

AUTONOMIE

Materialien gegen die Fabrikgesellschaft

NEUE FOLGE

Nr.7



GESUNDHEITSREFORM in Italien
VERGEWALTIGUNG von Frauen im NS
ZWANGSSTERILISIERUNG heute
Kontroverse um's **KRANKSCHREIBEN**

Beiträge ans Info:
 Buchladen Ostertor
 Sielwall 7
 2800 BREMEN 1

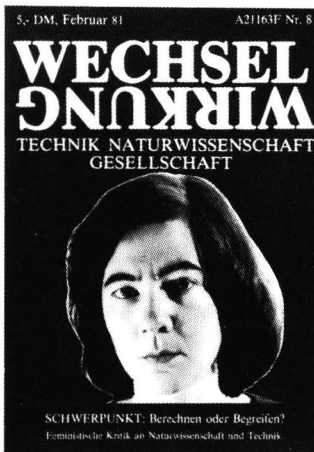
Bremer info unparlamentarische Gruppen

WECHSEL WIRKUNG

Zeitschrift

für

TECHNIK NATURWISSENSCHAFT
 GESELLSCHAFT



WECHSELWIRKUNG berichtet über politische Aktivitäten im naturwissenschaftlich-technischen Bereich, Gewerkschaftsarbeit und soziale Konflikte.

WECHSELWIRKUNG analysiert die soziale, politische und ökonomische Funktion von Wissenschaft und Technik und zeigt deren Perspektiven und Alternativen auf.

WECHSELWIRKUNG ist ein Diskussionsforum für Naturwissenschaftler, Ingenieure und Techniker.

WECHSELWIRKUNG erscheint vierteljährlich.

Schwerpunkt:

Berechnen oder Begreifen? – Feministische Kritik an Naturwissenschaft und Technik * Frauen im Technikstudium * Modellversuch: Mädchen in gewerblich-technischen Berufen * Männlich – Weiblich * Gespaltene Natur * Patriarchat – der unheimliche Inhalt von Naturwissenschaft und Technik *

Weitere Themen:

Neues von der GENSchäftelei * Die Doppelfunktion staatlicher Forschungspolitik * Technischer Küstenschutz * Atomkraft in Osteuropa * Die typische Naturwissenschaftlerin * Bildschirmtext *

Bestellungen an WECHSELWIRKUNG
 Gneisenaustr. 2, 1000 Berlin 61
 DM 5.– Einzelheft
 DM 20.– Abonnement für 4 Hefte (incl. Versandkosten).
 erscheint vierteljährlich

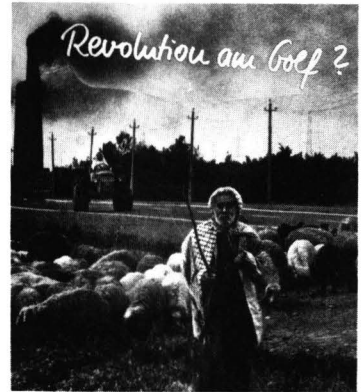


Aus dem
 Programm der
 Internationalen
 Taschenbücherei
 Iva

Iva-Verlag
 Bernd Polze GmbH
 Am Lustnauer Tor 4
 7400 Tübingen 1

AUTONOMIE NEUE FOLGE

- Nr.1: Der Iran
- Nr.2: Die neuen Gefängnisse
- Nr.3: Die zweite Zerstörung Deutschlands
- Nr.4/5: AKW-Widerstand Atomstaat
- Sonderhefte: Nr. I: Sicherungsverwahrung
- Nr.2: Medizin und Nationalsozialismus
- Nr.6: Krieg Iran-Irak



KRIEG IRAN-IRAK

Redaktion Autonomie:
 Thadenstr.130a, 2000 Hamburg 50

Dr. med. Mabase

ZEITUNG IM GESUNDHEITSWESEN

„Solch ein fürwahr basisdemokratisches Zeitschriftenprojekt, das auf weiter Medienflur nur selten seinesgleichen findet und zudem immer noch nicht eingegangen ist.“ schrieb die 'Frankfurter Rundschau' am 24. 11. '78 zu unserem 2. Geburtstag.

Eingegangen sind wir noch nicht - im Gegenteil: Von Jer anfangs reinen Studentenzeitung in Frankfurt wuchsen wir - auch über die Unigrenzen hinaus - zu einer überregionalen Zeitung mit selbstständigen Redaktionen in 18 Städten.

SCHWERPUNKTTHEMEN sind: Ausbildung in den medizinischen Berufen, Ökologie, Medizin in der 3. Welt, Gewerkschaftspolitik, Alternativen zum herkömmlichen Gesundheitswesen, aber auch persönliche Erfahrungsberichte, Kurzmeldungen und Kleinanzeigen.

Dr. med. Mabase erscheint viermal im Jahr und ist über die regionalen Redaktionen, in allen besseren Buchläden und im Abonnement erhältlich.

Abo für ein Jahr: 10.-- DM
 Förderabo: 20.-- DM und mehr
 Probeheft gegen Voreinsendung von 2.-- DM in Briefmarken

Postcheckkonto Frankfurt
 Nr.: 130 73 - 600
 BLZ: 500 100 60

Dr. med. Mabase
 Postfach 160 171
 2400 Lübeck 16

Die Nr. 19 ist erschienen . . . und bringt u.a.:
 Interview mit Karl-Heinz Roth / Krankenpflege-Schülertheater Ffm. / Bevölkerungspolitik / Tödliche Tampons / Homöopathie – Junghans-Urteil / Kunstfehler / Durchgefallen! – Wer prüft die Prüfung? / Klinikgeburt – Hausegeburten / Kurzmeldungen / Kleinanzeigen . . . und ein fast unlösbares Kreuzworträtsel.

AUTONOMIE

INHALT

Zu diesem Heft	2
Das Gesundheitswesen als Nadelöhr der Konterrevolution. Überfällige Notizen zum Fall Italien	3
“Wir wollen Basaglia als Direktor von Asinara“	14
Nelly Kettner, Petra Rupp, Wiltrud Schwärzel: Vergewaltigung von Frauen unter dem Nationalsozialismus	20
Als ob nichts gewesen wäre. Die Frauenärzte Hans-Joachim Lindemann und Carl Clauberg – Ein Beitrag zur Geschichte der Zwangssterilisierung von Frauen seit der NS-Zeit	43
Zur Kontroverse ums Krankschreiben. Dokumentation und historische Notizen	60

7/81

Dieses Heft kostet 7,- DM

Das Abo für die Autonomie N.F. kostet 28 DM.

Da unsere Hefte unterschiedlich viel kosten, berechnen wir jedes Heft 1 DM billiger inclusive Versand. Wir liefern solange bis das Guthaben aufgebraucht ist.

Probeabonnement Autonomie Neue Folge
Heft Nr. 1-3 und Sonderheft Nr. 2
zusammen im Paket für 21 DM incl. Versand
Bestellung über die Redaktionsanschrift
Vorauszahlung: Postscheckkonto Hamburg
H.G. Bürker; Sonderkonto Autonomie
421258-201

Impressum

Herausgeber: Redaktionskollektiv AUTONOMIE/
IVA-Verlag Bernd Polke GmbH
Verantwortlich: A. Meyer

Verlegt bei: Verein AUTONOMIE
Anschrift des Verlags und der Redaktion:
Thadenstr. 130a
D-2000 Hamburg 50
040 / 430 007 0
Konto PschA Hamburg
H.G. Bürker / Sonderkonto AUTONOMIE
421 258 - 201

Druck: Druckerei in St. Pauli
Simon von Utrecht - Str. 85 a
2000 Hamburg 4
040 / 310 154

Vertrieb an Buchhandlungen in
Westdeutschland:
PROLIT-Buchvertrieb
Postfach 66 / Daubringer Str. 32
6304 Lollar
06406 / 5127

Zu diesem Heft

»Moderne«, materialistische Geschichtsauffassung heißt für viele - ganz undialektisch begriffen - daß Geschichte platterdings von den Sachen ausgeht. Wir seien nichts als Produkt unserer Verhältnisse. Der Mensch Objekt einer Geschichtslöge, Gefangener der sozialen Umstände, die durch das Kapital definiert würden. Freiheit kommt dabei höchstens vor als Freiheit des Markts oder »Freiheit« der Wissenschaften. Aber die »freien Wissenschaften vom Menschen« haben seit Mitte des letzten Jahrhunderts ihre Objekte stets als virtuelle Versuchskaninchen begriffen, nicht nur als Objekte der Ausforschung, sondern als Reflexmaschinen, auf die Programme zur Verhaltensänderung, statistische Massenversuche, Kontrolltechniken bis hin zur Vernichtung angewendet werden. Hier liegt der grundsätzliche Zusammenhang zwischen Geburtenkontrolle und Gefängnis, Genozid und Schule, Psychiatrie und Selektion.

»This is the patent age of new inventions for killing bodies and for saving souls« (Byron)

Die Körper töten und die Seele retten, die Seele töten und die Körper retten - Varianten der Sozialpolitik gegenüber ihren Objekten: Menschen in zunehmender Unfreiheit.

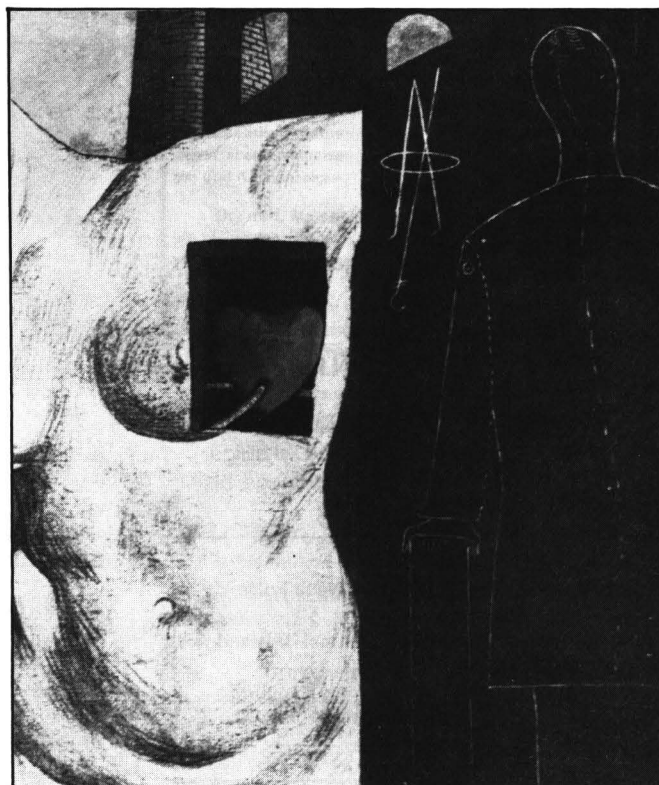
Wenn wir am Ende einer Ära stehen (wovon wir überzeugt sind), wird es Zeit, sich über die Vergangenheit, die bis heute reicht, klar zu werden, um die Zukunft nicht bewußtlos hereinbrechen zu lassen. - Dieses Heft versammelt Beiträge zunächst sehr unterschieden scheinender Bereiche historischer und gegenwärtiger Sozialpolitik, die von der Vergewaltigung der Frauen im Nationalsozialismus bis zu Sterilisationsversuchen im SPD-Staat, dem Krankschreiben im Nationalsozialismus bis zur Reform des Gesundheitswesens in Italien reichen. Diese Beiträge stammen aus unterschiedlichen Arbeitsprojekten, ihre Gemeinsamkeit liegt in der Frage nach dem Verbindenden zwischen der Sozialpolitik im Nationalsozialismus und im SPD-Staat. Der damals entstandene »Leistungssozialismus« hat die Techniken der Segmentierung des Arbeitsmarkts, der Selektion, der Belagerung und Durchdringung der Wohnungen, des Eingriffs staatlicher Verfügungsgewalt bis zur Gebärmutter, ja, über Leib und Leben entwickelt, die im »sozialdemokratischen Herbst« stärker als in den vergangenen Dekaden wieder benötigt und modernisiert werden.

Aus dem Nationalsozialismus stammt die Entdeckung des Kapitals, wie nun auch der Ort der Reproduktion von Arbeitskraft - Familie, Wohnsiedlung, »Freizeit« - umfassend unter Kontrolle zu nehmen sei. Die Klammer zwischen Gebärzwang und Gaskammer, DAF-Wohnsiedlung und KZ gründet die »Fabrikgesellschaft«, in der Leistungszwang, Verhaltenskontrolle, Sozialpolitik auf vorher dem Staat noch unzugängliche Lebensbereiche der Unterklassen ausgedehnt werden. Es ist zu diskutieren, ob die Eroberung des Reproduktionsbereichs durch Sozialpolitik eine Einmaligkeit des Zeitalters der Ära des Keynesianismus ist, jener Epoche, an deren Ende wir uns befinden, oder ob in neuer, erweiterter und verschärfter Form auch die kommende Epoche hier ihren zwanghaften Ausdruck erhalten wird. Wenn die metropolitane Arbeitskraft, ihre Konsumnachfrage, die Steuerung ihres Kampfverhaltens seit den 30er Jahren in den kapitalistischen Zyklus von Leistung und Lohn integriert wurden, die Klasse bewußt zum konstitutiven Bestandteil der Kapitalentwicklung ernannt wurde, so erscheint der verschärfte Übergriff auf ihre Reproduktionsbasis nur konsequent: das Kapital hat sich in einen Bereich ausgedehnt, in dem Nicht-Arbeit, Leben außerhalb der Fabrik zuvor noch eine gewisse Autonomie im Reproduktionsalltag zugelassen hatte.

Wir stehen vor der Aufgabe, die Ablehnung jeglicher Sozialpolitik zu begründen und zu vollziehen. Während der SPD-Staat zwecks Senkung der Sozialkosten der linken und der freiwilligen Sozialarbeit ebenso wie den »neuen Selbständigen« ihren Platz zwischen Trakt und Jugendzentrum, Fabrik und alternativer Werkstatt zuweist, blühen bei diesen selbst noch Illusionen über Möglichkeiten der Selbstverwirklichung - als gäbe es in den Gesundheitsläden, den Zentren für gemeindenaher Psychiatrie, der Bewährungshilfe noch Freiräume außerhalb des staatlichen Sozialkonzepts. All diese Projekte sind nur Wasserträger für eine soziale Polarisierung, die von »Netzwerk«-Huber als Wahl zwischen der Assoziation an den Staat, der Integration in die staatlich geförderte »Alternative« oder der Aussonderung für die Gaskammer propagiert wird. Die Gefahr liegt nicht nur darin, daß - getrieben von Illusionen - eine neue Generation von freiwilligen oder beamteten Sozialkontrolleuren in Stellung geht. Vielmehr könnten der Verfügungsanspruch der Sozialwissenschaften und des Staats über das Objekt Mensch, die Ideologie der Aussonderung, der Bevölkerungspolitik und schließlich auch der Angriff auf die Unterklassen der Südhalbkugel imperiale Ersatzsinnfälligkeiten nach innen und außen produzieren wie einstmalen Rassenbiologie und Sozialdarwinismus. Mit solch ideologischer »Lebensqualität« statt Selbstbestimmung und Subjektivität könnte die Integration der Mittel- und vielleicht sogar von Teilen der Unterklassen in den künftigen SPD-Staat befördert werden.

Was bleibt? Wer ja sagt zur sozialpsychiatrischen Therapie, der ist letztlich für Gehirnwäsche im Hochsicherheitstrakt. Die Abtreibungskliniken münden in einer Bevölkerungspolitik der Zwangssterilisation von Immigranten- und Unterschichtfrauen. Die gemeindenaher Psychiatrie ist die Ausrufung des gesundheitspolizeilichen Belagerungszustands. Die Verfechter der neuen Urbanität setzen die Vertreibung in die vorstädtischen Massenghettos. Die Anhänger des alternativen Sonnenstaats errichten Versuchslabors neuer Arbeitsmotivation.

- Es gibt keinen dritten Weg alternativer Sozialpolitik.



Das Gesundheitswesen als Nadelöhr der Konterrevolution

Überfällige Notizen zum Fall Italien

Auf die Bedeutung dieses Themas hat uns schon vor zwei Jahren Giovanni Zamboni, derzeit von der italienischen Justiz per Haftbefehl gesuchter Redakteur der Zeitschrift 'Controinformazione', aufmerksam gemacht. Die schwer zugänglichen Materialien zu diesem Beitrag wurden uns von Sylvie Coyaud, Massimo Pinchera, Gottfried Treviranus und den Genossen der Mailänder 'Libreria Calusco' beschafft. Ihnen sei an dieser Stelle gedankt. – Die Red.

Es ist nicht mehr 'in', sich über die 'Klassenkämpfe in Italien' zu streiten. Die Gründe dafür sind vielfältig. Eine weit fortgeschrittene Selbsterstörung des analytisch-internationalistischen Anspruchs hier, eine traumatische Durchgangphase zum inneren Krieg zwischen Untergrundorganisationen und den Häscherkommandos eines sich formierenden Staats des 'historischen Kompromisses' dort, welchem die Massen vorerst gelähmt-apatthisch zuschauen: es gibt nichts mehr, was geeignet wäre, den Kontext BRD-Italien von unten her attraktiv auszumalen. Selbst die Blumen der antiinstitutionellen Psychiatrie beginnen zu welken. Hin und wieder rettet sich noch ein Nachzügler mit einem Sträußchen über die Alpen. Nostalgisch zeigt er es vor und bekennt, daß nicht mehr viel dran sei. Auch die Karst-Kräuter von Görz und Triest haben in der um sich greifenden Misere jenen Duft verloren, der einmal eine kleine antipsychiatrische Völkerwanderung ausgelöst hat.

Aber selbst derart verhaltene Trauer wirkt angesichts der harten Fakten schönfärberisch. Und dies keineswegs immer aus demagogischer Absicht. Klaus Hartung beispielsweise, der vorläufig letzte Rückkehrer aus Triest, ist mit seiner überaus lebendig verfaßten Reportage über 'Die neuen Kleider der Psychiatrie' (Rotbuch-Verlag 1980) nur knapp um eine Katastrophen-Berichterstattung herumgekommen. Wir nehmen ihm durchaus die Hoffnung ab, die ihn von der – scheinbaren – Übertragung der Triester Erfahrung mittels des Psychiatrie-Gesetzes (Nr. 180/1978) auf nationale Ebene als einer »kopernikanischen Wende« sprechen läßt: sie drückt sich persönlich ehrlich aus, wirkt keineswegs falschmünzerisch aufgesetzt. Dafür spricht vor allem, daß Hartung die in der Triester Episode der antiinstitutionellen Psychiatrie entstandenen Widersprüche keineswegs ausklammert. Jedoch vermeidet er eine eigene Stellungnahme weitgehend, um die darin zweifellos auch enthaltenen Erfahrungen von menschlicher Größe und Solidarität für sich – und uns alle – zu bewahren.

Dennoch glauben wir Hartung nicht. Wie sehr er sich trotz seiner nichts beschönigenden Schreibweise vor den Konsequenzen schon auf Triester Ebene scheut, geht aus dem Dokument einer autonomen Triester Psychiatriearbeitergruppe hervor, das Hartung weitgehend ausgeschlachtet hat, ohne die darin enthaltenen Positionen und Schlußfolgerungen mit darzustellen. Wir drucken es im folgenden ab, weil wir der Auffassung sind, daß selbst die schmerzlichste Wahrhaftigkeit fruchtbarer ist als ihre – persönlich unbeabsichtigte – Entstellung.

Unser Mißtrauen gründet freilich viel mehr noch in der Beobachtung, daß Hartung den gesamten gesundheitspolitischen Kontext ausklammert, in dem die italienische Psychiatriereform leider ein völlig anderes Gesicht annimmt. Was da für sich beisehen als emanzipatorischer Reformschritt mit dem sich unweigerlich anschließenden 'grauen Alltag' erscheinen mag, erstarrt beim systematischen Einordnen in das aktuelle Geflecht gesundheitspolitischer Umstrukturierung zu einem von vielen Gittern eines gespenstischen neuen Käfigs, welcher gegenwärtig von den formierenden Institutionen des historischen Kompromisses über die ehemals so rebellischen italienischen Unterlassen insgesamt gestülpt wird. Auch in Sachen Gesundheitswesen hat der italienische Staat lange zugewartet. Jetzt, da die Massen schweigen, legt er mit Verve los, um mit der Rücken-deckung von EG und BRD gleich mehrere Epochen der sozial- und gesundheitstechnischen 'Modernisierung' zu überspringen. Denn »der italienische Staat greift immer die Schwachen, nie die Starken an.« (Sergio Bologna)

Im Gegensatz zu den hiesigen Anhängern der antiinstitutionellen Triester Psychiatrie, einem der letzten Häuflein auf der Suche nach der Blume der Befreiung außerhalb der Betonwüste BRD, werden wir im folgenden nichts zu beschönigen haben. Wir lehnen es ab, Wahrheiten nach Gesichtspunkten zu dosieren, die eher Illusionen von reformerischer Handlungsfähigkeit im eigenen Land verpflichtet sind als dem sich revolutionär/konterrevolutionär zuspitzenden Sozialprozeß in Italien. Der analytisch-internationalistische Anspruch muß auch dann wahrhaftig eingelöst werden, wenn es nichts Gutes zu berichten gibt. Und überdies sind es manchmal gerade die schlimmen Neuigkeiten, die unklare oder verschleierte Verhältnisse im eigenen Land schlagartig erhellen. Dominierte in den vergangenen Jahren zweifellos das 'Modell Deutschland' über Italien, so könnte sich der Spieß unter bestimmten Voraussetzungen durchaus einmal umkehren.

Wenn wir also im folgenden über die jüngsten Veränderungen im italienischen Gesundheitswesen schreiben, dann nicht, um den 'Genossen einen besonderen Aspekt des italienischen Klassenkampfes wieder nahezubringen', sondern schlicht und einfach deshalb, weil wir diese Informationen brauchen, um uns bei der Subversion des bundesdeutschen gesundheitspolitischen Dschungels besser zurechtzufinden. Die Leserinnen/Leser mögen am Ende dieser Notizen und nach der Lektüre des Triester Dokuments selber beurteilen, ob die – notwendigerweise extrem gerafften – Mitteilungen dazu taugen oder nicht.

1. Revolutionärer Kampf und Gesundheitswesen im Rückblick der siebziger Jahre

Im Rückblick der späten sechziger und der siebziger Jahre nimmt das Verhältnis von Klassenkampf und Gesundheitswesen in Italien überraschende Züge an. Was die Frauen, Jugendlichen und Arbeiter in ihren Aktionen und Kampagnen angriffen und teilweise auch eroberten, tangierte die Gesundheitspolitik des kapitalistischen Staats aus ihrer Sicht immer nur am Rand. Ihr Verhältnis zu den medizinischen Institutionen war derart negativ besetzt, daß sie deren Existenz und Bedeutung zunächst kaum wahrnahmen. Das hatte weitreichende Konsequenzen. Um mit der positiven anzufangen: überall da, wo die Kampfzyklen eine eigene medizinische Infrastruktur brauchten, wurde sie mit ungeheurer Schnelligkeit und Flexibilität aufgebaut – und am Ende der Aktionsphasen in Fabriken, Quartieren und Regionen sich selbst überlassen.

Genau da aber kommen die Schattenseiten. Während die sozialrevolutionäre Bewegung 1969/70, 1972/73 und zuletzt 1977/78 immer wieder sozusagen im Vorbeigehen gesundheitspolitische Strukturen erschütterte und sich in anderen punktuell festsetzte, nistete sich ein ständig wachsender reformistischer Rattenschwanz in jenen durchbrochenen Bastionen der Macht ein, die die Bewegung wieder verlassen hatte. So entstand im linkskommunistischen Kontext eine gesundheitspolitische 'Strukturreform von unten', eine von der KPI zeitweilig geduldete Variante des 'historischen Kompromisses', die durch die KPI systematisch ausgebaut wurde, um dem sozialrevolutionären Ferment auch vom Gesundheitswesen her nach und nach das Wasser abzugraben. Das Gesundheitswesen wurde immer offenkundiger zu einem Knotenpunkt des Formierungsangriffs auf die Massenbewegungen, ohne daß diese oder ihre Avantgarden dies wahrnahmen. Natürlich gab es Ausnahmen von dieser allgemeinen Tendenz: aber diese vermochten sich nirgends national durchzusetzen, als es noch möglich war, den sozial- und gesundheitspolitischen Gegenangriff des Formierungsprozesses im Zeichen des 'historischen Kompromisses' aufzuhalten.

Unsere These, daß sich vorrangig im Gesundheitswesen der siebziger Jahre jene Formierungsoffensive herauskristallisiert habe – und nicht etwa nur bei Polizei, Justiz und Parteien des 'historischen Kompromisses' – die jetzt sozialpolitische 'Modernisierung' mit härtester Repression gegen die Massen zu verknüpfen beginnt, wird sicher viele überraschen. Doch im Rückblick sprechen die Fakten eine deutliche Sprache.

Resümieren wir zunächst, was die Massenbewegung der Frauen, Jugendlichen, Arbeiter und Studenten seit dem heißen Herbst 1969 in Sachen Gesundheitspolitik geleistet hat. 1969 bis 1972/73 waren zunächst alle Initiativen auf ihrer Seite.

Auf Fabrikebene beispielsweise stürzten sie in einem wahren Sturm alle Strukturen um, welche die Ansätze zur Automatisierung der Massenarbeit mit Versuchen zur ergonomisch-arbeitsmedizinischen Effektivierung von 'Mensch-Maschine-Systemen' auf regionaler Ebene verbanden. Die linkskommunistischen Arbeitsmediziner der Zeitschrift 'Sapere' geben heute unumwunden zu, daß von den vielfältigen unternehmenseigenen wie überbetrieblichen Zentren zur Prävention von Absentismus und Berufserkrankungen bis 1972 nur noch ein Trümmerhaufen übriggeblieben war. Und der erste gemeinsame Versuch von Fiat und dem Turiner Gewerkschaftssyndikat, die arbeitsmedizinische Prävention zu rationalisieren (vgl. unten), kam erst nach dem Turiner Aufstand von 1973 zustande. Nicht anders verhielt es sich mit der Kontroverse ums Krankfeiern. Schon 1970 hatten die Großunternehmen – wieder Agnelli an der Spitze – erkannt, daß die Arbeiter, wenn sie nicht gerade streikten oder die Fabriken besetzten, sich krankschreiben ließen: war in den Fabriken 'nichts los', so stiegen die Abwesen-

heitsquoten oft auf über ein Drittel an. Deshalb lancierten die Unternehmer 1970 ein Arbeitstatut, das ihnen weitgehende Kontrollvollmachten über die krankfeiernden Arbeiter gab und im Fall des 'offensichtlich unbegründeten Fernbleibens' die fristlose Entlassung zuließ (vgl. unten). Doch dieses Statut blieb Makulatur, weil es – im Fall seiner praktischen Anwendung – den Arbeitern einen 'willkommenen' Anlaß für Fabrikbesetzungen usw. gab.

Bei den Stadtteilkämpfen ging es nicht weniger heftig zu. Es kam zwischen 1969 und 1972 in einigen italienischen Großstädten zur Besetzung ganzer proletarischer Viertel. Die sozialpolitische Infrastruktur der Lokalbehörden wurde weitgehend zerschlagen, die privaten Sektoren des Gesundheitswesens reagierten mit Boykottaktionen oder einfach Flucht in die bürgerlichen Stadtteile auf die Parolen und Inhalte der proletarisch-jugendlich-feministischen Subkultur, die – im Gegensatz zu vielen ihrer Organisationen – eine ganze Menge über den Zusammenhang von neuen Bedürfnissen und Gesundheit/Krankheit zu thematisieren wußten. Erwähnt sei nur die Geschichte der »roten Ambulatorien« beispielsweise in Neapel und Rom, der feministischen Selbsterfahrungsgruppen und freien Abtreibungskliniken in mehreren Städten des Nordens usw., alles Prozesse, in deren Verlauf sich die radikalen unteren Hierarchien der Gesundheitsarbeiter (besonders aus den Polikliniken) 'regionalisierten' und in die militanten Kämpfe integrierten. Schließlich nahm hier auch die antiinstitutionelle Psychiatrie ihren Anfang. Ohne sich völlig von ihren linkskommunistischen Zusammenhängen zu lösen, setzte sie eine Dynamik von zweifellos historischen Dimensionen in Gang, als sie die ersten Irrenhäuser von innen her auflöste.

Alles in allem gab es bis 1973 eine militante 'alternative' gesundheitspolitische Praxis von riesigen Ausmaßen, im Vergleich zu der der konzeptionelle Vermittlungsprozeß zwischen der Massenbewegung und ihren Organisationsansätzen überaus bescheiden abschnitt. Bei den späteninistisch-operaistischen Orientierungsversuchen dieser Jahre ist im Nachhinein überraschend wenig von der an der Basis breit thematisierten Identität von Leben/Kämpfen/Neue-Bedürfnisse-Verwirklichen wollen angekommen. In den entscheidenden Jahren, wo sich unter dem Primat einer neuen alternativen Körper/Lebens- und Gesundheitsthematik der sozialrevolutionäre Prozeß von unten tendenziell vereinheitlichte – und sich dabei mit seiner gleichzeitigen Militanz vor jeglicher 'alternativen Kreativitätsnische' außerhalb der Macht bewahrte –, wurde er von den Avantgarden in einen wenig tragfähigen politisch-ideologischen Überbau der Gegenmacht 'übersetzt'. Und dieser Prozeß sorgte dafür, daß genau da, wo beispielsweise Gegenmacht konkret-gesundheitspolitisch zu realisieren gewesen wäre, die Basisinitiativen an Energie verloren.

Die Folge war eine politische Spaltung der Sozialbewegung von ihren Organisationsansätzen her. Sie verlief sich in fraktionell aufgeteilte Segmente und ging ihrer gemeinsamen Basis verlustig, die in der Gleichzeitigkeit von sozialer Aneignung und Zerstörung technologischer Gewalt zugunsten der unmittelbaren Verwirklichung von radikalen Alltags- und Gesundheitsbedürfnissen bestanden hatte. Selbst die besten Fragmente, die alle für sich ein Stück Wahrheit hatten (Kampf gegen die Arbeit, politischer bzw. garantierter Lohn, Kampf gegen die unbezahlte Hausarbeit, Selbstbestimmungsrecht über den eigenen Körper), vermochten die Vielfalt nicht mehr zu synthetisieren, die sich in der Unmittelbarkeit der sozialen Lebens- und Identitätsbedürfnisse der Bewegung einmal ausgedrückt hatte.

Was sich bis 1972/73 wie ein koordinierter Angriff auf die gesundheits- und sozialpolitischen Zentren zur Kontrolle des in den sechziger Jahren erstmals 'modernisierten' spätkapitalistischen Alltags ausgenommen hatte, wurde nach dem Fabrikaufstand von Turin und der neapolitanischen Massenrevolte ge-

gen den Zusammenhang von Cholera-Epidemie und Bodenspekulation 1973 zu einer zersplitterten und unabgestimmten Vielfalt. Während die Privat- und Staatsunternehmen ihre Mammutbetriebe systematisch dezentralisierten und die Arbeitsmärkte aufspalteten und während die historischen Linksparteien und Gewerkschaften massiv in die Regionalpolitik einstiegen, um die durch die Revolte in weiten Teilen lahmgelegte gesundheits- und sozialpolitische Infrastruktur zu reorganisieren (dazu weiter unten), schwelte der Kampf um die soziale Wiederaneignung von Leben und Gesundheit eher unterschwellig weiter.

Die Sozialgeschichte des Absentismus nach 1973 beispielsweise bleibt noch zu schreiben: die Arbeiter im Norden, aber auch in den neuen Fabrikthedralen des Südens verstanden es, sich mittels eines informellen Systems von Gewalt und Gegengewalt massenhaft ihre Krankschreibungen zu erkämpfen, und die Unternehmer entwickelten ein ausgefeiltes Überwachungssystem gegenüber den Kranken und gingen zur offenen Bestechung der niedergelassenen Ärzte über. Die Folge war, daß die niedergelassenen Kassenärzte zwischen den Fronten zerrieben wurden und ihr bisheriges Behandlungsmonopol sowie den direkten Verhandlungsspielraum mit den Krankenkassen verloren (dazu weiter unten).

In den »roten Ambulatorien« der Aufstandsjahre entbrannte ein verschwiegener Kleinkrieg zwischen den Aktivisten der 'Autonomia' und den linkskommunistischen Basis-Gesundheitsreformern, der nicht immer von PCI und Gewerkschaften gewonnen wurde. Am stabilsten entfalteten sich die gesundheitspolitischen Initiativen in der Frauenbewegung, der es gelang, den Zusammenhang von offiziellem Abtreibungsverbot und illegalem Abtreibungsmarkt zu durchbrechen, lange bevor dies im Abtreibungsgesetz von 1977 kodifiziert wurde. Auch die Anti -psychiater gerieten unter den zunehmenden Druck seitens autonomer Basis-Minderheiten, was insgesamt dazu führte, daß der Auflösungsprozeß der Irrenanstalt zumindest exemplarisch fortgesetzt wurde.

Wir sind der Meinung, daß es neben der Orientierung am jugendlichen »sozialen Arbeiter« und den harten Straßenkonfrontationen auch das – kaum theoretisierte – Festhalten an dieser sozialrevolutionär-alternativen Gesundheitspraxis innerhalb und außerhalb des Establishment war, welches im Kontext der verschiedenen Strömungen der 'Autonomia' die Bewegung von 1969/72 trotz des sektiererischen Scheiterns ihrer Organisa-

tionsansätze am Leben erhalten hat. Mehr noch: mit der Segmentierung der Arbeitsmärkte, der Zunahme der offenen und versteckten Massenarbeitslosigkeit und im Verlauf der sich mehr und mehr strukturierenden Gegenoffensive des 'historischen Kompromisses' war das Festhalten an den neuen radikalen Bedürfnissen zu einem existenziellen Fixpunkt geworden. Es verhalf der Bewegung zu einem neuen Aufschwung, der im Frühjahr 1977 im Aufstand von Bologna akut wurde. Warum es ihr nicht gelang, sich entsprechend ihrer veränderten Klassenzusammensetzung langfristig zu reorganisieren, können wir hier nicht diskutieren. Die negativ-positive Synthese von Zerstörung sozial-gesundheitstechnischer Macht, sozialer Aneignung und unmittelbarer Entfaltung von neubestimmter Identität kam nicht zustande, während sich die 'Area autonoma' zum letztenmal im Gesundheitswesen (Polikliniken, regionale Basis-Ambulatorien, Irrenanstalten, selbstverwaltete Abtreibungskliniken usw.) ausbreitete.

Indes schien das, was sich – unabhängig von der Beschleunigung des Formierungsangriffs nach der Moro-Entführung im März 1977-1977/78-als Niedergang entpuppte, zunächst den Charakter einer neuen Offensive anzunehmen. Die Frauenbewegung und die radikalisierte Links-Intelligenz (Radikale Partei) unternahmen zwei gesundheitspolitische Vorstöße, die das Regime noch einmal erschütterten: noch 1977 - Mitte 1978 in Kraft gesetzt – das Abtreibungs-Referendum und im Mai 1978 das Psychiatriegesetz, das die Irrenanstalt – zumindest legislativ – beseitigte.

Aber es gab auch bedrohliche Ereignisse: als sich im Oktober 1978 der Florentiner Krankenhausstreik national ausweitete und brutal unterdrückt wurde, waren die 'Autonomia' und die Frauenbewegung nicht mehr dabei. Sie hatten sich längst in den nach Bologna aufgebrochenen Widerspruch von selbstgewähltem Kreativitätsghetto und Organisation zurückgezogen. Sie fehlten in einer Auseinandersetzung, in der sich das Regime eine entscheidende Position im Gesundheitswesen zurückeroberte. Der formierte Staat des 'historischen Kompromisses' hatte sich endgültig das Gesundheitswesen als sozialpolitischen Haupthebel des strategischen Gegenangriffs ausgewählt. Er zerschlug die 'Autonomia': nicht nur, um das Terrain für die Counter-Guerilla in Richtung Rote Brigaden zu säubern, sondern auch, um eine Bewegung loszuwerden, welche die beginnende gesundheitspolitische Offensive noch immer punktuell bedrohte.



2. Zur Formierung des italienischen Gesundheitswesens in den siebziger Jahren

2.1. 1969-1972/73

Bis zum Einstieg von KPI und Gewerkschaften in die gesundheitspolitische Gegenoffensive nach 1973 nahmen sich die Manöver und Winkelzüge des Regimes eher überstürzt und konzeptionslos aus. Während die arbeitsmedizinischen Institutionen in den Fabrikkämpfen weitgehend untergingen, suchten die Unternehmerverbände unter Regie des Fiat-Konzerns ihr Heil im Arbeitsrecht. Sie boxten ein Arbeiterstatut durch (Statuto dei lavoratori), das im Mai 1970 in Kraft trat. Dort wurde einerseits die Absicht formuliert, den Zusammenhang von Krankheit und Wegbleiben von der Arbeit einer öffentlich-rechtlichen Kontrolle zu unterwerfen, also in der Perspektive eine neue 'präventive' Arbeitsmedizin aufzubauen.

Zum anderen wurde konkret die Machtposition der behandelnden Ärzte gestärkt, die im Kontext eines beispielsweise bei Fiat über Nacht aus dem Boden gestampften betrieblichen Überwachungssystems zu 'Richtern' über Berechtigung oder Nichtberechtigung von Krankfeiern aufgewertet wurden. So hielt ein System von Krankenkassen durch die niedergelassenen Ärzte und 'Vertrauensärzte' Einzug, das freilich nie funktionieren sollte. Da die praktizierenden und Kontroll-Ärzte dort noch bis 1974 in unvermittelten Kontraktbeziehungen zu den Krankenkassen standen, mußten die Unternehmer für diese neuen 'Sonderleistungen' der Überwachung selbst bezahlen. Damit war die Parteilichkeit der Ärzte von vornherein evident und die Arbeiter hatten keine Skrupel, ihre Krankschreibung bzw. Krankheitsbestätigung notfalls durch kollektive Gewaltanwendung zu erzwingen. So erwies sich der überstürzte Gegenzug des Regimes als völlig ineffektiv. Er hat dadurch, daß er die Ärzte abrupt in die Konfrontation zwischen Arbeitern und Unternehmern einschaltete, wesentlich zum Zusammenbruch des italienischen Gesundheitswesens beigetragen.

Das zweite Gegenmanöver wurde auf regionaler Ebene gestartet. Die Initiative ging ebenfalls von Fiat aus: Turin war und blieb zentrales Experimentierfeld der spätkapitalistisch-gesundheitspolitischen Formierungsversuche, weil dort der Zusammenstoß mit den Arbeitern fast immer am heftigsten war und oft genug nationalen Signalcharakter hatte. Anfang 1969 machte sich die Turiner Provinzverwaltung daran, das psychiatrische Kontrollnetz der Region zu reorganisieren. Es handelte sich um eine klassische Vorbeuge-Aktion, die das erklärte Ziel hatte, den gerade erst beginnenden Angriff der Massenbewegung auf die alten Institutionen zur asymmetrischen Vernichtung des Subproletariats im industriellen Machtzentrum des Nordens um jeden Preis zu blockieren. Eine »technisch-organisatorische Kommission zur Restrukturierung der lokalen psychiatrischen Hilfe« wurde aus dem Boden gestampft. Ihre Aufgabe war, das kommunale Vorfeld der vier großen Irrenanstalten der Provinz mit seiner zunehmenden sozialen Unangepaßtheit in das bisherige System 'psychiatrischer Versorgung' einzubeziehen. Eine typische Variante der 'Gemeinde'- bzw. 'Sektorpsychiatrie' also, die offen darauf aus war, das alte System der Irrenanstalten dadurch zu befestigen, daß diese ihre spezifischen Vorposten in die proletarischen Vierteln vorschoben. Als die 'Reform' anging, waren in der Provinz 4.500 Menschen zwangsassyliert. Keiner von ihnen sollte freikommen, ihre Zahl nahm sogar zu. Zusätzlich wurden aber 1.100 'Psychiatriearbeiter' mobilisiert – auch ein neues 'Berufsbild' wurde dabei geprägt –, um in 45 Ambulatorien, 11 psychiatrischen Sektoren und mit Hilfe eines bombastischen Netzes von 'Soforthilfe-Stationen' die Woge der proletarisch-subproletarischen Aufsässigkeit jenseits der Mauern der Irrenanstalten in den Griff zu bekommen.

Dies war aber nur die eine Seite – zweifellos eine sehr wichtige, die von Anfang an darauf aus war, die 'exotischen' antiinstitutionellen Psychiater im Karst von Görz und Triest niemals in die Zentren der Macht hineinzulassen. Lange bevor sich die Triester Irrenanstalt zu leeren begann, hatten die Akteure des Regimes ihre Gegenkonzeption präsent und den linkskommunistischen Reformern das Terrain entzogen, auf dem die Entscheidungsschlacht geschlagen werden sollte. Die andere Seite war noch bedeutungsvoller. Die Turiner »Ambulatorien für Mentale Hygiene« wurden von ihren Planern als Aktionskerne verstanden, die weit über die 'Sektorpsychiatrie' hinauszielten. Ihre 'positive Aufgabe' wurde erweitert, sie sollten weitere Instrumente zur Einwirkung auf das »Sozialverhalten« entwickeln. Zu diesem Zweck sollten ihnen nach und nach die in die Krise geratenen Institutionen der Arbeitsmedizin angeschlossen werden, und zwar im spezifischen Sinn der 'Prävention'. In die aktuellen Klassenkonflikte übersetzt, versteckte sich hinter der 'sektoralen Psychiatrie' und der 'präventiven Arbeitsmedizin' der 'wissenschaftlich' kaum verschleierte Versuch, die neue proletarische Gegenkultur mit ihrer Verweigerung gegenüber der Fabrik und ihrer Aufsässigkeit in den Quartieren gesundheitspolitisch zu atomisieren. Der Diskurs über die 'falschen', nämlich 'kranken' neuen Bedürfnisse der Massenrevolte, mit dem die ganze heutige 'Gesundheitsreform' sich legitimiert, ist primär keine Erfindung der KPI, sondern ging von Agnelli aus.

Die dritte große Linie des Gegenangriffs entfaltete sich in jenen Regionen und Städten, die seit 1968/69 von der 'alten' Linken (KPI und Sozialistische Partei) politisch mitkontrolliert wurden. In der Emilia, der Toscana, der Lombardei sowie Venetien-Friaul-Triest war von der Hektik, die die Entwicklung in Turin-Piemont beherrschte, wenig zu spüren. Dort ging es nicht nur um den Absentismus und die Krise der Irrenanstalten, die mit den Unangepaßtheiten der neuen Gegenkultur nicht mehr zu recht kamen: hier war Gesundheitspolitik Teil der Entscheidung der KPI, den 'historischen Kompromiss' von den Provinzen her durchzusetzen. Ihr Programm der 'sozialen Integration' der neuen Massenbewegung war tiefer fundiert. Die Krise der Arbeitsmoral, welche die bisherigen Grenzen zwischen angepaßten Arbeitern und neuer Verweigerungskultur so bedrohlich verwischte, hatte aus der Sicht der KPI ihre Wurzel in der Unfähigkeit des Systems, eine den neuen Arbeitsnormen zuträglichere, kommunale Infrastruktur aufzubauen. Und da diese Erschütterung der sozialen Werte als 'gesellschaftliche Krankheit' folglich rein institutionell bedingt erschien, galt es sie durch neue Institutionen 'von unten her' zu heilen, die umfassend gesundheitspolitisch orientiert waren.

Also machte sich die KPI, mit der ihr verpflichtetsten linken Intelligenz im Rücken, in ihren 'roten' Bezirken und Städten an diese Aufgabe. Massenorganisationen linker Gesundheitsarbeiter entstanden ('Medicina democratica', 'Psichiatria democratica'). KPI-nahe Biostatistiker entwickelten ein neues Gesundheitskonzept, das Epidemiologie, Vorbeugung von Krankheiten in Betrieb und Familie, Effizienzsteigerung der medizinischen Versorgung und Rehabilitation in ein strukturelles Gerüst so übersetzte, daß es als lokale Einheit wirksam werden konnte. Die lokalen sozio-sanitären Einheiten (unità socio-sanitari locali – USSL) wurden zur alles beherrschenden Drehscheibe. In ihnen sollten alle Fachgebiete der Organmedizin und der Psychiatrie/Psychotherapie gemeinsam vor Ort 'sozial-sanitär' aktiv werden.

Tatsächlich machten sich seit Ende der sechziger Jahre zehntausende von gesundheitspolitischen Aktivisten, überwiegend der KPI-Linken zugehörig, auf den Weg, um das Konzept des KPI-Biostatistikers Maccacaro in die gesellschaftlichen Strukturen einzupflanzen. Sie waren von der Utopie beherrscht, im Prozeß der Transformation der alten gesundheitspolitischen Strukturen vom Privatarzt über die arbeitsmedizinischen Institu-

te bis hin zu den Irrenanstalten ein Stück 'demokratischer Modernisierung' zu leisten. Die partizipierende Einbeziehung der Massen in ein kooperatives Geflecht von Gesundheitsaufklärung-Vorbeugung-Behandlung und Rehabilitation sollte sie von ihren neuen 'sozialen Krankheiten' befreien.

So entstanden aus 'Medicina democratica' bzw. 'Psichiatria democratica' tausende von lokalen und regionalen Projekten, die überall da ansetzten, wo die sozialrevolutionäre Basisbewegung – oft in ganz anderen Regionen – die alten gesundheitspolitischen Strukturen außer Gefecht gesetzt hatte. Die partielle Auflösung der Irrenanstalten und der Aufbau einer neuen dezentralen Psychiatrie waren nicht nur eine Sache von Görz und Triest, sondern wurden auch in Arezzo, Varese, Perugia, Padova und der Emilia in die Wege geleitet, um nur die wichtigsten Beispiele zu nennen. Dabei war Triest zweifellos die Speerspitze insofern, als dort die Auflösung von innen her, mit den Ärzten als Avantgardisten und bald den Patienten als Bündnispartnern, vonstattenging, während sie in den anderen Konstellationen von den KPI-Verwaltungen gemanagt wurde. Aber es war nur eine Speerspitze innerhalb eines reformistischen Konzepts, das, wie das Triester Papier zeigt, sich nie aus der Vorstellung löste, die Verrückten seien durch ihre Einbeziehung in eine 'demokratisierte' Leistungsgesellschaft zu heilen.

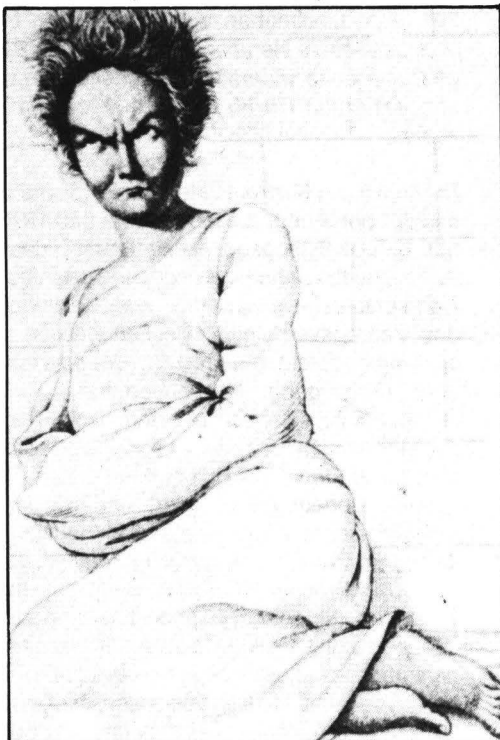
Mindestens genau so wichtig wie diese reformerisch-psychiatrischen Initiativen waren die vielen Teams für arbeitsmedizinische Prävention, die in den KPI-kontrollierten Regionen entstanden. Schon vor 1973 waren es über 400, die den schwerbedrängten Gewerkschaften mit ihrer fachlichen Kompetenz halfen, die Arbeiterrevolten in den Fabriken über ein ausgeklügeltes Delegierten- und Fabrikrätesystem auf ihre Mühlen zu leiten.

Den eigentlichen Kernpunkt der gesundheitspolitischen Bewegung bildeten jedoch die 'sozio-sanitären Einheiten' selbst. In den KPI-Regionen entwickelten sie sich mehr und mehr zu einem Doppel-Instrument neben den stagnierenden privaten Gesundheitsinstitutionen; sie wurden allmählich zu institutionellen Stützpunkten oder gar Propaganda-Einrichtungen der Lokalverwaltungen. Dort, wo die KPI nicht am Ruder war, traten diese Einheiten, oft unter anderen Namen, die Nachfolge der 'roten Ambulatorien' an, die in den spontanen Masekämpfen entstanden waren. So war es beispielsweise in Neapel: den 'am-

bulatori rossi' folgten 'Centri sanitari popolari' nach, die der späteren Linkskoalition Neapels den Weg ebnen halfen und ihr gleichzeitig ein neues Modell zur Vereinheitlichung der sozialen und gesundheitspolitischen Dienste an die Hand gaben.

Bis 1973 entwickelten sich so die beiden Hauptströmungen der Gesundheits'reform', die von Fiat inaugurierte und die regionale Gesundheitspolitik des 'historischen Kompromisses', zunächst getrennt voneinander. Der Staat selbst war in der Defensive und gesundheitspolitisch praktisch nicht mehr präsent. Dennoch hatten beide Richtungen inhaltlich weitgehende Gemeinsamkeiten: beide gingen davon aus, daß die von der Sozialrevolte getragenen neuen Bedürfnisse – Ablehnung der alten Institutionen, Kampf gegen die Arbeit und gegen alle Einrichtungen zur Aneerziehung der spätkapitalistischen Leistungsmoral – 'gesellschaftliche Krankheiten' waren. Beide hielten diesen Prozeß für eine Machtergreifung der alten subproletarisch-anarchistischen Unordnung über den an sich 'gesunden' Verhaltenskern des modernen Industrieproletariats, freilich in neuem Gewand. Und beide setzten darauf, daß es möglich sei, diese 'Krankheiten' durch eine Modernisierung und Umstrukturierung der bisherigen 'sozial-sanitären' Einrichtungen zu heilen, welche die subproletarischen Unangepaßtheiten seit zwei Generationen so erfolgreich ausgegrenzt hatten.

Die Unterschiede begannen erst hinsichtlich der Frage, wie diese Reorganisation zu bewerkstelligen sei. Was die Unternehmenseite betrifft, so setzte diese auf die Ausweitung der alten Strukturen in die Gesellschaft hinein, auf eine Verfeinerung der sozialtechnischen Anpassungsmechanismen durch neue Kontroll-, Überwachungs- und Bestrafungsorgane. Für die KPI war ein solcher Weg vor 1973 noch undenkbar. Ihre Gesundheitspolitik wurde weitgehend vom linken Flügel beherrscht, der teilweise weit in die Splittergruppen der Massenbewegung (Il Manifesto, Lotta Continua) hineinreichte. Und der verband das Konzept der Korrektur des neuen antagonistischen Sozialverhaltens mit der Machtfrage: die alten gesundheitspolitischen Institutionen sollten entthront und in ein Geflecht von kooperativen 'sozialsanitären Einheiten' einbezogen werden, das nicht mehr von den Gesundheitstechnikern allein betrieben werden durfte, sondern in die neuen Machtorgane der 'demokratischen Strukturreform' – Fabriksdelegierte, Quartiersräte usw. – eingebaut war.



2.2 1973-1976/77

Mit diesem status quo war es schon 1973 vorbei. Im Nachhinein haben dies auch die inzwischen um die letzten Hoffnungen gebrachten linkskommunistischen Gesundheitsreformer erkannt: angesichts des neuesten totalitären Salto mortale der italienischen Gesundheitspolitik setzten sie den Beginn ihres Fiaskos übereinstimmend mit den Jahren 1972/73 an.

Tatsächlich brachte das Jahr 1973 eine weitreichende gesundheitspolitische Weichenstellung. In Turin kam es zu einem 'sozio-sanitären' Bündnis zwischen Agnelli und den durch die Fiat-Besetzung nach rechts radikalisierten Gewerkschaften, das der gesundheitspolitischen KPI-Linken die entscheidende Niederlage einbrachte. Deren Anspruch, sozialsanitäre Reintegration mit demokratischen Strukturreformen und dem 'Recht auf Arbeit' für alle zu verbinden, war nicht mehr gefragt. Angeeignet wurde aus ihren Programmen um so konsequenter alles, was in ihnen an Möglichkeiten zur Steigerung der gesundheitstechnischen Effizienz gegenüber den neuen Massenbedürfnissen enthalten war.

Was geschah nun 1973 in Turin im einzelnen? Kurz vor dem zweiten Turiner Aufstand trafen sich die Spitzen von Fiat, die regionalen Gewerkschaftsfunktionäre von CGIL, CISL und UIL und die führenden Gesundheitspolitiker der Provinz, um über einen Pakt gegen die zunehmenden Verirrungen des 'gestione sociale' (Sozialverhaltens) zu beraten. Das Ergebnis, eine 'Konvention zur Rekonstruktion der psychiatrischen Hilfe' sah zunächst recht mager aus. Es bestätigte die bisherige Entwicklung, sprach von der Notwendigkeit der Fusion von Sektorpsychiatrie und 'präventiver' Arbeitsmedizin, enthielt aber ansonsten nichts Neues. Es war als Dokument jedoch insofern von politischer Bedeutung, als die Gewerkschaften, auf ihre Art nach einer Antwort auf den Druck der Arbeiter suchend, sich nun endgültig in eine konterrevolutionäre 'Arbeitsgemeinschaft' mit Agnelli und der Provinzverwaltung begaben. Die ersten gemeinsamen Kommissionen nahmen ab Februar 1973 ihre Beratungen auf.

Dann kam die militante Fiat-Besetzung. Unter ihrem Eindruck wurde es beim Prototyp der späteren gesundheitspolitischen Formierung Italiens überaus lebendig. Im Juli 1973 wurde ein Zusatzprotokoll verabschiedet, das die von der KPI inzwischen in anderen Regionen präfigurierten 'lokalen sozio-sanitären Einheiten' als zentrale Basis-Institutionen des kapitalistisch-gewerkschaftlich-staatlichen Gegenangriffs aus der Taufe hob. Pro 50.000 Einwohner sollte eine 'psychisch-medizinisch-soziale Equipe' geschaffen werden. Es war beabsichtigt, von zwei Polen her die erprobten kulturellen Werte zu reorganisieren, vom Arbeitsplatz und den Familien als den kleinsten Einheiten des 'Sektors' aus. Was den Arbeitsplatz betraf, so wurde das bisherige schwammige Prinzip der 'Prävention' erstmalig konkretisiert: die 'homogene Gruppe' wurde als Möglichkeit entdeckt, die atomisierte Teilarbeit am Fließband und Kreisförderer zu 'revalorisieren'; gleichzeitig sollte die derart gruppenmäßig 'aufgewertete' Fabrikarbeit aus dem Großbetrieb herausgenommen und in die Quartiere und Vorstädte zurückverlagert werden. In Bezug auf die Familien waren die Ansätze noch relativ zweideutig, jedoch war die Tendenz erkennbar, die familiären und gemeindlichen Strukturen in eine Art dezentraler Basis-Irrenanstalt umzugestalten: durch 'Aufklärung', familienbezogene Krisenberatung, Fusion der bisherigen sozialen Dienste und deren Konzentration auf die 'sozialen Brennpunkte' in den Quartieren, besonders die jungen Arbeitsemigranten des Südens, sollte der 'Vandalismus der Arbeitsverweigerung' der Kontrolle der noch gesunden proletarischen Verhaltensstrukturen übereignet werden. Hinter diesen 'positiven' Integrations-

ansätzen stand eine Ausweitung der rein repressiven Komponenten von erheblichen Ausmaßen, aber auch die Absicht, die kommenden Techniker der integralen 'sozio-sanitären Hilfe' mit neuen und weiterreichenden Qualifikationen auszustatten.

Damit war das 'Turiner Modell' als der zentrale Hebel der kommenden gesundheitspolitischen Formierung geschaffen. Es scheint bis 1976/77 kaum funktioniert zu haben und ist offensichtlich deshalb von den linkskommunistischen Reformern, aber auch den post-operaristischen Ansätzen der 'Autonomia' unterschätzt worden. Das hatte weitreichende Folgen, nicht zuletzt deshalb, weil KPI und Gewerkschaften dieses Konzept in den von ihnen kontrollierten Regionen und Städten seit 1975 dazu benutzten, um ihre jeweiligen 'linken' gesundheitspolitischen Flügel zu kappen und stattdessen von den USSL aus die 'Arbeitsgemeinschaft' mit den Kapitalisten von unten her – im Sinn des 'historischen Kompromisses' – weiter auszubauen.

Vor allem aber erwies sich das 'Turiner Modell' in den folgenden Jahren als ein lokaler Kristallisationspunkt, um den herum sich nach und nach neue zentralstaatliche Reorganisationskerne konstituieren konnten. Dabei agierte der Staat zunächst nach rein fiskalischen Gesichtspunkten: die Entdeckung, daß mittels der neuen 'sozio-sanitären' Grundeinheiten der explosive Anstieg des Gesundheits- und Sozialbudgets gestoppt werden konnte, wurde just 1973 gemacht. Folglich wurde ein schon 1968 verabschiedetes Gesetz, wonach ab 1971 die Bettenzahl der Irrenanstalten begrenzt worden war – es hatte u.a. dem antiinstitutionellen Psychiater Basaglia die Direktorenstelle in der Triester Anstalt gebracht – 1974 auf das gesamte Krankenhauswesen ausgeweitet (Gesetz Nr. 386/74). Selbst in dem von ständig neuen Epidemien geschüttelten Neapel wurden die Bettenzahlen fortlaufend verringert, bis 1980 immerhin um 5.000. Ein weiteres Gesetz ('Legge Stammati') beschränkte aber auch die Neuzulassung von Kassenärzten, fixierte das Honorar der staatlichen Krankenkassen auf 20.000 Lire pro Patient und Jahr – eine lächerlich niedrige Summe – und bestrafte somit die niedergelassenen Ärzte und Kontrollärzte für ihre Unfähigkeit, einen wirksamen Sperr-Riegel gegen den überbordenden Absentismus aufzubauen. Hinzu kam eine entsprechende Verschärfung der einschlägigen Bestimmungen im Arbeiterstatut, und zwar diesmal von der Justiz aus. 1975 setzten die Turiner Justizbehörden eine Bestimmung durch, die es ermöglichte, krankfeierende Arbeiter unabhängig von dem – institutionell ja nicht etablierten – Nachweis ihrer Arbeitsfähigkeit unter bestimmten Voraussetzungen fristlos zu entlassen. Während diese Regelung in Turin selbst zunächst an der Stärke des Arbeiterwiderstandes scheiterte – der Durchbruch kam in Turin erst 1979/80 –, wurde sie bis 1977 national geübte Praxis.

Den vorläufig letzten Höhepunkt erreichte die gesundheitspolitische Formierung zwischen 1973 und 1976/77 mit dem sogenannten Übergangsgesetz Nr. 349/77, das die bisherige direkte Kontraktbeziehung zwischen Kassenärzten und staatlichen Krankenkassen abschaffte. Wie 1931 in Deutschland wurde das Vertragsverhältnis zwischen Kassen und Ärzten regional zusammengefaßt, aber nicht im Wechselspiel von Kassenärztlicher Vereinigung, Kassenverbänden und Landesversicherungsanstalt, sondern in einem weiterreichenden regionalen Zusammenschluß aller gesundheitspolitischen Institutionen insgesamt, den 'Consorti Sanitari di Zona' – CSZ. Das Bestreben war eindeutig, in einer Art Zeitraffer die deutschen gesundheitspolitischen Kontrollstrukturen 'nachzuholen' und gleichzeitig unter dem Druck einer trotz aller Rückschläge zehn Jahre lang ungebrochenen Sozialrevolte weiterzutreiben. Die CSZ waren als regional agierende Zusatz-Strukturen geplant, welche die entstehenden lokalen 'sozio-sanitären Einheiten' finanzpolitisch abdecken und in eine zentralistisch-gesundheitspolitische Umwälzung von riesigen Ausmaßen einbeziehen sollten. Ihre Funktion war also letzten Endes, die Hauptpfeiler

des bisherigen Gesundheitswesens, Pflichtkrankenkassen und Verbände der niedergelassenen Ärzte, aufzulösen und in die neuen Machtstrukturen des Formierungsprozesses einzuschalten.

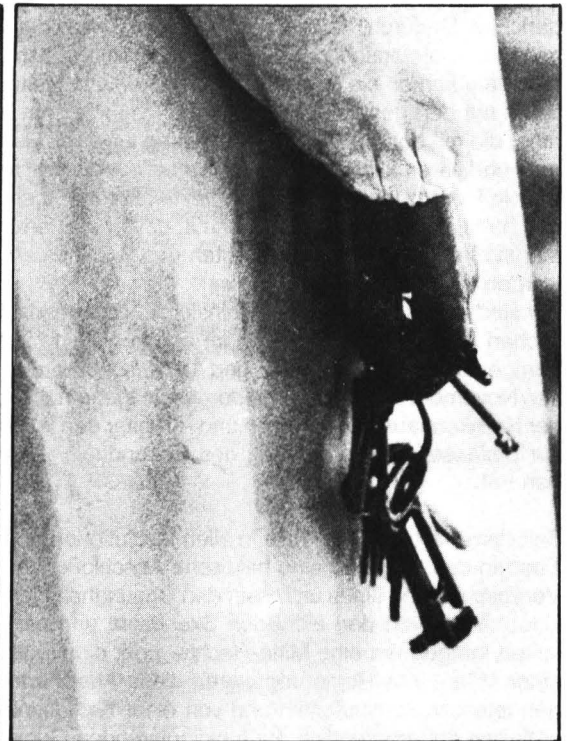
Spätestens hier stellt sich die Frage, warum die quantitativ und qualitativ so außerordentlich 'strategisch' platzierten links- und rätekommunistischen Gesundheitsreformer dem sich bis 1976/77 klar abzeichnenden totalitären Formierungsprojekt nicht ihre Gefolgschaft versagt haben. Die Durchsicht ihrer überaus umfangreichen Publizistik zeigt ganz klar, daß sie vor dem Menetekel von Turin die Augen verschlossen haben. Bei den Akteuren, die sie seit 1973 systematisch aus den linken arbeitsmedizinischen, psychiatrischen und allgemeinen Ambulatorienprojekten in den sozialen Krisenpunkten ausschalteten, fehlte es nicht an offenen Absichtserklärungen darüber, was sie mit den entstehenden 'soziosanitären Einheiten' und 'Regionalkonsortien' vorhatten. Gerade die Propagandisten der KPI-Gesundheitspolitik nahmen kein Blatt vor den Mund. Sie liebten seit 1973/74, spätestens aber seit der großen Wende von 1975, keinen Zweifel daran, daß den neuen gesundheitspolitischen Strukturen die Aufgabe zugeordnet war, den 'gestione sociale' 'soziosanitär' in einen neuen Schraubstock von Auslese und Anpassung zu zwängen. Die KPI-Ideologen nahmen dabei den zaghaften Diskurs der 'Autonomia' über die Legitimität der 'neuen Bedürfnisse' auf, um ihn mit nicht ungeschickter Demagogie in eine Konzeption der 'richtigen' und der 'falschen' Bedürfnisse aufzuspalten: 'richtig' waren diejenigen, die die Formierung eines neuen Produktivitäts- und Effizienzdenkens garantierten, als 'falsch', nämlich als terroristisch, wurde all das denunziert, was vom sozialen Verhalten her die Krise des Regimes vertiefte, weil es angeblich nur die Vorstufe zum 'ersten Chile auf europäischem Boden' war.

Die Antwort fällt uns nicht leicht. Maccacaro und Basaglia, die beiden Hauptexponenten der Reformbewegung, waren nicht nur hervorragende Ärzte, sondern auch Persönlichkeiten von enormer Statur, im Vergleich zu denen unsere gesundheitpolitischen Reformer als Nullitäten erscheinen. Die linkskommunistische Gesundheitspolitik war noch im antinazistischen Partisanenkrieg entstanden. Die Entschiedenheit, mit der sie bis zu Beginn der siebziger Jahre dem verkrusteten Gesundheitswesen zu Leibe rückten, belegt ihr Engagement und ihre Zivilcourage. Aber Maccacaro, Basaglia und die massen-

hafte Anhängerschaft von 'Medicina' bzw. 'Psichiatria democratica' waren nicht in der Lage, mit dem Effizienz- und Produktivitätsdenken der spätkommunistischen Linken zu brechen. Vielleicht wäre Maccacaro angesichts der Seveso-Katastrophe vom Juli 1976 noch einmal ausgebrochen, aber er starb kurz danach. Basaglia hätte diese Möglichkeit gehabt. Er schlug sie aus und zog es vor, die sich 1976/77 radikalisierte Triester Anti-Psychiatrie zu spalten. So löste er 1977 endgültig ein, was er 1967 in der Auseinandersetzung mit dem revolutionären Bruch eines anderen bedeutenden Psychiater-Kollegen, nämlich Frantz Fanon, geäußert hatte: »Fanon konnte sich für die Revolution entscheiden, aus offenkundigen und objektiven Gründen können wir diesen Weg nicht beschreiten. Für uns heißt es weiterhin, die Widersprüche des Systems, das uns konditioniert, leben und ertragen; eine Institution verwalten, die wir ablehnen; therapeutische Arbeit leisten, von der wir nicht überzeugt sind, und dagegen angehen, daß unsere Institution – die ja durch unsere Aktion genauso zu einer Institution subtiler und verschleierter Gewalt wurde – für das System weiterhin nur funktional ist ...« (Basaglia, Die negierte Institution, S. 371) Das sind ehrliche Worte, die stellvertretend eine ganze Bewegung beleuchten, welche sich reformerisch in den nicht durch sie selbst, sondern durch die autonome Sozialrevolte geschaffenen Nischen eingemischt hatte. Für sie war seit 1973 im italienischen Sozialprozeß kein Platz mehr. Da sie sich der revolutionären Initiative von unten verweigerte, mußte sie notwendigerweise zu einem – hochbedeutsamen – Bestandteil des italienischen Formierungsprozesses werden.

2.3. Die Entwicklung 1977/78

Seit etwa 1977 trat der schleichend in Gang gekommene italienische Formierungsprozeß auch gesundheitspolitisch in sein Entscheidungsstadium ein. Aber auch jetzt wurde der massive Durchbruch kaum bemerkt, weil er von punktuellen wie spektakulär aufgebauchten Rückzugsmanövern gegenüber den letzten Initiativen der Reformlinken überschattet war. Auf den ersten Blick hatten diese, von der Radikalen Partei nacheinander parlamentarisierten, Initiativen große Bedeutung. Das gewonnene Abtreibungsreferendum schlug sich im vielversprechenden Gesetz Nr. 194 nieder, welches die grundsätzliche Anerkennung des Selbstbestimmungsrechts der Frau über ihren Körper mit der Einrichtung von zunächst keineswegs restaura-



tiv wirkenden Beratungsstellen für Familienplanung (Consultorie familiari) verband. Nicht anders war es um das berühmte Psychiatriegesetz Nr. 180 bestellt. Bei allen Schattenseiten – Beibehaltung der geschlossenen kriminalpsychiatrischen Anstalten; systematische Datenerfassung aller, und sei es nur ambulatorisch in Erscheinung getretenen, Psychiatrisierten; Aufteilung der Verrückten in Analogie zur gleichzeitigen Gefängnis'reform' in Resozialisierbare und Insassen von stationären Spezialabteilungen – kann nicht in Abrede gestellt werden, daß durch dieses Gesetz das Institut der Zwangseinweisung gezügelt und mit der Auflösung der Irrenanstalt der schleichenden Vernichtung von subproletarischer Unangepaßtheit durch die psychiatrische Gewalttätigkeit alten Typs ein Riegel vorgeschoben wurde. Inwieweit sich stattdessen die in Turin und den KPI/PSI kontrollierten Regionen präfigurierte neue Form 'sozio-sanitär-psychiatrischer' Gewalttätigkeit über die sektoralisierten Quartiere der Unterklassen ausbreiten würde, schien kurzfristig wieder offen zu sein.

Freilich sprachen Aktivitäten in benachbarten gesundheitspolitischen Krisengebieten, vor allem das Wechselspiel von Drogenszene und Drogenberatung, eine deutliche Sprache. Der institutionelle Gebrauch der – in den Quartieren der 'Autonomia' beispielsweise zunächst vom Regime geförderten – Drogenabhängigkeit gab den Formierern just in dem Augenblick neue Kontroll- und Repressionsmöglichkeiten an die Hand, wo sie im Kampf um die Nicht-Therapie der psychiatrischen Manifestationen einen Schritt zurückgewichen waren. Während die Reformlinke ihre letzten Schein-Siege erfocht, ging die Sozialrevolte der 'Autonomia' nach dem Scheitern des Aufstands von Bologna und der anschließenden Organisationsdebatten an der Droge Heroin unter: das Heroin stellte offensichtlich die letzte und selbstzerstörerische Rückzugslinie der neuen Bedürfnisse auf unmittelbare Verwirklichung außerhalb der unerschütterlich scheinenden sozialen Zusammenhänge dar.

Auf jeden Fall trat die 'Autonomia' auch dort nicht mehr in Aktion, wo die partielle Institutionalisierung der linkskommunistischen Bestrebungen zur Gesundheitsreform zum letzten Mal von unten her in Frage gestellt wurde, nämlich bei den Kämpfen der Spitalarbeiter von Florenz. Ihr Streik von Ende Oktober 1978 hatte sich zunächst unmittelbar gegen den verschärften Lohndruck und die intensivierten Arbeitsabläufe in den Kliniken gerichtet. Dadurch, daß sie nach wenigen Tagen die Forderungen der proletarischen Krankenhauspatienten sich zu eigen machten, kamen sie in eine direkte und unvermittelte Konfrontation mit den gesundheitspolitischen Machtzentren des Regimes, die mit der polizeilichen Zerschlagung ihrer Manifestationen und ihrer klinikinternen Koordinationspunkte reagierten. Was in Florenz lokal und mit begrenzten Forderungen angefangen hatte, ist auf nationaler Ebene in einem erbitterten Zusammenstoß mit allen Ordnungskräften des Regimes entschieden worden.

Wir sind davon überzeugt, daß hinsichtlich der gesundheitspolitischen Auseinandersetzungen im engeren Sinn nicht die Reformgesetzgebung von 1977 und 1978, sondern der im Oktober/November 1978 brutal niedergeschlagene nationale Streik der Krankenhausarbeiterinnen und -arbeiter den letzten Anstoß zur umfassenden Formierung des Gesundheitswesens gegeben hat.

Seit dem Herbst 1978 setzte in allen Institutionen und auf allen Ebenen des Regimes eine hektische Abschlußdebatte um die Verabschiedung eines umfassenden Gesundheitsgesetzes ein. Unabhängig von den allfälligen Skandalen und parlamentarischen Intrigen um eine Mitte-Rechts- oder die Reorganisation einer Mitte-Links-Regierung waren diese Auseinandersetzungen intensiv, kontinuierlich und von einer für italienische Verhältnisse außerordentlich gut funktionierenden Geheimhaltung

geprägt. Über die Machtverschiebungen, die dabei stattgefunden haben, wissen wir bis heute wenig. Zweifellos waren die Spitzen der KPI an diesem Programmierungswerk beteiligt. Aber auch sie schwiegen sich aus, selbst im internen Rahmen der Parteigliederungen und der angeschlossenen gesundheitspolitischen Massenorganisationen. Aus gutem Grund, wie sich bald zeigen sollte. Denn als das Gesetz durch die parlamentarischen Gremien durchgepeitscht und am 23. Dezember 1978 als 'Gesetz Nr. 833' verabschiedet wurde, konnte sich auch der 'linke' gesundheitspolitisch engagierte Flügel der KPI darin nicht mehr wiedererkennen, ganz einfach weil er darin nicht mehr vorkam.

3. Die Dimensionen des 'gesellschafts-sanitären' Angriffs

Sehen wir uns das Gesetz 833 vom 23.12.1978 etwas genauer an, das, um einen von Pandolfi verfaßten Nationalen Gesundheitsplan 1980'81 erweitert, am 1. Januar 1980 in Kraft getreten ist. Um uns nicht in Details zu verlieren, werden wir im folgenden die wichtigsten Aspekte herausgreifen: die finanzpolitischen Zusammenhänge, das Datenerfassungssystem, die institutionellen Strukturen und zuletzt die neuen Angriffspunkte, die dadurch gegenüber allen Sektoren der italienischen Unterklassen gesetzt wurden.

3.1.

Zunächst einmal: es handelt sich um ein 'Kostendämpfungs-gesetz' par excellence, im Vergleich zu dem sich die etwa zeitgleichen westdeutschen Ansätze wie ein Kinderspiel ausnehmen. Die Ausgaben im Gesundheitssektor werden rückwirkend auf den Stand von 1977 festgeschrieben, Steigerungen über die Ziffer hinaus verboten. Auf lange Sicht dürfen maximal 6 Prozent des jährlichen Bruttoinlandsprodukts auf Gesundheitsausgaben entfallen. Der auf dem Gesetz aufbauende 'Nationale Gesundheitsplan' (PSN) baut diese finanzpolitischen Leitlinien strategisch aus, indem er fordert, durch Rationalisierungsmaßnahmen in allen Winkeln des Gesundheitswesens die Produktivität der Ausgaben zu steigern und alle bisherigen 'Vergeudungs'erscheinungen zu beseitigen. Was das konkret bedeutet, läßt sich rasch herzählen: Senkung der Bettenzahl der Krankenhäuser, Intensivierung der Belegungsdichte, Verkürzung der Liegezeiten, Einsparung von Personalstellen durch technische Umstellungen in bezug auf die Anstalten; den auf sie entsprechend zukommenden Druck sollen die vor-klinischen Einrichtungen durch die Einführung von Arbeitsbewertungssystemen und genauen Stellenbeschreibungen in den Ambulatorien, durch die Zentralisierung aller technisch spezialisierten bzw. hochbezahlten Funktionen, durch das systematische Anheuern von unterbezahlten Teilarbeitern wie unbezahlten 'Freiwilligen' auffangen; und die Patienten werden an allen Ecken und Enden zur 'Kostenbeteiligung' gezwungen, sei es direkt, beispielsweise durch ihre zwangsweise – und abgestufte – Beteiligung an den Arzneimittelkosten (bis zu 20 Prozent), sei es indirekt dadurch, daß sie in ihren Familien wieder mehr unbezahlte Arbeit an ihren 'unproduktiven' und auf Sozialhilfe angewiesenen Mitgliedern (Alte, chronisch Kranke, Psychiatrisierte, jugendliche Drogenabhängige usw.) leisten müssen. Aber über diese unmittelbaren Funktionen hinaus erwies sich die fiskalische Seite des Gesetzes und des darauf aufbauenden Nationalen Gesundheitsplans auch als politisches Druckmittel. Da die Kostenerfassung und Mittelverteilung in einem dem Gesundheitsministerium direkt unterstehenden 'Nationalen Gesundheitsinstitut' zentralisiert wird, haben die Akteure auf nationaler Ebene das gesamte finanzielle Instrumentarium der jährlich ca. 30.000 Mrd. Lire zur Verfügung, um den reformerischen 'Wildwuchs' der vergangenen Jahre auf einen Schlag zu beseitigen. Zu diesem Zweck wurde ein rein alge-

braisches Schema entwickelt, um die theoretischen Gesundheitskosten einer jeden Region bzw. Provinz (mittlere nationale Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben von 1977, multipliziert mit dem Anteil an Wohnbevölkerung und korrigiert durch standardisierte 'Risikofaktoren' – Säuglingssterblichkeit, Häufigkeit der Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten, Sterblichkeitsquote der über Sechzigjährigen) im voraus berechnen zu können. Das bedeutet konkret, daß Regionen mit überproportional hohen Ausgaben, also historisch hoher reformerischer Aktivität, rein finanztechnisch bestraft, solche mit überwiegend konservativen Gesundheitsstrukturen und entsprechend niedrigen Kosten belohnt werden: je nach der Differenz vom errechneten Standard sollen die regionalen Gesundheitsbudgets im ersten Planjahr um 1/6, im zweiten um 1/3, im dritten Planjahr um 50 Prozent steigen oder fallen!

Es versteht sich von selbst, daß die solcherart programmierte 'Homogenisierung der Regionen' nicht etwa die alten gesundheitspolitischen Machtstrukturen ankratzen wird, sondern die neuen in den Hochburgen des 'historischen Kompromisses'. So geben die Autoren von 'autogestione', einem linkskommunistischen Blatt, unumwunden zu, daß das Gesetz Nr. 833 rein finanztechnisch den 'historischen Kompromiß' dort beerbt, wo er zur Modernisierung und Effizienzsteigerung des gesundheitspolitischen Kontrollnetzes beigetragen hat, und ihn gleichzeitig politisch als selbständigen Machtfaktor ausschaltet. Daß dieser Plan-Trick weiter links davon angesiedelte Initiativen, wie beispielsweise die von Triest, noch eher auslöschen dürfte als die Experimente von Emilia, der Lombardei usw., ist nach alledem mit Sicherheit zu erwarten.

3.2.

