungspolitik
unter der Gewalt der nationalsozialistischen
'Gesundheitsführung' S. 20

Ulrich Schultz:

Soziale und biographische Bedingungen
medizinischen Verbrechens S. 48

Bernhard Gierds:

Zur sozialdarwinistischen Vorgeschichte
des NS- Gesundheitswesens S. 65

Gesundheitspolitik unter dem Hakenkreuz

I. Neue soziale Kontrolltechniken durch Arbeits- und Leistungsmedizin

Sepp Graessner

Die Prinzipien des nationalsozialistischen Gesundheitswesens lassen sich in der Gleichzeitigkeit von AUSLESE und AUSMERZE deutlich machen.

Um die Forderung der NS-Führung nach Autarkie und Expansion zu stützen, bedurfte es einer Medizin/ Gesundheitspolitik, die die sozialpolitischen Forderungen der Arbeiterklasse nach Gesundheit und Gesundheitssicherung radikal umorientierte auf das Prinzip: Selektion durch Leistungskontrolle. Die Militarisierung der Arbeit mußte von einer Militarisierung der Medizin und ihrer Inhalte flankiert werden. Diese Entwicklung vollzog sich etwa in drei Phasen.

1. Phase der Bestandsaufnahme (1933-1935)

Die Entwicklung der Naturwissenschaften einschließlich der Erbbiologie hatte in der Medizin seit der wilhelminischen Ära ein Konzept verdichten helfen, das den emanzipatorischen oder revolutionären Tendenzen der Arbeiterklasse ein evolutives Muster entgegensetzte: den Sozialdarwinismus.

Die Nazis entnahmen aus dem Sozialdarwinismus einige bedeutende Elemente: die biologistische Sichtweise von Staat und 'Volksgemeinschaft', die Ausgrenzung kosten trächtiger, unproduktiver Menschen, die dazu parallel verlaufende 'Aufartung', d.h. die rassenmäßige Orientierung auf ein gesellschaftliches Züchtungsziel, die Vorstellung vom Staat als Garanten für eine möglichst totale Prävention, und, von besonderer Bedeutung, die alleinige Perspektive im 'Leistungsprinzip' ("survival of the fittest" als Überleben der Leistungsfähigsten, Bestangepaßten). Diese zum Teil ideologischen Kategorien machte die NS-Führung zu handfester Sozialpolitik.

Die Erfahrungen des 1. Weltkrieges, der Zusammenbruch der "inneren Front", Hunger, Widerstand und Streiks, die Revolten von 1918/19 veranlaßten die NS-Gesundheitsführung, ein Konzept zu entwickeln, das eine Wiederholung dieser Erfahrung unmöglich machen sollte.

1933 hatte die NS-Gesundheitsführung keine langfristigen Vorstellungen. Den rassenpolitischen Maßnahmen kam jedoch eine quasi-revolutionäre Bedeutung zu: a/ Das 'Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses' (GzVeN) vom 14.7.1933 enthielt

die Utopie, mittels staatlicher Intervention Krankheit tendenziell abzuschaffen. Eine gewisse Faszination auf die Ärzteschaft muß konstatiert werden.

b/ Das GzVeN stellte die legale Antwort auf die vor allem von der Ärzteschaft kritisierte " Sozialstaatsmentalität" dar.

Es war die Fortsetzung der Notverordnungs- politik mit wirksameren Mitteln, nämlich Kostensenkung im Sozialbereich.

c/ Es rief durch seine terroristische Verwirklichung eine diffuse Furcht hervor.

Konnte nicht fast jeder von der Sterilisierung betroffen sein, der Katalog der indizierten "Erbkrankheiten" nicht jederzeit erweitert werden?

Zusammengefaßt: wer nicht arbeitet (leistet), jedoch Gelder der 'Leistungsgemeinschaft' verschlingt, gehört 'ausgemerzt.'

Als wesentliches Element für die Durchsetzung dieser Politik sah die NS-Gesundheitsführung die Loyalität der deutschen Ärzteschaft an. Im Kampf um die Sozialversicherung, der als Kampf gegen "Drückebergerei" und Rentenmentalität propagiert wurde, erkannten zahlreiche Ärzte ihre Verwandtschaft zum NS. Gerade die Selbstverwaltung der Krankenkassen stand in z.T, erbitterter Gegnerschaft zu ärztlichen Lobbyisten.

Die unmittelbare Gewalt und Hinaussäuberung von Gesundheitsarbeitern aus Kliniken, Praxen usw., vor allem Juden und Kommunisten, schuf ein Vakuum, in das Jungärzte mit Parteibuch nachrückten. Der Opportunismus der deutschen Ärzteschaft - und das belegt ihr überproportional hoher Anteil an Zugehörigkeiten zu NS-Organisationen (Partei, SA, SS, NSV usw.)- richtete sich zu einem nicht geringen Teil auf den Honorarkuchen, der durch eine

neue Honorarordnung und Erweiterung der ärztlichen Tätigkeitsbereiche vergrößert wurde.

Als teilweise Infragestellung und Relativierung des Leistungsprinzips (Gerichtsgutachten, Kriegsneurosenbeurteilung usw.) wurden psychiatrische Kategorien, die Leistungsverweigerung rechtfertigten, als unbiologisch diffamiert, die überwiegend von jüdischen Ärzten entwickelte Psychoanalyse ausgeschaltet und durch eine deutsche Psychotherapie' im Sinn der Leistungssteigerung ersetzt.

Als erste Übungsfelder einer gesundheitlichen Bestandsaufnahme dienten Reihenuntersuchungen im Reichsarbeitsdienst und von Schülern, bei denen mit den Mustervorschriften des Militärs vorgegangen wurde. Die Ergebnisse waren eher entmutigend, was die zukünftige Belastbarkeit betraf.

Ab 1934 setzte dann ein propagandistischer Sturm im Gesundheitswesen ein: Gesundheit wurde mit Leistungsfähigkeit gleichgesetzt, das individuelle Recht auf Gesundheit negiert, Gesundheit zur Pflicht der 'Volksgemeinschaft' gegenüber erklärt. (" Deine Gesundheit gehört nicht Dir".) Der geforderte Verlust des eignen Körpers wurde von der Bevölkerung im Übergang zur Vollbeschäftigung mit ansteigenden Krankenständen beantwortet.

In der Deutschen Arbeitsfront gingen gleichzeitig die Strategen einer Leistungsmedizin an das Problem von Leistung und Leistungsalter. Die bis 1933 noch sehr junge Arbeitsmedizin mit ihrem grundsätzlichen Anspruch auf Verhütung von Unfällen und Krankheit erlebte ihre erste Blüte. Sie hatte einen "Leistungsknick" bei Arbeitern um das 40. Lebensjahr festgestellt. Zukünftige präventive Maßnahmen hatten darum eine Verschiebung des Lei-

stungsalters um zehn bis fünfzehn Jahre ins Auge zu fassen.

Die Rassengesetzgebung (Erbgesundheitsgesetz und Nürnberger Gesetze) hatte fraglos eine arbeitspolitische Seite: Die gesamte innere Verwaltung (z.B. Amtsärzte, Reichskriminalpolizei usw.) wurde in die Verfolgung "Leistungsschwacher" einbezogen. Ferner wurde eine Abspaltung der späteren Zwangsarbeiter vom Arbeitsmarkt vollzogen, denn 1935 zeichnete sich bereits ein Engpaß an Arbeitskräften ab.

2. Vom Vierjahresplan bis zu den Blitzkriegen (1936 - 1941)

Mit der Verkündung des Vierjahresplanes (1936) enthüllt die NS-Gesundheitspolitik ihr eigentliches Zielfeld: die Kontrolle über die gesundheitliche Seite des Leistungsfanatismus.

Es entstehen neue Institute für Leistungsmedizin, die Sportmedizin (im Zuge der Olympischen Spiele) erlebt ihre erste Blüte, die Kaiser-Wilhelm-Institute als reine Forschungsstätten befinden sich in der Hand NS-loyaler Professoren.

Die steigenden Krankenstände und das den Kassenärzten gegenüber bestehende Mißtrauen (Gefälligkeitsatteste, großzügige Krankschreibungen usw.) führten dazu, daß der Vertrauensärztliche Dienst neu geordnet und erweitert wurde. Ein speziell dafür ernannter Beauftragter straffte den Vertrauensärztlichen Dienst nach effizienteren Gesichtspunkten. Es kommt in der Tat zu einer Verkürzung der durchschnittli-

chen Krankheitsdauer pro Fall, wie Tennstedt sagt. Die Zahl der Krankheitstage eines Versichertenkollektivs (bezogen auf 10 000 Versicherte) steigt allein von 1937 - 1939 um mehr als 20 %. Der Gesundheitszustand der Bevölkerung verschlechtert sich rapide.

Diese Tendenz der steigenden Krankenstände wurde von verschiedenen Stellen seismographiert. Die Reichstreuhand der Arbeit registrierten in ihren Sozialberichten zunehmend eine Neigung der Arbeiter zu "unberechtigtem Krankfeiern" (vgl. Mason). Über Gefälligkeitsatteste der Ärzte wird immer wieder Beschwerde geführt. Die Konsequenz für die Reichstreuhand der Arbeit: "Eine aufklärende Anweisung an die Ärzte über die Notwendigkeiten, die sich aus der gegenwärtigen Arbeitseinsatzlage ergeben, durch die Reichsärztekammer dürfte erwägenswert sein" (zit. nach Mason). Der stellvertretende Reichsärztesführer Dr. Bartels reagierte prompt. 1938 ordnete er an: "Die Ausstellung privatarztlicher Zeugnisse über die Arbeitsfähigkeit bzw. Arbeitsunfähigkeit oder Arbeitsbeschränkung Arbeitssuchender ist unzulässig und hat zu unterbleiben". Diese Beurteilung war inzwischen Sache von Arbeitseinsatzärzten geworden, die bei allen Landesarbeitsämtern eingesetzt wurden. Das Referat V des Reichsarbeitsministeriums (unter Leitung eines Dr. Paetzold) war federführend bei der Ausarbeitung der Richtlinien und der Begründung für die Einrichtung von Arbeitsamtsvertrauensärzten. Die Hauptaufgabe dieser Ärzte waren Eignungs- und Arbeitsfähigkeitsuntersuchungen, die sich auf "Anbrüchige der verschiedensten Art, aber auch Arbeits-scheue und zu geordneter Arbeit Unlustige, die gelegentlicher Schwarzarbeit den Vorzug gaben", konzentrierten. Mehr als zu

vor trat für die Arbeitseinsatzbehörden die Notwendigkeit hervor, Arbeitssuchende in andere Berufe umzuleiten. Dabei kam es nicht selten vor, "den einzelnen Volksgenossen gegen seinen Willen für eine bestimmte Arbeit oder einen außerhalb des Wohnorts gelegenen Arbeitsplatz zu verpflichten, wobei der Arzt bisweilen noch mithelfen muß, begreifliche seelische Widerstände zu überwinden".

Damit war neben dem Vertrauensärztlichen Dienst eine zweite Kontrollinstanz etabliert. Sie stellt einen Versuch des Reichsarbeitsministeriums dar, der DAF deren Konzept von der Fabrik als primärer Gesundheitseinrichtung zu verwässern.

Robert Ley hatte schon 1935 erkannt, daß "ein gesundes Volk zu 90 % die Lösung der ganzen sozialen Frage sei."

Zielstrebig setzte er (anfangs noch in Abstimmung mit 'Reichsärzteführer' Dr. Wagner) seine Vorstellungen durch, eine Diagnostik der Gesunden" in allen wehrwirtschaftlich relevanten Betrieben zu installieren.

Es entbrannte eine Debatte, die völlig unzureichend unter dem Begriff "Verbandsimperialismus" gekennzeichnet wird. Im wahren Kern geht es um die Frage, welche Institution das effektivere Kontrollnetz im Gesundheitssektor durchsetzte. Die Landesorganisationen, Kassenärztliche Vereinigung Deutschlands und Reichsärztekammer waren dem rassenhygienischen Züchtungsprozeß durch Auslese und Ausmerze bei weitgehender Sicherung des ärztlichen elitären Status verpflichtet. Die Deutsche Arbeitsfront entfaltete eine Propagandaflut mit dem Ziel, jeden Deutschen mit all seinen Leistungs- und Gesundheitsdaten zu erfassen und steuern zu können. Das

Reichsarbeitsministerium suchte den Leistungsfanatismus der DAF zu bremsen und seinerseits auf dem "legalen" Verordnungswege die Gesundheitskontrolle über die Sozialversicherung einzuführen. Das führte zu erbitterten Auseinandersetzungen, die bis zum Kriegsende andauerten und zum Teil zur gegenseitigen Paralyse beitrugen.

Die dritte Ebene des Kontrollsystems wurde, da sich Ley mit Unterstützung der Reichsgruppe Industrie zumindest vor dem Krieg durchzusetzen vermochte, das Betriebsarztwesen. Auf der Tagung der Betriebs- und Fabrikärzte im April 1936 stellte Bartels erstmals die Bedeutung von Betriebsärzten vor. Bei einer weitgehend die Löhne einfrierenden und die Arbeitsintensität verschärfenden Produktion hatten die von der DAF angebotenen Ersatzbefriedigungen wie "Kraft durch Freude" und "Schönheit der Arbeit" längst ihre Wirkung verloren. Krankheitsvorbeugung wurde die neue propagandistische Linie. Ley berief sich auf Dr. Grote, Stellvertreter der 'Reichsärzteführers' für die KVD, der 1936 im 'Arzteblatt für Berlin' sagte: Der Nationalsozialismus erhebt den Totalitätsanspruch auf die Lebensführung jedes einzelnen. Er erhebt ihn auch auf die Gesundheitspflege". Diesen Anspruch wollte Ley mit den Notwendigkeiten einer kriegsvorbereitenden Produktion in Verbindung bringen. Es galt, die Diagnostik des Arbeitsplatzes mit der Diagnostik der Leistungsfähigkeit der Gesunden zu kombinieren. Voraussetzung dafür waren "objektive" Gesundheitskategorien. Sie wurden bei großangelegten Betriebsuntersuchungen in vier Gauen zwischen 1937 und 1939 erhoben. Diese Diagnostik der Gesun-

den hat teilweise zu Widerstand der Arbeiter geführt. Das erklärt sich u.a. aus der Furcht, daß die erhobenen Daten Erbgesundheitsgerichten zugänglich gemacht werden könnten. Diese Furcht war nicht unbegründet, denn in der Hauptabteilung I des 'Amtes für Volksgesundheit' wurde daran gearbeitet, die technischen Voraussetzungen dafür zu schaffen, daß die Gesundheitsdaten jedes arbeitenden Deutschen lochkartenmäßig erfaßt wurden. Hollerith-Maschinen, die Vorläufer der Computer, kamen zum Einsatz. Die zentrale, perspektivische Absicht dieser Totalerfassung nennt Dr. Bockhacker, Leiter des 'Amtes für Volksgesundheit' der DAF ab 1939, in seiner Kommentierung des Ergebnisses der Betriebsuntersuchungen: "Im strengen Sinne biologisch und deswegen ein erstrebenswertes Ziel für die Gesundheitsführung ist aber erst der Zustand, wenn der Zeitpunkt des allmählichen Kräfteschwundes kurz vor dem Eintritt des physiologischen Todes liegt und der endgültige Kräfteverfall mit ihm zusammenfällt."

Damit ist die Begründung für die Einschleusung von Rentnern, Invaliden und Gebrechlichen in die Produktion geliefert. An ihr orientierten sich zahlreiche Ärzte in der Folgezeit. Und das bedeutet nichts anderes als Lebensvernichtung durch Arbeit!

Der Ausbruch des Krieges beendete die Pläne der DAF, für jeden Arbeitenden einen Gesundheitspaß auszugeben und die Daten in einem Gesundheitskataster zu sammeln. Der Paß sollte alle Leistungsdaten und Arbeitsverwendungsmöglichkeiten enthalten und stellte daher eine Erweiterung des längst eingeführten Gesundheitsstammbuchs dar.

Ursprünglich kam den Betriebsärzten keine therapeutische Aufgabe zu. Überwiegend erzieherisch sollten sie wirken, damit eine Interessenkollision mit den Kassenärzten vermieden wurde. Die Utopie der totalen Prävention in der 'Leistungsgemeinschaft' hatte Ley bereits am 11.9.1937 in Nürnberg formuliert: " Wir haben durch die Reihenuntersuchungen festgestellt, daß 60 v.H. aller Schaffenden in irgendeiner Weise krank sind, ob zahnkrank oder Blutkreislauf usw. An sich vielleicht leichte Krankheiten; natürlich kann der Mensch damit arbeiten und schaffen. Aber wenn es uns gelingt, wie es unser Wille ist, jeden Deutschen jedes Jahr einmal zu 'überholen', dann behaupte ich, daß der Bruch der Leistungsfähigkeit nicht mehr bei 40 Jahren, sondern bei 70 Jahren liegen wird ... Wir haben ja bloß 70 Millionen. Da müssen wir jeden einsetzen. Wir haben Arbeit für mindestens 300 Millionen..."

Die Betriebsärzte mußten von der DAF bestätigt werden und waren dem Unternehmer ('Betriebsführer') direkt verantwortlich. Ihr Aufgabenkatalog erstreckte sich anfangs auf Überwachung der Betriebe durch Betriebsbegehungen, Betreuung der 'Werk-scharen', des Werksports, Überwachung der Ernährung (Kantinenessen), Beobachtung der Leistungsfähigkeit und Verhütung von Berufskrankheiten und Unfällen.

Eine Erhöhung der Krankenstände war die Folge der Militarisierung der Arbeit. Sie wurde registriert: "Es hat sich gelegentlich gezeigt, daß Gefolgen, die innerlich noch nicht richtig ausgerichtet sind, den behandelnden Arzt leicht wechseln, wenn dieser nicht bereit ist, ihnen die er--

wünschten Kassenmittel zu verschreiben oder die Arbeitsunfähigkeit zu bescheinigen". Die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung war für viele eine Gelegenheit zum Luftholen oder Ausdruck eines individuellen Boykotts der Rüstungsproduktion. In der Hand von aufrechten Kassenärzten stellte diese Bescheinigung eine Sabotage am Leistungsfanatismus dar. Daher entzog die Gesundheitsführung der Kassenärzteschaft dieses Instrument ab 1939 zunehmend. Es ging nach und nach auf die Betriebsärzte über. Um den Arbeitenden den Vorwand zu nehmen, sie müßten während der Arbeitszeit zum Arzt (viele machten in dieser Zeit einfach blau!), wurde gleich nach Kriegsbeginn mit der Errichtung von "Betriebsgesundheitsstationen" begonnen. Sie entstanden mit Zustimmung der KVD in kriegswichtigen Betrieben. Zahlreiche junge Ärzte (wegen der guten Bezahlung), die ihre Erfahrungen, d.h. eine brutale Praxis, während der Autobahn- und Westwallbauten gesammelt hatten, drängten in die Betriebe, was ja zusätzlich vor dem Militärdienst schützte. Nach den Prinzipien der Lagerärzte, deren Tätigkeit die Krankenstände in den Arbeitslagern "erfreulich" niedrig hielt, wurde in den Betrieben vorgegangen.

Lediglich um den Arbeitsschutz für Frauen und Jugendliche kam es noch zu Kontroversen zwischen Reichsgesundheitsführung und der DAF. Einige formale Zugeständnisse erwiesen sich de facto meistens nicht als existent.

3. "Arbeitseinsatzfähigkeit" und totaler Krieg (1942-1945)

Die Kriegsbedingungen (zahlreiche Ärzte eingezogen) führten zu einer Suche nach der effektivsten Gesundheitskontrolle der "Inneren Front". Vor allem, wie es immer wieder hieß, um "Simulanten", "Drückeberger", "Arbeitsscheue" und "Asoziale" zur Arbeit zu zwingen, wurde vom Reichsarbeitsministerium eine neue Definition legal erfunden. Im folgenden war das Kriterium ärztlichen Handelns nicht mehr die Arbeitsfähigkeit, sondern die "Arbeitseinsatzfähigkeit". Mit diesem Begriff sollten die letzten Leistungsreserven mobilisiert werden.

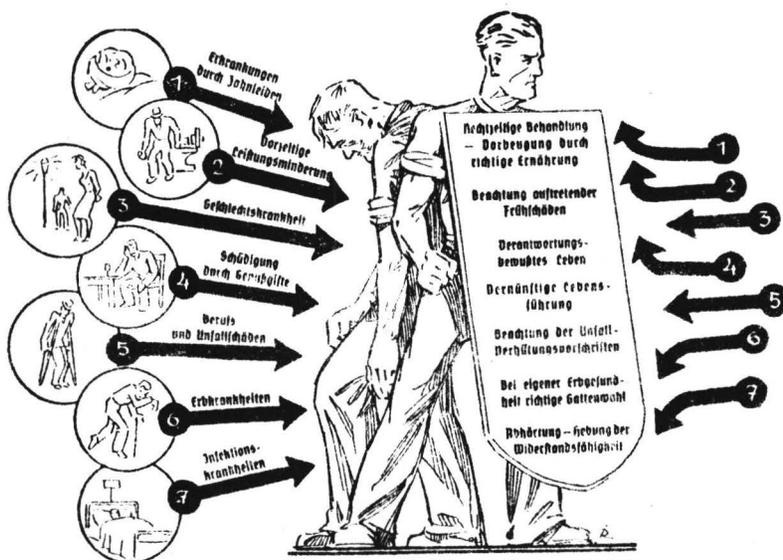
Aus Zeit- und Kostengründen brach der Vertrauensärztliche Dienst zusammen. Die Krankenstände stiegen bei den mörderischen Arbeitsbedingungen weiter an. Viele Mittelbetriebe signalisierten einen Absentismus, vor allem von Frauen, um die 20 - 30 %. In mehreren Gauen kam es zur Bildung von mobilen Vertrauensärztlichen Kommandos, die rücksichtslos gesund schrieben. Diese "Auskämmaktionen" führten dann z.T. zum Widerspruch der Gauleiter, die um die innenpolitische Kontrolle fürchteten.

Die Betriebsärzte erlebten einen Boom ohnegleichen. 1943 waren weit mehr als 5000 Ärzte haupt- und nebenamtlich in den Rüstungsbetrieben tätig. Sie erhielten ab 1942 auch die Funktion von Vertrauensärzten, waren also, da sie inzwischen Diagnostik wie Therapie betrieben, ihre eige-

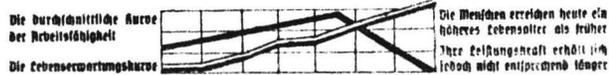
nen Kontrolleure. "Ein verhaßtes System", nicht angeklagt, obwohl sie vielfach die wie der Gewerbemediziner Prof. Holstein gleichen Auswirkungen hatte wie die Menschenversuche oder die Euthanasie. 1946 konstatierte. Denn nicht selten waren es die Betriebsärzte, die der Gestapo Hinweise auf 'Bummelanten' und Arbeitsverweigerer gaben. Im Grunde wurde die Utopie von der Freiheit von Krankheit auf zynischste Art realisiert durch die Verweigerung der Krankschreibung! Diese Form von ärztlicher 'Betreuung' wurde in Nürnberg Sie wurde überwiegend auf die zwangsdeportierten Ausländer angewandt. Die deutsche Lagermedizin mit ihrer Mischung aus Ohnmacht und Menschenverachtung wurde auf halb Europa ausgeweitet. Sie endet in dem Exzeß eines SS- Arztes: " Ich kenne keine Kranken mehr -nur noch Tote und Lebende."

Dokumente

- Nr. 1: Der Vorsitzende der "Arbeitsgemeinschaft der Fachärzte Deutschlands" propagiert in einem Schreiben vom Juni 1933 die Einführung der "Leistungsmedizin" Bundesarchiv Koblenz (im folgenden:BA), R 43 II/719-9, Abschrift
- Nr. 2: Ministerialrat Dr. Paetzold: Vertrauensärztliche Tätigkeit bei der Reichsanstalt für Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung? in: Die Arbeitslosenhilfe, 1936,Nr.17,S. 287-290
- Nr. 3: "Richtlinien für Betriebsärzte" aus dem Jahr 1938. BA, R 36/ 1137
- Nr. 4: Die erste "Gesundheitskarteikarte" der DAF aus dem Jahr 1938
- Nr. 5: Aus einer DAF- Broschüre: Organisationsplan des DAF-Amts "Gesundheit und Volksschutz" , Pläne zur "Diagnostik der Gesunden". Zit.nach: DAF-Amt "Gesundheit und Volksschutz" (Bearb.): Wege zur Gesundheitsführung in den Betrieben, Berlin 1940
- Nr. 6: DAF-Chef Ley über die Auseinandersetzung mit der Kassenärztlichen Vereinigung um den Krankenstand. BA, R 18/ 3785
- Nr. 7: Ley's Attacke gegen Pläne Contis, die Betriebsmedizin unter die Kontrolle der 'Reichsgesundheitsführung' zu bringen. BA, R 18/ 3785
- Nr. 8: Conti im Jahr 1942 über die Ursachen des gestiegenen Krankenstands. BA, R 18/3785
- Nr. 9: Krankenstände im Wehrkreis XII im Jahr 1943. BA,R18/ 3785
- Nr.10: Karl Brandt an Conti im März 1943: Erfolge des "mobilen Vertrauensärztlichen Diensts". BA, R 18/ 3785
- Nr.11: Bormann an Lammers über Kontrollen von krank gemeldeten Arbeitern. BA R 43 II/ 719



Die Gemeinschaftslast wächst



„Gesund sein und gesund bleiben ist nicht Deine Privatsache, sondern gesund sein ist Deine Pflicht!“
 „Jeder Schaden an Leben und Gesundheit, den Du erleidest oder anrichtest, ist ein Schaden für Deutschland!“
 „Einen großen Teil aller Schäden kannst Du durch Verantwortungsgefühl und Pflichtbewußtsein vermeiden!“
 „Schadensverhütung ist wichtiger Nationalsozialismus Deines täglichen Lebens!“

1

Arbeitsgemeinschaft der Fachärzte Deutschlands
 Der Vorsitzende

Bremen, 19. Juni 1933
 An der Weide 33

Herrn Reichskanzler **A d o l f H i t l e r**
Berlin
 Reichskanzlei

Sehr verehrter Herr Reichskanzler!

Das Studium Ihres Buches "Mein Kampf" hat mich veranlaßt, einen bereits seit Jahren von mir gehegten Plan zur Ausführung zu bringen, nämlich die Anregung zu geben zur Entwicklung eines neuen Zweiges der Medizin, den man seinem Wesen nach als

Leistungsmedizin

bezeichnen muß, und der die Anwendung des gesamten Rüstzeuges der Medizin und ihrer Hilfswissenschaften zur Steigerung der Leistungsfähigkeit jeder Art bis zur äußersten erreichbaren Höhe bezweckt.

Da dieser Plan im Sinne Ihrer Schriften allen Einzelgliedern der Deutschen Volksgemeinschaft zu Gute kommen und deren Gesamtleistung vermehren soll, erlaube ich mir ergebenst, ihn hiermit zu Ihrer Kenntnis zu bringen und Schutz und Förderung der NSDAP und ihrer Presse für seine Durchführung zu erbitten.

Mit größter Hochachtung
 (gez.) Dr. Hertzell

Richtlinien für Betriebsärzte

1938

1.) Der Betriebsarzt versteht dem Betriebsführer unmittelbar.

2.) Er ist der Berater des Betriebsführers in allen gesundheitlichen Fragen der Arbeit und der Lebensführung. Ziel seines Wirkens ist Erhaltung und Förderung der Gesundheit, Leistungsfähigkeit, Arbeits- und Lebensfreude der Gefolgschaft.

3.) Zur Erreichung dieses Zieles im Rahmen der Gesundheitsführung des schaffenden deutschen Volksgenossen als der Aufgabe der Bewegung ist der Betriebsarzt in seiner fachlichen Tätigkeit auf dem Gebiet der Gesundheitsführung an die allgemeinen Weisungen und Richtlinien des Haupt- und DAF.-Amtes für Volksgesundheit gebunden.

4.) Er ist verpflichtet, dem Haupt- und DAF.-Amt für Volksgesundheit auf Anforderung oder fortlaufend Berichte über die Tätigkeit auf dem Gebiet der Gesundheitsführung, seiner Maßnahmen und deren Erfolge zuzuleiten. Diese Berichte sind dem Betriebsführer vor Abendung zur Kenntnis zu bringen.

Hierdurch wird die Unterstellung des Betriebsarztes in den betriebseigenen Angelegenheiten sowie disziplinar unter seinen Betriebsführer in keiner Weise beeinträchtigt. Auch für ihn gilt die Treuepflicht des Gefolgschaftsmitgliedes gegenüber dem Betriebsführer nach § 2 4.0.0.

Die gesamte Tätigkeit des Betriebsarztes geschieht im ständigen Einvernehmen auch mit allen übrigen zuständigen Stellen des Betriebes und der DAF. Sie unterliegt der unmittelbaren fachlichen Aufsicht des zuständigen Verwaltungsstellenleiters des Amtes für Volksgesundheit der NSDAP.

4.) Betriebsführer und Haupt- und DAF.-Amt für Volksgesundheit beurteilen gemeinsam Leistung und Erfolg des Betriebsarztes. Die Anerkennung als Betriebsarzt ist eine Angelegenheit des Haupt- und DAF.-Amtes für Volksgesundheit und kann widerrufen werden.

5.) Der Betriebsarzt darf nicht gleichzeitig Durchgangsarzt sein. Vertrauensärzte dürfen nicht als Betriebsärzte eingesetzt werden.

6.) Selbstständige ärztliche Krankenbehandlung der Gefolgschaftsmitglieder über den Rahmen ärztlicher Hilfe hinaus ist ihm verboten. Jedem Volksgenossen soll das Recht der freien Arztwahl unter den zur Krankenbehandlung zugelassenen Ärzten bleiben.

7.) Praxisausübung ist dem hauptamtlichen Betriebsarzt nicht erlaubt.

8.) Aufgaben des Betriebsarztes im einzelnen:

a) Beratung des Betriebsführers in allen gesundheitlichen Fragen des Betriebes und der Gefolgschaft (einschl. der Familienangehörigen).

b) Beratung der Gefolgschaftsmitglieder, auch durch Vorträge, in allen gesundheitlichen Fragen der Arbeit und der Lebensführung. Abhaltung regelmäßiger Beratungsstunden, die im Betriebe bekannt gemacht werden, ist zweckmäßig. Gegebenenfalls Frauen- und Mütterberatung.

c) Ärztliche Begutachtung der einzustellenden Lehrlinge, deren ständige gesundheitliche Überwachung und regelmäßige Nachuntersuchungen, im ersten Vierteljahr monatlich, danach vierteljährlich. Messgebliche Mitwirkung bei den Eignungsprüfungen.

d) Ständige gesundheitliche Überwachung und halbjährlich durchzuführende Nachuntersuchungen der Jungerbeiter unter 20 Jahren.

e) Ärztliche Begutachtung aller neu einzustellenden Arbeiter, Angestellten und Beamten.

f) Ständige gesundheitliche Überwachung und alle 2 Jahre durchzuführende Nachuntersuchungen der Beamten, Angestellten und Arbeiter, besonders der Frauen.

g) Alle Untersuchungen, Begutachtungen und Beratungen der Gefolgschaftsmitglieder geschehen an Hand der Gesundheitspässe und in enger Verbindung mit dem Hausarzt. Bei der Erstuntersuchung in Verbindung mit dem Betriebe ist das Gesundheitsstammbuch auszufüllen. Bei weiteren Untersuchungen im Rahmen dieser Gesundheitsführung sind die Untersuchungsergebnisse nicht nur in dem Gesundheitspass des zu Untersuchenden (zweit- oder mehrfach-Untersuchung) einzutragen, sondern diese Untersuchungsbeobachtungen sind in namentlichen Listen mit Angabe der Nummer des Stammbuches unmittelbar dem Amt für Volksgesundheit zum Austrag in die Gesundheitsstammbücher, die als Akten bei diesem verwahrt werden, weiterzugeben. Diese Listen enthalten

- 1) alten Befund
- 2) evtl. inzwischen überstandene Erkrankungen und Behandlungen,
- 3) neuen Befund.

h) Der Zeitpunkt aller Untersuchungen wird, besonders bei umfangreichen Einstellungen, zwischen Betriebsführer und Betriebsarzt vereinbart.

i) Ärztliche Mitwirkung bei Ausbildung, Fortbildung und Einsatz des Gesundheitstrupps der Werkscharen.

k) Gesundheitliche Regelung und ärztliche Beaufsichtigung des Betriebsportes, besonders bei Jugendlichen. Zweckmäßiger Ansetz des Ausgleichsportes.

l) Messgebliche Mitwirkung und Beratung in allen Fragen des Ansetzes von Maßnahmen und Hilfsmitteln von KDF und NSV.

m) Ständige Überwachung der gesamten Ernährung, besonders in den Betriebskassen und in den Kantinen. Gegebenenfalls Einrichtung von Diätküchen.

n) Ständige Übersetzung zweckmäßiger Frauen- sowie Freizeitgestaltung; Sorge für zweckmäßige Regelung der Arbeitszeit, zweckmäßige Urlaubsverteilung und -gestaltung.

o) Gesundheitliche Überwachung der Werksiedlung (allgemeiner Zustand; Gesundheit der Frauen und Kinder, Wohnungsverhältnisse usw.).

p) Ärztliche Beratung und Mitwirkung bei allen Fragen des Arbeitsansetzes Neueingestellter, sowie von Krankheiten Gesunder, des Arbeitsplatzschutzes, der Schulung und Umschulung, des Arbeitsschutzes, der Unfallverhütung, der Durchführung der gewerbygienischen Vorschriften, der allgemeinen Betriebshygiene, des Muttereschutzes, der Frauen- und Jugendlichenarbeit, der Arbeitskleidung.

q) Gesundheitliche Überwachung des gesamten Betriebes, der Arbeiteräume und -plätze, der Maschinen und Geräte, der sonstigen Einrichtungen, insbesondere der Sanitätsräume, der Wohlfahrtsanlagen, Kantinen, Wochräume, Dusch- und Baderaume, Umkleidräume, Aborte, Sportanlagen, Erholungsheime usw.

r) Ständige Überwachung des Ausbildungszustandes und der Tätigkeit der Betriebsanleiter. Ausbildung der Betriebsanleiter ist grundsätzlich in Benennung mit dem örtlichen Verbände des Roten Kreuzes zu regeln.

s) Ärztliche Mitwirkung in allen Fragen des Luftschutzes. Ständige Überwachung des Ausbildungszustandes im Luftschutz-Sanitätsdienst, der Gesundheitsverhältnisse in Luftschutzräumen, der Brauchbarkeit der Luftschutzretentionsstellen usw.

t) Ständige Verbindung mit den behandelnden Ärzten erkrankter Gefolgschaftsmitglieder.

u) Vorbereitung und Durchführung von Behandlungsmaßnahmen, die arbeitsfähigen Erkrankten von Hausarzt verordnet und im Betrieb durchführbar sind (Bäder, Massage, Umschläge, Packungen, Schutzzuren usw.). Gegebenenfalls Einrichtung eines Gesundheitshauses.

v) Listenführung über erkrankte Gefolgschaftsmitglieder nach Dauer, Art der Erkrankung und Arbeitsplatz. Beobachtung örtlicher oder zeitlicher Häufungen, ursächliche Feststellungen.

w) Berichterstattung über den Gesundheitszustand der Gefolgschaftsmitglieder an den Betriebsführer.

x) Der Betriebsarzt hat das Recht und die Pflicht, in sämtlichen Anlagen des Betriebes, soweit nicht besondere Geheimhaltungsvorschriften entgegenstehen, sich mit den einzelnen Arbeitsgängen vertraut zu machen; er hat von den zuständigen Betriebsleitern oder Meistern sich sachdienliche Aufklärung geben zu lassen, soweit nicht besondere Geheimhaltungsvorschriften entgegenstehen. Der Betrieb des Werkes darf hierunter nicht leiden, der Arbeitsgang auch nicht aufgehoben werden.

y) An allen Besichtigungen des Werkes durch Gewerbeaufsichtsbeamte, besonders durch städtische Gewerbedirektoren hat der Betriebsarzt teilzunehmen.

z) Zusatz für Betriebsärzte, denen die Genehmigung des Hauptamtes für Volksgesundheit der NSDAP. zur Wahrnehmung des Dienstes eines Vertrauensarztes erteilt ist:

Alle Aufgaben der Gesundheitsführung, die über die gesetzlichen Aufgaben der Krankenversicherung auf dem Gebiete der Gesundheitsfürsorge hinausgehen, sind Aufgaben der Gesundheitsführung der Partei. Sie werden von den Betriebsärzten als solchen wahrgenommen, ihre Durchführung untersteht daher lediglich der Aufsicht des Haupt- und DAF.-Amtes für Volksgesundheit bzw. dessen Dienststellen.

Gesundheitskarteikarte

Ami „Gesundheit und Volksschutz“ der DAF

Ordnungsbegriffe

① Datum der Untersuchung: ... 19...
 ② Gau: ...
 Name des Untersuchten: ...
 ③ Geschlecht: ...
 ④ jetziger Beruf (Beschäftigungsort): ...
 laufende Nummer: ...

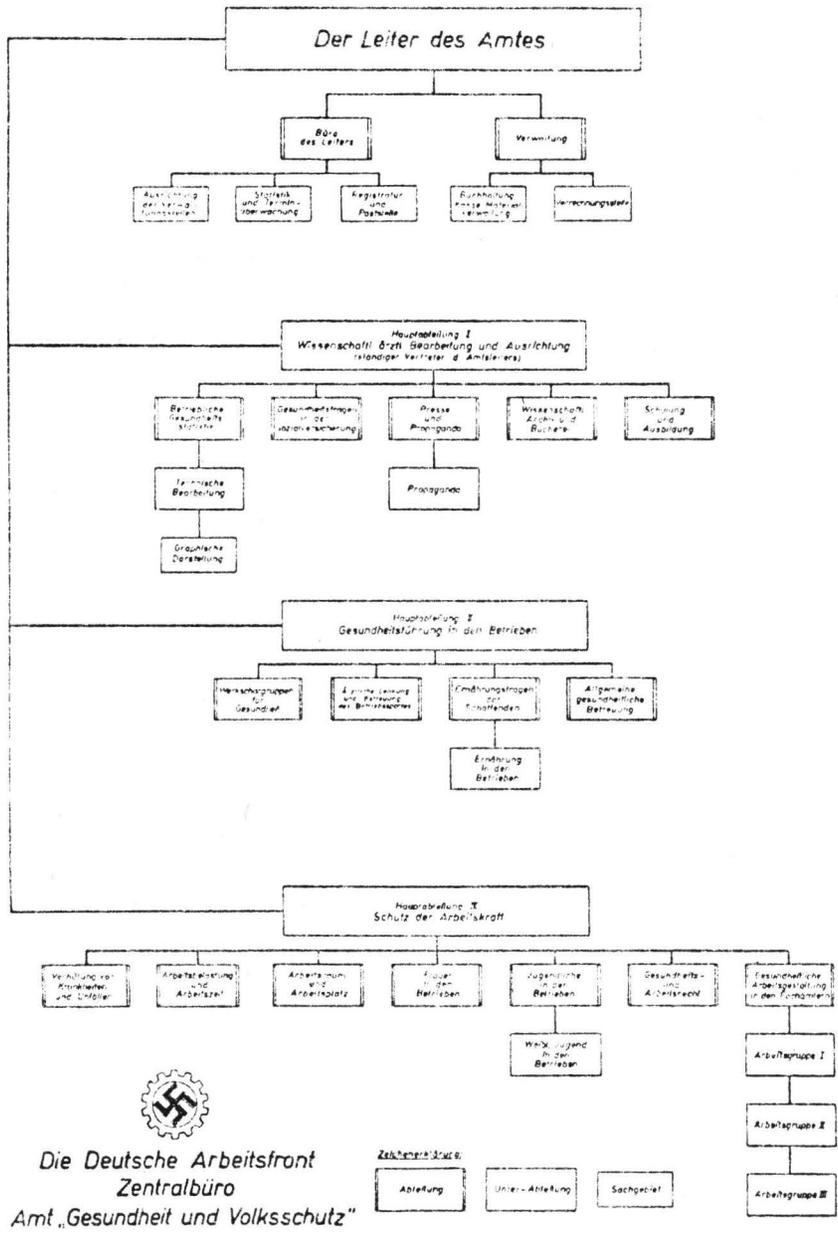
Name des Betriebes: ...
 Art: ...
 Sitz: ...
 Fachamt: ...
 Fachgruppe: ...
 Fachschaft: ...

