

UDO SCHAGEN UND SABINE SCHLEIERMACHER
(HRSG.)

**„Gesundheitsschutz für alle“
und die Ausgrenzung von Minderheiten**

**Historische Beiträge zur Aushöhlung eines
gesundheitspolitischen Anspruchs**

Berichte und Dokumente zur Zeitgeschichte der Medizin 7
Forschungsschwerpunkt Zeitgeschichte im Institut für Geschichte der Medizin
Zentrum für Human- und Gesundheitswissenschaften (ZHGB)
Charité – Universitätsmedizin Berlin

SCHAGEN, UDO; SCHLEIERMACHER, SABINE (HRSG.):
„Gesundheitsschutz für alle“ und die Ausgrenzung von Minderheiten.
Historische Beiträge zur Aushöhlung eines gesundheitspolitischen Anspruchs
Forschungsschwerpunkt Zeitgeschichte im Institut für Geschichte der Medizin
Zentrum für Human- und Gesundheitswissenschaften (ZHGB)
Charité – Universitätsmedizin Berlin
Berichte und Dokumente zur Zeitgeschichte der Medizin 7
1. Auflage - Berlin 2006 - ISSN 1432-3958

Kontaktadresse:
Forschungsschwerpunkt Zeitgeschichte
im Institut für Geschichte der Medizin
Zentrum für Human- und Gesundheitswissenschaften (ZHGB)
Charité – Universitätsmedizin Berlin
Klingsorstr. 119
12203 Berlin-Lichterfelde
Tel.: 030 / 83 00 92 20
Fax: 030 / 83 00 92 58
e-mail: sabine.schleiermacher@charite.de
www: <http://userpage.zedat.fu-berlin.de/~medberuf>

© Alle Rechte bei den Herausgebern
PC-Texterfassung und Layout: Autoren und Sabine Selle
Korrektorat: Vera Seehausen
Berlin 2006
ISSN 1432-3958

Inhaltsverzeichnis

UDO SCHAGEN UND SABINE SCHLEIERMACHER

Anspruch und Wirklichkeit des Öffentlichen Gesundheitsschutzes
in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts - Einführung 7

NICOLE MAYER-AHUJA

„Arbeitslosigkeit: Ein Problem der Volksgesundheit“
Bemerkungen zur Aktualität einer Denkschrift von Julius Moses aus dem Jahr 1931 7

JOHANNES VOSSEN

Die Ungleichbehandlung von Menschen nach rassenhygienischen Prinzipien
im öffentlichen Gesundheitsdienst des NS-Staates17

CARSTEN KLINGEMANN

Zur Soziologisierung des medizinischen Menschen- und Gesellschaftsbildes
im Nationalsozialismus23

ALEXANDER NEUMANN

„Ausschaltung der Ansteckungsquellen“ – Die Seuchenpolitik der deutschen
Wehrmacht im Krieg gegen die Sowjetunion 1941-194443

SYLVELYN HÄHNER-ROMBACH

Der Kampf gegen die Einheitskasse
in der französischen Besatzungszone 1946 bis 194951

UDO SCHAGEN

Die Gesundheitspolitik in der Sowjetischen Besatzungszone –
Umsetzung sozialdemokratischer Forderungen.....63

HEIKE KRUMBIEGEL

Kassenambulatorien oder kommunale Polikliniken?
Kompetenzkonflikte zwischen staatlicher Gesundheitsverwaltung
und Sozialversicherung in der SBZ71

ULRIKE LINDNER

Das Scheitern des klassischen Konzeptes
der vorbeugenden Gesundheitsfürsorge in den 1950er Jahren97

BRIGITTE MICHEL

Gesundheitsförderung und Prävention im Alter
– von der Weimarer Republik bis in die Gegenwart107

UDO SCHAGEN UND SABINE SCHLEIERMACHER

Anspruch und Wirklichkeit des Öffentlichen Gesundheitsschutzes in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts

Einführung

In den zwanziger Jahren des letzten Jahrhunderts waren weite Teile der Bevölkerung in die Sozialversicherung, insbesondere in die gesetzliche Krankenversicherung, einbezogen. Der dazu parallel existierende öffentliche Gesundheitsdienst bezog sich traditionell auf Gruppen, die aufgrund ihres gesellschaftlichen Status nicht in das Sozialversicherungssystem integriert waren bzw. wegen eingetretener Krankheit oder ihrer sozialen Lage der Hilfe der Allgemeinheit bedurften. Vom Staat und von gemeinnützigen Organisationen waren einschlägige Beratungsstellen geschaffen worden, die Hilfsangebote für Betroffene bereit stellten. Durch den Ausbau staatlicher und zeitweise auch durch die von den Kassen getragenen Beratungs- und Behandlungsstellen wurden diese auf kommunaler Ebene verstärkt. Im Zusammenhang mit der Erweiterung der Unfallversicherung, die einen besonderen Versicherungsschutz und Renten auch bei arbeitsbedingten Krankheiten (Gewerbekrankheiten) gewährte, gewann eine staatliche Kontrolltätigkeit, wie z.B. die Gewerbeaufsicht, zunehmend an Bedeutung.

Diese zwei Säulen gesundheitlicher Versorgung (Sozialversicherung und öffentlicher Gesundheitsdienst) wurden durch die sozialdemokratischen und kommunistischen Parteien sowie nicht organisierte, der Arbeiterbewegung nahe stehende Ärzte gefördert und personell unterstützt. 1933 endete dieses Engagement aufgrund politischer Verfolgung linkspolitisch eingestellter Ärzte und Gesundheitspolitiker. Der öffentliche Gesundheitsdienst erhielt eine rassenhygienische Ausrichtung. Der versicherungspflichtige Bevölkerungsanteil wurde zwar erweitert, gleichzeitig aber die Selbstverwaltung der Krankenkassen beendet und politisch und rassistisch diskriminierte Gruppen von der Versorgung ausgeschlossen. Beratungs- und Behandlungsstellen der ambulanten Versorgung außerhalb ärztlicher Praxen wurden abgeschafft – und allenfalls zur Notversorgung in den letzten Kriegsmonaten wieder eröffnet.

Auf die Gestaltung des öffentlichen Gesundheitsdienstes hatte die Sozialhygiene mit ihrer wissenschaftlichen Expertise maßgeblichen Einfluss.¹ Zu Beginn des 20. Jahrhunderts sah diese sehr junge medizinische Wissenschaft ihre Funktion darin, Krankheiten, die durch die soziale Lage in ihrer Entstehung und in ihrem Verlauf bedingt waren, zu erforschen und - als Reflex darauf - in der Gesellschaft für ein verantwortliches gesundheits- und sozialpolitisches Handeln zu werben. Zur Methodik der sozialen Medizin gehörten Medizinalstatistik, Nationalökonomie und Vererbungswissenschaft. Die Ergebnisse dieser interdisziplinären Forschung mündeten in gesundheitspolitische Anschauungen, die bevölkerungspolitisch ausgerichtet waren. Bevölkerungsbezogene Gesundheitsforschung war in der Vergangenheit die Forderung der Vertreter einer nicht nur individuellen Therapie, sondern auch einer die sozialen Krankheitsursachen einbeziehenden Medizin. In der Theorie und auch in der praktischen Anwendung medizinischer Erkenntnisse wurden ethische Wertsetzungen vertreten, durch die Bedürfnisse und Rechte von Individuen gegenüber den als höherrangig verstandenen Volksinteressen nachgeordnet wurden. Auch unter den Sozialhygienikern gewannen zunehmend biologistische Sichtweisen an Bedeutung. Die Ursache für präventiv zu behandelnde Krankheiten wurde nicht mehr in erster Linie in den Lebens- und Umweltbedingungen, sondern ausschließlich im Erbgut des Einzelnen und seiner Familie gesehen. Jetzt sollte nicht mehr nur der Einzelne vor Krankheit bewahrt, sondern vor allem der „Volkkörper“ von einem negativen Genpool gereinigt werden, um ein angebliches Überleben des ganzen „Volkes“ zu gewährleisten. Der Weg von einer immer stärker biologistisch und bevölkerungspolitisch ausgerichteten sozialen Medizin zur Rassenhygiene im Nationalsozialismus war nicht weit. Sie lieferte die medizinisch-wissenschaftliche Legitimation für die

1 Schagen, Udo und Sabine Schleiermacher (im Auftrag der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention): 100 Jahre Sozialhygiene, Sozialmedizin und Public Health in Deutschland. CD-ROM. Berichte und Dokumente zur Zeitgeschichte, Bd. 8. Berlin 2005.

Scheidung so bezeichneter „höherwertiger“ von „minderwertigen“ Bevölkerungsgruppen und bereitete den Boden für die unterschiedliche medizinische Versorgung der verschiedenen Bevölkerungsgruppen. Unter den totalitären Gesellschaftsstrukturen des NS verschoben sich die Grenzen zwischen „Heilen“ und „Vernichten“ zunehmend. Kranke, alte und körperlich eingeschränkte, als „minderwertig“ bezeichnete Menschen sowie solche, die durch die Rassegesetze als „jüdisch“ oder als „Zigeuner“ eingestuft wurden, wurden – weithin akzeptiert – schlechter bzw. gar nicht mehr medizinisch versorgt oder gar getötet.

Nach Ende des Zweiten Weltkrieges wurde in den verschiedenen Besatzungszonen an unterschiedliche Stränge der in der Weimarer Republik formulierten, linkspolitisch orientierten Konzepte sozialer und gesundheitlicher Sicherung angeknüpft. Dies drückt sich am deutlichsten in der Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Organisation des Sozialversicherungssystems aus. So waren z.B. in der SBZ und DDR sozialdemokratische Vorschläge und Forderungen zur Sozial- und Gesundheitspolitik nicht nur bestimmend, sondern wurden gemeinsam mit den Mitgliedern der kommunistischen Partei, nunmehr durch die SED, umgesetzt. Entsprechende Konzepte finden sich auch in der westdeutschen SPD bis zum Beginn der fünfziger Jahre. Sie kamen jedoch gesundheitspolitisch nicht zum Tragen. Leitwissenschaft war sowohl in der frühen West - SPD wie in der sowjetischen Besatzungszone auch eine sozial ausgerichtete Medizin. Auch wenn nach Ende des „Dritten Reiches“ die Rassenhygiene politisch nicht mehr opportun schien, behielt sie aber doch bis in die siebziger Jahre als „quantitative“ wie „qualitative Eugenik“ ihren Platz in sozialmedizinischen Lehrbüchern.² Die Diskussion über die Ausgrenzung bestimmter „Merkmals-träger“ sowie die Differenzierung zwischen „lebenswertem“ und „lebensunwertem“ Leben ist bis heute präsent.

Mit den hier vorgelegten Arbeiten will die Arbeitsgemeinschaft Geschichte von Sozialhygiene, Sozialmedizin und Public Health der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMPP) die Ergebnisse der von ihr auf den Jahrestagungen der DGSMPP 2002 und 2003 veranstalteten Workshops über

Gesundheitspolitische Positionen zur „Öffentlichen Gesundheitspflege“ und zum „Gesundheitsschutz“ von der Weimarer Republik bis in die frühe Nachkriegszeit (2002) und Bevölkerung und „Volskörper“: Der historische Beitrag der Sozialen Medizin / Sozialhygiene zur Ausgrenzung von Minderheiten“ (2003)

einer breiteren Öffentlichkeit zugänglich machen. In dem Workshop über „Öffentliche Gesundheitspflege und Gesundheitsschutz“ wurden von Nicole Mayer-Ahuja, Sylvelyn Hähner-Rombach, Heike Krumbiegel, Ulrike Lindner und Brigitte Michel unterschiedliche gesundheitspolitische Konzepte von Parteien, Einzelpersonen und Interessenvertretungen seit der Weimarer Republik vorgestellt, nach Programmatik und Umsetzung von Ideen gefragt, auf Unterschiede und Gemeinsamkeiten zwischen sozialdemokratischen und kommunistischen wie auch bürgerlichen und christlich konservativen Sozial- und Gesundheitspolitikern verwiesen.

In dem Workshop über „Sozialhygiene und Ausgrenzung von Minderheiten“ fragten Carsten Klingemann, Johannes Vossen und Alexander Neumann danach, inwieweit die Medizin der Vergangenheit, hier besonders die Sozialhygiene und Sozialmedizin, mit ihren Kategorien die Grundlagen für rassistisch motivierte Diskriminierung von Menschen legte, die in der Gesundheits- und Sozialpolitik ihren Niederschlag fanden und somit zu einer das Solidarprinzip negierenden Verteilung von Leistungen im Krankheitsfall führten und vor Selektion und Vernichtung von Menschen nicht halt machten.

Mit den beiden Workshops haben wir versucht, aktuell diskutierte Themen zur Struktur gesundheitlicher Sicherung sowie zur bevölkerungsbezogenen Gesundheitsforschung mit historischen Analysen zu unterfüttern. Wir hoffen, mit diesem Band neue Ideen und Aspekte in die historische wie auch aktuelle Diskussion einbringen zu können.

2 Gedicke, Kurt: Sozialhygiene (Band 1), Neuwied; Berlin 1972, S. 124-145.

NICOLE MAYER-AHUJA¹

„Arbeitslosigkeit: Ein Problem der Volksgesundheit“

Bemerkungen zur Aktualität einer Denkschrift von Julius Moses aus dem Jahr 1931

Zwei Jahre, nachdem die Weltwirtschaftskrise Deutschland erfasst hatte, widmete sich der sozialdemokratische Arzt und Reichstagsabgeordnete Dr. Julius Moses den gesundheitlichen Konsequenzen der Massenarbeitslosigkeit.² Seine Denkschrift ist eine wertvolle sozialhistorische Quelle, erinnert jedoch auch an den weiterhin bestehenden Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit, staatlicher Arbeitsmarkt- und Gesundheitspolitik sowie den Lebensbedingungen der davon betroffenen Familien, der in aktuellen (mit Namen wie Hartz und Rürup verbundenen) Reformen der Bundesregierung keine Rolle spielt. Im folgenden werden nach einigen Bemerkungen zur Person Julius Moses die sozialpolitischen Reformen der Präsidialkabinette umrissen, die Arbeitslosigkeit 1931 als Problem der „Volksgesundheit“ erscheinen ließen, und schließlich die Ergebnisse der Denkschrift im Lichte zeitgenössischer und neuerer Studien diskutiert.

Julius Moses: Arzt, Sozialhygieniker, Gesundheitspolitiker

Julius Moses (1868-1942) hatte wirtschaftliche Not und beengte Wohnverhältnisse als Sohn eines jüdischen Handwerkers in Posen aus eigener Erfahrung kennen gelernt. Als Arzt im vorwiegend von Arbeiterfamilien bewohnten Berliner Norden (1893-1902) und inspiriert durch Werke von Sozialhygienikern wie Alfred Grotjahn, Ignaz Zadek und Alfons Fischer befasste er sich schon um die Wende zum 20. Jahrhundert auch wissenschaftlich mit dem Zusammenhang zwischen den Lebensbedingungen verschiedener Bevölkerungsgruppen und deren Gesundheitszustand.³ Im Gegensatz zu anderen Sozialhygienikern, die im Zuge der Etablierung ihrer Disziplin in Gesundheitsbehörden und Universitäten einzogen und seit Anfang des 20. Jahrhunderts zunehmend eugenische und nationalistisch-bevölkerungspolitische Positionen vertraten,⁴ konzentrierte Moses sich konsequent auf die „soziale Frage“ und näherte sich der oppositionellen Sozialdemokratie an. Durch sein weitgefächertes Engagement avancierte er bald zu einem der bekanntesten Gesundheitspolitiker seiner Zeit, der den Parteileitungen von SPD (ab 1911/12), USPD und „wiedervereinigter“ SPD, der Berliner Abgeordnetenversammlung (seit 1921) und dem Reichstag (1920-1932) angehörte. Als Mitbegründer des Sozialdemokratischen Ärztevereins, gesundheitspolitischer Sprecher der SPD-Fraktion (ab 1924), Mitglied des Reichsgesundheitsrates und Initiator mehrerer medienwirksamer Kampagnen warb er bis zum Ende der Weimarer Republik dafür, die Verwirklichung von sozialer Hygiene als politisches Programm zu begreifen. Statt in Einklang mit dem Zeitgeist der 1920er Jahre zu einer „letztlich individuell ansetzenden Gesundheitsfürsorge“ überzugehen und „individuelle Verhaltensbeeinflussung (gesundheitsgerechtes Verhalten als Prophylaxe)“ zu fordern,⁵ hielt

1 Der vorliegende Text beruht auf Mayer-Ahuja, Nicole: Massenerwerbslosigkeit, Reform der Sozialpolitik und die gesundheitlichen Folgen. Die Ärztebefragung des Reichstagsabgeordneten Dr. Julius Moses aus dem Krisenjahr 1931. Pfaffenweiler 1999, wo weitere Details und Belege zu finden sind.

2 Vgl. Moses, Julius: Arbeitslosigkeit: Ein Problem der Volksgesundheit. Eine Denkschrift für Regierung und Parlamente, überreicht von Julius Moses, Mitglied des Reichstags, Mitglied des Reichsgesundheitsrates. Berlin o. J. [1931].

3 Siehe zur Moses-Biografie: Nadav, Daniel: Julius Moses (1868-1942) und die Politik der Sozialhygiene in Deutschland (= Schriftenreihe des Instituts für Deutsche Geschichte der Universität Tel Aviv, 8). Gerlingen 1985; Nemitz, Kurt: Julius Moses. Arzt und Parlamentarier. Bulletin des Leo-Baeck-Instituts (1985), S. 21-33.

4 Vgl. Weindling, Paul: Die Verbreitung rassenhygienischen/eugenischen Gedankengutes in bürgerlichen und sozialistischen Kreisen in der Weimarer Republik. In: *Medizinhistorisches Journal* 22 (1987), S. 352-368.

5 Sachße, Christoph und Florian Tennstedt: Fürsorge und Wohlfahrtspflege 1871-1929. (= Geschichte der Armenfürsorge in Deutschland, 2). Stuttgart u. a. 1988, S. 117, 119.

Moses an der Überzeugung fest, dass Gesundheitsrisiken je nach sozialer Lage variierten und es folglich Aufgabe des Staates sei, Lebensbedingungen und Gesundheitssituation von benachteiligten Bevölkerungsgruppen durch sozialpolitische Maßnahmen zu verbessern. Schon 1920 befasste er sich dabei erstmals mit Kindern arbeitsloser Eltern.⁶ Seine Vorstellungen sollten sich allerdings als immer weniger durchsetzbar erweisen: Spätestens nach Beginn der Weltwirtschaftskrise schien aus Sicht vieler Zeitgenossen nur der Übergang „von der Klassen- zur Rassenpolitik“⁷ die befürchtete „Degeneration des Volkskörpers“ zu verhindern, denn die Staatskassen waren leer und sozialpolitische Maßnahmen teuer. Daher setzten auch frühere Sozialhygieniker zunehmend auf kostengünstigere eugenische Methoden, etwa indem sie geistig oder körperlich Erkrankten das Recht auf Fortpflanzung absprachen. Julius Moses vollzog diese (mit früheren egalitären Positionen der Sozialhygiene unvereinbare) Wendung nicht mit und protestierte auch in den frühen 1930er Jahren unüberhörbar gegen die Deflationspolitik der Präsidialkabinette, die seines Erachtens zunehmend zum „Problem der Volksgesundheit“ geriet. Mit der Machtübertragung an die Nationalsozialisten wurde allerdings selbst oppositionelle Publizistik unmöglich, und so veröffentlichte Moses, der seit Ende 1932 nicht mehr dem Reichstag angehörte, im März 1933 den letzten seiner zahlreichen Artikel im „Kassenarzt“, der bald darauf verboten wurde. Im November schied er aus der „Notgemeinschaft der deutschen Wissenschaft“ aus, und nachdem viele persönliche und politische Freunde Deutschland verlassen hatten, verbrachte er sein Leben in zunehmender wirtschaftlicher Not und sozialer Isolation. Im Juni 1942 wurde er nach Theresienstadt deportiert, wo er am 24. September den Belastungen des Lagerlebens erlag.

Sozialpolitik in der Wirtschaftskrise

Als Julius Moses im Jahre 1931 mit seiner Denkschrift gegen die ersten arbeitsmarkt- und gesundheitspolitischen Reformen des Präsidialkabinetts unter Reichskanzler Heinrich Brüning protestierte, tat er dies vor dem Hintergrund einer umfassenden Krise des Finanz-, Produktions- und politischen Systems.⁸ Der New Yorker Börsenkrach vom Oktober 1929 hatte in dem bereits vorher unter „Kapitalflucht“ leidenden Deutschen Reich zur Schließung zahlreicher Firmen geführt, was die staatlichen Steuereinnahmen senkte und die öffentliche Hand (einschließlich der Gemeinden) zu drastischen Einsparungen veranlasste. Staatliche und privatwirtschaftliche Ausgabenkürzungen schlugen sich bald in steigenden Arbeitslosenzahlen nieder: Schon 1929 waren nach Angaben des Statistischen Jahrbuchs für das Deutsche Reich (jeweils im 3. Quartal) 1,4 Mio. Menschen arbeitslos gemeldet gewesen, doch zwischen 1930 und 1932 stieg ihre Zahl von 2,8 Mio. auf 5,4 Mio. an, bevor 1933 ein leichter Rückgang einsetzte. Zudem existierte, wie der Gewerkschaftsstatistiker Woytinski betonte, eine beträchtliche „stille Reserve“, die nicht in den offiziellen Statistiken erfasst war. Im Jahre 1932 habe es sich dabei um etwa 2,4 Millionen Menschen gehandelt, die als „ausgesteuerte“ Langzeitarbeitslose keine Unterstützung von den Arbeitsämtern mehr erhielten, noch keine Rechtsansprüche darauf erworben hatten, sich von einer Registrierung nichts versprochen oder vor der damit verbundenen Stigmatisierung zurückschreckten. Ihre Zahl sei, so Woytinski, „im letzten Jahr infolge der Verschärfung der Bestimmungen über die ‚Hilfsbedürftigkeit‘ immer stärker angestiegen“.⁹ Selbst den *offiziellen* Zahlen zufolge waren im Januar 1931 von einer Gesamtbevölkerung von 64,5 Mio. Menschen etwa 10 Millionen auf Arbeitslosen- und Krisenunterstützung oder (teils ergänzende) Leistungen der kommunalen Fürsorge angewiesen, darunter knapp 8 Millionen Arbeitslose und deren Angehörige.

6 Vgl. Moses, Julius: Was wird aus den Kindern der Arbeitslosen? Freiheit (Berlin), vom 29.9.1920, zit. nach Nadav, Moses, S. 228-229.

7 Sachße, Christoph und Florian Tennstedt: Der Wohlfahrtsstaat im Nationalsozialismus. (= Geschichte der Armenfürsorge in Deutschland, 3). Stuttgart, Berlin, Köln 1992, S. 48.

8 Vgl. zu den folgenden Ausführungen: Mayer-Ahuja, Massenerwerbslosigkeit, S. 9-15.

9 Woytinski, Wladimir: Unsichtbare Arbeitslosigkeit. Über 2 Millionen Menschen. In: Gewerkschaftszeitung 47 (19.11.1932), S. 743-744.

Ein Jahr später war die Gruppe der Unterstützungsempfänger auf 13-15 Mio. Menschen gewachsen, von denen 11,5 Mio. in direkt von Arbeitslosigkeit betroffenen Familien lebten.¹⁰

Wer Anfang der 1930er Jahre arbeitslos war, hatte in besonderem Maße unter der sog. Deflationspolitik zu leiden, welche die Reichskanzler Heinrich Brüning (März 1930 bis Mai 1932), Franz von Papen (Mai bis Dezember 1932) und Kurt von Schleicher (Dezember 1932 bis Januar 1933) auf Grundlage von Artikel 48 der Weimarer Reichsverfassung per Notverordnung durchsetzten. Ziel dieser Politik war es, die Staatseinnahmen (etwa durch Erhöhung von Massensteuern) zu steigern und die Staatsausgaben zu reduzieren, was vor allem durch Kürzung von Renten, Fürsorgeleistungen und Bezügen im öffentlichen Dienst sowie durch die Reform der Sozialversicherung geschah. Dies bewirkte nach Ansicht Mommsens „eine einschneidende Einkommensumverteilung zu Lasten der Arbeiterschaft und der unteren Mittelschichten einschließlich der Renten- und Sozialhilfeempfänger“.¹¹ Zwar belegen zeitgenössische Studien, dass auch Erwerbstätige immer weniger Geld zur Verfügung hatten, weil das durchschnittliche Nominallohneinkommen durch Tarifbruch und den Wegfall übertariflicher Lohnbestandteile von 1929 bis 1932 um etwa 40% sank,¹² doch die Situation von Arbeitslosen dürfte sich noch ungünstiger gestaltet haben. Zum einen durfte die Höhe der Arbeitslosenunterstützung 60-80% des Durchschnittsentgeltes der letzten 26 Wochen nicht überschreiten und orientierte sich somit direkt am (sinkenden) Lohnniveau. Zum anderen konzentrierte sich die „Kürzung materieller Leistungen, die Schwächung der Rechtsposition der Berechtigten, die Einschränkung der Selbstverwaltung und de[r] Abbau demokratischer Partizipationschancen“¹³ speziell auf Arbeitslosenversicherung, Krisenfürsorge und kommunale Fürsorge, also auf diejenigen Sicherungsmechanismen, die den „Krankheitsfaktor“ Arbeitslosigkeit zumindest in materieller Hinsicht neutralisieren sollten. Ihre „Reform“ wird im folgenden kurz skizziert.

Die erst im Jahre 1927 gegründete *Arbeitslosenversicherung* gewährte für eine festgelegte Zeitspanne „Arbeitslosenunterstützung“, die aus Beiträgen von Versicherten und Unternehmen sowie aus Reichszuschüssen finanziert wurde. Der Etat der zuständigen Reichsanstalt für Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenunterstützung (RAA) war jedoch von Anfang an zu knapp bemessen, um den dauerhaft hohen Arbeitslosenzahlen zu begegnen, die schon Ende der 1920er Jahre verzeichnet wurden. Folglich war die Anstalt hoch verschuldet, bevor die Wirtschaftskrise überhaupt eingesetzt hatte, und nachdem ihre Darlehenspflicht für die Versicherung 1930 eingeschränkt und 1931 abgeschafft worden war, brachte selbst die Beitragserhöhung von ursprünglich 3 auf 6,5% des Grundlohns (6.10.1930) keine Entlastung. Entsprechend konnten die steigenden Arbeitslosenzahlen nur noch mit drastischem Leistungsabbau beantwortet werden. So erhielten Jugendliche unter 17 Jahren (Notverordnung vom 26.7.1930) bzw. unter 21 Jahren (5.6.1931) sowie verheiratete Frauen (5.6.1931) nur noch Arbeitslosenunterstützung, wenn sie als „bedürftig“ galten. Ein durch Beitragszahlung begründeter, individueller Rechtsanspruch wurde also durch Fürsorge-Kriterien eingeschränkt. Gleichzeitig verlängerte man die Wartefrist bis zur Auszahlung der Gelder ebenso wie die Sperrfristen für Arbeitslose, die selbst gekündigt hatten, und reduzierte die maximale Unterstützungsdauer schrittweise von ursprünglich 26 auf 6 Wochen (14.6.1932). Selbst in dieser verkürzten Phase wurden immer geringere Leistungen ausgezahlt, da die Arbeitslosenunterstützung am 5.6.1931 um 10-12% und am 14.6.1932 um weitere 23% herabgesetzt worden war. Arbeitslose büßten dadurch etwa ein Drittel ihrer Bezüge ein, und

10 Vgl. Homburg, Heidrun: From Unemployment Insurance to Compulsory Labour: The Transformation of the Benefit System in Germany 1927-1933. In: R. Evans, D. Geary (Hrsg.): The German Unemployed. Experiences and Consequences of Mass Unemployment from the Weimar Republic to the Third Reich. London, Sidney 1987, S. 75.

11 Mommsen, Hans: Die verspielte Freiheit. Der Weg der Republik von Weimar in den Untergang 1918-1933. Frankfurt/M., Berlin 1990, S. 370.

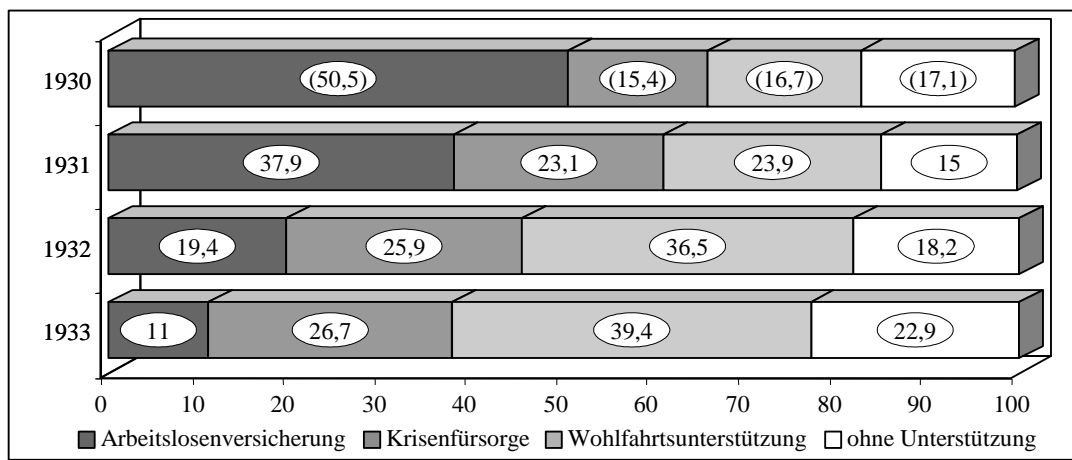
12 Woytinski 1936, zit. nach: Winkler, Heinrich August: Der Weg in die Katastrophe. Arbeiter und Arbeiterbewegung in der Weimarer Republik 1930-1933. Berlin und Bonn 1987, S. 82.

13 Sachße/Tennstedt, Wohlfahrtsstaat, S. S. 46. Vgl. zum folgenden Abschnitt: Mayer-Ahuja, Massenerwerbslosigkeit, S. 15-26.

letztere konnten sogar noch geringer ausfallen, weil Zusatzeinkünfte bei der Berechnung immer stärker berücksichtigt wurden.

Erosion des Anspruch von Versicherten auf Leistungen der Arbeitslosenversicherung, so wurden sie nach „erfolgreicher“ Bedürftigkeitsprüfung maximal 39 bzw. (ab dem 40. Lebensjahr) 52 Wochen lang von der *Krisenfürsorge* unterstützt. Deren Leistungen waren ursprünglich zu 4/5 vom Reich und zu 1/5 von den Gemeinden getragen worden, doch im Oktober 1930 zog sich das Reich mit Zahlung eines einmaligen Zuschusses von 420 Mio. RM aus der Finanzierung zurück. Damit wurden auch bei der Krisenfürsorge (der Vorläuferin der heutigen Arbeitslosenhilfe) Kürzungen notwendig, und so verfügte man zunächst, dass nur noch „Ausgesteuerten“ der Arbeitslosenversicherung Leistungen gewährt werden sollten, während Jugendliche unter 21 Jahren und Versicherte, die noch keine Rechtsansprüche erworben hatten, leer ausgingen. Zudem wurden die Leistungen reduziert, indem man die Freigrenze für Zusatzeinkommen abschaffte und die Sätze der Krisenfürsorge, die bis zum 11.10.1930 etwa der Arbeitslosenunterstützung entsprochen hatten, per Notverordnung senkte (am 5.6.1930 um 10-12%, am 14.6.1932 um weitere 10%). Zudem richtete sich die Höhe der Zahlungen ab Juni 1932 nach dem Grad der Bedürftigkeit, wobei die strengen kommunalen Fürsorge-Kriterien zugrundegelegt wurden. Sie durfte die Wohlfahrtsunterstützung nicht mehr übersteigen, die man gleichzeitig um 15% kürzte.

Arbeitslosen, die nach Auslaufen der Krisenfürsorge weiterhin auf Hilfe angewiesen waren, blieb schließlich nur die Möglichkeit, bei der kommunalen Fürsorge *Wohlfahrtsunterstützung* zu beantragen. Durch die skizzierten Einschränkungen bei Arbeitslosenversicherung und Krisenfürsorge galt dies für einen immer größeren Teil der Arbeitslosen, und auch die Gruppe derer, die keinerlei Unterstützung erhielten, wuchs im Laufe der Krise an, wie folgendes Schaubild belegen mag¹⁴:



Die Kosten der Arbeitslosigkeit wurden somit zunehmend den Gemeinden aufgebürdet, deren Barleistungen an Fürsorgeempfänger sich zwischen 1928 und 1932 verdreifachten, während der auf „Wohlfahrtserwerbslose“ entfallende Anteil von 20% auf knapp 70% stieg.¹⁵ Gleichzeitig gingen die kommunalen Einnahmen deutlich zurück, und so trieben die Städte 1932 dem Ruin entgegen, während die Haushalte von RAA und Reich zu diesem Zeitpunkt bereits wieder ausgeglichen waren.¹⁶ Die von der Reichsregierung hingenommene und teilweise verschärfte kommunale Finanznot schlug sich wiederum in einer deutlichen Reduzierung der Wohlfahrtsunterstützung nieder: Das Leistungsniveau wurde schrittweise herabgesetzt, was sich nicht nur in einer Reduzierung der Fürsorgesätze, sondern vor allem „unterhalb der Ebene formeller Richtsatzänderungen in der alltäglichen Verwaltungspraxis“

14 Eigene Darstellung nach Zahlen von: Homburg, Unemployment, S. 85.

15 Vgl. Sachße/Tennstedt, Wohlfahrtsstaat, S. 85.

16 Vgl. ebenda, S. 97.

niederschlug. So senkte man die Ausgaben etwa „durch restriktive Gesetzesauslegung, durch verschärfte Anrechnung sonstiger Einkommen, durch Kürzung zusätzlicher einmaliger Beihilfen, durch verstärkte Einführung von Sach- anstelle von Geldleistungen. Zudem entwickelten sich die Richtsätze in der Krise ganz generell von Orientierungsmarken, die im Einzelfall unter-, aber auch überschritten werden konnten, zu Höchstsätzen, die keinesfalls zu überschreiten waren.“¹⁷ Darüber hinaus wurden die Bedürftigkeitsprüfungen, die entwürdigende Hausbesuche beinhalteten, noch strenger gehandhabt, die Unterstützungspflicht von Angehörigen weiter ausgelegt, und mancherorts mussten Fürsorgeempfänger sogar gemeinnützige Arbeit leisten und die empfangenen Gelder zurückzahlen, sobald dies finanziell möglich war.

Als Julius Moses Anfang 1931 seine Denkschrift veröffentlichte, zeichnete sich die materielle Schlechterstellung von Arbeitslosen bereits ab und weckte Befürchtungen, dass deren Verarmung nicht ohne Folgen für die Gesundheit der betroffenen Familien bleiben könne. Dies galt umso mehr, als die Reform von Krankenversicherung und kommunaler Gesundheitsfürsorge etwa gleichzeitig deren medizinische Versorgung in Frage stellte.¹⁸

Was zunächst die 1884 gegründete gesetzliche *Krankenversicherung* betrifft, so waren 1929 (je nach Berechnung) zwischen 56 und 68% der deutschen Bevölkerung Mitglied gewesen, jeweils zur Hälfte Beitragszahler (Erwerbstätige bzw. Arbeitslose) und deren „mitversicherte“ Angehörige. Mit Einsetzen der Wirtschaftskrise gerieten jedoch auch die Krankenkassen unter Druck: Zum einen war die wachsende Gruppe der Krisenfürsorge- und Fürsorgeempfänger nicht (mehr) krankenversichert und zahlte folglich keine Beiträge. Zum anderen gingen die Kasseneinnahmen dadurch zurück, dass mit Löhnen und Gehältern auch die Versicherungsbeiträge sanken und der Beitragssatz sogar um 1% reduziert wurde, um bei gleichbleibenden „Soziallasten“ die Arbeitslosenversicherungs-Beiträge anheben zu können. In dieser angespannten finanziellen Lage wurden auch Kassenleistungen per Notverordnung herabgesetzt: Das Krankengeld wurde auf 50% des Grundlohns beschränkt, durfte erst nach dreitägiger Karenzzeit gewährt und (ebenso wie das Hausgeld, das bei stationärer Behandlung an die Familie gezahlt wurde) künftig nur noch in Ausnahmefällen durch Kassen-Zuschläge erhöht werden. Erhielt der Versicherte während der Krankheit (wie gesetzlich vorgesehen) weiterhin Lohn, so erlosch sein Anspruch auf Kranken- und Hausgeld völlig. In besonderem Maße trafen die Leistungskürzungen allerdings die „mitversicherten“ Angehörigen von Beitragszahlern: Seit Juli 1930 bekamen sie keine Rehabilitations- und Prophylaxemaßnahmen mehr vergütet, erhielten statt 26 Wochen nur noch 13 Wochen lang Krankenhilfe, und ab Dezember 1931 wurden auch Krankenhausaufenthalte von Angehörigen nicht mehr von der Kasse gezahlt. Ihre medizinische Versorgung hing also zunehmend davon ab, ob die Familie die Kosten privat tragen konnte. Andere Notverordnungsbestimmungen dienten hingegen nicht in erster Linie der Kostensenkung, sondern der Bekämpfung von „Anspruchsdenken“ und „Leistungsmissbrauch“. Um dieses Ziel zu erreichen, nahm man sogar Mehrkosten in Kauf, etwa wenn man die im Juli 1930 eingeführte Selbstbeteiligung an Arznei-, Heil- und Stärkungsmitteln, die für Angehörige bis zu 50% betragen konnte, auf die ersten 10 Krankheitstage beschränkte. Es ging also darum, Kosten für „Bagatelldfälle“ zu reduzieren, ohne ernstlich Kranke zu gefährden. Zudem befreite man nur „Bedürftige“ (also Arbeitslose, Rentner, Tuberkulöse und Geschlechtskranke, nicht aber deren Angehörige) von der am 1.12.1930 eingeführten Gebühr für Arzneiverordnung und Krankenschein (je 50 Reichspfennige). Wie im Falle der Arbeitslosenversicherung wurden also auch hier Rechtsansprüche umgangen, indem man Versicherungsleistungen von Bedürftigkeit abhängig machte.

Die wachsende Zahl von Menschen, die als „ausgesteuerte“ Arbeitslose nicht mehr krankenversichert waren oder als Noch-Versicherte weder eine Privatbehandlung noch die Zusatzgebühren für Kassenleistungen finanzieren konnten, waren schließlich auf die kommunale Ge-

17 Ebenda, S. 90.

18 Vgl. Mayer-Ahuja, Massenerwerbslosigkeit, S. 26-38.

sundheitsfürsorge angewiesen. Ihre Einrichtungen waren in den 1920er Jahren ausgebaut worden, widmeten sich aber nur bestimmten Patientengruppen (darunter Kinder, Schwangere, Tuberkulöse und Geschlechtskranke) und boten vor allem kostengünstige Hilfe zur Selbsthilfe an. So führte man etwa Beratungsgespräche durch, informierte über Prophylaxemaßnahmen, versorgte Kinder mit Milch oder leistete Hilfe bei der Isolierung Kranker. Dem um 1930 einsetzenden Ansturm bedürftiger Familien, die sich eine medizinische Grundversorgung von der kommunalen Gesundheitsfürsorge erhofften, war diese weder in therapeutischer noch in materieller Hinsicht gewachsen. Letzteres galt umso mehr, als die Etats angesichts der explodierenden kommunalen Ausgaben für Wohlfahrtsunterstützung immer mehr gekürzt wurden. Viele Einrichtungen wurden daher aus Kostengründen zu einem Zeitpunkt geschlossen, als sie für viele zur letzten Quelle medizinischer Betreuung geworden waren.

Es ist demnach festzuhalten, dass die Reform von Arbeitslosenunterstützung und Gesundheitssystem im Rahmen der Notverordnungs politik zwischen 1930 und 1932 letztlich zur Verlagerung der Kosten von Arbeitslosigkeit und Krankheit auf die betroffenen Familien führte. Während das Reich sich aus der finanziellen Verantwortung für die entsprechenden Zweige der Sozialversicherung zurückzog, wurden speziell Arbeitslose an die Wohlfahrtsunterstützung und Gesundheitsfürsorge der Gemeinden verwiesen, deren marode Finanzsituation das Funktionieren dieser Einrichtungen zunehmend in Frage stellte. Sozialpolitik in der Wirtschaftskrise war also nicht zuletzt dadurch geprägt, dass die von Arbeitslosigkeit betroffenen Familien in immer stärkerem Maße auf finanzielle Unterstützung und Gesundheitsschutz verzichten mussten.

Gesundheitliche Folgen der Arbeitslosigkeit

Die Denkschrift von Julius Moses ging Anfang 1931 und damit zu einem vergleichsweise frühen Zeitpunkt der unter diesen Umständen naheliegenden Frage nach, wie sich Arbeitslosigkeit auf die Gesundheit auswirkt, wenn sie nicht (mehr) durch soziale Sicherungssysteme abgefedert wird. Das Ziel der Denkschrift, das Moses im November 1930 seinen künftigen Gutachtern mitteilte, bestand darin, auf die für Anfang Dezember angesetzte Reichstags Sitzung Einfluss zu nehmen, weil die Gefahr bestehe, dass „bei den kommenden Entscheidungen die vielleicht wichtigste Seite der Arbeitslosigkeit, das gesundheitspolitische Moment, unbeachtet bleiben wird.“¹⁹ Als Diskussionsgrundlage stellte Moses 29 ungekürzte und unkommentierte Gutachten renommierter Mediziner zusammen,²⁰ darunter Professoren, Herausgeber von Fachzeitschriften und Handbüchern, aber auch niedergelassene Ärzte und Vertreter von öffentlichem Gesundheitswesen und Reichsarbeitsministerium, die mehrheitlich der Sozialhygiene nahe standen. Die Brüning'sche Notverordnungs politik wurde weder in Moses' Vorwort, noch in der Mehrzahl der Gutachten direkt erwähnt, doch die Bereitschaft zur Mitwirkung lässt zumindest eine gemeinsame Sorge um den Gesundheitszustand der Arbeitslosen und ihrer Familien erkennen. Auch die Beobachtungen der Ärzte, die sich durchweg auf die Arbeiterschaft von Mittel- und Großstädten beziehen, ergeben ein vergleichsweise einheitliches Bild. Allerdings konnten sie nicht statistisch belegt werden, denn zum einen begann sich die neue Qualität der Massenerwerbslosigkeit Anfang 1931 gerade erst abzuzeichnen, und die meisten Menschen waren noch nicht lange genug arbeitslos, um Gesundheitsschäden nachweisen zu können. Zum anderen hat Thomann darauf hingewiesen, dass es grundsätzlich „keine einheitliche Arbeitslosenkrankheit“ gebe, sondern vielfältige pathologische Folgen, die jeweils „am frühesten an der ‚schwächsten

19 Brief von Julius Moses an die Gutachter (22.11.1930), Privatarchiv Nemitz. Bremen, S. 1-2.

20 Siehe Mayer-Ahuja, Massenerwerbslosigkeit, S. 55-65. Beteiligt waren: Willi Anschütz, Edgar Atzler, Max Berliner, Ludolph Brauer, Samuel Buttenwieser, Adalbert Czerny, Karl Dohrn, Ernst Friedberger, Robert Gaupp, der Stadtrat Gettkant (Schöneberg), Hans Guggenheimer, Max Hirsch, Otto Juliusburger, Alfred Korach, Erwin Kreuter, Prof. Martineck (Reichsarbeitsministerium), Ernst Moro, Carl T. Noeggerath, Felix Pinkus, Richard Roeder, Arthur Schlossmann, Kreisarzt Schrammen (Köln), Hermann Strauß, Ludwig Teleky, Paul Trüb, Langsteins Assistentin Wirtz-Thannhauser, Georg Wolff und Oskar Zschocke.

Stelle‘ des Betroffenen“ aufträten. Die Moses-Umfrage sei allerdings ohnehin nicht deshalb von Bedeutung, weil sie „methodisch einwandfreie und gesicherte Ergebnisse“ geliefert habe, „sondern weil sie das ganze Spektrum pathologischer Wirkungen von Arbeitslosigkeit zum Ausdruck brachte [...]. Es lässt sich in den neueren Untersuchungen kaum ein mit der Arbeitslosigkeit in Zusammenhang stehendes Symptom finden, das nicht hier bereits Erwähnung gefunden hätte.“²¹

Insgesamt gingen von 29 Gutachtern nur drei davon aus, dass Arbeitslosigkeit *keine* negativen Folgen für die Gesundheit der Betroffenen habe, während alle anderen sie im Prinzip als Krankheitsursache betrachteten. 13 Gutachter betonten allerdings, dass Gesundheitsschäden erst *in Zukunft* zu erwarten seien, wenn die Versorgungslage nicht verbessert werde, und verwiesen auf ihre Erfahrungen aus früheren Wirtschaftskrisen und Kriegszeiten.²² Weitgehende Einigkeit bestand zudem darüber, dass als „Bindeglied“ zwischen Arbeitslosigkeit und Krankheit die Verarmung der betroffenen Familien fungiere,²³ die neben der Wirtschaftskrise vornehmlich auf die Reform der Arbeitslosenunterstützung zurückzuführen war. Immerhin sanken Löhne und Gehälter zwischen 1929 und 1932 im Schnitt um 40%, die Arbeitslosenunterstützung um etwa 30% und Krisenfürsorge bzw. kommunale Wohlfahrtsunterstützung in noch stärkerem Maße (siehe oben). Zwar gingen laut amtlichen Berechnungen im selben Zeitraum auch die Lebenshaltungskosten um 20-25% zurück, doch angesichts der noch größeren Einkommensverluste ist tatsächlich von einer fortschreitenden Verarmung der von Arbeitslosigkeit betroffenen Familien auszugehen.²⁴

Nach zeitgenössischer Erfahrung entfiel bei sinkendem Einkommen ein immer größerer Anteil auf „physiologisch notwendige Ausgaben“ wie Ernährung, Miete, Heizung, Kleidung oder Hygiene, auf die Arbeiterfamilien ohnehin im Schnitt 75,5% ihrer Mittel verwendeten.²⁵ Allerdings bemerkten 11 Gutachter der Moses-Denkschrift schon Anfang 1931, dass „die Reinigung des Körpers und der Wäsche mangels Geldmittel zur Beschaffung der Seife, eine Instandsetzung der Kleidung und des Schuhwerkes von den geringen Einkünften aus der Arbeitslosenunterstützung oft zur Unmöglichkeit werden“.²⁶ Eine Denkschrift des Völkerbundes sollte etwa ein Jahr später bestätigen, dass die Hygiene bei arbeitslosen Familien etwa ab Herbst 1931 deutlich gelitten habe, weil das sinkende Einkommen zu diesem Zeitpunkt vollständig für Miete und Ernährung aufgebraucht wurde.²⁷

Angesichts weiter reduzierter Unterstützungseinkommen an der Miete zu sparen, hielten die meisten Gutachter der Moses-Denkschrift für unmöglich. Immerhin, so stellten sie fest, herrsche sogar bei Lohnempfängern oft „unerträgliche Wohnungsnot und –enge“, weil mehrere Personen in einem „gänzlich sonnenlos[er]“ Zimmer wohnten. Eine weitere Standardsenkung durch Arbeitslosigkeit sei daher kaum denkbar. Allenfalls wussten einzelne Gutachter von tuberkulösen Arbeitslosen zu berichten, die sich den Umzug in eine ihnen zugewiesene Neubauwohnung nicht leisten konnten oder diese aus Mangel an Heizmaterial wieder feucht werden ließen.²⁸ Wie dramatisch sich die Wohnungssituation in den Folgejahren entwickeln sollte, war jedoch offenbar noch nicht abzusehen. Zwar wurden die Mieten durch die Notverordnung vom 8.12.1931 um 6-10% reduziert, doch angesichts der

21 Thomann, Klaus-Dieter: Die gesundheitlichen Auswirkungen der Arbeitslosigkeit. In: Ali Wacker (Hrsg.): Vom Schock zum Fatalismus? Soziale und psychologische Auswirkungen der Arbeitslosigkeit. Frankfurt/M. 1978, S. 196, 207, 210.

22 Vgl. Mayer-Ahuja, Massenerwerbslosigkeit, S. 71-72.

23 Siehe im folgenden: Mayer-Ahuja, Massenerwerbslosigkeit, S. 98-111.

24 Vgl. Tyszka, Carl von: Der Einfluss der Wirtschaftskrise auf Lebenshaltung und Ernährungslage des deutschen Volkes, 2 Teile. In: Klinische Wochenschrift, 11. Jg. 29 (16.7.1932), S. 1209.

25 Vgl. ebenda, 11. Jg., 28 (9.7.1932), S. 1169, 1210.

26 Trüb, in: Moses, Arbeitslosigkeit, S. 65.

27 Denkschrift Völkerbund: Die gesundheitlichen Wirkungen der Weltwirtschaftskrise. Denkschrift der Hygiene-Sektion des Völkerbund-Sekretariats, abgeschlossen im September 1932. In: Archiv für Soziale Hygiene und Demographie 1932, S. 466, 451.

28 Zschocke, Juliusburger, in: Moses, Arbeitslosigkeit, S. 31, 38. Vgl.: Gettkant, in: ebenda, S. 74.

oben skizzierten Einkommensverluste mussten dennoch Hunderttausende von Arbeitslosigkeit betroffene Familien ihre Wohnungen räumen. Sie zogen in provisorische Gemeindeunterkünfte, durchstreiften mit Handkarren das Land auf der Suche nach Arbeit oder kamen in den Zeltstädten und Laubenkolonien am Rande der Großstädte unter, die für eine ganzjährige Nutzung weder gedacht noch geeignet waren.²⁹

Schließlich gelang es vielen Arbeitslosen offenbar trotz aller Einsparversuche noch nicht einmal, ihren Familien das Hungern zu ersparen. Bereits Anfang 1931 hatten 15 Moses-Gutachter über Ernährungsmängel berichtet, weil in Arbeitslosen-Familien kaum mehr Fleisch, Milch oder Gemüse, sondern (wie im Ersten Weltkrieg) fast nur noch Kartoffeln und Brot verzehrt würden. Diese Beobachtungen entsprachen einer im Jahre 1927 durchgeführten Untersuchung des Statistischen Reichsamtes, in der Niedriglohnbeziehern ein schlechter Ernährungszustand attestiert und betont wurde, die Lage sei bei Empfängern von Arbeitslosenunterstützung noch ernster und bei Krisen- bzw. Wohlfahrtsunterstützten „geradezu „katastrophal“.³⁰ In den Jahren 1929-1932 kamen nun verschiedene Studien zu dem Ergebnis, dass die Massenarbeitslosigkeit die Ernährungslage weiter verschlechtere, was sich etwa in der explodierenden Nachfrage nach Schulspeisungen, der Konsumverschiebung zu minderwertigem Fleisch, Kartoffeln und Brot sowie in sinkendem Kalorienverbrauch niederschlug. Ab Sommer 1931 wurde beobachtet, dass sogar die Kinder von Erwerbslosen und speziell von Wohlfahrtsunterstützten, die nach allgemeiner Erfahrung als Letzte in der Familie hungerten, in Hinblick auf Gewicht und Ernährungszustand immer weiter hinter ihren Altersgenossen zurückblieben.³¹ Verantwortlich dafür war (anders als in Kriegszeiten) kein Mangel an landwirtschaftlichen Produkten, sondern „die ungeheuerliche Tatsache“, dass etwa in Berlin „trotz aller Beihilfen [...] der Arbeitslosenhaushalt zur Zeit an gesamter Unterstützung im günstigsten Falle etwa soviel bezieht, wie er nach dem Berliner Gutachten [= Gutachten des statistischen Amtes der Stadt Berlin; NMA] für notdürftige Ernährung brauchen müßte“.³²

Verarmung, Wohnungsnot und Hunger blieben nicht ohne Folgen für die körperliche und geistige Gesundheit der von Arbeitslosigkeit betroffenen Familien. So berichteten immerhin 17 der Moses-Gutachter über psychische Erkrankungen ihrer Patienten, die von Reizbarkeit und Aggressivität oder Apathie und Depression bei den Arbeitslosen selbst³³ über Neurasthenie („Nervenschwäche“) und Bettnässen bei Kindern bis zu einer erhöhten Selbstmordneigung in allen Altersgruppen reichten. Zudem wiesen drei Ärzte darauf hin, dass „das Gefühl des ‚zu nichts nutze seins‘“³⁴ auch körperliche Erkrankungen auslösen, beschleunigen oder verstärken könne. Zu den körperlichen Leiden, die insgesamt neun Gutachten erwähnten, zählten durch Schmutz verursachte Hautkrankheiten, Kräfteschwund und Muskelrückgang als Folge erzwungener Untätigkeit, aber auch psychosomatische Beschwerden wie Herzerkrankungen, Bluthochdruck oder Magen-Darm-Störungen sowie (besonders bei Schwangeren und Kindern) Hunger- und Fehlernährungsfolgen, darunter Blutarmut, Ohnmachtsanfälle, Müdigkeit und Kopfschmerzen. Zudem erkrankten Kinder von Arbeitslosen nach Einschätzung der Gutachter überdurchschnittlich oft an Rachitis, arbeitslose Familien litten insgesamt weit häufiger an Grippe und Tuberkulose als Erwerbstätige, und auch die Zahl der tödlich verlaufenden Diphtheriefälle, hieß es in einem Gutachten, habe mit Einsetzen der Wirtschaftskrise sprunghaft zugenommen.

29 Vgl. Mayer-Ahuja, Massenerwerbslosigkeit, S. 111-119.

30 Zusammengefasst in: Tyszka, Wirtschaftskrise.

31 Vgl. Mayer-Ahuja, Massenerwerbslosigkeit, S. 119-126. Zum Wendepunkt Mitte 1931 siehe: Lüdtke, Alf: Hunger in der Großen Depression. Hungererfahrungen und Hungerpolitik am Ende der Weimarer Republik. In: Archiv für Sozialgeschichte, Bd. XXVII (1987), S. 154.

32 Hermberg, Annemarie: Unterstützungshöhe und Lebensbedarf. In: Archiv für Soziale Hygiene und Demographie (1932), S. 549.

33 Vgl. etwa: Dohrn, in: Moses, Arbeitslosigkeit, S. 51.

34 Brauer, in: Moses, Arbeitslosigkeit, S. 90.

Die Zunahme von Erkrankungen war umso bedenklicher, als die Verbindung von eingeschränkten Kassenleistungen und Sorge um den Arbeitsplatz sich nach Beobachtung von 13 Denkschrift-Gutachtern nachteilig auf das Patientenverhalten von Erwerbstätigen und Arbeitslosen auswirkte. Wer noch Arbeit hatte, verzichtete offenbar so häufig aus Angst vor Kündigung auf eine Behandlung, dass die Zahl der krankheitsbedingten Arbeitsunfähigkeitstage (ähnlich wie in der aktuellen Wirtschaftskrise) deutlich zurückging; sie sank von 1929 bis 1932 um etwa 30%.³⁵ Krankenversicherte Arbeitslose meldeten sich hingegen fünf Gutachtern zufolge besonders frühzeitig krank, um „das lästige und oft als unwürdig empfundene ‚Stempeln-gehen‘“ zu vermeiden.³⁶ Andere Stellungnahmen betonten allerdings die abschreckende Wirkung der neu eingeführten Selbstbeteiligung an Behandlungskosten, Krankenschein und Medikamenten: „Bei beginnender Krankheit wird ärztliche Hilfe nicht in Anspruch genommen, weil allein das Geld für den Krankenschein schon soviel kostet wie ein Brot. Die verordneten Heil- und Stärkungsmittel, deren die Kinder dringend bedürfen, können nicht gekauft werden, weil das Geld nicht da ist, den Kostenanteil an den Arzneien aufzubringen – geschieht es aber trotzdem, so geht das auf Kosten der Ernährung, deren Mangelhaftigkeit den Nutzen der Medikamente aufhebt.“³⁷ Weil krankenversicherte Erwerbstätige und Arbeitslose diese Kosten scheuten und die Empfänger von Krisenfürsorge und Wohlfahrtsunterstützung ohnehin nicht (mehr) krankenversichert waren, leerten sich nach Erfahrung von vier Gutachtern schon 1931 die Sprechstunden der Kassenärzte, während die kommunale Gesundheitsfürsorge geradezu überrannt wurde. So hatte jeweils ein Gutachter beobachtet, dass viele Mütter die Notwendigkeit der Behandlung ihrer Kinder vom Fürsorgearzt klären ließen, bevor sie die Krankenscheingebühr entrichteten, und dass mancher Arbeitslose Tuberkuloseverdacht vortäuschte, um überhaupt eine kostenlose Behandlung zu erhalten.³⁸

Die Einschätzung fast aller Gutachter, dass Arbeitslosigkeit in der Tat ein „Problem der Volksgesundheit“ sei, war allerdings Anfang der 1930er Jahre keineswegs Konsens. Vielmehr betonten zeitgenössische Studien (wie die Denkschrift des Reichstags von 1931) sogar,³⁹ der Gesundheitszustand der Bevölkerung verbessere sich weiterhin kontinuierlich. Allerdings wurden solche Aussagen meist mit Statistiken zu krankheitsbedingtem Arbeitsausfall belegt, die weder Arbeitslose noch die verheimlichten Krankheiten von Erwerbstätigen erfassten. Ab Mitte des Jahres 1931 häuften sich jedoch öffentliche Stellungnahmen, in denen Arbeitslosigkeit (ähnlich wie in der Denkschrift von Julius Moses) als Ursache psychischer, psychosomatischer und physischer Beschwerden sowie eines veränderten Patientenverhaltens ausgemacht wurde. Speziell die „Arme-Leute-Krankheiten“ Rachitis und Tuberkulose, die in den 1920er Jahren erfolgreich zurückgedrängt worden waren, nahmen zeitgenössischen Ärzte- und Fürsorger-Berichten zufolge Anfang der 1930er wieder stark zu – auch im Falle der Tuberkulose besagten die amtlichen Morbiditäts-Statistiken übrigens das Gegenteil, weil die ansteckende Krankheit Kündigungsgrund war und daher oft verschwiegen wurde.⁴⁰ Den Hinweisen auf gesundheitliche Folgen von Arbeitslosigkeit haftete so weiterhin der Makel unbewiesener Behauptungen an, zumal von Regierungsseite keine Bemühung unternommen wurde, durch repräsentative Erhebungen Klarheit über diesen Zusammenhang zu schaffen. Die einzige Auswirkung der Massenarbeitslosigkeit, die breite Aufmerksamkeit erregte, war folglich die 1930 einsetzende „Selbstmordwelle“, die vor allem

35 Rothenbacher, Franz: Zur Entwicklung der Gesundheitsverhältnisse in Deutschland seit der Industrialisierung. In: E. Wiegend, W. Zapf (Hrsg.): Wandel der Lebensbedingungen in Deutschland. Wohlfahrtsentwicklung seit der Industrialisierung. Frankfurt, New York 1982, S. 402.

36 Gaupp, in: Moses, Arbeitslosigkeit, S. 21.

37 Zschocke, in: Moses, Arbeitslosigkeit, S. 32.

38 Vgl. Korach, in: Moses, Arbeitslosigkeit, S. 262; Trüb, in: ebenda, S. 65.

39 Denkschrift über die gesundheitlichen Verhältnisse des deutschen Volkes (abgeschlossen im August 1931), Drucksache 1224, ausgegeben am 4.11.1931. In: Verhandlungen des Reichstags, V. Wahlperiode 1930, Bd. 451, Anlagen Nr. 1051-1250 zu den Stenographischen Berichten, Berlin 1932, S. 1-31.

40 Vgl. Mayer-Ahuja, Massenerwerbslosigkeit, S. 136-138.

männliche Großstädter zwischen 18 und 25 Jahren erfasste.⁴¹ Sie weckte allerdings nur die Befürchtung, dass die Hoffnungslosigkeit in politischen Aufruhr umschlagen könne – eine Sorge, die ein Staatssekretär im Vorfeld der Bekanntgabe der Notverordnung vom 5.6.1931 mit dem Hinweis zu entkräften suchte, dass „der preußische Innenminister seine Polizei angewiesen [habe], mit Entschiedenheit gegen solche Unruhen vorzugehen und nicht mehr in die Luft zu schießen“. Ohnehin herrsche „[i]n der breiten Masse des Volkes keine Revolutionsstimmung, sondern nur tiefe Unzufriedenheit und Erbitterung“⁴² – eine Situation, die offenbar nicht als ernst genug erachtet wurde, um den Erlass weiterer Notverordnungen in Frage zu stellen.

Ausblick: Zur Rezeption der Denkschrift

Die von Julius Moses initiierte Denkschrift wurde erst im Frühjahr 1931 und damit viel zu spät veröffentlicht, um die Dezember-Notverordnung verhindern zu können. Auch nach ihrem Erscheinen fand sie weder in medizinischen Fachkreisen noch in der Politik Beachtung, wenn man von einigen Artikeln in SPD- und Gewerkschaftspresse absieht. Moses hatte jedoch dafür gesorgt, dass die Gutachten vorab an Reichsregierung und Parlament geschickt wurden, und spätestens ab Mitte 1931 bestand ohnehin kein Mangel mehr an Stimmen, die den Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und Krankheit betonten. Die Reichsregierung verzichtete jedoch weiterhin darauf, diese Behauptung durch aussagekräftige Statistiken zu überprüfen, da vermutlich kein Interesse daran bestand, die gesundheitlichen Folgen der eigenen Reformpolitik messbar und ihre Fortsetzung damit angreifbar zu machen. Auch die Denkschrift von Julius Moses geriet in Vergessenheit, doch mag sie heute daran erinnern, wer die Kosten von Massenarbeitslosigkeit und Krankheit trägt, wenn Staat und Unternehmen sich aus ihrer Verantwortung für die sozialen Sicherungssysteme zurückziehen.

NICOLE MAYER-AHUJA
Soziologisches Forschungsinstitut Göttingen (SOFI)
an der Georg-August-Universität
Friedländer Weg 31
37085 Göttingen
Email: nmayer1@gwdg.de

41 Vgl. Sachße/Tennstedt 1992, S. 37; Denkschrift Reichstag 1931, S. 17.

42 Aktenvermerk des Bayerischen Gesandten Ritter von Preger über eine Mitteilung des Staatssekretärs [in der Reichskanzlei] Pünder (12.6.1931), zit. in: Maurer/Wengst 1980, S. 663.

JOHANNES VOSSEN

Die Ungleichbehandlung von Menschen nach rassenhygienischen Prinzipien im öffentlichen Gesundheitsdienst des NS-Staates

Ziel dieses Beitrages ist eine Analyse der Maßnahmen und Mechanismen, mit denen im NS-Staat eine rassenhygienische Ungleichbehandlung der deutschen Bevölkerung durch den öffentlichen Gesundheitsdienst, also die Gesundheitsfachverwaltungen des Reichs, der Länder und Kommunen stattfand.¹ Ich beginne mit einer Beschreibung der zentralen Aussagen der NS-Rassenhygiene und beschreibe die Maßnahmenbündel, die der NS-Staat zur Durchführung der Rassenhygiene einführte, also fördernde und „ausmerzende“ Maßnahmen. Anschließend erläutere ich einzelne dieser Maßnahmen (Ehstandsdarlehen, Kinderbeihilfen, Ehrenkreuz der deutschen Mutter), wobei ich mich auf die sogenannten geburtenfördernden Maßnahmen konzentriere und die durch sie verursachte Ungleichbehandlung nach rassenhygienischen Prinzipien verdeutlichen werde. Abschließend gehe ich auf die Systematisierung der rassenhygienischen Ungleichbehandlung durch die Richtlinien des Reichsinnenministeriums zur Beurteilung der Erbgesundheit vom 18. Juli 1940 ein. Die Ausführungen beziehen sich auf die normative Ebene, als Quellen wurden entsprechend die verfügbaren Gesetze, Verordnungen und Erlasse ausgewertet.²

Die Durchführung einer rassenhygienischen und rassenanthropologischen Bevölkerungspolitik gehörte zu den zentralen Anliegen des NS-Staates. Reichsärztesführer Wagner betonte auf einer Rede am 26. November 1933: "Im nationalsozialistischen Staat sind nach dem Programm des Führers die bevölkerungspolitischen und volksgesundheitlichen Belange die wichtigsten für Staat, Volk und jeden einzelnen Volksgenossen."³ Ziel war es, den „rassischen Verfall“ aufzuhalten, der dem deutschen Volk nach der NS-Ideologie in "drei Formen" drohte: "im Rückgang der Zahl, der als Geburtenrückgang und Kinderlosigkeit einsetzt, in der falschen Lenkung der Auslesevorgänge eines Volkes und schließlich in der rassischen Vermischung mit Trägern fremden Blutes."⁴

Diese allgemeine Zielsetzung bedingte drei Bündel von Einzelmaßnahmen: einerseits schuf der Staat Anreize - meist finanzieller Art - für erwünschte Geburten aus „erbgesunden“ Familien, um dadurch die Geburtenrate und die biologische Substanz des „Volkkörpers“ zu verbessern („positive Auslese“), andererseits wurde versucht, unerwünschte Nachkommenschaft durch Sterilisation und Eheverbote zu verhindern und dadurch als "minderwertig" empfundene Erbanlagen „auszumerzen“ („negative Auslese“). Bei den bevölkerungspolitischen Maßnahmen dieser beiden Typen waren die 1935 im ganzen Deutschen Reich flächendeckend eingerichteten Gesundheitsämter maßgeblich beteiligt. Außerdem wurden gesetzliche Maßnahmen gegen „Fremdrassige“, besonders gegen die Juden und Sinti und Roma erlassen, um „Rassenmischungen“ zu verhindern. Dazu wurde der gesamte Verwaltungsapparat eingesetzt, wobei die Standesämter eine federführende Rolle übernahmen. Dieses gesamte Programm fasste der Nationalsozialismus unter dem Begriff der „Erb- und Rassenpflege“ zusammen. Die dazu zwischen 1933 und 1940 erlassenen Gesetze,

1 Der Beitrag beruht auf Untersuchungen, die in meiner Doktorarbeit „Gesundheitsämter im Nationalsozialismus. Rassenhygiene und offene Gesundheitsfürsorge in Westfalen 1900 bis 1950, Essen 2001“ in ausführlicherer Form wiedergegeben sind.