Doch nun zu den Veränderungen in bezug auf die gesundheitspolitischen Daten. Um funktionieren zu können, braucht ein derart finanzpolitisch bestimmtes System eine Unsumme von Informationen. Wer die italienischen Verhältnisse auch nur ein wenig aus eigener Anschauung kennt, ist leicht zu der Annahme geneigt, bei dem ganzen Plan handle es sich um ein superbürokratisches Hirngespinnst, welches nicht lebenskräftig sei, weil es eines garantierten Datenflusses von unten nach oben ermangele. Weit gefehlt, steht zu befürchten, zumindest im vorliegenden Falle. Es ist im Gegenteil gerade so alarmierend, mit-

zubekommen, mit welcher Genauigkeit sich die Formierer um ein an die finanzpolitischen Kanäle angeschlossenes Informationsnetz gekümmert haben. Interessanterweise sind die Datenspezialisten des Programmierungswerks just von der durch die KPI bewerkstelligten Verdrehung der Bedürfnis-Debatte ausgegangen. Sie rechtfertigen ihren in diesen Ausmaßen bislang einmaligen Angriff auf das Arztgeheimnis und die persönliche Intimsphäre mit dem Argument, ein lückenloser Informationsfluß müsse installiert und mit dem Finanzverteilungsschlüssel gekoppelt werden, weil es doch darauf ankomme, die gesundheitlichen 'Bedürfnisse' der Bevölkerung zu erfassen und den Rückfluß der Gelder entsprechend deren Flexibilität elastisch zu gestalten. Freilich gehen sie im gleichen Atemzug weiter und erklären offen, es sei natürlich auch nötig, die 'richtigen' Bedürfnisse zu aktualisieren und die 'falschen' – auszuschalten! Mit anderen Worten gestehen sie dem formierten Staat das Recht zu, an zentraler Stelle zu entscheiden, was an Lebensqualität genehm ist und was nicht. Und sie scheuen sich nicht, mit diesem offen vorgetragenen Projekt à la Großer Bruder ans Werk zu gehen, ohne daß es bislang zu nennenswerten Widerstandshandlungen gekommen wäre.

Soweit wir wissen, gingen sie dabei von zwei Schwerpunkten aus. Der erste konzentrierte sich auf die Hospitäler und die Polikliniken. Dort sollen inzwischen umfangreiche EDV-Anlagen installiert sein und auch weitgehend funktionieren. Jetzt soll daran gegangen werden, die im Aufbau befindlichen 'sozial-sanitären Einheiten' ebenfalls mit Datensystemen auszustatten und über die Lokalbehörden mit der Krankenhaus-EDV zusammenzuschließen. Daß, solange das Informationssystem im Aufbau war, die ersten 'soziosanitären' Ambulatorien oft in den Kellern der Kliniken etabliert wurden, um sie mit deren EDV sofort kurzzuschließen (hier hatte auch der institutionelle Anti-Terrorismus seine Hand im Spiel), sei nur am Rande erwähnt; und darauf, daß mit der Ausgabe detaillierter wie unverschlüsselter Personal- und Krankheitsdatenkarten sich das Institut der freien Arztwahl und des Arztgeheimnisses rein technisch in Luft auflöste, brauchen wir in diesem Kontext wohl nicht mehr einzugehen.

Der zweite Schwerpunkt wurde auf regionaler Ebene gesetzt. Seit der Gründung der 'Consorti Sanitari di Zona' 1977 soll dort auch in Sachen EDV viel geschehen sein. So wird berichtet, daß vor allem in einigen KPI-mitregierten Regionen, beispielsweise in der Toscana, schon ausgereifte regionale Gesundheitskataster bestehen, die eine 'gute' Ausgangsbasis für den Aufbau des regionalen EDV-Netzes darstellen. Sie brauchen,



heißt es, nur noch um die Datensysteme der inzwischen aufgelösten Pflicht-Krankenkassen ergänzt zu werden, um überall in Funktion zu treten. Das alles berechtigt zu der Vermutung, daß der im Nationalen Gesundheitsinstitut inzwischen etablierte Zentralcomputer alles andere als auf tönernen Füßen stehen wird!

3.3.

Und wie ist es um die institutionellen Strukturen bestellt, welche das Gesetz Nr. 833 vorsieht, um das Wechselspiel von Finanzplanung und Datenerfassung zu realisieren? Hier müssen wir gleich vorab bemerken, daß die Umstrukturierung des Gesundheitswesens sich als ausschließlicher Angriff auf die Unterklassen allein dadurch ausweist, daß die privaten Einrichtungen des Gesundheitswesens in keiner Weise tangiert werden: Wer genug Geld hat, also zur Großbourgeoisie oder zur neuen Oligarchie der Formierer gehört, der kann mit seiner/ihrer Gesundheit/Krankheit umgehen wie zuvor. Niemand speichert seine Daten, schreibt die Behandlungsmethoden vor, und niemand stellt die Notwendigkeit einer Aufnahme in die – Privatklinik in Abrede. Denn die gesundheitspolitischen Formierer werden sich davor hüten, glauben zu machen, das, was sie zur Sanierung der Proletarier ins Werk setzen, habe auch für sie und ihre Angehörigen Gültigkeit. So handelt es sich bei der großen, von der KPI mit vorangetriebenen gesundheitspolitischen Formierung immer auch um ein gutes Stück der Restauration von Klassenmedizin.

Beschreiben wir zuerst die lokale Ebene. Als erster gesundheitspolitischer Filter wird ein 'sozio-sanitärer' Distrikt (*distretto socio-sanitario*) eingerichtet, der aus den Medizinern aller Fachrichtungen einschließlich der Psychiater/Psychologen und den Sozialarbeitern der entsprechend zusammengefaßten Sozialdienste besteht. In diesem streng hierarchisierten Team wird sich in den nächsten Jahren entscheiden, ob die regimekonforme Veränderung des 'sozialen Verhaltens' gelingt oder scheitert. Die Behandlungsmethoden in der Abfolge 'Gesundheitsaufklärung und -beratung' – Vorbeugung – Behandlung – Nachsorge sind streng vorgeschrieben. Die Patienten-Klienten werden nicht nur ambulant traktiert; es stehen auch Betten-Abteilungen zur Verfügung, die interdisziplinär genutzt werden. In diese Distrikte wird alles das an Personal hineingezwängt, was die Lokalverwaltungen aus der Reformära zu übernehmen belieben: die Initiativen für arbeitsmedizinische Vorsorge, die 'Consultorie familiari' des Abtreibungsgesetzes, die Drogenberatungsstellen und natürlich die sektoralisierten Projekte für 'Mentalhygiene'. Und eine Polizeistation ist auch dabei, damit erstens niemand aus der Klientenschar etwa auf die Idee kommt, seine Krankenschreibung oder die Verordung von häuslicher Pflege allzu hemdsärmelig zurchzusetzen; und last not least, um den polizeilichen Fahndungsapparat mit dem hervorragenden medizinischen Datenerfassungssystem an Ort und Stelle kurzzuschließen.

Diesen 'sozio-sanitären Distrikten' stehen 'Poli-Ambulatorien' zur Seite, die über mehrere Distrikte übergreifen. Bei ihnen handelt es sich im allgemeinen um Einrichtungen, die technisch und personell besonders aufwendig sind (Labor- und Röntgenzentren, Tageskliniken, physiotherapeutische Zentren usw.). Beide Einrichtungen werden schließlich in der 'lokalen sozio-sanitären Einheit' zusammengefaßt: letztere koordiniert die Ambulatorien mit der Krankenhausbehandlung und fungiert ansonsten als Datenlieferant für die übergeordneten Institutionen und als Kontrollorgan über die Basiseinrichtungen. Ihre interne Gliederung ist hierarchisch straff nach dem Direktorialprinzip. Hier fallen alle lokalen gesundheitspolitischen Entscheidungen,

von der Personalpolitik bis zur Geldverteilung. Hier wird also die Gesundheitspolitik lokal 'rationalisiert', und hier erhält jeder, in einer inzwischen eindeutigen KPI-Diktion, den 'ihm zustehenden Arbeitsplatz'. Diese USSL sollen für mindestens 50.000 und für höchstens 200.000 Menschen zuständig sein.

Streifen wir kurz den regionalen Sektor der gesundheitspolitischen Programmierung. Es handelt sich um die durch das Überleitungsgesetz geschaffenen 'Consorti Sanitari di Zona', deren Hauptfunktion darin besteht, die jeweiligen USSL der Provinz zu koordinieren und zu überwachen. Sie sind also Sammelstelle für Gesundheitsdaten, sie überprüfen mit anderen Worten, wo 'gerechtfertigte' Bedürfnisse unbefriedigt geblieben sind und wo sich 'falsche' Bedürfnisse allzusehr ausbreiten. Das kurz zuvor etablierte regionale Kontraktverhältnis zwischen Ärzten und Pflichtkrankenkassen ist also wieder beseitigt, es war nur eine kurze Zwischenstufe im Prozeß zentralstaatlicher Formierung. Im Effekt handelt es sich um nichts anderes als eine regionale Gesundheitspolizei, deren technische Manager sich derzeit in ihre Startlöcher begeben, um das große Projekt der 'sozio-sanitären' Korrektur der Massenbedürfnisse zu steuern und jenseits der Streitigkeiten gesundheitspolitischer Selbstverwaltungsorgane dem abstrakt festgesetzten nationalen Level anzupassen.

Indes hat das totalitäre Sanierungskonzept gegenüber der Gesellschaft auf regionaler Ebene eine gewichtige Einschränkung insofern erfahren, als die korrespondierenden betriebsmedizinischen Einrichtungen vorerst außen vor blieben. Stattdessen ist parallel zu den CSZ ein Ergänzungs-Instrument der Werkmedizin im Entstehen, das zwar auf die betriebsmedizinischen Präventionseinrichtungen auf Lokalebene zurückgreifen soll, jedoch von regionaler Ebene aufwärts an selbstständig bleibt. Die Gründe dafür liegen auf der Hand. Unter den gegenwärtigen Machtkonstellationen wagt es noch niemand, die Forderungen der KPI-Stammarbeiterbasis nach der Beseitigung des gesundheitlichen Raubbaus in den Betrieben als 'ungerechtfertigt' zu bezeichnen. Man wartet also – mit stillschweigender Duldung der KPI – zu, bis sich das arbeitshygienische Bündnis zwischen den Fabrikräten bzw. -delegierten und den linksintellektuellen Praktikern der lokalen Präventionsgruppen (*Servizi Mediciali preventive per gli ambienti di lavoro* – SMAL) in der Restaurationsepoche der achtziger Jahre verläuft, bevor man es wagt, den lokalen Programmierungsprozeß rückwirkend auf die Fabriken auszuweiten!

Was die zentrale Ebene betrifft, so haben wir ihre Funktionen oben (unter 3.1. und 3.2.) beschrieben. Hinzuzufügen bleibt nur noch, daß das 'Nationale Gesundheitsinstitut' als unmittelbares Steuerungsinstrument der Regierung anzusehen ist, welchem ein 'Nationaler Gesundheitsrat' – wie es immer so schön heißt – 'beratend zur Seite stehen wird'. Die Posten sind inzwischen alle besetzt, und zwar von Persönlichkeiten, die mit ihren Biographien absolut dafür einstehen, daß der Programmierungsprozeß als das ablaufen wird, als was er gedacht ist: als sozial- und gesundheitspolitische Konterrevolution des formierten Parteiensystems Italiens, welches sich die KPI als erste Triebkraft der Restauration am Rande der Machtkegel so lang wie möglich erhalten will.

3.4.

Welches sind schließlich die neuen Angriffspunkte gegen die Unterklassen, welche das italienische Regime mit dem Gesetz Nr. 833 festschrieb? Sie ergeben sich, meinen wir, unmittelbar aus den Bestimmungen im Gesetz und den Folgeerlassen des fixierten gesundheitspolitischen Formierungsprozesses. Deshalb wollen wir sie hier nur noch einmal gerafft zusammenfassen.

Erstens: die freie Arztwahl entfällt, zuständig ist nur noch die jeweilige Equipe des Lokaldistrikts.

Zweitens: das Arztgeheimnis und das Recht auf die private Intimsphäre sind beseitigt. Wer sich in Behandlung begibt, stellt seine persönlichen, sozial-familiären und Gesundheitsdaten einem Informationssystem zur Verfügung, das in einem zentralen Computer des Gesundheitsministeriums endet und für alle Institutionen des Regimes uneingeschränkt zur Verfügung steht.

Drittens: die medizinischen Versorgungseinrichtungen sind ausnahmslos der Polizei angegliedert. Wer etwas vor der Polizei zu verbergen hat, muß auf seine medizinische Versorgung verzichten.

Viertens: das Krankfeiern als informelle Vermittlungsstufe des Arbeiterkampfes wird administrativ blockiert, und zwar effektiv – im Gegensatz zu früher. Damit kommen alle Möglichkeiten in Fortfall, sich kurzfristig dem restaurierten Despotismus der dezentralisierten Fabrikarbeit zu entziehen. Dies fällt besonders deshalb ins Gewicht, weil die kompensatorischen arbeitsmedizinischen Ausgleichsmöglichkeiten auf Fabrikebene stagnieren.

Fünftens: wer sich in Zukunft in medizinische Behandlung begibt, wird, ob er will oder nicht, einer umfassenden gesundheitspolitischen Propaganda ausgesetzt. Wer Vorbeugungsaktionen, Rehabilitationsauflagen usw. verweigert, gilt in Zukunft als Objekt, dem seine 'falschen' Bedürfnisse ausgetrieben werden müssen.

Sechstens: die aus der Reformperiode übernommenen gesundheitspolitischen Dienste werden innerhalb der USSL in ihr Gegenteil verkehrt. Zum Beispiel die 'Consultorie familiari' des Abtreibungsgesetzes: Veröffentlichungen über die Jahre 1978-1980 zeigen, daß sie nicht mehr dem Selbstbestimmungsrecht der Frauen über ihren Körper dienen, sondern einen wachsenden Gebärzwang ausüben. Die Folge ist, daß sich die Frauen erneut auf den erniedrigenden Abtreibungsmarkt begeben müssen. Ähnliches wird über die sektoralisierte 'Mentalhygiene' berichtet: wer sie konsultiert, wird mehr denn je sozial ausgegrenzt.

Siebtens: die den USSL angegliederten Sozialdienste gehen immer mehr dazu über, die Sozialhilfeempfänger und Behinderten von den Unterstützungszahlungen auszuschließen. Stattdessen müssen ihre Familien – soweit vorhanden – sie durchbringen. Den Frauen wird ein wachsendes Maß unbezahlter Hausarbeit aufgebürdet. Auch die Plätze im Kindergärten, Kindertagesheimen, Altenasylen usw. sind rückläufig.

Achtens: die Tätigkeit der Gesundheitsarbeiter selbst wird intensiviert, rationalisiert und neu hierarchisiert. Die Arbeitsplatzbewertung und das Leistungslohnsystem werden eingeführt.

Neuntens: das in der antiinstitutionellen Psychiatrie erstmals erprobte System der 'freiwilligen Helfer' und der unterbezahlten Zusatzkräfte ohne festen Arbeitsvertrag und Sozialversicherung wird breit institutionalisiert.

Diese Beispiele ließen sich beliebig fortsetzen. Uns genügen diese hauptsächlichlichen Aspekte. Wer sich im gesundheitspolitischen Alltag ein wenig auskennt, weiß, was sie zusammengefaßt bedeuten. Die gesundheits- und sozialpolitische Konterrevolution marschiert in Italien, trotz aller partiellen Rückschläge und trotz der jüngsten notwendig gewordenen Verlängerung des Pandolfi-Zweijahresplan auf die Dreijahresperiode 1980-1982.

4. Die gesundheitspolitische Konterrevolution in Italien und wir

Was bedeutet das alles für uns, die wir nicht in Italien leben, sondern gegen die gesundheitspolitische Restauration in der BRD kämpfen? Die Bilanz ist bedrohlich, wenn nicht beängstigend. Und zwar nicht zuletzt deshalb, weil es sich hinsichtlich Italiens nicht um eine weitab gelegene Bananenrepublik handelt, sondern um ein Mitglied der EG, in dem nichts geschieht, was vom sozialpolitischen Management der 'Gemeinschaft' nicht gutgeheißen wird.

Zunächst einmal müssen wir uns vergegenwärtigen, daß die italienische Entwicklung in zwei bis drei Jahren einen Prozeß durchlaufen hat, zu dessen Absolvierung die deutsche Gesundheitspolitik über vierzig Jahre benötigte. Und gleichzeitig geht dieser Prozeß in Italien weiter: dort werden inzwischen Konzepte realisiert, die hierzulande immer wieder einmal auftauchen, aber immer wieder auch gebremst worden sind. Uns hilft es nicht viel, wenn wir uns angesichts dessen entweder achselzuckend abwenden oder aber mit euphorischen Bemerkungen über die Stärke des Klassenkriegs von unten kontern, der solche konterrevolutionäre Formierungsanstrengungen erzwingt. Uns hilft es auch nichts, wenn wir schadenfroh auf die Rolle der KPI hinweisen, die im Kampf gegen die autonome Sozialrevolte und danach gegen ihre eigenen Gesundheitspolitiker vom linken Flügel inzwischen Positionen einnimmt, welche



sich weitaus erbarmungsloser ausnehmen als die hiesigen Projekte und Planungen für einen sozialdemokratischen Herbst.

Über die historischen Parallelen, aber auch die Nichtübereinstimmungen, muß noch detailliert gearbeitet werden. Etwa über die Frage, warum es zwar schon 1931 in Deutschland zur Aufhebung der direkten Kontraktbeziehungen zwischen Ärzten und Pflichtkrankenkassen kam, warum es aber später der NS-Gesundheitspolitik nicht gelang, ihre weiterreichenden Formierungsprojekte durchzuziehen. Tatsächlich ist die Übereinstimmung zwischen den diesbezüglichen Plänen der braintrusts der 'Deutschen Arbeitsfront' und der in Italien jetzt entstehenden gesundheitspolitischen Realität frappierend: nur hießen die lokalen sozio-sanitären Zentren damals 'Orts'- bzw. 'Betriebsgesundheitsstationen' und der Kampf gegen das Krankfeiern bediente sich zuletzt der 'mobilen vertrauensärztlichen Dienste'. Allerdings wurden die Vorschläge zur Zentralisation der Kranken- und Sozialversicherung damals Makulatur, und die ganz ähnlich klingenden Vorschläge für ein 'Gesundheitswerk des deutschen Volkes' wurden in die Nachkriegsplanungen verbannt. Was werden uns die KPI-Technokraten entgegenhalten, wenn wir sie eines Tages der direkten Anleihen bei den NS-Sozialpolitikern überführen? Aber sind es überhaupt Anleihen? Haben die bis heute so tabuisierten und – nicht zufällig – dem geschichtslosen Dunkel überlassenen NS-Eierköpfe nur Entwicklungen vorwegnehmen wollen, die dem Klassenkrieg in allen spätkapitalistischen Gesellschaften immanent ist?

Aber auch die unmittelbaren Parallelen sind bedrohlich genug. Was sich in Italien abrupt durchzusetzen beginnt, wird bei uns scheibchenweise dosiert. Das Betriebsarztgesetz von 1974, das Kostendämpfungsgesetz im Gesundheitswesen, die 1976/77 angelaufene 'Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen', das Krankenhausfinanzierungsgesetz, die längst angelaufene 'produktive' Rehabilitation der Behinderten durch mehr oder weniger offene Zwangsarbeit, die Regionalisierung der Psychiatrischen Dienste und der zweifelhafte Boom der Gemein-

depsychiatrie usw.: sind diese Fragmente gesundheitspolitischer Formierung, einmal synthetisch betrachtet, nicht auch Alarmzeichen? Sind wir nicht auch in der BRD schon sehr nahe an einem alles umfassenden 'Nationalen Gesundheitsplan', der nur eine mittlere Sozialrevolte und einen überproportionalen Anstieg der Krankenstände benötigt, um im Rückgriff auf Italien in Aktion treten zu können? Re-Import des 'Modells Italien', um das so glorreiche 'Modell Deutschland' zu stabilisieren?

Wir werden den Verdacht nicht los, daß die bundesrepublikanischen Sozialpolitiker – der EG-Sozialfonds sowieso, sogar in Triest – 1974 in Italien direkt eingegriffen haben, als die frisch aus der Taufe gehobene Schmidt-Genscher-Regierung ihre Zahlungen für die italienische IMF-Kredittranche mit ominösen Auflagen zur Sanierung der Sozialpolitik verband. Sollte dies der Fall gewesen sein, und einiges spricht dafür, nicht zuletzt die ständigen Konsultationen zwischen SPD und KPI, dann könnte die sozialliberale Koalition durchaus aus zwei Beweggründen gehandelt haben: einmal, um den für die ganze EG bedrohlich gewordenen sozialrevolutionären Funken in Italien 'sozialsanitär' wegprogrammieren zu helfen; zum anderen aber auch, um in Italien Experimente zu starten, für die die bundesdeutschen Verhältnisse noch nicht reif waren ...

Ob so oder so. Wir sollten den Fall Italien zum Anlaß nehmen, um unsere eigenen gesundheitspolitischen Realitäten ernsthafter unter die Lupe zu nehmen. Und das Fiasko der italienischen gesundheitspolitischen Linken sollte Anlaß dazu sein, über unsere eigne Rolle im Dschungel der bundesdeutschen Gesundheits- und Sozialpolitik nachzudenken. Wir sollten von unseren allzu blauäugigen Illusionen wegkommen. Wissen wir wirklich so genau, wem wir mit unseren Träumereien von 'gemeindenaher Psychiatrie', 'demokratisierter Sozialarbeit', 'alternativer Medizin' und 'alternativen Gesundheitsläden' in die Hände arbeiten?

Wir wollen Basaglia als Direktor von Asinara

** Asinara = berüchtigtes Hochsicherheitstrakt-Gefängnis in Italien. Anm. d. Übers.*

Effizienz, Mobilität, Flexibilität und die Kontrolle der Nervenheilstätten sind nötig, um der »Ausweitung der sozialen Unangepasstheit« zu begegnen. Die Psychiatrie, auch wenn sie »neu« sein mag, sieht sich vor die Aufgabe gestellt, immer größere Anteile der Bevölkerung in ihren eigenen Regelkreis aufzunehmen. Dies wäre bei der alten Struktur des Irrenhauswesens nicht möglich gewesen.

Im September 1977, wenige Tage nach dem Anti-Repressionskongress von Bologna, ereignete sich unter einem Zirkuszelt vor 3000 Personen, die aus halb Europa und aus Lateinamerika angereist waren (Psychiatern, Medizin- und Psychologiestudenten, Verwaltungsbeamten, Patienten und Ex-Patienten,

Psychiatriearbeitern und Neugierigen), ein Skandal. Etwa 30 Genossen wagten es, die Kathedrale der »neuen Psychiatrie« zu entweihen, die heilige Kuh der am weitesten gediehenen Reform in einem Land, das in jenen Tagen als das »freieste Land der Welt« bezeichnet wurde: Basaglia und das Psychiatrische Krankenhaus von Triest.

Das »Dritte Internationale Treffen von Triest«, das eigentlich eine Feier der Reformfolge der Psychiatrie von Triest und von Italien sein sollte, und mit ihm das Forum für die aseptische Debatte der bekanntesten Vertreter der »neuen Psychiatrie« auf Weltebene (Basaglia, Guattari, El Kaim, Castel usw.), geriet in eine sieben Tage andauernde politische Auseinandersetzung. In deren Mittelpunkt stand vor allem die Beziehung zwischen

der kapitalistischen Restrukturierung der Repressionsmechanismen, einer Reformbewegung aus dem mittlerweile weit zurückliegenden Jahr 1968, die nunmehr nach neun Jahren auf institutioneller Ebene praktische Ergebnisse erzielt hatte, und einer Klassenbewegung, die sich in diesem Jahr mit ihren Themen und ihren Kampfformen vorgestellt hat. Letztere maßte sich das Recht an, auch in der Auseinandersetzung mit dieser Reform der repressiven Funktion des »Irrenhaus«-Staates ihre eigene Meinung vorzutragen. Sie ging davon aus, daß diese Reform vom Psychiatrischen Krankenhaus Triest gegenüber der Stadt und in bezug auf ihren beispielhaften Signalcharakter gegenüber ganz Italien repräsentiert wurde.

Und das war auch der Beginn einer politischen Arbeit, die eine Gruppe von Genossen bis heute auf diesem Gebiet fortführt. Wir halten es für notwendig, darüber eine Diskussion zu eröffnen. Dabei spielt für uns auch die Tatsache eine Rolle, daß jene Kliniken, die einmal als »avantgardistische Erfahrungen« galten – wie beispielsweise die psychiatrischen Hospitäler von Triest, Arezzo und Perugia, – ein Gesetz zur Reform der psychiatrischen Hilfe, nämlich das Gesetz Nr. 180 aus dem Jahr 1978, bewirkt haben. Dieses Gesetz veranlaßt jetzt die Irrenhäuser in ganz Italien und somit die gesamte repressive Maschinerie der Irrenanstalten, sich diesen Erfahrungen anzupassen.

Wir sprachen über die zweifellos vorhandenen praktischen Resultate. Die alte Institution Irrenanstalt von Triest gibt es nicht mehr (mittlerweile auch kaum noch in Gestalt der Anlage). Die Zahl der stationären Patienten ist von 1500 auf 300 gesunken (die alle nur noch als »Gäste« bezeichnet werden). Es funktionieren sechs »Zentren für geistige Gesundheit« (CSM) im Stadtgebiet. Eine ganze Stadt ist gezwungen, sich mit den »befreiten Irren« auseinanderzusetzen. Und von unserer Seite kam eine Provokation (beim Ruf »Wir wollen Basaglia als Direktor von Asinara«) und kamen Fragen. Provokationen und Fragen waren (mehr noch als an den Professor) an eine Mannschaft gerichtet, die sich oft, wenn auch in widersprüchlicher Weise, als politisches Kollektiv charakterisiert hat und sich zum größten Teil aus Ärzten zusammensetzt, die aus den Universitäten von 1968 gekommen waren und den antiinstitutionellen Kampf in die Hospitäler getragen hatten. Diese Mannschaft ist in ihrer Arbeit oft mit der KPI, den Lokalverwaltungen, der Gewerkschaft und mit den anderen demokratischen Psychiatern, die mit der »neuen Linken« stärker organisatorisch verbunden waren, zusammengestoßen.

Provokationen und Fragen, die den ersten Zusammenstoß zwischen den Inhalten der Bewegung und sieben Jahren der »antiinstitutionellen Arbeit« bewirkt haben:

– Ist es Zufall, daß in Triest die Nervenheilanstalt geschlossen wird (und der Staat ein Gesetz herausbringt, durch das dieses Beispiel verbreitet wird), während gleichzeitig und parallel dazu eine Gefängnisreform zustandekommt, die neben der Einführung des Spezialgefängnisses vom gleichen Prinzip der Rehabilitation und Resozialisierung ausgeht?

– Ist vielleicht – möglicherweise rein zufällig – eine Selektion bei der Unterstützung und der Wiedereingliederung von Anstaltsinsassen und entlassenen Anstaltsinsassen erfolgt, die vom Grad ihres Glaubens an die »sozialen Werte« und ihrer Anpassungsmöglichkeit an diese Werte ausging? Und werden die anderen ihrem sogenannten Schicksal überlassen (Chronischkranke, Insassen der kriminalpsychiatrischen Abteilungen, »natürlicher Tod«, »Selbstmord«, usw.)?

– Und genügen die »Zentren für geistige Gesundheit« (CSM) vielleicht nur der Anforderung nach einer effizienteren, mobileren, umfangreicheren und flexibleren Funktion und Kontrolle, Einschüchterung und Behandlung, wie sie die Irrenanstalt früher mit einem Kostenaufwand erfüllte, welcher, wenn man die »Ausweitung der gesellschaftlichen Unangepaßtheit« in Betracht zieht, laut ausdrücklicher Erklärung der Provinzialverwaltung heute gesellschaftlich und ökonomisch nicht mehr tragbar wäre?

– Entsprechen die CSM etwa nicht dem Erfordernis, immer größere Teile der Bevölkerung zu psychiatrisieren, d.h. in den Regelkreis der Psychiatrie (auch wenn sie sich »neu« nennt) einzuschleusen, was mit der alten Struktur des Irrenhauses nicht zu bewerkstelligen gewesen wäre?

– Ersetzen die CSM vielleicht nicht genau die Funktion der Sozialhilfe, der Quartierkomitees, der zivilen Überwachung (sorveglianza civile), der Beratungszentren, Stadtteilpsychologen usw., also all jener sogenannten sozialen Instrumente, welche die Randgruppen (proletariato marginale) kontrollieren, aussondern, requalifizieren und aus dem Verkehr ziehen?

Diese Analysen und Fragen schienen uns weder spitzfindig intellektualistisch, noch einfach zu beantworten. Aber es schien uns nötig, sie zu stellen, um eine militante Praxis in den Auseinandersetzungen mit einer Erfahrung wie der der Triester Psychiatrischen Klinik zum Ausdruck zu bringen. Und die ist insofern interessant, als es sich im Vergleich mit jeder anderen Situation/Institution vielleicht um die wichtigste, nämlich kompakteste und homogenste Einrichtung handelt, in der eine Gruppe von Technikern arbeitet, die sich selbst als KPI-Linke bezeichnet.

Wir glauben, daß Triest heute als Prüfstein für die Versprechungen der verschiedenen theoretischen Ansätzen angesehen werden kann, die sich nach der 68er Revolte in bezug auf die Arbeit in den Institutionen entwickelt haben und die darauf abzielten, deren Funktion als Regulations- und Repressionsinstrument des Kapitals und des kapitalistischen Staats anzugreifen.

Angesichts einer so vielschichtigen Wirklichkeit könnten wir uns eine Menge Überprüfungsmöglichkeiten vorstellen, von denen aus man versuchen könnte zu verstehen, inwieweit die Erfahrung der Triester Mannschaft nicht tatsächlich statt zum Bruch mit der Institution zur nackten und einfachen Anpassung an das geführt hat, was heutzutage die neuen kapitalistischen Erfordernisse der Kontrolle und der Repression ausmacht. Wir haben hier zwei Gesichtspunkte ausgewählt, die wir für die wesentlichen halten. Der erste geht darum, wie sich das Krankenhauspersonal mit einigen materiellen Bedürfnissen auseinandergesetzt hat und auseinandersetzt, die der psychiatrische Umgang in bezug auf das Randgruppenproletariat hervorbringt. Der zweite betrifft den praktischen Betrieb und die Funktion der »Zentren für geistige Gesundheit«.

Zitat aus dem Einleitungsreferat der Triester Psychiatriearbeiter auf dem »Dritten Internationalen Treffen der Neuen Psychiatrie«: »Vorrangiges Ziel des ersten Aktes der institutionellen Transformation wurde somit die Rekonstruktion der Persönlichkeit und ihrer sozialen Identität: alle Normen abzuschaffen, die die persönliche Abhängigkeit der Internierten regelten, und konkret ihre Identität als juristische Person wiederherzustellen; die ökonomischen Ressourcen wiederanzueignen, die für ihre Eingliederung in den Kontext der sozialen Tauschverhältnisse unabdingbar sind; unwiderruflich die Voraussetzungen zu schaffen, die ihre Existenz als Glied des sozialen Körpers ermöglichen. Mit anderen Worten: ein vormundschafftliches Verhältnis in eine Vertragsbeziehung umzuwandeln.«

Zweifellos ist diese Operation vollständig gelungen: heute kann niemand mehr abstreiten, daß das Randgruppenproletariat, das vormals mit seiner Asylisierung in der psychiatrischen Anstalt den Teufel ausgetrieben bekam und ausgelöscht wurde, heute nur noch schlicht und einfach in jener Rolle fixiert wird, die ihm ihm »Regelkreis der sozialen Tauschbeziehungen« zugeordnet ist (bzw. in die es nach seiner Entlassung aus dem Psychiatrischen Hospital geschoben wurde): es bleibt also genau Randgruppenproletariat. Bis dahin ist das nicht Besonderes. Einerseits könnte niemand sagen, dem Randgruppenproletariat ginge es im Irrenhaus mit seiner Körperfesselung, seiner Elektroschockbehandlung usw. besser als auf der Straße. Andererseits ist bekannt, daß die kapitalistische Arbeitsorganisation

heute immer größere Mengen von »Randgruppenarbeitern« braucht und daß bei der Herstellung eines stabilen Gleichgewichts zwischen »offizieller Arbeit« und »Schwarzarbeit« sich das Kapital auch der Mobilität und der subjektiven Labilität der Jugendlichen und der sozial am schwächsten gestellten Arbeit bedient.

Genau das, was inzwischen zur Kulisse eines politischen Zusammenstoßes geworden ist, hat jedoch zur neuen psychiatrischen Organisation als einer spezifischen Antwort geführt, die aus den Ruinen des Irrenhauses hervorgegangen ist. Das ist es, was diese neue psychiatrische Organisation zu den Bedürfnissen, zum Kampf, zur Forderung nach Einkommen und Unterstützungsleistungen beigetragen hat und beiträgt, womit sich das Randgruppenproletariat in diesem inzwischen stabilisierten »Vertragsverhältnis« bewegt.

Exemplarisch ist in diesem Zusammenhang die Wohnungsfrage geworden. Ein zentrales Problem, seit Jahren im Kern der tausende von Forderungen, die dieser, von ein paar tausend Ex-Insassen repräsentierte Rand des Proletariats immer wieder vorträgt, ist das Wohnungsproblem. Und genau hier haben sich die Ex-Insassen mit weiteren Tausenden von Proletariern zusammengeschlossen, die in Triest mit dem Immobiliengeschäft, den Häusermaklern, dem Wohnungsamt und dessen Vertretern, der SUNIA und der KPI, zusammenstoßen. Es war klar: wer ein Kontraktverhältnis mit den Patienten etablieren wollte, mußte sich das Problems annehmen.

Und das Team des Triester Psychiatrischen Krankenhauses hat dies getan: es hat auf die beste Art und Weise zu verhindern gesucht, daß sich aus der einfachen Forderung ein Kampf entwickelte, daß die Forderung nach Wohnraum eine Organisation und einen Zusammenstoß mit der Immobilienlobby hervorbrachte, daß sich die Patienten politisch und subjektiv mit den anderen Proletariern zusammenschlossen.

Am Anfang stand eine privatistische Auseinandersetzung mit dem Problem: die Ärzte machten sich auf die Socken, um Wohnungen auf ihre eigenen Namen anzumieten, und dann beauftragten sie uns, Patientengruppen darin unterzubringen.

Jedoch fanden sie sich bald zwischen zwei Stühlen wieder. Einerseits hatten die Hausbesitzer ihren Trick bald durchschaut und neutralisierten ihn dadurch, daß sie an Ärzte der Psychiatrischen Klinik keine Häuser mehr vermieteten. Auf der anderen Seite benötigten immer mehr Patienten eine Wohnung.

Diese Situation und die zusätzliche Tatsache, daß die Besetzung eines Sozialzentrums seitens des jugendlichen Proletariats das Wohnungsproblem in der Stadt schlagartig beleuchtet hatte, führte dazu, daß ein Teil des Teams Anfang 1978 anging, die Besetzung eines kleinen Gebäudes zu diskutieren und vorzubereiten, das einer für nutzlos erklärten Institution gehörte, nämlich das Seemannsheim. Aber auch diese Besetzung, die eine Möglichkeit hätte sein können, um die »Verwaltung« der Forderungen und Bedürfnisse der Patienten zu durchbrechen, wurde nicht ausgenutzt. Die Möglichkeit, zusammen mit den Patienten eine Diskussion über die Kampfformen und -ziele zu eröffnen und ein politisches Programm zur Wiedergewinnung der Einheit zwischen »Patienten« und »gesunden Proletariern« auf der Basis des Häuserkampfes zu starten, wurde vertan.

Die Unfähigkeit, die eigene Beziehung zu den proletarischen Patienten auf eine Art zu sehen, die nicht auf ihre Verwaltung, und sei es auch die Verwaltung des kämpfenden Patienten, hinausläuft; die Unfähigkeit, über das Selbstverständnis als Techniker hinauszugehen (und sei es auch nur, weil sie sich gezwungen sahen, sich mit Basaglia und anderen Ärzten darüber auseinanderzusetzen, ob sie als Techniker das Recht haben, Häuser zu besetzen); und die Unfähigkeit, eine Vision von »Politik« zu überwinden, die sich nur in Kontakten mit der Provinzverwaltung, den Gewerkschaften und der SUNIA sowie den Betriebsräten erschöpft: das alles hat dem politischen Inhalt dieser Besetzung viel gründlicher den Garaus gemacht als die Räumung durch die Polizei.

Und so ist diese Erfahrung keineswegs zufällig für das Team der Psychiatriearbeiter zu einem billigen Versatzstück geworden, statt zum Ausgangspunkt für ein Kampfprogramm.

Und tatsächlich interveniert die Provinzverwaltung im Tauschgeschäft mit der Normalisierung, mit dem Versprechen, die Besetzung zu vergessen, und mit der Blockierung einer wie auch immer gearteten politischen und organisatorischen Diskussion über die Wohnungsnot. Und der Provinzbeauftragte für die Psychiatrische Betreuung, Pessato von der KPI, sagt in einer Rede auf dem Regionalkongreß von Friaul – Venedig – Giulia über das Gesetz Nr. 180: »die Regionalverwaltung kann sich dem schweren Problem der Wiedereingliederung der Ex-Insassen der Psychiatrischen Kliniken in die Gemeinschaft nicht verschließen. Das Wohnungsproblem ist der beherrschende Punkt innerhalb dieses Prozesses ... Eine Intervention von öffentlicher Seite, insbesondere gegenüber dem Vermögen der IACP, scheint unvermeidlich ... (Beilage 6)«. Und die Beilage 6 schlägt ein Regionalgesetz vor, das die IACP zwingen soll, einen Teil ihrer Häuser Gruppen ehemaliger Psychiatrie- Insassen oder Assistenten der Psychiatrischen Kliniken zur Verfügung zu stellen.

So schließt sich der Kreis: die Forderung nach Wohnraum, die die Patienten vorbringen; der Zusammenstoß, den dieses Bedürfnis in den Auseinandersetzungen mit dem Grundstückseigentum bewirken könnte; die Möglichkeit, daß diese Forderung Organisation und Kampf zusammen mit anderen Proletariern hervorbringen könnte: das alles wird stattdessen »demokratisch« in den Auswahlverfahren der IACP, im Kleinkrieg zwischen den Armen um geringe Vorteile, in der proletarischen Konkurrenz um eine beschissene Wohnung in beschissenen Quartieren »kanalisiert«.

Aber wenn auch die Wohnungsfrage exemplarisch ist: noch viel wichtiger sind die Geldfrage, die Einkommensfrage und das Problem des Arbeitsplatzes. Und es war sicher auch ein politisches Kernproblem, über das lange, mit wichtigen Beiträgen und in aufschlußreichem Episoden diskutiert wurde.

Ein Zitat aus »Controinformazione« Nr.5/6 vom November 1975 aus dem Artikel »Institution und Profit«, einem Dokument, das 1973 als Anregung zur Diskussion, zur Analyse und zur Festlegung der Arbeit einer Gruppe von Mitarbeitern des Psychiatrischen Krankenhauses von Triest diente: »... die Unfähigkeit zur Arbeit ist im heutigen Wirtschaftssystem kein bestimmender Faktor mehr, um so weniger darf sie der bestimmende Faktor für den Insassen der psychiatrischen Institution sein. Die »Rehabilitation« des Anstaltsinsassen kann heute kein Prozeß der Rekonditionierung zu den bürgerlichen oder spätkommunistischen Arbeitsideologien mehr sein, weil das als reale Praxis nicht möglich wäre; und eine Praxis der institutionellen Arbeit, die den Insassen einen solchen Prozeß einimpfen wollte, würde

auf rein ideologischen Vorstellungen basieren. Eine solche »Rehabilitation« würde wie eine Rekonditionierung zum sozialen Randgruppensein mit allen sich daraus ergebenden Konsequenzen wirken. Heute, angesichts der massenhaften Prozesse der Marginalisierung, gehört folglich das Einkommen zu dem, was sich das Proletariat aneignen muß. Das politische Ziel heißt: EINKOMMEN beziehen, UM LEBEN ZU KÖNNEN. Wenn das institutionelle Randgruppensein auf soziale Randgruppenexistenz zurückgeführt werden soll, kann das heute nur gelingen, wenn die institutionellen Ziele und Verhaltensweisen auf proletarische Ziele und Verhaltensweisen zurückgeführt werden – mit allen Konsequenzen, die ein solcher Prozeß der Wiederherstellung mit sich bringt ...« Dabei handelt es sich nicht um billige Phrasen: im Oktober 1973 hatte es einen Kampf der Anstaltsinsassen für eine Monatsunterstützung von 80 000 Lire gegeben. Aus einem Brief an die Provinzverwaltung von Triest vom 13.11.73, der von Mit-

gliedern der Kooperative, Unterstützungsempfängern und ehemaligen Insassen der Psychiatrischen Klinik unterschrieben worden war: »... die Unterstützungsempfänger fordern nachdrücklich, daß die Unterstützung

a) den Charakter der Wohltätigkeit verlieren soll, da die Höhe und Dauer der Zuteilung allein vom guten Willen dessen abhängt, der sie vergibt

b) daß sie die exakten Eigenschaften eines »sozialen Einkommens« annehmen soll, was bedeutet:

1. sie muß Recht der Person sein, sobald einmal die wirtschaftlichen Verhältnisse als derart anerkannt sind, daß sie ein wirklich autonomes Leben verhindern

2. sie muß die Person wirklich in die Lage versetzen, sich selbst zu versorgen – und deshalb halten wir die Summe von 80 000 Lire monatlich für den Mindest-Lebenshaltungssatz einer Person, die in Triest lebt

3) sie muß die Eigenschaft einer regelmäßigen Zahlung haben

...
4) sie muß die Eigenschaft der Kontinuität haben ...«

Und dieser Kampf endet auch siegreich, die Anstaltsinsassen gehen mit einer monatlichen Unterstützung von 80 000 Lire daraus hervor.

Aber indem die Verwaltung die 80 000 Lire bewilligt, denkt sie sicher nicht an den Soziallohn; sie denkt vielmehr daran, wie sei die Betreuungskosten verringern kann. Es reicht, sich zu vergegenwärtigen, daß heute von der Verwaltung der Pflege-satz für einen Tag Krankenhausaufenthalt auf 60-70 000 Lire veranschlagt wird, und schon damals bewegte sich der Tages-satz um die 30 000 Lire.



Aber nicht nur das; die öffentliche Unterstützung war auch die einzige Möglichkeit, das Irrenhaus zu entleeren. Mit der Unterstützung bezahlen die Patienten heute die Mieten für die Wohnungen, in die sie verfrachtet worden sind, sie bezahlen damit manchmal private Pflegeleistungen (da die allerwenigsten das Glück haben, in den Genuß der häuslichen Pflege durch die Kommunalverwaltung zu kommen); sie bezahlen damit ihre Bekleidung und Lebensmittel: sie bezahlen also alle Leistungen aus eigener Tasche, die ihnen vorher die Psychiatrischen Kliniken stellen mußten.

Die Gelder der Unterstützten wurden sofort in diejenigen Gelder umgewandelt, mit denen die Psychiater die Häuser in der Stadt mieteten, die Schwarzarbeiter unter dem Pflegepersonal entlohnten oder manchmal auch kollektive Ferien der Patienten

finanzierten, usw.!

Die höchste Unterstützungssumme, die heute bezahlt wird, beläuft sich auf 130 000 Lire im Monat, aber viele der Patienten, die Unterstützung bekommen (etwa 800), erhalten weniger bis zu lachhaften Summen von 20-30 000 Lire.

Es ist offensichtlich, daß das nicht die Summen sind, die die Patienten meinten, als sie Geld forderten, »um sich selbst versorgen zu können«.

Und in der Tat: sie sind gezwungen, sich vollständig von der Struktur der CSM und den Psychiatarbeitern »versorgen« zu lassen, die dort arbeiten: von Fall zu Fall werden diese CSM-Mitarbeiter entscheiden, ob die Unterstützung gewährt wird oder nicht; wie hoch sie sein soll (d.h. sie entscheiden, wieviel eine Person zum Leben braucht!); wann sie überhaupt mit den Entzug der Unterstützung drohen; wie das Geld ausgegeben oder gespart wird; und manchmal sind sie es, die den Patienten nur 1000 Lire am Tag geben (»weil er alles auf einmal ausgibt und sich womöglich auch noch besäuft«).

Von den Kämpfen für das soziale Einkommen ist wenig übriggeblieben: die Unterstützung scheint nicht so sehr nach den Bedürfnissen der Patienten genutzt, sondern nach denen der Kontrollinstanzen geregelt zu sein, die damit bezwecken, die Patienten an sich zu binden, ihr Verhalten zu regeln und sie zu ändern, wenn es ihnen nötig erscheint. Es handelt sich also um ein »Instrument zur Rehabilitation und Wiedereingliederung«, so wie es in einem Bericht des technischen Personals der psychiatrischen Hilfe vom Juni 1973 über dieses Problem an die Provinzverwaltung beschrieben wurde, und genauso wird es auch von eben diesen Technikern benutzt.

Die Provinzverwaltung von Triest, die sich nicht genug damit brüsten kann, enorme Summen für die Unterstützung auszugeben, tut dies also im Rahmen einer »Reform«, die es in diesen Jahren ermöglicht hat, Milliarden von Lire einzusparen. Es genügt daran zu denken, daß seit 1972 kein einziger neuer Pfleger eingestellt worden ist (nicht einmal diejenigen wurden ersetzt, die in Pension gegangen sind). Es genügt, an den enormen Kostenunterschied zwischen stationärer Pflege und Unterstützungszahlen zu denken, der vorhin angedeutet wurde (aus den offiziellen Daten geht hervor, daß sich die realen Kosten, aber auch die Personal-, Verwaltungs-, Medikamenten- und Lebensmittelkosten usw. verringert haben). In Wahrheit ist die psychiatrische Struktur von Triest ein echtes und einmaliges Modell für die Einsparung der öffentlichen Ausgaben auf dem Gesundheitssektor. Und zwar auch dann, wenn man die Tatsache nicht in Rechnung stellen möchte, daß diese Struktur heute in viel größerem Ausmaß als in der Vergangenheit in der Lage ist, ein Kontrollnetz über das Territorium und die Psychiatrisierung auszubreiten.

Um allerdings Mißverständnissen vorzubeugen, muß unterstrichen werden, daß das Gesetz Nr. 180 keinerlei Form von Unterstützung erwähnt und viel weniger noch ein soziales Einkommen.

Im übrigen hat sich neben dieser Entwicklung des Problems der »Unterstützung« in den letzten Jahren innerhalb der Bewegung der »institutionellen Reform« eine richtige und unverkennbare Arbeitsideologie als Hebel der sozialen Wiedereingliederung entwickelt.

Jene »Rekonditionierung zu den bürgerlichen oder spätkommunistischen Wertvorstellungen von Arbeit«, die in dem zitierten Artikel aus dem Jahr 1975 als unreal und auf ideologischen Vorurteilen basierend denunziert wurde, wird heute innerhalb der Psychiatrischen Klinik von Triest propagiert, indem man sich auf die ideologischen Inhalte der KPI vom »Recht auf Arbeit« bezieht.

Im alten Irrenhaus verrichteten die Insassen eine ganze Menge unbezahlter Arbeiten, was ihnen einige Privilegien denjenigen Patienten gegenüber verschaffte, die nicht arbeiteten. 1973 erkämpften sie die Gründung einer Kooperative (CLU-Kooperative der Vereinigten Arbeiter), um sich die Arbeit, die sie bisher verrichteten, bezahlen zu lassen. Dieser Kooperative hat die

Verwaltung eine ganze Serie von Dienstleistungen zugewiesen: die Reinhaltung der Räume, Transportarbeiten, Gartenarbeit usw.

In diesem Fall haben die Mitarbeiter der Klinik den Kampf unterstützt und mit vorangetrieben: handelte es sich doch darum, jenes »Vertragsverhältnis« aufzubauen, von dem ständig die Rede war. Und es war auch ein durchaus respektabler Versuch, aus der Arbeit ein Instrument der Wiedereingliederung zu machen (den Mitglieder der Kooperative wird die Krankenkasse, die Rente und das dreizehnte Monatsgehalt garantiert). Freilich auch ein Versuch, der mit der natürlichen proletarischen Tendenz zur Verweigerung der Arbeit zusammengestoßen ist.

So ereigneten sich dabei auch recht komische Geschichten. Die Arbeiter, die sich betranken, wurden von den Chefs der Kooperative, die keine Patienten sind, fristlos entlassen und am folgenden Tag, aufgrund der Intervention der Ärzte, die sie ja »wiedereingliedern« mußten, auf's Neue eingestellt. Wenn sie nicht zur Arbeit erschienen, suchte man sie mit allen Mitteln zu überzeugen, daß sie »ihren Posten nicht verlieren« dürften. Sie arbeiteten wenig und provozierten so Klagen der festangestellten Mitarbeiter, in deren Abteilungen saubergemacht werden mußte. Daraus wurde dann eine Auseinandersetzung mit jenen Festangestellten, die die Kooperativmitglieder betreuten und natürlich dazu tendierten, auch deren Arbeitsverweigerung zu verteidigen. Es war offensichtlich, daß ein qualitativer Sprung hinsichtlich der »Arbeitspolitik« gemacht werden mußte. Und der wurde dank der Provinzverwaltung und der KPI eingeleitet, welche von der Europäischen Gemeinschaft, genauer gesagt vom »Sozialfonds« der EG, Mittel für ein Dreijahresprojekt zur »Wiedereingliederung von Behinderten in die Arbeit« locker machten (das Projekt ist danach erneuert worden). Aus dem EG-Sozialfonds kamen 40 Millionen monatlich, die Summe wird gegenwärtig auf 80 Millionen aufgestockt. Die Gelder dienen hauptsächlich dazu, an die 40 Mitarbeiter fest anzustellen, die vorher fast alle freiwillig mitgemacht hatten. Ihre Aufgabe wird selbstverständlich sein, »für alle das Recht auf Arbeit und das Recht, aktiver Teil der Gesellschaft zu sein«, zu verwirklichen (Pessato). Das Problem besteht darin – wieder laut Pessato – »auf der einen Seite eine Situation zu bekämpfen, die zur Ausgliederung und Randgruppenbildung führt, und auf der anderen Seite gegen eine Verschwendung vorzugehen, die nicht länger tragbar ist.«

Im Anfang 1975 verabschiedeten Programm ist die Funktion dieser neuen Mitarbeiter festgelegt. Sie sollen bei den Patienten auf die »Aneignung der analytischen Methode« hinwirken, welche es ihnen gestattet, »ihre eigne soziale Situation zu erkennen; die Verhaltensweisen zu durchschauen, die an ihre eigene Rolle gebunden sind; die Werte und die ererbten kulturellen Modelle sowie die soziale Umgebung ihrer Herkunft so zu nutzen, daß sie fähig werden, ein demokratisches Verhalten zu übernehmen, welches sich in Gestalt von Verinnerlichung von Gruppenarbeit, von fortschrittlicher Selbstverwaltung, von gemeinschaftlicher Erfahrung, von Anerkennung und Fortentwicklung der sozialen Verwaltung des Formierungsprozesses ausdrückt ...« Aus diesem Programm könnte man noch ein weiteres Dutzend von Bekenntnissen zur »demokratischen Wiedereingliederung« und zum »Recht auf Arbeit« zitieren. Festzuhalten bleibt jedenfalls, daß das 1976er Projekt von zwei grundsätzlichen Zielen bestimmt ist:

– für die Behinderten (wie sie im Programm genannt werden) Arbeit zu finden, und in diesem Zusammenhang ist auch die ganze Einbeziehung der Zentren für Berufsbildung (CFP) zu erklären. Das Projekt erklärt diesbezüglich, »daß die Berufstätigkeit auch auf niedrigstem Niveau als grundlegende soziale Therapie anzusehen ist, indem sie die Person unabhängig macht, ihr Selbstbewußtsein sich selbst und anderen gegenüber verleiht und ihr Sicherheit gibt.«

– die laufenden Unterhaltungskosten für alle öffentlichen, halböffentlichen und seit jeher von Linken verwalteten Projekte (Sozialzentren, therapeutischen Wohngemeinschaften usw.) auf sich zu konzentrieren.

Das Problem der Arbeitsbeschaffung wird in zwei Richtungen angegangen: die »individuelle Anstellung auf dem üblichen Weg und nach den geltenden Gesetzen«, und »die Unterstützung von integrierten und selbstverwalteten Arbeitsprojekten (Koop.)«.

Angesichts der Probleme, die sich in der Vergangenheit bei den zur Arbeit geschickten Patienten gezeigt hatten, sieht das Projekt vor, »dem Risiko vorzubeugen, daß die Behinderten auf's Abstellgleis geschoben werden«. Im Klartext heißt das, daß der Patient tagtäglich auf seinem Weg zum Arbeitsplatz begleitet werden soll und daß darüberhinaus Techniker/Psychiatriearbeiter dafür zu sorgen haben, daß seine »produktive Eingliederung« garantiert ist. Hier muß gleich gesagt werden, daß es außer einigen wenigen Einzelfällen in den letzten drei Jahren hinsichtlich der »individuellen Anstellung auf dem üblichen Weg und nach den geltenden Gesetzen« einen spektakulären Mißerfolg gegeben hat. Trotz des fortdauernden Versuchs, die politischen Kräfte, die Lokalbehörden und die Gewerkschaftsorganisationen einzubeziehen, haben es die verantwortlichen Politiker und Techniker des Projekts nicht geschafft, die öffentlichen und noch weniger die privaten Betriebe zur Respektivierung der geltenden Gesetze zu veranlassen.

Als die Projektleitung Anfang 1979 Bilanz über die bisherige Arbeit machte und deren Fortsetzung vorbereitete, schrieb sie, es sei eine Untersuchung des Arbeitsmarkts der Provinz Triest erforderlich, und zwar insbesondere in bezug auf die Beschäftigungssituation, um Illusionen zu vermeiden und den »Höhenflug an seine Grenzen anzupassen«. In der Niederschrift des zweiten Dreijahresprojekts heißt es sogar: »Uns ist bewußt, daß wir nicht in gefährliche Utopien verfallen dürfen. Es gibt eine tiefe Kluft zwischen den Bedürfnissen der Bevölkerungsmassen – vor allem derer, die durch Behinderung, Anpassungsschwierigkeiten und Randgruppensein gezeichnet sind – und den konkreten Antworten, die darauf möglich sind. Und wir sind uns bewußt, daß diese Kluft für lange Zeit nicht zu überbrücken ist.«

Angesichts dieses Scheiterns (oder der Kluft, von der die Projektplaner sprechen) hat die Frage der Kooperative in der Vergangenheit und wahrscheinlich auch zukünftig wegen ihrer praktischen Ergebnisse eine ungleich größere Bedeutung. Das gilt nicht nur quantitativ, sondern auch politisch. Tatsächlich heißt es im zweiten Dreijahresprojekt: »Die Entscheidung, die Kooperativrichtung zu verstärken, ist zweifellos durch die Beschäftigungssituation bestimmt. Aber sie ist auch besonders an eine Richtung der Humanisierung, der Kreativität und der Verwirklichung und Selbstverwirklichung durch Arbeit geknüpft. Die Stärkung der Kooperative vermag am besten eine Antwort auf das Problem der Eingliederung bzw. Wiedereingliederung der Behinderten durch Arbeit zu geben.«

Hierbei handelt es sich um einen entscheidenden Schritt: der Glaube, endgültig eine Linie gefunden zu haben, die – abgesehen davon, daß sie den Proletariern eine neue Arbeitsamkeit aufbürdet – die Arbeit gleichzeitig humanisiert und kreativ macht, löst bei den linken Technikerfraktion des Hospitals einen alten Widerspruch, den sie seit Jahren (und zweifellos in Kenntnis der Propaganda für die Verweigerung der Arbeit) mit sich herumgeschleppt hat. Denn natürlich hatten sie nicht die Absicht, aus der Wiedereingliederung über die Arbeitsmoral eine Situation entstehen zu lassen, »in der die Proletarier dazu konditioniert werden, sich ausbeuten zu lassen.«

Im übrigen sind sie nicht die einzigen gewesen, die den Wert der kooperativen Arbeit wiederentdeckt haben. Im Mai 1977 schrieb eine Gruppe von Psychiatriearbeitern der Irrenanstalt von Volterra, Mitglied der 'Demokratischen Psychiatrie', in den 'Fogli di Informazioni' (Informationsblätter dieser Organisation): »Was kooperative Arbeit charakterisiert, ist die demokratische Selbstverwaltung und der gesellschaftliche Zusammenschluß. Die Bedeutung dieser Eigenschaften drückt sich in der Aussonderung jeglicher Art von Ausbeutung und Entfremdung zwischen den Menschen aus. Sie zeigt sich auch in der Bestätigung von Solidarität und von gegenseitiger Hilfe in den menschlichen Beziehungen. Denn das sind vorwärtstreibende Kräfte, die das Anwachsen von Menschlichkeit im wirtschaftlichen Leben, in den Beziehungen, in den sozialen Errungenschaften und in der miteinander geteilten Sphäre der Freiheit bewirken. Die Positivität der Wiedereingliederung in das gesellschaftliche und das Arbeitsleben weg vom Internierten- und Randgruppenstatus liegt in den hier gegenüber dieser produktiven Dimension dargelegten Prinzipien. Da genau diese Werte in den sozialen Beziehungen fehlen, besteht eine der Folgen darin, daß Entfremdung entsteht. Für den anstaltsentlassenen Arbeiter hat die unmittelbare Erfahrung dieser Produktionsstruktur auch eine prägende Wirkung. Und zwar insofern, als sich die Produktionsstruktur als ein Prozeß darstellt, der das Moment der Entscheidung und des zielgerichteten Handelns reaktiviert und auf diese Weise als ein ununterbrochen requalifizierendes Geschehen wirkt, wie er auch parallel dazu die Wiederaneignung, Ausbildung, Rekonversion und Requalifikation der eigenen Arbeitsfähigkeit bedingt. Das aber genau ist es, was einen effektiv in der sozialen und ökonomischen Dynamik verwurzelten Produzenten ausmacht.«

Die Triester haben sich nicht ganz so weit von Lobeshymnen auf die Arbeit fortreißen lassen. Jedoch haben auch sie schon diese Situation der »humanisierten« Arbeit geschaffen:

- eine Buchladenkooperative, aus der Sicht des Wiedereingliederungskonzepts wenig wichtig, denn dort arbeitet nur ein einziger Patient. Wichtiger ist vielleicht, daß das Projekt sich damit zu einem kulturellen Bezugspunkt für die Linke und für die Bewegung in Triest machen will
- eine landwirtschaftliche Kooperative. Hier ist zur Demonstration der unbegrenzten Ambitionen des Projekts die Kooperationsdebatte auf Jugendliche ausgeweitet worden, die noch nie etwas mit dem Irrenhaus zu tun gehabt hatten. So wird die Kooperationskampagne in ihrer Eigenschaft als Springquell von schwarzer, aber humaner Arbeit auch auf einige Komponenten der Jugendbewegung ausgedehnt und ausgerichtet
- eine Boutique für Gebrauchsgüter und Kleinkram, sowie eine Handwerkerkooperative. Hier geht man noch ein Stückchen weiter, damit auch die Frauen durch Kooperationsarbeit geheilt werden können. Zitat aus einem Statement der Psychiatriearbeiter: »Die Gründung von zwei Frauengruppen verdankt sich dem Versuch, eine andere Antwort zu finden, als es die psychiatrische Intervention fordert. Ausgehend von der Analyse der Rolle der Frau und deren Implikationen (Einsamkeit, wirt-

schaftliche und emotionale Abhängigkeit, Unsicherheit) ist die Notwendigkeit einer Situation abgeleitet worden, in der die Momente der Sozialisation mit einer wirklichen Zunahme von Macht und sozialer Eigenständigkeit verbunden sind ... Hier müssen wir aber noch einmal betonen, daß unsere bisherige Aktivität allzu offenkundig auf Empirismus und Voluntarismus gegründet war. Und zwar bis hin zu dem Augenblick, in dem Patienten und Psychiatriearbeiter es auf sich genommen haben, ohne Lizenz zu verkaufen, altes Gerümpel zu reparieren, völlig unentgeltlich zu arbeiten, um die aus einer chronischen Mittelknappheit herrührenden Kosten aufzubringen.«

– eine Tischlerei, wo einige Ex-Patienten einen Beruf erlernen können, und zwar ganz im Sinn der Qualifizierung als sozialer Therapie. Dazu heißt es im Papier der Psychiatriearbeiter: »Auch bei einer flüchtigen Betrachtung der momentanen Lage auf dem Arbeitsmarkt von Triest fällt sofort das Fehlen von Arbeitsplätzen auf. Die Lage hat sich in den letzten Jahren durch die Schließung einiger Fabriken im Industriegebiet noch verschärft. Man muß also Arbeit beschaffen und organisieren, wenn der Arbeitsmarkt keine anbietet ...«

– ein Ausschank, in dem junge Leute beschäftigt sind, die seit kurzem den »Regelkreis der Irrenanstalt« hinter sich gelassen haben. Auch sie sollen sich demokratisch wiedereingliedern können und sollen nicht zu Randgruppenexistenzen werden.

In diese Kooperativen schickt uns die EG und insbesondere deren »Sozialfonds« die Psychiatriearbeiter, welche die Funktion haben, als Manager die Initiative an sich zu reißen. Andererseits besteht ihre Aufgabe darin, die Patienten zu selektieren und zu kontrollieren, soweit sie zur Arbeit gehen. Darüberhinaus steckt man auch flüssige Mittel für den Ankauf von Gebäuden und die Miete von Räumen hinein. Die anfallende Arbeit leisten die Patienten, die Jugendlichen und die Frauen. Es kommt oft vor, daß diese Arbeit nicht entlohnt wird, daß vielmehr die Bezahlung an das Geschick der Initiative gekoppelt ist. So muß man im Endergebnis mit ansehen, daß Patienten gratis arbeiten und daß sich Jugendliche als »Verrückte« registrieren lassen, um wenigstens an die 50-60 000 Lire Monatsunterstützung heranzukommen. Eine Krankenversicherung gibt es nicht, natürlich auch kein Urlaubsgeld. Es handelt sich ganz klar um Schwarzarbeit. Die mag wenig produktiv sein. Aber sie hat die Funktion, die Grundlage für eine erneute Arbeitsideologie zu legen, sie soll nicht nur den Ex-Insassen, sondern auch ihrem sozialen Umfeld (Jugendliche, Frauen) einen »demokratischen Weg aufzeigen«. Die Anstaltsinsassen, Jugendlichen und Frauen hatten letzten Endes Inhalte und Praktiken entwickelt, die wenig mit Arbeit und »Demokratie« zu tun gehabt hatten. Haben die Bürokraten des EG-Sozialfonds nicht an diese Operation der Rehabilitation und der Erziehung der Randgruppen zur Produktivität viel lieber gedacht, als sie ihr die Mittel bewilligten, als an die Keimformen des Kommunismus?

Übersetzt aus: controinformazione, Nr. 17, Januar 1980, S. 43-49

VERGEWALTIGUNG VON FRAUEN unter dem NATIONALSOZIALISMUS



Die NS-Vergewaltigungspolitik traf alle Frauen mehr oder minder stark, ihnen selbst mehr oder weniger bewußt. HERRSCHAFT auf Kosten der Unterdrückung von Frauen gab es schon lange in Deutschland, gibt es noch immer; neu im NS war zum einen die staatliche Zentralisierung, Bürokratisierung, Perfektionierung, Ökonomisierung, Radikalisierung und Totalisierung dieser Unterdrückung, zum anderen die Raffinesse der glorifizierenden propagandistischen Verherrlichung dieser Unterdrückung ins Gegenteil: Emanzipation von der Emanzipation¹⁾, Befreiung der Frau, entwertende Aufwertungen.

Wir unterscheiden zwei Aspekte in der NS-Vergewaltigungspolitik gegen Frauen: die sozialrassistische und die sexistische.

Die sozialrassistische Vergewaltigung betrifft alle Gewaltformen gegen Frauen aufgrund ihrer Zugehörigkeit zu einer sozialen Minderheit und ihrer Einstufung als rassistisch minderwertig. Rassistische Selektionskriterien sind immer auch soziale²⁾ und äußerst flexibel zu handhaben. Wenn auch das sozialrassistische Instrument des NS brutalst auch Millionen von Männern traf, so traf es Frauen meist immer noch ein Stück brutaler.

Die sexistische Vergewaltigung betrifft alle Unterdrückungsformen gegen Frauen aufgrund ihres Geschlechts, ihrer Fähigkeit zu gebären und ihrer anatomischen Möglichkeit, den Geschlechtsakt mit ihr gewaltsam zu erzwingen.

Einige NS-Varianten verschärfter sexistischer Unterdrückung bezogen sich auf alle Frauen, wenn auch je nach Klassenlage und/oder Volksgruppe die Frauen unterschiedlich davon be-

troffen waren: politische Entrechtung, Ausbildungseinschränkungen, Ausschluß aus bestimmten Berufen, erschwelter Zugang zur Erwerbstätigkeit, geringere Lohnzahlungen bei gleicher Arbeit wie der Mann, industrielle Reservearmee für den Bedarfsfall, Zwang zur unbezahlten Hausarbeit.

Andere NS-Varianten verschärfter sexistischer Unterdrückung von Frauen unterschieden mit Hilfe sozialrassistischer Kriterien zwischen zwei Arten von Frauen:

- den Frauen, die als geeignet für die »Züchtung hochwertigen Menschenmaterials«⁴⁾ eingestuft wurden – meist bürgerliche Frauen, die politisch und sozial angepaßt (gefolgsam/untertänig/fleißig/arbeitswillig/aufsteigerbewußt/prüde) waren. Sie bekamen die Etiketten von »arisch«, »deutsch«, »normal« bis »gemeinschaftsfähig«;

- den Frauen, die nicht geeignet bis gefährlich für die »Züchtung hochwertigen Menschenmaterials« waren – meist Frauen, die auf irgendeine Art unangepaßt an den NS-Staat (politisch engagiert/solidarisch/emanzipiert/leistungsunwillig/arbeitsunfähig/sinnlich) waren. Sie bekamen die Etiketten von »erbkrank«, »artfremd«, »asozial« bis »gemeinschaftsunfähig«. Betroffen davon waren Kommunistinnen und Sozialistinnen (meistens aus dem Proletariat), Jüdinnen, Zigeunerinnen, Lesben, Frauen aus dem Osten, »unheilbar« Kranke, Alte und nicht zuletzt Prostituierte, die ihre sexuellen Dienstleistungen nicht unbezahlt machten.

Entsprechend dieser Einstufung sahen die Vergewaltigungsformen aus

für die »wertvolle« Frau

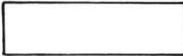
Mutterschaftsgebot
Abtreibungsverbot
Sterilisationsverbot
sexuelle Nötigung durch den Ehemann

für die »wertlose« Frau

Mutterschaftsverbot
Abtreibungszwang
Sterilisationszwang
sexuelle Vergewaltigungen
und zusätzliche sadistische Quälereien
Vernichtung durch Zwangsarbeit
Objekte für medizinische Versuche
direkter Mord.

Auf diese Vergewaltigungsformen reagierten die Frauen sehr unterschiedlich: von totaler Anpassung über individuelle/unorganisierte Verweigerungsformen bis hin zum organisierten Widerstand.

Im folgenden wollen wir ohne den Anspruch auf Systematik und Vollständigkeit einige Aspekte sozialrassistischer und sexistischer Vergewaltigung von Frauen unter dem NS konkretisieren, pointieren, andeuten, versinnbildlichen. Dazu haben wir unterschiedlichste Materialien zusammenmontiert: Dokumente der Verfolger*, Aussagen von Verfolgten, Abhandlungen über die Ereignisse, Fotos, Bilder, Frauenkalender-Notizen, Gedichte.

* 
diese Texte sind
Umrandet

Gegen Frauenbewusstsein und Frauenselbständigkeit

1933 **Auflösung des Bundes deutscher Frauenvereine**

Diese Dachorganisation aller Frauenrechtvereine, gegründet 1894, hatte 1933 bereits 600.000 Mitglieder.

Frauen raus aus hohen Positionen / Weg von guten Arbeitsplätzen

1933 Ehestandsdarlehen für den Mann, wenn Frau außerhäuslichen Arbeitsplatz aufgibt

Beamtenversicherungsrecht für Frauen erst ab 35 Jahren

1934/35 Erwerbseinschränkungen für verheiratete Frauen

1936 Ausschließung von Frauen von bestimmten Berufen wie RichterIn, Staatsanwältin

Verfügung des numerus clausus von 10 % für Studentinnen

1908 wurden Frauen zum Studium an den preußischen Universitäten zugelassen.

1920 wurden Frauen an den deutschen Universitäten zur Habilitation zugelassen, d.h. sie konnten auch lehrender Professor werden.

Jahrzehntelang hatten Frauen der ersten Frauenbewegung für die Zulassung von Frauen zu den hohen Ämtern der Justiz, für Frauen als Richter und Anwälte gekämpft. 1922 war dieser Weg für Frauen erst frei.

1936 Gemeinsame Veranlagung der Ehepartner zur Einkommenssteuer

1939 Ungleiche Lohnzahlung für gleiche Arbeit bis auf 50 % heruntergedrückt

Gebärgebot für die »erwünschten« Frauen

1933 Verschärfung des § 218 durch die Zusatzparagraphen 219 und 220

Kontrollierte Abgabe von Verhütungsmitteln

Sterilisationsverbot

Schon 1905: Forderung des Vereins »Mutterschutz«, den § 218 zu streichen

Schon 1915: Massendemonstration von Frauen gegen § 218

In der Weimarer Zeit: Eröffnung von Kliniken zum Schwangerschaftsabbruch und Versorgung weniger besiedelter Gebiete mit mobilen Ambulatorien

Bis 1932 gab es bereits 15 Organisationen für Geburtenkontrolle mit 113.000 Mitgliedern.

- Möglichkeit Ehestandsdarlehen »abzukindern«
- 1938 »Strafsteuer« für Verheiratete, die nach 5 Jahren Ehe noch kinderlos waren
- 1937/38 Veränderung der Scheidungsgründe: erleichtert bei Fortpflanzungsverweigerung, Verweigerung des Beischlafs, Unfruchtbarkeit der Frau

Gebärverbot für die »unerwünschten« Frauen

- 1933 Ausschluß von allen fürsorgerischen Maßnahmen
- 1933 »Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses«: Sterilisationszwang
- 1935 Erweiterung dieses Gesetzes: Zwangsabtreibung bis zum 6. Monat aus »eugenetischen« Gründen
- 1944 Ausdehnung dieses Gesetzes auf alle dem NS-Staat unerwünschten Frauen durch »Gesetz über die Behandlung Gemeinschaftsfremder«

Verbot freier und bezahlter Sexualität

- 1933 Verschärfung der Kontrolle und medizinischen Überwachung der Prostituierten
- 1935 Bestrafung von Sexualität mit »Fremdrassigen«
- 1937 Innerhalb der »Aktionen zur Vorbeugenden Verbrechensbekämpfung« werden auch Prostituierte und Lesben in Arbeitslagern kaserniert

Keine politische Einflußnahme und eigene politische Aktivitäten von Frauen

Für die politische Frau ist in der Ideenwelt des Nationalsozialismus kein Platz ... Die geistige Einstellung der Bewegung zu diesem Thema geht gegen die politische Frau. Sie weist die Frau in ihren naturgegebenen Kreis der Familie und in ihre Aufgaben als Gattin und Mutter zurück. Die politisierende Frau, diese Nachkriegerscheingung, die in parlamentarischen Wortgefechten nur selten »gute Figur« machte, bedeutet eine Entwürdigung der Frau. Die deutsche Erhebung ist ein männliches Ereignis.⁵⁾

- 1933 Versammlungs- und Demonstrationsverbot

»Jedoch äußert sich der politische Wille immer nur mit Verstand und Faust und hier allerdings, ihr habt recht, ist die Frau nicht am Platze, überflüssig und entbehrlich.« (»Opferdienst der deutschen Frau«, Nr. 19)⁶⁾

Schon 1914 organisierten sozialdemokratische Arbeiterinnen eine gewaltige Massendemonstration gegen Militarismus und für den Frieden.

- 1936 dagegen im NS Frauenkundgebung (von oben) zur »gesunden Kartoffel«
- 1933 Verlust des Passiven Wahlrechts für Frauen

»Wir Nationalsozialisten stehen auf dem Standpunkt, daß Politik Männersache ist. Uns ist die deutsche Frau viel zu heilig, als daß wir ihr zumuten, sich mit dem Parlamentsdreck des heutigen Systems zu beschmutzen.«⁷⁾

Nach jahrelangem Kampf des fortschrittlichen Teils der Frauenbewegung hatten Frauen 1918 endlich das Wahlrecht erhalten.



Innerhalb der Münchener Räterepublik gründete sich auch ein »Frauenrat« zu dem unter anderen Gertrud Baer, Lida Heymann und Anita Augspurg gehörten. Der Frauenrat war gegen jeglichen Bürokratismus für Selbstbestimmung und konsequente Befreiung der Frau. Ganz besonders setzte er sich ein für: die Rechte der weiblichen Hausangestellten, die medizinische Versorgung der Frauen, eine Infragestellung der Institution Ehe, eine neue Einstellung zur Sexualität, Probleme der Frauenarbeit und der weiblichen Arbeitslosigkeit, arbeitsrechtliche Fragen, ökonomische Unabhängigkeit der Frauen und – die Aufteilung der Hausarbeit zwischen Männern und Frauen!⁸⁾



An die deutsche Frau

Wenn Du und Deine Vorfahren
unbezahlte Hausarbeit
unbezahlte Geschlechtsarbeit
unbezahlte Gebärrarbeit
unbezahlte Erziehungsarbeit

immer willig gemacht hast,
nie mit dem Staat in Konflikt gekommen bist,
seelisch-geistig-körperlich die Verfassung hast,
die unserer HERRSCHAFT nützt und wenig kostet,
dann schenken wir Dir zahlreiche Verehrungen

Damit Du nicht mal aus 'Reih und Glied' tanzst
oder gar Vermännlichungsgefahren erliegst,
helfen wir Dir mit ökonomischer Abhängigkeit von Deinem Mann
Scheidungserleichterung für Deinen Mann
Abtreibungsverbot für Dich
Sterilisationsverbot für Dich.

Die Angst vor unserer Peitsche wird Deiner Pflichterfüllung gut tun,
So kommst Du in den Segen all unserer Ehrungen.

Wie ernst wir es meinen mit unserer Anrede
'Dienerin des Volkes'
siehst Du daran,
daß wir Dich,
Wenn Not am MANN ist,
an seinerstatt verpflichten
in der Fabrik und im Kriegseinsatz. (w.) 1980)

Dein Körper gehört dir nicht

Weil Du »wertvolle« Kinder bekommen kannst, mußt Du gebären



Schütze Mutter und Kind,
das kostbarste Gut deines Volkes!⁹⁾

Der NS sorgt sich um die Eierstöcke der Frauen

Wo viel Nachwuchs vorhanden ist, gibt es auch genügend Arbeitskräfte und Verbraucher; dann rauchen die Schornsteine, und das Leben fließt.

Die ungeheure Bedeutung der Gesundheit der Ovarien für die Volksgesundheit erfordert eine besondere pflichtmäßige Fürsorge für diese wichtigen Organe, die zwar nicht lebenswichtig für das Einzelwesen, wohl aber wichtig für seine Gesundheit- und lebenswichtig für das Volksganze sind.¹⁰⁾

»Die Frau hat auch ihr Schlachtfeld, mit jedem Kind, das sie der Nation zur Welt bringt, kämpft sie ihren Kampf für die Nation.«¹¹⁾

Entscheidungshilfen zur Gewährung der Ehestandsdarlehen

Daneben gab es soziale, politische, medizinische und rassische Ausschlußbestimmungen

Der NS gewährt Ehestandsdarlehen ab 1933. Der Mann erhält mit der Eheschließung bis zu 1.000 DM, (gebunden bis 1937 an die Aufgabe der außerhäuslichen Berufstätigkeit der Frau). Die Rückzahlung entfällt, wenn die Frau 4 Kinder bekommt. Die Frau wird zum "Muttertier", ihre Arbeit wird unsichtbar gemacht. Der Mann erhält das Geld und die unbezahlte Arbeit der Frau.

Gerade wenn die sonstigen Umstände etwas ungewiß sind, kann er sich eher dazu entscheiden, bei den als vollwertig bezeichneten Konstitutionstypen die Darlehensgewährung zu befürworten, während er bei den asthenischen und dysplastischen Ausweichmenschen sowie bei den gefühlkühlen intellektualisierten Frauen mit ihren zum Teil vermännlichten Eigenarten eher vorsichtig oder gar ablehnend sich verhalten wird.¹²⁾

Und so wissen die Männer welche Frau (ge)brauchbar ist

»Zweiundfünfzig Jahre alter, rein arischer Arzt, Teilnehmer an der Schlacht bei Tannenberg, der auf dem Lande zu siedeln beabsichtigt, wünscht sich männlichen Nachwuchs durch eine standesamtliche Heirat mit einer gesunden Arierin, jungfräulich, jung, bescheiden, sparsame Hausfrau, gewöhnt an schwere Arbeit, breithüftig, flache Absätze, keine Ohrringe, möglichst ohne Eigentum.«
Münchener Neueste Nachrichten, 25. Juli 1940.¹³⁾

»Die Frau muß wieder Dienerin und Magd werden.«
(Gottfried Feder im Reichstage)¹⁴⁾

Nach den Zuckerbroten ~ nun die Peitsche

(die keine waren)

Kriminalisierung von Geburtenkontrolle

Ärzte als Handlanger

Nationalsozialistische Ärzteschaft und Gesetzgeber müssen sich vereint gegen die benannte volksgesundheitliche und bevölkerungspolitische Gefahr wenden. Da hier entsprechende Aufklärung allein nicht genügen dürfte, um das Übel auszurotten, wäre zu erwägen, den freien Handel mit sämtlichen Vaginalspülapparten und Vaginalspülmitteln in Zukunft zu verbieten und derartige Apparate und Mittel künftig nur gegen Rezept zu Händen des behandelnden Arztes zu verabreichen.