Allgemeines

⑥ Geburtsjahr: ...
 ⑦ Familienstand: ...
 ⑧ Anzahl der eigenen Kinder: ...
 ⑨ Angehörige des Haushalts in Arbeit: ...
 ⑩ Körpergröße: ...
 ⑪ Körpergewicht: ...
 ⑫ Konstitutionstyp: ...
 ⑬ Kriegsteilnehmer: ...
 ⑭ Genüßliche: ...
 ⑮ Unfall: ...
 ⑯ Sport: ...
 ⑰ Wehrdienst: ...
 ⑱ Fertigkeiten: ...

Arbeitsbelastung

⑰ Anzahl der Berufsjahre: ...
 ⑱ Anzahl der Berufsjahre: ...
 ⑲ Anzahl der Berufsjahre: ...
 ⑳ Anzahl der Berufsjahre: ...
 ㉑ Anzahl der Berufsjahre: ...
 ㉒ Anzahl der Berufsjahre: ...
 ㉓ Anzahl der Berufsjahre: ...
 ㉔ Anzahl der Berufsjahre: ...
 ㉕ Anzahl der Berufsjahre: ...
 ㉖ Anzahl der Berufsjahre: ...
 ㉗ Anzahl der Berufsjahre: ...
 ㉘ Anzahl der Berufsjahre: ...
 ㉙ Anzahl der Berufsjahre: ...
 ㉚ Anzahl der Berufsjahre: ...
 ㉛ Anzahl der Berufsjahre: ...
 ㉜ Anzahl der Berufsjahre: ...
 ㉝ Anzahl der Berufsjahre: ...
 ㉞ Anzahl der Berufsjahre: ...
 ㉟ Anzahl der Berufsjahre: ...
 ㊱ Anzahl der Berufsjahre: ...
 ㊲ Anzahl der Berufsjahre: ...
 ㊳ Anzahl der Berufsjahre: ...
 ㊴ Anzahl der Berufsjahre: ...
 ㊵ Anzahl der Berufsjahre: ...
 ㊶ Anzahl der Berufsjahre: ...
 ㊷ Anzahl der Berufsjahre: ...
 ㊸ Anzahl der Berufsjahre: ...
 ㊹ Anzahl der Berufsjahre: ...
 ㊺ Anzahl der Berufsjahre: ...
 ㊻ Anzahl der Berufsjahre: ...
 ㊼ Anzahl der Berufsjahre: ...
 ㊽ Anzahl der Berufsjahre: ...
 ㊾ Anzahl der Berufsjahre: ...
 ㊿ Anzahl der Berufsjahre: ...



2. Die wissenschaftliche Weiterarbeit zur „Diagnostik des Gesunden“

Mit dem Siege der nationalsozialistischen Weltanschauung wurde die Gesundheitspolitik durch die Gesundheitsführung des deutschen Volkes abgelöst. An Stelle des Begriffes der „Fürsorge“ trat der Begriff der „Vorforge“ hervor. Um aber eine Krankheitsvorsorge treiben zu können, ist neben der Kenntnis von Ursache und Verlauf einer Krankheit auch die Kenntnis der Leistungsfähigkeit des gesunden menschlichen Organismus Voraussetzung. Es muß daher das Bestreben der betrieblichen Gesundheitsführung sein, wissenschaftlich einwandfreie Unterlagen zu erhalten, die über die Leistungsfähigkeit des deutschen Volkes in seinen einzelnen Lebensabschnitten etwas aussagen. Damit sind die Aufgaben des deutschen Arztes um eine wichtige vermehrt worden. Er soll nicht mehr allein der Retter in der Krankheit, sondern vor allem auch in gesunden Tagen sein. Die Diagnose des Leistungszustandes mußte festgestellt werden.

Die Untersuchungen nach der Fehlertabelle, wie sie früher in vier Gauen vorgenommen wurden und wie sie im Heer üblich sind, geben nur zum

geringsten Teil Aufschluß über die Leistungsfähigkeit des gesunden Teiles unseres Volkes, so daß sich die Fehlertabelle nur als ergänzendes Untersuchungsschema verwenden läßt. Die neugeschaffene Gesundheitskartei füllt nun das Problem der Erkennung des Gesunden und der Leistungsfähigkeit des Einzelnen in Beziehung setzen zum Arbeitsplatz und somit eine sichere Grundlage nach wissenschaftlichen Gesichtspunkten für die Beurteilung sämtlicher Schaffenden des deutschen Volkes sein. Daß die Gesundheitskartei in der vorliegenden Form noch nichts Endgültiges darstellt, bedarf keiner Erwähnung; denn sicher, wie das Leben an sich fortschreitet, werden auch neuere Methoden und Mittel gefunden werden, Klarheit über das Zusammenspiel der gesunden Kräfte in einem Organismus zu bringen. Für absehbare Zeit jedoch ist die vorliegende Form durchaus umfassend und daher zu verwenden.

Sehr wertvoll kann und wird sich die Zusammenarbeit mit wissenschaftlichen Instituten und Krankenanstalten, die das Gebiet der Arbeitsmedizin betreuen, gestalten. Die Fähigkeiten, die der deutsche Arzt bei der Diagnose und Therapie entwickelt, werden ihm auch die Erkennung der Leistungsfähigkeit des Gesunden und des manchmal fließenden Überganges von der Gesundheit zur Krankheit ermöglichen.

Die Deutsche Arbeitsfront
Der Reichsleiter
G e h e i m

Abstract.

Berlin W 35,
Postamtstr. 130/132.
15. März 1942

und darin u.a. ausgeführt:

Ferner hat das Oberkommando des Heeres die Rekrutierung der KVD darauf aufmerksam gemacht, dass die Krankensäfte bei den eigentlichen Reservetruppen grober Arbeitsleistung vielfach bedauerlich mangelhaft seien. Das Oberkommando des Heeres verkennt zwar nicht, dass der Krankenstand der Gefolgenschaftsglieder durch die besonderen Arbeitsverhältnisse (Einheitsbetriebsleiter und älterer Dienstverpflichteter) ungünstig beeinflusst wird. Das Teil der hohen Krankenstand aber auch darauf zurückzuführen, dass sich innerhalb der Gefolgenschaft dieser Arbeiter zu befinden, die gesundheitlich zur Krankmeldung ungeeignet sind.

Die KVD führt dann fort:

Der Arbeitsverlust durch weitere Tage zum Kasernen- und Arbeitsausfall durch unterentwickelte Krankensäfte sind für wirtschaftlich wichtige Betriebe nicht tragbar.

An den Verhältnissen, die zu den vorstehend erwähnten Maßnahmen führten, hat sich nichts geändert, wie allgemein bekannt ist, nicht nur nicht geändert, sondern sie sind sogar zusehender geworden. Ich habe mich deshalb am 12. Januar 1942 mit entsprechenden Vorschlägen an den Herrn Reichsarbeitsminister gewandt. Er von vornherein eine möglichst weitreichende Interessengemeinschaft zu schließen, habe ich seine Vorschläge auch an den Herrn Reichsarbeitsminister, den Herrn Reichsminister für Munition und Bewaffnung, die Herren Generalfeldmarschalle Keitel und Milch, den Herrn Reichsgesundheitsführer u.a. gemacht. Gegen die Richtigkeit meiner Vorschläge wurden wesentliche Einwendungen nicht erhoben. Der Herr Reichsgesundheitsführer teilte am 14. Januar 1942 mit, dass für die von mir vorgeschlagenen Maßnahmen bereits jede rechtliche Möglichkeit durch den Erlass des Herrn Reichsarbeitsministers vom 6. Juni 1940 gegeben ist. Er bekundet seine großen Bedenken bezüglich der Intathaltung der geschuldeten Pflicht des deutschen Volkes und weist erneut und mit großem Ernst auf den Mangel an Ärzten für die Versorgung der Zivilbevölkerung hin und betont in elf Punkten, dass die den Herrn Reichsgesundheitsführer unterstützende KVD, alle notwendigen Maßnahmen durchführt und durchzuführen wird. Herr Reichsminister vom 6. Juni 1940 gestattete mir, dass ich er seine Vorschläge vom 12. Januar wiederum unterstützen werde und davon auch den Herrn Reichsarbeitsminister unterrichtet hat, das er als Anteil hat.

Aber auch aus der unmittelbaren Front der Arbeit liegen sie

einige beachtliche Ausmaß vor. Die Gruppe Industrie bedroht - Schreiben vom 15. Februar 1942 - Krankenstand" und zwar nicht so sehr den echten Krankenstand, der durch wirkliche Krankheitsfälle bedingt ist, sondern vielmehr das Personal in den Betrieben unter dem Vorwand einer Krankheit. Es ist allgemein bekannt, dass die Zahl der Krankenkassen der Gefolgenschaftsglieder bei den Betrieben sich nicht auf den Zahlen der von den Krankenkassen erstellten Krankenscheinen, Gefolgenschaftsglieder der Gefolgenschaft nach den Unterlagen für den Betrieb, ist teilweise ein wesentlich höherer als der von den Krankenkassen angezeigte Krankenstand...

Aus den längsten Betrieben einiger Betriebsräte geht hervor,

- 1. dass durch die langen Anmarschwege zum Arzt und die ungedeckte Betriebszeit es häufig vorkommt, dass gerade die Stammgeliebte auf rechtzeitige kasernärztliche Behandlung verzichten, wodurch dann aus Bagatellfällen ernste Arbeitsunfälle entstehen;
- 2. dass in einem Betrieb 25 v.H. der Gefolgenschaft an Ort des Sitzes, während 75 v.H. auswärts wohnen. Die Arbeitsunfähigkeit beträgt nicht 13, sondern 18. Demnach wird die zentrale Lenkung der Krankentherapie der Gefolgenschaft von Betrieb aus gefördert;
- 3. dass durch die betriebliche Revierbehandlung ein massiver konstanter Krankenstand, der unter 7 v.H. liegt, erreicht werden konnte;
- 4. dass die günstige Auswirkung der betriebsbundenen Behandlung auf die Produktion im allgemeinen und die soziale Lage der Gefolgenschaftsglieder in besonders in Zahlen überprüfbar nicht ausgedrückt werden kann;
- 5. dass alle Unfälle erst dem Betriebsrat vorgelegt werden müssen, der entscheidet, ob das Gefolgenschaftsglied bei- er einen anderen Arbeitsplatz arbeitsfähig bleibt, wodurch eine Senkung des Ausfalls von Arbeitslosen um 1/7 im Jahre 1941 gegenüber 1940 erreicht werden konnte und durch die Behandlung aller Unfälle, die nicht an die Berufsgenossenschaft oder in die öffentliche Behandlung gegeben werden müssen, durch den Betriebsrat die Heilung ausserordentlich beschleunigt werden konnte. In einem Fall wurde ein Arbeiter, der durch einen Unfall verletztes Bein, durch die betriebsbundenen Behandlung gesenkt werden;
- 6. dass der Krankenstand in Ledigenheimen und Soldatenheimen für Männer und für Frauen allgemein ausserordentlich niedrig ist;
- 7. dass durch die grundsätzliche Aufhebung der freien Auswahl gegenüber Ausländern der ausserordentlich hohe Krankenstand schlagartig beboben wurde;

In Rahmen der allgemeinen sozialpolitischen Betreuung der kriegsfähigen Menschen sind naturgemäß die Fragen der Gesundheits- und Krankenbetreuung ein wesentlicher Faktor; dies insbesondere in Hinblick auf die Erhaltung der Arbeitskraft und der Leistungssteigerung in den wirtschaftlich wichtigen Betrieben. Ich habe mich deshalb mit diesem Sektor der Sozialbetreuung besonders beschäftigt, wobei auch folgendes Bild ergibt, das die besondere Bedeutung der Gesundheitspflege:

Am 6. Juni 1940 beruht hat der Reichsarbeitsminister in seinem Erlass Nr. 1223/40 darauf hingewiesen, dass durch eine "Stärkung der kasernärztlichen Versorgung"

in wirtschaftlich wichtigen Betrieben nicht nur der Mangel an Kasernärzten, sondern auch des vorwiegend Arbeitsverlust gestopft werden können und die kasernärztliche Versorgung Deutschlands (KVD) mit der Durchführung der notwendigen Maßnahmen betraut und die besondere Wichtigkeit der Aufgabe durch die Veranlassung der

"Verordnung zur Sicherstellung des Arbeitskräfte für Aufgaben von besonderer staatspolitischer Bedeutung" vom 15. Februar 1939 (Reichsgesetzblatt I, Seite 200) und den "Erlass des Führers vom 15. März 1939 über die Vereinfachung der Verwaltung"

vom 28. August 1939 (Reichsgesetzblatt I, Seite 1358) unterstrichen. Die Gruppe Industrie hat am 26. Juni 1940 die Vereinfachung I-250/40 an die Industrieteilungen der Wirtschaftsämter und an die Wirtschaftsprüfung herangezogen, in der

"angeht die Notwendigkeit, nicht zwingend durch den Arbeitsausfall und damit Produktionsausfall zu vermeiden"

die Einrichtung von "kasernärztlichen Revierärzten in Betrieben"

in Einvernehmen mit den bescheidenen künftigen Stellenplan wird.

Die kasernärztliche Versorgung Deutschlands hat nun folgende nach einem vorbereitenden Rundschreiben vom 25. Juni 1940 die notwendigen organisatorischen Anordnungen in Nr. 15/40 vom 26. Juni 1940 an die nachgeordneten Dienststellen herausgegeben:

8. dass durch die Verabreichung aller kasernärztlichen Verschreibungen in Betriebe ein ungeheurer Zeit- und Arbeitsverlust erfolgt;

9. dass beispielsweise zur Erneuerung eines Rezeptes das Gefolgenschaftsglied bei Aufsuchen eines Arztes in der Stadt nachteilig 4 - 6, je sogar 8 Stunden warten muss, während es im Betrieb innerhalb von 10 bis 15 Minuten abgefertigt werden kann.

Diese Beispiele können beliebig vermehrt werden.

Bewiesen dürfte also sein, dass gerade nur dem Gebiet der Gesundheitsführung und insbesondere der Krankenfürsorge noch recht viel getan werden kann. Ich bin der Ansicht, dass es unser aller Pflicht, besonders aber die der deutschen Arbeitsfront ist, diesen schmerz und eifrig schaffenden Volksgenossen von allen Unbilden zu befreien, die gegen sie sein können, seine Arbeitslust und seine Arbeitskraft zu wahren und die unerschütterlichen Feindstrahlen, die neben dem blossen Verbleiben von der Arbeit häufig durch die Furcht in eine fingierte Ermüdung anfallen müssen abgefangen werden. Es muss auch aber kann der Arzt allein nicht meistern. Er wird selbst wenn er den Arbeitseinsatz des Patienten genau kennt, die Mitarbeit des Betriebsführers und seiner Helfer, Betriebsbeamten, soziale Betriebsarbeiter, Mitglieder der Werkstätten, insbesondere der Gruppe "Gesundheitsführer" entgegennehmen, um wichtige Hinweise auf die innere Einstellung des einzelnen Arbeiters und besonders der einzelnen Arbeiterin bzw. Angestellten für die Sozialdiagnose und Sozialtherapie leichter zu machen. So wird es möglich werden, einen hohen Gesundheitszustand und leichter Erkrankungen und betrieblicher Gesundheitsbeschädigungen rechtzeitig an Ort und Stelle das arbeitsfähige an der ärztlichen Arbeitsunfähigkeit vorbeugen zu bringen. Damit erfolgt eine erhebliche Entlastung des schwer schaffenden Arztes ausserhalb des Betriebes, der bekanntermassen überhaupt nicht mehr in der Lage ist, Hausbesuche in den gebotenen kurzen Zwischenräumen zu machen, nicht einmal mehr die Sprechstundenberatungen über eine Brief Beurteilung hinaus auszuweiten.

Der Herr Reichsgesundheitsführer hat nun inzwischen eine Anweisung an die Gesamtleitungen des Hauptamtes für Volksgesundheit vom 15. Februar 1942, Nr. 1142 von 15. Februar 1942, herausgegeben lassen, in der es u.a. heisst:

"Ich wende Sie daher an, im Sinne des Rundschreibens der KVD zu verfahren und einer betriebsgebundenen Behandlung nur dort Ihre Zustimmung zu geben, wo einerseits die unbedingt notwendige Ausstattung besteht, andererseits aber durch die Verwendung insbesondere nebenamtlicher Betriebsärzte die allgemeine Versorgung der Zivilbevölkerung keinen Schaden erleidet."

In dem KVD-Rundschreiben Nr. 1142 von 15. Februar 1942 wird unter "5. Revierärztliche Behandlung" gesagt:

"Infolge der weiteren Ausdehnung in der Frage der ärztlichen Versorgung der Zivilbevölkerung durch die KVD sind die

(16/40) hinzuweisen. - Die Landesstellen werden ersucht, überall dort, wo infolge vringeltes also erhebliche Schwierigkeiten bei der ärztlichen Behandlung von Gefolgenschaftsgliedern gerät haben, unter den im den vorstehend angeführten Rundschreiben gestellten Voraussetzungen Revierärztliche Tätigkeit einzuführen. Es ist zweckmäßig, dass die Tätigkeit, ist im Sinne des Rundschreibens vom 26. Juni 1940 (16/40) mit Zustimmung des Betriebsführers und des Arztes der Betriebsrat mit der kasernärztlichen Behandlung und Revierarzt zu beauftragen. Die Betriebsräte erhalten in solchen Fällen für die Ausübung der revierärztlichen Tätigkeit dieselben Vergütungen wie die Kasernärzte."

Damit ist die Notwendigkeit der Intensivierung der gesundheitlichen Betreuung der Schaffenden im Betriebe selbst, wie ich es in meinem Schreiben vom 12. Januar 1942 herausgestellt habe, grundsätzlich anerkannt. Es ist jetzt nicht an der Zeit, irgendwelche Kompetenzen zu erörtern. Da es sich bei dem bisher teilweise noch ungelösten Problem der gesundheitlichen Betreuung der Schaffenden im Krieges ein soziales und politisches von grosser Bedeutung handelt, halte ich es für geboten, dass der Gaubund der Deutschen Arbeitsfront unter Beteiligung der ärztlichen Dienststellen die obigen Massnahmen veranlasst, als Hilfe eines Arbeitskreises, den es ursprünglich im Leben ruft, und der sich aus den Vertretern der Ärztschaft, den Betriebsführern, den Industrieteilungen, den Wirtschaftsgruppen, Freundeskreisen und Sonderfreunde, Vertretern der Wehrmacht und der Krankenkassen zusammensetzt, soll ohne Zeitverlust untersucht werden, welche Betriebe auf Grund der Anordnungen des Herrn Reichsgesundheitsführers und seiner eigenen Anregungen und Vorschläge bevorzugt zu behandeln sind. Die Anträge auf Durchführung der betriebsbundenen bzw. revierärztlichen Behandlung, die sowohl von den Gaubünden selbst als auch von einem Mitglied des Arbeitskreises gestellt werden können, sollen kurzfristig entschieden und bei Ablehnung eingetragend begründet werden.

Wenn es gelingt, die in jedem Betrieb vorhandenen Hilfskräfte - Sanitäter, Heilgehilfen und sonstige Mitarbeiter - zu mobilisieren, wird ein grosser Teil des vermeintlichen Arbeitsverlustes einzusparen sein und die ausserhalb der Betriebe tätige ärztliche Kraft spürbar entlastet werden.

Über den Erfolg der vorgeschlagenen Massnahmen bitte ich mir laufend zu berichten, erstmalig am 15. April 1942.

Heil Hitler!
ex. Dr.-R. Ley



Die Deutsche Arbeitsfront
Der Reichsführer

Berlin 2035 Dargatzkihof 28
Ref 24007
den 24. Juni 1942

488/42

An den
Reichsgesundheitsführer
Verbindungsstelle Berlin-
Tiergartenstr. 15,
B e r l i n - W. 35.

Betr.: Schreiben vom 11. Juni 1942, *(siehe oben Vorgang Nr. 1)*
Entwurf einer Anordnung betreffs Erhaltung der
Leistungsfähigkeit der Schaffenden in den Betrieben.

Der mir mit oben angezogenen Schreiben zugesandte Entwurf
einer Anordnung betreffs Erhaltung der Leistungsfähigkeit
der Schaffenden in den Betrieben wird von mir in vollem
Umfange abgelehnt.

Bevor ich überhaupt auf den Inhalt dieses Entwurfes eingehe
- ich habe nicht die Absicht, mich im Einzelnen dazu zu
äußern - halte ich nachstehende, eindeutige Klarstellung
für absolut notwendig.

In dem Erlass des Führers vom 24. Oktober 1934 über Wesen
und Ziel der Deutschen Arbeitsfront ist im § 2 folgendes
festgelegt:

Das Ziel der Deutschen Arbeitsfront ist die Bildung
einer wirklichen Volks- und Leistungsgemeinschaft
aller Deutschen.

Sie hat dafür zu sorgen, dass jeder Einzelne seinen
Platz im wirtschaftlichen Leben der Nation in der
geistigen und körperlichen Verfassung einnehmen kann,
die ihn zur höchsten Leistung befähigt, und damit den
größten Nutzen für die Volksgemeinschaft gewährleistet.

Damit kann es überhaupt nicht zweifelhaft sein, wessen Auf-
gabe es ist, sich um die Erhaltung der Leistungsfähigkeit
der Schaffenden in den Betrieben zu sorgen. Wenn aber schon
Erlasse oder Anordnungen in dieser Richtung notwendig sind,
dann ist hier eindeutig die Deutsche Arbeitsfront, nicht
aber der Reichsgesundheitsführer zuständig.

Da ich nicht die Absicht habe, die der Deutschen Arbeits-
front vom Führer übertragenen Aufgaben abzutreten oder von
anderen Stellen oder Organisationen durchführen zu lassen,
kann schon aus diesem Grunde der vorgesehene Erlass über-
haupt nicht zum Gegenstand einer Diskussion gemacht werden.
Zu dem Inhalt stelle ich nur ganz allgemein kurz folgendes
fest:

In dem ganzen Erlass ist von der Deutschen Arbeitsfront nicht
ein einziges Mal die Rede, als ob eine solche überhaupt nicht
bestünde und als ob nicht diese gerade auf dem Gebiet der
Gesunderhaltung der Schaffenden unendlich viel schon geleistet
hätte.

Es ist Ihnen sicherlich noch in Erinnerung, wie ich mich um
die kassenärztliche Behandlung in den Betrieben bemüht habe,
wie aber diese Massnahme gerade von Ihrer Seite immer wieder
abgelehnt wurde. Und wenn ich gegen alle Widerstände nun
auch gerade in dieser Richtung Erfolg hatte, so wunderte es
mich nicht wenig, wie Sie nun auf einmal eine Einrichtung
übernehmen und schaffen wollen, die bisher Ihre Zustimmung
nicht fand. Allerdings schalten Sie hierbei die Deutsche
Arbeitsfront nicht ein.

Das System der Betriebsärzte ist von der Deutschen Arbeits-
front geschaffen worden und ich denke gar nicht daran, diese
Betriebsärzte dem Gauamtleiter des Amtes für Volksgesund-
heit der NSDAP, aufsichtsmässig und disziplinar zu unter-
stellen, vielmehr arbeiten diese nach wie vor nach den Rich-
linien des Amtes Gesundheit und Volksschutz der DAF. Ich
werde keinen Eingriff in die Arbeit des Betriebes dulden.

Brief an den Reichsgesundheitsführer, Verbindungsstelle Berlin
v. 24.6. 1942

und für den Fall, dass Sie den vorgesehenen Erlass heraus-
geben, von mir aus alle mir geeignet erscheinenden Mass-
nahmen treffen, um den eindeutigen Anspruch der Deutschen
Arbeitsfront sicherzustellen.

Ich bin bereit, alle Massnahmen durchzuführen, die geeignet
sind, die Leistungsfähigkeit der Schaffenden zu erhalten
und hierbei die Grundsätze des Hauptamtes für Volksgesund-
heit der NSDAP, zu berücksichtigen, wie ich bisher schon die
Arbeit meines Amtes Gesundheit und Volksschutz stets auf
die Richtlinien des Hauptamtes für Volksgesundheit der NSDAP,
festgelegt habe. Ich bestehe aber darauf, dass allein die
Deutsche Arbeitsfront über das hierfür geschaffene Amt Ge-
sundheit und Volksschutz die erforderlichen Massnahmen durch-
führt.

Heil Hitler!

Dr. H. L.

H. F.

n. 14/3785

] Nationalsozialistische Deutsche Arbeiterpartei
Reichsleitung

München, Brienerstraße 45
Briefanschrift: München 33
Telefon-Nummern: 54901 u. 58343
Postcheckkonto München 23319



Zentralorgan der Partei:
„Völkischer Beobachter“
Verlag: München, Thiersstraße 11. F 22131
Berlin, Zimmerstraße 88. Fernruf 110023
Schriftleitung: München, Schellingstr. 39, F 20901
Berlin, Zimmerstraße 88. Fernruf 110022

Hauptamt für Volksgesundheit,
München, Karlstraße 21
Telefon: 53 934

München, den 31. März 1942.

Der Reichsgesundheitsführer.

Wahrheitlich!

An die
Leiter der Gauämter für Volksgesundheit,
der NSDAP.

Betrifft: Krankenstand.

Im Rundschreiben 2/42 g, von dem die Gauleiter einen Abdruck erhalten haben, wurden Sie angewiesen, dem Gauleiter Vortrag zu halten.

Im Folgenden werden einige Hinweise für den Inhalt dieses Vortrages zusätzlich gegeben.

Die Erhöhung des Krankenstandes ist die Folge nachstehender Umstände :

- 1.) Einbeziehung alter und anrühriger Menschen in den Arbeitsprozeß.
- 2.) stärkere Heranziehung von Frauen, unter anderem auch zu schwereren Arbeiten, die bisher von Männern ausgeführt wurden,
- 3.) der Entfall sogen. guter Risiken durch Einberufung zur Wehrmacht,
- 4.) durch den Einsatz ausländischer Arbeiter, die teils anrührig und teils wenig arbeitswillig sind,
- 5.) durch die Eingliederung gesundheitlich schlechter Gebiete in das Reich (diesbezügliche Auswirkung in allen Statistiken).
- 6.) Die langen Wege, erschwert durch die schlechteren Verkehrsmittel, die Überarbeitung, die schlechtere Ernährungslage, die Einkaufsschwierigkeiten, die Sorge der Frauen um schlecht versorgte Kinder, das schlechtere Schuhwerk usw. usw. spielen eine maßgebliche Rolle.
- 7.) Die mangelhafte Arbeitsmoral, die des öfteren vorliegt, ist in vielen Fällen sehr ausschlaggebend (außer dem Krankenstand gibt es ja heute schon einen sogen. Fehlstand, der vielerorts das Mehrfache des Krankenstandes ausmacht).
- 8.) Die Bremse durch den Fortfall des Krankengeldes in den Karenztagen ist in vielen Betrieben durch freiwillige Bezahlung durch den Betriebsführer weggefallen.
- 9.) Die Überlastung der Ärzte, insbesondere auch durch Nachtbesuche, bedingt die Notwendigkeit einer rascheren Erledigung in der Sprechstunde und erschwert die Möglichkeit einer sorgsameren Untersuchung. Nicht notwendige Nachtbesuche werden beinahe ausnahmslos von Kassenpatienten verlangt.
- 10.) Vermehrt wird die Arbeitslast der Ärzte leider auch durch die Hochflut von Attesten, die von Dienststellen der verschiedensten Art angefordert werden.

Heil Hitler !

F.d.R.

gez. Dr. L. C o n t i .

Nachrichtlich an:

Reichsärztekammer,
Reichsführung der Kassonärztlichen Vereinigung Deutschlands.

Abschrift.

G e h e i m

Aus dem Bericht eines Referenten des Wehrkreisbeauftragten XII über die Zunahme des Krankenkandes, sowie der Fehlenden in Mannheimer Betrieben.

Es drängt sich bei Betrachtung des Gesamtproblems eine Erwähnung auf, die mit folgenden Zahlen belegt werden kann:

a) Bopp & Reuther	27% fehlende Frauen
Stots-Kontakt	26% fehlende Frauen
Dalsler-Benn A.G.	26% fehlende Frauen
Motor-Condensator-Comp.	3% fehlende Frauen
Südd.Kabelwerke	17,0% fehlende Frauen
b) Chem. Fabrik Weyl	5,0% fehlend
C. F. Böhlinger Söhne	4,5% fehlend
Heinrich Lenz A.G.	9,6% fehlend
Heidig	7-10% fehlend
Rhein. Gummi & Celluloidfabr.	4,7% fehlend
Josef Vögele A.G.	4,8 - 5,3% fehlend

Während die unter a genannten Betriebe ausgesprochene Rüstungsbetriebe sind, die mit dem Teil dringlichster Rüstungsfertigung ausführen, sind die unter b genannten Betriebe nicht unmittelbare Rüstungsbetriebe und haben eine nach aussen erkennbare dringliche Rüstungsfertigung in weniger grossen Umfang. Sollten in dem unter a genannten Betrieben die Gefolgschaftsangehörigen, ohne selbst hiervon bewusst zu werden, Beeinflussungen unterliegen, die als politisch zu bewerten sind!

.....
Zum Schluss möchte ich einige Anregungen geben, die nach meiner Ansicht geeignet sind, evtl. sowohl auf die Krankensiffer, als auch auf das sonstige Fehlen, insbesondere der weiblichen Gefolgschaft hinzuwirken.

1. Gesundheitsführung.

Der vertrauensärztliche Dienst bei der Ortskrankenkasse Mannheim wird erheblich verschärft.

Allgemein werden die Ärzte gebeten, zu berücksichtigen, dass jedes krankgeschriebene Gefolgschaftsmitglied einen Ausfall unserer wichtigsten Kriegsproduktion bedeutet. Weiterhin werden sie gebeten, mit der Ausstellung von Attesten über Schichtarbeit, Arbeitsplatzwechsel, u.s.w., nur unter Anlegung des allerstrengsten Massstabes vorzugehen. Es dürfte eigentlich nicht vorkommen, dass der Vertrauensarzt über diese Dinge anders urteilt, als der behandelnde Arzt. Insbesondere muss sich der behandelnde Arzt darüber klar sein, dass es vermeiden werden muss, dass insbesondere zwischen Vertrauensarzt und behandelndem Arzt von den Patienten eine Divergenz gesehen wird. Es muss offen ausgesprochen werden, dass es bei den Gefolgschaften heute und schon lange üblich ist, wenn denselben etwas nicht gefällt zu erklären: "dann melde ich mich krank", in der festen Überzeugung, dass ärztlich-weise gegen diese Absicht kaum Widerstand geleistet wird und tatsächlich treten diese Fälle heute noch in grösserem Umfang auf.

- 2 -

Aus einzelnen Betriebsberichten:Becker & Co., Ladenburg.

Besonders sind gegenüber die hohen Krankensiffern und das starke Anwachsen dieser Siffern besonders bei den Frauen im zweiten Halbjahr 1941. Dieses starke Anwachsen dürfte unseres Erachtens durch eine reichlich weiche Beurteilung seitens der meisten Ärzte begünstigt sein.

Deutsche Steinsaugwarenfabrik, Mannheim-Friedrichsfeld.

1. Verstärkte Einwirkung auf die behandelnden Ärzte, bei Bestätigung von Arbeitsunfähigkeit den strengsten Massstab anzulegen. Die Ärzte müssten von sich aus schon die kriegswirtschaftlichen Erfordernisse berücksichtigen. Es ist allgemein bekannt, dass die Ärzte noch immer sehr grosszügig sind.

Fr. August Heidig Söhne, Maschinenfabrik, Mannheim.

Wir müssten gerade in der letzten Zeit die Feststellung machen, dass einige Ärzte auch heute noch Gefälligkeits-Atteste ausstellen

.....
Es wäre durchaus zu begrüssen, wenn eine massgebende Stelle bei der Ärzteschaft darauf hinwirken würde, dass allgrosse Nachgiebigkeit eine ausserordentliche Schädigung der Produktion bedeutet und ausserdem Anreiz zur Nachlässigkeit bildet. Wir wissen, dass es ausserordentlich schwer ist, diese Frage gerade bei der Ärzteschaft vorzutragen, möchten jedoch nicht versäumen, hierauf besonders hinzuweisen.

Stots-Kontakt G.m.b.H., Mannheim-Neckarau.

.....
Als Vorwand für das Fehlen wird in den meisten Fällen Krankheit angegeben, jedoch ist nur ein verhältnismässig geringer Teil dieser Gefolgschaftsmitglieder bei der Krankenkasse angemeldet. Alle Bemühungen, diese Leute zur Arbeit zu bewegen, bleiben erfolglos.

Sellstofffabrik Waldhof, Werk Mannheim-Waldhof.

Kontrolle. Die Zahl der Kranken und unentgeltlich Fehlenden ist bei uns in den letzten Jahren gering. Der Grund hierfür liegt in unserer straffen Kontrolle....

Die Praxis hat ergeben, dass Frauen meistens periodisch 2-3 Tage ohne Krankmeldung zu Hause bleiben. Sie sind an diesen Tagen tatsächlich nicht einsatzfähig. Bleiben sie aber länger als 3 Tage ohne Krankmeldung zu Hause, erfolgt entweder Vorführung beim Kontrollarzt, oder aber sie erhalten einen Verweis wegen Arbeitsverweigerung.

Männer werden durch wiederholte Krankenbesuche laufend überwacht. In Zweifelsfällen veranlasst die Betriebskrankenkasse eine vertrauensärztliche Untersuchung oder Einweisung in ein Krankenhaus. Insbesondere wird der vertrauensärztliche Dienst sofort in Anspruch genommen, wenn das Gefolgschaftsmitglied nicht mehr bittlerig ist.

Ärzte: Wir müssen immer wieder die Feststellung machen, dass Gefolgschaftsmitglieder, um von der Schicht loszukommen, ärztlich-Atteste vorlegen, die teilweise nicht berechtigt sind. Nicht

- 3 -

immer halten diese ärztlichen Atteste einer Nachprüfung durch den Vertrauensarzt stand und es wäre daher zu empfehlen, die Herren Ärzte nochmals eindringlich darauf hinzuweisen, dass Atteste über Befreiung von der Schichtarbeit oder über Zuweisung leichterer Arbeiten nur dann ausgestellt werden, wenn ein triftiger Grund dafür vorliegt. Zum mindesten müsste, falls es sich nur um eine vorübergehende Beeinträchtigung des Gesundheitszustandes handelt, das Attest angeben, für welchen Zeitraum die Befreiung von der Schichtarbeit, oder die Versetzung auf einen leichteren Arbeitsplatz durchgeführt werden soll.

Gesundheitspolitik unter dem Hakenkreuz

II. Familien- und Bevölkerungspolitik unter der Gewalt :der nationalsozialistischen 'Gesundheitsführung'

Karl Heinz Roth

Die sozialpolitischen Bestialitäten der NS- 'Gesundheitsführung' sind kein geschichtlicher Unfall, sondern Teil historischer Kontinuität. Was durch sie geschaffen wurde, prägt alle wichtigen Aspekte heutiger Konflikte zwischen Staat und Gesellschaft. Genauso hat die Nazi-Politik der gelenkten Vernichtung oder Stimulierung von 'Fortpflanzungskraft' zusammen mit der Planung der Gesellschaft als 'Arbeits- und Leistungsgemeinschaft' ihre Vorgeschichte.

In den folgenden Thesen soll die Geschichte jener Methoden beleuchtet werden, mit denen die NS-Gesundheitspolitiker auf die Reproduktionsseite des gesellschaftlichen Lebens eingewirkt haben. Sie sind als Parallelbeitrag zu dem Referat zu verstehen, das sich mit der arbeitspolitischen Seite der NS- 'Gesundheitsführung' beschäftigt. In der anschließenden Diskussion soll dann versucht werden, die Zusammenhänge zwischen beiden zu entwickeln. Wir hoffen, daß es uns so gelingt, unsere Betroffenheit über die kalte Modernität und die ungeheure Aktualität der nationalsozialistischen Gesundheitsplanung weiterzuvermitteln.

