

Projekt
Krankenkontrolle und „Arbeitseinsatz“
Der Vertrauensärztliche Dienst der Sozialversicherung
im „Dritten Reich“

Projektleitung:

Prof. Dr. Marc von Miquel

sv:dok, Dokumentations- und Forschungsstelle
der Sozialversicherungsträger

Bearbeiter:

Dr. Christoph Wehner

sv:dok, Dokumentations- und Forschungsstelle
der Sozialversicherungsträger

Inhalt

Einleitung	4
I. Entstehung, Funktion und Wahrnehmung des Vertrauensarztsystems bis 1933	13
II. Neuorganisation und Entwicklung des VÄD in der Vorkriegszeit	24
Aufbaugesetz und Reformpläne	24
Imagepropaganda für die „neue“ Organisation	27
Zwischen Fürsorge und Krankenkontrolle: Die Reformpläne von 1936	30
VÄD und Rentenversicherung: Organisatorische Umbrüche	40
Eine neue Schaltzentrale: Die Gemeinschaftsstelle	43
Die Einrichtung des „neuen“ VÄD: Finanzen, Personalpolitik und Organisation.....	52
Personelle und funktionelle Probleme in der Phase der Aufrüstung	58
III. Agenten des „Arbeitseinsatzes“: Der VÄD im Krieg	63
Von der Gesundheitspolitik zum „Arbeitseinsatz“	63
Krankenstanddiskurs und erweiterte Überwachungskonzepte	65
Die Einrichtung des „Sonderbeauftragten“ 1939	71
Ärztmangel und Konflikte mit den Wehrmachtsstellen	81
Betriebsärzte als Vertrauensärzte: Machtrivalitäten und Interessenkonflikte	88

Vom Kranksein zur „Arbeitseinsatzfähigkeit“	97
Restlose Erfassung „arbeitsunwilliger“ Kranker: Die Verschärfung des Vorladesystems.....	102
Exkurs: Die Nachuntersuchung von jüdischen Versicherten und Zwangsarbeitern	105
„Reaktive Krankmeldungen“: Entziehungstaktiken und Gegenmaßnahmen.....	111
Ärztmangel und Krankenbesucher	121
IV. Gesundheitschreiben im Akkord: Die „Gutermuth-Aktion“ und der Zusammenbruch des Krankenkontrollsystems	124
Die „Gutermuth-Aktion“: Organisation und Praxis	124
Funktionskrise und Zusammenbruch des VÄD	137
V. Schluss und Ausblick	144
VI. Tabellarischer Anhang	153
VII. Quellen und Literatur	155
1. Archivbestände	155
2. Gedruckte Quellen und zeitgenössische Literatur	158
3. Literatur	159
4. Online-Dokumente	165

Einleitung

Der Vertrauensärztliche Dienst der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung (VÄD) war eine kontrollmedizinische Einrichtung, die in der Zeit des Nationalsozialismus zu einem zentralen Instrument der Krankenüberwachung und der Politik des „Arbeitseinsatzes“ wurde. In der Reichsversicherungsordnung von 1884 noch nicht vorgesehen, war der VÄD in der Weimarer Republik bei einer großen Zahl von Krankenkassen etabliert worden mit dem Leitziel, die ungerechtfertigte Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen zu unterbinden. Seine vorrangigen Einsatzgebiete stellten demnach die Kontrolle der Krankschreibungs- und Verordnungspraxis der niedergelassenen Ärzte sowie die Nachuntersuchung erkrankter Versicherter auf Arbeitsfähigkeit dar. Mit der gesetzlichen Einführung des VÄD, die 1930 im Rahmen der Notverordnungspolitik erfolgte, reagierte die Reichsregierung auf steigende Krankheitsausgaben und die prekäre Finanzsituation der Krankenversicherung in der Spätphase der Weimarer Republik.

Unter den Vorzeichen nationalsozialistischer Herrschaft wurde der VÄD in den Jahren 1935/1936 grundlegend reorganisiert und seine Koordination und Steuerung von den Krankenkassen auf die Träger der Rentenversicherung, die Landesversicherungsanstalten (LVAen), übertragen. Die Reform stand am Beginn eines Expansions- und Umgestaltungsprozesses, der die Organisation, Ressourcen, Aufgabenfelder, Kompetenzen sowie Praxis des VÄD betraf. Das einstige „Machtinstrument der Krankenkassen“ avancierte schrittweise zu einer zentralen Einrichtung der nationalsozialistischen Arbeitseinsatzpolitik, die hauptsächlich mit der Senkung von Krankenständen in rüstungswichtigen Branchen und Betrieben befasst war. Mit Beginn des Zweiten Weltkrieges erlangte die Sicherung von Arbeitskraftressourcen für die Rüstungs- und Wehrwirtschaft staatspolitische Relevanz. Die Bekämpfung von Krankheitsvortäuschungen nahm in der Folge stark repressive Züge an und wurde von den Ärzten des VÄD ohne Rücksicht auf individuelle Gesundheitsfolgen rigide durchgesetzt.

Grundlegend ermöglicht wurde der Terror des Arbeitszwanges gegenüber Kranken durch eine Gesundheitspolitik, die auf rassistischen, ökonomischen sowie

leistungsbezogenen Nützlichkeitsabwägungen beruhte und den individuellen Wert von Gesundheit negierte. Dies hatte vor allem in der späten Kriegsphase zur Folge, dass „Kranksein“ an sich als Schwächung des „Volkskörpers“ und der „Heimatfront“ vermehrt kriminalisiert und „Arbeitsscheue“, „Asoziale“ und „Bummelanten“ verfolgt und mit Repressionen belegt wurden. Der VÄD stand mithin im Handlungszentrum eines Komplexes nationalsozialistischen Unrechts, der bislang nur unzureichend erforscht ist. Diese Lücke beabsichtigt die vorliegende Studie zu schließen, die eine empirisch fundierte Organisationsgeschichte des VÄD im „Dritten Reich“ unternimmt und die Rolle der Rentenversicherung und ihrer Träger dabei erstmals umfassend einbezieht.

Forschungsstand

Entgegen seiner zeitgenössischen Relevanz im Rahmen der NS-Gesundheits- und Arbeitspolitik des „Dritten Reiches“ hat der VÄD in der historischen Forschung nur geringe Aufmerksamkeit erfahren. Hier ist erstens auf die ältere Historiographie zur Sozialversicherung zu verweisen, die sich vornehmlich aus struktur- und rechtshistorischer Perspektive mit den Neuordnungen im Sozial- und Gesundheitswesen während der NS-Diktatur beschäftigt hat. Beispielhaft fand dabei auch der VÄD Berücksichtigung, dessen organisatorische Entwicklung aufgrund des Überblickcharakters des Gros dieser Arbeiten gleichwohl skizzenhaft blieb.¹ Dies gilt zweitens auch für die in den letzten Jahren gewachsene Forschung zur Rentenversicherung in der NS-Zeit, die den VÄD randständig einbezogen hat.² Aufmerksamkeit wurde dem VÄD darüber hinaus

1 Siehe als Auswahl: Florian Tennstedt, Sozialgeschichte der Sozialversicherung, in: Handbuch der Sozialmedizin, Bd. 3: Sozialmedizin in der Praxis (hrsg. v. Maria Blohmke u. a.), Stuttgart 1976, S. 385-492, S. 473 ff.; Karl Teppe, Zur Sozialpolitik des Dritten Reiches am Beispiel der Sozialversicherung, in: Archiv für Sozialgeschichte 17 (1977), S. 195-250; Erich Bauer/Karl Kohlhausen/Ernst Lekon, Soziale Sicherung und sozialmedizinische Dienste – dargestellt am Beispiel des Vertrauensärztlichen Dienstes, Bonn-Bad Godesberg 1974.

2 Siehe als Auswahl: Marc von Miquel/Anne Schmidt, 125 Jahre Rentenversicherung in Westfalen. Sicherheit für Generationen 1890 bis 2015, Münster 2015, S. 86-89; Marc von Miquel, Der „Völkische“ Wohlfahrtsstaat in der NS-Zeit, in: Peter Masuch u. a. (Hg.), Grundlagen und Herausforderungen des Sozialstaats. Denkschrift 60 Jahre Bundessozialgericht, Band 1, Berlin 2014, S. 119-138, S. 130 f.; ders., Von Bismarcks „Wechselbalg“ zu Adenauers Rentenreform. Einführung in die Institutionen- und Politikgeschichte der Sozialversicherung (1880er- bis 1960er-Jahre), in: ders./Marcus Stumpf (Hg.), Historische Überlieferung der Sozialversicherungsträger – Desiderate der Forschung und archivische Überlieferungsbildung, Münster 2012, S. 11-31, S. 25 f.; Alexander Klimo, Rentenversicherungspolitik zwischen Arbeitseinsatz und Diskriminierung, in: Alexander

in Studien zur Wirtschafts- und Arbeitsgeschichte des Nationalsozialismus zuteil. Seine Funktion im Spannungsfeld von Rüstungsproduktion, Gesundheitspolitik und Betriebsarztwesen ist insbesondere von Rüdiger Hachtmann vertiefend dargestellt worden ist.³

In neueren Studien wurde das Vertrauensarztsystem demgegenüber stärker im Rahmen einer Politik- und Akteursgeschichte der nationalsozialistischen Gesundheitspolitik in den Blick genommen. Die nach wie vor umfangreichste und gehaltvollste historische Darstellung zum VÄD stellt die 2003 erschienene Dissertationsschrift von Winfried Süß dar. Dieser Arbeit kommt das Verdienst zu, erstmals die polykratischen Macht- und Kompetenzkonflikte ausgeleuchtet zu haben, die bezüglich des Vertrauensarztsystems zwischen den konkurrierenden Partei- und Staatsstellen innerhalb des nationalsozialistischen Gesundheitswesens bestanden. Wenig Raum widmet die Darstellung hingegen der organisatorischen Entwicklung sowie den Rentenversicherungsträgern, deren Funktion und Handeln weithin blass bleibt.⁴ Dies kennzeichnet auch einen 1991 erschienenen Aufsatz von Ulrich Knödler, der sich aus vergleichender Perspektive mit den multiplen Formen kontrollmedizinischer Überwachung im NS-Staat beschäftigt. Die Studie ist insofern einschlägig, als sie das prekäre Verhältnis zwischen Vertrauensärzten und der übrigen Ärzteschaft erschließt und über die daraus resultierenden Konflikte im Zusammenhang mit der Errichtung eines Betriebsvertrauensarztsystems informiert. Ebenso wie Süß beleuchtet Knödler zudem schlaglichtartig die Radikalisierung der vertrauensärztlichen Untersuchungspraxis in der zweiten Kriegshälfte.⁵ Mit Martin Höfler-Waags 1994 erschienener Dissertation zur Arbeits- und Leistungsmedizin im Nationalsozialismus liegt eine weitere thematisch einschlägige Studie vor, die auch den VÄD einbezieht. Sie beruht auf einer breiten Empirie, weist

Nützenadel (Hg.), Das Reichsarbeitsministerium im Nationalsozialismus. Verwaltung – Politik – Verbrechen, Göttingen 2017, S. 214-245, S. 224 f.; Christoph Wehner, Die Landesversicherungsanstalten Baden und Württemberg im „Dritten Reich“. Personalpolitik, Verwaltung und Rentenpraxis 1933-1945, Ettlingen 2017, S. 64-66.