Denn in ihren volksschädigenden Auswirkungen kommen die gewollte oder ungewollte Empfängnisverhütung und Wertminderung des Gebärapparates der unter schwersten Strafen stehenden Abtreibung gleich. Wir nationalsozialistischen Ärzte sind dazu berufen, alle Schädigungen von der Gebärkraft deutscher Frauen fernzuhalten, um zur Erzielung einer starken, gesunden und zahlreichen Nachkommenschaft beizutragen.¹⁵⁾

Am 26. Mai 1933 ^{wurden} die im Jahr 1926 abgeschafften §§ 219 und 220 des Strafgesetzbuchs wieder eingeführt, die zusätzlich zum § 218 die Abtreibung schärfer verfolgen und bestrafen sollten.¹⁶⁾

Verfolgung und Aburteilung aller Verstöße gegen § 218

§ 219

Wer zu Zwecken der Abtreibung Mittel, Gegenstände oder Verfahren öffentlich ankündigt oder anpreist oder solche Mittel oder Gegenstände an einem allgemein zugänglichen Orte ausstellt, wird mit Gefängnis bis zu zwei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

Die Vorschrift des Abs. 1 findet keine Anwendung, wenn Mittel, Gegenstände oder Verfahren, die zu ärztlich gebotenen Unterbrechungen der Schwangerschaft dienen, Ärzten oder Personen, die mit solchen Mitteln oder Gegenständen erlaubterweise Handel treiben, oder in ärztlichen oder pharmazeutischen Fachzeitschriften angekündigt oder angepriesen werden.

§ 220

Wer öffentlich seine eigenen oder fremde Dienste zur Vornahme oder Förderung von Abtreibungen anbietet, wird mit Gefängnis bis zu zwei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.¹⁷⁾



Alle Kliniken für Geburtenkontrolle wurden geschlossen. Die Zahl der gerichtlichen Verfahren wegen Abtreibung stieg von 4539 im Jahre 1934 auf 6983 vier Jahre später. Ärzte, die eine Abtreibung vorgenommen hatten, wurden mit Gefängnis bis zu fünfzehn Jahren verurteilt.¹⁸⁾



22)

»Und es gehört wohl zum Größten, was der Nationalsozialismus vollbrachte«, so führte der Stellvertreter des Führers weiter aus, »daß er es ermöglichte, daß so viel mehr Frauen als ehedem heute in Deutschland Mütter sein könnten. Sie sind nicht nur Mütter, weil es etwa der Staat will, weil es die Männer wollen, sondern sie sind Mütter, weil sie selbst stolz darauf sind, gesunde Kinder zur Welt zu bringen, die für die Nation zu erziehen und so bewußt zu wirken für die Erhaltung des Lebens ihres Volkes.«

Bericht über die Großkundgebung der Berliner NS-Frauenenschaft und des Frauenwerks in der Deutschlandhalle, veröffentlicht im »Völkischen Beobachter«, 27.5.1936. (Ausschnittarchiv der Wiener Library, London)²³⁾

»Wenn hier Wirklichkeit und Darstellung in der Kunst als Widerspruch auseinandertreten, so hatten die Akte mit ihrer forcierten Erotik und die gefühlsbetonten, zur Identifizierung auffordernden Mutter-Bilder die Aufgabe, eben die Wirklichkeit verschwinden zu lassen.²⁰⁾

»Mit der Steigerung des Mutterbildes versuchte der Nationalsozialismus eine Geburtensteigerung in Gang zu setzen, um die Tendenz der »Familiendämmerung« und den »Naturverrat« der in »Gebärstreik« (Fest) getretenen Frauen der Weimarer Republik zu stoppen und umzukehren.²¹⁾

Körperverletzung bis zur Körpervernichtung

Weil Du nur »minderwertige« Kinder bekommst, darfst Du nicht gebären

Das »Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses« vom 14. Juni 1933 wird durch Zusatzbestimmungen und pseudowissenschaftliche Argumentationen ein wichtiges Gewaltinstrument.

(1) Wer erbkrank ist, kann durch chirurgischen Eingriff unfruchtbar gemacht (sterilisiert) werden, wenn nach den Erfahrungen der ärztlichen Wissenschaft mit großer Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist, daß seine Nachkommen an schweren körperlichen oder geistigen Erbschäden leiden werden.

(2) Erbkrank im Sinne dieses Gesetzes ist, wer an einer der folgenden Krankheiten leidet:

1. angeborenem Schwachsinn
2. Schizophrenie
3. zirkulärem (manisch depressivem) Irresein
4. erblicher Fallsucht
5. erblichem Veitstanz (Huntingtonsche Chorera)
6. erblicher Blindheit
7. erblicher Taubheit
8. schwerer erblicher körperlicher Mißbildung

(3) Ferner kann unfruchtbar gemacht werden, wer an schwerem Alkoholismus leidet.

(1) Antragsberechtigt ist derjenige, der unfruchtbar gemacht werden soll.

Die Unfruchtbarmachung können auch beantragen

1. der beamtete Arzt,
2. für die Insassen einer Kranken-, Heil- oder Pflegeanstalt oder einer Strafanstalt der Anstaltsleiter.²⁴⁾

Die gesetzlichen Bestimmungen jedoch fesselten unsere Hände. Heute ist der Bann gebrochen und die Rollen sind verteilt. Heute sind wir, Gott sei gedankt, der persönlichen Verantwortung ganz enthoben. Die Prüfung und die Verantwortung liegt völlig beim Erbgesundheitsgericht. Wir Frauenärzte sind nunmehr Ausführer und die Vollstrecker des Gesetzeswillen.²⁵⁾

»Einem Dokument der NSDAP vom September 1934 zufolge gelang es tatsächlich, eine große Anzahl von Personen zur Stellung eines Selbstantrages zu veranlassen und die Einsprüche bei den Erbgesundheitsobergerichten waren zunächst selten. Unzweifelhaft ist aber seitdem eine Wendung dahingehend eingetreten, daß die Zahl der Selbstanträge erheblich abgenommen hat und sich die Einsprüche beim Erbgesundheitsobergericht häufen.« Das heißt also, daß schon zwei Monate nach Erlaß des Sterilisierungsgesetzes der Hauptteil der Anträge nicht von den Betroffenen selbst gestellt wurde, bei ihnen oder ihren Angehörigen auf Widerspruch stieß und zwangsweise vollstreckt wurde.²⁶⁾

Die Unfruchtbarmachung soll nicht vor Vollendung des zehnten Lebensjahrs vorgenommen werden.²⁹⁾

Eine Berliner Polin, Jüdin und Kommunistin wurde 1935 wie viele andere vor die Alternative der Sterilisation (»Schub« von Schizophrenie war die Diagnose), des selbstfinanzierten Anstaltsaufenthaltes oder der Ausweisung nach Polen gestellt – sie mußte sich sterilisieren lassen.²⁷⁾

Von 33 bis Mitte 37 wurden ungefähr 200.000 Menschen sterilisiert, davon 95165 Frauen. Davon starben ungefähr 420 Frauen.

»Man sterilisierte vor allem die Zigeunerinnen und die Jüdinnen, aber manchmal auch die deutschen Gefangenen, die bei dem Delikt ertappt worden waren, Beziehungen mit Fremdarbeitern zu haben.«²⁸⁾

»Sie haben, glaube ich, selbst Kinder sterilisiert, denn sie nahmen das weibliche Element von 7 bis 45 Jahren. Das geschah im Januar 1945. Sie sterilisierten sie ohne Anästhesie und die Kinder brüllten.«³⁰⁾

»Die Unfruchtbarmachung erfolgt in der Weise, daß ohne Entfernung der Hoden oder Eierstöcke die Samenleiter oder Eileiter verlegt, undurchgängig gemacht oder durchgetrennt werden.«³¹⁾

1940: Vorbereitung zur Massensterilisation

Sollen irgendwelche Personen für dauernd unfruchtbar gemacht werden, so gelingt dies nur unter Anwendung so hoher Röntgendosen, daß mit ihnen eine Kastration mit allen ihren Folgen eintritt. Die hohen Röntgendosen vernichten nämlich die innere Sekretion des Eierstocks, bzw. des Hodens. Geringere Dosen würden nur auf eine gewisse Zeit die Zeugungsfähigkeit unterbinden. Die in Frage kommenden Folgen sind z.B. das Ausbleiben der Periode, klimakterische Erscheinungen, Veränderung der Behaarung, Änderung des Stoffwechsels usw. Auf diese Nachteile muß auf jeden Fall hingewiesen werden.

Die Dosierung selbst kann auf verschiedene Weise gestaltet werden, und die Bestrahlung völlig unmerklich vor sich gehen. Für Männer ist eine Herddosis von 500-600 r, für Frauen eine solche von 300-350 r notwendig. Grundsätzlich kann man bei stärkster Spannung und dünnem Filter sowie geringem Abstand mit einer Bestrahlungszeit von 2 Minuten für Männer bzw. 3 Minuten für Frauen auskommen. Dabei muß jedoch der Nachteil in Kauf genommen werden, daß, da eine unmerkliche Abdeckung der übrigen Körperteile mit Blei nicht durchzuführen ist, das übrige Körpergewebe geschädigt wird und dadurch der sogenannte Röntgenkater auftritt. Bei zu großer Strahlungsintensität zeigen sich dann in den folgenden Tagen oder Wochen an den von den Strahlen erreichten Hautteilen individuell verschieden starke Verbrennungserscheinungen.

Ein Weg der praktischen Durchführung wäre z.B., die abzufertigenden Personen vor einen Schalter treten zu lassen, an dem sie Fragen gestellt erhalten oder Formulare auszufüllen haben, was ungefähr 2-3 Minuten aufhalten soll. Der Beamte, der hinter dem Schalter sitzt, kann die Apparatur bedienen, und zwar dergestalt, daß er einen Schalter bedient, mit dem gleichzeitig beide Röhren (da ja die Bestrahlung von beiden Seiten erfolgen muß) in Tätigkeit gesetzt werden. In einer Anlage mit 2 Röhren könnten also demgemäß pro Tag etwa 150-200 Personen sterilisiert werden, mit 20 Anlagen also bereits 3 000-4 000 pro Tag. Eine höhere Anzahl von täglichen Verschickungen kommt meiner Schätzung nach sowieso nicht in Frage.

Die Kosten einer solchen Anlage kann ich nur grob mit RM 20 000 bis 30 000 pro 2-Röhrensystem schätzen. Es kommen jedoch die Kosten der Neuaufführung eines Gebäudes dazu, da ja für die diensttuenden Beamten entsprechend umfangreiche Sicherungen eingebaut werden müssen.

Zusammenfassend darf also gesagt werden, daß nach dem augenblicklichen Stand der Röntgentechnik und -forschung es ohne weiteres möglich ist, eine Massensterilisation durch Röntgenstrahlen durchzuführen. Unmöglich erscheint es jedoch, diese Maßnahme durchzuführen, ohne daß die Betroffenen über kurz oder lang mit Sicherheit feststellen können, daß sie durch Röntgenstrahlen sterilisiert, bzw. kastriert sind.

gez.: Bracke³²⁾

»Dem Führer ein Kind schenken«

– aber bist Du eine Frau,
die dem Führer ein Kind schenken darf?

Die Einwilligungserklärung der Schwangeren ist unwiderruflich.
(11.6.38)³⁴⁾

»(1) hat ein Erbgesundheitsgericht rechtskräftig auf Unfruchtbarmachung einer Frau erkannt, die zur Zeit der Durchführung der Unfruchtbarmachung schwanger ist, so kann die Schwangerschaft mit Einwilligung der Schwangeren unterbrochen werden, es sei denn, daß die Frucht schon lebensfähig ist oder die Unterbrechung der Schwangerschaft eine ernste Gefahr für das Leben oder die Gesundheit der Frau mit sich bringen würde.

(2) Als nicht lebensfähig ist die Frucht dann anzusehen, wenn die Unterbrechung vor Ablauf des sechsten Schwangerschaftsmonats erfolgt.« (Gesetz vom 26. Juni 1935)³³⁾

Von 1935 bis 1936: 7133 Zwangsabtreibungen



»Die schwangeren Frauen im 2. oder 3. Monat wurden ausgekratzt; den Schwangeren im 4. bis 7. Monat machte man eine Colpohysterotomie (d.h. eine Art unteren Kaiserschnitt).

Nach dieser Operation war die Frau erschöpft und blutarm infolge der ungenügenden Ernährung und des Operationsschockes. Nach 10 Tagen etwa wurde die Kranke in ihr Lager zurückgeschickt, wo sie einige Tage verbrachte. Nach der Visite des Arztes, der sie arbeitsunfähig erklärte, wurde sie in die Gaskammer geschickt.«

»Die von den Ärzten angewandte Methode war die mechanische Abtreibung. Der Arzt tötete den Fötus durch einen Stich in den Kopf, befestigte an ihm ein Band, an dessen Ende ein Gewicht hing. Die an ihrem Bett festgebundene Frau hatte lediglich das Herausziehen des Fötus abzuwarten.

Nachdem der Arzt seine Operation vorgenommen hatte, ließ er die Patientinnen unter furchtbaren Schmerzen liegen. Die Pflegerinnen bestätigten mir, daß die mittlere Dauer der Schmerzen zwischen 2 und 10 Stunden betrug.«

»Den Schwangeren im 7. bis 8. Monat machte man subkutane Einspritzungen mit einem unbekanntem Mittel, um eine vorzeitige Entbindung herbeizuführen. Die Einspritzungen waren wirksam. Der zur Welt kommende Fötus wurde, lebendig oder tot, vernichtet. Das dabei verfolgte Ziel war, die vorzeitige Entbindung durch Einspritzung ohne mechanische Mittel herbeizuführen.«³⁵⁾

Der Schritt vom Rassismus zur Euthanasie ist klein

»In den ersten Jahren rechtfertigte man die Ausgrenzung und Ausmerzung bestimmter Gruppen mit der Erb- und Rassenlehre und stellte erbbiologische Kriterien zur Be(Ver)wertung auf. Später wurden die Kriterien zur Unfruchtbarmachung oder Verwahrung erweitert, und es setzten sich immer mehr soziale und leistungsmäßige Kategorien zur Be(Ver)urteilung durch und die vorgeschobenen erbbiologischen wurden fallengelassen. Parallel dazu kam die Ausweitung der Sicherungsverwahrung und die Aktionen der »Vorbeugenden Verbrechensbekämpfung« zur Kasernierung ganzer Gruppen.

Waren es zuerst die »körperlich und geistig Erbkranken«, so folgten die »Arbeitsscheuen«, »Kriminellen«, Prostituierten, Homosexuellen, Bettler und Zigeuner, und zum Schluß alle Gruppen und Familien, die sich dem Anpassungszwang widersetzen und nicht die gewünschten leistungsorientierten Familienstrukturen garantierten.«³⁷⁾



4,9 Kinder



4,4 Kinder



3,5 Kinder

37)

Vernichtung im Dienste von Krupp, Siemens u.a.

1945 wurde das Frauenkonzentrationslager Ravensbrück durch sowjetische Truppen befreit. Seit 1938 wurden dort 132.000 Frauen und Kinder aus 23 Nationen unter furchtbaren Bedingungen gefangengehalten; über 92.000 fanden den Tod.³⁸⁾



»Das Lager von Ravensbrück ist ein ehemaliger ausgetrockneter Sumpf. Die Erde dort ist schwarz, sie verbrennt einen. Manche hatten dort die Waden halb zerfressen. Es griff auch das Gesicht an, es ist das Gelände, das die Haut zerfraß; diejenigen Frauen, die dort schon lange waren, hatten entsetzliche Wunden. Ich konnte sie nicht anschauen.«³⁹⁾

»Wenn eine Gefangene infolge ihrer gänzlichen Erschöpfung die verlangte Arbeit nicht leisten konnte, so wurde sie als 'rückfällig' betrachtet und in eine Zelle ohne Essen eingesperrt bis der Tod eintrat.«⁴⁰⁾

»Die Lagerinsassen des Arbeitslagers waren meist jüdische Frauen und Mädchen aus Ungarn und Rumänien. Anfang des Jahres 1944 wurden die Lagerinsassen nach Essen gebracht und bei der Firma Krupp zum Arbeiten eingesetzt. Die Unterbringung und Verpflegung der Lagerhäftlinge war unter aller Würde.«⁴¹⁾



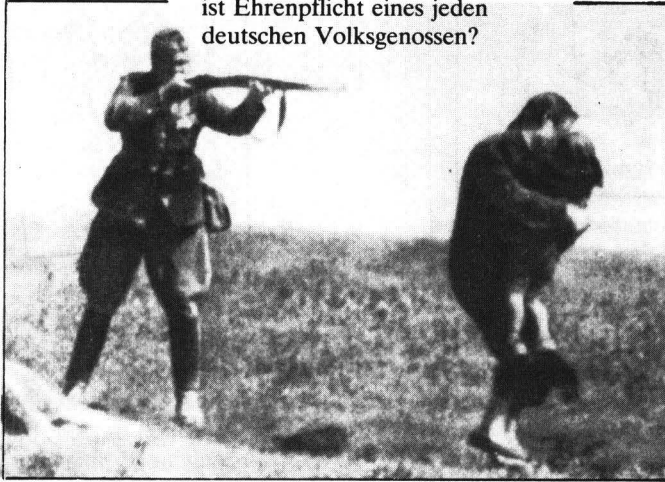
42)

Vernichtung im Dienste einer künstlichen Ich-Stärkung

»Eine SS-Frau tötete eine kleine Französin, indem sie ihr Wasser zu trinken gab, so lange bis sie keines mehr schlucken konnte. Sie warf sie hin, um sie mit Tritten ihres Stiefelabsatzes dazu zu bringen, das Wasser auszubrechen; sie schlug sie so, bis das Blut herausspritze.«⁴³⁾

»An manchen Tagen befahl man dem Blockführer, eine gewisse Zahl von Frauen umzubringen. Diese Frauen wurden geschlagen, bis sie umfielen. Ich sah das Lager sich mit Leichen füllen; es sah aus wie weiße Möven, die im Schnee hingestreckt lagen.«⁴⁴⁾

Die deutsche Mutter zu schützen
ist Ehrenpflicht eines jeden
deutschen Volksgenossen?



47)

**Schütze Mutter und Kind,
das kostbarste Gut deines Volkes!**

aber:



47)

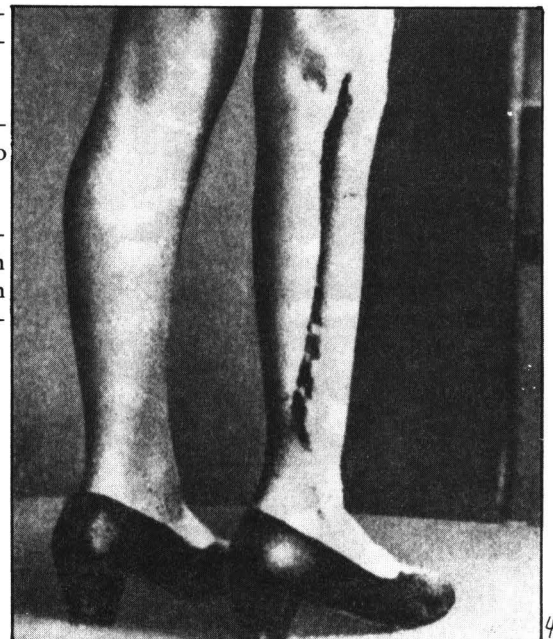
Vernichtung im Dienste der »Wissenschaft«

»... aus einem Briefwechsel zwischen der IG Farben und dem Konzentrationslager Auschwitz betreffs einer Lieferung von Frauen aus dem KZ an das Werk zu Versuchszwecken, für die ein Stückpreis von 170 Mark festgesetzt wird; 150 Frauen sterben an den Versuchen, wird präzisiert mitgeteilt. »Wir werden Sie in Kürze betreffend einer neuen Lieferung benachrichtigen.«⁴⁶⁾

»150 jüdische Frauen, die von 'Bayer' der Lagerverwaltung abgekauft worden waren, wurden in einen Frauenblock außerhalb des Lagers gelegt und dienten Experimenten mit unbekanntem Hormonpräparaten.«

»Die Ärzte suchten mit Vorliebe Frauen, die gerade die Regeln hatten, aus. Sie erklärten ihnen brutal, daß sie in vier Tagen sterben müßten. Sie wollten damit, so sagten sie, die Wirkungen dieser Erklärung auf die Menstruation feststellen.«

»Ein Berliner Histologie-Professor hatte die Frechheit, in einer deutschen Zeitschrift die Beobachtungen über die Blutungen festzustellen, die bei den Frauen durch eine schlimme Nachricht hervorgerufen wurden. Diese Versuche wurden an Gefangenen mit normaler Regel gemacht, denen man ankündigte, daß sie erschossen würden; dies rief eine innere Blutung hervor, die dieser Arzt studierte.«⁴⁵⁾



47)

VERGEGEWALTIGUNG von Liebe-Zärtlichkeit-Lust-Sexualität

Gebot Nr. 1: Wehret dem Eros!

»Meine Mutter war dünn und knochig. Ich saß nie weich auf ihrem Schoß. Ich saß noch nicht einmal hart auf ihrem Schoß, weil sie mich nie auf den Schoß nahm. Sie haßte das. Ich habe auch kaum mütterliche Umarmungen erlebt. Ich weiß nur noch: ehe sie mich anfaßte, sagte sie immer: Vorsicht Kind, ich hab kalte Hände! Sie war ungeheuer auf Sauberkeit, auf Hygiene bedacht. Ich schlief auf einer harten Matratze, hatte ein flaches Roßhaarkissen, und eine einfache Wolldecke zum Zudecken. Das war 'gesund'.

»Kind, hab dich nicht so« hieß es bei uns, wenn wir hingefallen waren. Wir wurden nicht ans Herz gedrückt, sondern bekamen mit irgendetwas Beißendem die Wunde ausgewaschen. Der Schmerz verging uns keinesfalls. Wir heulten Rotz und Wasser. »Guck dich an, wie du wieder verschmiert aussiehst« hieß es strafend. Wir verkrochen uns in irgendeiner Ecke. Selbst ein kleines wuscheliges Kätzchen, das mir auf dem Schulweg zugelaufen war und mit dem ich mich trösten wollte, wurde wieder weggegeben. Es brachte Schmutz und Bakterien ins Haus ... Gelobt sei, was hart macht!«

Ein ehemaliges Kind⁴⁸⁾

Ein Wort an die Frauen
Aber Deutschland brauche keine Frauen, die auf den Fünf-Uhr-
Tees schön tanzen könnten, sondern Frauen, die durch sportli-
che Leistungen ihre Gesundheit bewiesen hätten. Und zum Ge-
sundwerden taue der Speer oder der Sprungstab besser als der
Lippenstift.⁴⁹⁾
»Frankfurter Zeitung«, 1.6.1937.

Richtiges Benehmen
Es wird deshalb erklärt, daß geschminkten und gepuderten
Frauen der Zutritt zu allen Veranstaltungen der NSBO verboten
sei.⁵⁰⁾

1939 schrieb Hermann Wille *Dein Ja zum Leibe*. Eine enterotischerende Schrift, in sportlichem Geist und Zuchtgedanken. Nur die Zuchtwahl führt zum Erfolg. *Ertüchtigung am Meeresstrand*, angemalte Lippen, Schminke wurde als verderblicher Einfluß verpönt. Undeutsche Moralvorstellung – erotisch verdorben. Nordisch deutsche Moralvorstellung – kämpferisch rein. Man stürzte von einer Prüderie in die andere.⁵¹⁾

Bei der freien Liebe, welche den Menschen zur Ausübung des Geschlechtsverkehrs und zur Menschenzeugung möglichst viel Abwechslungsmöglichkeiten bieten will, entstehen ganz unübersichtliche Ahnenreihen, deren biologische Erforschung viel zu kompliziert und daher gänzlich unmöglich ist. In der freien Liebe, bei welcher der gegenseitige Antrieb zur Vereinigung lediglich in erotischen Gefühlen enthalten ist, bleibt das Zusammenströmen der keimplasmatischen Anlagen beider Eltern lediglich dem Zufall überlassen, während die Einehe durch die Herausbildung erkennbarer biologischer Erbstämmen der menschlichen Vernunft die Zusammenführung hochwertiger Erbstämmen zur Menschenzeugung und die Ausmerzung minderwertiger Erbstämmen ermöglicht. In diesem Zusammenhang bedeutet die freie Liebe Zulassung minterwertigen biologischen Erbgutes zur Menschenzeugung und zwangsläufige Verschleuderung hochwertiger Keimanlagen, während die Einehe mit Familienbildung wenigstens die Möglichkeit biologischer Auswahl und Zusammenhaltung hochwertigen Keimplasmas bietet.⁵³⁾

(Wirf dich nicht weg!)

Gebot Nr. 2: Du sollst nur bestimmte Menschen »lieben«!

5. Heirate nur aus Liebe!
6. Wähle als Deutsche nur einen Gatten gleichen oder artverwandten Blutes!
7. Bei der Wahl deines Gatten frage nach seinen Vorfahren!⁵⁵⁾

Ein Fehlgriff der Gattenwahl ist für die Frau schwerwiegender als für den Mann, und zwar aus folgenden Gründen: wählt eine Frau unrichtig oder verzichtet sie in den ersten Jahren der Ehe auf Nachkommenschaft, so besteht geringe Aussicht, daß sie ihre wertvolle Erbmasse in genügender Breite weitergibt. Deshalb gehen meine Ausführungen bevorzugt die Frauen an.⁵⁶⁾



Möchtest Du ♀ mit dem schlafen? ⁵⁴⁾

Auch für deine Kinder gilt dieses Gebot:

»Christliche Mildtätigkeit darf nicht erbkrank Menschen versorgen, ... ohne zugleich ihre Fortpflanzung zu verhindern.«
 »Ich (Elisabeth von Barsewisch) möchte dies besonders deutlich machen, weil der mütterliche Instinkt sie gerade verleitet, mit besonderer Liebe und Aufopferung Krankes zu pflegen, Schwaches zu stützen. Dem kranken, hoffnungslos kranken Kind einer Familie werden oft ungleich größere Mittel zugewendet als den gesunden, lebensstüchtigen Kindern. Die leidenschaftliche Anteilnahme mancher Fürsorgerinnen gehört den krüppeligen, epileptischen, idiotischen Kindern ihres Bezirkes, und sie können darüber vergessen, daß die Gesunden mindestens die gleiche Betreuung verdienen.
 Hier ist einer der Punkte, wo die geistige Haltung der Frau einer Wandlung bedarf.«⁵⁷⁾

Gebot Nr. 3: Sei Sexualobjekt für die Männer

— unbezahlt:

in der Familie

Durch verstärkte ökonomische Abhängigkeit der Ehefrau, Verschärfungen des Scheidungsgesetzes, finanzielle und berufliche Belohnungen für den Ehemann und angeheizter Mutter-schaftsideologie hatte der Ehemann eine Menge Möglichkeiten, den Beischlaf auch ohne viel direkte Gewalt zu erzwingen:

in Konzentrationslagern und eroberten Gebieten

Im Auslese-System der KZ wurden anpassungsfähige Häftlinge nach dem System »FFF« (Freiheit, Fressen, Frauen) bei Laune und Leistung gehalten, indem man aus anderen KZ Frauen mit dem Versprechen der Freilassung beschaffte.⁶⁰⁾

Wir sind der Aufbruch der Kraft unserer Nation. Meinetwegen auch der Kraft ihrer Lenden. Ich werde keinem meiner Leute ihren Spaß verderben. Wenn ich von ihnen das Äußerste verlange, so muß ich ihnen auch freigeben, sich auszutoben wie sie wollen, nicht wie es den alten Betschwestern paßt.⁵⁸⁾

Es ist unsere Pflicht, mehr Kinder zu zeugen! Wir müssen noch das Ehestandsdarlehen abkindern! Du möchtest doch auch, daß ich Schulleiter werde! Du weißt, daß das ein Scheidungsgrund ist! usw.

»Die Frauen und jungen Mädchen wurden, wenn sie schön und gesund waren, in eine Spezialbaracke gebracht, wo die SS-Leute sie vergewaltigten, bis sie halb tot waren. Von dort schickte man sie ins Krematorium.«⁵⁹⁾

Gebot Nr. 4: Sexuelle Dienstleistungen gegen Bezahlung sind streng zu überwachen!

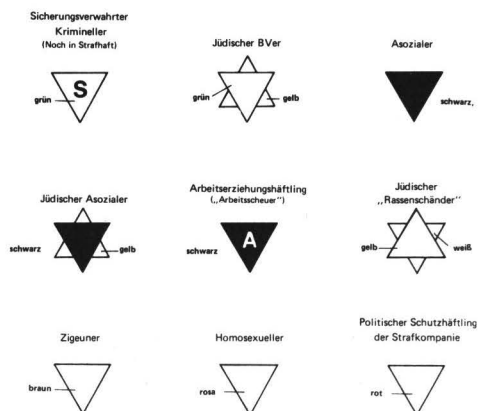
Im Rahmen vorbeugender Verbrechensbekämpfung wurden die Prostituierten immer mehr kaserniert und kriminalisiert und zur sexuellen Versorgung des Militärs und der SS gezwungen (natürlich unbezahlt), organisiert vom Oberkommando der Wehrmacht und der SS.⁶¹⁾

Gebot Nr. 5: Sexuelle Lust zwischen Frauen ist ein Verbrechen

Dort kam sie mit 6 anderen Lesben in einen Extrablock. Das KZ Blütow war ursprünglich ein Kriegsgefangenenlager-Straflager. Ein Block war mit Frauen belegt. Die Lesben kamen in einen vollständig leeren Block und wurden von männlichen Kapos bewacht. Bei der Einlieferung sagten die SS-Posten zu den Kriegsgefangenen: »Die hier sind der letzte Dreck. Die würden wir nicht mit dem Sofabein ficken. Wenn ihr die ordentlich durchzieht, kriegt ihr jeder eine Flasche Schnaps.«⁶²⁾

Gebot Nr. 6: Kampf gegen sinnliche Frauen!

Leidenschaftliche, eigenwillige, verführerische oder fremdartige Frauen (Proletarierinnen, Zigeunerinnen, Polinnen usw.) sind weniger leicht zu beherrschen, machen ich-schwachen Männern Angst, ihr lebendiges Leben ist unberechenbar und per Schreibtisch und Formular schwer zu verwalten, erst ihr Tod bringt wieder Ordnung und Sicherheit.⁶³⁾



Viele Gewaltaktionen gegen sinnliche Frauen wurden anfangs noch legalisiert: Zwangssterilisation über das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses für die als schizophrene und damit erbkrank etikettierten Frauen, Arbeitslager bis hin zum Mord über das Gesetz zur vorbeugenden Verbrechensbekämpfung für die als gemeinschaftsgefährdend und damit kriminell etikettierten Frauen.

Gebot: Laß dich von keiner leichtfertigen Sinnlichkeit blenden, sondern denke daran, daß das Mädchen, das du einmal heiraten willst, auch Mutter deiner Kinder werden soll und ihre rassischen, körperlichen und seelischen Eigenschaften sich an Kinder und Kindeskinde vererben.⁶⁴⁾

Ein perfekt organisierter Liebesversuch

Als das billigste Mittel, in den Lagern Massensterilisationen durchzuführen, erschien 1943 Röntgenbestrahlung. Zweifelhaft war, ob die so erzielte Unfruchtbarkeit nachhaltig war. Wir führten einen männlichen und einen weiblichen Gefangenen zu einem Versuch zusammen. Die beiden Gefangenen setzten sich in verschiedene Ecken des dielengedeckten und teppichbelegten Raumes. Es war durch das Bullauge, das der Beobachtung von außen diente, nicht zu erkennen, ob sie seit der Zusammenführung miteinander gesprochen hatten. Sie führten jedenfalls keine Gespräche. Diese Passivität war deshalb besonders unangenehm, weil hochgestellte Gäste sich zur Beobachtung des Versuches angesagt hatten; um den Fortgang des Experiments zu beschleunigen, befahl der Standortarzt und Leiter des Versuchs, den beiden Gefangenen die Kleider fortzunehmen.

Wir wollen sie ein bißchen aufwecken, sagte der Leiter des Versuchs. Es wurden Schallplatten herbeigeht. Durch das Bullauge war zu sehen, daß beide Gefangenen auf die Musik zunächst reagierten.

Trotzdem kam in der Zelle keine erotische Spannung auf. Fast glaubten die Verantwortlichen, man hätte einen kleineren Raum wählen sollen. Die Versuchspersonen selbst waren sorgfältig ausgesucht. Nach den Akten mußten die beiden Versuchspersonen erhebliches erotisches Interesse aneinander empfinden.

Waren die Gefangenen gut ernährt?

Schon längere Zeit vor Beginn des Versuchs waren die in Aussicht genommenen Versuchspersonen besonders gut ernährt worden. Nun lagen sie bereits zwei Tage im gleichen Raum, ohne daß Annäherungsversuche festzustellen waren. Wir gaben ihnen Eiweißgallert aus Eiern zu trinken, die Gefangenen nahmen das Eiweiß gierig auf. Oberscharführer Wilhelm ließ die beiden aus Gartenschläuchen anspritzen, anschließend wurden sie wieder, frierend, in das Dielenzimmer geführt, aber auch das Wärmebedürfnis führte sie nicht zueinander.

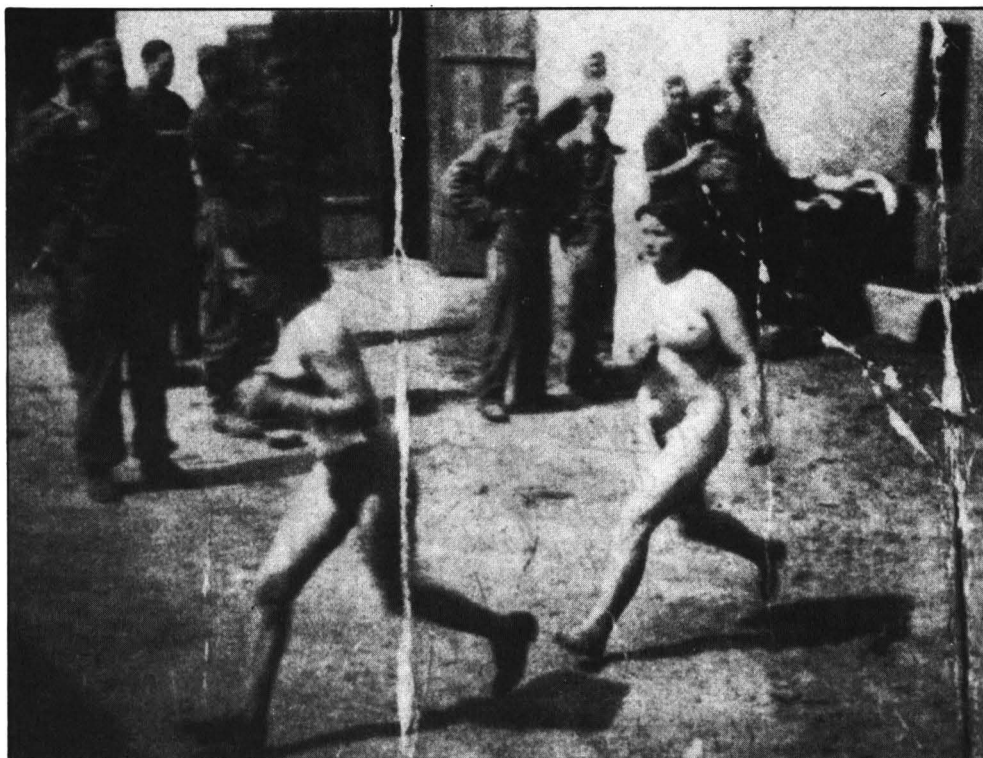
Wußten sie, daß im Falle einer Schwängerung beide Körper seziert und untersucht würden?

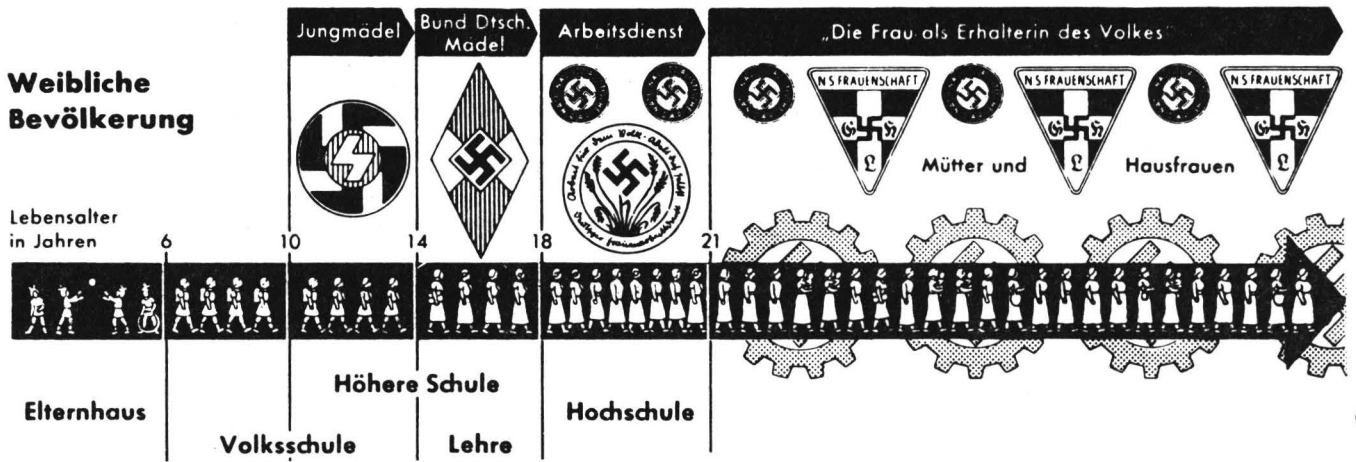
Daß die Versuchspersonen das wußten oder auch nur ahnten, ist unwahrscheinlich. Von der Lagerleitung wurden ihnen wiederholt positive Zusicherungen für den Überlebensfall gemacht. Ich glaube, sie wollten nicht. Zur Enttäuschung des eigens herbeigereisten Obergruppenführers A. Zerbst und seiner Begleitung ließ sich das Experiment nicht durchführen, da alle Mittel, auch die gewaltsamen, nicht zu einem positiven Versuchsausgang führten. Wir preßten ihre Leiber aneinander, hielten sie unter langsamer Erwärmung in Hautnähe aneinander, bestrichen sie mit Alkohol und gaben den Personen Alkohol, Rotwein mit Ei, auch Fleisch zu essen und Champus zu trinken, wir korrigierten die Beleuchtung, nichts davon führte jedoch zur Erregung.

Hat man den alles versucht?

Ich kann garantieren, daß alles versucht worden ist. Wir hatten einen Oberscharführer unter uns, der etwas davon verstand. Er versuchte nach und nach alles, was sonst todsicher wirkt. Wir konnten schließlich nicht selbst hineingehen und unser Glück versuchen, weil das Rassenschande gewesen wäre. Nichts von den Mitteln, die versucht wurden, führte zur Erregung.

Die widerspenstigen Versuchspersonen wurden erschossen.⁶⁵⁾



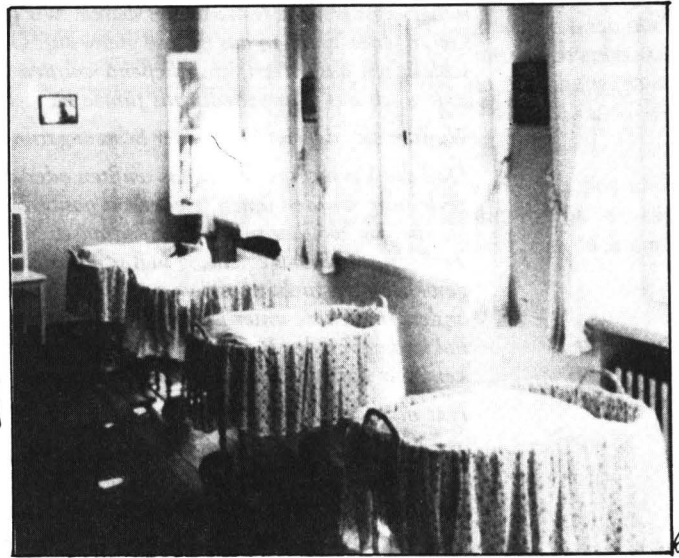


Stationen eines Lebens

Elternhaus

Mein Name ist Brunhilde!

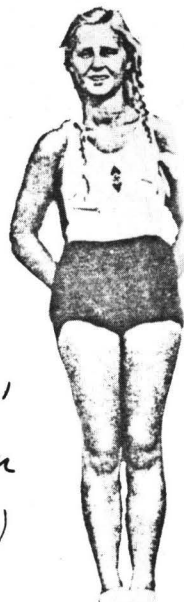
Ich wurde als viertes Kind des SS-Obersturmbandführers Wilhelm Holzhammer und seiner Frau Ida in Potsdam geboren. Mein Vater besaß ein Kolonialwarengeschäft. Bin erbgesund und reinrassig, arisch bis ins 3. Glied. Ich hatte eine glückliche Kindheit!!



»Tausend Jahre vor Dir haben ihr Blut gehütet, daß Du so wurdest, wie Du bist. Hüte Du Dein Blut, daß die Geschlechterfolgen der tausend Jahre nach Dir Dein Dank wissen.«
Deine Mädelschaft, Januar 1937⁶⁷⁾

Volksschule

Wanted:
Ein deutsches Mädel:
tapfer – sparsam
beherrscht – sauber
nicht triebhaft –
tüchtig – anständig
gehorsam – pflichtbewußt



Mein Lehrer sagte immer:
– Jeden Tag kalt duschen, das formt den Charakter.
– Gelobt sei was hart macht.
– Ein deutsches Mädel muß hassen können.
– Ein deutsches Mädel weint nicht.

Höhere Schule

Lehrstoff der 11. Klasse
Rassen, Vererbung, Austese, Gesundheitsregeln, Gefährdung des Erbguts, Nürnberger Gesetze, Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses, Ehestandsverlehn... ⁶⁹⁾

Lebensgesetz!!
Sage mir, welche Hautfarbe – Augenfarbe – Haarfarbe – Merkmale von Gesicht – Kinn – Lippen Du hast, und ich sage Dir, wes Geistes Kind DU bist.

Arbeitsdienst

Tagesfahrplan der Arbeitsmaid:

*Ich
bräuchte
nicht
mehr
zu
denken*

4.55 Uhr Wecken
5.05 Uhr An die Fahne
6.00 Uhr Frühsport
6.05 Uhr Frühstück
6.30 Uhr Singen
7.00 Uhr Tagesnachrichten
7.50 Uhr Außendienst
14.00 Uhr Arbeitsschluß
14.30 Uhr Bettruhe
15.30 Uhr Kaffeetrinken
16.00 Uhr Singen, Sport, Hauswirtschaft
18.30 Uhr Abendessen
21.00 Uhr An die Fahne
21.30 Uhr Bettruhe



71)

»Das Ziel der weiblichen Erziehung hat unverrückbar die kommende Mutter zu sein.«⁷⁰⁾

Bräuteschule

- Kochen
- Backen
- Putzen ...

Mütherschule

- Nähen
- Stopfen
- Waschen
- Säuglingspflege ...

...dann wurde ich für meine Aufgaben als Mutter und Ehefrau vorbereitet!

Niemand wird als Staatsbürger geboren, vielmehr ist dies eine Würde, die dem Manne nach Ablegung einer bestimmten Schulbildung und der Dienstpflicht verliehen wird. »Das deutsche Mädchen ist Staatsangehörige und wird mit ihrer Verheiratung erst Bürgerin.«
(A. Hitler: »Mein Kampf«, Verlag Cher, München)⁷²⁾

Endlich - ich heirate!

6. Wähle als Deutscher nur einen Gatten gleichen oder artverwandten Blutes!
7. Bei der Wahl deines Gatten frage nach seinen Vorfahren!
8. Gesundheit ist Voraussetzung auch für äußere Schönheit!
9. Suche dir für die Ehe nicht einen Gespielen, sondern einen Gefährten!
10. Du sollst dir möglichst viele Kinder wünschen!⁷³⁾



74)

4. Als erbblologische besonders hochwertig ist eine Person zu bezeichnen, die selbst körperlich und geistig gesund ist und in deren Blutsverwandtschaft (Großeltern, Eltern und deren Geschwister, eigene Geschwister und eigne Kinder) Erbleiden, 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. Neben diesen allgemeinen Beurteilungsgrundsätzen sind dann noch einige besondere Richtlinien für die Beurteilung von Bewerbern um Ehestandsdarlehen, bei Ausbildungsbeihilfen und bei Bewerbern um den Neubauern- oder Anliegersiedlerschein gegeben.⁷⁵⁾

*Ich bin
eine wertvolle
Frau*

Eine Frau die auch geistig befähigt ist, dem Manne in seinen Interessen, in seinem Lebenskampf verständnisvoll zur Seite zu stehen, die ihm das Leben schöner und inhaltsreicher werden läßt, ist das Frauenideal des deutschen Mannes von heute. Es ist eine Frau, die vor allem auch Mutter zu sein vermag.⁷⁶⁾



Hausfrauen und Mütter

Frauen bekamen nicht mehr Rechte und die Arbeiter nicht mehr Lohn – aber sie wurden beide und für alle sichtbar auf einen Sockel gestellt.⁷⁷⁾



*... und ich
gebar meinen
ersten Sohn ...*

»Die Frau hat die Aufgabe, schön zu sein und Kinder zur Welt zu bringen. Das ist gar nicht so roh und unmodern, wie sich das anhört. Die Vogelfrau putzt sich für den Mann und brütet für ihn die Eier aus. Dafür sorgt der Mann für die Nahrung. Sonst steht er auf der Wacht und wehrt den Feind ab.«
(Aus dem Roman »Michael« von Dr. Josef Goebbels. Im »Angriff« abgedruckt.)⁷⁸⁾

»Bis 1938 wurden eine Million Ehestandsdarlehen im Wert von 650 Millionen Reichsmark in Gutscheinen ausgegeben, die zum Kauf von Haushaltseinrichtungen und Möbeln berechtigten. Wegen des Andrangs wurde das Darlehen auf 500 Mark begrenzt.

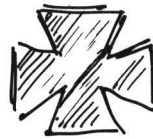
Dennoch war der NS-Familienpolitik nur mäßiger Erfolg beschieden. Die Zahl der Junggesellen verringerte sich von 1933 bis 1939 nur um 70000. Und längst nicht alle Ehepaare waren bereit, Ehestandsdarlehen durch reichen Kindersegen quasi abzuzahlen: Nach der Geburt des vierten Kindes wurde aus dem Darlehen ein Geschenk.⁷⁹⁾

*Prämien für das "Mutterher" in
die Lokulte des Mannes*

*... gebar meinen zweiten,
dritten, vierten, fünften,
zehnten... Sohn.*

Ehrenkreuz der deutschen Mutter

»Alljährlich am 12. August, dem Geburtstag von Hitlers Mutter, wurden kinderreiche Mütter mit dem »Ehrenkreuz der deutschen Mutter« ausgezeichnet. Es wurde in drei Klassen verliehen: in Bronze für vier und mehr Kinder, in Silber für mehr als sechs Kinder und in Gold für über acht Kinder. Inschrift des Mutterkreuzes: »Das Kind adelt die Mutter«. – In seiner Weihnachtsausgabe 1938 kündigte der *Völkische Beobachter* an, im kommenden August würden drei Millionen Frauen mit dem Mutterkreuz geehrt.⁸⁰⁾



**4-6 Kinder
Bronze**



**6-8 Kinder
Silber**



**8 und mehr Kinder
Gold**

*♀ - Arbeit
adelt
- vor allem unbezahlt*

»Man versuchte ja, die Frauen enorm aufzuwerten. Sie waren plötzlich »die Mütter kommender Generationen«, »die Kameradinnen ihrer Männer«, »der Hort alles Guten und Schönen« – das bedeutete etwas in dieser Zeit mit ihrem verschwommenen nationalen Geschichtsbewußtsein. Und außerdem gab man vielen Frauen die Möglichkeit, aus dem Kreis ihrer Familien herauszutreten. Sie waren plötzlich in Gesellschaft, wurden in die Gesellschaft gestellt, in welche auch immer ...⁸¹⁾

Es fehlte der Wille und der Mut zum Kind und eine heldische Lebensauffassung, der Opferbringen und Für-andere-leben eine Selbstverständlichkeit ist.⁸²⁾

*Ich hatte ein
erfülltes Leben!*

*Eine gesieberte deutsche
Volksmutter*

Darüberhinaus aber werden die Trägerinnen des Mütter-Ehrenkreuzes in Zukunft alle jene Bevorzugungen genießen, die uns gegenüber den verdienten Volksgenossen, gegenüber Kriegsbeschädigten und Opfern der nationalsozialistischen Erhebung bereits Selbstverständlichkeit geworden sind, als da sind Ehrenplätze bei Veranstaltungen der Partei und des Staates, Vertrittsrecht an Behördenchaltern, Verpflichtung der Schaffner zu bevorzugter Platzanweisung in Eisen- und Straßenbahn. Dazu kommt eine Altersversorgung, bevorzugte Aufnahme in Altersheimen für alleinstehende Altmütter, eventuell in eigens in Großstädten zu errichtenden Altersheimen oder in besonderen Abteilungen der schon bestehenden Heime.⁸³⁾



Frau Goebbels geht mit gutem Beispiel voran. Hier mit ihren fünf Kindern Helga, Helmuth, Hedda, Hilde und Holde.

Lob einer braven Bürgersfrau

Durch Euch bin ich endlich wer geworden,
das fand ich gut!
Durch Euch wurde ich was besseres als das Pack von nebenan,
das fand ich gut!
Meine Fruchtbarkeit habt Ihr in vielen Reden geehrt,
das fand ich gut!
Jeden 2. Sonntag im Mai habt Ihr mein Muttersein gefeiert,
das fand ich gut!
Dienstmädchen habt Ihr mir ins Haus geschickt,
das fand ich gut!
So konnte ich meine häuslichen Pflichten noch besser erfüllen,
zum Wohle meines Mannes,
zum Wohle meiner Kinder,
zum Wohle für mein Vaterland,
das fand ich gut!

Beim 4. Kind bekam ich feierlich das Mutterkreuz überreicht,
das fand ich gut!
Beim 8. Kind legte mir unser aller Führer selbst die Hand auf die Schulter
das fand ich gut.



Als mein Junge fiel für Führer, Volk und Vaterland
habe ich geweint.

Als dann die Bomben mich flüchten ließen,
da fragte ich mich leise:
War das wirklich alles gut?

Heute kann ich vor dem Fernseher sitzen,
in Urlaub fahren,
habe einen Mixer und eine Spülmaschine:
Es geht mir gut! (W, 1980)

Stationen eines anderen Lebens

Geburt Mein Name ist Inge!

Ich wurde als neuntes Kind des Hafnarbeiters Paul Schulte und seiner Ehefrau Martha in Hamburg geboren. Bis zum Sommer 1933 wohnte ich mit meinen Eltern, Geschwistern und einem Kostgänger in der Kaiser-Wilhelm-Straße, dem Gängeviertel von Hamburg. Dann mußten wir aus der Wohnung ausziehen und erhielten dreieinhalb Zimmer in Barmbek. Ein Kostgänger hatte keinen Platz mehr.



Meine Zugehörigkeit:

Meine Freundin gehörte zur ersten Gruppe, den Asozialen, weil ihr Vater trank. Nachdem der Lehrer das wußte, bekam sie für alles die Schuld und Strafen.

Für die Beurteilung der Erbgesundheit werden 4 Gruppen von Personen unterschieden

2. Zwischen den asozialen Familien und den Familien, die im Sinne der nachstehenden Ausführungen als Durchschnittsbevölkerung als förderungswürdig anzusehen sind, steht eine Reihe von Familien, deren Nachwuchs zwar nicht als Gewinn für die Volksgemeinschaft angesehen werden kann, die aber für diese voraussichtlich auch keine ernstliche Belastung darstellen und deshalb noch als tragbare Familien anzusehen sind. Es wird sich hier insbesondere um Familien handeln, in denen Erbkrankheiten nicht nur vereinzelt auftreten oder die hinsichtlich ihrer Leistungsfähigkeit deutlich unter der Norm liegen. Ihnen wird man die für kinderreiche Familien ohne besondere erbpflegerische Anforderungen vorgesehene Erleichterungen, z.B. laufende Kinderbeihilfen, nicht entziehen können. Fördernde Maßnahmen sind ihnen allerdings nicht zuzuwenden.⁸⁶⁾

Jugend

*Aus Wochenende
gingen wir mit Freunden
oft zum Tanzen*

Erscheinungsformen der weiblichen Jugendverwahrlosung:
Aus allen Reichsgebieten wird übereinstimmend gemeldet, daß ein großer Teil der deutschen Mädchen ohne genügend gefestigtes Bewußtsein ihrer Frauenehre und ihrer künftigen Aufgaben als Gattin und Mutter lebt. Aus diesem charakterlosen Mangel ist eine besorgniserregende Verantwortungs- und Hemmunglosigkeit in geschlechtlicher Hinsicht erwachsen.⁸⁸⁾

Tanzvergnügen und andere Gefahrenquellen

In fast allen Fällen, wo Mädchen auf die schiefe Ebene kamen oder geschlechtlich angesteckt wurden, stellte sich nach übereinstimmenden Berichten heraus, daß diese Entwicklung auf dem Tanzboden ihren Ausgang nahm. Allgemein wird berichtet, daß obszöne Darbietungen, bei KDF und sonstigen Veranstaltungen, dazu angetan sind, der Verwahrlosung der weiblichen Jugendlichen Vorschub zu leisten. Viele Berichte machen eine ungesunde überhitzte Erotik in Filmen, Theatern, Varietes, Romanen, Zeitschriften, Illustrierten usw. sowie mondäne Tanzmusik (Swing) verantwortlich.⁸⁷⁾

*ich war klein und
schwarzhaarig und
fand schnell
Anschluß*

Kleinen schwarzhaarigen Menschen fehlt es an Eifer, d.h. sie haben einen flachen Gesichtsausdruck.

Dann verliebte ich mich in Werner, er hatte keine Arbeit, aber von meinem Lohn aus der Munitionsfabrik konnten wir gerade das Nötigste kaufen.

Es war eine tolle Zeit!

1. Gedenke, daß du ein Deutscher bist!
2. Du sollst Geist und Seele rein erhalten!
3. Halte deinen Körper rein!
4. Du sollst, wenn du erbggesund bist, nicht ehelos bleiben!
5. Heirate nur aus Liebe⁸⁹⁾

*Am 6. November 1939
kam unsere Tochter
zur Welt*

Es ist auch kein wünschenswerter Zustand, daß die Eingebung eines Liebesverhältnisses in sehr weiten Kreisen als der normale Weg zur Ehe gilt. Das Mädchen setzt hier zuviel aufs Spiel, fällt nur zu oft täglich herein und es dauert eine Erscheinung sittlichen Verfalls fort, die je eher desto besser beseitigt werden muß, wenn wir gesunde Grundlagen für ein aufbauende Familienpolitik erhalten wollen.

Von besonderer Bedeutung ist es, welcher Frauentypus die Vorherrschaft führt. Das Volk muß abgleiten, in dem – wie bei uns in der Nachkriegszeit – ein lockerer Frauentyp ans Ruder kommt, der sich dem Mann an den Hals wirft und sich zum flüchtigen Zeitvertreib erniedrigt.⁹⁰⁾

Heirat

*Im Dezember 1939 beschlossen
Werner und ich zu heiraten.*

Der Standesbeamte verlangte von uns einen Gesundheitspaß. Er sagte: »Sie können doch nicht normal sein, wenn sie einen Zuchthäusler heiraten, und Sie sind nicht normal, weil Sie Zuchthäusler waren. Bringen Sie keinen Gesundheitspaß bei, müssen Sie sterilisiert werden.«⁹¹⁾

Gesetz zum Schutze der Erbgesundheit des deutschen Volkes (Ehegesundheitsgesetz)

Vom 18. Oktober 1935

§ 1

- (1) Eine Ehe darf nicht geschlossen werden,
 - a) wenn einer der Verlobten an einer mit Ansteckungsgefahr verbundenen Krankheit leidet, die eine erhebliche Schädigung der Gesundheit des anderen Teiles oder der Nachkommen befürchten läßt,
 - b) wenn einer der Verlobten entmündigt ist oder unter vorläufiger Vormundschaft steht,
 - c) Wenn einer der Verlobten, ohne entmündigt zu sein, an einer geistigen Störung leidet, die die Ehe für die Volksgemeinschaft unerwünscht erscheinen läßt,
 - d) wenn einer der Verlobten an einer Erbkrankheit im Sinne des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses leidet.
- (2) Die Bestimmung des Absatzes 1 Buchstabe d steht der Eheschließung nicht entgegen, wenn der andere Verlobte unfruchtbar ist.

1. Verordnung zur Durchführung des Ehegesundheitsgesetzes vom 29. November 1935.

§ 2

Zwecks Erlangung des Eheauglichkeitszeugnisses hat sich jeder Verlobte bei dem Gesundheitsamt untersuchen zu lassen, in dessen Bezirk er seinen Wohnsitz hat ... Der Verlobte kann sich auch von einem vom Reichsärztführer hierfür zugelassenen Arzt der freien Praxis untersuchen lassen ...⁹²⁾

*Ich bekam nur ein
Ehegesundheitszeugnis, weil ich
mich freiwillig sterilisieren ließ!*

Ehe

*Eben noch dem Tod
so nahe, durfte ich
jetzt heiraten.*

*Ein neuer Platz in
der Gemeinschaft*

1. Asoziale Personen und Angehörige asozialer Familien.

Sie sind von allen in Frage kommenden Maßnahmen und dem Bezug jeder Zuwendung auszuschließen. Asoziale Familien mit vielen Kindern können niemals als »kinderreich« angesehen werden.

Als asozial (gemeinschaftsfremd) sind Personen anzusehen, die auf Grund einer anlagebedingten und daher nicht besserungsfähigen Geisteshaltung

- a) fortgesetzt mit Strafgesetzen, der Polizei und den Behörden in Konflikt geraten oder
- b) arbeitsscheu sind und den Unterhalt für sich und ihre Kinder laufend öffentlichen oder privaten Wohlfahrtseinrichtungen, insbesondere auch der NSV und dem WHW aufzubürden suchen. Hierunter sind auch solche Familien zu rechnen, die ihre Kinder offensichtlich als Einnahmequellen betrachten und sich deswegen für berechtigt halten, einer geregelten Arbeit aus dem Wege zu gehen: oder
- c) besonders unwirtschaftlich und hemmungslos sind und mangels eigener Verantwortungsbewußtseins weder einen geordneten Haushalt führen noch Kinder zu brauchbaren Volksgenossen zu erziehen mögen: oder
- d) Trinker sind oder durch unsittlichen Lebenswandel auffallen (z.B. Dirnen, die durch ihr unsittliches Gewerbe ihren Lebensunterhalt teilweise oder ganz verdienen.⁹⁵⁾

Ehestandsdarlehen von durchschnittlich 600, höchstens 1000 Reichsmark – viel Geld, wenn man bedenkt, daß ein Industriearbeiter etwa 120 RM im Monat nach Hause brachte. Für jedes Kind wurde die Darlehensschuld um ein Viertel gekürzt. Wenn beide Elternteile zur Arbeit gingen, war das Darlehen mit drei Prozent monatlich zu tilgen, mit nur einem Prozent, wenn allein der Vater berufstätig war.⁹⁶⁾

Das kam für mich nicht in Frage!

Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses

Vom 14. Juli 1933

– RGBI. I S. 529 –

Die Reichsregierung hat das folgende Gesetz beschlossen, das hiermit verkündet wird:

§ 1

(1) Wer erbkrank ist, kann durch chirurgischen Eingriff unfruchtbar gemacht (sterilisiert) werden, wenn nach den Erfahrungen der ärztlichen Wissenschaft mit großer Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist, daß seine Nachkommen an schweren körperlichen oder geistigen Erbschäden leiden werden.⁹³⁾

»Bis zur Mitte des Jahres 1937 hatte man fast 200 000 Menschen sterilisiert, ... davon 95 165 Frauen.«1934-36 starben 367 Frauen und 70 Männer an den Operationen.⁹⁴⁾



*Glitterworte damals:
liebhaft, nihilistisch, art-
fremd, hemmungslos,
arbeitsscheu, politisch
unzuverlässig, gemeinge-
fährlich, asozial...⁹⁷⁾*

Frage: Was kann Mann mit Frau machen, die nicht den **Zuchtkriterien** entspricht??

Antwort: Mann nutzt ihre zweite Fähigkeit: **Arbeitsstier**

Arbeitslager

»Die Arbeit wurde ausgeführt unter der Überwachung von Offizierinnen und Aufseherinnen, die uns mißhandelten, wenn wir uns ausruhen oder vor den Deutschen verstecken wollten, die uns schlugen und etwaige Disziplinverstöße anzeigten, wie insbesondere das Aufsammeln von Kräutern und Baumblättern, die unsere Zusatznahrung bildeten.«⁹⁸⁾

bis zum Verrecken!!!



100)

»Oftmals mußte ich sogar Kameradinnen, die ohnmächtig geworden waren, oder gerade einen epileptischen Anfall hatten, zum Appell bringen; wir mußten sie neben uns auf die Erde legen und durften uns nicht um sie kümmern. Ich erhielt mehrmals Faust- und Knüppelschläge der deutschen oder polnischen Polizistinnen oder Wächterinnen, weil ich mich um Frauen angenommen hatte, die sich in einen epileptischen Anfall im Schmutz wälzten.«⁹⁹⁾

102)



»Der Macht der Politiker, der Redegewalt der Juristen, der Definitionsmacht der Wissenschaftler entspricht das Schweigen und die Heimlichkeit der Untertanen. Deshalb muß man das 'Schweigen der Geschichte' entziffern.«

»Dem Historiker bleibt nur die Wahl zwischen zwei Lösungen. Entweder spricht auch er *über* das Volk und verdoppelt so die Objektivierung des Archivtextes durch seine eigene; oder leiht dem Volk seine eigene Sprache und markiert die Konvention der Distanz zwischen sich und seinem Objekt durch Ausführungszeichen.«

»Die Schwierigkeit ist wahrlich nicht gering, denn in den Archiven wird über das 'Volk' mehr geredet, als es selbst redet; es erscheint als Objekt der Verwaltungssprache, nicht jedoch als Subjekt selbstständigen Sprechens. Wenn es in seinem eigenen Namen spricht, dann in der sehr besonderen Situation, in welcher es über sein Handeln Rechenschaft zu geben hat

*Tote können
nicht mehr reden -
wir müssen aber ihre
Erfahrungen wissen!*

Kultur des Schweigens:
Viele schweigen,
weil zum Leben
erweckte Erinnerungen
sie sterben ließen.
Sie sind lebend
verstummt.

Anklage einer Frau an Ärzte und Politiker

Ihr habt mein Ungeborenes abgestochen,.

während Ihr die Frau von nebenan für's Abtreiben bestraft.
Ihr habt meine Kinder mit Chemikalien getötet,
während Ihr die Kinder von nebenan auf Staatskosten verschicktet.

Ihr habt meine Fruchtbarkeit zerstört,
meinen Unterleib mit Röntgenstrahlen kaputtgemacht,
während Ihr der Frau von nebenan nicht mal den Knaus Ogino erlaubtet.
Ihr habt meine Liebe bestraft,
weil sie nicht auf einen Eurer tapferen Helden fiel,
die mit der Kraft ihrer Lenden ihre Ehefrauen zum Zeugungsakt zwingen.

Ich hab' wohl Eurem Naturgesetz von Frau nicht entsprochen,
schizophren habt IHR's genannt.
Ich hab' gepfiffen auf Eure HERRlichkeiten:
SAUBERKEIT FLEISSIGKEIT SPARSAMKEIT
ORDENTLICHKEIT GESUNDHEIT TAPFERKEIT
ohne Lust und ohne Menschlichkeit

swing swing swing.

Heute sehe ich Euch schon wieder/noch immer am Werk.
 Ihr bastelt mal wieder am § 218,
 und seid so erfinderisch im Erfinden neuer Methoden.
 Ich kriege immer mehr Angst,
 daß Ihr mich eines Tages über Eure Datenkartei schnappen werdet,
 für Eure stereotaktischen Gehirnschnippeleien
 oder Eure (selbst)mörderischen Hochsicherheitstrakts
 und meinen toten Körper ausschlachtet
 für eine brave arbeitssame Frau im gebärfreudigen Alter,
 die Ihr noch braucht für Eure neue gen-manipulierte Menschengzucht
 und als billige Arbeitssklavin im Haus und im Betrieb

punk punk punk.



Nicht nur Männer wehrten sich

Frauen widerstanden

Auf 4 Widerstandskämpfer kam 1 Widerstandskämpferin



Die Widerstandsorganisation »Rote Kapelle« entstand in den Jahren 1938/39. Ihre Mitglieder kamen aus den verschiedensten sozialen und politischen Milieus. Auch ihre Widerstandarbeit war vielschichtig. Sie ging von der Schulung über die Verbreitung von Flugblättern (»Wir retten uns und unser Land nur dann, wenn wir den Mut finden, uns in die Kampffront gegen Hitler einzureihen!«) bis hin zur Spionage. Anfang 43 verhaftete die Gestapo 130 Mitglieder der Gruppe, 49 wurden zum Tode verurteilt, darunter 18 Frauen. So auch ERIKA VON BROCKDORF und MILDRED HARNACK, deren zunächst ausgesprochene Haftstrafen Hitler persönlich in Todesurteile umwandelte.

Die Studentin MARGARETHE ROTHE gehörte zu der Hamburger Gruppe der Widerstandsorganisation »Weiße Rose« (bei der in München die Geschwister Scholl aktiv waren). Die Flugblätter der Weißen Rose waren einige der wenigen Stimmen des Widerstandes an den Universitäten. Sie verbreiteten ebenfalls Informationen über den »Deutschen Freiheitssender«. Sie wagten Solidaritätsaktionen für Kriegsgefangene und zum Abtransport bestimmte Juden. Margarethe Rothe wurde zusammen mit anderen Anfang November 43 verhaftet. Sie starb am 15. April 1945 nach qualvollen Verhören in Untersuchungshaft.

Auch in der französischen Resistance kämpften deutsche Frauen. So HEDWIG RAHMEL-ROBENS aus Berlin und LISA OST aus Frankfurt, beide Emigrantinnen und zuvor Brigadistinnen im spanischen Bürgerkrieg. Hedwig und Lisa arbeiteten gemeinsam mit Lisa's Mann zusammen mit Partisanengruppen im Zentralmassiv und wurden dort auch verhaftet. In Alès wurden sie, zusammen mit hunderten französischen Partisanenkämpfern und -kämpferinnen von der Gestapo ermordet.

Die größte Widerstandsorganisation gegen das Naziregime war die Gruppe Saefkow/Jacob/Bästlein. Sie entstand im Herbst 43 in Berlin, hatte Verbindungen zu Widerständlern in ganz Deutschland und wurde von Kommunisten geleitet. Unter den später zum Tode verurteilten waren auch Frauen: die 41jährige JUDITH AUER, die 34jährige ELLI VOIGT, die 37jährige KATHARINA JACOB – die überlebte als einzige im KZ Ravensbrück.

Alein an der Hinrichtungsstätte Berlin-Plötzensee ermordeten die Nazis in der Zeit von 1933 bis 1945 insgesamt 2 915 Frauen und Männer. Darunter 1 547, weil sie aus politischer, religiöser oder weltanschaulicher Gesinnung Widerstand geleistet hatten.

Auf zwei Frauentagungen zu Frauen im Faschismus erzählten die alten Widerstandskämpferinnen auch nur von diesen Widerstandsformen. Nur leise gaben sie zu, auch abgetrieben zu haben und machten Andeutungen von entsetzlichem Elend. Wir meinen, es gibt auch »weibliche« Widerstandsformen, die als solche nicht anerkannt werden. Bisher definierten meist Männer, was Widerstand ist, und die Definition wird von Frauen übernommen.

Muß Widerstand immer koordiniert sein, strategisch sein, bewußt sein, organisiert sein. öffentlich sein?



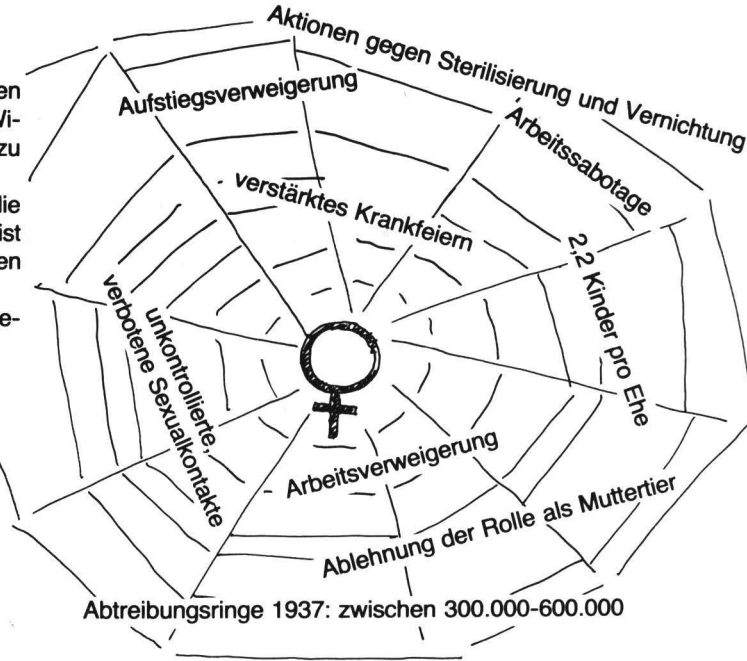
Als die Nazis die »schwachsinnigen« Frauen holten hab ich geschwiegen ich war ja nicht »schwachsinnig«.

Als sie die Zigeunerinnen einsperrten hab ich geschwiegen ich war ja keine Zigeunerin

Als sie die Prostituierten holten hab ich geschwiegen ich war ja keine Prostituierte.

Als sie Frauen aus »ungeordneten« Familien holten hab ich geschwiegen ich war ja nicht »ungeordnet«.

Als ich abtrieb und sie mich holten gab es keine mehr, die protestieren konnten.¹⁰⁶⁾



»Frauen, um uns auszubeuten und zu unterdrücken, haben sie uns immer voneinander getrennt:

- die Häßlichen von den Schönen,
- die Willigen von den Eigenwilligen,
- die Mütter von den Töchtern
- die Sauberen von den Schmutzigen,
- die Hausfrauen von den Berufstätigen
- die Ordentlichen von den Unordentlichen,
- die Schwarzen von den Weißen,
- die Angepaßten von den Unangepaßten,
- die Heiligen von den Huren,
- die Schwiegermütter von den Schwiegertöchtern,
- die Homosexuellen von den Heterosexuellen,
- die »Höherwertigen« von den »Minderwertigen«,
- die Dicken von den Dünnen,
- die Jungen von den Alten,
- die Aufsteigenden von den Absteigenden.

(Flugblatt des römischen Frauenkollektivs)¹⁰⁷⁾

Noch immer bestimmen die Männer über uns Frauen und unseren Körper

Situation heute:

- Geburtenrückgang unter Nullwachstum
- Wirtschaftskrise: Reservearmee hat ausgedient

Es lebe die Familie

Gedankengang eines Parteivorsitzenden
 »Wie wollen wir bei der Geburtenrate von heute in 25 Jahren unsere NATO-Verpflichtungen erfüllen? – Für mich ist die Frage der Familienpolitik die zentrale Frage der staatlichen Politik.«
 Helmut Kohl, CDU, ¹⁰⁸⁾

»An irgendeinem Punkt müssen doch auch Sie sich einmal fragen, warum die Aussagen der hysterischen Feministinnen, die behaupten, Mutterschaft sei eine Zumutung, auf so fruchtbaren Boden gefallen sind. Statt nun wenigstens jetzt den Versuch zu unternehmen, diese völlig verkehrt laufende Emanzipation wieder zurückzurücken, untermauern Sie als Familienministerin noch diese Irrlehre, indem Sie öffentlich vom Recht der Frau auf Abtreibung sprechen.« – So die CDU-Abgeordnete Geier am 25. Januar 1979 in einer Bundestagsrede an die Adresse der SPD-Familienministerin Huber.¹¹¹⁾

Sterilisationsverbot für die einen

In der BRD werden Frauen, die sich sterilisieren lassen wollen, mit allen Mitteln daran gehindert (und benötigen sogar die schriftliche Erlaubnis des Ehemannes!).¹¹⁴⁾

Sterilisationszwang für die »anderen«

In anderen Teilen der Welt zwingt man sie dazu. So doppelt ist die Moral der Herrschenden – je nachdem, wie es ihnen gerade in den Kram paßt. In den USA sprechen die Indianer im Zusammenhang mit den Zwangssterilisationen inzwischen von einem wahren »Völkermord«. In Brasilien wurden allein im Jahre 1971 eine Million armer Frauen zwangssterilisiert, d.h. der Eingriff wurde vorgenommen, ohne sie über die Folgen aufzuklären. Auch wird unter die armen Frauen Brasiliens die Pille ohne medizinische Aufklärung und Kontrolle verteilt.¹¹⁴⁾

Nach Abtreibungen oder Geburten werden in den USA Indianerinnen, schwarze Frauen und Emigrantinnen teilweise ohne ihr Wissen sterilisiert. Sozialhilfeempfänger werden oft unter Androhung, ihnen die Gelder zu streichen, zu derartigen Eingriffen gezwungen. So »löst« die Bevölkerungspolitik soziale Probleme (aus »Hexengeflüster«).¹¹⁵⁾

1977 wurden 200.000 Frauen in Puerto Rico zwangssterilisiert. (Das sind 34 % der Frauen!) Kommentar der USAD (Hilfsgemeinschaft für entwicklungspolitische Projekte): »Es ist einfacher, hygienischer und billiger, die Guerillos im Uterus zu töten als in der Sierra und den Städten.«¹¹⁶⁾

Bevölkerungspolitik wird mit dem Körper von Frauen gemacht. Frauen in Puerto Rico wurden für die ersten Versuche mit der Pille benutzt; der Tod von drei Frauen ist eindeutig auf die Pille zurückzuführen. Heute ist die Pille in Puerto Rico unerschwinglich und nur in einigen Teilen des Landes überhaupt erhältlich. Abtreibungen sind illegal. Sterilisation, die brutalste Methode zur Geburtenkontrolle, wird dagegen kostenlos an privaten und öffentlichen Kliniken durchgeführt. (aus »Hexengeflüster«)¹²²⁾

Hetze gegen »Reform« des § 218

Herr Holzgartner, Vorsitzender des CSU-Arbeitskreises für Gesundheit, vergleicht die Praktizierung des § 218 mit »brutalem Massenmord«: »Die Nationalsozialisten haben die Juden getötet, und die internationalen Sozialisten töten ungeborenes Leben. Das, was in unserem Volk passiert, ist exakt der Weg zurück nach Auschwitz.«¹¹⁰⁾

Zuschuß bei Kindersegen

München (dpa). In Bayern gibt es vom 1. Juli an billiges Geld bei Heiraten und Kindersegen. Zur Bekämpfung eines weiteren Bevölkerungsrückgangs beschloß der bayerische Ministerrat ein »Darlehen Junge Familie«. Das Darlehen wird von Banken und Sparkassen in zwei Teilen gewährt: 5000 DM bei der Eheschließung und 5000 DM bei der Geburt des ersten Kindes. Der Staat zahlt bei diesem Darlehen mit einer Laufzeit von sieben Jahren einen Zinszuschuß von drei Prozent. Kinderkriegen macht sich bei diesem Darlehen bezahlt: Beim ersten Kind verringert sich der zurückzahlende Betrag durch einen staatlichen Tilgungszuschuß um 1500 DM, beim zweiten um 2000 DM. Vom dritten Kind an verringert jede weitere Geburt die Verschuldung um 2500 DM. Bringt man während der siebenjährigen Laufzeit des Darlehens fünf Kinder zur Welt, ist man also praktisch schuldenfrei.¹⁰⁹⁾

Der amerikanische Professor Ira Lubell aus New York hat kürzlich bei einem internationalen Gynäkologen-Kongreß in Genua die Meinung vertreten, die Zahl der Sterilisationen als Mittel der Geburtenkontrolle werde künftig zunehmen. Der Wissenschaftler ist der Auffassung, daß bis zum Jahre 1985 die Zahl der sterilisierten Ehepartner von derzeit 80 Millionen auf 200 Millionen in aller Welt steigen werde. Da nach Ansicht Lubells die Entwicklung der »Pille« für die Frau keine Fortschritte mache und die Pille für den Mann noch im Experimentierstadium stecke, werde die Unfruchtbarmachung durch einen chirurgischen Eingriff weltweit zunehmen.¹¹⁸⁾

Freitod

In dieser Gesellschaft, die das ungeborene Leben schützt, nahm sich Hedi K. geboren am 1.6.1956 ledig und mit ungeborenem Leben im dritten Monat, aus Angst vor dem Schutz der Gesellschaft das Leben.