1. Zur Vorgeschichte

Daß in Deutschland die Ärzte zu den unterschiedlichsten Vorreitern einer sozialdar-

winistischen Neuzusammensetzung von Produktions- und Reproduktionssphäre wurden, hat spezifische Gründe. Nicht von ungefähr ist die Gesundheitspolitik seit 70 - 80 Jahren Hauptschauplatz von 'Ausmerze' und 'Auslese'. Der Ausbau der Sozialversicherung, ein von Bismarck lancierter 'staatssozialistischer' Integrationsversuch des deutschen Proletariats, hat im Gegensatz beispielsweise zu den USA den Aufstieg der Ärzte zum privaten Unternehmertum gebremst und sie früh an die Kette der Krankenkassen, der ungeliebten 'Störer' einer 'freien' Arzt-Patienten-Beziehung, gelegt. Als die Krankenkassen für die Ärzte seit dem Boykottversuch von 1913 nicht mehr zu knacken waren, suchten sie Kompensation, indem sie sich an den Arbeitern und den Frauen gütlich hielten und sie von ihren 'wissenschaftlichen' Gutachterpositionen aus als 'neurotische Simulanten', 'Rentenschleicher', 'Unfallneurotiker', 'Gebärfaule' usw. denunzierten. Hinzu kam die Brutalisierung durch den ersten Weltkrieg, heute ebenfalls kaum mehr nachvollziehbar. Die Ärzte, insbesondere Neurologen und Psychiater, erklärten die seelisch-menschlichen Erschütterungen durch das Massenmorden zu einer Art Vorstufe von Simulation und errichteten ein später in die allgemeine Psychiatrie eingebautes 'therapeutisches' Folterregiment, das die 'Kriegsneurotiker' erbarmungslos in die

Schützengräben zurücktrieb. Sie wurden denn auch zu den bestgehaßten Repräsentanten des Offizierskorps und büßten entsprechend in den Aufstandstagen des November 1918. An dieser Radikalisierung des gesundheitspolitischen Sozialdarwinismus hatten auch die nichtmilitärischen Ärzte insofern Anteil, als sie im Verlauf von Weltkrieg, Inflation und später Weltwirtschaftskrise - abgesehen von einer schmalen Gruppe von Chefärzten und 'Kassenpraxislöwen' - praktisch deklassiert wurden und zu einem erheblichen Teil ins Millionenheer des mittelständischen Pauperismus abstiegen. Ihr kassenärztliches Einkommen sank im Schnitt auf ein Drittel und stand oft in keinem Verhältnis mehr zum erbrachten Aufwand. Noch schlimmer war es um die Krankenhausärzte bestellt. Mehr als zwei Drittel aller Assistenten arbeitete ohne allen Verdienst und stand dabei unter einem despotischen Chefarztregiment, das geradezu leibeigenschaftliche Merkmale aufwies. Das alles führte zu einer ungeheuren Radikalisierung, deren barbarische Richtung angesichts der festgefügt sozialdarwinistischen Grundhaltung, der zwanghaft autoritären inneren Kastenbildung und oft blutig-gewalttätiger Episoden (Weltkrieg, Freikorps) vieler Ärzte von vornherein festlag. Die Mediziner wurden zur fanatischen Speerspitze des Nationalsozialismus, sie haben in dieser Hinsicht die übrigen Schichten der Mittelklasse weit hinter sich gelassen. Ihre Radikalisierung war negativ im menschenverachtenden Sinn. Einerseits sollten die alten Privatbeziehungen der Ära vor der Einführung der Sozialversicherung im Sinn von Naturalleistungen und Sparzwang für die Patienten restauriert werden, andererseits setzten sie alles daran, den 'Novemberverbrechern' und der mit diesen ver-

bündeten nestbeschmutzenden Minderheit im eigenen Lager mit den ureigensten Waffen heimzuzahlen. Die seit 1933 praktisch werdende Rassenbiologie der Mediziner konzentriert sich vor allem auf die 'Ausmerze', aufs Fortpflanzungs-, Ehe- und schließlich Existenzverbot, die sich mit einer kurzlebigen standespolitischen Selbstaufwertung verbindet.

2. Der institutionelle Aspekt des nationalsozialistischen Gesundheitswesens

Es ist eine makabre Tatsache, daß die Nazi-Ärzte, die unendliches Leid über Millionen von Menschen gebracht haben, zugleich - abgesehen vielleicht vom Reichskommissar Brandt seit 1943 - ohne nennenswerten Einfluß auf die Machtzentren des NS-Regimes gewesen sind. Im Frühjahr und Sommer 1933 waren sie derart mit der Ausschaltung der 'bolschewistisch-jüdischen Nestbeschmutzer' in den eigenen Reihen und mit der Eroberung der ärztlichen Standesorganisationen beschäftigt, daß sie die entscheidenden gesundheitspolitischen Weichenstellungen von 1933/34 kaum wahrnahmen bzw. kaum in diese eingriffen. Das war kein Zufall. Gleichwohl wäre es verfehlt, den standespolitisch beschränkten Furor der nazistischen Ärzte-Kommissare einseitig auf die miserable Einkommenssituation und auf den Konkurrenzdruck gegenüber den 'artfremden' bzw. 'bolschewistischen' Kollegen zurückführen zu wollen, wie dies Leibfried und Tennstedt in ihrer Dokumentation über die ärztlichen Berufsverbote 1933 nahelegen. Wenn die Berliner NS-Ärzte anläßlich ihrer Boykott-Aktion vom 1. April 1933 ihre 'bolschewistisch-

jüdischen` Kollegen auf dem Ausstellungsgelände am Lehrter Bahnhof zusammentrieben und ihnen lustvoll beim Runddrehen auf dem ersten ärztlichen Ärzte- KZ in die Beine schossen, mußte mehr im Spiel sein. Ihre Schüsse galten nicht nur unliebsamer Konkurrenz, sondern Frauen und Männern, die mit den `Novembervbrechern` paktierten, die ihr rassenbiologisches Konzept mit Hohn und Spott übergossen, wirkungsvolle gesundheitspolitische Alternativen wie beispielsweise die Ambulatorien aufgebaut, medizinische Gegenkonzepte entwickelt und ihre Pseudogutachten gegen `kriegsneurotische Drückeberger` und `arbeitsscheue Rentenerschleicher` zerpfückt hatten. Sie rechneten mit einer Minderheit ab, die angesichts der ungeheuren gesundheitspolitischen Verelendung der Unterklassen und des Abbaus der sozialen Sicherungssysteme seit den Brüning'schen Notverordnungen mittelständische Eigeninteressen zurückgestellt hatte. Die Schüsse am Bahnhof Lehrter Straße restaurierten in erster Linie den gesundheitspolitisch- ärztlichen Haß auf das Volk.

Andererseits ließ sich mit einem derartigen Amok keine Sozialpolitik machen. Der Nationalsozialismus benutzte ihn lediglich in der Umbruchperiode, er `domestizierte` ihn` später in seinen rassenbiologischen Ausmerze- Programmen. Aber seine sozialpolitischen Strategen erkannten rasch, daß der standespolitische Selbstlauf der Ärzte viel zu einseitig angelegt war, um die Gesundheitspolitik in ein Instrument der Umgestaltung der Gesellschaft zur `Leistungsgemeinschaft` zu verwandeln. Bezeichnenderweise waren es nicht Nazi- Ärzte, sondern NSBO- und später DAF- Kommissare, die 1933/34 - vergeblich- versuchten, den Apparat der Sozialversicherung der Mini-

sterialbürokratie des Reichsarbeitsministeriums zu entreißen, welche diesen auf der Grundlage der Notverordnungen unter ihre Kontrolle gebracht hatte. Obwohl sich die Nazi- Ärzte starke Positionen im Reichsinnenministerium erobert hatten und von da aus die Politik der späteren Gesundheitsämter wesentlich bestimmen sollten, blieb ihnen auch von da aus der Zugang zu den sozialpolitischen Macht- hebeln verschlossen. So wurden 1934 mit den Gesetzen zum Aufbau der Sozialversicherung und zur `Vereinheitlichung des Gesundheitswesens` die Weichen gestellt. Die Ministerialbürokratie verstand es, die Notverordnungs politik der Krisenjahre institutionell abzusichern und zu verbreitern. Der Widerstand, der gegen die mit dem Aufbau der Landesversicherungsanstalten und der Gesundheitsämter verfolgte Sozialpolitik von Schwerindustrie und Staatsapparat laut wurde, kam aus den Reihen der DAF und nicht von den Nazi- Ärzten. Die Kassenärztliche Vereinigung (KVD) und die Reichsärztekammer waren letzten Endes `ärztlich selbstverwaltete` Anhängsel dieses Institutionalierungsprozesses, und das ebenfalls 1934 gegründete `Hauptamt für Volksgesundheit` der NSDAP vermochte daran nichts zu ändern. Zusammen mit dem `Rassenpolitischen Amt` gewann es nur insoweit an Einfluß, als `rassenhygienische Maßnahmen` von den ministerialbürokratisch- großkapitalistischen Sozialdarwinisten für erforderlich gehalten wurden, um ihr Programm der repressiv- leistungsmotivierenden Sozialversicherung und Gesundheitspolitik abzurunden.

So zeigte sich alles in allem zwischen 1934 und 1937, daß die große gesundheitspolitische Konfrontation zwischen Großka-

pital- Ministerialbürokratie und Nationalsozialismus über den standespolitisch beschränkten Blickwinkel der Ärzte hinwegging. Das heißt aber nicht, daß es den NS-Ärzten nicht gelungen wäre, Einkommen und Pfründen im Kontext des Haus- Familienarztprinzips wieder zu stabilisieren. Gleichwohl erweist sich ihre faktische Machtlosigkeit in der großen Innenpolitik darin, daß ihr 'positives' Hauptanliegen, die Ersetzung der Sozialversicherung durch ein rückwärtsgewandtes Zwangsspar- Naturalsystem, weder vom großkapitalistisch- staatlichen Komplex noch vom parastaatlichen Machtapparat der NSDAP unterstützt wurde. Faschistisch- mittelständisch orientierte gesundheitspolitische Inhalte wurden weder in den Einrichtungen der Sozialversicherung und den Gesundheitsämtern noch in den einschlägigen Mantelorganisationen der NSDAP (NS- Volkswohlfahrt, DAF, HJ) geduldet. Seit dem Röhm- 'Putsch' waren die Ambitionen der Ärzte in die großen Machtausinandersetzungen integriert, sie waren weit über ihre rassenbiologischen 'Ausmerze' - Funktionen hinaus einem fortschreitenden Transformationsprozeß zu Handlungen umfassender sozialdarwinistischer Gesellschaftskontrolle und -gestaltung unterworfen.

Daß das so war, belegt schlagend das Schicksal der Ambitionen des 'Reichsgesundheitsführers' Conti, der, kurz vor Kriegsausbruch als Nachfolger des verstorbenen 'Reichsärztesführers' Wagner eingesetzt, noch einmal eine Wende herbeizuführen suchte. Auf den ersten Blick eroberte sich Conti eine beträchtliche Machtfülle. Er war nicht nur 'Führer' des standespolitischen Apparats, sondern mittelbar auch des 'Hauptamts Volksgesundheit' und des 'Rassenpolitischen Amtes' der NSDAP, und er

hatte sich auch als Staatssekretär im Reichsinnenministerium formal die Kontrolle über die Gesundheitsbehörden gesichert. Aber auch jetzt stand der Koloß auf tönernen Füßen. Seine Spitze reichte nur in die dritte Garnitur des polyzentrischen Machtgefüges, und die Basis war auf Kreis- bzw. Kommunalebene Makulatur. Der Versuch, angesichts des durch den Vierjahresplan verschärften Zusammenstoßes zwischen Arbeitermassen und sozialdarwinistisch- großkapitalistischer Macht mittelständische Herrschaftsansprüche durchzusetzen, scheiterte weitgehend. Das Sozialversicherungssystem mit seinem ausgeklügelten Balancelement von 'Auslese' und 'Ausmerze' blieb tabu. Die anlaufenden Mobilmachungsprogramme ordneten sich das Kassenarztsystem und Krankenhauswesen als sekundäre Instanzen unter, die Dienstverpflichtungen zur Armee rissen das ärztliche Kommunikationssystem noch weiter auseinander. Entscheidend aber waren die Prioritäten des Arbeitseinsatzes (dazu der vorherige Beitrag) die weitere ärztliche Kontingente an das Betriebs- und Arbeitseinsatzarzt- System des Produktionsapparats banden. Der Zusammenhang zwischen Hausarzt und Familie, Kernpunkt aller Träume von faschistisch- mittelständischer 'ärztlicher Selbstverantwortung', wurde in dem Augenblick endgültig ausgehöhlt, als 1940/41 im Erwartung auf den europäischen Endsieg die beiden Hauptströmungen sozialdarwinistischer Gesellschaftsgestaltung, Ministerialbürokratie/ Kapital und NSDAP/DAF, mit voller Wucht aufeinanderprallten.

Als aus dem Blitzkrieg- Endsieg sich der 'totale Krieg' herauschälte, wurden im Rahmen der Gesundheitspolitik ärztliche Leistungen nur noch benötigt, um mit dem Krankheitsbegriff alle Erscheinungsformen von Krankheit zu beseitigen. Conti wurde

1942/43 ausgebootet. An seine Stelle trat Karl Brandt, 1939 einer der Mitinitiatoren der 'Endlösung' des 'Ausmerzproblems', der als 'Generalkommissar für das Sanitäts- und Gesundheitswesen' die Gesundheitspolitik vollends in die 'Zentrale Planung' des Speerschen Rüstungsministeriums integrierte. Gesundheitspolitik war jetzt nur noch Teil einer umfassenden Sozialtechnik. Es liegt in der Logik des nationalsozialistischen 'Auslese'- und 'Ausmerze'-Systems, daß alle eigenständige ärztliche Standespolitik in dem Augenblick unterging, als ihre sozialtechnische Utopie auf bestialische Weise verwirklicht wurde: es kannte keine Kranken mehr, sondern nur noch 'arbeitseinsatzfähige Gesunde' oder Tote.

3. Der sozialgeschichtliche Start von 'Ausmerze' und 'Auslese': die nationalsozialistische Familien- und Bevölkerungspolitik (1933 - 1935)

Die lohnabhängigen Bevölkerungsmassen, über die der Nationalsozialismus 1933 seine Herrschaft stabilisierte, waren auf unbeschreibliche Weise verelendet. Tausende waren in der Weltwirtschaftskrise verhungert. In der Massenarmut waren Epidemien aufgetreten, wie sie zum letztenmal in der Pauperismusperiode vor 1850 und teilweise 1916-1918 und 1923 bekannt geworden waren. Die Tuberkulose grassierte. Die Säuglings-, Kinder- und Altensterblich-

keit nahm enorm zu; bakterielle und virusbedingte Krankheiten rafften Zigtausende hinweg. Die Geburtenzahlen waren tief abgestürzt. Hinzu kamen alle Aspekte der sozialen Desintegration, Alkoholismus, psychische Zusammenbrüche, Selbsttötungen. In dieser Situation mußte ein Regime, das sich der Fortsetzung des Lohn- und Sozialabbaus verschrieben hatte, im Rahmen seiner eigenen Logik begierig auf alle sozialdarwinistischen Programme zu Zwecken der 'Gesundung des Volkskörpers' zurückgreifen, die einen Großteil der Arbeit unsichtbar und unbezahlt machten und den Sozialetat mittels 'Ausmerze' zu kürzen versprachen. Zusammen mit der keynesianistischen Politik der Arbeitsbeschaffung bekamen jetzt solche Konzepte Hochkonjunktur, die alles Aspekte der sozialen Demoralisierung und der Verweigerung gegenüber den Intentionen des Regimes auf biologisch-erbbedingte Faktoren zurückführten. Gesundheitspolitik wurde so zuallererst 'Rassensozialhygiene': staatsmedizinische Akademien, parastaatliche Vereinigungen für 'Aufartung' und 'Ausjätete'schossen aus dem Boden, bevölkerungspolitische 'Beiräte' wurden in den Ministerien gegründet, neue Behörden geschaffen. Von drei protagonistischen Zentren aus (Berlin, München und Thüringen) wurden die neuen und die alten sozialpolitischen Funktionsträger der Macht 'erbbiologisch' geschult. Staatliche Reglements und Erlasse folgten dieser Massenbewegung zur 'Gesundung des Volkskörpers' auf dem Fuß. Waren die Tuberkulosekranken (Thüringen), Landstreicher, Zigeuner und Bettler (Bayern), Kleinkriminellen und 'sozialen' bzw. 'arbeitsscheuen' Gettobewohner (Baden-Württemberg, Hamburg), und die Prostituierten und Homosexuellen (München, Thüringen und Berlin) die ersten, die den 'Bol-

schewisten` in die SA- Lager und die Anstalten nachgeschickt wurden, so bekam der oft chaotische Angriff auf das wimmelnde Massenelend nach und nach Methode. Im `Reichsausschuß für Volksgesundheitsdienst` wurde er zusammengefaßt, und seit dem Sommer 1933 kamen in rascher Reihenfolge fünf Gesetze heraus, die den `Ausmerze`- Terror verstaatlichten: das Sterilisierungsgesetz, das Sicherungsverwahrungsgesetz, das `Gesetz zur Vereinheitlichung des Gesundheitswesens`, das `Ehegesundheitsgesetz` und das Nürnberger `Blutschutzgesetz`. Sie alle zogen eine Flut von Durchführungserlassen und Verordnungen nach sich, und ab 1934/35 gehörte die behördliche `Aussonderung` zum Familienalltag nicht nur sozialer Minderwertengruppen, sondern der gesamten Unterklassen. Jede/Jeder war der möglichen Denunziation ausgesetzt, `erbkrank` oder `schwachsinnig` zu sein. Gerieten anfänglich vor allem Anstaltsinsassen, Frösorgeheimkinder, Hilfsschüler, Prostituierte und Landfahrer vor den Amtsarzt, um sterilisiert und asyliert zu werden, so waren es bald Hunderttausende, die sich im Fall ihres Widerspruchs gegen die ärztlich an-

geordneten Leibesstrafen mit den `Erbgesundheitsgerichten` herumschlagen mußten. Hatten anfänglich nur diejenigen, die `Ehestandsdarlehen` beantragten, ihre `Ehe-tauglichkeit` ärztlich bescheinigen zu lassen, so waren es seit dem `Ehegesundheitsgesetz` von 1935 alle Heiratskandidatinnen und -kandidaten. Seit 1934 starteten Rassenhygiene- Institute und Rassenpolitische Ämter eine gigantische `Erbbiologische Bestandsaufnahme`. Die Gauämter für Volksgesundheit der NSDAP legten seit 1935 `Gesundheitskarteikarten` an, um nach und nach die gesamte Bevölkerung zu erfassen. Ein weit verzweigtes Melde- und Kommunikationsnetz entstand, um `Ausmerze`-Kandidaten ausfindig zu machen. Bombastische `wissenschaftliche` Diskussionen setzten ein über die Frage, welche Bevölkerungsgruppen auf welche Art aus dem zu `gesunden Volkskörper` `auszuscheiden` seien.

In bezug auf die gesundheitspolitische `Auslese` hat der großkapitalistisch-staatliche Machtkomplex den parallel geschalteten Machtorganen der Nazis zunächst einen erheblich kleineren Spielraum gelassen. Er ließ anfänglich nur solche Maßnahmen zu, die das Unsichtbarmachen von



Frauenarbeit in Gestalt unbezahlter Hausarbeit mit finanziellen Ködern zur Steigerung der Geburtenrate verbanden. Nach der Verschärfung des Abtreibungsverbots im Mai 1933 kamen wenig später im Kontext des 'Gesetzes zur Verminderung der Arbeitslosigkeit' Bestimmungen heraus, die Ehestandsdarlehen von durchschnittlich 500 Reichsmark 'gewährten', sobald die heiratende Frau ihren bezahlten Arbeitsplatz und die damit verbundenen Rentenansprüche aufgab. Reglements zum 'Abkinderen' folgten auf dem Fuß: für jedes danach geborene Kind wurde ein Teil des Darlehens erstattet. Übrigens gingen all diese Zahlungen an den Mann, zusammen mit den 1934 eingeführten Lohnsteuersenkungen bei Kinderzuwachs und zusammen mit der massiven bevölkerungspolitischen Propaganda eine glatte Kampagne zur innerehelichen Vergewaltigung! Dieses Instrumentarium wurde 1935 um einmalige 'Kinderbeihilfen' ergänzt, die später in reguläre umgewandelt wurden. Alles in allem kam es so zu einem - in heutigen Maßstäben höchst bescheidenen! - 'Ausgleich der Familienlasten', der auch keineswegs - entgegen landläufiger Meinung - ausreichte, um die proletarischen und bäuerlichen Familien zu einer Steigerung der Geburtenzahlen über den Stand von 1927/28 hinaus zu veranlassen.

Beziehen wir noch das System der Sozialversicherung ein, das im wesentlichen als Fortschreibung der Notverordnungs politik mit zusätzlichen inneren Straffungsmaßnahmen zur effektiveren Kontrolle der Versicherten aufzufassen ist (Zusammenle-

gung von Kranken- und Invalidenversicherung in Landesversicherungsanstalten mit entsprechenden 'Gemeinschaftsaufgaben', Stärkung des Vertrauensärztlichen Diensts zwecks Verschärfung der Rentenzulassung, erneute Kopplung der Leistungen mit den von den Versicherten jeweils aufgebrachten Beiträgen), so ergibt sich nachgerade eine fürchterliche Bilanz. Der gesundheits- und sozialpolitische Standard der Notverordnungszeit ist endgültig festgeschrieben, in allen Lebensbereichen ist das sozialpolitische Existenzminimum der Unterklassen nach unten gedrückt. Gleichzeitig ist dieser nach unten gedrückte Level die Basis für ein wahrhaft unmenschliches sozialpolitisches System der politischen Atomisierung und der Angst. Die Kombination von 'Auslese' und 'Ausmerze' beginnt zu funktionieren. Soziale Anpassbarkeit wird erstens dadurch erzwungen, daß abweichendes Verhalten fortan immer die Gefahr in sich birgt, als 'erbkrank-kriminell-minderwertig' denunziert und mit Leibesstrafen (Sterilisation, Zwangsabtreibung) bzw. Asylisierung geahndet zu werden. Sozial sich anpassen heißt aber zweitens nicht mehr nur, seine Arbeitskraft zu verkaufen, um ansonsten unbehelligt leben zu können: jetzt werden die Entäußerung von Arbeitskraft und 'Fortpflanzungskraft' zugleich verlangt. Jetzt verschwindet das Kostgängerwesen, die proletarische Kernfamilie entsteht endgültig, eine Familie mit sozialpolitisch gewollten inneren Gewaltbeziehungen, in welcher die Frau als unbezahlte Hausarbeiterin und die Kinder für die Anpassungsleistungen des Manns herhalten. Die ganze Perfidie des Verhältnisses von 'Auslese' und 'Ausmerze' besteht darin, daß das NS-Regime den Zwang zu unterbezahlter Produktionsarbeit mit unbezahlter Reproduktions-

arbeit koppelt, daß es die rassistische Vernichtung von Minderheiten der Unterklassen mit sexistischen Sozialtechniken innerhalb der Unterklassenmehrheit verbindet. Das Gebärverbot korrespondiert mit dem Gebärzwang, das Arbeits- und Berufsverbot mit dem Zwang zur Arbeit. Der gesundheitspolitische 'Sozialrassismus' (Gisela Bock) scheint zu triumphieren. Breite Schichten der Unterklassen verstummen zeitweilig, sie wissen keinen Ausweg aus Ohnmacht und Angst, die von den sozialtechnischen 'Auslese'- und 'Ausmerze'- Polen her auf sie einwirken.

4. Die Krise der NS-Gesundheits- und Sozialpolitik (1936-1939) und die Verschärfung des Sozialrassismus

Doch angstbedingte Anpassung heißt noch lange nicht Bejahung. Die mit dem Vierjahresplan erreichte Vollbeschäftigung genügt, um die zeitweilig erreichte gesundheits- und sozialtechnische Stabilisierung des NS-Regimes zu untergraben. Gesundheitskarteien, kriminal- und erbbiologische Kartaster sind statische Informationssysteme, die in dem Augenblick nicht mehr funktionieren, wo ihre Objekte in Bewegung geraten. Und die seit 1935/36 einsetzende Bewegung ist buchstäblich zu verstehen, nicht nur als Massenwanderung in die neuen Industrialisierungszentren, die mit der Verknappung des Arbeitsmarkts zu Hochlohngebieten wurden. Es handelte sich bei all ihren Erscheinungen (Landflucht, Binnenwanderung usw.) um mehr, um eine Art Ab-

stimmung mit den Füßen, in deren Verlauf es vielen Minderheitengruppen gelang, sich teilweise wieder der gesundheits- und sozialpolitischen Stigmatisierung zu entziehen. Zu den Wanderungsbewegungen kamen bald neue informelle Widerstandsformen dazu: Absentismus, gezielter Kontraktbruch, Kurzstreiks und andere Verweigerungsformen, die allmählich auch die Strukturen des Sozialrassismus aushöhlten. Bald waren alle sozialtechnischen Institutionen alarmiert über eine neue Welle der 'sozialen Verwahrlosung', die den neu eingeführten 'Gesundungs'-Techniken zum Trotz auf die gesamten Unterklassen übergriff bis hin zu den 'Erbhof'-Bäuerinnen, welche die NS-Landwirtschaftspolitik mit einer spektakulären Gebärstreikbewegung quittierten.

Das ganze Ausmaß der 1937/38 kulminierenden inneren Krise des NS-Regimes ist bis heute noch nicht untersucht. Deshalb ist es teilweise noch nicht möglich, die Vermittlungsschritte zu den bald einsetzenden gesundheits- und sozialpolitischen Reaktionen des Regimes darauf zu rekonstruieren. Auffällig ist jedenfalls, daß die vorhin geschilderten gesundheitspolitischen Maßnahmen auf dem Arbeitsmarkt und in den Betrieben mit vehementen Auseinandersetzungen um die Erweiterung des alltagsbezogenen 'Auslese-Ausmerze'-Systems zusammenfallen. Nehmen wir beispielsweise die Kontroversen um die weitere Handhabung des Sterilisierungsgesetzes, das unter dem Verweigerungsdruck von unten in Frage gestellt wird: einmal, weil die bisherigen 'erbbiologischen' Merkmale zur Rechtfertigung von Sterilisierungen nicht mehr ausreichen, um die neue Welle von

‘asozialer’ Unangepaßtheit und ‘Arbeits-scheu’ hinreichend zu verängstigen; zum andern, weil immer häufiger NS- Anhänger gezielt als ‘Schwachsinnige’ denunziert werden. Nach langen Auseinandersetzungen ziehen die Machthaber ihre Anhängerschaft aus der Schlinge, indem sie die ‘praktische Lebensbewährung’ zur Beurteilung des ‘Schwachsinn’ dazukonstruieren. Vor allem aber erhält das gesundheitspolitische Kontrollnetz eine zusätzliche sicherheitspolizeiliche Superstruktur, um mittels erweiterter ‘Vorbeugehaft’, also durch den Ausbau der ‘sozialhygienischen Prävention’ zur Erweiterung des bisherigen Rassismus, den Prozeß der ‘Ausmerze’ zu beschleunigen. Die Rassenpolitischen Ämter, Gauämter für Volksgesundheit und die Gesundheitsämter werden jetzt mit dem ‘Kriminalbiologischen Institut’ des Reichskriminalpolizei-amts (RKPA) gleichgeschaltet. Es kommt zu den ersten ‘Reichsfahndungstagen Arbeitsscheu’ bzw. ‘Asoziale’, und nicht zufällig werden in denjenigen Regionen Zigeuner, Prostituierte usw. massenhaft ‘erb- und kriminalbiologisch erfaßt’ und zwangsasyliert, wo der informelle Widerstand in Massenrevolten umzuschlagen droht. So entsteht noch vor 1939 ein neuer gesundheitspolitischer Funktionärstyp, der das gesundheitspolitische Maßnahme- und Vorbeugesystem radikal erweitert: der SS- Selektionsarzt.

Die Kontroversen um die Erweiterung der damit korrespondierenden ‘Auslese’ sind nicht weniger massiv. Da wird ein forcierter ‘Ausgleich der Familienlasten’ gefordert und teilweise auch bewerkstelligt (Erhöhung der Kindergeldzuschläge, Erziehungs-

beihilfen, weitere Staffelung der Lohnsteuern usw.), und die gleichen Sozialrassisten, die ihre ‘Ausmerze’-Kampagnen jetzt endgültig um ihre antisemitische Komponente erweitern, begeistern sich für die Einführung eines ‘politischen Soziallohns’. Es handelt sich alles in allem um eine gezielte Ausweitung des polaren Verängstigungssystems von 1933/35, und mit sozialtechnischer Akribie werden die dabei neu auftauchenden Probleme z.B. der Unterscheidung zwischen ‘asozialer Großfamilie’ und ‘Kinderreicher Vollfamilie’ angegangen. Das gleiche gilt für die Auseinandersetzungen um die Sozialversicherung: das ‘Ausbaugesetz’ von 1937 beinhaltet neue Elemente eines status quo zwischen großkapitalistisch-staatlicher und nationalsozialistischer Machtgruppe, der weitere ärztlich-standespolitische Interessen opfert, weil die gemeinsame Furcht vor einer neuen Novemberrevolte die mehr denn je auftauchenden machtingernen Konflikte gleichzeitig neutralisiert. Auf ihrem langen Integrationsweg in den sozialtechnischen Herrschaftskomplex ist die NS- Gesundheitspolitik ein weiteres Stück vorangekommen.

5. Blitzkrieg und gesundheitspolitische «Nachkriegsprogramme»

Krise war. Die NS- Machthaber befanden sich 1938/39 in einer Situation, wo sie einerseits eine weitere Radikalisierung ihrer polaren Gesundheits- und Sozialpolitik befürworteten, andererseits aber vor den Konsequenzen eines derartigen innenpolitischen Va Banque zurückschreckten. Sie entschieden sich für den annexionistischen Krieg als äußerer Stütze. Auch mit dieser Hypothese betreten wir Neuland insofern, als die bisherige (vor allem DDR-) Geschichtsschreibung sich auf den Zusammenhang von Kapitalstrategien und Expansionspolitik beschränkt und den innen- wie sozialpolitischen Aspekt der jetzt beginnenden NS- 'Europapolitik' bislang ausgeblendet hat. Gerade darum geht es uns aber hier.

So sprechen die von uns bis heute aufgefundenen Dokumente eine deutliche Sprache. Immer wieder finden sich Hinweise darauf, daß mit dem Übergang von der 'Ausmerze' zur endgültigen Massenvernichtung ('Endlösung') bis zur Auslösung des Kriegs gewartet wurde, weil die Bevölkerung dann mit Apathie oder zumindest Desinteresse darauf reagieren würde. Nicht registriert wurde bis heute auch, daß die geplanten Massenvernichtungen unmittelbar mit den Mobilisierungsplänen zusammenhingen: Zwangsevakuierungen der Zigeuner, Juden und 'Asozialen' sollten Wohnraum bzw. Übergangunterkünfte schaffen helfen, durch die Vergasung psychiatrisierter Anstaltsinsassen wurde versucht, einem kommenden 'Zentralen Bettennachweis' sowohl hinsichtlich des Gesundheitspersonals wie der Krankenhaussubstanz eine hinlängliche

Grundlage zu geben. Hauptsächlich aber ging es darum, mit harter Faust gegen alle Formen von Unangepaßtheit und Verweigerung vorzugehen. Das seit 1940 diskutierte und schleichend eingeführte 'Gesetz zur Behandlung der Gemeinschaftsfremden' faßte alle bisherigen Ansätze zur Radikalisierung des Sterilisierungs- und Sicherungsverwahrungsgesetzes zusammen und entwickelte sie insofern weiter, als auf der Grundlage der von den Konzernen seit 1938 praktizierten Experimente mit Zwangsarbeit das Prinzip der 'Vernichtung durch Arbeit' in den Zusammenhang von 'Aussonderung' und 'Endlösung' zwischengeschaltet wurde. So entstand 1939/40 im Schatten der ersten Massenmorde an Kindern ('Kinderaktion'), an psychiatrisierten Anstaltsinsassen ('Aktion T 4') und den davon ausgehenden Ausweitungen ins KZ- System (Aktion '14 f') ein doppelter Arbeitsmarkt, in den allmählich auch die ausländischen Zwangsarbeiter gepreßt wurden. Der zweite Arbeitsmarkt der 'Ausgemerzten' führte den bezahlten Arbeiter - wie unbezahlten Arbeiterinnenmassen drastisch vor, was ihnen im Fall von wie auch immer verschleierter Arbeitszurückhaltung in Fabrik und Kleinwohnung blühte. Ausgehend von den bis heute verfügbaren archivalischen und publizistischen Quellen scheint uns die These gerechtfertigt, daß im Fall des schnellen Blitzsieg nach dem Überfall auf die Sowjetunion geplant war, alle noch überlebenden 'Ausmerze'- Arbeitssklaven im Anschluß an die 'Endlösung der Judenfrage' ebenfalls zu vernichten. Wahrscheinlich war eine weitere fabrikmäßige Massenvernichtung von sechs bis acht Millionen Menschen geplant, die alle 'Gemeinschaftsfremden' umfassen sollte, um zu verhindern, daß sich im nazifizierten Europa das 'asoziale Lum-

penproletariat jemals wieder " aus seinen artfremden Sippen ergänzt" (aus der Begründung des 'Gemeinschaftsfremden'- Gesetzes). Als es zu diesem schnellen Endsieg nicht kam und sich zunehmender Protest aus der Bevölkerung gegen die Euthanasiamorde bemerkbar machte, wurde dieses Konzept sozusagen auf Sparflamme in die Tat umgesetzt. In den Anstalten wurde eine verschwiegene Kampagne 'wilder' Euthanasiamorde entfesselt, die seit der 'Endlösungs'- Entscheidung gestarteten Menschenversuche erfaßten fast das gesamte Krankenhauswesen. Ein wahrer sozialhygienischer Heilungsfanatismus durchströmte das mit dem Reichskriminalpolizeiamt kurzgeschlossene Gesundheitswesen. Die Überzeugung, durch die Vernichtungsaktionen zur 'Aufartung des Volkskörpers' beizutragen und die sozialen wie die 'erbbedingten' Krankheiten allemal und für alle Zeiten aus der Welt zuschaffen, bewirkte eine schrecklich sachliche, fortschrittsbesessene und fabrikmäßig betriebene Maschinerie des Tötens.

Nur von diesem grauenhaften Programm der vorbeugenden 'Endlösung der Asozialenfrage' aus ist die Wut zu verstehen, mit der sich die NS- Gesundheitspolitiker an die komplementäre 'Endlösung des Aufartungsproblems' heranmachten. An der Spitze standen jetzt die Gesundheits- und Sozialtechniker der DAF, die seit 1939/40 mit einem geschlossenen Konzept des 'Sozialwerks' aufwarteten. Grundlage sollte eine Art Einheitsrente sein, die offen darauf abzielte, die arbeits- und lohnpolitische Seite des Modells (dazu der vorherige Beitrag) insofern zu 'erweitern', als sie auf eine Verlängerung des Arbeitsalters über das 65. Lebensjahr hinaus wollte. Hinzu kam eine

programmatische Annäherung von Produktions- und Gebärrarbeit, und zwar mit Hilfe von Ausgrenzungen: Anrecht auf's sozial gesicherte Alter sollte nur diejenige Frau und derjenige Mann haben, die/der ihren/seinen 'deutschen Arbeitscharakter' unter Beweis gestellt, also sich nie der 'Arbeitsbummelei' bzw. der Geburt und Aufzucht von weniger als vier Kindern bemüht hatte! So lockte für alle, die es nie an Arbeitsfanatismus in Fabrik und Kleinwohnung hatten fehlen lassen, das -- freilich erst in den 60 er Jahren ansatzweise verwirklichte - Paradies moderner Sozialtechnik: existenzgarantierende Einheitsversicherung, vorbeugend- sozialhygienische Gesundheitsführung, normierte Freizeit und Urlaubsreisen im KdF-Volkswagen, rationalisierter Vierzimmerhaushalt mit Volksfernseher, usw usw. Eine wahrhaft Orwell'sche Perspektive, die im Fall der Unangepaßtheit mit einem geradezu automatisierten und lautlosen Absturz in die Existenzvernichtung gekoppelt war. Aufschlußreich sind auch die spezifisch medizinischen Seiten dieser sozialsanitären Planung. Parallel zu den vorhin geschilderten 'Betriebsgesundheitsstationen' wurden 'Ortsgesundheitsstationen' geplant, und auch hier sind die Details das Wichtigste: wer vom Betriebs-Revierarzt krankgeschrieben war, sollte nicht etwa nach Hause gehen dürfen, er sollte seine AU- Tage zwangsweise in den 'Ortsgesundheitsstationen' zubringen! Auch hiervon wurde im Übergang zum 'totalen Krieg' unter der Regie des 'Generalkommissars für das Sanitäts- und Gesundheitswesens' eine Menge schleichend durchgesetzt, wenn es auch erheblichen Widerstand seitens der Ministerialbürokratie und des entmachteten 'Reichsgesundheitsführers' Conti dagegen gegeben hat. Das war nur möglich,

weil das Großkapital, 1937/38 und 1940/41 noch erbitterter Widersacher der DAF, sich seit dem 'totalen Krieg' mehr und mehr auf die grenzenlosen Leistungsvisionen der Nazis eingeschworen hat.

Was blieb von alldem nach 1945 übrig? Für uns sprechen die aktuellen gesundheits- und sozialpolitischen Auseinandersetzungen unter den Nachfolge- Machthabern eine deutliche Sprache. Wenn heute einerseits ein neuer 'Geburtenkrieg' ausgerufen und mit Forderungen nach Kostenbeteiligungssystemen verbunden wird, wenn andererseits Gesetzesprojekte zur Zwangsunterbringung von hunderttausenden 'Gemeinschaftsabträglicher' propagiert werden, und wenn drittens ein Herr Herold von der Notwendigkeit 'vorbeugender Verbrechensbekämpfung' als 'gesellschaftssanitärer Aufgabe' der Kriminalämter spricht, dann erscheint uns die Auseinandersetzung mit der NS- Gesundheitspolitik alles andere als akademisch. Die Bestimmung, wie weit die Kontinuität wirklich geht, und wo sich Kontinuität möglicherweise bruchlos weiterentwickelt, möchten wir der Diskussion überlassen.