- 3 Rüdiger Hachtmann, Industriearbeit im „Dritten Reich“. Untersuchungen zu den Lohn- und Arbeitsbedingungen in Deutschland 1933-1945, Göttingen 1989. Siehe zudem die Beiträge in Dietrich Milles (Hg.), Betriebsärzte und produktionsbezogene Gesundheitspolitik in der Geschichte, Bremerhaven 1992.
- 4 Winfried Süß, Der „Volkskörper“ im Krieg. Gesundheitspolitik, Gesundheitsverhältnisse und Krankenmord im nationalsozialistischen Deutschland, 1939-1945, München 2003.
- 5 Ulrich Knödler, Von der Reform zum Raubbau. Arbeitsmedizin, Leistungsmedizin, Kontrollmedizin, in: Norbert Frei (Hg.), Medizin und Gesundheitspolitik in der NS-Zeit, München 1991, S.113-136.

jedoch mitunter Defizite in der Darstellung auf.⁶ In jüngerer Zeit hat der VÄD in der Geschichtswissenschaft hingegen nur wenig Berücksichtigung erfahren. Dies trifft auch auf jene Studien zur NS-Vergangenheit der Arbeitsbehörden zu, die im Kontext der Deutschen Rentenversicherung und des Bundesarbeitsministeriums gefördert wurden.⁷

Im Hinblick auf die bestehende Forschung zum VÄD ist generell eine Absenz des Untersuchungsgegenstandes Rentenversicherung festzustellen, die zwar als passiver Rechtsträger, kaum aber als Gestaltungs- und Steuerungsakteur einbezogen wird. Die Handlungsmuster der Rentenversicherungsträger in vertrauensärztlichen Angelegenheiten bleiben in der Literatur daher weithin unbestimmt, was auch für die Wechselbeziehungen zwischen einzelnen Versicherungsanstalten und den ihnen unterstehenden vertrauensärztlichen Dienststellen gilt. Dass die Rentenversicherung in dem Zusammenhang bislang nur sporadisch in den Blick geriet, dürfte erstens mit der archivistischen Überlieferungssituation der Sozialversicherung zusammenhängen, die sich erst in der letzten Dekade merklich verbessert hat. Zweitens war die in der älteren Historiographie vorherrschende und inzwischen überholte „Kontinuitätsthese“ der Sozialversicherung im „Dritten Reich“ dem Forschungsinteresse über weite Strecken abträglich.⁸ Schließlich ist die Leerstelle in der ohnehin schmalen Forschungsliteratur zum VÄD dem generellen Zuschnitt der Historiographie zum NS-Gesundheitswesen geschuldet, die sich überwiegend auf die obersten Staats- und Parteistellen konzentrierte, nachgeordnete Institutionen wie die Rentenversicherung hingegen weithin ausblendete.⁹

6 Martin Höfler-Waag, *Die Arbeits- und Leistungsmedizin im Nationalsozialismus von 1939-1945*, Husum 1994.

7 Eine Ausnahme bildet hier die Dissertationsschrift von Alexander Klimo, *Im Dienste des Arbeitseinsatzes. Rentenversicherungspolitik im „Dritten Reich“*, Göttingen 2018, die auf die Begutachtungspraxis des VÄD im Rahmen der nationalsozialistischen „Arbeitseinsatzpolitik“ eingeht. Eine bündige Zusammenschau der in diesem Feld entstandenen Forschungsarbeiten ermöglicht die Tagung „Die Rentenversicherung in der Zeit des Nationalsozialismus“, die vom Forschungsnetzwerk Alterssicherung im Mai 2018 ausgerichtet wurde. Die Beiträge wurden publiziert in der Sonderausgabe „Die Rentenversicherung in der Zeit des Nationalsozialismus“ (= Sozialer Fortschritt Bd. 68 (2019), H. 2-3. Programmübersicht unter https://www.fna-rv.de/FPFNA/DE/4.1%20%20FNA-Workshop/Historikertagung%20des%20FNA/historikertagung_inhalt.html?nn=992 [Abruf: 22.01.2019].

8 Vgl. Christopher Kopper, Rezension zu Alexander Klimo, *Im Dienste des Arbeitseinsatzes. Rentenversicherungspolitik im „Dritten Reich“*, in: *Historische Zeitschrift* 311 (2020), H. 1, S. 241-242, S. 241.

9 Dies ist zugleich ein generelles – und vielfach kritisiertes – Kennzeichen der zuletzt boomenden zeithistorischen Behördenforschung. Siehe dazu die Beiträge in: Christian Mentel (Hg.), *Zeithistorische Konjunkturen. Auftragsforschung und NS-Aufarbeitung in der Bundesrepublik*, *Zeitgeschichte-online*, Dezember 2012 (überab. Juni 2015), URL: <https://zeitgeschichte-online.de/thema/zeithistorische-konjunkturen> [Abruf: 18.10.2019].

Untersuchungsachsen

Im Folgenden wird demgegenüber eine Perspektive veranschlagt, die die Rentenversicherung und ihre Träger als sozialpolitische Akteure ins Zentrum der Analyse rückt. Der VÄD stellt für diesen Ansatz aufgrund seiner übergreifenden gesundheits-, arbeits- und wirtschaftspolitischen Bedeutung, die ihm im „Dritten Reich“ zukam, einen ergiebigen Untersuchungsstand dar. Die organisatorische Entwicklung des VÄD unterlag einer Vielzahl innerer und äußerer Faktoren und Stimuli, die in der historischen Realität freilich nicht separiert, sondern ineinander verschränkt waren. Um diese einzuholen, veranschlagt die Studie drei Untersuchungsachsen, die jeweils auf Strukturmerkmale der Organisationsgeschichte des VÄD abzielen.

Personal und Ressourcen: Ein erster Untersuchungskomplex bezieht sich auf die Ressourcenentwicklung beim VÄD, wobei ein besonderer Fokus auf der für die Funktionalität der Organisation maßgeblichen personellen Dimension liegt. Aus der Forschungsliteratur ist bekannt, dass der VÄD im „Dritten Reich“ mit einem permanenten Personalmangel zu kämpfen hatte, weshalb sein avisiertes Ausbau zu einem engmaschigen Krankenüberwachungssystem bis 1945 Makulatur blieb.¹⁰ Der Befund von Kapazitätsproblemen und Funktionsdefiziten wirft die Frage auf, in welcher Weise die Rentenversicherung diesen als verantwortlicher Träger begegnete. Dazu wird auf Bruchstellen der organisatorischen Entwicklung des VÄD wie die NS-Machtübernahme und die Organisationsreform von 1936 fokussiert, die neue Handlungsimpulse für die Personalpolitik der Rentenversicherung erzeugten. Das Hauptaugenmerk gilt allerdings der Steuerung von Personal- und Funktionsproblemen im VÄD ab 1939. In die Betrachtung rückt somit die übergeordnete Frage nach der administrativen „Agency“ der Rentenversicherung in unterschiedlichen Phasen der NS-Gesundheitspolitik.

Praxis und Tätigkeit: Eine zweite Untersuchungsebene betrifft den Wandel des Tätigkeitsspektrums des VÄD, das im „Dritten Reich“ zwischen Aufgaben der Krankenkontrolle und Gesundheitsfürsorge changierte. Welches Tätigkeitsgebiet zu unterschiedlichen Zeiten der NS-Herrschaft jeweils dominierte, ergab sich wiederum aus einem Bündel von Faktoren, die teils weit über die Sozialversicherung hinausweisen. Einen profunden Einfluss auf die praktische Ausrichtung des VÄD hatten erstens die sich wandelnden gesundheits- und arbeitsmarktpolitischen Rahmenbedingungen. So kam dem

¹⁰ Knödler, Reform, S. 128.

Aufgabenfeld der Gesundheitsfürsorge und sozialmedizinischen Beratung in der Vorkriegszeit stärkere Bedeutung zu. Demgegenüber schien sich die Praxis des VÄD unter dem Einfluss der kriegswirtschaftlichen Verhältnisse zunehmend auf repressive Aufgaben der Krankenkontrolle zu verlagern mit dem Ziel, eine möglichst effiziente Rüstungsproduktion aufrechtzuerhalten. Für die skizzierte Verschiebung im Aufgabenspektrum sind zweitens die massiven Legitimations- und Akzeptanzprobleme der Kontrolleinrichtung zu berücksichtigen, die sich wie ein roter Faden durch die Organisationsgeschichte des VÄD ziehen und dessen Ausrichtung prägten. Bereits in der Weimarer Republik war der bei den Krankenkassen angesiedelte Dienst unter Ärzten und Versicherten weithin diskreditiert. Die Imageprobleme schienen ein wichtiger Begleitfaktor der Grundsatzentscheidung, den VÄD von der ökonomischen Interessensphäre der Krankenkassen zu entkoppeln und 1936 durch die Überleitung in die Trägerschaft der Rentenversicherung zu verstaatlichen. Seine Reformierung im „Dritten Reich“, die das wirtschaftlich geprägte Aufgabenprofil des VÄD um sozialmedizinische und fürsorgerische Elemente anreicherte,¹¹ ist daher auch im Hinblick auf imagepolitische Faktoren und Motivlagen zu untersuchen. Inwiefern sich der VÄD tatsächlich zu jenem sozialmedizinischen Beratungsakteur entwickelte, als der er in der NS-Presse popularisiert wurde, wird im Hinblick auf die Entwicklung der vertrauensärztlichen Praxis zu prüfen sein.