2 Vgl. dazu vor allem: Reiter, Hans u.a. (Hrsg.): Sammlung deutscher Gesundheitsgesetze, Band 1: Erb- und Rassenpflege. Leipzig 1940.

3 Wagner, Gerhard: Die Aufhebung der Kurierfreiheit. Vortrag auf der Tagung der Heilpraktiker in München am 26. November 1933. In: Leonardo Conti (Hrsg.): Reden und Aufrufe. Gerhard Wagner 1888-1939. Berlin, Wien 1943, S. 20-26, hier S. 20.

4 Wagner, Gerhard: Rasse und Volksgesundheit. Rede auf dem Reichsparteitag 1934. In: Leonardo Conti (Hrsg.): Reden und Aufrufe. Gerhard Wagner 1888-1939. Berlin, Wien 1943, S. 64-89, hier S. 64-65.

Verordnungen und Erlasse füllen in einer zeitgenössischen Sammlung, die keineswegs vollständig ist, allein 1.000 Seiten.⁵

Die gesundheitspolitische Leitidee der Weimarer Republik war auf die Einbeziehung möglichst breiter Bevölkerungsgruppen in die gesundheitssichernde Infrastruktur von Staat und Kommunen ausgerichtet und um das Individuum als Bezugspunkt einer demokratischen Gesundheitspolitik zentriert. Diese Leitidee wurde vom Nationalsozialismus durch den Kollektivsingular des Volkes ersetzt: „Das neue Deutschland kennt als primäre Aufgabe nur eins: der Gesundung und Leistungssteigerung seines Volkes mit allen Mitteln zu dienen.“⁶ Grundsatz war dabei, „daß der Wert der Einzelperson nur nach dem Grade ihres Nutzens für das Volksganze bemessen werden kann.“⁷ Die nationalsozialistische Gesundheitspolitik stellte somit zwei Aspekte von Gesundheit in den Mittelpunkt ihres Interesses und ihrer Interventionen: Erbgesundheit bzw. Rassereinheit und Leistungssteigerung. Leistungsfähigkeit galt dabei neben dem Freisein von Erbkrankheiten als entscheidendes Kriterium für das Vorliegen von Erbgesundheit. 1935 wurden flächendeckend im ganzen Deutschen Reich Gesundheitsämter eingerichtet, deren Aufgabe es war, die Erbgesundheit der Deutschen zu überprüfen, dabei als „wertvoll“ angesehenes Erbgut zu fördern und als „wertlos“ betrachtete Erbanlagen „auszumerzen“. Erbgesundheit, also das Freisein von Erbkrankheiten und damit verbundene Leistungsfähigkeit für die „Volksgemeinschaft“ wurde durch „fördernde Maßnahmen“ finanzieller oder symbolischer Art belohnt; Menschen, die an Erbkrankheiten litten, wurden dagegen von finanziellen Zuwendungen im Bereich der Familienpolitik ausgeschlossen und zum Teil zwangssterilisiert. Die Ungleichbehandlung von Menschen nach rassenhygienischen Prinzipien durch den öffentlichen Gesundheitsdienst im NS-Staat, erfolgte daher nach der folgenden Formel: „ungleicher Wert, ungleiche Rechte“.

„Fördernde Maßnahmen“ des NS-Staates waren vor allem die Ehestandsdarlehen, die Kinderbeihilfen für kinderreiche Familien und das Ehrenkreuz der deutschen Mutter, um nur die wichtigsten zu nennen.

Die Ehestandsdarlehen waren ursprünglich als arbeitsmarktpolitische Maßnahme konzipiert, um erwerbstätigen Frauen einen Anreiz zur Aufgabe ihrer Tätigkeit (nur unter dieser Bedingung wurden die Darlehen zunächst gewährt) und zur Eheschließung zu verschaffen. Auf Intervention des Reichsinnenministeriums wurde ab Herbst 1933 die Vergabe der Darlehen zusätzlich an eine obligatorische kreisärztliche Untersuchung aller Bewerber und Bewerberinnen für Ehestandsdarlehen gebunden.⁸ Die Untersuchungen dieser Personen sollten sicherstellen, dass die geburtenfördernden Maßnahmen des Staates nur an „erbgeseunde“ Paare vergeben wurden. Ablehnungsgründe waren „vererbliche geistige oder körperliche Gebrechen“, „nichtarische Abstammung“ sowie „ansteckende und lebensbedrohende Krankheiten“ (v.a. Geschlechtskrankheiten und Lungentuberkulose). Die Ablehnungen wurden in einer Statistik des Reichsgesundheitsamtes zentral erfasst und lagen zwischen 2 und 5% der untersuchten Heiratswilligen. Damit war allerdings nur eine begrenzte Kontrolle über Eheschließungen und Fortpflanzung zu erreichen, da Untersuchungen nur dann erfolgten, wenn aus der heiratswilligen Bevölkerung Ehestandsdarlehen beantragt wurden. Die Eheeignungsuntersuchungen für Ehestandsdarlehen betrafen von daher nur einen Teil der Gesamtbevölkerung. Sie boten außerdem keine Handhabe, um unerwünschte Eheschließungen staatlicherseits zu verhindern. Deshalb wurde 1935 das Ehegesundheitsgesetz eingeführt, mit dem Eheverbote für alle Heiratswillige, egal ob sie nun Ehestandsdarlehen beantragten oder nicht, verhängt werden konnten.

5 Reiter: Hans u.a. (Hrsg.): Sammlung deutscher Gesundheitsgesetze, Band 1: Erb- und Rassenpflege. Leipzig 1940.

6 Bundesarchiv (= BArch), 15.01, Nr. 26477, Bl. 155: Aus der Ansprache des Ministerialrats im RMI, Friedrich Bartels, auf dem Deutschen Gesundheitsfürsorgetag in Eisenach, 23.9.33.

7 BArch, 15.01, Nr. 5581, Bl. 197-206: Begründung zum Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens vom 3. Juli 1934; das Zitat Bl. 197.

8 Vgl. Czarnowski, Gabriele: Das kontrollierte Paar. Ehe- und Sexualpolitik im Nationalsozialismus. Weinheim 1991, S. 101-135.

Zusätzlich wurden ab Herbst 1935 durch die Gewährung einmaliger Kinderbeihilfen auch Versuche zur Verbesserung der materiellen Lage geringverdienender kinderreicher Familien eingeleitet.⁹ Diese Kinderbeihilfen wurden wie die Ehestandsdarlehen in Bedarfdeckungsscheinen ausgegeben und konnten bis zu 100 RM pro Kind betragen.¹⁰ Als Voraussetzungen galten, dass vier oder mehr Kinder unter 16 Jahren vorhanden sein mussten und die Eltern „Reichsbürger“ waren (deutsche Juden waren also von der Vergabe ausgeschlossen). „Vorleben und Leumund“ der Antragsteller mussten „einwandfrei“, Eltern und Kinder in gesundheitlicher Hinsicht „frei von vererblichen geistigen und körperlichen Gebrechen“ sein. Außerdem musste Bedürftigkeit der antragstellenden Familie vorliegen. Wie fast sämtliche anderen geburtenfördernden Maßnahmen des NS-Staates war also auch die Vergabe von Kinderbeihilfen in dreifacher Weise gebrochen: Juden und andere, als „fremdrassig“ stigmatisierte Bevölkerungsgruppen gingen bei der Vergabe ebenso leer aus wie Personen, die an vermeintlichen oder tatsächlichen Erbkrankheiten litten; außerdem benachteiligte das Gesetz auch Menschen, deren Verhalten in der einen oder anderen Weise hinsichtlich „Vorleben und Leumund“ nicht den gewünschten Normen entsprach.

Mit der Beantragung einer Kinderbeihilfe waren nicht automatisch finanzielle Vergünstigungen verbunden. Bei größeren Fallzahlen lag die Quote der Ablehnungen im Durchschnitt bei etwa 5%, in einzelnen Kreisen konnte sie aber auch bis an die 20% steigen.¹¹ Doch damit nicht genug. Antragsteller auf einmalige Kinderbeihilfe wurden von den Gesundheitsämtern im Zweifelsfall auch amtsärztlich untersucht. Damit gerieten sie in die Gefahr, dass ein Sterilisationsverfahren gegen sie eröffnet wurde. Mit den fördernden Maßnahmen der NS-Bevölkerungspolitik war also immer auch eine „negative Auslese“ verbunden. Ablehnungen von Leistungen konnten im Extremfall auch zu Zwangssterilisationen führen.

Mit den Ehestandsdarlehen und den Kinder- und Ausbildungsbeihilfen waren die finanziellen Maßnahmen des NS-Staates zur Geburtenförderung erschöpft. Darüber hinaus wurden seit 1933 eine ganze Reihe sog. „ehrender Maßnahmen“ für kinderreiche Familien, z.B. Ehrenpatenschaften oder Ehrenbücher, eingeführt, die zum Teil an Vorläufer in der Weimarer Republik anknüpften. Die bekannteste und weit reichendste dieser Ehrungen war die Verleihung des „Ehrenkreuzes der deutschen Mutter“, das durch den Erlass Hitlers vom 16. Dezember 1938 gestiftet wurde¹². Es sollte „sichtbares Zeichen des Dankes des Deutschen Volks an kinderreiche Mütter sein“ und wurde in drei Stufen verliehen: in der dritten Stufe für Mütter von vier und fünf Kindern, in der zweiten Stufe Müttern von sechs und sieben Kindern und schließlich in der höchsten, der ersten Klasse, für Mütter von acht und mehr Kindern. Voraussetzung war allerdings, dass die Eltern der Kinder „deutschblütig“ und „erbtüchtig“ waren, die Mutter der Auszeichnung würdig war und die Kinder lebend geboren sein mussten.¹³

Das auf den ersten Blick harmlos anmutende „Ehrenkreuz“ ist ein gutes Beispiel dafür, wie es dem NS-Staat gelang, mit Symbolen Politik zu machen, dabei die eigene Anhängerschaft zu belohnen, Gegner zu bestrafen und so die Bevölkerung in „Volksgenossen und Gemeinschaftsfremde“¹⁴ zu spalten. Denn für die Verleihung des „Ehrenkreuzes“ wurde fast die

9 Verordnung über die Gewährung von Kinderbeihilfen an kinderreiche Familien v. 15.9.1935, in: RGBl I, 1935, S. 1160. Vgl. zur Vergabe von Kinderbeihilfen auch die Akten im BArch, R 36, Nr. 1153-1155.

10 1. Durchführungsverordnung zur Verordnung über die Gewährung von Kinderbeihilfen an kinderreiche Familien v. 26.9.1935, in: RGBl I, 1935, S. 1206.

11 Federhen: Praktische Erfahrungen bei der Untersuchung kinderreicher Familien. In: Der öffentliche Gesundheitsdienst 2 A (1936/37), S. 830-834, hier S. 831.

12 RGBl. I, 1938, S. 1923-1925. Dort auch die folgenden Zitate. Vgl. auch die Akte Staatsarchiv Detmold (= STADT), L 80 I c, Gr. 24, Fach 11, Nr. 40 (dort die relevanten Erlasse zu den "Ehrenkreuz"-Verleihungen).

13 Vgl. dazu auch Weyrather, Irmgard: Muttertag und Mutterkreuz. Der Kult um die deutsche Mutter im Nationalsozialismus. Frankfurt/M. 1993.

14 Diese machiavellistische Politik der Belohnung und Bestrafung zum Zwecke der Herstellung von "Volksgemeinschaft" ist eindrucksvoll beschrieben in: Peukert, Detlev: Volksgenossen und

gesamte relevante Partei- und Staatsmaschinerie in Gang gesetzt. Die Vorschlagslisten für die „Ehrenkreuze“ wurden „von Amtswegen“, also in der Regel durch den zuständigen Bürgermeister zusammengestellt. Anschließend fand eine Überprüfung der zur Ehrung vorgesehenen Frauen an Hand eines in einem Merkblatt festgelegten Kataloges statt, der die Kriterien für die „Auslese“ der zu ehrenden Mütter enthielt. „Unwürdig“ waren danach Mütter, die im Zuchthaus gewesen oder wegen Abtreibung etc. bestraft worden waren, als „unwürdig“ galten auch Mütter, denen vorgeworfen wurde, „das Ansehen der Deutschen Mutter schwer geschädigt“ zu haben, „z.B. durch Gewerbsunzucht oder nicht strafbare Rassenschande“.¹⁵ Geächtet wurden vor allem die Mütter so genannter asozialer Großfamilien. Als „asozial“ galten dabei solche Familien, „die fortgesetzt mit den Strafgesetzen, der Polizei und den Behörden in Konflikt geraten, deren Mitglieder arbeitsscheu, [...] unwirtschaftlich und hemmungslos sind“, deren Kindererziehung nach der Meinung der NS-Behörden zu wünschen übrig ließ oder „deren Angehörige Trinker sind oder durch unsittlichen Lebenswandel auffallen.“ Daran schloss sich die Überprüfung durch das Gesundheitsamt an, das dieses vorwiegend auf der Basis bereits vorhandener Unterlagen, vor allem der „Erbkartei“ und der „Sippenakten“, durchzuführen hatte. Die letzte Entscheidung über den Antrag lag dann bei der Kreisleitung der NSDAP, da die Verleihung der Ehrenkreuze Sache der Partei war. Erst danach wurden die derart für „würdig“ befundenen Anträge an den Regierungspräsidenten und von ihm an die Präsidialkanzlei in Berlin weitergeleitet, die die Urkunden und die „Ehrenkreuze“ ausfertigte und an den Ort ihrer Bestimmung zurückschickte.¹⁶

Als Ablehnungsgründe kamen praktisch alle Abweichungen von der 'Norm' einer „deutschen Mutter“ in Frage, die sich mit dem „gesunden Volksempfinden“ nicht in Einklang bringen ließen. Zu ehrende Frauen verstießen vor allem dann gegen den nationalsozialistischen Ehrenkodex einer deutschen Mutter, wenn sie in einem der drei folgenden Normbereiche Defizite aufwiesen: vor allem, wenn sie gegen die Strafgesetze verstoßen oder die bürgerlichen Tugenden Ordnung, Fleiß, Sparsamkeit und Sauberkeit nicht verinnerlicht hatten oder wenn sie ihre Sexualität anders auslebten, als die kleinbürgerlichen Normen des NS-Staates es vorsahen.¹⁷ In der Regel mussten mindestens zwei der drei Bedingungen erfüllt sein, um die betreffende Person als „unwürdig“ zu brandmarken, so z.B. im Falle der Blombergerin Auguste K., die laut Bericht der Fürsorgerin „viel Männerverkehr in ihrer Wohnung hat“ und daher in dem Ruf stehe, „gewerbsmäßiger Unzucht nachzugehen. Jedenfalls steht fest, daß sie sich ganz wahllos dem Geschlechtsverkehr hingibt.“ Außerdem sei sie im Jahre 1938 „wegen Diebstahl, begangen bei ihrem Hauswirt, zu 6 Monaten Gefängnis verurteilt“ worden. Das Urteil der Fürsorgerin: „Es handelt sich um eine asoziale, schlecht beleumundete Frau.“¹⁸ Meist wurden mehrere Ablehnungsgründe genannt, denn leicht potenzierten sich durch die „Ermittlungen“ der NS-Bürokratie die nach den Maßstäben der NS-Ideologie negativ zu wertenden Informationen über die betreffenden Personen. Dieses 'Negativimage' verdichtete sich dann leicht zum Konstrukt der „asozialen Großfamilie“¹⁹.

Gemeinschaftsfremde. Anpassung, Ausmerze und Aufbegehren unter dem Nationalsozialismus. Köln 1982.

15 STADT, L 80 I c, Gr. 24, Fach 11, Nr. 40: Anhang zum Erl. v. 28.1.39.

16 RGBl. I, 1938, S. 1926: Durchführungsverordnung zur Verordnung über die Stiftung des Ehrenkreuzes der deutschen Mutter vom 16.12.38.

17 Das Modell der drei Normbereiche ist übernommen aus: Braß, Christoph: Rassismus nach innen – Erbgesundheitspolitik und Zwangssterilisation. St. Ingbert 1993.

18 STADT, L 80 I c, Gr. 24, Fach 11, Nr. 40a: Ehrenkreuzantrag Auguste K.

19 Das Konstrukt der „asozialen Großfamilie“ ist im wesentlichen von dem Leiter des NSDAP-Gauamtes für Rassenpolitik in Sachsen, Dr. Wolfgang Knorr, entwickelt worden. Vgl. Knorr, Wolfgang: Auslese kinderreicher Familien. In: ÖGD 3 B (1937), S. 549-555; Ders.: Ein Wort zur Klärung! Kinderreiche Vollfamilie - asoziale Großfamilie. In: Volk und Rasse 13 (1938), S. 69-73; Ders.: Vergleichende erbbiologische Untersuchungen an drei asozialen Großfamilien. Berlin 1939.

Die Einzelmaßnahmen der NS-Erbgesundheitspolitik entstanden ad hoc und waren nicht systematisch aufeinander bezogen. Ihre Systematisierung erfolgte erst durch den Runderlaß des Reichsinnenministers v. 18. Juli 1940 betr. „Richtlinien für die Beurteilung der Erbgesundheit“. Dieser Erlass ist deshalb so wichtig, weil er die bisher verstreuten Anweisungen, wie die Gesundheitsverwaltung bei der Vergabe von finanziellen oder ehrenden Maßnahmen zur Geburtenförderung an die Bevölkerung zu verfahren habe, zusammenfassend auf den Punkt brachte. Der Apartheid-Staat nach innen,²⁰ der Teil des NS-Herrschaftssystems war, wird in ihm auf dem Höhepunkt des "Dritten Reiches" abschließend und endgültig beschrieben. Der Erlass stammt mit hoher Wahrscheinlichkeit aus dem Referat IV 9 des Reichsinnenministeriums (RMI), das von Ministerialrat Dr. Linden geleitet wurde (Korreferent war Oberregierungs- und Medizinalrat Dr. Lehmkuhl).²¹ In diesem Referat wurden unter dem Blickwinkel einer negativen Eugenik die rassenhygienischen Aufgabefelder des RMI bearbeitet, also vor allem das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses, das Ehegesundheitsgesetz, die erbbiologischen Erhebungen und die Belange der Heil- und Pflegeanstalten.²²

Kern des Erlasses ist das dritte Kapitel, in dem die deutsche Bevölkerung in vier Gruppen eingeteilt wird. Jeder dieser Gruppen kam für die NS-Strategen ein unterschiedlicher Wert und damit unterschiedliche Förderungswürdigkeit ihres Nachwuchses zu. Als unterste Gruppe galten „asoziale Personen“ bzw. Familien, deren Nachwuchs als „vollkommen unerwünscht“ galt und deshalb keinerlei staatliche Unterstützung erfahren sollte. Als „asozial“ galten dem Nationalsozialismus dabei solche Menschen, die, wie es hieß, „anlagebedingt“,

„1. fortgesetzt mit Strafgesetzen, der Polizei und den Behörden in Konflikt geraten oder

2. arbeitsscheu sind und den Unterhalt für sich und ihre Kinder laufend öffentlichen oder privaten Wohlfahrtseinrichtungen, insbesondere auch der NSV und dem WHW aufzubürden suchen [...]; oder

3. besonders unwirtschaftlich und hemmungslos sind und mangels eigenen Verantwortungsbewußtseins weder einen geordneten Haushalt zu führen noch Kinder zu brauchbaren Volksgenossen zu erziehen vermögen; oder

4. Trinker sind oder durch unsittlichen Lebenswandel auffallen (z.B. Dirnen).“²³

Als nächste Personengruppe in der Hierarchie des Wertes beschrieb der Erlass die „noch tragbaren Familien“, definiert als solche, „deren Nachwuchs zwar nicht als Gewinn für die Volksgemeinschaft angesehen werden kann, die aber für diese voraussichtlich auch keine ernstliche Belastung darstellen.“ Diesen Familien meinte man Unterstützungsleistungen, wie z.B. die laufende Kinderbeihilfe, nicht entziehen zu können, dies allerdings vor allem deshalb, um „gesundheitliche Schäden und Beeinträchtigungen ihrer künftigen Arbeitsleistung fernzuhalten.“ Es handelte sich in der Optik der NS-Strategen bei den „noch tragbaren Familien“ also um die Heloten-Bevölkerung für das kommende 1000jährige Reich. Fördernde Maßnahmen, wie z.B. Ehestandsdarlehen oder Ausbildungsbeihilfen, waren diesem Personenkreis denn auch laut Erlass ausdrücklich zu verweigern.

Die dritte Gruppe, die der Runderlaß beschrieb, war die so genannten „Durchschnittsbevölkerung“. Dieser „wohl größten Gruppe“ waren „alle fördernden und ehrenden Maßnahmen, wie Ehestandsdarlehen, Ausbildungsbeihilfen, Ehrenkreuz der Deutschen Mutter, zuzubilligen.“

20 Vgl. dazu Braß, Christoph: Rassismus nach innen – Erbgesundheitspolitik und Zwangssterilisation. St. Ingbert 1993.

21 BAArch, 15.01, Nr. 10, Bl. 3-107, hier Bl. 69 (Geschäftsverteilungsplan des RMI v. 4.4.40).

22 Vgl. Findbuch zum Bestand, BAArch, 15.01. Die Entstehungsunterlagen des Erlasses sind nicht erhalten, da die Akte 10.72, der er laut Aktenzeichen zugeordnet war, nicht erhalten geblieben ist.

23 Runderlaß des Reichsinnenministers betr. Richtlinien für die Beurteilung der Erbgesundheit vom 18.7.1940, hier zitiert nach dem Exemplar im STADT, L 80 I c, Gr. 24, Fach 6, Nr. 16.

Von dieser Gruppe der Durchschnittsdeutschen noch einmal unterschieden wurde im Erlass die Personengruppe, die als „erbbiologisch besonders hochwertig“ galt. Darunter wurde eine Bevölkerungsgruppe verstanden, „die selbst körperlich und geistig gesund ist und in deren Blutsverwandschaft [...] Erbkleinigkeit, insbesondere auch Psychopathie, die zu sozialem Abstieg, zu Kriminalität, Rauschgiftsucht usw. führen, auch nicht in einem Fall aufgetreten sind. Die Zugehörigkeit zu dieser Gruppe setzt darüber hinaus noch besonders wertvolle Anlagen voraus, die sich in beruflicher Leistung, sozialem Aufstieg usw., und zwar nicht nur einmalig, sondern bei der Mehrzahl der in Frage kommenden Familienangehörigen bemerkbar gemacht haben.“

Gegenbild zur Förderung der großen Masse „noch tragbarer“, „durchschnittlicher“ oder „hochwertiger“ Bevölkerungsmitglieder blieben diejenigen Menschen, die den rigiden nationalsozialistischen Normierungen von Ordnung, Fleiß, Sparsamkeit, Sauberkeit, Sittlichkeit und „Erbgesundheit“ nicht genügen konnten oder wollten. Die unterschiedlichsten Personengruppen gerieten so aus dem einen oder anderen Grund (und Gründe gab es ja, wie gesehen, genug) ins Visier des NS-Staates: Prostituierte, Bettler, Obdachlose, Wanderarbeiter, Homosexuelle beiderlei Geschlechts und Behinderte, sowie die Opfer der nationalsozialistischen Gesundheitspolitik, vor allem die auf Grund vermeintlich angeborenen Schwachsinnns Zwangssterilisierten.²⁴ Für sie alle wurde der Grundsatz „Ungleicher Wert, ungleiche Rechte“ zur ständigen Bedrohung ihrer Freiheit und ihrer körperlichen Unversehrtheit, nicht selten auch zur Bedrohung ihres Überlebens.

JOHANNES VOSSEN
Forschungsschwerpunkt Zeitgeschichte
Institut für Geschichte der Medizin
Klingsorstr. 119
12203 Berlin
Email: johannes.vossen@charite.de

24 Vgl. Projektgruppe für die vergessenen Opfer des NS-Regimes (Hrsg.): Verachtet - verfolgt - vernichtet. Zu den „vergessenen“ Opfern des NS-Regimes. Hamburg 1986; Scherer, Jürgen: „Asozial“ im Dritten Reich. Die vergessenen Verfolgten. Münster 1990; Ayaß, Wolfgang: Asoziale im Nationalsozialismus. Stuttgart 1995; Ders. (Bearb.): „Gemeinschaftsfremde“. Quellen zur Verfolgung der „Asozialen“ 1933-1945. Koblenz 1998.

CARSTEN KLINGEMANN

Zur Soziologisierung des medizinischen Menschen- und Gesellschaftsbildes im Nationalsozialismus

Einführung: Die „biologistische“ Ideologie des Nationalsozialismus und seine „biomedizinische Vision“

In der „Enzyklopädie des Nationalsozialismus“ aus dem Jahr 1997 beginnt der Artikel „Medizin“ mit folgendem Statement: „Die Nationalsozialisten verfolgten eine ‚biomedizinische Vision‘¹; sie wollten die soziale Frage medizinisch lösen². Ihre Gesundheitspolitik war ein wichtiger Bestandteil der biologistischen Ideologie.“³ Hiermit wird zu Recht die häufig vernachlässigte Beachtung der Beziehung von Medizin und Nationalsozialismus für ein grundlegendes Verständnis seiner Ziele und Herrschaftspraxis reklamiert. Bei der insbesondere in jüngster Zeit verstärkt zu beobachtenden populärwissenschaftlichen Aufbereitung des Themas „Drittes Reich“ fällt auf, dass die mit dem Zitat angesprochenen ideologischen und herrschaftstechnischen Tiefenstrukturen völlig ausgeblendet werden. Das NS-Regime wird in dem hauptsächlich von ihm selbst zur Zwecken der Selbstdarstellung erstellten audiovisuellen Material gespiegelt. Dabei dominieren dann die Stilmittel der Personalisierung, Ästhetisierung und Dämonisierung nationalsozialistischer Herrschaftsausübung. Deren Dämonie liegt aber gerade darin, eine perfekte Volksgemeinschaft, einen erbbiologisch und rassistisch idealen Volkskörper zu erschaffen, indem in diesem Sinne defekte Individuen an der Fortpflanzung durch Maßnahmen wie Eheverbote, Zwangsabtreibungen, Anstaltseinsweisungen, Sterilisation und Ermordung gehindert wurden. Man kann also durchaus von einer „biomedizinischen Vision“ im Hinblick auf die Maßnahmen sprechen, durch die die soziale Frage restlos und für immer gelöst werden sollte.

Hiermit deutet sich aber schon an, dass bestehende gesellschaftliche Verhältnisse radikal verändert werden sollten, zu deren Bestandsaufnahme und Bestimmung von biomedizinisch wirksamen Eingriffen zur Errichtung einer genuin nationalsozialistischen Sozialordnung aber medizinisches oder allgemein biologisches Wissen allein nicht hinreichen würde. Sozialwissenschaftliche Expertise zu allen Formen abweichenden Verhaltens war gefragt. Deshalb ist zu klären, ob die in ihrer Ausführung medizinische Praxis der Gesundheitspolitik des Nationalsozialismus aus seiner „biologistischen Ideologie“ abgeleitet werden kann. Es muss vielmehr geklärt werden, inwieweit für die Praxis der ausmerzenden Gesundheits- und Rassenpolitik überhaupt biomedizinische Fakten statt sozialutopischer Visionen eines auf ewig gesunden und leistungsfähigen Volkskörpers maßgebend waren.

Allerdings ist die Vorstellung weit verbreitet, die Nationalsozialisten erstrebten ein biologisch definiertes Menschen- und Gesellschaftsbild für ihre in jeder Hinsicht perfekte Volksgemeinschaft. Michael H. Kater kritisiert in seiner Besprechung des Buches „Deutsche Medizin im Dritten Reich“ von Ernst Klee, dass er die NS-Herrschaft „eher zufällig“ als „Diktatur der Biologie“ apostrophiere. „Dabei wäre Hitlers totalitärer Staat als ‚Diktatur der Biologie‘ ein Topos gewesen, in dessen Rahmen sich der medizinische Zeitgeist erklären ließe.“⁴

-
- 1 Lifton, Robert J., Medizin. In: Enzyklopädie des Nationalsozialismus. Hrsg. von Wolfgang Benz, Hermann Graml und Hermann Weiß. Stuttgart 1997.
 - 2 Dörner, Klaus: „Ich darf nicht denken.“ Das medizinische Selbstverständnis der Angeklagten. In: Angelika Ebbinghaus, Klaus Dörner (Hrsg.): Vernichten und heilen. Der Nürnberger Ärzteprozess und seine Folgen. Berlin 2001.
 - 3 Vasold, Manfred: Medizin. In: Wolfgang Benz, Hermann Graml, Hermann Weiß (Hrsg.): Enzyklopädie des Nationalsozialismus. Stuttgart 1997, S. 235.
 - 4 So auch Jörg Vögele und Wolfgang Woelk: „Durch das bestimmende ‚erbbiologisch-medizinische Paradigma‘ wurden wichtige Aspekte der bevölkerungswissenschaftlichen Forschung Teil jener auf Exklusion ausgerichteten Biowissenschaften im Nationalsozialismus.“ Vögele, Jörg und Wolfgang Woelk: Medizin und Bevölkerungswissenschaften im Nationalsozialismus. In: Demographie. Mitteilungen der Deutschen Gesellschaft für Demographie 2 (2002), S. 8-9; 9.; Kater, Michael H.: Zur Diktatur der Biologie. Ernst Klee sichtet das Erbe der NS-Medizin. In: Frankfurter

Demnach wäre medizinisches Handeln im Sinne einer fachwissenschaftlichen Zuordnung der Biologie zuzurechnen. Greift man aber einige der von Klee behandelten Themen heraus, so wird die Gewissheit darüber brüchig. Er behandelt Rassenhygiene, Gesellschafts-, Erb- und Rassenbiologie, Sterilisierungsgesetz und -praxis, die Ermordung von Psychiatriepatienten, Heilpädagogik und Fürsorgeerziehung, Hirnforschung, Psychoanalyse, Rassen-diagnose und Zwillingsforschung, um nur einige Themen zu nennen. Es wird deutlich, dass von den angewandten Maßnahmen aus einem breiten Repertoire ärztlicher Tätigkeiten wie Rassendiagnose, Hirnforschung, Sterilisation, aber auch Tötung diese als biomedizinisch qualifiziert werden können. Ebenso klar ist aber auch, dass die Definition (Diagnose) und Selektion angeblich medizinisch Behandlungsbedürftiger (darunter auch die durch „Sonderbehandlung“ zu Ermordenden) nicht auf rein medizinische Tatbestände zurückzuführen ist. Es wurde vielmehr häufig so verfahren, sozial und politisch unerwünschte Eigenschaften und Verhaltensweisen eines Individuums als krankhaft und erblich zu deklarieren, um so über seinen Körper und seine Psyche nach Belieben verfügen zu können.

Rassewert – Erbbiologie – Deutschstämmigkeit – Gesundheit

Über die Einordnung von Individuen auf einer Skala zwischen den Polen hochwertiger und minderwertiger rassischer bzw. erbbiologischer Qualität wurde auch immer das entsprechende rassische oder erbbiologische Herkunftskollektiv (Familie, Sippe, Rasse) in der Wertehierarchie verortet. Andererseits war es möglich, etwa die quasi-amtliche Rassensystematik von Hans F. K. Günther, wonach das deutsche Volk sich aus der nordischen, fälischen, westischen, dinarischen, ostbaltischen und ostischen Rasse konstituiert, auch bei nur geringer oder sogar völlig fehlender deutscher Abstammung anzuwenden.⁵ Im Fall einer rassendiagnostisch festgestellten phänotypischen Übereinstimmung mit etwa nordisch-fälischen Merkmalsausprägungen konnte ein „polonisierter Volksdeutscher“ aus den „eingegliederten Ostgebieten“ und sogar ein sich zum Polentum bekennender Bewohner des Generalgouvernements ohne direkt nachweisbare, aber durch die „Siedlungsgeschichte“ seines Geburtsortes zu vermutende Abstammung eingedeutscht werden. Im letzten Fall musste eine im Rahmen der „Deutschstämmigkeitsaktion“ („Fahndung nach deutschem Blut“) durchgeführte „leistungsmäßige“ und „erbbiologische“ Untersuchung (neben einer sicherheitspolizeilichen) ergeben, es handele sich um „wünschenswerten Zuwachs“ im deutschen Volkstum. „Bekannt sich ein blutsmäßig mit mindestens 25% erwiesener Deutschstämmigkeit zum Polentum, so kann er als Deutschstämmiger behandelt werden, wenn die unter IV. aufgeführten Voraussetzungen erfüllt sind.“ Die unter IV. aufgeführten Voraussetzungen erfordern eine Bedingungskonstellation zwischen deutscher Abstammung und Rassewertung:

„1. Personen bezw. Familien bis zu 50% fremder Abstammung können bei

Wertung I – III,

2. Personen bezw. Familien mit geringerem deutschen Blutseinschlag bei

Wertung I – II

als Deutschstämmige anerkannt werden.“

Die Rassewertung wurde von einem „Eignungsprüfer“ des Rasse- und Siedlungshauptamtes der SS (RuSHA) vorgenommen, der sein Bewertung zusammen mit einem Arzt, der ein

Rundschau, 06.10.2001.

5 Vgl. Günthers schon vor 1933 in diversen Auflagen erschienenen Schriften „Rassenkunde des deutschen Volkes“ (91926a) und „Rassenkunde Europas“ (21926b). Einen guten Überblick bietet der Artikel „Rasse“, der von der „Parteiämtlichen Prüfungskommission zum Schutze des NS-Schrifttums“ offiziell genehmigt worden war, auf 55 Spalten mit vielen Bildern in Meyers Lexikon, Bd. 9 (1942).

erbbiologische Einschätzung vorzunehmen hatte und mit ihm gemeinsam die „Gesundheitsstelle“⁶ bildete, abgab.

„Personen bezw. Familien der Rassewertung IV sowie solche, gegen die von der Gesundheitsstelle wesentliche erbbiologische Bedenken erhoben werden, sind nicht als Deutschstämmige anzuerkennen.“⁷ Diese Bestimmung zeigt noch einmal deutlich, daß Abstammung unbedeutend war, wenn durch ärztliche Stellungnahme gesundheitliche „Minderwertigkeit“ attestiert wurde. Über die fach(wissenschaftliche) Qualität der Tätigkeit der Eignungsprüfer im Vergleich zu der der Ärzte wird noch ausführlich berichtet.

Deutschstämmigkeit konnte nicht nur durch die Siedlungsgeschichte des Geburtsortes nachgewiesen werden.

„Als Deutschstämmige werden anerkannt: Antragsteller, die den urkundenmäßigen Nachweis nicht erbringen können, wenn

- 1. die mündliche Angabe über die deutsche Abstammung eines seiner Vorfahren eidesstattlich erhärtet wird;*
- 2. an Hand der Familiennamen, des Glaubensbekenntnisses, der Siedlungsgeschichte des Geburtsortes, die Angaben als glaubwürdig erachtet werden können.“*

Dazu wurde ausdrücklich angemerkt:

„Bezüglich der Familiennamen ist auf Slawisierungen deutscher und die Zuteilung z.B. polnischer Namen für deutsche Siedler in rein polnischen Siedlungsgebieten Rücksicht zu nehmen; bezüglich des Glaubensbekenntnisses gilt die Zugehörigkeit zu einer evangelischen Religionsgemeinschaft oder Sekte als Anhaltspunkt. Eine Zugehörigkeit zur kath. Religionsgemeinschaft ist nicht unbedingt als negativ zu werten.“⁸

Ein katholischer Mensch mit polnischem Namen konnte „blutsmäßig“ durchaus ein Deutscher sein.

Nun mag man einwenden, dass in Fragen der Abstammung eben großzügig verfahren wurde, bei der Bestimmung der Rassenzugehörigkeit aber um so strenger. Zieht man die „Richtlinien zur Rassenbestimmung“ heran, die weitestgehend übereinstimmend sowohl bei der Auswahl von SS-Bewerbern und volksdeutschen Einwanderern ins Reichsgebiet oder in Wiedereindeutschungsverfahren als auch in der Deutschstämmigkeitsaktion maßgebend waren, so kann der Eindruck wissenschaftlicher Präzision aufkommen. Um jedem zu Untersuchenden eine „Rasseformel“ zuordnen zu können, wurde er nach den folgenden Kriterien eingestuft:

*„Körperliche Beurteilung:
Die körperbauliche Beurteilung umfaßt 9 Stufen wie folgt:
9 Idealgestalt
8 vorzüglich gebauter Körper
7 sehr gut gebauter Körper*

6 Die Gesundheitsstelle war jeweils Teil einer Kommission, zu der noch eine Melde-, Ausweis-, Lichtbild-, Berufseinsatz- und Staatsangehörigkeitsstelle gehörte.

7 Der Chef der Sicherheitspolizei und des SD. Einwandererzentralstelle – Der Leiter – . Litzmannstadt, den 20.5.1942, Anordnung Nr. 186; Bundesarchiv (BAB), Bestand des ehemaligen Berlin Document Center (BDC), EWZ Ordner 6a. Die Kopie dieses und aller im folgenden zitierten Dokumente aus dem Bestand EWZ (Einwandererzentralstelle) des BDC erhielt ich von Dr. George Leaman (Director des Philosophy Documentation Center in Charlottesville, Virginia, USA), als ich mich mit ihm häufig austauschte, während er im Auftrag des BDC eine kommentierte Bestandsübersicht erarbeitete: The Holdings of the Berlin Document Center. A Guide to the Collections. Published by The Berlin Document Center, Wasserkäfersteig 1. Berlin 1994.

8 Der Chef der Sicherheitspolizei (wie Anm. 1).

6 guter Körper
 5 genügender Körper
 4 kaum genügender Körper
 3 mangelhafter Körper
 2 ungenügender Körper
 1 Mißgestalt
 (...)

Rassische Beurteilung:

Das Rassenurteil umfaßt 5 Stufen, die ebenfalls unter Voraussetzung der Nordischen Rasse als der für das deutsche Volk wichtigsten aufgestellt sind. Sie lauten folgendermaßen:

a *Rein Nordisch, rein Fälisch oder Nordisch-Fälisch*
 b *Überwiegend Nordisch oder überwiegend Fälisch, bei sehr geringem Einschlag einer der anderen europäischen Rassen*
 c *Ausgeglichener Mischling, der Nordischen, Fälischen oder Dinarischen Rasse mit Anteilen der übrigen europäischen Rassen*
 d *Ostisch, rein Ostisch, rein Ostbaltisch, ferner unausgeglichene Mischlinge zwischen diesen Rassen, außerdem unausgeglichene Mischlinge dieser Rassen mit geringem Nordischen, Fälischen und Dinarischem Anteil*
 e *Außereuropäischer Bluteseinschlag*⁹
 (...)

Gesamturteil:

Das Gesamturteil gliedert sich in 6 Stufen, und zwar:

A I *sehr geeignet*
 A II *durchaus geeignet*
 A III *im allgemeinen geeignet*
 B I *nicht mehr geeignet (kaum geeignet)*
 B II *ungeeignet*
 C *Völkisch oder biologisch ungeeignet.*¹⁰

Die individuelle Rasseformel bestand somit in der Regel aus einer Zahl (Körper), einem Kleinbuchstaben (Rasse) und einem Großbuchstaben kombiniert mit einer römischen Zahl (Gesamturteil). Von einer solchen Formel (z.B. 5 b A II) wurden wiederum die Teile Rasse und Gesamturteil in einer von vier Bewertungsgruppen (I bis IV) zusammengefasst, wobei die Gruppe I = a A I bis b A II, die Gruppe II = b/c A III bis c A III, die Gruppe III = c/d B I und die Gruppe IV = d/e B II bis e C umfasste.¹¹ Die vier Bewertungsgruppen für die SS-

9 Bei der Rassenbewertung wurden folgende Rassen unterschieden und damit auch in eine Wertungshierarchie gebracht.: Nordisch (N), fälisch (F), dinarisch (D), westisch (W), ostisch (O), ostbaltisch (Ob), vorderasiatisch (VA), orientalisches (Or), außerasiatisch (Aa), mongoloid (M) und negroid (Ng).

10 Zit. nach Hamann, Matthias: Erwünscht und unerwünscht. Die rassenpsychologische Selektion der Ausländer, in: Herrenmensch und Arbeitsvölker. Ausländische Arbeiter und Deutsche 1939-1945. Berlin 1986, S. 145. Bei Hamann sind die „Richtlinien zur Rassenbestimmung“ nicht datiert. Eine fast wortgleiche Version, herausgegeben vom Rassenamt (Bruno K. Schultz) des RuSHA, ist auf den 8.2.1944 datiert und abgedruckt in den Holdings 1994, 43f.

11 Bei der SS lautete das „Gesamtaufreten“: „A I = Für die SS vorzüglich geeignet, A II = Für die SS durchaus geeignet, A III = Für die SS im allgemeinen geeignet, B I = Für die SS kaum geeignet, B II = Für die SS ungeeignet, C = als deutscher Soldat ungeeignet“. Diese Bewertung wurde auch hier zusammen mit dem Rassewert einer der vier Bewertungsgruppen zugeordnet. Für die Aufnahme in die SS war außerdem je nach Alter und Einsatz in einer von drei SS-Verbänden eine Mindestgröße von 165 cm (17 Jahre) bis 174 cm (21 Jahre) erforderlich. Der Chef der Sicherheitspolizei und des SD. Einwandererzentralstelle Nordost. Der SS-Führer im R.u.S.-Wesen [Rasse- und Siedlungs-Wesen], Litzmannstadt, den 17. Juni 1940; BAB, BDC, EWZ Ordner 5.

Bewerber wurden bei der Untersuchung von Volksdeutschen oder wieder eingedeutschten Polen um zwei Gruppen erweitert. Dort wurden sie, wie noch erläutert wird, als „Familienbewertung“ oder „Familienurteil“ bezeichnet. Auf den Rassekarteikarten der Einwandererzentralstelle Litzmannstadt findet man also (auch mit Zwischenstufen versehene) Eintragungen in dem Kästchen für das abschließende Gesamturteil zum Beispiel: III 4 c/d B I. Bei dieser Person mit der Familienbewertung „III“ handelt es sich, wie noch näher ausgeführt wird, um kaum geeigneten bzw. noch tragbaren bzw. unerwünschten Bevölkerungszuwachs. Isabel Heinemann stellt bezüglich der „Durchschleusung“ (so der amtliche Terminus für die gesundheitlich-rassische Untersuchung und die damit verbundene Selektion zur Ansiedlung in verschiedenen Teilen des Reichsgebiets und außerhalb) von Volksdeutschen zum Beispiel aus dem Baltikum, der Gottschee, Wolhynien oder Galizien fest: „Der ‚Rassewert‘ der Volksdeutschen wurde von den Rasseexperten aus dem RuSHA exakt dokumentiert.“¹² Diesen Anspruch erhoben die nationalsozialistischen Volkstums- und Rassenpolitiker tatsächlich. Allerdings wussten sie um die Interpretationsspielräume ihrer Befunde, wenn es in den bereits zitierten „Richtlinien zur Rassenbestimmung“ heißt, das Gesamturteil „ist keineswegs die Summe von Körper- und Rassenbeurteilung, sondern ist Ausdruck der Bewertung der Gesamtpersönlichkeit des Untersuchten. Ein körperlich oder rassisch sehr gut beurteilter Mensch kann ein ablehnendes Gesamturteil erhalten, wenn geistige, charakterliche oder erbgesundheitliche Mängel vorliegen.“¹³ Wie noch gezeigt wird, konnte man auch umgekehrt verfahren und einen offenbar geistig und charakterlich erwünschten Probanden rassisch aufwerten.

Der für die Ausbildung der Eignungsprüfer zuständige SS-Hauptsturmführer Dr. Heinrich Rübél hat im Nürnberger Prozess gegen das RuSHA geschildert, welcher Stellenwert den rassistischen (jetzt „anthropologisch“ genannten) Merkmalen im Vergleich zu anderen Eigenschaften beigemessen wurde. Es versteht sich von selbst, dass Rübél in dieser Situation die Rassenkomponente möglichst bagatellisieren wollte. Nur kann anhand von archivalischen Unterlagen belegt werden, dass deren Stellenwert in der Praxis grundlegend relativiert werden konnte, wenn andere Eigenschaften des begutachteten Individuums es als wünschenswerten Bevölkerungszuwachs privilegierten. Rübél sagte aus:

„Ursprünglich haben die Eignungsprüfer (...) nach rein körperlichen, also erscheinungsbildlichen Merkmalen einen Menschen beurteilt. Als Schwalm (...) die Ausbildung des Eignungsprüferwesens in die Hand nahm, legte er (...) das Hauptgewicht darauf, daß neben der rein erscheinungsbildlichen Erfassung eines Menschen (...) auch sein Charakter, seine Intelligenz, seine Lebensbewährung, seine sozialen Leistungen und was sonst an psychologischen Tatsachen greifbar war, mit in die Bewertung hereingezogen wurde, (...). (...) Er versuchte, aus dem zu Prüfenden zunächst alle irgendwie erfaßbaren psychologischen Momente herauszubekommen durch Gespräche, durch Fragen über Familie, Beruf, besondere Interessen, über Politik u.s.w. Wenn er nun einen gewissen Eindruck von der Persönlichkeit des Betreffenden bekommen hatte, ging er an die eigentlichen Merkmalserscheinungen, die eben darin bestanden, (...) die anthropologischen Merkmale, wie Kopfform, Gesichtsform, Augenfarbe, Haarfarbe, Verhältnisse der Körperlänge zu den Gliedern, Körpergröße festzulegen. Diese verschiedenen Eindrücke, zusammen mit den psychologischen Eindrücken, die rassische Beurteilung, was der Eignungsprüfer aus den Unterlagen wußte über die Lebenstüchtigkeit des Betroffenen, über seine berufliche Geschicklichkeit, Fleiß u.s.w. faßte er zusammen in seinem Eignungsprüfergutachten.“¹⁴

Wie in weiteren Ausführungen noch dargelegt wird, war es im Gegensatz zu Rübéls Darstellung angesichts der an die etwa zwei Millionen Durchgeschleusten und der aufwendigen administrativen Prozedur, in deren Rahmen die rassische Bewertung vorge-

12 Heinemann, Isabel: „Rasse, Siedlung, deutsches Blut“. Das Rasse- und Siedlungshauptamt der SS und die rassenpolitische Neuordnung Europas. Göttingen 2003, S. 244.

13 Zit. nach Hamann 1986, S. 145.

14 Zit. nach ebd., S. 146.

nommen werden musste, vollkommen unmöglich, diese Beobachtungen bei jedem einzelnen zu machen. Allerdings werden einige der von ihm „psychologisch“ genannten Eigenschaften eines Untersuchten, die dessen soziale Erwünschtheit erkennen ließen, die rassistische Diagnose entsprechend beeinflusst haben. Es ist deshalb Hamann zuzustimmen, wenn er bezüglich der vorgenommenen rassistischen Bewertung der „Sippe“ der jeweiligen untersuchten Person sagt, es handele sich dabei um ein „familiensoziologisches Urteil“. Die „Richtlinien zur Rassenbewertung“ halten dazu fest:

„Da es bei der rassistischen Bewertung um eine Gesamterfassung des erblichen Gehalts eines Menschen geht, kann ein Endurteil nur bei Berücksichtigung der gesamten Sippe, Eltern, Kinder und Geschwister erfolgen. Die Familienbeurteilung hat sich besonders notwendig erwiesen bei den Arbeiten zur Festigung deutschen Volkstums und zwar sowohl bei der Hereinholung Volksdeutscher, wie bei der Einbeziehung bisher fremdvölkischer Personen und Sippen in den deutschen Volkskörper.“¹⁵

Wie man bis dahin fremdvölkische Personen in den deutschen Volkskörper unter Beachtung der notwendigen Rasseformel einbeziehen kann, wird noch an einem konkreten Beispiel erläutert.

Zur Hierarchisierung der „Sippen“ wurde die bereits vorgestellte Skala mit den vier Bewertungsgruppen (Familienbewertung) I bis IV herangezogen, wobei die Gruppe III differenziert wurde in III+ und III sowie die Gruppe IV erweitert wurde um die Gruppe IV F. Wie das folgende Zitat belegt, wurde durch diese Manipulation der Skala nicht ein höheres Maß an Präzision ermöglicht, vielmehr wurden die Ermessensspielräume der Eignungsprüfer für Opportunitätsentscheidungen erweitert.

- „Gruppe I Sehr geeignet bezw. erwünschter Bevölkerungszuwachs
(Das sind rein oder überwiegend nordische und fälische Typen, die erbgesundheitlich und leistungsmäßig erstklassig sind. Sie entsprechen: aA I bis bA II)
- Gruppe II Geeignet bzw. tragbarer Bevölkerungszuwachs
(Das sind ausgeglichene Mischtypen mit wesentlichem Anteil der nordischen, fälischen oder dinarischen Rasse, bei geringer Beimischung anderer europäischer Rassen, die erbgesundheitlich und leistungsmäßig in Ordnung sind. Sie entsprechen: bA III bis cA III)
- Gruppe III+ Kaum geeignet bezw. noch tragbarer Bevölkerungszuwachs
(Das sind Mischtypen, denen westische, ostische oder ostbaltische Rasse das Gepräge geben, bei denen aber noch immer Anteile der nordischen, fälischen oder dinarischen Rasse deutlich erkennbar sind und die dadurch als eben noch ausgeglichene Mischung empfunden werden. Voraussetzung für die Einordnung in diese Gruppe ist, daß die betreffenden Personen und Sippen erbgesundheitlich hochwertig und leistungsmäßig gut sind. Sie stehen zwischen: cA III und c/dB I)
- Gruppe III Ungeeignet bezw. unerwünschter Bevölkerungszuwachs
(Das sind Mischtypen, denen westische, ostische oder ostbaltische Rasse das Gepräge geben, bei denen aber noch Anteile der nordischen, fälischen oder dinarischen Rasse schwach erkennbar sind. Erbgesundheitliche, schwache und minderwertige Personen und unterdurchschnittliche Leistungsfähige unterstützen das Urteil nach dieser Richtung. Sie entsprechen: c/dB I)
- Gruppe IV Völlig ungeeignet bezw. untragbarer Bevölkerungszuwachs
(Hierher gehören in rassistischer Beziehung rein oder überwiegend ostische oder ostbaltische Typen, unharmonische Mischlinge der europäischen Rassen sowie in erbgesundheitlicher Beziehung schwer Belastete und leistungsschwache bis unfähige Personen bezw. Sippen. Sie entsprechen: dB II)

15 Zit. nach ebd., S. 146.

Gruppe IV F Völlig untragbarer Bevölkerungszuwachs
(Das sind Rassenmischlinge mit außereuropäischen Rassen und Fremdrassige)¹⁶

Die Erläuterungen in den Klammern zu den Gruppen I bis IV lassen keinen Zweifel an der herausragenden Bedeutung des ärztlichen Gesundheitsbefundes, der die Wahrnehmung von Rasseneigenschaften in nicht geringem Maß beeinflusst haben dürfte und im Zweifelsfall zum Beispiel bei „leistungsmäßiger“ Hochwertigkeit maßgebend war.

Die Familienbewertung konnte natürlich nur dann erfolgen, wenn es sich bei den Untersuchten nicht um sogenannte Einzelgänger handelte. In diesen Fällen stellte die Familienbewertung eine Zusammenfassung der individuellen Rassenformel dar.

Für den Schüler Erich Schneck, geboren am 29. Juli 1927 in Mackova, wurden zwei Rasseformeln innerhalb von weniger als zwei Monaten mit dramatisch unterschiedlichen Ergebnissen erstellt! Am 25. April 1940 lautete das Gesamturteil: III 4 c/d B I. Laut Familienbewertung „III“ war er ungeeignet bzw. gehörte zum unerwünschten Bevölkerungszuwachs – trotz blonder Haare! Dies ergibt sich aus 4 = kaum genügender Körper und der Zuordnung zu den Rassegruppen c = Ausgeglicener Mischling, der Nordischen, Fälischen oder Dinarischen Rasse mit Anteilen der übrigen europäischen Rassen und d = Ostisch, rein Ostisch, rein Ostbaltisch, ferner unausgeglichene Mischlinge zwischen diesen Rassen, außerdem unausgeglichene Mischlinge dieser Rassen mit geringem Nordischen, Fälischen und Dinarischen Anteil. Mit B I als Gesamturteil für seine Person war er nicht mehr geeignet (kaum geeignet). Am 7. Juni 1940 erhielt er die Rasseformel: I 5 b/c A II. Laut Familienurteil I gilt er damit als sehr geeignet bzw. als erwünschter Bevölkerungszuwachs.

Dieser erstaunliche rassische Wertigkeitswandel resultiert aus folgenden rassenideologisch hoch bedeutsamen Abweichungen von den ursprünglich festgestellten Merkmalsausprägungen. Die Rassenkarte enthält 16 Merkmalskategorien mit insgesamt 81 Merkmalsausprägungen (bei Haarfarbe gibt es z.B. zwölf Ausprägungen). Im April hatte man keine Angaben über etwa „Vorspringende Backenknochen?“ gemacht, im Juni wurde die Frage mit einem klaren nein beantwortet. Die Herkunft des Vaters und seiner Eltern war bei der ersten Untersuchung noch „unbekannt“, während die Mutter und ihre Eltern als Volksdeutsche galten, bei der zweiten Untersuchung stammten alle aus Galizien und galten als Volksdeutsche. Im April war zur Frage nach „Erbgesundheitslichen Angaben“ noch festgehalten worden: „angebl.[ich] o.[hne] B.[efund], kann nicht angegeben werden.“ Im Juni war dieser aus medizinischer Sicht zentrale Aspekt geklärt: „O.[hne] B.[efund]“. Und auch Erichs Rassenmerkmale hatten sich wesentlich gebessert. Sein Hinterhaupt war nun nicht mehr leicht, sondern mittel gewölbt, der Kopf nicht mehr rundlich, sondern mittelbreitoval, die Nase nicht mehr leicht eingebogen, sondern gerade und die Augenfarbe nicht mehr hellgrau, sondern hellblau! Die Haarfarbe blieb unverändert blond.¹⁷ So wurde Erich Schneck innerhalb weniger Wochen überzeugend aufgenordet und war damit Träger germanischen Blutes. Nun mag man einwenden, der erste Eignungsprüfer habe eben nicht genau hingeschaut und die zweite Rasseformel sei wissenschaftlich einwandfrei, so dass tatsächlich der Rassewert exakt gemessen werden konnte. Dies setzt allerdings den Glauben voraus, hellblaue Augen, gerade Nase und mittelbreitovaler Kopf seien eindeutig nordisch-fälische Rassemerkmale.

Ich meine hingegen, dass die scheinbare Objektivität der Rasseformel ein pseudowissenschaftliches Konstrukt ist, das allerdings den Vorteil hat, sich mit alltagspraktischen Vorstellungen rassischer Wertigkeit zur Deckung bringen zu lassen. Dies sei am Beispiel der Heim-ins-Reich geholten Volksdeutschen aus Lettland, die 1939/40 Rassebewertungen unterworfen wurden, demonstriert.

16 Zit. nach ebd., S. 146f.

17 Zwei Rassekarten mit einem Lichtbild von Erich Schneck; BAB, BDC, EWZ.

„Der Leiter der RuS-Dienststelle bei der Kommission I der EWZ, SS-Obersturmführer Müller, war mit den in Kolberg/Pommern gemusterten 519 Volksdeutschen aus Lettland ausgesprochen unzufrieden. Er beklagte in seinem Abschlussbericht, in Kolberg sei ‚wohl das schlechteste Material zur Untersuchung [gekommen,] das die Kommission in den letzten Wochen in Pommern überhaupt vorgefunden hat.‘ Dies lasse sich sowohl an den Untersuchungsergebnissen ablesen als auch an der Reaktion der Kolberger: ‚Die Meinung der Kolberger Bevölkerung über die Baltendeutschen, die sich nun schon seit mehreren Monaten hier aufhalten, bestätigt ebenfalls betreffs deren Verhalten im Alltag die negativen Erkenntnisse der Untersuchung.‘¹⁸ Dass soziale Unwerturteile im Gewand ethnisierender Diskriminierung (z.B. als „rassisch minderwertig“) daher kommen, ist ein ubiquitäres und zeitloses Phänomen, es zeigt aber gerade, dass die von Heinemann behauptete Prädominanz der „rassischen Hierarchisierung“¹⁹ in Wirklichkeit nur ein Instrument sozialer Überlegenheitsdemonstration ist. Die Rassenhierarchisierung folgt im Fall der „Ansetzung“ von Volksdeutschen in den „neuen Ostgebieten“ oder im „Altreich“ einer einfachen Regel, je weiter östlich die Herkunftsgebiete der Zuwanderer liegen und diese entsprechend als unzivilisiert eingeschätzt werden, desto tiefer liegt ihr Rangplatz auf der Rassenskala.²⁰ Entsprachen aber die zugeschriebenen Eigenschaften deutschem Wesen und deutscher Erscheinung, so hatten die NS-Bevölkerungspolitiker keine Probleme damit, dass sie trotz definitiv fehlender deutscher Abstammung wiedereingedeutscht wurden.

Heinrich Himmler versuchte zwar als „Reichskommissar für die Festigung deutschen Volkstums“ die Stimmigkeit der massenwirksamen Rassenhierarchisierung herrschaftstechnisch zu perfektionieren, musste jedoch einsehen, dass dies zum Beispiel bei der Differenzierung von Reichs- und Volksdeutschen auf alltagsrassistische Ablehnung stieß. Im November 1943 erließ er deshalb folgenden Befehl:

„Ich wünsche, den Ausdruck ‚Reichs- und Volksdeutsche‘ insbesondere die Bezeichnung ‚Volksdeutscher‘ für einen Deutschen aus irgendeiner Volksgruppe, die meistens von den Deutschen innerhalb der Reichsgrenzen mit einem gewissen herabsetzenden Ton verwendet wird, soweit wie möglich zu vermeiden.

Wenn im Sinne der bisherigen Begriffe von ‚Reichs- und Volksdeutschen‘ gesprochen wird, und man diese Unterscheidung machen muß, so ist von den ‚Deutschen innerhalb und außerhalb der Reichsgrenzen‘ zu sprechen oder von ‚Deutschen aus dem Reich‘ und ‚aus den Volksgruppen‘. In möglichst vielen Fällen ist nur zu sagen ‚er ist ein Deutscher‘.“²¹

Auch Volksdeutsche wurden also von der reichsdeutschen Bevölkerung „rassisch“ diskriminiert, um die etablierte soziale Stratifikation zu schützen.

18 Heinemann 2003, S. 244.

19 Ebd., S. 247.

20 Bei Musterungen für die Waffen-SS im rheinisch-westfälischen Industriegebiet hatte der Eignungsprüfer Helmut Sewering sehr häufig die Bestnote bei der Rassenwertung vergeben. In einer Beschwerde wurde behauptet, „diese außerordentliche Häufung“ könne nur „die Folge einer Fehlbeurteilung sein.“ Hamanns Interpretation der Hintergründe dieser Beschwerde leuchtet unmittelbar ein. „Der Beschwerdeführer spielte vermutlich darauf an, daß im rheinisch-westfälischen Industriegebiet sehr viele Arbeiterfamilien lebten, deren Vorfahren vor noch nicht allzu langer Zeit als Arbeitsmigranten aus Polen eingewandert waren. Denn im nächsten Satz verschärfte er den Vorwurf der Polenfreundlichkeit Sewerings, indem er denunzierte: ‚Gleichzeitig wird darauf hingewiesen, daß SS-O[ber]scha.[rführer] Sewering bei der Beurteilung von eindeutschungsfähigen Polen und Sonderbehandlungsfällen ein viel zu mildes Urteil gehabt haben soll.‘“ Hamann 1986, S. 157.

21 Der Chef der Sicherheitspolizei und des SD. Einwandererzentralstelle. Der Leiter, Litzmannstadt, den 18. April 1944, Anordnung Nr. 7 / 44; BAB, BDC, EWZ Ordner 6a.

„Artverwandtes Blut“ und die Leistungsfähigkeit seiner nicht deutschen Träger

Nun war es im Alltag aber auch nicht einfach, zum Beispiel zwischen rassistisch unerwünschten Polen (Kriegsgefangene, „Fremdarbeiter“, Hausmädchen) und rassistisch erwünschten Polen zur Wiedereindeutschung zu unterscheiden. So sah sich Himmler als Reichskommissar für die Festigung deutschen Volkstums zu einer Klärung veranlasst und zog eine scheinbar eindeutige Rassenlinie. Den Anlass dazu bot ein Schreiben des Chefs seines Stabshauptamtes vom Dezember 1941, in dem er eine Änderung des Begriffs „artverwandtes Blut“ vorschlug, denn: „Der wachsende Einsatz von fremdvölkischen Arbeitern und die Notwendigkeit einer begrifflichen Trennung der Arbeitskräfte aus den germanischen Völkern von denen aus slawischen u.a. Völkern machen die Unterteilung der bisherigen Bezeichnung ‚artverwandtes Blut‘ dringend erforderlich, zu dem die Russen ebenso gehören wie die Norweger.“²² In der Anordnung Nr. 70/I vom 23.3.1942 legte Heinrich Himmler schließlich fest, wie der Gesamtbegriff „artverwandt“ zu unterteilen sei:

„1. Deutsches und stammesgleiches (= germanisches) Blut.

Hierzu gehören ausser a l l e n deutschen Menschen auch a l l e Menschen germanischer Völker, und zwar ohne Rücksicht auf ihr individuelles rassisches Erscheinungsbild, mit Ausnahme der Mischlinge mit artfremdem Bluteseintrag.

Stammesgleichen Blutes sind weiterhin alle d i e eindeutschungsfähigen Menschen bzw. Sippen der nichtgermanischen Völker, die in ihrem Erscheinungsbild – und damit, nach dem Gesetz der grossen Zahl, auch ihrem Erbbild – vorwiegend nordisch-fälische Rassenelemente besitzen. Es wird sich bei ihrer Eindeutschung weitgehend um die Rückgewinnung verschütteten germanischen bzw. deutschen Blutes handeln.

2. Artverwandtes – nichtstammesgleiches Blut.

Hierher gehört das Blut a l l e r nichtgermanischen europäischen Völker, soweit nicht einzelne Menschen bzw. Sippen dieser Völker als stammesgleich anzusprechen sind, also alle slawischen, romanischen, keltischen und baltischen Völker.“²³

Wie problematisch die Anordnung war, ergibt sich daraus, dass Himmler die Anordnung „Geheim“ stempeln ließ und anordnete, dass sie „nur an die Hauptämter [der SS] als geheime Reichssache herausgegeben werden soll.“²⁴ Sie belegt ja auch tatsächlich die abenteuerliche Willkür nationalsozialistischer Rassenpolitik und Rassentheorie, indem eine

22 Der Reichskommissar für die Festigung deutschen Volkstums. Stabshauptamt an den Reichsführer-SS, 11. September 1941; BAB, NS 19/3680. Es ist dabei zu bedenken, daß „die gesamte deutsche Rassengesetzgebung auf dem Begriff ‚artverwandtes Blut‘ aufgebaut ist [...]“. Der Reichskommissar für die Festigung deutschen Volkstums. Stabshauptamt, 11. März 1942; BAB, NS 19/3680.

23 Der Reichsführer-SS. Reichskommissar für die Festigung deutschen Volkstums, Führerhauptquartier, d. 23.3.1942, Änderung des Begriffes „artverwandtes Blut“. Anordnung Nr. 70/I. Stempelaufdruck: Geheim; BAB, NS 19/3680. Schon 1940 musste Himmler eingestehen, dass noch auf lange Zeit „fremdrassige“ Arbeitskräfte gebraucht werden würden. Deswegen verkündete er in einer für Hitler bestimmten Vorlage ein „heiliges, für alle Zeiten gültiges Gesetz bei der Verwendung dieser fremdrassigen Wanderarbeiter.“ Punkt 3 dieses Gesetzes lautet: „unmöglich und verboten ist jede geschlechtliche Vermischung zwischen diesen fremdrassigen und germanischen Menschen.“ Es droht nicht nur den „Fremdrassigen“ im Fall eines Verstoßes drakonische Strafen an, auch Unternehmer, die das Verbot der „wirtschaftlichen“ und „gesellschaftlichen“ Gleichstellung mißachten sollten, wurden die „schärfsten Strafen wie Einziehung des Vermögens, in schlimmeren Fällen mit der Todesstrafe“ angedroht. Klingemann, Carsten (1996): Ursachenanalyse und ethnopolitische Gegenstrategien zum Landarbeitermangel in den Ostgebieten: Max Weber, das Institut für Staatsforschung und der Reichsführer SS. In: Jahrbuch für Soziologiegeschichte 1994. Opladen 1996, S. 192-203, 200.