Dokumente

- Nr. 1: Ein Grußtelegramm Altonaer Ärzte 1933. BA; R 43 II/ 733
- Nr. 2: Der große rassistische Aufbruch: Dokumente zur ersten Sitzung des "Sachverständigenbeirats für Bevölkerungs- und Rassefragen" Juni 1933. BA, R 43 II/ 7209
- Nr. 3: Die geheime Radikalisierung des Sterilisierungsgesetzes: Hitler fordert 'illegale' Abtreibungen bei 'minderwertigen Frauen'. BA, R 43 II/ 720
- Nr. 4: Statistik der Zwangssterilisierungen 1934. BA R 43II/720
- Nr. 5: Verschärfte Bekämpfung der Abtreibungen bei 'erbgesunden' Frauen 1937. BA R 18/ 558
- Nr. 6: Das unmittelbare Vorspiel zu den gesundheitspolitischen 'Nachkriegsplanungen': Ley über den "Deutschen Volksschutz" 1939. BA -Nachlaß Krohn, R 41/ 5012. Abschrift
- Nr. 7: Höhepunkt der gesundheitspolitischen Nachkriegsplanungen der DAF: "Führer-Erlass über die Errichtung des Gesundheitswerkes des Deutschen Volkes" 1941. BA, R 43 II/ 718
- Nr. 8: "Besondere Versorgungsleistungen" für Frauen mit mindestens vier Kindern: DAF- Entwurf über das "Versorgungswerk des Deutschen Volkes", letzte Fassung 1943 BA, R 2/ 31 093
- Nr. 9: Aus den Vorarbeiten des Memorandums "Zur Neuordnung des Gesundheitswesens nach dem Siege": ärztliche Standespolitik 1943 im Angesicht der Versicherungsfrage. BA, R 18/ 3793
- Nr. 10: 'Nazistische Standespolitiker blicken zurück: aus dem Conti- Traktat "Zur Neuordnung des Gesundheitswesens nach dem Siege" (nach 1943) BA, R 18/ 3793

1

8 Telegramm

Deutsche Reichspost

18

2218 ALTONAELBE /3 71/69 1214 :

5115

Aufgenommen Monat Jahr Zeit			= AN DIE REICHSREGIERUNG BERLIN =		Sog		Befördert Zeit	
durch <i>[Signature]</i>			<i>PK 2679 I / 27.1.1933</i> <i>* 4.1.1933</i>		ca		<i>122</i>	
Haupttelegraphenamt Berlin					durch <i>[Signature]</i>			

= DIE ALTONAER AERZTESCHAFT HAT IN IHRER SITZUNG VON 29
 MAERZ VON DEN TELEGRAMMEN DES HARTMANNBUNDES UND DES DEUTSCHEN
 AERZTEVEREINSBUNDES* AN DEN HERRN REICHSPRAESIDENTEN UND DEN
 HERRN REICHSKANZLER FREUDIG KENNTNIS GENOMMEN UND VERSICHERT
 ENTSPRECHEND IHRER ALTEN NATIONALEN EINSTELLUNG DER
 REICHSREGIERUNG TREUESTE GEFOLGSCHAFT DER AERZTLICHE VEREIN
 ZU ALTONA UND DIE KASSEN AERZTLICHE VEREINIGUNG FUER DEN
 BEZIRK ALTONA 1 A = DIE VORSITZENDEN DR RIECK SANITAETS RAT
 UND DR MILDENSTEIN SANITAETS RAT + 29 1-A +

C187 Dts 478

abschrift. Der Reichsminister des Innern
 11 A 103/6.7.
 51
 Berlin, den 10. Juli 1933.
 an
 den Reichsminister des Innern.
 Betrifft: Sachverständigenbeirat für Bevölkerungs- und Rassenpolitik.
 Mit Rücksicht auf die große Bedeutung, die den Bevölkerungs- und Rassenfragen für die Erhaltung und weitere Entwicklung des deutschen Volkes zukommt, habe ich es für notwendig gehalten, als beratendes Organ meines Ministeriums einen Sachverständigenbeirat für Bevölkerungs- und Rassenpolitik einzusetzen.
 Besetzt von der beratenden und vorbereitenden Arbeit, die ich von diesem Ausschuss erwarte, betrachte ich den Beirat als ein Bindeglied der nationalen Revolution zu dem deutschen Volk und zu der national-sozialistischen Bewegung, um durch diese Zusammenarbeit dem Reichsminister das Vertrauen der Bevölkerung zu den Zielen und dem Aufbau willen der Reichsregierung zu sichern.
 Als Voraussetzung für ein gefälliges Arbeiten hat der Beirat in seiner Sitzung am 28. Juni 1933 die über diese Sitzung gefertigte Niederschrift befreit sich nicht zur gefälligen Kenntnis anzuschließen beauftragt, daß die von den Verkehrs- und Landesministerien im geplanten einschlägigen Gesetzentwürfe vor der Beschlussfassung zur Überprüfung auf ihre bevölkerungs- und rassebiologische Auswirkungen
 an
 das Büro des Reichspräsidenten,
 den Herrn Staatssekretär in der
 Reichskanzlei.

bin vorgelegt werden. Ich würde es begrüßen, wenn mir Gesetzentwürfe, die in ihrer Auswirkung für die Gründung der erbgewundenen Familie und die Bestandserhaltung unseres Volkes bedeutungsvoll sind, so rechtzeitig angeleitet werden, daß ich sie dem Beirat zur Stellungnahme übermitteln kann, aus dem in der Niederschrift angedeutetem Arbeitsprogramm bitte ich von der Möglichkeit der Zusammenarbeit mit den anderen Ressorts Kenntnis zu nehmen. Gegebenenfalls werde ich mir erlauben, um Entsendung von Sacharbeitern bei Besprechung der Gesetzentwürfe zu bitten.
 des Herren Reichsstatthalter.
 Berlin, den 10. Juli 1933.
 Abschrift befreit sich nicht zur gefälligen Kenntnis zu übersenden. Ich wäre dankbar, wenn Sie im Rahmen Ihrer Zuständigkeit Gelegenheit nehmen würden, die Landesregierungen zur Überlegung der in Frage kommenden Gesetzentwürfe an mich zu veranlassen. Ich würde dem gegebenenfalls diese dem Sachverständigenbeirat zur Stellungnahme zuleiten.
 Abdruck meines Schreibens an die Reichsministerien nebst Anlagen sind zur Weiterleitung an die Landesregierungen beigelegt.
 Berlin, den 10. Juli 1933.
 Abschrift befreit sich nicht zur gefälligen Kenntnis zu übersenden.
 Fried

abschrift II A 103/6.7. 52
 Niederschrift
 Über die erste Sitzung des Sachverständigenbeirats für Bevölkerungs- und Rassenfragen, am 28. Juni 1933.
 Seite 14
 Anwesend waren: siehe Anlage.
 Nach Begrüßung der Teilnehmer nahm der Herr Reichsminister des Innern Gelegenheit, seine Stellungnahme zu den gesamten mit den Rassen- und Bevölkerungsproblemen zusammenhängenden Fragen klarzulegen. (Abdruck der durch Rundfunk übertragenen Aussprache ist beigelegt). Im Anschluß hieran wurde von ihm in weiteren Ausführungen darauf hingewiesen, daß die Zahl der Mitglieder des Sachverständigenbeirats für Bevölkerungs- und Rassenpolitik absichtlich beschränkt und klein gehalten sei, um ihn arbeitsfähig zu machen. Rein wissenschaftliche Fragen seien durch das Reichsgesundheitsamt zu behandeln. Da aber die Fragen der Bevölkerungs- und Rassenpolitik nicht nur vom Standpunkt des Wissenschaftlers, sondern auch unter dem Gesichtspunkt der Wirtschafts- und Staatspolitik angesehen und beraten werden müssten, habe er es für notwendig gehalten, den Sachverständigenbeirat als beratendes Organ des Ministeriums einzusetzen. Für die Auswahl der Mitglieder seien rein sachliche Gesichtspunkte ausschlaggebend gewesen. Zunächst sei Wert darauf gelegt worden, daß die Mitglieder auf einem dieser wichtigen Gebiete besonders sachverständig sind und sich schon bisher in irgend einer Form um die Förderung der Aufgaben

53
 Aufgaben der Bevölkerungs- und Rassenpolitik verfaßt gemacht haben. Nicht minder wünschenswert sei für ihn gewesen, durch die Mitglieder des Sachverständigenbeirats eine enge Verbindung des Ministeriums mit der nationalsozialistischen Bewegung und den Bestrebungen dieser Bewegung aufrecht zu erhalten. Durch die Aussprache und Mitarbeit soll den Mitgliedern Einblick in die Arbeit und die Ziele gewährt werden, die das Ministerium sich gesteckt habe. Andererseits betrachte er die Mitglieder des Sachverständigenbeirats als ein Bindeglied zu dem ganzen deutschen Volk, das gleichseitig dem Vertrauen der Bewegung im Lande zu sichern beauftragt ist. Das Reichsministerium des Innern brauche in dieser Zeit der ersten Arbeit und der Gesetzgebung, die für lange Zeit richtunggebend sein soll, mehr denn je die Führung mit dem Leben draußen und der Bevölkerung. Andererseits sei es Aufgabe des Beirats, nun seinerseits rege mitzuarbeiten, Anregungen aus der Bevölkerung zu suchen, zusammenzufassen und an das Ministerium heranzubringen. Diese Vorschläge sollen dem Gegenstand der Beratung späterer Sitzungen sein. An diesen würden in erster Linie die in Frage kommenden Referenten des Ministeriums selbst teilnehmen, gelegentlich würden auch Vertreter anderer Reichsministerien oder einzelne Sachverständige zur Bearbeitung von Sonderfragen heranzuziehen sein. Auch die Mitarbeit des Reichsausschusses für Volksgesundheitsdienst sollte dem Sachverständigenbeirat zur Verfügung stehen.
 Mit Rücksicht auf den großen Umfang des Arbeitsgebietes empfahl er, 3 Arbeitsgemeinschaften zur Erörterung der

- der Vorarbeiten und Fertigstellung der Vorschläge zu bilden:
 I. die Arbeitsgemeinschaft für Finanzen, Steuerpolitik, Statistik, Sozialpolitik und Siedlung,
 II. die Arbeitsgemeinschaft für Rassenhygiene und Rassenpolitik und
 III. die Arbeitsgemeinschaft für Erziehungs-, Frauen- und Mütterfragen und Fursorge.
 Die Leitung der weiteren Verhandlung wurde hierauf von dem Herrn Minister dem Sachbearbeiter Medizinrat Dr. Gurr übertragen. In einführenden Worten verlies dieser auf die besonderen Aufgaben, die der Sachverständigenbeirat zu erfüllen habe. Da ihn vor dem Schluß des im ähnlicher Angelegenheit von einer früheren Regierung begründeten Reichsausschusses für Bevölkerungsfragen zu bewahren, sei eine selbständige Betätigung der Arbeitsgemeinschaften und der einzelnen Mitglieder erforderlich, um die Bearbeitung einschlägiger grundlegender Fragen besser zu gewährleisten. Die bisher aufgestellte Mitgliederliste sei nicht als endgültig anzusehen; denn abgesehen von der an sich beabsichtigten Zurückberufung besonderer Sachverständiger werde es notwendig sein, noch einzelne neue Mitglieder nach sachlichen Gesichtspunkten auszusuchen.
 Als Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft I für Finanzen, Steuerpolitik, Statistik, Sozialpolitik und Siedlung seien in Aussicht genommen:
 Staatsminister a. D. Dr. Müller, Jernstadt (als Obmann) (Staatsrecht, Finanzen, Steuerpolitik),
 Dipl. Landwirt Darré, Präsident des Landwirtschaftsausschusses in Berlin (Landwirtschafts- und Siedlungsfragen).

- Dr. Burgdörfer, Direktor im Statistischen Reichsamt in Berlin (für Fragen der Statistik, Steuerfragen, Ausländergesetz für Familien),
 Dr. Fieger, Führer der deutschen Ärzteschaft in München, Wilhelm Berger, M.D. Berlin, M.D.S.G. (Fam.-Gesundheitsfragen, Sozialpolitik),
 Syndikus Dr. Rutke, Berlin, Robert Koch-Platz 7 (Wirtschafts- und Sozialpolitik),
 Syndikus Dr. Rütke, Berlin, Robert Koch-Platz 7 (Wirtschafts- und Sozialpolitik),
 Ministerpräsidenten wäre noch ein Vertreter der Industrie. Das von diesem Ausschuss zu bearbeitende Tätigkeitsgebiet dürfte sich in besonderen erstrecken auf:
 A) Überprüfung der bisherigen Finanz- und Steuerentwürfe im Reich, in den Ländern und Kommunen und Vorschläge zur Aenderung.
 a) Feststellung der familienfeindlichen Bestimmungen:
 1. Vorschläge für die Beseitigung der die Familie belastenden Bestimmungen,
 2. Überprüfung der neuen Gesetzentwürfe unter dem Gesichtspunkt der Familien- und Rassenpolitik,
 b) Beratung und Ausarbeitung von Vorschlägen zur Förderung der erbgewundenen Familien, Entwurf für einen Ausgleich der Familienlasten:
 1. wirksamer Steuerklasse in Prozents der Einkommensteuer,
 2. Besoldung der Beamten und Angestellten, gestaffelt je nach der Kinderzahl, wobei als Normalgehalt das Gehalt mit 3 bis 4 Kindern angenommen werden müßte,
 3. Ausgleichskassen für Gehalts- und Lohnspäter,
 4.

- 54
 4. Beobachtung der familienfreundlichen Gesetzgebung im Auslande, z. B. in Italien und Frankreich.
 5. Ein- und Auswanderung.
 B) Statistik:
 a) Geburtenschwund und Bevölkerungsentwicklung in Stadt und Land, Ursachen des Geburtenrückgangs.
 b) Überalterung des Volkstörpers und seine Folgen.
 c) Das Deutschtum im Herren Europas und in der Welt.
 d) Aus- und Binnenwanderung, Landflucht, Städtewachstum etc.
 C) Sozialpolitik:
 a) Arbeitslosenproblem, Arbeitsdienst und Arbeitsbeschaffung für Familienväter, Bevorrugung der erbgewundenen Familien.
 b) Frauenfragen, Entlastung der Mütter, Rückführung der berufstätigen Frau in die Familie.
 c) Versicherungs-gesetzgebung und ihre Auswirkung, Krankenkassen-Angestelltenversicherung, Invaliden- und Altersversicherung wie Vorschläge für eine Aenderung z. B. in Familienkassen, evtl. Verbindung mit den zu gründenden Familienausgleichskassen, Bevorrugung der erbgewundenen kinderreichen Familie in der Reichs- und Staatsverwaltung, in den Kommunen und Gewährung von Erleichterungen im öffentlichen Leben (Ermäßigungen auf dem Verkehrsbeziehungen, im Theater, Schule etc.).
 D) Wohnungs-politik:
 a) Wohnungspolitik in den Städten und Industriebezirken, Beseitigung der vorhandenen Mißstände, Vorschläge für die Besserung.
 b)

- 53
 b) Bevölkerungswachstum und Absterberate in ihrer Bedeutung für Stadt und Land, Wirtschaftsstruktur und Bevölkerungsentwicklung, Binnenmarkt und Stärkung des Volkstums.
 c) Zurück zum Agrarstaat, ländliche Siedlung und Rentabilität, Bedeutung von Blut und Boden für das deutsche Volk, Hegehilfe, Schaffung gesunder Bauernfamilien und eines neuen Adels.
 d) Vorschläge für Steuern, Erbrecht und ländliche Siedlung nach bevölkerungspolitischen Gesichtspunkten zur Bestandserhaltung und Anfang der deutschen Nation.
 Als Mitglieder der II. Arbeitsgemeinschaft für Rassenhygiene und Rassenpolitik wurden von dem Verhandlungsleiter benannt:
 1. Professor Dr. med. Rudin, Direktor des Kaiser Wilhelm-Instituts für Genetik und Demographie in München, Kneipgasse 2, (als Obmann),
 2. Dr. med. Dr. phil. h. c. Alfred Ploitt in Herrching a/Ammersee,
 3. Professor Dr. Günther, Jena,
 4. Dr. med. Wagner, Führer der Ärztlichen Spitzenverbände in München,
 5. Professor Dr. Schulte-Saaburg in Weimar, Staatl. Kunst-hochschule,
 6. Dr. Rutke (zugleich für Reichsausschuss für Volksgesundheitsdienst).
 Das Arbeitsgebiet dieser Gruppe soll sich in besonderem erstrecken auf:
 A. Mitwirkung bei der Gesetzgebung und Nachprüfung kommoder Gesetze unter dem Gesichtspunkt der Vererbungslernre und Rassenhygiene.
 a) Forschungsgebiete und ihre Fortentwicklung

- 55
 1. Vertretung an den Hochschulen und bei der Kaiser Wilhelm-Gesellschaft,
 Vorschläge und Heranziehung geeigneter Hochschullehrer,
 2. Vorschläge für die Ausbildung der Studierenden, der Ärzte, Antarkte, Anwärter für Antarktstellen und Leiter der Rassenämter, die als Arbeitsgruppen bei den Gesundheitsämtern gebildet werden sollen.
 Vorschläge für die Einrichtung von Kursen, Aufstellung von Plänen.
 3. Überprüfung des Gesundheitswesens der Fursorge, Vorschläge für Herabsetzung der Kosten für minderwertige, unheilbar Kranke, A. soziale und Verbraucher-
 4. Neuordnung des öffentlichen Gesundheitswesens, Neuordnung der Ärzte in ihrer Auswirkung auf Rassenhygiene und Rassenpolitik.
 Vorschläge für die Einrichtung von Rassenämtern.
 b) Zusammenfassung der Forschungsergebnisse der Vererbungslehre und Rassenhygiene und ihre Anwendung:
 1. Unfruchtbarmachung der erkrankten Personen -Sterilisation
 -Herabsetzung, Geburtenverhinderung
 2. Unfruchtbarmachung von Gewohnheitsverbrechern und Sexualverbrechern
 -Sterilisation, Kastration.
 c) Medizinische Indikationen zur Schwangerschaftsunterbrechung und Sterilisation.
 1. Feststellung der Mißstände, Statistik der aborts,
 2.

Beurteilung der medizinischen Indikation bei der Schwangerschaftsunterbrechung und Vorschläge für eine Besserung.

2. Beurteilung der Sterilisierung aus medizinischer Indikation, etwaige Mängel und Vorschläge für eine Neuordnung der Anträge.

4) Rassenkater und ihre Aufgaben

- 1. Erbologische Bestandaufnahme, 2. Kurse für Lehrer, Sozialbeamte, Schwestern etc. Schulen, 3. Vorträge vor Beamten, Polizei, Reichswehr, S.A., S.S. und in der Öffentlichkeit, 4. Erberatung und Zusammenarbeit mit den Erbgesundheitsgerichten-

B. Vorschläge für die Durchführung der rassepolitischen Aufgaben:

- a) Rassenkunde und Rassenpflege an Hochschulen, in Schulen und im öffentlichen Leben, 1. Forschung, Forschungsinstitute und Lehrkräfte, 2. Ausbildung der Jugend, der Studierenden und des ganzen Volkes, Zusammenarbeit mit dem Reichsausschuss für Volksgesundheitsdienst, Mitwirkung auf Presse und Rundfunk, Beobachtung von Minderheiten, b) Umwandlung der Ständekater in Familienkater: 1. Bestandaufnahme, Sammlung der Familienakten, der Gesundheitsbogen, der Fürsorgeakten, der Krankengeschichten usw.-

- 2. Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsratern, dem Gerichten und Verwaltungsbehörden - 3. Aufklärung, Erberatung zusammen mit dem Wasserrat und Gesundheitsamt, 4. Überwachung der Aus- und Einwanderung.

Als Mitglieder der III. Arbeitsgemeinschaft wurden in Vorschlag gebracht:

- Major a.D. Buch, München, Braunes Haus, (als Obmann), Professor Dr. Schultze-Saasberg in Tübingen, Staatl. Kunst-Hochschule, Dr. med. Wagner, Führer der Spitzenverbände der Deutschen Ärzteschaft in München, Herzog Wilhelmstrasse, Professor Dr. Spiethoff, Direktor der Universitätsklinik für Dermatologie in Jena, Frau von Madeln, Zweite Führerin der Deutschen Frauenfront in Halle a.S., Landwehrstrasse 6, Dr. Rutke (gleichzeitig für den Reichsausschuss für Volksgesundheitsdienst).

Diesem Ausschuss würden insbesondere folgende Aufgaben obliegen:

- A. Überprüfung der bisherigen Gesetzgebung in Reich, in den Ländern und Kommunen, Feststellung von Familienfeindlichen Bestimmungen, 1. Vorschläge für die Beseitigung der Familie belastenden Bestimmungen, 2. Überprüfung der neuen Gesetzentwürfe in Erziehung-, Frauen-, Mutterfragen, Fürsorge und Wohlfahrtspflege, B. Beratung und Ausarbeitung von Vorschlägen zur Förderung der erbgewandten Familie und zur Vorbereitung der Ehe: 1. Schule, Universität, Theater, Hörsaal, Erziehungs-

- Zusammenarbeit mit dem Reichsausschuss für Volksgesundheitsdienst, 2. Frauen- und Mutterfragen, Frauenverbände, Berufsaufgaben, Erziehung der Frau, Ausbildung, Sport, soziale Erneuerung der Frau, Mütter- und Säuglingsfürsorge, 3. Allgemeine Gesundheitsfürsorge und Wohlfahrtspflege, wie Zusammenarbeit mit dem Reichsausschuss für Volksgesundheitsdienst, 4. Familiengeschichte, Erbgesundheits- und Rassenpflege unter dem Gesichtspunkt von Erziehung-, Frauen- und Mutterfragen.

Im Hinblick auf die besondere Bedeutung, die der Erblehre, Rassenhygiene und Rassenkunde nach den vorangegangenen Ausführungen des Verhandlungsleiters zukommt, wurde von Dr. Wagner der nachfolgende Antrag gestellt und von dem Sachverständigenbeirat angenommen:

Der Sachverständigenbeirat bittet dahin zu wirken, daß für die Ärzte - zunächst in erster Linie die beamteten ärztlichen Lehrgänge über Erblehre, Rassenhygiene und Rassenkunde eingerichtet werden und daß zu diesem Zweck entsprechende Anstalten mit Lehrkräften besetzt werden, die im Sinne der nationalsozialistischen Weltanschauung zu

zu lehren in der Lage sind.

Im übrigen wurde von ihm darauf hingewiesen, daß die deutsche Ärzteschaft mit allen Mitteln zur Mitarbeit an den gesteckten Aufgaben bereit sei. Das Zweck der Aufklärung über die großen Ziele, um die es sich künftig handeln wird, sei von dem Arztbund bereits ein Aufklärungsamt eingerichtet worden. Notwendig sei die Festlegung der einheitlichen Linie von oben her. Zu diesem Zweck sei es unerlässlich, die wissenschaftlichen Institute usw. entsprechend zu versehen und mit Dozenten zu besetzen, die von dem Gedanken der N.S.D.A.P. fest durchdrungen sind.

Um weiterhin das Arbeiten des Sachverständigenbeirats zu den erstrebten Zielen zu gestalten, müsse ihm ein Einfluß auf die Gesetzgebung in einer noch festzustellenden Form gewährt werden.

Übereinstimmung bestand in der nachfolgenden Aussprache darüber, daß es unmöglich zu vertreten sei, daß Gesetze und Verordnungen erlassen werden, die mit den berücksichtigten bevölkerungs- und rassepolitischen Maßnahmen in direkten Widerspruch stehen. Die Erörterungen führten zur Annahme des nachfolgenden Antrages, auf dessen entsprechende Durchführung von den Mitgliedern des Beirats großer Wert gelegt wurde.

Der Sachverständigenbeirat hält es für notwendig, daß sämtliche von dem Reichs- und Landesministerien geplanten Gesetzentwürfe vor der Beschlussfassung dem Reichsministerium des Innern rechtzeitig vorgelegt werden, zur Überprüfung auf ihre bevölkerungs- und rasse-

rassepolitische Auswirkung auf das deutsche Volk. Um dem Antrage die gewünschte Wirkung zu verleihen, wurde eine persönliche Fühlungnahme des Herrn Reichsministers des Innern mit den übrigen Reichs- und wenn möglich auch Landesministern oder den Reichsstatthaltern für dienlich gehalten.

In Laufe der weiteren Aussprache wurden von verschiedenen Seiten Hinweise für die Arbeiten der einzelnen Arbeitsgruppen gegeben.

Vom Verhandlungsleiter wurde betont, daß es notwendig sei, das öffentliche Gesundheitswesen neu zu regeln, um einerseits Doppelarbeit zu vermeiden und andererseits in der Verwaltung bei Staat und Kommunen zu ermöglichen, wie andererseits Amts-, Stadt- und Kommunalärzte und das gesamte sonstige Personal für die neuen Aufgaben der Rassenhygiene und Rassenpolitik frei zu machen. Um dieses zu erreichen, soll eine Vereinheitlichung des gesamten öffentlichen Gesundheitswesens dadurch herbeigeführt werden, daß die zum Teil schon jetzt vorhandenen kommunalen Gesundheitsämter unter Leitung von staatlichen Medizinern vervollkommen und ausgebaut werden. Diesen Gesundheitsämtern sollen dann Abteilungen für Erbgesundheitspflege angegliedert werden, die später in der Lage sind, die erbologischen Aufgaben zu erfüllen und gegebenenfalls den später einzurichtenden Sippen- oder Familienkatern für eine erbologische Bestandaufnahme und Begutachtung zur Verfügung zu stehen.

Professor Schultze-Saasberg regte an, die Bedeutung der künstlerischen Darstellung auf die Volksauslese zu be-

rücksichtigen. Zu erstrebendes Ziel müsse sein, den klaren Ausdruck des nordischen Menschen zum Ausdruck zu bringen.

Dr. Gerokh hielt es für zweckdienlich, das augenblickliche starke Betätigungsstreben, das in der Gründung von Rassenkatern seinen Ausdruck findet, nicht zu behindern, sondern durch Umwandlung dieser Ämter in Aufklärungsämter den erstrebten Zielen dienlicher zu machen.

Professor Günther wünschte eine Abänderung der Verordnung über die Ehebehilfen durch Einfügung rasse- und erbologischer Vorschriften.

Von Dr. Rutke wurde schließlich auf die erstrebenswerte und zweckdienliche Mitwirkung des Beirats bei den bevorstehenden Änderungen des Tarifrechts hingewiesen.

Mit Worten des Dankes an die Teilnehmer für die geleistete Mitarbeit wurde die Beratung um 13 Uhr von dem Verhandlungsleiter geschlossen.

Asessenheitsliste

Asessenheitsliste bei der kommissarischen Beratung vom 28. Juni 1933 betr. Sachverständigenbeirat für Bevölkerungs- und Rassenpolitik.

Dr. Frick	Reichsminister des Innern	
Dr. Buttmann	Ministerialdirektor	Reichsmin. d. Innern
Hering	Ministerialdirigent	" "
Foerster	Ministerialrat	" "
Hellner	Ministerialrat	" "
Tante	Ministerialrat	" "
Wolke	Ministerialrat	" "
Lichter	Oberregierungsrat	" "
Dr. Gütt	Medizinalrat	" "
Dr. Fr. Bartels	Ref. im R.N.d.J.	" "
Dr. Löwen	Regierungsrat	" "
Frau P. Süber	Ref. im R.N.d.J.	" "
Dr. R.v. Hoff	Senator (Bremen)	" "
Usadel	Ref. im R.N.d.J.	" "
Dr. Gerokh	Sachverständiger f. Rassenforschung	" "
Dr. Hörmann	Kommissar für Berufs- und Verbandsfragen im Heil- und Hilfswesen	" "
Dr. Wiedel	Direktor im Reichsgesundheitsamt	
Dr. Heinrich Müller	Staatsminister a.D. Komm. Oberbürgermeister	Deutscher Gemeinden
Walter Buch	Reichsleiter	Braunes Haus
Dr. Wagner	Reichsführer der Deutschen Ärzteschaft	
Ch.-Fr. v. Madeln		Frauenfront (K.L.B.) 20.

Rudin	Vors. d. Deutschen Gesellschaft f. Rassenhygiene	Beauftragter für die Gesellschaft für Rassenhygiene
Floatz		Herausgeber des Archivs für Rassen- und Geschl.-Biologie
Spiethoff	a.o. Prof. Jena	Reichskommissar der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten
Günther		
Dr. Rutke	Kommissar des Reichsausschusses für Volksgesundheitsdienst	Reichsausschuss für Volksgesundheitsdienst
Klusk	Senator für Volksgesundheit u. Bevölkerungspolitik Danzig	Senat Freie Stadt Danzig.
Grossmann	abschnittsarzt Abschnitt VI, Vertreter v. Dr. Klusk	Danzig
Dr. Schultze-Saasberg	Direktor der Staatl. Kunsthochschule	Leisar, Fördischer Ring
Franko	Regierungsoberinspektor	(Schriftf. R.M.J.)

Abschrift II 1067/13.9.

Der Stellvertreter des Führers - Stab -

Dr. Wagner

München 28, Brieffach 2.

33

Nationalsozialistische
Deutsche ArbeiterparteiMünchen, 13. September 1934.
Frienner Straße 45.

An

den Herrn Reichsminister des Innern,

Berlin.

Betreff: Schwangerschaftsunterbrechung
aus eugenischen Gründen.

Auf dem Parteitag hatte ich Gelegenheit, mit dem Führer über die Schwangerschaftsunterbrechung aus eugenischen Gründen zu sprechen. Der Führer hat mir wörtlich erklärt, er wäre der Werste Gerichtsherr und würde dafür sorgen, daß kein Arzt bestraft würde, der die Schwangerschaft aus eugenischen Gründen unterbricht, denn über dem Paragraphen stände das Wohl des deutschen Volkes.

An meine Beauftragten habe ich daraufhin das beiliegende vertrauliche Rundschreiben gegeben.

Gleichzeitig komme ich auf meinen seinerzeit von Ihnen abgelehnten Antrag vom 8. Januar 1934 zurück und darf nochmals dringlich bitten, diesem Antrag jetzt stattzugeben.

Für eine baldige Stellungnahme wäre ich dankbar.

Heil Hitler!

gez. Dr. Wagner.

Nationalsozialistische Deutsche Arbeiterpartei
Reichsleitung

34

Oberste Leitung der PD.
Amt für Volksgesundheit
H.S.S.-Kreiskammern

München, den 13. September 1934.

Vertraulich.

Rundschreiben Vg. 21/34.

Betreff: Schwangerschaftsunterbrechung
aus eugenischen Gründen.

In dem Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 14. Juni 1933 klafft noch eine Lücke, denn das Gesetz bestimmt nur, daß derjenige, der erbkrank ist, unfruchtbar gemacht werden kann. Die Fassung des Gesetzes schließt es aber aus, daß aus eugenischen Gründen auch eine Schwangerschaft unterbrochen werden kann.

Solange nun nicht alle Erbkranken sterilisiert sind, wird der Sinn des Gesetzes, erbkranken Nachwuchs nicht zur Welt kommen zu lassen, nur erreicht, wenn man neben der Sterilisierung auch die Schwangerschaftsunterbrechung aus eugenischen Gründen zuläßt. Es wäre nicht verständlich, wenn auf der einen Seite derjenige sterilisiert wird, der erbkrank ist und wenn man auf der anderen Seite erbkranken Kinder zur Welt kommen läßt.

Es sind dabei in der Praxis zwei Fälle zu berücksichtigen:

Entweder ist die Schwangere selbst erbkrank, dann muß die Schwangerschaftsunterbrechung mit gleichzeitiger Sterilisation vorgenommen werden, oder der Vater des Kindes ist erbkrank, jedoch die Frau erbggesund, dann ist lediglich die Schwangerschaft zu unterbrechen. Die letzteren Fälle werden natürlich außerordentlich selten sein.

Obwohl

Obwohl für diese Fälle zur „Unterbrechung der Schwangerschaft aus eugenischen Gründen“ eine gesetzliche Grundlage noch nicht vorliegt, ist die Schwangerschaft trotzdem zu unterbrechen.

Voraussetzung ist natürlich, daß die Erbkrankheit durch das Erbgesundheitsgericht bestätigt sein muß.

Bis eine gesetzliche Regelung der Frage erfolgt, sind alle derartigen Fälle mit einem genauen Bericht hierher zu melden. Die offizielle Genehmigung für die vorgenommene oder vorzunehmende Schwangerschaftsunterbrechung wird dann von hier aus erfolgen.

Es ist volle Gewähr dafür gegeben, daß kein Arzt bestraft wird, der die Schwangerschaft unter obigen Voraussetzungen aus eugenischen Gründen unterbricht.

Über den toten Paragraphen steht für uns Nationalsozialisten das Wohl des Volkes.

Heil Hitler!

gez. Dr. Wagner.

Verteiler:

An die Gauleiter
des Amtes für Volksgesundheit,
an die Amtsleiter der Landes- und
Provinzstellen der KVD.

Statistik

68

betreffend Durchführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken
Nachwuchses im Jahre 1934.

	Männer	Frauen	zusammen
1) gestellte Anträge	42 903	41 622	84 525
2) davon erledigt durch An- ordnung der Unfrucht- barmachung	28 286	27 958	56 244
3) Unfruchtbarmachungen (gemäss Auszählung des Reichsgesundheitsamts der am 26. März 1935 vorliegenden Erbgesund- heitsgerichtsakten aus dem Jahre 1934)	15 655	15 347	31 002
4) Todesfälle aus den unter 3) bezeichneten Akten	19	70	89
5) Todesfälle auf 100 Un- fruchtbarmachungen	0,12 ‰	0,45 ‰	0,29 ‰

Die Zahl der errechneten Prozentzahlen an Todesfällen liegt demnach weit unter 1%. Da man das Risiko bei Operationen, die eine Eröffnung der Leibeshöhle erfordern - und dies ist bei der Unfruchtbarmachung der Frau notwendig - mit mehr als 1% annimmt, erscheint die errechnete Sterblichkeitsziffer durchaus befriedigend.

Es darf hier zitiert werden, was Professor v. Mikulicz-Radecki in seinem Referat über die Unfruchtbarmachung von Frauen auf dem diesjährigen Chirurgen-Kongress gesagt hat:

" Es wird Sie, meine Herren Kollegen, interessieren, welche Mortalität und Morbidität sich aus meiner Sammelstatistik von 6070 Frauen ergibt; die Mortalität beträgt 0,41 ‰. Wenn

man

69

-2-

man bedenkt, dass es sich bei allen diesen Eingriffen um intraperitoneale Eingriffe gehandelt hat, so muss die gesamte Mortalitätsziffer als erstaunlich gering bezeichnet werden.

Es liegt daher kein Grund vor, die operative Sterilisation zugunsten eines ganz anderen Verfahrens aufzugeben."

Reichs- und Preussische
Minister des Innern.

IV A 17458/36/1066.

Berlin, den 3. Februar 1937.
NW 40, Bismarckpl. 4.
Telefon:
Minist. Z. I, II, V, VIII, A 1, Jäger 9027
" IV, VI, VII (Innen) den Tel. n. 70-72) A 2 (Innen) 6044
Telegraph. Dienstamt.

Consequenz

Betrifft: Bekämpfung der Abtreibungen.

Nach meinen Feststellungen ist die Zahl der Abtreibungen in Deutschland leider noch immer recht erheblich. Die Abtreibungen bedeuten in bevölkerungspolitischer, in allgemeingundheitlicher und auch in volkswirtschaftlicher Beziehung eine ernste Gefahr, da sie im großen Umfang Leben, das für die Erhaltung und die Leistungen unseres Volkes von großem Wert sein kann, vernichten und viele Frauen durch die vorgenommenen Eingriffe in ihrer Gesundheit, Fortpflanzungstüchtigkeit und Arbeitsfähigkeit dauernd schädigen. Der Kampf gegen die Abtreibungsseuche muß daher im Interesse der deutschen Familien und der Zukunft unseres Volkes mit allen Mitteln geführt werden; nicht nur die eheliche, sondern auch die uneheliche Schwangerschaft muß, zumal wenn es sich um erbsunde und würdige Eltern handelt, geschützt werden.

Wenn auch nicht verkannt wird, daß der Erfolg dieses Kampfes zum großen Teil von der allgemeinen Besserung der wirtschaftlichen Verhältnisse abhängt, die besonders auch die Frühehen mehr als bisher ermöglichen muß, so wird es doch in erster Linie Auf-

gabe

Landesregierungen, die Regierungspräsidenten,
Polizeipräsidenten in Berlin,
Reichskommissar für das Saarland,

gabe der Erziehung sein, unsere deutschen Frauen dahin zu bewegen, daß sie die Mutterschaft als etwas Heiliges und Unantastbares ansehen und deshalb bemüht sind, jede Schwangerschaft zutragen, einerlei ob sie ehelich oder unehelich empfangen. Für die Erziehung zur richtigen weltanschaulichen Haltung der Frauen und auch der Männer in dieser Frage kommen besonders Organe der Bewegung (in erster Linie NS.-Frauensschaft, Reichsmütterdienst, NSV., SA., SS.) in Frage.

Darüber hinaus wird aber auch der Staat mit seinen Einrichtungen im Kampf gegen die Abtreibungsseuche einzusetzen sein. Die unehelichen Mütter sind in der Regel darauf angewiesen, die Überwindung der wirtschaftlichen Schwierigkeiten, die mit der Entbindung und der Versorgung des Kindes verbunden sind, die sie aus eigener Kraft nicht meistern können, die Hilfe der Behörden in Anspruch zu nehmen. Für eine solche Hilfe sind in erster Linie die Gesundheitsämter und die Wohlfahrts- und Jugendämter der Gemeinden berufen. Die Leiter dieser Behörden werden daher diesem Aufgabengebiet ihre besondere Aufmerksamkeit zuwenden haben. Hierbei wird es vor allem darauf ankommen, daß Beamten und Angestellten, die mit den unehelichen Müttern zu handeln und ihre Anliegen zu bearbeiten haben, so ausgewählt werden, daß sie ihre Aufgaben in menschlicher Hinsicht mit Verstand und Taktgefühl erfüllen. Sie werden sich bewußt sein müssen, daß sie nicht dazu berufen sind, über das Vorleben der Mütter ein Urteil zu fällen. Sie dürfen niemals vergessen, daß eine Frau, die unehelich empfangen hat und ihre Schwangerschaft austrägt, mehr Achtung verdient als diejenige, die abtreibt. Sie haben ihre Aufgabe ausschließlich darin zu sehen, der unehelichen Mutter

47

Mutter bei Überwindung der wirtschaftlichen Schwierigkeiten helfend und beratend zur Seite zu stehen und die Möglichkeiten einer behördlichen wirtschaftlichen Hilfe voll auszunutzen. Sie sollen bei ihrer Tätigkeit sich darum bemühen, bei der unehelichen Mutter das Gefühl zu erwecken, daß ihr der Staat hilft, und damit ihre seelische Verfassung für die schwere Zeit der Entbindung stärken.

Die Leiter der Behörden sind anzuhalten, den Beamten und Angestellten, die sich mit den unehelichen Müttern zu befassen haben, die vorstehenden Richtlinien für ihre Tätigkeit bekannt zu geben und die Bekanntgabe in angemessenen Zeitabschnitten zu wiederholen. Sie haben sich von ihrer Beachtung persönlich zu überzeugen.

Die genannten Ämter sind ferner davon zu unterrichten, daß das Hilfswerk "Mutter und Kind" durch Errichtung von Heimen und durch sonstige Hilfsmaßnahmen eine erweiterte Fürsorge für würdige eheliche und uneheliche Schwangere, die sich in wirtschaftlicher oder seelischer Not befinden und daher erfahrungsgemäß zur Abtreibung neigen, eingeleitet hat. Mit den örtlich zuständigen Stellen des Hilfswerks, die von ihrer Leitung die entsprechenden Anweisungen erhalten werden, sollen die Ämter Verbindung aufnehmen und dauernd eng zusammenarbeiten. Besonders in all den Fällen, wo schwangeren Mädchen durch die ausschließlich behördliche Bearbeitung ihrer Angelegenheit irgendwelche erhebliche Schwierigkeiten erwachsen, soll rechtzeitig wirtschaftliche Unterstützung und seelische Betreuung durch das Hilfswerk "Mutter und Kind" vermittelt werden.

Die

48

Die Gesundheitsämter werden besonders in ihren Mütterberatungen durch die zuständigen NSV.-Dienststellen zur Beurteilung der Schwangerschaft und der etwa zu treffenden ärztlichen Maßnahmen in Anspruch genommen werden. Etwaigen Bitten in dieser Beziehung haben die Gesundheitsämter zu entsprechen, ohne Gebot zu erheben (vgl. Runderlaß des RPrKdJ. über das Tuberkulosenwerk der NSV vom 17. Juli 1936 -IV A 9117/2011 f-). Ferner sind die Hebammen durch die Gesundheitsämter erneut über die Gefahr zu unterrichten, die aus der Abtreibung den abtreibenden Frauen selbst und der Volksgemeinschaft erwachsen. Sie sind ebenfalls anzuweisen, die bei ihnen ratsuchenden Frauen auf die ihnen von der NSV gebotene Hilfe aufmerksam zu machen.