Ein weiterer Aspekt, der die praktische Ausrichtung des VÄD vor allem in der Vorkriegszeit stark beeinflusste, war das Verwaltungshandeln der regionalen Versicherungsanstalten. Zwar war 1935 beim Reichsversicherungsamt in Berlin eine Gemeinschaftsstelle der LVAen eigens zur Koordinierung der reichsweiten Aufgaben der Versicherungsträger eingerichtet worden, wozu auch der VÄD zählte.¹² Allerdings stellte der VÄD ungeachtet dieser Steuerungsinstanz keinen monolithischen Block, sondern ein dezentral strukturiertes Gebilde dar. Regionale Unterschiede betrafen die Personal- und Ressourcenausstattung der vertrauensärztlichen Dienststellen, die praktischen Interventionsmöglichkeiten der Vertrauensärzte sowie die „Agency“ der LVAen, die zentrale Koordinierungsfragen des VÄD zum Verdruss der Gemeinschaftsstelle nicht einheitlich behandelten. Die Aufzählung indiziert grundlegend die Bedeutung der

11 Bestimmungen des Reichs- und Preußischen Arbeitsministers über den vertrauensärztlichen Dienst in der Krankenversicherung v. 30.3.1936, in: Monatsschrift für Arbeiter- und Angestellten-Versicherung 24 (1936), S. 276-278, sv:dok 26/1794.

12 Vgl. Teppe, Sozialpolitik, S. 227 f.

regionalen Handlungsebene für die Entwicklung der vertrauensärztlichen Organisation und Praxis. Die sich daraus ergebenden Spannungen zwischen den regionalen Akteuren und übergeordneten Instanzen sind in Hinsicht auf den VÄD vertiefend zu untersuchen. Ins Zentrum rückt damit die Frage, inwiefern sich die Kompetenzen der Rentenversicherungsträger im Übergang zur Kriegswirtschaft und Politik des „Arbeitseinsatzes“ verändert haben. Mit Blick auf die Literatur steht zu vermuten, dass die zentralistische Straffung des VÄD, die 1939 mit der Einrichtung eines „Sonderbeauftragten“ einsetzte, stark zu Lasten der administrativen Kompetenzen der regionalen Versicherungsträger ging. Hieran schließt die Frage an, welche Verantwortung die Regionalträger an den rigiden Krankenkategorien in Rüstungsbetrieben trug, die in der zweiten Kriegshälfte die Praxis der VÄD kennzeichneten.¹³ Mit anderen Worten: Inwiefern trugen die Rentenversicherung und ihre Träger zur Entstehung eines totalitären Überwachungssystems bei, in dem „es keine Kranken mehr [gab], nur noch Arbeitseinsatzfähige, Gesunde und Tote“?¹⁴

Polykratische Rivalitäten und Machtkonflikte: Kompetenzstreitigkeiten, Machtkonflikte sowie die permanente Errichtung neuartiger Kontrollebenen zählen zu den wichtigsten Merkmalen des „polykratischen“ Herrschaftsgefüges des NS-Staates, in dem unterschiedlich vernetzte Akteure aus den Sphären von Partei und Staat um politischen Einfluss und Geltung rangen. Wenngleich das polykratische Erklärungsmodell in der Forschung heute nicht mehr die Relevanz beansprucht, die ihm von der älteren Historiographie zugemessen wurde, hat es sich in Arbeiten zum NS-Gesundheitswesen als fruchtbar erwiesen.¹⁵ Es lässt sich entsprechend instruktiv auf den VÄD beziehen, der im Schnittpunkt einer Vielzahl von Akteuren und Kompetenzfeldern angesiedelt war und

13 Beispiele für die brutale Untersuchungspraxis des VÄD sind dokumentiert bei Höfler-Waag, Leistungsmedizin, S. 153.

14 Gine Elsner/Heidi Knake-Werner, Der vertrauensärztliche Dienst – ein geschichtlicher Abriss, [Bremen 1983], S. 31.

15 Siehe als Auswahl: Süß, Volkskörper; Christoph Sachße/Florian Tennstedt, Der Wohlfahrtsstaat im Nationalsozialismus, Stuttgart u. a. 1992. Der Polykratie-Ansatz hat sich zudem stark in der regionalgeschichtlichen NS-Forschung niedergeschlagen, vgl. etwa Cornelia Rauh-Kühne/Michael Ruck (Hg.), Regionale Eliten zwischen Diktatur und Demokratie, Baden und Württemberg 1930-1952, München 1993. Zu den Potenzialen und Grenzen des Analysemodells siehe den bündigen Überblick von Rüdiger Hachtmann, Polykratie – ein Schlüssel zur Analyse der NS-Herrschaftsstruktur?, in: Docupedia-Zeitgeschichte, 01.06.2018 http://docupedia.de/zg/Hachtmann_polykratie_v1_de_2018 [Abruf 20.10.2018].

permanent äußeren Widerständen begegnete, die seiner Expansion im Effekt klare Grenzen setzten.¹⁶

Als „Machtinstrument der Krankenkassen“ besaß der VÄD traditionell keinen guten Ruf. Von dieser generellen Umstrittenheit abzugrenzen sind jedoch jene „polykratischen“ Machtkonflikte, die sich im Zuge seiner Reformierung ab 1936 hinsichtlich der Legitimation, Aufgaben, Zuständigkeit und Ziele des VÄD entzündeten. Dass in die Auseinandersetzungen über den VÄD höchste Stellen aus Partei- und Staatswesen involviert waren, verdeutlicht die Relevanz des Prinzips der Krankenkontrolle, die in der „völkischen Leistungsgemeinschaft“ des NS-Staates schließlich in den Rang einer staatspolitischen Aufgabe erhoben wurde.¹⁷ Die Funktion und Wirkungsmacht, die der VÄD innerhalb dieses Kontrollsystems erhalten sollte, war zeitgenössisch indes in hohem Maße umstritten. Als wesentliche Triebkräfte eines Ausbaus des VÄD wirkten aufseiten der staatlichen Akteure das Reichsarbeitsministerium (RAM) und diesem nachgeordnet das Reichsversicherungsamt (RVA). Mit ihren Expansionsplänen evozierten sie insbesondere den Widerstand der Deutschen Arbeitsfront (DAF), die 1933 als Einheitsverband von Arbeitnehmern und Arbeitgebern an die Stelle der zerschlagenen Gewerkschaften getreten war.¹⁸ Der VÄD rückte ins Zentrum eines Stellvertreterkonflikts, in dem um die Machtverteilung im Gesundheitswesen gerungen wurde. Involviert in die Kompetenzstreitigkeiten über den VÄD waren zudem hohe NS-Funktionäre wie der Reichsgesundheitsführer Leonardo Conti, die 1933 gegründete Kassenärztliche Vereinigung Deutschlands (KVD) als Dachorganisation der Kassenärzte sowie (mit fortgeschrittener Kriegsdauer) die Industrie, die in Anbetracht erhöhter Krankenstände auf eine Ausweitung und Verschärfung vertrauensärztlicher Kontrollen drängte.

Die Machtkonflikte und die Stellung der beteiligten Akteure zeigen die beträchtliche Relevanz des vertrauensärztlichen Systems, wie umgekehrt die NS-Polykratie einen wesentlichen Strukturfaktor für die organisatorische Entwicklung des VÄD darstellte. Um den VÄD entstand eine „kaum noch zu überbietende Verwirrung der Kompetenzverhältnisse“, wie Winfried Süß pointiert vermerkte.¹⁹ Offen und zu untersuchen ist, wie sich die Rentenversicherung in den Konflikten positionierte, auf

16 Siehe dazu und zum Folgenden Süß, Volkskörper, S. 248.

17 Vgl. Knödler, Reform, S. 130.

18 Vgl. etwa Knödler, Reform, S. 128.

19 Süß, Volkskörper, S. 251.

Konkurrenzstrukturen und Kompetenzbeschneidungen reagierte, ihre Trägerrolle insgesamt wahrnahm und in der Praxis ausgestaltete.

Quellen

Um die Perspektive der Rentenversicherung empirisch einzuholen, greift die Studie auf Archivmaterial zurück, das in weiten Teilen erstmals erschlossen und ausgewertet wurde. Dabei handelt es sich um die Überlieferungen einzelner Versicherungsanstalten, konkret die Bestände der LVAen Hamburg und Schleswig-Holstein (Bestand DRV Nord) aus dem Archiv der sv:dok, der Dokumentations- und Forschungsstelle der Sozialversicherungsträger. Die Bestände sind umfangreich und für die Darstellung konstitutiv, da hier regionale wie übergeordnete Betrachtungsweisen der Rentenversicherung auf den VÄD ausgiebig dokumentiert sind. Sie umfassen im Einzelnen Personallisten vertrauensärztlicher Dienststellen, Rundschreiben, Dienstanweisungen, Einsatz- und Tätigkeitsberichte, Krankenstandstatistiken, Zeitschriftenartikel und übergeordneten Schriftverkehr zum VÄD. Der Bestand der DRV Nord enthält zudem die zentralen Akten der 1935 geschaffenen Gemeinschaftsstelle, die von dem Leiter der LVA Hamburg, Gottlieb Storck, bis Kriegsende in Personalunion geleitet wurde. Da die Gemeinschaftsstelle in vertrauensärztlichen Angelegenheiten als eine Art Schaltzentrale fungierte, bei der die Fäden der Regionalträger zusammenliefen, kommt dieser Einrichtung in der Darstellung ein erhebliches Gewicht zu. Die Aktenbestände der regionalen Versicherungsträger bilden den zentralen Materialkorpus. Ergänzend wurden thematisch einschlägige Akten aus dem Bundesarchiv sowie den Landesarchiven Schleswig-Holstein und Baden-Württemberg einbezogen. Für die Perspektive der Krankenkassen wurde der Bestand der AOK Dortmund systematisch ausgewertet, der beispielhaft über den Aufbau und das Wirken des VÄD in einer rüstungswirtschaftlich wichtigen Region informiert. Arrondiert wird der Materialkorpus durch die Auswertung von zeitgenössischer Literatur und Fachzeitschriften aus dem Vertrauensarztwesen wie dessen wichtigstem Publikationsorgan „Vertrauensarzt und Krankenkasse“.

Die Darstellung ist als Organisationsgeschichte weithin chronologisch angelegt, wobei systematische Einschübe vorgenommen werden. Sie gliedert sich in vier

Kapitel, in denen die dargestellten Untersuchungsachsen jeweils aufgegriffen werden: Das erste beschäftigt sich mit der Entstehung, Funktion und Wahrnehmung des Vertrauensarztsystems bis 1933, während das zweite Kapitel auf die Reorganisation des VÄD im Zuge der Rüstungskonjunktur fokussiert. Drittens wird die Rolle des VÄD und der Rentenversicherung im Rahmen des kriegswirtschaftlichen „Arbeitseinsatzes“ ab 1939 untersucht. Hieran schließt ein viertes und letztes Kapitel an, das die rigorosen Krankmusterungen der „Gutermuth-Aktion“ (1943/44) und den anschließenden Zusammenbruch des VÄD in der letzten Kriegsphase in den Blick nimmt.