Ulla Hahn¹¹²⁾

Frauenkörper im Dienste der »Wissenschaft«

In Hamburg ist es weniger schwierig, eine Indikation zu bekommen, aber die psychologische und medizinische Betreuung von Frauen läßt auch hier zu wünschen übrig. In fast allen Hamburger Krankenhäusern wird vor dem eigentlichen Abbruch das Mittel Prostaglandin gespritzt. Prostaglandin ist ein wehenförderndes Mittel, das den Muttermund öffnet. Es ruft starke, schmerzvolle Krämpfe hervor. Die Aussage eines Hamburger Arztes: »Die Frauen müssen merken, wenn ihnen der Dreck da unten weggemacht wird«, zeigt die Schikanen dieser Methode. Außerdem dienen wir hierbei als Versuchskaninchen, da das Mittel in keinster Weise erforscht ist und die verschiedensten Nebenwirkungen wie Übelkeit, Kreislaufbeschwerden etc. hervorruft. Die Späterscheinungen sind noch unbekannt.¹²¹⁾



**Frauenklagen an:
Ärzteschaft
Justiz
Kirche
Parteien
Presse u. Werbung
Pharma-Industrie**

Tribunal gegen den § 218-Bericht von
Wilbur Fischer mit dem Nachwächern-Fass-Jensen
Degenhard-Sweikie-Rohr-de-Coligny-Sonntag-11.6.72
M.O.U. Lib - Guizach - Köln-Ester 3-DM - Verkaufsförderer
Kinder werden betreut - Veranstalter Gruppen der Aktion 28

Anmerkungen

1. Rosenberg, Alfred; Emanzipation von der Emanzipation, in: Mosse, G.; Der nationalistische Alltag, Frankfurt 1978, S. 65
2. Bock, Gisela; Frauen und ihre Arbeit im Nationalsozialismus, in: Frauen in der Geschichte, Hrsg. Annette Kuhn, Gerhard Schneider, Düsseldorf 1979, S. 133
3. Nach: Frauenbilderlesebuch, Hrsg. Elefantentpress und Anna Thüne, Berlin 1980, S. 94
4. *Faschismus, Hrsg. Ges.f.bild.Künste, Berlin 1976, S.94f.*
5. Mosse, G., a.a.O., S.71
6. Frauenbilderbuch, a.a.O., S.9
7. ebenda, S.9
8. Frauenkalender 1979, Hrsg. Scheu, Ursula, Berlin 1978
9. Frauenbilder-Lesebuch, a.a.O., S.57
10. Prof.Dr.G.A. Wagner, Die Funktionen und Funktionsstörungen des Ovariums und ihre Bedeutung für die Volksgesundheit, in: Archiv für soziale Hygiene und Demographie, 8. Jahrgang, 1933/3
11. Adolf Hitler: Die Reden Hitlers am Parteitag der Freiheit, Zentralverlag der NSDAP, München. Aus: Kunst im 3. Reich, Hrsg. Frankfurter Kunstverein 1975, S. 190
12. Obervertrauensarzt Med.-Rat Dr.A.Hanse, Die bedeutung der weiblichen Konstitutionsart für die Gewährung von Ehestandsdarlehen, in: Ziel und Weg, 1939
13. Focke/Reimer: Alltag unterm Hakenkreuz, Rowohlt Taschenbuch Verlag, Hamburg 1979, S.121
14. Frauenbilderlesebuch, a.a.O., S.9
15. Dr.med. Jaeger, Koethen, Die Vaginalspülung durch Laienhand, eine volksgesundheitliche und bevölkerungspolitische Gefahr, in: Deutsches Ärzteblatt, 70. Jahrgang, 1940, S.380
16. Gisela Bock, a.a.O., S.117
17. »Gesetz zur Abänderung gesetzlicher Vorschriften« vom 29.5.1933, in: Archiv für Bevölkerungswissenschaft und Bevölkerungspolitik, 4. Jahrgang 1934, S.62
18. Gisela Bock, a.a.O.,
19. John Heartfield, Postkarte, Elefantentpress-Vertrieb
20. Kunst im 3. Reich, a.a.O., S.190
21. ebenda, S.193
22. ebenda, S.190
23. Mosse, a.a.O., S.66
24. Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 14. Juli 1933, zitiert nach: Nur zum Dienstgebrauch, Berlin 1939, S.6
25. Prof.Dr.L. Seitz, Direktor der Universitätsfrauenklinik Frankfurt, Referat auf der 23. Tagung der Gesellschaft für Gynäkologie, 1934,
26. Gisela Bock, a.a.O., S.126
27. ebenda, S.127
28. Faschismus, a.a.O., Teil 3, S.6 5
29. Verordnung zur Ausführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses, zitiert nach: Nur zum Dienstgebrauch, Berlin 1939
30. Faschismus, a.a.O., 3. Teil, S.65
31. Verordnung zur Ausführung, a.a.O.
32. Mitscherlich/Miehlke, Medizin ohne Menschlichkeit, Frankfurt 1978, S.241-242
33. Gesetz zur Änderung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses, zitiert nach: Nur zum Dienstgebrauch, Berlin 1939, S.9
34. Drittes Gesetz zur Änderung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 11. Juni 1938, in: National Archives Washington T 175, Poll 66
35. Faschismus, a.a.O., S.64
37. Gisela Bock, a.a.O., S.125
38. Frauenkalender 80, a.a.O.
39. Faschismus, a.a.O., 3. Teil, S.39
40. ebenda, S.41
41. Bericht vom 17.9.1945 über elende Arbeits-, Lebensbedingungen und Mißhandlungen der im Jahre 44/45 in Essen im Lager Humboldtstraße untergebrachten und bei der Firma Krupp arbeitenden ausländischen, meist jüdischen Frauen, Internationaler Militärgerichtshof, Dokument 258-D
42. Faschismus, a.a.O.,
43. ebenda, S.44
44. ebenda, S.38
45. ebenda, Anhang S.69ff
46. Wolf, Christa, Kindheitsmuster, Darmstadt/Neuwied 1979, S. 218
47. Faschismus, a.a.O.,
48. Emma Mai 1978, S.8
49. Mosse, Georg, a.a.O., S.67
50. ebenda, S.69
51. TAZ, 21.3.80
53. Mosse, Georg, a.a.O., S.61
54. Breker, Arno, Bildhauer im dritten Reich, in: Kunst im dritten Reich, Hrsg. Frankfurter Kunstverein, Frankfurt 1980, S. 24
55. »Die Welt der Frau ist der Mann«, Dokumentation Frauen und Faschismus, Hrsg. KB-Frauengruppe Frankfurt, Frankfurt 1979, S.6
56. Barsewisch, E., Die Aufgaben der Frau für die Aufartung, aus: Schriftenreihe des Reichsausschusses für Volksgesundheitswesen, Berlin 1933, Heft 5, S.14 f.
57. ebenda, S.13
58. Rauschnig, H., Gespräche mit Hitler, 1940, Wien 1975,
59. Faschismus, a.a.O., Anhang S.32
60. Gisela Bock, a.a.O., S.141
61. ebenda, S.140
62. »Die Welt der Frau ist der Mann«, a.a.O., S.19
63. Vgl. Theweleit, Klaus, Männerphantasien, Bd. 1, 2, Frankfurt 1979
64. »Die Welt der Frau ist der Mann«, a.a.O., S.6
65. Auszüge aus: Kluge, Alexander, Ein Liebesversuch, in: Deutsche Prosa, Erzählungen seit 1945, Hrsg Horst Bingel, München 1969, S.185-188
66. Macciocchi, Maria Antonietta, Jungfrauen, Mütter und ein Führer, Berlin 1978, S.57
67. Biologie-Schulbuch für Oberschulen und Gymnasien Klasse V, 1940
68. Faschismus, a.a.O., S.62
69. Biologie-Schulbuch, a.a.O., S.69
71. Weimarer Republik, Hrsg. Kunstmarkt Kreuzberg, Berlin 1977, S.368
72. Frauenbilder-Lesebuch, a.a.O., S.9
73. »Die Welt der Frauen ist der Mann«, a.a.O., S.6
74. Macciocchi, a.a.O., S.55
75. Prof.Dr.O. Freiherr von Verschuer, Die Beurteilung der Erbgesundheit, in: Der Erbarzt, Bd. 9, 1941, S.20-21
76. Mosse, Georg, a.a.O., S.66
77. Strege, Ruth, Machen sie mal die Hintergründe einer Frau aus..., in: Freibeuter, Nr. 2, 1979, S.60
78. Frauen Bilder-Lesebuch, a.a.O., S.9
79. Alltag unterm Hakenkreuz, a.a.O., S.123
80. ebenda, S.127
81. Strege, Ruth, a.a.O., S.59
82. Harrer, Johanna, Die deutsche Mutter und ihr erstes Kind, Berlin 1938, S.8
83. Mosse, a.a.O., S.70
85. Tucholsky, Kurt, Deutschland über alles, S.49
86. von Verschuer, a.a.O., S.20
87. SS-Obersturmführer Heydrich, Chef der Sicherheitspolizei und des SD-Bericht, Btr.: Verwahrlosung weiblicher Jugendlicher, vom 21.1.1941 (Berlin), in: National Archives Washington T-77, Roll 802
88. ebenda
89. »Die Welt der Frau ist der Mann«, a.a.O., S.6
90. Danzer, Paul, Was die Frau angeht, in: Der Wille zum Kind, München/Berlin, 1938, S.30 F.
91. Zorn, Gerda, Frauen gegen Hitler, Frankfurt 1974, S.52
92. Gesetz zum Schutz der Erbgesundheit des deutschen Volkes vom 18. Oktober 1935, in: K. Magnussen, Rassen- und bevölkerungspolitisches Rüstzeug, München/Berlin 1939, S.113-115
93. Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses, a.a.O.
94. Gisela Bock, a.a.O., S.140
95. von Verschuer, a.a.O.
96. Alltag unterm Hakenkreuz, a.a.O., S.123
97. Wolf, Christa, a.a.O.
98. Faschismus, a.a.O., S.54
99. Faschismus, a.a.O., S.39
102. Faschismus, a.a.O., Anhang
103. Favret, Jeanne, Hexenwesen und Aufklärung, in: Honneger, Claudia, Die Hexen der Neuzeit, Frankfurt 1978, S. 354
104. Postkarte Entwurf vom Frauentag 1914
105. Frauenkalender 1980, a.a.O.
106. nach Niemöller:
107. Flugblatt des Römischen Frauenkollektivs Pompeo Magno, aus:
108. Zitat Helmut Kohl, CDU, auf dem CDU-Landesparteitag in Niedersachsen, 1980
110. aus: NRZ, 18.7.1978
111. Frauenkalender 80, a.a.O.
112. Wir Frauen 79, PRV Köln 1979
113. Frauenbilderlesebuch, a.a.O., S.184
114. Frauenkalender 78, a.a.O.
115. ebenda, 78
116. ebenda, 78
118. aus Frankfurter Rundschau, 22.3.80
121. Flugblatt zum Frauentag 1980, Hamburg
122. Frauenkalender 78, a.a.O.

Als ob nichts gewesen wäre

Zur Geschichte der Zwangssterilisierung seit der NS-Zeit

Die Frauenärzte Hans-Joachim Lindemann und Carl Clauberg

Der Arzt Hans-Joachim Lindemann ist erst mit 60 Jahren zu dem geworden, was man gemeinhin einen gemachten Mann nennt. Seit 1965 Chefarzt der Geburtshilflich-Gynäkologischen Abteilung und ärztlicher Direktor des Hamburger Elisabeth-Krankenhauses, hat er sich in den letzten zehn Jahren zur Krönung seiner Laufbahn einige wissenschaftliche Lorbeeren erworben. 1975 wurde er zum Privatdozenten ernannt, die von ihm geleitete Abteilung wurde in den Ausbildungs- und Forschungsbetrieb des Universitätskrankenhauses Hamburg-Eppendorf einbezogen. Eine Serie von Veröffentlichungen über neue diagnostische Verfahren und operationslose Eingriffe in der Frauenheilkunde brachte ihm im September 1980 den Professorentitel ein. Auch ein Buch hat Lindemann inzwischen geschrieben. In ihm gibt er Auskunft über eine von ihm weiterentwickelte Technik der Gebärmutter Spiegelung, und er stellt dar, welche neuen Möglichkeiten sich dank ihrer hinsichtlich der Erkennung und Behandlung von geburtshilflich-gynäkologischen Erkrankungen ergeben.¹⁾

Doch der Lorbeer ist schmutzig. Lindemann verdankt ihn operationslosen Sterilisationsversuchen an etwa 900 Frauen, wobei schätzungsweise 140 davon ohne Wissen und Wollen der Betroffenen durchgeführt worden sind.²⁾ Bei den 760 'freiwilligen' Frauen handelt es sich wohl um Patientinnen, die mit dem Versprechen einer – von ihnen selbst gewünschten – ambulanten wie operationslosen Sterilisation zur Einwilligung in einen experimentellen Eingriff geködert worden sind.³⁾

Was sind das für gesundheitspolitische Strukturen, welche offensichtlich immer wieder die Biographie des medizinischen Verbrechens hervorbringen? Was wissen wir über die Inhalte und Ziele dieser Verbrechen? Wie gehen die Frauen damit um, die Lindemann zu seinen Versuchen mißbrauchte – entweder als wehrlose Opfer, oder als herumkommandierte Pariaschicht des Krankenhauspersonals, in dessen Routine die Massenversuche kunstvoll eingebaut gewesen sind? Und was hat Lindemann persönlich dazu bewogen, diese strukturellen Bedingungen nicht nur voll auszuschöpfen, sondern auch planvoll zu überschreiten und sich als medizinischer Verbrecher zu betätigen?

Im folgenden werden wir versuchen, Material zur Beantwortung dieser Fragen zusammenzutragen. Wir werden dabei um einen Exkurs in die nationalsozialistische Vergangenheit der Frauenheilkunde nicht herumkommen. Allein deshalb nicht, weil wir bei unseren Recherchen auf einen Gynäkologen gestoßen sind, der vor 40 Jahren mit ähnlichen Methoden vorging wie Lindemann heute und mit seinen in den Jahren 1942-1945 bis zur Bestialität gesteigerten 'wissenschaftlichen' Exzessen die Frage akut werden läßt, welche bestialischen Tendenzen wohl in den Aktivitäten eines bundesdeutschen Gynäkologen der siebziger und achtziger Jahre schlummern. Dieser Mann, ebenfalls Professor der Frauenheilkunde, hieß Carl Clauberg.⁴⁾

Wie Lindemann heute genoß Clauberg damals erhebliches Ansehen auf seinem Fachgebiet.

Doch untersuchen wir zunächst, aus welchen gesundheitspolitischen Strukturen medizinische Forschungsprojekte derart hervorgehen, daß sie – zumal im Bereich der Frauenheilkunde – immer wieder Leib und Leben der Patienten gefährden, ihnen das Selbstbestimmungsrecht über ihren Körper entziehen und ihre freie Subjektivität planvoll in die Knechtschaft des Versuchskaninchen-Objekts herabwürdigen.

1. Gesundheitspolitisch-strukturelle Vorbedingungen von Menschenversuchen 1.1.

Lindemann war längst Chefarzt, als er seine Forscherkarriere begann. F.C. Menken, väterlicher Förderer seines Vorwärtkommens⁵⁾, bewog ihn 1967 dazu, dem allein durch organisatorisches Talent und Ellbogenmentalität erkämpften Aufstieg in eine leitend-ärztliche Tätigkeit im Nachhinein das Prestige des erfolgreichen Forschers anzuhängen. Auf dem gynäkologisch-wissenschaftlichen Sektor tat sich zu dieser Zeit einiges. Große Aktivitäten gab es vor allem auf dem Gebiet der Diagnostik und Behandlung der Neugeborenen in den ersten Lebensstunden und -tagen. Das Immunsystem zwischen Mutter, Feten und dem beide verbindenden Mutterkuchen wurde mit größerer Genauigkeit untersucht als zuvor. In der Krebsforschung setzten sich jene Tendenzen durch, welche seit einem guten Jahrzehnt auf die menschenvernichtende Aggressivität des Krebses mit einer manchmal nicht weniger menschenvernichtend-aggressiven Behandlungssystematik antworten. Die Prostaglandinforschung trat allmählich in jenes Stadium ein, wo die praktische Erprobung und damit die Frage der Profitabilität der in sie investierten Gelder akut wurde. Hinzu kamen die Neuerungen der Elektrotechnik, die in eine der letzten, dem menschlichen Auge bislang noch weitgehend unzugänglichen Organhöhlen einzudringen sich anschickte: die Gebärmutter, jene »neue Welt aus der wichtigsten Höhle des menschlichen Körpers, seinem Gebärmutterhaus« (so einer der späteren Mentoren Lindemanns in seinem Geleitwort zu dessen erster Buchveröffentlichung)⁶⁾.

Lindemann konnte also auswählen. Er entschied sich, wenig phantasievoll, für jenen Zweig, in dem Menken gerade selbst aktiv war⁷⁾, nämlich die Weiterentwicklung der Techniken zur Spiegelung der Gebärmutterhöhle (Hysteroskopie). Das Verfahren selbst war keineswegs neu. Schon bis zur Jahrhundertwende zu einer gewissen Reife entwickelt⁸⁾, waren es vor allem wissenschaftspolitische Engpässe und Zufälle, welche die in den dreißiger Jahren mehr denn je um die Kontrolle der Gebärmütter und Eierstöcke ringenden NS-Gynäkologen davon ab-

hielten, mit Hilfe des Gebärmutter spiegels (Hysteroskops) die Frauen noch effektiver als zuvor in vergewaltigte Gebärmaschinen oder Geburtenverbotene einzuteilen.⁹⁾ Ob so oder so: als Lindemann in die Hysteroskopie 'einstieg', war das Problem der optischen Darstellung der Gebärmutterhöhle zwar grundlegend gelöst, jedoch diagnostisch-therapeutisch nicht verwertbar, weil es keine Methode gab, die es gestattete, die im physiologischen Lebenszustand aneinandergeschmiegteten Gebärmutterwände während des Spiegelungsvorgangs zu entfalten. Neben vielen anderen¹⁰⁾ machte sich Lindemann an diese Aufgabe. In seinen Publikationen, mit denen er seit 1971 herauskam, macht er keinen Hehl daraus, daß er nacheinander alle Verfahren durchprobiert hat, die ihm von den in der Medizintechnik engagierten Konzernen angeboten wurden.¹¹⁾ Schließlich landete er 1971 bei einer Methode, die sich inzwischen breiter durchzusetzen scheint: der druckgeregelten Durchblasung der Gebärmutter mit Kohlendioxid. Erwähnt sei schon hier, daß dieses CO₂ während des Spiegelungsvorgangs natürlich durch die innere Öffnung des weiblichen Genitalschlauchs in der Bauchhöhle, die innere Eileiteröffnung, hindurch frei in die Bauchhöhle übertritt, vom Bauchfell resorbiert wird, in die venösen Schenkel des Kreislaufsystems gelangt und schließlich über die Lunge 'abgeraucht' werden muß.¹²⁾ Die Folgewirkungen und Schmerzen, die dieser Vorgang bei vielen der gespiegelten Frauen erzeugt, werden von Lindemann bagatellisiert¹³⁾ wie die übrigen Risiken dieses diagnostischen Eingriffs auch. Doch dazu weiter unten.

Mit dieser Errungenschaft war Lindemann nun keineswegs zufrieden. Sie war ihm – und den ihn mit Forschungsgeldern kördernden Unternehmen der Medizintechnik, die damals hart um jeden Marktanteil in der diagnostischen Spiegelungstechnik (Endoskopie) kämpften – nur Mittel zum Zweck. Der hauptsächlichliche Zweck schälte sich nur zu bald heraus: Lindemanns Veröffentlichungen zwischen 1971 und 1974 belegen dies beredt.¹⁴⁾ Freilich: die Hoffnung, mittels des Hysteroskops in der Früherkennung des Krebses des Gebärmutterkörpers weiterzukommen, war längst wieder dahin¹⁵⁾, als Lindemann sich mit seinen Neuerungen zu Wort meldete – ganz abgesehen davon, daß, wie bei den bislang üblichen diagnostischen Maßnahmen auch, bei der Hysteroskopie höchstwahrscheinlich Geschwulstzellen verschleppt werden, d.h. infolge des Eingriffs aus dem 'Haustierkrebs' im Gebärmutterkörper ein gefährlicher 'Raubtierkrebs' entsteht.¹⁶⁾ Andere diagnostische bzw. therapeutische Anzeigestellungen sind dagegen bis heute umstritten. Und da, wo der Gebärmutter Spiegel den Frauen unzweifelhaft hilft, nämlich schwerwiegendere Eingriffe erspart, ist die Breite der Anwendungsmöglichkeiten derart begrenzt,¹⁷⁾ daß der Entwicklungsaufwand in Sachen Gebärmutter Spiegelung in keinem Verhältnis zu deren Möglichkeiten in der gynäkologischen Praxis steht.

Damit wurde die Hysteroskopieforschung jedoch keineswegs auf ihre für die Frauen erwiesenermaßen sinnvolle Fragestellung beschränkt. Es wirft ein Schlaglicht auf die verwertungs- und profitdiktierter Dynamik medizinischer Wissenschaft, daß ihr Anspruch, Krankheiten zu heilen bzw. zu lindern, sich oft zerschlägt bzw. umstritten bleibt, jedoch die Projekte selbst damit keineswegs beendet sind. Während ihr menschlich sinnvoller Zweck unwiderruflich aufs Abstellgleis gerät, werden sie um so hartnäckiger weiterverfolgt, weil die einmal in ihnen fixierten Kapitalien um jeden Preis rentierlich akkumuliert werden müssen.

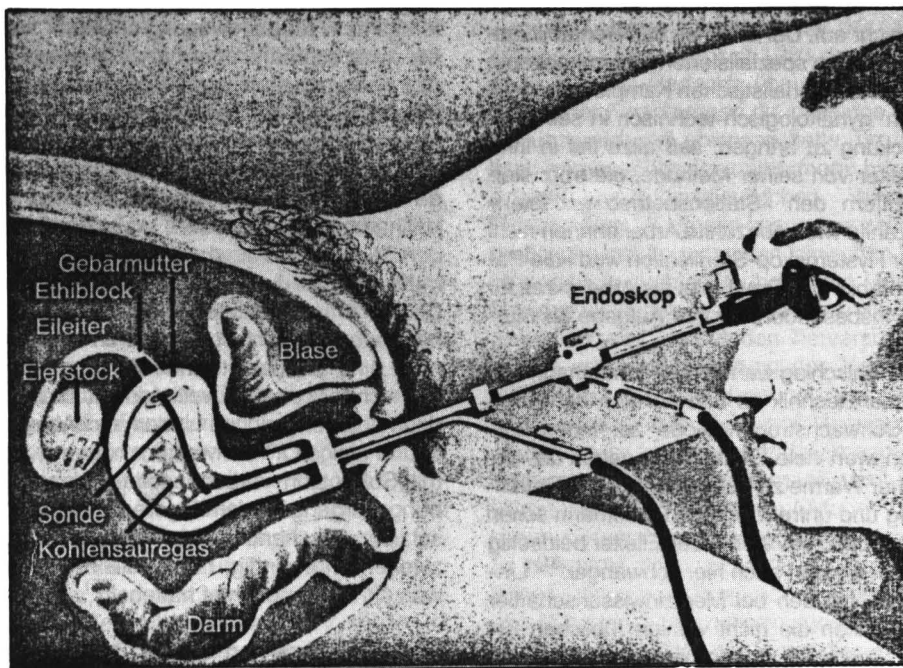
So auch in diesem Fall. Im Gegensatz zu den dreißiger Jahren war ja die endoskopische Methode jetzt durch das CO₂-Verfahren ausgereift, und die Medizintechnik-Konzerne hatten Millionenbeträge in die Hysteroskopie-Entwicklung investiert. Da bot sich angesichts der zwischen 1971 und 1973 heraufgezogenen neuen Weltwirtschaftskrise ein zusätzliches Betätigungsfeld an, das einfach daher rührte, daß letztere wieder einmal – nur diesmal unter den Vorzeichen des 'Nord-Süd-Konflikts' – von den politischen Propagandisten der multinationalen Konzerne

zur 'Überbevölkerungskrise' umgebogen wurde. Wo 'Überschußbevölkerung' ausgemacht wird, sind diejenigen nicht weit, die für eine mehr oder weniger gewaltsame Senkung der 'unverantwortlichen' Geburtenrate bei den 'Asozialen' der Metropolen und der Massenarmut der drei Kontinente plädieren. Von da aus lassen sich rasch jene Experten finden, die technisch dazu prädestiniert sind, sie auszuführen. Für die gerade erneut in die Krise geratene Hysteroskopieforschung tat sich ein neues Aktivitätszentrum auf: die Entwicklung von operationsfreien, ambulant und innerhalb weniger Minuten auszuführenden – und von den betroffenen Frauen möglichst überhaupt nicht wahrgenommenen – Sterilisationstechniken.¹⁸⁾

Da die medizinische Wissenschaft formell-statistisch wie inhaltlich chaotisch und konservativ zugleich strukturiert ist, bedeutete dies auch im Fall der Hysteroskopie, daß sie nach ihrem diagnostisch-therapeutischen Fiasko erst einmal da wieder ansetzte, wo sie bis Mitte der dreißiger Jahre gescheitert war. Schon Ende der zwanziger Jahre hatte Mikulicz-Radecki, einer der 'großen' deutschen Gynäkologen und Vorreiter der späteren nazistischen Sterilisationsgesetze¹⁹⁾, eine Methode der operationslosen Sterilisation per Hysteroskop angegeben, bei der durch eine in die Eileitermündungen vorgeschobene Sonde ein Stück Eileitergewebe per Stromstoß verkocht wird.²⁰⁾ Dadurch sollte das betroffene Eileiterstück verlötet und den Spermien den Weg zum Ei verbauen. Mikulicz-Radecki und seine Schüler hatten keinen Zweifel daran gelassen, daß es ihnen vorrangig darum ging, eine rasche und operationslose Sterilisationstechnik zu entwickeln, die von den Opfern des Eingriffs, 'asozialen' und 'minderwertigen' Frauen, möglichst nicht bemerkt werden sollte. Zwar hatten weitere Gynäkologenteams in den dreißiger Jahren dieses Verfahren weiterzuentwickeln versucht, es jedoch aus den oben angedeuteten Gründen als unrealistisch verworfen.²¹⁾

Vorrangig dieser Zielsetzung zuliebe erlebte das Mikulicz-Verfahren seit Beginn der siebziger Jahre eine Renaissance von ungeahnten Dimensionen. Die Gynäkologenverbände der Metropolen und die ihre Kongresse, Zeitschriften und Forschungszentren finanzierenden Konzerne der Medizintechnik und der Pharmaindustrie witterten Morgenluft. Es sollen sogar Versuche unternommen worden sein, die Weltgesundheitsorganisation für eine Koordinierung der Forschungen über operationslose Eileiterverödung gegen die 'Bevölkerungslawine' der drei Kontinente zu bewegen, freilich ohne Erfolg.²²⁾ So mußten Konzerne wie Hysteroskopie-Experten sich an die eher anrühchen wie undurchsichtigen 'Entwicklungshilfe'-Projekte des US-Imperialismus anhängen. Daß und wie dies geschah, dokumentiert schon ein oberflächlicher Blick in die angelsächsische gynäkologische Fachliteratur der siebziger Jahre.²³⁾ Obwohl sie über die Nazi-Mediziner in Nürnberg mit zu Gericht gesessen hatten²⁴⁾, konnten die US-Ärzte sehr wohl auf eine eigene traditionsreiche wie massenhafte Geschichte der 'eugenischen' Sterilisation gegenüber den subproletarischen Frauen im eigenen Land wie auch in ganz Lateinamerika zurückblicken.²⁵⁾

Und dies war der Angelpunkt, mit dem sich seit Beginn der siebziger Jahre die gesamte Kampagne für die Sterilisation von Frauen per Gebärmutter Spiegel kurzschloß. Gerade weil der Hysteroskopie der Erfolg versagt war, sich als sinnvolle diagnostisch-therapeutische Neuerung breit im gynäkologischen Alltagsbetrieb durchzusetzen, wurde sie von den engagierten Konzernen jetzt auf einige wenige Zentren konzentriert, die mit 'eugenischen' Sterilisationsprojekten zusammenhingen. Dabei kam es zu einer bemerkenswerten Arbeitsteilung. Den unter den Militärdespoten der drei Kontinente frei über ihre 'asozialen' bzw. politisch mißliebigen Frauen verfügenden Gynäkologen wurde der Part des direkten 'Lebendversuchs' zugeschoben: sie sterilisierten in wachsendem Umfang Patientinnen im gebärfähigen Alter ohne deren Wissen mittels des Gebärmutter spiegels und unter statistisch kontrollierter Anwendung der technisch unterschiedlichen Verfahren – Zerstörung der Eileitermündung in der Gebärmutter durch Elektrizität, Joule'sche



Wärme oder verätzende Substanzen – und überprüfen dann mit Hilfe einer Mehrjahresstatistik, wieviele von ihnen noch einmal schwanger wurden. In Ergänzung dazu übernahmen Frauenärzte der Metropolen die Rolle des Beschaffers von Operationspräparaten, weil ihr Aktivitätsspielraum bezüglich der Direktversuche beschränkt blieb²⁶⁾: Sie hatten Frauen auszuwählen, bei denen aus anderen medizinischen Gründen eine operative Entfernung der Gebärmutter mitsamt Eileiterenden vorgesehen war, um kurz vor dem eigentlichen Eingriff einen Sterilisationsversuch per Gebärmutter Spiegel vorzunehmen und dann das gewonnene Operationspräparat daraufhin zu überprüfen, ob die Eileiterenden verödet waren oder nicht. Daß auch diese Frauen von alledem nichts wußten, versteht sich von selbst.

Der Grund für diese Arbeitsteilung liegt auf der Hand. Einmal ging es darum, einen derzeit fast überall auf der Welt verbotenen – soweit er gegen den erklärten Willen der betroffenen Frauen ausgeführt wird – Eingriff 'arbeitsteilig' zu verschleiern. Diese Art der 'Arbeitsteilung' ist dann Voraussetzung dafür, daß über das Projekt 'neutral' und 'streng wissenschaftlich' publiziert werden kann. Zum zweiten umgeht diese makabre Variante von 'internationaler Arbeitsteilung' das 'Dilemma', daß aufgrund der nationalsozialistischen Vorgeschichte – dazu weiter unten – die Ausführung des gesamten Sterilisationsversuchs an ein und demselben Opfer derzeit – noch? – zuviel Staub aufwirbeln würde. Tatsächlich aber wohnt dem ganzen Verfahren die Tendenz inne, im Sinn seiner 'Optimierung' zuerst den Sterilisationsversuch per Gebärmutter Spiegel vorzunehmen, danach die ahnungslos sterilisierte Frau ein paar Jahre lang – möglichst mit Kinderwunsch – so häufigen Sexualkontakten mit Männern wie nur denkbar auszusetzen, um ihr schließlich nach Beendigung dieser 'in vivo'-Versuchsphase gewaltsam das innere Genitale zu Zwecken der 'objektiven Reproduzierbarkeit' des Versuchs im feingeweblichen Schnitt zu entfernen. Und so beweist gerade die von den Elektrokonzernen und Gynäkologen bewerkstelligte 'Arbeitsteilung', daß ihr die Tendenz zu eben dieser Perfektion im 'lückenlosen' Menschenversuch immanent ist. Handelt es sich doch um eine rein politisch kalkulierte Arbeitsteilung, die unter anderen Voraussetzungen jederzeit wieder synthetisiert werden könnte!

So war die wissenschaftspolitische Arena beschaffen, in die der Gynäkologe Lindemann einstieg, nachdem er seinen Beitrag zur Verfeinerung der Hysteroskopietechnik geleistet hatte. Daß ihm dieser Kontext bewußt war, sprach Lindemann selbst offen aus, als er in einem angesehenen medizinischen Fachblatt

schrub, in »Industriestaaten, die ihre Bevölkerungszahl konsolidiert sehen und in Entwicklungsländern mit großem Bevölkerungszuwachs« bestehe seit einigen Jahren »ein zunehmendes Interesse für die Geburtenregelung«; und da sei die operationslose Sterilisierungsmethode mittels Gebärmutter Spiegel wegen ihrer ökonomischen Vorteile (»die Patientin wird nicht arbeitsunfähig, niedrigster Kostenfaktor«)²⁷⁾ eben hochwillkommen. Auch Lindemann ging zunächst von jenem Verfahren aus, das zuerst Mikulicz-Radecki angegeben hatte, nämlich der Verkohlung der Eileiterenden durch hochfrequente Elektrizität. Dabei erlebte er zunächst die gleichen Mißerfolge wie andere Gynäkologen auch. Zum einen sterilisierte er Frauen, die dies ausdrücklich wünschten, und die er wegen der angeblichen Vorteile (keine Eröffnung der Bauchhöhle, ambulanter Eingriff) dafür gewinnen konnte – dazu weiter unten; zum anderen nahm er seit 1972/73 an Frauen, die von dieser Zusatzaktivität nichts wußten und wegen Scheidensenkungen bzw. Gebärmuttermyomen zur operativen Gebärmutterentfernung eingewiesen worden waren, »zwei Wochen vor oder am selben Tag der Hysterektomie eine Tubenkoagulation vor..., um einen histologischen Befund aus dem Operationsbereich zu erhalten.«²⁸⁾ Hier kombinierte Lindemann also das medizinisch Zweifelhafte, wenn auch aufgrund der Einwilligung der Patientinnen juristisch 'Straffreie', mit dem eindeutig Verbotenen, um zu einer objektiven Erklärung von Erfolg und Mißerfolg zu kommen. Bei 304 Patientinnen verkochte er die hysteroskopisch eingestellten Eileiterenden mit einem Siemens-Radiotom, 216 Patientinnen sterilisierte er mit dem hochfrequenten Mikroagulator einer anderen Firma der Medizintechnikbranche.²⁹⁾ Bei 89 Prozent dieser Patientinnen erbrachte die Nachuntersuchung entweder der Operationspräparate oder der Eileiterverhältnisse bei den freiwillig Sterilisierten durch Kontrastdarstellung der Gebärmutter und Eileiter (Hysterosalpinographie), daß beide Eileiter verschlossen waren. Bei 6,8 bzw. 7,8 Prozent war nur ein Eileiter verschlossen, bei 4,2 bzw. 2,8 Prozent waren beide Tuben offengeblieben, und bei 4,9 bzw. 5,2 Prozent der freiwillig Sterilisierten war es – innerhalb einer von Lindemann nicht näher ausgewiesenen Zeit – zur unerwünschten Schwangerschaft gekommen.

Versuche, in der Zusammenarbeit mit Biophysikern des Siemens-Konzerns die Fähigkeit der Eileiter zur Regeneration geschädigter Gewebsanteile durch technische Modifikationen auszuschalten, schlugen fehl. Ein Verfahren, das bei jeder zwanzigsten Frau nach dem Sterilisationseingriff zur Schwangerschaft führt, ist – ganz abgesehen von den damit verbundenen Risiken – natürlich untauglich.

Doch Lindemann gab nicht auf. Der Stachel, das Rentabilitätsinteresse der medizintechnisch spezialisierten Elektrokonzerne mit den Erfordernissen des imperialistischen Kampfs gegen die 'Bevölkerungsexplosion' gynäkologisch-technisch in seiner eigenen Person zur Deckung zu bringen, saß allzu tief in ihm. Lindemann träumte weiter von seiner Methode, die trotz steigender Sterilisationsziffern den »Stationsbetrieb entlasten« und die Frauen als bezahlte wie unbezahlte Arbeiterinnen nicht ausschalten würde: per Hysteroskop-Sterilisation wird »die Patientin ... nicht arbeitsunfähig (die Frau bleibt als Arbeitskraft für Beruf und Familie, und insbesondere für ihre Aufgabe als Mutter erhalten)«³⁰⁾

Nach diesem erneuten Fehlschlag wandte sich Lindemann von der Siemens-Hochfrequenztechnik ab und der von der Firma Wiest feilgehaltenen Schwachstrommethode zu. Indes vermochten sich bemerkenswert viele Eileiter auch gegen die Anwendung von Joule'scher Wärme zu behaupten. Bei 48 Patientinnen, die sich freiwillig und unfreiwillig den Lindemann'schen Prozeduren unterwarfen, blieb ein Viertel der Eileiter beidseitig offen, knapp fünf Prozent wurden auch hier schwanger.³¹⁾ Lindemann hatte kaum Zeit, mit den bei Medizinwissenschaftler üblichen getürkten Statistiken die nicht weniger üblichen Erfolgsmeldungen in die medizinische Fachwelt hinauszuposaunen.³²⁾

Was war also zu tun? Lindemann schaute sich in seinem eigenen und in benachbarten operativen Fachgebieten um. Gerade waren neue Arbeiten herausgekommen, aus denen hervorging, daß Fachkollegen von Lindemann, wie er über die bisherigen Mißerfolge frustriert, anfangen hatten, eine neuartige Methode in der experimentellen Chirurgie für ihre eigenen Zwecke auszuschlachten.³³⁾ Seit Beginn der siebziger Jahre wurden bei Patienten, denen eine großangelegte Krebsoperation bestand, die zur Geschwulst führenden Gefäße mittels eines Kunstharzes verstopft, um die Abschwemmung von Krebszellen zu verhindern. Auch wurde gerade in der Bauchchirurgie damit experimentiert, Kranken, die an schweren Veränderungen der Bauchspeicheldrüse litten, die unerträglichen Schmerzen dadurch zu lindern, daß der Ausführungsgang dieses Organs in den Zwölffingerdarm durch dieses Kunstharzverschlossen wurde. Der Konzern, der dieses Verfahren koordinierte und propagierte, ist in Skandinavien ansässig (Ethicon-Konzern). Das verblockende Kunstharz hieß sinnfälligerweise 'Ethiblock'. Es ist also durchaus möglich, daß Lindemann auch in diesem Fall garnicht selbst auf die Suche ging, sondern von den um die Ausweitung ihres Verfahrens in andere operative Gebiete besorgten Ethicon-Managern selbst angesprochen wurde und die ersten Publikationen über die Anwendung des 'Ethiblocks' bei der Hysteroskopie-Sterilisation zur Verfügung gestellt erhielt.

Das war die eine Seite. Die andere bestand darin, daß Lindemann, inzwischen ob seiner Versuchsserien habilitiert und in den Forschungs- und Lehrbetrieb des Hamburger Universitätskrankenhauses aufgenommen, die dort intensiv betriebene und vom Schering-Konzern geförderte Prostaglandin-Forschung auf seine Mühlen zu leiten suchte. Bekanntlich ist das Prostaglandin E (»Sulproston«) dazu geeignet, nach Injektion ins Muskelgewebe, in eine Vene oder nach Verbringung als Gel in den Gebärmutterhalskanal diesen aufzuweiten und auf diese Weise die Abtreibung der Frucht aus der Gebärmutter einzuleiten. Bekannt ist inzwischen auch, daß dieses Verfahren bei den betroffenen Frauen im Fall der Injektion einen grauenhaften Vernichtungsschmerz auslöst und auch nach lokaler Anwendung häufig zu Übelkeit und Erbrechen führt.

Lindemann und seine Gehilfen waren zynisch genug, sich stillschweigend auch noch über jene Barrieren hinwegzusetzen, innerhalb derer sich die Gynäkologen zur Zeit gegen die Angrif-

fe aus der Frauenbewegung zur Wehr setzen, wenn sie von einer zwar schmerzhaften, aber insgesamt 'schonenden' neuen Abtreibungstechnik sprechen: Lindemann und Gehilfen experimentierten 1976/77 auch an nicht schwangeren Frauen mit den oben geschilderten Anwendungsarten von Sulproston, weil sie beabsichtigten, mit dem Prostaglandin das ziemlich aufwendige und komplizierte örtliche Betäubungsverfahren bzw. die Vollnarkose loszuwerden, welche sie bislang brauchten, um den Muttermundkanal so aufzuweiten, daß er für den Gebärmutter Spiegel durchgängig wird!³⁴⁾ Und wenn Lindemann und Co. 1978 auf dem internationalen Sulproston-Kongreß gar behaupteten, bei Nichtschwangeren habe das Prostaglandin auch noch eine schmerzstillende Wirkung, so ist in diesem Fall das Wunschdenken wohl vollends mit ihnen durchgegangen. Wird doch aus der gleichen Lindemann-Abteilung berichtet, die Ärzte und einige OP-Schwestern hätten die qualvollen Schreie der mit Sulproston vorbehandelten Frauen während des Abtreibungsvorganges damit gerechtfertigt, das sei erstens nicht schlimm, es handle sich nicht um richtige Schmerzen, und zweitens notwendig, denn »die Frauen sollten ruhig merken, was sie da angerichtet hätten!«³⁵⁾

Inwieweit Lindemann seither das Sulproston regelmäßig bei Frauen einsetzt, die sich 'freiwillig' per Hysteroskop sterilisieren lassen, haben wir noch nicht in Erfahrung bringen können. Bei den Zwangssterilisierten kommt es ohnehin nicht in Betracht, da Lindemann bei ihnen – im eklatanten Widerspruch zu seinen Veröffentlichungen – in Vollnarkose zu hysteroskopieren pflegt, um seine Versuche vor ihnen geheimzuhalten und ungestört arbeiten zu können. Und bei Vollnarkose ist die Aufweitung des Gebärmutterhalskanals natürlich in der üblichen Weise möglich (mit sog. Hegar-Stiften). Aber deshalb ist noch lang nicht auszuschließen, daß Lindemann eines Tages endgültig mit einer Kombination von Sulproston und Sterilisation mit Gebärmutter Spiegel aufwarten wird – nämlich aus Kostengründen.

Glücklicherweise wissen wir mehr über Lindemanns Anleihen beim Ethicon-Konzern. Aus seiner Sicht war es nur konsequent, daß er sich nach den Fehlschlägen mit hoch- und niedrigfrequenter Elektrizität an die Fersen seiner US- und lateinischen Experimentier-Kollegen heftete und den Eileitern nunmehr mit chemisch verblockenden Substanzen zu Leibe rückte. Zusammen mit seinen ihm bedingungslos ergebenden ärztlichen Gehilfen³⁶⁾ machte Lindemann sich an die Arbeit. Er ließ sich vom Ethicon-Konzern den 'Ethiblock', ein methyliertes Zyanokrylat, mitsamt einem Katheter zufliessen, welcher es ermöglicht, die zunächst zähflüssige Kunstharz-Substanz durch den Gebärmutter Spiegel hindurch in die Eileitermündungen zu verbringen, damit sie dort erstarrt. Und wieder begann eine großangelegte Versuchsserie: einmal an Frauen, die damit 'einverstanden' waren, weil sie selbst sterilisiert zu werden wünschten; zum andern an Frauen, die davon nichts wußten, denen vielmehr vorgegaukelt wurde, vor dem eigentlichen Operationszweck – Gebärmutterentfernung wegen Scheidensenkung, gutartiger Geschwülste usw. – sei eine Spiegelung der Gebärmutterhöhle in Vollnarkose erforderlich. Bis zur Aufdeckung dieser neuen Abfolge von Sterilisationsversuchen wurden nach Lindemanns eigenen Angaben 194 Frauen mit dieser neuen Methode traktiert. Bei 70,1 % führte das Kunstharz zu einem Verschuß beider Eileiter, bei 23,1 % blieben diese einseitig, bei 6,7 % beidseitig offen, und 6,3 % der 'freiwillig' Sterilisierten wurden schwanger.³⁷⁾ Damit waren auch in diesem Fall der Ethicon-Konzern und Lindemann nebst ärztlicher Mannschaft am Ende ihres Lateins.

Aber auch jetzt sah sich Lindemann außerstande, seine Hoffnungen auf Ruhm, auf Macht über die Frauen, und auf die durch ihn zu bewerkstellende Fusion von Konzern- und 'bevölkerungspolitischen' Interessen zu begraben. Er begab sich jetzt endgültig auf ein Terrain, das wir weiter unten detailliert

kennen lernen werden. Lindemann erkannte, daß sich das Kunstharz in einer Reihe von Fällen nach 8-10 Tagen im Eileiter wieder auflöste, ohne daß die Eileiterwände dauerhaft miteinander verklebt waren. Deshalb ging er jetzt dazu über, den Pfropf vorher mit einer zusätzlichen Substanz zu mischen, die stark ätzend wirkt und durch den 'Ethiblock' ausreichend lange im Eileiter festgehalten werden soll, um ihn zur Verklebung zu bringen. Es handelte sich dabei um Silbernitrat (AgNO_3). Damit war der Kreis zu einer operationslos-chemischen Sterilisationstechnik geschlossen, die 40 Jahre vorher von Carl Clauberg in den Konzentrationslagern Auschwitz und Ravensbrück entwickelt worden war.

Lindemann hat über dieses bisher letzte Stadium seines 'eugenischen' Kampfes gegen die Regenerationskraft der Eileiter nicht mehr veröffentlicht, weil im Sommer 1979 Strafanzeige gegen ihn erstattet und im Magazin 'stern' über seine Sterilisationsversuche berichtet wurde.³⁸⁾ Das seither gegen ihn schwebende Ermittlungsverfahren hat seiner Karriere bislang nicht geschadet. In der Ära der Berufsverbote gegen 'linke Systemkritiker' wurde er trotz dieses schwebenden Verfahrens zum Professor ernannt. Die Zeitläufte scheinen nicht danach zu sein, um systemkonforme Schlüsselfiguren einer aufziehenden neuen Epoche krimineller Menschenversuche in ihre Schranken zu verweisen.

1.2.

Carl Clauberg erwarb sich sein wissenschaftliches Ansehen von der Pike auf. Einige Jahre nach seiner Anstellung als Assistenzarzt an der Universitäts-Frauenklinik Kiel befaßte er sich intensiv mit der Erforschung der weiblichen Sexualhormone, welche seit Mitte der zwanziger Jahre einen stürmischen Aufschwung genommen hatte. In Zusammenarbeit mit Chemikern des Schering-Konzerns startete er große Serien von Tierversuchen, wobei es ihm 1929/30 gelang, die Funktion zweier während des weiblichen Zyklus nacheinander in den Eierstöcken gebildeter Hormone, des Follikelhormons und des Gelbkörperhormons, gegenseitig abzugrenzen.³⁹⁾ Seine Forschungen waren u.a. Voraussetzung dafür, daß diese beiden Hormone synthetisch hergestellt werden konnten. Insofern wird der Name Clauberg für immer mit der Entwicklungsgeschichte des künstlichen Sexualzyklus bei der Frau verbunden bleiben, welche – von den Nazis massiv gefördert – in den sechziger Jahren mit der Antibabypille ihren makabren Abschluß gefunden hat.⁴⁰⁾

Alles in allem verlief die wissenschaftliche Karriere Claubergs zunächst glatt und unauffällig. 1932 wechselte er an die Universitäts-Frauenklinik Königsberg, wo er sich ein Jahr später unter dem schon erwähnten Mikulicz-Radecki habilitierte, im November 1934 zu dessen Oberarzt aufstieg und im August 1937 zum Professor ernannt wurde.⁴¹⁾ Freilich: die Zeiten waren nicht danach, um einem forschungsbeflissenen Gynäkologen Schwierigkeiten bei der Auswahl seiner Objekt-Opfer und bei der Entwicklung seiner Methoden zu machen. Seit Januar¹⁹³⁴ war die Zwangssterilisation von 'minderwertigen' und sonstwie mißliebigen Menschen vollends legal,⁴²⁾ es gab mit anderen Worten Versuchsmaterial in Hülle und Fülle; und die Barbarei, mit der Frauen damals aus 'wissenschaftlichen' Gründen Überdosen von Sexualhormonen und Unmengen neuer diagnostischer wie operativer Verfahren ausgesetzt wurden, war keineswegs auf Nazi-Deutschland begrenzt. Gleichwohl läßt sich anhand der Referate, Aufsätze und der erhalten gebliebenen Korrespondenz aufzeigen, in welchem Zusammenhang und zu welchem Zweck Clauberg diese ohnedies schrecklich weit gesteckten Barrieren des 'medizinischen Fortschritts' durchbrochen hat.

Zunächst einmal drängt sich bei der Durchsicht der Veröffentlichungen Claubergs seit 1933 der Eindruck auf, daß er in die Klinik Mikulicz-Radeckis übergewechselt ist, weil sich im Kontext seiner Forschungen die bisherige Ebene der Tierversuche als unzureichend erwiesen hatte, um die inzwischen synthetisch hergestellten Sexualhormone hinsichtlich ihrer diagnostischen und therapeutischen Wirksamkeit genauer zu klassifizieren.⁴³⁾ Um die besonders zeitraubende und schwierige Etappe der sogenannten klinischen Erprobung möglichst zu umgehen, brauchte Clauberg jetzt Mädchen und Frauen statt Meerschweinchen und Kaninchen als Versuchsobjekte, wohl gemerkt in der Absicht, den Tierversuch – abgesehen von der in ihm enthaltenen Tötung des Versuchstiers, das kam erst 1944/45 – auf den Menschen auszudehnen. In diesem Zusammenhang war Claubergs Anliegen zunächst 'positiv', er wollte Frauen wieder gebärfähig machen, die aufgrund von Erkrankungen ihrer Genitalorgane steril geworden waren. Diesbezüglich hielt Clauberg im Oktober 1935 auf dem 24. Deutschen Gynäkologenkongreß ein aufschlußreiches Kurzreferat. Er berichtete über Versuche an Frauen, bei denen er mittels hoher Dosen von Progynon B (synthetisches Follikelhormon des Schering-Konzerns) ein künstliches Wachstum der Eileiter herbeigeführt hatte, und pries dieses Mittel »zur Behandlung des Eileiterverschlusses« an.⁴⁴⁾

Da er 1935 noch nicht über entsprechende weibliche Menschen-Opfer verfügte, an denen sich künstlich eine Eileiterverklebung mit anschließender 'erfolgreicher' Progynon-Behandlung und 'wissenschaftlichem' Erfolgsbeweis durch die zwangsweise Entfernung der inneren Genitalien durchexerzieren ließ (Klartext bei Clauberg: »Am Menschen läßt sich dieser Effekt des Hormons auf den Eileiter nicht so leicht demonstrieren, weil dasselbe Organ von derselben Patientin ja nicht gewonnen werden kann«⁴⁵⁾), wählte er den damals 'legalen' Umweg. Er suchte sich in der Königsberger Universitäts-Frauenklinik zwei Frauen von gleichem Alter und gleichem Zyklus aus, die zur Entfernung der Gebärmutter vorgesehen waren, und ließ bei der Operation die gebärmutternahen Eileiterenden 'mitgehen'. Die eine der Frauen hatte er kurz zuvor mit hohen Progynon-Dosen 'behandelt', die andere hatte er in Ruhe gelassen. Anhand der mikroskopischen Schnitte der Operationspräparate demonstrierte er dann, wie stark sich die Eileiter der einen Frau im Vergleich zu denen der unbehandelten Frau vergrößert hatten. Zur Ergänzung dieses Vorgehens zeigte Clauberg dann noch Gebärmutter-Eileiter-Aufnahmen von einem Mädchen mit »stärkstem Infantilismus« – wahrscheinlich von einem 'asozialen' Mädchen, das zur 'eugenischen' Sterilisierung eingewiesen worden war⁴⁶⁾ – vor und nach Progynon-Injektionen, um zu beweisen, daß die zuvor unentfalteten Eileiter nunmehr gewachsen und durchgängig geworden waren.

Die Art und Weise, wie Clauberg das alles vor seinen versammelten Kollegen demonstrierte, zeigt, daß diese Ebene des auf den Menschen ausgeweiteten 'modifizierten' Tierversuchs 1935 zum gynäkologischen Alltag geworden war. Sie belegt auch, wie sehr die Gynäkologen auf den Tag X warteten, von dem an die letzten Schranken fallen würden, um die Frauen vollends zu wehrlosen und vergewaltigten Versuchskaninchen degradieren zu können.

Der Tag X kam bald nach der Entfesselung des zweiten Weltkriegs durch die Nazis. 1940 war es freilich nicht der 'Nord-Süd-', sondern der gegen die 'slawische Überbevölkerung' gerichtete 'West-Ost-Konflikt', der dafür sorgte, daß die letzten Dämme brachen. Im November 1939 forderte das 'Rassenpolitische Amt' der NSDAP erstmals in einem Memorandum über »Die Frage der Behandlung der Bevölkerung der ehemaligen polnischen Gebiete nach rassenpolitischen Gesichtspunkten«, die Gesundheitspolitik müsse in den Kampf gegen die weitere Vermehrung der polnischen Bevölkerung einbezogen werden.⁴⁷⁾ In den zwei folgenden Jahren wurden die diesbezüglichen Vorstellungen – und Praktiken – immer detaillierter, vor allem im Kontext der Kontroversen, welche der »General-

plan Ost« des Reichsführers-SS, Himmler, in den Machtspitzen des Regimes provozierte.⁴⁸⁾

Was im Reichsgebiet an Kampagnen gegen Abtreibungen, Verhütungsmittel und überhaupt die 'Gebärmüdigkeit' der NS-loyalen und arbeitsmoralisch 'hochwertigen' Bevölkerungsschichten lief, wurde in den besetzten Ostgebieten planvoll in sein Gegenteil verkehrt. Etwa Anfang 1942 war die Auseinandersetzung insofern zum Abschluß gekommen, als sich die SS, die deutschen Besatzungsbehörden und mit ihnen die Ärzteschaft dafür entschieden, Massensexperimente zu starten, um die wegen ihrer Arbeitsfähigkeit nicht sinnvoll auszurottende osteuropäische Bevölkerungsminderheit bei Kriegsende innerhalb weniger Monate zwangssterilisieren zu können.⁴⁹⁾ Von den im Sommer 1942 noch überlebenden zehn Millionen europäischer Juden sollten beispielsweise »mindestens 2-3 Millionen sehr gut arbeitsfähiger Männer und Frauen«⁵⁰⁾ sterilisiert und im Gegensatz zu ihren übrigen Leidensgenossinnen/genossen als Zwangsarbeiter am Leben erhalten werden. Das waren die damaligen 'bevölkerungspolitischen' Vorstellungen zur 'Lösung des Nord-Süd = West-Ost-Konflikts'!

Für Carl Clauberg waren insoweit die Grundlagen dafür gelegt, daß er seine bisherige Tätigkeit als Diagnostiker und Therapeut von unfreiwilliger Sterilität um ihr polares Gegenstück, die Zwangssterilisierung, ergänzen konnte. Dies um so mehr, als er sich 1940 zum Chefarzt eines im okkupierten Polen gelegenen Frauenkrankenhauses befördern ließ (Königshütte in Oberschlesien), sich also unmittelbar und bewußt in die Dynamik der eben geschilderten 'negativen Bevölkerungspolitik' hineinbegab. Daß er tatsächlich seit längerem von einer umfassenden forschungspolitischen Fusion der beiden Pole Sterilitätsbehandlung-Zwangssterilisierung träumte, belegt ein Zufallskontakt Claubergs mit Himmler im Jahr 1940⁵¹⁾, dem er sofort mit dem Plan eines an die von ihm geleitete Frauenklinik anzuschließenden »Forschungsinstituts für Fortpflanzungsbiologie« aufwartete. Himmler, heißt es, war von Claubergs Vorschlag ziemlich angetan, die 'positive' Sterilitätsbekämpfung mit der 'negativen' Bekämpfung weiblicher Fruchtbarkeit unter seiner Regie in einer Gesamteinstitution zusammenzufassen.

Dennoch ließ ein positiver Bescheid des Reichsführers-SS zunächst auf sich warten, vielleicht, weil dieser 1941/42 doch eher den konkurrierenden Vorschlägen anderer Mediziner, die von der Entwicklung sterilisierender Medikamente bis zur Röntgenkastration reichten,⁵²⁾ zuneigte; vielleicht aber auch, weil er nicht an die Möglichkeit glaubte, die Gründung eines relativ großen Forschungsinstituts geheimhalten zu können.

Ob so oder so: zunächst einmal wurde eine Reihe von SS-Gynäkologen mit der Durchführung von Claubergs 'positiver' Sterilitätsdiagnostik und -behandlung bei Frauen von SS-Angehörigen beauftragt.⁵³⁾ Clauberg machte sich unterdes mit wissenschaftlicher Gründlichkeit an die 'negative' Aufgabe, die Himmler immerhin ebenfalls grundsätzlich zu fördern versprochen hatte. Er polte seine Erfahrungen in Sachen Sterilitätsdiagnostik und -behandlung hinsichtlich ihres Zwecks in ihr Gegenteil um, ganz von der Vorstellung besessen, aus einer solchen Umkehrung ein operationsloses, zeit- und kostensparendes Sterilisationsverfahren entwickeln zu können, welches alle bisherigen Methoden einschließlich der SS-internen Konkurrenzverfahren im Massensexperiment überflügeln würde. Unterstützt mit Mitteln des 'Deutschen Forschungsrats', des Vorläufers der heutigen 'Deutschen Forschungsgemeinschaft', startete er eine Serie von Tierversuchen, um ein geeignetes Mittel zu finden, das, in die Eileiter verbracht, zur Entzündung führt und mit einer Vernarbung bzw. Verklebung der Eileiterwände endet. Clauberg fand mehrere, vor allem 5-10-%iges Formalin und – Silbernitrat. Dann machte er sich auf die Suche nach einer Substanz, die sowohl röntgenkontrastgebend wie auch schwerlöslich sein mußte, um, mit der eigentlichen Entzündungssubstanz geimpft, diese möglichst lange im Eileiter festzuhalten und auf diese Weise eine Ausweitung der Infektion auf die übrigen Or-

gane und das Bauchfell des kleinen Beckens zu verhindern. Hier kam ihm der Schering-Konzern zu Hilfe, mit dem Clauberg so lange in Sachen Sterilitätsbehandlung zusammengearbeitet hatte: Dr. Goebel vom Schering-Konzern lieferte 1941 eine bariumsulfathaltige Substanz, »Neo-Röntyum«, die diesen Ansprüchen Genüge tat.⁵⁴⁾

„Stadt der Mütter“ in O/S

Eine vorbildliche soziale Einrichtung

Krakau, 21. November

Gauleiter Bracht übergab in diesen Tagen eine für Großdeutschland einzigartige und richtunggebende volksgesundheitliche Einrichtung der Öffentlichkeit. Binnen weniger Monate verwandelte die NSV ein einstiges Sol- und Moorbad im Süden Oberschlesiens in die „Stadt der Mütter“. Unter der medizinischen Oberleitung des bekannten deutschen Gynäkologen Prof. Dr. Clauberg, der sich seit seinem Kriegseinsatz in Oberschlesien im Kampf gegen die Mutter und Säuglingssterblichkeit bedeutende Verdienste erworben hat, werden 22 schmucke Heime rund 800 Müttern zur Entbindung und zur Erholung offenstehen. Fachärzte im Bunde mit etwa 60 NSV-Schwestern betreuen diese Mütter und Kinder. Sogar für die Aufnahme von 200 Kleinkindern ist gesorgt.

Währenddessen nahmen die Verhandlungen um die Gründung des »Forschungsinstituts für Fortpflanzungsbiologie« ihren Fortgang. Am 27. Mai 1941 hielt Clauberg erneut vor Himmler einen Vortrag über seine neue Methode zur operationslosen Sterilisierung »minderwertiger Frauen«.⁵⁵⁾ Himmler stimmte jetzt grundsätzlich zu, nur Claubergs Vorschlag, das Forschungsinstitut mitsamt einem kleinen, durch SS-Hilfe zu errichtenden Frauen-KZ an die Frauenklinik in Oberschlesien anzugliedern, reaktivierte bei Himmler Bedenken in Bezug auf die Geheimhaltung.⁵⁶⁾

Dann kam der Überfall auf die Sowjetunion dazwischen, und das gesamte NS-Regime im allgemeinen und die SS im besonderen waren derart mit der Ausrottung der sowjetischen Bevölkerung hinter den deutschen Panzerspitzen beschäftigt, daß bei der Vorbereitung der Experimente zur Massensterilisierung eine Pause eintrat. Ende Mai 1942 brachte Clauberg sich wieder bei Himmler mit seinem Projekt in Erinnerung, wobei er jetzt von sich aus – wohl aus Rücksicht auf den Geheimhaltungsfimmel der SS⁵⁷⁾ – anbot, seine »Forschungstätigkeit in der Fortpflanzungsbiologie« hinter den Drahtverhau des KZ Auschwitz weiterzutreiben: »Ich glaube, daß sowohl hinsichtlich der Zurverfügungstellung des Landes, der notwendigen Tiere, des Betreuungspersonals und der Menschen ein Anschluß an Ihr Lager in Oberschlesien die besten Voraussetzungen bieten würde«, heißt es auf Seite 3 des Clauberg-Schreibens vom 30.5.1942 an den Reichsführer-SS und Chef der deutschen Polizei.⁵⁸⁾

Dieses Schreiben ist nicht nur wichtig, weil es beweist, daß der Gynäkologie-Professor von sich aus vorschlug, den 'Ausmerze'-Teil seiner Forschungen ins KZ Auschwitz zu verlegen. Noch bedeutsamer ist der von Clauberg beigelegte »Plan für ein Forschungsinstitut für Fortpflanzungsbiologie«, in dem er noch einmal zusammenfaßte, warum seiner Meinung nach Sterilitätsbeseitigung und Zwangssterilisierung unter ein gemeinsames Klinikdach gehören. Denn nur so könnten die Bedingungen geschaffen werden, um »a) bisher unfruchtbare, fortpflanzungserwünschte Frauen intensiv durchzubehandeln, sowie in bisher aussichtslos er-

schieneren Fällen neu gewonnene Ergebnisse anzuwenden und zu erproben.

b) die Methode der operationslosen (unblutigen) Sterilisierung an fortpflanzungsunwürdigen Frauen auszuwerten (und nach endgültiger Bewährung dieser Methode dann laufend anzuwenden).

Dieser Klinik muß angeschlossen sein:

c) ein Laboratorium für ausgedehnte Tierversuche, die immer als Grundlage für die Weiterforschung dienen.

Angegliedert müßte dieser Forschungsstelle sein:

d) ein *Versuchsgut* als Grundlage zur Lösung der Frage: »Bodenbewirtschaftung und Fruchtbarkeit«, nämlich

1.) weitgehende Ernährungsversuche am Tier

2.) weitgehende Ernährungsversuche an Menschen (Lagerin-sassinnen) ...«⁵⁹⁾

Besser läßt sich gar nicht belegen, wie konsequent Clauberg die Praktiken des Fortpflanzungszwangs um jeden Preis mit den Techniken der Zwangssterilisierung zu verbinden gedachte, ja, daß die beiden Extreme für ihn nur Ausdruck eines schrecklich zynischen, wissenschaftlich getarnten Verobjektivierungsdrangs gegenüber Frauen waren: Zuchtmütter die einen, geschlechts- und kinderlose Wesen die anderen, nur keine über sich selbst und ihre Sexualität frei bestimmende Menschen. Es wirft auch ein Schlaglicht darauf, daß Clauberg tatsächlich vorhatte, alle überhaupt denkbaren Menschenversuche an Frauen, soweit sie bis hin zu den Hunger-Fertilitätsexperimenten in den dreißiger Jahren bekannt geworden waren,⁶⁰⁾ in einem einzigen Zentrum zu vereinen: ein Horror-Projekt von gigantischen Ausmaßen, in dem ein Gynäkologe die vergleichsweise 'milden' Vorstufen der ersten NS-Jahre auf die damaligen Dimensionen des 'Nord-Süd-' als eines 'West-Ost-Konflikts' ausweitet.

Doch auf einen solchen Pakt ließ sich die SS nicht ein: noch war der Krieg nicht gewonnen, und die Clauberg'schen Träume von einer wahrhaft 'eugenischen' Welt-Innenpolitik gegenüber den Frauen mußten sich den Realitäten anpassen. Stattdessen kam ein Abkommen zustande, das für Clauberg sicher insofern Kompromiß-Charakter hatte, als die 'positiven' Seiten seines Sterilitätsprogramms (Frauenkrankenhaus Königshütte – es wurde 1944 tatsächlich zu einer »Stadt der deutschen Mütter« ausgebaut)⁶¹⁾ von den 'negativen', nämlich der wissenschaftlich fundierten Massen-Zwangssterilisierung (Block 10 des KZ Auschwitz und Häftlingskrankenbau des KZ Ravensbrück), weitgehend getrennt geblieben sind. Aber Himmler kalkulierte da nüchterner, wenn er an die Gefährdung der Geheimhaltung des ganzen Projekts beispielsweise durch die eventuelle Solidarisation zwischen 'positiv' und 'negativ' behandelten Frauen dachte.

Auf jeden Fall konnte Clauberg mit seinen Visionen der 'negativen Bevölkerungsbiologie' jetzt voll durchstarten. Am 7. Juli 1942 erhielt er von der SS-Spitze grünes Licht hinsichtlich seiner Auschwitz-Vorschläge. Dort sollte »anhand einiger Grundversuche ein Verfahren gefunden werden, daß (sic!) die Sterilisierung bewirkt, ohne daß die Betroffenen davon etwas merken«⁶²⁾. Der Reichsführer-SS, auf seine Art sicher nicht weniger gründlich als sein Gynäkologen-Partner, wollte nach dieser Serie »noch einmal einen Bericht vorgelegt bekommen, damit dann an die praktische Durchführung zur Sterilisierung der Jüdinnen herangegangen werden kann«⁶³⁾. Drei Tage später ließ Himmler Clauberg zusätzlich mitteilen, daß ihn an den Experimenten wirklich nur das interessierte, was spätere Massen-anwendung versprach:⁶⁴⁾ »Bevor Sie mit Ihrer Arbeit beginnen, würde der Reichsführer-SS noch Wert darauf legen, von Ihnen zu erfahren, welche Zeit etwa für die Sterilisierung von 1000 Jüdinnen in Frage käme.« Zum Schluß des Schreibens vom 10.7.1942 ließ Rudolf Brandt, der persönliche Adjutant Himmlers, noch einmal durchblicken, daß sich die SS-Spitze sehr genau über die Details informiert hatte, mit denen Clauberg vorzu-

gehen beabsichtigte. Was Clauberg 'wissenschaftlich' wie pseudo-neutral als Korrespondenz von 'in vitro-' und 'in vivo'-Versuchen ausgedrückt hatte, nahm sich dann in der SS-Sprache folgendermaßen aus: »In dem einen oder anderen Fall dürfte aber auch ein praktischer Versuch in der Weise durchgeführt werden, daß man eine Jüdin mit einem Juden für eine gewisse Zeit zusammensperrt und dann sieht welcher Erfolg dabei auftritt.«

Nun überschlugen sich die Ereignisse. Wir wissen aus den Krakower Verhörprotokollen des Auschwitz-Kommandanten Hoeß, daß Clauberg seit August 1942 über den gesamten SS-ärztlichen Apparat des Arbeits- und Vernichtungslagers verfügte, um den mit Himmler und dem 'Reichsarzt-SS' Grawitz abgesprochenen Versuchsblock für 'negative Bevölkerungsexperimente' aufzubauen.⁶⁵⁾ Clauberg bekam die 'besten' Räume des KZ (Block 10) und die 'besten', d.h. noch einigermaßen kräftigen, einen regelmäßigen Zyklus aufweisenden Frauen zur Verfügung gestellt. Die apparative Einrichtung des Versuchsblocks verlief relativ reibungslos und erschien vergleichsweise großzügig. Auch der Schering-Konzern ließ sich nicht lumpen: alles, was Clauberg an Medikamenten, Betäubungsmitteln, Kontrastflüssigkeiten und verätzenden Substanzen brauchte, war bis November 1942 an Ort und Stelle.⁶⁶⁾

Über die offensichtlich ab Herbst 1942 gestartete Serie von 'Grundversuchen' wissen wir nichts, vielleicht deshalb, weil Clauberg sich hütete, die sicher grauenhaften Zwischenfälle bei den ersten Schritten zur Übertragung des Sterilisationsexperiments vom Tier auf die Frau an die SS-Spitze weiterzumelden. Als Clauberg mit seinen Menschenexperimenten begann, stand er – immanent gesehen – vor folgendem 'wissenschaftlichen' Problem: er mußte einen Weg finden, der es gestattete, den zeitaufwendigen und arbeitsintensiven Tierversuch (das Sterilisierungsmittel – visköse, kontrastgebende und verätzende Substanz gemischt – wird unter Sicht in die operativ freigelegten Eileiter gespritzt, das Tier nach einer bestimmten Zeit getötet, die entzündeten Eileiter werden entfernt, präpariert und schließlich feingeweblich untersucht) in ein zeit- und kostensparendes Massenverfahren an Frauen zu 'übersetzen', das diese Frauen überdies nicht ernsthaft schädigen durfte, sondern arbeitsfähig erhielt.

Um das 'Problem' zu lösen, setzte Clauberg jene Technik ein, über die er dank seiner Erfahrung in der Sterilitätsbehandlung von Frauen verfügte – nur im umgekehrten Sinn. Da die Hysteroskopieforschung nicht ausgereift genug erschien und die Zeit drängte, verzichtete Clauberg dabei auf die Spiegelung der Gebärmutterhöhle, die ihm von seinem Königsberger Chef Mikulicz-Radecki zweifellos detailliert bekannt war (vgl. oben), und bediente sich stattdessen der röntgenologischen Kontrastdarstellung der Gebärmutterhöhle und der Eileiter (Hysterosalpingographie). Ob er zuvor nicht doch auch hysteroskopiert hat, vermögen wir aufgrund der uns bislang bekannt gewordenen Dokumente nicht zu beurteilen. Fest steht jedenfalls, daß sich Clauberg vorrangig des Instrumentariums der Hysterosalpingographie bediente, um die im Tierversuch unumgängliche operative Freilegung der Eileiter und deren Entfernung und Präparation im Anschluß an die mehrtägige Einwirkung der verödenden Substanzen zu umgehen.

Clauberg machte also bei den ihm zugewiesenen KZ-Insassinnen zunächst eine Kontrastdarstellung der Gebärmutterhöhle und der Eileiter, um die anfängliche Durchgängigkeit der Tuben zu objektivieren. In einer zweiten Sitzung drückte er mit Hilfe des Salpingographie-Geräts (im Prinzip eine große Spritze mit Muttermund-Aufsatz, deren Kanüle durch den Gebärmutterhals in die Gebärmutterhöhle eingeführt wird) das Eileiter-Verödungsmittel (Neo-Röntyum plus Formalin bzw. Silbernitrat) mit so hohem Druck in die Gebärmutter, daß es in die beiden Eilei-

terendungen hineingepreßt wurde. Der Unterschied zur Hysteroskopie bestand also darin, daß ein spezieller optischer Aufsatz an der Kanüle fehlte, um die Verödungssubstanz unter Sicht direkt in die Eileitermündungen hineinschieben zu können. War das Verödungsmittel auf diesem indirekten Weg in die Eileiter eingedrungen, wurde dies mit einer zweiten Röntgenaufnahme festgehalten. Etwa vier bis sechs Wochen später kam dann der Erfolgster: diesmal wie zu Anfang eine Aufnahme mit reinem Kontrastmittel (Jodipin bzw. Lipiodol), welche die inzwischen erfolgte Undurchlässigkeit der Eileiter für das Kontrastmittel und somit deren Verödung unter Beweis stellte.⁶⁷⁾

Ab März 1943 war Clauberg seiner Methode so sicher, daß er zu Massenversuchen übergehen zu können glaubte. Jedenfalls wurde der Versuchsblock 10 des KZ Auschwitz ab März 1943 regelmäßig mit Transporten inhaftierter Frauen 'beliefert'. Es handelte sich dabei, Claubergs Ansprüchen gemäß – er klagte immer wieder, daß bei den KZ-Frauen der Zyklus nicht mehr funktioniere –⁶⁸⁾, um frisch inhaftierte KZ-Insassinnen. Die ersten Opfer waren 100 griechische Jüdinnen.⁶⁹⁾ Im April wurden 110 belgische Frauen direkt in den Versuchsblock deportiert, im Juni 1943 waren es 65 Frauen aus Berlin, im Juli 70 Frauen aus Frankreich, im August 40 Frauen aus den Niederlanden. In den folgenden Monaten gingen die KZ-Ärzte immer mehr dazu über, für Claubergs Zwecke die kräftigsten Frauen im gebärfähigen Alter direkt von der Auschwitzer Rampe wegzuselektieren.

Die Zahl der Dauerselektionen für den Block 10 gibt Auskunft darüber, wie viele Frauen darin umgekommen bzw. im Fall der Verweigerung der Sterilisationsversuche in die Gaskammern getrieben worden sind.⁷⁰⁾ Zumindest erwähnt sei, daß auch im Frauen-KZ Ravensbrück unter Claubergs direkter wie indirekter Regie Hunderte von Frauen, darunter auch Zigeuner-Mädchen, die noch keine Periode gehabt hatten,⁷¹⁾ experimentell sterilisiert worden sind.

Schließlich gibt es Anhaltspunkte, die dafür sprechen, daß Clauberg ab 1944 dazu übergegangen ist, die übrigen Aspekte seines Versuch-Arsenals von 'Fortpflanzungsbiologie' – künstliche Befruchtung, Implantation von Krebszellen in den Gebärmutterhals, Erzeugung eines künstlichen Sexualzyklus durch Einspritzung von hochdosierten synthetischen Sexualhormonen – im Versuchsblock 10 und im Block 17 der Konzentrationslager Auschwitz und Ravensbrück zu realisieren.⁷²⁾

Im Juni 1943 war es dann soweit: Clauberg schickte an Himmler den vereinbarten Zwischenbericht. Nach vier Monaten intensiver Arbeit, schrieb er, könne er mitteilen, die Methode zur operationslosen Sterilisierung sei »so gut wie fertig«⁷³⁾. Trotz aller Widrigkeiten bei der Arbeit und insbesondere hinsichtlich der apparativen Ausstattung sei ein Verfahren entwickelt, das sich in puncto Zeit, personellen Aufwands und Kosten wie kein anderes zur Verbilligung und Effektivierung der laufenden wie der künftigen Massensterilisierungen eigne: »Was die Frage anlangt, die Sie, Reichsführer, mir vor Jahresfrist stellten, nämlich in welcher Zeit so etwas möglich sein würde, 1000 Frauen auf diese Weise zu sterilisieren, so kann ich dies heute voraussehend beantworten. Nämlich: wenn die von mir durchgeführten Untersuchungen so weitergehen wie bisher – und es besteht kein Grund anzunehmen, daß sie es nicht tun – so ist der Augenblick nicht mehr fern, wo ich sagen kann 'von einem entsprechend eingeübten Arzt an einer entsprechend eingerichteten Stelle mit vielleicht 10 Mann Hilfspersonal (die Zahl des Hilfspersonals der gewünschten Beschleunigung entsprechend) höchstwahrscheinlich mehrere hundert – wenn nicht gar 1000 – an einem Tage.'«

Daß die noch fehlenden »Verfeinerungen«, von denen Clauberg an einer anderen Stelle des Briefs schreibt, sich bis 1944 bei aller 'Routine' nicht einstellen wollten; daß also der selbst gesetzte 'Erfolgszwang' Claubergs Sterilisierungsexperimente immer mehr in die Nähe des 'eugenischen' Mordens brachte,

darüber wird weiter unten zu reden sein, wenn wir über die Schicksale und Erfahrungen der betroffenen Frauen berichten. In einem waren sich die Sterilisierungsversuche der vierziger und siebziger Jahre jedenfalls überraschend ähnlich: im Bestreben, eine operationslos-unblutige Methode zu entwickeln, die, weil sie auf Millionen von Frauen zielte (und erneut wieder zielt), von einigen wenigen Erfolgskriterien abhingen, die über ihre Realisierbarkeit entschieden: erstens dürfen die betroffenen Frauen nichts merken, zweitens muß der Sterilisationsvorgang möglichst im Minutentakt organisierbar sein, und drittens: »die Patientin wird nicht arbeitsunfähig; niedrigster Kostenfaktor«⁷⁴⁾.

1.3.

Es drängt sich die brennende Frage auf, welche gesundheitspolitisch-strukturellen Voraussetzungen es sind, die von Generation zu Generation bei den Ärzten den medizinischen Verbrecher wieder hervorbringen. Wo sind im Hinblick auf die Gesundheitspolitik der dreißiger/vierziger und der siebziger/achtziger Jahre die Gemeinsamkeiten und wo die Unterschiede? Um den Überblick zu bewahren, aber auch, um nicht in eine zu kurz greifende psychoanalytische Interpretation zu verfallen, klammern wir zunächst die Biographien der Medizinverbrecher Lindemann und Clauberg aus. Wir beziehen sie zunächst nur insoweit in unsere Überlegungen ein, als dies für unsere Hypothesenbildung bezüglich der gesundheitspolitischen Strukturen unerlässlich erscheint.

Zunächst einmal müssen wir die erschütternde wie banale Tatsache konstatieren, daß der 'medizinische Fortschritt', ein wesentlicher Aspekt aller mechanistischen Fortschrittsutopien, seit den neunziger Jahren des vergangenen Jahrhunderts vollends vom Axiom beherrscht wird, daß der Mensch eine bedingungslos wie grenzenlos verfügbare Sache sei. In der medizinisch-wissenschaftlichen Theorie, welche sehr wohl die tragende Säule aller gesundheitspolitischen Praxis darstellt, kommt der Mensch als reiches, über sich selbst bestimmendes Subjekt nicht mehr vor.