Die Jugend- und Wohlfahrtsämter haben insbesondere zu beachten, daß die Kosten der Wochenfürsorge, die von der öffentlichen Fürsorge zu gewährt ist, von den Empfängern der Fürsorgeverhältnisse nicht zurückerstattet zu werden brauchen, und daß die Voraussetzungen für die Bejahung der Hilfsbedürftigkeit bei der Wochenfürsorge günstiger liegen, als bei sonstigen Leistungen der öffentlichen Fürsorge (vgl. § 25 Absatz 4a der Fürsorgepflichtverordnung § 6 Absatz 3 aao. und Absatz 2 der amtlichen Erläuterungen zu den Reichsgrundsätzen über Voraussetzungen, Art und Maßnahmen der öffentlichen Fürsorge).

Die nötigen Anweisungen an die Gesundheits-, Jugend- und Wohlfahrtsämter sind vertraulich und in einer Form zu geben, die keinen läßt, daß auch in Zukunft im Mittelpunkt aller bevölkerungspolitischen Bestrebungen die deutsche Familie steht.

Reichsminister

6

Robert Ley:

Der Deutsche Volksschutz (1939)

"I. Arbeitsrecht und Arbeitspflicht

.....

.....

II. Volksgesundheitsführung

Das höchste Gut des Volkes ist die Volksgesundheit und die damit verbundene Arbeitsfähigkeit des Menschen. So ist denn auch die höchste sozialistische Tat, die schaffenden Menschen gesund und damit arbeitsfähig zu halten. Zu diesem Zweck errichtet die nationalsozialistische Gemeinschaft in dem "Deutschen Volksschutz" die Volksgesundheitsführung. Die Volksgesundheitsführung ist ein politisches Werk, bei dem der Arzt den wichtigsten fachlichen Faktor bedeutet. So kennen wir Nationalsozialisten zweierlei Arten von Ärzten:

- 1.) den Hausarzt
- 2.) den Betriebsarzt.

Die wichtigste Fürsorge der Volksgesundheit liegt in der Familie, im Schutze des Kindes, in der Fürsorge für die Mutter in der Betreuung der Familie

Des weiteren muß die Volksgesundheitsführung über das gesamte Land hin

GESUNDHEITSHÄUSER

errichten. Da die Volksgesundheitsführung eine menschenbetreuende Funktion hat, gehört sie insgesamt unter die Partei, weshalb auch die Gesundheitshäuser in den politischen Ortsgruppen errichtet werden müssen....

Der Vorgang ist folgender:

Ein Arbeiter bzw. Angestellter irgendeines Betriebes wird krank. Er wird bei Arbeitsunfähigkeit von seinem behandelnden Arzt sofort dem zuständigen Gesundheitshaus überwiesen. Dort befindet er sich in Behandlung und muß, solange er arbeitsunfähig ist, im Gesundheitshaus übernachten und verbleiben. Alsdann werden ihm für die Dauer seiner Krankheit 70% des Lohnausfalles vom Unternehmer weitergezahlt. Lehnt der Erkrankte die Behandlung im Gesundheitshaus ab, so kommt die Lohnzahlung in Fortfall oder dem Angestellten wird ein entsprechendes Entgelt von seinem Gehalt abgezogen. Wenn dann zum dritten außer dem Hausarzt und dem Betriebsarzt zur Über

wachung dieses Systems Vertrauensärzte eingesetzt werden, die fachlich eine eventuelle unberechtigte Inanspruchnahme des Kostenträgers zu verhindern haben, so bin ich davon überzeugt, daß damit für die Volksgesundheit, denn um sie allein handelt es sich, ein ungeheurer Beitrag geleistet worden ist.

Wir haben die Dinge in unserem Amt für Volksgesundheit bereits ausprobiert. In einem Versuchskreis wurden rund 800 Familien nach dem oben beschriebenen Hausarztssystem betreut und es hat sich hier die erschütternde und wiederum hoch erfreuliche Tatsache gezeigt, daß allein die Kindersterblichkeit (die im Gesamtreich über 6 % liegt) in diesen Bezirken auf etwa 3,5 % zurückgegangen ist.

Ebenso hat sich das System der Gesundheitshäuser auf den Baustellen in Salzgitter und Fallersleben, wo es gegenwärtig in der Praxis erprobt wird, als außerordentlich segensreich erwiesen. Der Krankendurchschnitt der Arbeitsunfähigen liegt im Gesamtreich bei etwa 3 % (in schweren Berufen, wie Bergwerk, Walzwerk, Erdarbeiten usw., wesentlich höher). In den Großbaustellen Salzgitter und Fallersleben dagegen, wo fast sämtliche der vorgenannten schweren Berufsarten vertreten sind und wo bei jedem Wetter gearbeitet wird, ist der Krankheitsdurchschnitt auf Grund unserer dort angewandten Gesundheitsführung auf weit unter die Hälfte gesunken! Unter Berücksichtigung des wesentlich niedrigeren Prozentsatzes der arbeitsunfähig Erkrankten und der Tatsache, daß es gelungen ist, in Salzgitter und Fallersleben die Arbeitsunfähigkeitsdauer weit unter die Hälfte, ja bis fast auf ein Drittel herunterzudrücken, ergibt sich ein Reichsdurchschnitt 1937 = 22,6 Krankheitstage (ausschließlich der dreitägigen Krenzzeit = 25,6 Tage) Fallersleben und Hermann-Göring-Werke 1938 durchschnittlich 8 Krankheitstage (einschließlich der dreitägigen Karenzzeit = 5 Tage).

Rechnen wir einmal diese Zahlen auf die schaffenden Menschen im Altreich um. Wir haben in Industrie, Landwirtschaft, Handwerk, Handel und freien Berufen 33 Millionen Werkstätige. Wenn wir 3 % von ihnen als Krankheitsdurchschnitt nehmen, so sind das täglich eine Million Arbeitsunfähige. Sinkt diese Zahl auf 1,5 %, so sind es

500 000 Arbeitsunfähige. Das heißt, wir gewinnen täglich durch diese Maßnahme 500 000 neue Arbeitskräfte. Wenn man dann weiterrechnet, daß jede dieser 500 000 Arbeitskräfte täglich für nur 10 RM neue Werte schaffen, so bedeutet das je Tag einen Gewinn von 5 Millionen Reichsmark, im Jahre fast 2 Milliarden Reichsmark, das Krankengeld, die Arzt- und Arzneiunkosten gar nicht gerechnet.

Hierdurch kommt das ganze Problem der bisherigen Krankenversicherung in Fortfall.

Ich habe errechnet, daß wir für diese Gesundheitsführung in Verbindung mit der NSV, Schutz von Mutter und Kind, Kraft durch Freude und den Erholungsheimen insgesamt jährlich 1 Milliarde Reichsmark benötigen.

Damit hat mit einem Schlag das Simulantentum aufgehört zu existieren. Wer sich daneben außerdem privat behandeln lassen will, kann es tun, dem sind keinerlei Schranken gesetzt. Auf jeden Fall hört es auf, daß auf Kosten der Allgemeinheit Faulenzer und Nichtstuer ihr Leben fristen, während der schaffende Mensch nicht genügend betreut werden kann.....

....."

SAK, 242 II, 7/8

ENTWURF

eines

Führer-Erlasses

über die

Errichtung des Gesundheitswerkes des Deutschen Volkes

K 413/II

Vorspruch

Die Gesundheit ist das wertvollste Gut des Volkes. Zu ihrer Sicherung und Förderung ordne ich die Errichtung des Gesundheitswerkes des Deutschen Volkes als Reichsaufgabe im Rahmen des sozialistischen Aufbaues an.

K 413/II

Im einzelnen ordne ich an:

I. Die Errichtung des Gesundheitswerkes des Deutschen Volkes

- § 1 Das Gesundheitswerk des Deutschen Volkes umfasst alle Maßnahmen, die geeignet sind, die Gesundheit des Volkes zu sichern und zu fördern oder wiederherzustellen.
§ 2 (1) Das Gesundheitswerk betreut alle Volksgenossen, die ihren Wohnsitz im Reichsgebiet haben.
(2) Die Wehrmacht, die Waffen-ff, die Polizei und der Reichsarbeitsdienst unterhalten einen eigenen Gesundheitsdienst.
(3) Für alle anderen Personen, die ihren Wohnsitz vorübergehend oder dauernd im Reichsgebiet haben, werden besondere Bestimmungen erlassen.

K 413/II

II. Die Aufgaben des Gesundheitswerkes des Deutschen Volkes

- § 3 (1) Das Gesundheitswerk gewährt die vorbeugende und verhütende Gesundheitsvorsorge und die Krankenhilfe.
(2) Jeder Volksgenosse ist zur Erhaltung und Förderung seiner Gesundheit verpflichtet.

A. Die vorbeugende und verhütende Vorsorge

§ 4 Die vorbeugende und verhütende Vorsorge umfasst die allgemeine Vorsorge, das Erholungswerk des Deutschen Volkes und besondere bevölkerungspolitische Maßnahmen.

1. Die allgemeine Vorsorge

- § 5 (1) Aufgaben der allgemeinen Vorsorge sind:
a) Die Rasenpflege,
b) die Edgesundheitspflege,
c) die Eheberatung,
d) die Betreuung der werdenden Mutter,
e) die Betreuung von Mutter, Säugling und Kleinkind,
f) die Betreuung der Schuljugend,
g) die Betreuung der berufstätigen Jugend einschließlich der gesundheitlichen Berufsbereitung,
h) die Betreuung der zwischen Volksgenossen,
i) die Betreuung der Gefolgschaftsangehörigen in den Betrieben und Unternehmen,
k) die Durchführung und Überwachung der allgemeinen Hygiene, insbesondere in den Wohn- und Arbeitsstätten und den Gast- und Verkaufsstätten jeder Art,
l) die Lenkung und Überwachung der Beschaffung, Prüfung und Verteilung der Lebensmittel und anderer Gegenstände des täglichen Bedarfs, insbesondere auch der Kleidung, nach gesundheitlichen Gesichtspunkten,
m) die Bekämpfung der vermeintlichen Volkskrankheiten und Volksschäden,
n) die Lenkung und Überwachung des Genuss- und Heilmittelverkehrs,
o) die Überwachung der Arbeitseinsatzfähigkeit.

K 413/II

- p) die Anfertigung und Auswertung der Gesundheitsberichterstattung und der Gesundheitsstatistik,
q) die Berechtigung und Überwachung von Erholungsstätten und Krankenanstalten jeder Art nach ethischen und planwirtschaftlichen Gesichtspunkten,
r) die Lenkung und Überwachung des Erholungswerkes des Deutschen Volkes,
s) die Beratung der Dienststellen des Versorgungswerkes des Deutschen Volkes,
t) die Unterstützung der Partei, ihrer Gliederungen und angeschlossenen Verbände bei Reihenuntersuchungen und Musterungen,
u) die Beteiligung bei der Verleihung der Auszeichnungen für Verdienste auf gesundheitlichem Gebiete,
v) die gesundheitliche Überwachung der Leibesübungen,
w) die Gesundheitspropaganda.

(2) Der allgemeinen Gesundheitsvorsorge können weitere Aufgaben übertragen werden.

2. Das Erholungswerk des Deutschen Volkes

§ 6 Das Erholungswerk gewährt gesundheitlich gelenkten Erholungsurlaub an gesunde und gefährdete oder anbrüchliche schaffende Volksgenossen, um die Erhaltung oder Wiederherstellung der vollen Leistungsfähigkeit zu gewährleisten.

- § 7 (1) Für die Durchführung des Erholungsurlaubes stehen die zugelassenen Sanatorien, Erholungsheime, Kur- und Bäderorte jeder Art, die im Besitz der öffentlichen Hand sind, und die den karitativen Verbänden gehörenden geeigneten Einrichtungen zur Verfügung.
(2) Private Unternehmen, insbesondere die von Angehörigen der Berufe im Gesundheitsdienst geleitet, können als Vertragsanstalten des Erholungsurlaubes zugelassen werden.
(3) Die Betriebserholungsheime jeder Art dienen in erster Linie der Erholung der eigenen Gefolgschaftsmitglieder. Den allgemeinen Erholungsurlaubsaussuchen dürfen sie nur in besonderen Fällen nutzbar gemacht werden.

§ 8 Bei der Bereitstellung der für das Erholungswerk notwendigen Unterkünfte ist die NS-Gemeinschaft „Kraft durch Freude“ zu beteiligen.

K 413/II

3. Besondere bevölkerungspolitische Maßnahmen

§ 9 Das Gesundheitswerk gewährt jeder Mutter für die Geburt eines Kindes eine Ehrengabe.
§ 10 Jede Mutter, die ihr Kind selbst stillt, erhält eine Stillprämie.

§ 11 Die Bestimmungen der Krankenhilfe für die Dauer einer Arbeitsunfähigkeit durch Schwangerschaft oder Entbindung, insbesondere bei den berufstätigen Volksgenossinnen, werden von diesen besonderen bevölkerungspolitischen Maßnahmen nicht berührt.

B. Die Krankenhilfe

§ 12 Die Krankenhilfe gewährt:
a) Behandlung durch Heilbehandler, die für die Tätigkeit beim Gesundheitswerk zugelassen sind,
b) Arznei- und Verbandmittel und Krankenpflegeartikel,
c) Behandlung in Krankenanstalten jeder Art,
d) wirtschaftliche Beihilfen einschließlich Wochenhilfe.

1. Heilbehandler

§ 13 Die Heilbehandler sind Ärzte und Zahnärzte, Heilpraktiker und Dentisten.
§ 14 Die freie Arztwahl

- (1) Jedes Familienoberhaupt wählt für sich und seine unselbständigen Familienmitglieder den Arzt seines Vertrauens als Hausarzt.
(2) Die Wahl erfolgt durch die Eintragung in eine Liste, die für jeden als Hausarzt zugelassenen Heilbehandler ausgestellt wird.
(3) Die Wahl gilt für die Dauer von zwei Jahren.
(4) Ein Hausarztwechsel vor Ablauf einer Frist von zwei Jahren kann nur aus wichtigen in der Person des Arztes oder des Volksgenossen liegenden Gründen stattfinden und bedarf der Genehmigung des Kreisbeauftragten für das Gesundheitswerk.

3. Die Tätigkeit des Hausarztes und der anderen Heilbehandler

§ 15 (1) Der Hausarzt führt die Betreuung und Behandlung der ihm anvertrauten Volksgenossen selbständig und verantwortlich durch.

- (2) Er kann zu seiner Unterstützung andere besonders geeignete Heilbehandler zur Behandlung hinzuziehen und den Volksgenossen mit seinem Einverständnis in ihre Behandlung überweisen.
(3) Der in eigener Praxis oder in einer Krankenanstalt tätige Heilbehandler ist verpflichtet, nach Beendigung der Fachbehandlung den erkrankten Volksgenossen wieder an den Hausarzt zurücküberweisen. Er ist berechtigt, dem Hausarzt geeignete Behandlungen zu übertragen.
(4) Der Hausarzt kann die Überweisung in eine Krankenanstalt anordnen.
(5) Der Hausarzt ist berechtigt und verpflichtet, die seiner Obhut anvertrauten Personen nach anerkannten Verfahren unter Beachtung der allgemein gebotenen Wirtschaftlichkeit zu behandeln.
(6) Der Hausarzt bestimmt Ende und Beginn der Arbeitseinsatzfähigkeit.
(7) Der Hausarzt ist berechtigt und verpflichtet, sich über den Rahmen der Krankenhilfe hinaus der gesundheitlichen Betreuung der ihm anvertrauten Volksgenossen anzunehmen und die Arbeit der Gesundheitsstationen zu unterstützen.
(8) Bei Streitigkeiten zwischen Behandeltem und Heilbehandler entscheidet der Kreisbeauftragte.

§ 16 Jeder Volksgenosse kann einen anderen Heilbehandler als den gewählten Hausarzt zu Rate ziehen. Ansprüche an die Krankenhilfe können hieraus nicht abgeleitet werden.

4. Behandlungs- und Heilverfahren

§ 17 (1) Alle Ergebnisse gesundheitlicher Erkenntnis werden in den Dienst des Gesundheitswerkes gestellt.
(2) Die freie und ungehinderte Arbeit der Wissenschaft und Forschung im Interesse der Volksgesundheit wird besonders gefördert.
(3) Die Prüfung und die Vorschläge auf Anerkennung von Behandlungs- und Heilverfahren erfolgen durch einen ständigen Beirat, der bei der Reichsdienststelle des Gesundheitswerkes gebildet wird. Die Anerkennung von Behandlungs- und Heilverfahren jeder Art wird von dem Reichskommissar ausgesprochen.
(4) Dem Beirat gehören Vertreter aller Richtungen der Heilkunde und gesundheitspolitisch hervorragende Volksgenossen an.

5. Wirtschaftliche Beihilfen

§ 18 Die wirtschaftlichen Beihilfen sind das Kranken-, Haus-, Taschen- und Sterbegeld, die Wochenhilfe und besondere Beihilfen.

K 413/II

§ 19 (1) Bei Arbeitsunfähigkeit durch Erkrankung werden jedem Volksgenossen die wirtschaftlichen Beihilfen aus der Krankenhilfe gewährt, wenn sein Grundeinkommen weniger als vierhundert Reichsmark beträgt.
(2) Bei einem Einkommen von mehr als vierhundert Reichsmark werden dem Volksgenossen auf Antrag angemessene wirtschaftliche Beihilfen gewährt, wenn sie zur Abwendung gesundheitlicher oder wirtschaftlicher Schäden notwendig sind.

6. Besondere Leistungen an Heilbehandler

§ 20 Das Gesundheitswerk gewährt den Heilbehandlern besondere Entschädigungen für:
a) jede erfolgreiche geburtshilfliche Leistung,
b) jede erfolgreiche Maßnahme zur Erhaltung wertvollen menschlichen Lebens,
c) jede erfolgreiche Maßnahme zur Bekämpfung vermeidbarer Volksschäden.

7. Bekämpfungswang

§ 21 Zur Sicherung der Gesundheit der Volksgemeinschaft und des einzelnen kann die Duldung einer Behandlung und die Einweisung in eine Krankenanstalt bei einsichtslosen und umgebungsgefährlichen Kranken erzwungen werden.

III. Die Durchführung des Gesundheitswerkes des Deutschen Volkes

A. Die Organe des Gesundheitswerkes

§ 22 Die Organe des Gesundheitswerkes sind:
1. der Reichskommissar,
2. der Reichsgesundheitsführer,
3. die Gau- und Kreisbeauftragten,
4. die Leiter der Orts- und Betriebsgesundheitsstationen,
5. die Berufe im Gesundheitsdienst,
6. der Gesundheitskreis und
7. die Verwaltungsorgane des Gesundheitswerkes.

1. Der Reichskommissar für das Gesundheitswerk des Deutschen Volkes

- § 23 (1) Der Reichskommissar für das Gesundheitswerk des Deutschen Volkes wird vom Führer ernannt.
(2) Er untersteht dem Führer unmittelbar.
(3) Der Reichskommissar bestimmt die Personen, die für das Gesundheitswerk des Deutschen Volkes tätig werden.
(4) Der Reichskommissar sorgt für ausreichenden Berufswachstum der Berufe im Gesundheitsdienst.
(5) Der Reichskommissar kann sich zur Durchführung des Gesundheitswerkes des Deutschen Volkes bestehender Einrichtungen bedienen oder neue Dienststellen einrichten.

2. Der Reichsgesundheitsführer

§ 24 (1) Der Reichsgesundheitsführer wird nach dem Vorschlag des Reichskommissars tätig.
(2) Er ist der Vertreter des Reichskommissars für das Gesundheitswerk.

3. Die Beauftragten des Reichskommissars

- § 25 (1) Der Reichskommissar bestellt die Gau- und Kreisbeauftragten für das Gesundheitswerk des Deutschen Volkes und beruft sie ab.
(2) Der Reichskommissar kann sich für andere Arbeitsgebiete im Gesundheitswerk besondere Beauftragte einsetzen.

- Die Gau- und Kreisbeauftragten haben folgende Aufgaben:
- Eintritt und Bestellung, Aus- und Fortbildung der für das Gesundheitswerk tätigen Ärzte und der Angehörigen der anderen Berufe im Gesundheitsdienst nach planwirtschaftlichen Gesichtspunkten.
 - Durchführung und Überwachung der Gesundheitsvorsorge.
 - Mitwirkung bei der Bekämpfung vermeidbarer Volkskrankheiten und Volksseuchen.
 - Durchführung und Überwachung der allgemeinen hygienischen Maßnahmen, insbesondere in den Wohn- und Arbeitsstätten und den Gast- und Verkaufsstätten jeder Art.
 - Lenkung und Überwachung der Beschaffung, Prüfung und Verteilung der Lebensmittel und der Gegenstände des täglichen Bedarfs, insbesondere auch der Kleidung, nach gesundheitlichen Gesichtspunkten.
 - Überwachung des Genuß- und Heilmittelverbrauchs.
 - Lenkung und Überwachung des Erholungsweskes.
 - Überwachung der ärztlichen Tätigkeit innerhalb der Krankenhilfe.
 - Überwachung der Arbeitseinsatzfähigkeit.
 - Beratung der Dienststellenleiter des Versorgungsweskes des Deutschen Volkes, insbesondere Tätigkeit als Oberarzt.
 - Überwachung der Gesundheitskartei.
 - Erstellung, Auswertung und Überwachung der Gesundheitsberichterstattung und Anfertigung von Gesundheitsstatistiken.
 - Überwachung von Erholungsheimen und Krankenanstalten jeder Art nach reichseinheitlichen Gesichtspunkten.
 - Bereitstellung von Erholungsheimen und Krankenanstalten jeder Art nach planwirtschaftlichen Gesichtspunkten.
 - Lenkung und Überwachung der propagandistischen und rednerischen Tätigkeit im Gesundheitswerk.

4. Der Leiter der Ortsgesundheitsstation § 27
Der Leiter einer Ortsgesundheitsstation wird vom Gaubeauftragten auf Vorschlag des Kreisbeauftragten bestellt und abberufen.

5. Die Ortsgesundheitsstation § 28
(1) Die Ortsgesundheitsstation ist der Mittelpunkt der praktischen Gesundheitsvorsorge.
(2) Die Ortsgesundheitsstation wird bei dem Gemeinschaftshaus der Ortsgruppe der NSDAP errichtet.

- (3) Die Ortsgesundheitsstation enthält alle Einrichtungen, die nach dem neuesten Stand der Erkenntnisse auf gesundheitlichem Gebiet zur Erfüllung ihrer Aufgaben nötig sind.
(4) Zu diesen Einrichtungen gehören insbesondere zweckmäßig ausgestattete Räume für:
a) die ärztliche Untersuchungstätigkeit,
b) die Unterbringung der Gesundheitskartei,
c) die Tätigkeit des ärztlichen Hilfspersonals,
d) die Vornahme von Maßnahmen zur Aufrechterhaltung oder Stärkung der Gesundheit und Arbeitseinsatzfähigkeit.
a) die Erste Hilfe.
(5) Die Betreuung der erkrankten, beschädigten oder siechen Volksgenossen erfolgt in der Regel durch die Einrichtungen der Krankenhilfe.
6. Der Leiter der Betriebsgesundheitsstation § 29
(1) Der Leiter einer Betriebsgesundheitsstation ist der leitende Betriebsarzt.
(2) Er wird im Einvernehmen mit dem Kreisbeauftragten von dem Betriebsführer angestellt.
(3) Er führt den Betriebsgesundheitsdienst in Zusammenarbeit mit dem Leiter der Ortsgesundheitsstation durch.

7. Der Betriebsgesundheitsdienst § 30
(1) Die Betriebe und Unternehmen im Reichsgebiet sind verpflichtet, einen Betriebsgesundheitsdienst einzurichten und zu unterhalten und Betriebsärzte und Hilfspersonal einzustellen.
(2) Zur Durchführung des Betriebsgesundheitsdienstes werden von den Betrieben und Unternehmen Betriebsgesundheitsstationen errichtet.
(3) Der Betriebsgesundheitsdienst kann auch in der Ortsgesundheitsstation durchgeführt werden.
(4) Der Betriebsgesundheitsdienst für kleine und mittlere Betriebe und Unternehmen kann einzeln oder für mehrere Betriebe und Unternehmen gemeinsam von dem Leiter der Ortsgesundheitsstation oder in seinem Auftrag durchgeführt werden.
(5) Das Gesundheitswerk kann für die Einrichtung und Durchführung des Betriebsgesundheitsdienstes Beihilfen geben.
(6) Die Aufgaben des Betriebsgesundheitsdienstes sind insbesondere:
a) die Mitwirkung bei Bau, Einrichtung und Ausgestaltung des Betriebs- oder Unternehmens,
b) die Mitwirkung bei der Auswahl des Arbeitsplatzes für das einzelne Gesundheitsmitglied.

- regelmäßige Überwachung des Gefolgschaftsmitgliedes am Arbeitsplatz,
 - die Anlage und die regelmäßige Ergänzung der Betriebsgesundheitskartei,
 - die regelmäßige Untersuchung der Gefolgschaftsmitglieder,
 - die Beratung des Gefolgschaftsmitgliedes in allen für den Arbeitseinsatz wichtigen gesundheitlichen Fragen,
 - die Betreuung der wendenden und stillenden Mütter im Betrieb,
 - die Betreuung der jugendlichen Gefolgschaftsmitglieder,
 - die Lenkung und Überwachung der Gemeinschaftsverpflegung,
 - die ärztliche Lenkung und Überwachung des Betriebsports,
 - die Überwachung gesundheitlich gefährdeter oder anbrüchiger Gefolgschaftsmitglieder,
 - die Durchführung und Überwachung der allgemeinen Betriebshygiene, insbesondere die Überwachung der Berufskleidung,
 - die Durchführung und Überwachung der gesundheitlichen Schadensverhütung im Betrieb,
 - Überwachung der Arbeitseinsatzfähigkeit,
 - Beratung der Betriebsführung,
 - Grundheilsaufklärung.
- (7) Eine betriebsgebundene Behandlung kranker, beschädigter oder sicher Gefolgschaftsmitglieder soll im allgemeinen durch den Betriebsgesundheitsdienst nicht stattfinden.
(8) Der Betriebsarzt hat das Recht, die Behandlung eines Gefolgschaftsmitgliedes durch den Hausarzt anzuordnen.

8. Die Berufe im Gesundheitsdienst § 31

- (1) Zu den Berufen im Gesundheitsdienst gehören:
a) Ärzte, Heilpraktiker, Hebammen; Zahnärzte; Dentisten; Apotheker und Medizinischtechniker,
b) die Angehörigen der Gesundheitsberufe, insbesondere Gesundheits- und Volkspflegerinnen, Verpflegeskünnen und Kostbarbeiterinnen, Wochepflegerinnen, Säuglings- und Kleinkinderschwesterinnen, Krankenschwestern, -pfleger und -symptomisten jeder Art und Diätassistentinnen, Heilgehilfen, Bader, Massierer, technische Assistentinnen jeder Art, Desinfektoren, Zahntechniker.
(2) Der Reichskommissar übernimmt die Vertretung der Berufe im Gesundheitsdienst.
(3) Angehörige von Berufen im Gesundheitsdienst können umgeschult werden.

- § 32
(1) Die Angehörigen der Berufe im Gesundheitsdienst, die für das Gesundheitswerk freiberuflich tätig sind, erhalten aus den Mitteln des Gesundheitswerkes ihre Vergütung.
(2) Die Vergütung setzt sich zusammen aus:
a) der Grundvergütung,
b) der Leistungszulage.
(3) Die Höhe der Grundvergütung ergibt sich aus:
a) der Bewertung des Dienststitzes (Arztstiz),
b) dem Berufsalter,
c) dem Familienstand.
(4) Die Höhe der Leistungszulage wird ermittelt aus:
a) der Anzahl der betreuten Volksgenossen,
b) den Vergütungen für Maßnahmen von besonderer bevölkerungs- und gesundheitspolitischer Bedeutung,
c) den Vergütungen für besondere Behandlungen,
d) den Vergütungen aus propagandistischer, rednerischer und Gutachter-tätigkeit.
(5) Die Leistungszulage für Fachbehandler wird nach Einzelleistungen ermittelt. Die Bewertung der Einzelleistung wird für jede Gruppe Fachbehandler besonders festgesetzt.
(6) Für die Angehörigen der Berufe im Gesundheitsdienst, die für das Gesundheitswerk nicht oder nur mittelbar tätig werden, gelten besondere Bestimmungen.

§ 33
Für die Angehörigen der Heilberufe, die durch das Versorgungswerk des Deutschen Volkes für die Zeit der Arbeitseinsatzfähigkeit und des Alters nicht ausreichend versorgt sind, erläßt der Reichskommissar Bestimmungen über ihre Selbstversorgung.

9. Der Arztstiz § 34
(1) Das Gesundheitswerk errichtet Arztstize nach planwirtschaftlichen Gesichtspunkten.
(2) Der Arztstiz ist der Ort oder Dienststiz, für dessen Bereich ein Heilbehandler in freier Praxis oder in einer Orts- oder Betriebsgesundheitsstation oder Kranken-anstalt tätig wird.
(3) Der Arztstiz wird verliehen.
(4) Die Voraussetzung für die Verleihung eines Arztstizes ist eine erfolgreiche Tätigkeit in einer Orts- oder Betriebsgesundheitsstation, bei einem zur Ausbildung zugelassenen Heilbehandler, insbesondere bei einem Hausarzt, und in

einer Krankenanstalt, wobei der Aufenthalt in ländlichen Bezirken und in den Grenzgebieten, besonders im Osten des Reiches, bevorzugt gewertet wird.
(5) Der Arztstiz wird nach staats- und volkspolitischen Gesichtspunkten bewertet.
(6) Die Bewertung erfolgt durch das Gesundheitswerk.

§ 35
Die für das Gesundheitswerk tätigen Ärzte sind Gutachter des Versorgungsweskes des Deutschen Volkes.

10. Der Gesundheitskreis § 36
(1) Der Gesundheitskreis wird für den Dienstbereich einer Ortsgesundheitsstation gebildet.
(2) Der Gesundheitskreis setzt sich in der Regel zusammen aus Vertretern:
a) der Angehörigen der Berufe im Gesundheitsdienst,
b) der Partei, ihrer Gliederungen und angeschlossenen Verbände,
c) der für das Gesundheitswerk tätig werdenden Behörden.
(3) Dem Gesundheitskreis gehören auch andere Volksgenossen und Volksgenossinnen an, die sich für die Führung und Überwachung der Maßnahmen des Gesundheitswerkes besonders eignen und verdient gemacht haben, ohne vor-genannten Kreisen anzugehören.
(4) Der Kreisbeauftragte beruft die Mitglieder des Gesundheitskreises auf Vorschlag des leitenden Arztes der Ortsgesundheitsstation.
(5) Der Gesundheitskreis wird vom leitenden Arzt der Ortsgesundheitsstation geleitet.
(6) Die Tätigkeit im Gesundheitskreis ist ehrenamtlich.
(7) Die dem Gesundheitskreis angehörenden Volksgenossen und Volksgenossinnen sind für die Überwachung und Durchführung der Maßnahmen des Gesundheitswerkes mitverantwortlich und berechtigt, sich jeden Einblick in die allgemeine Arbeit der Gesundheitsvorsorge und der Krankenhilfe zu verschaffen und selbst Anregungen auf allen Arbeitsgebieten des Gesundheitswerkes zu geben.

11. Die Verwaltungsorgane § 37
(1) Als Verwaltungsorgane des Gesundheitswerkes des Deutschen Volkes werden die Arbeitsämter, die im nationalsozialistischen Sozialwerk nicht nur die technische Arbeitsvermittlung, sondern die Arbeitseinsatzfähigkeit als Voraussetzung der Arbeitsvermittlung überwachen, tätig.
(2) In geeigneten Betrieben können Nebenstellen der Arbeitsämter eingerichtet werden.

3. Die Betriebsgesundheitskartei § 43

In jeder Betriebsgesundheitsstation ist eine Betriebsgesundheitskartei zu führen.

4. Die Betreutenkartei § 44

Über die Betreuung der Volksgenossen ist von jedem Angehörigen der Berufs im Gesundheitsdienst eine Betreutenkartei zu führen.

IV. Übergangs- und Schlußbestimmungen § 45

Bis zu dem Zeitpunkt des Inkrafttretens der einzelnen Bestimmungen des Gesundheitswerkes sind alle bestehenden Einrichtungen auf gesundheitlichem Gebiete weiterzuführen.

§ 46
Bei ihrem Inkrafttreten treten entgegenstehende Gesetze, Erlasse und Verordnungen außer Kraft.

§ 47
Der Reichskommissar für das Gesundheitswerk des Deutschen Volkes bestimmt den Zeitpunkt des Inkrafttretens der Bestimmungen des Gesundheitswerkes des Deutschen Volkes.

Abschrift

E r l a ß
über das
Versorgungswerk des Deutschen Volkes
vom 30. Januar 1943

I.

Zur weiteren Verwirklichung des Nationalsozialistischen Parteiprogramms hatte ich dem Reichsorganisationsleiter, Parteigenossen Dr. L e y , am 15. Februar 1940 den Auftrag erteilt, die Grundlagen und Bedingungen der Durchführung einer umfassenden und großzügigen Altersversorgung des Deutschen Volkes zu prüfen und mir die sich daraus ergebenden Vorschläge unverzüglich zu unterbreiten.

Dies ist geschehen.

Ich habe den Grundsätzen dieser Vorschläge zugestimmt und beauftrage nunmehr den Parteigenossen Dr. Ley, bis zum 1. Mai 1943 alle Vorbereitungen zu treffen und alle notwendigen Verhandlungen mit den zuständigen Dienststellen von Partei und Staat zu führen, die erforderlich sind, um das neue Gesetzeswerk des Aufbaues der Nationalsozialistischen Volksgemeinschaft als Erinnerungsmal an den gemeinsamen Kampf der Front und Heimat um die Freiheit und Unabhängigkeit des Großdeutschen Reiches am 1. Oktober 1943 wirksam werden zu lassen.

II.

Das Versorgungswerk des Deutschen Volkes ist nach folgenden Grundsätzen zu errichten:

1.

Die Versorgung der alten und beschädigten Volksgenossen sowie der Witwen und Waisen ist eine Aufgabe des Reiches.

Die für das Versorgungswerk erforderlichen Mittel sind aus dem Reichshaushalt bereitzustellen; besondere Fonds werden nicht eingerichtet.

2.

Versorgungsberechtigt sind alle Reichsbürger ohne Rücksicht auf Beruf, wirtschaftliche Stellung oder Einkommen.

Wer eigene Ersparnisse besitzt, darf grundsätzlich in seinen Versorgungsansprüchen nicht geschmälert werden.

3.

Die Versorgungsgrundsätze sind für alle Volksgenossen einheitlich festzusetzen.

Die Versorgung richtet sich nach dem Arbeitsverdienst vor Eintritt des Versorgungsfalles.

Für die Versorgungsleistungen ist ein Mindestbetrag festzusetzen, der in jedem Fall unabhängig von der Höhe des Arbeitsverdienstes gewährt wird.

4.

Nach Überschreiten der Altersgrenze ist ein Altersruhegeld zu gewähren, das eine angemessene Weiterführung der erarbeiteten Lebenshaltung gewährleistet. Wer trotz des gegebenen Anspruchs auf Altersruhegeld weiterarbeitet, soll neben seinem Arbeitsverdienst einen angemessenen Teil der Versorgung erhalten.

5.

Bei Arbeitseinsatzunfähigkeit ist ein Beschädigtenruhegeld zu gewähren, dessen Höhe dem Altersruhegeld entspricht.

Wer durch Beschädigung in seiner Arbeitseinsatzfähigkeit behindert ist, soll die durch die Beschädigung verursachte Verdienstminderung ausgeglichen erhalten.

6.

Witwen und Waisen ist eine angemessene Lebensgrundlage zu gewährleisten.

7.

Das Ausmaß der für die Kriegsbeschädigten und den Bergmann bestehenden Vorzugsregelungen ist in das Versorgungswerk einzu-

beziehen, soweit die allgemeinen Grundsätze desselben nicht ohnehin eine günstigere Regelung vorsehen.

Eine besondere Versorgungsleistung unabhängig von der allgemeinen Versorgung erhalten

- a) Volksgenossen, die bei aktivem Einsatz ihrer Person im Dienst oder Beruf zu Schaden gekommen sind,
- b) Frauen, die das "Ehrenkreuz der deutschen Mutter" besitzen und die Altersgrenze überschritten haben.

8.

Die gesundheitliche Betreuung der Versorgungsberechtigten ist nach Grundsätzen sicherzustellen, die dem Versorgungswerk angepaßt sind.

9.

Die Durchführung des Versorgungswerkes übernehmen die Arbeits- und Landesarbeitsämter.

Das Verfahren vor den Versorgungsbehörden ist nach einfachen Bestimmungen zu regeln, die eine schnelle und lebensnahe Durchführung gewährleisten.

10.

Das Versorgungswerk tritt an die Stelle folgender Einrichtungen: Invaliden-, Angestellten, Knappschafts- und Unfallversicherung, Versorgung der Kriegsbeschädigten sowie öffentliche Fürsorge.

Bisherige Beiträge zu in Zukunft wegfallenden Einrichtungen sind in das allgemeine Steuersystem zu überführen.

Günstigere Regelungen des Versorgungswerkes gelten auch für die Beamtenversorgung.

Andere Versorgungseinrichtungen sind mit den Grundsätzen des Versorgungswerkes in Einklang zu bringen.

III.

Alle Dienststellen und Behörden der Partei, des Reiches, der Länder und der Gemeinden sind hinsichtlich der mit der Verwirklichung dieser Grundsätze verbundenen gesetzgeberischen und verwaltungsmäßigen Arbeiten an die Weisungen des Parteigenossen Dr. Ley als meinen Beauftragten für die Vorbereitung und Durchführung des Versorgungswerkes des Deutschen Volkes gebunden.

IV.