24 Der Reichsführer-SS. Persönlicher Stab an den Chef des Stabshauptamtes SS-Gruppenführer Greifelt, Führer-Hauptquartier, 14. April 1942; BAB, NS 19/3680.

fiktive Kausalität konstruiert wurde. So sind Angehörige nicht germanischer Völker nach dem hier wohl nicht einschlägigen Gesetz der großen Zahl dann auch genotypisch (Erbbild) vorwiegend nordisch-fälisch, wenn sie phänotypisch (Erscheinungsbild) „geeignet“ erscheinen. Andererseits sind es ihre Herkunftsvölker nicht, obwohl sich bekanntlich hinter einem nicht nordisch-fälischen Erscheinungsbild durchaus ein „geeignetes“ Erbbild verbergen kann. Außerdem musste nach der tatsächlichen Logik des Gesetzes der großen Zahl auch vermutet werden, dass sich hinter dem nicht nordisch-fälischen Erscheinungsbild deutscher Menschen auch ein solches Erbbild versteckt. Von einer entsprechenden Rassenauslese, die deren Fortpflanzung unterbunden hätte, ist aber nichts bekannt.

Um dennoch handlungsfähig bleiben zu können, wurde eben von Himmler passende Regelungen verordnet, die die Erreichung des Ziels der Rettung des vermeintlich letzten Tropfens deutschen Blutes trotz problematischer Rassewertung ermöglichte: „Vom Reichsführer-SS ist ferner entschieden worden, dass Familienteile auf Grund ihrer verschiedenen Rassenwertung unter Umständen von der Familie getrennt und anerkannt werden können.“

Auch bei der Deutschstämmigkeitsaktion ist wie beim Deutschen Volkslistenverfahren das gesamte Überprüfungsergebnis der geschlossenen Familie ausschlaggebend, wobei die deutsche Abstammung nach den Kindern bewertet wird.²⁵ Nun muss nochmals betont werden, dass eigentlich nur Bewertungen in Form des Familienurteils von NS-Rassenpolitikern als valide angesehen wurden. Aber nicht nur darauf wird verzichtet, Himmler stellt auch noch die Logik der Genealogie schlichtweg auf den Kopf, indem er die Abstammung „nach den Kindern“ bewertet wissen will.

Auch vor Ort wurde kongenial gehandelt. Um die Akzeptanz der Germanisierung von Polen zu steigern, erließ der RuS-Führer in Breslau 1942 „Richtlinien für Eindeutschung polnischer Familien“. Darin wurde gefordert, dass die ausgewählten Familien „aus der übrigen polnischen und volksdeutschen Bevölkerung hervorstechen.“ Wenn diese Polen sogar gegenüber den Volksdeutschen eine rassische Elite darstellen, müsste ihre Eindeutschung eigentlich hinreichend legitimiert sein. Aber der RuS-Führer wusste um den Alltagsrassismus, dem er vorbeugen wollte. Unter Punkt 4 der Richtlinien heißt es: „Da die eindeutschungsfähige Familie in rassischer Beziehung über dem Durchschnitt der gleichen sozialen Bevölkerungsschicht stehen muss, muss der nordisch-dinarische Blutsanteil vorwiegen, d.h., für den Laien gesehen, dass diese Familien durch die Höhe des Wuchses aus der Masse im allgemeinen herausragen müssen.“²⁶ Die rassische Höherwertigkeit von eingedeutschten Polen war also eine Frage der Körpergröße.

Bei der Feststellung der Abstammung von „volksdeutschen Umsiedlern“ zählte hauptsächlich der Gesundheitszustand. Und ihre Volkstumszugehörigkeit wurde „in Zweifelsfällen“ praktischer Weise von „Volkstumssachverständigen aus den Reihen der Umsiedler“ bestimmt. In einem von der EWZ Litzmannstadt im Oktober 1940 herausgegebenen „Informationsbericht über die Aufgaben der Einwandererzentralstelle und die Durchführung der behördlichen Erfassung von Umsiedlern aus Beßarabien, dem Buchenland (Bukowina), der Dobrudscha und Litauen“ finden sich Ausführungen, die deutlich herausstellen, dass bei den Untersuchungen in der „Gesundheitsstelle“ tatsächlich „Gesundheit“, das heißt Leistungsfähigkeit entscheidend war gegenüber dem dort vom Eignungsprüfer festgestellten Rassewert.

„Einen breiten Raum in der Gesamterfassung nimmt die gesundheitliche und erbbiologische Begutachtung der Umsiedler ein (Gesundheitsstelle). Zu diesem Zweck sind die Kommissionen in ausreichendem Maße mit Ärzten und Eignungsprüfern versehen. Durch Nachforschungen über die gesundheitlichen Verhältnisse in der gesamten Sippe, durch ärztliche Untersuchungen und durch

25 Der Chef der Sicherheitspolizei und des SD an den Reichsführer-SS, 20.7.1943, S. 2; BAB, NS 19/3662.

26 Zit. nach Hamann 1986, S. 164.

eine Röntgenaufnahme wird ein möglichst umfassendes Bild des gesamten körperlichen Zustandes geschaffen. Das Ergebnis dieser Untersuchung ist mitbestimmend für die Einbürgerung und auch für den Berufseinsatz.“ Die Prüfung der rassischen Eignung wird nur indirekt angesprochen, wenn im weiteren die Rolle der aus den eigenen Reihen stammenden Volkstumssachverständigen erläutert wird. „Neben dem ärztlichen Gutachten verwendet die Staatsangehörigkeitsstelle, bei der die Einbürgerung durchgeführt wird, sämtliche erreichbaren urkundlichen und durch Nachforschungen zu erlangenden Unterlagen über die Abstammung und Volkstumszugehörigkeit der Umsiedler. In Zweifelsfällen ist vornehmlich das Urteil der aus dieser Stelle bei allen Kommissionen zugewiesenen Volkstumssachverständigen aus den Reihen der Umsiedler mit ausschlaggebend.“²⁷

Was misst der von Eignungsprüfern des RuSHA festgestellte Rassewert eines Menschen?

Obwohl man geneigt ist an zu nehmen, dass die Aussagen von Volkstumssachverständigen aus den eigenen Reihen doch eher parteiisch ausfallen, sind ihre Urteile vermutlich valider als die der lizenzierten Eignungsprüfer. Diese waren nämlich hauptsächlich „nicht mehr fronttaugliche SS-Offiziere“ und teilweise auch Wehrmachtsoffiziere und -psychologen sowie Studenten als „Hilfseignungsprüfer“.²⁸ Ausgebildet wurden sie in angeblich „mehrwöchigen“ Lehrgängen.²⁹ Das überlieferte Programm eines Eignungsprüferlehrgangs aus dem Jahr 1940 weist hingegen nur neun Unterrichtstage aus. An diesen Tagen standen neben Fröh-sport, Sport am Nachmittag, kulturellen Veranstaltungen, „Ausprache“, „Arbeitsstunde“ und Filmvorführungen folgende Vorträge im Programm:

„Die gegenwärtigen Aufgaben des Rassenamtes im Rahmen der Rückgliederung der neuen Ostgebiete“, „Rassische Zusammensetzung des deutschen Volkes im Verlauf der Geschichte“, „Auswertung der Judentaufen für den Abstammungsnachweis“, „Fremdblütige Rasseneinschläge im deutschen Volke, die Gebiete ihres stärksten Auftretens und ihre Herkunft“, „Katholische Bevölkerungs- und Rassenpolitik“, „Aufgaben des Sippenamtes in bezug auf die Auslese der SS“, „Das seelische und charakterliche Bild der artverwandten und artfremden Rassen“, „Auslesegrundsätze der SS und Art und Weise der SS-Eignungsuntersuchungen“, „Besondere Rassenmerkmale als Erkennungszeichen für bestimmte Einschläge bei Rassenmischlingen“, „Die rassenbiologische und bevölkerungspolitische Bedeutung der volksdeutschen Rückwanderung im deutschen Osten (mit Lichtbildern)“, „Abstammungslehre und moderne Erbforschung“, „Die rassenkundlichen Verhältnisse im Raume des ehemaligen polnischen Staats und ihre rassengeschichtlichen Grundlagen (mit Lichtbildern)“, „Siedlungsprobleme in den neuen Ostgauen“.

Allein sieben davon hielt der habilitierte Anthropologe Bruno Kurt Schultz, 1932 bis 1935 und 1941 bis 1944 Leiter des Rassenamtes des RuSHA und ab 1936 Professor an der Reichsakademie für Leibesübungen, um dann 1942 einen eigens geschaffenen Lehrstuhl für Rassenkunde an der Deutschen Karls-Universität in Prag zu übernehmen. Er koordinierte die Ausbildung der Eignungsprüfer³⁰ und war Autor eines Lehrbuchs für rassenkundliche Messtechnik, worauf noch näher eingegangen wird. Über den Inhalt der Vorträge ist mir nichts weiter bekannt, sie mögen aber Grundlagenwissen für die spätere Tätigkeit der Lehrgangsteilnehmer als Eignungsprüfer geboten haben.

27 Der Chef der Sicherheitspolizei und des SD. Einwandererzentralstelle, Litzmannstadt, den 28. Oktober 1940; BAB, BDC, EWZ (Gesundheitsstelle und Staatsangehörigkeitsstelle im Original fett gedruckt.)

28 Hamann 1986, S. 149, Heinemann 2003, S. 199.

29 Heinemann 2003, S. 200.

30 Vgl. Heinemann 2003, S. 634f.

An drei Abenden waren ab 20.00 Uhr „Schulmäßige SS-Eignungsuntersuchungen“ angesetzt. Es verwundert nicht nur die geringe Zahl dieser für die praktische Arbeit der Eignungsprüfer doch eigentlich wichtigen Übungen, sondern auch ihre späte Terminierung und nicht festgelegte Dauer. Auch die Bedeutung der „Besichtigung des Lagers der Wolhynien- und Galiziendeutschen in Nauen bei Berlin“ („Abmarsch“ 8.00 Uhr, 18.00 Uhr Besuch des Films „Feuertaufe“ im Ufa-Palast am Zoo) für die zukünftige Tätigkeit muss ungeklärt bleiben.³¹ Es drängt sich aber der Verdacht auf, dass weniger die Exaktheit der Erstellung von Rassegutachten als vielmehr die rassenideologische Schulung wichtig war.

Der Hauptabteilungsleiter im Rassenamt des RuSHA Dr. Heinrich Rübel sprach 1948 in einer Zeugenaussage im Prozess gegen das RuSHA davon, dass die angehenden Eignungsprüfer in den Fächern Biologie, Anthropologie, Rassenhygiene und -kunde unterrichtet worden seien, sie lernten aber „die eigentliche Eignungsprüfung oder rassische Begutachtung eines Menschen“ durch praktischen Unterricht „und zwar an Hand lebender Menschen. Die Eignungsprüfer selbst stellten ja die verschiedensten Typen dar, und wurden nun, so wie man sie gerade gebraucht hat, dem Lehrgang als Musterbeispiel zur Verfügung gestellt.“³² Ich halte es für möglich, dass das Gericht Rübel diese Erzählung abgenommen hat. Nur fragt man sich, wie ein Rasseprüfer so die Bestimmung rassisch minderwertiger Merkmale erlernen konnte, wo doch die Teilnehmer SS-Angehörige waren, die bekanntlich nur aus der Rassenelite rekrutiert worden sein konnten. Selbst wenn man davon absieht und die NS-Rassendogmatik ernst nimmt, bleibt es generell ein Rätsel, wie auf diese Weise geschulte Eignungsprüfer in der Lage sein sollten, den Rassewert eines Menschen „exakt“ feststellen zu können, auch wenn sich dem Lehrgang ein halbes Jahr Einarbeitung bei einem „bewährten“ Eignungsprüfer anschloss

Wie wenig exakt allein schon die rassenideologisch so elementar wichtige Bestimmung der Augen-, Haar-, und Hautfarbe ist, spricht Bruno K. Schultz in seinem „Taschenbuch der rassenkundlichen Meßtechnik. Anthropologische Meßgeräte und Messungen am Lebenden“³³ deutlich aus:

Augenfarbe:

Augenfarbentafel: „In schmalem, aufklappbarem Metallkästchen sind 20 Glasaugen in der Reihe hellblau (1) bis zu dunkelbraun (16) angebracht.“ (53)

„*Bestimmung:* Die aufklappbare Tafel wird an dem Auge der untersuchten Person bei nicht zu greller Beleuchtung langsam vorbeigeführt und festgestellt, welchem Pigmentgrad der Tafel das zu bestimmende Auge am nächsten kommt. Vollkommene Übereinstimmung zwischen dem untersuchten Auge und der Farbentafel ist fast nie festzustellen. Man berücksichtige, daß die Augentafel teils durch Pigmentmangel, teils durch vorhandenes Pigment und durch die Struktur der Regenbogenhaut bestimmt wird.“ (S. 96)

Haarfarbe:

Haarfarbentafel: „An einem zusammenklappbaren Metallstab sind 31 Haarproben befestigt, die mit dem Haar der Untersuchungsperson genau verglichen werden können.“ (53)

„*Bestimmung:* Die Haarproben werden an das zu beobachtende Haar gelegt und unter Umständen auch etwas gebogen, um denselben Lichteinfall wie bei dem untersuchten Haar

31 Eignungsprüferlehrgang des Rasse- und Siedlungshauptamtes SS, vom 6. bis 16. April 1940 in der Reichsschule Müggelheim des Fachamtes Druck und Papier der DAF; BAB, NS 2/88, Bl. 39-44. An diesem Lehrgang hat auch SS-Oberscharführer Alfred Proksch teilgenommen, der die zweite Rassenwertung von Erich Schneck vorgenommen hat und ihn durch Aufordnung zum erwünschten Bevölkerungszuwachs erklärte.

32 Zit. nach Hamann 1986, S. 149.

33 München-Berlin 1937. Schultz hat darin auch die von ihm selbst entwickelten Messgeräte und -verfahren dokumentiert. Bei der folgenden Schilderung der Augen-, Haar- und Hautfarbenbestimmung beziehe ich mich immer auf seine Geräte und Verfahren. Schon 1934 hatte er Schulungsmaterial für Rasseprüfungen von SS-Bewerbern erstellt. Vgl. Heinemann 2003, S. 60.

zu erhalten. Bei der Tafel nach B. K. Schultz wird durch das Fenster hindurch verglichen und bestimmt.“ (96)

Hautfarbe:

Hautfarbentafel: „30 Farbstufen von ganz hell bis dunkelbraun sind auf zusammenklappbaren Kartonblättern befestigt und mit einem runden Fenster versehen, durch das das zu prüfende Hautstück verglichen werden kann.“ (56)

„*Bestimmung*: Die Tafel wird an der zu beobachtenden Stelle so vorbeigeführt, daß die Farbenprobe der Tafel unmittelbar verglichen werden kann. Für gewöhnlich werden nur unbesonnte Stellen, und zwar immer wieder dieselben Hautstellen (Innenseite des Oberarmes, Rücken, Innenseite des Oberschenkels) untersucht. Auch hier handelt es sich um Eingruppierung in Farbstufen.“ (96)

Ob die von Schultz geschulten Eignungsprüfer diese Hilfsmittel einsetzten, ist mir nicht bekannt. Welche für die betreffenden Personen dramatischen Ungenauigkeiten oder besser gesagt bewussten Gegendiagnosen bei der Bestimmung dieser und anderer Körpermerkmale vorgekommen sind, ist bereits geschildert worden. Es kommt hinzu, dass nur 75 bis 80 gleichzeitig tätigen Eignungsprüfern³⁴ beinahe zwei Millionen zu überprüfender Menschen (ohne die SS-Bewerber) gegenüberstanden. Im Frühjahr 1942 wurden zum Beispiel allein knapp 100.000 Angehörige und Antragsteller aus den Gruppen 3 und 4 der Deutschen Volksliste rassisch untersucht. Eine EWZ-Statistik verzeichnet bis Ende 1944 genau 1.030.000 examinierte Volksdeutsche. Heinemann nimmt wohl begründet an, dass knapp zwei Millionen Menschen als Angehörige dieser Gruppen für eine Rassenauslese vorgesehen waren, „ein großer Teil von ihnen wurde ihr bis Kriegsende auch tatsächlich unterzogen.“³⁵

Im Oktober 1940 war auf einer Sitzung der Dienststellen- und Kommissionsleiter der EWZ festgelegt worden, dass eine Kommission ca. 40 Mitarbeiter umfasst „für eine tägliche Durchschleusungskapazität von 200 Personen.“ Darunter befanden sich zwei Ärzte und zwei Eignungsprüfer.³⁶ Es ist kaum anzunehmen, dass auch nur die beschriebene Bestimmung von Augen-, Haar- und Hautfarbe gemäß den Anweisungen aus dem Taschenbuch der rassenkundlichen Messtechnik von B. K. Schultz durchgeführt worden ist. Völlig ausgeschlossen ist auch eine entsprechend aufwendige Vorgehensweise bei der Begutachtung der übrigen Merkmale, wenn man bedenkt, dass zur Durchschleusung auch noch das Absolvieren von Melde-, Ausweis-, Lichtbild-, Berufseinsatz- und Staatsangehörigkeitsstelle gehörte. Diese Annahme wird dadurch bestätigt, dass der Leiter der Außenstelle Litzmannstadt des RuSHA 1941 sogar davon ausging, eine Kommission mit ihren zwei Ärzten und zwei Eignungsprüfern könne täglich zwischen 800 und 1000 Menschen rassisch überprüfen.³⁷

Rasse oder Eignung? – Biomedizin oder Sozialdiagnostik?

Das ging dann wohl nur mit Hilfe von „Blickdiagnosen“.³⁸ So kommt Hamann nur zu Recht zu dem Schluss, den er im Hinblick auf die rassische Musterung von Ausländern zieht, und den man auf alle Untersuchten ausweiten kann: „Die heute fremd anmutende Rassenterminologie stand für den Grad der Anpassung bzw. der Anpassungsbereitschaft des Menschen an das deutsche Wesen und die deutsche Leistungsgemeinschaft. Im wesentlichen wurde die ‚Eignung‘ eines Menschen geprüft, nicht seine Rasse.“³⁹ Und dieses Prinzip sollte schließlich auch für alle „asozialen“ Volksgenossen gelten, selbst wenn sie in rassischer

34 Vgl. Heinemann 2003, S. 199.

35 Heinemann 2003, S. 244, 260, 268.

36 Der Chef der Sicherheitspolizei und des SD. Einwandererzentralstelle. Führungsstab Litzmannstadt, Litzmannstadt, den 25.10.40; BAB, BDC, EWZ.

37 Vgl. Heinemann 2003, S. 266.

38 Hamann 1986, S. 175.

39 Hamann 1986, S. 175.

Hinsicht nicht zu diskriminieren waren. Das übergeordnete Ziel war die „Endlösung der sozialen Frage“.⁴⁰ Gisela Bock hat den Zusammenhang von Asozialität und Rasse einerseits und Biologie und Soziologie andererseits schon 1986 prägnant formuliert: „Mit der Kategorie ‚Asozialität‘ rekurrierte Rassismus auf das, was seine ‚Biologie‘ immer schon war: Diskriminierung sozialer Minderheiten. ‚Asozialität‘ war die umfassendste Wertkategorie des Rassismus: Selbsternannte ‚Wertvolle‘ bestimmten, was ‚sozial‘ und was ‚biologisch‘ sei. In der Kategorie der ‚Asozialen‘ und deren Behandlung fielen rassistische ‚Biologie‘ und rassistische ‚Soziologie‘ zusammen.“⁴¹

Diese Position wird auch von Wolfgang Ayaß geteilt: „‚Asozialität‘ war eine von außen auferlegte Sammelbezeichnung für abweichendes Verhalten unterschiedlichster Form.“ Die nationalsozialistische Asozialenpolitik verfolgte als Bezugspunkt „die Sozialutopie einer endgültigen Beseitigung abweichenden Verhaltens.“ Die Lösung dieses Problems bestand in seiner Biologisierung. Ayaß beruft sich auf den Leiter des Rassenpolitischen Amtes der NSDAP Walter Groß, der Asozialität für vererbbar erklärte. Sie manifestiere sich in fest umrissenen „Erbkreisen“ und müsse nur aufgespürt und ausgesemert werden. Hier stoßen wir wieder auf die eingangs erwähnte „biomedizinische Vision“. Ayaß belegt materialreich, dass etwa in den Beschlüssen von Erbgesundheitsgerichten „die soziale Diagnose häufig kaum hinter pseudomedizinischem Vokabular versteckt war.“ Er macht weiterhin am Beispiel der Rolle der Fürsorgeadministration deutlich, dass die scheinbare Lösung des Asozialenproblems biomedizinisch gedacht war, aber nicht die Diagnose und auch nicht das angestrebte Menschen- und Gesellschaftsbild. „Die Asozialenverfolgung im Nationalsozialismus ist nicht allein aus der Umsetzung rassenhygienischer Ideen erklärbar. [...] Die fürsorgerische Ausgrenzung benannte gesellschaftliche Problemgruppen, die dann zum Objekt eugenischer Eliminierung werden konnten. Die mörderische Phase ab 1938 ist ohne den vorangegangenen massiven fürsorgerisch-autoritären Angriff auf unangepaßt lebende Menschen kaum vorstellbar. Autoritäre Wohlfahrtspolitik hat innergesellschaftliche Feindgruppen benannt, ausgegrenzt und oft auch interniert, die dann ab 1938 in die Konzentrationslager verschleppt oder in ‚Euthanasie‘-Maßnahmen ermordet wurden.“⁴²

Den nationalsozialistischen Gesundheits- und Rassenpolitikern ging es um die Besserung des Volkskörpers als solchem auf Kosten gesundheitlich tatsächlich oder vermeintlich beeinträchtigter und/oder als rassistisch „minderwertig“ etikettierter Individuen. Darin sieht auch Klaus Dörner die Gefährlichkeit der bereits vor 1933 einsetzenden Soziologisierung der Medizin. Sie wurde zu einem Unternehmen, „das aus der Anwendung der Gesetzmäßigkeiten anderer Wissenschaften besteht – und zwar in der historischen Reihenfolge Physik,

40 Das ursprünglich von Karl Heinz Roth formulierte Postulat der Existenz eines Gesamtplans zur Lösung der sozialen Frage ist inzwischen als obsolet erkannt worden; vgl. das Kapitel 10 „Gab es Pläne für eine ‚Endlösung der sozialen Frage?‘“ in: Ayaß 1995. Gisela Bock lehnt die Verwendung der Formel „Endlösung der sozialen Frage“ scharf ab. Bock, Gisela: Krankenmord, Judenmord und nationalsozialistische Rassenpolitik: Überlegungen zu einigen neueren Forschungshypothesen. In: Frank Bajohr, Werner Johe, Uwe Lohalm (Hrsg.): Zivilisation und Barbarei. Die widersprüchlichen Potentiale der Moderne. Detlev Peukert zum Gedenken. Hamburg 1991.

41 Die Rolle der Wissenschaft bei der Auswahl der Opfer ist nicht zu unterschätzen, ihre Selektionsergebnisse decken sich auf frappierende Weise mit den Regeln des Alltagsrassismus: „Die Aussonderung folgte hierarchisierten tatsächlichen und angeblichen sozialen Merkmalen und Merkmalskombinationen. War sie, wie in den Sterilisationsverfahren, relativ öffentlich, wurde sie noch wissenschaftlich-personell flankiert. Zur Aussonderung in den Anstalten genügten bereits standardisierte Medizinergutachten, in Fließbandarbeit abgefaßt. Die geheime Aussonderung der ‚Asozialen‘ in den Zuchthäusern schließlich konnte ungeschminkt ablaufen: Das soziale Merkmal ‚inhaftierter Zigeuner‘ entsprach dann auch ohne erbbiologische Windungen in der sozialen Hierarchie etwa einem zu vier Jahren Zuchthaus verurteilten Polen oder einem mit lebenslanger Haft bestrafte Deutschen.“ Scherer, Klaus: „Asozial“ im Dritten Reich. Die vergessenen Verfolgten. Münster 1990, S. 112; Bock, Gisela: Zwangssterilisation im Nationalsozialismus. Studien zur Rassenpolitik und Frauenpolitik. Opladen 1986, S. 367.

42 Ayaß, Wolfgang: „Gemeinschaftsfremde“. Quellen zur Verfolgung von „Asozialen“ 1933 – 1945. Koblenz 1998, XII, XIII, XXI.

Chemie, Biologie, Psychologie und Soziologie/Ökonomie.“ Dabei „brachte insbesondere die Soziologisierung der Medizin die Gefahr mit sich, sich nicht mehr primär für den Einzelmenschen, sondern für alle Menschen einer Gesellschaft verantwortlich zu fühlen [...]“.⁴³

Diese Denkweise lässt sich in der Soziologie selbstverständlich auch beobachten. Es ist zum Beispiel der Hamburger Soziologe Andreas Walther, der mit den modernsten Verfahren der amerikanischen empirischen Sozialforschung bestens vertraut ist, der 1934/35 die „gemeinschaftschädigenden“ Familien der Hamburger Slum-Viertel zur sozialhygienischen Vorbereitung von Flächensanierungen erfasst, um alle sozialen Krankheitsherde endgültig auszurotten (vgl. Roth 1987). Sein Katalog von zu erfassenden Merkmalen abweichenden Verhaltens ist ebenso umfassend wie jener des geplanten Gemeinschaftsfremdengesetzes der NS-Zeit.⁴⁴ Die Soziologie befand sich überdies schon seit ihrer Begründung nicht im Stand der Unschuld, sondern wurde als über die Individuen verfügende Ordnungswissenschaft konzipiert. Ihrer frühen positivistischen Variante ist es zu verdanken, dass die in der Medizin zu der Zeit übliche Annahme einer bloß quantitativen Differenz von gesund und krank, normal und anormal zerstört wurde.⁴⁵ Noch 1955 heißt es im Artikel „Asozial“ des „Wörterbuchs der Soziologie“: „Asozialität kann in genialer Vereinzelung begründet, aber auch krankheits- oder milieubedingt sein.“ Martha Mierendorff unterscheidet vier Gruppen Asozialer. Zur vierten Gruppe der „Biologisch Asozialen“ zählen nicht nur altersbedingte Abweichler. „Durch Krankheit Asoziale sind Infantile und Schwachsinnige.“ Im direkten Anschluss daran findet sich ein Satz ganz im Sinne des Gemeinschaftsfremdengesetzes: „Daneben gibt es Randerscheinungen, wie z.B. Vagabunden, Abenteurer und Zigeuner.“⁴⁶ Von der Soziologie her wurden schon lange vor 1933 und auch nach 1945 „biologisch Asoziale“ und „Randerscheinungen“ definiert. Wie ja auch der Sozialdarwinismus keine Erfindung der Biologie ist, sondern ausgehend von gesellschaftswissenschaftlichen Kategorien des Soziologen Herbert Spencer sich in Wechselwirkungen mit ihr konstituierte.⁴⁷

Aus dieser Sicht kann „Rassismus“ nicht, wie Ulrich Herbert meint, als im Kern „Biologisierung des Gesellschaftlichen“ übersetzt werden, so dass gesellschaftliche Entwicklungen und Probleme sich „wenn nicht vollständig, so doch wesentlich nicht auf soziale, sondern auf biologisch-genetische Konstellationen zurückführen“ ließen.⁴⁸ Von mir wird hingegen die

43 Dörner 2001, S. 335.

44 Zum Gemeinschaftsfremdengesetz vgl. Ayaß, Wolfgang: „Asoziale“ im Nationalsozialismus. Stuttgart 1995; Ayaß 1998; vgl. allgemein zu gesellschaftssanitären Tendenzen in den Gesellschaftswissenschaften. Klingemann, Carsten: Das Individuum im Fadenkreuz der Gesellschaftswissenschaften. In: Anton-Andreas Guha, Sven Papcke (Hrsg.): Entfesselte Forschung. Die Folgen einer Wissenschaft ohne Ethik. Frankfurt/M. 1988.

45 Marianne Schuller verfolgt den Prozess der Wechselwirkung zwischen der vom französischen Biologen F.-J.-V. Broussais vertretenen These der bloß quantitativen Differenz nur bis zu deren Übernahme durch den Soziologen Auguste Comte, aber nicht mehr dessen gegen seine eigene Absichtserklärung vollzogenen Wende zu einer scharfen qualitativen Unterscheidung von normal und anormal und ihre Rückwirkungen auf die Medizin, wie es Lepenies macht. Schuller, Marianne: „Entartung“. Zur Geschichte eines Begriffs, der Geschichte gemacht hat. In: Heidrun Kaupen-Haas, Christian Saller (Hrsg.) Wissenschaftlicher Rassismus. Analysen einer Kontinuität in den Human- und Naturwissenschaften. Frankfurt/M., New York 1999. Vgl. auch das Kapitel „II. Wechselwirkungen zwischen Soziologie und Biologie“ in Klingemann, Carsten: Ein Kapitel aus der ungeliebten Wirkungsgeschichte der Sozialwissenschaften. Sozialutopien als sozialhygienische Ordnungsmodelle. In: Klingemann (Hrsg.) 1987. Vgl. Lepenies, Wolf: Normalität und Anormalität. Wechselwirkungen zwischen den Wissenschaften vom Leben und den Sozialwissenschaften im 19. Jahrhundert. In: Ders. (Hrsg.): Geschichte der Soziologie. Studien zur kognitiven, sozialen und historischen Identität einer Disziplin, Band 3. Frankfurt/M. 1981.

46 Mierendorff, Martha (1955): Asozial. In: Wilhelm Bernsdorf, Friedrich Bülow (Hrsg.): Wörterbuch der Soziologie. Stuttgart, S. 36.

47 Vgl. Klingemann, Carsten: Rasse/Rassentheorie (Sozialdarwinismus). In: Harald Kerber, Arnold Schmieder (Hrsg.): Handbuch Soziologie. Zur Theorie und Praxis sozialer Beziehungen. Reinbek 1991.

48 Herbert, Ulrich: Rassismus und rationales Kalkül. Zum Stellenwert utilitaristisch verbrämter

These vertreten, dass gesellschaftliche Ordnungsmodelle wie das der eugenisch und rassenhygienisch optimierten Volksgemeinschaft nicht durch Rückgriff auf blutsmystische Rassentheorien realisiert werden konnten, sondern nur durch Anwendung sozialdiagnostischer Verfahren. Sie halfen, unter dem Deckmantel medizinischer Terminologie nach Kriterien sozialer und politischer Erwünschtheit soziologische Großgruppen zu bestimmen und sichtbar zu machen, wodurch sie administrativen Maßnahmen ausgeliefert werden konnten, die dann allerdings an ganz konkreten Individuen biomedizinisch exekutiert werden konnten.

Literatur

- Bach, Adolf 1936: „Deutsche Volkskunde“. In: *Archiv* 6, S. 361-363.
- Bock, Gisela 1986: Zwangssterilisation im Nationalsozialismus. Studien zur Rassenpolitik und Frauenpolitik. Opladen.
- Brocke, Bernhard vom 1998: Bevölkerungswissenschaft – Quo vadis? Möglichkeiten und Probleme einer Geschichte der Bevölkerungswissenschaft in Deutschland. Opladen 1998.
- Brocke, Bernhard vom 2002: Die Förderung der institutionellen Bevölkerungsforschung in Deutschland zwischen Weltkrieg und Diktatur. In: Mackensen ed., S. 39-60.
- Bülow, Friedrich 1939: Neue Aufgaben der Raumforschung. In: *Weltwirtschaftliches Archiv* 49 (1939 I), S. 129-136.
- Bülow, Friedrich 1940: Zum neuen Forschungsprogramm der Reichsarbeitsgemeinschaft für Raumforschung. In: *RuR* 4, S. 148-150.
- Burgdörfer, Friedrich 1936a: Volkskunde im Lichte der Bevölkerungsstatistik und Bevölkerungspolitik. In: *Grundlagen der Erb- und Rassenpflege*; ed. E. Moebius. Berlin, S. 1-58.
- Burgdörfer, Friedrich 1936b: Volkskunde im Lichte der Bevölkerungsstatistik und Bevölkerungspolitik. In: *Archiv* 6, S. 203-206.
- Denkschrift: Geopolitik als nationale Staatswissenschaft. In: *ZfG* 10, S. 301-304.
- Durth, Werner und Niels Gutschow 1988: Träume in Trümmern. Planungen zum Wiederaufbau zerstörter Städte im Westen Deutschlands 1940-1950, 2 Bde: Braunschweig u.a.
- Fischer, Erika 1941: Rez. zu: E. Pfeil: Bevölkerung und Raum. In: *RuR* 5, S. 238.
- Gelinek, Oskar 1940: Die Aufgaben der Bevölkerungswissenschaft bei der Lösung des Landfluchtproblems. In: *Archiv* 10, S. 193-219.
- Geuter, Ulfried 1984: Die Professionalisierung der deutschen Psychologie im Nationalsozialismus. Frankfurt/M.
- Gröning, Gert und Joachim Wolschke-Bulmahn 1987: Die Liebe zur Landschaft. Teil III: Der Drang nach dem Osten. München.
- Gutberger, Jörg 1996: Volk, Raum und Sozialstruktur. Sozialstruktur- und Sozialraumforschung im „Dritten Reich“. Münster.
- Hammerstein, Notker 1999: Die Deutsche Forschungsgemeinschaft in der Weimarer Republik und im Dritten Reich. Wissenschaftspolitik in Republik und Diktatur. München.
- Harbeck, Karl-Heinz 1963: Die ‚Zeitschrift für Geopolitik‘ 1924 – 1944. Unveröffentlichte Dissertation, Universität Kiel.
- Harmsen, Hans 1976: Elisabeth Pfeil (9. Juli 1901 – 25. Juli 1975). In: *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie* 28, S. 190f.

Legitimationsstrategien in der nationalsozialistischen „Weltanschauung“. In: Wolfgang Schneider (Hrsg.): „Vernichtungspolitik“. Eine Debatte über den Zusammenhang von Sozialpolitik und Genozid im nationalsozialistischen Deutschland. Hamburg, 1991, S. 28.

- Hartenstein, Michael H. 1998: Neue Dorflandschaften. Nationalsozialistische Siedlungsplanung in den „eingegliederten Ostgebieten“ 1939 bis 1944. Berlin.
- Hausmann, Frank-Rutger 1998: „Deutsche Geisteswissenschaft“ im Zweiten Weltkrieg. Die „Aktion Ritterbusch“ (1940-1945). Dresden.
- Heinemann, Isabel 2003: „Rasse, Siedlung, deutsches Blut“. Das Rasse- & Siedlungshauptamt der SS und die rassenpolitische Neuordnung Europas. Göttingen.
- Helbok, Adolf 1936: Wo steht die Volkskunde und wo sollte sie stehen? In: *Archiv* 6, S. 207-212.
- Jacobsen, Hans-Adolf ed. 1979: Karl Haushofer. Leben und Werk, Bd. II, Ausgewählter Schriftwechsel 1917-1946. Boppard.
- Jantzen, W. 1935: Aussprache über Geopolitik in Bad Saarow am 11. und 15. Mai 1935. In: *ZfG* 12, S. 93-398.
- Keyser, Erich 1935: Bevölkerungswissenschaft und Geschichtsforschung. In: *Archiv* 5, S. 145-161.
- Kletzin, Birgit ²2002: Europa aus Rasse und Raum. Die nationalsozialistische Idee der Neuen Ordnung. Münster.
- Klingemann, Carsten 1996: Soziologie im Dritten Reich. Baden-Baden.
- Klingemann, Carsten 2004a: Bevölkerungssoziologie im Nationalsozialismus und in der frühen Bundesrepublik: Zur Rolle Gunther Ipsens. In: *Bevölkerungslehre und Bevölkerungspolitik im Dritten Reich*; ed. R. Mackensen. Opladen, S. 183-205.
- Klingemann, Carsten 2004b: Flüchtlingssoziologen als Politikberater in Westdeutschland. Die Erschließung eines Forschungsgebietes durch ehemalige „Reichssoziologen“. In: *Universitäten und Hochschulen im Nationalsozialismus und in der frühen Nachkriegszeit*; eds. K. Bayer/F. Sparing/W. Woelk. Stuttgart: Steiner 2004, S. 81-123.
- Korinman, Michel 1990: Quand l'Allemagne pensait le monde. Grandeur et décadence d'une géopolitique. Paris.
- Kornumpf, Martin 1995: Mir langt's an „Großer Zeit“ 1934 – 1945. Landesplanung und Raumforschung 1934 – 1940. Radiosonden-Meteorologe der Luftwaffe 1940 – 1944. Kriegsgefangenschaft in den USA 1944 – 1945. Mein Leben während des „Dritten Reichs“. Schwalmstadt.
- Kost, Klaus 1988: Die Einflüsse der Geopolitik auf Forschung und Theorie der Politischen Geographie von ihren Anfängen bis 1945. Ein Beitrag zur Wissenschaftsgeschichte der Politischen Geographie und ihrer Terminologie unter besonderer Berücksichtigung von Militär- und Kolonialgeographie. Bonn.
- Köster, Werner 2002: Die Rede über den „Raum“. Zur semantischen Karriere eines deutschen Konzepts. Heidelberg.
- Liedecke, Ewald 1941: Raumordnung und Geopolitik. In: *ZfG* 18, S. 481-496.
- Mackensen, Rainer ed. 2002a: *Bevölkerungslehre und Bevölkerungspolitik vor 1933*. Opladen.
- Mackensen, Rainer 2002b: Ursprünge, Arten und Folgen des Konstrukts „Bevölkerung“ vor dem „Dritten Reich“. In: Mackensen ed., S. 27-38.
- Mai, Uwe 2002: „Rasse und Raum“. Agrarpolitik, Sozial- und Raumplanung im NS-Staat. Paderborn u.a.
- Meyer, Konrad 1936: Raumforschung, eine Pflicht wissenschaftlicher Gemeinschaftsarbeit! Rede anlässlich der 1. Tagung der Reichsarbeitsgemeinschaft im Reichswissenschaftsministerium am 17. April 1936. Neudamm, Berlin (o. Jahr).

- Meyer, Konrad 1937: Raumordnung als nationalsozialistische Aufgabe. In: Jahrbuch der nationalsozialistischen Wirtschaft. München, S. 95-111.
- Meyer, Konrad 1942: Reichsplanung und Raumordnung im Lichte der volkspolitischen Aufgabe des Ostaufbaus. (Ohne Autoren-, Ort- und Verlagsangabe. Nur für den Dienstgebrauch!).
- Mitgau, Hermann 1957: Gemeinsames Leben. Teil IV¹. Münchener Tagebuch 1942 bis 1945. Als Handschrift. Göttingen.
- Münk, Dieter 1993: Die Organisation des Raumes im Nationalsozialismus. Eine soziologische Untersuchung ideologisch fundierter Leitbilder in Architektur, Städtebau und Raumplanung des Dritten Reiches. Bonn.
- Münz, Ludwig ed. 1939: Führer durch die Behörden und Organisationen, 4. Aufl. Berlin.
- Murr, Erich 1937: Von zeitgemäßer Sippenkunde und ihrem Verhältnis zur alten Genealogie, zu Rassen- und Volkskunde. In: *Archiv* 7, S. 73-90.
- N.N. 1935: Rez. zu: L. Neundörfer: Stadtbauern! Neuordnung einer Stadt I, in: Siedlung und Wirtschaft 16, 1934. In: *Archiv* 5, S. 140.
- Pfeil, Elisabeth 1933a: Die deutschen Juden als Beispiel für das Aussterben bei Verstädterung. In: *ZfG* 10, S. 113-117.
- Pfeil, Elisabeth 1933b: Über den Zusammenhang von Verstädterung und Geburtenrückgang. In: *ZfG* 10, S. 168-173.
- Pfeil, Elisabeth 1936: Tagung des Arbeitskreises „Bäuerliche Lebensgemeinschaft“ im Forschungsdienst des Reichsnährstandes. In: *Archiv* 6, S. 420f.
- Pfeil, Elisabeth 1937: Bevölkerung und Raum. In: *Archiv* 7, S. 111-129.
- Pfeil, Elisabeth 1938: Bericht über die Tagung der Reichsarbeitsgemeinschaft für Raumforschung. In: *Archiv* 8, S. 419-422.
- Pfeil, Elisabeth 1939: Bevölkerung und Raum. Heidelberg, Berlin, Magdeburg.
- Pfeil, Elisabeth 1941: Rez. zu: K. Seiler/W. Hildebrandt: Die Landflucht in Franken. In: *Archiv* 11, S. 131.
- Pintschovius, Karl 1932: Staat, Raum und Wirtschaft. Die Umrissse gegenseitiger Abhängigkeit. In: *ZfG* 9, S. 51-59.
- Roloff, Hermann 1939: Die Mitarbeit der Wissenschaft bei der Ordnung und Gestaltung des Deutschen Ostraums. In: *RuR* 3, S. 535-542.
- Rössler, Mechthild 1987: Die Institutionalisierung einer neuen „Wissenschaft“ im Nationalsozialismus: Raumforschung und Raumordnung 1935-1945. In: *Geographische Zeitschrift* 75, S. 177-193.
- Rössler, Mechthild 1990: „Wissenschaft und Lebensraum“. Geographische Ostforschung im Nationalsozialismus. Ein Beitrag zur Disziplingeschichte der Geographie. Berlin, Hamburg.
- Rössler, Mechthild und Sabine Schleiermacher ed. 1993: Der „Generalplan Ost“. Hauptlinien der nationalsozialistischen Planungs- und Vernichtungspolitik. Berlin.
- Roth, Karl Heinz 1987: Städtesanierung und „ausmerzende“ Soziologie. Der Fall Andreas Walther und die „Notarbeit 51“ der „Notgemeinschaft der Deutschen Wissenschaft“ 1934-1935 in Hamburg. In: *Rassenmythos und Sozialwissenschaften in Deutschland. Ein verdrängtes Kapitel sozialwissenschaftlicher Wirkungsgeschichte*; ed. C. Klingemann. Opladen, S. 370-393.

- Ruttke, Falk 1936: Volkskunde als Ganzheitsschau, Volkspflege eine Notwendigkeit zur Volkwerdung. In: *Archiv* 6, S. 201-203.
- Schelsky, Helmut 1981: Die verschiedenen Weisen, wie man Demokrat sein kann. Erinnerung an Hans Freyer, Helmuth Plessner und andere. In: Ders.: Rückblicke eines „Anti-Soziologen“. Opladen, S. 134-159.
- Schmidt, Carl: Bericht über den Reichslehrgang der Leiter der Gauarbeitskreise für Geopolitik im NSLB. (Bayreuth, Haus der Deutschen Erziehung, 28.11. bis 3.12.1938.). In: *ZfG* 16, S. 58-60.
- Schubert, Werner ed. 2001: Ausschuß für Rechtsfragen der Bevölkerungspolitik (1934-1940) und Ausschuß für Kolonialrecht zusammen mit den Entwürfen des Kolonialpolitischen Amtes (1937-1941). Sachverständigenbeirat für Bevölkerungs- und Rassenpolitik im Reichsministerium des Inneren (1933/1939). Frankfurt/M. u.a.
- Schuhmacher, Rupert von 1934: Zur Theorie des Raumes. In: *ZfG* 11, S. 573-580
- Schuhmacher, Rupert von 1938: Ist die Geopolitik eine Wissenschaft? Ein Kapitel aus den „Grundlagen der Geopolitik“. In: *ZfG* 15, S. 952-959.
- Seiler, Karl 1941: Bevölkerungswissenschaft und Raumforschung. In: *RuR* 5, S. 42-46.
- Seiler, Karl und Walter Hildebrandt 1940: Die Landflucht in Franken. Leipzig.
- Sprengel, Rainer 1996: Kritik der Geopolitik. Ein deutscher Diskurs 1914-1944. Berlin.
- Sprengel, Rainer 2000: Geopolitik und Nationalsozialismus: Ende einer deutschen Fehlentwicklung oder fehlgeleiteter Diskurs? In: Geopolitik. Grenzgänge im Zeitgeist, Bd. 1.1, 1890 bis 1945; eds. I. Diekmann/P. Krüger/J. H. Schoeps. Potsdam, S. 147-168.
- Venhoff, Michael 2000: Die Reichsarbeitsgemeinschaft für Raumforschung (RAG) und die reichsdeutsche Raumplanung seit ihrer Entstehung bis zum Ende des Zweiten Weltkrieges 1945. Hannover 2000.
- Vowinckel, Kurt 1936a: Volkskunde und Geopolitik. In: *Archiv* 6, S. 363-366.
- Vowinckel, Kurt 1936b: Geopolitik und politische Geographie. Zum 26. Deutschen Geographentag. In: *ZfG* 13, S. 688-693.
- Vowinckel, Kurt 1937: Die Tagung der Reichsarbeitsgemeinschaft für Raumforschung auf der Marienburg/Wpr. vom 20. bis 22. Mai 1937. In: *ZfG* 14, S. 665-668.
- Vowinckel, Kurt (K. V.) 1938: Zur Tagung der Reichsarbeitsgemeinschaft für Raumforschung in Graz, 17.-20.9.1938. In: *ZfG* 15, S. 902 + 904.
- Vowinckel, Kurt: Geopolitik als Wissenschaft. In: *ZfG* 21, S. 19-29.
- Walther, Rudolf 1995: Man braucht mehr Platz. In: *Die Zeit*, Nr. 30, 21.07.1995.
- Wasser, Bruno 1993: Himmlers Raumplanung im Osten. Der Generalplan Ost in Polen 1940 – 1944. Basel u.a.
- Zeiß, Heinz 1934: Aufgaben einer Volkskunde. In: *Archiv* 4, S. 19-35.

ALEXANDER NEUMANN

„Ausschaltung der Ansteckungsquellen“ – Die Seuchenpolitik der deutschen Wehrmacht im Krieg gegen die Sowjetunion 1941-1944

Die Gesundheitsversorgung im Nationalsozialismus basiert bekanntlich auf einer rassistischen Grundlage. Sie bewegte sich immer zwischen den beiden Polen „Heilen“ und „Vernichten“, je nachdem, zu welcher Bevölkerungsgruppe der behandelte Mensch gezählt wurde. Diese Maxime galt nicht nur im zivilen Bereich, sondern während der Kriegszeit auch für die gesamten von der deutschen Wehrmacht eroberten Gebiete in Europa. Dieser Beitrag¹ konzentriert sich auf die Seuchenpolitik der Wehrmacht, genauer gesagt des Wehrmachtssanitätswesens in den Jahren 1941 bis 1944 in der besetzten UdSSR. Dabei differenzierte diese klar zwischen den zu behandelnden Personen, die sich aus ihrer Sicht aus drei Gruppen zusammensetzen: zum ersten die deutschen Soldaten, zum zweiten die sowjetischen Kriegsgefangenen und drittens die einheimische Zivilbevölkerung, darunter als „Spezialfall“ die jüdische Bevölkerung. Wie die Wehrmacht mit dem Problem der Seuchen umging, möchte ich am Beispiel des Fleckfiebers zeigen, das aber als idealtypisch für die gesamte Seuchenbekämpfung angesehen werden kann. Außerdem wird nur auf die Funktionselite des Heeressanitätswesens eingegangen werden, d.h. die Militärärzte, die direkt in der Heeressanitätsinspektion beschäftigt waren oder als „Beratende Fachärzte“ fungierten, da ihnen auf Grund ihrer Stellung eine zentrale Bedeutung zukam. Die Beratenden Fachärzte waren in der Regel Ordinarien der Universitäten, d.h. Spezialisten auf ihrem jeweiligen Gebiet, die neben ihrer Beratendentätigkeit weiterhin Dienst an den Universitäten taten. Obwohl sie keine militärische Befehlsgewalt besaßen, kam ihnen einiges Gewicht zu, denn wie aus der Tätigkeitsbezeichnung zu entnehmen ist, sollten sie auf Grund ihrer Kenntnisse und Fähigkeiten die aktiven Sanitätsoffiziere beraten und notfalls korrigieren. Darüber hinaus sollten sie durch Front- und Lazarettbesuche ihre Kenntnisse über die auftretenden Kriegskrankheiten erweitern und einen Überblick über die endemischen und epidemischen Verhältnisse in ihrem Spezialgebiet gewinnen. Ihre regelmäßigen Erfahrungsberichte wurden zentral in der Heeressanitätsinspektion ausgewertet und dienten somit als Grundlage für zukünftiges militärärztliches Handeln. Angesichts des recht umfangreichen Aufgabenspektrums besaßen die Beratenden Fachärzte der Wehrmacht einen recht großen Handlungsspielraum, der unterschiedlich genutzt wurde.²

Das Fleckfieber galt bei der Wehrmachtssanitätsführung als eine der gefürchtetsten Kriegseuchen, was auf den schlechten Erfahrungen des Ersten Weltkrieges beruhte.³ Da die Seuche allerdings in Deutschland ausgerottet war, war die Erfahrungsbasis der Militärärzte äußerst gering.⁴ Man war sich aber sicher, durch Belehrung der Truppe in hygienischen Fragen und durch systematische Entlausung der Soldaten einen ausreichenden Schutz vor den Krankheitsüberträgern, den Läusen, gefunden zu haben. Die militärärztlichen Lehrbücher, wie etwa das 1936 herausgegebene „Lehrbuch der Militärhygiene“, verwiesen daneben auf die bisher noch unwirksamen Schutzimpfungen und die fehlende Serumtherapie.⁵ Nach dem Überfall auf die Sowjetunion sollte sich jedoch recht schnell erweisen, dass die getroffenen Schutzmaßnahmen eine rasante Verbreitung der Seuche nicht verhindern konnten, da schätzungsweise mindestens 30-40.000 Soldaten allein im ersten Jahr des Ostfeldzuges an Fleckfieber erkrankten.⁶ Angesichts dieser Zahlen versteht man

1 Dieser Artikel beruht auf einem Kapitel meiner Dissertation: "Arztum ist immer Kämpfertum". Die Heeressanitätsinspektion und das Amt "Chef des Wehrmachtssanitätswesens" im Zweiten Weltkrieg (1939-1945). Schriften des Bundesarchivs 64. Düsseldorf 2005.

2 Vgl. etwa zu den Freiburger Ordinarien Neumann (2002). Zu den aktiven Sanitätsoffizieren in den Front- und Heimatlazaretten fehlt bisher noch eine wissenschaftliche Darstellung.

3 Weindling (1997), S. 326ff.

4 Vgl. Leven (1990), S. 128f.

5 Otto (1936), S. 513.

6 Fischer (1985), S. 3444f. Die durchschnittliche Letalität betrug zwischen 13,4 und 16,5% und

die erhöhte Aufmerksamkeit, die das Wehrmachtssanitätswesen der Fleckfieberbekämpfung im Osten schenkte. Auch die im Juli 1941 gegründete und von Oberarzt Karl Walther geleitete Sondergruppe des Oberkommandos des Heeres (OKH) für Seuchenbekämpfung wandte sich von der Ruhr, die zunächst im Blickfeld der Militärärzte stand,⁷ schnell dem Fleckfieber zu, zumal in ihrem Arbeitsbereich in einem Kriegsgefangenenlager die Seuchengefahr akut wurde.⁸

Als Ansteckungsquellen registrierten die Beratenden Wehrmachtärzte in erster Linie die zu Kriegsbeginn massenhaft festgenommenen sowjetischen Kriegsgefangenen, die jedoch kaum medizinisch versorgt und einfach ihrem Schicksal überlassen wurden.⁹ Schutzmaßnahmen wurden nur ergriffen, um das Übergreifen auf deutsche Wachmannschaften zu verhindern.¹⁰ Auf der anderen Seite bildeten die an Fleckfieber erkrankten sowjetischen Kriegsgefangenen ein begehrtes Objekt für die deutschen Militärärzte, allerdings nicht als Patienten, sondern als Versuchsobjekte, um unterschiedliche Behandlungsmethoden in der Seuchenbekämpfung zu studieren. Bei den überaus zahlreich dokumentierten Fleckfieberversuchen in Kriegsgefangenenlagern starben dabei eine große Anzahl der beteiligten Gefangenen.¹¹ Das eigentliche Ziel dieser Versuche stand ganz klar fest: die Ermittlung von geeigneten Verfahren zur Behandlung oder Prophylaxe bei deutschen Soldaten. Eine Besserung der gesundheitlichen Lage der Gefangenen selbst spielt keine Rolle, sie boten sich jedoch als Versuchspersonen geradezu an, da die Wehrmachtärzte an ihnen ohne die sonst üblichen Beschränkungen und Bedenken Medikamente ausprobieren konnten, deren Nebenwirkungen noch nicht bekannt waren. Dabei wurden Todesopfer bewusst eingeplant und nicht selten „ärztliches Ethos rücksichtslos dem ideologisch verbrämten Nützlichkeitsstreben“ untergeordnet.¹² So empfahl beispielsweise der Beratende Hygieniker des Wehrkreises III nach Versuchen mit dem Sulfonamid „Globucid“ der Firma Schering im Jahr 1942 die sofortige Anwendung bei der deutschen Truppe. Bei Versuchen an 300 Kriegsgefangenen starben in der Versuchsreihe mit dem noch in der Testphase steckenden Mittel nur ein Mensch von den behandelten 98, während in der unbehandelten Kontrollgruppe, die 128 Personen umfasste, 26 Männer starben.¹³ Ein anderer Wehrmachtarzt notierte fast bedauernd das Ende seiner Versuchsreihe im Stammlager (Stalag) XII F in Johannisbannberg nach dem Abklingen der Seuche und bemängelte die Beeinflussung der Experimente durch den schlechten Allgemeinzustand der Kriegsgefangenen. So seien von den 100 infizierten Gefangenen mehr Personen an Unterernährung oder Lungentuberkulose gestorben (insgesamt 20) als an den Folgen der Seuche selbst (zwei Versuchspersonen). Bezeichnenderweise führte der deutsche Arzt die Untersuchungen aber nicht selbst durch, sondern überließ sie aus Furcht vor Ansteckung „serbisch-jüdischen Feindärzten“.¹⁴ Auf dieses Motiv der Verbindung von Seuchen und Juden wird gleich noch einmal zurückzukommen sein. Auf jeden Fall ist dies ein weiteres Beispiel dafür, dass sich vielen Militärärzten grundsätzliche ethische Probleme nicht gestellt

stieg mit dem Lebensalter der erkrankten Soldaten an, vgl. Müller (o.D.), S. 99 und Leven (1990), S. 133. Die einzelnen Angaben über Infektionsfälle weichen zum Teil weit voneinander ab, was unter anderem auf Verschleierung der Truppenführer, Unkenntnis der Ärzte und die Auswertung unterschiedlicher Krankenblätter zurückzuführen ist.

7 Neumann (2003), S. 220ff.

8 BA-MA RH 12-23/414: Sondergruppe f. Seuchenbekämpfung an HSIn/WiG, 18.12.41.

9 Vgl. Streit (1997).

10 BA-MA RH 12-23/414: Sondergruppe f. Seuchenbekämpfung an HSIn/WiG, 18.12.431, S. 9. Vgl. auch BA-MA RH 12-23/187: OstA Assmann, Fleckfieberprophylaxe, p. 63.

11 Eine genaue Zahl der Opfer lässt sich auf Grund der schwierigen Quellenlage nicht feststellen, doch dürften allein die Opfer der Impfexperimente im vierstelligen Bereich liegen, dazu kommen noch die Opfer der Hungerexperimente, die weitaus höher lagen, vgl. Neumann (2003), S. 273ff. und 330ff.

12 Leven (1990), S. 139.

13 BA-MA RH 12-23: OstA Klose, Behandlung von sowjetischen fleckfieberkranken Kriegsgefangenen mit Sulfathiodiazol „Globucid“, p. 231f.

14 BA-MA RH 12-23/365: Wehrkreisarzt XII an HSIn, 12.5.42.

zu haben scheinen, wenn sie sowjetische Kriegsgefangene als Versuchspersonen missbrauchten.

Als weitere potentielle Ansteckungsquelle galt die russische Zivilbevölkerung, die – bedingt durch die Kriegshandlungen – zum Teil unter erbärmlichen hygienischen Verhältnissen leben musste.¹⁵ Nicht nur aus „rassischen“, sondern auch aus seuchenpolitischen Gründen war den deutschen Soldaten der Umgang mit der einheimischen Bevölkerung in den eroberten Ostgebieten verboten, was viele Soldaten auf der Suche nach einer Sexualpartnerin aber missachteten.¹⁶ Aus diesen Gründen plädierten zahlreiche führende Wehrmachtärzte für eine vollständige Separierung der Zivilbevölkerung von der Truppe, was im Endeffekt auf eine Evakuierung der Bevölkerung hinauslief. Einer der Verfechter dieser Seuchenstrategie, der Beratende Internist Kurt Lydtin, forderte immerhin, dass die Vertreibungen nicht planlos oder unkoordiniert und möglichst in der warmen Jahreszeit unter Bereitstellung geeigneter Transportmittel stattfinden sollten.¹⁷ In anderen Fällen berichteten Wehrmachtärzte jedoch von Räumungen ohne große Vorbereitung und Rücksichtnahme auf die Bevölkerung. Es kam sogar vor, dass „arbeitsunfähige und kranke Zivilisten“ einfach ins Niemandsland zwischen den Armeen abgeschoben wurden – in der Militärsprache bedeutete dies die „Abschiebung der überflüssigen Esser und hygienisch schwer übersehbaren Elemente feind- oder banditenwärts“.¹⁸ Diese Strategie entstand unter Beteiligung von Militärärzten, wie das gerade zitierte Beispiel des Beratenden Hygienikers Felix v. Bormann zeigt, der in seinem Erfahrungsbericht seine „maßgebende Beteiligung“ an dieser Maßnahme hervorhob. Das Schicksal dieser Menschen – v. Bormann erwähnt beispielsweise 32.000 Personen zwischen dem 12. und 16. März 1944 – interessierte weder Militärs noch Ärzte, denn abgesehen von der Lebensgefahr im Frontgebiet war auch ihre Versorgung nicht gewährleistet. Um die Unterordnung ärztlicher unter militärische Kriterien weiter zu verdeutlichen, sei das Beispiel des Beratenden Internisten Herbert Assmann erwähnt, der die räumliche Trennung auch damit begründete, dass dadurch jegliche Spionage verhindert werde. Gegen einen möglichen Vorwurf der Inhumanität bemerkte Assmann, dass es eben zu den Härten des Krieges gezählt werden müsse, wenn die Bevölkerung ihre Häuser aufgeben müsse, um Platz für deutsche Soldaten zu machen.¹⁹

Entlausungsmaßnahmen an der Zivilbevölkerung, die es natürlich auch immer wieder als eine weitere Strategie gab, wurden immer damit begründet, dass hier Ansteckungsquellen für den deutschen Landsker ausgeschaltet werden sollten. Die Gesundheit der betroffenen Bevölkerung selbst spielte keine Rolle, sie war nur im Hinblick auf eine mögliche Gefahr für die eigene Truppe interessant. Aus diesem Grund begrüßten und forderten Wehrmachtärzte wie der bereits erwähnte Oberstabsarzt Lydtin neben den medizinischen vor allem polizeilich-repressive Maßnahmen – nicht nur gegen Bettler und „Landstreicher“, sondern auch gegenüber den Flüchtlingen. Deshalb empfahlen Wehrmachtärzte, „jede Bevölkerungsbewegung in erster Linie nach seuchenhygienischen Gesichtspunkten“ zu betrachten.²⁰ Neben humanitären Motiven (möglichst ab Herbst keine Flüchtlingsbewegungen mehr) sollten auch militärische (z.B. die Schaffung von Evakuationszonen hinter der Hauptkampflinie) oder wirtschaftliche Motive (z.B. der Arbeitseinsatz zur Instandsetzung von Straßen) zu berücksichtigen sein, die man je nach Lage und Zeit unterschiedlich zu

15 Vgl. etwa BA-MA RH 12-23/187: Berat. Hygieniker v. Bormann, Erfahrungsbericht 31.12.43-15.5.44, p. 288.

16 Vgl. bspw. BA-MA RH 12-23: OStA Bansi, Erfahrungsbericht 21.10.42, p. 31 oder BA-MA RH 12-23/178: OStA Störmer, Erfahrungsbericht Mitte Juli bis Oktober 1942, p. 261.

17 BA-MA RH 12-23/177: OStA Lydtin, Anlage 3 zum KTB 3.-20.6.42, p. 112f.

18 BA-MA RH 12-23/187: Berat. Hygieniker v. Bormann, Erfahrungsbericht 31.12.43-15.5.44, p. 293.

19 BA-MA RH 12-23/187: OStA Assmann, Fleckfieberprophylaxe, p. 63ff.

20 BA-MA RH 12-23/177: OStA Lydtin, Anlage 3 zum KTB 3.-20.6.42, p. 113 und BA-MA RH 12-23/179: OStA Lydtin, Erfahrungsbericht 1. Quartal 1942, p. 304.

gewichten habe.²¹ Das angestrebte Ziel war es, eine vollständige Erfassung der Fleckfieberkranken zu erreichen und diese dann zu separieren.

Die bereits oben kurz angedeutete Verbindung rassistischer Motive gipfelt schließlich im Fleckfieber-Merkblatt der Heeressanitätsinspektion vom 15.2.42, in dem „Juden, Vagabunden, Zigeuner, Dirnen“ als hervorragende Gruppen bei der Übertragung von Fleckfieber erwähnt werden,²² ein offensichtlicher Beleg dafür, dass viele Wehrmachtärzte die Seuche als eine „fremde Bedrohung aus dem primitiven Osten“ ansahen.²³ Diese Sichtweise war eng mit der Ausrottungspolitik gegenüber den „slawischen und jüdischen Untermenschen“ verbunden. Diese Position waren durchaus weit verbreitet unter den Wehrmachtärzten. Der Leiter des Instituts für Fleckfieber- und Virusforschung des OKH in Krakau²⁴, Oberstabsarzt Hermann Eyer, forderte bereits 1940 die „Isolierung der jüdischen Ghettos“.²⁵ Nur ein Jahr später stimmte er Forderungen nach einer „restlosen Entfernung der jüdischen Bevölkerung aus Polen“ zur schnellen und einfachen Lösung der Fleckfieberfrage vehement zu.²⁶ Auch bei Eyer zeigt sich, dass trotz bzw. gerade wegen der rassistischen Diffamierung eine Verwendung dieser „Untermenschen“ zu Versuchszwecken nicht ausgeschlossen war. Die Wehrmacht und die SS bemühten sich nämlich stark um einen geeigneten Impfstoff gegen Fleckfieber. Die einzelnen Forschungsstellen und Wehrmachtteile erprobten dabei unterschiedliche Methoden. Eyer etwa setzte auf den Weiglschen Impfstoff aus Läusedärmen, während beispielsweise das Robert-Koch-Institut unter Prof. Eugen Gildemeister das in der Produktion einfachere Eidotter-Verfahren bevorzugte.

Trotz aller Bemühungen musste ein Internist auf der 1. Arbeitstagung Ost der Beratenden Fachärzte im Mai 1942 jedoch zugeben, dass „wir uns noch immer im Stadium des Herumprobierens befinden“.²⁷ Ein anderer Militärarzt flüchtete sich angesichts der Erfolglosigkeit in bittere Ironie: „Überblickt man unsere therapeutischen Erfahrungen, dann kann man als positives Ergebnis feststellen, daß die Mehrzahl der angegebenen Pharmaka unseren Erwartungen nicht entsprochen hat und wir von einer spezifischen Therapie noch weit entfernt sind.“²⁸

Nach einer lebhaften Diskussion verabschiedeten die anwesenden Wehrmachtärzte immerhin hygienische Richtlinien zur Bekämpfung des Fleckfiebers, die sich aber nur auf die gründliche Entlausung und Entwesung bezogen.²⁹ Die Unsicherheit hinsichtlich der therapeutischen Maßnahmen zeigte sich nach Ansicht des Beratenden Internisten beim Heeressanitätsinspekteur Kurt Gutzeit auch noch auf der 2. Arbeitstagung Ost im Winter 1942.³⁰

Über einen Fortschritt bei Versuchen mit Fleckfieberimpfstoffen – die nach dem Krieg Gegenstand des Nürnberger Ärzteprozesses werden sollten –,³¹ konnte erst auf der 3. Arbeitstagung Ost im Mai 1943 der SS-Sturmbannführer Erwin Ding, ein Mitarbeiter des von Joachim Mrugowsky geleiteten Hygiene-Instituts der SS, die anwesenden Wehrmachtärzte

21 BA-MA RH 12-23/179: OStA Lydtin, Erfahrungsbericht 1. Quartal 1942, p. 304 und BA-MA RH 12-23/188: OStA Lydtin, KTB 1.5.-2.6.42, p. 49.

22 BA-MA RH 12-23/1552: Fleckfiebermerkblatt, 15.2.42, S. 5.

23 Vgl. Weindling (1997), S. 335ff. und v.a. Weindling (2000).

24 Ein zweites Institut für Fleckfieber- und Virusforschung wurde bereits 1941 in Lemberg errichtet, dem auch Rudolf Weigl angehörte, nach dem der Impfstoff aus Läusedärmen benannt war. Daneben existierte ein Laboratorium in Rabka in der Tatra und ab 1942 eine Zweigstelle in Tschenstochau, Fischer (1985), S. 3200 und Weindling (2000), S. 334.