Gerade in jener Epoche, in der diese Theorie zur gesellschaftlichen Praxis drängte und beispielsweise die nationalsozialistische Sozialpolitik fast ausschließlich bestimmte, wurde soziale Subjektivität vollends aus dem Gesellschaftsprozeß eliminiert. Seit nunmehr hundert Jahren wird der Mensch in Medizin und Gesundheitspolitik als ein Objekt betrachtet, das dem erkenntnistheoretisch auf Wiederholbarkeit und Objektivierbarkeit der zu erhebenden Daten reduzierten Mediziner-Interesse grenzenlos verfügbar ist. Wer, im derart strukturierten Kontext sich bewegend, von der Notwendigkeit spricht, gesundheitspolitische Aktivitäten auf einen Zustand einzuschränken, wo sie nur noch der Entfaltung von sozial selbstbestimmter Subjektivität dienen, hat keine Chance. Gesundheitspolitik war und ist bis heute nur noch herrschende Sozialtechnik.

Erkenntnistheoretisch sind die Menschen ausnahmslos virtuelle Versuchskaninchen, Mittel zum vom Experimentator allein bestimmten Zweck. Diese Lehre wurde und wird heute mehr denn je allen eingepflegt, die sich in diesem Areal der Sozialpolitik ihre Qualifikationen erwerben. Sie ist allen Details von Ausbildung und Forschung auf diesem Gebiet immanent, bis hin zu den medizinischen Prüfungen beispielsweise in der Gynäkologie, wo die Frauenkörper in winzige, abstrakte Segmente zerlegt, als Ja-Nein-Alternative zum Ankreuzen des 'multiple-choice'-Bogens wiederkehren.

Und diese immanent-erkenntnistheoretischen Voraussetzungen sind es, von denen her die medizinische Wissenschaft die sozialtechnischen Grundströmungen ihrer Epoche mitbestimmt. Wenn wir von den Vorläufern seit den neunziger Jahren

des 19. Jahrhunderts absehen, besteht seit dem NS die makabre 'Leistung' der Sozialtechnik darin, daß sie gelernt hat, den bislang recht bruchstückhaft entwickelt gewesenen kapitalistischen Angriff auf soziale Subjektivität zugunsten der Erzeugung von maximaler 'Arbeits- und Leistungskraft' dort einzuholen, wohin sie sich zurückgezogen hatte: in der gesellschaftlichen Lebenssphäre außerhalb der materiellen Produktion. 'Arbeitskraft' zu konditionieren heißt seit dem Nationalsozialismus, sie vor allem auch dort zu packen, wo sie erzeugt oder eben nicht erzeugt wird: in Gemeinde und Familie. Die Rationalisierungspolitik des Kapitals, das mit dem Proletariat nicht mehr zu rechtgekommen und deshalb in seine große Krise geraten war, weitete sich – unter Absorption vorbestehender sozialdarwinistischer Theorien – aus zur 'aktiven Bevölkerungspolitik'. War schon mit den vorhandenen Proletariern nur noch mittels nackter Gewalt auszukommen, so sollte es mit Hilfe von 'bevölkerungspolitischen' Auslese- und Anpassungsmaßnahmen in bezug auf die kommenden Proletariergenerationen anders werden.

Es entstand die Polarität von 'negativer' und 'positiver' Bevölkerungsplanung. Ein neues Begriffssystem wurde entwickelt, welches die Maßstäbe zu liefern hatte, damit in Zukunft das Nachwachsen von Unangepaßten, Widerspenstigen und 'Arbeits-scheuen' möglichst schon in Eileiter und Gebärmutter verhindert, die Erzeugung von Angepaßten, Unterwerfungsbereiten und Leistungsfanatikern dagegen nach Kräften gefördert wurde. Von der mechanistisch-erkenntnistheoretisch legitimierten Verfügbarkeit über den Menschen als Sache bis hin zur sozial-technischen Kontrolle seiner Arbeitskraft über den Umweg 'Fortpflanzungskraft' war der Weg nicht weit, der von den Programmierern einer sozialtechnischen 'Modernisierung' zurückgelegt werden mußte.

Ohne Übertreibung läßt sich feststellen, daß die Medizin, und innerhalb ihrer die bis heute besonders tabuisierte und von kritischen Analysen verschonte Frauenheilkunde, an der Entwicklung dieses negativ-positiven 'eugenischen' Prinzips einen zentralen Anteil hatte. Es sind immer Krisenzeiten (1929-1933, 1973 ff.), in denen die Gynäkologen besonders nachdrücklich mit ihrem schlichten wie gewalttätigen Ja-Nein-Verfahren von Geburtenerzwingung und Geburtenverhinderung aufwarten. Das liegt wahrscheinlich daran, daß sie zugunsten der 'auslesend-ausmerzenden' Selektionsprinzipien der 'Bevölkerungswissenschaft' technische Methoden feilhalten können, die im Gegensatz zu den Ideologen von Familienplanung/Familienvernichtung, des familienbezogenen Einkommens bzw. Einkommensentzugs und der generellen 'Ausmerze-Auslese'-Propaganda weniger spektakulär sind als die Kombination von 'Züchtung der Leistungstüchtigen' und der 'Ausjäte der Entarteten'.

Die Sterilitätsbehandlung bzw. die Zwangssterilisierung liegen eine Etage tiefer. Sie zerstören nicht den ganzen Menschen, sondern nehmen nur Veränderungen an seinen intimsten Körperzonen vor, um ihn von der Reproduktion auszuschließen bzw. zur Fortpflanzung zu zwingen. Bezeichnenderweise ist bei den Nürnberger Prozessen der gesamte Komplex der nazistischen Sterilisationsgesetze als 'nicht verbrecherisch' und damit 'rechtens' eingestuft worden. Damit wurde die Basis für gesetzeskonform erklärt, aus der Clauberg und nach ihm Lindemann hervorgegangen sind.

Hinzu kommt zweifellos, daß die gynäkologische Variante von 'Bevölkerungspolitik' sich deshalb so geräuschlos durchzusetzen vermag, weil sie nur die Frauen und Mädchen angreift und die Männer verschont. Sie schwächt den Widerstand gegen die 'eugenische' Krisenpolitik des Staats besonders wirksam, denn sie kann insgeheim darauf hoffen, den männlichen Part der Opposition durch den impliziten Appell an sexistische Machtansprüche, der aus einer jeden Sterilisationskampagne gegen-

über Frauen hervorlugt, zumindest zu neutralisieren. Solange sich die Männer dieses Tatbestands nicht bewußt werden, bleiben die gynäkologischen 'Eugeniker' am Zug; der Widerspruch gegen ihre Praktiken wird immer schwächer, je konsequenter diese sich entfalten, weil sich mit ihnen der Geschlechterantagonismus bei den Gegnern selbst vertieft.

Wir verhehlen nicht, daß diese grundsätzlichen Strukturbedingungen von Sterilisationsversuchen durch die Taktiken und Wechselfälle des Alltags oft bis zur Unkenntlichkeit entstellt werden. Das hängt vor allem damit zusammen, daß die sterilisierenden 'Eugeniker' zwar über ein wahrhaft totalitäres Gesellschaftsmodell verfügen, in dem die Fronten zwischen ihnen selbst und den hinter ihnen stehenden kapitalistisch-staatlichen Akteuren einerseits und den Opfern andererseits klar gezogen sind; aber dieser Totalitarismus endet genau da, wo ihre eigene Herrschaftssphäre anfängt, wo sie mit anderen Worten selber leben und sich reproduzieren.

Folglich sieht es hinter der Frontlinie der Sterilitätsbehandler/Zwangssterilisierer keineswegs so homogen aus, wie es die – scheinbare – Homogenität ihrer ob ihrer sozialen Libertinage so bedrohlich erscheinenden Behandlungsoptionen erfordern würde.⁷⁵⁾ Sie sind untereinander schrecklich streitsüchtig, lassen fast immer den Zusammenhang von Anspruch und erbrachter 'Leistung' vermissen, sind ellbogenstark und halten das Konkurrenzprinzip hoch, obwohl sich der chaotische Futterneid nicht im geringsten mit ihrem totalitären Gesellschaftsbild verträgt. Die medizinisch-wissenschaftliche Struktur, welche ein derart frühkapitalistisches Verhalten belohnt, ist in ihrer unmittelbaren Erscheinungsebene seit den zwanziger Jahren praktisch unverändert. Sie läßt sich wirklich am besten mit dem Bild charakterisieren, wo eine Horde verwilderter Hunde um die von den medizintechnisch spezialisierten Konzernen und der Pharmaindustrie aufgestellten Fleischtöpfe kämpft. In diesen Fleischtöpfen stecken die Gelder, welche die Mediziner brauchen, wenn sie 'sinnvoll' mit 'ihrem Patientenmaterial forschen' wollen.

Nur notdürftig gelingt es den Gesundheitsbehörden, mittels übergreifender Institutionen (welche freilich ihrerseits der Funktion von Super-Fleischtöpfen ziemlich nahekommen) jenes Minimum an Systematik durchzusetzen, das erforderlich scheint, damit das große 'eugenische' Ziel der reinlichen Scheidung der 'arbeits-scheuen' von den 'leistungsbereiten' Segmenten der Unterklassen nicht aus dem Visier gerät. Im übrigen sind – zum Glück – bis heute alle Versuche gescheitert, durch die Einführung massenstatistischer Auflagen und Forderungskataloge das publizistische Gekläff dieser Hundemeute unter ein einheitliches Kommando zu bringen. Es besteht – auch in Sachen 'praktischer Eugenik' – weitgehend aus Fälschungen, statistischen Taschenspielertricks und banalem Unsinn, und erklärt sich einfach daraus, daß die am weitesten kommen, die am häufigsten und dauerhaftesten bellen.

Dessenungeachtet scheint es gefährlich, aus diesem alltäglich-taktischen Chaos des 'medizinischen Fortschritts' schlußfolgern zu wollen, dieser sei gemessen an seinen strategischen Ambitionen ineffizient und bedeutungslos. Das gilt vor allem nicht in Krisenzeiten, die sehr wohl karrierebesessene Exponenten der 'praktischen Eugenik' hervorbringen, welche bereit sind, am langen Gängelband der Medizinunternehmen und der jeweiligen politischen Machthaber die kläffende Meute zu verlassen und neue Maßstäbe in der Härte des Angriffs auf die Unterklassen zu setzen. Letzten Endes war Clauberg eine Marionette des Komplexes SS-Spitze/Schering-Konzern. Und Lindemann hat derzeit zweifellos einen Herrn über sich, der vom Ethikon-Konzern aus die Fäden einer weltweit gesteuerten Sterilisationskampagne per Hysteroskop und 'Ethiblock' (bzw. Silicon-Pfropf)⁷⁶⁾ zusammenhält. Daß Lindemann überdies auch mächtige politische Protektoren hinter sich weiß, die alles daran setzen, um die Eröffnung des Strafverfahrens zu verhindern, werden wir weiter unten noch darstellen.

2. Lindemanns und Claubergs Experimente und die Reaktion der mißhandelten Frauen

2.1.

Rekonstruieren wir jetzt im Detail, wie Lindemann und vor ihm Clauberg bei ihren Sterilisierungsversuchen vorgegangen sind.

2.1.1.

Lindemanns Versuche waren, soweit wir wissen, von Anfang an in den Routinebetrieb der von ihm geleiteten gynäkologischen Abteilung eingebaut. Das hat sie entscheidend geprägt. Je nachdem, ob eine Frau aus freien Stücken sterilisiert zu werden wünschte, oder ob Lindemann sie insgeheim zwangssterilisierte, »um histologische Präparate zu erhalten«, war das Vorgehen unterschiedlich. Nehmen wir zunächst den ersten Fall, die operationslose Sterilisation aus freien Stücken – die nach Lindemanns eigenen Angaben in seiner Abteilung 762 mal vorgenommen worden ist. Hierüber können wir nur das berichten, was sich aus dem Studium von Lindemanns eigenen Veröffentlichungen ergibt.⁷⁷⁾ Immerhin reicht das aus, um auch hinsichtlich der 'freiwilligen' Sterilisationen einige schwerwiegende Fragen zu stellen.

Es ist zunächst anzunehmen, daß den Frauen, die seit Beginn der siebziger Jahre ins Elisabeth-Krankenhaus zur freiwilligen Sterilisation überwiesen wurden, das Für und Wider bei der Abwägung zwischen operativer und operationsloser Methode nicht geläufig gewesen ist. Wurden sie von Lindemann und dessen ärztlichen Gehilfen über die Vor- und Nachteile des operationslosen Vorgehens aufgeklärt? Nach allem, was wir über diese Abteilung wissen, wurden sie überhaupt nicht gefragt, ob sie eine Operation oder einen Eingriff per Gebärmutter Spiegel wünschten, und damit war Schluß. Wir sind sehr daran interessiert zu erfahren, was jene – nicht wenigen – Frauen gemacht haben, die nach dem hysteroskopischen Eingriff schwanger wurden. Und die von Lindemann behauptete Tatsache, daß es dabei nur sechs ernsthafte Zwischenfälle gegeben habe⁷⁸⁾, ist – falls sie der Wahrheit entsprechen sollte – als nachträglicher Freibrief zur Rechtfertigung einer rein experimentell orientierten Eingriffstechnik nicht akzeptabel.

Zweitens hat Lindemann bei diesen operationslosen Sterilisierungen mit Sulproston experimentiert, um sich die Lokalanästhesie (Parazervikalblockade) bzw. Vollnarkose für die Aufweitung des Gebärmutterhalskanals zu ersparen. Er hat also die ohnehin umstrittene Indikation für Prostaglandin für seine eigenen Zwecke 'ausgeweitet'. Was dies für die betroffenen Frauen bedeutet haben dürfte, haben wir oben schon aufgezeigt.

Drittens hat Lindemann Frauen sterilisiert, die garnicht mehr gebärfähig gewesen sind: »Wir haben in den letzten 15 Monaten an 115 Patientinnen im Alter zwischen 30 und 50 (!) Jahren die transuterine Elektroagulation ... vorgenommen«, schreibt er 1973 in einem Aufsatz.⁷⁹⁾ Wer waren die 50-jährigen Frauen, wie viele waren es? Ein starker Beleg für den Verdacht, daß Lindemann auch Frauen *jenseits* des gebärfähigen Alters sterilisiert hat, ohne daß sie davon wußten bzw. wissen mußten, denn Kinder waren ja nicht mehr zu erwarten! Es scheint somit, daß Lindemann auch solche Frauen 'routinemäßig' etwa im Zusammenhang mit Ausschabungen zwangssterilisiert und unter Vorspiegelung falscher Tatsachen entsprechend nachuntersucht hat, denen nicht aus anderen medizinischen Gründen anschließend die Gebärmutter entfernt worden ist.

Schließlich legt die genaue Durchsicht der von Lindemann in seinem Hysteroskopie-Atlas veröffentlichten Bilder⁸⁰⁾ den Ver-

dacht nahe, daß er Frauen, die zur Schwangerschaftsunterbrechung eingewiesen worden waren, mit dem Einsetzen der Wirkung des – im Elisabeth-Krankenhaus seit 1976/77 routinemäßig angewandten – Sulproston erst einmal hysteroskopiert, Fotos von den intakt in der Gebärmutterhöhle liegenden Embryonen gemacht und diese Frauen möglicherweise mit Ethiblock zwangssterilisiert hat, bevor er den Keim mit der Saugkürette absaugte! Denn wo anders sollen die Aufnahmen von den intakt in der Gebärmutterhöhle liegenden Keimen herkommen, als aus Untersuchungen mit dem Gebärmutter Spiegel, an den jederzeit ein Fotoapparat bzw. eine Filmkamera angeschlossen werden kann? Wo hat Lindemann wohl sonst den Mut gehabt, die Gebärmutter im schwangeren Zustand zu spiegeln als unmittelbar vor Abtreibungen: zählt Lindemann doch selber die Schwangerschaft zu den strengen Gegenanzeigen für eine Gebärmutter Spiegelung, weil in diesem Fall der Keim *und* die Frau extrem gefährdet sind (eine schwangere Gebärmutter bläst sich bei den im Lindemann-Verfahren üblichen Auffüllungsdrücken des Kohlendioxids wie ein Ballon auf und zerreißt, wenn nicht sofort eine gebärmutterkontrahierende Substanz eingespritzt wird)⁸¹⁾! Und warum soll Lindemann, dessen 'Versuchspatientinnen' unzweideutig aus den Unterschichten stammen,⁸²⁾ nicht stillschweigend-unauffällig zwangssterilisieren, was ihm an 'Asozialen' unter die Finger gerät, wie viele andere Gynäkologen auch?⁸³⁾

Doch nun zu den Frauen, die Lindemann zwangssterilisiert hat, um seine operationslose Technik feingeweblich dokumentieren zu können. Wir finden es bemerkenswert, wie unbekümmert Lindemann seit 1973 in seinen Veröffentlichungen darüber plaudert: ungefähr in dem gleichen Ton, in dem Clauberg zwischen 1934 und 1939 zu verstehen gibt, welchen Umständen er sein Wissen verdankt. Lindemann 1973: »Bei 10 Patientinnen mit einem Descensus vaginae oder einem Uterus myomatosis wurde eine Woche vor oder am selben Tag der Hysterektomie eine Tubenkoagulation vorgenommen, um die Möglichkeit für histologische Befunde im Koagulationsgebiet zu bekommen.«⁸⁴⁾ Die in der Universitäts-Frauenklinik Eppendorf aufbereiteten Präparate werden anschließend detailliert beschrieben. Ein Jahr später in der Zeitschrift 'Sexualmedizin', fast gleichlautend (Lindemann macht es wie die meisten medizinischen Wissenschaftler, er schreibt ein Standard-Referat immer wieder in kleinen Varianten ab): »An 11 Patientinnen mit einem Descensus vaginae oder einem kleinen Uterus myomatosis wurde zwei Wochen vor oder am selben Tag der Hysterektomie eine Tubenkoagulation vorgenommen, um einen histologischen Befund aus dem Operationsbereich zu erhalten.«⁸⁵⁾ Usw. usf. Wer sich in der Gynäkologie auskennt, weiß sofort, was zwischen diesen Zeilen steht. Von seinen Veröffentlichungen her sind Lindemann bislang keine Schwierigkeiten gemacht worden.



Was steckt real hinter diesen Sätzen? Frauen aus einem bestimmten Hamburger Stadtbezirk, bei denen der behandelnde niedergelassene Frauenarzt eine Scheidensenkung, ein Gebärmuttermyom usw. festgestellt hat, kommen mit ihrem Ein-

weisungsschein ins Elisabeth-Krankenhaus.⁸⁶⁾ Am gleichen Tag werden sie von einem der Stations- bzw. Oberärzte, 1978/79 wohl ausnahmslos an den Verbrechen Lindemanns aktiv beteiligt,⁸⁷⁾ untersucht. Sie unterschreiben eine allgemein gehaltene Einverständniserklärung für den Eingriff, dessentwegen sie in die Klinik gekommen sind. Ein Gespräch, in dem die Anzeigestellung für die Gebärmutterentfernung noch einmal durchdiskutiert wird, findet nicht statt. Bis dahin ist alles Routine, selbstverständlich im schlechtesten Sinn. Haben die Frauen Glück, bleibt es auch dabei. Es läuft gerade keine Versuchsserie. Bis zur Krankenhausentlassung geschieht nichts, was über das gängige Maß hinaus zu beanstanden wäre.

Verfolgen wir hingegen das Schicksal einer Frau, einer von etwa 140, die leider in eine der 'Ethiblock'-Serien hineingeraten ist. Frau X.Y.,⁸⁸⁾ 33 Jahre alt, verheiratet, KassiererIn, der Ehemann ist Heizungsmonteur, wird am 21.3.1979 ins Elisabeth-Krankenhaus eingewiesen, weil sie an ständig wiederkehrenden Blutungen aus gutartigen Gebärmuttergeschwülsten leidet. Dort wird sie von A. Gallinat, einem der beiden Oberärzte Lindemanns, kurz befragt und untersucht. Gallinat schreibt seinen Befund auf die Rückseite der Fieberkurve (nicht, wie sonst üblich, ins Krankenblatt) und notiert als Behandlungsvorschlag: »HSK (- Hysteroskopie) - Abrasion (- Ausschabung der Gebärmutter) - Ethiblock, dann abdominelle TE (- Totalentfernung der Gebärmutter von der Bauchhöhle aus) - Lösung von Verwachsungen.«

Damit hat Gallinat Frau Y. zur diagnostischen Zwangssterilisation selektiert. Frau Y. teilt er darüber natürlich nichts mit, es wurde nur kurz bestätigt, daß die Gebärmutter entfernt werden müsse. Einen Tag nach der stationären Aufnahme wurde Frau Y. lakonisch bedeutet, man müsse vor dieser Operation die Gebärmutter »ausschaben, um sicher zu sein, daß darin kein Krebs steckt«, was am 23.3. auch prompt ausgeführt wurde. Diese Begründung war glatt gelogen: die Vollnarkose, Ausschabung und selbstredend auch der sterilisierende Eingriff waren völlig überflüssig. Besteht bei einer Frau Verdacht auf einen Krebs im Gebärmutterkörper, wird die Gebärmutter unmittelbar nach der operativen Entfernung ohnehin auf Krebs untersucht. Bei dringendem Verdacht werden sogar Schnellschnitte angefertigt, damit die Operateure den Eingriff je nach der Ausdehnung des Krebses noch in der gleichen Sitzung erweitern können (sog. Wertheim-Operation).

Nun hatte es mit Frau Y. noch eine weitere Bewandnis: sie war schon mehrfach operiert worden. Dabei war es einmal zu einem schweren Narkosezwischenfall gekommen. Dies wußte Gallinat aus der Vorgeschichte der Patientin. Mehr noch: am Nachmittag des 22.3.79 wurde er von der Stationschwester, bei der Frau Y. lag und der sie ihre Ängste mitgeteilt hatte, angesprochen und aufgefordert, wenigstens in diesem Fall auf die Abfolge von zwei riskanten Vollnarkosen kurz hintereinander zu verzichten. »Sie haben doch schon genug herumsterilisiert, können Sie nicht wenigstens diese Frau in Ruhe lassen«, sagte die Stationschwester sinngemäß. Gallinat würdigte sie keiner Antwort. Frau Y. wurde am 23.3.79 in Vollnarkose zwangssterilisiert. Vier Tage später wurde ihr die Gebärmutter mitsamt den gebärmutternahen und per Ethiblock verpropften Eileitern herabgenommen.

Aus diesen und anderen bekanntgewordenen Beispielen⁸⁹⁾ läßt sich genau rekonstruieren, wie Lindemann und seine ärztlichen Helfer voringen, als sie ihre Versuchsserien in den Routinebetrieb der gynäkologischen Abteilung einbauten. Je nach dem statistischen Bedarf der jeweils laufenden Versuchsserie (das Verhältnis der 'freiwillig' Sterilisierten zu den zwangssterilisierten 'Präparatlieferantinnen' betrug offensichtlich je nach spezieller Technik fünf bis sechs zu ein) wurden Patientinnen ausgewählt, die aus anderen medizinischen Gründen zur Gebärmutterentfernung vorgesehen waren, um an ihnen den sterilisierenden Vor-Eingriff vornehmen zu können. Denn die Ver-

suchsserien mußten 'wissenschaftlich exakt' sein, d.h. es wurde ein bestimmtes Zahlenverhältnis zwischen den fotografisch-hysteroskopisch dokumentierten Ergebnissen bei den 'freiwillig' Sterilisierten und den aus den wegoperierten Eileitern der Zwangssterilisierten gewonnenen feingeweblichen Schnitten angestrebt!

Dann brachten Lindemann und seine Helfer die selektierten Opfer unter Vorspiegelung falscher Tatsachen (»Wir müssen vorher einmal nachgucken, wie das liegt«) dazu, sich vier bis sieben Tage vor dem eigentlichen Eingriff in Vollnarkose hysteroskopieren zu lassen, ohne daß sie ihnen freilich eine spezialisierte Einverständniserklärung abgefordert hätten. Es kam zur 'erweiterten Hysteroskopie' in Vollnarkose, der teilweise mit Silbernitrat geimpfte (bis 1974/75 die Elektrosonde, vgl. oben) 'Ethiblock' wurde in die innerhalb der Gebärmutter liegenden Eileiterabschnitte verbracht. Danach wurden die Patientinnen bis zur eigentlichen Operation stationär beobachtet, um Daten über den Zusammenhang von klinischen Beschwerden und die verzögerte Freisetzung des Silbernitrats im sich auflösenden Kunstharz-Stöpsel zu erhalten.⁹⁰⁾ In dieser Zeit setzten Lindemann und seine ärztlichen Gehilfen alles daran, um die Patientinnen, die vor dem großen Eingriff oft noch einmal nach Hause wollten, festzuhalten; vielleicht aus Furcht, sie würden nicht mehr wiederkommen, sich die Gebärmutter nicht mehr herausnehmen lassen, sich eines Tages über ihre Unfruchtbarkeit wundern?⁹¹⁾ Vielleicht auch aus Angst vor Komplikationen, nämlich einer Entzündung des kleinen Beckens durch das Silbernitrat, über die ein anderer Frauenarzt, den sie dann möglicherweise aufsuchen könnten, sich seine eigenen Gedanken machen würde?

Schließlich kam der letzte Akt. Die Gebärmutter wurde zusammen mit den Eileitern entfernt, um deren verblockte Abschnitte von Professor Stegner, dem Leiter der histo-pathologischen Abteilung der Hamburger Universitäts-Frauenklinik, untersuchen zu lassen.

Der Vollständigkeit halber sei erwähnt, daß Lindemann und seine ärztlichen Helfer mehrfach gegen die derzeit geltenden Strafgesetze verstoßen haben. Sie haben chemische Substanzen angewandt, die (im Falle 'Ethiblock' und Silbernitrat) laut Arzneimittelgesetz nicht für gynäkologische Zwecke zugelassen sind. Sie haben ihren Patientinnen die Gefahren zweier medizinisch nicht gerechtfertigter Vollnarkosen in kurzen Abständen zugemutet und im Fall der Frau Y. sogar bewußt deren möglichen Tod in Kauf genommen. Sie haben ihre Versuchssopfer den Wirkungen eines sterilisierenden Mischpräparats ausgesetzt, das, wenn es in die Bauchhöhle gelangt, zur Bauchfellentzündung führt, und dessen lokal-verätzende Wirkung mit allen Folgen ausdrücklich erwünscht war. Sie haben last not least an ihren Patientinnen verbotene Eingriffe durchgeführt, von denen diese nichts wußten, geschweige denn daß sie ihnen zugestimmt hätten.

2.1.2.

Clauberg ist, wie wir schon gezeigt haben, in den dreißiger Jahren zunächst von einer ähnlichen Arbeitsteilung ausgegangen wie 40 Jahre später Lindemann und dessen Mannschaft, »weil dasselbe Organ von derselben Patientin ja nicht gewonnen werden kann.«⁹²⁾ Deren Rekonstruktion würde in diesem Zusammenhang sicher langweilen. Wir wollen es bei den durch Lindemann geschaffenen aktuellen Tatbeständen belassen, die in etwa dem Vorgehen Claubergs zu dieser Zeit entsprechen.

Uns interessiert vielmehr, wie Clauberg seit 1941/42 seine Versuchsmethoden radikalisiert hat. Denn wenn es zutrifft, daß es

sich dabei nur um eine konsequente Fortsetzung der ihnen immanenten Logik handelte, können wir aus der Rekonstruktion der Clauberg'schen Versuche schlußfolgern, was den Frauen noch bevorstehen mag, wenn Lindemann nicht das Handwerk gelegt wird.

Carl Clauberg hatte es nicht mehr nötig, die Frauen aus dem laufenden klinischen Betrieb zu selektieren, um ihr eigentliches Behandlungsprogramm kunstvoll mit der je geplanten Versuchsserie zu koordinieren. Diese Dreckarbeit nahmen ihm die SS-Ärzte des KZ Auschwitz ab. Selbst dann, wenn die 'negativen' Objekte seiner 'Fortpflanzungsbiologie' in den Betrieb der Frauenklinik in Königshütte einbezogen worden wären, hätte ihm ein speziell dazu eingerichtetes Klein-KZ mit der SS als Lieferant von inhaftierten Frauen im gebärfähigen Alter zur Verfügung gestanden, bei denen der Zyklus aufgrund der durchgemachten Ängste und Entbehrungen noch nicht ausgesetzt hatte.

Dennoch war Clauberg kein primitiv-sadistischer Schlächter. Er blickte auf die regelmäßig mit der Vernichtung ihrer Opfer endenden Experimente der dilettantischen Auschwitz SS-Ärzte Schumann und Mengele verachtungsvoll herab.⁹³⁾ Im Auschwitz 'Clauberg-Block' (Hoeß) ging es zu wie in einem schlecht und recht eingerichteten gynäkologischen Ambulatorium, das freilich nur für die Versuchsserien eingerichtet und durch Fensterverschalung usw. vom Rest des Lagers abgeschirmt war. Die Insassinnen wurden durchschnittlich gepflegt und – abgesehen von den Versuchen selbst – im allgemeinen nicht körperlich mißhandelt. So rücksichtslos und brutal sich Clauberg bei der Durchführung seiner Experimente gegenüber den Frauen verhielt, so sorgte er doch manchmal auch dafür, daß die allgemeinen Brutalitäten der SS Frauen gegenüber nicht auf 'seinen Block' und 'seine Versuchskaninchen' übergriffen.⁹⁴⁾

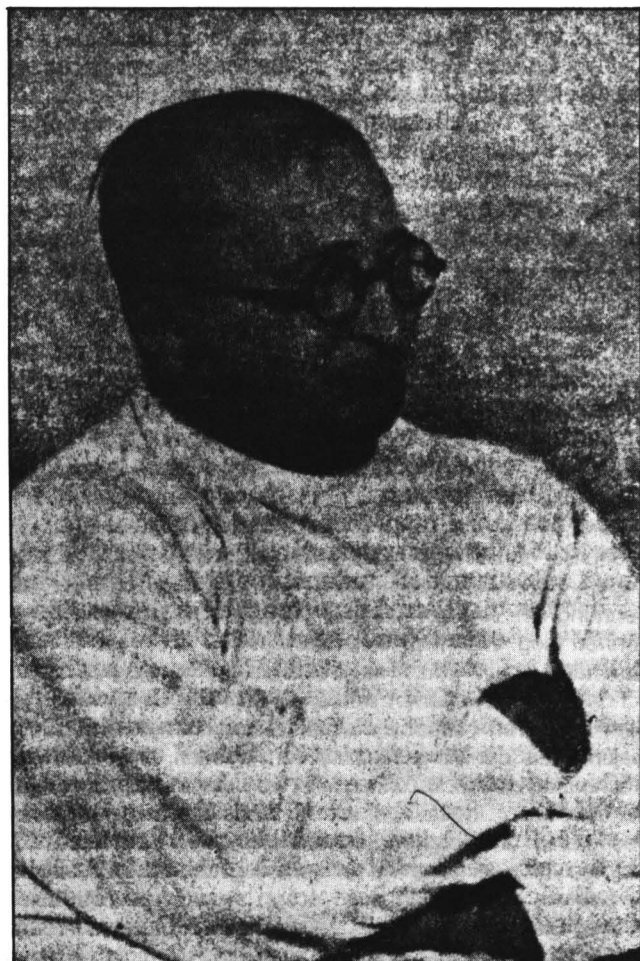
Für ihn stellten die Block-Insassinnen pfleglich zu behandelnde Gegenstände dar, die zwar durchaus bei den Versuchen Schaden nehmen sollten, aber von äußeren Beschädigungen weitgehend bewahrt blieben, so lange sie mit ihrem normalen Zyklus für Claubergs 'Versuchsanordnung' nützlich waren.

Clauberg verfügte über eine teils ärztliche, teils nichtärztliche Hilfsmannschaft, die er teilweise aus dem SS-Personal, teilweise aber auch aus qualifizierten KZ-Insassen rekrutiert hatte. Dazu kam noch Dr. Goebel vom Schering-Konzern, der nach entsprechender Einübung durch Clauberg ebenfalls die Menschenversuche durchführte.⁹⁵⁾ Ihnen gegenüber verhielt sich Clauberg jovial, so lange sie den Versuchsbetrieb in Fluß hielten.⁹⁶⁾ Alles war darauf abgestellt, daß die Versuchsprogramme möglichst reibungslos abliefen.

Regelmäßig ließ sich Clauberg vom Standortarzt des KZ, Dr. Eduard Wirths, Frauen zur Versuchs-Selektion vorführen. Er legte Wert auf Zwanzig- bis Dreißigjährige, die noch regelmäßig menstruierten und schon einmal geboren hatten, um von vornherein Frauen auszuschließen, die ohnehin aus irgendwelchen Gründen unfruchtbar waren. War Clauberg mit der Übernahme der Vorgeführten einverstanden, wurden sie offiziell in den Häftlingskrankenbau des KZ Auschwitz aufgenommen und dort als 'Häftlinge für Versuchszwecke' registriert.⁹⁷⁾ Verweigerten sie nach der Aufnahme in den Versuchsblock die Duldung der Versuche, stellte sie Clauberg sie vor die Alternative, sich mißbrauchen zu lassen oder aber in der Gaskammer zu enden.

Den Versuchsablauf haben wir oben schon beschrieben. Da sich dabei – im Gegensatz zu den Sterilisationen per Hysteroskop – die verätzende Flüssigkeit in der gesamten Gebärmutter verteilte, bevor sie in die Eileiter hineingedrückt wurde, war das Clauberg'sche Experiment für die Frauen außerordentlich qualvoll. Ein derart schmerzhaftes Vorgehen läßt sich nicht mehr in einen klinischen Routinebetrieb integrieren: »Bei den Einspritzungen selbst empfanden sehr viele Frauen starke Schmerzen,

die bis zur Ohnmacht führten. Im Anschluß daran trat gewöhnlich hohes Fieber ein und in zahlreichen Fällen stellten sich Entzündungen ein, die die Frauen oft für Wochen und Monate ins Bett zwangen und in einigen Fällen sogar den Tod verursachten ... Die Einspritzungen selbst erzeugten einen brennenden, wehenartigen Schmerz und das Gefühl, daß der Unterleib auseinander gepreßt würde. Die Schmerzen waren z.T. so groß, daß einige Frauen das Behandlungszimmer nur in gebückter Haltung verlassen konnten. Nachdem die Frauen die Einspritzungen erhalten hatten, mußten sie mehrfach die Hilfe anderer Insassinnen in Anspruch nehmen, um in die im oberen Stockwerk gelegenen Räume zu gelangen. Manche Frauen begaben sich vorher in die Toilettenräume, um die erhaltene Einspritzung aus dem Körper herauszudrücken. Dabei stellten sie einen Ausfluß fest und beobachteten teilweise Blutungen aus der Scheide. Als weitere alsbald nach den Einspritzungen eintretende Folge sind Entzündungen im Bereich der Genitalorgane und der benachbarten Unterleibspartien aufgetreten. Diese Entzündungen hatten den Tod von einigen Insassinnen des Blocks 10 und später des Blocks 1 zur Folge.«⁹⁹⁾



Für die betroffenen Frauen die Pein, für den Massen-Experimentator, der sich im übrigen jeglicher ärztlicher Betreuung der Komplikationen enthielt, das drohende Scheitern seines Höhenfluges: es war klar, daß sich der Anspruch, pro Tag bis zu 1000 Frauen zwangszusterilisieren, dabei ihre Arbeitsfähigkeit zu erhalten und ihnen gegenüber auch noch den Versuchszweck geheimzuhalten, so nicht einlösen ließ. Den KZ-Insassinnen wurde nach und nach klar, was mit ihnen gemacht wurde. Aber Clauberg ließ nicht locker. Je deutlicher sich die Kluft zwischen Anspruch und Wirklichkeit auftat, desto rabiatier ging er dazu über, den Versuchsablauf zu 'vereinfachen'. Zuletzt wurde die verödende Substanz ohne vorherige salpinographische Untersuchung eingespritzt und unmittelbar danach das Ergebnis in einem Röntgenbild festgehalten. Wie es zuletzt im KZ Ravensbrück zugeht, berichtet eine Häftlingsärztin, die dort tätig gewesen war: »Ich habe gefangene Zi-

geunerfrauen gesehen, wie sie ins Röntgenzimmer gingen und wie sie wieder herauskamen, wo sie nach einer Methode sterilisiert wurden, die meines Wissens in Osvecim (= Auschwitz) ausprobiert worden war. Diese Methode beruhte darauf, daß eine entzündende Flüssigkeit in den Uterus eingespritzt wurde, höchstwahrscheinlich Silbernitrat mit einer kontrastierenden Flüssigkeit, um eine Röntgenkontrolle der durchgeführten Operation zu ermöglichen. Alle sterilisierten Frauen wurden nach der Sterilisation geröntgt. Ich habe diese Bilder ... untersucht und bin daher in der Lage zu bezeugen, daß bei den meisten der oben erwähnten Fälle die Füllung bis in das Ende der Eileiter eingedrungen war; in mehreren Fällen sogar bis in die Bauchhöhle. Nur ungefähr den letzten 10 wurde ... eine Narkose gegeben ... All diese Mädchen bluteten aus den Geschlechtsteilen und hatten solche Schmerzen, daß ich ihnen heimlich Beruhigungsmittel geben mußte.¹⁰⁰⁾

Das Clauberg-Verfahren wurde also bis kurz vor Kriegsende massenhaft und in einer Art 'verkürzter Standardmethode' angewandt, und zwar offensichtlich zuletzt in der Kombination Neo-Röntium – Silbernitrat. Wir wissen nicht, wie groß der Anteil der Frauen war, die diese Tortur zwangssterilisiert, ansonsten aber ausgeheilt überstanden haben. In Polen wurde eine Reihe von Frauen ausfindig gemacht, bei denen dies der Fall war.¹⁰¹⁾ Vielleicht wirkt Silbernitrat tatsächlich weniger zerstörend als Formalin. Eines aber ist sicher: Lindemann, der sich bis heute nirgends öffentlich über die Vorgeschichte seiner eigenen Versuchsserien geäußert hat, muß die Technik Claubergs, eine kontrastgebende, schwervisköse und zugleich verätzende Lösung in Gebärmutter und Eileiter einzuspritzen, genauestens kennen. Griff er doch zuletzt selbst auf Silbernitrat als Verätzungs-komponente zurück, nachdem der – übrigens ebenfalls kontrastgebende – 'Ethiblock' allein versagt hatte.

Was ist das für ein Fortschritt, der allein darin besteht, daß mittels eines verfeinerten Instrumentariums die zerstörende Mischsubstanz nicht mehr in die Gebärmutter hinein, sondern durch sie hindurch unmittelbar in die Eileitermündungen gebracht wird? Besteht der Fortschritt darin, daß die Schmerzqualen der Frauen so gemildert werden, daß sie im gynäkologischen Routinebetrieb nicht mehr sonderlich auffallen, und sich die Zeit ihrer Arbeitsunfähigkeit tatsächlich verringert? Auch die hysteroskopierten Frauen haben Schmierblutungen, Unterleibsschmerzen, sie nehmen einen spezifischen Schulter-schmerz wahr, der von dem in die Bauchhöhle übergetretenen Kohlendioxid herrührt. Auch das 'Ethiblock'-Silbernitrat-Gemisch wandert manchmal in die Bauchhöhle weiter und erzeugt dort eine örtlich begrenzte Bauchfellentzündung im kleinen Becken, und deren Spätfolgen bleiben abzuwarten. Und was geschieht im Fall von 'standardisierten' Massensterilisierungen à la Lindemann mit jenen Frauen, bei denen die 'erweiterte Hysteroskopie' genauso lebensgefährlich wäre wie die Clauberg-Technik es war: dann nämlich, wenn die Gegenanzeigen für den Eingriff nicht mehr erkannt werden¹⁰²⁾, weil sie ohne die bisherigen kostenaufwendigen und zeitraubenden Überwachungsmaßnahmen durchgeführt werden? In einer solchen Situation wäre das Lindemann-Verfahren genauso auf tödliche Komplikationen abonniert wie das frühere von Clauberg. Was bedeuten und bedeuteten dem insgeheim zusammengeschlossenen Gespann Lindemann/Clauberg schon ein paar tote Frauen auf der großen Straße des 'eugenischen' Fortschritts? Ganz abgesehen von der schrecklichen Stigmatisierung, der jede Frau unterliegt, die gegen ihren Willen sterilisiert worden ist?

2.2.

Spätestens jetzt sollten die mißhandelten Frauen zu Wort kommen. Leider ist es so, daß die unmittelbar Betroffenen nicht zum Wort zu bringen sind. Die einzigen Zeugen, die wir bezüglich

der NS-Zeit haben, sind Leidensgenossinnen, die selbst von den Versuchen verschont geblieben sind. Wahrscheinlich wäre auch ihr Mund verschlossen, wenn sie das Clauberg-Stigma bis an ihr Ende mit sich herumschleppen mußten.

Und die Opfer Lindemanns? Einige der betroffenen Frauen wurden inzwischen über das informiert, was das Lindemann-Team mit ihnen angestellt hat. Sie reagierten entsetzt, verzweifelt – die einzigen, mit denen sie darüber zu sprechen wagten, waren Frauen. Die Kraft, gegen Lindemann und Co. vorzugehen, können diese betroffenen Frauen nicht aufbringen. Vielleicht wird sich das noch ändern, wenn sich die Frauenbewegung ihrer und ihres Schicksals annimmt.

Freilich hat Lindemann mit einem Faktor nicht gerechnet: mit den Frauen aus der untersten Hierarchie des Krankenhauses. Die meisten haben an der Tatsache der geheimen Zwangssterilisationen schrecklich gelitten, sich aber zu ohnmächtig gefühlt, um über die vertrauliche krankenhausinterne Kommunikation hinauszugehen und offen zu protestieren. Eine Frau war indes darunter, die diesen Schritt wagte. Sie hat den Stein ins Rollen gebracht. Ihr ist dieser Artikel gewidmet.

3. Zur persönlichen Komponente bei den von Lindemann und Clauberg begangenen medizinischen Verbrechen

3.1.

Über die handelnden Sterilisierer-Männer zu berichten, ist demgegenüber ein Kinderspiel. Sie sind es gewohnt, sich zu äußern, sich wortreich zu verteidigen oder auch offensiv zu werden. Auch dann, wenn sie in die Ecke getrieben sind und besser schweigen würden, kämpfen sie weiter wortreich gegen das Unrecht, das ihnen, den Förderern und Beschützern der weiblichen 'Eugenik', vermeintlich angetan wird.

3.1.1.

Carl Clauberg kommt aus kleinbürgerlichen Verhältnissen. Er wurde 1898 als ältester Sohn eines Messerschmiedemeisters in Wupperhof bei Solingen geboren. Als Oberprimaner wurde er 1916 eingezogen und geriet im Sommer 1917 an der Westfront in englische Kriegsgefangenschaft, aus welcher er im Herbst 1919 entlassen wurde. 1924 bestand er die ärztliche Prüfung, nachdem er zuvor in Kiel, Hamburg und Graz Medizin studiert hatte. Nach seinem im Gerichtsmedizinischen Institut der Universität Kiel und in den dortigen Krankenanstalten absolvierten Pflichtjahr als Medizinalpraktikant wurde er 1925 als Arzt approbiert und kurz darauf promoviert.¹⁰³⁾ Seinen weiteren Ausbildungsgang haben wir oben schon geschildert, als wir jene gesundheitspolitischen Strukturen analysierten, die aus ihm einen international renommierten Wissenschaftler und Medizinverbrecher zugleich geformt haben.

Welches sind nun die persönlichen Komponenten, die zu seiner Karriere beitrugen, und wie groß ist ihr bestimmender Anteil einzuschätzen? Hierfür liefert Claubergs Schicksal nach dem Zusammenbruch des NS-Regimes einige Anhaltspunkte. Er wurde nach Kriegsende gefangengenommen, an die Sowjetunion ausgeliefert und dort in einem Schnellverfahren zu den damals üblichen 25 Jahren Zwangsarbeit verurteilt. So entging er dem Nürnberger Ärzteprozeß, in dem mehrfach über seine Sterilisationsversuche verhandelt wurde.¹⁰⁴⁾

1955 kam Clauberg vorzeitig frei, er wurde in die Bundesrepublik abgeschoben. Zurückgekehrt, ließ er sich sofort im west-

deutschen Fernsehen als Märtyrer feiern, korrespondierte mit Briefköpfen, auf denen er sich als ehemaliger Chefarzt des »Reichsforschungsinstituts für Fortpflanzungsbiologie« auswies, und annoncierte in Tageszeitungen, daß er »mehrere tüchtige, weibliche Schreibmaschinenkräfte« suche, die er aufforderte, sich sofort in der Privatstation der Kieler Chirurgischen Universitätsklinik zu melden.¹⁰⁵⁾

Obwohl Kiel damals so etwas wie ein gesundheitspolitisches Rehabilitationszentrum für untergetauchte medizinische Verbrecher war – der Euthanasie-Massenmörder Professor Heyde alias Sawade hielt sich zur gleichen Zeit ungeschoren in Kiel als psychiatrischer Obergutachter des Sozialgerichts auf¹⁰⁶⁾ –, überspannte Clauberg den Bogen zweifellos. Seine medizinischen Protektoren im Universitätsklinikum vermochten ihn nicht zu halten. Es kam ein Ermittlungsverfahren gegen ihn zustande, noch 1955 wurde der Haftbefehl erlassen. Zwei Jahre später, kurz vor der Eröffnung des Schwurgerichtsprozesses, ist Clauberg in Untersuchungshaft gestorben.¹⁰⁷⁾

Aus den damals angefertigten Ermittlungsakten ergeben sich einige wichtige zusätzliche Details über die Person Clauberg: »Clauberg gab zu Protokoll, daß er schon seit seiner Jugend wegen seiner geringen Körpergröße (154 cm) unter ständiger Zurücksetzung gelitten und stets das Bedürfnis gehabt habe, sich gegen Spott zur Wehr zusetzen. Tatsächlich wirkte er – klein, gedrungen, in militärisch betontes Zivil gekleidet – lächerlich. Es ist bezeichnend, daß er beim Untersuchungsrichter in Kiel einen höheren Dienstgrad beim Militär und einen höheren Gehalt beim Knappschafts-Krankenhaus in Königshütte angab, als dokumentarisch nachzuweisen war. Ein Sachverständiger konstatierte übermäßige Geltungssucht. Sein Gutachten wurde angefordert, weil aus Claubergs Leben Episoden bekannt wurden, die von auffälliger Brutalität zeugen: Als Student wurde gegen ihn ein Verfahren wegen Totschlags eingeleitet, das später eingestellt wurde, da ihm zugute gehalten wurde, daß er in Notwehr geschossen hätte. Seine Frau hat er einmal mit einem geladenen Jagdgewehr bedroht, nach seiner Geliebten mit einem Messer geworfen und sie verletzt. Vier Tage nach seiner Rückkehr aus der russischen Gefangenschaft schrieb er seiner Frau, sie möge 'ihren Zu- und Haushältern empfehlen, den Freitod durch den Strick zu wählen', sonst würde er persönlich erscheinen. 'Dann aber werde es nicht bei dem verhältnismäßig milden Tod durch den Strang bleiben, sondern es werde viel qualvoller werden.'¹⁰⁸⁾

Clauberg war bis zu seinem Ende zutiefst von seiner Unschuld überzeugt. Der Vorwurf, in mindestens 170 Fällen gewaltsam Körperverletzung mit der Folge der Unfruchtbarkeit begangen und mindestens viermal den Tod von Jüdinnen als Folge der Zwangssterilisation verursacht zu haben, beeindruckte ihn dabei genauso wenig wie Zeugenaussagen, daß er viele seiner Opfer zur Sterilisation gezwungen habe, indem er sie für den Fall ihrer Weigerung mit der Gaskammer bedrohte.¹⁰⁹⁾ Clauberg blieb bis zuletzt bei der Schutzbehauptung, seine Absicht sei es gewesen, durch seine Sterilisationsserien möglichst viele Frauen aus dem Frauenlager Ausschwitz-Birkenau herauszuholen und im KZ Ravensbrück die Zigeunerfrauen durch den sterilisierenden Eingriff vor der Ermordung zu bewahren.

3.1.2

Wie wird Lindemann sich verteidigen, falls es zur Gerichtsverhandlung kommt? Das wird zweifellos davon abhängen, ob seine derzeitigen Protektoren dann auch noch bereit sind, ihn zu decken. Als Lindemann von der Anzeige gegen und dem Stern-Artikel über ihn erfuhr, geriet er zunächst in Panik und war drauf und dran, sich per Flugzeug nach Lateinamerika abzusetzen (in Gynäkologenkreisen wird gemunkelt, daß der Ethicon-Konzern u.a. im Chile des General Pinochets mit einem Versuchszentrum für hysteroskopische Zwangssterilisation Kontakt hält). Da

schalteten sich seine Förderer ein und machten ihm klar, daß er nicht fliehen dürfe, sondern sich offensiv verteidigen müsse, weil sonst der ganze Eisberg von der Spitze her ins Schmelzen gerate. Also blieb Lindemann, sein mysteriöses zeitweiliges Verschwinden wurde, so heißt es, als Folge eines Herzinfalles erklärt.

Aus Gynäkologenkreisen sind erste Details darüber durchgesickert, wie Lindemann sich zu verteidigen gedenkt. Er werde zunächst einmal von sich aus alle Karten auf den Tisch legen (natürlich nur die, die ohnehin schon aufgedeckt sind). Dann werde er darauf hinweisen, daß das Gros der Sterilisationsversuche an Frauen vorgenommen worden sei, die dies ausdrücklich gewünscht hätten. Die Frauen, nicht etwa er selber, hätten auf die Erprobung des operationslosen Sterilisationsverfahrens per Gebärmutter Spiegel einschließlich der Sulproston-Anwendung gedrängt. Und was die angebliche Zwangssterilisation der zur Gebärmutterentfernung vorgesehenen Frauen betreffe, so handle es sich hier um ein Mißverständnis. An diesen Frauen seien nämlich gar keine Sterilisierungsversuche vorgenommen worden, sondern er habe lediglich eine Vorbeugemaßnahme durchgeführt, um die Entstehung einer postoperativen Entzündung zu verhindern.

Zumindest die letzte Schutzbehauptung ist derart perfide, daß sie schon jetzt einen kleinen Kommentar verdient. Einmal widerlegt sie sich banal dadurch, daß die angeblich zu Zwecken der Entzündungsvorbeugung verblockten Eileiter innerhalb des Organgebiets gelegen waren, welches bei dem zweiten Eingriff entfernt wurde. Im Sinn der Lindemannschen Logik würde dies folglich heißen, daß nicht die operierte Frau, sondern das entnommene Organpräparat vor einer Entzündung geschützt werden sollte. Eine derartige Argumentation ist völlig absurd. Zum zweiten hat Lindemann selbst öffentlich kundgetan, daß es gerade Aufgabe der Eileiterverstopfung mit dem 'Ethiblock' ist, über einen künstlich eingeleiteten Entzündungsprozeß zum Verschuß der Eileiter zu kommen: »Um (bei der Tubensterilisation, d. Verf.) bessere Verschußresultate zu erhalten, erproben wir... gemeinsam mit der Fa. Ethicon den Gewebekleber Methyl-2-cyanoacrylat als Verschußmedium. Unter hysteroskopischer Sicht wird dieses Monomer durch einen Katheter in die Tuben instilliert. In den folgenden Wochen tritt, für die Patientin unbemerkt, eine abakterielle, zum Teil eitrig-entzündliche Tubenwandschichten mit späterem narbigem Verschuß des Tubenlumens ein.«¹¹⁰⁾ Vorbeugung der Entzündung dadurch, daß planvoll eine Entzündung gesetzt wird? Lindemann und seine Hintermänner müssen ganz schön in Argumentationsnöte geraten sein, wenn sie glauben, mit derartigen Ungereimtheiten die Öffentlichkeit hinter sich führen zu können. Die bislang zu erwartenden Schutzbehauptungen Lindemanns sind mindestens genauso unglaubwürdig wie die Schutzbehauptungen Claubergs.

Hans-Joachim Lindemann wurde 1920 in Berlin geboren. 1939 begann er mit dem Medizinstudium an der dortigen Humboldt-Universität. Zwischenzeitlich wurde er zur Wehrmacht einberufen und nahm am 'Rußlandfeldzug' teil. Dann studierte er in Greifswald und Rostock weiter. An einem der letzten Kriegstage, am 21. April 1945, wurde er in Rostock ärztlich geprüft und zugleich als Arzt bestellt. Das waren zweifellos abenteuerliche Umstände, denn an diesem Tag geschah in Rostock einiges, nur eine ärztliche Prüfung wurde mit Sicherheit nicht mehr abgehalten, die diesen Namen verdient hätte. Wir zweifeln keineswegs, daß diese Prüfung und ärztliche Approbation in einem formal in Ordnung geht.¹¹¹⁾ Für die Biographie Lindemanns ist indes festzuhalten, daß er zur Schar jener Mediziner gehört, der gegen Kriegsende um jeden Preis der Start in die Nachkriegszukunft gesichert wurde, und zwar unabhängig davon, ob die dazu erforderlichen Qualifikationsvoraussetzungen erfüllt waren oder nicht.

In den ersten Nachkriegsjahren hat sich Lindemann bitter großhungen – und gehorchen – müssen. 1951 hatte er nach Ausbildungsjahren in zwei Hamburger Allgemeinen Krankenhäusern seine Facharztanerkennung als Frauenarzt in der Tasche. Danach entfaltete er eine bemerkenswerte Dynamik an der Peripherie des Hamburger Krankenhauses: »Von 1952 bis zur Schließung des Anscar-Krankenhauses 1962 war er Chefarzt der Geburtshilflich-Gynäkologischen Abteilung. Eine kassenärztliche Tätigkeit übte er von 1952 bis 1966 aus. Er war spiritus rector für die Gründung des Michaelis-Krankenhauses, dem ersten gemeinnützigen Belegkrankenhaus, dessen Träger Hamburger Kassenärzte sind und das 1962 seine Pforten öffnete. Er leitete die Klinik bis 1965. Dann wechselte er in das Elisabeth-Krankenhaus und ist seitdem hier Ärztlicher Direktor und Chefarzt der Geburtshilflich-Gynäkologischen Abteilung.«¹¹²⁾

In dieser Zeit blieb Lindemanns fachlicher Ruf umstritten. Es gab Auseinandersetzungen wegen mindestens eines fraglichen Operationsfehlers mit Todesfolge. Lindemann machte sich eher durch seine organisatorischen Fähigkeiten unentbehrlich, während ihn die meisten seiner Kollegen wegen seiner ausgesprochenen Ellbogenmentalität und Karrieresucht mieden. Zu den wissenschaftlichen Ambitionen und damit zur Hysteroskopie scheint er 1967 – inzwischen 47-jährig – hinübergewechselt zu sein, weil er an die Grenzen jener ärztlichen Machtausübung gestoßen war, jenseits welcher ohne den Nachweis 'erfolgreicher Forschungstätigkeit' nicht mehr agiert werden kann. So legte sich Lindemann einen weiteren medizinischen Aktionsradius zu, der ihn Schritt für Schritt in eine Vergangenheit zurückführte, aus der er gerade noch direkt (April 1945) hervorgegangen war.

Unabhängig von der Frage, inwieweit Lindemann als Medizinstudent bzw. junger Arzt noch direkten Anteil an den medizinischen Verbrechen des Nationalsozialismus hatte – wir wissen darüber nichts¹¹³⁾ –, ist davon auszugehen, daß ihm voll bewußt sein muß, was das nationalsozialistische Gesundheitswesen angerichtet hat. Der Vorläufer des späteren 'Marburger Bunds', ein Zusammenschluß junger Hilfs- und Krankenhausärzte, erklärte 1947 angesichts des Nürnberger Ärzteprozesses, daß er alles tun werde, um die Wiederholung medizinischer Verbrechen zu verhindern. Damals war Lindemann 27 Jahre alt, er begann gerade mit der klinischen Facharztausbildung.

Im Alter von 35 Jahren, 1955, erlebte Lindemann mit, wie Clauberg nach seiner Entlassung aus sowjetischer Kriegsgefangenschaft wegen seiner Sterilisationsversuche an Frauen in Kiel in Untersuchungshaft genommen wurde. Claubergs medizinische Verbrechen machten damals Schlagzeilen in der westdeutschen Presse.¹¹⁴⁾ Clauberg wurde 1955 aus der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie ausgeschlossen.¹¹⁵⁾ Es ist nicht anzunehmen, daß ein fachärztlicher Verband, der sich schon einmal mit Versuchen zur Zwangssterilisierung seitens eines seiner Mitglieder auseinandersetzen mußte, 25 Jahre später einen Kollegen decken wird, der die Claubergschen Methoden aufgegriffen hat und unter den heute gegebenen Umständen weiterentwickelt.

Lindemann kann also nicht davon ausgehen, daß ihm ein fehlendes Unrechtsbewußtsein für sein Tun zugutegehalten wird. Zweimal hat er miterlebt, wie anhand von Sterilierungsversuchen an Frauen die ärztliche Ethik des Menschen-Experiments breit thematisiert wurde. Das hat nicht zu verhindern vermocht, daß er jene Barrieren weit überschritt, welche heute die Patientinnen vor gynäkologischen Übergriffen schützen sollen. Warum wagte Lindemann das Risiko, das, was manche seiner Kollegen nur insgeheim weiter praktizieren, offen als Forschungsprojekt zu thematisieren? Der innere Motor, der Drang nach wissenschaftlichen Lorbeeren und dem damit verbundenen Zuwachs an Macht, das alles hat zweifelso eine gewichtige Rolle

gespielt. Das war aber nur möglich, weil im Verlauf des Aufstiegs des 'Wissenschaftlers' Lindemann seit 1967 jegliche öffentliche Auseinandersetzung mit seinen Arbeitszielen und Methoden ausblieb. Lindemanns Kollegen rümpften allenfalls die Nase ob seines ungebremsten Karriereverhaltens, schimpften auch einmal drauflos, aber sie mieden die öffentliche Auseinandersetzung. Und im intern-projektbezogenen Rahmen wurde Lindemann nur bestärkt, weil er gegenüber den Managern der Medizintechnik und den Propagandisten einer neuen Etappe der 'Bevölkerungspolitik' genau als der 'wagemutige' ärztliche Vollstrecker ihrer Ambitionen dastand, wie sie ihn nicht alle Tage antrafen. Lindemann hat folglich mächtige Freunde, auf die er sich sehr weit verlassen kann.

Praktisch die gesamte ärztliche Fachpresse hat seine Arbeiten kommentarlos abgedruckt, obwohl die genaue Lektüre unzweideutig offenlegt, mit welchen Methoden hier 'geforscht' wurde. Zudem wurde sein »umfangreiches wissenschaftliches Werk ... 1975 mit der Verleihung der Venia legendi belohnt ... Lindemann ist geschätzter Redner auf in- und ausländischen Kongressen ... Er wurde als Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Endoskopie in den Beirat gewählt, ist Gründungsmitglied der American Association of Gynecological Laparoscopists« – welche für die in Lateinamerika am weitesten vorangetriebene Technik der Zwangssterilisierung verantwortlich zeichnet¹¹⁶⁾ – »Ehrenmitglied der Seccion de Endoscopia Ginecologica in der Asociacion Ginecologica Espanola und Mitglied vieler anderer deutscher und ausländischer Fachgesellschaften. Zwei Jahre stand er der ehrwürdigen Geburtshilflichen Gesellschaft zu Hamburg vor.«¹¹⁷⁾

Daß Lindemann inzwischen auch einkommensmäßig zur high society vorgestoßen ist, sei nur am Rande vermerkt. Typisch für die ihm eigene Dynamik ist indes, daß er sich keineswegs seiner chefärztlichen Salärs, seiner privatärztlichen Pfründen, Forschungshonorare und Unternehmensbeihilfen bedient, um sich auch einmal in Muße zurückziehen zu können. Lindemann nutzt auch seine Immobilien funktionell. Wie viele Hamburger Großbürger besitzt Lindemann Grundeigentum auf der Insel Sylt, in Keitum.

Dort ist u.a. ein Kolloquium über Fragen der Hysteroskopie ansässig, das vom jeweiligen Privatassistenten Lindemanns koordiniert zu werden pflegt. Hier treffen sich die Chefwissenschaftler der Medizintechnik-Unternehmen, beispielsweise Dr. Muxfeldt vom Ethicon-Konzern, mit Lindemann und seiner Mannschaft, aber auch mit Hysteroskopie-Experten aus der übrigen BRD und den drei Kontinenten, zum Fachgespräch. Es gibt auch manche vertrauliche Runde, in die seit einiger Zeit auch einige gewichtige Funktionsträger zumindest der Hamburger Gesundheitspolitik hinzugestoßen sind. Die Folge ist dann u.a., daß der Bock zum Gärtner gemacht wird. Als der Berufungsausschuß der Medizinischen Fakultät der Hamburger Universität sich im Sommer 1980 in der Auseinandersetzung um die Ernennung Lindemanns zum Professor heftig in die Haare geriet, weil ja immerhin gegen ihn wegen seiner Menschenversuche ermittelt wurde, war es der Ordinarius für Rechtsmedizin der Hamburger Universität, Prof. Janssen, der das Blatt zugunsten Lindemanns zu wenden verstand. Die Professoren Janssen, Thomsen und Stegner (die beiden letzteren sind Direktor bzw. Leiter der Histo-Pathologischen Abteilung der Universitäts-Frauenklinik) decken Lindemann mit bemerkenswertem Engagement. Es ist nicht auszuschließen, daß Lindemanns oben geschilderte Konzeption der Vorwärtsverteidigung von diesen Gesprächspartnern in der vertraulichen Abgeschlossenheit des 'Keitumer Kreises' mit ausgeheckt wurde.

Ob es Janssen, der genauso wie einige Spitzenfunktionäre der Justiz einem intimen Gesprächskreis aus Führern von Hamburgs Wirtschaft, Hochfinanz, Verwaltung und Politik angehört, wohl auch gelingen wird, das gegen Lindemann bei der Hamburger Staatsanwaltschaft anhängige Ermittlungsverfahren zu Fall zu bringen?

3.2.

Wie groß ist also der persönliche Anteil an den Medizinverbrechen, die von Clauberg und eine Generation später von Lindemann begangen worden sind? Wir sind der Ansicht, daß es unmöglich ist, diese Frage losgelöst von ihren gesundheitspolitisch-strukturellen Bedingungen zu erörtern. Auf der einen Seite ist allzu evident, daß wir es mit Persönlichkeiten zu tun haben, deren Identität weitgehend unentwickelt geblieben und deren Fähigkeit zu unverstellter sozialer wie emotionaler Kommunikation extrem beschränkt ist.

Lindemann und Clauberg sind gleichermaßen durch die Brutalitäten von Kriegserfahrungen geprägt. Beide haben sich unter einem despotischen Krankenhausregiment großgehungen und gehorchen müssen. Beide sind voll durch die Schule der nazistischen 'Rassenhygiene' durchgegangen und haben – der eine zweifellos intensiver als der andere – gelernt, die Menschen in das duale Schema von 'Auslese der Leistungstarken' und 'Ausmerze der Asozialen' zu pressen. Beide haben, um es platt auszudrücken, an Minderwertigkeitskomplexen gelitten, der eine mehr aus physischen, der andere mehr aus lebensgeschichtlich entstandenen Gründen. Und da es sich bei beiden um Frauenärzte handelt, drängt sich die Frage auf, wie es mit ihrer Fähigkeit bestellt ist, in den Frauen selbstbewußte Menschen wahrzunehmen und anzuerkennen. Daß Clauberg weder als Mediziner noch als Mann darüber verfügte, sondern Frauen vielmehr 'wissenschaftlich' neutral versachlichte bzw. direkt mißhandelte, wissen wir zur Genüge.

Was Lindemann als Zeitgenossen betrifft, geht er uns nur in seinem ärztlichen Verhalten gegenüber seinen Patientinnen und den Frauen des Krankenhauspersonals etwas an. Dort wird er als jovial-herablassend geschildert, wobei er gleichzeitig maximale Distanziertheit zum Ausdruck bringt. Gegenüber seinen Krankenschwestern und Hebammen legt Lindemann einen immer gleichen Maßstab an: er fordert eine adrette äußere Hülle, die – abgesehen vom unabdingbaren funktionalen Wissen – sich infantil und dumm zugleich zu geben hat. Wird dieser Anspruch nicht eingelöst, scheut Lindemann keineswegs vor einem Gebaren zurück, das gezielt und absichtsvoll verletzend ist. Das abschließende Urteil einer ehemaligen Mitarbeiterin der Abteilung: »Lindemann ist zu allem fähig, nur nicht dazu, zu Frauen ein menschliches Verhalten zu entwickeln.« Wohin dann mit soviel Defiziten an persönlicher Identität? Unter den gegebenen sozialen und gesundheitspolitischen Bedingungen haben Clauberg und Lindemann sie in ein 'operatives Denken' überführt, das es ihnen ermöglicht, statt der ihnen versagten sozialen Identifikationsprozesse im Umgang mit ihren Patienten ständig Selbsterhaltungsmechanismen zu erzeugen, für die diese Patienten schrecklich zahlen müssen. Geraten sie doch unfreiwillig in den Zustand von Objekten, anhand derer Clauberg und Lindemann unaufhörlich ihr 'operatives Denken' in 'operative Emotionalität' übersetzen, also ständig Beschädigungswünsche aktualisieren.¹¹⁸⁾ Clauberg/Lindemann unterscheiden sich von vielen ihrer männlichen Zeitgenossen nur dadurch, daß der aus ihren persönlichen Defiziten gespeiste Kompensationsdruck in die Richtung eines äußeren Stützkorsetts aus Ruhm und Ansehen und eines komplementären inneren Mißhandlungsbedürfnisses anderen Menschen gegenüber besonders stark entwickelt ist. Als Ärzte haben sie wahrscheinlich nur deshalb ein so hohes Maß an experimentell orientiertem 'Forschungsengagement' entwickelt, weil ihnen so direkte Macht über Menschen zufiel und damit ein durch hohes gesellschaftliches Ansehen 'verkleidetes' Betätigungsfeld für die Verwirklichung ihrer operativ-emotionalen Beschädigungsphantasien gegenüber Menschen im allgemeinen und Frauen im besonderen offenstand.

Die Rolle, die Clauberg/Lindemann dabei einnehmen, läßt sich also genau im Schnittpunkt von Persönlichkeit und gesundheitspolitischer Struktur verallgemeinern. Dem mechanistischen Fortschrittsdenken mitsamt seiner sozialdarwinistischen Radikalisierung scheint vor allem die Funktion zuzukommen, den Angehörigen der Mittelklasse ein Ventil zu verschaffen, durch das das bei ihnen aus dem Sozialprozeß immer massenhafter anfallende 'operative Denken' in 'operative Emotionalität', d.h. Vernichtungsmentalität gegenüber den Unterklassen im allgemeinen und den Frauen und sozialen 'Randgruppen' im besonderen, übersetzt werden kann.

Bei aller Einsicht in diese persönlichen Voraussetzungen vermögen wir indes jenen psychoanalytisch orientierten Kritikern der Menschenversuche nicht zu folgen, die in ihnen die wichtigsten Quellen des medizinischen Verbrechens zu erkennen meinen.¹¹⁹⁾ Denn so schrecklich es auch um die Identitätsdefizite der Menschen-Experimentatoren bestellt sein mag, so sind es doch immer die gesundheitspolitischen Strukturen, die beschädigtes Sozialverhalten dadurch in Beschädigungs- und Mißhandlungstechniken umschlagen und sich fixieren lassen, daß sie es mit Macht und Prestige ausstatten. Positiv formuliert heißt das: Lindemann und Co. können nur dann von ihren seit Jahrzehnten medizintechnisch vergegenständlichten Grundstörungen befreit werden, wenn erst einmal jener Interessenkomplex aus gesundheitspolitischer Macht und Profit beseitigt wird, welcher sich derart defizitärer Menschen bedient, um mittels ihrer fehlgeleiteten Energien den Frauen der Unterklassen wieder einmal seine Selektionsprinzipien von Gebärzwang und Gebärverbot aufzuzwingen.

Anmerkungen

1. Vgl. H.-J. Lindemann unter Mitwirkung von A. Gallinat, R.P. Lueken, J. Mohr: Atlas der Hysteroskopie, Stuttgart-New York 1980
2. Diese Schätzung basiert auf einer Hochrechnung der Eingriffsfrequenz 1978/79 auf die Jahre 1971 bis 1979, sowie auf allen Daten, die Lindemann diesbezüglich in seinen Veröffentlichungen seit 1971 mitgeteilt hat.
3. Die genaue Zahl beläuft sich auf 762. Vgl. Lindemann, Atlas, S. 37
4. Vgl. dazu vor allem Jan Sehn: Carl Claubergs verbrecherische Unfruchtbarungsversuche an Häftlings-Frauen in den Nazi-Konzentrationslagern, in: Hefte von Auschwitz, Jg. 1959, H. 2, 3 ff.; sowie Hermann Langbein: Menschen in Auschwitz, Wien 1972, S. 385 ff.
5. Vgl. R.P. Lueken, A. Gallinat: Privatdozent Dr. med. Hans-Joachim Lindemann 60 Jahre, in: Hamburger Ärzteblatt, 1980, Nr. 7, S. 274
6. Vgl. Lindemann, Atlas (Geleitwort von Prof. Dr. Klaus Thomsen, Direktor der Universitäts-Frauenklinik Hamburg-Eppendorf)
7. Vgl. F.C. Menken: Fortschritte der gynäkologischen Endoskopie, in: Demling und Ottenjann (Hrsg.): Fortschritte der Endoskopie, Stuttgart 1969
8. Dazu M. Nitze: Über eine neue Behandlungsmethode der Höhlen des menschlichen Körpers, in: Wiener Medizinische Wochenschrift, 24, 1879, 851 ff.; C. David: L'Endoscopie utérine, Paris 1908
9. Zum NS-'rassenbiologischen' Angriff auf Frauen vgl. vor allem Gisela Bock: Frauen und ihre Arbeit im Nationalsozialismus, in: Annette Kuhn, Gerhard Schneider (Hrsg.): Frauen in der Geschichte, Düsseldorf 1979, S. 113 ff.; Herausgeberinnenkollektiv: Ausgewählte Dokumente der Gesundheits- und Familienpolitik des Nationalsozialismus, Hamburg 1980; Heidrun Kaupen-Haas: Bevölkerungstheorie aus feministischer Sicht – an Beispielen der nationalsozialistischen Bevölkerungspolitik, Hamburg 1980
10. Vor allem Norment, Silander, der schon erwähnte Menken, Fernström und Joelsson. Die allein von diesen Medizinern publizierte Literatur ist unüberschaubar massenhaft. Entwickelt wurden u.a. Gummiballons mit Wasser- bzw. Luftfüllung, hochvisköse Dextranlösungen usw.
11. Lindemann hat die Eigenart, alle Firmen, die ihn mit ihren Versuchseinrichtungen beliefert haben, in seinen Aufsätzen besonders hervorzuheben. Seit 1971 tauchen immer wieder auf: Siemens, Wiest KG, Metrawatt KG, Dupont, Byk-Gulden, Storz-KG, Woelm, und viele andere.
12. vgl. dazu Lindemann, Atlas, S. 5 ff.
13. Lindemann gibt allerdings zu, daß es bei der (Wieder-) Einführung von CO₂ in die Hysteroskopie-Forschung häufige und schwere Zwischenfälle gegeben hat, sicher auch bei ihm selber. Daraufhin entwickelte er zusammen mit einem Medizintechnik-Unternehmen ein Gas-Insufflationsgerät mit limitierten Druckgrößen. Trotz dieser Verfeinerung gab es auch später noch tödliche Komplikationen, jedoch offensichtlich nicht bei Lindemann. Auch im 'Normalfall' entwickelt sich bei

den mit CO₂ hysteroskopierten Frauen beim Aufstehen nach dem Eingriff ein typischer Schulterschmerz, der mit der Resorption des CO₂ durch das Bauchfell erklärt wird.

14. Sie zeigen, daß er den für so viele Gynäkologen typischen Weg vom Sterilitätsbehandler zum Zwangssterilisierer beschritt. Vgl. H.-J. Lindemann: Hysteroscopy for the diagnosis of the intrauterine causes of sterility, VII. World Congress on Fertility and Sterility, Tokyo/Kyoto, 17.-25.10.1971 (Exp. Med. Internationale Congress Series, No. 234); ders.: Transuterine Tubensterilisation per Hysteroskop, in: *Geburtenhilfe und Frauenheilkunde*, 33, 1973, 709 ff.; ders. und J. Mohr: Tubensterilisation per Hysteroskop, in: *Sexualmedizin*, 3, 1974, 122 ff.; dies.: Ergebnisse von 274 transuterinen Tubensterilisationen per Hysteroskop, in: *Geburthilfe und Frauenheilkunde*, 34, 1974, 775 ff.

15. Weil nämlich Versuche, durch spezielle Anfärbungen usw. die sog. präinvasiven Stadien der Endometriumkarzinome sichtbar zu machen, gescheitert sind. In allen weiter fortgeschrittenen Stadien ist das Hysteroskop weniger eingreifenden Techniken nicht überlegen.

16. Dies wurde und wird wohlgermerkt auch im Hinblick auf die Gebärmutterspiegelung diskutiert. Daß es sich im übrigen um eine Auffassung handelt, die weit über Hackethal hinaus die gesamte aktuelle Debatte um die Epidemiologie der bösartigen Geschülste beherrscht, sei nur ergänzend erwähnt.

17. Beispielsweise eignet sich das Hysteroskop ausgezeichnet zum Auffinden und schonenden Herausnehmen von verlorengegangenen Spiralen.

18. Vgl. dazu Sciarra, Butler, Speidel (eds.): *Hysteroscopic Sterilization*, New York, Intercontinental Medical Books, 1974

19. Mikulicz-Radecki war wohlgermerkt keine Ausnahmefigur, sondern eher die Regelercheinung des deutschen Gynäkologen seit Hegar, dem Mitbegründer der 'Deutschen Gesellschaft für Rassenhygiene'. Praktisch alle 'großen' deutschen Gynäkologen waren Propagandisten der Zwangssterilisation!

20. Vgl. vor allem F. von Mikulicz-Radecki: Experimentelle Untersuchungen über Tubensterilisation durch Elektroagulation, in: *Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie*, 94, 1929

21. Dazu vor allem C. Schröder: Über den Ausbau und die Leistungen der Hysteroskopie, in: *Archiv für Gynäkologie*, 156, 1934, 407 ff.

22. In einem Artikel aus dem Jahr 1976 (Die Sterilisationsmethoden bei der Frau, in: *Münchener Medizinische Wochenschrift*, 118, 1976, S. 906) behauptet Lindemann, die WHO hätte mehrere Forschungsgruppen mit Massensterilisierungsexperimenten per Elektroagulation beauftragt. Daraufhin angesprochen, hat die WHO dies 1979 gegenüber einem Mitarbeiter des Magazins 'Stern' energisch dementiert.

23. vgl. vor allem *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, Jg. 1971 f.; *Obstetrics and Gynecology*, Jg. 1971 ff.; *International Journal of Fertility*, Jg. 1971 ff.; *Fertility and Sterility*, 1. Jg. 1970 ff.

24. Der Nürnberger-Ärzteprozeß war der erste sog. Nachfolgeprozeß, der von den westlichen Alliierten allein durchgezogen wurde.

25. Würüber in der 'rassenbiologischen' Fach-Literatur des NS übrigens ausführlich berichtet wurde. Tatsächlich stammt das 'Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses' sozialgeschichtlich eher aus der 'Progressive Era' Roosevelts, also aus den USA der Jahrhundertwende, als aus den ihm in Deutschland vorausgegangenen Strömungen. Es ist auch nicht genuin nazistisch, sondern die ersten Gesetzesentwürfe stammen aus den Jahren 1931/32. Über diesen Komplex müßte dringend gearbeitet werden.

26. Einmal, weil die Zwangssterilisierung verboten ist; zum zweiten, weil die Gynäkologen im Fall der aus freien Stücken geforderten Sterilisierung immer unter dem Vergleichsdruck der fast 100-prozentig sicheren operativen Methoden stehen. Bei der hysteroskopischen Methode war zu Beginn der siebziger Jahre das Schwangerschaftsrisiko immerhin 10-15 Prozent.

27. H.-J. Lindemann: Die Sterilisationsmethoden bei der Frau, in: *Münchener Medizinische Wochenschrift*, 118, 1976, S. 906

28. ders. und J. Mohr: Tubensterilisation per Hysteroskop, in: *Sexualmedizin*, 3, 1974, S. 123

29. Vgl. als Beleg Lindemann, *Atlas der Hysteroskopie*, S. 37

30. Den Schlenker mit dem 'Schutz der Mutterrolle' legte sich Lindemann erst 1976 zu (vgl. FuBn. 27). 1974 (vgl. FuBn. 28, dort S. 124) hieß es noch etwas passiver: »Falls diese Behandlung in Zukunft auch ambulant vorgenommen wird, würde der Stationsbetrieb entscheidend entlastet und die Patientin kann sich in kürzerer Zeit wieder ihrer Familie oder ihrem Beruf widmen.«

31. So Lindemann, *Atlas*, S. 37

32. Das Vorgehen ist klar: die 'neue' Methode wird an einer geringen Zahl von Probandinnen erprobt, objektiviert und sofort als großer Erfolg publiziert. Auf die Spätergebnisse, in diesem Fall die Schwangerschaften, wird gar nicht erst gewartet, obwohl es gerade darum ginge, die Hysteroskopie-Sterilisation so 'sicher' wie die bislang bekannten Methoden zu machen. Das Eingeständnis kommt erst 1980, in einer – auch da nicht näher ausgewiesenen – Ziffer versteckt, und zwar in einer Spezialpublikation, nach der so schnell keiner der Zeitschriftenleser greifen wird. Aus Zeitdruck und Erfolgswang erklären sich weitere Ungereimtheiten. Beispielsweise die, daß Lindemann 1974 in einer allgemeinmedizinischen Zeitschrift schreibt, eine Gravidität sei nicht vorgekommen, während er im gleichen Jahr in einem gynäkologischen Fachblatt zugibt, daß es schon 13 mal zur Gravidität gekommen sei. Vgl. Anm. 28, sowie H.-J. Lindemann, J. Mohr: Ergebnisse von 274 transuterinen Tubensterilisationen per Hysteroskop, in: *Geburthilfe und Frauenheilkunde*, 34, 1974, S. 777.