Der Beauftragte für die Vorbereitung und Durchführung des Versorgungswerkes des Deutschen Volkes kann im Einvernehmen mit den beteiligten Reichsministern, in Sonderheit mit dem Generalbevollmächtigten für den Arbeitseinsatz, im Hinblick auf die künftige Versorgung bestehende Rechtsvorschriften außer Kraft setzen oder abändern sowie für einzelne, nach dem bisherigen Recht nicht angemessen versorgte Personenkreise vor Inkrafttreten des Versorgungswerkes Leistungen nach dessen Grundsätzen anordnen.

auf die Arbeit soll hier nicht eingegangen werden. Zum letzten verweist, daß die Unklarheiten und die widersprechenden Auffassungen über die Aufgaben des politischen und wirtschaftlichen Gesundheitswesens die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Gruppen, die notwendig gewesen sind, um die Bedürfnisse des gesamten Volksgesundheitswesens zu befriedigen, die Arbeit von Anfang an, insbesondere die des Gesundheitsleiters und Vorgesetzten sollte das Hauptziel für Volksgesundheit des BMDP selbst einschließen, daher auch der Apparat der zum Amt für Volksgesundheit der BMDP angelegten Arbeit, um Verantwortlichkeiten, Aufgaben und die Aufgaben der Amt- und Vorgesetzten des staatlichen Gesundheitswesens zu, die folgt davon ein Zielstreben, das sich in der weiteren Entwicklung der Dinge hauptsächlich zwischen den staatlichen Gesundheitsleitern und der auf wissenschaftl. Arbeit viel später versucht eine Vereinbarung zwischen dem Leiter der Partikularität und dem Reichsminister dieser Aufgabengruppe herbeizuführen. Zu späteren Stellen soll auf diesen Fragenkomplex noch näher eingegangen werden, hier sei lediglich festgestellt, daß durch die Veranlassungsgeschichte und durch die unklar gestellte Einwirkung des Amt für Volksgesundheit der BMDP selbst, überhaupt ausgedehnt wurde. Dazu kam noch - dies sei an dieser Stelle vermerkt -, daß das Gesundheitsamt sich neben dem Amt für Volksgesundheit in der Gau- und Kreisstufe, je nach die in die Ortsgruppen, entwickelte, wodurch sich ein großer Teil dieser Fragen der Gau- und Kreisleitern des Amtes für Volksgesundheit aufdrängt wurde. Auch dies war mit ein Grund, daß der Gesundheitsleiter für Volksgesundheit sich immer mehr den Fragen von Ärzten und KVA wandte und sich von einer wirklich umfassenden Gesundheitspolitik entfernte. Die Aufgaben der Volksgesundheit verlagerten sich vom Amt für Volksgesundheit der BMDP auf die KVA und auf den Teil der staatlichen Gesundheitsleiter, mit die Leitung der Gesundheitsleiter und insbesondere die Organisation des Gesundheitswesens in der Mittelstufe nicht befriedigend gelöst wurde und es auch heute noch nicht ist, sei hier aber auch an Rande vermerkt. Auch in dieser Hinsicht kann das Vertriebsleitungsamt nur ein erster wenn auch wesentlicher Schritt auf dem Wege der Ordnung des staatlichen Gesundheitswesens betrachtet werden. Im 1953

1953 gesehen, die sich in einem Zug die richtige Neugliederung BMDP geschehen sollte konnte.

Die 2) der Reihe über die Aufgaben der Gesundheitsleiter.

Wahrscheinlich verhängnisvoll war dieser dritte Umbruch des Jahres 1953 für die Einwirkung des Gesundheitswesens. Nach von den Ärzten diesen Gesundheitsamt hat die Arbeitsweise nicht wegen der neuen Aufgabe der Gesundheitsleiter in einem in einer Reihe angeführt. Auch wenn wird die Reform der Gesundheitsleitung des Gesundheitswesens in der Einwirkung entsprechen, die Leitweise der einzelnen Kreise sowie ein- einander ausgeleitet, die Verwaltung vereinfachen und verbilligen, die Aufbau einfacher und übersichtlicher gestalten und für die verschiedenen Volksgesundheitsämter ein einheitliches, besser verständliches Vertriebsamt schaffen". In dieser Programmsatzung des Reichsministeriums "über die Neuordnung des Gesundheitswesens im Dritten Reich" am 27. XI 1939, die in ihrer Bedeutung auch in Rundfunk übertragen wurde, teilte er nach mit, daß das Reich beabsichtige, die Volksgesundheitsämter in der Sozialversicherung zu verwickeln. Weiters, daß die ältere Funktion der Ärzte erfüllt werden sollte, nämlich die Beteiligung der Ärzte an der Verwaltung, weiters sollte der Vertriebsamtliche Dienst auf eine neue Grundlage gestellt werden. Alle diese Hoffnungen erfüllten sich nicht nur, nur zu sehr geringem Teil. Die Reform der Sozialversicherung, die den Grundsätzen unserer Volksgesundheit entspricht, kam nicht zustande, auch wurde der Aufbau nicht übersichtlicher, einfacher und besser verständlich, der Führungsdienst wurde allerdings in die Sozialversicherung einbezogen, die Beteiligung der Ärzte an der Verwaltung erfolgte lediglich in der Form eines ständlichen "Mitbestimmungs", eine Form, die eine tatsächliche Entscheidung auf die Verwaltung in keiner Weise möglich machte. Der Vertriebsamtliche Dienst wurde allerdings auf eine neue Grundlage gestellt, jedoch nur nach Wegzug nicht mit der Neuorganisation einbezogen, denn er verbleibt, der Einzugsbereich, des Vertriebsamtlichen gegenüber in die KVA, was natürlich Resultat der der ursprünglichen Zielsetzung war, was ein Teil, die der Vertriebsamtliche Dienst durch diese Neuorganisation, übernahm, was ein Teil in der Gesundheitspolitik war.

Nach der diese drei Jahre angestrebten Ausrichtung der Gesundheitsämter des Jahres 1953 betrachtet, so können wir die Gesundheitsämter, die über ein solches Amt für Volksgesundheit, abwärts, den von einem einheitlichen Leitungsamt der Gesundheitsämter und einleitend, planmäßig koordinierten Leitung in einer den Führungskräften des Gesundheitswesens sein, werden in drei Klassen, die teils parallel zueinander sich stellen lassen und teils aufeinander abgestimmt sein. Die von den Gesundheitsleitern, denen der Reichsamt, nationalpolitisch repräsentiert durch den Amt für Volksgesundheit und durch das Gesundheitsamt sowie den Gau Gesundheitsamt der BMDP, BMD und KVA, 2. des staatlichen Gesundheitswesens, repräsentiert durch die staatlichen und kommunalen Gesundheitsämter, der Gesundheitsämter in der Mittelstufe und in KVA und 3. die sozialversicherungsamtliche Gesundheitsämter, diese die Nationalpolitisch repräsentiert durch das Reich, durch die Krankenkassen, Landesversicherungsämtern und andere Träger der Sozialversicherung.

Soziale und biographische Bedingungen medizinischen Verbrechens

Ulrich Schultz

"Das Vergangene ist nicht tot; es ist nicht einmal vergangen.
Wir trennen es von uns ab und stellen uns fremd."
(Christa Wolf, 1979)

In der Zeit des Nationalsozialismus wurden systematisch und gefühllos Verbrechen an Kranken begangen. Eine Bedingung dafür war die Tatsache, daß Euthanasie und Menschenversuche sozialpolitisch, ökonomisch und wissenschaftlich legitimiert waren (V. v. Weizsäcker, 1947 / Mitscherlich und Mielke 1947).

Eine selten erwähnte und eher unbewußte Bedingung medizinischer Verbrechen scheint aber auch die emotionale Distanz von Medizinern zu kranken Menschen zu sein, eine "Objektivität", die es ihnen damals nicht verwehrte, sie experimentell zu verstümmeln und zu töten. Dabei gerät man auf der Suche nach den Gründen und Hintergründen dieser "Objektivität" in nicht unerhebliche Schwierigkeiten, weil die Darstellung des Themas "Nationalsozialismus und Lebensvernichtung" (Dörner, 1967) einerseits selbst eine gewisse Distanz zum Gegenstand verlangt, die sich angesichts der entsetzlichen Verbrechen kaum einstellen will, andererseits jedoch gerade in ihrer "objektiven" Kritik zu einer Verleug-

nung des Zusammenhangs von gesellschaftlichen (totalitären) und individuell-menschlichen (unmenschlichen) Wurzeln medizinischen Verbrechens tendiert.

Distanz mag leichter von der potentiellen Gefahr ablenken, die auch in der heutigen Medizin nicht überwunden ist, nämlich vom stets drohenden Umschlag von 'Heilen' in Töten, von Gesundheitsutopie in Menschenvernichtung.

Aus diesem Grund muß das Thema "Medizin und Nationalsozialismus" auch subjektiviert - nicht nur kritisch reflektiert -, sondern in uns selbst (wieder-)belebt und durchgearbeitet werden ⁽¹⁾. So äußerten sich beispielsweise unsere eigenen Widerstände in häufigen Versuchen des Sich-Abwendens.

Abgesehen von inneren - ärztlich-biographischen - Widerständen gibt es gerade auch in der deutschen Ärzteschaft eine deutliche Tendenz, selbst schwere Verbrechen zu bagatellisieren. So stellte die Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern z.B. 1949 fest, daß "nur ein

verschwindend geringer Teil" der Standesangehörigen die Gebote der Menschlichkeit verletzt habe ⁽²⁾ - gemeint sind mehr als 300 Medizinverbrecher! Und nicht alle Ärzte, die medizinische Verbrechen nachweislich begingen, wurden freilich gerichtlich verfolgt und bestraft. Daß es jedoch eine "NS-Medizin" auf breitester Basis gab, geht daraus hervor, daß von allen reichsdeutschen Ärzten 45 % zur NSDAP -doppelt soviel wie von den Lehrern - fanden, 26% aller männlichen Ärzte SA-Mitglieder wurden (11 % der Lehrer), und 1937 Ärzte ca. siebenmal so häufig in der SS wie in der männlichen Erwerbsbevölkerung vertreten waren (Kater, 1979).

Leibfried und Tennstedt (1980) haben diese Tatsache durch die Kopplung von "Konkurrenz" und konservativer Standesstruktur zu erklären versucht, was uns nur ein untergeordnetes Moment zu sein scheint. Das Gemeinsame von wesentlich höheren Mitglieder-raten von Ärzten in NS- Organisationen gegenüber anderen Berufsgruppen und der recht stattlichen Zahl von Medizinern, die Medizinverbrechen begingen, kann eigentlich nur in der Besonderheit ärztlicher Tätigkeit begründet liegen, die solches Verhalten ermöglicht, woraus sich auch die übermäßigen Reaktionen aus Ärztekreisen verstehen ließen, wird sich dieses Thema einmal angenommen. ⁽³⁾

Es ist sicherlich kein Zufall, daß sich damals gegen die Judenverfolgung von der ersten 'harmlosen' Restriktion bis zur "Endlösung" in Deutschland relativ wenige Stimmen erhoben, ihre zeitgeschichtliche Bearbeitung nach 1945 aber Bibliotheken füllte. Dagegen lösten umgekehrt die Aktionen gegen 'unwertes Leben' eine Fülle von Protesten aus verschiedenartigsten Bevölkerungskreisen aus, blieben aber bis

heute in der Medizin wie innerhalb der Zeitgeschichte relativ unbearbeitet. So lassen sich die Bücher, die über "Lebensvernichtung", Euthanasie und medizinische Verbrechen erschienen sind, fast noch an beiden Händen abzählen.

Dörner versucht diese paradoxe Verschränkung damit zu erklären, daß der praktizierte Antisemitismus - bei allem Grauen - immer noch zumindest für den deutschen Zeitgenossen als Akt einer begrenzten und Fremdvernichtung konzipiert und zur eigenen Entlastung abgeschoben, auch eher wissenschaftlich objektiviert werden konnte. Die "Vernichtung 'lebensunwerten Lebens' dagegen, in ihrer prinzipiellen und praktischen Unbegrenzbarkeit und im schnelleren und administrativ geschützteren Durchlaufen der Stufen von der sozialen Verfolgung bis zur physischen Vernichtung, war eine weit unmittelbarere Bedrohung jedes Individuums, war potentiell stets Umschlag der Vernichtung in Selbstvernichtung"⁽⁴⁾, was sich bereits im "Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses" (1933) ankündigte: denn jeder konnte -ohne davon zu wissen- an einer durch dieses Gesetz bestimmten Krankheit leiden, wozu damals auch der schwere Alkoholismus zählte, der selbstverständlich vor NSDAP-Mitgliedern nicht halt machte. Mit dem "Gesetz zur Ehe-tauglichkeit" (1935) mußte jedem Heiratswilligen schließlich die 'Erbgesundheit' attestiert werden, die ebenso vor Denunziation schützte, wie von der Angst befreite aufgrund irgendeines Körpermakels nicht dem "kraftvoll Ganzen", sondern dem "schwachen Halben" zugerechnet zu werden. Eine solche Bedrohung in Form eines möglichen Umschlag von Vernichtung in Selbstvernichtung wird eher zum Protest disponieren.

Zur biographischen Genese medizinischen Verbrechens

Im Unterschied zum Begriff 'Lebensver--
nichtung', der ein eng umschriebenes "me-
dizinisches" oder "sozialpolitisches" Han-
deln meint, und ein Begriff des national-
sozialistischen Sprachgebrauchs ist, scheidet
sich "medizinisches Verbrechen" begriff-
lich eher einer Definition zu entziehen,
denn wo hat "medizinisches Verbrechen"
seinen Beginn, wo hört es auf?

Handelt es sich bereits um ein "Medizini-
sches Verbrechen", wenn beispielsweise im
Lehrbuch der Anatomie von Braus (1954) un-
ter dem Kapitel "Die allgemeine Gestalt
des Menschen", Unterkapitel "Körper-
fülle (Gewicht, Oberfläche)" zu lesen ist:
"Denkt man sich den Körper eines belie-
bigen Menschen zu Brei zerstampft und
damit ein zylindrisches Gefäß von der Län-
ge des betreffenden Individuums bis zum
Rande angefüllt, so wird man bei geringerer
Gesamtmasse einen engeren, bei größerer
einen weiteren Zylinder benutzen müssen."
Oder was liegt eigentlich vor, wenn die
in Plötzensee abgeschlagenen Köpfe von
Hitler- Gegnern an die Charité geschickt
wurden, damit die Medizinstudenten sie im
Anatomiesaal sezieren konnten. Da damals
"mehr Köpfe an die Charité geliefert wur-
den", als man benötigte, wurden diese weit
über das Kriegsende hinaus in Salzlauge
konserviert, woran weder Medizinstudenten
noch irgendein Arzt Anstoß genommen hat-
ten. Nur einem alten Wärter war einein-

viertel Jahre nach Hitlers Tod aufgefallen,
daß die Studenten und ihre Professoren
weiterhin eine typisch nationalsoziali-
stische 'Verwertung des Wehrlosen' mit
Überresten von Märtyrern vornahmen, denen
jede nur erdenkliche Ehrung hätte erwie-
sen werden müssen (Delmer, 1962). In beiden
Fällen dürfte es sich nicht um ein medizi-
nisches Verbrechen handeln, jedoch um
eine Vorbedingung, eine wohl unbewußte,
die sowohl auf eine Unfähigkeit schlie-
ßen läßt, Gefühle zu entwickeln, als auch
auf eine 'Fähigkeit', 'falsche' Gefühle zu
haben. Dem entspricht eine konkretisti-
sche und technizistische Vorstellung zu
denken, die von Marty und M'Uzan (1962)
an psychosomatisch Kranken entdeckt, als
operatives Denken (Pensée opératoire)
bezeichnet, in Deutschland später unter
dem Begriff "Alexithymia" (Sifneos, 1973)
und "psychosomatisches Phänomen" (Stepha-
nos, 1973) diskutiert wurde. Operatives
Denken - nicht immer an Krankheiten ge-
bunden - im Bereich der Abstraktion wie
in der Technik verbreitet und geschätzt,
kann einhergehend mit "fehlenden Identi-
fikationsmöglichkeiten in Objektbezie-
hungen" als besonderer 'Erhaltungsmecha-
nismus' unter soziopathischen Verhält-
nissen ebenso funktionieren wie in medi-
zinischen Bereichen, z.B. auf Intensiv-
stationen, wenn in hektischer "Lebendig-
keit" alles für den Patienten getan wird
ohne daß man in der Regel eine wirkliche
Nähe herstellt. Auf die Gründe wird noch
zurückgekommen.

Von NS- Medizinern ist ebenso bekannt wie
von anderen NS- Verbrechern, daß sie rührer-
den Familiensinn besaßen (der im Fall Ra-
scher mehrere Kindesentführungen beding--
te), Tiere nicht leiden sehen konnten

und zwischen zwei Tötungsaktionen klassischer Musik lauschten. Insofern könnte man geradezu von einer 'operativen' Emotionalität sprechen, worin Indolenz ebenso wie Sentimentalität aufgehoben und die Gleichzeitigkeit, unfähig zu sein, Gefühle zu entwickeln und 'falsche' zu haben, überbegrifflich gefaßt wäre. (5)

An Johann Paul Kremer (6), SS- Arzt und Privatdozent für Anatomie an der Universität Münster, spezialisiert in Erbschaftsfragen, möchte ich diese Verkörperung ärztlicher "Anästhesie" einhergehend mit operativem Denken darstellen. Er trat am 29. 8. 1942 seinen Dienst im KZ Auschwitz an. Aus dieser Zeit stammt sein Tagebuch, aus dem ich folgende Passagen zitieren möchte:

"28.Septb.1942

Heute Nacht bei der 8. Sonderaktion zugegen. Hstuf. Aumeier erzählt mir auf Befragen, dass das K.Z. Auschwitz eine Länge von 12 km und eine Breite von 8 km habe und 22.000 Morgen groß sei. Hiervon seien 12.000 Morgen unter dem Pflug und 2.000 Morgen Fischteiche.

3.Okt.1942.

Heute lebendfrisches Material von menschlicher Leber und Milz sowie vom Pankreas fixiert, dazu in absolutem Alkohol fixierte Läuse von Fleckfieberkranken. In Auschwitz liegen ganze Straßenzüge an Typhus darnieder. Habe mir deshalb heute früh die erste Serumspritze gegen Abdominaltyphus verabfolgen lassen. Obersturmführer Schwarz an Fleckfieber erkrankt!

6.Okt.1942.

(Lochung: unleserlich) Entress auf seinem Motorrad verunglückt. Verband angelegt, der Kommandant Höß vom Pferde gestürzt; Ostuf. Wirths noch immer nicht zurück.

7.Okt. 1942.

Bei der 9. Sonderaktion (Auswärtige und Muselweiber) zugegen. Wirths wieder zur Stelle. Vertretung von Entress im Männerlager (Arztvorstellen usw.)

9.Okt. 1942.

1.Paket mit 9 Pfd. Schmierseife mit 200.- Wert nach Münster abgeschickt. Regenwetter.

10.Okt.1942

Lebendfrisches Material von Leber, Milz und Pankreas entnommen und fixiert. Fak-

similestempel von Häftlingen anfertigen lassen. Zum 1. Male das Zimmer eingheizt. Noch immer Fälle von Flecktyphus und Typhusabdominalis. Lagersperre geht weiter.

11.Okt.1942.

Heute Sonntag gab's zu Mittag Hasenbraten eine ganz dicke Keule- mit Mehlklößen und Rotkohl für 1,25 RM.

12.Okt.1942

2.Schutzimpfung gegen Typhus; danach abends starke Allgemeinreaktion (Fieber).

Trotzdem in der Nacht noch bei einer Sonderaktion aus Holland (1600 Personen) zugegen. Schauerliche Scene vor dem letzten Bunker! (Hößler!) Das war die 10. Sonderaktion.

1/Im Protokoll des Verhörs vom 30.7.1947 in Krakow erklärte Kremer diese Sache folgendermaßen: "In meinem Tagebuch erwähne ich an einigen Stellen das Entnehmen von lebendfrischem Menschenmaterial zu Untersuchungszwecken. Dies geschah auf folgende Weise: schon seit langem interessierte ich mich für die Veränderungen im menschlichen Organismus infolge von Hunger. In Auschwitz stellte ich diese Sache Wirths vor, der mir erklärte, dass ich für diese Untersuchungen lebendfrisches Material von denjenigen Häftlingen entnehmen könne, die durch Phenolinjektionen getötet würden. Zum Auswählen entsprechender Objekte ging ich in den letzten Block auf der rechten Seite (Block 28), wo die Untersuchungen der sich meldenden kranken Häftlinge stattfanden. Im Laufe dieser Untersuchungen stellten die Häftlingsärzte dem SS-Arzt die Kranken vor und bezeichneten die Krankheit, an der gegebener Häftling litt. Der SS-Arzt entschied darüber, ob dieser Kranke Aussicht auf Genesung versprach, oder ob er schon arbeitsunfähig sei, ob er im Krankenhaus beziehungsweise ambulatorisch zu behandeln, oder ob er liquidiert werden sollte. Die vom SS- Arzt für diese zweite Gruppe Bestimmten nahmen die SS- Dienstgrade mit und führten sie ab. Zu dieser Gruppe zählte der SS- Arzt vor allem diejenigen, für die er die Diagnose "allgemeine Körperschwäche " stellte. Die Häftlinge dieser Gruppe beobachtete ich genau, und wenn einer von ihnen, infolge weitgehenden Hungerzustandes mich interessierte, befahl ich dem Sanitäter, einen solchen Kranken für mich zu reservieren und mir den Termin anzugeben, an dem dieser Kranke durch die Injektion getötet würde. An dem vom SS- Sanitäter angegebenen Termin wurden diese von mir ausgesuchten Kranken in eben diesen letzten Block zurückgeführt, dort in den auf der anderen Seite des Korridors gelegenen Saal

gebracht, und zwar gegenüber demjenigen, in dem die Untersuchungen vor sich gegangen waren, bei der ein solcher Häftling ausgesucht worden war. Dort legte man den Kranken noch lebend auf den Sektionstisch. Ich trat an den Tisch heran und fragte den Kranken nach verschiedenen, für meine Untersuchungen wesentlichen Einzelheiten. So z.B. nach seinem Körpergewicht vor seiner Inhaftierung, wieviel er seit seiner Verhaftung abgenommen habe, ob er in der letzten Zeit irgend welche Medikamente eingenommen hätte usw. Nach Erhalt dieser Informationen trat der Sanitätsdienstgrad an den Kranken heran und tötete ihn durch eine Injektion in die Herzgegend. Wie mir bekannt ist, wurden zum Töten ausschliesslich Phenolinjektionen benutzt. Nach einer solchen Injektion trat der Tod sofort ein. Ich selbst habe niemals tödliche Injektionen verabfolgt." Prozess-Besatzung..., Bd. 59, Bl. 23⁽⁷⁾

Liest man das Tagebuch als Ganzes, so springt die ungeheure Pedanterie ins Auge, mit der Zugankünfte auf die Minute genau, Ortsbeschreibungen und Mahlzeiten, sowie Wetterberichte zwischen Bemerkungen, daß wieder "lebendfrisches Material eingetroffen" sei, eingeflochten werden. Theweleit (1978) machte eine ähnliche Beobachtung an Romanen und Biographien von Freikorpsoldaten, in denen er am "soldatischen Mann" eine intensive Abwesenheit beim Morden fand. Die Wahrnehmung fände "nicht in einem Verhältnis 'Betrachter/Objekt' statt, in dem beide klar voneinander unterschieden wären", sondern sowohl das Opfer als 'blutige Masse' wie der Tötende "verlieren ihre Grenze" und gehen eine Verbindung ein, in der eine halluzinatorische Wahrnehmung vorherrscht: "da knallt etwas, da war ein Befehl, ein Schuß und da liegen die Leichen in ihrem Blut. Man hat wohl auch abgedrückt, aber nicht aus eigenem Entschluß und man war doch ganz woanders mit seinem Erleben...aber wo?" Dem Leser des Kremer'schen Tagebuchs geht es bemerkenswert ähnlich wie machem Psychotherapeuten gegenüber Schwerkranken:

ein Kontakt will sich nicht einstellen, das Lesen wie das "Gespräch" muß immer wieder "genährt", sekundär motiviert und belebt werden, sonst gerät es leicht ins Stocken. Wird es etwas "lebendiger", dann in Form von Enumerationen und Beschreibungen materieller Beschaffenheiten. In einer "relation blanche" (de M'Uzan) fällt es schwer, weiterzulesen oder zu sprechen. Auch bei Kremer werden persönliche Beziehungen nicht spürbar, aber seltsame Gefühlsregungen: Er, der offensichtlich diese Tötung von Häftlingen nicht als unmenschlich empfindet, verurteilt das Bombardement von Münster und beklagt das "Fehlen von Menschlichkeit" (Eintragung vom 22.1.45 und 26.3.45). Dies ist kein Widerspruch, wenn wir berücksichtigen, daß operatives Denken Gefühle entweder ersetzt, oder aber daß im Sinne einer operativen Emotionalität der Betreffende sich oberflächlich mit Regeln identifiziert, die im Umgang mit beliebigen Personen wahrgenommen werden, sodaß es sich um konformistische Gefühle handelt.

Operatives Denken und operative Emotionalität scheinen nicht die zwei einzigen Merkmale zu sein, die mit medizinischen Verbrechen einhergehen können. Von Carl Schneider - für die Vernichtung von Geisteskranken verantwortlicher Psychiatrieprofessor in Heidelberg*, von dem sich übrigens die Heidelberger Universität nie distanzierte - ist bekannt, daß er therapeutisch außerordentlich aktiv war, bis hin zu einer sinnentleerten Arbeits-"therapie", die z.B. das Reinigen von Lumpen beinhaltete. Andere, wie z.B. die Professoren Nitsche, Heyde (8) und Catel (9) waren "Männer der Praxis", von einem "entschlossenen Behandlungswillen", von "therapeutischem Ak-

tivismus erfüllt" (10), Charakterzüge wie sie offensichtlich unter Medizinerinnen und medizinischem Pflegepersonal häufiger zu finden sind. Sie stellen eine Kompensation für eine narzißtische Kränkung dar, die auf eine tiefe Beziehungsstörung schließen läßt, die in jüngster Zeit u.a. von Schmidbauer (1979) als "Helfer-Syndrom" näher beschrieben wurde und eine besondere Rolle für die Wahl von "Helfer-Berufen" zu spielen scheint.

Alle drei Merkmale medizinischen Verbrechens - operatives Denken, operative Emotionalität und "therapeutischer Aktivismus" - offenbaren eine besondere Affinität zwischen "Helfen" und Ausgrenzen und zwischen "Helfen" und Töten, wobei auch geklärt werden muß, ob es sich hier nicht um eine Art kollektive, berufsspezifische "Gegenübertragungsangst und -aggression" handelt. Unübersehbar konnte jedoch das von den Nationalsozialisten propagierte "Auslese"- und "Ausmerze"- Konzept an biographischen Strukturen anknüpfen, ohne daß medizinische Experimente als Verbrechen empfunden werden. Selbst im Nürnberger Ärzteprozeß hielt sich keiner der 20 SS-Ärzte für schuldig.

Soziale Bedingungen medizinischer Verbrechen

Die Tötung von Alten, Kranken und Schwachen sowie mißgebildeten Kindern läßt sich zu den verschiedensten historischen Phasen und in ganz unterschiedlichen Kulturen finden, ohne daß ein gemeinsames Ursprungsmotiv ausgemacht werden kann. Materielle Ursachen wie Hungersnöte oder zu harte Lebensbedingungen wandernder Nomaden scheinen

ebenso eine Rolle zu spielen wie religiöse und magische Vorstellungen (Malbin 1922, Koty 1934).

So finden sich auch in der Antike bereits zahlreiche Philosophen, die sich für die "Vernichtung unwerten Lebens" aussprechen, von denen Platon sich in seinem Buch "Der Staat" wohl am weitgehendsten geäußert hat: "Nein, sich der Menschen anzunehmen, die in diesem Leben nicht lebensfähig sind, hat er (Askleipios) nicht für seine Pflicht gehalten. Denn sie selber haben nichts von ihrem Leben und der Staat auch nicht...Die körperlich Ungerateten sollen sie sterben lassen, die seelisch Ungerateten und Unheilbaren sollen sie töten...Ohne Zweifel ist es so das Beste, sowohl für die Betroffenen wie für den Staat." (11)

Obwohl im hippokratischen Eid die Tötung durch Gift und auf Verlangen ebenso untersagt wird wie die Abtreibung, findet sich im "Corpus Hippocraticum", daß der antike Arzt sich der Behandlung eines Patienten mit infauster Prognose enthalten solle (Hiersche, 1975). Während sich im Mittelalter offensichtlich unter dem Einfluß christlicher Ethik die Auffassung durchsetzt, jedwede Form der Lebensverkürzung sei unstatthaft, finden sich im 19. Jahrhundert Auffassungen, daß es sich bei der Tötung von Mißgeburten nicht um Mensehtötung handle, weil Mißgeburten eben nicht zu den Menschen zu zählen seien. Dies findet seinen Niederschlag im Allgemeinen Landrecht von 1783 für die Preußischen Staaten, in dem Sondervorschriften für die Fortschaffung von "Monstren" zu finden sind. 1840 wird im Braunschweigischen Strafgesetzbuch für die Tötung von 'Monstren' eine

Bestrafung angedroht, die sich in das deutsche StGB von 1871 fortsetzt, daß "alles vom Weibe Geborene Mensch sei", auch die sogenannte Mißgeburt (Foucault, 1978).

Obwohl also, was die sozialen Bedingungen betrifft, kein Beginn bezüglich der "Vernichtung lebensunwerten Lebens" auszumachen ist, scheinen die 90 er Jahre der entscheidende Ausgangs- bzw. Schnittpunkt zu sein: Hier kreuzen sich Ploetzens Rassen- doktrin und Josts Vernichtungslehre (1895), Sozialutopie und Gesundheitsutopie verschmelzen miteinander: so fordert Ploetz (1895):

- " 1. Erzeugung möglichst vieler besserer De- varianten (Nachkommen)
2. Scharfe Ausjätung des schlechteren Teils der Konvarianten (der gleichen Generation). Keine Erleichterung der Gesamtgröße der selektorischen Einflüsse.
3. Keine Kontraselektion, also keine Kriege, keine blutige Revolution, kein besonderer Schutz der Kranken und Schwachen."

Jost (1895) stellt den absoluten Wert des individuellen Lebens in Frage, zumal Staat und Gesellschaft Hunderttausende opfer- ten. Bedenken der diagnostischen Unsicher- heit hinsichtlich der Unheilbarkeit wer- den damit ausgeräumt, daß ein Irrtum leicht wiege gegenüber den Qualen von Tausenden und der Wohlfahrt der Gesellschaft. Nach dem 1. Weltkrieg erscheint eine von dem Leipziger Strafrechtslehrer Karl Binding und dem Freiburger Psychiater Alfred Ho- che verfaßte Schrift "Die Freigabe der Ver- nichtung lebensunwerten Lebens. Ihr Maß und ihre Form" , der eine zentrale Stellung zu- kommt, da ein Großteil der nachfolgenden Veröffentlichungen sich auf dieses 'Werk' bezieht und zum erstenmal programmatisch

eine Euthanasie- Forderung erhoben wird, nach der später Tötungen im großen Aus- maß realisiert wurden. Binding ist gegen- über den " sogenannten unheilbar Blödsin- nigen" der Meinung, daß sie " weder den Willen zu leben, noch zu sterben" hätten. "So gibt es ihrerseits keine beachtliche Einwilligung in die Tötung, andererseits stößt diese auf keinen Lebenswillen, der gebrochen werden müßte. Ihr Leben ist ab- solut zwecklos, aber sie empfinden es nicht als unerträglich. Für ihre Angehörigen wie für die Gesellschaft bilden sie eine furcht- bar schwere Belastung. Ihr Tod reißt nicht die geringste Lücke - außer vielleicht im Gefühl der Mutter oder der treuen Pfle- gerin." (12) Hoche führt als wesentliche Überlegung die ökonomische, d.h. volks- wirtschaftliche Belastung ins Feld, mit ih- ren verheerenden Folgen in der Krise: "Un- sere Lage ist wie die der Teilnehmer an einer schwierigen Expedition, bei welcher die größtmögliche Leistungsfähigkeit Aller die unerläßliche Voraussetzung für das Ge- lingen der Unternehmung bedeutet, und bei der kein Platz ist für Halbe, Viertels- und Achtels- Kräfte". "... Wir werden auch in den Zeiten der Not, denen wir entgegen- gehen, nie aufhören wollen, körperlich De- fekte und Sieche zu pflegen, solange sie nicht geistig tot sind;... aber wir werden vielleicht eines Tages zu der Auffassung heranreifen, daß die Beseitigung der gei- stig völlig Toten kein Verbrechen, keine unmoralische Handlung, keine gefühlsmä- ßige Rohheit, sondern einen erlaubten nüt- zlichen Akt darstellt". "... Hier interess- iert uns zunächst die Frage, welche Eigen- schaften und Wirkungen den Zuständen gei- stigen Todes zukommen. In äußerlicher Be- ziehung ist ohne weiteres erkennbar: der Fremdkörpercharakter der geistig Toten im Gefüge der menschlichen Gesellschaft, das

Fehlen irgendwelcher produktiven Leistungen, ein Zustand völliger Hilflosigkeit und der Notwendigkeit der Versorgung durch Dritte." "... Das Wesentlichste aber ist das Fehlen... des Selbstbewußtseins."⁽¹³⁾

Als anatomischer Assistent ließ sich Hoche in Metz bei Hinrichtungen einschmuggeln, um an den Geköpften sofort Versuche mit dem elektrischen Strom vorzunehmen: "mein Apparat stand, da ich keine Genehmigung dazu hatte, unter Zeitungen verborgen; nur die Leitungsschnüre waren sichtbar. Das Wissenschaftliche interessiert hier nicht; ich kann aber kurz sagen, daß es sich um die Frage handelte, ob das menschliche Rückenmark für den elektrischen Strom erregbar ist, d.h. ob man von seiner bloßgelegten Fläche aus Bewegungen des Körpers erzeugen kann. Die Frage war bisher verneint worden, und ich ging mit geringen Erwartungen an die Sache heran". "Weil die Anatomie Wert auf allerfrischestes Untersuchungsmaterial" lege, wie es nur bei solchen Gelegenheiten zu gewinnen sei, gelang es Hoche "durch gern gewährte Genehmigung des Staatsanwalts", die Leichen schon 120 Sekunden nach dem Fallen des Beils auf seinen Tisch zu bekommen (Hoche, 1936).

Es ist sicher, daß Hoche -der später ein erklärter Gegner des Nationalsozialismus wurde,- unter dem Eindruck des 1. Weltkrieges und vor allem seines Endes zur Bejahung der Lebensvernichtung gekommen ist; noch 1917 hatte er dergleichen in einer Schrift abgelehnt. 1920 aber hatte sich Krieg und Niederlage (es war auch sein Sohn gefallen) so sehr zum 'inneren Erlebnis' in ihm verdichtet, daß ihm einerseits "die Gegenwart Deutschlands in tiefstem

Schwarz erschien" - ganz analog übrigens wie bei den von Theweleit (1978) beschriebenen Freikorpsoldaten, die sich krank an Deutschland fühlten - auf der anderen Seite ihm " aber eine umso hellere Zukunft bei 'größtmöglicher Leistungsfähigkeit aller' und bei sittlichem Heroismus gleichsam in einer Heilsvision möglich dünkte" (Dörner, 1967). Und offensichtlich nicht nur Binding und Hoche. Nur so kann man verstehen, warum die erste juristische Verwirklichung gesundheitsutopischer Wünsche mit dem 'Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses' im Juli 1933 in fast allen ärztlichen Zeitschriften von 'Ziel und Weg' bis zur 'Münchener Medizinischen Wochenschrift' so stürmisch gefeiert wurde, daß sie monatelang manchmal mehr als die Hälfte aller "wissenschaftlichen" oder ideologischen Beiträge ausmachen. "Erst die nationalsozialistische Weltanschauung hat den Blick unseres Volkes in die Zukunft gerichtet, wir haben uns wieder auf den Sinn unseres Lebens, auf den Zweck dieses Staatswesens, den Kampf um Fortbestand und Leben der Familie, der Art und Rasse besonnen!" "...um grundsätzlich neue Wege zur Rettung unseres Volkes zu beschreiten."⁽¹⁴⁾

Aber weil der gesundheitsutopische Ansatz auch einem Zweck, nämlich der "menschliche(n) Leistung als Grundlage des totalen Staates" verbunden ist, "genügt die Ausschaltung der Minderwertigen allein nicht, um eine Wiederherstellung der natürlichen Leistungsverhältnisse zu schaffen". Die besondere Aufmerksamkeit gilt daher einer "bestmöglichen Leistungsentwicklung und -erhaltung, also Lebensnutzung im Dienst der Gemeinschaft, weil wir den bald zu erwartenden Mengenausfall nur damit einigermaßen zu überbrücken vermögen". (Hoske, 1936)

Ein Teil der Menschenversuche, die im Nürnberger Ärzteprozeß und in den Nachfolgeprozessen abgehandelt wurden, sind nicht nur unter ausschließlich militärischen Gesichtspunkten zu sehen, auch wenn das 'Institut für wehrwissenschaftliche Zweckforschung' (Kater, 1974) der SS sehr verbunden war, sondern auch unter dem Aspekt, körperliche Leistungsgrenzen zu bestimmen und zu verschieben.

Als Gemeinsames von Vernichtungstheorien, -wünschen und -praktiken kann festgehalten werden: ihren Ursprung scheinen sie in größeren sozialökonomischen Krisen zu haben, die ihrerseits epochale Veränderungen in den sozialen Normen begleiten. So entstehen Jost's und Ploetzens Schriften während der industriellen Produktionskrisen von 1891-93, Hoche's und Bindings Schrift unter dem Eindruck eines verlorenen Krieges und einer nur schwierig unterdrückten Revolution, die erfolgreiche russische vor Augen, und Hitlers Vernichtungspläne werden mit dem Krieg synchronisiert: im Kriegsfall werde er "Euthanasie" anwenden. (15)

Ein weiteres Gemeinsames: die Wahrnehmung und Empfindung des individuellen Körpers als "Volkskörper", wobei der "Volkskörper" auch als individueller empfunden wird, im Sinne einer symbiotischen Verschmelzung. Die Grenzen des Ich - durch die Haut gesetzt- lösen sich auf, um in einem größeren Ganzen aufgehoben zu sein.

In einem solchen Rahmen wird die Vernichtung zur Vollendung einer "Heilung" für sich selbst wie für den Staat. Bereits die 1933 eingeführte Zwangssterilisation wird als ein Akt gesehen, " dem Lebendigen aufs Höchste zu dienen." (Stransky, 1937)

"Und wenn ein Beruf den Nationalsozialismus zum lebendigen Inhalt hat, dann ist es das Arzttum" (16)

Wie wir gesehen haben, ist der Sozialdarwinismus so etwas wie ein "Heilungsversuch" nicht nur polit-ökonomisch in eine Krise geratener alter und neuer Mittelschichten (Intelligenz, Techniker, Ärzte, Verbandsbürokraten und Handwerker- Facharbeiter), sondern ein klassenloses, auch psychosoziales wie "psychosomatisches" Heilungskonzept für Bürger und Proletarier. Er ist eine überindividuelle Größenphantasie, eine Philosophie der narzißtischen Omnipotenz (17), ein zum Sozialkonzept gewordener Übermensch. Man könnte auch sagen: Die grandiose Selbstgewißheit des Ich - wie sie gerade 1933 und 34 in den ärztlichen Zeitschriften, vor allem in "Ziel und Weg" des Nationalsozialistischen Ärztebundes hervortritt - ist an die Stelle der Geborgenheit in der großen idealisierten Elternfigur getreten.