25 Zitiert nach Werther (2001), S. 157 und 529 Anm. 20.

26 Zitiert nach Klee (2001), S. 321.

27 BA-MA RHD 43/53: Bericht über die 1. Arbeitstagung Ost der Beratenden Fachärzte, 18.-19.5.42, S. 36.

28 Ebd., S. 41.

29 Ebd., S. 55f.

30 BA-MA RHD 43/53: Bericht über die 2. Arbeitstagung Ost der Beratenden Fachärzte, 30.11.-3.12.42, S. 95.

31 Vgl. Mitscherlich/Mielke (1983), S. 91ff.

informieren.³² Ding berichtete über Versuche mit fünf unterschiedlichen Impfstoffen – einer davon war der Weiglsche Impfstoff aus dem Institut von Eyer – und ihre Verträglichkeit bei männlichen Versuchspersonen, deren Arbeitskraft durch die Impfungen nicht beeinträchtigt worden war.³³ Dass die Versuche an KZ-Insassen vorgenommen wurden, verschwieg der Vortragende zwar, doch warf ein Einspruch von Gerhard Rose die Frage der ethischen Vertretbarkeit solcher Versuche auf. Generalarzt Walther Schreiber, der Tagungsleiter der Heeressanitätsinspektion und ab Juli 1943 Bevollmächtigter für Seuchenforschung im Reichsforschungsrat,³⁴ verhinderte jedoch eine grundsätzliche Auseinandersetzung darüber mit folgenden Worten: „[...] wenn die Herren sich über grundsätzliche ethische Fragen unterhalten wollten, dann könnten wir das während der Pause tun.“³⁵

Die Durchführung dieser Menschenversuche stieß also nur auf geringen Protest, auch wenn sie „wohl keine prinzipiell neuen Ergebnisse gezeitigt haben.“³⁶ Wichtiger als die Frage des Zustandekommens der Untersuchungsergebnisse war den Wehrmachtärzten die Frage nach einer möglichst schnellen Massenproduktion an Impfstoffen, um das Heer flächendeckend versorgen zu können.

Außerdem zeigt dieser Vortrag eindeutig, dass der in Krakau produzierte Eyersche Impfstoff vom Hygiene-Institut der SS in den Konzentrationslagern für Versuche benutzt wurde. Dies verwundert nicht, da das Institut einen hervorragenden Ruf genoss und als heereigenes Institut auch für eine zukünftige Massenproduktion geeignet erschien. Die entscheidende Frage ist nur, ob die SS von sich aus ohne Wissen und Beteiligung der Heeressanitätsinspektion und Eyer den Impfstoff testete oder ob dieser um Testreihen gebeten hatte. Diese Unterscheidung ist insofern sinnvoll, als es um die Frage der wissenschaftlichen Kooperation zwischen Heer und SS geht, d.h. wer von wem profitierte und wer von sich aus die Initiative zu bestimmten Forschungsprojekten entwickelte. Angesichts der üblichen Vorgehensweise bei Impfstoffproben dürfte sich die SS an die Wehrmacht mit der Bitte gewandt haben, ihr den Krakauer Impfstoff zukommen zu lassen, woraufhin die Heeressanitätsinspektion zugestimmt haben dürfte, da sie ein großes Interesse an der Erprobung ihres Impfstoffes hatte. Auf jeden Fall bekam Eyer schon frühzeitig von Mrugowsky mitgeteilt, dass der Weiglsche Fleckfieberimpfstoff aus Krakau in einer „auf Anregung des Herrn Reichsgesundheitsführers Dr. Conti durch uns am Menschen durchgeführte Prüfung von 4 Fleckfieberimpfstoffen“ sehr gut abgeschnitten habe.³⁷

Es kam also in der Fleckfieberbekämpfung trotz bestehender Rivalitäten und Konkurrenzverhältnisse zu einer intensiven Zusammenarbeit und einem regen Austausch der beteiligten Stellen, da sie ein gemeinsames Ziel besaßen, ein wirksames Mittel zum Schutz für die deutschen Soldaten zu finden. Zu dieser Kooperation zählt auch die Erprobung des in Krakau gewonnenen Impfstoffs in den Konzentrationslagern.³⁸ Nach Durchsicht der noch vorhandenen Akten drängt sich der Eindruck auf, dass zwar die Initiative von Seiten der SS, d.h. vom Hygiene-Institut der SS unter seinem Leiter Joachim Mrugowsky, ausging, die Heeressanitätsinspektion und das Eyersche Institut jedoch großes Interesse an einer ausführlichen Erprobung hatten. Das in der historischen Forschung so viel zitierte „polykratische Chaos“ des NS verhinderte also gerade nicht eine umfangreiche Grund-

32 Zum SS-Hygiene Institut vgl. Weindling (2000), v.a. S. 246ff.

33 BA-MA RHD 43/53: Bericht von der 3. Arbeitstagung Ost der Beratenden Fachärzte, 24.-26.5.43, S. 108. Zu den Fleckfieber-Experimenten vgl. Mitscherlich/Mielke (1983), S. 91ff., Klee (2001), S.287ff. und Werther (2001).

34 BA-B R 26 III/202: Ministerialdirektor Mentzel an die Bevollmächtigten und Fachspartenleiter im RFR, 12.7.43.

35 Zit. nach Mitscherlich/Mielke (1983), S. 97. Rose ließ sich offenbar umstimmen und führte nur kurze Zeit später selbst Menschenversuche mit Malariaerregern in Konzentrationslagern durch, ebd., S. 96ff.

36 BA-MA RHD 43/53: Bericht von der 3. Arbeitstagung Ost der Beratenden Fachärzte, 24.-26.5.43, S. 111.

37 BA-B R 1501/3644: Mrugowsky an Conti u.a., 5.5.42.

38 Zu den Fleckfieberversuchen zuletzt Werther (2001).

lagenforschung bei der Fleckfieberbekämpfung, eher das Gegenteil ist meiner Meinung nach der Fall. Dass letztlich nicht genügend Fleckfieberimpfstoff produziert werden konnte, um eine flächendeckende Immunisierung der eigenen Truppe zu erreichen, liegt eher an äußeren Faktoren wie der mangelnden Zeit und den mit dem Zusammenbruch der Front zusammenhängenden Folgen, nicht jedoch an der inneren Organisation der Fleckfieberforschung.

Angesichts der enorm hohen Ausfälle beim Ostfeldzug durch Fleckfieber wurde diesem Aufgabengebiet von Seiten der Heeressanitätsinspektion größte Aufmerksamkeit geschenkt. Die prophylaktischen Maßnahmen orientierten sich erstens an der „Ausschaltung der Ansteckungsquellen“, d.h. der Zivilbevölkerung in den besetzten Gebieten und den Kriegsgefangenen, die wie schon im Ersten Weltkrieg als die Hauptträger von Seuchen angesehen wurden. Diese rassistische Zuschreibung, die auch von Seiten der Wehrmacht ausdrücklich Juden und „Zigeuner“ einschloss, dominierte das ärztliche Denken und Verhalten und hatte für die Betroffenen angesichts von Zwangsevakuierungen und Deportationen zumindest ernsthafte und oft sogar tödliche Konsequenzen. Auf der anderen Seite wurde das rassistische Bild für die eigenen Soldaten positiv gewendet. So begründete ein Militärarzt die Widerstandskraft der deutschen Soldaten biologistisch-rassistisch damit, „dass die hygienisch und zivilisatorisch weitgehend geschützten und erzogenen Menschen des Westens durch diesen Schutz, der sich bereits über mehrere Generationen erstreckt, nicht im biologischen Sinne verzärtelt worden sind, sondern auch fremden Seuchen und ungewohnten Anstrengungen gewachsen sind“.³⁹ Ärztliche, polizeiliche und militärische Kriterien verschmolzen in den Äußerungen und Handlungen der Sanitätsoffiziere zu einem unentwirrbaren Konglomerat, bei dem die Gesundheit der eigenen Truppe über alle anderen Überlegungen gestellt wurde, um einer Reduzierung der Schlagkraft der Wehrmacht entgegenzuwirken.

Die zweite prophylaktische Maßnahme stellten die unterschiedlichen Schutzimpfungen dar. Hierbei erwies es sich als das größte Problem, dass man von deutscher Seite nur über ungenügende Erfahrungen mit wirksamen Impfstoffen verfügte und erst im Laufe des Krieges durch Experimente (u.a. auch an KZ-Insassen) die verschiedenen Impfstoffe auf Verträglichkeit und Wirksamkeit überprüfte. Vor dem oben erwähnten Hintergrund ist es wenig verwunderlich, warum sich das Sanitätswesen der Wehrmacht an solchen Versuchen beteiligte bzw. ohne Bedenken von Ergebnissen solcher Versuche profitieren wollte.

Einer Karriere in der Bundesrepublik standen diese Vorgänge um die Fleckfieberbekämpfung während des Krieges – wie bei vielen anderen ethisch fragwürdigen medizinischen Versuchen – nicht im Wege. Hermann Eyer übernahm den Lehrstuhl für Hygiene und Mikrobiologie der Universität Bonn. 1957 wechselte er nach München und baute dort das zerstörte Max-Pettenkofer-Institut für Hygiene und Medizinische Mikrobiologie wieder auf, das 1961 eingeweiht wurde. Außerdem war er Mitglied der Deutschen Akademie der Naturforscher (Leopoldina) zu Halle und Präsident der Deutschen Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie. Auch im Ausland schätzte man Eyers Kenntnisse: Er war ab 1952 korrespondierendes Mitglied der American Chemical Society sowie ab 1966 der American Society for Microbiology and Hygiene. Im Sanitätswesen der Bundeswehr übernahm er lange Jahre die Rolle des Sprechers des Wehrmedizinischen Beirates.⁴⁰ Eyer stand zwar wegen der Fleckfieberversuche in Buchenwald ab 1960 vor Gericht, doch die Staatsanwaltschaft Limburg stellte bereits ein Jahr später das Verfahren gegen ihn und zahlreiche andere Angeklagte mit der Begründung ein, die damaligen Vorgänge ließen sich nicht mehr rekonstruieren.⁴¹

39 BA-MA RH 12-23/213: OStA Denecke, Erfahrungsbericht 2. Quartal 42, p. 44.

40 Wehrmed. Mschr. 10 (1966), S. 230f., Linne (2000), S. 92.

41 Werther (2001), S. 171.

Literatur

- Fischer, Hubert: Der deutsche Sanitätsdienst 1921-1945, Band 4. Osnabrück 1985.
- Klee, Ernst: Auschwitz, die NS-Medizin und ihre Opfer. Frankfurt/M. 2001, 2. Aufl.
- Leven, Karl-Heinz: Fleckfieber beim deutschen Heer während des Krieges gegen die Sowjetunion. In: Ekkehart Guth (Hrsg.): Sanitätswesen im Zweiten Weltkrieg. Herford, Bonn 1990, S. 127-165.
- Linne, Karsten (Bearb.): Erschließungsband zur Mikrofiche-Edition zum Nürnberger Ärzteprozess 1946/47. München 2000.
- Mitscherlich, Alexander und Fred Mielke (Hrsg.): Medizin ohne Menschlichkeit, Dokumente des Nürnberger Ärzteprozesses, Frankfurt/M. 1993, 7. Aufl.
- Neumann, Alexander: Medizin und Krieg: Freiburger Ordinarien im Dienste der Wehrmacht. In: Grün, Bernd und Hans-Georg Hofer, Karl-Heinz Leven (Hrsg.): Medizin und Nationalsozialismus. Die Freiburger Medizinische Fakultät und das Klinikum in der Weimarer Republik und im „Dritten Reich“. Freiburg 2002, S. 397-417.
- Neumann, Alexander: Die Heeressanitätsinspektion und das Amt „Chef des Wehrmachtsanitätswesen“ im Zweiten Weltkrieg. Diss. Freiburg 2003 (Manuskript).
- Otto, R.: Fleckfieber. In: Waldmann, Anton und Wilhelm Hoffmann (Hrsg.): Lehrbuch der Militärhygiene. Berlin 1936, S. 510-514.
- Streit, Christian: Die Behandlung der verwundeten sowjetischen Kriegsgefangenen. In: Heer, Hannes und Klaus Naumann (Hrsg.): Vernichtungskrieg. Verbrechen der Wehrmacht 1941-1945. Hamburg 1997, S. 78-91.
- Weindling, Paul: Die deutsche Wahrnehmung des Fleckfiebers als Bedrohung aus dem Osten im Ersten und Zweiten Weltkrieg. In: Hubenstorf, Michael u.a. (Hrsg.), Medizingeschichte und Gesellschaftskritik. Festschrift für Gerhard Baader. Husum 1997, S. 324-339.
- Werther Thomas: Menschenversuche in der Fleckfieberforschung. In: Ebbinghaus, Angelika und Klaus Dörner (Hrsg.): Vernichten und Heilen. Der Nürnberger Ärzteprozeß und seine Folgen, Berlin 2001, S. 152-173.

SYLVELYN HÄHNER-ROMBACH

Der Kampf gegen die Einheitskasse in der französischen Besatzungszone 1946 bis 1949

Einleitung

Bereits im Stadium der Konzeption der Sozialversicherung vertraten manche Sozialpolitiker die Auffassung, dass eine Trennung der verschiedenen Versicherungszweige wenig sinnvoll sei. Dennoch wurde mit der Einführung der Gesetzlichen Krankenversicherung zum 1. Dezember 1884 durch das Krankenversicherungsgesetz vom 15. Juni 1883 das gegliederte System der Krankenversicherung, das wir im Prinzip heute noch haben, vorgegeben.

Die gesamte Sozialversicherungsgesetzgebung betrat rechtlich absolutes Neuland, was dazu führte, dass sich bald Fehler und Lücken zeigten, die die Notwendigkeit von Veränderungen oder Ergänzungen deutlich werden ließen. So kam es allein zwischen 1885 und 1903 zu elf Abänderungsgesetzen, die allerdings immer nur Stückwerk lieferten. Größere Erwartungen knüpften sich deshalb an die Reichsversicherungsordnung (RVO) von 1911, in deren Vorfeld die Diskussion über die Beibehaltung oder Trennung der Versicherungszweige (Unfall-, Kranken- und Invaliditätsversicherung) wieder auflebte. Das gegliederte System wurde trotz Kritik beibehalten, es kam also nicht zu einer Einheitsversicherung.¹

Da es zwei Entwürfe einer einheitlichen Versicherung gab, sollen diese kurz vorgestellt werden. Eines der beiden Konzepte sah vor, die Gliederung der gesamten Sozialversicherung in Kranken-, Renten- und Unfallversicherung aufzuheben. Umgesetzt wurde dies in der DDR. Das reduzierte Modell einer Einheitsversicherung, meist als „Einheitskasse“ bezeichnet, bezog sich lediglich auf das gegliederte System der Krankenversicherung. Ziel dieses Modells war die Existenz lediglich einer Kassenart. Nachdem in den westlichen Besatzungszonen die Trennung von Renten-, Unfall- und Krankenversicherung nicht mehr in Frage gestellt wurde, bezog sich der Terminus „Einheitsversicherung“ in der Regel nur noch auf die Krankenversicherung, ist also insofern identisch mit dem Begriff „Einheitskasse“.²

Die Forderung nach Einführung einer einheitlichen Krankenkasse ist seitdem nicht verschwunden. Wann immer Finanzierungsprobleme der Gesetzlichen Krankenversicherung virulent sind oder zum Thema der Tagespolitik gemacht werden, erheben sich Stimmen, die zur Sanierung der Defizite eine „Kasse für alle“ fordern. Insofern wird der Terminus „Einheitskasse“ mittlerweile von Gegnern wie Befürwortern einer einheitlichen Krankenversicherung erneut als Kampfbegriff gebraucht.

Doch die Aktualität ist nicht der alleinige Grund für die Wahl dieses Themas. Die Einheitskasse in der französischen Besatzungszone war die erste und (bislang) einzige einheitliche Krankenkasse in Westdeutschland.³ Der „sozialistische Großversuch“ in der DDR war

1 „Für die Arbeiterschaft gehörte es, wie es der ADGB-Sozialexperte Hermann Müller-Lichtenberg (1886-1932) formulierte, zu den ‚größten Enttäuschungen‘, daß die RVO lediglich ein einheitliches Gesetz war, ‚ein Gesetz, in dem noch immer die verschiedenen Versicherungsträger nebeneinander aufmarschierten.“ Tennstedt, Florian: Sozialgeschichte der Sozialversicherung. In: Maria Blohmke u.a. (Hrsg.): Handbuch der Sozialmedizin, Band III. Stuttgart 1976, S. 385-492, hier S. 395. Vgl. dazu auch: Frerich, Johannes und Martin Frey: Handbuch der Geschichte der Sozialpolitik in Deutschland. Band I: Von der industriellen Zeit bis zum Ende des Dritten Reiches. München, Wien, 2. Aufl. 1996, S. 110f.

2 In den Quellen werden dennoch die beiden Begriffe oft nicht voneinander getrennt, sondern wie Synonyme verwandt.

3 In Bremerhaven gab es ebenfalls eine Einheitskasse, die allerdings auf diese Stadt begrenzt war. Bis auf einen Hinweis auf die Existenz dieser Kasse bei Rainer Hudemann konnte ich keine weitere Literatur dazu finden (vgl. ders.: Sozialpolitik im deutschen Südwesten zwischen Tradition und Neuordnung 1945-1953. Sozialversicherung und Kriegsopferversorgung im Rahmen französischer Besatzungspolitik. (= Veröffentlichungen der Kommission des Landtages für die

ohnehin von Anfang an diskreditiert, konnte und durfte also im Westen nicht zum Ausgangspunkt für eine Neustrukturierung der Krankenversicherung herangezogen werden.

Bevor die Kampffronten skizziert werden – mit räumlicher Konzentration auf die französisch besetzten Gebiete in Württemberg-Hohenzollern und Südbaden – soll kurz auf die Geschichte der Forderung nach einer Einheitsversicherung eingegangen werden.

Kurzer Überblick zur Geschichte der Einheitsversicherung

Wie bereits erwähnt, brachte die Reichsversicherungsordnung von 1911, die am 1. Januar 1914 in Kraft trat, keine grundsätzliche Änderung des Sozialversicherungssystems. Sie fasste lediglich das Sozialversicherungsrecht in einem Gesetzgebungswerk zusammen, ergänzte die Invaliden- durch eine Hinterbliebenenversicherung, erweiterte die Versicherungspflicht und in begrenztem Umfang die Versicherungsleistungen, „bereinigte“ die Krankenkassenlandschaft, indem z.B. eine Mindestgröße festgelegt wurde⁴ und rückte die Ortskrankenkassen noch stärker in das Zentrum der Organisation der Krankenversicherung. Darüber hinaus ordnete sie das Verwaltungsverfahren.

Die enormen Finanzprobleme der Sozialversicherung als Folge des Ersten Weltkriegs und die Wirtschaftskrisen der Weimarer Republik führten dazu, dass die Sozialdemokraten die Forderung nach einer allgemeinen Volksfürsorge in ihr Görlitzer Programm von 1921 und u.a. in das Heidelberger Programm von 1925 aufnahmen. Unterstützt wurden sie dabei von den freien Gewerkschaften.⁵ Seitdem gelten diese beiden Organisationen allgemein als die Verfechter einer Einheitsversicherung bzw. Einheitskasse, ohne jemals selbst die Möglichkeit gehabt oder – bei sozialdemokratisch dominierten Regierungen – ergriffen zu haben, diese Umstrukturierung in die Wege zu leiten.

Die Nationalsozialisten planten anfänglich, auch die Sozialversicherung zu vereinheitlichen. Zu einer grundsätzlichen Änderung im Sozialversicherungsgefüge kam es allerdings nicht – wenn man die Abschaffung der Selbstverwaltung und die Stärkung der Landesversicherungsanstalten einmal außer acht läßt.

Insofern war die Errichtung einer Einheitskasse in der französischen Besatzungszone – selbstverständlich unter ganz anderen Vorzeichen als das Vorhaben der Nationalsozialisten – tatsächlich ein Novum in der westdeutschen Sozialversicherungsgeschichte. In der späteren DDR kam es durch den Erlaß der Sowjetischen Militär-Administration in Deutschland (SMAD) Nr. 28 vom 28. Januar 1947 über die „Einführung eines einheitlichen Systems und von Maßnahmen zur Verbesserung der Sozialversicherung“ zur Errichtung einer Einheitsversicherung.⁶

Die Nachkriegs-Situation

Die sozialen, gesundheitlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse bei Ende des Zweiten Weltkriegs schlossen beim Wiederaufbau der Sozialversicherung Überlegungen zur grundsätzlichen Veränderung ihrer Struktur ein. Im Herbst 1945 überstiegen beispielsweise die Ausgaben der Krankenkassen die Einnahmen um ein Drittel, so dass nur noch Leistungen für die Pflichtversicherten übernommen werden konnten.

Geschichte des Landes Rheinland-Pfalz, 10). Mainz 1988, S. 341, 363.

4 Das betraf vor allem die Betriebskrankenkassen, von denen einige die erforderliche Mitgliederzahl nicht aufweisen konnten und infolgedessen aufgelöst wurden.

5 Vgl. Walther, Peter: Betriebskrankenkassen von der Reichsversicherungsordnung bis zur Machtergreifung. Aachen 1998, S. 12.

6 Zur Sozialversicherung in der DDR siehe Frerich, Johannes und Martin Frey: Handbuch der Geschichte der Sozialpolitik in Deutschland. Band 2: Sozialpolitik in der Deutschen Demokratischen Republik. 2. Aufl. München u.a. 1996, sowie Schagen, Udo und Sabine Schleiermacher: Die Sowjetische Besatzungszone und Berlin. In: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (Hrsg.): Geschichte der Sozialpolitik in Deutschland seit 1945. 1945-1949. Die Zeit der Besatzungszonen, Band 2,1. Baden-Baden 2001, S. 511-527.

Am 14. Juli 1945 beschloss der Magistrat von Berlin die „Anordnung über den Wiederaufbau der Sozialversicherung“. Damit wurde die Sozialversicherungsanstalt Berlin zum einzigen Träger der gesamten Sozialversicherung. Gleichzeitig übernahm sie alle Aufgaben der bis zu diesem Zeitpunkt in Berlin tätigen reichsgesetzlichen Versicherungsträger. Die sowjetischen Besatzungsorgane akzeptierten das Berliner Konzept der Einheitsversicherung vorbehaltlos. Auch die westlichen Alliierten standen diesem Modell zunächst offen gegenüber. Im März 1946 billigte der Alliierte Kontrollrat einen Gesetzesentwurf, der sich für die Einheitsversicherung aussprach. Im August desselben Jahres wurde ein zweiter Entwurf für eine Einheitsversicherung seitens des Alliierten Kontrollrates vorgelegt, der jedoch nicht mehr zur Annahme kam.

Während in der amerikanischen und in der britischen Besatzungszone Pläne zur Einheitsversicherung oder Einheitskasse zwar mehrfach diskutiert, aber letztendlich zu den Akten gelegt wurden – auch wenn sie kurzzeitig bei den sogenannten „Sonderkassen“ (also Ersatz-, Innungs- und Betriebskrankenkassen) für Aufregung sorgten –, ging die französische Besatzungsmacht einen anderen Weg. Das lag zum Teil daran, dass die provisorische Regierung in Frankreich 1944 sozialpolitische Reformen in die Wege geleitet hatte, die auf eine Einheitsversicherung hinauslaufen sollten.⁷ Mit anderen Worten, eine einheitliche Sozial- oder/und Krankenversicherung besaß für die Franzosen keinen Schrecken. Auf der anderen Seite pflegten die französischen Besatzungsmächte ein gutes Verhältnis zu den Gewerkschaften, die angesichts der schweren wirtschaftlichen und sozialen Lage zusammen mit den Sozialdemokraten erneut für eine Einheitskasse votierten. Die leeren Kassen, die zerstörten Gebäude und der Personalmangel bei den Krankenkassen ließen Überlegungen zur Neustrukturierung des Sozialversicherungssystems als Ganzes oder zumindest einzelner Zweige zudem vernünftig erscheinen. Dazu kam, dass der Verband Badischer Ortskrankenkassen, später „Verband der Ortskrankenkassen (VdO)“ genannt, gute Beziehungen zur französischen Besatzungsmacht in Baden-Baden unterhielt, dort also auf offene Ohren stieß.

Akteure, Interessen und Interessenkollisionen

Die Akteure im Kampf gegen bzw. für die Einheitskasse waren auf Seiten der Befürworter neben dem Initiator, der französischen Besatzungsmacht, die Ortskrankenkassen, Gewerkschaften, Sozialdemokraten und Kommunisten. Auf der anderen Seite standen die Vertreter der Sonderkassen einschließlich der Landkrankenkassen, die jeweiligen Verbände bzw. ihre Vertreter, die Arbeitgeber und die Ärzte.

Die Trennungslinie zwischen den beiden Lagern war jedoch nicht scharf. So fanden sich sowohl in den Gewerkschaften und in der Sozialdemokratie als auch im Arbeitgeberlager jeweils gegenteilige Stimmen. Die Ortskrankenkassen – die sich später als die eigentlichen Gewinner der Einheitskasse erwiesen – wandten sich ziemlich schnell gegen Pläne zur Vereinheitlichung der gesamten Sozialversicherung. Dann wäre ihr Einflußbereich durch die Landesversicherungsanstalten nämlich sehr stark beschnitten worden. Die Einheitsversicherung wurde deshalb im Grunde nur noch von Kommunisten favorisiert. Doch auch in der KPD gab es Stimmen, die sich gegen die Einheitskasse erhoben, nachdem diese in der französischen Besatzungszone eingeführt war. So wurde beispielsweise in „Unsere Stimme“, Organ der Kommunistischen Partei vom 7. Dezember 1948, also mitten in der Zeit der Einheitskasse, ein Leserbrief veröffentlicht, der sich kritisch mit dem Leistungsabfall der Ortskrankenkasse gegenüber der früheren Betriebskrankenkasse beschäftigte:

Daß die Versicherungsgesellschaften nach dem Zusammenbruch des dritten [sic] Reiches mit großen Schwierigkeiten zu kämpfen haben, muß zugegeben werden. Aber selbst unter diesen Bedingungen sollte man nicht alle Lasten und Verschlechterungen auf die Schultern der Versicherten legen.

Meine Frau arbeitete vor Jahren bei der Fa. Junghans-Schramberg. Auch nach ihrem Austritt aus der Firma blieb sie weiterhin freiwilliges Mitglied der

7 Vgl. dazu ausführlich Hudemann (wie Anm. 3), S. 125ff.

*Betriebskrankenkasse. Im Jahre 1947 wurde die Betriebskrankenkasse von der Allgemeinen Ortskrankenkasse aufgesogen. Als meine Frau im April dieses Jahres ernstlich erkrankte, wurde ihr von der Krankenkasse weder die benötigte Haushaltshilfe noch eine sonstige Unterstützung zugestanden. Dafür verlangte man aber die Zahlung der Beiträge auch während ihrer Krankheit. Auch als meine Frau daraufhin der Kasse empört den Rücken kehrte, verlangte diese weiter die Bezahlung der Beiträge und als ich dies ablehnte, wurde mir sogar der Gerichtsvollzieher ins Haus geschickt. Ob sich ein solches Verhalten mit den Aufgaben einer sozialen Anstalt vereinbaren läßt?*⁸

Die Kritik entzündete sich hier zwar an einer persönlich als Verschlechterung gewerteten Erfahrung, sie zeigt aber, dass sich die politische Linie der KPD in der Frage der Einheitskasse nach „unten“ nicht unbedingt durchgesetzt hatte.

Die Gewerkschaften hatten Probleme mit einer einheitlichen Linie, weil auch einige ihrer Mitglieder, die früher in einer Betriebskrankenkasse versichert waren, deren Vorteile vermißten. Das machte es auch für manche Sozialdemokraten schwer, sich hinter die Linie der Partei zu stellen und die Auflösung der Sonderkassen zu fordern.

Bei den Unternehmern gab es eine (kleinere) Gruppe, die die Resolutionen von Ortskrankenkassen, in denen sie als Arbeitgeber vertreten waren, gegen eine Wiedezulassung der Sonderkassen mit unterzeichneten. Die Mehrheit der Arbeitgeber, vor allem diejenigen, deren Firma früher eine Betriebskrankenkasse besaß, votierte jedoch gegen die Einheitskasse. Diese Gruppe trat nach außen hin kaum in Erscheinung. Offensichtlich erschien es ihr opportuner, den Kampf gegen die Einheitskasse bzw. für die Wiedezulassung der Sonderkassen durch ihren jeweiligen regionalen Verband der Betriebskrankenkassen führen zu lassen bzw. die „Voten“ ihrer Belegschaft und der betrieblichen Interessenvertretungen sprechen zu lassen. Von Letzteren gab es viele. Teilweise auf Initiative der Verbandsvertreter, teilweise durch die Betriebsräte bzw. die Selbstverwaltungsorgane der Kassen wurden in vielen Firmen mit Betriebskrankenkassen Resolutionen verabschiedet und Unterschriftensammlungen durchgeführt, die auf die Beibehaltung der betrieblichen Krankenversicherung drangen. Die Arbeitgeber hielten sich also – vor allem bei der Einführung der Einheitskasse – auffallend zurück. Das traf auch auf die Ärzteschaft zu, die wirklich aktiv erst in die Diskussion über die Wiedezulassung der Sonderkassen eingriff.

Tatsächlich engagiert waren auf der gegnerischen Seite die Verbände der Betriebskrankenkassen, vor allem von Nord-Württemberg und eingeschränkter von Südbaden, und die der überregionalen Ersatzkrankenkassen. Im folgenden beschränke ich mich auf die Betriebskrankenkassenverbände.⁹

Der „Landesverband der Betriebskrankenkassen Nord-Württemberg“¹⁰ unter seiner Geschäftsführerin Lucie Breitling hatte seinen Sitz zwar in Stuttgart und damit in der amerikanischen Zone Württembergs, seine lebhafteste Agitation und seine politischen Verbindungen reichten jedoch weit in das von den Franzosen besetzte Württemberg-Hohenzollern hinein. Breitling nahm den Kampf gleich im Herbst 1945 auf. Am 5. November wandte sie sich als Geschäftsführerin des „Verbandes der Betriebskrankenkassen von Nord-Württemberg“¹¹ an den Ministerpräsidenten Reinhold Maier.¹² Ziel ihres Schreibens war es,

8 Unsere Stimme, 2. Jg. (Nr. 112) vom 7. Dezember 1948.

9 Zur beachtlichen Aktivität der Vertreter der Ersatzkrankenkassen siehe Hudemann (wie Anm. 3), S. 248ff.

10 Zur Geschichte dieses Verbandes siehe Hähner-Rombach, Sylvelyn: Die Betriebskrankenkassen in Baden und Württemberg von der Industrialisierung bis in die Zeit des Nationalsozialismus. Eine Chronik. Tübingen 1999, sowie dies.: Die Betriebskrankenkassen in Baden-Württemberg nach 1945. Eine Chronik. Tübingen 2001.

11 Die Bezeichnungen des Verbandes änderten sich in den ersten Nachkriegsjahren mehrmals, bis die Satzung des Verbandes und seine Rechtsstellung geklärt waren.

12 Der Gebrauch des Titels „Ministerpräsident“ orientierte sich an den Bezeichnungen der Weimarer

den Bestrebungen zur Einheitsversicherung entgegenzutreten, die am 6. November 1945 bei einer Zusammenkunft der Ministerpräsidenten der amerikanischen Besatzungszone diskutiert werden sollte. Die hier angeführten Argumente wurden im Verlauf der Auseinandersetzungen grundsätzlich beibehalten: eine Zentralisation der Gesetzlichen Krankenversicherung stempelte den einzelnen Versicherten zu einer Nummer, die Krankheitstage nähmen zu, wenn der Verwaltungssitz der Kasse weit entfernt sei, und die Einheitsversicherung würde für Arbeitgeber und Arbeitnehmer deutlich teurer – nicht zuletzt durch den fehlenden Wettbewerb unter den verschiedenen Kassenarten. Darüber hinaus betonte sie den Vorteil des „Versicherungsgedankens“ im Zusammenhang mit dem Grundsatz der Selbsthilfe im Gegensatz zum „Versorgungsgedanken“, der von einer Einheitsversicherung ausgehe. Am 21. November 1945 gründete sich der „Landesverband der Betriebskrankenkassen Nord-Württemberg“ förmlich, am 11. Dezember wurde ihm vom Arbeitsministerium Württemberg-Baden mitgeteilt, dass er die Betriebskrankenkassen von Nord-Baden in seinen Zuständigkeitsbereich mit einbeziehen soll. Einen Tag später sorgte ein Beschluss des „Ausschusses für Sozialversicherung der Länderkonferenz“ für Aufregung bei den Betriebskrankenkassen:

Die Krankenversicherung ist innerhalb des Bezirks einer Landesversicherungsanstalt zu vereinheitlichen. Dazu ist es zunächst erforderlich, die Sonderkassen der RVO (Betriebs-, Innungs-, Landkrankenkassen) mit den für den betreffenden Bezirk zuständigen Ortskrankenkassen zu vereinigen.¹³

Die Aufregung wurde am darauffolgenden Tag noch größer, als Landesdirektor Clemens Moser¹⁴ (CDU) von der Landesdirektion für Arbeit im Staatssekretariat für das französisch besetzte Gebiet Württembergs und Hohenzollerns dem Verband mitteilte, dass er vertraulich in Erfahrung gebracht habe, „das geplant ist, in allen französischen Besatzungszonen die Betriebskrankenkassen, mindestens aber solche, mit weniger als 3.000 Mitgliedern, den Ortskrankenkassen einzuverleiben.“¹⁵ Am 14. Dezember 1945 formulierte Moser dann in einem Schreiben an das Gouvernement Militaire seine schwerwiegenden Bedenken gegen die geplante Fusion der Betriebskrankenkassen mit den Ortskrankenkassen. Fünf Tage später stimmten die Vertreter von 65 württembergischen Betriebskrankenkassen auf einer Sitzung in Stuttgart für eine EntschlieÙung, mit der sie gegen die Bestrebungen zur Einheitsversicherung scharf protestierten. Diese EntschlieÙung sandte Breitling am 21. Dezember an die Landesverbände der Betriebskrankenkassen von Bayern, Hessen, Südbaden, an den Hauptverband der Betriebskrankenkassen sowie an den Leiter der Betriebskrankenkasse der Stadt Karlsruhe. Ende Dezember 1945 folgte der Versand einer von Breitling verfassten 13-seitigen Denkschrift zur „Organisationsform der deutschen Sozialversicherung. Bestrebungen auf Beseitigung der Betriebskrankenkassen“ an die Mitglieder des Länderrats und an den Landesbevollmächtigten für Nord-Württemberg und Nord-Baden beim Länderrat, Ministerialdirektor Hermann Gögler. In einem Begleitschreiben an die Mitglieder des Länderrats heißt es, dass etwa eine halbe Million Angehörige württembergischer Betriebe und deren Familienmitglieder von Betriebskrankenkassen seien. Dazu kämen rund 270.000 Mitglieder und Familienangehörige der nordbadischen Betriebskrankenkassen. Die Denkschrift sollte vor allem über das „Wesen“ und die „Vorzüge“ der betrieblichen Krankenversicherung informieren: Die Betriebskrankenkassen als „Urform“ der deutschen Krankenversicherung, als wichtiger Bestandteil der betrieblichen Sozialarbeit, die

Republik. Maier führte zu diesem Zeitpunkt den Titel „Ministerpräsident“ noch nicht. Der Brief befindet sich im Hauptstaatsarchiv Stuttgart (im folgenden HStA), Bestand ES 1/014, Büschel 510.

13 Staatsarchiv Sigmaringen (im folgenden StaS), Bestand Wü 180, Nr. 608.

14 Zu den Mitgliedern der südwestdeutschen Regierungen in den Nachkriegsjahren siehe: Pflug, Konrad: Die Regierungen in den Ländern Baden, Württemberg-Hohenzollern, Württemberg-Baden 1945-1952 und die Landesregierungen von Baden-Württemberg seit 1952. In: Hermann Bausinger, Theodor Eschenburg u.a. (Hrsg.): Baden-Württemberg. Eine politische Landeskunde. Stuttgart 4. Aufl. 1997, S. 242-266.

15 StaS, Bestand Wü 180, Nr. 608.

Nähe zu den Versicherten, die überschaubare Größe der „Versichertengemeinschaft“, die Wirtschaftlichkeit und die Vermeidung bürokratischer Strukturen.

Im Januar 1946 schaltete sich Ministerialdirektor David Stetter (KPD) vom Arbeitsministerium Nord-Württemberg und Nord-Baden mit einem Schreiben an Landesdirektor Moser (CDU) in die Aktivitäten von Moser und Breitling ein. Ein in der Presse erschienener Bericht über die im Sozialpolitischen Ausschuß des Länderrats gefassten „Beschlüsse“ sei nicht korrekt. Es handle sich nur um Vorschläge, die von den einzelnen Ministerien erst noch beraten werden müssten. Die Flut der Entschließungen von Organisationen wie Einzelpersonen, die auf den Presseartikel hin dem Arbeitsministerium geschickt worden waren, beziehen sich – so Stetter – nur auf die Heraufsetzung des Rentenalters auf 70 Jahre. Und weiter:

Zu der wichtigen Frage betr. Beseitigung der Betriebskrankenkassen und Schaffung einer einheitlichen Krankenkasse ist weder etwas dafür noch dagegen eingewendet worden. Es kann also daraus geschlossen werden, dass die große Zahl der Versicherten gegen eine Vereinheitlichung der Krankenversicherung nichts einzuwenden hat. Dieser Gedanke entspricht auch der derzeitigen grundsätzlichen Einstellung des Arbeitsministeriums für Nordwürttemberg und Nordbaden.¹⁶

Anschließend kritisierte Stetter Moser, dass dieser vor seiner Stellungnahme an die französische Militärregierung nicht Kontakt mit ihm aufgenommen hatte. Moser wies die Kritik Stetters scharf zurück. Am 31. Januar 1945 sprach Breitling bei Kommandant Hesselbarth in Baden-Baden vor und erhielt Gelegenheit, den Standpunkt der Betriebskrankenkassen in der Frage der Einheitsversicherung eingehend darzulegen. Daneben initiierte der Landesverband eine große Unterschriftenaktion und Protesttelegramme der Betriebe, die von einem Verbot betroffen gewesen wären, sowie eine Kassenkonferenz, zu der auch Vertreter der Militärregierung, Befürworter der Einheitsversicherung aus dem Stuttgarter Arbeitsministerium und Vertreter der Ortskrankenkassen eingeladen wurden. Anfang Februar sickerte durch, dass eine Verordnung zur Schaffung der Einheitskasse im französischen Besatzungsgebiet bei General Koenig zur Unterschrift bereitliege. Da Breitling keinen Termin in Baden-Baden erhielt, empfahl ihr Moser am 4. Februar 1946,

an die Militärregierung in Baden-Baden (Herrn Kommandanten Hesselbarth u. seine Exzellenz den Herrn General König) von der Arbeiterschaft der in Betracht kommenden Betriebe telegraphieren zu lassen, dass gegen die Massnahmen Einspruch erhoben werde. Hierdurch werde der Entscheidung solcher Fragen vorgegriffen, die ausschliesslich der späteren politischen Volksvertretung vorbehalten werden müssten. Es empfiehlt sich auch mit Nachdruck darauf hinzuweisen, dass durch die Schaffung einer Einheitskasse zur Zeit gar nichts gewonnen werden kann, sondern nur die Vorteile beseitigt werden, die die Versicherten der Betriebskrankenkassen bisher hatten.¹⁷

Zwei Tage später schickte Breitling Stellungnahmen von 24 Betriebskrankenkassen der französischen Besatzungszone, die vom Betriebsrat mitunterzeichnet wurden, sowie von der Industrie- und Handelskammer Reutlingen an das Staatssekretariat für das französisch besetzte Gebiet Württembergs und Hohenzollerns. In den Stellungnahmen wurde außer den bereits benannten Vorteilen der betrieblichen Krankenversicherung darauf hingewiesen, dass es sogar den Nationalsozialisten nicht gelungen sei, die Betriebskrankenkassen aufzulösen, und dass die Verbundenheit der Mitglieder mit ihrer Kasse so weit gehe, dass selbst Rentner als freiwillig Versicherte in ihr verblieben.

Am 28. Februar 1946 fuhr Breitling nach Tübingen, nachdem sie am Tag zuvor benachrichtigt worden war, dass sie zur Vernehmung bei der Sûreté erscheinen soll. Sie wurde dort am selben Tag verhaftet und verbüßte bis zum 8. Juli eine Gefängnisstrafe in Rottenburg wegen „rébellion“. Der Grund ihrer Verurteilung war ihre telegraphische

¹⁶ StaS, Bestand Wü 180, Nr. 608.

¹⁷ StaS, Bestand Wü 180, Nr. 608.

Aufforderung an vier der großen Betriebe in Süd-Württemberg, sich wegen der Auflösung der Betriebskrankenkassen direkt an General Koenig zu wenden, worüber dieser sehr „ungehalten“ war. Während Rainer Hudemann davon spricht, dass Lucie Breitling „einige Tage ins Gefängnis“ wanderte¹⁸, ist in den Annalen des Verbandes festgehalten, dass sie mehr als vier Monate inhaftiert war. Das ließ sich bei der Agitation verwenden, die zunehmend unter dem Motto „Kampf für demokratische Rechte“ geführt wurde. Dessen ungeachtet, vertraten die Verbände der Betriebskrankenkassen im Grunde genommen Arbeitgeberstandpunkte. Eines der Hauptargumente zielte nämlich auf den geringeren Krankenstand bei Betriebskrankenkassen, der durch die besondere „Nähe“ der Kasse zu ihren Mitgliedern gewährleistet sei. Dass sie sich in ihren Stellungnahmen und Aktionen auf die ehemaligen Mitglieder von Betriebskrankenkassen stützen konnten, erleichterte die Arbeit der Verbände. Denn die vormaligen Mitglieder der betrieblichen Krankenversicherung kritisierten die tatsächliche Verschlechterung der Leistungen der Ortskrankenkassen bei meist gestiegenem Beitragsaufkommen mehr oder weniger scharf. Und trotz der früher durchaus praktizierten Versuche der Arbeitgeber, ihre Betriebskrankenkassen für betriebliche Interessen zu instrumentalisieren (z.B. direktere Kontrolle bei Arbeitsunfähigkeit), war das Gefühl der Identifikation der Mitglieder mit „ihrer“ Kasse häufig verbreitet. In vielen Fällen waren zudem die Betriebsräte sehr stark in der Betriebskrankenkasse engagiert, weil sie diese als weitere Möglichkeit sahen, betriebliche Sozialpolitik zu praktizieren, und diese Möglichkeit auch nutzten.¹⁹ Das heißt, diese Gewerkschaftsmitglieder – die zum Teil auch in der SPD aktiv waren – kamen in Gegensatz zu den Positionen der Gewerkschaftsführung, die ihrerseits wiederum auch auf die Wünsche dieser Mitglieder Rücksicht nehmen musste.

Die rastlose Aktivität des Betriebskrankenkassenverbandes in Nord-Württemberg/Nord-Baden wurde durch den südbadischen Verband flankiert. Dort gab es seit 1923 einen Landesverband der Badischen Betriebskrankenkassen, der bis zur Gründung eines eigenen Verbandes auch die Innungskrankenkassen vertrat.²⁰ Während sich die Situation der badischen Ortskrankenkassen langsam normalisierte, häuften sich die Meldungen über Probleme der Betriebskrankenkassen. Einige der Betriebskrankenkassen im französisch besetzten Baden wurden durch die Stilllegung von Rüstungsfirmen (z. B. Aluminiumwerk Tscheulin) aufgelöst. Ende 1945 forderte der Präsident des badischen Landesarbeitsamtes Philipp Martzloff (SPD) die sofortige Einführung der Einheitsversicherung. Der kommissarische Vorstandsvorsitzende des Landesverbandes der Betriebskrankenkassen Südbadens, Paul A. Gütermann, bat daraufhin am 8. Januar 1946 die Leiter der südbadischen Kassen, ihm möglichst schnell Erklärungen der Arbeitgeber und der Versicherten zukommen zu lassen, aus denen hervorgeht, wie sie zu ihrer Betriebskrankenkasse stehen:

Die beiden Mitteilungen sollen erkennen lassen, dass, und warum sie gegen die Einheitsversicherung eingestellt sind. Sie sollen den klaren eindeutigen Willen zeigen, dass nichts an dem Bestand der Betriebskrankenkassen geändert werden darf.²¹

18 Hudemann (wie Anm. 3), S. 247.

19 Das kam bei einer Reihe von Interviews, die im Sommer 1998 mit ehemaligen Vertretern der Selbstverwaltung von Betriebskrankenkassen in Baden und Württemberg durchgeführt wurden, sehr deutlich zum Ausdruck.

20 Das war nicht der erste Verband der Betriebskassen in Baden. Bereits 1908 wurde der „Verband Oberbadischer Betriebskrankenkassen“ gegründet, nachdem sich die Betriebskrankenkassen nicht mehr von der 1894 gegründeten „Freien Vereinigung Badischer Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen“ richtig vertreten fühlten. Neben dem Verband Oberbadischer Betriebskrankenkassen gab es auch den ebenfalls 1908 gegründeten „Verband zur Wahrung der Betriebskrankenkassen Südwestdeutschlands“. Vgl. Hähner-Rombach, Sylvelyn (2001, wie Anm. 10), Kap.8.

21 Verband der Ortskrankenkassen Lahr, Altregistratur 1042/10420 1945-1953.

Weitere Aktivitäten des südbadischen Landesverbandes im Vorfeld der Einführung der Einheitsversicherung sind aufgrund schlechter Quellenüberlieferung nicht bekannt. Am 27. April 1946 unterzeichnete General Koenig die Verordnung Nr. 39, die mit Wirkung vom 28. Februar 1946 eine prinzipielle Reform der Krankenversicherung in der französischen Besatzungszone durchführte. Die Betriebs-, Innungs- und Ersatzkassen wurden zum 1. Juni 1946 aufgelöst. Davon waren in Württemberg-Hohenzollern rund 50 Betriebskrankenkassen betroffen, für Südbaden ist die Zahl der Kassen nicht bekannt.²²

In Württemberg-Hohenzollern bedeutete die Durchführung der Verordnung Nr. 39 keineswegs, dass diese unwidersprochen hingenommen wurde. So schickte u.a. die Betriebskrankenkasse der I. G. Farbenindustrie Aktiengesellschaft Rottweil am 14. Juni 1946 einen Brief an die Landesdirektion für Arbeit in Tübingen, in dem sie ihre Bedenken gegen die Auflösung ihrer seit 1885 bestandenen Kasse formulierte. Nach dem höheren Beitragssatz der Allgemeinen Ortskrankenkasse, den höheren Leistungen, die die Betriebskrankenkasse nach einer kurzen Zeit nach dem Zusammenbruch 1945 wieder gewähren konnte, wurden weitere für die Mitglieder und die Firma nachteilige Auswirkungen aufgelistet: Arbeitszeit- und Freizeitausfälle durch die große Entfernung zwischen Sitz der Kasse und Firmensitz sowie die umständlichere Errechnung und Festsetzung des Grundlohnes für die Barleistungen und des Grundlohnes. Dann kam auch diese Kasse auf eines ihrer Hauptanliegen zu sprechen:

*Krankmeldungen und Benachrichtigung der Betriebe. In diesem Punkte wird sich das betriebsfremde Wesen der Ortskrankenkasse, die Entfernung zwischen dieser und dem Betrieb, der Mangel einer elastischen, sofort einsetzenden Verständigung und Kontrolle nachteilig auswirken. Die Krank-Feiernden können nicht rasch und nachhaltig genug erfasst und wieder zur Arbeit gebracht werden.*²³

Derartige Stellungnahmen und Beschwerden gingen über den gesamten Zeitraum der Einheitskasse bei den zuständigen staatlichen Stellen ein und bilden ein ganzes Konvolut in den Archiven. Es war wohl allen Beteiligten klar, dass diese nicht direkt zur Aufhebung der Einheitskasse führten, aber man gab doch regelmäßige Zeichen, dass man sich nicht mit der neuen Situation abfand.

Durch die Verordnung Nr. 39 wurden nicht nur die „Sonderkassen“ aufgelöst, auch der südbadische Betriebskrankenkassenverband hörte auf zu existieren. Sein Geschäftsführer Carl Hahn richtete jedoch gleich im Juli 1946 eine „Sozialversicherungsberatungsstelle für die Wirtschaft in Südbaden“ ein, deren Existenz er gegenüber dem Badischen Arbeitsministerium am 21. Juli 1946 folgendermaßen begründete:

*Tagtäglich fallen in den Betrieben Fragen an, über die sich die Betriebsleitung bisher zuverlässig beim Landesverband informieren konnte. Es ist damit zu rechnen, dass im Zuge der Neuordnung der Organisation der Krankenversicherung, die allgemeine Wirtschaftslage und durch neue Gesetze und Verordnungen künftig noch ein erhöhtes Bedürfnis für die Klärung von Rechtsfragen auf dem Gebiete der Sozialversicherung entstehen wird.*²⁴

Als Aufgaben benannte er im folgenden die Wahrnehmung der Interessen der Betriebe in allen Angelegenheiten der Sozialversicherung, die ständige Unterrichtung der angeschlossenen Betriebe über die Entwicklung, Gesetzgebung, Rechtsprechung sowie Planung durch Rundschreiben, die schriftliche und mündliche Beratung in allen sozialversicherungsrechtlichen Fragen, die Vertretung der Betriebe in Streitfällen bei Versicherungsträgern und Behörden und die Beratung bei der Lohnbuchführung bezüglich der Versicherungsbeiträge etc. Hahn wollte die Beratungsstelle mit behördlicher Genehmigung auf eigenes Risiko führen, ähnlich wie ein Steuerberater oder Wirtschaftsprüfer. Zur Deckung seiner Kosten

22 Bekannt ist lediglich, dass es 1939 148 Betriebskrankenkassen in Gesamtbaden gab und 1950 64 Betriebskrankenkassen in Südbaden.

23 StaS, Bestand Wü 180, Nr. 608.

24 Staatsarchiv Freiburg (im folgenden StaF), Bestand C 38/1, Nr. 33.

wollte er eine jährliche Pauschalsumme je nach Betriebsgröße der angeschlossenen Betriebe erheben. Am 12. August 1946 beschloss das Arbeitsministerium, bei der französischen Besatzungsmacht die Genehmigung von Hahns „Sozialberatungsstelle“ zu beantragen. Da auch Capitaine Andr ez vom Gouvernement nichts dagegen einzuwenden hatte, er offnete Hahn seine Beratungsstelle zum 1. Oktober 1946. Das heißt, dass die französische Besatzungsmacht entweder diese sehr indirekte Aufweichung ihres Erlasses nicht bemerkte oder dass es ihr letztendlich nicht wichtig erschien, dass Hahn diese Strategie einschlug, um den Landesverband rudimentär und unter einem anderen Namen weiterzuführen. Hahns Aktion ist jedenfalls ein weiteres Indiz dafür, dass die Durchführung der Verordnung Nr. 39 von ihren Gegnern nicht einfach hingenommen wurde.

Spätestens im Winter 1948/49 setzte die öffentliche Diskussion über die Einheitskasse wieder verstärkt ein. Auch die Anhänger blieben nicht untätig. Am 4. Februar 1949 tagte in Reutlingen die Konferenz der Bundesvorst nde der Gewerkschaften der französischen Zone. Sie befasste sich mit der Forderung nach Wiedereinführung von Betriebs- und Ersatzkassen und verabschiedete folgende Entschlie ung:

Die Konferenz lehnt die Wiedereinführung dieser Kassen entschieden ab. Die Zusammenlegung hat sich in der franz. Zone für Kassen und Versicherte bewährt. Eine Aufsplitterung würde bedeuten, dass die Ortskrankenkassen die guten Risiken verlieren und dadurch die Minderbemittelten infolge notwendig werdender Erhöhung der Beiträge durch die Ortskrankenkassen übermässig belastet werden.²⁵

Einen Tag später wandte sich der Vorstand des Badischen Gewerkschaftsbundes an den Staatspräsidenten des Landes Baden Leo Wohleb (CDU) mit der Bitte, die Rücknahme der Verordnung Nr. 39 nicht zu unterstützen. Das nutzte offensichtlich nichts. Im April/Mai 1949 verabschiedete der Badische Landtag eine ähnliche Verfügung zur Wiedenzulassung der Ersatz-, Betriebs- und Innungskrankenkassen wie der Landtag von Württemberg-Hohenzollern. Diese wurde jedoch ebenfalls noch nicht von der französischen Militärregierung akzeptiert. Erst im Sommer desselben Jahres setzten die Länderparlamente ihr Recht über die Entscheidungskompetenz in Sozialversicherungsfragen durch: Das Gesetz über die Träger der Gesetzlichen Krankenversicherung wurde am 3. Juni 1949 in Württemberg-Hohenzollern, im August in Rheinland-Pfalz und nach der Sommerpause im Badischen Landtag verkündet. Zum 9. August 1949 erfolgte die formelle Beseitigung der Einheitskrankenkasse in der französischen Besatzungszone und die Wiederherstellung des Rechtszustandes von 1945. Damit trat außer in Württemberg-Hohenzollern automatisch die Verordnung von 1934 wieder in Kraft, die Neugründungen von Krankenkassen verboten hatte. Das bedeutete, in Südbaden konnten nur Betriebskrankenkassen errichtet werden, die bereits vor der Verfügung Nr. 39 bestanden hatten und die einen Mitgliederstand von mindestens 300 Personen aufwiesen. Zum 1. Oktober 1949 konnten diese Kassen wieder eröffnet werden. Das Badische Ministerium der Wirtschaft und Arbeit legte weiterhin fest, dass zwischen den Ersatz-, Innungs- und Betriebskrankenkassen auf der einen Seite und den Ortskrankenkassen auf der anderen keine Vermögensauseinandersetzung stattfinden sollte.

Mögliche Gründe für das Scheitern der Einheitskasse

Allgemein muss festgehalten werden, dass Bedingungen der Nachkriegszeit für die Etablierung der Einheitskasse nachteilig waren. Nachdem die direkten Kriegsfolgen – wenn auch nur annähernd –  berwunden waren, kam die Währungsreform, die die langsam und mühsam erreichten Rücklagen der Kassen zum großen Teil erneut tilgte. Die Folgen waren Leistungsabfall oder zumindest Stockungen in der Leistungszunahme und erhöhte Beiträge der Ortskrankenkassen, die zum Vergleich mit den früheren Verhältnissen bei den Sonderkassen geradezu einluden.

25 StaF, Bestand C 38/1, Nr. 133.

Auch Kritiker der Sonderkassen kommen nicht umhin festzustellen, dass die Verbundenheit sehr vieler Mitglieder dieser Kassen (zumindest) in der fraglichen Periode unabhängig von ihrer politischen Einstellung relativ groß war. Das lag nicht nur an den (nicht immer) niedrigeren Beiträgen und (nicht immer) höheren Leistungen. Die Nähe zur Kasse bei den Betriebskrankenkassen bedeutete ja nicht nur eine direktere Kontrolle, die im übrigen auch nicht generell von den Versicherten als schlecht empfunden wurde. Die Mitglieder hatten durch die Nähe einen persönlichen Kontakt zum Kassenverwalter, der auch mal unbürokratisch und vor allem schnell und oft direkt entscheiden konnte.

Auf diese Verbundenheit konnten sich die Verbände der „Sonderkassen“ stützen, die zudem über wichtige politische und wirtschaftliche Verbindungen verfügten. Und bei diesen Verbindungen war die Einheitskasse von Anfang an politisch nicht gewünscht, was durch den Weg, der in der sowjetischen Besatzungszone beschritten wurde, sicher noch verstärkt wurde. Aus der Tatsache, dass die Einheitsversicherung in der späteren DDR installiert wurde, resultierte auch bei den westlichen Sozialdemokraten die zunehmende Tendenz, sich von diesem Konzept zu verabschieden.

Auf französischer Seite zeigte sich laut Hudemann ein Nachlassen des Reform-Elans, der zum einen mit der objektiv schwierigen Situation in Westdeutschland zusammenhing, zum anderen aber auch mit der sozialpolitischen Entwicklung in Frankreich selbst. Da sich zudem in den übrigen westlichen Besatzungszonen das Konzept der Einheitskasse nicht durchsetzen konnte, die Länderparlamente der französisch besetzten Zone – die als demokratische Institution auf Dauer nicht zu ignorieren waren –, sich für die Wiedezulassung der Sonderkassen aussprachen, gab die französische Militärregierung schließlich nach und nahm die Verfügung Nr. 39 zurück. Inwieweit sich dieses Konzept der Krankenversicherung auf längere Sicht bewährt hätte, kann also nicht beantwortet werden. Da auch das zur Verfügung stehende statistische Material der Ortskrankenkassen zur Zeit der Einheitskasse zum einen nicht ausreicht, zum anderen nicht unbedingt vergleichbar ist, können keine sicheren Schlüsse gezogen werden. Hudemann formuliert das folgendermaßen: „Nimmt man die verfügbaren Informationen in ihrer Gesamtheit, so erweist sich, dass in der französischen Zone 1946 die Lösung von Problemen versucht worden und teilweise gelungen ist, die in den anderen beiden Westzonen erst im Zuge oder nach der Gründung der Bundesrepublik in Angriff genommen wurde.“²⁶ Er bezieht sich dabei auf den relativ hohen Anteil freiwillig Versicherter in den Ortskrankenkassen, die Abnahme der Zahl kleiner Betriebskrankenkassen, die auf eine Wiedereröffnung verzichteten, die durchschnittlich höhere Mitgliederzahl der wiedereröffneten Betriebskrankenkassen und die gestiegenen Beiträge bei den Ortskrankenkassen nach 1948.

Bei dieser verhalten positiven Bewertung gilt es jedoch im Hinterkopf zu behalten, dass es sich bei diesem Versuch um eine Einheitskasse auf bezirklicher Ebene gehandelt hat. Diese hatte im Durchschnitt rund 22.000 Mitglieder, war also keine sogenannte „Mammut-Kasse“, vor der heute immer noch gewarnt wird und die in den Vorstellungen derer virulent ist, die eine Einheitskasse ablehnen.

SYLVELYN HÄHNER-ROMBACH
Institut für Geschichte der Medizin
der Robert Bosch Stiftung,
Straussweg 17
D-70184 Stuttgart
E-mail: sylvelyn.haehner@igm-bosch.de

26 Hudemann (wie Anm. 3), S. 380.

UDO SCHAGEN

Die Gesundheitspolitik in der Sowjetischen Besatzungszone – Umsetzung sozialdemokratischer Forderungen¹

Fragestellung und Ziele

In der Gesundheitspolitik der SBZ waren die wesentlichen strukturellen Entscheidungen für den Aufbau des Gesundheitswesens der späteren DDR vorweg genommen worden. Die Grundlagen dieser Entscheidungen sind vom Verfasser bereits in mehreren Beiträgen behandelt worden.²

Ohne Zweifel hatte die Gesundheitspolitik in der Sowjetischen Besatzungszone (SBZ) auch ihre Wurzeln in gesundheitspolitischen Vorstellungen der Weimarer KPD und der KPD-Gruppe im Moskauer Exil wie in den Vorstellungen der Gesundheitsoffiziere der Sowjetischen Militärverwaltung Deutschlands (SMAD) mit ihren Erfahrungen vom Aufbau des Gesundheitswesens in der Sowjetunion. Diese Wurzeln sind nicht Gegenstand dieser Arbeit. Hier soll es vielmehr darum gehen, die gesundheitspolitischen Forderungen der Sozialdemokratie der Weimarer Republik und der Nachkriegszeit darzustellen und diese mit den Ergebnissen gesundheitspolitischer Entscheidungen in der SBZ und der DDR zu vergleichen. Waren sozialdemokratische Traditionslinien der Gesundheitspolitik von den die Vereinigung mit der KPD zur SED betreibenden Sozialdemokraten in der SBZ aufgegeben worden oder konnten sie sich nicht durchsetzen?

1953 hatte es mindestens in den Augen des SPD-Informationsdienstes in der jungen Bundesrepublik diesen Anschein. Unter der Überschrift „Das Gesundheitswesen in der Sowjetzone“ hieß es dort:

„Die Politik der Sowjets in der von ihnen besetzten Zone Deutschlands ist und bleibt auf die Ausbeutung der Bevölkerung und aller ihrer materiellen Reserven gerichtet. Zur Erreichung dieses Ziels wird die völlige Sowjetisierung der Zone betrieben, die seit 1945 in wachsendem Ausmaß alle politischen, wirtschaftlichen und kulturellen Gebiete des Lebens mittelbar oder unmittelbar erfasste. Zwangsläufig betraf diese Entwicklung auch das Gesundheitswesen und die medizinische Wissenschaft, umso mehr, als sie schon ihrer Natur nach den

-
- 1 Überarbeitete und ergänzte Fassung eines Vortrags auf der Gemeinsamen Wissenschaftlichen Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSM) und der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Soziologie (DGMS) vom 25. bis 28. September 2002 in Halle/Saale.
 - 2 Die Traditionslinien im 100jährigen politischen Streit um die Pflichtversicherung vor 1945, die Bedeutung der Entnazifizierung sowie die allgemeinen Rahmenbedingungen wurden im Standardwerk zur „Geschichte der Sozialpolitik in Deutschland seit 1945“ und in einem weiteren Aufsatz dargestellt: Schagen, Udo und Sabine Schleiermacher: Gesundheitswesen und Sicherung bei Krankheit und im Pflegefall [Einleitung: Rahmenbedingungen für die Reorganisation des Gesundheitswesens. Die Sowjetische Besatzungszone und Berlin]. In: Udo Wengst (Hrsg.): Geschichte der Sozialpolitik in Deutschland seit 1945, Band 2, 1945-1949. Die Zeit der Besatzungszonen. Sozialpolitik zwischen Kriegsende und der Gründung zweier deutscher Staaten. Bonn 2001, S. 464-484, S. 511-528. - Schagen, Udo: Vielfalt gegen Einheit: Der interessierte Blick auf die Sozialversicherung vom Kaiserreich bis zum Alliierten Kontrollrat. In: Alfons Labisch, Norbert Paul (Hrsg.): Historizität. Erfahrung und Handeln - Geschichte und Medizin. In: Sudhoffs Archiv 54. Stuttgart 2004, S. 179-187. - Inwieweit deutsche Vorstellungen mit denen der sowjetischen Zentralverwaltung übereinstimmten, und dies galt für den überwiegenden Teil aller Grundsatzentscheidungen, wurde ebenfalls untersucht: Schagen, Udo: Kongruenz der Gesundheitspolitik von Arbeiterparteien, Militäradministration und der Zentralverwaltung für das Gesundheitswesen in der Sowjetischen Besatzungszone? In: Wolfgang Woelk, Jörg Vögele (Hrsg.): Geschichte der Gesundheitspolitik in Deutschland von der Weimarer Republik bis in die Frühgeschichte der "doppelten Staatsgründung". (=Schriften zur Sozial- und Wirtschaftsgeschichte, 73). Berlin 2002, S. 379-404.

*Erfordernissen der sowjetischen Wirtschaftsinteressen zur unbedingten Produktionssteigerung hemmend entgegenwirken.*³

Die Rede von einer angeblichen „Sowjetisierung“ des Gesundheitswesens der DDR durchzog später zahlreiche Veröffentlichungen der Bundesrepublik, kann aber inzwischen als widerlegt gelten.⁴ Ist die damals so negative Einschätzung des Gesundheitswesens der DDR durch die SPD erst vor dem Hintergrund des Kalten Krieges verständlich? Und sind möglicherweise Teile sozialdemokratischer gesundheitspolitischer Traditionslinien doch im neuen DDR-Gesundheitswesen verwirklicht worden?

Um diesen Fragen nachgehen zu können, werden die Strukturmerkmale des Gesundheitswesens und der auf sie gerichteten Gesundheitspolitik der Sowjetischen Besatzungszone und der DDR hier kurz benannt:

1. Einheitliche Versicherung für alle Bevölkerungsteile, sowohl bezüglich der Kranken- wie der Rentenversicherung,
2. Sicherstellung der ambulanten Behandlung durch flächendeckende, planmäßig verteilte Einrichtungen mit Zugang zu Fachärzten für jeden,
3. Arbeitsplatznahe und im Grundsatz auf Prävention orientierte Gesundheits- und Sozialeinrichtungen,
4. Einrichtung einer Zentralverwaltung bzw. eines Gesundheitsministeriums
5. Öffentliche Anstellung von Ärzten.⁵

Um einen Vergleich zu ermöglichen, sollen im Folgenden die gesundheitspolitischen Grundsätze der SPD der Weimarer Republik und der ersten Nachkriegsjahre in den Westzonen dargestellt werden. Danach wird dem politischen Hintergrund derjenigen Personen nachgegangen, die verantwortlich für den Aufbau des Gesundheitswesens der SBZ zeichneten.

Was sagte die SPD der Weimarer Republik zur Gesundheitspolitik?

Die leichter zugänglichen Publikationen zu den Weimarer gesundheitspolitischen Forderungen der SPD⁶ stützen sich auf die Wiedergabe dieser Forderungen in den Lebenserinnerungen Alfred Grotjahns (1869-1931).⁷ Das Zustandekommen der verabschiedeten Forderungen ist reichlich komplex und erklärt auch die Jahreszahlen 1921 und 1922 für deren Entstehung.