33. Vgl. vor allem B. Rakshit: The scope of liquid plastics and other chemicals for blocking the fallopian tube, in: Ch.C. Thomas u.a. (eds.): *Human Sterilization*, Springfield/Ill. 1972, 213 ff.; T.C. Stevenson, D.S. Taylor: The effect of methyl cyanoacrylate tissue adhesive on the human fallopian tube and endometrium, in: *Journal of Obstetrics and Gynecology*, 79, 1028 ff.

34. vgl. R.P. Lueken, H.-J. Lindemann: Lokale und systematische Sulprostonanwendung zur Zervixdilatation bei Nichtschwangeren. Sulproston-Symposium, Wien-Österreich, 16./17.11.1978

35. Interview mit einer ehemaligen Angestellten der Gyn.-Abteilung des Elisabeth-Krankenhauses, im Besitz d. Verf.

36. Vor allem Gallinat, Lueken, Mohr. Andere Ärzte haben nur zeitweilig an den Versuchsserien mitgearbeitet.

37. Vgl. Lindemann, *Atlas*, S. 37

38. Vgl. Rechtsanwalt Böddeling, Strafanzeige gegen Dr. Lindemann vom 11.6.79, G. Handlögten: Verkorkt und verkorkst, in: *Stern*, Juli 1979, S. 227

39. Carl Clauberg: Zur Physiologie und Pathologie der Sexualhormone, im besonderen des Hormons des Corpus luteum, in: *Zentralblatt für Gynäkologie*, 54, 1930, Nr. 44; 55, 1931, Nr. 8

40. Dieser Komplex ist leider noch völlig unerforscht, Auch er reicht in die zwanziger Jahre zurück und hat die Spitzen des NS-Gesundheitswesens intensiv beschäftigt.

41. vgl. Jan Sehn (Anm. 4), S. 13

42. Das 'Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 14. Juli 1933 – RGBI. I, 1933, S. 529 ff., trat am 1.1.34 in Kraft.

43. Über den 1933 erreichten Stand in der Erforschung der weiblichen Sexualhormone gibt Carl Clauberg, *Die weiblichen Sexualhormone*, Berlin 1933, Auskunft.

44. Vgl. Clauberg: Künstlich erzeugtes Tubenwachstum, ein Mittel zur Behandlung des Eileiterverschlusses, abgedruckt in: *Archiv für Gynäkologie*, 161, 1936 (Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie, 24. Versammlung usw.), S. 140-143

45. ebenda, S. 141

46. ebenda, S. 143. Das war die verschleierte Vorstufe zu Claubergs Versuchen an jungen Mädchen im KZ Ravensbrück 1944/45! Vgl. weiter unten

47. Vgl. Rassenpolitisches Amt, Reichsleitung: Die Frage der Behandlung der Bevölkerung der ehemaligen polnischen Gebiete nach rassenpolitischen Gesichtspunkten, bearb. von Dr. E. Wetzel und Dr. G. Hecht, Berlin, 25. November 1939. Die hier interessierenden Passagen sind am leichtesten zugänglich in: *Hefte von Auschwitz*, Jg. 1959, H. 2, S. 53-55

48. vgl. H. Heiber: Der Generalplan Ost, in: *Vierteljahresschrift für Zeitgeschichte* 6, 1958, 281 ff.

49. vgl. *Trials of War Criminals*, Vol. I, Nuernberg 1947 (Medical Case), S. 694-738

50. Schreiben SS-Oberführer Viktor Brack an Reichsführer-SS vom 23.6.42, reproduziert in: *Hefte von Auschwitz*, 1959, H. 2, S. 69 f.

51. Vgl. Sehn (Anm. 4), S. 16; F.K. Kaul: *Ärzte in Auschwitz*, Berlin 1968, S. 275 f.

52. Vgl. A. Mitscherlich, F. Mielke: *Medizin ohne Menschlichkeit*, Frankfurt 1978, S. 237 ff.

53. Vgl. Reichsarzt-SS an Reichsführer-SS, persönlicher Stab, vom 30.5.1941, Betr.: Behandlung weiblicher Unfruchtbarkeit, reproduziert in: *Hefte von Auschwitz*, 1959/2, S. 61

54. Vgl. Sehn, a.a.O., S. 16

55. Schreiben Reichsarzt-SS vom 29.5.41 an Reichsführer-SS, auszugsweise abgedruckt in: *SS im Einsatz*, Berlin 1958, S. 357 f.

56. Gegen die zunächst auch der Reichsarzt-SS Grawitz, der Claubergs Vorschlag unterstützte, machtlos war. Vgl. Anm. 55

57. Der Geheimhaltungsfimmel muß Clauberg zurecht sonderbar vorgekommen sein, wurde doch über das, was sich da 1941/42 unter strikter Geheimhaltung abspielte, in der gynäkologischen Fachpresse gleichzeitig ausgedehnt 'wissenschaftlich' debattiert. Tatsächlich wurde Clauberg mehrfach von der SS-Spitze wegen seines laxen Umgangs mit den Geheimhaltungsvorschriften gerüffelt!

58. Dieses Schlüsseldokument ist vollständig reproduziert in: *Hefte von Auschwitz*, 1959/2, S. 62-67

59. Zit. nach ebenda, S. 65

60. Diese Experimente lassen sich weitgehend anhand der damaligen gynäkologischen Fachpresse (*Archiv für Gynäkologie*, *Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie*, *Zentralblatt für Gynäkologie*, *Monatsschrift für Geburtshilfe* usw.) rekonstruieren.

61. vgl. den bei Sehn (Anm. 4, S. 14) reproduzierten Zeitungsausschnitt

62. Doc.No. 216 des Nürnberger Ärzteprozesses, auszugsweise abgedruckt bei Mitscherlich-Mielke, a.a.O., S. 248

63. Zit. nach ebenda

64. R. Brandt, Schreiben vom 10.7.42 an Clauberg, zit. nach: *SS im Einsatz*, Berlin 1958, S. 361

65. Vgl. Vernehmungsprotokoll Hoef vom 9.1.47, auszugsweise abgedruckt bei: Kaul, *Ärzte in Auschwitz*, S. 275 ff.

66. Vgl. Sehn, S. 17

67. Vgl. ebenda, S. 22 ff.

68. Vgl. Hermann Langbein: *Menschen in Auschwitz*, S. 450

69. Dazu Sehn, S. 20 ff.; sowie Danuta Czech: *Kalendarium der Ereignisse im Konzentrationslager Auschwitz-Birkenau*, in: *Hefte von Auschwitz*, 1960/3, 1961, 1962

70. Vgl. Sehn, S. 26

71. Vgl. *SS im Einsatz*, S. 364; Autorenkollektiv unter Leitung von G. Zörner: *Frauen-KZ Ravensbrück*, Berlin 1973, S. 136 f.; *Die Frauen von Ravensbrück*, Berlin 1960, S. 78 f.

72. Dieser Zusammenhang ist noch nicht geklärt, die diesbezüglichen Dokumente sind uns noch nicht zugänglich. Die Zeugenaussagen sind insofern umstritten, als sie teilweise – notwendigerweise – von Gerüchten bestimmt sind, die damals in den KZs umgingen.

73. Zit. nach Mitscherlich-Mielke, S. 246

74. H.-J. Lindemann (vgl. Anm. 27)

75. Wir können hier nicht auf die Frage eingehen, inwieweit beispielsweise die in der linken Szene zu beobachtende Kampagne für eine freiwillige Sterilisation dazu führt, daß das Verbrecherische einer jeden Zwangssterilisation nicht in voller Schärfe wahrgenommen wird.

76. Eine weitere Methode der 'temporären' Sterilisation, die sich immer mehr durchzusetzen scheint. Vgl.: Sterilisation der Frau, in: Deutsches Ärzteblatt, H. 47 v. 2./11.1980, S. 2805
77. Vgl. Atlas, sowie die unter Anm. 14 und 27 angegebene Literatur
78. Vgl. Lindemann, Atlas; ders. und J. Mohr: Ergebnisse, S. 777. Diese Zahlen liegen weit unter den in der internationalen Literatur angegebenen Komplikationsraten!
79. Lindemann, Transuterine Tubensterilisation, in: Geburtshilfe und Frauenheilkunde, 1973, S. 710
80. vgl. Lindemann, Atlas, S. 45-81
81. Darauf weist Lindemann wohlgerichtet selbst hin. Vgl. Atlas, S. 21
82. Von acht Frauen, die eine Angestellte der Abteilung als Opfer von Sterilisationsversuchen identifizierte, stammten alle aus den Unterschichten (Verkäuferinnen, Fürsorgeempfängerinnen, proletarische Ausländerinnen, kleine Angestellte)
83. So machte kürzlich ein Fall selbst bei 'Bild' Schlagzeilen (Bild, Hamburg, 4.11. und 13.12.80), in dem ein Oberarzt des Kreiskrankenhauses Uelzen eine Neunzehnjährige sterilisiert hatte. Aber dieser Fall flog nur deshalb auf, weil aufgrund einer Fehldiagnose die Bauchhöhle eröffnet, angesichts der Einsicht in diese Fehldiagnose sterilisiert und im Anschluß daran auch noch versucht worden war, die Gebärmutter herauszunehmen, um den Fall zu vertuschen! Was der 19-jährigen Zahnärztin also wirklich widerfahren war, wurde auch von 'Bild' verschwiegen. Die heimliche Sterilisation von 'Asozialen' (die Zahnärztin war in einem Pflegeheim aufgewachsen und vom zuständigen Psychiater für 'schwachsinnig' erklärt worden) ist nicht nur in Uelzen alltägliche Routine!
84. Lindemann, Transuterine Tubensterilisation, a.a.O., S. 712
85. Lindemann-Mohr, Ergebnisse, a.a.O., S. 123
86. Rekonstruiert nach dem Interview, vgl. Anm. 35
87. Und zwar offensichtlich auch die, die nur zeitweilig dort arbeiteten und nicht mit publizierten.
88. Der Name ist der Redaktion bekannt
89. Unsere Interview-Partnerin hatte ihre Arbeitsstelle mit entsprechenden Aufzeichnungen verlassen
90. Wobei die Wartezeiten zwischen erstem und zweitem Eingriff wahrscheinlich 'zu kurz' waren – der Routinebetrieb als Schranke! Was den Experimentator leicht dazu veranlaßt, nach Bedingungen Ausschau zu halten, die ein 'idealeres Arbeiten' erlauben. Dies ist die innere Logik im Fall Clauberg.
91. Warum die Lindemann und Co. sich bei ihren Zwangssterilisationen nicht an Frauen hielten, die schon in der Postmenopause waren, erklärt sich wohl aus ihrem Anspruch, vergleichbare Resultate zwischen Histologie und hysteroskopischer Nachuntersuchung zu erhalten. Vgl. J. Mohr, H.-J. Lindemann: Vergleichende Resultate zwischen CO₂-Hysteroskopie, Hysterosalpingographie und Histologie, in: Archiv für Gynäkologie, 219, 1975, 256 ff.
92. Vgl. Anm. 45
93. Berichtet bei Langbein, Menschen, S. 388
94. Vgl. ebenda, S. 386
95. ebenda; sowie Sehn, S. 24
96. Langbein, S. 387 auch 264 f.
97. Hoeß, zitiert nach Kaul, S. 276 f.
98. Vgl. Sehn, S. 27
99. ebenda, S. 25
100. Zit. nach Mitscherlich-Mielke, S. 247 f.
101. Vgl. Sehn, S. 24
102. Latente Infektionen, Schwangerschaft, Herz- und Kreislaufstörungen usw.
103. Nach Sehn, S. 12 f.
104. Vgl. Anm. 49
105. Das Inserat ist reproduziert in Sehn, S. 27
106. Vgl. F.K. Kaul: Dr. Sawade macht Karriere, Frankfurt/M. 1971
107. Und zwar am 9.8.57. Der Tod des Angeklagten hat einen der wichtigsten NS-Ärzteprozesse verhindert!
108. Zit. Nach Langbein, S. 387. Das Aktenzeichen der Vernehmungsprotokolle: 2 Js 2484/55, Landgericht Kiel
109. Freilich wurden auch Frauen nach dem Sterilisationsversuch vergast. Vgl. B. Baum: Widerstand in Auschwitz, Berlin 1957, S. 46
110. Lindemann, die Sterilisierungsmethoden bei der Frau, MMW 1976, S. 906
111. In der Gesundheitsbehörde Hamburg liegt eine im Jahr 1947 beglaubigte Abschrift. Wie Lindemann allerdings auch noch 1945 promoviert haben will, ist uns schleierhaft. Vielleicht gehört er zu jenen Ärzten, die für ihren Einsatz an der Ostfront mit dem Dr.med. belohnt wurden?
112. R.P. Lueken, A. Gallinat: Privatdozent Dr.med. Hans-Joachim Lindemann 60 Jahre, in: Hamburger Ärzteblatt, 7/80, S. 274
113. Auf jeden Fall wurde er noch voll mit der Doktrin des ärztlichen Verbrechens vertraut gemacht: als Lindemann Medizin zu studieren angefangen hatte, war die 'Rassenbiologie' zu einem Pflicht-Hauptfach geworden.
114. Vgl. beispielsweise: Der Fall Clauberg: Die Wunden werden aufgerissen, in: Stern, H. 3/57
115. Vgl. Sehn, S. 31
116. Nämlich durch Laparoskopie und Koagulationssonde: durch einen kleinen Bauchschnitt wird die Fiberglasoptik vorgeschoben, die Eileiter werden aufgesucht und durch hochfrequenten Strom verkocht.
117. Lueken, Gallinat, a.a.O.
118. Vgl. zu diesem analytischen Konzept Ulrich Schultz: Soziale und biographische Bedingungen medizinischen Verbrechens, in: Autonomie, Sonderheft Nr. 2, Referate und Dokumente zum Berliner Gesundheitstag, S. 50
119. Vgl. Schultz, passim

Zur Kontroverse ums Krankschreiben

Dokumentation und historische Notizen

Das Problem ist so alt wie die Sozialversicherung. Durch die Schinderei zu Beginn der Industrialisierung fielen große Teile der Arbeiterklasse durch Krankheit aus der Produktion und ins Elend. Bismarck hoffte damals – erfolgreich – auf eine Integration der sozialistischen Forderungen in ein staatliches Versicherungssystem.

Seither besteht eine Situation, in der ^{der} Versicherte eine Erkrankung, die zur Arbeitsunfähigkeit führt, vom Kassenarzt bestätigen lassen muß. Arbeitsunfähigkeit setzt eine Krankheit voraus, die nachweisbar oder glaubhaft sein soll. Diese Krankheit soll unter anderem durch Nichtarbeit gebessert werden können.

Wir haben somit in der Krankenversicherung die gesellschaftliche Anerkennung der Nicht-Arbeit als therapeutisches Prinzip. Das ist gut so!

Der diesem Prinzip gegenüber aufgeschlossene Arzt steht allerdings seither in einem Dilemma: Wenn er Krankheit ganz all-

gemein als Rebellion gegen übermäßige Belastungen auffaßt, und zwar als unbewußte, so sieht er in der Sozialversicherung die Möglichkeit gegeben, mit der Attestierung einer solchen Krankheit auch bewußt zu rebellieren. Bei den zahlreichen Arbeitsbelastungen, die nachgewiesenermaßen zu Krankheit führen können, wird solch ein Arzt im Rahmen einer umfassenden Prophylaxe das oben genannte Prinzip vertreten können. Prophylaxe wird somit zum Argument, um dem Dilemma der Unterscheidung zwischen bewußter und unbewußter Rebellion zu entgehen.

Mediziner schätzen, daß 80 % der Patienten, die einen Arzt aufsuchen, an sog. psychosomatischen Krankheiten leiden, davon nicht wenige als Folge von Konflikten, die mittelbar oder unmittelbar aus der Arbeit herrühren. In dem Maße, in dem den Kranken Lösungsmöglichkeiten am Arbeitsplatz genommen,

verboten und vorenthalten oder durch Delegationen versperrt werden, wird das Heer der manifest oder latent Kranken sich vergrößern. Bewußte Krankheit, d.h. bewußte Arbeitsunfähigkeit, ist zum Teil als Eingeständnis zu werten, daß der Betreffende sich unfähig fühlt, auf andere Art die Nicht-Arbeit durchzusetzen, zum Teil als Versuch, der kompletten Auspowerung zu entgehen.

Die Entscheidung über Arbeitsunfähigkeit ist subjektiv und liegt primär beim Versicherten. Sie muß vom Arzt bestätigt werden. Damit sind Ärzte historisch zum Kontrollorgan der Subjektivität ihrer Patienten geworden, eine Tatsache, die ganze Ärztegenerationen zur Abschaffung der sozialtechnischen Kontrollaspekte in der Krankenversicherung rufen ließ. Der Ruf war allerdings nie sehr laut, denn die geistige, kulturelle und arbeitsorganisatorische Nähe zum Unternehmen ließ die Ärzteschaft immer wieder zum Büttel des Kapitals werden. Mit Ausnahmen natürlich.

Der Krankenstand wird, seit die Kompetenz, über Arbeitsfähigkeit zu urteilen, den Ärzten zugesprochen wurde, immer wieder zum Gegenstand nichtmedizinischer Überlegungen und Einflußnahme.

Es läßt sich feststellen, daß unabhängig von ökonomischen Krisen, aber sicher verstärkt während solcher, die Kontrolle über die Arbeitsunfähigen stets rücksichtslos ausgeübt wurde. Während ausgeprägter Krisen vollzog sich in diesen Kontrollmaßnahmen ein hemmungsloser Klassenkampf von oben unter flankierendem Placet von ärztlichen Hilfstruppen, die eher in den Spitzen der Standesorganisationen als an der Basis zu suchen sind. Die Beeinflussung des Krankenstandes aus nichtmedizinischen Gründen oder nicht Gesundheit beabsichtigenden Motiven soll Gegenstand dieser ausschnittweisen Dokumentation sein.

Im Bewußtsein, daß Teile der Arbeiterklasse, vor allem der Rüstungsindustrie, die Produktion boykottieren könnten, ergingen 1914 eindeutige Forderungen des Vorstandes des Vereins der freigewählten Kassenärzte an seine Mitglieder:

»Für arbeitsunfähig sind während der Dauer des Krieges nur solche Kassenmitglieder zu erklären, die deutlich objektive Merkmale einer Krankheit aufweisen ...«

(Deutsche Medizinische Wochenschrift 35/1914 S. 1695)

Während des Verlaufs des ersten Weltkrieges zeigte sich in der Tat ein enormer Anstieg des Krankenstandes. Die Forderung nach objektiven Merkmalen schloß weitgehend alle psychogenen Erkrankungen aus, die seit dem WK I als Neurosen diffamiert und mit Feigheit gleichgesetzt wurden.

Frauen, Kinder und Gebrechliche wurden der Kriegswirtschaft zugeführt. 1918 machte sich unter den in der Rüstung Beschäftigten eine allgemeine Kriegsmüdigkeit, z.T. als aktive Sabotage, breit. In einer »Vertraulichen Aussprache« noch im Oktober 1918 zwischen Vertretern der Regierung, der ärztlichen Standesorganisationen und der Krankenkassen kam man überein – um Arbeitsunfähigkeit weitgehend auszuschließen –, die Kassenvorstände anzuweisen, sie sollten »die ihnen angehörenden Kassen entsprechend beeinflussen«.

Die Ärzteorganisationen verpflichteten sich, »auf die ärztlichen Lokalvereinsdahin (zu) wirken, überall da, wo es noch an Nachuntersuchungskommissionen fehlen sollte, solche sofort einzurichten und da, wo sie bereits bestehen, ... zur gewissenhaften und sachgemäßen Arbeit anzuhalten.«

(Vgl. »Gehäufte Krankmeldungen von Arbeitern in kriegswichtigen Betrieben«, in: Ärztliche Mitteilungen 40/1918 S. 379) Unternehmer und Krankenkassen verstärkten in der Nachkriegszeit den Druck auf die Krankenziffern. Nach der Vossischen Zeitung vom 30.5.27 hatte Ernst von Borsig gefordert, daß der Sozialpolitik Grenzen gesetzt werden müßten. Die Krankenversicherung sei Schuld daran, wenn die Zahl der

Krankheitsfälle steige, denn sie lähme die Tatkraft des Einzelnen. Borsig kritisierte auch die Kassenärzte, weil sie oft gewissenlos handeln und die Versicherten unbedenklich für arbeitsunfähig erklären würden. (Vgl. I. Winter: Die Notverordnungen und die kommunistische Gesundheitspolitik in den Jahren von 1929 bis 1933 in: Arzt und Gesellschaft, Jena 1970 S. 99 f.)

Als im Januar 1926 der Reichsausschuß für Ärzte und Krankenkassen tagte und über die Krise beriet, in die die Krankenkassen durch den steigenden Krankenstand geraten waren, war das Ergebnis ein Abkommen zwischen Ärzten und Kassen, das der Kasse im Zweifelsfall die Anordnung einer zusätzlichen Nachuntersuchung durch den Vertrauensarzt ermöglichte, ohne die Zustimmung des behandelnden Arztes einholen zu müssen. Weiter wurde vereinbart, daß die Kassen regelmäßig der ärztlichen Standesorganisation darüber berichteten, welche Ärzte Atteste über Arbeitsunfähigkeit ausstellten und in welchem Umfang, damit notfalls gegen diese Ärzte vorgegangen werden könne. (Vgl. »Der Kassenarzt« 4/1926, S.1)

Das äußerst schwierige Verhältnis zwischen Kassen und Ärzten kann hier nicht im einzelnen erläutert werden. Es ist jedoch wichtig festzustellen, daß Teile der Ärzteschaft diese Verschärfung der Kontrollmaßnahmen mißbilligten und durchaus Boykottwege beschritten.

Auf den Abbau von Sozialleistungen zielte auf dem 32. Krankenkassentag in Breslau 1928 die Forderung, Krankengeldzahlung nur bei objektiv nachweisbarer Arbeitsunfähigkeit zu zahlen, die zusätzlich durch einen Vertrauensarzt zu bestätigen war. Regreßpflicht drohte dem Kassenarzt, der »fahrlässig« Arbeitsunfähigkeit bescheinigen würde. (Vgl. Rote Fahne vom 7.8.1928)

Während der Weltwirtschaftskrise wurde die Jagd auf Kranke brutal verschärft. Im Rahmen der Brüning'schen Notverordnung vom 26.7.30 wurden im Absatz 48 die Aufgaben der Vertrauensärzte festgelegt. Dazu schrieb der Arzt Ernst Cohn in »Proletarische Sozialpolitik«, 1930, S.336 ff.:

»Bestrebung der Regierung und der Krankenkassenbürokratie ist es, die infolge der Durchführung der kapitalistischen Rationalisierung und der allgemeinen Verschlechterung der Lebensbedingungen stark vermehrte Krankheitshäufigkeit und verlängerte Krankheitsdauer auf ein Mindestmaß herunterzudrücken. Aus diesem Grunde Einführung der Gebühr für den Krankenschein, der Beitrag für die Arzneimittel, die Verlängerung der Karenzfrist, vor allen Dingen aber auch die Verschärfung des Kontrollapparates der Kassen und ungeheuerliche Machtfülle für die »Vertrauensärzte«. Das ist kein Zufall, denn schon in der Vergangenheit haben sich diese Vertrauensärzte in der Rentenquetsche und Krankenversorgung als die besten Hüter der Kassen bzw. anderer Versicherungsträger gezeigt.«

Über das Verhalten der Vertrauensärzte berichtet Cohn aus dem 67. Jahresbericht der gemeinsamen Betriebskrankenkassen für die Maschinenfabriken und Gießereien der Stadt Chemnitz für das Jahr 1929:

»Von den im Berichtsjahr zur Nachuntersuchung bestellten 5319 Kranken wurden 2501 für arbeitsfähig befunden. Das sind 47 %.«

Mit Beginn des Nationalsozialismus ist eine Zäsur, aber nur eine scheinbare, festzustellen. Die Sozialpolitik und damit das Sozialversicherungssystem werden vom Regime zum Disziplinierungskorsett der 'Leistungsgemeinschaft' gemacht. Krankheit und Arbeitsunfähigkeit sollen ihrer subjektiven Wurzeln beraubt werden. Gesundheit wird zur Pflicht. Massive Propaganda fordert den freiwilligen Verzicht auf Subjektivität, und da dies nicht fruchtet, kündigt das Regime schon ab 1934 eine Reihe von Sanktionen an. Roth sagt in einem Thesenpapier: »Soziale Subjektivität geriet immer klarer in den Zustand des Verbotenen selbst, wurde selbst zum Inhalt des Verbotenen, zur Krankheit, um Überleben zu garantieren.«

Der bereits im Rahmen der Notverordnungen verschärfte Vertrauensärztliche Dienst wird 1936 in einer Debatte, die alle Ressorts erfaßt, erneut effizienter strukturiert. Ein Blick auf die Zahlen des Statistischen Reichsamtes hat dann die Reichsgesundheitsführung, die Regimeführung und das Arbeitsministerium auf die Ineffektivität des Vertrauensärztlichen Dienstes hingewiesen. Mit einer brutalen begrifflichen Erweiterung der Arbeitsfähigkeit zur 'Arbeitseinsatzfähigkeit' wurden »Simulanten«, Sieche, Teilerwerbsunfähige in die Rüstungsproduktion gezwungen. Eigens dafür geschaffene 'Arbeitseinsatzärzte' fanden stets einen geeigneten Arbeitsplatz für die Betroffenen.

Tabelle I gibt den sich rapide verschlechternden Gesundheitszustand der Bevölkerung wieder. Sie zeigt die jährlichen Krankheitstage, bezogen auf 10.000 Versicherte, von 1937 bis 1939:

1937: männl.	111274	weibl.	110061
1938: männl.	120955	weibl.	115029
1939: männl.	135754	weibl.	123221

Die Zahl der Krankheitstage erhöht sich binnen zweier Jahre um über 20 %! Wohlgemerkt, nachdem sich der Vertrauensärztliche Dienst personell und in seiner Kontrollfunktion erweitert hatte.

Die durchschnittliche Dauer pro Krankheitsfall (in Tagen) verkürzte sich allerdings. (Vgl. J. Tennstedt: Sozialgeschichte der Sozialversicherung, Stuttgart 1976, S.475). Tabelle II macht dies deutlich:

1937: männl.	26,4	weibl.	29,1
1938: männl.	25,3	weibl.	28,0
1939: männl.	24,5	weibl.	26,6

Die versicherte Bevölkerung erkrankte also öfter bei kürzerer Dauer pro Krankheit.

Diese Tendenz wurde von verschiedenen Stellen seismographiert. Die Reichstreuhand der Arbeit registrierten in ihren 'Sozialberichten' zunehmend eine Neigung der Arbeiter zu »unberechtigtem Krankfeiern« (T.W. Mason, Arbeiterklasse und Volksgemeinschaft, Opladen 1975, passim). Über »Gefälligkeitsatteste« der Ärzte wird immer wieder Beschwerde geführt (ebd.). Die Konsequenz war für die Reichstreuhand in ihrem Sozialbericht (3. Vierteljahr 1938):

»Eine aufklärende Anweisung an die Ärzte über die Notwendigkeiten, die sich aus der gegenwärtigen Arbeitseinsatzlage ergeben, durch die Reichsärztekammer dürfte erwägenswert sein.« (Mason, ebd., Dok. 147)

Der stellvertretende Reichsärztführer Bartels reagierte prompt. Im Dezember 1938 ordnete er an: »Die Ausstellung privatärztlicher Zeugnisse über Arbeitsunfähigkeit bzw. Arbeitsfähigkeit oder Arbeitsbeschränktheit Arbeitssuchender ist unzulässig und hat zu unterbleiben!«

Diese Beurteilung war inzwischen Sache von Arbeitseinsatzärzten geworden, die bei allen Landesarbeitsämtern eingesetzt wurden. Bedingt durch die mangelhafte Ernährungslage, durch Tagesarbeitszeiten von 12 Stunden und mehr und durch relativ niedrige Reallöhne suchten Männer wie Frauen Arbeitspausen durch Krankheit zu erreichen. Die Klagen der Reichstreuhand der Arbeit nahmen zu: »In einer Verkaufsstelle in Münster i.W. haben z.B. an einem Sonnabend von etwa 60 weiblichen Gefolgschaftsmitgliedern 20 gefehlt, die sämtlich ein Attest über 'nervöse Überreizung' beigebracht haben.«

Der Auszug aus den sozialpolitischen Berichten der Reichstreuhand für das 1. Vierteljahr 1939 dokumentiert sehr anschaulich, in welcher Breite Krankfeiern zum Instrument individuellen Widerstands wurde (vgl. Dok. Nr.21 im Anhang).

Der menschenlebenverachtende Grundkonsens des Nationalsozialismus, wie er im Expansionskrieg,¹¹ Sterilisierungs- und Euthanasieprogrammen zum Ausdruck kommt, verlagert sich im Krieg zunehmend auf die Gesundheitspolitik als Trägerin des 'Ausmerz'-Konzepts. Vernichtung, Ausführung und Androhung von Leibesstrafen setzen eine innige Ehe von Regime und Teilen der Ärzteschaft voraus.

Der Versuch, soziale Subjektivität auf diese Weise einzukreisen und womöglich auszulöschen, Kopf und Körper allein in der Funktion von Arbeitskraft erstarren zu lassen, bringt bei den davon betroffenen Schichten ein politisiertes Verhältnis von Krankheit/Gesundheit hervor. Wer bei diesen Umständen nicht krank wird, ist krank.

Obwohl Widerstand gegen die Belastungen des Krieges überwiegend auf einer individuellen, informellen Ebene abläuft – deportierte ausländische Arbeiter und Arbeiterinnen organisierten einen massenhaften Absentismus –, steigt die Zahl der Fehlzeiten rapide an. Brutale Verfolgungen von »Bummelanten« ist die Antwort des Regimes. (Vgl. Dok. NR. 2.1-2.4. im Anhang)

Die Entwicklung des Krankenstandes von Ausländern zeigt gerade nach Stalingrad eine enorme Steigerung: »Die Krankheitsrate für westliche Fremdarbeiter stieg von 1,5 oder 2 % auf 9 oder 10 %, wohingegen die der Ostarbeiter sich von 4 % auf 12 oder 14 % erhöhte – annähernd doppelt so hoch wie die der deutschen Arbeiter« (Zit. nach Edward L. Homze, Foreign Labor in Nazi Germany, Princeton 1967, S. 253).

Mit dem Gesetz über die Behandlung Gemeinschaftsfremder hatte das Regime ein gefürchtetes Instrument geschaffen, nach dem »Bummelanten«, »Arbeitsscheue« usw. der Gestapo überstellt wurden. Und das bedeutete Verhöre, Knast, KZ. So ist jedenfalls teilweise die trotz Mangelerkrankung, Arbeitshetze und Luftkriegsbedrohung noch relativ niedrige Krankenziffer der Deutschen erklärlich. (Vgl. das »Gesetz über die Behandlung Gemeinschaftsfremder« in: Sicherheitsverwahrung, Autonomie Sonderheft 1, S. 53 f.)

Die Reichsführung der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) begnügte sich durchaus nicht nur mit Appellen wie dem Grotes in Wien 1940 (vgl. Dok. Nr. 3,3 im Anhang.) Da eine Personalunion zwischen Reichsärztführung, KVD und Reichsärztekammer bestand, die zusätzlich noch identisch war mit der gesundheitspolitischen Führung der NSDAP, schien eine postwendende Antwort auf die steigenden Krankenstände gewährleistet. Offensichtlich funktionierte das Weisungsrecht dieser Instanzen jedoch nicht.

Folglich relativiert der Reichsgesundheitsführer Conti die Gründe für die Erhöhung der Krankenstände. Einmal, um dem Vorwurf mangelnder Kontrolle der Ärzteschaft zu begegnen, zum anderen, um den Druck des Leiters der Deutschen Arbeitsfront auszuweichen, der zur Effektivierung der Leistungskontrolle sein Betriebsarztmodell immer weiter auszudehnen begann. (Vgl. Schreiben Dr. L. Contis vom 31. 3. 1942 an die Leiter der Gauämter für Volksgesundheit der NSDAP, Betrifft: Krankenstand, BA Koblenz, R 18/3785; abgedruckt in: Medizin und Nationalsozialismus, Autonomie Sonderheft 2, Juli 1980, S. 17) Mit der Erweiterung seines Betriebsarztkonzepts verfolgte DAF-Chef Ley mehrere Ziele: Propagandistisch sollte durch ärztliche Für- und Vorsorge der Eindruck umfassender betrieblicher Betreuung durch die DAF entstehen. Der eigentliche Zweck jedoch lag darin, krankheitsbedingte Ausfallzeiten auf ein Minimum zu drücken, den Leistungsfanatismus zu fördern und den sog. »Leistungsknick« um das 40. Lebensjahr in ein höheres Alter zu verschieben.

Im Kriege gingen dann auf die Betriebsärzte zuerst kassenärztliche Funktionen, ab 1942 auch vertrauensärztliche über. Das bedeutete die Abschaffung der freien Arztwahl. (Vgl. Dok. Nr. 4.1.-4.2. im Anhang) Die Betriebsärzte wurden vielfach zu brutalen Gesundheitschreibern. Eine Tendenz zeichnete sich ab, die 1944 ihren Höhepunkt erreichte: Mit der weitgehenden Abschaffung der Krankschreibung wurde zwangsläufig auch Krankheit beseitigt. Daß sich Arbeiter und Arbeiterinnen der Rüstungsindustrie davon unbeeindruckt zeigten, belegt ein Geheimbericht über die Krankenziffern in Mannheimer Betrieben. (Vgl. Medizin und Nationalsozialismus, a.a.o., Dok. 9, S. 18) Darin fragt der Wehrkreisbeauftragte XII angesichts der Zunahme des Krankenstandes: »Sollten in den unter a genannten Betrieben (Rüstung) die Gefolgschaftsangehörigen, ohne selbst hiervon bewußt zu werden, Beeinflussungen unterliegen, die als politisch zu bewerten sind?«

Der Vertrauensärztliche Dienst war wegen kriegsbedingter personeller Verringerung längst zu »mobilen Auskammaktionen« übergegangen. Stichprobenartig wurden sämtliche Kranke z.B. einer Betriebskrankenkasse vorgeladen und nach einer Untersuchung, die kaum mehr als drei Minuten in Anspruch nahm, rücksichtslos zur Arbeit geschickt.

Mit der weiteren Zentralisierung der gesundheitspolitischen Macht in den Händen des »Generalkommissars des Führers für das Sanitäts- und Gesundheitswesens«, Karl Brandt, kam es zu einer perfiden Allianz zwischen Speer, dessen Gesundheitsbeauftragten Poschmann und dem von Brandt eingesetzten Auskammerarzt Gutermuth. Ihre Gesundheitschreiberei, die noch mit 2.- RM Kopfgeld pro Kranken belohnt wurde, rief dann sogar den Widerstand der Gauleiter hervor. Sie wandten sich an Bormann, der die Klagen nebenbei zur Abrechnung mit dem ihm verhaßten Brand verwandte. (Vgl. Dok. 6.3. im Anhang)

1944 schaltete sich Ley wieder heftiger in die Debatte um die Senkung der Krankenstände ein. Er sah seine Chance angesichts des Dauerkompetenzstreits zwischen Brandt und Conti. (Vgl. Dok. Nr. 4.4. im Anhang)

Er forderte die Einführung eines differenzierten Bestrafungssystems u.a. für Kranke, denen er mangelhafte Einstellung zum »Leistungssozialismus« unterstellte. Sie gehörten ausgegrenzt, ausgemerzt.

Unter der technokratisch-brutalen Regie Speers, der ärztlichen Kriterien der Beurteilung von Arbeitsunfähigkeit offensichtlich mißtraute, kam es gegen Kriegsende zur Einführung sog. Arbeitseinsatzingenieure, die als Nichtmediziner Programme zur Senkung der Krankenstände entwickeln helfen sollten. (Vgl. Dokr. Nr. 6. im Anhang) Ihr Zynismus, gerade Ausländern gegenüber, kann nicht mehr übertroffen werden.

Die Interpretation der Krankenstände während des Nationalsozialismus läßt sicher nicht den Schluß zu, daß in der Krankheit eine breite Waffe gegen das Regime gelegen hätte. Dazu waren die Einflüsse durch Leitungshetze, Bombenkrieg und 12-Stunden-Tag allein schon zu krankmachend, um eine Differenzierung zuzulassen. Aus den Häufungen ähnlicher Diagnosen, der vorzugsweisen Steigerung der Krankenziffern in der Rüstungsindustrie und der Tatsache, daß im Krankheitsfalle der Arzt nicht aufgesucht wurde, sondern einfach unentschuldig gefehlt, läßt sich jedoch mit Vorsicht herleiten, daß der Absentismus Boykottcharakter annahm. Die sich ständig verschärfende Verfolgung Kranker scheint dies zusätzlich zu belegen. Die Tendenz des Regimes, Krankheit mit sozialer Abweichung oder Unangepaßtheit gleichzusetzen, kommt auch darin zum Ausdruck, daß während des Krieges in Deutschland die »soziale Therapie« gegen Erkrankungen eingesetzt wurde, die dem psychosomatischen Formenkreis zugeordnet werden müssen. Soziale Therapie verlagerte den Grund einer Erkrankung in das Individuum, stellt ihn als Folge mangelnder Angepaßtheit hin, konstatiert ein Verschulden des Erkrankten.

Nach dem 2. Weltkrieg wurden die Kontrollinstanzen der Arbeitsunfähigkeit allmählich entschärft. Sie blieben im wesentlichen als Institutionen jedoch erhalten. Heute können sie sich über eine erneute Blüte freuen.

In bezug auf die Krankenstände ist die Nachkriegszeit anfangs gekennzeichnet von der aus den USA übernommenen Diskussion soziologischer Analysen von Subjektivität der Fehlzeiten. »Das Phänomen der Krankmeldung des Arbeitnehmers erscheint nicht mehr nur als ein rein medizinisches oder vorwiegend ökonomisches, sondern auch als soziales Problem.« (Stirn, Paul u.a., Der Aussagewert des Krankenstandes, Köln, 1963, S. 11)

Eine Flut von Literatur überschwemmt den Markt. Allen gemeinsam ist, daß sie nicht nach Ursachen von Erkrankung fragen, sondern nur noch nach den Einflüssen, die auf Patienten und Arzt bei Feststellung der Arbeitsunfähigkeit wirken. Das Verhalten beider sowie die Wechselwirkung zwischen ihnen begründet die Sozialfunktion des Krankenstandes. Dort lägen auch die Ansätze zur Verringerung des Krankenstandes.

Seit 1955 registrieren wir wieder ein Ansteigen der Arbeitsunfähigen. Das heißt noch vor Einführung des Lohnfortzahlungsgesetzes.

Die Unternehmerpresse registriert diese Tatsache. In »Der Arbeitgeber«, 1963, S. 424, S. 619, warnen die Unternehmer vor einem »weiteren Ansteigen der Krankenziffern« und fordern einen »der gesamten Volkswirtschaft zuträglichen Krankenstand«. Sie lassen Kellner im Zusammenhang mit den volkswirtschaftlichen Kosten von »verschleuderten Milliarden« sprechen. Der DGB wendet sich anläßlich der Debatte um das Lohnfortzahlungsgesetz 1963 gegen die von der Bundesregierung geforderte »Verschärfung des Vertrauensärztlichen Dienstes«, hält jedoch eine »sinnvolle, gründliche Nachuntersuchung durch den Vertrauensarzt für grundsätzlich richtig, zweckmäßig und vertretbar«.

Die Begründung für die Kontrolluntersuchungen klingt abenteuerlich: Sie seien nämlich notwendig, weil weder die erkrankten Arbeitnehmer noch deren behandelnde Ärzte in corpore die Verantwortung für den Krankenstand übernehmen könnten. Als ob sie bei dem sich erweiternden Spektrum von Erkrankungen überhaupt eine Verantwortung hätten! Zutiefst unmoralisch, wie anders soll man es nennen?, erklärt Direktor Jungbluth, Salzgitter, den unveränderten Standpunkt der Unternehmer zu psychosozialen oder psychomatischen Erkrankungen (aus: Der Aussagewert, op. cit. S. 100): »Es kommt hinzu, daß gemäß den Auslassungen vieler kompetenter Ärzte heute mehr als die Hälfte jener Patienten, die die Wartezimmer der Ärzte füllen, in irgendeiner Weise an vorder- oder hintergründigen psychischen Defekten leiden.

Hier setzen aber bereits die Zweifel ein. Während der entzündete Blinddarm, das durchgebrochene Magengeschwür ... unbestrittene Erscheinungen sind, wird für den gesunden und robusten Menschen der »psychische Defekt« schon irgendwie verdächtig, etwa so, wie in der Vergangenheit die Hysterie und die zu häufigen Ohnmachten neigende Dame den naturverbundenen Menschen zu empörtem Widerspruch herausforderte ... In dieser Atmosphäre wird die Bereitschaft zur Hinfälligkeit und zum schwächlichen Kränkeln sicher eher gefördert werden, wenn kein materieller Verlust zu befürchten ist.

Insofern haben sicher unsere alten und neuen Sozialgesetze zu einer Schwächung der Bereitschaft beigetragen, mit Aufbietung eigener Energien anfänglichen Symptomen und kleinen Leiden entgegenzutreten. Das zeigt sich in besonders zunehmendem Maße bei jüngeren Menschen, also in solchen Altersklassen, die biologisch die gesündesten und stärksten sein müßten.«

Das ist blanker Sozialdarwinismus. Die biologistische Schule der Nazis blickt aus jedem Wort.

In der langen Geschichte unternehmerischer Aktionen zur Senkung des Krankenstandes und zur Diffamierung Kranker (zur Unternehmeroffensive in der Krise 1967/68 vgl. Dok. Nr. 7.1.1 im Anhang) bildet die im Jahre 1980 als Sonderrundschreiben verschickte Broschüre über Fehlzeiten und deren Bekämpfung nur für die Gewerkschaften einen Paukenschlag. Nach Lambsdorffs Empfehlung, japanische Arbeitsintensität in der BRD umzusetzen, haben die Unternehmer – konzer tvierte Aktion! – zu einer Jagd auf Kranke aufgerufen. »Gesamtmetall« unterrichtet angeschlossene Betriebe darüber, wie Fehlzeiten erfaßt, die Ursachen ermittelt und diese beeinflußt werden können. Unter allgemeinen Maßnahmen gegen Fehlzeiten heißt es dort:

»VII. Allgemeine Maßnahmen gegen Fehlzeiten wegen Arbeitsunfähigkeit:

1. Auch Betriebe, die bisher nicht verpflichtet sind, einen Werksarzt zu beschäftigen, sollten prüfen, ob sie ihre Belegschaft werksärztlich betreuen lassen wollen.

2. Es empfiehlt sich, mit behandelnden Ärzten Kontakt zu pflegen, und zwar in sachlicher Weise möglichst auf Geschäftsleitungsebene. Betriebsbesichtigungen können die ärztlichen Vorstellungen objektivieren. (Als aktuelles Beispiel dazu vgl. Dok. Nr. 7.3. im Anhang).

Läßt sich ein Arzt im Einzelfall eine konkrete Pflichtverletzung zuschulden kommen, ist eine Beschwerde bei der Ärztekammer oder der kassenärztlichen Vereinigung möglich; in derartigen Fällen sollte der Verband rechtzeitig eingeschaltet werden. 3. Mit den Krankenversicherungsträgern, insbesondere der AOK, aber auch Ersatzkassen sollte laufend Kontakt gehalten werden, um den Austausch von Informationen sicherzustellen und etwa notwendige Maßnahmen abstimmen zu können.«

Das sind nun sicher keine neuen Hüte. Allein das Tempo der Reaktion der Unternehmer erstaunt (vgl. Dok. Nr. 7.5. im Anhang), Schwarze Listen von Kassenärzten, deren Urteil zu mißtrauen sei, sind vor Jahren schon in Pinneberg und in Köln öffentlich geworden (die Kontroverse darüber ist so bekannt, daß wir sie hier nicht zu dokumentieren brauchen), und der Vorsitzende der kassenärztlichen Vereinigung Berlin sammelt ohne Wissen der betroffenen Ärzte Angaben über deren Verhalten in bezug auf Krankschreibungen. Wie intensiv hinter den Kulissen um die Krankschreibung gestritten wird, zeigen Ausschnitte aus den Rundschreiben der Hamburger Kassenärztlichen Vereinigung (vgl. Dok. Nr. 7.2. im Anhang).

Ein besonderes Anliegen ist es »Gesamtmetall«, die Unternehmer und ihre Personalstellen darauf hinzuweisen, daß sie häufiger von der Anzweiflung der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigun-

gen Gebrauch machen sollten, denn: »Eine ordnungsmäßig ausgestellte ärztliche Bescheinigung hat einen hohen Beweiswert, sie begründet aber keine gesetzliche Vermutung für die behauptete Erkrankung«. (Ebd.) Deshalb werden die Unternehmer mit einer Sammlung von Gerichtsurteilen ausgerüstet, die ihre Prozeßfreudigkeit erhöhen soll.

Das praktische Vorgehen, das die Broschüre empfiehlt (vgl. Dok. Nr. 7.5. im Anhang), erinnert die IG Metall in ihrer Einschätzung an eine deutliche Anlehnung ans Strafgesetzbuch; die Sprache des Sonderrundschreibens sei die des Verfassungsschutzes. Ob die von der IG Metall vorgeschlagenen Abwehrmaßnahmen, nämlich anzuprangern und aufzudecken, die adäquate Antwort auf diese »Jagd auf Kranke« darstellen, muß bezweifelt werden. Die eigene Verstrickung in juristische Klärungen wird die Arbeitsgerichte überlasten und den betreffenden Kollegen, wenn sie nicht schon im »Sozialgespräch« weichgeklopft wurden und ihre eigene Kündigung wegen häufiger Erkrankungen unterschreiben, das Gesicht der Klassenjustiz vor Augen führen. Zum Abschluß der Dokumentation bringen wir noch eine Reihe von Schreiben, die die zynische Strategie der Unternehmer veranschaulicht. (Vgl. Dok. Nr. 7.6. im Anhang)

Im Kern dieses Angriffs, dieses Klassenkampfes von oben, steht die Ausgrenzung der »Nichtverwertbaren«, der Verbrauchten. Im Zeichen der Krise werden planmäßig Sozialleistungen demontiert. So wie überhaupt im Gesundheitswesen die Daumenschrauben der Kostensenkung probiert werden, wird die »arbeitsrechtliche« Erkrankung fortschreitend zu diffamieren, zu kriminalisieren gesucht. Das ohnehin schon erheblich belastete Arzt-Patienten-Verhältnis kann keine Verschärfungen ärztlicher Kontrolle mehr aushalten. Gerade deshalb ist ein parteilicher Schutz des Restes an Beziehung erforderlich. An dieser Stelle kann man nicht versäumen, auf alle die Arbeiter hinzuweisen, die trotz Erkrankung und aus Verlustangst weiterarbeiten; sie tauchen in keiner Statistik auf außer in der der Frührentner, der Krankenhauspatienten, in den psychiatrischen Landeskrankenhäusern und Sterbeziffern. Auch die durch die an Krankheit interessierten Instanzen forcierte Computerisierung, die zu einem lückenlosen Bild der Belastbarkeit führen soll und die im Vorfeld der Erkrankung »Anbrüchigen« ausscheidet, stellt in letzter Konsequenz die Aufhebung der freien Arztwahl dar. Denn Ärzte werden nur noch benötigt, um die Computerdaten zu verknüpfen und gegebenenfalls auszugrenzen.

Dokumente

(Vorbemerkung der Redaktion: Wir bitten diejenigen Leserinnen und Leser, die sich einen genauen dokumentarischen Überblick verschaffen möchten, auch die in »Medizin und Nationalsozialismus«, Autonomie Sonderheft Nr. 2, Juli 1980, auf den S. 9 ff. abgedruckten Dokumente aus der NS-Zeit heranzuziehen. Auf sie wird im obigen Text und in der folgenden Dokumentenbeschreibung hingewiesen. Wir haben aus diesem Sonderheft nur solche Dokumente noch einmal nachgedruckt, deren Lesbarkeit allzusehr zu wünschen übrig ließ).

Dok. Nr. 1: Schon vor der NS-Machtübernahme werden »Wohlfahrtserwerblose« brutal auf den Arbeitsmarkt zurückgetrieben
Interne Richtlinien der Sozialbehörden Hannovers vom 13.1.1933:

1.1. »Vertrauensärztliche Untersuchungen auf Erwerbsfähigkeit und Arbeitseignung«

1.2. »Bescheinigung über Arbeitsunfähigkeit von Wohlfahrtserwerblosen«

Quelle: Bundesarchiv Koblenz (im folgenden: BA), R36/1137

Dok. Nr. 2: Der Kampf gegen »Bummelanten« und »Gemeinschaftsunfähige« als Indiz für die zunehmende Breite des Krankfeierns in der NS-Zeit

2.1. Aus den sozialpolitischen Berichten der »Reichstreuhand der Arbeit« für das 1. Vierteljahr 1939, zit. nach T.W. Mason, Arbeiterklasse und Volksgemeinschaft, Opladen 1975, Dok. Nr. 156, S. 952

2.2. Fluktuation und Bummeln als Hauptproblem der 21. Besprechung der »Zentralen Planung« vom 30. Oktober 1942

Quelle: Nürnberger Dok. 124- R, zit. nach: Der Prozess gegen die Hauptkriegsverbrecher vor dem Internationalen Militärgerichtshof Nürnberg (im folgenden abgekürzt: IMG), Bd. XXXVIII, S. 337 f.

2.3. Die Verschärfung des Problems bis 1944 und erste Versuche der massenstatistischen Erfassung von »Bummelanten«. Aus der 53. Besprechung der »Zentralen Planung betreffend Arbeitseinsatz« vom 16. Februar 1944

Quelle: Nürnberger Dok. 124- R, zit. nach ebenda, S. 347

Dok. Nr. 3: Instrumente zur Kontrolle des Krankfeierns (1): Die Kassenärzte

3.1. Ein Arzt fordert, gegen »Bummelanten« und »humane Ärzte« gleichzeitig vorzugehen.

Heinrich Kluge, Die Auswahl zur Nachuntersuchung, in: Deutsches Ärzteblatt, 67. Jg. 1937, S. 136 f.

3.2. Die Kassenärztliche Vereinigung Deutschlands fordert nach dem Überfall der Nazi-Wehrmacht auf Polen schärfere Maßstäbe zur Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit.

Dr. Grote: Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit, in: ebenda, 69. Jg., Nr. 37, v. 9. Sept. 1939, S.575

3.3. Der Chef der Kassenärztlichen Vereinigung proklamiert im Februar 1940: »Keine Zeit zum Krankfeiern!«

Dr. Grote: Keine Zeit zum Krankfeiern!, in: Ärzteblatt für Berlin, Mark Brandenburg und Pommern, 45. Jg. 1940, Nr. 5, S. 69 f.

3.4. Der zunehmende Krankenstand führt inzwischen 1940 und 1942 zu Auseinandersetzungen innerhalb der gesundheitspolitischen Machtzentren des Regimes, wie er am effektivsten wieder einzudämmen sei. Das ist der Beginn der Entmachtung der Kassenärzte durch Revier- und Betriebsärzte.

– Rundschreiben der KVD Nr. 16/40, vom 26. Juni 1940, an ihre Landes- und Bezirksstellen

– Schreiben der KVD vom 13.4.42 an das Ministerium Speer, Betr.: Ärztliche Betreuung der Belegschaft

Quelle: BA, R 36/1288

Vgl. dazu auch: Medizin und Nationalsozialismus, Autonomie Sonderheft Nr. 2, Dok. 2 ff., S. 10 ff.

Dok. Nr. 4: Instrumente zur Kontrolle des Krankfeierns (2): Deutsche Arbeitsfront und Betriebsärzte

4.1. Die gesundheitspolitischen Machtzentren des NS-Regimes segnen die Kooperation zwischen Vertrauens- und Betriebsärzten zur Bekämpfung des Krankfeierns ab:

Erlaß des Reichsarbeitsministers, betr.: Vertrauensärzte und Betriebsärzte, vom 17. Oktober 1941, in: Deutsches Ärzteblatt, 72. Jg. 1942, Nr.4, S.53

4.2. Die Betriebsärzte avancieren bis 1942 zu behandelnden Kassenärzten und Vertrauensärzten in Personalunion: Undatiertes Schreiben des Leiters des »Hauptamts für Volksgesundheit« der NSDAP aus dem Jahr 1942

Quelle: BA, R 18/3785

Vgl. auch Medizin und Nationalsozialismus, a.a.O., Dok. Nr. 6-9, S.15 ff.

4.3. Eine »Arbeitszeitkartei« der DAF zur sozialtechnischen Erfassung der Krankenstände:

Ein Weg zur Minderung des Fehlstandes im Betrieb, in: Die Deutsche Sozialpolitik, Jg. 1944, S. 41 f.

4.4. Im Interesse des »Leistungssozialismus« beseitigt die DAF die freie Arztwahl:

Anordnung Nr. 25/44 des Reichsleiters der Deutschen Arbeitsfront, vom 8.8.1944

Quelle: National Archives Washington (im folgenden: NAW), T-73, Roll 13 (Reichsministerium für Rüstung und Kriegsproduktion/330)

Dok. Nr. 5: Instrumente zur Kontrolle des Krankfeierns (3): Unternehmer, Speer-Ministerium und der »Generalkommissar für das Sanitäts- und Gesundheitswesen« verschärfen die Kampagnen gegen das Krankfeiern

5.1. Die Unternehmensleitungen schalten sich in die Krankmeldung ein:

Meldung arbeitsunfähig Erkrankter durch Betriebsführer, in: Deutsches Ärzteblatt, 70. Jg. 1940, Nr. 40, v. 8. Oktober 1940, S. 417

5.2. Die gesundheitspolitischen Spitzen des Regimes führen im Februar 1943 erstmals unter der Leitung von Dr. Gütermuth den »mobilen Vertrauensärztlichen Dienst« zur Überprüfung betrieblicher Krankenstände ein:

Vollmachtserklärung des Reichsarbeitsministeriums und des »Reichsgesundheitsführers« für Dr. Gutermuth vom 10.2.1943

Quelle: BA, R 43 II/719.

Vergl. auch: Medizin und Nationalsozialismus, a.a.O., Dok. Nr. 10, S. 19

5.3. Der Leiter der NSDAP-Parteizirkel, Bormann, moniert die Praktiken bei den Kontrolluntersuchungen krankgemeldeter Beschäftigter in der Rüstungsindustrie:

Schreiben Bormanns an den Chef der Reichskanzlei, Lammers, vom 19.2.1944

Quelle: BA, R 43 II/719

5.4. Der Chef der Zivilverwaltung im Elsaß beschwert sich über Gutermuth's rabiate Vorgehensweise:

Schreiben des Chefs der Zivilverwaltung im Elsaß vom 3. März 1944 an die NSDAP-Parteikanzlei in München, Betr.: Kontrolluntersuchung des Beauftragten des Dr. Gutermuth in Straßburg.

Quelle: BA, R 43 II/719

5.5. Zuletzt schaltet sich auch der »Generalbeauftragte für den Arbeitseinsatz«, Sauckel, in die Jagd auf Kranke ein: Zweite Anordnung des Generalbeauftragten für den Arbeitseinsatz zur Sicherung der Ordnung in den Betrieben, vom 23. September 1944

Quelle: NAW, T-73, Roll 13 (Reichsministerium für Rüstung und Kriegsproduktion/330), Abschrift

Dok. Nr. 6: Der »Arbeitseinsatz-Ingenieur« als letzter Trumpf des Speer-Ministeriums bei der Bekämpfung des Krankfeierns

6.1. K. Hempel (Bearb.): Der Arbeitseinsatz-Ingenieur, Loseblattsammlung, Leipzig März 1944 ff.: Titel, Inhaltsverzeichnis

6.2. Dokumente des Zynismus. Beispiele aus Teil II und III der Loseblattsammlung zur Bekämpfung des Absentismus:

– Teil II, S. 18 f.: Maßnahmen zur Senkung des Krankenstandes – Praktische Maßnahmen aus den Bezirken, die Erfolg hatten

– Teil III, S. 30 f.: Krankmeldungen – Ausländergesetz: Überwachung

– Die richtige Kur

– Teil III, S. 39 f.: Kampf dem Fehlstand

– Teil III, S. 43 f.: Maßnahmen zur Senkung des Krankenstandes

Dok. Nr. 7.: Die Bekämpfung des Krankfeierns in der BRD-Zeit

7.1. In der Krise 1966/67 setzen die Unternehmer ihre Betriebskrankenkassen ein:

Vorstand der IG Metall (Hrsg.): Weißbuch zur Unternehmerrationalität, Frankfurt/M. o.J., S. 75-80

7.2. Eine regionale Kassenärztliche Vereinigung von 1978 und 1979 zum Problem der Krankschreibung:

– Rundschreiben der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg, Nr. 18/1978, vom 26.7.1978: Nachträgliche Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit

– ebenda, Nr. 23/1979, vom 31.5.1979: Arbeitsunfähigkeitstage in Hamburg

– ebenda, Nr. 26/1979, vom 30.8.1979: Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen

7.3. Aus dem neuesten Strategiepapier von »Gesamtmetall« zur Koordinierung der Unternehmeraktivitäten gegen den Krankenstand

7.4 Brief einer Verwaltungsstelle der IG Metall an ihre Bezirksleitung vom 16. September 1980, Betr.: Jagd auf Kranke bzw. Kündigungen von leistungsschwachen Arbeitnehmern

7.5. Dem Vorschlag der Unternehmerverbände folgend, läßt eine Firma einen niedergelassenen Arzt zur »Betriebsbesichtigung« ein: Schreiben des Melitta-Konzerns Westberlin, v. 14.11.1980

7.6. Beispiele für den verschärften Unternehmerterror gegen Arbeitsunfähige in Baden-Württemberg

1.1.

Hannover, den 13. Januar 1933

Vertrauensärztliche Untersuchungen auf Erwerbsfähigkeit und Arbeitseignung.

Die Untersuchung kann ein für das Wohlfahrtsamt brauchbares Ergebnis nur haben, wenn zwei Bedingungen erfüllt sind:

1. Der Sachbearbeiter muß bei Ausfüllung des Vordrucks angeben, welchen Zweck die Untersuchung haben soll, was der Wohlfahrtsempfänger behauptet oder beantragt und nach welcher Richtung das Interesse des Wohlfahrtsamtes geht. Diese Angaben sind auch nötig, wenn dem Vertrauensarzt ein privatärztliches Zeugnis zur Nachprüfung vorgelegt wird.

2. Der Vertrauensarzt muß bei seiner Untersuchung den Untersuchungszweck im Auge behalten, das Interesse des Wohlfahrtsamtes vertreten und versuchen, es wenn möglich mit dem Antrage und Wunsche des Wohlfahrtsempfängers in Einklang zu bringen. Bei der Untersuchung kommt es nicht so sehr darauf an, die einzelnen Schädigungen festzustellen, als vielmehr zu prüfen, was der Untersuchte mit den ihm verbliebenen Funktionen anfangen kann."

Eine erschöpfende Darstellung der vorkommenden Untersuchungsfälle kann in kurzer Form nicht gegeben werden. Aus der Verwaltungspraxis werden nachstehend die am häufigsten vorkommenden Fälle geschildert. Vorweg wird bemerkt, daß in der Praxis die Begriffe „arbeitsfähig“ und „erwerbsfähig“ nicht immer scharf genug unterschieden werden.

1. Feststellung der „Arbeitsfähigkeit“ oder der „Arbeitseignung“.

Durch die Untersuchung soll festgestellt werden, ob der Wohlfahrtsempfänger eine bestimmte Arbeit verrichten kann. Die bestimmte Arbeit ist entweder seine Berufsarbeit oder bei Wohlfahrtserwerbslosen eine ihnen

- 3 -

Dabei ist im allgemeinen zwischen Angestellten und Arbeitern zu unterscheiden. Angestellte müssen daraufhin untersucht werden, ob sie in irgend einem Beruf als Angestellte, gleichgültig ob für Arbeiten höherer oder niedriger Art, verwendungsfähig sind. Arbeiter können für schwere Arbeit ungeeignet, für leichte Arbeit s.B. Arbeit im Sitzen oder Beschäftigung als Pförtner, Bote usw. noch geeignet sein.

Bei diesen Untersuchungen ist stets der Grad der Erwerbsfähigkeit in Prozenten anzugeben. Wer sich für jede beliebige Arbeit, die ihm zumuten ist, eignet, ist zu 100% erwerbsfähig. Die entscheidende Grenze liegt bei 33 1/3%. Wer weniger als 33 1/3 % erwerbsfähig ist, gilt als erwerbsunfähig.

Den Anlaß zur Untersuchung gibt meistens der Wunsch des Wohlfahrtsempfängers, besonders alter Leute, sich das Stempelgehen zu ersparen. Das Wohlfahrtsamt hat aber ein Interesse daran, daß die Personen bis zu ihrem 65. Lebensjahre zum Stempel gehen; denn so lange gelten sie als Wohlfahrtserwerbslose und das Wohlfahrtsamt erhält für sie den Reichsauschuß.

Die Frage, „Kann der Wohlfahrtsempfänger stempeln gehen?“ ist ungenau und läßt den Untersuchungszweck nicht erkennen. Wenn die Frage dennoch gestellt wird, hat der Arzt zunächst zu untersuchen, ob der Wohlfahrtsempfänger erwerbsfähig ist, und den Grad der Erwerbsfähigkeit unter Punkt 4 des Vordrucks einzutragen. Ggf. ist unter Nr. 5 hinzuzuführen, für welche Art von Arbeit der Untersuchte sich eignet.

Wird die Erwerbsfähigkeit bejaht, so ist weiter zu untersuchen, ob dem Wohlfahrtsempfänger die Arbeit des Stempelgehens etwa vorübergehend erleichtert oder erlassen werden soll. Es kommt öfter vor, daß Wohlfahrtsempfänger, besonders Frauen, behaupten, sie könnten den weiten Weg zum Arbeitsamt, oder das lange Warten und Herumstehen vor den Schaltern nicht vertragen.

Der

- 2 -

ihnen zugeordnete Pflicht- oder Fürsorgearbeit (vergleiche die von der Hauptstelle für Arbeitsfürsorge gegebene Übersicht). Die Auszahlung der Wohlfahrtsunterstützung kann davon abhängig gemacht werden, daß der Wohlfahrtsempfänger seine Arbeitskraft einsetzt, wenn ihm das Wohlfahrtsamt Arbeitsgelegenheit bietet und wenn ihm die Arbeit nach seinen persönlichen Verhältnissen (Alter, Gesundheitszustand, Berufsausbildung, häusliche Verhältnisse) zugeordnet werden kann.

Den Anlaß zur Untersuchung gibt meistens die Behauptung des Wohlfahrtsempfängers, daß er die bestimmte Arbeit nicht verrichten könne. Als Beweis dafür wird manchmal ein privatärztliches Zeugnis vorgelegt. Der Wohlfahrtsempfänger versucht, auf dem Umwege über die ärztliche Untersuchung von der Arbeit befreit zu werden.

Es kommt aber auch vor, daß das Wohlfahrtsamt selbst die Untersuchung veranlaßt, um für eine bestimmte Arbeit eine geforderte Zahl von Arbeitern stellen zu können.

Bei der Untersuchung muß der Arzt die besondere Eigenart der Arbeit berücksichtigen, s.B. bei Straßenreinigungsarbeiten die Seh- und Hörfähigkeit, bei Mäharbeiten das Mähen an der Maschine ... Gegebenenfalls muß der Arzt vorschlagen, für welche andere Arbeit der Untersuchte geeignet ist, s.B. für mittelschwere Arbeit, für leichte Arbeit, für Arbeit in gedeckten Räumen, für Arbeit ohne weite Wege. Andere Anhaltspunkte gibt der übersandte Vordruck.

Bei dieser Art von Untersuchung braucht also Punkt 4 des Vordrucks (Grad der Erwerbsfähigkeit) nicht berücksichtigt zu werden.

2. Feststellung der „Erwerbsfähigkeit“ - Befreiung von der Stempelkontrolle.

Durch die Untersuchung soll festgestellt werden, ob der Wohlfahrtsempfänger irgend eine beliebige Arbeit verrichten kann, die ihm zumuten ist, insbesondere ob er eine Arbeit beliebiger Art, falls sie ihm vom Arbeitsamt nachgewiesen wird, annehmen kann.

Dabei

- 4 -

Dem Wohlfahrtsamt ist jedoch regelmäßiges Stempeln erwünscht, und ein weiter Weg darf im allgemeinen als Entschuldigung nicht gelten. Der Arzt hat nun festzustellen und anzugeben, ob der Wohlfahrtsempfänger die Stempelkontrolle besuchen kann und wie oft. Der Arzt sollte nur in wirklich dringenden Fällen von der Stempelkontrolle befreien. Denkbar sind folgende Vorschläge des Arztes: „Möglichst selten stempeln“ oder „Einmal wöchentlich stempeln genügt“ oder „Für ... Wochen vom Stempeln befreien wegen ...“. Das Arbeitsamt erkennt einen Wohlfahrtserwerbslosen an, wenn er einmal im Monat noch zur Vermittlungskontrolle erscheinen ist. Im folgenden Monat braucht er, sofern er nachweisbar krank ist, überhaupt nicht mehr zur Vermittlung zu kommen. Bleibt er im dritten Monat wegen Krankheit von der Kontrolle fern, gilt er als erwerbsunfähig.

12.

Beschreibungen über Arbeitsunfähigkeit von Wohlfahrtserwerbslosen

Bei der Einstellung von Wohlfahrtserwerbslosen in die Berufsarbeit nehmen sich die Fälle, in denen Wohlfahrtserwerbslose ärztliche Bescheinigungen verlangen, aus denen hervorgeht, daß sie nicht zur Arbeit herangezogen werden könnten, weil sie bei ihrer erkrankten Ehefrau bleiben müßten oder weil sie an den verschiedensten Gesundheitsstörungen litten. Besonders oft wird Rheumatismus und Magenschleiden bescheinigt.

Es ist bekannt, daß viele Wohlfahrtserwerbslose durchaus nicht den Wunsch haben, zu arbeiten, und sich daher um ärztliche Bescheinigungen bemühen, die ihre Arbeitsunfähigkeit darzulegen sollen. Selbstverständlich kann ein wirklich kranker Mensch nicht arbeiten. Es hat sich aber herausgestellt, daß manche mit ärztlichen Bescheinigungen versehene Wohlfahrtserwerbslose sehr wohl arbeitsfähig waren. Es wird daher dringend ersucht, sich in der Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit Wohlfahrtserwerbsloser die allergrößte Zurückhaltung aufzuwerfen.

Die Arbeitsbeschaffung ist eine Lebensfrage für das deutsche Volk und darf nicht durch arbeitscheue Menschen behindert werden.

2.1.

III.

Die bereits berichteten Ermüdungserscheinungen in über das normale Maß beschäftigten Betrieben haben angehalten. Die Neueinführung von Nachtschichten stößt auf Schwierigkeiten. Auch die Leistung von Überstunden wird des öfteren mit der Begründung der Übermüdung abgelehnt. In Metallbetrieben gibt es Spezialdreher, die seit über 2 Jahren 12 Stunden täglich arbeiten²¹. Diese Männer erklären, daß sie beim besten Willen diese Arbeitszeit auf die Dauer nicht aushalten können.

Andrerseits halten die Klagen über häufige unberechtigte Krankmeldungen an, vor allem im Baugewerbe und in der chemischen Industrie. Über die "Gefälligkeits-Atteste" der Ärzte wird immer wieder Beschwerde geführt. In Fulda sah sich der Führer der dortigen Ärzteschaft veranlaßt, den Ärzten strengste Anweisung hinsichtlich der Ausstellung von Attesten zu geben. Die Betriebsführer in diesem Bezirk lehnen bereits privatärztliche Zeugnisse rundweg ab, da sie erfahrungsgemäß auf Wunsch in jeder Form ausgestellt worden sind. Unzählige Arbeitstage sind durch leichtfertiges Krankschreiben der deutschen Wirtschaft verloren gegangen. Bei Kontrollen mußte vielfach festgestellt werden, daß die "Kranken" zu Hause Holz hackten, ihre Wohnung tapezierten, Wände strichen und in Wirtshäusern saßen oder in einem Falle bei der Reichsbahn mit dem Abladen von Waren beschäftigt waren.

Auch Klagen über Lockerung der Arbeitsmoral werden noch immer vorgebracht. Auf dem im Bau begriffenen Flugplatz Gardelegen

20 Vgl. Dok. 159.

21 Er. Gest. hätte eine solche Arbeitszeit nicht geduldet werden dürfen.

hat der Schachtmeister den Gefolgschaftsmitgliedern erklärt, sie brauchten sich bei der Arbeit auch während seiner Anwesenheit nicht besonders anzustrengen. Daraufhin blieben Gefolgschaftsmitglieder tagelang vom Arbeitsplatz zur Erledigung persönlicher Angelegenheiten fern, ohne daß ein Lohnabzug erfolgte. Ein Übergreifen auf benachbarte Betriebe konnte nicht verhindert werden. Auch über Bummelschichten im Bergbau wird noch immer berichtet. Zahlreiche Gefolgschaftsmitglieder sind am 3. Weihnachtsfeiertage nicht zur Arbeit gekommen, nachdem sie den Lohn für den 2. Weihnachtsfeiertag erhalten hatten. Die Betriebe wurden zur Aufnahme einer Bestimmung in die Betriebsordnung veranlaßt, wonach für unentschuldigtes Fernbleiben ein Schichtlohn als Buße abzuführen ist. Wo Sonderbestimmungen bereits bestehen, scheuen sich allerdings die Betriebsführer häufig[.] die Buße zu verhängen[.] um die Gefolgschaft nicht zu verkümmern²². Gerade auch weibliche Gefolgschaftsmitglieder neigen zu unregelmäßigem Erscheinen bei der Arbeit. In der Fisch- und Süßwarenindustrie im Wirtschaftsgebiet Nordmark fehlen die Arbeiterinnen 1 - 2 Tage in der Woche. Einzelne Betriebe sind bereits dazu übergegangen, ihre Arbeiterinnen nur schichtweise je 3 Tage in der Woche zu beschäftigen, damit sie genügend Zeit für häusliche Arbeit erhalten.

Von Fällen offener Widersetzlichkeit berichtet Hessen. Dort hat in einem Betriebe ein Arbeiter durch widerspenstiges Verhalten seine fristlose Entlassung durchgesetzt. Um ebenfalls eine Entlassung zu erzwingen, schlug daraufhin ein anderer Arbeiter seinen Kameraden mit einem Brett nieder und verletzte ihn schwer. Ein ehrenrächtliches Verfahren ist eingeleitet. Bei derselben Firma haben kurz hintereinander 3 Sabotageakte stattgefunden, indem in die Zylinder reparierter Lokomotiven Schrauben hineingeworfen wurden. Vorstellungen wurden mit der Aufforderung beantwortet, die Löhne zu erhöhen. Auch Mittel- elbe berichtet von Betriebs sabotage, tätlicher Beleidigung usw. Einige Häufel führer wurden in Schutzhaft genommen. Nach Mitteilung des Reichstreuhanders Nordmark wurden in ähnlichen Fällen Gefängnisstrafen bis zu 2 Monaten verhängt.

22 Zur gesetzlichen Festlegung von Bußen (Februar 1940): Dok. 56.

DOKUMENT 124-R

AUSZÜGE AUS NIEDERSCHRIFTEN VON SITZUNGEN DES AUSSCHUSSES FÜR ZENTRALE PLANUNG DER KRIEGSWIRTSCHAFT UNTER TEILNAHME VON SAUCKEL, SPEER, MILCH UND ANDEREN AUS DEN JAHREN 1942 BIS 1944. AUSZÜGE AUS PROTOKOLLEN VON DREI BESPRECHUNGEN BEI HITLER IM AUGUST UND SEPTEMBER 1942 UND IM APRIL 1944: PLÄNE UND MASSNAHMEN ZUR ERFASSUNG ALLER FÜR DAS RÜSTUNGSPROGRAMM BENÖTIGTEN ARBEITSKRÄFTE, UND ZWAR SOWOHL IM INLAND ALS AUCH IN WESTEUROPA, POLEN UND RUSSLAND; SÄMTLICHE ZWANGSMITTEL SIND ANZUWENDEN; AUCH KRIEGSGEFANGENE SIND EINZUSETZEN; EINZELBERICHTE ÜBER BISHERIGE ZU DIESEM ZWECK UNTERNOMMENE SCHRITTE UND ÜBER DIE LAGE IN VERSCHIEDENEN GEBIETEN (BEWEISSTÜCKE US-179 RF-70)

Erstes B:

Geheime Reichssache!

Stenographischer Bericht

der

21. Besprechung

der

Zentralen Planung

betreffend Arbeitseinsatz

am 30. Oktober 1942 nachmittags

im Reichsministerium für Bewaffnung und Munition,

Berlin, Pariser Platz 3

Sauckel: Müßte es nicht möglich sein, die ungeheure Fluktuation einzudämmen, wenn sich die Betriebe noch mehr anstrengen und die Betriebsführer noch mehr hinter ihren Leuten her sind? Die Fluktuation ist ja anormal.

Speer: Die Bummelantenfrage ist auch ein Punkt, den wir behandeln müssen. Ley hat festgestellt, daß dort, wo Betriebsärzte sind und die Leute von den Betriebsärzten untersucht werden, sofort der Krankenstand auf ein Viertel bis ein Fünftel sinkt. SS und Polizei könnten hier ruhig hart zupacken und die Leute,

die als Bummelanten bekannt sind, in KZ-Betriebe stecken. Anders geht es nicht. Das braucht nur ein paar mal zu passieren, das spricht sich herum.

2.3.

Geheim!

Stenographische Niederschrift
der

53. Besprechung

der

Zentralen Planung

betreffend Arbeitseinsatz

am 16. Februar 1944, 10 Uhr

im Reichsluftfahrtministerium

Milch: Man müßte die Liste der Bummelanten Himmler zu treuen Händen geben, der sie schon zur Arbeit bringen wird. Das ist volkserzieherisch sehr wichtig und hat auch eine abschreckende Wirkung für andere, die auch bummeln möchten.

Berk: Auch der Punkt wird durch die Statistik schon klar gestellt werden, die übrigens bereits in Kraft ist und mit dem Zentralausschuß und dem dafür zuständigen Amt abgestimmt ist.

Kehrl: Diese Verbesserung der Unterlagen beschränkt sich aber nur auf die Abgänge. Man müßte auch bei den Zuweisungen eine entsprechende Methode wählen. Ich könnte mir vorstellen, daß man tatsächlich zu Zahlen und Begriffen kommt, wo alle in der gleichen Sprache sprechen.

Milch: Es ist wichtig, daß man diese klaren Begriffe schafft, nicht nur für uns, sondern auch für die Herren oben. Ich möchte die Fluktuation, die zum Teil naturnotwendig ist, zum Teil ein Uebel darstellt, an der Wurzel ausrotten. Das können wir aber erst, wenn wir ganz klare Verhältnisse und Zahlen haben. Deshalb meine Bitte, das Bummelantentum auch mit zu berücksichtigen, wie man das bei Krankheit usw. tut. Gauleiter Sauckel ist mit Recht stolz darauf, daß sein Gau Thüringen einen sehr niedrigen Krankenstand hat. Sauckel hat schon im Frieden darauf hingearbeitet und die Bevölkerung dort entsprechend erzogen. In anderen Gauen ist diese Frage nicht so beachtet worden. Es müßte da unterschieden werden nach Deutschen und Ausländern, nach Männern und Frauen. Auch müßte man den Gründen für den höheren Krankenstand nachgehen. Vielleicht spielt die Ernährungsfrage in ungünstigem Sinne mit. In anderen Gegenden sind die Aerzte vielleicht zu weich. Sie müssen eine entsprechende Anweisung bekommen.

3.1.