Ärzte spielen natürlich - was diese "Heilung im Großen" angeht - eine besondere Rolle - als Anwälte der Kranken sind sie für einen als krank empfundenen Staat besonders geeignet: Zwar meint Gütt 1933 noch: "Die Ärzteschaft hat es verlernt, das Volk geistig und seelisch zu führen, obgleich kein anderer Stand eine solche Möglichkeit hat, die körperlichen und seelischen Nöte unseres Volkes kennen zu lernen, helfend einzugreifen, dann aber auch eine seelische Beeinflussung auszuüben." (B) Aber er kann gleich die Perspektive angeben: "Es gilt eine Strukturwandlung der Seele unseres Volkes zum Bejahen des Lebens zu erreichen! Es gilt Verständnis für Rassenhygiene und Aufartung zu wecken!

Kurz, es gilt Rassedienst am deutschen Volke zu leisten! Dies ist die vornehmste Aufgabe des deutschen Arztes im Dritten Reich!"

Wie man gerade auch an faschistischen Reden entdecken kann, steht im Zentrum faschistischen Agierens das Zusammenfügen (in und durch die Eigengruppe) - auch ein "therapeutischer Vorgang" - zu Hierarchien und als Gegenbewegung: Abstoßen, was sich nicht einfügen läßt, also es töten. Denn das gemeinsame Ziel ist: So "wünschen wir uns alle sehnlichst, daß die Zeit bald kommen möge, wo es keine Geisteskranken und Schwachsinnigen mehr in der Welt gibt, weder in Anstalten noch draußen, und es müßte herrlich sein, in einer solchen Welt zu leben, in der dann sicherlich auch alles andere vollkommen wäre." (Bresler, 1935). Hier scheint durch Grenzziehung ein "fragmentiertes Ich" seine Erhaltung zu feiern, insofern ist Arbeit und Leistung von so ungeheurer Bedeutung -z.B. wurde bei dem einzigen Gesetzesentwurf über die Lebensvernichtung im Sommer 1940 als Hauptkriterium die "Fähigkeit zu produktiver Arbeit" ausgegeben, nicht nur aus ökonomischen Gründen.

Aber noch einmal zurück zur Gesundheitsutopie: dieser totale Wunsch nach einer Welt ohne Geistesranke und Schwache ist mehr oder weniger versteckt unter Ärzten auch heute zu finden. Oder worin sollte es seinen Grund haben, daß Ärzte am wenigsten gern mit Schwerkranken, Krebskranken, sowie Geisteskranken umgehen, ja sogar Vermeidungsstrategien einschlagen (Siegrist, 1978) und schwere Krankheiten erst größeres ärztliches Interesse finden, wenn Heilungsmöglichkeiten durch wissenschaftliche Anstrengungen oder besondere finanzielle Anreize in Aussicht stehen?

Diese -z.T. noch ungeklärten- Haltungen lassen sich auch an der quantitativen wie qualitativen Publikationszahl bestimmter Themen ablesen, und das scheint uneingeschränkt für alle medizinischen Spezialisierungen zu gelten, für die chirurgischen ebenso wie für die psychoanalytischen, die ebenfalls mit Schwerkranken ihre Annäherungsprobleme haben.

Nun sind diese Schwierigkeiten kein eigentliches Merkmal medizinischen Verbrechens, aber sie sind Begleitphänomene einer Intention, die am besten als "therapeutischer Idealismus" bezeichnet werden kann. Prominente Beteiligte an der Vernichtung wurden immer wieder "Idealisten" genannt, so z.B. der Generalkommissar für das Sanitäts- und Gesundheitswesen Karl Brandt, Robert Müller, Pfannmüller und der schon erwähnte Carl Schneider.

Schmidbauer (1977) sieht in dieser Art therapeutischen Idealismus eine "bis zur Selbstbeschädigung gesteigerte Tätigkeit, hinter der ein unersättliches Bedürfnis nach Anerkennung steht". "Da er oft schon als Kind nicht um seiner gegenwärtigen, persönlichen Gefühle und Eigenschaften willen geliebt wurde, sondern wegen der Verhaltensweisen, mit denen er sich an idealisierte Vorstellungen seiner Bezugspersonen anpaßte, glaubt er nur für das, was er macht, geliebt zu werden, nicht für das was er ist." Eine Anerkennung des Helfer-Idealismus wird gerade z.B. bei Schwerkranken in der Regel nicht eintreten, weil die Anerkennung meistens an den Heilungserfolg geknüpft ist, der nicht mehr zu erwarten ist.

"Im Hintergrund dieser Haltung steht eine tiefe narzißtische Kränkung, die ein großes, wegen seiner Verdrängung unersätt-

lich wirkendes narzißtisches Bedürfnis entstehen ließ. Die Kränkung erfolge aus einer Situation der Abhängigkeit und Nähe heraus, mit denen das Kind ursprünglich seinen Bezugspersonen begegnet." Bei Hoche (1936) z.B. kann man dies nur ungefähr heraushören, wenn er sagt: "Aus härterem Holze war meine Mutter geschnitzt ...Wir Kinder empfanden ihre Art manchmal als erkältenden Reif, der auf die Blüten unserer Phantasie und unserer Wünsche fiel."

Catel (1974) war sechs, als die Glocken ein neues Jahrhundert einläuteten. "Mein Vater... hatte zwar mit der Mutter das unermüdliche selbstlose Tätigsein gemeinsam..., aber sein Hang zur Einsamkeit... unterschieden beide in ihrer Wesenssubstanz so, daß das Suchen nach Gemeinsamkeit und harmonischem Ausgleich von Jahr zu Jahr mehr vom Trennenden überschattet wurde... Das uns Zugehörige wächst auf dem Boden der Einsamkeit."

Auch wenn die Hinweise auf narzißtische Kränkungen spärlich sind, so darf man sicherlich annehmen, daß es sich gerade bei den Repräsentanten medizinischen Verbrechens um eine Beschädigung handelt, die wiederum für das Helfen konstitutiv zu sein scheint, wobei Freud bereits darauf hingewiesen hat, daß Helfen vor allem sublimierter Sadismus sei.

Dieser in jedem Helfer offenbar innewohnende Sadismus wird dann offensichtlich zum möglichen medizinischen Verbrechen, wenn unter einem gesundheitsutopischen Klima, das seinen wissenschaftlichen Träger in der Naturwissenschaft ebenso haben kann wie in der "Neuen Deutschen Heilkunde" als Außenseitermedizin, Vernichtungswünsche zur Politik erhoben werden. Auch

wenn es einen erheblichen Unterschied zwischen der Mehrheit gibt, die den "äußeren Gesundheitsfeinden mit Naturwissenschaft und Technik offensiv den Garaus machen will und der Minderheit, die den äußeren Schädlingen durch Rückzug in ein "naturgemäßes" Leben zu entgehen hoffen" (Richter, 1979), so ist das Gemeinsame, Tod und Krankheit irgendwann endgültig durch Vernichtung des letzten schädlichen Außenfeindes besiegen zu können. Alles wird gut werden, wenn Bakterien, Viren, Schmutz, Gifte und Ungeziefer - unter besonderen Bedingungen- Geisteskranke, Schwerkranke und Erbkrankte besiegt und beseitigt sein werden.

Auch wenn nun geklärt werden muß, welche Rolle die Naturwissenschaft beim medizinischen Verbrechen spielt - v. Weizsäcker (1947) wies darauf hin, daß auf der Anklagebank des Nürnberger Ärzteprozesses die naturwissenschaftlich verengte Medizin, "der Geist, der den Menschen nur als Objekt nimmt" saß, so scheint mir inzwischen noch wichtiger, woher die Naturwissenschaft für ihre Repräsentanten ihre psychische Besetzung bezieht. Wenn die Mehrzahl der Mediziner ein ebenso positivistisches wie affektiv-besetztes Verhältnis zur Naturwissenschaft in der Medizin haben, so stellen sich Fragen wie: Handelt es sich dabei etwa um einen besonderen "Erhaltungsmechanismus", der erst den Umgang mit Kranken ermöglicht, ohne daß so mancher Wissenschaftler/Arzt verrückt wird? Oder handelt es sich um eine schlecht integrierte, schematische Über-Ich-Struktur, die karrierebedürftigen Ärzten alles gewährt, das dem Streben nach oben dienlich ist (z.B. Fall Rascher)?

Oder ermöglicht die Naturwissenschaft in der Medizin - ähnlich wie der Beginn der medizinischen Ausbildung mit Leichen, der auch heißt durch den Einblick in Aufbau und Organisation des Körpers, das Innere nach außen zu kehren,- Abspaltungsprozesse emotionaler Bereiche die zum operativen Denken notwendigerweise führen?(Schneider, 1979). Auch wenn jedem Mediziner sicherlich ein Hauptteil der unserer Kultur noch verbliebenen magischen Omnipotenzenerwartungen zugeteilt wird, so geht es um die Klärung der Bedeutung des "Märchens Wissenschaft" (Feyerabend, 1978) für jeden Helfer als Größenselbst-Entwurf. Nur so wird eine Medizin entwickelt werden können, die frei ist von sozialdarwinistischen Ausgrenzungsideologien, menschenverachtenden Gesundheitsutopien und Vernichtungskonzepten..

Anmerkungen

(1)Und die Wege der unbewußten Vermeidung nehmen eigenartige Verläufe: wir hatten unseren workshop bewußt "Soziale und biographische Bedingungen medizinischen Verbrechens" genannt und nicht an Stelle von medizinischen Verbrechen 'medizinisches Verhalten' gemeint, so wie im Programmheft geschrieben steht. Bei aller Überlastung handelt es sich hier auch um eine Vermeidung. Dies ist sozusagen der 'normale' Gang.

(2)Vorwort zum Abschlußbericht der von der Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern entsandten Deutschen Ärztekommision beim 1. Amerikanischen Militärgericht, Nürnberg. Jüngst abgedruckt in 'medical tribune -mtv - Fernsehzeitschrift für den Arzt' 8/80, S. 43. Vgl. auch Dok.1

(3)Vgl. die Leserbriefe in 'medical tribune -mtv' usw., 8/80, S.43 und 46(Dok.2)

(4)K.Dörner: Nationalsozialismus und Lebensvernichtung, S.59

(5)Vgl. K. Theweleit: Männerphantasien, 2 Bde., Frankfurt 1977 f., der in hervorragender Weise an den Biographien und Büchern von Freikorpsoldaten die Attraktion des Faschismus, den sogenannten Psycho- physischen Gewinn, den der Faschismus auch geboten hat, herausarbeitet.

Er stellt den ideologiekritischen Versuchen, die immer nur 'Fehler im Denken der Masse' finden, entgegen, daß nicht 'von der Basis, von dem was an und mit Körpern (der psychischen Materie) geschieht, abgesehen werden könne. Insofern leide die Masse (d.h. wir alle) aber zunächst an 'falschen', d.h. pervertierten, ihren Zielen entfremdeten, ins Gegenteil verkehrten Gefühlen. Um diese zu verstehen, führt er den von Deleuze/Guattari entwickelten Begriff der Wunschproduktion des Unbewußten ein, von der sich jede (psychische wie gesellschaftliche) Realität herleite (Bd. 1, S. 532 ff.)

(6)Zum Lebenslauf J.P.Kremer's:

"Der Angeklagte wurde am 26.12.1883 in Stellberg Bez. Köln geboren. Sein Vater war Landwirt. Der Angeklagte besuchte zunächst die Volksschule seines Heimatortes, sodann die Höhere Bürgerschule und später das Progymnasium in Wüpperfürth. Er verließ die Schule mit der mittleren Reife. Sodann bereitete er sich als Externer auf das Abitur vor. Im Jahre 1909 bestand er in Trier die Reifeprüfung. Sodann studierte er an den Universitäten in Heidelberg, Straßburg und Berlin Naturwissenschaften, Mathematik und Philosophie. Seine Hauptinteressen galten der Biologie. Im Jahre 1914 promovierte er mit einer histologischen Arbeit über die Gewebelehre bei Insekten zum Doktor der Philosophie. Angeregt durch diese Arbeit, wandte er sich sodann dem Studium der Medizin zu. Im Jahre 1918 bestand er in Berlin das medizinische Staatsexamen; am 31.10.1919 promovierte er in Berlin zum Doktor der Medizin. In der Folgezeit arbeitete er als Assistenzarzt -später als Oberarzt- an der Charité in Berlin, später am Krankenhaus in Berlin-Neukölln. Vom Jahre 1920 ab war er in der Chirurgischen Klinik der Universität in Bonn tätig, vom Jahre 1924 an im Anatomischen Institut derselben Universität. Im Jahre 1927 übernahm er am Anatomischen Institut der Universität in Münster als Nachfolger des Prof. Becher die Stelle eines Prosektors. Im Jahre 1929 habilitierte er sich mit einer Arbeit aus dem Gebiet der Anatomie; im Jahre 1936 wurde er zum außerordentlichen Professor an der Universität in Münster ernannt. Er hielt Vorlesungen in den Fächern Vererbungs-

lehre, Sportmedizin und Anatomie. Diese Lehrtätigkeit übte der Angeklagte bis zum Jahre 1945 aus.

Am 30.7.1932 trat der Angeklagte der NSDAP bei (Mitgliedsnummer 1 265 405). Ihm wurde das Amt eines Zellenleiters übertragen. Am 20.11.1934 wurde er Mitglied der 8. SS- Reiterstandarte; er wurde mit den Funktionen eines Sturmarztes betraut. Am 11.1.1935 wurde seine Mitgliedschaft unter der Mitgliedsnummer 262 703 bestätigt. Am 20.4.1936 wurde er zum SS-Sturmann ernannt; am 10.11.1939 erfolgte seine Beförderung zum SS- Untersturmführer. Am 18.6.1941 wurde er mit dem Range eines SS- Hauptscharführers der Reserve in die Waffen-SS übernommen, am 9.11.1941 zum Untersturmführer der Waffen-SS befördert. Vom aktiven Dienst in der Waffen-SS wurde er freigestellt. Er hatte lediglich in den Semesterferien jeweils auf die Feriendauer befristete Dienstaufträge zu erfüllen. In den Herbstferien 1942 tat er 2 Monate lang Dienst als Arzt beim SS- Lazarett in Dachau. Seine dienstlichen Aufgaben beschränkten sich während dieser Zeit auf die ärztliche Versorgung der SS- Mannschaften. Innerhalb des Konzentrationslagers Dachau hatte der Angeklagte keine Funktionen. Mit den Häftlingen des Konzentrationslagers kam er mit Ausnahme solcher Fälle, in denen Häftlinge im SS- Lazarett ärztlich behandelt wurden, nicht in Berührung. Am 8.8.1942 wurde der Angeklagte für die Dauer der Semesterferien zum SS- Lazarett in Prag kommandiert. Am 29.8.1942 wurde er von Prag aus zum Konzentrationslager Auschwitz abgeordnet. Am 30.8.1942 traf er in Auschwitz ein. Er blieb dort bis zum 18.11.1942. Seine Tätigkeit im Konzentrationslager Auschwitz während dieser Zeit bildet den Gegenstand des vorliegenden Verfahrens. Darauf wird später noch im einzelnen zurückzukommen sein. Am 24.11.1942 nahm der Angeklagte seine Tätigkeit im Anatomischen Institut in Münster wieder auf. Um diese Zeit wurde an der Universität in Münster die Errichtung eines Lehrstuhls für Erbbiologie erwogen. Da der Angeklagte für dieses Fachgebiet seit Jahren bereits einen Lehrauftrag hatte, rechnete er damit, daß ihm dieser Lehrstuhl übertragen würde. Bei diesem Streben erwies sich jedoch seine Arbeit über die Vererbung traumatischer Verstümmelungen als hinderlich. Das Kriegsende erlebte der Angeklagte in Münster. Am 12.8.1945 wurde er von der britischen Besatzungsmacht als SS- Angehöriger in einem Lager interniert und später in das Lager Neuengamme überführt. Während der in dem Lager durchgeführten

Vernehmungen wurde bekannt, daß der Angeklagte im Konzentrationslager Auschwitz tätig gewesen war. Außerdem wurde in der Wohnung des Angeklagten von Besatzungsangehörigen dessen Tagebuch über jene Zeit gefunden. Auf Grund der sich daraus ergebenden Belastungen wurde der Angeklagte Ende des Jahres 1946 nach Polen ausgeliefert. Er kam zunächst nach Stettin und, nachdem er in 14 polnischen Gefängnissen in Haft gehalten worden war, schließlich nach Krakau. Dort wurde ein Sammelverfahren gegen insgesamt 40 Angeklagte vorbereitet, denen Straftaten im Zusammenhang mit ihrer Tätigkeit im Konzentrationslager Auschwitz vorgeworfen wurden.

Die Voruntersuchungen wurden von dem damaligen Oberlandesgerichtsrat, heutigen Professor, Dr.S., geführt. Dieser hat den Angeklagten während der Voruntersuchung wiederholt vernommen. Die Protokolle über diese Vernehmungen haben dem Schwurgericht vorgelegen. Auf sie wird später noch zurückzukommen sein.

Die Hauptverhandlung fand in der Zeit vom 24.11. bis 16.12.1947 vor dem Obersten Polnischen Volkstribunal in Krakau statt. Durch Urteil dieses Gerichts vom 22.12.1947 wurde der Angeklagte zum Tode verurteilt. An dem zu seiner Hinrichtung vorgesehenen Termin - dem 24.1.1948- wurde er zu lebenslänglicher Zuchthausstrafe begnadigt. Nach seinen eigenen Angaben hat er jedoch bereits einige Tage vor diesem Zeitpunkt von seiner bevorstehenden Begnadigung gerücheweise erfahren. 21 der insgesamt 39 Mitangeklagten wurden am 24.1.1948 durch den Strang hingerichtet.

Der Angeklagte verbüßte seine Strafe sodann bis zum 10.1.1958 in polnischen Zuchthäusern. Durch Beschluß des Wojwodschaftsgerichts in Bromberg vom 9.1.1958 wurde seine bedingte Entlassung aus der Straftat angeordnet. Zur Begründung dieses Beschlusses ist angeführt, "daß der Angeklagte sich in der Haft korrekt geführt habe, bereits 74 Jahre alt und zudem krank sei. Es könne deshalb erwartet werden, daß er nach seiner Entlassung keine neuen Vergehen mehr verüben werde."

Nach seiner Rückkehr nach Münster wurde der Angeklagte am 1.8.1958 auf Grund des Haftbefehls der IV. Strafkammer des Landgerichts Münster vom 31.7.1958 wegen seiner Tätigkeit in Auschwitz in Untersuchungshaft genommen. Durch Beschluß des Oberlandesgerichts in Hamm vom 15.8.1958 wurde er gegen Sicherheitsleistung in Höhe von 30 000.-DM mit dem weiteren Vollzug der Untersuchungshaft verschont. Am 22.8.1958 wurde er aus der Untersuchungshaft entlassen. Der Angeklagte lebt jetzt allein in Münster. Er bezieht ein Krankengeld in Hö-

he von ca. 70.-DM wöchentlich: außerdem hat er Mieteinnahmen geringer Höhe aus einem eigenen Haus in Münster. Der Angeklagte war seit dem Jahre 1920 verheiratet. Eine eheliche Gemeinschaft hat jedoch nur wenige Monate bestanden, da seine Ehefrau -wie er glaubhaft angibt- an Schizophrenie litt. Die Versuche, sich scheiden zu lassen, die er alsbald nach der Eheschließung unternahm, haben sich bis zum Jahre 1942 hingezogen. In diesem Jahre wurde die Ehe durch das Landgericht in Münster geschieden. Kinder sind aus der Ehe des Angeklagten nicht hervorgegangen." Zit. nach dem LG Münster vom 29.11.1960, 6 Ks 2/60, in: Justiz und NS-Verbrechen, Bd. 1, Amsterdam 1968

(7)KL Auschwitz in den Augen der SS-Höss, Broad, Kremer- Verlag des Staatlichen Auschwitz-Museums, 1973, S.201 ff..

(8)Vgl. F.K.Kaul: Dr. Sawade macht Karriere, Der Fall des Euthanasie- Arztes Dr. Heyde, Frankfurt/M. 1971.

Prof. Heyde erregte Aufsehen, als er sich am 9.11.59 dem Landgericht in Frankfurt/M stellte, nachdem eine polizeiliche Großfahndung gegen ihn eingeleitet worden war. Seit Jahren war er unter dem Namen Dr. Sawade als Gutachter an den Sozialgerichten des Landes Schleswig Holstein in Kiel erfolgreich tätig gewesen.

(9)Der Kinderarzt W. Catel trug als einer der Gutachter des "Reichsausschusses zur wissenschaftlichen Erfassung erbbedingter schwerer Leiden" Verantwortung für die Ermordung geisteskranker Kinder. Da er mit seiner "Begutachtung das Beste für die Kinder zu tun" glaubte, "für die der Tod nach seiner Meinung eine Erlösung von ihren Leiden darstellte", wurde Catel nach mehreren vergeblichen Versuchen, ihn zur Verantwortung zu ziehen, 1964 durch Beschluß des Landgerichts Hannover endgültig außer Verfolgung gesetzt.

(10)A.Platen-Hallermund, a.a.O., S.15

(11)Platon: Der Staat, Leipzig: Kröner, S. 99 und 102

(12)Binding, a.a.O., S.31

(13)A.Hoche, a.a.O., S. 55 ff.

(14)Gütt, Rüdin, Ruttke: Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 14.Juli 1933, München 1934, Vorwort 1. Absatz

(15)Platen, a.a.O., S. 35. Hitler sprach erstmals 1935 gegenüber dem Reichsärztesführer Wagner auf dem Parteitag von seinen Vernichtungsplänen

(16)SA- Sanitätsbrigadeführer Dr.Dr.Streck, zit. nach konkret, Nr.7, 1977

(17)Vgl.H.E.Richter: Der Gotteskomplex, Hamburg 1979, S.37: "Je weiter im ursprünglichen Erleben des die Identifizierung vollziehenden Ich die eigene Kleinheit von der Größe des idealisierten Elternbildes entfernt war, umso größer muß sich nach Ablauf des Abwehrprozesses das Ich aufbauen." Richter versucht an der Religions- und Philosophiegeschichte vom Mittelalter bis zur Neuzeit den Umschlag von narzißtischer Ohnmacht in narzißtische Omnipotenz darzustellen. Dabei hat er zwar Nietzsche genannt, den Sozialdarwinismus aber fast völlig unberücksichtigt gelassen, ebenso den Nationalsozialismus nur gestreift.

(18) A.Gütt: Der deutsche Arzt im Dritten Reich, in: Ziel und Weg, 1933, S.80 ff.

Bibliographie

K.Binding und A.Hoche: Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens, Ihr Maß und ihre Form, Leipzig 1920

H.Braus: Anatomie des Menschen, 1.Bd.: Bewegungsapparat, Berlin 1954, S. 15

J.Bresler: Die zehn wichtigsten Kulturaufgaben der Anstalten für Geisteskranke, Vortrag Halle (Wolff), 1935, Schriften zum Wiederaufbau der Möbiusstiftung, 9, 1935, S.9

W.Catel: Grenzsituationen des Lebens- Beitrag zum Problem der begrenzten Euthanasie, Nürnberg 1965

- : Leben im Widerstreit, Bekenntnisse eines Arztes, Nürnberg 1974, S. 5 ff.

P. Feyerabend: Das Märchen Wissenschaft, in: Kursbuch 53, Berlin, Sept. 1978, S.47 ff

S.Delmer: Die Deutschen und ich, Hamburg 1962 (Zit.nach R. Hochhuth: Tell 38, Hamburg 1979, S.46 ff.

K.Dörner: Nationalsozialismus und Vernichtung, in: Vierteljahrshefte für Zeitgeschichte, 1967, H.2, S.121 ff.; hier zit. nach ders.: Diagnosen der Psychiatrie, Frankfurt 1975, S. 60

- C.Fouquet: Euthanasie und Vernichtung "lebensunwerten" Lebens unter Berücksichtigung des behinderten Menschen, Giessener Studienreihe, Oberbiel 1978, S.18
- H.D.Hiersche (Hrsg.): Euthanasie, Probleme der Sterbehilfe, Eine interdisziplinäre Stellungnahme, München:Piper,1975,S.15
- A. Hoche: Jahresringe, Innenansicht eines Menschenlebens, München 1936, S. 228 ff.
- H.Hoske: Die menschliche Leistung als Grundlage des totalen Staates, Leipzig 1936, S. 3 ff.
- A.Jost: Das Recht auf den Tod, Göttigen: Dieterichs, 1895
- M.H.Kater: Das "Ahnenerbe" der SS 1935-1945. Ein Beitrag zur Kulturpolitik des Dritten Reiches, Stuttgart 1974,S.227 ff
- J.Koty: Die Behandlung der Alten und Kranken bei den Naturvölkern, Stuttgart 1934
- S.Leibfried und F.Tennstedt: Berufsverbote und Sozialpolitik 1933, Arbeitspapiere des Forschungsschwerpunktes Reproduktionskrisen, soziale Bewegungen und Sozialpolitik Nr. 2, Universität Bremen,Bremen 1980
- I.Malbin: Historische Betrachtungen zur Frage der Vernichtung lebensunwerten Lebens, in: Archiv für Frauenkunde und Eugenik, Sexualbiologie und Vererbungslehre Bd. 8 (1922, S.127-141
- P.Marty, de M'Uzan,M.: Pensée opératoire, in: Revue Francaise de Psychoanalyse, 27 (1963), Suppl.,S. 345 ff. und in: Psyche, 32, 10, S. 974 ff.
- H. Mertens und S. Richter: Naturwissenschaft, Technik und NS- Ideologie, Frankfurt 1980
- A. Mitscherlich und F. Mielke: Medizin ohne Menschlichkeit, Frankfurt/M.1978
- A.Platen-Hallermund: Die Tötung Geisteskranker, Verlag der Frankfurter Hefte, Frankfurt 1948, S.15
- A.Ploetz: Die Tüchtigkeit unserer Rasse und der Schutz der Schwachen,Berlin 1895
- H.E.Richter: Der Gotteskomplex, Frankfurt/M. 1979
- W. Schmidbauer: Die hilflosen Helfer, Hamburg 1977
- G.Schneider:"Paß auf, daß dir die Phantasien nicht durchgehen, Über die Kosten eines Traumberufes, Kursbuch 58,Berlin 1979
- J. Siegrist: Klinische Arbeit und Interaktion, Stuttgart:Enke, 1978
- P.Sifneos: The prevalence of "Alexithymic" characteristics and physical disease, in: Psychother. Psychosom. 26,1973,S.65 ff.
- S. Stephanos: Analytisch-psychosomatische Therapie, in:Jb.Psychoanal.Suppl.1,Bern-Stuttgart-Wien 1973
- K.Theweleit:Männerphantasien,2Bde.,Frankfurt 1977
- V.v.Weizsäcker: "Euthanasie" und Menschenversuche, in:Psyche,1,1947,S.68-102

Dokumente

Vergangenheitsbewältigung in der Retrospektive: die medical tribune (nr 8/1980) hält Rückschau...

Die Masse der deutschen Ärzte hatte den hippokratischen Eid erfüllt

Vorwort zum Abschlußbericht der von der Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern entsandten Deutschen Ärztekommision beim I. Amerikanischen Militärgerichtshof, Nürnberg. Die Herausgabe dieses Berichts erfolgte im Auftrag und entsprechend dem Beschluß des 51. Deutschen Ärztetages am 16. und 17. Oktober 1948 in Stuttgart.

Mit dem vorliegenden Bericht beschließt die deutsche Ärzteschaft, vertreten durch die Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern, ihre Veröffentlichungen über den „Nürnberger Prozeß“ gegen die 20 SS-Ärzte und Forscher und 3 hohe Staatsbeamte“. Sie war bemüht, mit größter Offenheit das Material des Prozesses möglichst vollständig und ohne jede Scheuerei der deutschen und der Öffentlichkeit zugänglich zu machen. Unschönungslose Bloßlegung aller Tatsachen und der aufrichtige Versuch zur Ermittlung der Wahrheit kann es der Ärzteschaft und dem deutschen Volke möglich machen, die Schlussfolgerungen zu ziehen und den richtigen Weg für die Zukunft zu finden. Der gesamte Prozeßverlauf wurde von jeder während der Verhandlungen von der Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern unter Zustimmung führender deutschen Universitäten beauftragten Ärztekommision beobachtet und die Verwendung der Dokumente ausgeübt. Die bereits 1947 erschienene Schrift „Das Diktat der Menschenverach-

tung“ und das vorliegende Werk der Kommissionsmitglieder Privatdozent Dr. Alexander Mitscherlich und Fred Mielke, Heidelberg, sind die Früchte der Tätigkeit dieses Ausschusses.

Nach Beendigung des Nürnberger Prozesses und der meisten anderen gleichartigen Einzelprozesse kann die deutsche Ärzteschaft feststellen, daß nur ein verschwindend geringer Teil der Standesangehörigen die Gebote der Menschlichkeit und der ärztlichen Sitte verletzt hat. Diese wenigen Personen waren entweder SS-Ärzte und hohe Staatsbeamte oder Sanitätsoffiziere, die dem Diktat der politischen Führung mehr gehorchten als dem ärztlichen Gewissen und dem Ethos des Berufes und der Wissenschaft. Von etwa 90 000 in Deutschland tätigen Ärzten haben etwa 350 Medizinverbrechen begangen. Die Mehrzahl der Experimente wurde nur möglich durch die Sonderstellung, die die SS mit den Konzentrationslagern und ihren Machtbefugnissen einnahm. Die Masse der deutschen Ärzte hat unter der Diktatur des Nationalsozialismus ihre Pflichten getreu den Forderungen des

hippokratischen Eides erfüllt, von den Vorgängen nicht gewußt und mit ihnen nicht im Zusammenhang gestanden. Der Prozeßverlauf hat ferner einwandfrei bewiesen, daß die ärztlichen Berufskörperschaften völlig unbeteiligt waren. Sie wurden weder mit den Problemen befaßt, noch erhielten sie Kenntnis von den geheimen Anordnungen und ihrer Durchführung, noch haben sie unzulässige Handlungen gebilligt, veranlaßt oder vermittelt. Sie unterstanden einer Ständediktatur, die von einigen wenigen nationalsozialistischen Politikern ausgeübt wurde, ohne daß die Möglichkeit bestand, die von der Partei eingesetzten „Ärzteführer“ zu kontrollieren oder in ihre Vorhaben Einblick zu gewinnen.

Nach Auffassung der ärztlichen Berufsvertretungen bedarf das Verhalten der beteiligten Ärzte auch der Überprüfung durch die ärztlichen Berufsgerichte, deren Aufgabe es ist, neben der Strafgerichtsbarkeit Verstöße gegen das ärztliche Sittengesetz in den notwendigen Fällen zu ahnden. Die Tätigkeit der Berufsgerichte ist in den meisten deutschen Ländern noch durch Anordnung der Besatzungsbehörden untersagt. Die Ärzteschaft hofft, daß die Tätigkeit der ärztlichen Berufsgerichte mit der Zustimmung der Besatzungsmächte wieder aufgenommen werden kann, um Verfahren gegen die schuldigen Ärzte einleiten zu können.

Schon am 14. 6. 47 hat die Gemeinschaft aller Ärztekammern der drei Westzonen durch einstimmigen Beschluß dem hippokratischen Arzteid eine deutsche Fassung gegeben, auf die jeder Arzt nach seiner Approbation feierlich verpflichtet werden soll. „Ich gelobe, daß ich den Beruf des Arztes als Dienst am Menschen und seiner Gesundheit ausüben, meine ärztlichen Pflichten gewissenhaft erfüllen... werde...“ Fortsetzung auf Seite 46

ZEITGESCHEHEN

Fortsetzung von Seite 43

Am 18. 10. 1947 hat die Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern in Bad Nauheim eine Entschließung gefaßt, deren wesentlicher Inhalt wie folgt lautet: „Mit der Öffentlichkeit der ganzen Welt hat die deutsche Ärzteschaft entsetzt Kenntnis genommen von den Vorfällen, welche den Anlaß des Nürnberger Ärzteprozesses bildeten. Die deutschen Ärzte in ihrer Gesamtheit betrauern die Opfer der Gewaltherrschaft, die sich auch der Mittel der Wissenschaft bedienen wollte und auch hier ihre Schergen fand. Sie trauern ferner darüber, daß es Männer aus ihren Reihen waren, die jene den Abscheu der Welt erregenden Verbrechen begangen haben.“

Am Ende des Prozesses – nach dem Urteilspruch, zu dem jeder Arzt in einzelnen Stellung zu nehmen noch Gelegenheit haben wird, wenn die beobachtende deutsche Ärztekommision ihren Schlußbericht vorgelegt haben wird – darf heute im ganzen schon gesagt werden: Es war gemessen an der Zahl der in Deutschland tätigen Ärzte eine verschwindend kleine Schar, welche verbrecherisch entleistete. Daß ihre negative Auslese stattfand und daß sie mit Macht über Leben und Tod begab wurden, zählt zum Schuldkonto der Diktatur, die überall die zerstörerischen Kräfte um sich scharte.

Trotzdem sieht die deutsche Ärzteschaft die allgemeinen Gefahren, die hinter diesen Auswüchsen und Verirrungen lauern. Sie wünscht, daß eine Lehre für die Ge-

genwart und Zukunft gezogen werde. Ohne den großen und dem einzelnen in seiner Bedeutung oft unverständlichen Forschungsapparat ist in der Praxis der Heilkunde nicht auszukommen. Es ist deshalb zu fordern, daß überall dort, wo die Forschung zu eingreifenden neuen Untersuchungsmethoden schreiten will, das private Interesse des Forschers (etwa der Prioritätswunsch) in den Hintergrund tritt, und daß die Forschungsabsicht vor einem urteilskräftigen Rat von Fachleuten, der seinerseits der Öffentlichkeit verantwortlich ist, erläutert wird und deren Zustimmung bedarf, ehe sie im Selbstversuch oder an Versuchspersonen zur Ausführung gelangt.

Der Prozeß hat ferner den unheilvollen Einfluß von Institutionen und Bürokratien auf die ärztliche Tätigkeit gezeigt, weil diese in keinerlei ursprünglicher Beziehung zum Verhältnis Arzt und Kranken standen.

So bleibt hier die Grundforderung, daß im Bereich der tätigen Hilfe am Mitmenschen die Selbstverantwortung des Arztes unangestastet bleiben muß, und daß die Gesellschaft alles ihrerseits tun muß, um dem Arzt diese Souveränität zu garantieren. Der Arzt hat, was diese Hilfe betrifft, von niemandem Weisungen, Richtlinien oder Befehle zu empfangen, sondern allein den Forderungen seiner Wissenschaft und seines Berufsethos zu folgen.

Zu diesen kritischen Prüfungen ihrer Lage unter neuen staatlichen und sozialen Verhältnissen, die aber alle Gefahren in sich bergen, fühlt sich die Ärzteschaft nach den Vorfällen während der totalen Diktatur

des Nationalsozialismus verpflichtet. Ein solche Revision ist zur Wahrung der beruflichen Grundfreiheit unerlässlich und auch die Öffentlichkeit kann sie fordern. Daß sie geschieht, wird den einzigen Dank darstellen, den man den Toten der vergangenen Schreckensjahre abstatten kann.

Eine vielfache Verpflichtung also, derer sich alle deutschen Ärzte bewußt sind.“

Am 16. Oktober 1948 hat der 51. Deutsche Ärztetag in Stuttgart als Hauptversammlung der Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern beschlossen, den vorliegenden Abschlußbericht zu veröffentlichen und die Tätigkeit der Ärztekommision zur Beobachtung des „Nürnberger Prozesses“ gegen 20 SS-Ärzte und Forscher und 3 hohe Staatsbeamte für beendet zu erklären. Den Mitgliedern der Kommission, insbesondere den Herren Privatdozenten Dr. Alexander Mitscherlich und Fred Mielke, Heidelberg gebührt der Dank der Ärzteschaft für die objektive, gewissenhafte und verdienstvolle Erfüllung ihrer Aufgabe. Moge das Ergebnis ihrer Arbeit dazu beitragen, die Gesinnung reiner Menschlichkeit und wahren Arzttums zu befestigen, die Befolgung der Gebote des geschriebenen und ungeschriebenen ärztlichen Sittengesetzes zu verbürgen und durch ein soziales und sittlich unantastbares berufliches und außerberufliches Verhalten aller deutschen Ärzte die schwere Schuld einzelner entarteter Glieder ihres Standes zu tilgen.

Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern
Bad Nauheim, März 1949

Leserbriefe

Freiwillig in den Tod

Leserbrief zu dem Leserbrief von Dr. med. Margarete Finger „Wie Tierversuche“ (mtv 3/S. 17)

Sehr verehrte Frau Doktor,

So wird's gemacht!

Man nehme eine Photomontage mit zwei Uniformträgern (Waffengattung unwichtig), lege eine Puppe in einen Trog und versche alles mit einer griffigen Unterschrift, etwa: „SS-Ärzte bei Unterkühlungsversuchen im KZ Dachau“, und schon finden sich sogar Akademiker, die – sonst zu analytischem Denken erzogen – sofort unkritisch – empört nach Roß und Reiter fragen und nach Bestrafung der „Schuldigen“ rufen.

Daß es sich bei den im sehr eindringlichen Bild“ Abgebildeten um Offiziersuniformen der Luftwaffe handelt (und nicht der SS)

ist für Weltkriegsteilnehmer, von denen es noch einige geben soll, trotz der „mangelhaften Qualität der Reproduktion“ (Dr. O. von Berg, Karlsruhe) auf den ersten Blick zu erkennen. (Das abgebildete Objekt würde ich als Übungspuppe ansprechen, wie sie zum Unterricht für künstliche Beatmung, Intubation und Erste-Hilfe-Kurse gebraucht wird.) Dies stört aber professionelle Brunnenvergifter recht wenig. Sie wissen, wenn es gilt, das eigene Land zu diffamieren, ist keine Fälschung zu plump.

Ihr Ziel erreichen sie immer.

Ihr Beispiel beweist es!

„Übungen der unterstellten Art dürften – wenn es sie gab! – wohl kaum in voller Uniform durchgeführt und im Lichtbild festgehalten worden sein. Sicherlich mag die Bergung und Behandlung über See abgeschossener Flugzeugbesatzungen, d. h. jahrelang ausgebildeter, hochqualifizierter und im Kriege nahezu unersetzlicher

Spezialisten, für den Seenot-Rettungsdienst gewisse Fragen und Probleme aufgeworfen haben. Ob dazu Versuche stattgefunden, ob diese zu Gesundheitsschäden oder gar zum Tode geführt haben, entzieht sich meiner Kenntnis.

Vielleicht sind die heute üblichen Anästhesie-Verfahren mittels künstlicher Hyperthermie ein Nebenprodukt davon? Ganz ohne Versuche dürften diese Methoden kaum bis zur Anwednungsreife entwickelt worden sein. Aber damals wie heute dürften sich für Versuchsprogramme genügend Freiwillige gefunden haben, denn es ist bekannt, daß es noch 1944/45 weit über tausend Freiwillige gab, die sich für ein Todeskommando ohne Überlebenschance gemeldet haben. (H. Reitsch, „Fliegen, mein Leben“).