I. Entstehung, Funktion und Wahrnehmung des Vertrauensarztsystems bis 1933

Das Vertrauensarztsystem war – wie eingangs erwähnt – keine originäre Einrichtung der nationalsozialistischen Diktatur. Seine Entstehung führt in die wirtschaftliche Krisenzeit der 1920er-Jahre zurück, als den Krankenkassen aufgrund stark verminderter Beitragseinnahmen und parallel steigender Gesundheitsausgaben ermöglicht worden war, Vertrauensärzte mit dem Ziel der Ausgabensenkung fest anzustellen. Im November 1925 erließ der Reichsausschuss für Ärzte und Krankenkassen erstmals Richtlinien, die die Kassen zur Einstellung von hauptamtlichen Vertrauensärzten berechtigten. Gleichwohl waren bereits seit der Jahrhundertwende Vertrauensärzte im Nebenamt beschäftigt worden, insbesondere bei größeren Krankenkassen. Die Möglichkeit zur Hinzuziehung nebenamtlicher Vertrauensärzte blieb im Hinblick auf die übergeordneten Sparziele auch weiterhin bestehen; als solche konnten beispielsweise Kreisärzte, Krankenhausärzte oder Kassenärzte fungieren.

Die Etablierung des Vertrauensarztsystems war eingebettet in die Institutionalisierung weiterer Kontrollmechanismen, die vorrangig der Abwehr von Leistungsansprüchen der Versicherten dienten. Dazu zählte insbesondere die Institution der Krankenbesucher: Diese waren von der Kasse beauftragt, arbeitsunfähigen Versicherten in ihrem privaten Umfeld nachzuspüren und durch Inaugenscheinnahmen die Authentizität von Erkrankung und Arbeitsunfähigkeit zu überprüfen.²⁰ Wie diese Einrichtung war der VÄD in seiner Gründungsphase als reines ökonomisches

²⁰ Vgl. Karl Kohlhausen, Vertrauensärztlicher Dienst, in: Handbuch der Sozialmedizin, Bd. III, S. 558-573, S. 558; Tennstedt, Sozialgeschichte der Sozialversicherung, S. 401.

Abwehrinstrument konzipiert, das der Beitragsentlastung der Wirtschaftsbetriebe und der finanziellen Konsolidierung der Krankenversicherung dienen sollte.²¹

Wenngleich infolge der Richtlinien von 1925 immer mehr Kassen dazu übergegangen waren, Vertrauensärzte anzustellen – 1927 waren bei den 1600 Mitgliedskassen des Hauptverbandes bereits 1200 Vertrauensärzte eingesetzt, davon 250 hauptamtlich – konnte dies den steigenden Krankenständen keinen Einhalt gebieten.²² Im Rahmen der Notverordnung vom 26. Juli 1930, die im Leistungsspektrum der Sozialversicherung rigide Einschnitte bewirkte, folgten auch im Feld der Kontrollmedizin weitere Verschärfungen. So wurde die Anstellung eines hauptamtlichen Vertrauensarztes den Krankenkassen nunmehr zur gesetzlichen Pflicht gemacht. Zudem galt im Folgenden das restriktive Prinzip, wonach alle krankgeschriebenen Versicherten durch den Vertrauensarzt der Kasse automatisch zur „Nachuntersuchung“ vorgeladen wurden. Diese Regelungen erhöhten nicht nur den Kontrolldruck auf die Versicherten, sondern zielten darauf ab, die Leistungsausgaben der Krankenversicherung zu mindern.²³ Das übergeordnete Sparziel prägte auch die Praxis der vertrauensärztlichen Tätigkeit: Zwar waren Vertrauensärzte schon in dieser Zeit per Dienstverordnung mit Aufgaben der Gesundheitsförderung betraut, faktisch bestand ihre zentrale Aufgabe jedoch darin, eine größtmögliche Zahl Kranker „gesundzuschreiben“. Von einer Einhegung der Krankenstände und Mittelausgaben durch Vertrauensärzte profitierte mittelbar auch der Gesetzgeber, der die finanziell gebeutelten Kassen mit Subventionen unterstützte.²⁴

Die fiskalisch-ökonomischen Motivlagen, die der Institutionalisierung des VÄD vorangestellt waren, sind deshalb hervorzuheben, weil sich die Aufgaben dieser Organisation in der NS-Diktatur unter den Bedingungen von Vollbeschäftigung und zunehmenden Arbeitskräftemangels ab 1936 eminent auf die Sicherung von Arbeitskraft und Senkung von Krankenständen in der Kriegswirtschaft verlagerten, mithin Aufrüstungsziele und radikale Praktiken gegen die „Flucht in die Krankheit“ die Ausrichtung des VÄD zunehmend prägten.²⁵ Eine solche arbeitsmarktpolitische

21 Vgl. Bauer/Kohlhausen/Lekon, Soziale Sicherung, 1-7.

22 Tennstedt, Sozialgeschichte der Sozialversicherung, S. 401.

23 Vgl. Hachtmann, Industriearbeit, S. 233 f.; ders., Zur Lage der Industriearbeiterschaft im Ruhrgebiet während der NS-Zeit, in: Ottfried Dascher/Christian Kleinschmidt (Hg.), Die Eisen- und Stahlindustrie im Dortmunder Raum. Wirtschaftliche Entwicklung, soziale Strukturen und technologischer Wandel im 19. und 20. Jahrhundert, Hagen 1992, S. 233-265, S. 255.

24 Vgl. Knödler, Reform, S. 125.

25 Zur Entwicklung der Arbeitslosenzahlen siehe Sachße/Tennstedt, Wohlfahrtsstaat, S. 39. Siehe auch die tabellarische Übersicht bei Eckart Reidegeld, Staatliche Sozialpolitik in

Zielrichtung und Interventionskraft war dem Vertrauensarztsystem um 1930 indes noch nicht gegeben. Im Gegenteil bereiteten überhöhte Krankenstände im Kontext der Massenarbeitslosigkeit den Krankenkassen, die das Krankengeld auszuzahlen hatten, Probleme, und mittelbar dem subventionierenden Staat. Die Produktivität der Wirtschaft, die auf dem zeitgenössischen Arbeitsmarkt quasi beliebig neue Kräfte rekrutieren konnte, war durch Fehl- und Krankenstände hingegen nicht unmittelbar gefährdet.²⁶

Die Einrichtung und der Ausbau des VÄD bei den Krankenkassen, wie er 1930 in den Notverordnungen beschlossen wurde, vollzog sich nicht reibungslos. Während die Versicherten die Einschnitte und Verschärfungen im Urteil des Sozialhistorikers Florian Tennstedt „relativ ruhig“ aufgenommen haben, evozierte die Institutionalisierung des VÄD aus der zeitgenössischen Ärzteschaft massive Kritik.²⁷ Vor allem die Kassenärzte protestierten gegen die aufgewertete Stellung von Vertrauensärzten, deren Aufgaben – die Nachuntersuchung von Versicherten und die Nachprüfung der ärztlichen Verordnungspraxis – sie als inakzeptablen Einschnitt in ihre Fach- und Urteilskompetenz erachteten. Zwischen Ärzten und Vertrauensärzten bestand seit den Anfängen ein Spannungsverhältnis, da die Vertrauensärzte weniger medizinische als kontrollierende Tätigkeiten im Dienste der Kassen auszuüben schienen. Zudem trieb die Ärzteschaft die konkrete Befürchtung um, dass die Kassen über das Vertrauensarztsystem direkte Weisungsbefugnisse gegenüber den behandelnden Ärzten erhalten könnten.²⁸ Unter den Versicherten rückte der Vertrauensarzt in dieser Zeit gleichsam zu einer verhassten Figur auf, der mit massiver Ablehnung begegnet wurde. In der Wahrnehmung weiter Kreise der Bevölkerung stellte der VÄD mithin ein missliebiges Machtinstrument der Krankenkassen dar, mit dem vor allem bezweckt wurde, das medizinische Urteil der behandelnden Ärzte im Wege der Nachuntersuchung zu kompromittieren und den Versicherten zustehende Leistungen der Krankenversicherung vorzuenthalten.

Tatsächlich war den Vertrauensärzten im Rahmen der 1925 aufgestellten Richtlinien, die ihre formale Anstellung bei den Kassen begründeten, zunächst keine eigene Behandlungskompetenz zugestanden worden. Beispielfhaft sei hier auf die 1927

Deutschland, Bd. II: Sozialpolitik in Demokratie und Diktatur 1919-1945, Wiesbaden 2006, S. 491.

26 Vgl. Bauer/Kohlhausen/Lekon, Soziale Sicherung, 1-7: „Er [der Krankenstand, CW] war nur interessant als Ausgabenfaktor bei der Krankenkasse. Ein Produktionsausfall in der Wirtschaft durch Arbeitsunfähigkeit war bei der ohnedies vorhandenen hohen Arbeitslosigkeit und dem Überangebot von Arbeitskräften kein zu berücksichtigender Faktor.“

27 Tennstedt, Sozialgeschichte der Sozialversicherung, S. 401.

28 Vgl. Höfler-Waag, Leistungsmedizin, S. 125 f.

vollzogene Einrichtung der hauptamtlichen Vertrauensarztstelle bei der AOK Dortmund verwiesen. Der Arztausschuss der Kasse erließ dazu Richtlinien, die das Verhältnis zwischen den Kassenärzten und dem Vertrauensarzt genau regelten und dessen Interventionsmöglichkeiten im Ergebnis klare Grenzen steckten. Im Wesentlichen hatte der Vertrauensarzt „gemäß seinem Verträge und der zugehörigen Dienstanweisung die ärztliche Überwachung der Mitglieder und Angehörigen der Allgemeinen Ortskrankenkasse Dortmund wahrzunehmen“. Aus dieser Bestimmung resultierte zwar eine „Berechtigung des Vertrauensarztes, dem behandelnden Arzte Ratschläge bezüglich der Behandlung zu geben, auch bezüglich therapeutischer Maßnahmen“. Allerdings durfte er nicht selbst therapeutisch tätig werden, sondern war lediglich befugt, „die Erkrankten durch Fachärzte untersuchen und begutachten zu lassen“ sofern „dies von ihm aus irgendeinem Grunde für notwendig gehalten wird“. Die Überweisung an den Facharzt oblag ebenfalls nicht dem Vertrauensarzt, sondern wurde aus Gründen der Gesichtswahrung dem behandelnden Arzt überlassen.²⁹

Ungeachtet seiner aufgewerteten Stellung blieb der Vertrauensarzt im zeitgenössischen Kassenwesen also zunächst eine Art Schattenfigur, die auf die Behandlungspraxis der Ärzte nur begrenzt Einfluss nehmen konnte. Dies war vor allem dem Ansinnen der Kassenleitung zuzuschreiben, die behandelnden Ärzte durch ein etwaig abweichendes Urteil des Vertrauensarztes möglichst nicht zu brüskieren. In diesem Sinne ist auch der abschließende Hinweis des Arztausschusses der Dortmunder AOK an „die Herren Kollegen“ zu verstehen, „im eigenen und im Interesse der Krankenkasse alles vermeiden zu wollen, was das bisherige gute Einvernehmen stören könnte, und den Vertrauensarzt in seiner Tätigkeit zu unterstützen“.³⁰