Nr. 5
67. Jahrgang**Deutsches Ärzteblatt**Berlin,
30. Januar 1937

Mitteilungsblatt der Reichsärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung Deutschlands

Beilagen: „Neues Volk“ Blätter des Rassenpolitischen Amtes der NSDAP (monatlich 1 mal),
„Der Erbarzt“ (monatlich 1 mal)

Man braucht aber auch wirklich kein ausgeklügeltes statistisches Netz, um die faulen Fische der Sozialversicherung zu fangen. Die Sache wird viel einfacher, wenn man sich auf die Suche nach den ergiebigsten Fischgründen begibt. Alles geht den Weg des geringsten Widerstandes. Die faulen Fische auch. Und die Richtung des geringsten Widerstandes zeigt bei ihnen auf die Ärzte, die von ihnen die „humanen“ genannt werden. Jeder Mensch, besonders der Arzt, soll so human wie möglich sein. Aber nicht auf fremde Kosten, auch nicht der Krankenkasse. Jede Humanität ist falsch, die nicht mit der Gerechtigkeit in Einklang zu bringen ist. Sie wird erst recht falsch und das Gegenteil von „human“, wenn die Beweggründe selbstlich sind. Man unterjuche die Patienten nur der „humanen Ärzte“. Jede Kasse und jede Bezirksstelle kennt sie auch ohne umständliche und zeitraubende statistische Dorerhebungen. Die KDD wünscht die Korrektur falsch verstandener und die rücksichtslose Beseitigung selbstlicher und daher böswilliger „Humanität“. Die Kasse wünscht die erfolgreiche Belehrung der Mitglieder mit schadhaftem Verantwortungsgefühl.

Es handelt sich also um durchaus gleichgerichtete Interessen bei Kassen und Ärzteschaft. Sie verbürgen am besten den Erfolg einer verständnisvollen Gemeinschaftsarbeit.

Der § 23 des Modells eines Kassenärztlichen Gesamtvertrages gibt jeder Kasse das Recht, die Bescheinigung des Kassenarztes durch einen Vertrauensarzt bestätigen zu lassen, wenn die Zahl der Arbeitsfähigen bei einer Kasse den durchschnittlichen Bestand um 10 v. H. überschreitet. Wird in einem solchen Falle eine Kasse die Bescheinigungen aller Kassenärzte bestätigen lassen oder nur solcher, deren Bestand an Erwerbsfähigen den Durchschnitt unzulässig überschreitet? Ich denke, das letztere. Es heißt auch in der Bestimmung nicht der Kassenärzte, sondern des Kassenarztes. Die Neuordnung des vertrauensärztlichen Dienstes hat die Durchführung dieses Verfahrens außerordentlich erleichtert. Der heutige Vertrauensarzt ist nicht mehr der Angestellte einer einzelnen Kasse, sondern steht im Dienst der Landesversicherungsanstalt für sämtliche Kassen eines Bezirks. Er kann sich also ein Bild über die gesamte kassenärztliche Tätigkeit eines Arztes machen; und besonders dann, wenn er sich dabei die Mitarbeit der Ärzteschaft sichert. Mit ihr zusammen lassen sich leicht die zweckmäßigen Maßregeln für Beseitigung von

Unzulänglichkeiten finden. Ein Arzt, dessen „Humanität“ in Leichtgläubigkeit, Gutmütigkeit oder Unerfahrenheit wurzelt, wird in kameradschaftlicher Weise auf den richtigen Weg gebracht werden können. Ein Kassenarzt, der sich in seiner Gutachterfähigkeit von selbstlichen Beweggründen leiten läßt, wird sein bisher geübtes Verhalten bald aufgeben, wenn er, unter „vertrauensärztliche Zwangsverwaltung“ gestellt, einsehen muß, daß die Fortsetzung seiner bisherigen Einstellung ihm nicht nur nicht nützt, sondern schadet. Da der Vertrauensarzt in den bezeichneten Jagdgründen mit größter Wahrscheinlich-

keit gerade die Mitglieder findet, die er schon sowieso auf dem Strich hat, werden zwei Fliegen mit einer Klappe geschlagen.

Ich habe die feste Überzeugung, daß das von mir vorgeschlagene Verfahren die Zahl der Nachuntersuchungen alsbald auf ein Mindestmaß schrumpfen läßt und die Zeit der Vertrauensärzte für die dankbarere sozialhygienische Tätigkeit freimacht. Die stärkere Betätigung in ihr und die Entlastung vom Kontrolldienst bedeutet eine Veredelung des vertrauensärztlichen Dienstes. Das von mir vorgeschlagene Verfahren packt das Übel an der Wurzel und wirkt vorbeugend für die Zukunft. Die Wahl des Zeitpunktes ist bei diesem Verfahren durchaus unerheblich. Die gewonnene Zeit gestattet dem Vertrauensarzt in Gemeinschaft mit der Deutschen Arbeitsfront, die Erziehung der Krankenkassenmitglieder zur Verantwortung gegen ihre eigenen sozialen Einrichtungen in die Hand zu nehmen. Die Schuld an ihrer unrechtmäßigen Inanspruchnahme liegt nur zum Teil bei den Ärzten, mindestens zum gleichen Teil an diesem noch mangelhaften Verantwortungsgefühl der Mitglieder gegen die Kasse. Der Unterstützung durch die Ärzteschaft bei einem so eingerichteten vertrauensärztlichen Dienst darf der Vertrauensarzt bei der nunmehr geschaffenen Interessengemeinschaft gewiß sein. Je geringer die Zahl der zu unrecht nachuntersuchten Personen, desto mehr wächst das Vertrauen zum Vertrauensarzt. Er wird der Freund der guten Ärzte und guten Kassenmitglieder und damit zum wahren Arzt des Vertrauens aller Beteiligten.

(Halle, Am Kirchtor 9)

3.2.

Nr. 37 / 69. Jahrgang

Deutsches Ärzteblatt

Berlin, 9. Sept. 1939

Amtsblatt der Reichsärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung Deutschlands

Beilage: „Neues Volk“ Blätter des Rassenpolitischen Amtes der NSDAP.

Beurteilung der Arbeitsfähigkeit

Der Führer hat das deutsche Volk zum Einsatz aller Kräfte aufgerufen. Den großen Erfolgen der Wehrmacht an der Front darf das Heer der Schaffenden in der Heimat nicht nachstehen. Es gilt, unsere Soldaten durch erhöhten Arbeitseinsatz tatkräftig zu unterstützen. Aus diesem Grunde ist es eine selbstverständliche Pflicht aller schaffenden Volksgenossen, durch restlosen Einsatz ihrer Person und Arbeitskraft an der notwendigen Steigerung der Produktion aller lebens- und kriegswichtigen Güter mitzuhelfen. Wo dieses Gebot der Stunde in seiner Bedeutung noch nicht erfaßt sein sollte, wird auch der deutsche Arzt das Verständnis hierfür wecken. In einer Zeit, in der unsere Truppen Gut und Blut einsetzen, muß die Arbeitsfähigkeit mit strengem Maßstab gemessen werden. Zum „Krankfeiern“ ist keine Zeit. Nur der tatsächlich Arbeitsunfähige ist krankzuschreiben, und die Dauer der Arbeitsunfähigkeit ist auf das sachlich unbedingt erforderliche Maß zu beschränken. Mehr noch als früher muß der Wiedereintritt der Arbeitsfähigkeit rechtzeitig vom behandelnden Arzt selbst ausgesprochen und nicht dem vertrauensärztlichen Dienst überlassen werden.

Berlin, den 5. September 1939

Kassenärztliche Vereinigung Deutschlands
Dr. Grote

für Berlin, Mark Brandenburg und Pommern**Nachrichtenblatt der Kassenärztlichen Vereinigung Deutschlands, Landesstellen
Berlin, Brandenburg und Pommern, und der Ärztekammern in diesen Bezirken**Hauptchriftleiter: Dr. med. Hellmuth Unger, Stellvertreter: Dr. Karl Bringmann, beide Berlin SW 68,
Lindenstraße 44 / Fernruf 17 48 71 / Annahmeschluss der Schriftleitung: Dienstag 15 UhrReichsgesundheitsverlag Berlin-Wien, Berlin SW 68, Lindenstr. 44 / Postcheckkonto: Berlin 158 20 / Drahtanschrift: Gesundheitsverlag Berlin
Die Zeitschrift erscheint zweimal im Monat. Bezugspreis: RM 0,75 vierteljährlich. Alle Postanstalten nehmen Bestellungen an**Keine Zeit zum Krankfeiern!****Dr. Grote sprach in einer Versammlung der Kassenärzte Wiens**

Vor kurzem sprach Dr. Grote vor etwa tausend Kassenärzten des Reichsgaues Wien über Probleme, die den deutschen Arzt jetzt in der Kriegszeit ganz besonders angehen. In seiner eindrucksvollen Rede wandte sich Dr. Grote ganz besonders gegen das „Krankfeiern“ und wies darauf hin, daß der Krankenstand am Ende des Vorjahres bei der All-österreichischen Ortskrankenkasse Wien 3,8 v. H. betragen habe, heute aber 6,04 v. H. betrüge. Dieser Zuwachs bedeute, daß täglich 15 000 Menschen mehr krankfeiern als im vergangenen Jahr, daß dabei zugleich Tag für Tag weit über hunderttausend Arbeitsstunden mehr ausfallen. Einen so unberechtigt hohen Krankenstand könne sich Deutschland aber nicht leisten, und schon gar nicht in der Kriegszeit. Dr. Grote wies darauf hin, daß die Neugestaltung des vertrauensärztlichen Dienstes heute noch in Wien im Aufbau begriffen sei und daß von Seiten der Krankenkassen und der Ärzteschaft alles geschehen müsse, um dem vertrauensärztlichen Dienst zu helfen. Die Vertrauensärzte, — so sagte Dr. Grote — sind unsere Kameraden, und nur in enger Zusammenarbeit mit den Ärzten der Praxis kann Wertvolles und Notwendiges geleistet werden. Auf die Dringlichkeit dieser Dinge haben wir immer hingewiesen, denn von ihnen hängt ja der Arbeitseinsatz und damit das Gelingen des Vierjahresplanes ab. Den großen Erfolgen der Wehrmacht darf das Heer der Schaffenden in der Heimat nicht nachstehen, und es ist Pflicht aller arbeitenden Volksgenossen, durch den restlosen Einsatz ihrer Arbeitskraft an der notwendigen Steigerung der Produktion

mitzuhelfen. Wo dieses Gebot der Stunde noch nicht restlos erfaßt sein sollte, wird und muß der deutsche Arzt das Verständnis hierfür wecken. Die Arbeitsfähigkeit muß mit strengem Maßstab gemessen werden. Nur der tatsächlich Kranke und Arbeitsunfähige ist krankzuschreiben und die Dauer der Arbeitsunfähigkeit auf das sachlich und erforderliche Maß zu beschränken. Zum Krankfeiern keine Zeit!

Im weiteren Verlauf seiner Rede beschäftigte sich Dr. Grote mit der Frage der ärztlichen Versorgung der Zivilbevölkerung während des Krieges und mit den Kriegsmaßnahmen, die die Reichsärztesführung dazu getroffen hat. Es dürfe niemals wieder so werden wie 1918, wo die in der Heimat verbliebenen Ärzte den Krieg als Kriegsgewinnler überdauerten und die zurückkommenden Frontsoldaten ihre Posten besetzt fanden. Das Los dieser Ärzte des Weltkrieges sei es gewesen, von allen verlassen nach vierjährigem harten Krieg wieder von vorn anfangen zu müssen. Diese Tragödie des deutschen Arztes würde sich nicht mehr wiederholen. Durch die Anordnung einer Niederlassungs- und Zulassungssperre wird dem einberufenen und niedergelassenen Arzt sein Arbeitsplatz erhalten und sichergestellt, dem jungen noch nicht niedergelassenen Kriegsteilnehmer für seine Rückkehr aus dem Krieg ein Arbeitsplatz offengehalten. Durch diese Anordnung habe der Arztstand die Schicksalsgemeinschaft und die Berufsgemeinschaft zur Tat werden lassen.

Die neue Honorarverteilung, so betonte Dr. Grote

weiter, stelle eine planmäßig durchgeführte Selbsthilfe dar, wenn man sich auch darauf habe beschränken müssen, die kassenärztlich zugelassenen Ärzte zu erfassen. Dieser Honorarverteilungsplan sei sicher noch kein Idealzustand, aber ein weitergehender Plan ließe sich leider nicht verwirklichen. Alle diese Anordnungen, so betonte Dr. Grote besonders, seien aber nicht Beginn der Sozialisierung des Arztstandes. Der Arztberuf solle und werde ein freier Beruf bleiben. Der Krieg sei ein Prüfstein für die deutsche Ärzteschaft. Die Kameraden im grauen Ehrenkleid seien ein leuchtendes Beispiel treuester Pflichterfüllung und selbstloser Hingabe. Die deutsche Ärzteschaft werde beweisen, daß sie in der Lage sei, das zu geben, was der Führer von ihr verlange und erwarte, daß sie verstehe, jetzt sei nur die Gemeinschaft alles, der einzelne nichts.

Nach Dr. Grote wandte sich mit einer kurzen Ansprache im

Auftrage des Gauleiters Bürckel der Gauleiterstellvertreter Schärker an die Wiener Ärzteschaft. Er unterstrich hierbei die Ausführungen von Dr. Grote und forderte die Wiener Ärzteschaft auf, hart zu bleiben bei den Beschränkungen der Arbeitsunfähigkeit. Es dürfe nicht dahin kommen, daß der einsatzbereite Arbeiter alle Mühen und Beschwerden willig auf sich nähme, während es dem weniger einsatzbereiten auf dem Wege über die Flucht in die Krankheit gelänge, sich seiner Arbeitspflicht zu entziehen. Er führte dann noch einmal die Versammlung vor Augen, um was es letzten Endes in diesen Kriegen gehe, nämlich darum, daß wir ein für allemal un- freimachen von der Bevormundung der Westmächte; daß wir uns niemals wieder von England vorschreiben lassen, wieviel Fleisch und Butter wir unseren schaffenden Volksgenossen und deren Frauen und Kindern geben.

3.4

Abschrift

BA R 36/1288

Kassenärztliche Vereinigung Deutschlands
Reichsführung
Berlin SW 68, Lindenstr. 42

An den Herrn
Reichsminister für Bewaffnung
und Munition
Berlin W 8,
Pariser Platz 3

Nr. 9010/5-222-243 9.4.42 Dr. Pk/Ha 310.08
13.4.1942

Betr.: Ärztliche Betreuung der Belegschaft.

Das uns in Abschrift zugegangene Schreiben der DAF Gauverwaltung Berlin ist sachlich unrichtig und geeignet, völlig falsche Vorstellungen zu erwecken. Insonderheit verfahren wir uns auf das entschiedenste dagegen, dass sich die Kassenärztliche Vereinigung Deutschlands etwa der Eingparung von Arbeitsstunden in den Rüstungsindustrien entgegenstellte. In Wahrheit ist das genaue Gegenteil der Fall.

Dazu wird folgendes ausgeführt:

Zur Vermeidung der Ansteigerung des Krankenstandes sowohl als des Verlustes von Arbeitsstunden der Berufsgesamtsmitglieder in wehrwirtschaftlichen Betrieben hat sich die KVD bereits im Jahre 1940 an den Reichsarbeitsminister gewandt und um eine entsprechende Ermächtigung gebeten, die ihr mit Erlass des Reichsarbeitsministers vom 6.6.1940 auch gegeben worden ist. Der Erlass lautet wie folgt:

"Der unter den gegenwärtigen Verhältnissen an manchen Orten bestehende Mangel an Kassenärzten hat dazu geführt, dass die Versicherten ärztliche Behandlung nur dann erlangen können, wenn sie längere Wege zurücklegen und erhebliche Zeit in überfüllten ärztlichen Sprechstunden opfern. Dieser Arbeitszeitverlust ist jetzt besonders für die Versicherten, die in wehr-

-2-

wirtschaftlich wichtigen Betrieben arbeiten, nicht zu vertreten. Ich ermächtige Sie des Kräftebedarfs für Aufgaben von besonderer staatspolitischer Bedeutung vom 13. Februar 1939 (RGBl I S. 206) und weise Sie gleichzeitig auf Grund der Ziffer V des Erlasses des Führers und Reichskanzlers über die Vereinfachung der Verwaltung vom 28. August 1939 (RGBl I 1535) an, die kassenärztliche Versorgung für Versicherte in solchen Betrieben, in denen die besonderen Verhältnisse dies erfordern, für die Dauer des Krieges abweichend von den sonst geltenden Vorschriften zu regeln. Insbesondere sind Sie ermächtigt, bestimmte Kassenärzte mit der Wahrnehmung der ambulanten kassenärztlichen Versorgung der Versicherten dieser Betriebe zu beauftragen und sie zu verpflichten, nach Möglichkeit auch innerhalb des Betriebes selbst zu bestimmten Zeiten Sprechstunden abzuhalten.

Die Betriebe, die für eine solche Sonderregelung in Betracht kommen, werden von dem für den Betrieb zuständigen Reichstreuhänder oder Sonderstreuhänder der Arbeit für den öffentlichen Dienst von dem Reichstreuhänder für den öffentlichen Dienst bestimmt werden, nachdem Sie vorher dazu gehört worden sind."

Daraufhin hat die KVD am 26. Juni 1940 ein Rundschreiben an ihre Landes- und Bezirksstellen herausgegeben, das ich in der Anlage beifüge. In Ziffer 3 dieses Rundschreibens ist der Unterschied zwischen betriebsgebundener und revierärztlicher Behandlung eingehend dargestellt. Danach handelt es sich bei der betriebsgebundenen Behandlung um eine solche, die im Rahmen einer erweiterten ersten Hilfe vom Betriebsarzt geleistet wird. Im Gegensatz dazu ist die revierärztliche Behandlung bzw. ihre Einrichtung ausschließlich An gelegenheit der KVD. Sie besteht darin, dass die damit beauftragten Ärzte in den Betrieben selbst Sprechstunden abhalten und behandelnde Tätigkeit ausüben. In Ziffer 2 des genannten Rundschreibens ist ausdrücklich gesagt, dass mit Zustimmung des Betriebsführers und des Betriebsarztes auch

-3-

- 3 -

dieser mit der kassenärztlichen Behandlung als Reservearzt beauftragt werden kann.

In welchem grossen Umfang das inzwischen durchgeführt worden ist, wird aus folgenden Zahlen ersichtlich:
Gesamtzahl der Betriebe, in denen revierärztliche Tätigkeit eingerichtet wurde: 505
Davon wurden mit der revierärztlichen Tätigkeit beauftragt

hauptamtliche Betriebsärzte 75
nebenamtliche Betriebsärzte 156

Diese Ziffern erfahren im Rahmen des zurzeit noch Möglichen eine dauernde weitere Steigerung.

Diese Tatsachen beweisen, dass es trotz des kriegsbedingten Mangels an Heilmännern und ihrer alles bisherige Mass übersteigenden Belastung der Initiative der Kassenärztlichen Vereinigung Deutschlands und nur dieser zu verdanken ist, wenn die Durchschnittserkrankungsziffer seit Beginn des Krieges nur unwesentlich angestiegen ist. Für den dem Krankenstand weit übersteigenden Fehlstand in den Betrieben, der auf nichtkranke Bummelanten zurückzuführen ist, kann die KVD bzw. die Ärzteschaft überhaupt nicht verantwortlich gemacht werden. Das ist eine Sache der Menschenführung, also der Partei bzw. der DAF.

Wenn die Firma Karl Hägele anfragt, ob in kleinen Betrieben auch Betriebsärzte angestellt werden können, so ist das allein eine Angelegenheit der Betriebe selbst und des Amtes Gesundheit und Volksschutz der DAF, soweit nicht das Amt für Volksgesundheit bei der Reichsleitung der Partei aus grundsätzlichen Erwägungen andere Richtlinien erlassen hat. Die KVD wird solange nicht widersprechen, als die Anstellung von haupt- und nebenamtlichen Betriebsärzten die ärztliche Versorgung der Zivilbevölkerung im Gesamt rahmen nicht gefährdet. Im letzteren Falle müssten wir schon deshalb widersprechen, weil die immer angespanntere Lage in der ärztlichen Versorgung der Zivilbevölkerung die Herausziehung von freipraktisierenden Ärzten für Sonderaufgaben unter keinen Umständen mehr zulässt. Dagegen ist natürlich durchaus nichts einzuwenden, wenn ein Arzt im Rahmen seiner sonstigen allgemeinarztlichen Tätigkeit nebenamtlich auch noch eine betriebsärztliche Tätigkeit ausübt

Wenn in der Lage ist. Falls dieses der Fall sein sollte, und die ärztliche Versorgung der Belegschaften von Betrieben durch in der Nähe wohnende Kassenärzte nicht in genügender Weise gewährleistet werden könnte, bestehen ebensowenig Bedenken, auch einen solchen nebenamtlichen Betriebsarzt mit der revierärztlichen Tätigkeit zu beauftragen. In diesem Fall müssten sich die in Frage kommenden Betriebe mit unseren zuständigen Landesstellen in Verbindung setzen.

Heil Hitler!
ges. Dr. Pohlkötter

3.4.

Abschrift Dok. BA R 36 / 1288

Kassenärztliche Vereinigung Deutschlands

Rundschreiben Nr.16/40

Berlin SW 38, den 26. Juni 1940
Lindenstr.42

An die Landes- und Bezirksstellen der KVD.

1. Kassenärztliche Versorgung der Versicherten in wehrwirtschaftlichen Betrieben.

Der Reichsarbeitsminister hat in seinem Erlaß vom 6.6.1940 darauf hingewiesen, daß die Krankenkassenmitglieder zur Erlangung ärztlicher Behandlung an manchen Orten jetzt weitere Wege zurücklegen und längere Zeit in den Sprechstunden der Kassenärzte warten müssen als vor dem Kriege, weil die Zahl der Kassenärzte durch die Einberufungen zur Wehrmacht zurückgegangen ist. Ferner hat das Oberkommando des Heeres die Reichsführung der KVD darauf aufmerksam gemacht, daß die Krankenziffer bei den eigentlichen Heeresbetrieben mit großer Arbeitergefolgschaft vielfach eine bedenkliche Höhe erreicht. Das Oberkommando des Heeres verkennt zwar nicht, daß der Krankenstand der Gefolgschaftsmitglieder durch die besonderen Arbeitsverhältnisse (Einsatz betriebsfremder und älterer Dienstverpflichteter) ungünstig beeinflusst wird. Zum Teil sei der hohe Krankenstand aber auch darauf zurückzuführen, daß sich innerhalb der Gefolgschaftsmitglieder Arbeitskräfte befinden, die gewohnheitsmäßig zur Krankmeldung neigen.

Der Arbeitszeitverlust durch weite Wege zum Kassenarzt und längeres Warten in den Sprechstunden sowie der Arbeitsausfall durch unberechtigtes Krankfeiern sind für wehrwirtschaftlich wichtige Betriebe nicht tragbar. Deshalb hat der Reichsarbeitsminister in seinem Erlaß vom 6.6.1940 - IIa 7223/40 - (vgl. Rundschreiben Nr.15/40 Ziffer 1) die KVD ermächtigt und zugleich angewiesen, die kassenärztliche Versorgung für Versicherte in solchen Betrieben, in denen die besonderen Verhältnisse dies erfordern, für die Dauer des Krieges abweichend von den sonst geltenden Vorschriften zu regeln. Die KVD ist ermächtigt, bestimmte Kassenärzte mit der Wahrnehmung der ambulanten kassenärztlichen Versorgung dieser Versicherten zu beauftragen und sie zu verpflichten, nach Möglichkeit auch innerhalb des Betriebes selbst zu bestimmten Zeiten Sprechstunden abzuhalten. Für die Durchführung dieser revierärztlichen Behandlung ergeben nachstehende Anweisungen:

1. Beteiligung des Treuhänders der Arbeit an der Auswahl der Betriebe:

Betriebe, für die eine solche Sonderregelung in Betracht kommt, werden von dem für den Betrieb zuständigen Treuhänder der Arbeit bestimmt, nachdem die KVD vorher dazu gehört worden ist. Es ist jedoch nicht beabsichtigt, daß die Dienststellenleiter der KVD die Initiative des Treuhänders der Arbeit abwarten. Sie sollen sich ihrerseits mit den Betriebsführern und mit dem für den Betrieb zuständigen Treuhänder der Arbeit in Verbindung setzen, sobald ihnen bekannt wird, daß in einem wehrwirtschaftlich wichtigen Betrieb ein Bedürfnis für eine abweichende Regelung der kassenärztlichen Versorgung vorliegt.

des Betriebes liegt, mit der alleinigen kassenärztlichen Behandlung der Gefolgschaftsmitglieder in seinen eigenen Praxisräumen beauftragt werden. Mit der zuständigen Krankenkasse ist zu vereinbaren, ob bei revierärztlicher Behandlung für jeden Versicherungsfall ein Krankenschein gelöst werden soll oder ob die Führung einer Krankenliste (Krankentagebuch) und die Entrichtung einer Krankenscheingebühr zu Händen einer vom Betrieb zur Verfügung gestellten Hilfskraft genügt. Mit der Krankenkasse ist ferner zu vereinbaren, welcherart der Sprechstundenbedarf zur Verfügung gestellt wird.

5. Einschränkung der freien Arztwahl:

Durch die Einführung der revierärztlichen Behandlung in einem Betrieb wird für die Versicherten dieses Betriebes die freie Arztwahl wie folgt eingeschränkt: Arbeitsfähige Gefolgschaftsmitglieder sowie gehfähige Gefolgschaftsmitglieder, die sich krankmelden wollen, dürfen, nur den Revierarzt in Anspruch nehmen. Wenn der Revierarzt ein Gefolgschaftsmitglied für arbeitsunfähig erklärt, dann entscheidet er, ob er den Kranken selbst weiterbehandelt oder ob er ihn zur Weiterbehandlung an einen anderen Kassenarzt überweist. Eine solche Überweisung kann in Frage kommen, wenn die Wohnung eines arbeitsunfähigen Erkrankten von der Reviersprechstunde so weit ab liegt, daß ihm der Weg zum Revier nicht zugemutet werden kann, oder wenn der Erkrankte fachärztlicher Behandlung bedarf. In dringenden Fällen außerhalb der Reviersprechstunde darf ein Versicherter unmittelbar einen Kassenarzt in Anspruch nehmen. Wenn er gehfähig ist, muß er sich in der nächsten Reviersprechstunde beim Revierarzt melden. Wie bei allen gehfähigen Versicherten erfolgt die Arbeitsunfähigkeitserklärung auch in diesem Falle nur durch den Revierarzt. Gefolgschaftsmitglieder, die bettlägerig erkrankt sind, und die Reviersprechstunde nicht mehr aufsuchen können, dürfen zur Behandlung in ihrer Wohnung unmittelbar einen Kassenarzt in Anspruch nehmen und von diesem für arbeitsunfähig erklärt werden. Für die Familienangehörigen der Versicherten wird die freie Arztwahl nicht eingeschränkt.

Die Einführung revierärztlicher Behandlung für einen Betrieb und die damit verbundene Einschränkung ist der Gefolgschaft des Betriebes, den Kassenärzten des Bezirkes und der für den Betrieb zuständigen Krankenkasse bekanntzugeben.

6. Überwachung des Krankenstandes

Der Revierarzt übernimmt zwar nicht die Aufgaben des Vertrauensärztlichen Dienstes. Die Einrichtung des revierärztlichen Dienstes soll aber auch zur Entlastung der Vertrauensärzte dienen. Der Revierarzt soll deshalb den Krankenstand im Betrieb fortlaufend überwachen. Entsprechend soll er sich Arbeitsunfähigkeitsmeldungen von Gefolgschaftsmitgliedern, die nicht in revierärztlicher Behandlung waren, vom Betrieb regelmäßig und unverzüglich geben lassen. Er soll diese Fälle im Auge behalten und sich mit dem behandelnden Arzt in Verbindung setzen. Wenn ihm auffällt, daß der Krankenstand ansteigt oder hoch ist, soll er sich mit der zuständigen vertrauensärztlichen Dienststelle in Verbindung setzen und ihr seine Beobachtungen mitteilen. Wenn mehrere Revierärzte eingesetzt sind, ist einem Revierarzt die Überwachung des Krankenstandes zu übertragen.

2. Auswahl und Beauftragung der Ärzte

In der Regel wird die ambulante kassenärztliche Behandlung der Versicherten solcher Betriebe durch einen oder mehrere Kassenärzte sichergestellt, die als Revierärzte eingesetzt und verpflichtet werden. Nach Möglichkeit wird man Kassenärzte verpflichten, die nicht allzuweit entfernt vom Betrieb wohnen, die aber auch die Gewähr dafür bieten, daß der revierärztliche Dienst gewissenhaft durchgeführt wird und daß unberechtigtes Krankfeiern unterbunden wird. Mit Zustimmung des Betriebsführers und des Betriebsarztes kann auch dieser mit der kassenärztlichen Behandlung als Revierarzt beauftragt werden.

Die Einführung revierärztlicher Behandlung sowie die Auswahl und Beauftragung von Revierärzten übertrage ich den Leitern der Landesstellen der KVD. Diese können ihrerseits die Wahrnehmung dieser Aufgaben auf die Leiter der Bezirksstellen übertragen.

3. Unterschied zwischen betriebsgebundener und revierärztlicher Behandlung:

Die revierärztliche Behandlung, welche die KVD aufgrund des Erlasses anordnet, unterscheidet sich wesentlich von der betriebsgebundenen Behandlung durch Betriebsärzte. Bisher schon bestand die Möglichkeit, daß arbeitsfähige Versicherte in den Betrieben nach Art einer erweiterten ersten Hilfe vom Betriebsarzt behandelt wurden (vgl. Rundschreiben des Hauptamtes für Volksgesundheit der NSDAP, Vg. 45/39, Ziff 5). Der Auftrag dazu geht vom Betrieb aus. Der Betrieb trägt auch die Kosten der betriebsgebundenen Behandlung, die keine kassenärztliche Behandlung ist und unabhängig von den Leistungen der Krankenversicherung als zusätzliche Leistung des Betriebes erfolgt. Ein Krankenschein kommt hierbei nicht in Betracht. Der Betriebsarzt erhält seine Bezüge vom Betrieb. Die KVD zahlt ihm keine Vergütung für betriebsgebundene Behandlung. Heilmittel wie Licht-, Wärme-, Strahlbehandlung werden vom Betrieb auf seine Kosten ebenso zur Verfügung gestellt wie Arzneien und Heilmittel, die der Betriebsapotheke entnommen werden. Arzneiverordnungen zu Lasten der Krankenkassen sind im Rahmen der betriebsgebundenen Behandlung nicht zulässig. Der Betriebsarzt benutzt keine kassenärztlichen Vordrucke, er stellt auch keine kassenärztlichen Bescheinigungen über Arbeitsunfähigkeit oder Krankengeld aus.

Im Gegensatz dazu ist die revierärztliche Behandlung auch wenn sie durch Betriebsärzte erfolgt, ein Teil der kassenärztlichen Behandlung. Den Auftrag zur revierärztlichen Behandlung erhält der Arzt von der KVD. Ein Krankenschein ist zu lösen bzw. die Krankenscheingebühr zu entrichten. Die KVD zahlt dem Arzt aus ihrer Gesamtvergütung ein Honorar für revierärztliche Behandlung, Arzneien und Heilmittel sind zu Lasten der Krankenkassen zu verordnen.

4. Revierärztliche Sprechstunden:

Die kassenärztliche Behandlung der Gefolgschaftsmitglieder erfolgt in der Regel in Reviersprechstunden, die möglichst in Betriebe abzuhalten sind. Voraussetzung ist, daß der Betrieb geeignete Räume, die notwendigsten Einrichtungen und Instrumente sowie ggf. Hilfskräfte auf seine Kosten zur Verfügung stellt. Die Zeit der Reviersprechstunde ist mit dem Betriebsführer zu vereinbaren. Reviersprechstunde soll möglichst nach Schluß der Arbeitszeit abgehalten werden, um Arbeitszeitverlust zu vermeiden. In Ausnahmefällen kann auch ein Kassenarzt, dessen Praxisstelle in der Nähe

7. Bezahlung der revierärztlichen Behandlung:

Es kann damit gerechnet werden, daß in den Reviersprechstunden mehr Fälle von geringem Behandlungsumfang anfallen als sonst in der kassenärztlichen Behandlung. Auch entfällt für den als Revierarzt tätigen Kassenarzt ein Teil der Praxisunkosten. Deswegen soll das Honorar für revierärztliche Behandlung nicht nach den Bestimmungen des Honorarverteilungsstabes gezahlt werden. In der Regel soll der Revierarzt zur Abgeltung seiner Tätigkeit aus der kassenärztlichen Gesamtvergütung monatlich einen festen Betrag erhalten, dessen Höhe sich nach der für den revierärztlichen Dienst aufzuwendenden Zeit und nach dem Umfang seiner Tätigkeit richtet. Bei der Ermittlung, welche Vergütung angemessen ist, können für die erste Stunde am Tag etwa 10 RM und für jede weitere halbe Stunde etwa 2,50 RM in Ansatz gebracht werden. Diese Zahlen stellen jedoch lediglich einen Anhaltspunkt dar. Außerhalb der Festbezahlung werden Besuche des Revierarztes in der Wohnung arbeitsunfähiger erkrankter Gefolgschaftsmitglieder nach Einzelleistungen bezahlt.

Wenn in ländlichen Gegenden die Wohnung des Revierarztes von der Reviersprechstunde mehr als 2 km entfernt liegt, wird für die Fahrten zur Reviersprechstunde ein entsprechendes Wegegeldfixum bezahlt.

8. Sonstige Bestimmungen:

Für die revierärztliche Behandlung, gelten im Übrigen die Vorschriften für die kassenärztliche Behandlung, insbesondere die Bestimmungen über wirtschaftliche Verordnungsweise und die Regelbetragsbestimmungen. Mit der zuständigen Krankenkasse ist zu vereinbaren, wie die Zahl der revierärztlich behandelte Fälle gemeldet wird.

2. Fürsorgemaßnahmen in Wehrbetrieben

Im Heeresverordnungsblatt Nr.19/1940 vom 27.3.1940 ist unter Ziffer 199 eine Veröffentlichung mit der Überschrift "Fürsorgemaßnahmen für Gefolgschaftsmitglieder" erschienen. Diese Veröffentlichung ist erfolgt, ohne daß der Reichsarbeitsminister beteiligt und die KVD gehört wurde. Die Verpflichtung eines Arztes als Revierarzt ist auch in Wehrmächtsbetrieben nicht Aufgabe des Betriebsführers. Die kassenärztliche Versorgung wird allein von der KVD geregelt. Die Veröffentlichung Nr. 199 im Heeresverordnungsblatt ist durch den Erlaß des Reichsarbeitsministers an die KVD vom 6.6.1940 überholt. Dienststellen der Wehrmacht, die sich der KVD gegenüber auf diese Veröffentlichung berufen, sind auf den Erlaß des Reichsarbeitsministers vom 6.6.1940 zu verweisen.

Heil Hitler
Kassenärztliche Vereinigung Deutschlands
Reichsführung

Dr. Grote.

4.2.

Für die Kriegsentscheidung ist es von besonderer Bedeutung, die Leistungsfähigkeit der Schaffenden in den Betrieben, insbesondere in den Rüstungsbetrieben zu erhalten.

Auf Grund des mir als Reichsgesundheitsführer und dem für alle mit dem Arbeitseinsatz verbundenen Gesundheitsfragen Verantwortlichen vom Beauftragten für den Vierjahresplan - der Generalbevollmächtigte für den Arbeitseinsatz - Übertragenen Weisungsrechtes ordne ich an:

I.

Beauftragung der Gauanteileiter für Volksgesundheit der NSDAP

Die Gauanteileiter des Amtes für Volksgesundheit der NSDAP. weise ich an, sich über den Gesundheitszustand der Schaffenden in den Betrieben, über den Krankenstand in den kriegswichtigen Betrieben, über die Zahl und den Einsatz der zur Verfügung stehenden Ärzte fortlaufend zu unterrichten und im Einvernehmen mit den dazu berufenen Dienststellen und Einrichtungen alle Maßnahme zu treffen, die zur Förderung und Erhaltung der Gesundheit und Arbeitsfähigkeit der Schaffenden notwendig erscheinen.

II.

Kassenärztliche Behandlung in Betrieben.

1.) Um den Gefolgschaftsmitgliedern kriegswichtiger Betriebe die Erlangung ärztlicher Hilfe zu erleichtern, ist die ärztliche Behandlung in den Betrieben, soweit es die besonderen Verhältnisse notwendig erscheinen lassen, wie folgt zu regeln:

- a) Durch die Einrichtung kassenärztlicher Sprechstunden im Betriebe unter voller Aufrechterhaltung der freien Arztwahl;
- b) durch die Einführung einer Voruntersuchung im Betriebe vor der Inanspruchnahme eines Kasenerstes unter grundsätzlicher Aufrechterhaltung der freien Arztwahl;
- c) durch die Einrichtung reiferärztlicher Behandlung im Betriebe unter Aufhebung der freien Arztwahl für alle gehfähigen Gefolgschaftsmitglieder;

- 2 -

d) durch die Einrichtung lagerrevierärztlicher Behandlung in geschlossenen Arbeiterlagern unter Aufhebung der freien Arztwahl auch für die in einer Revierkrankestube untergebrachten bettlägerig Kranken.

2.) - die Kassenärztliche Vereinigung Deutschlands die kassenärztliche Versorgung sicherzustellen und vom Reichsarbeitsminister durch den Erlaß vom 6.6.1940 - II a 7223/40 - die Vollmacht und Weisung erhalten hat, in solchen Betrieben, in denen die besonderen Verhältnisse dies erfordern, die kassenärztliche Versorgung für die Dauer des Krieges abweichend von den sonst geltenden Vorschriften zu regeln, entscheidet der Leiter der Landesstelle der Kassenärztlichen Vereinigung Deutschlands, ob und nach welchem Verfahren kassenärztliche Behandlung im Betriebe einzurichten ist und welcher Arzt damit betraut werden soll. Nach Möglichkeit ist die Behandlung einem Kasenerst zu übertragen, dessen Praxisstelle oder Wohnung nahe beim Betriebe liegt.

Die Leiter der Landes- und Bezirkstellen der Kassenärztlichen Vereinigung Deutschlands weise ich an, den Gauanteileitern des Amtes für Volksgesundheit der NSDAP zu jeglicher Auskunft und Beratung zur Verfügung zu stehen und deren Anregungen und Wünsche hinsichtlich der kassenärztlichen Behandlung in den Betrieben im Rahmen der bestehenden Vorschriften und des geordneten Geschäftsganges zu erfüllen. Hierüber erfolgen besondere Bestimmungen.

III.

Vertrauensärztlicher Dienst.

1.) Der Vertrauensärztliche Dienst hat mir regelmäßig über die Bewegung des Krankenstandes zu berichten. Ich behalte mir vor, auch für den Vertrauensärztlichen Dienst die mit Rücksicht auf den Arbeitseinsatz erforderlich werdenden Weisungen zu erteilen.

4.1.

Anordnungen des Reichsgesundheitsführers

Anordnung Nr. 1/42

Vertrauensärzte und Betriebsärzte

Unter Berücksichtigung der Notwendigkeit, die vorhandene ärztliche Arbeitskraft so rationell wie möglich auszuwerten, weise ich auf die nachstehenden zwischen dem Leiter der Partei-Kanzlei, dem Reichsarbeitsminister und mir getroffenen Abmachungen über vertrauensärztliche und betriebsärztliche Tätigkeit hin. Es erscheint mir zweckmäßig, von den darin gegebenen Möglichkeiten weitgehendsten Gebrauch zu machen.

Berlin, den 17. Januar 1942

Dr. L. Conti

Erlaß des Reichsarbeitsministers, veröffentlicht im Reichsarbeitsblatt Teil II Nr. 30 vom 25. Oktober 1941:

Berlin SW 11, den 17. Oktober 1941
Saarlandstr. 96

Der Reichsarbeitsminister
Nr. II a 14 288/41

An
das Reichsversicherungsamt und die
Landesversicherungsanstalten

Betr.: Vertrauensärzte und Betriebsärzte

Zwischen dem Herrn Leiter der Partei-Kanzlei, dem Herrn Reichsgesundheitsführer und mir ist folgendes festgestellt worden:

1. Die heutigen Notwendigkeiten erfordern eine engere Zusammenarbeit zwischen Vertrauens- und Betriebsärzten. Aus diesem Grunde habe ich keine Bedenken, wenn Vertrauensärzte den Betriebsärzten Auskunft über Versicherte geben, die zu der von dem Betriebsarzt zu betreuenden Gefolgschaft gehören. Entgegenstehende bisherige Anordnungen werden aufgehoben. Es ist sicherzustellen, daß auch die Betriebsärzte auskunftspflichtig sind. Die Schweigepflicht der Betriebsärzte auch gegenüber dem Betrieb ist sowohl durch die Reichsarbeitsordnung als auch durch die Dienstweisung des Amtes „Gesundheit und Volksschutz“ an die diesem untergeordneten Betriebsärzte sichergestellt (s. Dienstweisung S. 137).

2. Vertrauensärzte können nach den in der Dienstweisung für Betriebsärzte von der DAF. aufgestellten Richtlinien im nebenamtlichen Dienst Betriebsärzte werden, sofern sie nicht in den von dem betriebsärztlich betreuten Betrieben vertrauensärztliche Untersuchungen durchführen. Für die Dauer des Krieges können Ausnahmen hinsichtlich der Bestimmungen dieser Richtlinien im Einzelfalle zugelassen werden. Es kann auch im Einzelfalle zugelassen werden, daß Vertrauensärzte im gleichen Betrieb betriebsärztlich

tätig werden. Die Entscheidung über diese Einzelfälle wird durch den Reichsgesundheitsführer dem Amt „Gesundheit und Volksschutz“ der DAF. übertragen.

3. Betriebsärzte dürfen in der Regel im gleichen Betrieb nicht vertrauensärztliche Tätigkeit ausüben. Für die Dauer des Krieges können auf Antrag der Landesversicherungsanstalt Betriebsärzte ausnahmsweise vertrauensärztlichen Dienst auch im eigenen Betrieb ausüben. Die den Betriebsärzten zu erteilende Genehmigung dieser Ausnahmen wird durch den Reichsgesundheitsführer dem Amt „Gesundheit und Volksschutz“ der DAF. übertragen. Soweit bereits jetzt Betriebsärzte vertrauensärztlichen Dienst ausüben, ist die Genehmigung hiermit erteilt.

4. Bei Meinungsverschiedenheiten über die in Punkt 2 und 3 vorgesehene Ausnahmegenehmigung entscheidet endgültig der Reichsgesundheitsführer.

Ich ersuche, hiernach zu verfahren.

In Vertretung: gez. Dr. Syrup

- 2.) Die Landesvertrauensärzte und Obervertrauensärzte in den Kreisen haben dem Gauamteiler des Amtes für Volksgesundheit der NSDAP zu jeglicher Auskunft und Beratung zur Verfügung zu stehen, ihn über die Beugung des Krankenstandes fortlaufend zu unterrichten und seine Anregungen und Wünsche hinsichtlich des Einsatzes der Vertrauensärzte im Rahmen der bestehenden Vorschriften und des geordneten Geschäftsganges zu erfüllen.

- 3 -

IV.

Einsatz von Betriebsärzten.

- 1.) Die Verknappung ärztlicher Arbeitskraft und die Notwendigkeit einer einheitlichen Steuerung des Arzteinsatzes zwingen mich, die Neugestaltung hauptamtlicher und die Bestellung weiterer nebenamtlicher Betriebsärzte über die noch der Verordnung zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung der Zivilbevölkerung vom 27.5.1942 (Röbl. I 3.358) erforderliche Genehmigung hinaus auch von der vorherigen Zustimmung des Gauamteilers des Amtes für Volksgesundheit der NSDAP abhängig zu machen.
- 2.) Obwohl die Aufgaben der Betriebsärzte dem Grundsatz nach unberührt bleiben, ist es bei der Verknappung der ärztlichen Arbeitskraft erforderlich, die Betriebsärzte auch zu anderen im Betrieb anfallenden ärztlichen Tätigkeiten heranzuziehen. Dafür sind die im betriebsärztlichen Dienst üblichen Statistiken und Berichte bis auf weiteres zurückzustellen.
- 3.) Die Betriebsärzte haben dem Gauamteiler des Amtes für Volksgesundheit der NSDAP zu jeglicher Auskunft und Beratung zur Verfügung zu stehen, ihn über die gesundheitlichen Verhältnisse in den Betrieben fortlaufend zu unterrichten und seine Anregungen und Wünsche hinsichtlich der Gestaltung des betriebsärztlichen Dienstes im Rahmen der bestehenden Vorschriften und des geordneten Geschäftsganges zu erfüllen.
- 4.) Die hauptamtlichen Betriebsärzte sind in stärkerem Ausmaße als bisher mit den Aufgaben der Vertrauensärztlichen Dienstes zu betrauen. Ich verweise auf meine Anordnung Nr. 1/42 und den Erlaß des Reichsarbeitsministers - II 14 286/41 - vom 17. Oktober 1941 und behalte es mir vor, in Einzelfällen die Übernahme vertrauensärztlicher Tätigkeit durch den Betriebsarzt anzuordnen.
- 5.) Hauptamtliche und nebenamtliche Betriebsärzte können von der Kassenerztlichen Vereinigung Deutschlands auch mit der ärztlichen Behandlung der Kassemitglieder im Betrieb betraut werden, soweit dies im Einzelfall zweckmäßiger ist als die Beauftragung eines Kassenerztes.

« vom 29.1.1943 in Anregung gebracht wurde, bietet nicht nur einen vollgültigen Ersatz für jede Form von Arbeitszeitstatistik, wie sie bisher bereits in vielen Betrieben durchgeführt wird, sondern führt darüber hinaus noch zu weiteren Erkenntnissen, die für die Menschenführung im Betrieb von ausschlaggebender Bedeutung sind. Bisher war es sowohl in der amtlichen als auch in der betrieblichen Statistik üblich, die infolge verschiedenster Gründe ausgefallenen Arbeitsstunden in einer Summe auszudrücken. Da nun aber Angaben über Fehlstunden u.a. auch dazu führen sollen, Quellen der gesundheitlichen Schädigung zu ermitteln, so sind summarische Angaben ziemlich wertlos.

Die von der Deutschen Arbeitsfront entwickelte Arbeitszeitkarte soll nicht nur über die versäumten Arbeitsstunden Aufschluß geben, sondern vor allem über die Gründe dieser Versäumnisse. Dabei wird für jedes Gefolgschaftsmitglied im Betrieb eine besondere Karteikarte angelegt, die im Kopf Personal-, Lohn- usw. Angaben trägt. Bisher haben sich schon eine ganze Reihe von Betrieben zur Führung einer Arbeitszeitkarte entschlossen, andere aber zeigen Bedenken hinsichtlich einer Mehrbelastung ihrer Verwaltungsstellen. Nun muß aber bei genauer Betrachtung der Arbeitszeitkarte festgestellt werden, daß es sich bei ihrer Einführung weniger um die einer neuen Nachweismethode handelt, als vielmehr um eine Vereinheitlichung und damit Vereinfachung der schon vorher in den Betrieben üblichen Aufzeichnungen über die Arbeitszeit.

Die Karteikarte wird nach Lohnabrechnungsperioden geführt, d.h. ihr können sowohl Wochen, Monate als auch andere Zeiteinheiten zugrundeliegen.

Die wichtigste Neuerung ist die Einführung der Begriffe »Sollarbeitszeit« und »Istarbeitszeit«, aus deren Dauer sich die beiden letzten Ergebnisspalten der Karteikarte »Plusarbeitszeit« und »Minusarbeitszeit« unmittelbar errechnen lassen. Es ist bei einfacher Betrachtung der Karteikarte ohne weiteres möglich, für jede beliebige Lohnabrechnungsperiode das Verhältnis des Arbeitssolls zu der Zahl der tatsächlich geleisteten Arbeitsstunden zu errechnen.

Unter Sollarbeitszeiten in diesem Zusammenhang versteht man die durch Tarif- oder Betriebsordnung festgesetzte regelmäßige Arbeitszeit, die natürlich selbst innerhalb eines Betriebes nicht gleich zu sein braucht. So werden ganze Gruppen von Gefolgschaftsmitgliedern — zum Beispiel Frauen und Jugendliche — eine niedrigere Soll-Arbeitszeit haben als z.B. erwachsene Männer. Schon aus diesem Grunde führt ein Betriebsdurchschnitt, der sich nur auf eine Betriebsabteilung bezieht, leicht zu Fehlschlüssen, und es empfiehlt sich daher die vorgeschlagene Methode der Einzeleintragung für jedes Gefolgschaftsmitglied.

Die bereits an mancher Stelle übliche Eintragung von »entschuldigtem« und »unentschuldigtem« Fehlstunden erscheint grob und bedarf weiterer Unterteilung. Da werden im ersten Fall zunächst 3 Hauptgruppen unterschieden: »Krankheit«, »Unfall« und »Verschiedenes«. Auch diese Gruppen lassen sich wieder unterteilen und zwar die ersten beiden jeweils in »Krank«, »Arztbesuch«, »auswärtige Behandlung«, wozu bei »Krankheit« die Untergruppe »Zahnarzt« hinzukommt. Die weitere Gruppe »Verschiedenes« kann nun Urlaub, Sonderurlaub, Waschtage, aber auch Tage und Stunden für Appelle oder sonstigen politischen Dienst sowie Betriebsstörungen umfassen. Unentschuldigte Versäumnisse werden zunächst nur nach »eigenmächtiges Fehlen« und »Zuspätkommen« unterteilt.

Es ist leicht ersichtlich, daß keine besondere statische Erfahrung dazugehört, um aus derartig ins Einzelne gehenden Angaben in Kürze für einen beliebigen Zeitraum und für eine beliebige große Gruppe von Gefolgschaftsmitgliedern die Ist- und Soll-Arbeitszeit zu errechnen und somit festzustellen, wieweit die Ist-Arbeitszeit den bereits seit Jahrzehnten auf betriebsstatistischem Gebiet gemachten Erfahrungen über den Fehlbestand Rechnung trägt. So ist z.B. bekannt, daß in manchen Betriebsgruppen bestimmte Jahreszeiten — oft sogar bestimmte Monate — infolge von Witterungs- oder sonstigen Einflüssen eine verhältnismäßig hohen Krankenstand zeigen, andere hingegen wieder bedeutend weniger Neigung zur Erkrankung in der Gefolgschaft erkennen lassen. Ist eine ungewöhnliche Abweichung aber einmal festgestellt worden, so können auch Maßnahmen zu ihrer Beseitigung eingeleitet werden. Ein Gleiches gilt auch für die Unfallzahlen.

Besonderes Eingreifen bei unentschuldigtem Fernbleiben vom Betrieb läßt sich wahrscheinlich nur auf Grund derartig ermittelter Angaben rechtfertigen. Kann dann aber auch zu recht günstigen Ergebnissen führen.

Eine ständig gleichbleibende Übersicht, die mit Hilfe dieser Karte über die Arbeitsleistung jedes einzelnen Gefolgschaftsmitgliedes erhalten werden kann, versetzt die Betriebsführung in die Lage, den Fehlstand nicht nur zu senken, sondern dauernd niedrig zu halten, so daß hier mit Recht von der Möglichkeit echter Leistungssteigerung gesprochen werden kann.

4.3.

Ein Weg zur Minderung des Fehlstandes im Betrieb

Wenn im folgenden die Führung einer genauen Arbeitszeitkarte vorgeschlagen wird, so werden viele zunächst einwenden: Das ist ja eine Mehrbelastung für meinen Betrieb, die während des Krieges unmöglich übernommen werden kann. Wenn es sich tatsächlich um eine Mehrbelastung gewissermaßen ohne Gegenwert handeln würde, dürfte man die Sache allerdings überhaupt nicht zur Diskussion stellen. Wenn aber durch die Mehrbelastung einer Arbeitskraft oder selbst durch Betrauung einer zusätzlichen Arbeitskraft mit dieser Aufgabe ein Vielfaches an Arbeitsstunden gewonnen wird, das der Leistungssteigerung des gesamten Betriebes zugute kommt, dann sieht die Sache jedoch anders aus und unter diesem Gesichtspunkt muß man die »zusätzliche Belastung« betrachten.

Die Arbeitszeitkarte, die vom Reichsorganisationsleiter Dr. Ley in seinem Rundschreiben über »Leistungssteigerung durch Menschenführung

4.4.

Die Deutsche Arbeitsfront

8.8.1944

Der Reichsleiter

Anordnung 25/44

Mit Beginn der Leistungssteigerungskampagneaktion habe ich allen Mitarbeitern der Deutschen Arbeitsfront den Befehl gegeben, mit allen zu Gebote stehenden Mitteln einer ständigen Leistungsentwicklung von Mensch und Betrieb zu dienen...

.....

b) Um die durch Krankheit verursachten Fehlzeiten auf das Mindestmass herabzudrücken, muss der Einsatz von haupt- oder nebenamtlichen Betriebsärzten gerade für die Betriebe der Schwerpunktprogramme sichergestellt werden. Es ist dabei von entscheidender Bedeutung, dass sich in der Person dieses Betriebsarztes die gesundheitlich vorbeugende Aufgabe mit der behandelnden Tätigkeit des Revierarztes gemäss der Vereinbarung der DAF mit der kassenärztlichen Vereinigung Deutschlands verbindet.

Darüber hinaus muss es in jedem Einzelfalle unser Ziel sein, dem Betriebsarzt nicht nur zum behandelnden Arzt (Revierarzt), sondern, falls erforderlich, auch zum Vertrauensarzt zu machen.

Dieser erweiterte Auftrag des Betriebsarztes bedeutet für die Gefolgschaft der Betriebe, welche über einen derartigen Arzt verfügen, A u f h e b u n g d e r f r e i e n A r z t w a h l , Nach Absatz III und IV der Anweisung des KVD! Es hat sich als zweckmässig erweisen, zur Unterstützung des Arztes zwecks Besuchs bettlägeriger Kranker seitens des Betriebes auch Krankenbetreuer einzusetzen.

.....

Wir vertreten den Grundsatz des Leistungssozialismus. Sozial betreut und persönlich gefördert wird nur der, der in echter Selbstverantwortung als Verpflichtung der Volksgemeinschaft gegenüber ständig bereit ist, seine beste Leistung zu geben. Ihm gilt all' unsere Sorge. Alle anderen aber, welche diese persönliche Haltung nicht an den Tag legen, stellen sich ausserhalb jeder betrieblichen Sozialbetreuung.

5.2.

Abschrift

Der Reichsgesundheitsführer

Der Reichsarbeitsminister

Berlin, den 10. Februar 1945

5.1.

Meldung arbeitsunfähig Erkrankter durch Betriebsführer

Um einen reibungslosen Arbeitseinsatz zu gewährleisten, hat der Reichsarbeitsminister angeordnet, daß künftig die Betriebsführer den Eintritt der mit Arbeitsunfähigkeit verbundenen Erkrankung solcher bei ihnen Beschäftigten der zuständigen Krankenkasse (Ersatzkasse) zu melden haben, die während ihrer Krankheit den Arbeitsentgelt weiterbezahlen. Die Anordnung ermöglicht den Krankenkassen, auch diese Versicherten durch den vertrauensärztlichen Dienst betreuen zu lassen. Die Meldung, deren näherer Inhalt vorgeschrieben ist, ist nur erforderlich bei Krankheiten von mehr als dreitägiger Dauer und muß innerhalb von drei Tagen nach Ablauf des dritten Krankheitstages erstattet werden.

Die Meldung muß enthalten: Vor- und Zuname des Versicherten, Geburtszeit, Wohnung, Art der Erkrankung, Tag des Beginns der Arbeitsunfähigkeit, Namen des behandelnden Arztes und Namen des beschäftigenden Betriebes.

Auf Veranlassung und in Verbindung mit dem Generalkommissar des Führers für das Sanitäts- und Gesundheitswesen wird auf Grund des Führererlasses vom 28. Juli 1942 - Reichsgesetzbl. I Nr. 87 S. 515 - Dr. G u t e r n u t h , Universitätsklinik Frankfurt a.M., bevollmächtigt, in bestimmten Betrieben Überprüfungen des Krankenstandes vorzunehmen und gegebenenfalls ihm erforderlich erscheinende Maßnahmen zu treffen.

Krankenhäuser, Kliniken und Betriebsärzte, insbesondere auch Gesundheitsdienststellen, wie Gesundheitsämter, Reichsärztekammern, die KVD., der Vertrauensärztliche Dienst usw. haben Dr. ? Hinsicht zur Durchführung seiner Aufgabe zur Verfügung zu stehen und jede von ihm für notwendig gehaltene Hilfe und Unterstützung zu leisten.

Die Zusammenarbeit mit dem vom Reichsminister für Bewaffnung und Munition Sonderbeauftragten Dr. med. Poschmann ist gesichert.

Der Reichsgesundheitsführer

gez. Dr. C o n t i .

Der Reichsarbeitsminister

gez. I. A. E n g e l .

Abschrift (Rk. 1357 A)

Aug. i. d. Med. 1 109

Nationalsozialistische Deutsche Arbeiterpartei
Partei-Kanzlei

Führerhauptquartier, den 19. Februar 1944

Der Leiter der Partei-Kanzlei München 33
Führerbau
III B - La.

Herrn

Reichsminister und
Chef der Reichskanzlei
Dr. L a m m e r s

(1) Berlin W 8
Voßstr. 6

S o f o r t !

Betrifft: Generalkommissar Prof. Dr. B r a n d.

Sehr verehrter Herr Dr. L a m m e r s !

Seit einiger Zeit führt im Gau Baden ein Dr. Weyrauch als Beauftragter des von Generalkommissar Prof. Dr. Brand eingesetzten Bevollmächtigten für Sonderaufgaben in der Rüstungsindustrie Dr. Gutermuth Kontrolluntersuchungen krank gemeldeter Gefolgschaftsmitglieder mit dem Ziel möglichst weitgehender Gesundheitsreibungen durch. Hierzu erfahre ich von Gauleiter Wagner, daß diese Tätigkeit neben unnötiger Doppelarbeit so zahlreiche Unzuträglichkeiten mit sich bringt und neben verschwindend praktischem Nutzen so vielfache Nachteile zeigt, daß man besser daran täte, von diesem Verfahren möglichst bald Abstand zu nehmen.

Im einzelnen wird ausgeführt:

1. Dr. Weyrauch führt täglich etwa 150 Kontrolluntersuchungen durch und hat danach bei einer zugrunde gelegten Tagesarbeitszeit von 10 Stunden für eine Untersuchung 4 Minuten zur Verfügung. Bei der Kürze dieser Zeit ist es selbstverständlich auch einem besonders qualifizierten Arzt nicht möglich Fehldiagnosen zu vermeiden und

Fälle

Fälle, in denen Gefolgschaftsmitglieder von Dr. Weyrauch gesund geschrieben werden, ohne tatsächlich arbeitsfähig zu sein, sind durchaus nicht vereinzelt. Für den Arbeitseinsatz ist durch diese Gesundheitsreibungen jedoch gar nichts gewonnen. Die Gesundheitsreibungen müssen in diesen Fällen entweder von den Betriebsführern bis zur tatsächlichen Wiederherstellung ihrer Gesundheit beurlaubt werden, oder sie laufen Gefahr, nachteiligere Gesundheitschädigungen oder Spätfolgen davon zu tragen, die dann in jedem Falle einen länger dauernden Arbeitsausfall zur Folge haben.

Die von Dr. Weyrauch abgegebenen Beurteilungen sind jedoch für die Beteiligten bindend und insbesondere für die Auszahlung des Krankengeldes maßgebend.

Die sich bei einer Gesundheitsreibung im Falle tatsächlicher Arbeitsunfähigkeit ergebenden Härten, Schwierigkeiten und ungünstigen stimmungsmäßigen Auswirkungen liegen auf der Hand.

2. Als besonderer Mißstand erscheint es, daß von den Kontrolluntersuchungen auch die von den Durchgangsärzten der Berufsgenossenschaften behandelten Fälle erfaßt werden. Als Durchgangsärzte sind von den Berufsgenossenschaften vom Gauamtsleiter des Amts für Volksge-

sundheit jedoch ausschließlich Ärzte benannt, die nicht nur auf Grund ihrer Fachausbildung sich zur Behandlung Unfallverletzter besonders eignen, sondern deren politische Zuverlässigkeit und damit auch deren Verständnis für die Notwendigkeiten des Arbeitseinsatzes im 5. Kriegsjahr außer Zweifel steht.

Es erscheint nun wenig sinnvoll, dem Urteil dieser Ärzte - es sind dies in Straßburg der Leiter der chirurgischen Universitätsklinik, Prof. Dr. Zuckschwerdt, und der Facharzt für orthopädische Chirurgie, Dr. Reckling, - das auf Grund einer nur flüchtigen Kontrolluntersuchung gewonnene Urteil des nicht über besondere Fachausbildung verfügenden Dr. Weyrauch überzuordnen, zumal das Urteil der

111

Durchgangsärzte sich meist auf längere Behandlungszeit stützt und die Durchgangsärzte auch über bessere Untersuchungseinrichtungen verfügen.

Es wird daher für unerlässlich gehalten, daß die von Dr. Gutermuth offenbar aufgehobene, auf Grund einer Entscheidung des Reichsversicherungsamtes jedoch bisher gehandhabte Regelung wiederhergestellt wird, wonach Kranke, welche in berufsgenossenschaftlicher Heilbehandlung bei einem besonders ausgewählten Facharzt (Durchgangsarzt) stehen, von der allgemeinen Kontrolluntersuchung ausgenommen sind.

3. Nach der bisherigen Erfahrung deckt sich das Ergebnis der Kontrolluntersuchung bei 90 % der Kranken der chirurgischen Universitätsklinik und des Unfallkrankenhauses mit der Meinung der behandelnden Ärzte. Da die Kontrolluntersuchung sich im wesentlichen auf das Untersuchungsergebnis der Klinik stützen muß, ist das verständlich. Es ist aber auch offensichtlich, daß die Kontrolluntersuchung zum mindesten in diesen Fällen unnötig ist. Durch eine kurze vorherige Anfrage des Kontrollarztes beim behandelnden Arzt könnte dies ohne weiteres festgestellt werden.
4. Dr. Weyrauch führt seine Untersuchungen jedoch ohne Fühlungnahme mit den Ärzten des Gaues durch. Er hat seine Tätigkeit in Straßburg aufgenommen, ohne das Gauamt für Volksgesundheit, die Gesundheitsabteilung des Chefs der Zivilverwaltung - Verwaltungs- und Polizeiabteilung - oder die Ärztekammer Baden-Elsaß und die Landesdienststelle der KVD zu unterrichten.
5. Schließlich wird die getroffene Regelung der Einkünfte des Dr. Weyrauch, der neben seinem ordnungsgemäßen Gehalt für jeden untersuchten Kranken noch eine Art Kopfgeld von RM. 2.- erhalten soll, beanstandet.

Ich

112

Ich wäre Ihnen dankbar, wenn Sie diesen Vorgang besonders im Hinblick auf die Herrn Prof. Dr. Brand von Führer erteilten Vollmachten überprüfen würden.

Heil Hitler!

Ihr

sehr ergebener
gez. M. Bormann

5.4.

A b s c h r i f t .

Der Chef der Zivilverwaltung
im Elsass

Strassburg, den 3. März 1944
1944

Nr. Pö/455

An die
Partei-Kanzlei
M ü n c h e n 33
Barrerstr. 15.

Betr.: Kontrolluntersuchung des Beauftragten des Dr.
Gutermuth in Strassburg.

Bezug: Mein Schr. v. 7.2.1944 - Nr. Pö/W 21 -

Der Direktor des Unfallkrankenhauses und der chirurgischen
Universitätskliniken in Strassburg, Prof. Dr. Zuckschwerdt,
hat mir inzwischen berichtet, dass die in dem Schreiben des
Gauleiters vom 7.2.1944 - Nr. Pö/W 21 - dem Leiter der Partei-
Kanzlei mitgeteilten Unzuträglichkeiten, die sich durch die
Kontrolluntersuchungen des Dr. Weyrauch, des Beauftragten des
von Generalkommissar Prof. Dr. Brand eingesetzten Bevollmäch-
tigten für Sonderaufgaben in der Rüstungsindustrie hier in
Strassburg ergeben haben, noch durch folgenden Umstand ver-
schärft werden :

Die Kranken und Verletzten werden jetzt unmittelbar bei
ihrer Krankmeldung, sowohl zum Durchgangsarzt als auch zum
Vertrauensarzt geschickt. Gehen sie zuerst zum Durchgangs-
arzt, so muss der Vertrauensarzt den frischen Verband von
der Wunde wieder abreißen, wenn er sein Gutachten überhaupt
auf eigene Untersuchung stützen will. Gehen sie zuerst zum
Vertrauensarzt, so sitzen sie dort mehrere Stunden und ver-
säumen die günstige Zeit für die Wundversorgung. Prof. Dr.
Zuckschwerdt hat mit diesem Zusammenhang folgendes ausgeführt:

"Ich bin nicht gewillt, diesen Unsinn weiterhin mitzumachen.
Ich habe daher den Krankenkassen, die ihre Kranken gleich-
zeitig zu mir und zum Vertrauensarzt schicken, mitgeteilt,
dass ich diese Verletzten weder im Unfallkrankenhaus noch in
der chirurgischen Universitätsklinik in Behandlung nehmen
kann, da diese Maßnahme jeder Vernunft widerspricht."

Ich darf hiervon im Auftrag des Gauleiters im Nachgang zu
seinem obenbezeichneten Schreiben noch Kenntnis geben.

Im Auftrag
gez. Unterschrift.

F. d. R. d. A.

Kausg

5.5.

Der Beauftragte für den Vierjahresplan
Der Generalbeauftragte für den Arbeitseinsatz

.....

Zweite Anordnung zur
Sicherung der Ordnung in den Betrieben
vom 23. September 1944

§1 Meldung der Wohnung

.....

§2 Meldepflicht bei Fernbleiben von der Arbeit

.....

§3 Zusätzliche Meldung im Krankheitsfalle

(1) Bei Arbeitsversumnis wegen Krankheit hat das Gefolgschaftsmitglied ferner,

wenn es einen Arzt in Anspruch nimmt, dem Betriebsführer sofort nach der ersten ärztlichen Untersuchung mitzuteilen,

bei welchem Arzt es sich in Behandlung begeben hat, ob der Arzt das Vorliegen von Arbeitsunfähigkeit bejaht hat und -wenn das Gefolgschaftsmitglied einer gesetzlichen Krankenkasse angehört- ob und wann es die Arbeitsunfähigkeit der Krankenkasse gemeldet hat.

(2) Ausserdem ist die Arbeitsunfähigkeit der zuständigen Krankenkasse nach den dafür bestehenden besonderen Vorschriften zu melden.

§ 4 Überprüfung des Fehlstandes

.....

§ 5 Nachprüfung der Arbeitsunfähigkeit

(1) Der Betriebsführer ist berechtigt, jederzeit die Untersuchung des erkrankten Gefolgschaftsmitgliedes durch den Vertrauensärztlichen Dienst der Krankenversicherung zu beantragen. Das Gefolgschaftsmitglied ist verpflichtet, der Aufforderung zur vertrauensärztlichen Untersuchung nachzukommen.

(2) Die Kosten der vertrauensärztlichen Untersuchung eines nicht versicherten Gefolgschaftsmitgliedes trägt der Betrieb.

§ 6 Fortfall der Entgelt- oder Zuschußzahlungen

(1) Verletzt das Gefolgschaftsmitglied die ihm nach § 2 und § 3 Abs.1 obliegende Pflicht oder kommt es der Aufforderung zur vertrauensärztlichen Untersuchung nicht nach, so entfällt ein etwaiger Anspruch auf Weiterzahlung des Gehalts, Lohnes oder der Erziehungsbeihilfe oder auf Zahlung eines Zuschusses zum Krankengeld....

§ 7 Entziehung des Krankengeldzuschusses für künftige Krankheitsfälle

Der Betriebsführer kann -in Betrieben, in denen ein Vertrauensrat besteht, nach Beratung in diesem - dem Gefolgschaftsmitglied den Anspruch auf Zahlung eines Zuschusses zum Krankengeld für künftige Krankheitsfälle bis zur Dauer eines Jahres, im Wiederholungsfall bis zu zwei Jahren, durch schriftliche Mitteilung unter Angabe der Gründe entziehen, wenn das Gefolgschaftsmitglied sich, ohne arbeitsunfähig zu sein, krank gemeldet hat oder die Arbeit nicht sofort nach Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit aufnimmt ...

§ 8 Kürzung des Krankengeldzuschusses

.....

§ 9 Nacharbeit -Anrechnung auf den Urlaub

(1) Hat ein Gefolgschaftsmitglied sich krank gemeldet, ohne arbeitsunfähig zu sein, oder durch sonstiges Bummeln (unentschuldigtes Fehlen) Arbeitszeit versumt, so ist die versäumte Arbeitszeit auf Verlangen des Betriebsführers oder seines Beauftragten innerhalb der gesetzlich zulässigen Grenze der Arbeitszeit und des Arbeitsschutzes nachzuholen, die Nachholung ist auch an Sonnabendnachmittagen und an Tagen zulässig, an denen das Gefolgschaftsmitglied sonst von der Arbeit befreit ist, z.B. an Sonn- und Feiertagen. Für diese Nacharbeit entfällt ein Anspruch auf Zuschläge für Mehr-, Nacht-, Sonn- oder Feiertagsarbeit.

.....

§ 13 Fortfall der Lebensmittelzulagen bei pflichtwidriger Arbeitsversäumnis

In Fällen ungerechtfertigten Fernbleibens eines Gefolgschaftsmitgliedes von der Arbeit (Arbeitsbummelei) oder bei pflichtwidrigem Zurückhalten mit der Arbeitsleistung hat der Betriebsführer, da die nach den geltenden Bestimmungen für die Gewährung von Lebensmittelzulagen erforderlichen Voraussetzungen nicht mehr erfüllt sind, die dem Gefolgschaftsmitglied bewilligten Zulage- oder Zusatzkarten einzubehalten und unter Angabe der Gründe an das Ernährungsamt zurückzugeben. Solche Gefolgschaftsmitglieder sind ferner an den Sonderzuweisungen von Lebens- und Genußmitteln, die einem Betriebe wegen besonderer Arbeitsleistungen etwa gegeben werden, nicht zu beteiligen.

6.1.

**Der
Arbeits-Einsatz-
Ingenieur**

Sammlung aller Bestimmungen und Richtlinien
in laufender Folge

Herausgegeben vom
Rüstungsamt Reichs-Arbeits-Einsatz-Ingenieur
und unter Mitwirkung des Zentralamtes des Reichs-
ministeriums für Rüstung und Kriegsproduktion

bearbeitet von
Dipl.-Ing. K. Hempel



VERLAG AUGUST LUTZFEYER LEIPZIG

Vertraulich!

„Der Arbeitseinsatz-Ingenieur“

Jeder Empfänger der vertraulichen „Nachrichten
des Reichsministers für Rüstung und Kriegsproduk-
tion“ haftet für ihre sichere Aufbewahrung. Dasselbe
ist bei der Weitergabe zu beachten.

Inhaltsverzeichnis

Teil I (Reichs-Arbeits-Einsatz-Ingenieur)

Richtlinien, Anweisungen und Rundschreiben vom Reichs-Arbeits- einsatz-Ingenieur	1—32
---	------

Teil II (Vom Arbeitsfeld des Arbeitseinsatz-Ingenieurs)

Einsetzung von Arbeitseinsatz-Ingenieuren	1—3
Methoden einer rationellen Kurzanlernung von Hilfsspezialkräften. Von Ingenieur J. Cornely	5—12
Erfolge aus der Praxis des AI.	13—20
Arbeitseinsatz und Arbeitseinsatz-Ingenieure. Von Präs. Dr. Link, Leiter des Arbeitsamtes Dresden	21—32
Die Aufgaben des Bezirks-Arbeits-Einsatz-Ingenieurs. Von Major Dr. Peters, BAI.	33—36
Der Arbeitseinsatz-Ingenieur und die betriebliche Praxis	37—40
Leistungssteigerung im Konstruktionsbüro. Von J. Pistor	41—46
Berufserziehung und Menschenführung im Betrieb. Von Dr. Saurwein	47—59
Umsetzung von Arbeitskräften für die Behebung besonderer Notstände	60
Der Arbeitseinsatz-Ingenieur, seine Aufgabe, Stellung und Persön- lichkeit. Von Reichs-Arbeits-Einsatz-Ingenieur G. Friedrich	61—67
Refa — Was ist Refa? Von Refa-Obmann Riedl	68—80
Die Praxis der betrieblichen Verluststellen- und Fehlerbekämpfung. Von Ing. H. Herrnsdorf	81—89

Teil III (Erfahrungsaustausch)

Erfahrungsaustausch, Anregungen. Von Dipl.-Ing. K. Hempel, Gruppenleiter beim RAI.	1—14
Erfahrungen beim Einsatz von hochwertigen Fachkräften	15—16
Möglichkeiten des Fraueneinsatzes in Hüttenwerken. Von H. Spitzer	17—21
Anregungen und Erfolge aus der Praxis	23—25

Dieses Blatt bitte vor der Leitkarte Teil I einlegen!

	Seite
Erfahrungsaustausch	27—35
Erfahrungen aus der Tätigkeit des Arbeitseinsatz-Ingenieurs	37—44
Die tägliche Betriebsunterweisung — ein Mittel zur Leistungs- steigerung. Von Ing. H. Herrnsdorf	44—47
Kriegseinsatz technischer Berufe. Von Dr. A.-Ing. Lynen	47—50
Betriebsüberprüfungen	51—52
Erfolgsberichte eines AI.	53—54
Über einen innerbetrieblichen Werbefeldzug gegen Zeitverluste und Arbeitszeitverschwendung	55—57

6.2.

Maßnahmen zur Senkung des Krankenstandes

Empfe- Bezirke, vertreten durch deren BAI, haben mit den Gau-Ärzte-
führern Verhandlungen geführt, die zu erfreulichen Ergebnissen und Be-
schlüssen kamen. Angeregt vom Leistungsausschuß durch Krankheit, die ihre
Gründe darin finden — wie unsere AI voll bestätigen können —

1. in einer Überlastung der Privat-(Kasse)Ärzte und die daraus folgende
teilweise oberflächliche Untersuchung,
2. durch das „Krank-Feiern“, d. h. die 1—2tägigen Krankheiten, weil erst
ab dritten Tag die ärztliche Untersuchung vorgeschrieben ist, und
3. durch mangelnde Einschaltung von Vertrauensärzten.

Es wurde vereinbart, z. B. im Bezirk H:

- a) Sämtliche Ärzte (Betriebs-, Privat- und Kassenärzte) sind verpflich-
tet, Betriebsangehörige von Rüstungsbetrieben nur dann zur Unter-
suchung anzunehmen, wenn diese ihnen einen verschlossenen Brief-
umschlag ihres Betriebes aushändigen.

Dieser Umschlag enthält einen Laufzettel, der die Ansicht des Betriebes über die Krankmeldung wiedergeben soll (z. B. „notorischer Bummler“ oder „gewissenhafter Arbeiter“ pp.). Dem Arzt soll auf diese Weise Gelegenheit gegeben werden, den Krankheitsfall nicht nur von der rein diagnostischen, sondern auch von der psychologischen Seite her bewerten zu können.

Der Laufzettel ist vom Arzt streng vertraulich zu behandeln. Ein Abschnitt des Laufzettels wird vom Arzt abgestempelt und ist vom Gefolgschaftsmitglied dem Betriebe zurückzugeben.

Durch diese Maßnahme wird erreicht, daß nicht nur das Urteil des Betriebes gehört wird, sondern auch gleichzeitig eine Kontrolle über den tatsächlichen Besuch des Arztes erfolgt und gleichzeitig der Besuch mehrerer Ärzte verhindert wird.

- b) Es soll angestrebt werden, die Betriebsordnungen dahingehend abzuändern, daß Krankmeldungen nicht erst am dritten Tage, sondern schon am ersten Tage des Krankseins ärztlich begutachtet werden müssen. Entsprechende Anträge sind dem Reichstreuhänder der Arbeit gegebenenfalls einzureichen.
- c) Der Gau-Arztelführer hat sich prinzipiell bereit erklärt, den eingesetzten Betriebsärzten künftig den Charakter von Vertrauensärzten zu geben. Es soll hierdurch eine Abkürzung des Verfahrens und eine Beobachtung des Krankheitsfalles durch diejenigen Ärzte erreicht werden, welche die Krankmeldung am besten beurteilen können.

Das Formular des Laufzettels ist in Ausarbeitung. Nähere Mitteilung über die Einsetzung des neuen Verfahrens ist abzuwarten. Sie wird von der Deutschen Arbeitsfront erfolgen.

Diese Regelung kann allen Bezirken nur bestens empfohlen werden.

Ebenfalls müßte eine Änderung in der Bezahlung der ausländischen Lagerärzte stattfinden, soweit sie, wie bisher zum großen Teil für jeden von ihnen behandelten Kranken einen bestimmten Satz bezahlt bekommt. Damit wird erreicht, daß der ausländische Lagerarzt, um viel zu verdienen, recht viele krank schreibt. Vielleicht ist eine Pauschalsumme das Richtige, oder wer weiß eine bessere Regelung? Der jetzige Zustand erscheint nicht tragbar.

Praktische Maßnahmen aus den Bezirken, die Erfolg hatten

Überwachung der Leistungen von Ausländern und Kriegsgefangenen

Das Ansteigen der Ausländeranteile in den Betrieben erfordert besondere Beachtung hinsichtlich der Behandlung und Entlohnung, um sie leistungsfähig zu machen.

So berichtet eine Stahlgießerei, daß sie leistungsschwache Ausländer mit besonderem Erfolg von einer angenehmeren zu einer schwierigeren oder schmutzigeren Arbeit versetzt.

Ein anderer Betrieb versetzte unzuverlässige Ostarbeiterinnen an Arbeiten, bei denen die Maschine die Arbeitsleistung und das Tempo bestimmt.