In der Weimarer Republik, in der die SPD, im Gegensatz zu den Zeiten des Erfurter Programms aus dem Jahre 1891, an vielen Orten in der politischen Verantwortung stand, wurde es notwendig, Vorstellungen der Arbeiterparteien zu gesellschaftlichen Teilbereichen differenzierter zu formulieren. Sie wurden Richtschnur der Arbeit vieler Parteigenossen in kommunalen Selbstverwaltungsorganen wie den Parlamenten der Länder und des Reiches. Der einflussreiche Theoretiker der SPD, *Eduard Bernstein* (1850-1932), hatte die Revision zahlreicher marxistischer Positionen eingeleitet und kann als Vater der Abkehr der Sozial-

3 Sopade-Informationsdienst, Denkschriften 53, Das Gesundheitswesen in der Sowjetzone. Hrsg. v. Vorstand der Sozialdemokratischen Partei Deutschlands. Bonn 1953.

4 Schagen, Schleiermacher, 2001, aaO, S. 469, 528.

5 Für eine ausführliche Darstellung der Entwicklung der Programmatik und ihrer Umsetzung s. Schagen/Schleiermacher, 2001, aaO, S. 512-528, sowie: Schagen, Udo und Sabine Schleiermacher: Gesundheitswesen und Sicherung bei Krankheit. In: Geschichte der Sozialpolitik in Deutschland seit 1945 8. Dierk Hoffmann, Michael Schwartz (Hrsg.): 1945-1961. Deutsche Demokratische Republik. Im Zeichen des Aufbaus des Sozialismus. Baden-Baden 2004, S. 387-433.

6 Labisch, Alfons: Alfred Grotjahn (1869-1931) und das gesundheitspolitische Programm der Mehrheitssozialdemokraten von 1922. In: Medizin, Mensch, Gesellschaft 8 (1983), S. 192-197; Nadav, Daniel: Julius Moses (1868-1942) und die Politik der Sozialhygiene in Deutschland. Gerlingen 1985, S. 202.

7 Grotjahn, Alfred: Erlebtes und Erstrebtes. Erinnerungen eines sozialistischen Arztes. Berlin 1932, S. 243.

demokratie vom revolutionären zu Gunsten eines evolutionären Weges zum Sozialismus bezeichnet werden. Er erläuterte 1922 die Notwendigkeit für die Beschlussfassung über ein neues Programm der SPD auf dem Görlitzer Parteitag u.a. so:

„Mit dem Wachstum der Bewegung, mit dem Eindringen ihrer Vertreter in immer größerer Zahl in den Reichstag und die Landes- und Gemeindevertretungen und der damit verbundenen Steigerung ihres Einflusses auf Gesetzgebung und Verwaltung sah sich die Partei vor Aufgaben gestellt, über die das [frühere Erfurter] Programm keine Auskunft mehr gab.“⁸

In einem langen Diskussionsprozess entstand das nach dem Görlitzer Parteitag 1921 der SPD benannte, aber erst 1922 in Augsburg vollständig verabschiedete neue Programm der (Mehrheits-)Sozialdemokratie, das in den hier zur Diskussion stehenden Fragen auch nach der Wiedervereinigung mit der USPD (1924) bis zum Ende der sozialdemokratischen Wirkungsmöglichkeiten in der Weimarer Republik und darüber hinaus Gültigkeit behielt.⁹ Im Abschnitt zur Sozialpolitik stand die Forderung nach einem „Umbau der sozialen Sicherung zu einer allgemeinen Volksfürsorge“. Sie wurde von Bernstein, der leninistisch-revolutionärer Einstellungen sicher unverdächtig ist, wie folgt kommentiert: „Die Forderung gibt dem sozialistischen Gedanken Ausdruck, daß die Gemeinschaft die Pflicht hat, ihren Angehörigen in Fällen der Erwerbsunfähigkeit Beistand zu einem auskömmlichen Leben zu leisten. Er soll bei diesem Umbau leitender Gesichtspunkt sein und nicht der seinem Ursprung und Wesen nach noch der individualistischen Gesellschaftsordnung entsprechende Gedanke der Versicherung.“¹⁰

Der Programmabschnitt zum Gesundheitswesen formuliert es noch genauer. Er war unter Führung des zum eher konservativen Flügel gehörenden SPD-Reichstagsabgeordneten (1920-1924) Alfred Grotjahn erarbeitet worden. Grotjahn war als Wissenschaftler bereits hoch angesehen und kurz zuvor, 1920, als erster deutscher Lehrstuhlinhaber des Faches Sozialhygiene an die Berliner Universität berufen worden. Bei ihm waren auch sowjetische Sozialhygieniker und Verantwortliche für den Aufbau des Gesundheitswesens in der Sowjetunion in die Schule gegangen. Sein in mehreren Auflagen erschienenes Lehrbuch der Sozialen Pathologie (1912, 1915, 1923) war nicht nur ins Russische übersetzt, sondern dort jedem „Sowjetarzt“ in einem Exemplar zur Verfügung gestellt worden.¹¹ Bis auf Grotjahns eugenische Vorstellungen, die in der Sowjetunion nicht geteilt wurden, war die Bewunderung für ihn groß; die sowjetischen Sozialhygieniker übernahmen große Teile der deutschen sozialen Medizin der ersten beiden Jahrzehnte des 20. Jahrhunderts.¹²

8 Das Görlitzer Programm der Sozialdemokratischen Partei Deutschlands. Eingeleitet und gemeinverständlich erläutert von Eduard Bernstein. Berlin 1922. S. 9.

9 Im nach der Vereinigung mit der USPD 1925 beschlossenen Heidelberger Aktionsprogramm findet sich zum Gesundheitswesen nur noch eine „Kurzfassung“: „Vereinheitlichung der sozialen Versicherung bis zu ihrem Umbau zu einer allgemeinen Volksfürsorge. Einbeziehung der Arbeitsunfähigen und Erwerbslosen. Umfassende vorbeugende, heilende und vorsorgende Maßnahmen auf dem Gebiete der Volkswohlfahrt, insbesondere der Erziehungs-, Gesundheits- und Wirtschaftsfürsorge, einheitliche, reichsrechtliche Regelung der Wohlfahrtspflege, die die Mitwirkung der Arbeiterklasse in ihrer Durchführung sicherstellt.“ Treue, Wolfgang: Deutsche Parteiprogramme 1861–1954. (=Quellensammlung zur Kulturgeschichte, 3). Göttingen u.a. 1954, S. 104f.

10 Forderung im Abschnitt „b) Sozialpolitik“. Eduard Bernstein, aaO, S. 41, 43.

11 A. Grotjahn, aaO, 1932, S. 270. Nach: Tutzke, Dietrich: Alfred Grotjahn. Biographien hervorragender Naturwissenschaftler, Techniker und Mediziner 36. Leipzig 1979, S. 61

12 Solomon, Susan Gross: The Expert and the State in Russian Public Health: Continuities and Changes Across the Revolutionary Divide. In: Dorothy Porter (Hrsg.): The History of Public Health and the Modern State. Amsterdam 1994, S. 183-223, 197 und FN 96. - Der erste Volkskommissar für das Gesundheitswesen der Sowjetunion, N. A. Semaschko (1874-1949), formulierte in einem Vortrag 1925: „Deutschland ist das Geburtsland der sozialen Hygiene, aber wir sind die besten Schüler bei der Umsetzung der Grundsätze der sozialen Hygiene in die Tat.“ Harig, Georg und Peter Schneck: Geschichte der Medizin. Berlin 1990, S. 248.

Das eigentliche auf dem Parteitag in Görlitz 1921 verabschiedete Programm enthält noch keinen Abschnitt zum Gesundheitswesen. Der Parteitag war wegen der lang andauernden Beratungen nicht mehr zu diesem Programmpunkt gekommen.¹³ Erst in den 1923 veröffentlichten Protokollen finden sich die endgültigen Beschlüsse auch zum Gesundheitswesen.¹⁴ Bernstein kommentiert sie in folgender Weise:

„Dieses weitgreifende Programmstück bringt sehr viel klarer zur Kenntnis, als es die auf das Heilwesen bezüglichen Sätze des Erfurter Programms tun, wie sich dessen sozialistische Regelung – anders ausgedrückt, seine Sozialisierung – zu gestalten hat. An seiner Ausarbeitung haben die der Partei angehörenden Vorstandsmitglieder des Vereins sozialistischer Ärzte und Sachverständige der Krankenversicherung besonderen Anteil genommen.“¹⁵

Neben der schon genannten Forderung im sozialpolitischen Teil: „Umbau der sozialen Sicherung zu einer allgemeinen Volksfürsorge“ hieß es im von Grotjahn wesentlich mit formulierten gesundheitspolitischen Abschnitt u.a.:

- Übernahme des gesamten Heil- und Gesundheitswesens in den Gemeinbetrieb (im Entwurf hatte es sogar noch explizit ergänzend geheißen: „unter Beseitigung jeglicher privatkapitalistischer Wirtschaftsform“),
- Vereinheitlichung des sozialen Versicherungswesens und dessen Ausdehnung auf alle Volksangehörigen,
- Planmäßige Verteilung aller der Gesundheitspflege dienenden Einrichtungen auf Stadt und Land,
- Eingliederung der Ärzte und Hebammen und des übrigen Heil- und Krankenpflegepersonals in die Gesamtorganisation des Heil- und Gesundheitswesens,
- Durchgreifende Gewerbehygiene und Unfallverhütung unter Erweiterung der ärztlichen Mitarbeit,
- Gipfelung des gesamten Gesundheitsdienstes in einer Reichszentralbehörde für Volksgesundheit, soziale Versicherung und Bevölkerungspolitik.¹⁶

Die Positionen der SPD in den westlichen Besatzungszonen

An die Programmatik von 1922 wurde nach dem Krieg bruchlos angeknüpft. Die in der heutigen SPD kaum noch bekannten Positionen der ersten Nachkriegsjahre sollen hier durch die wörtliche Wiedergabe aus dem eigenen, in Hannover erschienenen Pressedienst 1948 und 1949 erinnert werden:

„SPD zur Sozialversicherung

Mit der 'Reform der Sozialversicherung' befasste sich eine Arbeitstagung des sozialistischen Ausschusses der SPD in Lebenstedt bei Braunschweig vom 10. bis 23. 4. 1948. Unter Weiterführung der kämpferischen sozialpolitischen Tradition der Partei wurde das sozialistische Programm richtunggebend erweitert. Die SPD sieht als Ziel einer sinnvollen Sozialversicherung eine umfassende Versorgung aller Erwerbstätigen an. Die Schaffung eines klaren, übersichtlichen und einheit-

13 SPD, Das Görlitzer Programm. Demokratie und Sozialismus 8; Sozialistische Dokumente. Offenbach 1947, S. 12, 18f. Im Anhang der Publikation finden sich die „noch nicht endgültig formulierten Forderungen“ als „Erster Entwurf“ und als „Der geänderte Entwurf“ der Programmkommission abgedruckt.

14 Protokoll über die Verhandlungen des Parteitages der Sozialdemokratischen Partei Deutschlands abgehalten in Augsburg vom 17. bis 23. September 1922, über die Verhandlungen des Parteitages der Unabhängigen Sozialdemokratischen Partei Deutschlands abgehalten in Gera vom 20. bis 23. September 1922, über die Verhandlungen des Einigungsparteitages abgehalten in Nürnberg am 24. September 1922. Berlin 1923; Unveränderter Nachdruck Berlin, Bonn-Bad Godesberg 1973, S. 102f.

15 Eduard Bernstein, aaO, 1922. S. 57.

16 Görlitzer Programm der SPD i. d. F. des Augsburger Parteitages von 1922. Ergänzungsbeschluss zur Gesundheitspflege. Protokoll ..., aaO, 1923, 1973, S. 102f.

lichen Versicherungsrechtes wird gefordert, um die Versicherten wieder in ein inniges Verhältnis zur Sozialversicherung zu bringen. Die Zersplitterung der Krankenversicherung sowie vor allem die jetzige, völlig unzureichende Rentenversorgung zwingen zur Forderungen für eine Neugestaltung.¹⁷

„SPD für öffentlichen Gesundheitsdienst

(sp) Auf seiner letzten Tagung hat der sozialpolitische Ausschuss der SPD beim Parteivorstand sich das gesundheitspolitische Programm der ‚Arbeitsgemeinschaft sozialistischer Ärzte‘ zu eigen gemacht, das die Schaffung eines die Gesamtheit der Bevölkerung umfassenden Gesundheitsdienstes fordert, der vom Staat, der Sozialversicherung und der kommunalen Selbstverwaltung zu tragen ist.¹⁸

„Für einen volksumfassenden Gesundheitsdienst – Der Standpunkt der sozialistischen Ärzte

K. J. Der Kongress sozialistischer Ärzte in Hamburg am vergangenen Wochenende, an dem rund 200 Delegierte aus allen Zonen sowie als Vertreter der International Medical Association Dr. A. N. Lundgreen aus Schweden teilnahmen, gab weiteren Kreisen Gelegenheit, sich mit den ‚Grundsätzen und Zielen der ASÄ (Arbeitsgemeinschaft sozialistischer Ärzte) vertraut zu machen und über den augenblicklichen Stand der wissenschaftlichen Forschung zu unterrichten. Die geschlossenen Sitzungen dienten dem Erfahrungsaustausch der Ärzte, der Zielsetzung für die Arbeit im kommenden Jahre sowie organisatorischen Fragen. ‚Die Politik‘, so hieß es in einem der Referate, ‚ist weiter nichts als Medizin im Großen‘. In einer Zeit staatlicher Neugestaltung habe der sozialistische Arzt seine Stimme zu erheben, denn von ihm gelte besonders das Wort Virchows ‚Die Ärzte sind die natürlichen Anwälte der Armen und die soziale Frage fällt zu einem erheblichen Teil in ihre Jurisdiktion‘. ‚Was für das politische und wirtschaftliche Gesetzgebungswerk gilt‘, sagte z. B. Minister a. D. Pohle, ‚ist auch auf dem gesundheitspolitischen Sektor bindend. Die Volksgesundheit ist das höchste Gut der Gesellschaft, die für ihre Pflege, Erhaltung und Verbesserung während des ganzen Lebensweges eines Menschen die Verantwortung trägt. Die Gesellschaft kann diese Aufgabe aber nur in einem umfassenden Gesundheitsdienst, frei von jeder privaten Interessenwahrung und im Rahmen einer allgemeinen Staatsbürgerversorgung erfüllen, zu der jeder Bürger im Verhältnis seiner Mittel beizutragen hat. Der Gesundheitsdienst trägt dem Recht eines jeden Menschen ohne Ansehen von Person, Stand, Rasse und wirtschaftlicher und sozialer Lage auf einen bestmöglichen Gesundheitszustand Rechnung.‘

Da ein umfassender Gesundheitsdienst unter den gegenwärtigen Verhältnissen nicht sofort verwirklicht werden kann, fordert die ASÄ zur stufenweisen Erreichung dieses Zieles als vorbereitende Massnahme die Durchführung folgender Aufgaben durch das gesundheitspolitische Aktionsprogramm:

In allen Fragen der Volksgesundheit hat der deutsche Bundesstaat Recht und Pflicht der Grundsatz- und Vorrang-Gesetzgebung. Alle Einrichtungen, die gesundheitliche Aufgaben erfüllen, unterstehen der bundesstaatlichen Aufsicht. Die Bundeslegislative erlässt ein Volksgesundheitsgesetz, das eine sinnvolle Planung des gesamten Gesundheitswesens ermöglicht und die derzeitige Zersplitterung beendet.

Alle Fragen von gesundheitspolitischer Bedeutung finden ihre einheitliche organisatorische und verwaltungsmässige Zusammenfassung in einem Gesundheitsministerium (auch bei Zusammenlegung ministerieller Aufgaben muss der ministerielle Charakter des Gesundheitswesens gewahrt bleiben. Das Gesund-

17 Der Sozialdemokratische Pressedienst (Sondermitteilung, ohne Heft-Nummer). Hannover, 14. April 1948, S. 1

18 Sozialdemokratischer Pressedienst, Politik IV/26, Hannover, den 2. März 1949, S. 7.

heitswesen darf nicht mehr lediglich als Verwaltungsreferat einem nicht wesensverwandten Ministerium unterstellt werden).

*Ein Gesundheitsbeirat, bestehend aus Institutionen und Körperschaften, der gesundheitliche Fragen behandelt, berät das Ministerium in seinen Aufgaben.*¹⁹

Noch 1950 würdigte der ehemalige SPD-Reichstagsabgeordnete (1918-1933) und Reichsminister Dr. Rudolf Wissell die SBZ-Einheitsversicherung. Obwohl er in den Westsektoren Berlins einer der kämpferischsten Gegner der Vereinigung von SPD und KPD zur SED im Ostsektor Berlins und in der SBZ gewesen war, erkannte er, als infolge der Teilung der Stadt für die Westsektoren eine Angleichung an die Regelungen der Bundesrepublik erfolgen sollte, an, dass die Krankenversicherung der DDR weit günstigere Regelungen aufwies als diejenigen der Bundesrepublik.²⁰

Welche Personen waren in der SBZ für die Umsetzung der gesundheitspolitischen Ziele verantwortlich?

Schon vor Beendigung der Potsdamer Konferenz richtete die sowjetische Besatzungsmacht noch im Juli 1945 mit einem der ersten Befehle (Nr.17)²¹ auch jene beiden Verwaltungen ein, die für alle Fragen des Gesundheitswesens zuständig wurden: die Deutsche Zentralverwaltung für das Gesundheitswesen (DZVG) und die Deutsche Zentralverwaltung für Arbeit und Sozialfürsorge (DZAS).²² Beide Behörden arbeiteten eigenständig, wurden aber durch die Sowjetische Militärverwaltung kontrolliert und hatten die Befehle und Anordnungen der Sowjetischen Militärverwaltung in Deutschland umzusetzen.²³

Die DZAS, die im Februar 1947 in die Deutsche Wirtschaftskommission einging, war für die Sozialversicherung zuständig. Sie regelte in ihren Zweigen die Krankenversicherung, aber auch die Renten- und Unfallversicherung und damit den gesamten Bereich der Finanzierung des Gesundheitswesens, das zunächst hauptsächlich aus den Versicherungsbeiträgen zu finanzieren war. Präsident der DZAS wurde *Gustav Gundelach (KPD)*, eigentlicher Kopf der Behörde war aber der aus der SPD kommende erfahrene Krankenkassenfunktionär *Helmut Lehmann (1882–1959)*.²⁴ Lehmann war seit 1903 in leitender Funktion in Krankenkassen und Gewerkschaften tätig: Von 1914 bis 1933 war er stellvertretender Vorsitzender des Hauptverbandes Deutscher Krankenkassen; 1933 wurde er entlassen, lebte im „Widerstand“, war wiederholt in Haft und veröffentlichte unter einem Pseudonym verschiedene Publikationen zum Krankenversicherungsrecht. 1945 bis 1949 war er als SPD-Delegierter im Zentralen Blockausschuss und an der Vereinigung von KPD und SPD wesentlich beteiligt. Er gehörte dem Parteivorstand der SED von 1946 bis 1958 an, hatte später weitere wichtige

19 Sozialdemokratischer Pressedienst, P/IV/61, Hannover, 25. Mai 1949, S. 4f.

20 Wissell, Rudolf: Zur Neugestaltung der Sozialversicherung in Berlin. Sozialdemokratischer Pressedienst, P/V/51, Hannover, 1. März 1950, S. 1.

21 Befehl Nr. 17 des Obersten Chefs der Sowjetischen Militäradministration in Deutschland v. 27. Juli 1945 zur Bildung von Zentralverwaltungen in der Sowjetischen Besatzungszone Deutschlands. In: Um ein antifaschistisch-demokratisches Deutschland. Dokumente aus den Jahren 1945-1949. Hrsg. v. Ministerium für Auswärtige Angelegenheiten der DDR / Ministerium für Auswärtige Angelegenheiten der UdSSR. Berlin 1968, S. 100-102.

22 Welsh, Helga A.: Deutsche Zentralverwaltung für das Gesundheitswesen (DZVG) sowie Quellen und Literatur zum Kapitel Zentralverwaltungen. In: Martin Broszat, Hermann Weber (Hrsg.): SBZ-Handbuch. München, 2. Aufl. 1993, S. 244-252; 294f; Zank, Wolfgang: Wirtschaftliche Zentralverwaltungen und Deutsche Wirtschaftskommission. In: Martin Broszat, Hermann Weber (Hrsg.): SBZ-Handbuch. München, 2. Aufl. 1993, S. 253-290.

23 Statut der Zentralverwaltung für das Deutsche Gesundheitswesen in der Sowjetischen Okkupationszone. In verschiedenen Archivbeständen, teilweise mit leichten (durch Abschreiben bedingten?) Variationen erhalten, z.B. BArch DQ1 1615, Bl. 1-2, oder Mecklenburgisches Landeshauptarchiv Bestand "Ministerium für Sozialwesen" Nr. 2314.

24 Alle biografischen Details werden hier und im Folgenden angegeben nach: Archiv Biografien des Forschungsschwerpunkts Zeitgeschichte, Institut für Geschichte der Medizin, Charité – Universitätsmedizin Berlin.

politische Ämter inne und war ab 1950 Vorsitzender des Zentralvorstandes der Sozialversicherung. Er war Autor der SMAD-Vorschläge zur Sozialversicherungsreform im Alliierten Kontrollrat und entwarf eine Sozialversicherungsordnung, die Grundlage für den Befehl Nr. 28 der SMAD war. Darüber hinaus galt er „als einer der geistigen Autoren der Sozialpolitischen Richtlinien der SED vom Dezember 1946“.²⁵

Die Präsidentschaft der DZVG lag ebenfalls in sozialdemokratischer Hand. Auf Vorschlag *Otto Grotewohls* war dieses Amt dem Sozialdemokraten *Paul Konitzer (1886-1947)* übertragen worden. Konitzer, der von 1926 bis 1933 Leiter des Stadtgesundheitsamtes und gleichzeitig Gesundheitsdezernent (Stadtmedizinalrat/Stadtrat) in Magdeburg sowie Referent des Deutschen Städtetages gewesen war, konnte auf große organisatorische Erfahrung verweisen, die er während der Verwaltungsreform im Gesundheitswesen Ende der zwanziger Jahre gewonnen hatte. 1933 verlor er seine Ämter, wurde verhaftet und aus der Stadt vertrieben. In Dresden ließ er sich als Arzt nieder und wurde 1939 in die Wehrmacht einberufen. Ab 1942 war er Beratender Hygieniker und in dieser Funktion auch für die medizinische Betreuung russischer Gefangener im Kriegsgefangenenlager Zeithain zuständig.²⁶

Im August 1947 wurde der parteilose *Karl Linser (1895-1976)*,²⁷ der in der Weimarer Republik und dem Nationalsozialismus als Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten tätig gewesen und in der Gesundheitspolitik nicht hervorgetreten war, Konitzers Nachfolger. In seiner Amtszeit hatten die Vizepräsidenten der Behörde, Alfred Beyer, ebenfalls Sozialdemokrat, und Maxim Zetkin, maßgebenden Einfluss auf die Gesundheitspolitik in der SBZ: *Alfred Beyer (1885-1961)* war seit 1918 Mitglied der SPD und des Vereins Sozialistischer Ärzte, von 1919 bis 1933 war er in verschiedenen Funktionen im Preußischen Ministerium des Innern, zuletzt als Ministerialrat, mit den Aufgabenfeldern Gesundheitswesen und Sozialversicherung betraut. So zeichnete er u.a. verantwortlich für die Einführung der ärztlichen Gewerbeaufsicht und war Gründer und Schriftleiter der Fachzeitschrift "Medizinische Welt". 1945/46 wurde der erfahrene Verwaltungsmediziner Leiter der Abteilung Soziale Medizin und 1946 bis 1949 gleichzeitig 2. Vizepräsident der DZVG. 1949 wurde er erster Lehrstuhlinhaber und Direktor des Instituts für Sozialhygiene an der Humboldt-Universität zu Berlin, das er bis 1956 leitete. Gleichzeitig war er Vorsitzender des Wissenschaftlichen Rates des Ministeriums für Gesundheitswesen. *Maxim Zetkin (1883-1965)* war der Sohn von Clara Zetkin, seit 1902 Mitglied der SPD, seit 1917 USPD- und seit 1919 KPD-Mitglied. Nach einer kriegschirurgischen Tätigkeit im Ersten Weltkrieg folgte er 1920 einer Einladung der Sowjetunion und arbeitete fortan dort als Chirurg in herausgehobenen Positionen. Als Spanienkämpfer und Militärchirurg der Roten Armee im Zweiten Weltkrieg genoss er sowohl hohes ärztlich-fachliches Ansehen wie auch das politische Vertrauen der SMAD. Vermutlich deshalb war er in der DZVG auch für personalpolitische Entscheidungen zuständig. Alle Einstellungen und Entlassungen erfolgten erst mit seinem Einverständnis. Dies bezog sich auch auf „Änderungen in der Besetzung maßgebender Posten in den Gesundheitsämtern der Länder, Provinzen und an den Universitäten“ sowie der „Zusammensetzung von Ausschüssen, Redaktionskollegien, Einberufung von Beratungen und Besprechungen“.²⁸

25 Winkler, Gunnar (Hrsg.): Geschichte der Sozialpolitik der DDR 1945-1985, Berlin 1989, S. 411.

26 Weitere Angaben zur Biografie Konitzers s. Schagen, Kongruenz, 2002, S. 395-399; Schneck, Peter: Paul Konitzer (1894-1947): Hygieniker, Amtsarzt, Sozialmediziner, Gesundheitspolitiker. In: NTM N.S. - internationale Zeitschrift für Geschichte und Ethik der Naturwissenschaften, Technik und Medizin 12 (2004), S. 213-232.

27 Karl Linser hatte sich als niedergelassener Hautarzt 1933 kollegial gegenüber jüdischen Kollegen, die nicht mehr praktizieren durften, verhalten, gehörte keiner Partei an. Er wurde 1933 in Dresden Chefarzt einer Hautklinik, 1946/47 Ordinarius für Dermato-Venerologie und Direktor der Universitätshautklinik an der Universität Leipzig. Er galt bezüglich seiner gesundheitspolitischen und administrativen Wirksamkeit intern für Partei und Verwaltung vor allem als „repräsentative Figur ohne arbeitsmässigen Wert“ und kehrte 1949 wieder an die Universität zurück, auf einen Lehrstuhl der Charité.

28 Mitteilung des Vizepräsidenten Zetkin vom 7. Juni 1946. BArch DQ 1 1326, Bl. 120.

Aus der DZAS wurde nach Gründung der DDR 1948 das Ministerium für Arbeit, aus der DZVG das Ministerium für Gesundheitswesen.

Vergleich der Vor- und Nachkriegsforderungen der SPD zum Gesundheitswesen mit den in der DDR verwirklichten Strukturen

Die Fragestellung dieses Beitrages war, ob an die traditionellen SPD-Forderungen im DDR-Gesundheitswesen angeknüpft wurde oder nicht. In den folgenden Absätzen stehen zur Erleichterung des Vergleichs jeweils zunächst die in der DDR verwirklichte Struktur, dann in Kurzform die in den vorherigen Kapiteln ausführlich dargestellten Forderungen aus dem SPD-Gesundheitsprogramm von 1921/22 und als letztes die entsprechenden Forderungen aus den Berichten des in Hannover erscheinenden Pressedienstes der SPD der Jahre 1948/1949 - als Zitate in kursiver Schrift.

1. *DDR: Einheitliche Versicherung für alle Bevölkerungsteile, sowohl bezüglich der Kranken- wie der Rentenversicherung.
SPD 1922: Vereinheitlichung des sozialen Versicherungswesens und dessen Ausdehnung auf alle Volksangehörigen.
SPD 1948: Die SPD sieht als Ziel einer sinnvollen Sozialversicherung eine umfassende Versorgung aller Erwerbstätigen an.*
2. *DDR: Sicherstellung der ambulanten Behandlung durch flächendeckende, planmäßig verteilte Einrichtungen mit Zugang zu Fachärzten für jeden.
SPD 1922: Planmäßige Verteilung aller der Gesundheitspflege dienenden Einrichtungen auf Stadt und Land. Eingliederung der Ärzte und Hebammen und des übrigen Heil- und Krankenpflegepersonals in die Gesamtorganisation des Heil- und Gesundheitswesens.
SPD 1949: Auf seiner letzten Tagung hat sich der sozialpolitische Ausschuss der SPD beim Parteivorstand das gesundheitspolitische Programm der „Arbeitsgemeinschaft sozialistischer Ärzte“ zu eigen gemacht, das die Schaffung eines die Gesamtheit der Bevölkerung umfassenden Gesundheitsdienstes fordert, der vom Staat, der Sozialversicherung und der kommunalen Selbstverwaltung zu tragen ist.*
3. *DDR: Arbeitsplatznahe und im Grundsatz auf Prävention orientierte Gesundheits- und Sozialeinrichtungen.
SPD 1922: Durchgreifende Gewerbehygiene und Unfallverhütung unter Erweiterung der ärztlichen Mitarbeit.
Sopade: (Zu diesem Punkt findet sich im Pressedienst kein expliziter Hinweis. Die Begriffe „umfassende Versorgung aller Erwerbstätigen“ und „Volksgesundheit“ legen aber nahe, dass es auch dazu keine abweichende Auffassung gegeben hat). – nicht kursiv, da kein Zitat?*
4. *DDR: Einrichtung einer Zentralverwaltung bzw. eines Gesundheitsministeriums.
SPD 1922: Gipfelung des gesamten Gesundheitsdienstes in einer Reichszentralbehörde für Volksgesundheit, soziale Versicherung und Bevölkerungspolitik.
SPD 1949: Alle Fragen von gesundheitspolitischer Bedeutung finden ihre einheitliche organisatorische und verwaltungsmässige Zusammenfassung in einem Gesundheitsministerium.*
5. *DDR: Öffentliche Anstellung von Ärzten.
SPD 1922: Übernahme des gesamten Heil- und Gesundheitswesens in den Gemeinbetrieb (im Entwurf hatte es sogar noch explizit ergänzend geheißen: „unter Beseitigung jeglicher privatkapitalistischer Wirtschaftsform“).
SPD 1949: Die Gesellschaft kann diese Aufgabe aber nur in einem umfassenden Gesundheitsdienst, frei von jeder privaten Interessenwahrung und im Rahmen einer allgemeinen Staatsbürgerversorgung erfüllen, zu der jeder Bürger im Verhältnis seiner Mittel beizutragen hat. Der Gesundheitsdienst trägt dem Recht eines jeden*

Menschen ohne Ansehen von Person, Stand, Rasse und wirtschaftlicher und sozialer Lage auf einen bestmöglichen Gesundheitszustand Rechnung.

Die Übereinstimmung der früheren SPD-Forderungen mit der DDR-Realisierung wird hier schon an der teilweisen Verwendung identischer Begriffe deutlich, spätestens aber dann, wenn die Begriffe im Sinne einer politisch-staatlichen Umsetzung weiter gedacht werden.

Die Entwicklung in der SBZ/DDR aus bundesrepublikanischer Sicht

Die vehemente Gegnerschaft von Kurt Schumachers SPD der Westzonen gegen die Vereinigung von KPD und SPD in der SBZ, die Enttäuschung der West-SPD über ihr Abschneiden bei den ersten Bundestagswahlen, die schrittweise, aber dann doch vollständige Orientierung der SPD an der Westintegration der Bundesrepublik hatten auch sozialdemokratischen Gesundheitspolitikern den Blick dafür verstellt, dass in der SBZ und der DDR bei der Neuorientierung des Gesundheitswesens zahlreiche, spätestens seit der Weimarer Republik selbstverständliche Forderungen der SPD verwirklicht worden waren.

Die grundsätzliche politische Gegnerschaft der West-SPD gegen den staatlichen Aufbau der DDR, gegen die Sozialismus-Vorstellungen der SED führten auch bei der Betrachtung der Neuorganisation des Gesundheitswesens in den Ländern der SBZ und der frühen DDR offenbar dazu, dass alle Maßnahmen in erster Linie als eine Folge von Befehlen und Anordnungen der sowjetischen Besatzungsmacht gesehen wurden. Die „Sowjetisierung“ des Gesundheitswesens ist der Oberbegriff, unter dem in den fünfziger Jahren alle Maßnahmen in der SBZ und der DDR zur Neuorganisation des Gesundheitswesens eingeordnet wurden. Diese Sichtweise prägte bis in die neunziger Jahre den größten Teil auch der nicht sozialdemokratisch orientierten Publikationen in der Bundesrepublik zu dieser Thematik.

Kaum erstaunt dabei, dass dies in den Publikationen der ärztlichen Standespresse der vorherrschende Tonfall und außerdem auch die Sichtweise derjenigen Parteien war, die den Wiederaufbau der ärztlichen Standesorganisationen in den Westzonen und letztlich die Durchsetzung des Sicherstellungsauftrags, des Monopols niedergelassener Ärzte auf die ambulante Versorgung der Patienten, gefordert, gefördert und politisch durchgesetzt hatten, der CDU/CSU und der FDP. Waren doch vor allem die Entscheidungen für eine Einheitsversicherung und für Organisationsformen der ambulanten Versorgung, in der Ärzte nicht mehr in eigener Praxis tätig waren, von der Ärzteschaft schon seit Beginn des 20. Jahrhunderts als ein Angriff auf die Freiheit des Arztes empfunden worden. Der Politik Adenauers entsprach auch die Förderung freipraktizierender Ärzte sowohl als eines Teils genereller Förderung des Mittelstands als auch der allgemeinen sozialpolitischen Maxime, des Subsidiaritätsprinzips. Gegen diese Vorstellung der „Freiheit des Arztes“ richteten sich die Maßnahmen der deutschen und sowjetischen Verwaltungsinstanzen allerdings direkt und offensiv.

Abschließende Bewertung

Zwei Aspekte dieser Umorganisation gerieten dabei aber den westlichen Sozialdemokraten ganz aus dem Blick. Und das ist erstaunlich: Bei allen Unterschieden in den allgemeinen politischen Forderungen und Vorstellungen zwischen KPD der Weimarer Republik einerseits und SPD andererseits gab es bezüglich der Gesundheitspolitik nicht nur eine große Kontinuität von 1919 bis in die ersten Jahre nach dem Zweiten Weltkrieg, sondern auch weitgehende Übereinstimmung in den Grundsätzen. Unter den deutschen Gesundheitspolitikern, die in der SBZ die Neuorganisation des Gesundheitswesens durchsetzten, standen an hervorragender Stelle die inzwischen allerdings der SED angehörenden prominenten sozialdemokratischen Funktionäre der Weimarer Republik: Paul Konitzer, Helmut Lehmann und Alfred Beyer, weiter oben biografisch skizziert, sind als die wichtigsten anzunehmen.

Bei der Neustrukturierung des Gesundheitswesens wurde auf Konzepte zurückgegriffen, die sowohl von der KPD, aber auch von der SPD in der Weimarer Republik entwickelt worden waren. Die sowjetischen Besatzungsbehörden teilten diese Vorstellungen, war doch auch in

der UdSSR ein Gesundheitswesen etabliert worden, das unter Aufnahme deutscher Traditionen nach ähnlichen Prioritäten ausgerichtet und deren Leitwissenschaft die von Alfred Grotjahn entwickelte Sozialhygiene war.

Die wesentlichen Strukturmerkmale des DDR-Gesundheitswesens entsprachen vollständig den gesundheitspolitischen Forderungen der Weimarer Sozialdemokratie.

In der Programmatik des Gesundheitswesens und der sozialen Sicherung ging die DDR bei ihrer Gründung von einem festgefügt Kanon gesundheitspolitischer Entscheidungen aus, die grundsätzlich bereits in der SBZ gefallen waren. Dazu gehörten die Einführung der einheitlichen Sozialversicherung, das poliklinische Modell der ambulanten Betreuung und das Betriebsgesundheitswesen, das die Leistungen des Gesundheitswesens möglichst nahe in die alltägliche, soziale Umgebung des grundsätzlich als „werktätig“ verstandenen Menschen brachte.

Das DDR-Konzept von einem „demokratischen Gesundheitswesen“ enthielt den allgemeinen, direkten und unentgeltlichen Zugang zu allen Einrichtungen des Gesundheitswesens. Priorität hatte dabei der allgemeine Gesundheitsschutz.

Voraussetzung für die Verwirklichung eines solchen Konzeptes war die umfassende staatliche Verantwortung für den Gesundheitsschutz. Es waren also nicht nur die klassischen medizinischen Einrichtungen wie Krankenhäuser, Ärzte und Gesundheitsämter einzubeziehen, sondern die Gesamtheit der Institutionen und Personen, die staatliche und wirtschaftliche, also gesellschaftliche Verantwortung zu tragen hatten. Sie alle sollten auch für den Gesundheitsschutz verantwortlich sein. Zur Organisation bedurfte es einer zentralen Instanz: Diese wurde mit einem in der deutschen Geschichte erstmalig eingerichteten Ministerium für Gesundheitswesen geschaffen. Nach Auflösung der Länder 1951 blieb es die einzige Institution der DDR, die Gesetze und Anordnungen vorbereiten bzw. erlassen konnte.

Der Ausbau der staatlichen, für den ambulanten Gesundheitsschutz verantwortlichen Einrichtungen, der Polikliniken, Ambulatorien und Dispensaires, sowohl auf kommunaler wie auf betrieblicher Ebene, zielte auf eine Ablösung der hier traditionell dominierenden, in privaten Einzelpraxen niedergelassenen Ärzte. Bei weiter nicht in Frage gestelltem Recht auf freie Arztwahl für die Bevölkerung wurden die bereits vorhandenen freien Praxen nie grundsätzlich in ihrer Existenz bedroht, auch wenn die Hürden zur Eröffnung neuer Praxen meist schwer zu überwinden waren. Die Anreize, in staatlichen Einrichtungen zu arbeiten, wurden systematisch vergrößert mit dem Ergebnis, dass im hier beschriebenen Zeitraum das Angebot sich eindeutig in Richtung der staatlichen Einrichtungen entwickelt hatte.

Die am Anfang formulierte Frage nach der möglichen Wirksamkeit sozialdemokratischer Forderungen in die DDR findet als Antwort: Die Gesundheitspolitiker der Vorkriegssozialdemokratie, die die Vereinigung ihrer Partei mit der KPD in der SBZ mit vollzogen hatten, konnten beim Aufbau des DDR-Gesundheitswesens bruchlos an ihren alten gesundheitspolitischen Zielen festhalten und diese nun in der SBZ und dann in der DDR verwirklichen.

HEIKE KRUMBIEGEL

Kassenambulatorien oder kommunale Polikliniken?

Kompetenzkonflikte zwischen staatlicher Gesundheitsverwaltung und Sozialversicherung in der SBZ

Einführung

„Immer ein Nebeneinander, oft ein Gegeneinander, statt ein Miteinander und ein Ineinander“, mit diesen Worten hatte Arthur Schlossmann, bekannter Sozialhygieniker und Mitglied des Reichsgesundheitsrats sowie des preußischen Landesgesundheitsrats,¹ die Lage im Gesundheitswesen der Weimarer Republik charakterisiert.² Hintergrund der Kritik bildete die mehrdimensionale „Zersplitterung“ des Gesundheitswesens, die sich z.B. in der Aufteilung der Zuständigkeiten für das Gesundheitswesen auf mehrere Reichsministerien, im Dualismus von Kreis- und Kommunalarzt, in der nicht aufeinander abgestimmten Tätigkeit einer Vielzahl im Gesundheitsbereich tätigen Institutionen, in der Trennung von Tätigkeitsfeldern wie vorbeugende Gesundheitsfürsorge und Behandlung und in der unterschiedlichen gesundheitlichen Versorgung von Bevölkerungsgruppen (Versicherte, Familienangehörige, Minderbemittelte, Privatzahler usw.) zeigte. Als Lösungsansatz für die Zersplitterung im Bereich der Gesundheitsfürsorge, deren Kennzeichen u.a. die Erbringung von Doppelleistungen durch parallel bestehende Einrichtungen in unterschiedlicher Trägerschaft (Krankenversicherung/Kommune) darstellte, wurde der Zusammenschluss von „Versicherungsträgern untereinander und mit den Trägern der öffentlichen und freien Wohlfahrtspflege, mit den staatlichen und kommunalen Gesundheitsbehörden, mit der Ärzteschaft und anderen beteiligten Stellen in Arbeitsgemeinschaften, Zweckverbänden oder ähnliche Verbindungen“ erachtet.³ Weiter gingen die Vorschläge, die im Rahmen der 1929 von der Reichsregierung einberufenen Länderkonferenz erarbeitet wurden. Die Länderkonferenz, in deren Mittelpunkt das Verhältnis zwischen Reich, Ländern und Kommunen stand, sollte die langjährig diskutierte und geforderte Verwaltungsreform vorantreiben.⁴ Ein Unterausschuss hatte sich hier mit dem Verhältnis von Sozialversicherung und Ländern bzw. Kommunen im Bereich der Gesundheitsfürsorge beschäftigt. Nach den Vorschlägen der Gutachter sollte die „Reichsverwaltung, die Reichsversicherungsverwaltung und die Reichsversorgungsverwaltung [...] in der Mittelinstanz mit der Landesverwaltung und in der örtlichen Instanz mit den Landes- oder Kommunalbehörden enger als bisher“ verbunden werden. Die Selbstverwaltungskörper der Versicherungsträger und ihre Entscheidungskompetenz sollten aufrechterhalten werden. Die Durchführung der Entscheidungen sollte aber von Verwaltungsstellen der Länder und Gemeinden oder von Stellen, die mit ihnen verbunden sind, erfolgen.⁵ Diese Vorschläge bedeuteten eine Stärkung der Position der Länder bzw. Kommunen im Bereich der Gesundheitsfürsorge gegenüber der zeitweise aufgetauchten Forderung aus dem Reichsarbeitsministerium nach der Führung der Versicherungsträger auf

-
- 1 Weitere biografische Angaben in Moser, Gabriele: „Im Interesse der Volksgesundheit...“. Sozialhygiene und öffentliches Gesundheitswesen in der Weimarer Republik und der frühen SBZ/DDR. Frankfurt/M. 2002, S. 385.
 - 2 Schlossmann, Artur: Wie muß in einer Novelle zur Reichsversicherungsordnung Krankenhilfe und Gesundheitsfürsorge verknüpft werden? In: Zeitschrift für Gesundheitsverwaltung und Gesundheitsfürsorge 2 (1931) H. 3, S. 63-68, hier S. 66.
 - 3 Lehmann, Helmut: Gesundheitsfürsorge in der versicherten Bevölkerung. Richtlinien der Reichsregierung vom 27. Februar 1929. Berlin 1929, S. 14.
 - 4 Ob das öffentliche Gesundheitswesen eine Aufgabe des Staates bzw. des Reiches oder eine Aufgabe der kommunalen Selbstverwaltung sein sollte, stellte hier eine eigenständige Frage dar. Labisch, Alfons und Tennstedt, Florian: Der Weg zum „Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens“ vom 3. Juli 1934. Entwicklungslinien und -momente des staatlichen und kommunalen Gesundheitswesens in Deutschland. Teil 1. Düsseldorf 1985, S. 102.
 - 5 Schäffer, Hugo: Verwaltungsprobleme im Bereich des sozialen Versicherungswesens. Bücherei des Zentralblatt für Reichsversicherung und Reichsversorgung (1). Stuttgart 1930, S. 20.

dem Gebiet der Gesundheitsfürsorge.⁶ Da die Vorschläge keine gesetzliche Grundlage in der Weimarer Republik erhielten, verblieb in der Praxis den Arbeitsgemeinschaften und Zweckverbänden die Aufgabe, die insbesondere im Bereich der Gesundheitsfürsorge zu verzeichnenden Probleme durch Kooperation und Koordination zu lösen.⁷ In den Kommunalpolitischen Richtlinien der SPD von 1929 wurde die gesetzliche Verankerung der Gemeinschaftsarbeit von kommunalen Gesundheitsämtern mit den Trägern der Sozialversicherung und den privaten Wohlfahrtsorganisationen gefordert. Eine zu schaffende Gesundheitsbehörde sollte sowohl die Interessen und Aufgaben der öffentlichen Fürsorgeträger (Länder, Gemeindeverbände, Gemeinden) und der Träger der Sozialversicherung berücksichtigen und ihre „gegenseitige Zuständigkeit“ abgrenzen. Diese Gesundheitsbehörde wurde zusammen mit einer reichseinheitlichen Gesetzgebung für das Gesundheitswesen als Voraussetzung für eine „Überführung des gesamten Heil- und Gesundheitswesens in Gemeindebetriebe unter Ausschaltung von privatwirtschaftlichen Interessen“ sowie einer „Ausdehnung des durch die Sozialversicherung gebotenen Gesundheitsschutzes auf alle Volksangehörigen“ erachtet.⁸ Nach der traditionellen Vorstellung von sozialistischen Ärzten, sollte der Staat oder die Kommune Träger der angestrebten Sozialisierung des Gesundheitswesens sein, die über die Ausdehnung von Krankenanstalten mit angegliederten Ambulatorien und Fürsorgestellen verlaufen sollte.⁹ Der erste umfassendere „Feldversuch“, der eine Weiterentwicklung des Wegs zur Gemeinwirtschaft in der ärztlichen Versorgung aufgrund praktischer Erfahrungen ermöglichte,¹⁰ wurde jedoch von den Krankenkassen mit der Errichtung von Kassenambulatorien in Berlin und den Unterweserstädten initiiert. Die Ambulatorien in Trägerschaft der Krankenkassen können als „die wichtigsten Einrichtungen“ betrachtet werden, „die die Selbstverwaltung der Krankenversicherung in der Weimarer Republik entwickelt hat“.¹¹ Sie waren Resultat einer aktiven Ausnutzung der gesetzlich offen gelassenen Handlungsspielräume durch die Selbstverwaltung der Krankenkassen, die zu einer Ausdehnung der Eigenwirtschaft der Krankenkassen mit innovativer, subsidiärer, preis- bzw. Qualitäts-

-
- 6 Äußerungen eines Vertreters des Reichsarbeitsministeriums 1926: „Im Mittelpunkt müssten aber immer die Versicherungsträger als Träger der ganzen Gesundheitsfürsorge stehen; ihnen müsste die geistige und tatsächliche Führung in der Gesundheitsfürsorge überlassen bleiben.“ In: Schulte: Gesundheitsfürsorge in der Reichsversicherung. In: Die Krankenversicherung 14 (1926), H.4, S. 66-8, hier S. 67. In der Diskussion über die Arbeitsgemeinschaften zwischen Versicherungsträger und Gemeinden auf dem 32. Krankenkassentag des Hauptverbandes Deutscher Krankenkassen 1928 in Breslau „betonte Ministerialdirektor Grieser wiederum warm die Ueberlegenheit der Versicherung“. In: H[eyde, Ludwig]: Der 32. Deutsche Krankenkassentag des Hauptverbandes Deutscher Krankenkasse. In: Soziale Praxis 37 (1928), H. 35, Sp 832-836, hier Sp. 836. Vgl. Hierzu u.a. auch Wendenburg, Friedrich: Der Gedanke der Arbeitsgemeinschaften in der Gesundheitsfürsorge. In: Deutsche Zeitschrift für öffentliche Gesundheitspflege 2 (1925/6), S. 185-206, hier S. 185.
- 7 Vgl. u.a. Goldmann, Franz: Arbeitsgemeinschaften für Gesundheitsfürsorge. In: Grotjahn, Alfred u.a.: Ergebnisse der Sozialen Hygiene und Gesundheitsfürsorge, Band 1. Leipzig 1929, S. 264-290; Wendenburg, Gedanke, S. 185-206; Schlossmann, Arthur: Wie muß in einer Novelle zur Reichsversicherungsordnung Krankenhilfe und Gesundheitsfürsorge verknüpft werden? In: Zeitschrift für Gesundheitsverwaltung und Gesundheitsfürsorge 2 (1931), S. 62-68; Labisch und Tennstedt, Weg, insbes. S. 69, 86-87, 98-106; Moser, Interesse, insbes. S. 127-137.
- 8 Die kommunalpolitischen Richtlinien der SPD. In: Kommentar zu den kommunalpolitischen Richtlinien der Sozialdemokratischen Partei Deutschlands. Berlin 1929, S. 7-18, hier S. 11. Auf kommunaler Ebene sollten alle gesundheitlichen und hygienischen Einrichtungen durch ein kommunales Gesundheitsamt verwaltet werden, dessen ärztlicher Leiter Magistratmitglied sein sollte. Chajes, Benno: B. Gesundheitswesen. In: Kommentar zu den kommunalpolitischen Richtlinien der Sozialdemokratischen Partei Deutschlands. Berlin 1929, S. 210-241, hier S. 239-41.
- 9 Zadek, Ignaz: Zur Ambulatoriumsfrage. In: Der sozialistische Arzt 1 (1925) H.2/3, S. 11-16, S. 13.
- 10 Weder, Heinrich: Sozialhygiene und pragmatische Gesundheitspolitik in der Weimarer Republik am Beispiel des Sozial- und Gewerbehygienikers Benno Chajes (1880-1938). Husum 2000, S. 66; Hansen, Eckhard et al.: Seit über einem Jahrhundert...: Verschüttete Alternativen in der Sozialpolitik. Köln 1981, S. 177.
- 11 Tennstedt, Florian: Geschichte der Selbstverwaltung in der Krankenversicherung von der Mitte des 19. Jahrhunderts bis zur Gründung der Bundesrepublik Deutschland. Bonn 1977, S. 150.

regulierender Funktion geführt hatte.¹² 1928 wurde es als „wenig wahrscheinlich“ erachtet, dass „die Sozialisierung des Heilwesens jenen Weg über die Gemeinde allein oder vorzugsweise nehmen wird“¹³, „auch die Arbeitervertreter in der Arbeiterversicherung, insbes. in den Krankenkassen“ würden auf dem Weg zur Sozialisierung des Heilwesens „Führer sein“¹⁴. Der Nationalsozialismus beendete diese Entwicklungsrichtung, die Kassenambulatorien wurden als „marxistische“ Einrichtungen zerschlagen.¹⁵

Als „historische Wurzel“ der Polikliniken im SBZ/DDR-Gesundheitswesen gelten u.a. die Kassenambulatorien der Weimarer Republik.¹⁶ Im Juli 1946 wurde in der Sowjetischen Besatzungszone (SBZ) von der SED in Anknüpfung an die traditionellen Forderungen von KPD und SPD¹⁷ die „Überführung des gesamten Heil- und Gesundheitswesens in Gemeinbetriebe“¹⁸ gefordert. Im Bereich der ambulanten Versorgung sollte mit Hilfe „gemeindliche(r) Polikliniken“¹⁹ bzw. der „Errichtung eines Netzes von öffentlichen, allgemein zugänglichen Polikliniken“²⁰ die fachärztliche Versorgung verbessert werden. Ende 1947 wurden die Polikliniken in öffentlicher Trägerschaft zonenweit einheitlich rechtlich geregelt und zum Grundpfeiler einer fortschrittlichen Entwicklung des neuen demokratischen Gesundheitswesens ernannt.²¹ Die Einführung eines Netzes an öffentlichen Polikliniken stellte eine Abkehr von der für Deutschland bis zu diesem Zeitpunkt charakteristischen ambulanten Leistungserbringung in Form der in eigener Praxis, „isoliert“, tätigen Kassenärzte dar. Gleichzeitig wurde die Rolle der Kommunen im Bereich der ambulanten Leistungserbringung gestärkt.

Hier schließt sich die Frage an, welche gesundheitspolitische Funktion die Träger der Sozialversicherung in der SBZ einnahmen - waren sie „nur“ Geldgeber oder einflussreiche Akteure im Bereich der Gesundheitspolitik? Wurden die im Nationalsozialismus zerschlagenen Eigeneinrichtungen der Krankenversicherung, die Kassenambulatorien, durch die Entscheidung der Selbstverwaltungsorgane der Sozialversicherung in der SBZ wieder als freiwillige Leistung aufgebaut, und wenn ja, mit welcher Funktion? Des Weiteren barg die Situation, dass in der SBZ zwei Zentralverwaltungen für das Gesundheitswesen besonders bedeutsam waren und ihre (Vize-) Präsidenten über Erfahrungen aus unterschiedlichen Bereichen des Gesundheitswesens (kommunale Gesundheitspolitik/Krankenkassenpolitik) verfügten, ein Konfliktpotential. Trat dieses bei der Definition von Zuständigkeitsbereichen hinsichtlich der Polikliniken zu Tage und behinderten diese Konflikte eine schnelle Umsetzung der anvisierten kommunalen Polikliniken? Im Folgenden werden die Diskussion

12 Hauptsächlich bei Krankenkassen zu verzeichnen, die dem Hauptverband deutscher Krankenkassen angeschlossenen waren. Vgl. hierzu Döhler, Marian: Zur Entwicklung und Funktion der Eigeneinrichtungen der Krankenkassen 1900-1993. In: Zeitschrift für Sozialreform 30 (1984), S. 214-235, 284-311, 354-366.

13 Zadek, Ignaz: Zum Programm des Vereins sozialistischer Ärzte. In: Der sozialistische Arzt 4 (1928), S. 17-24, hier S. 20.

14 Zadek, Programm, S. 23.

15 Hansen et al., Jahrhundert, S. 467.

16 Niemann, Heinrich: Polikliniken – gesundheitspolitische Herausforderung für die Zukunft. In: Heiner Vogel et al. (Hrsg.): Strukturen der Gesundheitsversorgung in den neuen Bundesländern. Meinungen, Hintergründe, Perspektiven. Tübingen 1993, S. 69-81, hier S. 71.

17 Schagen, Udo: Kongruenz der Gesundheitspolitik von Arbeiterparteien, Militäradministration und der Zentralverwaltung für das Gesundheitswesen in der Sowjetischen Besatzungszone? In: Wolfgang Woelk, Jörg Vögele (Hrsg.): Geschichte der Gesundheitspolitik in Deutschland von der Weimarer Republik bis in die Frühgeschichte der „doppelten Staatsgründung“. Berlin 2002, S. 379-404. Naser, Gerhard: Hausärzte in der DDR. Bergatreute 2000, S. 73-74.

18 Kommunalpolitische Richtlinien der SED vom 17. Juli 1946. In: Dokumente der Sozialistischen Einheitspartei Deutschland. Beschlüsse und Erklärungen des Zentralsekretariats und des Parteivorstandes 1948, S. 63-73, hier S. 69.

19 Sozialpolitische Richtlinien der SED vom 30. Dezember 1946. In: ebd. S. 131-139, hier S. 137.

20 Gesundheitspolitische Richtlinien der SED vom 31. März 1947. In: ebd. S.161-165, hier S. 164.

21 Anlage zum Befehl 272 „Vorschriften für die Arbeit in Polikliniken und Ambulanzen“ vom 24. November 1947. Zentralverordnungsblatt (ZVOBl.) 1948, Nr. 4, S. 41-44.

und der Aushandlungsprozess auf zentraler Ebene und auf der Ebene der Umsetzung, hier das Land Brandenburg, dargestellt.²²

Dualismus zwischen Gesundheitswesen und Sozialversicherung²³? **Die Diskussion auf zentraler Ebene**

In der Sowjetischen Besatzungszone (SBZ) wurde mit Befehl Nr. 17 vom 27. Juli 1945 die Zentralverwaltung für das Gesundheitswesen²⁴ (ZVG, DZVG, HVGes.) geschaffen. Ihr Präsident wurde Paul Konitzer, der aus der Weimarer Republik als Vertreter der kommunalen Gesundheitspolitik bekannt war. Mit der Gründung der Zentralverwaltung für das Gesundheitswesen war nach Aussagen ihres Präsidenten Paul Konitzer²⁵ die langjährig erhoffte und erstrebte Zusammenfassung der früher auf mehrere Ministerien und Behörden verteilten Aufgaben im Gesundheitswesen erfolgt. Mit ihr sei nach Konitzer die Basis für eine Gesundheits-„Politik“ geschaffen worden, die in ihrer Wirkungsbreite und –tiefe den Erfordernissen der Zeit im gesundheitlichen Bereich entspreche.²⁶ Unter Gesundheits-„Politik“, ein Politikfeld, das im Gegensatz zu anderen Politikbereichen noch einer Erläuterung bedürfe, verstand Konitzer im Anschluss an seine Gedanken von 1928²⁷ das Brückenschlagen vom „Eckpfeiler der Hygiene“ aus im wissenschaftlichen Sinn zu einer Vielzahl an Fachdisziplinen bzw. im praktischen Sinn zu ihren Tätigkeitsgebieten. Dass sich die Einführung einer zentralen Institution für den Gesundheitsbereich nicht reibungslos vollziehen würde und sich die Zentralverwaltung zunächst um eine sehr breite Akzeptanz

22 Einschränkung ist anzumerken, dass in der vorliegenden Arbeit die Rolle des FDGBs nicht bearbeitet wurde.

23 Zugespitzte Kennzeichnung von Dr. Gelbke, Leipzig auf der Ärztetagung der SED am 17./18.3.1947 im Land Sachsen, die er mit der Forderung nach einem wirklichen Strukturwechsel im Gesundheitswesen, die Überweisung der Geldbeträge für gesundheitsbezogene Ausgaben von der Sozialversicherung an das Gesundheitswesen, verband. Aktennotiz 20.3.1947/Dr. K. BArchiv DQ1 Nr. 218, Bl. 159.

24 Befehl Nr. 17 des Obersten Chefs der Sowjetischen Militär-Administration und des Oberkommandierenden der Sowjetischen Besatzungstruppen in Deutschland vom 27. Juli 1945. BArchiv DQ 1 Nr. 2, Bl. 16-17; veröffentlicht in: Ministerium für Auswärtige Angelegenheiten der DDR und Ministerium für Auswärtige Angelegenheiten der UdSSR (Hrsg.): Um ein antifaschistisch-demokratisches Deutschland. Dokumente aus den Jahren 1945-1949. Berlin 1968, S. 100-102. Die ZVG nahm am 24. August 1945 mit Paul Konitzer als Präsidenten ihre Arbeit auf. Welsh, Helga A.: Deutsche Zentralverwaltung für das Gesundheitswesen (DZVG). In: Martin Broszat, Hermann Weber (Hrsg.): SBZ-Handbuch. München 2. Aufl. 1993, S. 244-252, hier S. 244. Schagen/Schleiermacher, Besatzungszone, S. 515.

25 (1894-1947), Studium der Medizin in Berlin und Greifswald, 1920 Approbation, seit 1921 Tätigkeit im öffentlichen Gesundheitswesen, 1926-1933 Stadtmedizinalrat und Dezernent für Gesundheitswesen in Magdeburg, Mitglied der SPD, Engagement in der „Arbeitsgemeinschaft der deutschen Fürsorgeärzte“, Referent des Deutschen Städtetages für die Verwaltungsreform im Gesundheitswesen, 1933 wurde er abgesetzt, in Schutzhaft genommen und aus der Stadt Magdeburg vertrieben, Tätigkeit als praktischer Arzt in Dresden, während des Zweiten Weltkriegs Berater der Hygieniker des Wehrbereichs Sachsen IV, nach dem Zweiten Weltkrieg bis Juli 1945 Staatssekretär bei der Landesverwaltung Sachsen, dann erster Präsident der Deutschen Zentralverwaltung für das Gesundheitswesen, im Februar 1947 wurde Paul Konitzer unter dem Vorwurf, als Stabsarzt und Wehrkreishygieniker an Verbrechen an sowjetischen Kriegsgefangenen beteiligt gewesen zu sein, von der SMAD verhaftet und kam vermutlich nach kurzer Haftzeit zu Tode. Schagen, Kongruenz, S.395-399; Moser, Interesse, S. 373.

26 Protokoll über den 2. Sitzungstag (3. Oktober 1945) der Tagung mit den Leitern der Provinzial- und Landesgesundheitsämter in der ZVG. BArchiv DQ 1, Nr. 1338, Bl.17ff. Konitzer, Paul: Aufgaben der Deutschen Zentralverwaltung für das Gesundheitswesen in der sowjetischen Besatzungszone. In: Das Deutsche Gesundheitswesen 1 (1946), S.4-6, hier S. 4; Schagen und Schleiermacher, Besatzungszone, S. 516.

27 Konitzer, Paul: Gesundheitspolitik als Problem und als Aufgabe kommunaler Selbstverwaltung. In: Städtisches Gesundheitsamt Magdeburg (Hrsg.): Das Gesundheitswesen der Stadt Magdeburg. Düsseldorf 1928, S. 11-18.

und Anerkennung bemühen musste, war Paul Konitzer bewusst: Das „Recht zur Führung auf dem Gebiete der Gesundheitspolitik“ müsse erst noch „erkämpft“ werden.²⁸

Der Zuständigkeitsbereich der Zentralverwaltung für das Gesundheitswesen umfasste u.a. die „Leitung der Dienststellen der Gesundheitsfürsorge, der medizinischen Institutionen und Lehranstalten.“²⁹ Als zentrale Aufgabe der Zentralverwaltung bezeichnete das von der SMAD als Richtlinie für die Tätigkeit der Zentralverwaltung für das Gesundheitswesen bestätigte Statut³⁰ u.a. „die Organisation des Gesundheitsschutzes [...] auf breiter demokratischer Basis“. Es sah umfassende Kompetenzen der Zentralverwaltung im Bereich der Planung, Lenkung und Anleitung von Behörden der Gesundheitsverwaltung, gesundheitlichen Einrichtungen, wie z.B. Polikliniken und Ambulatorien, sowie freipraktizierten und angestellten Ärzten vor.³¹ Da die Zentralverwaltung für das Gesundheitswesen „zunächst ausdrücklich nur als ein Beratungsorgan der SMAD“ diene, konnte sie zoneneinheitliche, zentralstaatlichen Entscheidungen äquivalente, Regelungen nur über die Zusammenarbeit mit der SMAD und die Vorbereitung von SMAD-Befehlen erreichen.³² Paul Konitzer strebte konzeptionell eine Richtlinienkompetenz auf zentraler Ebene zur Überwindung der deutschlandspezifischen Wesenseigentümlichkeit „Föderalismus und Partikularismus“³³, bei gleichzeitiger Aufrechterhaltung der kommunalen Selbstverwaltungsrechte und lokalen öffentlichen Kontrolle der Gesundheitsämter an.³⁴ Entsprechend seiner Arbeit vor 1933, als ein bekannter Verfechter der kommunalen Gesundheitspolitik, maß Paul Konitzer der „kommunalen Ebene den höchsten Stellenwert für eine Demokratisierung zu“³⁵ und nahm nach 1945 in der Position des Präsidenten der Zentralverwaltung für das Gesundheitswesen als eine seiner ersten Tätigkeiten die Kommunalisierung der Gesundheitsämter in Angriff.³⁶

Zu dem Aufgabenbereich der Zentralverwaltung für das Gesundheitswesen und der Gesundheitsämter zählte Paul Konitzer die „gesamte Sozialversicherungsmedizin“.³⁷ An der

28 Protokoll über den 2. Sitzungstag (3. Oktober 1945) der Tagung mit den Leitern der Provinzial- und Landesgesundheitsämter in der ZVG. BArchiv DQ 1, Nr. 1338, Bl. 18, 20.

29 Nach dem Befehl Nr. 17. Schagen und Schleiermacher, Besatzungszone, S. 515.

30 Bei der Ausarbeitung des Statuts scheint eine Kooperation deutscher und sowjetischer Stellen vorgelegen zu haben. Moser, Interesse, S. 177. Als Richtlinie für ihre Tätigkeit bestätigte die SMAD am 15. September 1945 das „Statut der Zentralverwaltung für das deutsche Gesundheitswesen in der Sowjetischen Okkupationszone“, von der SMAD auch „Ordnung der Zentralverwaltung des Deutschen Gesundheitswesen“ genannt. Hier nach der Fassung in BArchiv DQ 1 Nr. 16, Bl. 615, veröffentlicht Dok. Nr. 19 in: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung und Bundesarchiv (Hrsg.): Geschichte der Sozialpolitik in Deutschland. Band 2/2: 1945-1949. Die Zeit der Besatzungszonen. Dokumente. Bandverantwortlicher: Udo Wengst. Baden-Baden 2001, S. 77-79. Siehe auch z.T. mit leichten Variationen BArchiv DQ 1 Nr. 943, Bl.124-7; DQ 1 Nr. 1474.

31 Vgl. „Statut der Zentralverwaltung für das deutsche Gesundheitswesen“ vom 15. September 1945; Konitzer, Aufgaben, S. 4.