Der betreffende Vertrauensarzt Dr. Waldemar Mensch erklärte sich mit den skizzierten Vorgaben per handschriftlichem Vermerk „sehr einverstanden“.³¹ Ein Dortmunder Facharzt aus dem Arztausschuss der Kasse, dem die Richtlinien vorab zur Begutachtung zugeleitet worden waren, monierte indes den Passus, wonach der Vertrauensarzt den behandelnden Ärzten in Therapiefragen Ratschläge erteilen dürfe, und forderte eine entsprechende Änderung der Passage. Mithin war selbst die indirekte Mitwirkung von Vertrauensärzten an Behandlungsentscheidungen von Brisanz und wurde

29 Vorsitzender AOK Dortmund an Mensch, 25.3.1927, StaDo, 650/423.

30 Rundschreiben Arztausschuss AOK Dortmund an Kassenärzte, 5.5.1927, StaDo 650/423.

31 Vorsitzender AOK Dortmund an Mensch, 25.3.1927, StaDo 650/423.

von einer Vielzahl der Ärzte abgelehnt.³² Die umstrittene Passage wurde entgegen der Intention des Ausschusses gleichwohl unverändert übernommen, so dass der Vertrauensarzt im Umweg der Beratung geringen therapeutischen Einfluss entfalten konnte.³³

Nur wenig später mündete dies in einem geregelten Verfahren, das den Vertrauensärzten erweiterte Kompetenzen einräumte. Als Reaktion auf die ungebrochen steigende Tendenz der Krankenstände wurde die Nachprüfung ärztlicher Testate durch Vertrauensärzte den Krankenkassen 1930 per Notverordnung zur Pflicht gemacht.³⁴ Die bei den Kassen in der Folge eingeführten Richtlinien sahen vor, dass sich die Nachprüfung zum einen auf die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen der behandelnden Ärzte, zum anderen auf „Verordnungen des behandelnden Arztes“ erstrecken sollte, „soweit sie ärztliche Sachleistungen betreffen“. Dazu zählte im einzelnen die Nachprüfung der ärztlich verordneten Ausgehzeiten, Krankenhaus- und Heilstättenpflege, Kurheimpflege, Erholungs- und Genesendenfürsorge, Kurbeihilfen, Heil- und Hilfsmittel sowie von weiteren Sachleistungen. Deziert sollte der Vertrauensarzt bei seiner Kontrolle die „Wirtschaftlichkeit der Verordnungen“ prüfen und im Falle von „Meinungsverschiedenheiten“ eine „Verständigung mit dem behandelnden Arzt“ suchen. Die Richtlinien beließen es allerdings nicht dabei, sondern führten Indikatoren auf, die eine Nachprüfung durch den Vertrauensarzt „besonders erforderlich“ erscheinen ließen. Dies war etwa „bei Verdacht auf Vortäuschung oder Übertreibung von Krankheiten oder Beschwerden“, bei „auffallend langer Krankheitsdauer überhaupt oder längerer Krankheitsdauer bei leichteren Krankheitserscheinungen“ sowie im Falle „ungenau[e] oder unklare[r] Krankheitsbezeichnung“ der Fall. Eine Nachprüfung war weiter zwingend, wenn „das Verhalten des Kranken mit der Krankheitsbezeichnung des behandelnden Arztes nicht in Einklang steht“, bei „Übertretung der Krankenordnung“ oder wenn ein „plötzlich ansteigender oder auffallend hoher Krankenstand“ im Kassenbezirk registriert wurde. Schließlich konnte eine Nachuntersuchung aber auch aus „sonstigen Gründen“ angeordnet werden, etwa „auf Wunsch des behandelnden Arztes, der kassenärztlichen Organisation [und] des Vertrauensarztes auf Verlangen des Kranken“.³⁵

32 Dr. med. Thomas (Mitglied Arztausschuss AOK Dortmund) an Verwaltungsdirektor van Kessel, 3.5.1927, StaDo 650/423.

33 Rundschreiben Arztausschuss AOK Dortmund an Kassenärzte, 5.5.1927, StaDo 650/423.

34 Vgl. Hachtmann, Industriearbeit, S. 403 f.; Knödler, Reform, S. 125.

35 Richtlinien für die Nachprüfung der kassenärztlichen Tätigkeit, undatiert [1930/31], StaDo 650/423.

Resultierte aus diesen Bestimmungen bereits ein deutliches Vordringen des Vertrauensarztes in die Kompetenzsphäre der behandelnden Ärzte, so wurden dessen Befugnisse im Juli 1932 durch eine Verordnung des Reichsversicherungsamtes abermals ausgeweitet. Paragraph 11 gestattete es den Vertrauensärzten, erkrankte Versicherte in den Eigenbetrieben der Krankenkassen selbstständig zu behandeln. Dieser Schritt markierte eine grundlegende Änderung des Beziehungsverhältnisses zwischen Arzt und Vertrauensarzt, indem die bisherigen Beratungsaufgaben durch eine dezidierte Behandlungskompetenz ergänzt wurden. Mit den Eigenbetrieben standen den Vertrauensärzten zudem vielfach fortschrittliche Behandlungsinstitutionen mit diagnostischen Apparaturen wie Röntgengeräten zur Verfügung, mit denen das Gros der niedergelassenen Ärzte nicht konkurrieren konnte.³⁶

Wenn in der älteren Literatur mit Blick auf Etablierung der Behandlungskompetenz der Vertrauensärzte konstatiert wurde, die Ärzteschaft hätte „seinerzeit [...] ihr Einverständnis dazu gegeben“, und so ein harmonisches Verhältnis zwischen Ärzteschaft und Vertrauensärzten suggeriert wurde,³⁷ handelt es sich um ein grobes Zerrbild. Vielmehr hatte der Hartmannbund im Vorfeld der Notverordnung von 1930 versucht, die Kompetenzen der Vertrauensärzte gegenüber den Kassenärzten weitestmöglich zu beschneiden und insistiert, die „Tätigkeit des Vertrauensarztes“ dürfe „ausschließlich begutachtender Art“ sein und die Nachprüfung von ärztlichen Verordnungen sich ferner nur auf Fragen der Wirtschaftlichkeit beziehen.³⁸ Die Kompetenzzuwächse der Vertrauensärzte führten daher im zeitgenössischen Urteil des Hartmannbundes nicht zu einer Minderung, sondern einer Verstärkung „von Mißtrauen und Besorgnis in den Reihen der Ärzteschaft“.³⁹ Viele niedergelassene Ärzte sahen in den Vertrauensärzten „prinzipiell ‚Feinde‘, deren höchster Triumph es angeblich war, dem behandelnden Arzt eine Fehlentscheidung nachzuweisen“, resümierte Ulrich Knödler hierzu.⁴⁰

36 Vgl. Kohlhausen, Vertrauensärztlicher Dienst, S. 559.

37 Ebd.

38 Weitere Forderungen zielten auf die Begrenzung der täglichen Zahl vertrauensärztlicher Untersuchungen und das Recht des behandelnden Arztes, der Nachuntersuchung beizuwohnen, ab. Vgl. Hartmannbund, Bestellung von Vertrauensärzten, in: Die Krankenversicherung 1930, S. 497. Druck: Bauer/Kohlhausen/Lekon, Soziale Sicherung, 3-A15-3-A18, hier 3-A15.

39 Hartmannbund, Bestellung von Vertrauensärzten, in: ebd., 3-A 17.

40 Knödler, Reform, S. 125.

Zeitgenössischen Darstellungen lassen sich die massiven Legitimationsprobleme der neuen Kontrolleinrichtung ebenfalls entnehmen. Wie der ab 1931 im Reichsarbeitsministerium als Ministerialrat amtierende Jurist Maximilian Sauerborn in einem Aufsatz von 1936 rückblickend feststellte, sei der Kassenarzt vom Vertrauensarzt als „Kontrollarzt, der das kassenärztliche Handeln argwöhnisch“ überprüfen würde, „nicht entzückt“ gewesen. Den Versicherten attestierte Sauerborn gleichsam, sie hätten der Neueinrichtung von Beginn an „mißtrauisch gegenübergestanden“. Die „Vorteile, die auf der Beitragsseite entstanden“ seien, seien von ihnen kaum registriert worden, „die Ablehnung der Weitergewährung von Versicherungsleistungen nach der Untersuchung durch den Vertrauensarzt“ dafür umso mehr. Für die mitunter massive Antipathie und offene Verachtung, die den Vertrauensärzten entgegenschlug, machte der NS-Beamte zudem die „politische Propaganda der Kommunisten“ verantwortlich, die den abschätzigen Ausdruck des „Gesundschreibers“ etabliert hätte. Der Vertrauensarzt sei aus kommunistischen Kreisen „als der Mann hingestellt“ worden, der den „Versicherten das zum Leben bitter notwendige Krankengeld nahm“. Es könne „deshalb nicht Wunder nehmen, wenn der Vertrauensarzt häufig genug als Feind der Versicherten bezeichnet wurde“.⁴¹

Was in dieser freilich tendenziösen Rekapitulation der Frühgeschichte des VÄD ausgespart wurde, war der Umstand, dass auch die nationalsozialistische Bewegung im Zuge der „Machtergreifung“ in die ebenso populäre wie pauschale Kritik am Vertrauensarztsystem eingestimmt hatte. Der Befund überrascht insofern nicht, als die vermeintlich von „Marxisten“ dominierten Ortskrankenkassen ab den späten 1920er-Jahren ins Fadenkreuz der nationalsozialistischen Propaganda gerückt waren, die angebliche Fälle von Korruption, Begünstigung und Misswirtschaft öffentlich aufgriff und im Effekt massiv gegen das „rote Kassensystem“ agitierte.⁴² Es lag nahe, dass auch die Institution des Vertrauensarztes, der für viele versicherte Arbeiter und Ärzte das Sinnbild des „Gesundheitspolizisten“ im Dienste eines unsozialen Kassenwesens darstellte, in die NS-Propaganda gegen die Krankenkassen Eingang fand.

41 Maximilian Sauerborn, Die Neuregelung des vertrauensärztlichen Dienstes in der Krankenversicherung, in: Reichsarbeitsblatt IV (1936), Nr. 12, S. 148-154, S. 149, sv:dok 26/1799, Teil 1. Biographische Angaben unter <https://www.historikerkommission-reichsarbeitsministerium.de/Biografien/Maximilian-Sauerborn> [Abruf am 15.4.2020].