Dr. Karl Heinz v. Kurz
Löpsingerstraße 25,
8860 Nördlingen

mtv 8/80 43

Leserbriefe

Unsicherer Kronzeuge

Zur dankenswerten Richtigstellung Ihrer falschen Auslegung des Bildes in mtv 49, „Ärzte holerten das Dritte Reich“ abschließend noch folgender Hinweis: Die Anmerkung in mtv 2/80, S. 45, ist nicht besonders glücklich. Einer Ihrer Kronzeugen, E. Kogon, schreibt in „Holocaust“, Fischer Taschenbuch Verlag, Frankfurt am Main, 1979, S. 66: „Wir, politische Gefangene in Buchenwald, haben stets auf die verschiedenste Weise davon erfahren, bei beabsichtigten „Sonderaktionen“ der SS sogar im voraus... Der Unterschied zwischen Erfahrenem bzw. im voraus Erfahrenem und Selbsterlebtem, d. h. Selbstwahrgenommenem, ist nicht von der Hand zu weisen. Es wäre gut, wenn „Angehörige der Nachkriegsgeneration, weder mit Waffen oder Uniform des 3. Reiches vertraut“, diesen Unterschied zur Kenntnis nehmen würden.

Der Mitgefangene im KL Buchenwald, der Franz. Professor für Geschichte, Paul Rassinier, urteilt über E. Kogon: „Da sie (die Aussage Kogons in L'infer organisé – „Der SS-Staat“) weder von gewissen Naivitäten noch von gewissen Übertreibungen frei ist, ist sie vor allem in der Erklärung

und in der Auslegung falsch...“ und begründet diese Kritik ausführlich in seinem Buch „Le Mensonge d'Ulysse“ – „Die Lüge des Odysseus“ – Die Wahrheit kommt ans Licht, Verlag Karl H. Priester – Wiesbaden, 1959, S. 199–235. Unterstreichungen und das in Klammer Gesetzte habe ich hinzugefügt.

Dr. med. Ralf Täschner
Azaleenstraße 8,
4800 Bielefeld 14

Werden Sie deutlicher!

mtv 49/Spektrum: „Ärzte holerten das Dritte Reich“ und entsprechende Leserzuschriften

Die Uniformspezialisten sollten folgendes bedenken: 1. Eine Kleidung allein sagt nichts über Zugehörigkeit zu einer Organisation oder Ausübung einer Funktion aus. Noch schwieriger ist es, darunter Haut-„merkmale“ zu erkennen. 2. Sie erbringen mit Ihrer Richtigstellung den Beweis, daß auch die Luftwaffe nicht nur ritterlich kämpfte! Zusatzfrage: Wie war es bei der Marine? 3. Die Zuschriften lassen auf eine Geisteshaltung schließen, warum werden Sie nicht deutlicher? 4. Zuletzt noch ein

guter Rat: Seien Sie vorsichtiger bei der Anzweiflung von Beweismaterial, das zur Grundlage noch geltender Rechtsprüche wurde. Die Beweise sind vorhanden, das Netz des internationalen Rechtes ist dicht und hält auch für die Zukunft!

Dr. Siegfried Kohn
August-Henkel-Straße 1,
8414 Maxhütte

Böswillig antideutsch

mtv 49/Spektrum: „Ärzte holerten das Dritte Reich“

Sie haben in Ihrer Fernsehbeilage ein Foto mit folgender Erklärung veröffentlicht: „SS-Ärzte bei Unterkühlungsversuchen im KZ-Dachau“. Sie sind durch genügend Zuschriften darauf aufmerksam gemacht worden, daß Ihre Behauptung schlichtweg falsch ist. Mir bleibt danach nur folgende Alternative zur Beurteilung: Ihre Redaktion verfährt ohne hinreichende Kenntnisse leichtfertig und dumm oder dem Zeitgeist entsprechend böswillig antideutsch.

Dr. med. Adolf Poorten
2251 Schwabstedt über Husum

46 mtv 8/80

Zur sozialdarwinistischen Vorgeschichte des NS-Gesundheitswesens

Bernhard Gierds

Es geht hier um einen kurzen Blick auf das weite Vorfeld der Gesundheitspolitik unter dem Hakenkreuz. Diese Gesundheitspolitik war - so wird sich zeigen - zu einem guten Teil nichts anderes als der konsequente Vollzug schon lange entworfener Konzepte: Die sich verschärfenden Klassenkämpfe der wilhelminischen Ära erschienen über Jahrzehnte in der ideologischen Verkleidung biologischer Gesetzmäßigkeit. Kapitalistische Herrschaft wurde so zur Steuerung eines "naturnotwendigen Vorgangs", der "Zuchtwahl", mittels "Anpassung" und "Auslese".

Scheint eine biologisch begründete Formierung der Gesellschaft in der BRD heute obsolet zu sein, so sind es weder die dahinterstehenden natur- und gesellschaftswissenschaftlichen Theorien, noch das damalige Herrschaftsinteresse. Unser Alltag und gleichermaßen medizinisches und naturwissenschaftliches Arbeiten stehen im Zeichen einer Kontinuität, die mit dem Nationalsozialismus nicht anfängt und endet.

Die völlige Niederlage der Revolution von 1848/49 setzte in Deutschland ein entscheidendes Datum. Durch die bürgerliche Intelligenz ging ein Bruch. Die einen emigrierten oder galten, wie zum Beispiel

ROBERT SCHUMANN, bald als "umnachtet". Die anderen arrangierten sich und fanden, wie zum Beispiel RICHARD WAGNER, den Weg vom Barrikadenkämpfer neben BAKUNIN zum Komponisten des "Kaisermarsches" von 1871. Binnen weniger Jahre verschwanden aus den Produktionen der Intelligenz die subjektiv-individualistischen Entwürfe und eine beachtliche Pluralität der Theorien. Der "deutsche Professor" hatte an der Futterkrippe des die absolutistisch-junkerlichen Herrschaftsverhältnisse durchdringenden Kapitals Platz genommen.

Handelte die romantische Naturphilosophie vor allem von einer als einheitlich, aber in sich polar, verstandenen Natur, die es zu erklären galt, setzte sich nach der Jahrhundertmitte ein anderer Typ der Naturwissenschaft durch. Für ihn sind der Eingriff in natürliche Prozesse und die These von der Beherrschbarkeit der Natur konstitutiv. Die induktivistische Naturwissenschaft zerstückelte - in der Theorie wie in der experimentellen Praxis - ihren Gegenstand zu handhabbaren "Fakten".

Wichtigstes Kriterium des "Faktums" wird seine Reproduzierbarkeit durch die Wiederholung des Experiments. Zum Ziel der Na-

turwissenschaft wird die Beeinflussung des "Faktums", die Schaffung eines anderen durch die definierte Änderung des Experiments. Die Naturwissenschaft wird damit operational und anwendungsorientiert. Sie berührt sich nicht mehr zufällig mit der industriellen Technik, sondern zielt planvoll auf diese, indem sie die Regeln benennt, mittels derer die Umwandlung der Natur zur "zweiten Natur" im Produktionsprozeß rationell möglich wird.

Die Standardisierung der experimentellen Bedingungen, die vermeintliche Ausschaltung der "Nebeneffekte", sowie die Reduktion auf einen simpel physikalistischen Erklärungsansatz führten auch in der zeitgenössischen Biologie und Medizin zur "mechanischen Mythologie" (MACH).

Das mechanistische Programm zog nicht nur die Physiologie (BRÜCKE, DU BOIS-RAYMOND) und später die entstehende Psychoanalyse (FREUD) in ihren Bann, sondern wurde ebenso zur Grundlage der darwinistischen Evolutionstheorie.

Als das 18. Jahrhundert endete, wurden anatomische Strukturen zumeist als Ausdruck physiologischer Zweckmäßigkeit interpretiert (BLUMENBACH, CAMPER, CUVIER). Etwa mit den Arbeiten GOETHES und GEOFROY ST. HILAIRE's begann die Suche nach verlorenen Ähnlichkeiten, nach dem Gemeinsamen in der Mannigfaltigkeit der organischen Formen. Die Idee der "Urbform", des Typus, wurde zum zentralen Konzept einer nun der Physiologie entgegengesetzten Morphologie.

Als DARWIN und WALLACE ihre Evolutionstheorie formulierten, wurden die Ergebnisse beider Disziplinen bereits im induktivistischen Sinn verstanden: Den "Meßwerten" der Physiologen standen die "Merkmale" der

Morphologie als isolierte "Fakten" zur Seite. So darf es freilich nicht verwundern, daß in der Evolutionstheorie ein klarer Organismus-Begriff fehlte. Lebewesen wurden beschrieben als bloße, untereinander verschiedene Sammlungen von Eigenschaften und Merkmalen, als gegliederte Gebilde, die sich entsprechend den Anforderungen der Umwelt in der Generationsfolge mehr oder minder abgewandelt darbieten. Intraorganismische, konstruktiv-funktionelle Erfordernisse waren kein Gesichtspunkt dieser Theorie; Evolution wurde in einem ersten Schritt allein im Verhältnis Organismus/Umwelt angesiedelt. Als Folge dieses Ansatzes mußten äußere Evolutionsmechanismen gesucht werden. Diese waren und sind in hohem Maß voluntaristisch.

In einem zweiten Schritt wurde das Verhältnis der Organismen zueinander als Konkurrenz ausgegeben; als tödliche Konkurrenz, denn im Rückgriff auf MALTHUS' "Bevölkerungsgesetz" unterstellte DARWIN bei allen Lebewesen eine, gemessen an den zur Verfügung stehenden Lebensmitteln, zu große Zahl der Nachkommen. Er folgerte aus dieser Behauptung, es müsse Selektion, Auslese, stattfinden. Im Bild der Tätigkeit des Züchters, also in einer Analogie, legte er sodann nahe, daß die "Natur" eine "Zuchtwahl" betreibe, die lediglich die bestangepaßten Varianten - mit SPENCER "the fittest" - überleben ließe. DARWIN verstand in diesem Zusammenhang unter "Natur" gut mechanistisch "die vereinte Wirkung und das Produkt einer Vielzahl von Gesetzen und unter Gesetzen die von uns festgestellte Abfolge von Ereignissen". Den

dritten Schritt, nämlich den Menschen in dieses Konzept einzubeziehen und die gesellschaftlichen Verhältnisse diesem unterzuordnen, scheute sich DARWIN zu gehen - nicht so ERNST HAECKEL.

Dem Jenenser Zoologen galt die Naturerkenntnis im Wesentlichen mit der Formulierung der Erhaltungssätze der Materie und Energie, sowie eines "allgemeinen Entwicklungsgesetzes", das DARWIN für den Bereich der organischen Natur bewiesen haben sollte, abgeschlossen.. Dank ihnen ist er davon überzeugt, in der Natur herrsche das Gesetz, daß Gesetze herrschen und nichts stünde außerhalb dieser streng deterministischen Naturzusammenhänge.

Die Aufgabe der Wissenschaft -so HAECKEL- bestünde darin, den Menschen als Gegenstand der Naturwissenschaft zu begreifen und in allen seinen Tätigkeiten durch die Schaffung eines immer genauer werdenden Abbilds der Natur zu erklären. Beim Erklären sollte es allerdings nicht bleiben, sondern die "objektive Wissenschaftliche Erkenntnis" würde es möglich machen, ein einheitliches Weltbild zu entwerfen und eine "sittliche Lebensführung" aus ihm abzuleiten. Angestrebt wurde hier eine kumulativ verfahrenende, alternativlose Einheitswissenschaft, mit der sich ein dezidiertes Machtanspruch verband.

Wer die Naturgesetze der sozialen Evolution erforschte, hatte augenscheinlich einen "objektiven" Anspruch darauf, zum Lenker des Fortschritts berufen zu werden. Damit die "Glieder des sozialen Körpers" zukünftig reibungslos zusammenspielen, würde es jedoch zunächst einmal nötig sein, "Krankheitsherde zu beseitigen", und die Klassen der Gesellschaft in einem rationell funktionierenden Ordnungssystem der "Effizienz" zu befrieden.

HAECKEL feierte auf den "Versammlungen der Naturforscher und Ärzte" mehr als einen Triumph und schuf mit dem "Monistenbund" ein schlagkräftiges Propagandainstrument der intellektuellen Elite. Es ist

nur ein Indiz für die Bedeutung der an ERNST HAECKEL geknüpften Position, wenn dieser als wichtiges Mitglied des "Alldeutschen Verbands" erscheint, wenn er zum Kreis um den Admiral TIRPITZ zählt, wenn er eines der ältesten Mitglieder der von PLOETZ und RÜDIN gegründeten "Gesellschaft für Rassenhygiene" ist und wenn er schließlich auch noch bei dem von der Firma KRUPP ausgesetzten Preisausschreiben "Was lernen wir aus den Prinzipien der Deszendenztheorie in Beziehung auf die innerpolitische Entwicklung und Gesetzgebung der Staaten" als Preisrichter fungiert. Nach der Jahrhundertwende gibt es buchstäblich keine Strömung der "fortschrittlichen" wilhelminischen Intelligenz, die nicht ihren Traum von einer biologistischen Formierung der Gesellschaft träumte. Weitgehend unbeeinflusst von DARWIN und WALLACE, aber von den Darwinisten begierig aufgenommen, hatte eine Reihe viktorianischer Anthropologen (LUBBOCK, MAINE, MORGAN, TYLOR) Theorien über die Entwicklung kolonisierter Völker entwickelt, die der "zivilisatorischen Mission" der Kolonialisten wissenschaftlichen Segen verliehen. Gemeinsames Element dieser Theorien ist die Vorstellung einer geschichtlichen Entwicklung in "Entwicklungsstufen". Eine fortschreitende historische Entwicklung mündet in diesen Theorien nach "Wildheit" und "Barbarei" in der "Zivilisation", wobei das entscheidende "Fortschrittskriterium" technologisch bestimmt ist. Die Kolonisierten werden zu "zeitgenössischen Vorfahren", oder weniger neutral zu "Relikten aus der Steinzeit."

Der Darwinismus wußte hieraus seinen Nutzen zu ziehen, indem er die Sache ins Biologische wandte: Die technologische

Distanz wurde zum Zeichen der "rassischen Minderwertigkeit". Dieses Argument ließ sich nicht ausschließlich für koloniale Zwecke verwenden, sondern war ebenso dafür geeignet, gegen diejenigen ins Feld geführt zu werden, die in den "Kulturnationen" der leistungsorientierten Formierung im Wege standen: Der sozialen Delinquenz wurde im Nu der Stempel der "Entartung" aufgedrückt.

Sieht man von den USA mit ihrem eigenständigen, in Indianerausrottung und Negerklaverei wurzelnden Rassismus ab, gibt es nur ein Land, in dem die Ansätze der GALTON, GOBINEAU, LAPOUGE, LOMBROSO und CHAMBERLAIN aufgegriffen und systematisch ausgebaut wurden: Deutschland. Hier wird eine mit sozialen Wertigkeitsskalen arbeitende "Rassenhygiene" entwickelt (PLOETZ, RÜDIN, SCHALLMAYER), beginnt die Psychopathieforschung unter darwinistischen Gesichtspunkten (SCHNEIDER), wird der Sexismus fester Bestandteil der Schulmedizin (Hysterieforschung, "physiologischer Schwachsinn des Weibes"), wird die Ermordung von "unnützen Essern", "Psychopathen" und Gebrechlichen propagiert (JOST, HOCHE), wird seit den 20er Jahren die Sterilisierung der "rheinischen Bastarde" propagiert, entsteht die Konstitutionsforschung (KRETSCHMER), geschieht die darwinistische Selbstlegitimierung der Arbeiterbewegung als aufstiegs- und leistungsorientierter Arbeiteraristokratie (WOLTMANN, DAVID, später K.V. MÜLLER), entfaltet die Sozialdemokratie ein Programm der "Sozialhygiene" gegen "lumpenproletarische" Militanz (GROTJAHN).

Zur zeitweilig überragenden, wenn auch schillernden Figur wurde ALEXANDER TILLE, der als Exponent der Arbeitgeberverbände dem sozial bestimmten Darwinismus eine entscheidende Rolle im Klassenkampf von oben zuwies und alle Erscheinungsformen des "Kampfs ums Dasein" erstmals in ein polares Ordnungssystem von "Auslese" und "Ausmerze" zusammenfaßte. Dieses System konnte jedoch erst zur massenwirksamen Anwendung gelangen, als es möglich wurde, die individuellen Anzeichen der "Entartung" mit einem allgemeinen prognostischen Schema zu verbinden. Dieses Schema geliefert zu haben, bleibt der Beitrag der MENDEL-MORGANschen Genetik zur Pränazistischen Medizin, denn erst mit ihr wurde es möglich, auf der Basis von "Erbgängen" von einer reaktiven Gesundheitspolitik zur geplanten Neuzusammensetzung der Bevölkerung durch "Zuchtwahl" überzugehen. Und es ist kein Zufall, daß heute, wo MENDELs "Gesetze" längst durch die Molekulargenetik ad absurdum geführt worden sind, ein verschwiegener wie mächtiger Sozialbiologismus daran arbeitet, sie in eine neue Epoche von "Auslese" und "Ausmerze" hinüberzuretten.

Dokumente

- Nr. 1: Der unbekannte Tille (1): Der Aufstieg des Arbeiters als Leistungsfrage. Alexander Tille: Der Ultramontanismus und seine "Katholischen Arbeitervereine", Berlin 1905, S. 19 f.
- Nr. 2: Der unbekannte Tille (2): Leistungsfanatismus rettet den weißen Arbeiter vor der 'gelben Gefahr'. Alexander Tille: Der Wettbewerb weißer und gelber Arbeit, Berlin o.J., S.68 f.
- Nr. 3: Der unbekannte Tille (3): wir müssen von Darwin zu Nietzsche weiterschreiten... Alexander Tille: Von Darwin zu Nietzsche, Leipzig 1895, S. 140 f., 232 f., 239 ff.

Nur noch Verbrecher vermehren sich heute im deutschen Volke wirklich.

Es treffen auf:

Männliche Verbrecher



4,9 Kinder

Eine kriminelle Ehe



4,4 Kinder

Eltern von Hilfsschulkindern



3,5 Kinder

Die deutsche Familie



2,2 Kinder

Ehe aus der gebildeten Schicht



1,9 Kinder

Soziale Ultramontanismus

und seine

„Katholischen Arbeitervereine“

Von

DR. ALEXANDER TILLE



BERLIN 1905

VERLAG VON OTTO ELSNER

S. 42, Oranien-Strasse 141.

Die Arbeiterfrage ist eine Weltwirtschaftsfrage und eine Leistungsfrage. Keine Macht der katholischen Kirche vermag den Wert der Waren, die wir ins Ausland ausführen müssen, um einen Pfennig über ihren Weltmarktpreis zu steigern. Und da doch Rohstoffe und Frachten, Fabrikanlagen und Risikoprämien, Kosten der Arbeiterversicherungen, Patente und geistige Leitung auch bezahlt sein wollen und ohne eine dem sonstigen Stande des Geldmarktes entsprechende Dividende Kapital für Anlagen und Erweiterungen nicht zu beschaffen ist, so kann auf den Arbeitslohn immer nur ein gewisser Teil der Selbstkosten verwendet werden. Jene Dinge aber sind die Voraussetzung, ohne die Arbeitsgelegenheit überhaupt nicht zustande kommt. Ohne ihre vorherige Beschaffung und Deckung findet der Arbeiter überhaupt kein Brot. Innerhalb dieser Grenzen aber ist die Arbeiterfrage eine Leistungsfrage. Allüberall im Deutschen Reiche und anderwärts ist die Leistung der Einzelarbeiter verschieden. Allüberall erhält der bessere, tüchtigere, fähigere, gewissenhaftere Arbeiter höheren Lohn als der schlechtere, untüchtigere, unfähigere, leichtfertiger. Zu höherem Lohne kann eine Arbeiterschaft dauernd nur emporsteigen durch höhere Leistungen, und zwar durch höhere Leistungen der verschiedensten Art. Einmal, indem sie Intelligenz genug zeigt, um einen Teil jener Tätigkeit mitzübernehmen, für die vormals Ingenieure, Meister, Platzmeister und Vorarbeiter nötig waren, und sodann, indem sie ihre physischen Leistungen nach der Seite der Menge, der Exaktheit, Pünktlichkeit und Raschheit hin stei-

gert. Hier liegt für die deutsche Arbeiterschaft noch ein schier unabschbares Feld des Aufsteigens zu immer besseren Daseinsbedingungen brach; ein Feld, das sich freilich nicht durch Verhetzung der Massen anbauen lässt, sondern das lediglich dem Fleisse und der Gewissenhaftigkeit des einen zugänglich ist. Dieser Aufstieg ist mitten im Werden. Man muss ihn sich nur nicht so vorstellen, als ob es möglich wäre, von heute auf morgen die ganze Masse der Arbeiterschaft emporzuheben, sondern er geht einmal ganz allmählich vor sich, meist unter der Zugkraft neuer technischer Fortschritte, und sodann trifft er zunächst nur den eigentlichen, gelernten Fabrikarbeiter, nicht auch oder doch nicht in derselben Masse den ungelerten Handlanger der Fabrikbetriebe. Und auch von den gelernten Fabrikarbeitern zunächst wieder die oberste, begabteste, fähigste Schicht. Sie steigt zu Vorarbeitern, Platzmeistern, Meistern auf.

2

Der Anschauung aber, dass durch die Industriearbeit der Lebenden die Kinder geborene Industriearbeiter werden, kann nicht schroff genug widersprochen werden. Lamarck hatte ja allerdings seine Entwicklungslehre auf die Übertragung erworbener Eigenschaften gegründet, und auch in Darwins „Entwicklung der Arten“ spielt diese Übertragung noch eine gewisse Rolle. Aber die ganze Entwicklung der Biologie nach Darwin hat in einer immer grösseren Einschränkung des Arbeitsfeldes dieser angeblichen Übertragung bestanden, und heute kann sie als praktisch für die Entwicklungslehre ausgemerzt gelten. Weismanns negative Anschauungen haben sich trotz Spencers Widerspruch die Biologie erobert. Den Keim aller Veränderung sieht man heute ausschliesslich darin, dass bei keiner Paarung je das gleiche Paar zusammenwirkt, sondern selbst dasselbe Paar immer nur in verschiedenen Altersstufen. Damit wäre die Grundlage für ein noch ganz anderes Mass von Variation gegeben, als in Wirklichkeit in die Erscheinung tritt. Es kommt also alles darauf an, welche Menschen als Eltern an der kommenden Generation mitschaffen. Blicke diese Arbeit auf die überdurchschnittlich Tüchtigen beschränkt, so müsste die nächste Generation eine wesentlich grössere Arbeitstüchtigkeit aufweisen. Aber dass ein solcher Fall unter den Mongolen eintreten wird, das wird auch der rosenrotteste Optimist nicht behaupten wollen. Und solange dort eine solche Massregel nicht eingeführt wird, solange wird sich auch der Wesenskern dieser Art nicht wesentlich ändern.

Es besteht noch weit eher die Aussicht, dass in den Ländern der abendländischen Gesittung, unter den mitteländischen Völkern, auf dem Wege der sozialen Ausscheidung der unfähigsten Volksgenossen eine weitere Steigerung der Arbeitsfähigkeit der Überdauernden eintreten könnte. Ja, in gewissem Umfange ist dieselbe bereits in der lebenden Generation zu beobachten gewesen, weil es unter unseren Gesittungsverhältnissen für die Unfähigsten immer schwerer wird, es zu Heim und Ehe und damit zu den Vorbedingungen für das Heranziehen eigener Kinder zu bringen. Zu den heiligsten Gütern, welche die Völker Europas zu wahren haben, gehört an erster Stelle ihre höhere Leistungsfähigkeit, und solange sie sich diese erhalten, so lange besteht auch keine Gefahr, dass sie auf dem Industriefelde oder auf irgend einem anderen Felde von der heute minderwertigen Menschenarten überflügelt werden.

Von Darwin bis Nietzsche.

Ein Buch Entwicklungsethik.

Von

Alexander Tille.

LEIPZIG

Druck und Verlag von C. G. Naumann

1895.

Wer die Hebung der Rasse zu seinem Ideal macht und dieses Ideal verwirklichen will, wird wohl oder übel zur Auslese greifen müssen. Die Folgen davon aber sollen unheilvolle sein. Eine direkte Austilgung der Schwachen, Unglücklichen und Überflüssigen ist meines Wissens noch von keinem ernstern Menschen vorgeschlagen worden. Aber warum sollte keine indirekte möglich sein? Unsere sozialen Einrichtungen, unsere Heilkunst, erhalten tausend flackernde Lebensflämmchen — soll die Gesellschaft, die diese Menschen dem sicheren Tode entreisst, dafür nicht das Recht haben, ihnen die Verpflichtung aufzuerlegen, nicht zu heiraten, ihnen mindestens die Schliessung einer rechtsgültigen Ehe vorzuenthalten? Allerdings vermehrt die therapeutische Medizin heute die Krankheit und das Elend in der Welt. Aber ist es die Schuld der Wissenschaft und ihrer Träger, oder nicht vielmehr der Gewissenlosigkeit der Kranken und der Gesellschaft, in der sie leben, was den Kranken und Schwachen Nachkommen gestattet? Dasjenige, was bisher die normale, gesunde Ehe geschlossen hat, ist die persönliche Geschlechtsliebe gewesen, der Drang, der zwei Personen verschiedenen Geschlechts stärker zu einander zieht als zu anderen Personen des anderen Geschlechtes; und diese Liebe wird wohl auch weiterhin die Grundlage der Ehe bleiben. Eine Verstandes-

erwägung, ein „Marstallprinzip“, kann niemals diese natürliche Grundlage der Ehe verdrängen, aber sie kann ihre unbedingte Geltung einschränken. Ich liebe ein schwind-süchtiges Mädchen. Was ist nun sittlicher, wenn ich trotz meiner Liebe auf die Ehe mit ihr verzichte oder mit ihr zehn schwind-süchtige Kinder zeuge? Aber muss ich, weil mir die Rücksicht auf unsere Nachkommen verbietet, sie heimzuführen, deswegen nun die robusteste Bauerndirne heiraten, die sich auftreiben lässt? Dann hätten wir es allerdings mit Marstallprinzipien zu thun. In welchem Falle gebe ich der natürlichen Neigung und Teilnahme mehr Raum: wenn ich unbekümmert um die unseligen Folgen für eine lebenslang sieche Kinderschar blind meiner heissen Neigung folge, oder wenn ich mich von dem Gedanken an das Glück meiner ungeborenen Kinder schliesslich aus den Armen meiner siechen Braut losreisse? Sollte das Handeln zum Wohle zahlreicher Nachkommen nicht doch vielleicht besser sein als ein Handeln, das ihnen und dadurch den Eltern tausendfachen Schmerz bereiten muss?

Die Auswahl der Besten aber vermag nichts, wenn sie nicht verbunden ist mit einer erbarmungslosen Ausscheidung der Schlechtesten. Darauf hat namentlich Alfred Russel Wallace hingewiesen. Und die Proklamierung der sozialen Ausscheidung muss deshalb einer der obersten Züge jeder Ethik sein, welche das Ziel das die Entwicklungslehre aufgezeigt hat, zu ihrem Ideal erhebt. Diese Ausscheidung steht freilich in direktem Widerspruche zu der herrschenden Mittelmoral, aber das darf an ihr nicht irre machen. Gehört diese Mittelmoral doch selbst zu der Klasse der Sklavemoralen. Die Erkenntnis, dass die Bethätigung der Mittelmoral gegen die am niedrigsten stehenden Mitmenschen verschlechternd auf die Rasse wirkt, muss mit der Zeit über jenes Bedenken siegen. Einstweilen freilich wird die Entwicklungsethik gerade von diesem Punkte aus zum Schreckgespenst gemacht werden.

Eins hat in Nietzsches Ethik nicht nur keine Stelle gefunden, ist nicht nach Gebühr gewürdigt worden: die Arbeit. Obgleich er ein ausserordentlich intensiver geistiger Arbeiter war, war es ihm doch immer eine Last, für die Erfordernisse des Berufes und Tages zu arbeiten. Die Jahre seiner Baseler Professur sind in dieser Hinsicht für ihn die schwersten Jahre seines Lebens gewesen. Er besass eine gewisse Geringschätzung für Arbeit, für die gerechte Berufsarbeit mit ihren tausend kleinen Pflichten und Bürden, und vermochte daher der Bedeutung der Arbeitsleistung für die Weltstellung eines Volkes, des eigenen Volkes, nicht gerecht zu werden. Diese Geringschätzung der Arbeit hat auch in seinem Vornehmheitsideal der Arbeit, der Leistung nicht die gehörige Stelle gegeben. Das Leistungsfähige, Schöpferische, Ausdauernde, den äusseren Umständen den Erfolg Abbringende, den Kernzug des Entdeckers, Erfinders, Reformators, Führers ganzer Völker, lässt er hinter dem Liebhaberischen, Ach-

tungeinflössenden, Herrenhaften zurücktreten. Seinem aristokratischen Ideal haftet noch ein Schatten von Feudalismus an, es ist nicht ein völlig leistungsaristokratisches.

Zur Wirtschaftslehre des Volksstandes, zum Hausaltungsplan mit den Volksgenossen, zur Bevölkerungspolitik grossen Stiles hat er darum seine Ethik noch nicht ausgebaut. Der Konkurrenzkampf, den Volk mit Volk, Stamm mit Stamm und Rasse mit Rasse auf der Erdoberfläche ficht, liegt ihm weniger am Herzen, so dass er statt an die Volkseinheiten, die Völkerpersönlichkeiten, die sich auf der Weltbühne gegenüberstehen, einzig an den Gegensatz zwischen Herrschenden und Beherrschten denkt. Hierher gehört auch sein Ideal „der Züchtung einer neuen über Europa regierenden Kaste“, die notwendig wird, seit „Europa Eins werden will“. Gleichwohl dümmert ihm der Gedanke, dass der Gegenwart grosse Rassenkämpfe und Rassenverschiebungen bevorstehen, das zeigen seine gelegentlichen Äusserungen über Russland, das zeigt auch das offene Wort: „die Zeit für kleine Politik ist vorbei, schon das nächste Jahrhundert bringt den Kampf um die Erdherrschaft, — den Zwang zur grossen Politik.“

Gerade die grosse träge Masse eines jeden Volkes aber ist in jenen Verdrängungskämpfen, die sich über Jahrtausende und Jahrzehntausende hinziehen, das eigentliche Schwergewicht jeden Volkes, das einzige, was fremden Andrängern dauernd Widerstand zu leisten vermag. Sie saugt auf die Dauer mit Naturnotwendigkeit jede kleine herrschende Minderheit auf, mag sie einem noch so hochstehenden Stamme angehören. Hält sich jene Minderheit rein, so wird sie ein Opfer der Inzucht, mischt sie sich aber mit den Beherrschten, dann entscheidet einzig die Zahl der Zeugungen, an denen beide Parteien beteiligt sind, dem Kampf. So sind Goten, Langobarden und Burgunden, Vandilier und französische Normannen in wenigen Jahrhunderten von den Massen aufgesaugt worden, über die sie herrschten. Das sind auch physiologische Tatsachen, nur gehören sie nicht der Physiologie des einzelnen, sondern der Völkerphysiologie an. Wenn sich eine vornehme Minderheit ein Land erobert, so kann sie das dauernd nur durch Ausrottung der eingeborenen Mehrheit behaupten. Und auch dann nur, wenn sie sich selbst so stark vermehrt, dass sie rasch eine Bevölkerungsspannung schafft, die der der angrenzenden Länder mindestens die Wage hält. Sonst wird fremde Einwanderung sie sofort wieder aus dem eben eroberten Gebiete hinauszuarbeiten beginnen.

Diese Betrachtungen führen bereits hinaus über die Grenze von Nietzsches Gedankenwelt. Hier setzt die Nationalökonomie mit ihren ehernen Gesetzen ein; hier beginnt das Reich der Bevölkerungspolitik, das Reich der Mächte Arbeit und Zeugung, die zu allen Zeiten Geschichte gemacht haben. Um aber auf diese Gebiete jene neu erworbenen Kenntnisse anwenden zu können, dazu muss man mit seinem Empfinden auf dem Boden einer Nationalität stehen. Nietzsche war seinem eigenen Volke halb entfremdet und konnte sich mit dem Aufblühen des politischen Interesses im neuen deutschen Reiche niemals befreunden. Nationale Politik hatte ihm etwas Engherziges. Nur an dem ihm unsympathischen England vermochte er sie aus ganzer Seele zu hassen. In diesem Sinne war er

den Humanitätsideen noch nicht entwachsen: er glaubte noch der Menschheit direkt dienen zu können. Er dachte noch nicht daran, dass jeder Mensch zuerst einem Volke angehört und dass niemand der Menschheit besser dienen kann, als indem er seinem Volke dient. Wer im Dienst seines Volkes, seiner Rasse, dessen, deren Leistungsfähigkeit und Tüchtigkeit hebt, der hebt damit zugleich die Durchschnittsfähigkeit der Menschheit. So mündet aller Volksdienst doch schliesslich in Menschheitsdienst aus. Aber rechter Menschheitsdienst ist nur möglich durch Volksdienst.

AUTONOMIE

Materialien gegen die Fabrikgesellschaft
NEUE FOLGE

Sicherungsverwaltung

und
Zu den Hintergründen
der Kampagne
um Klein und Mahler

Sonderheft Januar 1980

Heft 4
Atomstaat
AKW-Bewegung
erscheint im August 1980

AUTONOMIE NR.1 DER IRAN MATERIALIEN GEGEN DIE FABRIK- GESELLSCHAFT



Inhalt

Walter Moßmann
Elf Jahre unsre Sache
Editorial
Gottfried Bürker
Massenautonomie im Iran
Ahlrich Meyer
Die Lehre Dr. Schariatis
Karl Heinz Roth
Mazdak: die erste sozialrevolutionäre Bewegung im Iran
Susanne Heim
Informationen über die Lebensbedingungen der iranischen Frauen
Angelika Ebbinghaus
Susan Mahdavi spricht mit Frauen aus der schiitischen Opposition

Ralf Lucke
Der Untertan gleicht dem Sesam: die Landreform im Iran
A. W.
Ethnische Minderheiten im Iran
Eberhard Jungfer
Die Industrialisierung als Programm der Despotie
Serge July / Liberation
Der Wirtschaftsplan der Khomeinisten. Ein Interview mit A. Bani Sadr
Enrico Deaglio und Domenica Jasaville / Lotta Continua
Die Projekte des Dr. Bani Sadr. Ein Interview
Serge July / Liberation
Der Schiitensozialismus der Khomeinisten

AUTONOMIE Materialien gegen die Fabrikgesellschaft NEUE FOLGE Nr.2



DIE NEUEN GEFÄNGNISSE

INHALT

Editorial
Peter Schult
Zur aktuellen Krise in der Gefangenenbewegung
Kollektiv Rote Hilfe München
Zum letzten Hungerstreik
Gefangenenrat Frankfurt
Die drei Schritte der Gefangenenbewegung
Karl Heinz Roth
Gehirnwäsche gegen den Umsturz
Sonja Balbach
Gespräch mit Helmut Ensslin
Gottfried Bürker
Einzelhaft und Arbeitszwang gegen „Kriminelle“ und der Widerstand der Gefangenen
Detlef Hartmann
Der Kampf gegen die Rheinische Psychiatrie
Enno Schwall
Erfahrungen mit der Ablauforganisation in Köln-Ossendorf
Monika Dankert und Angelika Ebbinghaus
Ein Stück Alltag:
Der Mann im Knast und die Frau ist draußen
Eberhard Jungfer
Die Zerstörung der Persönlichkeit
Gefangenenbewegungen und Gefängnisrevolten in Frankreich und Spanien.
Chronik und Dokumente
Der Aufstand der Champ-Dollon
Gefangenenaufstand in Hull 1976
Der Kampf der politischen Gefangenen in Irland
Detlef Schulz
Gefangen in Israel
Ingrid Müller:
Zwei Linien in der islamisch-schiitischen Bewegung

AUTONOMIE Materialien gegen die Fabrikgesellschaft NEUE FOLGE Nr.3



DIE ZWEITE ZERSTÖRUNG DEUTSCHLANDS

Inhalt

Martin Schaub „Städtebau und Kriminalität“ – Symposium des Bundeskriminalamtes	4	Ahlrich Meyer Architekturutopien, Arbeiterwohnen und die bürgerliche Hauptstadt des 19. Jahrhunderts	60
Detlef Hartmann Von der Integration zur Aussonderung – 30 Jahre Städtebaupolitik am Beispiel der „Neuen Heimat“	16	Ilona Bauer Krankenanstalten als Ort der sozialen Aufbewahrung im 19. Jahrhundert am Beispiel Hamburgs	76
Gisela Schmidt Entwicklung einer Strategie der Gewalt – Einkaufszentrum und Fußgängerzone	33	Elke Pahl Die Zerstörung des Gängeviertels – ein Versuch, Hamburger Hafenarbeiter über ihre Wohnungen zu kontrollieren	83
Detlef Hartmann Großer Abwasch in Köln, 5 Minuten vor 12	43	Susanne Heim Planung in der Provinz – zur Zerstörung dörflicher Strukturen durch Agrarpolitik und Landschaftsplanung	88
Horst Wesemann Hausbesetzungen in Bremen	48	Detlef Hartmann Zerstörung und Enteignung unseres Alltags	97
Sabine Hildenbrand „So-tun-als-ob“ – die neue Strategie für Kreuzberg SO 36	54	Peter Erlach Die immer wieder unterbrochene Stimme des Lumpenproletariats	101

Die neue Gesundheitspflege

belastet den Gesunden, und dient der Gemeinschaft, während bis 1933 allein Erbkranken in Anstalten 1,2 Milliarden Mark zu Lasten der Gesunden jährlich angewendet wurden. Sie will nicht den Kranken heilen, sondern vor Krankheit und zu frühem Verbrauch rechtzeitig schützen.



Die Gesundheitspflege des Liberalismus war für den Einzelnen besorgt, selbst zeitweilen untaugliche Menschen wurden zu Lasten der nicht geschützten Gesunden aufgezogen



Der NS.-Betriebsarzt Kamerad und Helfer



So wird ein 2-Bett-Zimmer in dem gewaltigen KdF.-Bad auf Rügen aussehen. Alle Zimmer mit Fenster zur See



Meidet Alkohol bei der Arbeit



arme Mittagskost — Förderung der national-listischen Gesundheitsführung

Den Mangel an Menschen können wir nicht sprunghaft beheben, jedoch sehen wir eine ungeheure Kraft unseres Volkes darin, wenn wir für seine Gesundheit sorgen, ihm Schaffensfreude geben, seine Arbeitskraft erhöhen, sein berufliches Können zur höchsten Vollendung bringen.
Dr. Robert Ley