32 Schagen/Schleiermacher, Besatzungszone, S. 512 und 516.

33 Vgl. hierzu Moser, Interesse, S. 180.

34 Schagen/Schleiermacher, Besatzungszone, S. 516-7; Moser, Interesse, S. 178-9.

35 Schagen/Schleiermacher, Besatzungszone, S. 517.

36 Schagen/Schleiermacher, Besatzungszone, S. 516; Moser, Interesse, S. 178.

37 Protokoll über die Sitzung der Leiter der Landes-(Provinzial-)gesundheitsämter in der ZVG am 18. September 1945. BArchiv DQ 1 Nr. 1338, Bl. 45. Da in der gleichen Akte ein Protokoll mit einer anderen Formulierung der Aussagen Konitzers (DQ 1 Nr. 1338, Bl. 62) enthalten ist, nach der Konitzer nicht von „Sozialversicherungsmedizin“, sondern von „Sozialmedizin“ als Angelegenheit der Gesundheitsämter sprach, bleibt die Zielrichtung der Aussagen allein auf dieser Grundlage unklar. Dafür dass mit dem Begriff „Sozialmedizin“ auch durch die Sozialversicherung finanzierte medizinische Leistungen gemeint waren, spricht eine Erläuterung des Begriffs „Soziale Medizin“ in einem Leitfadens für Ärzte und Medizinstudenten Ende der Weimarer Republik. Soziale Medizin wurde 1932 als Oberbegriff für „die medizinische Wissenschaft und Praxis im Dienste der Sozialpolitik, d.h. in der Hauptsache im Dienste der Sozialversicherung einschl. der Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung sowie der Reichsversorgung, ferner des Arbeitsrechts, des Arbeitsschutz, der Fürsorge (Wohlfahrtspflege), des Wohnungs- und Siedlungswesens“ definiert.

konzeptionellen Ausarbeitung der Sozialversicherungsreform war die Zentralverwaltung für das Gesundheitswesen zunächst jedoch nicht beteiligt worden. Konitzer kritisierte den Ausschluss der ZVG aus Vorarbeiten zu einer rechtlichen Regelung mit einer solchen beträchtlichen gesundheitspolitischen Bedeutung.³⁸ Erst am 10. Oktober 1945 lag der Zentralverwaltung für das Gesundheitswesen der Entwurf der Zentralverwaltung für Arbeit und Sozialfürsorge hierzu vor. Besonders der geplante zentralistische Aufbau der Sozialversicherung widersprach Konitzers Vorstellungen über die Demokratisierung des öffentlichen Lebens³⁹ und die gleichzeitig verfolgte Verwaltungsvereinfachung im Bereich des Gesundheitswesens. Hiernach sollte die Krankenversicherung „von unten her“ vereinheitlicht und enger an die örtliche und überörtliche Selbstverwaltung, insbesondere an die soziale Fürsorge und das Gesundheitsamt, angegliedert werden.⁴⁰ Als einen ersten Schritt in diese Richtung - des Aufbaus „von unten“ - kann die von der Zentralverwaltung für das Gesundheitswesen initiierte Kommunalisierung der Gesundheitsämter interpretiert werden. Nach Konitzer müsse der im Entwurf zur Sozialversicherungsreform vorgesehene Aufbau „von oben her“ und die Errichtung einer „Sonderverwaltung, neben der örtlichen und überörtlichen Selbstverwaltung“ – kurz: ein „Staat im Staate“ – unbedingt vermieden werden. Gleichzeitig sah er jedoch die Aufrechterhaltung der Selbstverwaltung durch die Versicherten in der Sozialversicherung vor. Die Zusammenfassung der verschiedenen Versicherungszweige lehnte er ebenso ab wie den im Entwurf vorgesehenen „Einbruch“ der Sozialversicherung „in den Bereich der sozialen Fürsorge“ durch die Finanzierung der vormals steuerfinanzierten öffentlichen Fürsorgezweige durch Versichertenbeiträge. Die Ausdehnung des Aufgabenbereichs der Sozialversicherung auf diese Bereiche sei erst dann zu begrüßen, wenn es die finanzielle Lage erlaube, gleichzeitig das Fürsorgeprinzip⁴¹ aufzugeben.

Dass die Zentralverwaltung für das Gesundheitswesen das Ziel verfolgte, die in der Weimarer Republik zu verzeichnende, mehrdimensionale „Zersplitterung“ im Gesundheitswesen nicht weiter fortzuführen, wird z.B. aus der Planung der ZVG für den Bereich der Tuberkulosebekämpfung deutlich. Nach der auf der 3. Tagung der Landes- Provinzialgesundheitsämter der sowjetischen Besatzungszone am 10. November 1945 vorgestellten zukünftigen Organisation der Tuberkulosebekämpfung, waren in diesem Bereich durch die

Sozialmediziner oder Sozialarzt war demnach „jeder der sich auf sozialpolitischem Gebiet [...] regelmäßig oder hauptberuflich“ betätigte und die „einschlägige Gesetzgebung, Rechtsprechung und Literatur“ beherrschte. Zur sozialen Medizin gehörten u.a. die Tätigkeit als Kassenarzt, die soziale Hygiene und Gesundheitsfürsorge. Martineck und Kühne: Einführung in die deutsche Sozialversicherung und Kriegsbeschädigtenversorgung. Ein Leitfaden für Ärzte, Studierende der Medizin und für den sozialmedizinischen Unterricht. Berlin 1932, S. 62-3.

38 Schreiben Konitzers an die DZAS vom 15. Oktober 1945. BArchiv DQ 1 Nr. 107, Bl. 128-130, auch vorhanden in SAPMO-BArchiv DY 28 II 2/1, Bl. 42-46; vgl. hierzu Hoffmann, Dierk: Sozialpolitische Neuordnung in der SBZ/ DDR. Der Umbau der Sozialversicherung 1945-1956. München 1996, S. 36. Trotz dieser Kritik der Nicht- Beteiligung scheint die ZVG erst im Oktober 1946 auf Anregung der SMAD weitere Vorschläge ausgearbeitet zu haben. BArchiv DQ 1 Nr. 244, Bl. S. 242 und Bl. 279.

39 „In den Gemeinden und Ländern bzw. Provinzen und nicht in den zentralen Instanzen wird die Demokratie, d.h. der Wille des Volkes, am unmittelbarsten und sichersten zur Geltung kommen“. BArchiv DQ 1 Nr. 107, Bl. 128.

40 Schreiben Konitzers an die DZAS vom 15. Oktober 1945. BArchiv DQ 1 Nr. 107, Bl. 128, 130. Vorschläge zu einer „dezentrierten Gesundheitsverwaltung“, deren Kernstück die Träger der Sozialversicherung sein sollten, hatte Konitzer schon 1930 abgelehnt, da hier der Zusammenhang des Gesundheitswesens mit örtlichen Gegebenheiten zerrissen würde. Konitzer, Paul: Die Bedeutung der Verwaltungsreform für die Wirksamkeit der Sozialhygiene. In: Zeitschrift für Gesundheitsverwaltung und Gesundheitsfürsorge 1 (1930), S. 401-408 hier S. 404.

41 Die Fürsorgeleistungen werden nach Sachße und Tennstedt für den Zeitraum 1871-1929 im Unterschied zu Versicherungs- sowie Versorgungsleistungen wie folgt charakterisiert: Bedarfsorientiert (an Minimal-Lebensstandard orientiert), von Bedürftigkeitsprüfungen abhängig, steuernfinanziert, keine Beitragszahlungen, keine standardisierten Leistungen, ohne Rechtsanspruch. Vgl. hierzu Sachße, Christoph und Florian Tennstedt: Fürsorge und Wohlfahrtspflege 1871-1929. (=Geschichte der Armenfürsorge in Deutschland, 2). Stuttgart 1988, S. 11.

Krankenkassen oder Landesversicherungsanstalten getragene Einrichtungen nicht mehr vorgesehen. Die Tbc-Fürsorgestellen der Gesundheitsämter wurden zur Zentrale der Tuberkulosebekämpfung ernannt. Im Gegensatz zu vor 1933⁴² sollten in der SBZ die Tbc-Fürsorgestellen der Gesundheitsämter die Ressourcen und Aktivitäten bündeln, eine einheitliche, bedarfsorientierte Vorgehensweise ermöglichen und eine schnelle, niederschwellige Inanspruchnahme der Leistungen gewährleisten. Aufgrund des Ärztemangels sollte „an dem starren Prinzip eines Behandlungsverbots in den Fürsorgestellen bis auf weiteres nicht festgehalten“ werden.⁴³

Zum Aufgabenbereich der Zentralverwaltung für Arbeit und Sozialfürsorge (ZVAS, DVAS, HVAS) gehörte von Anfang an, obwohl nicht explizit in dem von der SMAD aufgeführten Aufgabenkatalog erwähnt, die Sozialversicherung.⁴⁴ Die Position des Präsidenten hatte Gustav Gundelach (KPD) inne, der „eigentliche Kopf der Behörde“ war von August 1945 bis zu seinem Ausscheiden im April 1946 der 1. Vizepräsident Helmut Lehmann.⁴⁵ Er baute

-
- 42 Als problematisch wurde von der ZVG u.a. die Vielzahl an im Tuberkulosebereich tätigen Organisationen, teure „zersplitterte Teilaktionen“, die „Reservierung“ eines Anteils der Betten in Heilstätten z.B. für bestimmte Versicherungsträger und die Einweisung in Heilstätten aufgrund versicherungstechnischer Erwägungen betrachtet.
- 43 Zadek, Ignaz: Aktivierung der Tuberkulosebekämpfung. (Referat auf der 3. Tagung der Landes-Provinzialgesundheitsämter der sowjetischen Besatzungszone 10. 11. 1945). In: Das deutsche Gesundheitswesen 1 (1946) H.1/2., S. 12-18.
- 44 Gründung nach Befehl Nr. 17 der SMAD. Hoffmann, Neuordnung, S. 24-25. Die ZVAS nahm ihre Tätigkeit am 15. August 1945 auf. Hoffmann, Dierk: Kontinuität und Wandel beim Aufbau der ostdeutschen Sozialversicherung 1945-1947. In: Hartmut Mehringer, Michael Schwartz, Hermann Wentker (Hrsg.): Erobert oder befreit? Deutschland im internationalen Kräftefeld und die Sowjetische Besatzungszone (1945/46). München 1999, S. 263-286, hier S. 267 Fn. 29. Bezeichnung: ab 19. Juni 1946 auf Anweisung der SMAD: Deutsche Verwaltung für Arbeit und Sozialfürsorge (DVAS); ab 12. Februar 1948 (infolge Gründung der DWK am 4.6.1947 und ihrer Neuorganisation): Hauptverwaltung für Arbeit und Sozialfürsorge (HVAS). Hoffmann 1996, Neuordnung, S. 27; Hoffmann, Kontinuität, S. 280.
- 45 Hoffmann, Neuordnung, S. 25, Tennstedt, Geschichte, S. 230. Helmut Lehmann (1882-1959), 1903 SPD, 1903-1907 Leiter einer Abteilung der AOK Berlin, 1914-1933 geschäftsführender Vorsitzender beim Hauptverband Deutscher Krankenkassen, Herausgeber und Autor von Publikationen zur Sozialversicherung, 1933, 1935 und 1945 Inhaftierung, Leiter einer Widerstandsgruppe in Berlin, 1.5.-30.6.1945 Referent im Wirtschaftsamt Berlin-Pankow bzw. Berlin-Wedding, 1.7.-31.7.1945 stellvertretender Leiter der Sozialversicherungsanstalt von Groß-Berlin, Juni 1945 Mitglied des Zentralausschusses der SPD, Mitunterzeichnung seines Aufrufs vom 15. 6. 1945 und des Aktionsabkommens von KPD und SPD vom 19. Juni 1945, August 1945 bis April 1946 Vizepräsident der Zentralverwaltung für Arbeit und Sozialfürsorge, 1945/46 Teilnehmer der „sechziger Konferenz“ von KPD und SPD, Mitglied der Studienkommission für „Grundsätze und Ziele“ und Parteistatut, mit Anton Ackermann verantwortlich für die Endredaktion, seit 1946 Mitglied des Parteivorstandes bzw. Zentralkomitees der SED, 1946-1950 Mitglied des Zentralsekretariats, 1950 Mitglied des Politbüros des Zentralkomitees der SED, ab 1946 Präsident der Volkssolidarität, 1946-1949 Abgeordneter des Thüringischen Landtages, ab 1947 Mitglied des Bundesvorstands des FDGB, 1948/49 Abgeordneter der provisorischen Volkskammer, ab 1950 Vorsitzender des Zentralvorstandes der Sozialversicherung, 1953 Held der Arbeit und Karl-Marx-Orden, 1957 Vaterländischer Verdienstorden, 1958 Medaille für Kämpfer gegen den Faschismus. Müller-Enbergs, Helmut und Andreas Herbst: Lehmann, Helmut. In: Helmut Müller-Enbergs, Jan Wielgohs, Dieter Hoffmann (Hrsg.): Wer war wer in der DDR? Ein biographisches Lexikon. Sonderausgabe für die Bundeszentrale für politische Bildung. Bonn 2000, S. 511. Hoffmann, Kontinuität, S. 265. Helmut Lehmann, der in der SBZ zu dem führenden Sozialpolitiker aufstieg (Hoffmann, Kontinuität, S. 272), hatte in seiner Funktion als geschäftsführender Vorsitzender des Hauptverbandes deutscher Krankenkassen in der Weimarer Republik die Einrichtung der Kassenambulatorien während der Hochphase der Auseinandersetzungen mit den Kassenärzten als „endlich“ erfolgte Übernahme der ärztlichen Versorgung der Kassenmitglieder „in eigene Regie“ begrüßt. Lehmann, Helmut: Die Arztfrage. In: Hauptverband deutscher Krankenkassen e.V.: Bericht über den 28. Krankenkassentag. Berlin 1924, S. 50-61, hier S. 58.

diese Zentralverwaltung auf,⁴⁶ die wie die anderen Zentralverwaltungen zunächst mit keinen eigenen Machtbefugnissen ausgestattet war und als Hilfsorgan der SMAD diente.⁴⁷ Sie arbeitete unter der Leitung der Abteilung „Die Arbeitskraft“ der SMAD „in genauester Übereinstimmung“ mit den vom Obersten Chef der SMAD erlassenen Befehlen und Anweisungen.⁴⁸ Nachdem die Pläne der Zentralverwaltung für Arbeit und Sozialfürsorge für eine als Ausführungsorgan der ZVAS fungierende Sozialversicherung mit einer zentralisierten Struktur am Widerstand der Gewerkschaften und der Sowjetischen Militäradministration (SMAD) gescheitert waren, wurden in jedem Land selbständige Sozialversicherungsanstalten aufgebaut.⁴⁹ Die im Nationalsozialismus abgeschaffte Selbstverwaltung in der Sozialversicherung wurde wieder hergestellt und die in der Weimarer Republik ausschließlich in den Selbstverwaltungsorganen der Krankenversicherung vorhandene Zweidrittelmehrheit der Arbeitnehmerseite gegenüber der Arbeitgeberseite auf die gesamte Sozialversicherung übertragen.⁵⁰ Die Finanzierung gesundheitsbezogener Dienstleistungen wurde in der SBZ somit nicht auf eine direkte staatliche Finanzierung umgestellt.⁵¹ Sie erfolgte, entsprechend der deutschen Tradition, überwiegend auf der Grundlage von Beiträgen der Versicherten und Betriebe zu einer nun aber vereinheitlichten und annähernd die gesamte Bevölkerung umfassenden Sozialversicherung. Mit den Sozialversicherungsanstalten entstand auf Länderebene ein ressourcenstarker Träger der Finanzierung gesundheitsbezogener Maßnahmen. Durch das Recht, innerhalb des eigenen Zuständigkeitsbereichs anderen deutschen Dienststellen Weisungen zu erteilen, erlangte die DVAS am 22. September 1946 eine erhebliche Kompetenzerweiterung gegenüber den Ländern.⁵² Die Abteilung Sozialfürsorge und Sozialversicherung der DVAS hatte nach dieser Verordnung die Funktion der „Leitung der Organe der Sozialfürsorge und Sozialversicherung der Provinzen und Länder“.⁵³ Mit Befehl Nr. 28 vom 28. Januar 1947 und der am 1. Februar 1947 in Kraft tretenden Verordnung über die Sozialpflichtversicherung erhielt die DVAS die Gesamtaufsicht über die Organisation und Tätigkeit der Sozialversicherung und ein Anweisungsrecht gegenüber den Sozialversicherungsanstalten.⁵⁴

Dass die von Konitzer geforderte Aufgabenverteilung⁵⁵ zwischen den beiden Verwaltungen nicht un widersprochen von der Zentralverwaltung für Arbeit und Sozialfürsorge hingenommen werden würde, zeichnete sich auf der Tagung der Zentralverwaltung für Gesundheitswesen im November 1945 ab, auf der die „Erste Durchführungsverordnung zur Verordnung über den Neuaufbau des öffentlichen Gesundheitswesens“ zur Diskussion

46 Tennstedt, Geschichte, S. 230

47 Hoffmann, Neuordnung, S. 25.

48 Sonderdruck aus der Zeitschrift „Arbeit und Sozialfürsorge“ H. 16/15. Oktober 1946, BArch DQ 1 Nr. 244, Bl. 175.

49 Eine direkt der ZVAS unterstellte und als Ausführungsorgan der ZVAS fungierende Sozialversicherungsanstalt stieß auf Widerstand der Gewerkschaften, die am Selbstverwaltungsprinzip festhalten wollten. Die SMAD lehnte, wahrscheinlich aus Rücksicht auf die Verhandlungen im Alliierten Kontrollrat zur Neuordnung der Sozialversicherung, eine zentrale Verwaltungsinstanz für die Sozialversicherung in der SBZ ab. Hoffmann, Neuordnung, S. 38-39. Zur Kritik der Zentralverwaltung für das Gesundheitswesen siehe oben.

50 Hoffmann, Kontinuität, S. 274

51 Schagen, Udo und Sabine Schleiermacher: Die sowjetische Besatzungszone. In: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung und Bundesarchiv (Hrsg.): Geschichte der Sozialpolitik in Deutschland. Band 2/1: 1945-1949. Die Zeit der Besatzungszonen. Bandverantwortlicher: Udo Wengst. Baden-Baden 2001 S. 511-528, hier S. 527.

52 Verordnung für die Deutsche Verwaltung für Arbeit und Sozialfürsorge der sowjetischen Besatzungszone in Deutschland vom 22. September 1946. Hoffmann, Neuordnung, S. 28; 68.

53 Arbeit und Sozialfürsorge 1946, S. 40f.

54 Koordinierungsrat der medizinischen-wissenschaftlichen Gesellschaften der DDR (Hrsg.): Dokumentensammlung - Befehle der Sowjetischen Militäradministration in Deutschland zum Gesundheits- und Sozialwesen. Berlin 1976, S. 66, 69-90, hier S. 66 und 71.

55 Zuständigkeit der Zentralverwaltung für das Gesundheitswesen für die „Sozialversicherungsmedizin“.

stand.⁵⁶ Helmut Lehmann, der sich hier, wie er es selbst bezeichnete, „als Vertreter der Sozialdemokratie“ und somit nicht als Vertreter der Zentralverwaltung für Arbeit und Sozialfürsorge zu Wort meldete, betonte, dass die öffentliche Gesundheitspflege als Aufgabe der Gesundheitsämter nicht vermengt werden dürfe mit den Aufgaben der Sozialversicherung. Er bat dringend, „dass man uns da keine Schwierigkeiten macht“. „Auch meine Partei und die Gewerkschaften“ seien „nicht der Auffassung“, „dass diese⁵⁷ Aufgaben der Sozialversicherung der öffentlichen Gesundheitspflege überantwortet werden“ sollten.⁵⁸ Seit September 1945 arbeitete Lehmann an der Konzipierung der Sozialversicherungsreform und an einem sozialpolitischen Programm der SPD. In organisatorischer Hinsicht sah er bei seiner Vorarbeit hierzu eine Aufrechterhaltung der Gliederung der Gesundheitsfürsorge in eine der „öffentlichen Selbstverwaltung“ und eine der Sozialversicherung vor, unter Betonung, dass die Sozialversicherung „nicht nur als Kostenträger in Betracht“ käme, sondern „in stärkstem Maße für die Aufgaben der sozialen Hygiene eingesetzt“ werden könne. Der öffentliche Gesundheitsdienst⁵⁹ und die Sozialversicherung sollten sich in einer „Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitssicherung“ zusammenschließen.⁶⁰

Bis zu ihrer Konkretisierung sollte jedoch noch einige Zeit vergehen. In dieser Zeit nahmen die Befürchtungen von beiden Seiten über Kompetenzüberschreitungen der jeweilig anderen Verwaltung nicht ab. So kursierte im April 1946 im FDGB die Nachricht, dass Konitzer in einem Vortrag die völlige „Unterstellung der Sozialversicherung unter das Amt Gesundheitswesen“ vorschlagen werde,⁶¹ während die Zentralverwaltung für das Gesundheitswesen mit Besorgnis auf die Entwicklung der Sozialversicherung in den einzelnen Ländern und Provinzen, schaute.⁶² Die ZVG sah ihre zum Entwurf der Sozialversicherungsreform geäußerten Befürchtungen bestätigt: Die fortschrittliche Entwicklung der Vereinheitlichung und Ausdehnung der Sozialversicherung auf ca. 90 % der Beschäftigten war nicht mit einer gleichzeitigen engeren Verbindung der Verwaltung der Sozialversicherung mit der im Gesundheitsbereich tätigen öffentlichen Selbstverwaltung auf Ebene der Länder und Kommunen einhergegangen. Dies wiederum hatte nach Ansicht der Zentralverwaltung für das Gesundheitswesen zur Folge, dass die Sozialversicherungsanstalten in Anknüpfung an

56 Protokoll zur 3. Tagung der Leiter der Landes- und Provinzialgesundheitsämter in der ZVG am 10. November 1945. BArchiv DQ 1, Nr. 1338, Bl. 75-77. An der Tagung nahmen neben der ZVG und den Leitern der Landes- und (Provinzial)gesundheitsämter auch Leiter der Stadtgesundheitsämter, Vertreter der Parteien und des FDGBs teil. BArchiv DQ 1 Nr. 486, Bl. 204.

57 Es ging hierbei um die Zuordnung „eines der wichtigsten Organe“ der Sozialversicherung, dem Vertrauensarzt, in den Zuständigkeitsbereich der kommunalen Gesundheitsämter.

58 Protokoll zur 3. Tagung der Leiter der Landes- und Provinzialgesundheitsämter am 10. November 1945. BArchiv DQ 1, Nr. 1338, Bl. 75-77.

59 Definition nach Helmut Lehmann: „Der Gesundheitsdienst der öffentlichen Selbstverwaltung wendet sich an das gesamte Volk und ist, im weitesten Sinne gesehen, Bevölkerungspolitik“.

60 Entwurf zu einem sozialpolitischen Programm der Sozialdemokratischen Partei Deutschlands vom 13. September 1945/Helmut Lehmann. SAPMO-BArchiv DY 28 II 2/1, Bl. 30ff., insbesondere Bl. 36ff.

61 Schreiben vom 17. April 1946/Bü an Herrn Göring im Hause. SAPMO-BArchiv DY 34 42/1041/4618. Ein Protokoll über eine entsprechende Rede Konitzers liegt der Verfasserin nicht vor. Dass die Konitzer zugesprochenen Pläne tatsächlich als Option in Erwägung gezogen wurden zeigt die Planung für Berlin. Da von der Kommission für öffentliche Gesundheitspflege der Alliierten Kommandantur eine Kontrolle der arbeitsunfähig geschriebenen VAB-Versicherten durch das Berliner Landesgesundheitsamt gefordert wurde, arbeitete Harms, Landesgesundheitsamt Berlin, Vorschläge zur Unterstellung der Versicherungsanstalt Berlin in ihrem ärztlichen Teil unter das Landesgesundheitsamt aus. Nach diesen Vorschlägen sollten dem Ausschuss der VAB zwei Vertreter des Landesgesundheitsamts und drei freiberufliche Ärzte angehören. Bestimmte Abteilungen (medizinische Hauptabteilung, Hauptabteilung Vorbeugendes Heilverfahren, Hauptabteilung Orthopädische Versorgung) der VAB sollten dem Landesgesundheitsamt direkt unterstellt werden und die diagnostischen Beratungsstellen der VAB von Amtsärzten beaufsichtigt werden. Aktennotiz von Kolmer/30. Dezember 1946. BArchiv DQ 1 Nr. 244, Bl. 215.

62 „Sozialversicherung und Gesundheitspolitik“ 26. August 1946/Dr. C[outelle]/J. BArchiv DQ 1 Nr. 244, Bl. 332-336; auch in ebd. Nr. 152, Bl. 361-64 vorhanden, hier zit. nach DQ 1 Nr. 244.

die Tradition vor 1933⁶³ einen „eigenen selbständigen Gesundheitsapparat neben und oft [...] gegen die Gesundheitsverwaltung aufzubauen“ versuchten und „Aufgaben an sich reißen“ würden, „die weit über den Rahmen ihrer eigentlichen Zielsetzung und Möglichkeiten“ hinausgingen. Auch die wichtigste Forderung einer „modernen Gesundheitspolitik“, der vorbeugende Gesundheitsschutz, würde infolge des nicht planmäßigen Einsetzens der „neugewonnene(n) organisatorische(n) und finanzielle(n) Macht“ „in engster Zusammenarbeit mit der neu geschaffenen zentralen Gesundheitsverwaltung“ vernachlässigt. Dies sei auch nicht verwunderlich, da die Versicherungsanstalt „im wesentlichen eine wirtschaftliche Organisation bleiben“ würde und gesundheitspolitische Fragestellungen hierdurch außerhalb ihres Gesichtskreises lägen. Abschließend wurde von der ZVG die Forderung aufgestellt, alle medizinischen Zwecken dienenden Geldmittel an die Zentralverwaltung für das Gesundheitswesen zu überweisen. Hieraus würde sich gleichzeitig die Perspektive ergeben, den Arzt aus der Abhängigkeit von der „ihm im Grunde wesensfremden Organisation“, die Versicherungsanstalt, zu befreien und alle Ärzte in ein Angestelltenverhältnis zu überführen, als Grundlage der „Schaffung eines neuen, dem demokratischen Staats würdigen Arzttypus“.⁶⁴ Die Reduzierung der Sozialversicherung auf eine ausschließliche Geldgeberfunktion stand im Gegensatz zu der ihr von Helmut Lehmann zgedachten Rolle. Hiernach sollte die Sozialversicherung nicht nur Kostenträger sein, sondern aktiv im Bereich der sozialen Hygiene tätig werden.

Polikliniken: Kooperation erforderlich

In einer Besprechung zwischen der Deutschen Zentralverwaltung für Arbeit und Sozialfürsorge und der Zentralverwaltung für das Gesundheitswesen im September 1946 sollte die Frage, wer für die von der Sozialversicherung ergriffenen gesundheitlichen Maßnahmen die Verantwortung übernehme, geklärt werden.⁶⁵ Im Rahmen dieser Diskussion wurde von Konitzer kritisiert, dass, obwohl die SMAD die Errichtung der Polikliniken als gesundheitliche Maßnahme zu dem Zuständigkeitsbereich der Zentralverwaltung für das Gesundheitswesen zähle, diese Aufgabe parallel von der Zentralverwaltung für Arbeit und Sozialfürsorge bearbeitet würde. Die SMAD stehe nach Konitzer auf dem Standpunkt, „dass für alle gesundheitlichen Maßnahmen, wer auch immer der Träger sei, die ZVGes. verantwortlich bleibe“. Die Deutsche Zentralverwaltung für Arbeit und Sozialfürsorge beharrte auf dem Standpunkt, dass die Sozialversicherung für alle von ihr finanziell getragenen Einrichtungen auch die Verantwortung und das Aufsichtsrecht habe. Bei der Planung von Polikliniken müssten daher beide Zentralverwaltungen beteiligt werden.⁶⁶ Da beide Zentralverwaltungen auf ein maßgebliches Mitspracherecht bei den geplanten Polikliniken bestanden, mussten im Folgenden alle die Errichtung von Polikliniken berührenden Fragen zwischen der DVAS und ZVG ausgehandelt werden.⁶⁷ Als institutioneller Rahmen sollten die zuerst in einer Besprechung bei der SED vereinbarte Arbeitsgemeinschaft⁶⁸ zur Regelung der Zustän-

63 Die Landesversicherungsanstalten hätten vor 1933 Aufgaben der Wohlfahrtspflege und Gesundheitsfürsorge übernommen und die Krankenkassen Einrichtungen der Gesundheitsfürsorge geschaffen.

64 „Sozialversicherung und Gesundheitspolitik“ 26. August 1946/Dr. C[outelle]/J. BArchiv DQ 1 Nr. 244, Bl. 336. Schon 1930 hatte sich Paul Konitzer von seinem damals vorgeschlagenen Zusammenschluss der Krankenkassen mit den Bezirksfürsorgeverbänden zu einer „kommunalen Sozialverwaltung“ mit der Funktion eines einheitlichen Kostenträgers gegenüber dem Gesundheitsamt auch eine „Ausstrahlung“ auf die Neugestaltung der gesamten ärztlichen Versorgung der Versicherten, Unterstützungsempfängern und Privatpatienten erhofft. Konitzer, Paul: Die Reform des öffentlichen Gesundheitswesens und ihre Bedeutung für die Ärzteschaft. In: Klinische Wochenschrift 9 (1930) H. 9, S. 558-56, hier S. 560.

65 Aktenvermerk vom 10. September 1946/Dr. C(outelle) über eine Unterredung zwischen der ZVG (Konitzer, Coutelle) und der DVAS (Brack, Matern). BArchiv DQ 1 Nr. 244, Bl. 314-17.

66 ebd. BArchiv DQ 1 Nr. 244, Bl. 316.

67 Vgl. Tagebuchnotizen vom 31. Oktober 1946, 22. November 1946, 2. Dezember 1946. ZVG-Abteilung VI, Dr. Dö[ring]. BArchiv DQ 1 Nr. 45, Bl. 67- 70.

68 Aktennotiz vom 15. Oktober 1946/Dr. K(olmer) über eine Besprechung zwischen DVAS (Matern,

digkeitsbereiche und Zusammenarbeit der beiden Verwaltungen dienen. Ihre Bildung wurde nun gezielt angegangen.⁶⁹

Auch die SMAD vertrat eine Position, nach der beide Zentralverwaltungen für das Gesundheitswesen zuständig waren. Die SMAD betonte die Notwendigkeit der Zusammenarbeit beider Verwaltungen. Die nicht gerade gute Zusammenarbeit von ZVG und DVAS war Anlass einer Besprechung beider Verwaltungen mit Vertretern der SMAD, mit der von Seiten der SMAD die Hoffnung auf eine Verbesserung verbunden war. Die SMAD vertrat den Grundsatz, dass die Zentralverwaltung für Arbeit und Sozialfürsorge Träger der Versorgung der Versicherten ist, „aber in allen Fragen, die andere Verwaltungen betreffen, zu gemeinsamen Entscheidungen kommen“ muss. Die Zentralverwaltung für das Gesundheitswesen wiederum hat das Recht, alle medizinischen Einrichtungen zu kontrollieren und über notwendige Verbesserungen zu entscheiden. Nach Ansicht der SMAD, Abt. Arbeitskraft, gehörte die Errichtung von Polikliniken durch die Sozialversicherung in den Arbeitsbereich der Zentralverwaltung Arbeit und Sozialfürsorge. Ihre Umsetzung sollte jedoch in Zusammenarbeit mit der ZVG geschehen.⁷⁰ Die Aussage der SMAD kann so interpretiert werden, dass die Sozialversicherungsanstalten als Träger von Einrichtungen im Gesundheitsbereich durchaus in Frage kamen.

Der von der Zentralverwaltung für das Gesundheitswesen ausgearbeitete und mit der DVAS besprochene Entwurf zu einer „Zentralarbeitsgemeinschaft“ betonte die Verantwortlichkeit beider Verwaltungen für die Durchführung, Finanzierung und Verwaltung z.B. medizinischer und sozialhygienischer Einrichtungen und die Regelung ärztlicher Angelegenheiten.⁷¹ Er sah die Bildung von Fachunterausschüssen für einzelne Fragen und ein Weisungsrecht der Arbeitsgemeinschaft auf zentraler Ebene gegenüber der Arbeitsgemeinschaft zwischen dem Landes- (Provinzial)gesundheitsamt, der Sozialversicherungsanstalt bzw. Landes- (Provinzial)abteilung für Soziales vor.⁷² Die Arbeitsgemeinschaft sollte auf Anregung der DVAS auf lokaler Ebene fortgesetzt werden⁷³ und nach Vorschlag der ZVG im geplanten Sozialversicherungsgesetz verankert werden, um die „Interessen der Gesundheitsverwaltung in allen wesentlichen Fragen der Gesundheitsfürsorge zu sichern, ohne das bei der Abfassung eines jeden Paragraphen ausdrücklich betont werden müsste“.⁷⁴ Für die Regelung der Zusammenarbeit der beiden Verwaltungen forderte die SMAD ein von beiden

Bohlmann, Fischer), ZVG (Konitzer, Beyer, Kolmer) und SMAD (Abt. Gesundheitswesen Sazepin, Abt. Arbeitskraft Kostizyn) am 12. Oktober 1946. BArchiv DQ 1 Nr. 244, Bl. 279; Zur Beteiligung der SED bei der Bildung von Arbeitsgemeinschaften vgl. Bericht des Parteivorstandes der SED an den 2. Parteitag. Berlin 1947, S. 220.

69 „Arbeitsgemeinschaft zwischen Einrichtungen der öffentlichen Gesundheitspflege und Sozialversicherungen“. 19. September 1946/ZVG, Dr. C[outelle]. BArchiv DQ 1 Nr. 244, Bl. 289-296; Schreiben Coutelles (ZVG) an Holling (ZVG) vom 3. Oktober 1946. BArchiv DQ 1 Nr. 244, Bl. 285; Aktenvermerk 16. Oktober 1946 /Dr. Coutelle über die am 16.10.1946 stattgefundenen Unterredung zwischen Dr. Sazepin von der SMA und Dr. Coutelle. BArchiv DQ 1 Nr. 244, Bl. 247.

70 Aktennotiz vom 15. Oktober 1946/Dr. K[olmer] über eine Besprechung zwischen DVAS (Matern, Bohlmann, Fischer), ZVG (Konitzer, Beyer, Kolmer) und SMAD (Abt. Gesundheitswesen Sazepin, Abt. Arbeitskraft Kostizyn) am 12. Oktober 1946. BArchiv DQ 1 Nr. 244, Bl. 279.

71 Im Gegensatz hierzu hatte Carl Coutelle, ZVG, in seinen Vorarbeiten die gemeinsame Ausarbeitung eines Gesundheitsplans im Rahmen der Arbeitsgemeinschaft vorgesehen, die Verantwortung für die Durchführung aller medizinischen Maßnahmen, wie im Statut für die ZVG vom 17.9.1945 festgelegt, allerdings allein den Gesundheitsbehörden übertragen, während die ZVAS bzw. die Sozialversicherungsanstalten alle notwendigen Mittel bereitstellen sollten. Schreiben Coutelles (ZVG) an Holling (ZVG) vom 3. Oktober 1946. BArchiv DQ 1 Nr. 244, Bl. 285.

72 Zentralarbeitsgemeinschaft zwischen ZVG und DVAS sowie Vorschlag über den Aufbau der zentralen Arbeitsgemeinschaft. 12. Oktober 1946/Dr. K[olmer]. BArchiv DQ 1 Nr. 244, Bl. 281-2.

73 Aktennotiz vom 12. Oktober 1946/Dr. K[olmer] über eine Besprechung zwischen DVAS (Bohlmann, Fischer) und ZVG (Coutelle, Kolmer) am 11. Oktober 1945. BArchiv DQ 1 Nr. 244, Bl. 280.

74 Schreiben der ZVG an den Chef des Departments für das Gesundheitswesen bei der SMA in Deutschland Herrn Oberst Sokolow 15. Oktober 1946 am 16. Oktober 1946 d. Dr. Coutelle pers. in Karlshorst abgegeben. BArchiv DQ 1 Nr. 244, Bl. 242.

Zentralverwaltungen unterzeichnetes Abkommen,⁷⁵ hingegen eine offizielle Koordinierungskommission auf zentraler Ebene von der SMAD nicht erwünscht war. Daraufhin unterzeichneten die beiden Verwaltungen eine schriftliche Vereinbarung „Zur Förderung der gemeinsamen Aufgaben in der Gesundheits- und insbesondere Heilfürsorge“. Anstelle einer zentralen Arbeitsgemeinschaft beschloss man die Durchführung von regelmäßigen gemeinsamen Besprechungen der jeweiligen Sachbearbeiter.⁷⁶ An der Idee von Arbeitsgemeinschaften auf Länder-/Provinzebene zur Planung der Durchführung von Gesundheits- und Heilfürsorge einschließlich poliklinischer Einrichtungen sowie zur Bildung von örtlichen Arbeitsgemeinschaften zu ihrer Umsetzung hielt man auf zentraler Ebene weiter fest. Ein entsprechendes Schreiben der DVAS ging an die Landes- (Provinzial)verwaltungen.⁷⁷ Im Gegensatz zur Regelung der Arbeitsgemeinschaften für die Gesundheitsfürsorge in der Weimarer Republik⁷⁸ wurde der Tätigkeitsbereich hier viel weiter definiert und umfasste prinzipiell alle der Koordination und Zusammenarbeit bedürftigen Aufgaben im Bereich der gesundheits- und sozialpolitischen Planung.⁷⁹

Die in der Vereinbarung vorgesehene hierarchische Gliederung von Entscheidungsbefugnissen und Bildung von besonderen Entscheidungsgremien stieß auf der Seite der unteren Umsetzungsebene, der Städte und Kreise, jedoch auf Irritation, da „nach den parlamentarischen Grundsätzen Beschlüsse nur durch Mitglieder des Kreistages gefasst werden“ könnten „und nicht durch anderweitige Sonderausschüsse“.⁸⁰ Auch wurden die Arbeitsgemeinschaften nicht entsprechend des Wunschs der ZVG⁸¹ in die Verordnung zur Sozialversicherungspflicht vom 28. Januar 1947⁸² aufgenommen. Nur in den Erläuterungen zur neuen Sozialversicherung wurden Arbeitsgemeinschaften erwähnt. Hiernach waren

75 Aktenvermerk 16. Oktober 1946/Dr. Coutelle über die am 16.10.1946 stattgefundenen Unterredung zwischen Dr. Sazepin von der SMA und Dr. Coutelle . BArchiv DQ 1 Nr. 244, S. 247.

76 Aktennotiz vom 18. November 1946/Dr. Kolmer über die Besprechung zwischen DVAS (Matern, Bohlmann, Fischer) und ZVG (Beyer; Coutelle, Kolmer). BArchiv DQ 1 Nr 244, Bl. 219. Schreiben der DVAS Abt. Nr. IV an die Provinzverwaltung Mark Brandenburg vom 10. Dezember 1946. „Zur Förderung der gemeinsamen Aufgaben...“ Brand. Landeshauptarchiv Rep. 211, Nr. 145.

77 Schreiben der DVAS Abt. Nr. IV an die Provinzverwaltung Mark Brandenburg vom 10. Dezember 1946. Brand. Landeshauptarchiv Rep. 211, Nr. 145. Die DVAS hatte im Gegensatz zur ZVG seit 22. September das Recht innerhalb des eigenen Zuständigkeitsbereiches anderen deutschen Dienststellen Weisungen zu erteilen. Hoffmann, Neuordnung, S. 28.

78 Vgl. Hierzu Lehmann, Helmut (Hrsg.): Gesundheitsfürsorge in der versicherten Bevölkerung. Richtlinien der Reichsregierung vom 27. Februar 1929. Berlin 1929. In den Richtlinien wurden unter Gesundheitsfürsorge allgemeine Maßnahmen und Maßnahmen im Einzelfall zur Bekämpfung der Volkskrankheiten und zur Hebung der Volksgesundheit verstanden. Konkret wurde in den Richtlinien jedoch nur die Zusammenarbeit im Bereich der Gesundheitsfürsorge für Geschlechtskranke und Tuberkulöse geregelt. Aufgrund der inhaltlichen Orientierung der Richtlinien merkte Adolf Gottstein 1931 kritisch an, dass man sie „richtiger Krankheitsfürsorge“ nennen sollte. Moser, Interesse, S. 136.

79 Schreiben der DVAS, Abt. Nr. IV an die Provinzverwaltung Mark Brandenburg vom 10. Dezember 1946. Brand. Landeshauptarchiv Rep 211 Nr. 145, o.S.

80 Schreiben des Landrates des Kreises Osthavelland, Abt. VIII Gesundheitswesen an die Provinzialregierung Mark Brandenburg, Abt. Gesundheitswesen vom 23. Januar 1947 und Antwortschreiben vom 4. Februar 1947. Brand. Landeshauptarchiv Rep 211 Nr. 142, o.S.

81 § 30 Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsfürsorge. Zur Planung und Kontrolle der aus dieser Verordnung sich ergebenden ärztlichen und gesundheitlichen Aufgaben, sowie prophylaktischen und therapeutischen Kuren und ihre Planung, sowie zur Mitwirkung an der Vorbeugung drohender Krankheiten und zur Erleichterung einer gesundheitlichen Lebensführung der Versicherten schließen sich die Träger der Sozialversicherung und der Gesundheitsverwaltung unter Heranziehung der sonst noch an der Gesundheitsfürsorge interessierten Organisationen zu Arbeitsgemeinschaften zusammen. Vorschläge der Zentralverwaltung für das Gesundheitswesen zum Entwurf des Sozialversicherungsgesetzes vom 29.4.1946. Ca. 15. Oktober 1946. BArchiv DQ 1 Nr .244, S. 245

82 Koordinierungsrat der medizinischen-wissenschaftlichen Gesellschaften der DDR (Hrsg.): Dokumentensammlung - Befehle der Sowjetischen Militäradministration in Deutschland zum Gesundheits- und Sozialwesen. Berlin 1976, S. 69-90.

Arbeitsgemeinschaften zwischen den Versicherungsträgern, Gesundheitsämtern und der Volkssolidarität bei der Bekämpfung von Volkskrankheiten und der gesundheitlichen Aufklärungsarbeit und zwischen Gesundheitswesen und Sozialversicherung für den beratungsärztlichen Dienst vorgesehen.⁸³

Dass durch die beschlossene Zusammenarbeit der beiden Verwaltungen keine schnelle Klärung der Zuständigkeit für die Polikliniken erfolgte, sondern nur ein Rahmen für die Aushandlung weiterhin offener Fragen geschaffen worden war, verdeutlichte die Tagung der Leiter der Landes- und Provinzialgesundheitsämter am 19. Dezember 1946 in der Zentralverwaltung für das Gesundheitswesen, an der auch Vertreter der DVAS teilnahmen. Obwohl von dem Präsidenten der Zentralverwaltung für das Gesundheitswesen betont wurde, dass jetzt „der richtige Zeitpunkt“ für die Errichtung von allgemeinen Polikliniken gekommen sei, den man „nicht verpassen“ dürfe⁸⁴ und die Tagung dazu diene die Errichtung von allgemeinen Polikliniken SBZ-weit gezielt und aufeinander abgestimmt anzugehen, war die Frage wer der Träger dieser Einrichtungen sein sollte zwischen den beiden Zentralverwaltungen noch nicht geklärt. Von Seiten der DVAS wurde auf dieser Tagung betont, dass die Polikliniken „ein Programmpunkt für die Schaffung der Sozialversicherung von Anfang an“ gewesen seien und man sich die Polikliniken als Einrichtungen des Staates, der Kommunen oder der Sozialversicherung vorstellen könne. Die DVAS trat für eine pragmatische Herangehensweise an die Einrichtung von Polikliniken ein, da man mit „unbürokratischen Methoden“ schneller weiterkommen könne. Auf eine grundsätzliche Trägerschaft der Sozialversicherungsanstalten bestand die DVAS nicht.⁸⁵ Dies kann als ein Appell der DVAS an die ZVG gedeutet werden, ihrerseits auch nicht auf staatliche oder kommunale Polikliniken zu beharren, sondern Eigeneinrichtungen der Sozialversicherungsanstalten in diesem Bereich zuzulassen.

Zoneneinheitliche rechtliche Regelung der Polikliniken

Durch die Verordnung zur Sozialversicherungspflicht vom 28. Januar 1947⁸⁶ wurde nach § 34 bestimmt, dass die „ärztliche Behandlung der Versicherten und ihrer Familienangehörigen außerhalb der Einrichtungen der Sozialversicherung [...] durch Ärzte, Zahnärzte und Dentisten ausgeübt“ wird, „die mit den Trägern der Sozialversicherung im Vertragsverhältnis stehen“. Mit dieser Regelung wurde die enge Bindung der ambulant tätigen Ärzte an die Sozialversicherung fortgeschrieben. Die Einrichtung von kommunalen Polikliniken außerhalb des Einflussbereichs der Sozialversicherung war aufgrund dieser Verordnung nicht möglich. Die sozialpolitischen Richtlinien der SED vom 30. Dezember 1946⁸⁷ und gesundheitspolitischen Richtlinien der SED vom 31. März 1947 legten den Schwerpunkt auf die Errichtung eines Netzes von öffentlichen, kommunalen Polikliniken.⁸⁸ Obwohl seit Juni 1947 die Vorarbeiten zu einer zoneneinheitlichen Regelung kommunaler Polikliniken verstärkt vorangetrieben wurden,⁸⁹ erschien zunächst ein Befehl der SMAD nach dem

83 Vgl. die Erläuterungen Lehmanns zu § 35 Krankheitsvorbeugung. Lehmann, Helmut: Die Sozialversicherung in der Sowjetischen Besatzungszone Deutschlands. Berlin 1949, S. 112.

84 Tagung der Leiter der Landes- und Provinzialgesundheitsämter am 19. Dezember 1946 in der ZVG. BArchiv DQ 1 Nr. 18, Bl. 246.

85 Tagung der Leiter der Landes- und Provinzialgesundheitsämter am 19. Dezember 1946 in der ZVG. BArchiv DQ 1 Nr. 18, Bl. 238-240.

86 Koordinierungsrat der medizinischen-wissenschaftlichen Gesellschaften der DDR (Hrsg.): Dokumentensammlung - Befehle der Sowjetischen Militäradministration in Deutschland zum Gesundheits- und Sozialwesen. Berlin 1976, S. 69-90.

87 Sozialpolitische Richtlinien der SED vom 30. Dezember 1946. In: Dokumente, S. 131-139, hier S. 137.

88 Gesundheitspolitische Richtlinien der SED vom 31. März 1947. In: Dokumente, S.161-165, hier S. 164; vgl. Erläuterungen, S. 24. In: Gesundheitspolitische Richtlinien der SED. Berlin 1947, S. 10-26.

89 Zu diesem Zweck übernahm Walter Axel Friedeberger, vor 1933 als stellvertretender Chefarzt für die Ambulatorien des Verbands der Krankenkassen Berlin tätig und seit 1. Mai 1947 auf Anregung Helmut Lehmanns bei der ZVG angestellt, alle die Polikliniken betreffenden

betriebliche Polikliniken und Sanitätsstellen eingerichtet werden sollten. Vor dem Hintergrund eines verringerten physischen Leistungsvermögens der Arbeiter, der geringen Auslastung der Produktionskapazitäten und der amerikanischen Marschallplan-Initiative wurden in der SBZ umfassende Maßnahmen zur Steigerung der Arbeitsproduktivität und im Bereich der betrieblichen Sozialpolitik als dringend erforderlich erachtet.⁹⁰ Die Polikliniken und Sanitätsstellen in Betrieben wurden zu den Eigenbetrieben der Sozialversicherung gezählt.⁹¹

Mit Befehl Nr. 234 der SMAD⁹² vom 9. Oktober 1947 erfolgte die Verpflichtung der Länderregierungen, die Errichtung von Betriebspolikliniken und Sanitätsstellen bei Betrieben sicherzustellen. Für die Bereitstellung und Finanzierung der Möbel, Räume und ihre Unterhaltung wurden die Betriebe verantwortlich, während die Sozialversicherung die Finanzierung des ärztlichen Personals, der medizinischen Einrichtungen und der Medikamente zu tragen hatte. Bei der Leitung der Sanitätsstellen und Betriebspolikliniken war eine Abgrenzung der Aufgabengebiete der DZVG und DVAS dahingehend erfolgt, dass die allgemeine Leitung (Planung und Organisation) der Sozialversicherung und die fachliche Leitung (ärztlich/sanitäre Aufgaben) dem Gesundheitsamt übertragen wurde.⁹³ „Die Besetzung der Sanitätsstellen und Polikliniken mit Ärzten und ärztlichem Hilfspersonal“ wurde als eine Aufgabe der Organe des Gesundheitswesens bezeichnet.⁹⁴ Bei dem Versuch, die Aufsichtbefugnis über das Personal in den Betriebspolikliniken und Sanitätsstellen zu klären, entbrannte eine Grundsatzdiskussion zwischen den beiden Zentralverwaltungen, die mit langwierigen Verhandlungen einherging.⁹⁵

Gleich im Anschluss an die Herausgabe des Befehls Nr. 234 und der Verordnung über die Verbesserung der ärztlichen Betreuung definierte die DZVG in einer internen Arbeitsbesprechung⁹⁶ eine einheitliche Linie hinsichtlich der Anstellung der Betriebsfürsorgeärzte. Diese sollte als Grundlage für die Verhandlungen mit der Deutschen Zentralverwaltung Arbeit und Sozialfürsorge und den Ländern, die z.T. schon eigene Durchführungsbestimmungen erlassen hatten, dienen. Man ging davon aus, dass die Sozialversicherung

Angelegenheiten und wurde direkt dem Präsidium der ZVG unterstellt. Verwaltungsanordnung Nr. 2/47 vom 25. Juni 1947. BArchiv DQ 1 Nr. 943 S. 16-17.

90 Vgl. Hübner, Peter: Betriebe als Träger der Sozialpolitik, betriebliche Sozialpolitik in der SBZ. In: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung und Bundesarchiv (Hrsg.): Geschichte der Sozialpolitik in Deutschland. Band 2/1: 1945-1949. Die Zeit der Besatzungszonen. Bandverantwortlicher: Udo Wengst. Baden-Baden 2001 S. 920-943, hier S. 931-2; Kreibich, Herbert: Die Schaffung des Betriebsgesundheitswesens – eine Errungenschaft der Arbeiterklasse. In: Akademie für ärztliche Fortbildung der DDR (Hrsg.): 40 Jahre SED. Die Gesundheitspolitik der SED in der Übergangsperiode. Beiträge des Symposiums aus Anlaß des 40. Jahrestages der Vereinigung von KPD und SPD zur Sozialistischen Einheitspartei Deutschlands am 20. und 21. Mai 1986 in Berlin. Berlin 1987, S. 59-69, hier S. 63.

91 Lehmann, Sozialversicherung, S. 110.

92 Befehl Nr. 234 der SMAD „Maßnahmen zur Steigerung der Arbeitsproduktivität und zur weiteren Verbesserung der materiellen Lage der Arbeiter und Angestellten in der Industrie und im Verkehrswesen“ vom 9. Oktober 1947. ZVOBl. 1948, Nr. 1, S. 1-4.

93 § 3 Abs. 2 der von der SMAD bestätigten Anlage zu Befehl 234 „Verordnung über die Verbesserung der ärztlichen Betreuung der Arbeiter und Angestellten und über Maßnahmen zur Regelung der Arbeitsbefreiung im Krankheitsfalle“ vom 16. Oktober 1947. ZVOBl. 1948, Nr. 1, S. 4-6.

94 § 4 Abs. 2 der „Verordnung über die Verbesserung der ärztlichen Betreuung der Arbeiter und Angestellten und über Maßnahmen zur Regelung der Arbeitsbefreiung im Krankheitsfalle“ vom 16. Oktober 1947.

95 Schreiben der HVAS, Hauptabteilung IV, Bohlmann an Brack im Hause vom 4. Januar 1949. BArchiv DQ 2 Nr. 138, Bl. 32.

96 Aktenvermerk vom 10. November 1947/ DZVG, Abteilung II, Dr. Neumann. BArchiv DQ 1 Nr. 1616, Bl. 37. Elfriede Paul, in der ZVG zuständig für die Betriebsgesundheitsfürsorge, neigte in der Frage, welche Kompetenzen der Sozialversicherung zugestanden werden sollten „aus politischen und sozialpolitischen Gründen mehr dazu, dass das Gewicht der Verantwortung ruhig etwas weiter zur Sozialversicherung“ hinzuverlagern. Dennoch müsste bei der Anstellung der Betriebsfürsorgeärzte der Landesgewerbearzt zumindest in fachlicher Hinsicht die Aufsicht haben.

„Ansprüche auf Einflussnahme bei der Anstellung der Ärzte und deren Kontrolle“ stellen würde, da nach dem Befehl Nr. 234 die Sozialversicherung für die Kosten der Betriebsfürsorge aufzukommen habe. Die DZVG beschloss, die Anstellung des Betriebsfürsorgearztes durch die Länder und ihre Unterstellung unter die Dienstaufsicht der Landesgesundheitsämter bzw. des Landesgewerbearztes zu fordern. Diese Entscheidung wurde trotz des von den Mitarbeitern der DZVG festgestellten Umstandes getroffen, dass in der Sozialversicherung „im Augenblick mehr fortschrittliche Kräfte“ zu verzeichnen seien als im Bereich des Gesundheitswesens, diese „maximal ausgenutzt werden“ müssten und die SMAD „seit 1945 erkennen lassen“ habe, „dass sie die prophylaktischen Aufgaben im Gesundheitswesen und auch weitgehend die Betriebsgesundheitsfürsorge zum Aufgabenkreis der Sozialversicherung“ rechnen würde.⁹⁷ In einem Exposé für die SMAD untermauerte die DZVG ihre Position mit einer Vielzahl an Argumenten. Sie betonte nachdrücklich, dass die Frage wer der „Dienstherr“ der Betriebsfürsorgeärzte ist, keine „kleinliche Kompetenzstreitigkeit zwischen ZV.-Arbeit und ZV.–Gesundheitswesen“ darstelle, sondern es hierbei in „Wirklichkeit [...] um die 1945 endlich errungene Selbständigkeit und Einheitlichkeit des Gesundheitswesens“ ginge. Die Anstellung der Betriebsfürsorgeärzte durch die Sozialversicherungsanstalt würde „das Gesundheitswesen von einem unmittelbaren und lebendigen Kontakt mit der gesamten werktätigen Bevölkerung“ ausschließen, „das Gesundheitswesen in zwei Teile zerspalten“ und die Gefahr eines „unerfreuliche(n) Wettbewerb(s) um Ärzte, Instrumente u.ä. zwischen SVA. und Gesundheitswesen“ entstehen lassen. Auch würde die Betriebsgesundheitsfürsorge⁹⁸ den Gesundheitsbehörden „die Möglichkeit geben, das bei den Massen während des Hitlerregimes eingebüßte Vertrauen zurückzugewinnen“.⁹⁹

Infolge langer Verhandlungen¹⁰⁰ zwischen der Hauptverwaltung Gesundheitswesen und der Hauptverwaltung Arbeit und Sozialfürsorge als oberste Aufsichtsinstanz für die

97 Aktenvermerk vom 10. November 1947/ DZVG, Abteilung II, Dr. Neumann. BArchiv DQ 1 Nr. 1616, Bl. 37ff.

98 Im Unterschied zum Betriebsarztsystem während des Nationalsozialismus, dass der rigorosen Gesundheitschreibung und rücksichtslosen Ausbeutung der Arbeitskraft diene. Vgl. hierzu Karbe, Karl-Heinz: Das faschistische Betriebsarztsystem als Werkzeug rücksichtsloser Kriegsführung an der »inneren Front«. In: Sabine Fahrenbach, Achim Thom (Hrsg.): Der Arzt als „Gesundheitsführer“: ärztliches Wirken zwischen Ressourcenerschließung und humanitärer Hilfe im Zweiten Weltkrieg. Frankfurt/M., 1991, S. 85-92; Roth, Karl Heinz: Leistungsmedizin und Vernichtung. In Heidrun Kaupen-Haas, Christiane Rothmaler (Hrsg.): Strategien der Gesundheitsökonomie. (=Sozialhygiene und Public Health, 4). Frankfurt/M. 1998, S.177-198. Zur unterschiedlichen Zielrichtung der durch betriebliche Gesundheitseinrichtung unterstützten Produktionssteigerung im Nationalsozialismus (Aufrechterhaltung der Kriegsmaschinerie) und SBZ (Erhöhung des allgemeinen Lebensstandards) siehe Schagen/Schleiermacher, Besatzungszone, S. 523.

99 „Sozialversicherungsanstalt und Gesundheitswesen bei der Durchführung des Befehls 234“ z. d. Akten 26.11.47/ ZVG, V-2/8a Ärzteplanung [Coutelle]. BArchiv DQ 1 Nr. 93, Bl. 51. Das Exposé wurde von Carl Coutelle im Anschluss an die Diskussion mit den Leitern der Landesgesundheitsämter und der DVAS am 14. November 1947 verfasst und am 18. November 1947 von der Präsidialsitzung der ZVG als zur Vorlage für die SMAD (Sokolow) geeignet erachtet. Protokoll über die Präsidialsitzung am 18. November 1947. BArchiv DQ 1 Nr. 1616, Bl. 41.

100 Die SMAD, die als Vermittler zwischen den beiden Verwaltungen fungieren sollte, konnte anfangs ihre Rolle nicht erfüllen, da die beiden zuständigen Abteilungen (Abt. Gesundheitswesen und Abt. Arbeitskraft) unterschiedliche Positionen vertraten. So zeigte Oberst Sokolow, Leiter der SMAD-Abt. Gesundheitswesen, kein Verständnis dafür, dass die beiden Verwaltungen noch über den Anstellungsmodus der Betriebsgesundheitsfürsorgeärzte verhandelten und bei der Umsetzung des Befehls Zeit verloren. Der Befehl 234 „sei wirklich klar genug“, die Betriebsgesundheitsfürsorgeärzte seien durch die Gesundheitsverwaltung anzustellen. Oberst Sokolow duldete „keinesfalls, dass der Befehl des Marshalls durch Vereinbarungen zwischen 2 Zentralverwaltungen verändert würde“. Schreiben des DZVG-Präsidenten, Linser, an Dr. Neumann vom 12. November 1947. BArchiv DQ 1 Nr. 113 Bl. 43. Während Oberst Sokolow sich zu einem gemeinsamen Gespräch mit DZVG-Präsident Linser und DVAS-Vizepräsidentin Matern bereit erklärte, falls es trotz seiner klaren Aussage weiterhin zu Schwierigkeiten zwischen den beiden Verwaltungen käme, lehnte Kostizyn

Sozialversicherung, z.T. unter Beteiligung der beiden zuständigen Abteilungen der SMAD in Karlshorst, die einerseits erzielten die beiden inzwischen in die Deutsche Wirtschaftskommission als Hauptverwaltungen aufgenommenen Verwaltungen¹⁰¹ schließlich eine schriftliche Übereinkunft hinsichtlich der Aufsichtsbefugnis über das Personal in den Betriebspolikliniken und Sanitätsstellen. Nach dieser wurde die Dienstaufsicht entsprechend der Regelung über die Leitung der Betriebspolikliniken und Sanitätsstellen¹⁰² „geteilt“: Die Sozialversicherung erhielt die allgemeine Dienstaufsicht und das Gesundheitsamt die fachliche Aufsicht über die in den Sanitätsstellen und Betriebspolikliniken Beschäftigten.¹⁰³ Trotz dieser Übereinkunft wurde von dem Sekretariat der Deutschen Wirtschaftskommission (DWK) am 8. Dezember 1948 eine Ergänzungsordnung¹⁰⁴ erlassen, die die Hauptverwaltung Arbeit und Sozialfürsorge als „dem bisherigen Verhandlungsergebnis völlig entgegengesetzte Fassung“ bezeichnete.¹⁰⁵ In dieser von der DWK erlassenen Ergänzungsordnung,

von der SMAD-Abt. Arbeitskraft, die von der DVAS erbetene gemeinsame Besprechung mit der DZVG-Präsidenten und Morenow von der SMAD-Abt. Arbeitskraft ab, da die Frage hinsichtlich der Auslegung des §4 Abs. 2 der Verordnung über die Verbesserung der ärztlichen Betreuung ohne eine solche „Konferenz“ nach einem Gespräch mit Sazepin SMAD-Abt. Gesundheitswesen entschieden werden könne. Aktennotiz vom 17.11.47/DVAS über Besprechung mit Herrn Kostiyzn am 15.11.1947. BArchiv DQ 2 Nr. 4030. Die Besprechung zwischen der DVAS, DZVG und den beiden Abteilungen Arbeitskraft und Gesundheitswesen der SMAD fand dann doch am 19. November 1947 statt. Hier wurde von Morenow, SMAD Abt. Arbeitskraft klar gestellt, dass die Ärzte durch die Sozialversicherungskassen auf Vorschlag der Gesundheitsverwaltung angestellt werden und für alle „wirtschaftlichen Dinge zuständig und verantwortlich“ sind. Als Aufgabe der DZVG wurde die Auswahl, Vervollständigung und Überweisung der Ärzte und des medizinischen Hilfspersonals an die Sozialversicherungskassen. Alle medizinische Fragen und Maßnahmen, die Kontrolle der Ärzte und die Auswertung gesundheitlicher Ergebnisse gehörten zu den Aufgaben der Gesundheitsverwaltung. Die Sozialversicherung sollte die Gesundheitsverwaltung in „engster Zusammenarbeit [...] auf jede Weise“ unterstützen. Dem Gesundheitswesen könnten nicht alle „aus dem Befehl 234 hervorgegangenen Aufgaben“ übertragen werden, da es mit diesen „gar nicht fertig werden“ könnte. Die SMAD wies noch mal daraufhin, dass „im Rahmen der Sozialversicherung keine gesundheitlichen Belange gesondert behandelt werden“ dürfen. Notwendige Instruktionen sollten gemeinsam ausgearbeitet und unterzeichnet werden und die Kontrolle der Umsetzung durch gemeinsame Inspektionen erfolgen. Aktennotiz vom 20. November 1947 über die Besprechung bei der SMAD, Arbeitskraft in Karlshorst am 19.11.47 betr. Durchführung des Befehls 234, Anstellung der Ärzte der Betriebspolikliniken und der Sanitätsstellen. BArchiv DQ 1 Nr. 113, Bl. 46.

101 Die im Juni 1947 gegründete Deutsche Wirtschaftskommission (DWK) trieb neben der Zentralisierung der Wirtschaft, die Angleichung der Verwaltungen der Länder und Provinzen in Zusammenarbeit mit der Deutschen Verwaltung des Inneren und der SED-Führung voran. Mit ihren umfassenden Weisungsbefugnissen gegenüber den Ländern ab Frühjahr 1948 gilt sie als eine Vorform der DDR-Regierung. Die Deutsche Zentralverwaltung für das Gesundheitswesen wurde erst im November 1948, also später als die Deutsche Zentralverwaltung für Arbeit und Sozialfürsorge, ohne personelle Veränderungen in die DWK als Hauptverwaltung Gesundheitswesen eingegliedert. Fait, Barbara: Einleitung. In: Martin Broszat, Hermann Weber (Hrsg.): SBZ-Handbuch. München 2. Aufl. 1993, S. 73-80, hier S. 77.

102 Die allgemeine Leitung (Planung und Organisation) wurde der Sozialversicherung und die fachliche Leitung (ärztlich/sanitäre Aufgaben) dem Gesundheitsamt übertragen. § 3 Abs. 2 der von der SMAD bestätigten Anlage zu Befehl 234 „Verordnung über die Verbesserung der ärztlichen Betreuung der Arbeiter und Angestellten und über Maßnahmen zur Regelung der Arbeitsbefreiung im Krankheitsfalle“ vom 16. Oktober 1947. ZVOBl. 1948, Nr. 1, S. 4-6.

103 Schreiben vom 4. Januar 1949/ Hauptabteilung IV, Bo/Ar. an Herrn Brack im Hause. BArchiv DQ 2 Nr. 138, Bl. 32.

104 Ergänzungsordnung zur Verordnung über die Verbesserung der ärztlichen Betreuung der Arbeiter und Angestellten und über Maßnahmen zur Regelung der Arbeitsbefreiung im Krankheitsfalle, unterzeichnet von Rau, Vorsitzender DWK und Lampka, Leiter des Sekretariats der DWK. ZVOBl. 1948, Nr. 59 (27. Dezember 1948), S. 582-584.