42 Siehe hierzu grundlegend Stephan Leibfried/Florian Tennstedt, Berufsverbote und Sozialpolitik 1933. Die Auswirkungen der nationalsozialistischen Machtergreifung auf die Krankenkassenverwaltung und die Kassenärzte, 2. Aufl., Bremen 1980.

Beispielhaft sei hier abermals auf Vorgänge in der Stadt Dortmund verwiesen: Die dortige NSDAP richtete ab den frühen 1930er-Jahren schwere Angriffe gegen die AOK Dortmund und deren leitenden Vertrauensarzt Dr. Mensch, der – wie einem nach der Machtübernahme verfassten Schreiben des Dortmunder Polizeipräsidenten zu entnehmen ist – verdächtigt wurde, „der SPD sehr nahe“ gestanden zu haben.⁴³ Im Zuge der NS-„Machtergreifung“ kam es im öffentlichen Dienst zu massiven politischen Säuberungen und Entlassungswellen, die auf Grundlage des sogenannten Berufsbeamtengesetzes durchgeführt wurden. Wie andernorts richteten sich auch in Dortmund die mit diesem Gesetz verbundenen Repressalien gegen die dortige Ortskrankenkasse, die den regionalen NS-Machthabern als Hort des Marxismus galt. In Zeitungsartikeln wurden Unterstellungen lanciert, die von personalpolitischen Verfehlungen bis zu Unterschlagungen, Korruption, Mittelverschwendung und Amtsmissbrauch in Verbindung mit einem Neubau des Kassengebäudes reichten.⁴⁴ Die nationalsozialistische Zeitung „Rote Erde“ berichtete am 29. April 1933 etwa ausführlich über die „Verhältnisse“ bei der AOK Dortmund und das vermeintliche Versagen ihrer Verantwortungsträger. Die „Nachprüfung der personellen Verhältnisse bei der Allgemeinen Ortskrankenkassen durch den Reichskommissar“ habe „in erschreckender Weise gezeigt, in welcher Weise das marxistische Bonzentum es verstanden hat, Dienststellen mit Vertretern oder Mitläufern des Marxismus in der einseitigsten Weise zu besetzen“. Weder „Vorbildung“ noch „fachliche und persönliche Eignung“ seien dabei ausschlaggebend gewesen, sondern „der Besitz des Parteibuches und persönliche Beziehungen“, weshalb sich der zur Säuberung eingesetzte Reichskommissar „zu durchgreifenden Maßnahmen veranlaßt gesehen“ habe.

Im Rahmen dieser Kampagne spielte der Vertrauensarzt Dr. Mensch, der die Folgen des Berufsbeamtengesetzes bereits zu spüren bekommen hatte und von seinen

43 Polizei-Präsident Dortmund an Reichskommissar für die AOK Dortmund, 5.5.1933, StaDo 650/386. Klarnamen nicht überliefert.

44 Abgestützt war dies im Vorgehen hoher NS-Funktionäre. So hatte etwa Hermann Göring in seiner damaligen Funktion als Reichskommissar für Preußen im März 1933 in öffentlichen Reden mehrfach behauptet, die Gesamtausgaben der Personalverwaltungen der Krankenkassen beliefen sich auf 155 Mio. RM und lägen damit erheblich höher als die Gesamtverwaltungskosten des preußischen Staates, die Göring auf 76 Mio. RM bezifferte. Wenngleich die Krankenkassen und ihre Verbände in Pressemitteilungen erklärten, dass beide Zahlen nicht zuträfen und nach eigenen Berechnungen die Verwaltungskosten von Preußen nahezu 15 mal höher lägen als die Personalausgaben, blieb der Eindruck in der Öffentlichkeit bestehen. Siehe dazu die folgenden Schriftstücke: Gesamtverband der Krankenkassen Deutschlands an Verbandskassen, 4.3.1933 nebst Anlage Pressenotiz „Die Verwaltungskosten der Krankenkassen“, undatiert, StaDo 650/480.

neuen Dienstherren entlassen worden war, eine exponierte Rolle. Die Unterüberschrift „Ermittlungsverfahren gegen den Vertrauensarzt“ zeigt, dass der allgemein geächtete „Gesundschreiber“ für die regionale NS-Presse als negativ besetzte Symbolfigur fungierte, um die behaupteten Verfehlungen der Kasse an einer Person festmachen und plausibilisieren zu können. Diesem Zweck galt auch die Bemerkung, gegen den Vertrauensarzt seien von der „Dortmunder Ärzteschaft schon seit langem berechtigterweise Beschwerden erhoben“ worden. Er sei „als medizinischer Sachverständiger für den übermäßigen Ausbau des AOK-Gebäudes und der Eigeneinrichtungen, wofür bekanntlich mehr als 3 000 000 RM aufgewandt worden sind, mitverantwortlich“ zu machen. „Über Einzelheiten seiner Amtsführung“ sei „ein polizeiliches Ermittlungsverfahren eingeleitet worden“.⁴⁵ Auch der Artikel „Der ‚Vertrauensarzt‘ der Ortskrankenkasse klagt“, am 8. Juli 1933 im Dortmunder Generalanzeiger erschienen, skandalisierte umfänglich die vermeintlichen Verfehlungen und unsozialen Verhaltensmuster von Mensch, der in seiner „10jährigen Tätigkeit [...] die Mißwirtschaft, vornehmlich die Vergeudung der Gelder der kleinen Leute (Versicherten) in dem kostspieligen Neubau durch seine Ratschläge stark gefördert“ habe. Zudem habe er sich „der hiesigen Ärzteschaft gegenüber unkollegial verhalten“, weshalb die Kassenärztliche Vereinigung Deutschlands (KVD) bereits „seine Abberufung gefordert“ habe. Im Ergebnis sei Mensch „aus tatsächlichen und politischen Gründen [...] nicht mehr tragbar“. Die hier illustrierte Vermengung von „tatsächlichen“ und „politischen“ Faktoren schien sich aufgrund der generellen Negativwahrnehmung des Vertrauensarztsystems leichter plausibilisieren zu lassen und kennzeichnet auch das Abschlussurteil des Artikels über Mensch: „Ein Mann, der über 10 Jahre mit der marxistischen Verwaltung [...] zusammengearbeitet hat, [...] könne niemals mehr das Vertrauen der Bevölkerung erringen.“⁴⁶

Nur eine Woche später wurden in der Dortmunder Presse indes Artikel lanciert, in denen sich eine Wende im Umgang mit dem Vertrauensarzt andeutete, der gegen seine Entlassung arbeitsgerichtlich vorgegangen war und sich vor dem Dortmunder Arbeitsgericht von einem nationalsozialistischen Rechtsanwalt verteidigen ließ, wie im Dortmunder Generalanzeiger vom 15. Juli 1933 zu lesen war. Dieser Umstand gereichte als Anlass für eine Neubewertung des Vertrauensarztes, der sukzessive öffentlich

45 Anonym, In der AOK wird gesäubert, Rote Erde v. 29.4.1933, StaDo 650/480.

46 Anonym, Der „Vertrauensarzt“ der Ortskrankenkasse klagt. Dr. Mensch will wieder eingestellt werden, Dortmunder General-Anzeiger v. 8.7.1933, StaDo 650/480.

rehabilitiert wurde. Entgegen früherer Einschätzungen sei Mensch nun doch „nicht der für die Taten und Meinungen der verflorenen Ortskrankenkassenbonzen verantwortlich zu machende Mann, als den man ihn in einem Teil der Öffentlichkeit anzusehen gewillt“ sei. Vielmehr sei „sein Wollen durchweg von gutem sozialen Verständnis und ärztlicher Fürsorge geleitet“ gewesen, wenn „er auch an der Anschaffung allermodernster Apparate im AOK-Bau, die sicherlich vielen frei schaffenden Ärzten eine Konkurrenz bedeutet haben, sich durch seine beratende Stimme mitschuldig gemacht“ hätte. Am Kassenneubau selbst sei er hingegen nicht unmittelbar beteiligt gewesen. Auch seine Teilnahme als Frontkämpfer am Ersten Weltkrieg sowie seine aus eigenen Kräften überwundene Verschuldung wurden in der NS-Presse nunmehr als Beleg für nationales Verantwortungsgefühl und Unbestechlichkeit umgedeutet. Entlastend wirkte zudem, dass die Nationalsozialistische Betriebszellenorganisation (NSBO) der Dortmunder AOK, „die doch den Angestelltenteil vertritt, mit dem Dr. Mensch jahrelang zusammengearbeitet hat“, in einem Schreiben an den Rechtsanwalt die Position bezogen hatte, „daß sie die Kündigung des Vertrauensarztes nicht billigt und [...] wünscht, Dr. Mensch um seiner Qualitäten willen, wieder in gleicher Eigenschaft in der unter neuem Führergeist stehenden Ortskrankenkassen begrüßen zu können“. Das „Geschick“, schloss der Artikel, habe Dr. Mensch „nicht gerade sanft angepackt; denn er bezieht, da ihm das Gehalt trotz der Kündigung gesperrt wurde, heute Erwerbslosenunterstützung“.⁴⁷ Über seine speziellen Aspekte hinaus macht der Fall deutlich, dass das Vertrauensarztsystem einen Topos in der zeitgenössischen NS-Propaganda gegen die Krankenkassen darstellte, die sich das diskreditierte Image dieser Ärztegruppe strategisch zunutze machte und ihre Vertreter pauschal als „Misstrauensärzte“ verleumdete.⁴⁸

Für die NS-Agitation gegen diese Ärztegruppe ist freilich der Umstand einzubeziehen, dass viele Vertrauensarztstellen bei den Krankenkassen mit jüdischen Ärzten besetzt gewesen waren.⁴⁹ Bei der AOK Berlin etwa waren 1933 von 18 Vertrauensärzten 16 jüdischer Herkunft, die im Zuge der „Machtergreifung“ sämtlich entlassen wurden.⁵⁰ Jüdischen Mediziner kam bis 1933 insgesamt eine hohe Relevanz

47 Anonym, Der Vertrauensarzt der AOK. Um die Wiederkehr des Herrn Dr. Mensch, Generalanzeiger v. 15.7.1933, StaDo 650/480.