Ein weiterer Betrieb läßt die faulsten italienischen Militärinternierten nacharbeiten und konzentriert sie besonders im Lager.

Arbeitsleistung und Arbeitsdisziplin wirkten sich unter den Ausländern in einem Betriebe dadurch günstig aus, daß sie bei Vergehen oder schwachen Leistungen sofort zur Rede gestellt wurden und durch eine im Betriebe beauftragte Person, die polizeiliche und sicherheitsmäßige Befugnisse hat, dadurch geahndet werden, indem diese den Ausländern den Vorschlag einer freiwilligen Buße macht, die in jeder beliebigen Höhe sein kann. Auf diese Weise sollen die betreffenden zu ordnungsliebenden Mitarbeitern erzogen und ihre Vergehen geahndet werden. Diese freiwillige Buße, welche immer zugunsten des Roten Kreuzes abgeführt wird, zahlen die Ausländer gern, weil sie dieses Verfahren der Einlieferung in ein Arbeitserziehungslager vorziehen. Der Betrieb berichtet, daß dadurch ein einträchtiges, sicheres und zuverlässigeres Arbeiten eingetreten sei und so gar von einer äußerst geringen Fluktuation zu sprechen ist.

Wo anders hat eine Leistungsprämie auch einen Erfolg gebracht.

Ein Werk berichtet, daß es geschulte und zuverlässige Ausländer als Vorarbeiter und Einrichter eingesetzt habe und damit gut fahre. Allerdings dürfen ausländische Meister und Vorarbeiter nur über Ausländer und nicht über Deutsche eingesetzt werden. Die Autorität der Deutschen über die Ausländer muß in jedem Falle erhalten und gefordert werden.

19

Krankmeldungen

Zur Bekämpfung der Bummelerei wird in mehreren Betrieben der Tarifurlaub gekürzt bzw. gestrichen, die Lebensmittelzulagen und die Raucherkarte entzogen.

30

Die eingerichtete Überwachungsstelle der Ausfallstunden eines Betriebes hat sich bewährt. Der Krankenstand wurde gegenüber dem Vormonat um 26% gesenkt. Durch tägliche Kontrolle der Krankmeldungen der Ausländer gleich nach Arbeitsbeginn konnte die Krankenziffer wesentlich gesenkt werden.

Durch Einführung eines Laufzettels konnten die Krankenstunden eines Werkes im Gegensatz zum Vormonat um 50% gesenkt werden.

Ausländereinsatz

Überwachung

Der A.-I. einer großen Firma teilt mit: In seinem Betriebe wurde festgestellt, daß die italienischen Militärinternierten Gelenkschwellungen künstlich dadurch hervorrufen, indem sie laufend starke Salzlösung in warmem Zustande trinken. In dem Betriebe haben sich auf diese Weise bereits 100

von einigen hundert dort tätigen italienischen Militärinternierten von der Arbeit gedrückt. Die mit der Überwachung der italienischen Militärinternierten beauftragten Männer sind davon in Kenntnis zu setzen, damit sie darauf Obacht geben, daß sich Ähnliches nicht auch in anderen Betrieben ereignet.

Die richtige Kur

In einem Betriebe, stiegen die Krankmeldungen der Ostarbeiterinnen rapide an.

Der Betriebsführer ordnete darauf für alle Ostarbeiterinnen Ausgangssperre und sofortige Bettruhe am Sonnabend und Sonntag an. Auf Befragen der Ostarbeiterinnen, warum das für alle geschehe, wurde diesen erklärt, sie seien zum Arbeiten da und müssen vor Krankheit geschützt werden; der Krankenstand sei beängstigend hoch. Die Folge war, daß sich nur noch einige wirklich Kranke meldeten und die Masse sich über Nacht als gesund und arbeitsfähig meldete. Das Rezept der Gesundheit haben die Ostarbeiterinnen unter sich gefunden.

Die Leistung der englischen Kriegsgefangenen wurde im Berichtsmonat um 15% erhöht. — 18 Kriegsgefangene wurden durch Anlernung zu Steinbruch-Nacharbeitern ausgebildet.

Die durchgeführte Staffe lung der französischen Kriegsgefangenen in Lohn- und Leistungsgruppen hat sich bewährt. Die im Durchschnitt beobachtete Leistungssteigerung beträgt ca. 10%. Der Kräftebedarf konnte auf Grund genauer Überprüfung von 31 auf 20 ermäßigt werden. — Durch verschärfte Kontrolle der Arbeitsausfälle konnten diese von anfänglich 18% auf 12% und jetzt auf 8,1% gesenkt werden.

A.-I., 2. Liefg., April 44

31

Kampf dem Fehlstand

Aus den Berichten und Betriebsüberprüfungen ergibt sich, daß der Fehlstand immer noch viel zu hoch ist. Die Ursachen dafür sind verschiedener Natur. Es ist daher notwendig, anhand der gewissenhaft gemachten Einzelmeldungen der Abteilungen und den genauen Unterlagen der Gefolgschaftsbüros die richtig gegliederte Unterteilung nach Ursachen vorzunehmen.

Sie erst ermöglicht es, wirksam gegen den Fehlstand anzukämpfen.

Im Kampf gegen die Fehlstunden bewährt sich die tägliche Erfassung der Ausfallstunden und die Bekanntgabe von Abwesenheitslisten.

Die A.-I. und Werksleitungen müssen alles tun, um den Fehlstand zu verringern, aber auch die Arbeitslust zu fördern. Mittel und Wege dazu sind:

1. eine schärfere Kontrolle;
2. die im Erfahrungsaustausch bereits veröffentlichte Methode der Anregung und das gute Vorbild;
3. Vereinbarung mit der Gauärztekammer, wonach auch die Betriebsärzte Vertrauensärzte sein können;

4. verkehrsentflechtende Maßnahmen, die zur Besserung der Organisation der An- und Abfahrt zwischen Wohnung und Arbeitsstätte beitragen;

5. innerbetriebliche Maßnahmen, wie z. B. Einrichtung von Reparaturwerkstätten, besondere Ausbesserung von Arbeitsschuhen, Friseurstuben, Einrichtung von Kleinkinderbewahranstalten, Übertragung von Behördenwegen und Abholung der Lebensmittelkarten an Sozialwallerin;

A.-I., 3. Liefg., Mai 44.

39

6. Strafmaßnahmen, wenn die Belehrung und Hilfe nichts nützt;

7. Entziehung von Vorteilen, Raucherkarten, Zulagen und Sonderzuweisungen;

8. Einrichtung von ZbV.-Kolonnen, die zur Erziehung wesentlich beitragen können.

Das Herabrücken der Fehlstunden ist eine der wichtigsten Aufgaben, die wir uns gestellt haben.

Beispiele und Hinweise:

„Ich kann wohl sagen, daß ich da gute Erfolge erzielt habe“, berichten einige A.I. übereinstimmend. In erster Linie wird jede versäumte Zeit, soweit dies möglich ist, nachgearbeitet bzw. bei deutschen Gefolgschaftsmitgliedern vom Urlaub gekürzt, wenn nicht Gründe für das Fernbleiben vorliegen, die als stichhaltig anerkannt werden müssen.

Bei Krankmeldungen werden die sich krank Meldenden durch die Werkswester der Reihe nach angefordert, sobald der Arzt frei ist. Sie warten nicht unnötig. Hierdurch ist eine erhebliche Ermäßigung des Arbeitsausfalles eingetreten.

Durch Anlegung schärfsten Maßstabes bei der Abgabe von Passierscheinen während der Arbeitszeit konnten die hierdurch anfallenden Ausfallstunden von 1076 auf 630 ermäßigt werden.

Zur Vermeidung der Verlustzeiten durch Sonderurlaubsbiten für Lebensmittelkäufe und Behördenbesuche ist in einem anderen Betriebe eine Hilfe eingestellt worden, die ausschließlich diese Besorgungen erledigt. Die Einrichtung hat sich bewährt.

Ein Großbetrieb meldet: Bei den in einer 1-Schicht arbeitenden Werkstätten wird der Ausländer solange am Arbeitsplatz behalten, bis er die durchschnittlich verlangte Stückzahl geschaffen hat. Aus Erziehungsgründen darf die in einer Werkstatt jeweils über die Normalzeit eingesetzte Gruppe erst dann abrücken, wenn der letzte sein Pensum erfüllt hat. Bei den in 2 Schichten arbeitenden Werkstätten ist diese Maßnahme nicht durchführbar. Dort werden die Betreffenden der Hof- und Reinigungsabteilung nach Beendigung der Normalschicht zugewiesen, wo sie mindestens 2 Stunden harte Arbeit zu leisten haben.

Eine andere Firma meldet: Die Trennung der Franzosen während der Arbeit soll noch weiter durchgeführt werden, da es sich bestens bewährt hat, wenn die Franzosen einzeln mit deutschen Arbeitern arbeiten, wahr-

rend bei Zusammenarbeit mehrerer Franzosen zuviel erzählt wird ... Die Reparaturhandwerker, die leistungsmäßig schwer zu erfassen sind, werden durch eine besondere Lohnregelung an der Leistung der von ihnen betreuten Maschinen interessiert. Je reibungsloser und länger diese Maschinen laufen, um so höher sind die Zulagen zum Lohn der Reparaturhandwerker.

40

Maßnahmen zur Senkung des Krankenstandes

Unter diesem Absatz bemerkten wir in der Neuausgabe des Mitteilungsblattes, daß eine Änderung in der Bezahlung der ausländischen Lagerärzte erwünscht sei, da diese Ärzte, um viel zu verdienen, recht viele Lagerangehörige krank schreiben. Es wurde gebeten, dem RAL bessere geeignete Vorschläge zu machen.

Dazu gingen folgende Vorschläge ein:

Die ausländischen Lagerärzte erhalten eine Pauschalsumme X, welche bezahlt wird, solange der Krankenstand normal ist. Für jedes Prozent über oder unter dem normalen Krankenstand erhält dieser Lagerarzt 5—10% mehr oder weniger an Gehalt. Es ist dann sein

A.-I., 3. Liefg., Mai 44.

43

Interesse, für einen guten Gesundheitszustand der ihm Anvertrauten zu sorgen.

Ein anderer Einsender regt an, daß in diesem Falle ein in China übliches Verfahren angewendet wird, dergestalt, daß der Arzt nicht für den Kranken, sondern für den Gesunden einen festen Satz bekommt, der ihm während der Krankheitsdauer des zu Betreuenden entzogen wird. Auf diese Weise hat der Arzt ein Interesse daran, vorbeugend zu wirken und die Zahl der Kranken möglichst klein zu halten.

Die Betriebe, die ausländische Lagerärzte selbst bezahlen, können von dem besten Modus, der zur Senkung des Krankenstandes beiträgt, selbständig Gebrauch machen.

7.1.

Weißbuch zur Unternehmer- moral

Herausgegeben vom
Vorstand der Industrie-
gewerkschaft Metall

Pressionen der Betriebskrankenkasse

Ein Einzelfall zeigt deutlich, welche „moralische“ Einstellung die Werksleitung bei diesen Vorkommnissen an den Tag legt:

Ein Beschäftigter der **Adam Opel AG** wurde von seinem Hausarzt krank geschrieben. Daraufhin wurde der Hausarzt von der Betriebskrankenkasse angerufen und ihm folgendes mitgeteilt: Der betreffende Arbeitnehmer habe eine andere Position im Unternehmen Adam Opel AG einnehmen sollen, ihm habe wahrscheinlich die Arbeit nicht gepaßt, und er habe sich deshalb wohl in den Krankenstand begeben. Man gab dem Arzt zu verstehen, daß man sich von seinem Patienten trennen müsse, falls er die Arbeit nicht bald wieder aufnehme.

Der Arzt stellte seinem Patienten eine ärztliche Bescheinigung aus, aus der einwandfrei hervorgeht, daß der Betroffene keineswegs leichtfertig in den Krankenstand versetzt wurde.

Außerdem hat der Arzt der Betriebskrankenkasse klar zu verstehen gegeben, daß er keine Gefälligkeitsatteste ausstellt.

Schikanen gegenüber Schwerbeschädigten

Bei einem Zweigbetrieb der **Firma H. Weber in Rothenburg-Tauber** sind zwei schwerkriegsbeschädigte Arbeitnehmer beschäftigt, von denen einer Mitglied des Betriebsrates ist. Beide Arbeitnehmer sind beinamputiert und seit Januar bzw. März auf Grund ihrer Kriegsverletzung krank. Ein Arbeitnehmer ist mit einer der schwersten Arbeiten im Betrieb belastet. Dabei hatte er sich schon vor einem Jahr seinen Beinstumpf derart verletzt, daß er seine Prothese nicht benutzen konnte. Er ließ sich damals nicht krankschreiben, sondern baute sich aus Eisenabfällen (es handelt sich um einen Metallbetrieb) ein Gestell, auf dem er seinen Beinstumpf befestigte, so daß er weiter arbeiten konnte, obwohl der Stumpf damals wie auch heute offen war. Diese Geste wurde dem Beschäftigten wenig gedankt. Obwohl er erst seit dem 2. März erkrankt ist, erhielt er schon Ende März/Anfang April ebenso wie sein gleichfalls schwerkriegsbeschädigter Kollege einen Brief von der Geschäftsleitung:

„Sehr geehrter Herr ...

Nach Durchsicht unserer Personalakten stellten wir fest, daß Sie schon seit ... erkrankt sind.

Wie Sie sicher wissen, wirkt sich dies sehr ungünstig auf den Produktionsablauf aus. Bitte teilen Sie uns mit, wann Sie wieder arbeiten wollen.

Mit freundlichen Grüßen
Die Geschäftsleitung“

Blaue Briefe

In diesen Zeiten der Wirtschaftslaute scheint das Schreiben von Briefen an kranke Arbeitnehmer zu einem besonderen Hobby der Werksleitungen geworden zu sein.

So schreibt die **Firma Standard Elektrik Lorenz AG** folgenden Brief:

„Bei Durchsicht Ihrer Personalunterlagen haben wir festgestellt, daß Ihre Fehlzeiten überdurchschnittlich hoch sind. Da dies den reibungslosen Fertigungsablauf erheblich erschwert und für die Erhaltung eines guten Arbeitsgeistes in Ihrer Abteilung nicht gerade fördernd ist, sehen wir uns veranlaßt, Sie zu ermahnen, Ihre Fehlzeiten in Zukunft zu verringern. In der Annahme, daß Sie weiterhin bei uns beschäftigt werden wollen, würden wir es bedauern, Ihren Arbeitsplatz anderweitig besetzen zu müssen.

Hochachtungsvoll
Standard Elektrik Lorenz AG
Geschäftsbereich Bauelemente
Werk Eßlingen, Personal- und Sozialwesen.“

Ausführlicher schreibt die **Firma Karmann-Rheine GmbH & Co KG** an Kranke:

„Sehr geehrter Herr ...

Bei Durchsicht der Personalunterlagen haben wir festgestellt, daß Sie leider in der letzten Zeit infolge von Erkrankungen wiederholt der Arbeit fernbleiben mußten. Auf Grund Ihrer mehrfachen Erkrankungen in der letzten Zeit haben wir Bedenken, ob Sie infolge Ihres gesundheitlichen Allgemeinbefindens für eine berufliche Tätigkeit in unserem Unternehmen überhaupt geeignet sind.

Sie werden mit uns einer Ansicht sein, daß es sich für unser Unternehmen sehr nachteilig auswirkt, wenn die gleichen Mitarbeiter durch Krankheit häufiger ausfallen und somit Umsetzungen bzw. Neueinstellungen vorgenommen werden müssen.

Sie werden daher Verständnis dafür haben, daß wir im Interesse des Unternehmens und unserer Belegschaft infolge des verstärkten wirtschaftlichen Wettbewerbs in der Zukunft nachhaltig prüfen müssen, ob wir das Arbeitsverhältnis zu Mitarbeitern, die offenbar aus gesundheitlichen Gründen der Arbeit nicht gewachsen sind, lösen.

Wir möchten Ihnen diese Einstellung in aller Offenheit sagen und Ihnen den wohlgemeinten Rat geben, sich für eine leichtere Arbeit an einer anderen Arbeitsstätte zu interessieren, sofern Sie glauben, daß sie auf Grund Ihres Gesundheitszustandes den nun einmal von uns an unsere Mitarbeiter zu stellenden Anforderungen nicht entsprechen können. Wir würden es allerdings sehr begrüßen, wenn Sie sich inzwischen vollahrt erholt hätten und in Zukunft ohne Unterbrechungen durch Krankheit Ihrer Arbeit bei uns nachgehen könnten.

Mit freundlichem Gruß
KARMANN-RHEINE
GmbH & Co. KG
Personalabteilung/L“

Diesen Brief erhielt unter anderem auch ein Arbeiter, der gerade einen Herzinfarkt erlitten hatte.

Ein ähnliches Schreiben richtete die **Firma Voith GmbH in Bremen** an eine Anzahl von Beschäftigten des Unternehmens:

„Ihr Arbeitsverhältnis

Wir müssen leider feststellen, daß Sie — seit Sie bei uns beschäftigt sind — über 25% der gesamten Arbeitstage durch Krankheit oder Kuraufenthalte Ihren Arbeitsverpflichtungen nicht nachkommen konnten.

Wir haben den Eindruck, daß Sie entweder Ihrem Gesundheitszustand nicht genügend Beachtung schenken, oder daß Ihr Gesundheitszustand die regelmäßige Ausfüllung Ihres Arbeitsplatzes nicht zuläßt. Wir müssen Sie darauf aufmerksam machen, daß eine Arbeitskraft für unser Werk nur dann von Wert ist, wenn sie ihren Arbeitsverpflichtungen regelmäßig nachkommen kann.

Deshalb möchten wir Sie bitten, in Zukunft darauf zu achten, daß Sie regelmäßig an der Arbeit sind. Ebenfalls möchten wir Ihnen anraten, Ihrem Gesundheitszustand mehr Beachtung zu schenken und alles zu tun, um Ihre Arbeitsfähigkeit zu erhalten. Fehlzeiten in dem Ausmaß, wie sie bei Ihnen eingetreten sind, sind für uns betrieblich untragbar.

Der Betriebsrat unserer Firma ist über die Angelegenheit unterrichtet. Bitte bestätigen Sie uns den Erhalt dieses Schreibens auf der beiliegenden Zweitschrift.

J. M. Voith GmbH
Werk Bremen“

Wenn man schließlich noch den Brief der **Firma Sanitaria in Ludwigsburg** hinzunimmt, so kann man sich des Eindrucks nicht erwehren, daß es sich hier um eine „konzertierte Aktion“ der Arbeitgeber handelt:

„Betr.: Ausfallzeiten

In den letzten Wochen haben wir die Anwesenheitskartei der vergangenen zwei Jahre einer kritischen Prüfung unterzogen.

Es tut uns sehr leid, feststellen zu müssen, daß sie

	1964	1965	1965 (bis heute)	
wegen Krankheit	5	13	39	Tage
aus anderen Gründen (unbezahlter Urlaub u. dgl.)	—	1	—	
also insgesamt	5	14	39	Tage

gefehlt haben.

Außerdem haben Sie in der Zeit von März bis Oktober 1966 ... Stunden eher Ihre Arbeit verlassen.

So bedauerlich es ist, daß diese erhebliche Zahl von Fehltagen nur auf Ihren Gesundheitszustand zurückzuführen ist, möchten wir Ihnen doch zu bedenken geben, daß jeder Ausfall einer Arbeitskraft bei uns zu Störungen im Fertigungsablauf führt. Wir sind deshalb daran interessiert, jegliche Fehlzeiten im Rahmen des Irgendmöglichen zu halten.

Nachdem nun auch wir die abflauende Konjunktur deutlich zu spüren bekommen, müssen wir befürchten, daß wir uns bei anhaltender Geschäftslage bezüglich der Zahl unserer Mitarbeiter der Lage anpassen müssen.

Sie werden einsehen, daß, wenn solche einschneidenden Maßnahmen unvermeidlich geworden sind, wir uns zuerst von denjenigen Mitarbeitern trennen müssen, die in der Vergangenheit besonders viele Fehlzeiten aufzuweisen haben. Sicherlich dürfen wir damit rechnen, daß Sie auch für unsere Belange Verständnis aufbringen. Die Sicherheit eines jeden Arbeitsplatzes hängt entscheidend von der Wettbewerbsfähigkeit des Betriebes ab. Diese wird von jedem einzelnen mit beeinflußt.

Hochachtungsvoll
SANITARIA GMBH“

In einem konkreten Fall wurde die Erkrankung eines Arbeitnehmers, die kurz nach Versendung des zitierten Schreibens eintrat, in der Firma Sanitaria GmbH zum Anlaß genommen, diesen zu entlassen. Nomen est omen.

- 18/1978 -

Kassenärztliche Vereinigung Hamburg
Der Vorsitzende

Humboldtstraße 56 26. 7. 1978
2000 Hamburg 76 Dr. Dozy, Sm.
Telefon (040) 22 90 2-1 321
Durchwahl 321

R U N D S C H R E I B E N N R. 16/1978

INHALT:

1. SENKUNG DES VERWALTUNGSKOSTENBEITRAGES
2. GEMEINSAME ERKLÄRUNG DES VdAK UND DER KBV
3. HONORARPOLITIK BEI DEN VERTRÄGEN MIT DEN ERSATZKASSEN
4. FORSCHUNGSPROGRAMM DER BUNDESREGIERUNG
5. VERORDNUNG VON BLUTDRUCKMESSGERÄTEN ZUR SELBSTKONTROLLE DURCH DEN PATIENTEN
6. NACHTRÄGLICHE BESCHEINIGUNG DER ARBEITSUNFÄHIGKEIT - C A V E T E!
7. WAHLANALYSE DER KAMMERWAHL

Sehr verehrte Frau Kollegin,
sehr geehrter Herr Kollege!

6. NACHTRÄGLICHE BESCHEINIGUNG DER ARBEITSUNFÄHIGKEIT - C A V E T E!

Wir haben verschiedentlich um eine konsequente Einhaltung der Vorschriften für die Kassenpraxis gebeten, nach denen die Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit

- a) nur aufgrund einer ärztlichen Untersuchung erfolgen darf, d. h. der Arzt muß sich persönlich von dem Krankheitszustand des Patienten überzeugt haben, und
- b) eine rückwirkende Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit (eine Rückdatierung des Beginns der Arbeitsunfähigkeit auf einen vor dem Behandlungsbeginn liegenden Tag) nur im Ausnahmefall und dann in der Regel auch nur bis zu zwei Tagen (Kalendertage) zulässig ist; der Kassenarzt muß also besonders triftige Gründe für die Annahme haben, daß die von ihm persönlich "gesehene" Arbeitsunfähigkeit bereits seit zwei Tagen besteht (Symptomatik, die

auf einen bestimmten Krankheitsverlauf schließen läßt; langjähriger verlässlicher Patient), und er muß dieses auch im Streitfalle belegen können.

Wir machen hierauf heute deshalb noch einmal mit besonderem Nachdruck aufmerksam, weil Arbeitgeber sich vermehrt direkt oder über Krankenkassen über einen Verstoß gegen die oben beschriebenen kassenärztlichen Pflichten (§ 12 Bundesmantelvertrag - Ärzte, Abschnitt C Ziff. 5 der Anlage zum Arzt/Ersatzkassenvertrag sowie Erläuterungen zur Vordruckvereinbarung, Muster 1) beschweren. Wir sind nicht der Auffassung, daß die Kassenärzte vermehrt gegen die Bestimmungen verstoßen, wir haben eher den Eindruck, daß die Arbeitgeber gezielter auf mögliche Verstöße gegen die besondere Sorgfaltspflicht bei Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit achten. Das scheint so weit zu gehen, daß einzelne Arbeitgeber "schwarze Listen" über Häufigkeit und Dauer von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen bestimmter Ärzte führen und/oder Personen in Kassenpraxen zur nachträglichen Ausstellung von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen bzw. aufgrund vorgetäuschter Beschwerden schicken. Es ist selbstverständlich, daß wir uns gegen solche Praktiken schärfstens verwahren.

Beachten Sie bitte in diesem Zusammenhang, daß Sie einem Arbeitgeber keine Rechenschaft über Ihre Arbeitsunfähigkeitsfeststellungen schuldig sind, sondern nur der Ärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung. Ein Eingehen auf die Umstände und Gründe der Arbeitsunfähigkeit in einer Diskussion mit dem Arbeitgeber - ohne ausdrückliche Zustimmung Ihres Patienten - beinhaltet die Gefahr der Verletzung der ärztlichen Schweigepflicht!

Kassenärztliche Vereinigung Hamburg
Der Vorsitzende

Humboldtstraße 56 , 31.5.1979
2000 Hamburg 76
Telefon: (040) 22 90 2-1 Dr. Dozy/Sm.
Durchwahl 321

R U N D S C H R E I B E N N R. 23

INHALT:

1. 82. DEUTSCHER ARZTETAG 1979 IN NÜRNBERG
2. DEUTSCHER KASSENARZTVERBAND
Veröffentlichungen in der MEDICAL TRIBUNE und die Folgen.
3. BEDEUTUNG DER BESCHLÜSSE DER VERTRETERVERSAMMLUNG
4. ARBEITSUNFÄHIGKEITSTAGE IN HAMBURG
5. VERSCHIEDENES

Schon verschiedentlich habe ich in Rundschreiben darauf hingewiesen, daß wir uns gerade bei dieser ärztlichen Maßnahme, einen Patienten arbeitsunfähig zu schreiben, besonders verantwortungsvoll verhalten sollten.

Es ist mir natürlich klar, daß ich bei der Mehrzahl der Kollegen dieses verantwortungsvolle Handeln voraussetzen darf. Da aber gerade die Kollegen, die keine Kreisversammlung besuchen, möglicherweise auch nur einen Teil der Rundschreiben lesen, möchte ich noch einmal den Versuch machen, auch diese Kollegen anzusprechen:

Im Jahre 1978 waren nur bei RVO-Kassen über 4 Mio Kalendertage durch AU-Schreibung ausgefallen. Bei durchschnittlichen Kosten eines AU-Tages von ca. DM 200,- (entstehende Kosten für Arbeitgeber und Krankenkassen) resultiert damit für Hamburg ein gesamt volkswirtschaftlicher Ausfall von über 1,5 Milliarden DM im Jahr, und zwar nur für die RVO-Kassen, ohne Ersatzkassen.

Diese Zahlen sollten denjenigen Kollegen, der die AU-Schreibung mit etwas leichter Hand vorgenommen hat, nachdenklich stimmen.

Zur Information für alle möchte ich Ihnen aus dem Schleswig-Holsteinischen Ärzteblatt von dem dortigen Hauptgeschäftsführer

Herrn B. Schüttumpf, erarbeitete durchschnittliche Zahlen für die dortigen praktischen Ärzte bekanntgeben:

Leistungsbedarf in eigener Praxis	DM 35.700,-	=	7,7 %
Leistungsbedarf durch Überweisungen	DM 7.300,-	=	1,6 %
Kosten durch Arzneiverordnungen	DM 48.700,-	=	10,5 %
Kosten durch Krankenhauseinweisungen	DM 36.300,-	=	7,8 %
Kosten durch AU-Schreibungen	<u>DM 336.900,-</u>	<u>=</u>	<u>72,4 %</u>
	DM 464.900,-	=	100 %

Sie ersehen daraus, daß der Leistungsbedarf in eigener Praxis mit 7,7 % gegenüber den Kosten durch AU-Schreibungen einen fast verschwindend geringen Prozentsatz ausmacht.

Sie ersehen weiter aus den Zahlen, daß der Slogan der Krankenkassen "Der Arzt habe den Schlüssel zum Geldschrank in der Hand" nicht völlig abwegig ist.

In diesem Zusammenhang darf ich jedoch abschließend feststellen, daß wir den uns vom Gesetzgeber auferlegten Pflichten in fast immer vorbildlicher Weise nachkommen, daß wir in vorbildlicher Weise eine kompromißbereite Honorarpolitik betrieben haben, daß aber andere Sektoren, die viel kostenträchtiger sind, nicht annähernd diesen guten Willen zur Kostendämpfung bekunden wie wir Ärzte. Angesprochen ist hier der Krankenhausesektor und die Pharmaindustrie. Diese sind jetzt am Zuge mit ihren Beiträgen. Wir haben mit unseren Beiträgen die Grenze des Zumutbaren bereits erreicht, wir haben unserer Pflicht mehr als Genüge getan.

I C H T I G
such für Ihre
MITARBEITERIN
In der Praxis

R U N D S C H R E I B E N Nr. 26/1979

Inhaltsverzeichnis und Kurzinformation

1. REHABILITATION
 - a) Neuer Vertrag nach § 368 s RVO zwischen KBV und den Bundesverbänden der RVO-Krankenkassen
 - b) Rehabilitationsmaßnahmen für die bei den Ortskrankenkassen versicherten körperbehinderten Kinder und Jugendlichen
2. ARBEITSUNFÄHIGKEITSBESCHEINIGUNGEN
 - Voraussichtliche Dauer der AU -
3. STUFENWEISE EINGLIEDERUNG IN DAS ARBEITSLEBEN
 - Ärztliche Bescheinigungen bei beschränkten Arbeitszeiten -
4. DISZIPLINARMASSNAHMEN
 - a) Forderung einer Zuzahlung bei kassen-/vertragsärztlicher Behandlung
 - b) Begutachtender Arzt und Kassenarzt
5. VORDRUCKVEREINBARUNG
 - Neufassung ab 1. 4. 1979 -
6. KRANKENSCHHEINE MIT JAHRES- UND QUARTALSEINDRUCK

- Beachtung des Gültigkeitsvermerks -

7. VERORDNUNG VON ARZNEI-, VERBAND- UND HEILMITTELN
 - Hinweise zur Ausstellung der Verordnungsblätter -
8. VERORDNUNG VON KUNSTSTOFFGLÄSERN
 - Indikationsliste -
2. ARBEITSUNFÄHIGKEITSBESCHEINIGUNGEN

Im Rundschreiben vom 31. 5. 1979 haben wir auf die durch Arbeitsunfähigkeitszeiten entstehenden immensen Kosten aufmerksam gemacht und auf die besondere Verantwortung hingewiesen, die mit der Feststellung einer Arbeitsunfähigkeit verbunden ist.
§ 21 Bundesmantelvertrag sagt dazu:

"Die Bescheinigung über die Arbeitsunfähigkeit und ihre voraussichtliche Dauer erfordert im Hinblick auf ihre Bedeutung besondere Sorgfalt; deshalb darf die Arbeitsunfähigkeit nur aufgrund einer ärztlichen Untersuchung bescheinigt werden."

Es mehren sich Klagen darüber, daß die voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit, insbesondere in der ersten Bescheinigung, häufig für einen zu langen Zeitraum festgestellt wird. Wir hatten in der Vergangenheit mehrfach gebeten, am Anfang einer Arbeitsunfähigkeit die voraussichtliche Dauer in der Regel nicht für mehr als 3 Tage zu bescheinigen, sofern nicht die Art der Erkrankung von vornherein die Notwendigkeit einer längeren Arbeitsruhe eindeutig erkennen läßt.

Wir bitten Sie heute erneut, diesen Grundsatz auch künftig zu beachten.

ARBEITGEBERVERBAND "GESAMTMETALL"

F E H L Z E I T E N

I. Allgemeines	S.1
II. Fehlzeiten	S.1
III. Erfassung von Arbeits- und Fehlzeiten	S.1
IV. Ermittlung der Ursachen	S.3
V. Beeinflussung der Ursachen	S.4
VI. Allgemeine Maßnahmen gegen Fehlzeiten	S.4
VII. Allgemeine Maßnahmen gegen Fehlzeiten wegen Arbeitsunfähigkeit	S.8
VIII. Anzeige- und Nachweispflicht des Arbeitnehmers bei Fehlen	S.8
IX. Urlaub und Krankheit bei Ausländern	S.11
X. Kündigung	S.12
XI. Anwesenheitsprämien	S.14
XII. Zusammenarbeit mit den Betriebsrat	S.15

VI. Allgemeine Maßnahmen gegen Fehlzeiten

1 Organisatorische Maßnahmen

- a) Zunächst sollte die Einstellungspraxis kritisch überprüft werden mit dem Ziel, unzuverlässige Kräfte nicht mehr zu beschäftigen. Um dies zu realisieren, ist es erforderlich, daß Betriebsleitung und Personalleitung sich dahin verständigen, auch in dringenden Fällen keine unzuverlässigen Kräfte einzustellen. Dies sollte durch die Geschäftsleitung sichergestellt werden.
- b) In Zweifelsfällen kann beim bisherigen Arbeitgeber eine Auskunft eingeholt werden.
- c) Alle eingestellten Arbeitnehmer sollten ärztlich untersucht werden.
- d) Nach der Einstellung ist die Eignung vor Ende der Probezeit und vor Ablauf der sechsmonatigen Kündigungsschutz-Karenzzeit zu prüfen und abschließend festzustellen. Bei negativem Ergebnis muß das Arbeitsverhältnis spätestens vor Eintritt des Kündigungsschutzes (d.h. im sechsten Beschäftigungsmonat) gekündigt werden.
- e) Hinsichtlich entschuldigter Fehlzeiten muß die Entscheidung darüber, ob

eine Entschuldigung als begründet angenommen wird, von einer zentralen Stelle in der Betriebs- oder Personalleitung getroffen werden. Der unmittelbare Vorgesetzte kann keine einheitliche Linie gewährleisten. Als entschuldigt kann eine Fehlzeit nur angesehen werden, wenn ein stichhaltiger, ggf. nachzuweisender Grund angegeben wird, und zwar rechtzeitig bzw. unverzüglich. Sonderurlaub sollte nur nach festen Grundsätzen bewilligt werden, insbesondere dann nicht, wenn noch Erholungsurlaub zur Verfügung steht.

f) Bei Bummelzeiten (unentschuldigte oder ohne anerkannte Entschuldigung laufende Fehlzeiten) sollte sofort eine Verwarnung, ggf. wiederholt ausgesprochen werden und beim dritten Mal die Entlassung erfolgen. Nur auf diese Weise ist die erforderliche vorbeugende Wirkung zu erzielen.

g) Auf den betriebsüblichen Wegen sollte für pünktliche Arbeitsleistung geworben werden. Dabei ist es zweckmäßig, der Belegschaft das Bewußtsein zu vermitteln, daß Fehlzeiten auch zulasten der Arbeitskollegen gehen und damit unsozial sind.

2 Betriebliche Maßnahmen

- a) Die technischen Arbeitsbedingungen sollten überprüft und etwaige Gesundheitsbelastungen abgebaut werden. Dabei sind insbesondere die Unfallverhütungsvorschriften zu beachten.
- b) Leistungsentgeltsysteme sollten mit dem Ziel überprüft werden, von der Leistung unabhängige Entgeltschwankungen möglichst zu vermeiden.
- c) Mehrarbeit sollte möglichst gleichmäßig verfahren und eine plötzliche Reduzierung vermieden werden. Es sollte Mehrarbeit für solche Arbeitnehmer aber eingestellt werden, die überproportionierte Fehlzeiten aufweisen.
- d) Das Führungsverhalten der Vorgesetzten sollte durch Schulungen verbessert werden. Die Leistung auf diesem Gebiet muß wie die fachliche bewertet werden.
- e) Gruppenprobleme sollten erforscht und nach Möglichkeit gelöst werden, notfalls durch Versetzungen.
- f) Außerdem sollte sichergestellt sein, daß die Ausländer nicht nur von Vorgesetzten, sondern auch von Arbeitskollegen so behandelt werden, daß sie eine konstruktive Einstellung zum Betrieb gewinnen können.

3 Maßnahmen im Einzelfall

- a) In der Regel ist bei sich häufenden Fehlzeiten ein eingehendes persönliches Gespräch mit dem Arbeitnehmer zweckmäßig. Dieses sog. Sozialgespräch kann mit Erfolg nur von einer verantwortlichen und dafür be-

sonders geeigneten Persönlichkeit geführt werden.

Das Gespräch sollte folgende Punkte betreffen:

- Hinweis auf die Fehlzeiten und ihre Entwicklung,
- Aufzeigen der wirtschaftlichen Konsequenzen für den Betrieb und der sozialen Folgen für die Arbeitskollegen,
- nach Möglichkeit Feststellung der Ursachen für die Fehlzeiten,
- Ankündigung weiterer Beobachtung,
- ggf. Hinweis auf die Notwendigkeit, das Arbeitsverhältnis zu verändern oder aufzulösen, falls sich keine Besserung einstellt.

b) Das Sozialgespräch kann nicht durch ein Schreiben ersetzt werden. Generelle Schreiben oder Aushänge über Fehlzeiten haben meist keinen großen Erfolg. Eine schriftliche Erklärung sollte allerdings dann erfolgen, wenn sich nach den Gesprächen keine Besserung ergeben hat und eine Veränderung, insbesondere eine Versetzung oder eine Beendigung des Arbeitsverhältnisses, unausweichlich erscheint. Das Schreiben sollte keinesfalls als Abmachung oder dergleichen aufgefaßt werden. Es dient lediglich der Feststellung des Sachverhaltes und der Ankündigung arbeitsrechtlich bedeutsamer Maßnahmen.

c) In besonderen Fällen kommen fürsorgliche Maßnahmen in Betracht; beispielsweise kann ein Alkoholiker oder Drogenabhängiger mit Hilfsorganisationen in Kontakt gebracht werden.

d) Herausnahme aus Mehrarbeit

Zwischen Mehrarbeit und Fehlzeiten können gesundheitliche und finanzielle Zusammenhänge bestehen. Zu denken ist dabei an folgende Umstände:

- Gesundheitliche Überlastung durch umfangreiche Mehrarbeit kann Fehlzeiten verursachen. Dies ist bei der statistischen Erfassung der Fehlzeiten seitens der werkärztlichen Betreuung zu untersuchen.
- Die Lohnfortzahlung kann einen Anreiz für Fehlzeiten darstellen, weil der hohe Durchschnittsverdienst auch im Krankheitsfälle eine hohe Lohnfortzahlung bewirkt.
- Der Umstand, daß das Fehlen eines Teiles der Belegschaft oft zwangsläufig zu Mehrarbeit der anwesenden Belegschaft führt, begründet eine besondere Problematik.
- Unentschuldigtes Fehlen wird oft durch Mehrarbeit kompensiert.

Bei der Erfassung der der Fehlzeiten ist daher speziell zu registrieren, bei wem ein zeitlicher Zusammenhang zwischen Mehrarbeit und Krankheit besteht. Wie schon unter V.2 c) dargelegt, sollte für Mitarbeiter, die überproportional fehlen, die Mehrarbeit reduziert oder ganz eingestellt werden.

Selbstverständlich spielen bei der Durchführung einer solchen Maßnahme betriebliche Erfordernisse eine ausschlaggebende Rolle. Mehrarbeit ist häufig der einzige und letzte Ausweg, Termine oder Verpflichtungen einzuhalten. Dennoch ist abzuwägen, ob die Eindämmung der Fehlzeiten durch eine konsequente Unterbrechung des Zusammenhangs zwischen Fehlzeiten und Mehrarbeit langfristig gesehen und den betrieblichen Interessen nicht mehr dient.

Wird unentschuldigtes Fehlen durch "Mehrarbeit" kompensiert, liegt rechtlich keine Mehr-, sondern zuschlagfreie Nachholarbeit vor, die rechtlich im Rahmen der Tarife und der AZO zulässig ist (BAG v. 25.7.1957, AP Nr. 1 zu § 4 AZO).

e) Ist der Mitarbeiter einer bestimmten Aufgabe nicht gewachsen, erscheint es jedoch möglich, ihn an einem anderen Arbeitsplatz mit geringeren Belastungen unterzubringen, so kommt eine Versetzung in Betracht. Da in vielen Fällen die Zuweisung einer anderen Tätigkeit einer Änderungskündigung bedarf, falls der Mitarbeiter nicht zustimmt, ist dazu rechtliche Beratung zweckmäßig. Das Mitbestimmungsrecht des Betriebsrats bei Versetzungen gemäß § 99 BetrVG und bei Änderungskündigungen auch nach § 102 BetrVG ist zu beachten.

Ändern sich dagegen die Anforderungen an dem Arbeitsplatz durch technische und/oder organisatorische Veränderungen, sind die einschlägigen Tarife zu beachten (z.B. über die Lohn- und Gehaltssicherung im Bereich der Metallindustrie).

f) Schließlich ist als letztes Mittel die Beendigung des Arbeitsverhältnisses in Betracht zu ziehen, wenn der wirtschaftliche Zweck der Beschäftigung und die Stagnation von Arbeitskollegen wegen übermäßiger Fehlzeiten nicht mehr erreicht werden kann.

VII. Allgemeine Maßnahmen gegen Fehlzeiten wegen Arbeitsunfähigkeit

1 Auch Betriebe, die bisher nicht verpflichtet sind, einen Werkarzt zu beschäftigen, sollten prüfen, ob sie ihre Belegschaft werksärztlich betreuen lassen wollen.

2 Es empfiehlt sich, mit behandelnden Ärzten Kontakt zu pflegen, und zwar in sachlicher Weise möglichst auf Geschäftsleitungsebene. Betriebsbesichtigungen können die ärztlichen Vorstellungen von den Arbeitsbedingungen objektivieren.

Läßt sich ein Arzt im Einzelfall eine konkrete Pflichtverletzung zu-

schulden kommen, ist eine Beschwerde bei der Ärztekammer oder der Kasernenärztlichen Vereinigung möglich; in derartigen Fällen sollte der Verband rechtzeitig eingeschaltet werden.

3 Mit den Krankenversicherungsträgern, insbesondere der AOK, aber auch Ersatzkassen sollte laufend Kontakt gehalten werden, um den Austausch von Informationen sicherzustellen und etwa notwendige Maßnahmen abstimmen zu können.

VIII. Anzeige- und Nachweispflicht des Arbeitnehmers bei Fehlen

1 Anzeige- und Nachweispflicht

Gesetzlich für gewerbliche Arbeitnehmer und tariflich i.d.R. auch für Angestellte ist die Verpflichtung der unverzüglichen Anzeige von Arbeitsverhinderung vorgesehen. Bei Krankheit ist diese innerhalb einer Frist von drei Tagen durch ärztliches Attest nachzuweisen. Dauert die Arbeitsunfähigkeit länger als in der ärztlichen Bescheinigung angegeben, ist eine neue ärztliche Bescheinigung vorzulegen. Da es sich um eine Nebenpflicht handelt, kann allenfalls bei deren Verletzung in Wiederholungsfällen gekündigt werden. Ansonsten besteht zunächst nur ein Lohnzahlungsverweigerungsrecht. Auf diese Atteste sollte grundsätzlich nicht verzichtet werden, auch nicht bei Kurzerkrankungen unter 3 Tagen.

2 Zweifel trotz ärztlicher Atteste

a) Eine ordnungsgemäß ausgestellte ärztliche Bescheinigung hat einen hohen Beweiswert, sie begründet aber keine gesetzliche Vermutung für die behauptete Erkrankung. Deshalb können im Einzelfall Zweifel an der Erkrankung des Arbeitnehmers bestehen. Bezweifelt der Arbeitgeber die Arbeitsunfähigkeit, so muß er die Umstände, die dagegen sprechen, näher darlegen und notfalls beweisen, z.B. daß der Arzt den Arbeitnehmer nur aufgrund subjektiver Angaben ohne Untersuchung krankgeschrieben habe (BAG v. 11.8.1976 - & AZR 422/75 - in DB 1977, 119).

b) Beispielsweise können sich folgende Zweifel ergeben:

Verhalten des Arbeitnehmers vor der Krankschreibung

- Ankündigung des Krankfeierns (BAG, DB 77, 119; DB 79, 653)
- Ankündigung des Krankfeierns im Zusammenhang mit Arbeitsverweigerung (LAG Düsseldorf, DB 1978, 750)
- Ankündigung des Krankfeierns im Zusammenhang mit Ablehnung einer Lohnerhöhung (Arbeitsgericht Wuppertal, Urteil v. 12.10.1978 - 5 Ca 1972/78)
- Ankündigung des Krankfeierns im Fall einer Versetzung (Arbeitsgericht Kiel, DB 1975, 841)
- Ankündigung des Krankfeierns wegen Ablehnung von Wechselschicht (Arbeitsgericht Bielefeld, Urteil v. 23.1.1979, 1 Ca 2462/78)

Zweifel auf Grund Verhaltens des Arbeitnehmers während der Krankschreibung

- Arbeit im Geschäft des Ehemannes (LAG Schleswig-Holstein, BB 1977, 1762)
- Arbeit im Kiosk des Ehemannes (LAG Düsseldorf, BB 1978, 1264)
- Schwarzarbeit (BAG, DB 1977, 119)
- Arbeit auf dem eigenen Feld (LAG Hamm, DB 1970, 2379)
- Ablegung der Fahrprüfung (LAG Niedersachsen, DB 1978, 749)
- Besuch eines Fachlehrganges (Arbeitsgericht Wuppertal, DB 1977, 121)

Zweifel auf Grund der Krankschreibung selbst

- Krankschreibung ohne vorangegangene ärztliche Untersuchung nur nach subjektiven Angaben des Patienten (BAG, DB 1977, 119; LAG Hamm, DB 1971, 970 und DB 1978, 2180)
- Rückwirkende Festsetzung des Beginns der Erkrankung (LAG Hamm, DB 1976, 2180)
- Nichterscheinen zum Vertrauensarzt (BAG, DB 1973, 144)

Sonstige Zweifelsfälle

- Gleichzeitige Krankschreibung mehrerer Arbeitnehmer, die gemeinsam mit PKW zur Arbeit kommen (LAG Düsseldorf, DB 1973, 2533)
- Krankschreibung im Anschluß an Kündigung (zweifelhaft)
- Regelmäßige Krankschreibung im Heimaturlaub (nicht generell entschieden)

4 Praktisches Vorgehen

In den vorstehenden oder ähnlichen Fällen kann die Lohnfortzahlung verweigert werden. Dabei ist aber zur Beweissicherung zu beachten, daß Äußerungen des betreffenden Arbeitnehmers (z.B. Androhung der Krankschreibung) in einem Aktenvermerk schriftlich festzuhalten sind, aus dem sich der Anlaß dieser Äußerung und das Datum sowie Tageszeit des Vorfalls ergeben. Dieser Aktenvermerk ist von den in Betracht kommenden Zeugen (bei Ausländern: übersetzen lassen!) zu unterschreiben.

Auch sonst muß immer der ermittelte Sachverhalt möglichst konkret (welche Tätigkeit hat der Arbeitnehmer wie lange ausgeübt?) schriftlich durch Zeugen festgehalten werden.

In besonderen Zweifelsfällen ist umgehend die Vorladung zum Vertrauensarzt zu beantragen. Das muß bei der zuständigen Krankenkasse möglichst schriftlich erfolgen. Die Krankenkassen einschließlich der Ersatzkassen sind verpflichtet, eine Begutachtung der Arbeitsunfähigkeit durch einen Vertrauensarzt zu veranlassen, wenn es zur Beseitigung von begründeten Zweifeln an der Arbeitsunfähigkeit erforderlich er-

scheint.

Die Krankenkasse ist verpflichtet, den Arbeitgeber von sich aus zu unterrichten, wenn das Gutachten des Vertrauensarztes mit dem des behandelnden Arztes nicht übereinstimmt oder wenn ein Versicherter der Vorladung zur Untersuchung nicht nachkommt.

Es empfiehlt sich immer, sowohl dem betreffenden Arbeitnehmer als auch insbesondere der Krankenkasse schriftlich mitzuteilen, daß und aus welchen Gründen die Lohnfortzahlung abgelehnt wird. Wenn die Verdachtsmomente nicht in der Sphäre des Arztes liegen, kann auch eine Information des krankschreibenden Arztes über die Hintergründe nützlich sein.

In ausreichend begründeten Fällen muß auch ein arbeitsgerichtliches Verfahren durchgesetzt werden. Dies gilt sowohl für den verweigeren Lohnfortzahlungsanspruch des Arbeitnehmers selbst als auch für eine Klage der Krankenkasse aus übergegangenem Recht, wenn sie vorgeleistet hat und Ersatz vom Arbeitgeber verlangt.

In allen diesen Fällen sollte der Verband rechtzeitig eingeschaltet werden.

IX. Urlaub und Krankheit bei Ausländern

Besondere Schwierigkeiten ergeben sich zunehmend bei Urlaubsaufenthalten von Ausländern in ihrem Heimatland. In auffallender Häufigkeit treten ärztlich bescheinigte Krankmeldungen im Zusammenhang mit dem Heimaturlaub ein, sei es während des bezahlten, sei es während eines unbezahlten Urlaubs.

1 Anzeige- und Nachweispflicht bei Auslandsurlaub

Die Anzeige- und Nachweispflicht während des Auslandsurlaubs unterscheiden sich grundsätzlich nicht von der auch sonst geltenden Regelung (siehe oben VIII.1.). Die Benachrichtigung des Arbeitgebers hat ggf. durch Anruf/Telegramm u.ä. zu erfolgen. Die Verpflichtung der Anzeige besteht insbesondere auch gegenüber der Krankenkasse. Davon abgesehen existieren hierfür Merkblätter, die dem ausländischen Arbeitnehmer vor dem Urlaub zur Verfügung gestellt werden.

2 Urlaubsvereinbarungen mit Ausländern

Es empfiehlt sich, die Genehmigung des Urlaubs und eines Sonderurlaubs von der Unterzeichnung einer schriftlichen Erklärung abhängig zu machen, in welcher sowohl die datumsmäßige Dauer des Urlaubs und eines evtl. Sonderurlaubs als auch die entsprechenden Verpflichtungen des Arbeitnehmers klargestellt sind. Hinsichtlich des Sonderurlaubs ist eine Vereinbarung erforderlich, daß das Arbeitsverhältnis ruht und beiderseits keine Rechte und Pflichten bestehen. Grundsätzlich besteht während eines unbezahlten Sonderurlaubs kein Anspruch auf Lohnfortzahlung, wenn der Arbeitnehmer erkrankt. Etwas anderes gilt aber dann, wenn Urlaub und unbezahlter Urlaub einheitlich dem Erholungszweck dienen, was der Arbeitnehmer darlegen und beweisen muß. Man sollte daher klarstellen, daß das grundsätzlich nicht der Fall ist.

Vereinbarungen, nach welchen das Arbeitsverhältnis ohne weiteres endet, wenn der Arbeitnehmer nach Urlaubsende die Arbeit nicht rechtzeitig aufnimmt, sind rechtsunwirksam (BAG, Urteil v. 19.12.1974). In einer Vereinbarung kann höchstens die Möglichkeit einer dann erfolgenden Kündigung aufgenommen werden. Wenn man überhaupt eine solche Regelung trifft, dann höchstens im Sinne des Musters der Anlage 2. Schließlich muß in jedem Fall die Heimatschrift festgehalten werden, damit ggf. auch gekündigt werden kann.

X. Kündigung

1 Allgemeines

Die Beendigung des Arbeitsverhältnisses durch Kündigung ist nur eine der In Betracht kommenden personellen Maßnahmen. Vor der Kündigung sollte man andere Maßnahmen versucht haben (Umsetzung, Versetzung oder Änderungskündigung; Beendigung des Arbeitsverhältnisses im gegenseitigen Einvernehmen). Die Kündigung wegen Krankheit ist zwar zulässig, aber an erhebliche Voraussetzungen geknüpft, insbesondere auch an die, daß künftig mit weiteren Ausfällen zu rechnen ist.

Das Kündigungsrecht ist daher nicht so sehr durch zahlreiche gesetzliche Bestimmungen als durch eine fallbezogene Rechtsprechung gekennzeichnet. Diese muß man kennen, um in der Praxis zu sachgerechten Ergebnissen zu kommen.

Eine Kündigung ist nach dieser Rechtsprechung nur zulässig, wenn die Fortsetzung des Arbeitsverhältnisses wegen unverhältnismäßig hoher Fehlzeiten ökonomisch nicht mehr sinnvoll ist oder wenn der Arbeitnehmer den ihm gewährten Sozialschutz mißbraucht. Dabei spielt eine Rolle nicht nur die Betriebsdauer, Krankheitstage in den letzten Jahren (Dauer, Häufigkeit, Steigerung), sondern auch der Arbeitsplatz und wie die krankheitsbedingten Fehlzeiten sich auf den betrieblichen Ablauf auswirken (z.B. notwendige Mehrarbeit anderer Mitarbeiter).

2 Häufig wiederkehrende oder langanhaltende Erkrankung

Beide Kündigungsgründe sind von der Sachlage wie auch von den An-

forderungen der Beweislage her zu trennen.

Bei der langanhaltenden Erkrankung besteht insbesondere bei längerer Betriebsdauer eine gesteigerte Fürsorgepflicht. Hier muß auch ein Nachweis für das voraussichtliche weitere Andauern der Krankheit vom Arbeitgeber erfolgen.

Im Falle häufig wiederkehrender Erkrankung richtet sich die Kündigung nach den objektiven Gegebenheiten zum Zeitpunkt der Aussprache der Kündigung, ohne das es erforderlich ist, den künftigen Gesundheitszustand des Arbeitnehmers umfassend durch Beschaffung von Unterlagen aufzuhellen. Ist aus der Vergangenheit die Besorgnis künftiger krankheitsbedingter Ausfälle des Arbeitnehmers objektiv begründet und bringt eine Interessenabwägung betrieblicher Belange den Vorrang vor dem Interesse des Arbeitnehmers an der Aufrechterhaltung seines Arbeitsplatzes, dann ist hier eine Kündigung generell gerechtfertigt (BAG Urteile v. 10.3.1977 u. 26.5.1977, DB 1977, 1463 u. 2455) (vgl. dazu mit näheren Angaben unser Sonderrundschreiben Nr. 17/78 v. 21.11.1978 mit Checkliste für diese Fälle).

3 Kündigung wegen vorgetäuschter Arbeitsunfähigkeit (Arbeitsunwilligkeit)

Ein Sonderfall besteht bei vorgetäuschter Arbeitsunfähigkeit.

Rechtlich liegt hier nicht ein Grund in der Person des Arbeitnehmers vor, sondern in dessen Verhalten. Vertragswidriges Verhalten berechtigt den Arbeitgeber in aller Regel zur fristgerechten Kündigung. Dazu gehört auch die in der Vortäuschung einer Arbeitsunfähigkeit liegende Arbeitsunwilligkeit des Arbeitnehmers, ohne daß es noch auf die Vorlage einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ankommt. Dies gilt insbesondere, wenn er sie vorher anzeigt, z.B. sagt, er lehne einen Auftrag (Tätigkeit) ab, andernfalls sei er am nächsten Tag krank.

In diesen Fällen bitten wir, uns vorher einzuschalten. (...)

1 Allgemeine Erläuterungen

Zur Erfassung der verschiedenen Daten entsprechend den angegebenen Kriterien des Erhebungsbogens ist eine tägliche karteimäßige Fortschreibung des statistischen Zahlenmaterials je Mitarbeiter notwendig. Die Karteikarte könnte nach dem beigefügten Muster angefertigt werden.

Der Erhebungsbogen zur Ermittlung der Fehlzeiten sollte unbedingt nach Nationalitäten sowie nach Abteilungen/Verantwortungsbereichen entsprechend der Betriebsstruktur erstellt werden. Statistische Daten über Wechselschichtler und Teilzeitkräfte können zum Vergleich ebenfalls nach dem Schema des Erhebungsbogens erfaßt werden.

Zur wirksamen Kontrolle der Fehlzeiten sollten die Kriterien 2 und 6 in jedem Fall erhoben werden. (...)

7.4.

Industriegewerkschaft Metall

f. d. Bundesrepublik Deutschland

- Bezirksleitung Stuttgart -

Kanzleistrasse 20

7000 Stuttgart



Verwaltungsstelle
Ludwigsburg
Postfach 100
7140 Ludwigsburg
Telefon 12772440
Telefax 12772441

16. September 1980

Betr.: Jagd auf Kranke bzw. Kündigungen von leistungsschwachen Arbeitnehmern

Lieber [Name]

Gemäß unserer Absprache hier nochmals eine kurze Übersicht über die entsprechenden Vorfälle, die Dir schon teilweise aus persönlichen Gesprächen bekannt sind:

1. Im März 1980 hat der Betriebsrat der Firma Streicher in Asperg 17 Kündigungsanträge auf den Tisch bekommen mit der Begründung, daß die wirtschaftliche Situation des Betriebs es nicht erlaubt, diese Arbeitnehmer weiterzubeschäftigen. 15 von diesen Arbeitnehmern waren im gewerblichen Bereich beschäftigt, der Rest waren zwei Angestellte. Unter den 15 gewerblichen Arbeitnehmern waren allein 12 Ausländer und drei deutsche Kollegen. Sechs von diesen Arbeitnehmern im gewerblichen Bereich waren altersgesicherte Kollegen und ein Kollege fällt unter das Kündigungsschutzgesetz. Von den sechs altersgesicherten Kollegen sind drei Kollegen abgefunden worden und sind in Rente gegangen, ein altersgesicherter Kollege hat auch eine Abfindung bekommen und ist freiwillig aus der Firma Streicher ausgeschieden, weil er am Geld interessiert war. Der Rest der altersgesicherten Kollegen, also zwei, wurden weiterbeschäftigt, auch der Schwerbehinderten-Kollege. Tatsächlich wurden durch den Einsatz des Betriebsrats von den 17 Arbeitnehmern, die gekündigt werden sollten, nur fünf gewerbliche Arbeitnehmer (4 Ausländer und 1 Deutscher) und die zwei Angestellten gekündigt.

- 2 -

Der Betriebsrat der Firma Streicher hat uns ausdrücklich versichert, daß es sich bei den Kündigungen nicht um wirtschaftliche Gründe gehandelt hat, sondern daß man tatsächlich eine Jagd auf solche Arbeitnehmer veranstaltet hat, die schon längere Zeit und öfters hintereinander krank gewesen sind bzw. auch solche, wo noch zusätzliche Leistungsschwäche als Kündigungsgrund angegeben worden ist. In der Firma Streicher in Bad Cannstatt wurden ebenfalls zur gleichen Zeit Kündigungen ausgesprochen. Der Betriebsrat in Asperg und wir wissen aber nicht, wieviele Arbeitnehmer dort tatsächlich gekündigt worden sind. Die Verwaltungsstelle Stuttgart kann Dir sicher Auskunft geben.

2. Bei der Firma Getrag in Ludwigsburg verlangt man von den erkrankten Arbeitnehmern die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht sowie ein ärztliches Attest, aus dem hervorgehen soll, wann die Arbeitsunfähigkeit ihr Ende gefunden hat bzw. ob sie nicht abzusehen ist. Da der Kollege gleich zu uns gekommen ist, haben wir ein dementsprechendes Antwortschreiben an die Personalabteilung der Firma Getrag geschickt. Dieser Fall ist ja Dir bekannt. Trotzdem übersenden wir Dir nochmals die Unterlage als Anlage 1.

3. Firma Vogl: In der Betriebsratssitzung am 4. Sept. 1980 in der Firma Vogl mit der Geschäftsleitung, an der ich ebenfalls teilgenommen habe, wurde die Frage des Betriebes, wie die derzeitige Situation im Betrieb aussieht, mit sehr kritisch betrachtet. Weiterhin wurde ausgeführt, daß die Firma aus verschiedenen Gründen das Soll, das entscheidend für die Wirtschaftlichkeit des Betriebes ist, bei weitem nicht erreicht habe. An den Einrichtungen und insgesamt gesehen an dem Materialfluß liegt es angeblich nicht. Verschwiegen hat die Geschäftsleitung, daß es an gestiegenen Aufträgen liegt, daß man nämlich die Arbeitnehmer unter einen ziemlich hohen Leistungsdruck setzt, weil vom Werk in Rusdorf eine Tagesproduktion von durchschnittlich 150 Motoren vorgegeben worden ist.

- 3 -

Die Geschäftsleitung führte dann weiter aus, um zu retten, was noch zu retten ist, sind deshalb Ersatz Einstellungen und Umbesetzungen gegebenenfalls erforderlich, vor allen Dingen müssen die Arbeitnehmer, die schon länger krank sind und öfters krank sind und nicht mehr die entsprechende Leistung bringen, ausgetauscht werden. Bis jetzt sind uns noch keine Kündigungsfälle bekannt geworden. Die Geschäftsleitung habe ich in der damaligen Sitzung darauf hingewiesen, daß ich als IG-Metall-Vertreter nur hoffen kann, daß die betroffenen Arbeitnehmer, die man jetzt austauschen will, in der IG Metall organisiert sind, damit wir sie vor dem Arbeitsgericht vertreten können. Auf den Leistungsdruck, der auf die Belegschaft ausgeübt wird, ohne dafür ein zusätzliches Entgelt zu bezahlen, habe ich ebenfalls hingewiesen. Die Firma hat auch in der Zwischenzeit ohne Zustimmung des Betriebsrats Ersatz Einstellungen vorgenommen und zwar befristete Einstellungen und verbietet dem Betriebsrat somit die Mitsprache. In dieser Angelegenheit werden wir ebenfalls uns mit der Firma noch zu auseinandersetzen haben, denn auch bei befristeten Arbeitsverhältnissen hat der Betriebsrat ein Informationsrecht und Mitanhörungsrecht nach § 99 BetrVG.

4. Firma Krone: In der Firma Krone sind zwei Arbeitnehmerinnen ohne Einschaltung des Betriebsrats, weil er davon keine Kenntnis hatte, im Personalbüro unter Druck gesetzt worden, ihre eigene Kündigung selbst zu unterschreiben. Im ersten Fall handelt es sich um Frau I. E., die bei uns nicht organisiert ist, aber bereit, für uns Aussagen zu machen, daß es seine Richtigkeit hat, daß sie tatsächlich vom Personalbüro unter Druck gesetzt worden ist. Der zweite Fall ist der Fall der Kollegin K. B., die bei uns organisiert ist. Auch sie würde für in dieser Angelegenheit aussagen. Sie wohnt in der [Name], 7140 Ludwigsburg.

- 4 -

Das als Anlage II. angefügte Schreiben wird in der Firma Krone ebenfalls benutzt. In diesem Schreiben wird der Betroffene aufgefordert, Rücksprache mit dem behandelnden Arzt aufzunehmen und der Firma mitzuteilen, wann mit einer evtl. Arbeitsaufnahme zu rechnen ist. Als Anlage III. haben wir Dir ebenfalls noch einen bemerkenswerten Vorgang in der Firma Krone beigelegt, nämlich eine Vereinbarung zwischen Arbeitnehmer und Geschäftsleitung bzw. Personalabteilung, in der sich jeder Arbeitnehmer, egal ob deutsch oder ausländisch, verpflichten muß, daß sein Arbeitsverhältnis beendet wird, wenn er seine Arbeit nach dem Urlaub nicht pünktlich wieder aufnimmt. Diese Vereinbarung war dem Betriebsrat bis heute nicht bekannt. Diese Vereinbarung gilt aber lediglich für unbezahlten Sonderurlaub. Die ausländischen Kolleginnen und Kollegen erhalten diese Vereinbarung jeweils in ihrer entsprechenden Landessprache (Anlage IV.)

5. Firma Metall- und Lackierwarenfabrik: Durch Zufall haben wir durch einen Kollegen, der bei uns vorgeschrieben hat, ebenfalls feststellen müssen, daß erkrankte Arbeitnehmer angeschrieben werden. In diesem Anschreiben wird ein ärztliches Attest des behandelnden Arztes verlangt, in dem ebenfalls mitgeteilt werden soll, wann nach ärztlichem Ermessen der Betroffene die Arbeit wieder aufnehmen kann. Der betroffene Kollege ist zu seinem Arzt, Herrn D. K., Chirurg, gegangen, und hat ein bemerkenswertes Schreiben bekommen, das er der Personalabteilung der Firma MLF übergeben soll. Dieses Schreiben haben wir ebenfalls als Anlage beigelegt. Nur haben wir dem Kollegen geraten, er soll nicht damit einverstanden sein, daß der Untersuchungsbefund des Dr. [Name] an den Betriebsrat der Firma MLF gegeben wird. Wir hoffen, daß wir Dir mit diesen Angaben gedient haben und verbleiben inzwischen

mit freundlichen Grüßen!

Siegfried Kirchner

Anlagen

7.5.

**Melitta
BERLIN**

Papierfabrik MELITTA-WERK Bentz KG
Bentz KG
Berlin 47

Ihre Zeichen	Ihre Nachricht vom	Unsere Zeichen/Durchwahl	Zustand	Datum
		MB/sch 15	Herr Maier	14.11.1980

Einladung zur Werksbesichtigung

Sehr geehrte Damen und Herren,

unsere Mitarbeiter kommen zu Ihnen in die Sprechstunde.

Nun möchten wir Ihnen und Ihren Assistentinnen die Möglichkeit geben, die Verhältnisse am Arbeitsplatz kennenzulernen. Außerdem können wir Ihnen die Herstellung und Verarbeitung von Papier und Kunststoff zeigen.

Wir bieten Ihnen zwei Termine zur Auswahl an:

Mittwoch, 26.11.80, 16.30 Uhr
 Mittwoch, 3.12.80, 17.30 Uhr.

Die Führung wird einschließlich eines kurzen Einführungsvertrages mit Diskussion ca. 2 Stunden in Anspruch nehmen. Eine kleine Bewirtung ist vorgesehen.

Wenn Sie an der Besichtigung teilnehmen wollen, bitten wir um Rücksendung des ausgefüllten Antwortbogens bzw. um eine telefonische Terminbestätigung bei Frä. Schreiter, Platz 16.

Mit freundlichem Gruß

Papierfabrik MELITTA-WERK
Bentz KG
Werksleitung

i. Vollm.: *Maier*
- Maier -

Fernsprecher: 030/6842091
Fernschreiber: MELITA 184210
Dresdner Bank, Menden Kto. 344106 (BLZ 490 800 25)

Westf. Landesb. Bielefeld Kto. 621034 (BLZ 480 500 00)
Güterabfertigung Anhalter Bahnhof i. Berlin 91
Möcknerstraße 25

7.6.

III Baulemente Gruppe Esslingen

Standard Elektrik Lorenz AG - Postfach 807 - D-7300 Esslingen

Herrn
Antonin Zapotocky

Abt.: 286/3314

Ihre Zeichen: 286/3314
Ihr Schreiben vom: -
Unsere Zeichen: BWE/PE-B-L
Telefon: (0714) 3104
Datum: 237 17.7.80

Betreff:
Fehlzeiten in Verbindung mit Werksferien

Sie hatten in Verbindung mit Urlaub im Jahre 1978 und im Jahre 1979 Fehlzeiten mit Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung.

Ihre Fehlzeiten haben dabei erhebliche Störungen des Betriebsablaufs verursacht.

Die diesjährigen Werksferien beginnen demnächst. Wir erwarten, daß Sie dieses Jahr nach Ihrem Urlaub pünktlich die Arbeit wieder aufnehmen.

Wenn Sie dieses Jahr in Verbindung mit den Werksferien wieder fehlen, werden wir die dazu vorgelegte ärztliche Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung in Zweifel ziehen. Wir werden dann die Lohnfortzahlung verweigern und nach Abwägung des Sachverhalts das Arbeitsverhältnis kündigen.

Mit freundlichem Gruß

STANDARD ELEKTRIK LORENZ AG
Unternehmensgruppe Baulemente
Werk Esslingen
Personal- und Sozialwesen

Maier

7.6.

GETRAG

GETRIEBE- UND ZAHNRADFABRIK GMBH LUDWIGSBURG

GETRAG KOSSELFAHRZEUGE LUDWIGSBURG

per Einschreiben mit
Rückschein
Herrn
Socci Michele
Ludwigsburger Str. 16
7140 Ludwigsburg

123/1010

Ihre Zeichen: TFL 1/bm
Ihre Nachricht vom: 13.8.80
Unsere Nachricht vom: 7.5.80

BETREFF:
Ihre Abwesenheit infolge Krankheit

Sehr geehrter Herr Socci,

wir hatten Sie bereits im letzten Jahr angeschrieben, da Sie ebenfalls für längere Zeit erkrankt waren.

Wir fordern Sie hiermit auf, sich zu der Frage zu äußern, ob Sie die Arbeit in nächster Zeit wieder aufnehmen können.

Wir bitten Sie weiter, einen Arzt Ihrer Wahl - unter Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht - aufzusuchen und sich ein ärztliches Attest einzuholen aus dem hervorgehen sollte, ab wann Sie wieder arbeitsfähig sind, oder ob ein Krankheitsende nicht abzusehen ist.

Wir erwarten Ihre Stellungnahme bis spätestens 30.05.80.

Mit freundlichen Grüßen

GETRAG
Getriebe- und Zahnradfabrik GmbH
ppa. i.V.

Socci

— Anzeige —

WEGE ZU WISSEN UND WOHLSTAND

ODER:

**LIEBER KRANKFEIERN
ALS GESUND SCHUFTEN!**

LIBERTÄRE ASSOZIATION
VERLAG ROBERT JAROWY

VERLAG ROTER FUNKE

alternative

124 Indula oder 'Die Zeiten werden härter'

Für plötzliche Wirklichkeit 'Terrorismus' eingesetzt: Die Fronten sind klar, es darf geschossen werden. Fiktion? — Ein einzig Volk ... Zur Erklärung des Bundeskanzlers anlässlich der Schleyer-Entführung — Buback-Nachruf / Prozesse: Eskalation staatlicher Ermächtigung — Polizeirealismus: Praxis und Theorie einer neuen Sprache

125 Pasolini: Genosse Nichtgenosse

Der Traum vom Volk — Pasolini und die Klassen-gewalt in den römischen Vorstädten — Pasolini: Friaulische Gedichte / Römische Gedichte / «Die KPI an die Jugend!» (1968) — Pasolini aus der KPI ausgeschlossen / Chronik einer Verfolgung — Pasolini kein Dissident

130 Italienisches post-politico

Nachdenken über anti-institutionelle Kultur — Zwei Generationen der Militanz: Opposition gegen die '68er Opposition — Doppelaspekt der Marginalisierung — Antikapitalistische Kämpfe und Ideologie des 'clean'. Von Radio Alice zu John Travolta — Die Kämpfe der Marginalisier-ten und die Antwort des Kapitals: 'Verstreue die großen Fabrik

132 Faszination Benjamin

Positives Barbarentum? — Erfahrung und Armut heute: Warum ein brennendes Auto interessanter ist als ein politischer Inhalt — Erfahrungsverlust und 'choc-förmige Wahrnehmung' — Kraut & Unkraut & Literaturkritik — 'Moskauer Tagebuch': Fragen an den Herausgeber

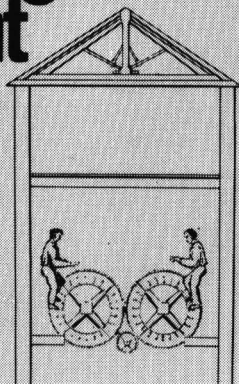
alternative

23. JAHRGANG
OKTOBER/DEZEMBER 1982
DOPPELHEFT 9 DM
A 200 34 F

134'35

Fürsorgliche Macht

Zwei Jahrhunderte Gefängnis
Das Entstehen von Anstalten um und in uns



134 Fürsorgliche Macht

135 Zweihundert Jahre Gefängnis — Das Entstehen von Anstalten um und in uns — Wissenschaften vom Menschen, Erfindung und Erprobung im Gefängnis: Pädagogik, Psychologie, Sozialarbeit

136 Linke und Tod

«Tote auf Urlaub»? Heldentod und Selbsterstörung — Ein Trieb zum Tode? — Der Tod der Philosophen — Aber Sterben ist anders und der Tod ist ein Thema — Wir suchen uns nicht aus, Linke zu sein — Mit Beiträgen von Herbert Nagel, Frieder O. Wolf u. a.

137 Louis Althusser

Frühe Schriften zu Literatur und Kunst (dt. Erstveröffentlichungen)

Jahresabonnement 25 DM (Ausland 30 DM): nur über den Alternative Verlag, 1 Berlin 15, Postfach 150 230, Einzelnummer 6 DM, Doppelnnummer 9 DM: über jede Buchhandlung

gf-Redaktions-sitzung: die Suche nach dem anderen Leben



grosse freiheit

ZEITUNG FÜR HAMBURG UND UMGEBUNG

... die einzige freiheit, die (noch) zu kaufen ist!



Nernstweg 32, 2000 Hamburg 50, Tel. 040/3902875

(Probexemplar anfordern)



Nr. 62 — März '79: Bis der Schmerz in Lust umschlägt ... Ist Fußball körperfeindlich? Deutsche Jugend, Fußball und Faschismus / Gespräche mit Fußballveteranen und Dorfkickern

Nr. 63 — Juni '79: Musik und Bewegung / „Was mir Rock bedeutet / Musikalischer Gehalt und Wirkungsweise von Pop-Musik / Diskussion über Musiktherapie und -pädagogik / „Beruf kaputt!“

Nr. 64 — März '80: Any problems, sir? ... Männer und Politik / Lieben in der modernen Welt / Erziehung zum Tode: „Mars“ von Fritz Zorn / Bericht eines U-Boot-Kommandanten des 2. Weltkriegs

Nr. 65 — Okt. '80: Krankheitsbilder und Alpträume / Zu Sartres Flaubert-Studie / Widersprüche in der alltäglichen Arbeit mit Selbsthilfegruppen / Fressen und Gefressenwerden: Zur Soziogenese von Oralität / Zum „Tagebuch“ von Peter Glotz

Bestellungen an die Redaktion Politikon, 34 Göttingen, Postfach 640. Preis pro Heft DM 3,- (incl. Porto). Geld bitte in Briefmarken oder auf das Postscheckkonto Hannover 87377-300 (Politikon) überweisen.

Abo: (4 Hefte + Vers.): DM 10,- / (6 Hefte): DM 14,- / (8 Hefte): DM 17,-. Geld bitte mit dem Vermerk „Politikon-Abo ab Nr. ...“ auf og. Postschkto.

Fatima statt Farah



Omol Bani Erfahrungen einer Frau in der iranischen Revolution

Nachwort von Karl Heinz Roth

iva

WISSEN- SCHAFT KAPUTT

Zur Einführung: Der Produktionsvorgang dieser Publikation

Michel van Nieuwstadt/Maarten van de Oever
Das Gebiet Wissenschaft. Streifzüge im Grenzgebiet Wissenschaft und drumrum

Frans van den Oudenrijn
Massenarbeiterkampf und Sozialdemokratisierung der Wissenschaft

Ahrlich Meyer
Die Entwicklung der Wissenschaft von der Utopie zur Arbeit

Carlo Göstemeyer
Sparkommissare gegen Intellektuelle.
Helmut Schelskys Rundumschlag gegen Wissenschaft und Gesellschaft heute

Wolfgang Braunschädel/Jörg Hausmann
Ruhr-Universität Bochum (Fotobereich)

Danielle und Jacques Rancière
Die Legende der Philosophen. Die Intellektuellen und die Reise durch den Gauchismus

Jacques Rancière
Portrait des alten Intellektuellen als eines jungen Dissidenten

Jacques Rancière
Das Denken von anderswoher

Karl-Heinz Roth
Der Untergang der Intelligenz: von der Verantwortung für andere zur sozialrevolutionären Moral

Sergio Bologna
Der Stamm der Maulwürfe

Herausgeber: Mai-Gruppe/Theoriefraktion

Anschrift: C. Göstemeyer, Postfach 3112, 4400 Münster

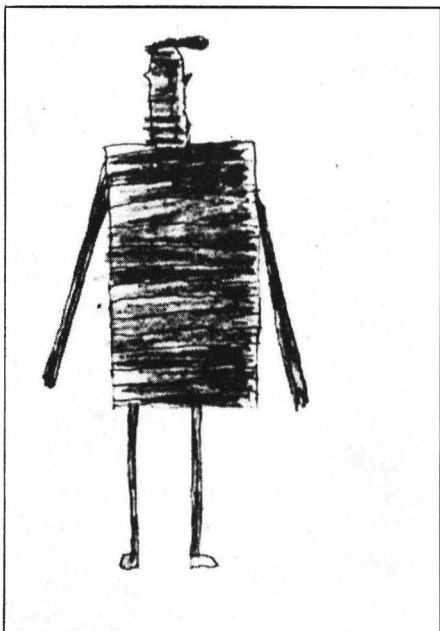
Postscheckkonto: 1881 55-462 (Dtmd)
(BLZ: 440 100 46)



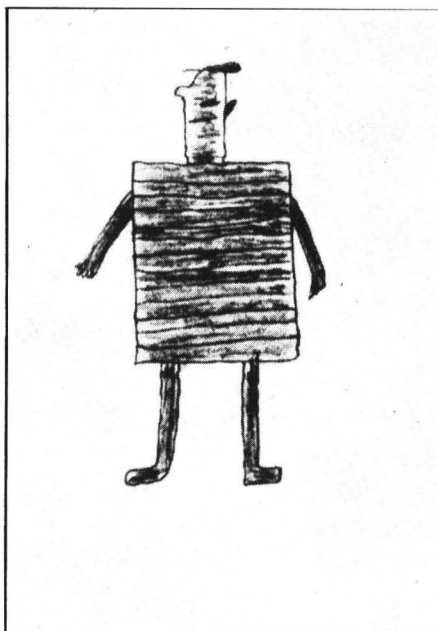
a



b



c



d

Aus dem Alltag der psychiatrischen Sozialtechnik: "Zeichnungen eines siebzehnjährigen Patienten zu Beginn einer hebefahren Erkrankung (a und b) und sieben Jahre später, nachdem die Psychose einen 'äquilibrierten Defektzustand' hinterlassen hatte (c und d)."