105 Dies geschah unter Einbezug der Hauptverwaltung Gesundheitswesen, nicht aber der Hauptverwaltung Arbeit und Sozialfürsorge in den Entscheidungsprozess, die gegen den Ausschluss „in einer so wichtigen und grundsätzlichen Frage wie in der Frage der allgemeinen Dienstaufsicht“ protestierte. Schreiben 4. Januar 1949/ HVAS, Hauptabteilung IV, Bo/Ar. an Herrn Brack im

deren Änderung der Vorsitzende der DWK ablehnte, wurde dem Gesundheitsamt neben der fachlichen Aufsicht über die Heil- und Heilhilfspersonen die zuvor der Sozialversicherung zugesprochene allgemeine Dienstaufsicht über die Sanitätsstellen und Polikliniken übertragen.¹⁰⁶ Aus Sicht der HVAS widersprach die Übertragung der allgemeinen Dienstaufsicht über die Sanitätsstellen und Polikliniken jedoch der erzielten Aufgabenteilung zwischen den Verwaltungen. Die HVAS vertrat die Position, dass „solange die Kosten derartiger Behandlungsstellen durch Beiträge der Versicherten erbracht“ würden „dem Vorstand der SVK bzw. der SVA als Vertreter der Versicherten auch die Verantwortung für ein ordnungsmäßiges Arbeiten dieser Stellen überlassen bleiben“ müsste.¹⁰⁷ Auch die SMAD habe auf der „Konferenz der Herrn Arbeitsminister am 11.12.1948 unmissverständlich zum Ausdruck gebracht [...], daß diejenigen, die die Mittel aufzubringen haben, auch für die Verwendung dieser Mittel die Verantwortung tragen“. Unterstützung fand dieser Standpunkt auch bei „maßgebenden Kennern der Verhältnisse“ wie Helmut Lehmann¹⁰⁸, der vor einer so weitgehenden Einschaltung der Gesundheitsämter in die allgemeine Dienstaufsicht warnte. Helmut Lehmann vertrat die Auffassung, dass die Einführung eines Systems, in dem „das Gesundheitswesen die alleinige Verantwortung in allen medizinischen Fragen, [...] auch über das medizinische Personal hat“ und „selbstverständlich [...] dann auch die Kosten dafür“ tragen müsse, nur in einem Land durchführbar sei, „in dem schon durch die jahrzehntelange Herrschaft des Sozialismus die Menschen zu Sozialisten geworden sind und gar nicht mehr auf den Gedanken kommen, andere Menschen als ihr Ausbeutungsobjekt zu betrachten“. Zusätzlich seien die Landesgesundheitsämter und Gesundheitsämter „in keiner Weise solchen Aufgaben gewachsen“ und mit „schlimmsten Reaktionären“ besetzt, denen die Kranken bei einer Abwesenheit des Einflusses der Sozialversicherung „ausgeliefert“ wären. Im Fall des Inkrafttretens des Entwurfes müsse nach Helmut Lehmann „zumindest verlangt werden, dass das Gesundheitswesen auch die finanziellen Auswirkungen übernimmt“. Die Sozialversicherung würde dann im Rahmen dieser Verantwortungsübergabe einen festgelegten Pauschbetrag an das Gesundheitswesen in Höhe der bisherigen Ausgaben zahlen, für darüber hinausgehende Kosten wäre die Gesundheitsverwaltung verantwortlich. Es könne „selbstverständlich nicht so sein, dass das Gesundheitswesen beschließt, was die Sozialversicherung zu bezahlen hat“. Helmut Lehmann versprach, sobald er gesundheitlich in der Lage sei, eine grundsätzliche Entscheidung über die zukünftige Gestaltung des Gesundheitswesens im Zentralsekretariat herbei zu führen.¹⁰⁹ Um eine Diskussion auf Länderebene zu bewirken, schickte die HVAS den Ländern eine Abschrift der Stellungnahme des Sekretariats der DWK sowie die Abschrift eines Entwurf Thüringens über die Koordinierung zu Befehl 234 zu.¹¹⁰ Der Entwurf aus Thüringen sah eine Festlegung der

Hause. BArchiv DQ 2 Nr. 138, Bl. 32.

106 Nach § 9 der Ergänzungsordnung. Des Weiteren sah die Ergänzungsordnung in § 2 die Berechtigung des Gesundheitsamtes vor, die zusätzliche Einrichtung von Sanitätsstellen anordnen zu können. Dies bedeutete eine Erweiterung der Kompetenz des Gesundheitsamtes im Bereich der Planung gegenüber der vorhergehenden Regelung. Nach Auffassung der DWK sollte die allgemeine Dienstaufsicht über die in den Sanitätsstellen und Betriebspolikliniken Beschäftigten, wenn auch nicht explizit erwähnt, bei der Sozialversicherung verbleiben. Da sich dies in einer selbstverständlichen Weise aus dem Arbeitsvertragsverhältnis ergebe, lehnte der Vorsitzende der DWK eine Änderung der verabschiedeten Ergänzungsordnung ab. Abschrift des Schreibens vom 17. Dezember 1948 des Sekretariats der DWK an den Leiter der Hauptverwaltung Arbeit und Sozialfürsorge Herrn Brack im Hause, Anlage des Schreibens vom 29. Januar 1949/ HVAS, Bohlmann an die Sozialversicherungsanstalten der Länder. Brand. Landeshauptarchiv Rep 211 Nr. 621.

107 Schreiben vom 4. Januar 1949// HVAS, Hauptabteilung IV, Bo/Ar. an Herrn Brack im Hause. BArchiv DQ 2 Nr. 138, Bl. 32.

108 Helmut Lehmann befand sich zum Zeitpunkt des Schreibens vermutlich in Kur. Siehe Hinweise hierzu Hoffmann, Kontinuität, S. 272.

109 Schreiben Helmut Lehmanns zum Entwurf der Durchführungsverordnung zum Befehl 234 vom 29. Dezember 1948, Anlage 1 des Schreibens der 4. Januar 1949// HVAS, Hauptabteilung IV, Bo/Ar. an Brack im Hause. BArchiv DQ 2 Nr. 138, Bl. 33.

110 Schreiben vom 29. Januar 1949/HVAS, Bohlmann an die Sozialversicherungsanstalten der

Zuständigkeit der Sozialversicherungskassen für die Verwaltung der Betriebspolikliniken und Betriebs-sanitätsstellen vor, da die Betriebspolikliniken und Sanitätsstellen Einrichtungen der Sozialversicherungskassen seien. Die Gesundheitsämter sollten nur in besonderen Fällen die zusätzliche Einrichtung von Sanitätsstellen anordnen können. Bei der Personalbesetzung sollten der FDGB und die Hauptabteilung Gesundheitswesen für die Prüfung der Eignung der Bewerber zuständig sein und geeignete Personen vorschlagen. Die allgemeine Dienstaufsicht des Gesundheitsamtes über die Betriebspolikliniken und Betriebs-sanitätsstellen wurde als Kontrollrecht des Gesundheitsamtes über deren Zustand und Arbeit definiert.¹¹¹

Mit dem Poliklinik-Befehl Nr. 272 der SMAD vom 11. Dezember 1947¹¹² fanden die seit Juni 1947 verstärkt vorangetriebenen Vorarbeiten zu einer zoneneinheitlichen Regelung der kommunalen Polikliniken ihren vorläufigen Abschluss. Mit diesem Befehl sollte die Initiative der örtlichen Selbstverwaltung bei der Errichtung von öffentlichen Polikliniken gefördert werden. Im Haushalt der Länder wurden zur finanziellen Unterstützung eigene Budgets für Polikliniken eingerichtet. Eine rechtliche zonenweite Festlegung der Finanzierungsmodalität laufender Kosten konnte jedoch noch nicht gefunden werden.¹¹³ Im April 1948 zeichnete sich ab, dass die durch den Befehl erhoffte Förderung der kommunalen Polikliniken nicht in dem gewünschten Maß eintreten würde. Die SMAD kritisierte die „außerordentliche Langsamkeit in der Weiterentwicklung der Polikliniken“ und die mangelnde Umsetzung der mit dem Befehl 272 vorgegebenen Arbeitsweise. Als ein Grund hierfür betrachtete die SMAD die nicht ausreichende Information der öffentlichen Vertreter der Kommunen über die Tätigkeit der Polikliniken.¹¹⁴

Als problematisch bei der Umsetzung des Befehls 272 erachtete die DZVG im Oktober 1948 die insbesondere in Sachsen-Anhalt zu verzeichnende Tendenz, dass die Sozialversicherung die Not der Kreise ausnutzend, Krankenhäuser kaufen würde.¹¹⁵ Die kommunalen Krankenhäuser waren für die Erfüllung des Befehls Nr. 272 von besonderer Bedeutung, da die Kommunen unter Rückgriff auf die personellen, medizin-technischen und räumlichen Ressourcen des Krankenhauses relativ kostengünstig und schnell kommunale Polikliniken errichten konnten. Nun schien sich die Gefahr abzuzeichnen, dass die Sozialversicherungsanstalt, die im Gegensatz zu den Kommunen über genügend Geldmittel verfügte, den Kommunen die „Basis“ für die Errichtung einer Poliklinik und somit für die Erfüllung des Befehls 272 „weg“kaufen würde. Auch wenn die DZVG nun die Position vertrat, dass die Errichtung von Polikliniken an sozialversicherungsanstaltseigenen Krankenhäusern „im

Länder. Brand. Landeshauptarchiv Rep 211 Nr. 621.

111 Abschrift der Vereinbarung zwischen dem Ministerium für Arbeit und Sozialwesen, Hauptabteilung Gesundheitswesen, der Landesleitung des FDGB und der SVA. Thüringen über die Koordinierung zu Befehl 234. Anlage des Schreibens vom 29. Januar 1949/HVAS, Bohlmann an die Sozialversicherungsanstalten der Länder. Brand. Landeshauptarchiv Rep 211 Nr. 621.

112 Befehl Nr. 272 der SMAD zur Errichtung von Ambulanzen und Polikliniken zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung der deutschen Bevölkerung in der sowjetischen Besatzungszone Deutschlands vom 11. Dezember 1947. Von der SMAD bestätigte Anlage zum Befehl 272 „Vorschriften für die Arbeit in Polikliniken und Ambulanzen“ vom 24. November 1947. Zentralverordnungsblatt 1948, Nr. 4 (28. Februar 1948), S. 41-44.

113 Vgl. Anlage „Vorschriften für die Arbeit in Polikliniken und Ambulanzen“ VI. Abschnitt.

114 Bericht vom 10. April 1948/Abteilung II/2 Dr. Dö[ring] über die Besprechung mit Herrn Dr. Sazepin, SMAD am 9. April 1948 hier im Hause. BArchiv DQ 1 Nr. 491, S. 218.

115 Aktennotiz 14. November 1948/Winter über eine Besprechung mit Jenny Matern am 12. November 48. BArchiv DQ 2 Nr. 3869, Bl. 220. Die Sozialversicherungsanstalt Sachsen-Anhalt hatte sich schon im November 1946 selbstbewusst „als den treibenden Motor des allgemeinen Gesundheitswesens“ bezeichnet und darauf hingewiesen dass „die Organe der öffentlichen Gesundheitspflege nie auf die Mithilfe und die Unterstützung der SVA verzichten können, wenn sie ganze Arbeit leisten wollen“. Abschrift „Aus der Tätigkeit der Sozialversicherungsanstalt für die Prov. Sachsen“ Sozialversicherungsanstalt für die Provinz Sachsen, Merseburg, 4. November 1946. BArchiv DQ 1 Nr. 244, Bl.196-7.

Interesse der Bevölkerung“¹¹⁶ anerkannt werden müsse, wollte sie diese Polikliniken als zusätzliche Einrichtung und nicht anstelle kommunaler Polikliniken verstanden wissen. Die SMAD und die DWK sollten über diese „sich anbahnenden ungesunden Verhältnisse“ informiert und um Hilfe gebeten werden.¹¹⁷ Die DZVG bestand somit intern nicht auf eine ausschließlich kommunale (öffentliche) Trägerschaft der Polikliniken, wollte aber den Einfluss der Gesundheitsbehörden durch deren fachliche Aufsicht über die sozialversicherungsanstaltseigenen Einrichtungen gewahrt wissen¹¹⁸, eine Regelung, die inzwischen bei den parallel zu den kommunalen Polikliniken auf der Grundlage des Befehls 234 errichteten Betriebspolikliniken gefunden worden war.

Bei der hier dargestellten Diskussion wird deutlich, dass die Hauptverwaltung Gesundheitswesen die Aktivitäten und Eigeninitiative der Sozialversicherungsanstalten im Gesundheitsbereich anerkannte, jedoch weiterhin ein Konkurrenzverhältnis und Übergewicht von Aktivitäten der Sozialversicherung im Gesundheitsbereich zu Ungunsten der öffentlichen Gesundheitsverwaltung befürchtete. Die HVAS verstand sich im Namen der Sozialversicherungsanstalten als Vertreter der Versicherten und „Wächter“ über deren Beiträge. Die sehr weitgehende, direkte finanzielle Verantwortung der Sozialversicherung z.B. bei den Betriebspolikliniken und Sanitätsstellen sollte nach Ansicht der HVAS auch mit entsprechenden Möglichkeiten der Einflussnahme auf diese Einrichtungen einhergehen.

Die Lösung der Probleme? Die Anordnung über die Finanzierung und Verwaltung der Polikliniken vom 11. Mai 1949

Der DWK-Beschluss vom 11. Mai 1949 „Anordnung über die Verwaltung und Finanzierung der Polikliniken und Sanitätsstellen“¹¹⁹ hatte das Ziel, die Verwaltung der betrieblichen und kommunalen poliklinischen Einrichtungen zu vereinheitlichen und gleichzeitig die Finanzierung der kommunalen Polikliniken zonenweit einheitlich zu regeln. Mit der Anordnung wurde die Zuständigkeit des Gesundheitsamtes für die Verwaltung und Leitung aller kommunalen und betrieblichen poliklinischen Einrichtung festgelegt. Mit Gründung der DWK und der Eingliederung der DZVG am 10. November 1948 als Hauptverwaltung¹²⁰, scheint sich somit die Position der Hauptverwaltung für das Gesundheitswesen nicht nur gegenüber den Ländern durch das nun erhaltene Weisungsrecht¹²¹, sondern auch gegenüber der Hauptverwaltung Arbeit und Sozialfürsorge verbessert zu haben. Auf Anregung der SMAD¹²² übernahm die Sozialversicherung nicht nur wie bisher die Finanzierung der gesamten laufenden Kosten der betrieblichen poliklinischen Einrichtungen¹²³, sondern auch die der kommunalen Polikliniken. Trotz der Erweiterung der von der Sozialversicherung zu tragenden finanziellen Lasten, hatte die Sozialversicherung ihre Befugnisse hinsichtlich Leitung und Verwaltung von Polikliniken an die Gesundheitsämter abzugeben. Der Sozialversicherung wurde nur noch ein umfassendes Kontrollrecht über die Qualität der

116 Protokoll der Präsidialsitzung 7. Oktober 1948. BArchiv DQ 1 Nr. 1616, Bl. 88.

117 Protokoll der Präsidialsitzung 7. Oktober 1948. BArchiv DQ 1 Nr. 1616, Bl. 88.

118 Die DZVG forderte, dass „unbedingt dafür Sorge getragen werden“ müsse, „dass das Gesundheitswesen auf jeden Fall die fachliche Aufsicht auch über die SVA. eigenen Krankenhäuser und Polikliniken erhält“. Protokoll der Präsidialsitzung 7. Oktober 1948. BArchiv DQ 1 Nr. 1616, Bl. 88.

119 Der Beschluss S 135/49. ZVOBl. Teil I 1949, Nr. 48, S. 407-8, ist hier auf den 11. Mai 1949 datiert, während er in den Akten, z.B. Brand. Landeshauptarchiv Rep 211 Nr. 3, S. 85, Nr. 12, Bl. 34, auf den 12. Mai 1949 datiert wird.

120 Notiz vom 10. November 1948/ HVGes., „Der Präsident“. BArchiv DQ 1 Nr. 542A, Bl. 99; Schreiben HVGes., Sch[ulte]-L[angforth] vom 24. November 1948. BArchiv DQ 1 Nr. 542a, Bl. 98.

121 Spaar, Horst: Dokumentation zur Geschichte des Gesundheitswesens der DDR. Teil 1: Die Entwicklung des Gesundheitswesens in der sowjetischen Besatzungszone (1945-1949). (=Veröffentlichungen der Interessensgemeinschaft Medizin und Gesellschaft e.V., 3). Berlin 1996, S. 9.

122 Vermerk vom 28. Januar 1949/ HVGes., Abt.1, Dr. Fräser über die Besprechung zwischen SMAD (Reutow) und HVGes (Linser, Zetkin, Fräser, Coutelle) am 27. Januar 1949. BArchiv DQ 1 Nr. 556, Bl. 169.

123 Soweit diese Kosten nicht laut Befehl 234 den Betrieben zur Last fielen.

ärztlichen Betreuung und medizinischen Behandlung eingeräumt. Die Hauptverwaltung Gesundheitswesen bewertete diese Anordnung als für die Zukunft richtungsweisend, da man nun dem Gesundheitswesen mehr Vertrauen schenke.¹²⁴

Die Umsetzungsebene: Brandenburg – praktizierte Kooperation

Den Ländern kam bis 1948 besondere Bedeutung zu, da diese im Gegensatz zu den Zentralverwaltungen bis 1948 nach Befehl Nr. 110 der SMAD vom 22. Oktober 1945 das Recht hatten, Gesetze und Verordnungen mit Gesetzeskraft zu erlassen.¹²⁵ Nachdem in der Provinzialverwaltung Mark Brandenburg zunächst eine eigenständige Abteilung VIII Gesundheitswesen bestanden hatte,¹²⁶ wurde diese infolge der Bildung der Provinzialregierung zusammen u.a. mit der Abteilung Arbeit und Sozialwesen in das Ministerium für Arbeit und Sozialwesen eingegliedert. Hierdurch waren in Brandenburg im Gegensatz zur zentralen Ebene, die beiden für das Gesundheitswesen zentralen Verwaltungsbereiche einem Ministerium unterstellt. Minister wurde Fritz Hermann Schwob, CDU.¹²⁷ In der Abteilung Gesundheitswesen (auch Provinzial- oder Landesgesundheitsamt bezeichnet) war ab Oktober 1946 Kurt Winter¹²⁸ tätig, der im Januar 1947 zu ihrem Leiter ernannt wurde.

Im Bereich der Sozialversicherung wurde im Herbst 1945 als erstes das Krankenversicherungsrecht vereinheitlicht.¹²⁹ Die Allgemeinen Ortskrankenkassen wurden alleinige Träger der Krankenversicherung. Bis zur Neuordnung des gesamten Sozialversicherungsrechts wurden die Geschäfte der Ortskrankenkassen von einem Vorstand geleitet, der aus vier vom FDGB und zwei vom Magistrat bzw. Kreisausschuss oder Landrat zu benennenden Mitgliedern bestand. Die Vorarbeiten zur Sozialversicherungsanstalt übernahm Christian Riedel¹³⁰, ehemaliger Geschäftsführer des Hauptverbandes deutscher Krankenkassen Brandenburg.¹³¹ Die Sozialversicherungsanstalt Mark Brandenburg wurde per Verordnung vom 7. Januar 1946 am 1. Februar 1946 errichtet¹³² und übernahm die Aufgaben der Kranken-, Unfall-, Invaliden- und Knappschaftsversicherung. Entsprechend der Entwicklung in den anderen Ländern und Provinzen hatte sich die im folgenden verabschiedete Satzung der brandenburgischen Sozialversicherungsanstalt inhalt-

124 Bericht vom 24. Mai 1949/Wi über die Tagung der Hauptverwaltung Gesundheitswesen mit den Ministern für Arbeit und Sozialwesen und den Leitern der Gesundheitsämter. BArchiv DQ 2 Nr. 3869, Bl. 159.

125 Spaar, Dokumentation (Teil 1), S. 9; Schagen/Schleiermacher, Besatzungszone, S. 518-19.

126 Verfassung der Provinz Mark Brandenburg vom 26. September 1945. Verordnungsblatt der Provinzialverwaltung Mark Brandenburg (VOBIB) 1945, Nr.2 (15.November 1945), S. 26.

127 Seit 12. Juli 1947 dann Landesregierung. Fait, (Mark) Brandenburg, S. 97-99.

128 (1910-1987) Emigration 1933, Arzt der Internationalen Brigaden im Spanischen Bürgerkrieg, Paris, Oslo, hier Flüchtlingsarzt und in Exil-KPD aktiv, 1940 Schweden, Internierung, 1943 ärztliche Tätigkeit, 1945 Organisation medizinischer Hilfslieferungen aus Schweden in die SBZ, 1946 Amtsarzt in Teltow, 1947 Leiter des brandenburgischen Landesgesundheitsamts, 1948-49 Vizepräsident der ZVG bzw. stellv. Leiter der Hauptabteilung Gesundheitswesen der DWK. Siehe hierzu und weitere biografische Angaben Schagen/Schleiermacher, Besatzungszone, S. 520.

129 Krankenversicherungsordnung für die Provinz Mark Brandenburg vom 22. September 1945. Ausführungsbestimmungen zu der Krankenversicherungsordnung für die Provinz Mark Brandenburg vom 6. Oktober 1945. Vereinheitlichung der Krankenversicherung vom 16. Oktober 1945. VOBIB. 1946, S.41-46, 64.

130 Christian Riedel (ca.1885-?), vor 1933 tätig als Geschäftsführer des Hauptverbandes deutscher Krankenkassen Brandenburg, 1945 Auftrag vom damaligen Vizepräsidenten der ZVAS (Helmut Lehmann) die SVA Brandenburg aufzubauen, 1946-1951 Direktor der SVA Brandenburg, September 1950 Bitte um Pensionierung, Flucht in den Westen, 12.1.1951 nachträgliche fristlose Entlassung. BArchiv DQ 1 Nr. 1416; Brand. Landeshauptarchiv Rep 349 Nr.1 und Nr. 2, sowie Rep 206 Nr. 3244, Bl. 69.

131 Schreiben des Hauptverbandes deutscher Krankenkassen, Landesverband Brandenburg an alle Ortskrankenkassen im Bereich der Provinz Brandenburg vom 29. August 1945. Brand. Landeshauptarchiv Rep 349 Nr. 5, o.S.

132 VOBIB. 1946, S. 110.

lich immer mehr an die Bestimmungen des von der Zentralverwaltung für Arbeit und Sozialfürsorge vorgelegten Verordnungsentwurfs angepasst. Die Sozialversicherungsanstalt wurde von einem Vorstand (13 Mitgliedern) und einem Ausschuss (37 Mitglieder) geleitet, deren Mitglieder aus ca. zwei Dritteln vom FDGB und 1/3 von den Arbeitgebervertretungen entsandten Personen bestand.¹³³ Des Weiteren war ein weitgehendes Aufsichtsrecht der Provinzialverwaltung vorgesehen.¹³⁴ Die relative Selbständigkeit der Sozialversicherungsanstalten auf Länderebene wurde im September 1946 beendet. Die DVAS erhielt in ihrem Zuständigkeitsbereich eine Weisungsbefugnis gegenüber den Ländern und mit Befehl 28 die Gesamtaufsicht über die Organisation und Tätigkeit der Sozialversicherung.¹³⁵ Aus der Formulierung des § 34 der Verordnung zur Sozialversicherungspflicht vom 28. Januar 1947 wird ersichtlich, dass die ärztliche Behandlung auch in Einrichtungen der Sozialversicherung vorgesehen war.¹³⁶ Nach der Geschäftsordnung für den Vorstand der brandenburgischen Sozialversicherungsanstalt gehörte die Entscheidung über die Errichtung von Heilstätten, Kuranstalten, Genesungsheimen, Ambulatorien, Kliniken und Beratungsstellen zu dem Aufgabenbereich des Vorstandes der brandenburgischen Sozialversicherungsanstalt.¹³⁷ Somit eröffnete sich rechtlich gesehen für Sozialversicherungsanstalt die Möglichkeit, Eigeneinrichtungen aufzubauen.

Rechtliche Regelung der Polikliniken in Brandenburg

Während auf zentraler Ebene noch darüber diskutiert wurde, wer an der Planung von Polikliniken beteiligt werden sollte, waren in Brandenburg schon konkrete Vorarbeiten zu ihrer rechtlichen Regelung im Gange. Nach dem die Sozialversicherungsanstalt im Juni 1946 für die Errichtung von Ambulatorien eingetreten war¹³⁸, aber die hierfür notwendige Mitwirkung der Träger der Krankenhäuser nicht hatte erreichen können, nahm sie die Anregung der Provinzialverwaltung Mark Brandenburg, Abteilung Gesundheitswesen, gerne auf, die Errichtung von Ambulatorien und Polikliniken gemeinsam vorzubereiten.¹³⁹ Diese Zusammenarbeit führte zu der gemeinsamen Formulierung der „Instruktion über die Errichtung und Unterhaltung von Polikliniken in der Provinz Mark Brandenburg“¹⁴⁰, die per Erlass durch den Minister für Arbeit und Sozialwesen am 9. Januar 1947 in Kraft gesetzt wurde.¹⁴¹ Nach der Instruktion sollten die Polikliniken überwiegend an Krankenhäusern errichtet werden, wobei nach § 15 das Recht der Sozialversicherung selbständige Polikliniken einzurichten,

133 Hoffmann, Kontinuität, S. 281, 283.

134 Auszug aus dem Referat „Der Aufbau der Sozialversicherungsanstalt“ von Christian Riedel. Brand. Landeshauptarchiv Rep 206, Nr. 3317; Tagesordnung für Zusammenkunft der Leiter und Vorsitzenden der Allgemeinen Ortskrankenkassen der Provinz Mark Brandenburg, die für 3. und 4. Januar 1946 geplant war. Brand. Landeshauptarchiv Rep 349, Nr. 5, o.S.

135 Hoffmann, Neuordnung, S. 69.

136 Koordinierungsrat der medizinischen-wissenschaftlichen Gesellschaften der DDR (Hrsg.): Dokumentensammlung - Befehle der Sowjetischen Militäradministration in Deutschland zum Gesundheits- und Sozialwesen. Berlin 1976, S. 78. Siehe auch die Auslegung des § 16 Verwendung der Mittel-, durch Helmut Lehmann: Die Sozialversicherung in der sowjetischen Besatzungszone Deutschlands. Berlin 1949, S. 57 sowie des § 32 Krankenpflege, Krankenhauspflege, Anstaltspflege- Lehmann, Sozialversicherung, S. 97, 99-100.

137 Anlage 2a Geschäftsordnung für den Vorstand der Sozialversicherungsanstalt des Landes Brandenburg. Geschäfts- und Rechnungsbericht der Sozialversicherungsanstalt Brandenburg 1947, S. 126-129.

138 Bericht vom 21. Juni 46/Buchow über die Besprechung der Vertreter der Sozialversicherungsanstalt in der SBZ in der ZVAS am 12. Juni 1946. SAPMO-BArchiv DY 34 42/1041/4618, o.S.

139 Abschrift des Schreibens vom 18. September 1946/ Sozialversicherungsanstalt Mark Brandenburg an die Provinzialverwaltung Mark Brandenburg, Abteilung Gesundheitswesen. Landeshauptarchiv Rep 211 Nr. 652, o.S.

140 Instruktion über die Errichtung und Unterhaltung von Polikliniken in der Provinz Brandenburg, unterzeichnet am 9. Januar 1947 vom Minister für Arbeit und Sozialwesen, Schwob. Brand. Landeshauptarchiv Rep 211 Nr. 6, Bl. 25-28.

141 Erlass zur Errichtung und Unterhaltung von Polikliniken des Minister für Arbeit und Sozialwesen, Schwob. Brand. Landeshauptarchiv Rep 211 Nr. 6, Bl. 2.

„unbeschadet“ blieb. Von dieser Möglichkeit machte die Sozialversicherungsanstalt jedoch nach den vorliegenden Informationen nur geringen Gebrauch. Ende 1948 waren nur die Polikliniken der Bergmannskrankenhäuser in Senftenberg und Klettwitz in ihrer Trägerschaft.¹⁴² Eine Übersicht von 1951 über die Eigeneinrichtung der Sozialversicherungsanstalt ohne die Einrichtungen im Bereich der Tuberkulosebekämpfung 1951 weist nur eine weitere, als Poliklinik-Nebenstelle bezeichnete Einrichtung aus.¹⁴³

| | | |
|------------------------|---------------------------------------|---|
| Allgemeine Behandlung | Poliklinik Nebenstelle | 1 |
| | Bergmannskrankenhäuser | 2 |
| Spezialeinrichtung | Ambulatorium f. Geschlechtskranke | 1 |
| Zahnklinik | Zahnklinik | 5 |
| | Zahnstation | 3 |
| | Zahn. Abteilung im Krankenhaus | 1 |
| | Schulzahnstation | 3 |
| Institute | Elektro-physikalische Institute | 2 |
| | Diagnostische Institute | 1 |
| | Zahntechn./Kieferorthopädisches Labor | 1 |
| | Zentrallabor | 1 |
| | „Behandlungshaus“ ¹⁴⁴ | 1 |
| Sonstige Einrichtungen | Poliklinik-Apotheke, Badeanstalten | 4 |

Auf der Tagung am 19. Dezember 1946 fiel es Kurt Winter als Vertreter des brandenburgischen Provinzialgesundheitsamtes zunächst schwer, die Zielrichtung der Arbeitsgemeinschaften nachzuvollziehen. „Reibungen haben wir nicht“ erklärte Winter in Reaktion auf die Erläuterungen Konitzers, dass diese zur Abgrenzung der Aufgabenbereiche diene. Die Zusammenarbeit mit der Sozialversicherungsanstalt sei „eine sehr gute“, wie auch der brandenburgische Entwurf über die Polikliniken zeige und die Sozialversicherungsanstalt würde „de facto nicht über das, was auf dem Papier steht“, den Polikliniken in eigener Trägerschaft, verfügen.¹⁴⁵ Für eine gute Zusammenarbeit zwischen örtlichem Gesundheitsamt und Sozialversicherungskasse scheint auch zu sprechen, dass die Stadt Potsdam und die Sozialversicherungsanstalt im April 1948 eine Arbeitsgemeinschaft gebildet hatten, um das vormals diagnostische Institut der Sozialversicherungsanstalt in eine Poliklinik umzuwandeln.¹⁴⁶ Doch auch die brandenburgische Sozialversicherung gab Anlass zur Kritik, als in einer Vorstandssitzung beschlossen wurde, die Ärzte in eignen Polikliniken höher zu vergüten als dies in kommunalen Polikliniken üblich war.¹⁴⁷

142 Übersicht über die poliklinischen Einrichtungen in Brandenburg nach Stand vom IV. Quartal 1948. Schon vor 1945 wurde im Bergmannskrankenhaus in Senftenberg ambulant behandelt. Vgl. Wack: Aus der Praxis der poliklinischen Arbeit. In: Kurt Winter (Hrsg.): Zur Frage der Polikliniken. Ein Diskussionsbeitrag. Potsdam 1948, S. 77-81. Zur Knappschaftsversicherung siehe Geyer, Martin H.: Die Reichsknappschaft : Versicherungsreformen u. Sozialpolitik im Bergbau 1900 – 1945. München 1987; in der SBZ/DDR Hoffmann, Neuordnung, S. 130-137, 232-234.

143 Eigene Darstellung auf Grundlage der „Zusammenstellung der Unterlagen zur Überleitung nachstehender Behandlungseinrichtungen an das Ministerium Gesundheitswesen vom 17. Mai 1951“. Brand. Landeshauptarchiv Rep 211 Nr. 53, S. 7.

144 Da diese Einrichtung über kein ärztliches Personal verfügte, stellte sie keine ambulante, ärztliche Behandlungseinrichtung dar.

145 Protokoll der Tagung der Landes- und Provinzialgesundheitsämter am 19. Dezember 1946 in der ZVG. BArchiv DQ 1 Nr 18, Bl. 269.

146 Vorstandssitzung der Sozialversicherungsanstalt des Landes Brandenburg vom 22. April 1948. BArchiv DQ 2 Nr. 4060, o.S.

147 Vorstandssitzung der Sozialversicherungsanstalt des Landes Brandenburg am 19. November 1947. BArchiv DQ 2 Nr. 4060. o.S.

Die Finanzierung der poliklinischen Leistungen stellte jedoch ein immer wieder thematisiertes Problemfeld dar. Dabei bestand von Seiten der Krankenhausträger die Befürchtung, dass ihnen trotz der in Brandenburg getroffenen Regelung, nach der sie an der Vergütung der poliklinischen Leistungen beteiligt wurden, durch die Ausweitung ihres Zuständigkeitsbereichs auf die ambulante Versorgung der Bevölkerung finanzielle Nachteile entstehen würden.¹⁴⁸ Die hohen Ausgaben für die poliklinische Leistungserbringung wurden dabei nicht allein auf den verstärkten Einsatz diagnostischer Verfahren, sondern vor allem auf die Inanspruchnahme der Bäder- und Massageabteilung¹⁴⁹ des Krankenhauses zurückgeführt. Im Prießnitz-Krankenhaus in Mahlow waren z.B. die Ausgaben für die Poliklinik nur zu 50% gedeckt.¹⁵⁰ Die Finanzierung blieb trotz der Erhöhung der Vergütung poliklinischer Leistungen von Seiten der Sozialversicherungsanstalt¹⁵¹ weiter ein Problem. Durch die Bestimmung der Anlage „Vorschriften für die Arbeit in Polikliniken und Ambulanzen“¹⁵² zu Befehl 272 sollten sich Einnahmen aus den Zuschüssen der Länder, der Träger der Sozialversicherung, sowie aus den Beträgen, die für die Behandlung vereinnahmt werden, zusammensetzen und somit kommunale Krankenhausträger entlasten. Da die Zuschüsse der Landesregierung nicht zur Deckung der Kosten ausreichten, wies die Abt. Gesundheitswesen in den Richtlinien zur Durchführung des Befehls 272 die örtlichen Selbstverwaltungen am 30. April 1948 darauf hin, dass weiterhin Etatmittel für den Aufbau der Polikliniken in den Haushalten der Städte, Kreise und Gemeinden veranschlagt werden müssten.¹⁵³ Durch die Ablehnung einer Erhöhung der mit der Preisverordnung von 1936 eingefrorenen Krankenhaus-Pflegesätze, die nach Auffassung der Hauptverwaltung Finanzen -Preisamt- vom 19. Oktober 1948 keinesfalls in Betracht käme, war für die Krankenhausträger auch im stationären Bereich eine Entspannung der finanziellen Lage nicht in Sicht.¹⁵⁴

Bei dem auf zentraler Ebene umstrittenen Thema, wer der „Dienstherr“ des an Betriebspolikliniken und Sanitätsstellen angestellten Personals sei, konnte in Brandenburg zwischen den Vertretern der Sozialversicherung, der Abteilung Gesundheitswesen, der SMA Brandenburg und der Fachgruppe Ärzte eine Einigung erzielt werden, nach der die Betriebsärzte durch das Gesundheitsamt angestellt werden sollten.¹⁵⁵ Nach der ersten Amtsärzte-Tagung in der SBZ im November 1947 erfolgte jedoch eine neue Vereinbarung in Anpassung an die Diskussion auf zentraler Ebene: Betriebsärzte wurden nun „von der Sozialversicherungsanstalt gemeinsam mit der Abteilung Gesundheitswesen unter Anhörung des FDGB angestellt“.¹⁵⁶

148 Schreiben des Gemeindekrankenhauses Falkensee 17.12.1948. Brand. Landeshauptarchiv Rep 211 Nr. 620, o.S.

149 Die Verpflichtung der Krankenhäuser nach § 6 der Instruktion über die Errichtung und Unterhaltung von Polikliniken, alle Einrichtungen auch für den poliklinischen Betrieb verfügbar zu machen.

150 Schreiben aus der Poliklinik des Prießnitz-Krankenhauses in Mahlow vom 5. November 1947. Brand. Landeshauptarchiv Rep 211 Nr. 618, o.S.

151 Rundschreiben Nr. 246/G/47 vom 18.12.47. Brand. Landeshauptarchiv Rep 211 Nr. 619, o.S.

152 Brand. Landeshauptarchiv Rep. 250 Nr. 1616, o.S. und 619, o.S.

153 Richtlinien für die Durchführung des Befehls 272 vom 30. April 1948. Brand. Landeshauptarchiv Rep 211 Nr. 618, o.S.

154 Schreiben vom 19. Oktober 1948, Brand. Landeshauptarchiv Rep 211 Nr. 620, o.S.

155 Schreiben des Referats Sozialversicherung, Kienast, an den Ministerialdirektor Fischer, nachrichtlich Ministerialrat König im Hause vom 14. November 1947. Brand. Landeshauptarchiv Rep 206 Nr 3256, o.S.

156 Abschrift der Vereinbarung zwischen der Landesregierung Brandenburg, Minister für Arbeit und Sozialwesen, Abteilung Gesundheitswesen, in Potsdam und der Sozialversicherungsanstalt des Landes Brandenburg in Potsdam vom 22. November 1947. Brand. Landeshauptarchiv Rep 211 Nr. 20, Bl. 193-195.

Die Anordnung über die Finanzierung und Verwaltung der Polikliniken vom 12. Mai 1949 – Polikliniken in der Krise

Von Seiten der Sozialversicherungsanstalten war gegenüber der geplanten Neuerung der Vereinheitlichung der Verwaltung und Finanzierung poliklinischer Einrichtungen große Zurückhaltung geübt worden, da diese für sie, aufgrund der unbekanntenen Finanzlage bei den öffentlichen Polikliniken, ein „Schritt ins Dunkle“ bedeutete. Auch die brandenburgischen Sozialversicherungskassen äußerten sich zurückhaltend, sie „billigten“ den Gedanken, hielten ihn aber zu verfrüht aufgrund des Mangels „an Persönlichkeiten [...], die die bedeutende und gewaltige Aufgabe ohne Erschütterungen für die Gesundheitsfürsorge zu lösen vermögen“.¹⁵⁷ Die brandenburgische Sozialversicherungsanstalt hatte sich jedoch „vorbehaltlos zu dem Gedanken einer einheitlichen Verwaltung bekannt“. Die Probleme hierbei, wie z.B. der Aufbau eines neuen Verwaltungskörper bei den Gesundheitsbehörden und die aus der Sicht der Sozialversicherungsanstalt „unglückliche Regelung“, dass für die Verwaltung nicht die Träger der Einrichtungen zuständig waren¹⁵⁸ und die Finanzierung eine Stelle zu tragen hatte, die wiederum „die Verwaltung nicht zu beeinflussen“ vermochte, schienen der Sozialversicherungsanstalt als durchaus überbrückbar.¹⁵⁹

Fünf Monate nach Inkrafttreten der neuen Regelung kam die Brandenburgische Sozialversicherungsanstalt jedoch zu dem Fazit, dass die „Brücke [...] leider nicht Stand“ gehalten habe und „bei dem ersten Versuch, zu einer glücklichen Lösung zu kommen“ zusammengebrochen sei. Infolge der Anordnung über die Finanzierung und Verwaltung der Polikliniken zahlten die Kreise sämtliche Zuschüsse trotz der Bitte um eine Übergangsregelung nicht mehr, da die Finanzierung offiziell auf die Sozialversicherungsanstalt übergegangen war.¹⁶⁰ Aufgrund mangelnder Zuständigkeit für die Finanzierung, die kurze Vorbereitungszeit und zu wenig Personal hätten die Gesundheitsbehörden nur „scheinbar“ die Verwaltung übernommen. Des Weiteren seien mit den ersten Haushaltplanungen zu weit gesteckte Ziele verbunden gewesen, die zu einer „phantasieerfüllte(n) Planung“ geführt hätten. Andererseits führte die Schwierigkeit, die Ausgaben für die Polikliniken haushaltsmäßig von anderen Ausgaben zu trennen, zu der Vermutung, dass die Sozialversicherungsanstalt für Kosten aufkommen sollte, die nicht mit dem Bedarf für die Polikliniken in Verbindung standen. Die Überprüfung der Haushaltspläne der poliklinischen Einrichtungen hatte bei den selbständigen Polikliniken einen Durchschnittsaufwand pro Behandlungsfall von 26,28 DM und bei den Polikliniken an Krankenhäusern von 15,66 DM ergeben. Dies bedeutete für die Sozialversicherungskassen eine erhebliche Steigerung der Ausgaben, da diese bisher nur eine deutlich geringere Behandlungsfallpauschale vergütet hatten.¹⁶¹ Dabei wurde festgestellt, dass die Anzahl der hauptberuflichen Ärzte ohne ersichtlichen Grund und ohne tatsächlich in den Polikliniken vorhandene Möglichkeiten verdreifacht wurde. Auf der anderen Seite entstanden Ausgaben, die die Sozialversicherungsanstalt „bei der Vorberatung über die Verwaltung der Polikliniken nicht zu übersehen“

157 Schreiben der SVA an die SVKen vom 28. Juli 1949. Brand. Landeshauptarchiv Rep 211 Nr. 621, o.S.

158 Die „Besitzverhältnisse“ wurden durch die neue Regelung nicht berührt.

159 Großreferat von Direktor Riedel „Zur Haushaltplanung der Polikliniken“ vom 11. Oktober 1949 gehalten auf der Arbeitstagung am 17.10.1949 in der Hauptabteilung Gesundheitswesen. Brand. Landeshauptarchiv Rep 211 Nr. 153. Tagesordnung Brand. Landeshauptarchiv Rep 211 Nr. 620, o.S.

160 Schreiben der Landesregierung Brandenburg, Ministerium für Arbeit und Sozialwesen, Hauptabteilung Gesundheitswesen an das Finanzministerium z.H. Ministerialdirektor Georgino vom 15. Juli 1949. Brand. Landeshauptarchiv Rep 211 Nr. 619, o.S.

161 Bisher hatten die Sozialversicherungskassen 8 RM für den Behandlungsfall vierteljährlich und weitere 2,50 RM bei einem chirurgischen Behandlungsfall für den Ersatz von Verbandsmitteln vergütet. Vereinbarung zwischen der Landesregierung Abteilung Gesundheitswesen in Potsdam und der SVA des Landes Brandenburg in Potsdam über die Vergütung poliklinischer Leistungen vom 17. Dezember 1947. Anlage zum Rundschreiben Nr. 246/G/47 vom 18. Dezember 1947. Brand. Landeshauptarchiv Rep 211 Nr. 619 o.S.

vermochte. So zum Beispiel die Übernahme von Unkosten für das ebenso stark angestiegene Verwaltungspersonal, die die SVA als „unerfreuliche Morgengabe“ bezeichnete. Abschließend vertrat der Direktor der brandenburgischen Sozialversicherungsanstalt die Sichtweise, dass die Haushaltsaufstellung der Polikliniken nicht mit dem wirklichen Bedarf übereinstimmen würde, da er „es sonst entschieden ablehnen“ müsse, „Verbindlichkeiten derart weitgehender Natur für meine Sozialversicherungsanstalt zu übernehmen und Grundsätze zu billigen, die – auf die Dauer gesehen - völlig untragbare Verpflichtungen zur Folge haben“ würden. Zur Lösung der Probleme stellte die SVA folgende Forderungen auf:

- wenn die Verwaltung auf die Gesundheitsbehörden übertragen wird, müssen diese auch Träger der Einrichtungen sein,
- für die Verbesserung der Einrichtungen und für Neueinrichtung müssen zusätzlich Mittel aus dem öffentlichen Haushalt zur Verfügung gestellt werden,
- die Deckungspflicht der Sozialversicherung soll durch einen Fallkostenwert begrenzt werden oder aber die Sozialversicherung zahlt Gesamtpauschalen, die dann nach dem Umfang der Inanspruchnahme der Behandlungsstellen zu bemessen sind.

Als Ziel müsse gelten: „Zusammenfassung des Gesundheitswesens in einer Hand und Gewährung der Krankenversorgung durch den Staat unter Mitfinanzierung durch die Sozialversicherung“.

Fazit

Die Sozialversicherung, vertreten auf zentraler Ebene durch die Deutsche Verwaltung für Arbeit und Sozialfürsorge und auf Länderebene die Sozialversicherungsanstalten, war in der frühen Nachkriegszeit ein durchaus einflussreicher Akteur im Bereich der Gesundheitspolitik, mit dem Entscheidungen ausgehandelt werden mussten. Die Schwierigkeit auf zentraler Ebene eine klare Abgrenzung der Zuständigkeitsbereiche der beiden für das Gesundheitswesen besonders bedeutsamen Zentralverwaltungen zu finden, führte zur Wiederbelebung der Idee, die Zusammenarbeit von Sozialversicherung und öffentlicher Gesundheitsverwaltung in Form von Arbeitsgemeinschaften zu verankern. Anhand der Diskussion auf zentraler Ebene über die zoneneinheitlichen Regelungen zu den poliklinischen Einrichtungen konnte aufgezeigt werden, dass die Zentralverwaltung für das Gesundheitswesen die Aktivitäten der Sozialversicherungsanstalten im Gesundheitsbereich anerkannte, gleichzeitig diese jedoch als eine potentielle Gefährdung ihres Einflussbereichs und der nach 1945 angestrebten Entwicklung in Richtung einer umfassenderen Verantwortungsübernahme der öffentlichen Gesundheitsverwaltung für das Gesundheitswesen wahrnahm. Die Vertreter der Sozialversicherung hingegen verstanden sich als „Wächter über die Beiträge der Werktätigen“ und als Spezialisten im finanztechnischen Bereich, deren Aufgaben aufgrund mangelnder Kapazitäten auf Seiten der staatlichen/kommunalen Gesundheitsverwaltung noch nicht von dieser übernommen werden konnte. Die teilweise langwierigen Verhandlungen auf zentraler Ebene trugen zu Unklarheiten und Verunsicherungen bzw. ihrer Aufrechterhaltung auf der Umsetzungsebene bei. Andererseits konnte das Ziel der schnellen Umsetzung einer auf zentraler Ebene gefällten Entscheidung, ohne hierbei ausreichend auf die Umsetzungsebene Rücksicht zu nehmen, die Unterstützung von poliklinischen Einrichtungen gefährden, wie z.B. die Probleme infolge der „Anordnung über die Verwaltung und Finanzierung der Polikliniken und Sanitätsstellen“ im Land Brandenburg zeigen.

Die Konflikte zwischen öffentlicher Gesundheitsverwaltung und Sozialversicherung sind in Brandenburg im Gegensatz zur zentralen Ebene kaum ausgeprägt. Möglicher Hintergrund könnte der größere Symbolgehalt der Regelungen auf zentraler Ebene¹⁶² gegenüber

162 Versuch der Etablierung einer eigenständigen Gesundheitspolitik, ohne jedoch über die hierzu notwendigen Mittel zu verfügen.

pragmatischen Lösungen auf der Umsetzungsebene sowie der Umstand, dass die Deutsche Verwaltung für Arbeit und Sozialfürsorge alle Sozialversicherungsanstalten und somit eventuell konfliktreichere Positionen als die der brandenburgischen Sozialversicherungsanstalt vertrat, sein. In Brandenburg wurden Eigeneinrichtungen der Sozialversicherung wieder aufgebaut, in der zoneneinheitlichen, rechtlichen Regelung der Sozialversicherung war diese Möglichkeit auch vorgesehen. Bei den Polikliniken übernahm die brandenburgische Sozialversicherung insbesondere in der Initiierungsphase eine wichtige fördernde Funktion ein, in dem sie z.B. die rechtliche Regelung der Polikliniken in Brandenburg maßgeblich mit vorbereitete. Die brandenburgische Sozialversicherungsanstalt errichtete jedoch keine neuen Polikliniken in eigener Trägerschaft. Ob die Eigeneinrichtungen der brandenburgischen Sozialversicherungsanstalt, z.B. im Bereich der Zahnmedizin oder Diagnostik, als Wiederaufnahme einer aktiven, gesundheitspolitisch wirksamen Nutzung von Handlungsspielräumen durch die Selbstverwaltung der Sozialversicherung interpretiert werden kann, bedarf weiterer Untersuchungen.

HEIKE.KRUMBIEGEL

E-mail: Heike.Krumbiegel@gmx.net.

ULRIKE LINDNER

Das Scheitern des klassischen Konzeptes der vorbeugenden Gesundheitsfürsorge in den 1950er Jahren

Das öffentliche Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland ist heute kaum noch in die Gesundheitsfürsorge und die medizinische Prophylaxe eingebunden; die Gesundheitsämter und die anderen Institutionen sind im wesentlichen auf seuchenmedizinische, kontrollierende und gutachterliche Aufgaben beschränkt.¹ In den Jahren der Weimarer Republik hatte sich dies noch ganz anders gestaltet: das kommunale öffentliche Gesundheitswesen war in verschiedenen Bereichen eng in die Vor- und Fürsorge eingebunden, z.B. bei der Betreuung der Säuglinge oder in der Tuberkulosefürsorge.² Insbesondere in der Nachkriegszeit verlor der öffentliche Gesundheitsdienst jedoch mehr und mehr an Einfluss und musste zahlreiche Aufgaben an andere Akteure im Gesundheitswesen abgeben. In den 1950er Jahren gab es einen größeren Versuch, den öffentlichen Gesundheitsdienst der Bundesrepublik auf eine neue Grundlage zu stellen, und den Gesundheitsämtern umfassende Aufgaben in der Gesundheitsvorsorge zuzuweisen: die Gesundheitsabteilung des Bundesinnenministeriums erarbeitete den Entwurf eines Gesetzes zur vorbeugenden Gesundheitsfürsorge. Dieser Gesetzesentwurf soll im folgenden untersucht, sein Scheitern analysiert und die weitere Entwicklung des öffentlichen Gesundheitsdienstes in dieser Dekade kurz skizziert werden. In den Blick geraten dabei verschiedene Entwicklungen: die problematischen Traditionen der öffentlichen Gesundheitspolitik und der Fürsorge in Deutschland, die rechtlichen Probleme für das öffentliche Gesundheitswesen in der Bundesrepublik sowie die Haltung der niedergelassenen Ärzteschaft, die das Gesetz vehement bekämpfte.³

1. Die Situation des öffentlichen Gesundheitswesens

In den ersten Nachkriegsjahren waren die Institutionen und Ärzte des öffentlichen Gesundheitswesens zunächst mit der Bekämpfung von verschiedensten Gesundheitsgefahren beschäftigt, die durch Armut, Wohnungsnot und Mangelernährung hervorgerufen wurden.⁴ Rechtlich war der öffentliche Gesundheitsdienst in der Bundesrepublik weiterhin durch das Gesetz zur Vereinheitlichung des Gesundheitswesens von 1934 geregelt. Die gesetzlich festgelegten Zuständigkeiten galten fort, lediglich die Wortwahl hatte sich etwas geändert. Den Gesundheitsämtern oblagen damit im wesentlichen dieselben Aufgaben wie 1934, also Fürsorge für Säuglinge, Kinder, Mütter, Tbc-Kranke etc., lediglich die „Erb- und Rassenpflege“ war durch „Erbpflege einschließlich Eheberatung“ ersetzt worden. Das

1 Labisch, Alfons: Der öffentliche Gesundheitsdienst in der Bundesrepublik Deutschland. Struktur, Probleme, Entwicklungsperspektiven. In: ders.: Gesellschaftliche Bedingungen öffentlicher Gesundheitsfürsorge. Frankfurt/M. 1990, S. 141-189, hier S. 154; oder Jantzen, G.: Der öffentliche Gesundheitsdienst als Instrument gesundheitspolitischer Zielsetzungen. In: Das öffentliche Gesundheitswesen 51 (1989), S. 169-173, hier S. 170.

2 Vgl. z.B. Labisch, Alfons und Florian Tennstedt: Der Weg zum Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens vom 3. Juli 1934: Entwicklungslinien und -momente des staatlichen und kommunalen Gesundheitswesens in Deutschland. Düsseldorf 1985, S. 70-73; vgl. für München Rudloff, Wilfried: Die Wohlfahrtsstadt. Kommunale Ernährungs-, Fürsorge- und Wohnungspolitik am Beispiel Münchens 1910-1933. Göttingen 1998.

3 Die Ausführungen in diesem Aufsatz beruhen im wesentlichen auf Ergebnissen aus der Dissertation der Verfasserin: Lindner, Ulrike: Gesundheitspolitik in der Nachkriegszeit. Großbritannien und die Bundesrepublik Deutschland im Vergleich. Veröffentlichungen des Deutschen Historischen Instituts London - Publications of the German Historical Institute London 57. München 2004.

4 Vgl. Stralau, J.: Das deutsche Gesundheitswesen in den letzten 15 Jahren. In: Der öffentliche Gesundheitsdienst 22 (1960), S. 163-174; Hagen, Wilhelm: 10 Jahre Gesundheitswesen in der Bundesrepublik. In: Bundesgesundheitsblatt 1 (1958), S. 113-118; vgl. auch Sons, Hans-Ulrich: Gesundheitspolitik während der Besatzungszeit. Das öffentliche Gesundheitswesen in Nordrhein-Westfalen 1945-49. Wuppertal 1983.

Gesundheitsamt war weiterhin nicht berechtigt, Kranke zu behandeln.⁵ In Bayern wie auch im späteren Baden-Württemberg, Niedersachsen (bis 1978), Rheinland-Pfalz und dem Saarland unterstanden die Gesundheitsämter als staatliche Sonderbehörden dem Land, während sie in den anderen Bundesländern wieder kommunal organisiert wurden.⁶ Diese unterschiedliche Organisationsform stellte insgesamt ein strukturelles Problem für das öffentliche Gesundheitswesen dar. Die Belastungen aus der Zeit des Nationalsozialismus, als gerade die Gesundheitsämter die selektierenden und rassistischen Maßnahmen des nationalsozialistischen Regimes unterstützt hatten, wirkten zudem kaum als günstige Grundlage für einen Neubeginn. Ein Neuanfang zusammen mit einer kritischen Auseinandersetzung mit der nationalsozialistischen Vergangenheit wurde damals nicht unternommen.⁷ Gleichzeitig gelang es auch nicht, sozialmedizinische Ansätze in der Wissenschaft wieder zu beleben. Sie wurden in den ersten Jahren der Bundesrepublik kaum beachtet und galten durch angebliche Nähe zur DDR wie auch zum Nationalsozialismus als diskreditiert. Viele engagierte Sozialmediziner und Sozialhygieniker der Weimarer Zeit, wie z.B. Ludwig Teleky, waren emigriert oder vertrieben worden und konnten ihre Arbeit nicht fortsetzen.⁸

Kleinere Reformversuche im öffentlichen Gesundheitswesen misslangen, so z.B. eine 1950 entworfene Dienstordnung zur Neuordnung des Gesundheitsdienstes.⁹ Auch Kritik an dem starken Überwiegen der kurativen Medizin in der Bundesrepublik Deutschland, z.B. von Otto Buurmann, einem leitenden Medizinalbeamten in Niedersachsen, der immer wieder auf die mangelnde vorbeugende Gesundheitsfürsorge in der Bundesrepublik Deutschland hinwies, fand wenig Gehör.¹⁰ Im öffentlichen Gesundheitsdienst gab es so in den Nachkriegsjahren kaum neue Ansätze und nur wenige Bemühungen, das System zu reformieren.

2. Gesetz zur vorbeugenden Gesundheitsfürsorge

Ein Versuch, dem öffentlichen Gesundheitswesen verstärkt sozialmedizinische und fürsorgereiche Aufgaben zuzuschreiben, war der Gesetzentwurf der Gesundheitsabteilung des Bundesinnenministeriums zur „vorbeugenden Gesundheitsfürsorge“. Der Bundestag hatte 1953 mit der Verabschiedung des Mutterschutzgesetzes das Innenministerium beauftragt, einen Gesetzesentwurf vorzubereiten, der eine weitergehende Für- und Vorsorge

5 Hecker, Rudolf u.a.: Grundriß der Gesundheitsfürsorge. München, Basel 1954, S. 32.

6 Hünerbein, Josef: Das Gesundheitsamt. In: Ludwig Federhen (Hrsg.): Der Arzt des öffentlichen Gesundheitsdienstes. Stuttgart 1952, S. 69-100, hier S. 69-70.

7 Vgl. hierzu Labisch, Alfons: Entwicklungslinien des öffentlichen Gesundheitsdienstes in Deutschland. Vorüberlegungen zur historischen Soziologie öffentlicher Gesundheitsvorsorge. In: Ders.: Gesellschaftliche Bedingungen öffentlicher Gesundheitsvorsorge. Frankfurt/M. 1990, S. 25-62, hier 43. Von Labisch wird hier insbesondere auf einen Artikel von Redeker, dem Leiter der Abteilung Gesundheitswesen im Innenministerium, verwiesen, der 1949 in der Zeitschrift der Ärzte des öffentlichen Gesundheitswesens erschien: vgl. Redeker, Franz: „Magister in Physica“. Wo kommen wir her? Wo stehen wir? Wohin geht der Weg? In: Der öffentliche Gesundheitsdienst 11 (1949), S. 146-157, 185-195.

8 Hofmann, Werner und Friedrich Wilhelm Schwartz: Public Health: Gesundheitspolitik und akademische Disziplin, Entwicklung in den alten Bundesländern. In: Jahrbuch für Kritische Medizin 18 (1993), (Argument-Sonderband 198), S. 6-24, hier S. 7; vgl. zu Teleky, der in den 1920er Jahren als Sozialhygieniker in Düsseldorf gelehrt hatte, unter dem NS-Regime seine Stellung verlor und letztlich in die USA auswanderte: Wulf, Andreas: Der Sozialmediziner Ludwig Teleky (1872-1957) und die Entwicklung der Gewerbehygiene zur Arbeitsmedizin. Frankfurt/M. 2001.

9 Manger-Koenig, Ludwig von: Der öffentliche Gesundheitsdienst zwischen Gestern und Morgen. In: Das öffentliche Gesundheitswesen 37 (1975), S. 433-448, hier S. 435.

10 Otto Buurmann, Gesundheitspolitik, Stuttgart 1953; vgl. zu Buurmann und seinem Wirken im öffentlichen Gesundheitswesen nach 1945 Schleiermacher, Sabine: Gesundheitspolitische Traditionen und demokratische Herausforderung: Gesundheitspolitik in Niedersachsen nach 1945. In: Wolfgang Woelk, Jörg Vögele (Hrsg.): Geschichte der Gesundheitspolitik in Deutschland. Von der Weimarer Republik bis in die Frühgeschichte der „doppelten Staatsgründung“. Berlin 2002, S. 265-283.

für alle Mütter und Kinder sicherstellen sollte, insbesondere aber für die nichterwerbstätigen, die vom Mutterschutzgesetz nicht erfasst wurden.¹¹

Wilhelm Hagen, damals Referent in der Gesundheitsabteilung im Bundesinnenministerium, erarbeitete den Entwurf für ein Gesetz zur vorbeugenden Gesundheitsfürsorge. Er formulierte 1953 folgende Richtlinien für die Zukunft des öffentlichen Gesundheitswesens, an denen sich auch das neue Gesetz orientieren sollte:

Die Vorsorge für die Erhaltung und Sicherung der Gesundheit durch vorbeugende Gesundheitsfürsorge ist Aufgabe des öffentlichen Gesundheitsdienstes, dessen Organe die Gesundheitsämter sind. Die vorbeugende Gesundheitsfürsorge umfaßt insbesondere:

- 1. Die Fürsorge für das keimende Leben, die Schwangerschaft, das Wochenbett und die Stillzeit der Frau.*
- 2. Die Fürsorge für Säuglinge und Kleinkinder.*
- 3. Die Fürsorge für Kinder und Jugendliche.*

Die Gesundheitsfürsorge zu Verhütung und Bekämpfung ansteckender und die Gemeinschaft gefährdender Volkskrankheiten wird durch besondere Gesetze geregelt. Die Aufbringung der Kosten für die vorbeugende Gesundheitsfürsorge erfolgt gemeinsam von Gemeinden und Ländern unter Gewährung eines Zuschusses des Bundes.¹²

Da Hagen der wichtigste Protagonist dieses Entwurfes war – das Gesetz wurde auch „Lex Hagen“ genannt – soll er hier kurz vorgestellt werden: Er initiierte neben dem Gesetzentwurf zur vorbeugenden Gesundheitsfürsorge auch Projekte zur Säuglings- und Mütterfürsorge und war zudem bei der Formulierung der Entwürfe zum Geschlechtskrankengesetz beteiligt. Hagen war Verfechter eines umfassenden öffentlichen Gesundheitsdienstes, wollte die Gesundheitsämter in ihren Aufgabenbereichen stärken und stellte sich gegen eine weitere Ausbreitung der Kompetenzen der freien Ärzteschaft. 1893 geboren, hatte Hagen nach seinem Medizinstudium in den 1920er Jahren in der kommunalen Gesundheitspflege gearbeitet und war aus dieser Zeit noch stark geprägt.¹³ Mit der Machtübernahme der Nationalsozialisten verlor Hagen seine Posten.¹⁴ Während des NS-Regimes arbeitete er zunächst als niedergelassener Arzt, bis er 1940 als deutscher Amtsarzt nach Warschau ging. Dort spielte Hagen unter anderem bei der Seuchenbekämpfung im Ghetto eine höchst zweifelhafte Rolle, womit er sich später keineswegs kritisch auseinandergesetzte.¹⁵ Von 1943 bis zum Kriegsende diente er dann als Arzt bei der Wehrmacht. Nach dem Krieg wurde Hagen in das Referat für Gesundheitsfürsorge im Bundesinnenministerium berufen und war so einer der wenigen Gesundheitspolitiker aus der Tradition der Weimarer kommunalen

11 Bundesarchiv Koblenz (BA Koblenz), B 142/979, Innenminister an Präsidenten des Deutschen Bundestages vom 23. Juni 1953, vgl. zur Entwicklung der Schwangeren- und Säuglingsfürsorge in der Bundesrepublik Deutschland ausführlich Lindner, Ulrike: Gesundheitsvorsorge für Schwangere und Säuglinge 1949-1965: Pläne, Maßnahmen, Defizite. In: Wolfgang Woelk, Jörg Vögele (Hrsg.): Geschichte der Gesundheitspolitik in Deutschland. Von der Weimarer Republik bis in die Frühgeschichte der „doppelten Staatsgründung“. Berlin 2002, S. 347-378.

12 Hagen, Wilhelm: Vorbeugende Gesundheitsfürsorge. Stuttgart 1953, S. 112-113.

13 Vgl. Hagen, Wilhelm: Auftrag und Wirklichkeit. Der Sozialarzt im 20. Jahrhundert. München 1978, S. 15-23.

14 Hagen, Auftrag, S. 130.

15 Vgl. Caumanns, Ute und Michael G. Esch: Fleckfieber und Fleckfieberbekämpfung im Warschauer Ghetto und die Tätigkeit der deutschen Gesundheitsverwaltung 1941/42. In: Wolfgang Woelk, Jörg Vögele (Hrsg.): Geschichte der Gesundheitspolitik in Deutschland. Von der Weimarer Republik bis in die Frühgeschichte der „doppelten Staatsgründung“. Berlin 2002, S. 225-262, hier S. 248-262.

Gesundheitspolitik.¹⁶ An seiner Person zeigt sich ein Problem, das typisch ist für die Gesundheitspolitiker in der frühen Bundesrepublik.

a) Traditionen des öffentlichen Gesundheitswesens und der Fürsorge in Deutschland

Viele engagierte Sozialmediziner und Ärzte, die während der 1920er Jahre in den Kommunen gearbeitet hatten, waren vertrieben worden oder selbst emigriert.¹⁷ Die wenigen, die in Deutschland geblieben und nun wichtige Protagonisten der 1950er Jahre waren, hatten z.T. selbst im NS-Gesundheitswesen eine aktive Rolle gespielt und standen stark kontrollierenden und überwachenden Maßnahmen eher unkritisch gegenüber. Die Karrieren vieler bundesdeutscher Gesundheitspolitiker sind im wesentlichen durch Kontinuität während der Jahre des Nationalsozialismus gekennzeichnet. Da aus der eigenen Lebensperspektive die Entwicklung des öffentlichen Gesundheitsdienstes und des gesamten deutschen Gesundheitswesens unter dem nationalsozialistischen Regime offenbar als durchaus positiv gesehen wurden, und man zumindest der Meinung war, das Gesundheitswesen habe die NS-Zeit unbeschadet überstanden, gab es von diesen Politikern in der Bundesrepublik kaum Impulse für einen Neuanfang oder Vorschläge für grundsätzliche Reformen des bundesdeutschen Systems. Die Verstaatlichung des öffentlichen Gesundheitswesens unter der NS-Herrschaft durch das Vereinheitlichungsgesetz von 1934 nahmen sie eher als positive Entwicklung wahr.¹⁸ Diese gesetzliche Neuordnung hatte aber stark dazu beigetragen, den öffentlichen Gesundheitsdienst zu schwächen, indem sie kommunale Traditionen aus der Weimarer Zeit abbrach und sowohl die Ausbildung der Kreis- und Kommunalärzte als auch deren Verdienstmöglichkeiten beschnitt. Die klassischen Aufgaben der Gesundheitsfürsorge wurden zudem in den Dienst der nationalsozialistischen Ideologie gestellt, und damit das öffentliche Gesundheitswesen diskreditiert.¹⁹ Dies wurde jedoch von den damaligen Gesundheitspolitikern kaum reflektiert. Alternative Formen wie die Entwicklung einer *Community Care*, also eine erneute Kommunalisierung des Gesundheitswesens, wie sie in der Weimarer Zeit so erfolgreich gewesen war, wurden dementsprechend selten thematisiert und von den führenden Gesundheitspolitikern meist abgelehnt.²⁰

Als typischer Vertreter für diese Gruppe ist neben Wilhelm Hagen und Otto Buurmann Franz Redeker zu nennen, der die Abteilung Gesundheitswesen im Innenministerium leitete und in der Zeit des Nationalsozialismus als Medizinaldezernent des Polizeipräsidiums in Berlin gearbeitet hatte. Er sprach z.B. bei einer Sitzung der Arbeitsgemeinschaft der Gesundheitsminister und leitenden Medizinalbeamten am 23. November 1949 davon, dass das Vereinheitlichungsgesetz „kein Nazi-Gesetz“ sei, sondern die Grundlage für die Medizinalgesetzgebung im Bunde bilde. Es sei für die Medizinalverwaltung unerlässlich, dass eine Einheit des Bundes geschaffen werde und die „rechte Ordnung der Dinge“ wieder einkehre.²¹ Redeker sah sich in einer guten erfolgreichen Tradition des öffentlichen Gesundheitswesens und des preußischen Physikus und wollte sich keineswegs mit dem Erbe der NS-Zeit kritisch auseinandersetzen.²² In seinem programmatischen Aufsatz „Magister in Physica“ von 1949 beschäftigte er sich z.B. mit der ehrenvollen Geschichte des Physikus seit der Antike. Für die sehr kurz abgehandelte Zeit des Nationalsozialismus

16 Vgl. BA Koblenz, Organigramm des Bundesministerium des Innern.

17 Vgl. z.B. Grossmann, Atina: German Women Doctors from Berlin to New York: Maternity and Modernity in Weimar and in Exile. In: *Feminist Studies* 19 (1993), S. 65-88.