48 Zur zeitgenössischen Kritik am Vertrauensarztsystem siehe auch Höfler-Waag, Leistungsmedizin, S. 125 ff.

49 Höfler-Waag, Leistungsmedizin, S. 127.

50 Jörg Becken, AOK Berlin. Von der Ortskrankenkasse zur Gesundheitskasse. Ein Stück gelebte Sozialgeschichte, Berlin 2008, S. 160.

für die Gesundheitsversorgung in Deutschland zu, insbesondere in urbanen Regionen. Nach einer 1934 im Deutschen Ärzteblatt publizierten Statistik lag der Anteil „nichtarischer“ Ärzte in Berlin im Juli 1933 bei rund 52 Prozent, in der Kassenärzteschaft mit knapp 60 Prozent noch einmal höher. Obschon Berlin mit diesen Werten zeitgenössisch die Spitze darstellte und zudem reichsweit 37 Prozent aller „nichtarischen“ Kassenärzte stellte, lag deren Anteil auch in anderen Großstädten zwischen 25 und 30 Prozent. Lediglich in den Provinzen fiel er niedriger aus.⁵¹ Das Stereotyp vom unsozialen Kontrollarzt erfuhr durch diesen Umstand eine zusätzliche antisemitische Aufladung. Führende NS-Gesundheitspolitiker wie der Reichsärztesführer Wagner und andere Vertreter des 1929 gegründeten Nationalsozialistischen Deutschen Ärztebundes richteten aufrüttelnde Appelle an die „deutsche Ärzteschaft“, in denen der verderbliche Einfluss jüdischer und „marxistischer“ Ärzte in Sozialversicherung und öffentlichem Gesundheitswesen behauptet und die ärztlichen Berufsorganisationen aufgefordert wurden, an der „Säuberung“ ihres Standes aktiv mitzuwirken.⁵²

Derartige Appelle fruchteten in der organisierten Ärzteschaft, die sich wie kaum eine andere Berufsgruppe im Wege der „Selbstgleichschaltung“ dem Nationalsozialismus angedient hat,⁵³ und zogen den massenhaften Ausschluss „nicht arischer“ Ärzte nach sich.⁵⁴ Das Vertrauensarztsystem hingegen verschwand nach der Machtübernahme zunehmend aus dem Fadenkreuz der NS-Propaganda. Dies war kein Zufall. Denn auch wenn es zunächst nicht den Anschein hatte, hegte das NS-Regime weit reichende Pläne für den Ausbau des VÄD, mit dessen Rehabilitierung und Reorganisation 1934 begonnen wurde.

51 Vgl. Leibfried/Tennstedt, Berufsverbote, S. 74.

52 Wagner, Aufruf des nationalsozialistischen deutschen Ärztebundes, in: Völkischer Beobachter vom 25.3.1933, zit. n. Leibfried/Tennstedt, Berufsverbote, S. 3.

53 Siehe hierzu Martin Rüther, Ärztliches Ständewesen im Nationalsozialismus 1933-1945, in: Robert Jütte (Hg.), Geschichte der deutschen Ärzteschaft. Organisierte Berufs- und Gesundheitspolitik im 19. und 20. Jahrhundert, Köln 1997, S. 143-193, bes. S. 143-147.

54 Betroffen waren mehr als 2000 niedergelassene Ärzte. Vgl. Rüther, Ständewesen, S. 151. Siehe als Überblick Robert Jütte, Die Vertreibung jüdischer und „staatsfeindlicher“ Ärztinnen und Ärzte, in: ders. (Hg.), Medizin und Nationalsozialismus. Bilanz und Perspektiven der Forschung, Göttingen 2011, S. 83-93; für die Gruppe der Kassenärzte vgl. Leibfried/Tennstedt, Berufsverbote; Becken, AOK Berlin, S. 158 ff.

II. Neuorganisation und Entwicklung des VÄD in der Vorkriegszeit

Aufbaugesetz und Reformpläne

Die rechtlichen Grundlagen für die geplante Reorganisation des VÄD schuf das sogenannte Aufbaugesetz von Juli 1934, das die unterschiedlichen Zweige der Sozialversicherung – Kranken-, Renten- und Unfallversicherung – zu einer einheitlichen „Reichsversicherung“ zusammenfasste und als neue Organisationsform das sogenannte Führerprinzip implementierte.⁵⁵ Die wesentliche Neuerung dieses Gesetzes bestand in der Verkoppelung von Renten- und Krankenversicherung. Den zentralistischen Tendenzen entsprach die Definition von sogenannten Gemeinschaftsaufgaben in der Krankenversicherung im Rahmen der dritten Durchführungsverordnung von Dezember 1934. Dabei handelte es sich um Aufgaben, „die zur besseren Betreuung der Versicherten zweckmäßiger einer größeren, leistungsfähigeren Gemeinschaft“ als den Krankenkassen übertragen werden sollten. Konkret zählten hierzu der „Betrieb von Heilanstalten, Erholungs- und Genesungsheimen“, die „Durchführung der vorbeugenden Gesundheitsfürsorge“ sowie „Beteiligung an den Aufgaben der Bevölkerungs- und Gesundheitspolitik“, „Aufgaben in der Erb- und Rassepflege“, die „gemeinsame Verwaltung der Rücklagen der Krankenkassen“, die „Prüfung der Geschäfts-, Rechnungs-, Kassen- und Betriebsführung der Krankenkassen und der Kassenverbände“ sowie schließlich die „Regelung des vertrauensärztlichen Dienstes“. Sämtliche der vorstehenden Aufgabenkomplexe wurden ab 1934 schrittweise von den Krankenkassen auf die Rentenversicherungsträger übertragen, die in der Folge gegenüber den Kassen erhebliche Macht- und Kompetenzzuwächse verzeichneten. Für Aufgaben wiederum, die auch dem Bezirk einer LVA übergeordnet und „zweckmäßig einheitlich für das Reichsgebiet durchzuführen waren“, wurde 1935 beim Reichsversicherungsamt in Berlin eine „Gemeinschaftsstelle der Landesversicherungsanstalten“ eingerichtet.⁵⁶ Zu einer solchen reichsweiten Aufgabe avancierte schrittweise auch der VÄD, der ab 1936 maßgeblich von der Gemeinschaftsstelle koordiniert und gesteuert wurde.

Im Unterschied zu den übrigen „Gemeinschaftsaufgaben“, die zeitnah in die Zuständigkeit der LVAen verlagert wurden, wurde die Neuansiedlung des VÄD bei den

55 Vgl. Reidegeld, Sozialpolitik, S. 448.

56 Zit. n. Reidegeld, Sozialpolitik, S. 449 f.

Rentenversicherungsträgern vergleichsweise spät umgesetzt. Erst im März 1936 erließ der Reichs- und Preußische Arbeitsminister die hierfür maßgeblichen „Bestimmungen über den Vertrauensärztlichen Dienst in der Krankenversicherung“. Die Verzögerung verweist zunächst auf die administrative Leitlinie des Reichsarbeitsministeriums, das beabsichtigte, den Prozess der Übertragung der Gemeinschaftsaufgaben auf die Rentenversicherung langsam durchführen und mit Bedacht zu steuern.⁵⁷ Im Falle des VÄD kamen indes spezielle Gründe hinzu. Wie einem zeitgenössischen Kommentar entnommen werden kann, sei es hierbei zunächst bei einer „bloßen Erklärung“ geblieben, weil „die Durchführung anderer [...] Gemeinschaftsaufgaben vordringlicher erschien“.⁵⁸ Der Verfasser Alexander Grünewald, Ministerialrat im RAM, rekurrierte hierbei auf den Umstand, dass sich die Arbeitslosenstatistik infolge der Wirtschaftskonjunktur entspannt und die finanzielle Situation der Arbeiterschaft verbessert hatte.⁵⁹ Hieran schloss quasi implizit die Annahme an, dass vormals typische Anreize zum „Krankfeiern“ wie die Erlangung von Krankengeld zunehmend obsolet geworden seien. Den vermeintlichen Beleg dafür lieferten die Krankenstände, die sich in den frühen Jahren der NS-Diktatur tatsächlich auf einem äußerst niedrigen Niveau bewegten.

Mit diesem Befund ergibt sich gleichwohl ein Paradox, da üblicherweise eine umgekehrte Korrelation zwischen hohen Arbeitslosenzahlen und niedrigen Krankenständen besteht, während ein gesättigter Arbeitsmarkt, wie er sich im NS-Staat bis 1936 ausbildete, die Krankenstände im Normalfall ansteigen lässt. „In Zeiten hoher Arbeitslosigkeit“, formulierte der Historiker Rüdiger Hachtmann prägnant, „kurieren Arbeiter im allgemeinen leichtere Krankheiten ‚im Stehen‘ – am Arbeitsplatz – aus, weil sie befürchten müssen, andernfalls ihre Arbeitsstelle zu verlieren“. Bezieht man diese Logik auf die zeitgenössische Lage am Arbeitsmarkt, dann hätte sich das „NS-Wirtschaftswunder“ nicht in niedrigen, sondern in erhöhten Krankenständen manifestieren müssen. Dass dem nicht so war, war daher auch weniger den wirtschafts- und arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen nach der Machtübernahme der Nationalsozialisten zuzuschreiben. Vielmehr spiegelten sich in den niedrigen Krankenziffern verzögerte

57 Vgl. Klimo, Arbeitseinsatz, S. 130.

58 Alexander Grünewald, Die Neuregelung des vertrauensärztlichen Dienstes in der Krankenversicherung, in: Die Ortskrankenkasse 23 (1936), Nr. 12, S. 529-534, S. 529. Grünewald gehörte zwischen 1928 und 1933 dem Zentrum an. Er verstarb 1947 in Buchenwald. Vgl. Leibfried/Tennstedt, Berufsverbote, S. 28, Fn. 23; S. 138.

59 Vgl. Benjamin Möckel, „Nutzlose Volksgenossen“? Der Arbeitseinsatz alter Menschen im Nationalsozialismus, Berlin 2010, S. 47.