18 Vgl. hierzu ausführlich Lindner, Politik – Gesundheitswesen – Patienten, S. 33-37.

19 Labisch/Tennstedt, Weg zum Gesetz, S. 322-327.

20 Sabine Schleiermacher führt beispielsweise für Niedersachsen aus, dass gerade die britische Besatzungsmacht eine solche Dezentralisierung des Gesundheitswesens wünschte, sich aber die deutschen Gesundheitspolitiker eher zögerlich verhielten. Vgl. Schleiermacher, Traditionen, S. 266-267.

21 BA Koblenz, 142/703, Sitzung der Arbeitsgemeinschaft der für das Gesundheitswesen zuständigen Minister und Vorbesprechung der leitenden Medizinalbeamten der Länder vom 23.-25. November 1949 in Berlin, Stellungnahme von Redeker am 23. November.

22 Vgl. Redeker, Magister.

postulierte er ohne weitere Belege, dass nur die Amtsärzte dem Nationalsozialismus widerstanden hätten: „Kein Amtsarzt stand unter den Ärzten, die in Nürnberg oder sonstwo vor dem Richter standen. [...] Ein Physikus jedoch war es, der als einziger schon 1931/32 vor der aufkommenden Erb- und Rassenlehre warnte. Ein Physikus war es, der den Reichsgesundheitsführer in seinem Dienstzimmer stellte und Protest gegen das einsetzende Irrenmorden erhob.“²³ Mit diesen zweifelhaften Aussagen war für Redeker das Thema öffentliches Gesundheitswesen und Nationalsozialismus abgehandelt. Die problematischen deutschen Traditionen im Gesundheitswesen und in der Fürsorge hin zu Kontrolle und Überwachung stellten für ihn kein Thema dar.

Diese grundsätzliche Problematik im bundesdeutschen Gesundheitswesen der Nachkriegszeit ist auch bei der Ausarbeitung des neuen Gesetzes zur vorbeugenden Gesundheitsfürsorge zu beobachten: 1952 war in Hagens Gesetzentwurf vorgesehen, dass die Gesundheitsfürsorge für schwangere Frauen, also Untersuchung, Beratung und Betreuung, gänzlich in der Verantwortung der Gesundheitsämter liegen sollte. Die Mütter mussten alle 14 Tage diese Säuglingsberatungsstellen aufsuchen, „gefährdete Säuglinge“ durch regelmäßige Hausbesuche der Fürsorgerinnen „überwacht“ werden.²⁴ Eine solche Wortwahl weist einerseits auf eine fehlende Auseinandersetzung mit dem problematischen NS-Erbe hin, andererseits auch auf eine grundsätzliche Tradition der deutschen Fürsorge, die stets in Verbindung mit der Armenpflege stand. Hausbesuche bei den der Armenfürsorge unterstehenden Personen fanden auf polizeilicher Grundlage statt und hatten so einen eher diskriminierenden Charakter. Dies ließ ein freundschaftliches Verhältnis der Fürsorgerinnen und der Ärzte zu den Befürsorgten kaum aufkommen. Ein breites Angebot in der Gesundheitsvorsorge für alle Bevölkerungsschichten wie es z.B. in Großbritannien in den 1920er Jahren entwickelt worden war, wo auch die Fürsorgerinnen kein Recht auf Zutritt zu Wohnungen hatten und alle Familien mit Säuglingen besucht wurden, gab es in Deutschland nicht.²⁵

Hagens Formulierungen stießen nun 1952 in den anderen Abteilungen des Innenministeriums und generell in der konservativen Bundesregierung auf wenig Gegenliebe, da man damals gerade keine überwachenden und kontrollierenden Maßnahmen einführen wollte, die eine Nähe zum NS-Gesundheitswesen oder zu sozialistischen Systemen vermuten ließen. Dies geschah keineswegs auf Grund einer umfassenden und kritischen Auseinandersetzung der Regierung Adenauer mit dem Nationalsozialismus und dessen Folgen in der Sozialpolitik. Vielmehr wollte sich die konservative Bundesregierung gegen alle Zentralisierungs- und Kollektivierungstendenzen, die eine Nähe zum Nationalsozialismus hätten vermuten lassen, und gegen Ansätze, die in Richtung eines sozialistischen Staatsgesundheitsdienstes gehen könnten, deutlich abgrenzen.²⁶ Die Bundesregierung setzte vielmehr auf die wiederaufgebaute Sozialversicherung in ihrer Institutionenvielfalt und auf die nichtstaatlichen Akteure im Gesundheitswesen. Somit wurde ein Konzept, das vorsah, Schwangere, Säuglinge und Kleinkinder generell über die Gesundheitsämter zu betreuen und zu „überwachen“, im Innenministerium nicht begeistert aufgenommen.

In den 1950er Jahren schienen so die traditionellen Konzepte der deutschen Fürsorge nicht mehr durchsetzbar zu sein. Wilhelm Hagen entwickelte allerdings auch keine neuen Formen, z.B. eine stärkere Ausrichtung auf Gesundheitsangebote, und hielt es nicht für nötig, in einer

23 Redeker, Magister, S. 193.

24 BA Koblenz B 142/4042, handschriftlicher Entwurf Hagens zum Gesetz über die vorbeugende Gesundheitsfürsorge von 1952.

25 Vgl. Fehleemann, Silke und Jörg Vögele: Frauen in der Gesundheitsfürsorge am Beginn des 20. Jahrhunderts. England und Deutschland im Vergleich. In: Ulrike Lindner, Merith Niehuss (Hrsg.): Ärztinnen – Patientinnen. Frauen im deutschen und britischen Gesundheitswesen des 20. Jahrhunderts. Köln u.a. 2002, S. 23-48, hier S. 34-36, 43-44.

26 Vgl. Hockerts, Hans Günter: Sozialpolitik in der Bundesrepublik Deutschland. In: Hans Pohl (Hrsg.): Staatliche, städtische, betriebliche und kirchliche Sozialpolitik. Stuttgart 1991, S. 359-379, hier S. 363-364.

kritischen Abgrenzung mit den deutschen Traditionen der Fürsorge neue Wege zu beschreiten. Zu gering war die Auseinandersetzung mit problematischen Tendenzen des deutschen öffentlichen Gesundheitswesens.

b) Rechtliche Probleme

Bei der Ausarbeitung des Gesetzesentwurfs ergaben sich zudem zahlreiche rechtssystematische Probleme, die das Gesetzesvorhaben erheblich verzögerten. Im Grundgesetz (GG) war die Gesetzgebungskompetenz für den Bereich des Gesundheitswesens nicht eindeutig geregelt. Der Gesundheitsbereich war nicht der ausschließlichen Gesetzgebungskompetenz des Bundes zugewiesen und lag somit nach Artikel 70 GG bei den Ländern. Durch Artikel 74 GG, der die sogenannte konkurrierende Gesetzgebung regelt, wurde allerdings eine Beteiligung des Bundes im Gesundheitssektor für die Seuchengesetzgebung, Berufszulassung, das Arzneimittelrecht (Artikel 74 Nr. 19 GG) sowie für die „öffentliche Fürsorge“ (Artikel 74 Nr. 7 GG) vorgesehen. Im Fall konkurrierender Gesetzgebung besteht Länderzuständigkeit nur solange und soweit der Bund nicht tätig wird.²⁷ Ob nun ein Bundesgesetz über die vorbeugende Gesundheitsfürsorge überhaupt verfassungsrechtlich zulässig war, hing von der Auslegung des Begriffs „öffentliche Fürsorge“ ab, die jedoch umstritten war.²⁸ Man wollte eigentlich nach dem Vorbild des Gesetzes zur Änderung des Reichsjugendwohlfahrtsgesetzes vorgehen, wo man eine Zuständigkeit des Bundes mit der Fürsorgeklausel des Artikel 74, Nr. 7 GG begründet hatte.²⁹ Dennoch blieb eine erhebliche rechtliche Unsicherheit, wie weit die Kompetenzen des Bundes im Bereich der Gesundheitsfürsorge gingen und ob sie hierfür ausreichten.

Zudem gab es eine weitere Rechtsunsicherheit hinsichtlich des schon erwähnten Gesetzes zur Vereinheitlichung des Gesundheitswesens von 1934, das in der Bundesrepublik weiterhin galt und nach dem die Gesundheitsämter verschiedene Aufgaben im Bereich der Vor- und Fürsorge wahrnahmen.³⁰ Ungeklärt blieb allerdings, ob dieses Gesetz nun als Bundes- oder Landesrecht anzusehen sei.³¹ Ob die Tätigkeiten der Gesundheitsämter durch Bundesrecht geregelt werden konnten, war damit ebenfalls unsicher.

c) Die Haltung der niedergelassenen Ärzte

Ein weiterer wichtiger Grund für das Scheitern des Gesetzes war die Tatsache, dass die niedergelassenen Ärzte verstärkt Anspruch auf die Gesundheitsvorsorge anmeldeten.³² Die Ärzteschaft forderte bereits auf dem Deutschen Ärztetag von 1951 eine Beteiligung an der Gesundheitsvorsorge, was natürlich auch wirtschaftliche Gründe hatte, da es den Arbeitsbereich der Ärzte ausdehnen würde. Es wurde damals ein Kampf der Ärzte gegen Staatsmedizin und Medizinalbürokratie propagiert. Die Ärzte konnten in den nächsten Jahren ihre Stellung ausbauen, ihnen wurde vor allem im Kassenarztgesetz von 1955 die Sicherstellung der ambulanten Versorgung zugesprochen, was ihre Position sehr stärkte. Nun wollten sie auch die Vorsorgeleistungen insbesondere für Schwangere und Säuglinge zur Aufgabe der niedergelassenen Ärzte erklären lassen.³³ Eine Entschließung des

27 Art. 72 Grundgesetz; vgl. auch Labisch, Alfons und Florian Tennstedt: Prävention und Prophylaxe als Handlungsfelder der Gesundheitspolitik in der Frühgeschichte der Bundesrepublik Deutschland (1949-1965). In: Thomas Elkeles (Hrsg.): Prävention und Prophylaxe. Theorie und Praxis eines gesundheitspolitischen Grundmotivs in zwei deutschen Staaten 1949-1990. Berlin 1991, S. 129-158, hier S. 130.

28 BA Koblenz, B 142/4042, Entwurf zu einer Begründung zum Gesetz über die vorbeugende Gesundheitsfürsorge für Mütter, Kinder und Jugendliche, Januar 1956.

29 Ebenda.

30 Reichsgesetzblatt 1934 I, S. 531.

31 Manger-Koenig, Öffentlicher Gesundheitsdienst, S. 440.

32 Manger-Koenig, Öffentlicher Gesundheitsdienst, S. 436.

33 Vgl. Naschold, Frieder: Kassenärzte und Krankenversicherungsreform. Zu einer Theorie der Statuspolitik. Reihe Sozialwissenschaft in Theorie und Praxis. Freiburg 1967, S. 139.

Bundestags zum Gesetz über das Kassenarztrecht hatte bereits 1955 in diese Richtung gewiesen und festgestellt,

„daß das Anliegen des Arztes sich mit der Heilung nicht erschöpft. Es ist vielmehr mit der Verhütung von Krankheit und der Festigung und Verbesserung des Gesundheitszustandes notwendig und untrennbar verbunden. Der Bundestag ersucht in dieser EntschlieÙung die Bundesregierung, der Gesundheitsvorsorge innerhalb der ärztlichen Versorgung der Bevölkerung das besondere Augenmerk zuzuwenden.“³⁴

Die niedergelassenen Ärzte sahen sich auch in den nächsten Jahren in einem Kampf zwischen „Staatsmedizin“ und „freier Ärzteschaft“ und wollten ihren Aufgabenbereich vergrößern.³⁵ Der zunehmende Einfluss der niedergelassenen Ärzte zeigt sich in den verschiedenen Entwürfen für das Gesetz zur vorbeugenden Gesundheitsfürsorge. 1952 war noch vorgesehen, dass die Gesundheitsfürsorge für schwangere Frauen, also Untersuchung, Beratung und Betreuung, gänzlich von den Gesundheitsämtern durchgeführt werden sollte.³⁶ In der Folge kann man bei den verschiedenen Entwürfen eine deutliche Verschiebung beobachten: Die Aufgaben der vorbeugenden Gesundheitsfürsorge sollten nicht mehr allein durch die Gesundheitsämter wahrgenommen werden, sondern in erster Linie von den freien Ärzten. Im Referentenentwurf des Gesetzes von 1955 lassen sich diese Veränderungen bereits nachvollziehen. Hier hieß es nun:

„Jede Frau ist berechtigt, dreimal während der Schwangerschaft und einmal nach dem Wochenbett eine kostenlose ärztliche Untersuchung nach dem Stand der Wissenschaft in Anspruch zu nehmen. Soweit die Kosten dieser Untersuchungen nicht von der Sozialversicherung gewährt werden, trägt sie das Gesundheitsamt. Die Wahl des untersuchenden Arztes ist frei. Die Sozialversicherungsträger können ihre Leistungen von der Durchführung dieser Untersuchungen abhängig machen. Die Gesundheitsämter richten Schwangerenberatungsstellen unter fachärztlicher Leitung ein. Ihre Aufgaben sind kostenlose Schwangerschaftsuntersuchungen auf Wunsch der Frau, ergänzende fachärztliche Untersuchungen, Mutterschulung in Schwangerschaftshygiene und Säuglingspflege, Vermittlung sozialer Hilfeleistungen, Organisation von Wochenpflege und Hauspflege in Verbindung mit der öffentlichen und privaten Fürsorge.“³⁷

Warum sich gerade die niedergelassenen Ärzte in diesem Bereich so profilieren konnten, hat verschiedene Gründe: Die Ärzte trafen mit ihren Argumenten gegen „Staatsmedizin“ bei der Bundesregierung auf offene Ohren: die öffentliche Gesundheitspolitik in der Bundesrepublik war stark zersplittert und relativ machtlos. Die konservative Bundesregierung wollte sich einerseits auf keinen Fall in die Nähe der nationalsozialistischen Gesundheits- und Rassenpolitik begeben und sich andererseits deutlich von dem staatlichen Gesundheitssystem der DDR abgrenzen. Dazwischen hatten Konzeptionen wie das Gesetz zur Gesundheitsfürsorge, das letztlich doch keine neuen Lösungen bot, sondern auf traditionelle Konzepte der Fürsorge zurückgriff, wenig Raum. Die Übergabe der Gesundheitsvorsorge an die Ärzteschaft bot sich als Lösung an. Außerdem betrieb die CDU-geführte Bundesregierung ohnehin eine gegenüber den niedergelassenen Ärzten eher freundliche Politik, da diese als Freiberufler und Mittelstand zur traditionellen Klientel der Partei gehörten. Dies begünstigte zusätzlich die Richtungsentscheidung der Bundesregierung.

34 Zitiert nach Manger-Koenig, Öffentlicher Gesundheitsdienst, S. 437.

35 Doerks, G.: Vom Spannungsfeld der Ärzteschaft. Ein soziologischer Beitrag zum Verhältnis zwischen den praktizierenden Ärzten und dem öffentlichen Gesundheitsdienst. In: Ärztliche Mitteilungen 42 (1957), S. 710-713, hier S. 710.

36 BA Koblenz, B 142/4042, handschriftlicher Entwurf Hagens zum Gesetz über die vorbeugende Gesundheitsfürsorge von 1952.

37 BA Koblenz, B 142/4042, Referentenentwurf zum Gesetz über die vorbeugende Gesundheitsfürsorge vom April 1955.

3. Das Scheitern des Entwurfs und die weitere Entwicklung

Der Gesetzentwurf, der unter den geschilderten Bedingungen entstand, stieß selbst nach vielen Änderungen noch 1955/56 im Innenministerium auf großen Widerstand.³⁸ Kontroverse Punkte wurden noch im Februar 1956 bei einer Besprechung im Ministerium diskutiert:³⁹ Hagen bestand damals auf der Notwendigkeit des Gesetzes zur vorbeugenden Gesundheitsfürsorge und betonte die Rückständigkeit Deutschlands gegenüber anderen europäischen Ländern auf dem Gebiet der Prävention und Prophylaxe. Das Gesetz sollte endlich eine Initialzündung für eine einheitliche Gesundheitsfürsorge im Bundesgebiet geben. Die Ministerialbeamten der anderen Abteilungen hielten allerdings fast alle das Hagensche Gesetz auch in der Fassung von 1956 für noch zu „gesundheitsamt-freundlich“. Sie forderten, dass man die Aufgaben der Gesundheitsämter noch deutlicher auf die Beratung beschränken und der freien Ärzteschaft mehr Aufgaben überlassen solle. Es konnte letztlich keine Einigung erzielt werden.⁴⁰

Hagen wurde schließlich am 1.7.1956 zum Präsidenten des Bundesgesundheitsamtes ernannt und schied aus dem Innenministerium aus. Sein Entwurf verschwand in der Schublade.⁴¹ Auf eine Anfrage, was denn aus dem Gesetz zur vorbeugenden Gesundheitsfürsorge geworden sei, antwortete 1957 ein Referent aus Hagens früherer Abteilung, dass gegen den von Hagen vorgelegten Referentenentwurf schwerwiegende sachliche und verfassungsrechtliche Bedenken bestünden. Mittlerweile würden andere Gesetzesvorhaben bearbeitet.⁴² Mit dem Scheitern dieses Gesetzesvorhabens war auch das „klassische Konzept der Gesundheitsfürsorge“⁴³ gescheitert, das darauf zielte, Gruppen besonders gefährdeter Personen, also hier die Schwangeren und Säuglinge, vor Gesundheitsgefahren zu schützen.

Weitere Versuche, die Frage der Gesundheitsvorsorge und die Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienst neu zu ordnen, entstanden im Zusammenhang mit der von der Bundesregierung seit 1955 verfolgten „Sozialreform“. Damit sollte das Krankenversicherungsrecht neu geregelt werden, aber auch eine Neuordnung des Gesundheitswesens insgesamt wurde in Betracht gezogen. 1955 fassten die für das Gesundheitswesen zuständigen Minister der Länder den Beschluss, dass die Aufgaben des öffentlichen Gesundheitswesens in jedem Fall im Zusammenhang mit der Sozialreform berücksichtigt und neu definiert werden müssten. Allerdings wurde nun postuliert, dass die Probleme der öffentlichen Gesundheitsfürsorge in enger Zusammenarbeit mit der freien Ärzteschaft gelöst werden sollten.⁴⁴

In den nächsten Jahren wurde nun auf verschiedensten Ebenen auch das Problem der Prävention von Krankheiten diskutiert. Anfangs schien es noch offen, ob die Leistungen der Vorsorge gemeinsam von der gesetzlichen Krankenversicherung und den Kassenärzten oder teilweise vom öffentlichen Gesundheitsdienst übernommen werden sollten.⁴⁵ Die Unkeler Arbeitstagung, ein Beratungsgremium des Arbeitsministeriums, plädierte 1955 beispielsweise für einen starken Ausbau der Schulgesundheitspflege und der öffentlichen Beratungsstellen.⁴⁶ Dies fand allerdings kaum Anklang. Eine grundlegende Reform mit einer

38 BA Koblenz, B 142/4043, Abteilung Ic an Abteilung IV vom 23. Juli 1955.

39 BA Koblenz, B 142/4043, Vermerk über die Besprechung des Entwurfes eines Gesetzes über die vorbeugende Gesundheitsfürsorge für Mütter, Kinder und Jugendliche mit den beteiligten Referaten am 24. Februar 1956.

40 BA Koblenz, B 142/4043, Vermerk über die Besprechung des Entwurfes eines Gesetzes über die vorbeugende Gesundheitsfürsorge für Mütter, Kinder und Jugendliche mit den beteiligten Referaten am 24. Februar 1956.

41 BA Koblenz, B 142/369, Referat IV A 3 an Referat I C 6 vom 18.1.1957.

42 BA Koblenz, B 142/369, Referat IV A 3 an Referat I C 6 vom 18.1.1957.

43 Labisch/Tennstedt, Prävention, S. 143.

44 Daniels, Josef: Sozialreform und öffentlicher Gesundheitsdienst. In: Der öffentliche Gesundheitsdienst 18 (1956) S. 161-173, hier S. 161.

45 Labisch/Tennstedt, Prävention, S. 144-145.

46 Neuordnung der sozialen Leistungen. Ergebnisse der Arbeitstagung des Beirats für die

starken Kommunalisierung der Sozial- und Gesundheitsdienste, die weit über das Hagensche Konzept hinausging und einen wirklichen Neuanfang bedeutet hätte, befürwortete der SPD-Sozialpolitiker Walter Auerbach, der sich in zahlreichen Schriften mit der Sozialreform auseinandersetzte.⁴⁷ Er schlug eine Zusammenfassung der Leistungen der Versicherungsträger wie auch des öffentlichen Gesundheitswesens in einer „Sozialgemeinde“ vor, die auf kommunaler Ebene verwaltet werden sollte.⁴⁸ Er plädierte grundsätzlich für einen umfassenden „Gesundheitsdienst“ und eine bessere Zusammenarbeit zwischen kurativer und präventiver Medizin und kritisierte in diesem Zusammenhang besonders die Haltung der deutschen Ärzteschaft:

„Eine eigentliche Gesundheitsvorsorge gibt es in Deutschland bisher nicht. Ursächlich spielt unter den Hemmnissen eine wesentliche Rolle die Haltung der praktizierenden Ärzte, die gegenüber den Einrichtungen der Krankenversicherung wie gegenüber dem Öffentlichen Gesundheitsdienst eine Haltung steter Abwehr gegen vermeintliche oder tatsächliche Versuche zu Einbrüchen in den Bereich der ambulanten Behandlung nie überwunden haben. Spannungen zwischen praktizierenden Ärzten und öffentlichen Einrichtungen gibt es auch in anderen Ländern. Trotzdem ist in vielen westlichen und nördlichen Ländern die Verlagerung der Arbeit auf eine praktisch alle Schichten der Bevölkerung erfassende Gesundheitserziehung, Gesundheitspflege, Gesundheitsvorsorge zu großen Teilen erfolgt.“⁴⁹

Auerbachs umfassende Reformvorschläge konnten sich in den 1950er Jahren jedoch nicht durchsetzen. Gegen den vehementen Widerstand der Ärzteschaft hatten die Ansätze keine Chancen. Auch wenn Auerbachs Konzepte deutlich innovativer als Hagens Gesetzesentwurf waren und sich weit von den problematischen Traditionen der deutschen Fürsorge entfernt hatten, wurden auch diese in den zuständigen Ministerien abgelehnt, da man sich mittlerweile generell von einem Ausbau des öffentlichen Gesundheitsdienstes abgewandt hatte. Ende der 1950er Jahre ging die Tendenz dahin, die Vorsorge in die Neuregelung des Kassenrechts einzubeziehen.⁵⁰ Letztlich setzte sich dann die komplette Aufnahme der Vorsorge in die Leistungen der Krankenversicherung und damit die Übernahme durch die freie Ärzteschaft durch. Die Schwangerenvorsorge wurde 1965 in die Kassenleistungen aufgenommen, die Vorsorge für Säuglinge und Kinder 1970.⁵¹

4. Schluss

Der Versuch, das öffentliche Gesundheitswesen mit dem Gesetz zur vorbeugenden Gesundheitsfürsorge auf eine neue Grundlage zu stellen, scheiterte also aus verschiedenen Gründen: Zur fehlenden Auseinandersetzung mit problematischen Traditionen und daher den zu geringen Impulsen für eine wirklich grundlegende Neuausrichtung der Gesundheitsvor- und -fürsorge kam andererseits auch das rechtliche Problem der unklaren Kompetenzzuweisung im bundesdeutschen Gesundheitswesen durch das Grundgesetz und schließlich die starke Ausrichtung der Politik der konservativen Adenauer-Regierung an der freien Ärzteschaft. Mit der Übernahme der Gesundheitsvorsorge in die Leistungen der Kassen und der Zuweisung an die freie Ärzteschaft erlitt der öffentliche Gesundheitsdienst in den folgenden Jahren und Jahrzehnten einen zunehmenden Funktionsverlust.

Neuordnung der sozialen Leistungen am 3. und 4. Oktober in Unkel am Rhein. In: *Bundesarbeitsblatt* 1955, S. 1038-1039.

47 Vgl. Auerbach, Walter u.a.: *Sozialplan für Deutschland*. Berlin, Hannover 1957; Ders.: „Modell“ eines Sozialplanes – eine Skizze. In: *Die Krankenversicherung* 4 (1952), S. 106-110; Ders.: *Beiträge zur Sozialpolitik*. Neuwied, Berlin 1971.

48 Auerbach, *Modell*, S. 109.

49 Auerbach u.a., *Sozialplan*, S. 37.

50 Manger-Koenig, *Öffentlicher Gesundheitsdienst*, S. 438.

51 *Bundesgesetzblatt* 1965 I, Gesetz zur Änderung des Mutterschutzgesetzes und der Reichsversicherungsordnung, S. 917; *Bundesgesetzblatt* 1970 I, Gesetz zur Weiterentwicklung des Rechts der Gesetzlichen Krankenversicherung, S.1770-1773.

ULRIKE LINDNER
Universität der Bundeswehr München
Fakultät für Sozialwissenschaften
Historisches Institut
Werner-Heisenberg-Weg 39
85579 Neubiberg
E-Mail: ulrike.lindner@unibw.de

BRIGITTE MICHEL

Gesundheitsförderung und Prävention im Alter – von der Weimarer Republik bis in die Gegenwart

Einleitung

Bestrebungen, die Gesundheit und Leistungsfähigkeit der Menschen durch gesundheitsfördernde oder krankheitsvorbeugende Maßnahmen zu erhalten, sind ebenso alt wie die Menschheit, auch wenn sie oft durch religiöse oder philosophische Ausschmückungen kaum zu erkennen sind. Doch es sind vor allem Kinder und junge Menschen sowie deren Erziehende, die Zielgruppen entsprechender Vorschläge und Programme werden. Maßnahmen, die wir heute als Gesundheitsförderung und Prävention bezeichnen, werden in der Regel in jeder geschichtlichen Epoche als positive Ansätze zur Gesunderhaltung erkannt und gefördert, wenn die zu fördernde Personengruppe noch den Großteils ihres Lebens vor sich hat.

Wie aber sieht es mit Bemühungen zu Prävention und Gesundheitsförderung in einer späteren Lebensphase des Menschen aus, zu welcher der größte Teil des Lebens schon gelebt wurde? Welchen Stellenwert hatten und haben Gesunderhaltung und Gesundheitsförderung in einem Alter, in dem der Mensch nicht mehr im aktiven Arbeitsprozess steht?

Dieses institutsinterne Forschungsprojekt über Gesundheitsförderung und Prävention in Alter untersucht thematisierte, verbreitete und durchgeführte gesundheitsfördernde und gesund-erhaltende Maßnahmen für die Zielgruppe der alten Menschen auf der Grundlage der jeweils herrschenden Alternstheorien für den Zeitraum von der Weimarer Republik bis hin in die Gegenwart auf der Grundlage zeitgenössischer Quellen.

Für den Zeitraum von 1949-1990, der hier ebenfalls kurz dargestellt werden soll, werden ausschließlich Ergebnisse aus der ehemaligen BRD Berücksichtigung finden, da das entsprechende Material aus der DDR noch nicht vollständig zur Verfügung steht.

Die Gruppe der alten Menschen – eine Randgruppe der Gesellschaft

Die Gruppe der alten Menschen stellt seit jeher eine Randgruppe in der Gesellschaft dar, denn der alte Mensch ist im herkömmlichen Sinne nicht mehr produktiv, seine Kräfte lassen nach, er trägt nicht mehr zur Reproduktion und zum Zuwachs der gesellschaftlichen Ressourcen bei. Damit ist der Sinn seines Daseins nicht mehr offensichtlich. Dabei ist es unerheblich, ob er im Mittelalter lebte und ab dem Zeitpunkt als alt galt, zu dem er sich nicht mehr alleine versorgen konnte oder ob er zu Anfang des 21. Jahrhunderts lebt. Wer aus Altersgründen aus dem Produktionsprozess ausschied und ausscheidet, der wird von der Gesellschaft zur Gruppe der alten Menschen gezählt.¹

Doch es ist nicht allein der Verlust an gesellschaftlich relevanten Fertigkeiten und Fähigkeiten, die den sichtbar und spürbar alternden Menschen in eine soziale Randposition gleiten lassen, es ist auch die Veränderung des äußeren Erscheinungsbildes, die ihn aus der Mitte des gesellschaftlichen Lebens ins Abseits stellt. Mit dem Verlust an Attraktivität und den körperlichen Folgen des Alterns wird der alte Mensch im günstigsten Falle „unsichtbar“, im schlimmsten Falle stößt er bei seinen Mitmenschen auf Widerwillen und Ekel.²

Doch auch die Gruppe der alten Menschen ist nicht einheitlich. Seit Beginn des industriellen Zeitalters kann von einer Dichotomisierung und Spaltung des höheren Lebensalters gesprochen werden, die je nach Epoche und Gesellschaftssystem von unterschiedlicher Ausprägung und Bedeutung war und ist, aufgrund der unterschiedlichen gesellschaftlichen

1 Borscheid, Peter: Geschichte des Alters – 16.-18. Jahrhundert. Studien zur Geschichte des Alltags. Münster 1987.

2 Hazan, Haim: Körperbild und sozialer Kontext. In: G. Göckenjahn, H.J von Kondratowitz (Hrsg.): Alter und Alltag. Frankfurt/M. 1988.

Systeme mit ihren konsekutiven sozialen Bedingungen in den verschiedenen Epochen aber nicht übertragbar ist.³ Das ist die Zweiteilung in diejenigen alten Menschen, die mobil und in der Lage sind, sich selbst zu versorgen und diejenigen alten Menschen, die auf Betreuung und Pflege angewiesen sind. So sprach man im 19. Jh. und zum Beginn des 20. Jh. von den rüstigen und den gebrechlichen Alten, zur Zeit des Nationalsozialismus von den verehrten/produktiven und den unproduktiven/lebensunwerten Alten, später dann von den jungen/alten Alten, vom 3. und 4. Alter und in der neuesten sozialwissenschaftlichen Diskussion vom autonomen/abhängigen Alter.⁴

Die Grundlagen dieser Kategorienbildungen sind in den zu den jeweiligen Zeiten gültigen Alternstheorie zu suchen. In der überwiegenden Zahl der unterschiedlichen geschichtlichen Epochen war ein Defizitmodell des Alterns vorherrschend, d.h. Altern und damit auch das Alter wurden gleichgesetzt mit Abbau, Verlust und Reduktion der Lebensmöglichkeiten.⁵ Erst in den letzten Jahren hat man das Lern- und Entwicklungspotential erkannt, das auch im Alter noch vorhanden ist und das Defizitmodell hat sich in noch genauer zu definierenden Bereichen hin zu einem Aktivitäts- und Kompetenzmodell entwickelt.⁶

Ein weiterer Grund für diesen Wandel in der Wahrnehmung von Altern und Alter liegt jedoch auch im demografischen Aufbau der Bevölkerung. Bis ins 20. Jahrhundert hinein gab es sehr wenige alte Menschen, die durchschnittliche Lebenserwartung war sehr niedrig. Erst seit Beginn des 20. Jahrhunderts begann durch die allgemeine Hygienebildung, den Rückgang der Infektionskrankheiten und die allgemein besseren medizinischen Versorgung sowohl die durchschnittliche Lebenserwartung zu steigen⁷ als auch der Anteil alter Menschen an der Gesamtbevölkerung, wobei an dieser Stelle noch einmal darauf hingewiesen sei, dass die maximale Lebenszeit der Menschen sich nicht erhöht hat. Schon aus der Antike sind Menschen bekannt, die ein Lebensalter von über 100 Jahren erreichten.⁸

Tabelle 1: Anteil der über 65-Jährigen an der Gesamtbevölkerung vom 1910 an

| | Anteil der über 65-Jährigen an der Gesamtbevölkerung (%) | Anteil der über 80-Jährigen an der Gesamtbevölkerung (%) | Anteil der über 95-jährigen an der Gesamtbevölkerung (%) |
|-------------|---|---|---|
| 1910 | 5,0320 | 0,4881 | 0,0023 |
| 1925 | 5,7580 | 0,5359 | 0,0021 |
| 1933 | 7,0937 | 0,7104 | 0,0028 |
| 1939 | 7,9151 | 0,8231 | 0,0037 |
| 1950 | 9,4305 | 1,0030 | 0,0384 |
| 1970 | 13,8077 | 1,9681 | 0,0169 |
| 2001 | 17,0617 | 3,9359 | 0,1528 |

3 Kondratowitz, Hans-Joachim von: Konjunkturen des Alters: die Ausdifferenzierung der Konstruktion des „höheren Lebensalters“ zu einem sozialpolitischen Problem. (= Beiträge zur sozialen Gerontologie, Sozialpolitik und Versorgungsforschung, 11). Regensburg 2000.

4 Ebd.

5 Backes, Gertrud M. u. Clemens Wolfgang: Lebensphase Alter. Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Altersforschung. Weinheim, München 1998.

6 Kruse, Andreas: Gesund altern – Stand der Prävention und Entwicklung ergänzender Präventionsstrategien. Bericht an die Bundesvereinigung für Gesundheit e.V., Mai 2002.

7 Haug, Christoph V.: Gesundheitsbildung im Wandel. Bad Heilbronn/Obb. 1991.

8 Nühlen-Graab, Maria: Philosophische Grundlagen der Gerontologie. Heidelberg, Wiesbaden 1990.

Wie aber sahen nun die geforderten und verbreiteten Maßnahmen zur Gesundheitsförderung, Vorbeugung, Vorsorge im Lebensabschnitt Alter in den Epochen der Weimarer Republik und des Nationalsozialismus aus? Gab es sie denn überhaupt?

Weimarer Republik: Gesundheitsfördernde und gesunderhaltende Maßnahmen

Noch nach dem Ersten Weltkrieg nehmen die beiden Alternstheorien von der Lebenskurve und die Lebenskraftaufbrauchtheorie mit der daraus resultierenden Vorstellung von der Altersschwäche Einfluss auf die diesbezügliche medizinische Diskussion. Die schon in früheren Jahrzehnten begonnene Medikalisierung des Alters, d.h. die ausschließliche Wahrnehmung des Alters als Krankheit, der man nur auf medikamentösem Wege begegnen kann, schritt weiter voran, allgemein konkurrierten individual-medizinisch-kurative Konzepte mit bevölkerungsmedizinischen Ansätzen.⁹

Der ohnehin in der Weimarer Republik sehr schlechte Gesundheitszustand der Bevölkerung war durch die wirtschaftlichen Krisenjahre - Inflation 1922/23 und Weltwirtschaftskrise 1929 – zusätzlich starken Schwankungen unterworfen¹⁰, obwohl sowohl Maßnahmen zu Verhaltens- und Verhältnisprävention in Teilbereichen des Gesundheitswesens gesetzlich eingeführt wurden und die sozialhygienische Aufklärung, die von zahlreichen Organisationen und Institutionen betrieben wurde und in der Medien wie Vorträge, Filme und Plakate zur Anwendung kamen, jetzt auch breite Bevölkerungsschichten erreichte.¹¹

Die Recherchen im Rahmen des Forschungsprojektes haben jedoch bis zum heutigen Stand keine sozialhygienischen Aufklärungsmaterialien zu Tage bringen können, die sich direkt an eine Zielgruppe „alte Menschen“ wandten. Die alten Menschen wurden weder auf den zahlreichen, auch auf lokal-bezirklicher Ebene durchgeführten Hygiene- oder Gesundheitsausstellungen noch in den Mitteilungsblättern von Verbänden oder Vereinen explizit als Zielgruppe genannt. Zielgruppen waren u.a. junge Familien, Schwangere oder Schulkinder. Und doch waren aber auch die nicht mehr im herkömmlichen Sinne produktiven Menschen, solange sie mobil waren, nicht von den allgemeinen Gesundheitsmaßnahmen ausgeschlossen.¹² Im Berliner Bezirk Kreuzberg z.B. konnten Klein- und Sozialrentner kostenlos die Bäder- und Brausenabteilungen des Stadtbades besuchen und sie konnten mit einer entsprechenden Verordnung des Wohlfahrtsarztes auch kostenlos Massagen in Anspruch nehmen¹³, wenngleich es aber auch diese Bevölkerungsgruppe war, die als erste Einsparungs- und Reglementierungsaufgaben zu spüren bekam (so wurde 1930 der zeitlich unbegrenzte Bäderzugang für die Gruppe der Sozial- und Kleinrentner zurückgenommen und es wurden zeitliche Beschränkungen eingeführt).

Auch waren es die nicht (mehr) arbeitsfähigen Menschen, bei denen Einschränkungen in der orthopädischen und in der zahnärztlichen Versorgung durchgesetzt wurden. Unter dem Druck der immer knapper werdenden finanziellen Ressourcen wird im Jahre 1931 beispielsweise die Verfügung erlassen, dass Zahnersatz und orthopädische Geräte vom Amt für Wohlfahrtspflege nur noch dann gewährt werden sollten, wenn dadurch die Arbeitsfähigkeit erhalten oder wiederhergestellt werden konnte.¹⁴

So stehen sich in den Endjahren der Weimarer Republik die konservative aber finanziell nicht mehr haltbare Position der traditionellen Fürsorge, Wohlfahrtspflege und Gesund-

9 Haug, Gesundheitsbildung.

10 Kossatz, Edda: Die Gesundheitspolitik Preußens im Spiegel der stenographischen Verhandlungsberichte des Preußischen Landtags während der Weimarer Republik. Diss. Humboldt-Universität zu Berlin 1978.

11 Gidalewitsch, Nahum: Bildbericht und Presse. Ein Beitrag zur Geschichte und Organisation der illustrierten Zeitungen. Diss. Basel 1956, Tübingen (ohne Verlag) 1956.

12 Kossatz, Gesundheitspolitik.

13 Soziale Fürsorge im Verwaltungsbezirk Kreuzberg: Mitteilungsblatt. Berlin: Bezirk Kreuzberg Band 5 1929/30 (1930); Band 6 1930/31 (1931)

14 Ebd.

heitsförderung mit Förderung und Unterstützung der Schwachen und Unproduktiven und die sich ständig radikalierende Forderung nach einer Neustrukturierung der Sozial- und Gesundheitspolitik unter bevölkerungspolitischen Gesichtspunkten gegenüber.¹⁵

Folgende Abbildung zeigt die Anzahl der Beiträge der deutschen Zeitschriftenliteratur, die in den Jahren 1919 bis 1932 zum Thema „Alter“ erschienen sind.¹⁶ Die Beiträge lassen sich durch Kategorienbildung nach Mayring in folgende Sparten kategorisieren: Finanzielle Absicherung, Pathologie, philosophische und religiöse Fragen, demographische Aspekte, Fürsorge/Unterbringen, spezielle medizinische Probleme, Maßnahmen gegen das Altern, soziale Probleme.

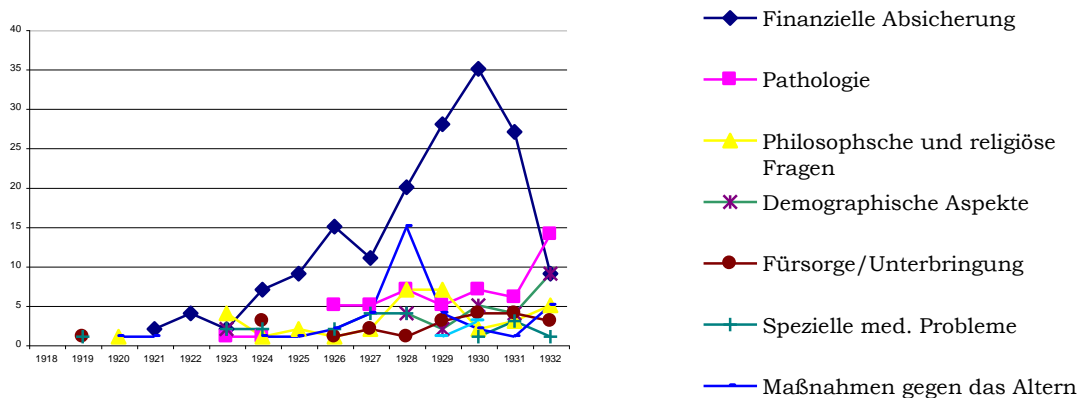


Abb. 1: Beiträge der deutschen Zeitschriftenliteratur zum Stichpunkt „Alter“ in den Jahren

Anhand dieser Abbildung lässt sich deutlich erkennen, dass die Gesundheitsförderung von Menschen höheren Alters den Verhältnissen und Problemen entsprechend nicht im Mittelpunkt des gesellschaftlichen Interesses standen. Der Vorsitzende der Reichsgemeinschaft von Hauptverbänden der freien Wohlfahrtspflege drückt es in seiner Erklärung zur „Altershilfe des deutschen Volkes“ folgendermaßen aus: „Die harte Not der Zeit bringt es mit sich, dass unser Interesse sich stärker den Teilen der Bevölkerung zuwendet, die als Träger der Produktivkraft jetzt oder später unser darniederliegendes Wirtschaftsleben in die Höhe bringen sollen.“¹⁷ In Bezug auf das Alter war es von zunehmender Wichtigkeit, die ökonomische Sicherung sowie die Unterbringung und Pflege einer in einem Maße ansteigenden Zahl von alten Menschen zu organisieren und zu finanzieren, so dass in dieser Epoche erstmals eine Auseinandersetzung über die Position des höheren Lebensalters in der Sozial- und Gesundheitspolitik überhaupt sichtbar wurde.

Ausdruck dieser Entwicklung war die Gründung der „Altershilfe des Deutschen Volkes“ im Jahr 1921 als dem ersten Beispiel einer national organisierten Kampagne zur Unterstützung notleidender alter Menschen, die zwar begleitet wurde von einer gesamtgesellschaftlich ausgerichteten Thematisierung spezieller Lebensführungsprobleme im Alter, die jedoch die soziale nicht aber die direkt präventiv ausgerichtete Perspektive einnahm.¹⁸ Maßnahmen zur Bekämpfung des Alters wurden nur in Zeiten relativer wirtschaftlicher Konsolidierung thematisiert und sind durch z.B. Themen wie die damals aufkommende Hormontherapie von Steinbach vollständig der Medikalisierung des Alters unterworfen und von der gesellschaftlichen-gesundheitspolitischen Verantwortung auf die individuelle d.h. private

15 Sachße, Christoph und Tennstedt, Florian: Der Wohlfahrtsstaat im Nationalsozialismus. Stuttgart, Berlin, Köln 1992.

16 Dietrich, Felix und Dietrich Reinhard (Hrsg.): Bibliographie der deutschsprachigen Zeitschriftenliteratur 1918-1932. Osnabrück, New York 1964.

17 Kondratowitz, Konjunktoren.

18 Kondratowitz, Konjunktoren.

Ebene gehoben¹⁹. In wirtschaftlich problematischen Zeiten spielte das Thema nur eine untergeordnete oder gar keine Rolle.

Von einer Gesundheitsvorsorge im Alter, also von Prävention und Gesundheitsförderung im von uns verstandenen Sinn kann für diesen Zeitabschnitt für die Lebensphase des Alters nicht gesprochen werden.

Nationalsozialismus: Gesundheitsfördernde und gesunderhaltende Maßnahmen

Die weltanschaulichen Grundlagen des Nationalsozialismus und damit auch der nationalsozialistischen Gesundheitsführung bedienten sich der sozialdarwinistischen Theorienbildung. Im Gegensatz zum Darwinismus lehnten die Sozialdarwinisten einen humanitären Aspekt der Auslese beim Menschen ab, demzufolge wurde, Gesundheits- und Sozialpolitik primär verstanden als Instrumente der Produktion des „gesunden Volkskörpers der Zukunft“, als „Auslese der Starken“ u.a. auch damit verbunden, dass die Schwachen und Kränklichen auf der Strecke bleiben sollten und mussten.²⁰

Das Bezugssystem für Gesundheit war traditionell die einzelne Person gewesen. Deren Befinden und Leistung hatte im Mittelpunkt des therapeutischen und präventiven Bemühens gestanden, die Gesundheit des Einzelnen aber auch als soziales Gut der Gesellschaft angesehen. Das neue Bezugssystem nun war das „Volk der Zukunft“ als Ganzes. Dieses gesunde Volk der Zukunft, dessen Einzelindividuen u.a. das Qualitätsmerkmal der physischen Stärke aufweisen sollte, sollte durch positive und auch negative Maßnahmen (Ausmerze „Minderwertiger und Schwacher“) zum Entstehen gebracht werden.²¹ In diesem „Entstehungsprozess“ war auch kein Platz mehr für zwar den rassistischen Kriterien entsprechenden aber alten nicht mehr arbeits- und nicht mehr reproduktionsfähigen Menschen., so dass galt, dass das Recht zum Leben endet, wenn die Kraft zum Kampf um die eigene Gesundheit nicht mehr vorhanden war.

Im Prinzip wurden zwar alle Alters- und Bevölkerungsgruppen durch die nationalsozialistische Gesundheitserziehung erfasst, doch konzentrieren sich die Aktivitäten im Wesentlichen auf das erste Lebensdrittel und die darauffolgende Zeit der Produktivität, der Präventionsschwerpunkt lag ganz deutlich bei den Gesunden und Leistungsfähigen der sogenannten „Elite“.²²

Ein besonderer Stellenwert in der Verwirklichung der Prämisse der Gesundheit kam dabei neben dem öffentlichen Gesundheitsdienst der betrieblichen Gesundheitsführung zu, hier aber unter dem primären Aspekt der Leistungssteigerung und längstmöglichen Erhaltung der Arbeitsfähigkeit des Einzelnen. Insbesondere nach ca. 1937, als der zunehmende Arbeitskräftemangel die Notwendigkeit der Verlängerung der Lebensarbeitszeit in den Vordergrund rückte, trat diese Instanz in den Fokus des staatlichen Interesses.²³

Aus dem Amt der Deutschen Arbeiterfront (DAF) "Gesundheit und Volksschutz" verlautete, dass "...der Arbeiter vom 40. Lebensjahr an der Allgemeinheit (aus Altersgründen) schon wieder zur Last fällt". Aufgabe der betrieblichen Gesundheitsführung sollte es sein, durch präventive und gesundheitsfördernde Maßnahmen diese Spanne des Leistungsabfalls so kurz wie möglich und den alters- und kräftebedingten Leistungsabfall so gering wie möglich zu halten. Als Ziel der Gesundheitsführung wurde daher der Zustand angestrebt, dass der Zeitpunkt des allmählichen Kräfteschwunds kurz vor dem Eintritt des physiologischen Todes lag und der endgültige Kräfteverfall mit ihm zusammen fiel. Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen im höheren Lebensalter galten somit einzig und allein den noch

19 Conrad, Christoph und Hans-Joachim von Kondratowitz: Zur Kulturgeschichte des Alterns – Toward a Cultural History of Aging. Deutsches Zentrum für Altersfragen e.V. Berlin 1993.

20 Soziale Fürsorge im Verwaltungsbezirk Kreuzberg: Mitteilungsblatt. Berlin: Bezirk Kreuzberg Band 5 1929/30 (1930) / Band 6 1930/31 (1931)

21 Sachße/Tennstedt, Wohlfahrtsstaat.

22 Henner, Günter: Quellen zur Geschichte der Gesundheitspädagogik. Würzburg 1998.

23 Haug, Gesundheitsbildung.

im Arbeitsprozess Stehenden und dienten ausschließlich der Erhaltung der Arbeitskraft zugunsten des Volkskörpers.²⁴

Erst für die Zeit nach dem Endsieg war von der DAF ein Gesundheits- und Altersversorgungswerk geplant, das u.a. eine Grund- und Gesundheitsversorgung für– nach rassenhygienischen Gesichtspunkten ausgewählte - alte und invalide Männer und Frauen vorsah.²⁵

Systematische wertfreie Altersforschung wird in Deutschland in dieser Periode des Nationalsozialismus nicht betrieben.²⁶

Dabei lassen sich für diese Zeit insgesamt zwei unterschiedliche Phasen des öffentlich-offiziellen Umgangs mit dem Alter identifizieren, wobei tendentiellen Richtungen beider Phasen in den unterschiedlichen Ausprägungen über die gesamte Zeit des Nationalsozialismus vorhanden waren. Da war zunächst die aktive Phase der zur Schau gestellten Förderung mit begleitendem Ehrenkodex der Jahre von ca. 1933 bis ca. 1941, die sich nach außen hin auch in der Einführung von sozialpolitischen Leistungen für das Alter widerspiegelte, wie die Einführung der Altersvorsorge für das Handwerk oder der Krankenversicherung für Rentner, die zum anderen aber auch eine systematische, auch den gesundheitserzieherischen Bereich umfassende Integrationsperspektive für das noch arbeitsfähige Alter umfasste.²⁷ Dieser Phase schloss sich dann die Phase der destruktiven Strategien von 1939-45. die exemplarisch am Aufruf zum Kampf gegen die Wohlfahrts-sentimentalität gerade im Falle des Alters verdeutlicht wird²⁸ und die dann letztendlich zum Massenmord auch an unzähligen alten Menschen führte. Eingeleitet wurde diese Phase durch die im Juni 1939 durchgeführte erste große nationale Konferenz zu „Altersfürsorge und Altersheimen“, an der zahlreiche Spitzenvertreter aus dem sozial- und gesundheitspolitischen Bereich teilnahmen. Ergebnis dieser Tagung war die Feststellung, dass die eigentliche Versorgung der alten Menschen innerhalb der Familie geschehen sollte, dass es aber für diejenigen Fälle, in denen dies nicht möglich sein würde, zwei verschiedene Arten von Heimen geben sollte, die für alte und gesunde und die für alte und kranke Menschen.²⁹ Eine bedeutende Rolle bei dieser Kategorisierung der alten Menschen fiel dem zentralisierten öffentlichen Gesundheitsdienst zu, dessen Aufgaben nun nicht mehr in der Gesunderhaltung der alten Menschen bestand, sondern der mehr und mehr selektorische Aufgaben auch bei dieser Personengruppe zu vollziehen hatte.³⁰

Gesundheitsvorsorge im Alter war während der Zeit des Nationalsozialismus also nur dann von einer gewissen Relevanz, wenn sie die den rassistischen Kriterien entsprechenden Personen betraf und wenn sie dazu beitragen sollte, die Arbeitsfähigkeit und Produktivität des Einzelnen bis ins weitmöglichst hohe Alter zu erhalten. Gesundheitsförderung und Prävention zum Wohle des Einzelnen entsprachen nicht der Ideologie.

Bundesrepublik: Gesundheitsförderung und Prävention

Nach dem Zweiten Weltkrieg fallen Prävention und Gesundheitsförderung in der Bundesrepublik aus gesundheitspolitischer Sicht in ein föderalistisches System der unterschiedlichsten Zuständigkeiten, der öffentliche Gesundheitsdienst tritt stark in den Hintergrund.³¹ Der Altersforscher Max Bürger definiert das Altern in einem allgemein-biologischen Sinn als

24 Kondratowitz, Konjunkturen.

25 Sachße/Tennstedt, Wohlfahrtsstaat.

26 Backes, Lebensphase Alter.

27 Kondratowitz, Konjunkturen.

28 AWI der DAF. Das Versorgungswerk des Deutschen Volkes. Entwurf und Motivierung. Berlin 1940.

29 Blätter der Wohlfahrtspflege in Württemberg. „Tagung betreffend Altersfürsorge und Altersheime“. 92, 1939.

30 Steinert, Heinz und Carola Sachse: Sozialpolitik als soziale Kontrolle. Hamburger Institut für Sozialforschung 1990.

31 Rosenbrock, Rolf: Gesundheitspolitik. Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health. Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Berlin 1998.

ein sich während des ganzen Lebens abspielender, dauernder Wandlungsprozess.³²

In Deutschland befasst sich der Philosoph Max Bloch mit dem Thema Alter, dessen einschneidendes Kennzeichen für ihn das Kriterium des Verlustes ist sowohl körperlicher Fähigkeiten als auch sozialer Bezüge ist. Das gesellschaftliche Verständnis vom alten Menschen ist von der Vorstellung eines großen Ruhebedürfnisses und der Suche nach Stille und Einsamkeit geprägt. Auch die allgemeine Vorstellung von der Altersschwäche hat noch kaum an Bedeutung verloren.³³

Erst Ende der sechziger Jahre tritt die Gesundheitsvorsorge auch im Alter in den Fokus öffentlichen Interesses und die ersten direkten Veröffentlichungen zum Thema erscheinen und es werden gleichzeitig die ersten Studien zum Thema durchgeführt.

1971 wird die Prävention in das Spektrum der GKV aufgenommen. Wie aus der Tabelle zu Anfang ersichtlich war, steigt die Lebenserwartung der Menschen in den nächsten Jahren kontinuierlich an, parallel dazu verkürzte sich die Lebensarbeitszeit.

Es besteht die Möglichkeit des Vorruhestandes und der Frühberentung und der Begriff der jungen Alten bzw. des Dritten Alters tritt in die öffentliche Diskussion, D.h. die Zweiteilung der Altersphase wird öffentlich wahrgenommen und damit eigentlich auch zementiert. Gleichzeitig setzt sich die Erkenntnis von den vorhandenen Lern- und Entwicklungspotentialen auch noch im hohen Alter durch, auch wenn das Risiko chronischer Erkrankungen zunimmt.³⁴

Das Altern an sich wird auf Grundlage von Biomedizin und Genetik als Alterungsprozess der Zelle gesehen, dem man mit Hilfe der Stammzellenforschung zu begegnen sucht. Das Altern ist kein pathologischer Prozess mehr sondern ein biochemischer, durch genetische Veranlagung bedingter, den man versucht mit biomedizinischen Mitteln beherrschen zu lernen.

Obwohl der Alterungsprozess auch in dieser Periode nicht aufgehalten werden kann, herrscht die Erkenntnis vor, dass seine spürbaren Auswirkungen durch entsprechende gesundheitliche Vorsorgemaßnahmen verlangsamt und gemildert werden können, und dass auch spät einsetzende gesundheitsfördernde Maßnahmen effektiv sind und dass es sich auch tatsächlich noch im Alter lohnt, mit solchen Maßnahmen zu beginnen.³⁵ Die Frage ist nun, wie derartige Erkenntnisse dann auch tatsächlich in die Praxis umgesetzt werden und ob sie tatsächlich auch die breite Masse, d.h. alle Schichten innerhalb der älteren Generation erreichen. Und hier hat sich nun gezeigt, dass es hauptsächlich die Gruppe der informierten jungen Alten ist, an die sich Angebote von Gesundheitsförderung und Prävention richten

So bieten Krankenkassen z.B. Kurse speziell für mobile ältere Menschen an zur Erhaltung dieser Mobilität. Von den 45 von der AOK Berlin angebotenen Gesundheitskursen richten sich allein 10, also 22,22 % direkt an Senioren.³⁶

Aber auch Werbung und Industrie haben diese mit einer durchschnittlich 3x so hohen Kaufkraft wie bei 19-49jährigen ausgestattete Gruppe als Zielgruppe erkannt. Auch wenn die allgemeine Werbung sich primär an 19-49jährige richtet, so werden doch vermehrt spezielle Produkte für die jungen Alten angeboten (Reisen, Fitnesskurse, spezielle Nahrungsergänzungsmittel).³⁷

Das Spektrum der empfohlenen Gesundheitsvorsorge umfasst dabei neben den Empfehlungen zu einer gesunden Ernährung, Sport und einem vernünftigen Umgang mit Genussmitteln als neuen Faktor die Weiterentwicklung der kognitiven Fähigkeiten. Für diese Gruppe des dritten Alters ist hier alternstheoretisch ganz deutlich das bestehende Defizitmodell durch ein

32 Ries, Werner. Max Bürger (1885–1966). Ausgewählte Texte. (= Klassiker der Medizin, 5). Leipzig 1985.

33 Bloch, Ernst: Das Prinzip Hoffnung. Frankfurt/M. 1970.

34 Kruse, Andreas: Gesund altern – Stand der Prävention und Entwicklung ergänzender Präventionsstrategien. Bericht an die Bundesvereinigung für Gesundheit e.V. Mai 2002.

35 Ebd.

36 Auskunft der AOK Berlin, Leitung Gesundheitsprogramme.

37 Kochhan, Christoph und Michael Jäckel: Als Zielgruppe anerkannt? Werbung mit älteren Menschen. medien praktisch 4, 2000.

Aktivitäts- oder Kompetenzmodell abgelöst worden.³⁸

Hier wird also ganz deutlich eine bestimmte, sich informierende und/oder kaufkräftige Zielgruppe angesprochen. Es besteht aber nachgewiesenermaßen eine starke soziale Ungleichheit in Bezug auf den gesundheitsbezogenen Informations- und Wissensstand sowie auf die Möglichkeiten, Maßnahmen auch individuell in Anspruch zu nehmen.

Ein massiver Anstieg der Gesundheitskosten durch die demografische Alterung der Gesellschaft wäre neuesten Studien zufolge aber nur dann zu befürchten, wenn die Entwicklung des Gesundheitszustandes der Gesamtpopulation der älteren Menschen negativ verlaufen würde und es nicht zu einem. Nur wenn diese Entwicklung verhindert werden kann, wird die Gesellschaft produktiven Lebensjahre gewinnen.³⁹

Problematisch sieht auch die Situation für die Menschen im 4. Alter, den alten oder abhängigen Alten aus. Gesundheitsförderung, Prävention sind in dieser Phase des Lebens kein Thema mehr. Von dem Augenblick an, wo die Stufe der Pflegebedürftigkeit erreicht ist, finden Präventions- und Gesundheitsförderungsansätze kaum eine Berücksichtigung.⁴⁰ Und es sind nicht nur die Vorsorgeleistungen, die im abhängigen Alter nicht mehr zur Verfügung gestellt werden, sondern auch die adäquate medizinische Versorgung an sich für Menschen im hohen Alter überhaupt steht zur Debatte.

Literatur:

AWI der DAF. Das Versorgungswerk des Deutschen Volkes. Entwurf und Motivierung. Berlin 1940

Backes, Gertrud M u. Clemens Wolfgang. Lebensphase Alter. Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Altersforschung. Juventa, Weinheim und München 1998

Blätter der Wohlfahrtspflege in Württemberg. „Tagung betreffend Altersfürsorge und Altersheime“. 92, 1939

Bloch, Ernst. Das Prinzip Hoffnung. 3. Aufl. Frankfurt/M. 1970

Borscheid, Peter. Geschichte des Alters – 16.-18. Jahrhundert. Studien zur Geschichte des Alltags. F. Coppenrath Verlag, Münster 1987

Conrad, Christoph u. von Kondratowitz, Hans-Joachim. Zur Kulturgeschichte des Alterns – Toward a Cultural History of Aging. Deutsches Zentrum für Altersfragen e.V., Berlin, 1993

Dietrich, Felix, Dietrich Reinhard (Hrsg.). Bibliographie der deutschsprachigen Zeitschriftenliteratur 1918-1932. Osnabrück / New York, 1964

Gidalewitsch, Nahum, Bildbericht und Presse. Ein Beitrag zur Geschichte und Organisation der illustrierten Zeitungen. Diss. Basel 1956, Tübingen, ohne Verlag, 1956.

Hazan, Haim. Körperbild und sozialer Kontext. In: Glöckenjahn G./Kondratowitz von, H.J. Alter und Alltag. Frankfurt/M. 1988

Haug, Christoph V. Gesundheitsbildung im Wandel. Verlag Julius Klinkhardt, Bad Heilbronn/Obb., 1991

Henner, Günter. Quellen zur Geschichte der Gesundheitspädagogik. Ergon Verlag, Würzburg, 1998

Kochhan, Christoph, Jäckel, Michael. Als Zielgruppe anerkannt? Werbung mit älteren Menschen. medien praktisch 4, 2000

38 Backes, Lebensphase.

39 Kruse, Gesund altern.

40 Winter, Maik H.-J. und Adelheid Kuhlmeier: Prävention und Gesundheitsförderung in der Pflege. Konzepte und Umsetzungsmöglichkeiten. In: Sigrid Stöckel, Ulla Walter (Hrsg.): Prävention im 20. Jahrhundert. Historische Grundlagen und aktuelle Entwicklungen in Deutschland. Weinheim 2002.

- Knödler, Ulrich. Raubbau, Arbeitsmedizin, Leistungsmedizin, Kontrollmedizin. In: Frei, Norbert. Medizin und Gesundheitspolitik in der NS-Zeit. R. Oldenbourg Verlag GmbH, München, 1991
- Kondratowitz von, Hans-Joachim. Konjunkturen des Alters: die Ausdifferenzierung der Konstruktion des "höheren Lebensalters" zu einem sozialpolitischen Problem. Beiträge zur sozialen Gerontologie, sozialpolitik und Versorgungsforschung. Bd. 11. Transfer-Verlag, Regensburg, 2000
- Kossatz, Edda. Die Gesundheitspolitik Preußens im Spiegel der stenographischen Verhandlungsberichte des Preußischen Landtags während der Weimarer Republik. Dissertation an der Humboldt-Universität zu Berlin, 1978
- Kruse, Andreas. Gesund altern – Stand der Prävention und Entwicklung ergänzender Präventionsstrategien. Bericht an die Bundesvereinigung für Gesundheit e.V., Mai 2002
- Nühlen-Graab, Maria. Philosophische Grundlagen der Gerontologie. Quelle & Meyer, Heidelberg-Wiesbaden, 1990
- Ries, Werner. Max Bürger (1885-1966) Ausgewählte Texte. Klassiker der Medizin 5, Johann Ambrosius Barth, Leipzig, 1985
- Rosenbrock, Rolf. Gesundheitspolitik. Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health. Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung. Berlin, 1998
- Sachße, Christoph; Tennstedt, Florian. Der Wohlfahrtsstaat im Nationalsozialismus. Stuttgart, Berlin, Köln, 1992
- Soziale Fürsorge im Verwaltungsbezirk Kreuzberg: Mitteilungsblatt Berlin: Bezirk Kreuzberg Band 5 1929/30 (1930) / Band 6 1930/31 (1931)
- Steinert Heinz, Sachse Carola. Sozialpolitik als soziale Kontrolle. Hamburger Institut für Sozialforschung, 1990
- Winter, Maik, H.-J.; Kuhlmei, Adelheid. Prävention und Gesundheitsförderung in der Pflege. Konzepte und Umsetzungsmöglichkeiten. In: Stöckel, Sigrid; Walter, Ulla (Hrsg.): Prävention im 20. Jahrhundert. Historische Grundlagen und aktuelle Entwicklungen in Deutschland. Weinheim: Juventa, 2002

BRIGITTE MICHEL
Institut für Medizinische Soziologie
Thielallee 47
14195 Berlin
Email: brigitte.michel@charite.de

BERICHTE UND DOKUMENTE ZUR ZEITGESCHICHTE DER MEDIZIN

HERAUSGEGEBEN VON UDO SCHAGEN UND SABINE SCHLEIERMACHER
Forschungsschwerpunkt Zeitgeschichte im Institut für Geschichte der Medizin
Zentrum für Human- und Gesundheitswissenschaften (ZHGB)
Charité – Universitätsmedizin Berlin

Band 1

HANS JÜRGEN LORENZ

unter Mitarbeit von Eberhard Göbel und Udo Schagen

Entwicklung der medizinischen Aus- und Weiterbildung in den USA. 1989

Band 2

WOLFRAM QUACK *unter Mitarbeit von Christine Bruchmann, Eberhard Göbel, Udo Schagen und Vera Seehausen*

Vergleich ausgewählter europäischer Studiengänge im Fach Humanmedizin. 1989

Band 3

EBERHARD GÖBEL UND UDO SCHAGEN

10 Jahre Forschungsstelle Zeitgeschichte im Institut für Geschichte der Medizin der Freien Universität Berlin. 1996

Band 4

UDO SCHAGEN

Die Prüfungsfragen der Sozialmedizin 1976 bis 1996. 1997

Band 5

UDO SCHAGEN UND SABINE SCHLEIERMACHER (HRSG.)

Sozialmedizin, Sozialhygiene und Public Health. Konzepte und Visionen zum Verhältnis von Medizin und Gesellschaft in historischer Perspektive. 2002

Band 6

UDO SCHAGEN UND SABINE SCHLEIERMACHER

Forschungsstelle Zeitgeschichte im Institut für Geschichte der Medizin
Zentrum für Human- und Gesundheitswissenschaften (ZHGB)
der Charité – Universitätsmedizin Berlin. Bericht 1997-2003. 2003

Band 7

UDO SCHAGEN UND SABINE SCHLEIERMACHER (HRSG.)

„Gesundheitsschutz für alle“ und die Ausgrenzung von Minderheiten. Historische Beiträge zur Aushöhlung eines gesundheitspolitischen Anspruchs. Berlin 2006

Band 8

UDO SCHAGEN UND SABINE SCHLEIERMACHER

100 Jahre Sozialmedizin, Sozialhygiene und Public Health in Deutschland. Herausgegeben im Auftrag der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSM). CD-Rom. 2005

Band 9

ULRICH HAGEMANN UND INGEBORG SIMON (HRSG.)

Pharmazie im Gesundheitswesen heute. Standpunkte und Sichtweisen. 2005

ISSN 1432-3958

Klingsorstr. 119

12203 Berlin-Lichterfelde

Tel. 030 83 00 92 – 20/Fax: 030 83 00 92- 58

e-mail: sabine.schleiermacher@charite.de

www: <http://userpage.zedat.fu-berlin.de/~medberuf>