Effekte der Notverordnungspolitik wider, deren Einschnitte bei den Kassenleistungen ein „Simulieren“ für die Versicherten in finanzieller Hinsicht kaum mehr lohnend erschienen ließen. Einzubeziehen ist natürlich auch die Institutionalisierung und der Ausbau der vertrauensärztlichen Nachuntersuchung bei den Krankenkassen, die nach 1933 unverändert beibehalten wurde.⁶⁰ Die niedrigen Krankenstände erklären sich schließlich aus dem frühzeitig einsetzenden Polizeiterror gegen „Bummelanten“ und „Arbeitsscheue“, der ein Klima der Einschüchterung und Angst beförderte und widerständigem Verhalten in der Arbeitnehmerschaft im Effekt einen Riegel vorschob. In den Deutschland-Berichten der Sopade hieß es dazu: „Die Angst um den gerade wiedererhaltenen Arbeitsplatz, Kriegsfurcht, die unmittelbaren Nachwirkungen der Zerstörung der organisierten Arbeiterbewegung und das brutale Vorgehen des Polizeiapparates bewirkten selbst bei früheren Mitgliedern von Gewerkschaften und Parteien eine Haltung des Sichabfindens, des passiven Abwartens.“⁶¹

Ließ bereits das zeitgenössische Krankenstandniveau eine Verlagerung des VÄD auf die Rentenversicherung im Sinne des Aufbaugesetzes nicht drängend erscheinen, standen dem zunächst weitere Vorbehalte und Motivlagen entgegen. Hier sind zum einen die generellen Akzeptanzprobleme des vertrauensärztlichen Systems zu nennen, dessen Negativimage wie gezeigt nicht zuletzt durch die NS-Propaganda genährt worden war. Die pejorative Wahrnehmung, die weite Kreise der versicherten Bevölkerung und Ärzteschaft kennzeichnete, riss nach 1933 natürlich nicht ab, sondern wirkte als belastende Hypothek für den VÄD weiter fort. Umstritten, wie er war, rückte der VÄD als Gegenstand widerstreitender Interessen und Zankapfel frühzeitig auf die politische Reformagenda. So hatte sich die Gretchenfrage, wo der VÄD zukünftig angesiedelt werden sollte, bereits im Vorfeld der Aufbaugesetzgebung zu einer Machtprobe zwischen dem Reichsarbeitsministerium und der NS-Ärzteführung ausgeweitet, die beabsichtigt hatte, den Dienst der eigenen Organisation einzuverleiben und „in einer beim Reichsärzteführer eingerichteten Spitze“ enden zu lassen.⁶² Hiergegen hatte das Ministerium sein Konzept einer Übertragung des Dienstes auf die Rentenversicherung in Stellung gebracht und sich damit letztlich durchsetzen können.⁶³

60 Vgl. Hachtmann, Industriearbeit, S. 233 f.

61 Zit. n. Reidegeld, Sozialpolitik, S. 486.

62 Storck an Göring, 21.12.1935, sv:dok 26/1799, Teil 2.

63 Vgl. Tennstedt, Sozialgeschichte der Sozialversicherung, S. 473.

Die Lösung, die dem RAM über die Versicherungsanstalten einen monopolistischen Zugriff auf den VÄD ermöglichte, blieb im polykratischen Machtgefüge der NS-Gesundheitspolitik, in dem eine Vielzahl institutioneller Akteure aus den Sphären von Staat und Partei um Einfluss und Geltung rangen gleichwohl massiv umstritten.⁶⁴ In Anbetracht dessen nimmt es nicht Wunder, dass die Jahre zwischen Aufbaugesetz und Reorganisation durch eine intensiviertere Imagepflege für den VÄD geprägt waren, dessen Unentbehrlichkeit dabei ebenso vielfach herausgestellt wurde wie seine Reformbedürftigkeit. Die griffige Formel vom „neuen vertrauensärztlichen Dienst“ erfüllte im zeitgenössischen Kontext den Zweck, das Bild einer von Grund auf gewandelten Zukunftsorganisation zu prägen, die mit dem verrufenen Kasseninstrument von einst nurmehr den Namen gemein hatte. Die im Aufbaugesetz proklamierte Überleitung des Dienstes auf die Rentenversicherung besaß mithin eine zweifache Bedeutungsdimension: Sie war einerseits ein organisatorischer Schritt, durch den der VÄD faktisch verstaatlicht wurde,⁶⁵ andererseits ein an Versicherte und Ärzte adressiertes, der Legitimation und Akzeptanzgenese dienendes Signal, dass die verhängnisvolle Macht der Krankenkassen über den VÄD gebrochen war.

Imagepropaganda für die „neue“ Organisation

Die Legitimationsbeschaffung für den „neuen vertrauensärztlichen Dienst“, wie er im Zuge seiner Einrichtung bei den LVAen beworben wurde,⁶⁶ bewegte sich weithin in den Bahnen der gegen die Krankenkassen gerichteten Propaganda und erfolgte im Wege der Diskreditierung des „alten“ Vertrauensarztsystems der Weimarer Republik. Reihenweise erschienen um die Mitte der 1930er-Jahre Zeitungsartikel, die offensichtlich darauf abzielten, die Akzeptanz des Dienstes bei Versicherten und Ärzteschaft zu erhöhen. Die „Werkzeitung Deutsche Werft“ etwa publizierte 1937 einen ausführlichen Bericht zur „Bedeutung des vertrauensärztlichen Dienstes“, der den zeittypischen

64 Vgl. Niederschrift über die Sitzung des Ständigen Ausschusses der Landesversicherungsanstalten am 27./28.8.1937 in Frankfurt/Main, sv:dok 26/1843, worin mit Blick auf den Reichsärztesführer festgestellt wurde, „daß von anderer Seite die Übertragung des vertrauensärztlichen Dienstes auf die LVA'en nicht als endgültige Lösung angesehen werde“.

65 Süß, Volkskörper, S. 244.

66 Beispielhaft: Müller, Der neue vertrauensärztliche Dienst.

Argumentationsgang stellvertretend illustriert. „In den folgenden Zeilen wollen wir uns einmal mit dem in die Krankenversicherung eingebauten Vertrauensärztlichen Dienst beschäftigen“, setzte der Artikel ein, um dann offensiv auf die mit dieser Kasseneinrichtung assoziierten Missstände und Vorbehalte einzugehen: „Die Hauptarbeit dieser Vertrauensärzte war die Verkürzung der Zeit der Arbeitsunfähigkeit, mit anderen Worten, die Kranken sobald wie möglich arbeitsfähig, oder wie der Laie sagt, gesund zu schreiben und dadurch der Kasse Kosten zu ersparen. In diesem Sinne stand der von der Kasse angestellte und daher wirtschaftlich abhängige Vertrauensarzt in vielen Fällen unter dem Druck eben dieser Kasse.“ Der Vertrauensarzt, hieß es weiter, sei insofern vollkommen zu Recht „zum ‚Mißtrauensarzt‘ der Kranken“ geworden, was allerdings nicht „allein Schuld der Kassen“ gewesen sei, sondern auch „jener verantwortungslosen Ärzte, die auch die unberechtigsten Forderungen ihrer Patienten erfüllten, und jener Mitglieder, die die Kasse über Gebühr in Anspruch nahmen und die Arbeitsunfähigkeit vortäuschten, wo sie nicht vorhanden war“. Der Artikel weist diese problematischen Verhaltensmuster als Phänomene aus, die im Kern nicht den einzelnen Ärzten und Versicherten anzulasten waren, sondern als symptomatisch für das diskreditierte Vertrauensarztsystem der Weimarer Republik zu betrachten seien: „Es arbeiteten eben Kasse, Kranker und Arzt nicht zusammen, sondern gegeneinander, ein Umstand, der genau wie im politischen Leben zu einem bösen Ende führen musste. Und tatsächlich stand Ende 1932 die Invaliden- und Krankenversicherung vor dem vollständigen Zusammenbruch.“ Die nationalsozialistische Regierung sei hingegen bestrebt, dem „Vertrauensarzt eine unabhängige Stellung zu geben, die es ihm ermöglicht, nur nach seinem Gewissen zu handeln“, weshalb der „vertrauensärztliche Dienst von den einzelnen Kassen gelöst und der Landesversicherungsanstalt unterstellt“ worden sei. Er agiere somit nicht länger als ein „Polizist der Krankenkasse“, sondern als „Vermittler zwischen Kasse, Patient und Kassenarzt“.⁶⁷

Ein längerer Artikel, der im September 1937 unter dem griffigen Titel „Der Nachuntersucher“ in der Frankfurter Zeitung erschien, bediente sich ganz ähnlicher Argumentationsstrategien, um Vorbehalte zu zerstreuen. Bereits der provokante Titel holt die Leser bei einem gängigen Vorurteil ab: Vertrauensärzte würden „häufig genug von den Patienten mit großem Mißtrauen angesehen“, da „gerade das Vertrauen der (anonymen)

67 Anonym, „Die Bedeutung des vertrauensärztlichen Dienstes“, in: Werkszeitung Deutsche Werft, 4 Jg., Nr. 4 v. 15.4.1937.

Kasse, das sie besaßen, [...] sie verdächtig“ gemacht hätte. Die allerorts greifbare Antipathie gegenüber Vertrauensärzten erkläre sich zwar aus diesem Umstand, allerdings wurde auch hier akzentuiert: „Vertrauen und Mißtrauen haften [...] nicht an der Person – warum sollte gerade dieses Amt von besonders hinterlistigen Menschen verwaltet werden! –, sondern an der Funktion der vorgeschriebenen Rolle.“ Der wirtschaftlich abhängige Vertrauensarzt habe schlichtweg dem „Interesse des ökonomischen Subjekts ‚Krankenkasse‘“ gedient. Es sei deshalb erforderlich geworden, das „System der Interessen selbst“ zu verändern und den Vertrauensarzt den finanziellen Interessen der Kassen zu entziehen, wodurch dieser „schon um einiges unabhängiger“ geworden sei. Zur Akzeptanzförderung wurde weiter auf die Erweiterung des Aufgabenspektrums des VÄD abgestellt, der nach seiner Reform nicht mehr nur auf Kontrollaufgaben beschränkt, sondern zudem mit sozialmedizinischen und gesundheitsfürsorgerischen Aufgaben betraut worden sei. Hieraus sei im Effekt die „Bildung eines neuen ‚Typs‘ von Vertrauensarzt“ resultiert, der „mit dem ‚Nachuntersucher‘ alten Stils“ nichts mehr gemein hätte und „das Vertrauen nicht bloß der Kasse, sondern aller Beteiligten“ besäße.⁶⁸ Der „neue“ Vertrauensarzt, war auch aus dem Reichsversicherungsamt zu vernehmen, fungiere als „Mittler zwischen den Versicherungsträgern, den Versicherten und den Ärzten“.⁶⁹ Offensichtlich ist, dass mittels derartiger Darstellungen die Aufwertung eines umstrittenen, aber aus Sicht des NS-Regimes gleichsam unentbehrlichen gesundheits- und arbeitsmarktpolitischen Kontrollorgans betrieben wurde.⁷⁰ Der Prozess der Verstaatlichung des Dienstes und die damit verbundene Verbeamtung der hauptamtlichen Vertrauensärzte wurde dabei als zentrale vertrauensbildende Maßnahme inszeniert, um den VÄD als „völlig unabhängig“, objektiv und gerecht“ darzustellen.⁷¹ Dem gleichen Ziel diene der Verweis auf die Profilerweiterung des VÄD um das gesundheitsfürsorgerische Aufgabengebiet.

68 Anonym, „Der Nachuntersucher“, Frankfurter Zeitung v. 25.9.1937.

69 So Friedrich Fuisting, Senatspräsident im RVA, in einem 1937 in der „Arbeiter-Versorgung“ erschienenen Artikel. Zit. n. Alfred Hofbauer, Gesundheitsehrlichkeit in der Krankenversicherung!, Berlin 1939, o. S. [S. 79].

70 Siehe ferner Anonym, Verbesserter Dienst am Kranken, Bremer Zeitung v. 3.8.1937 sowie die weiteren im Bestand sv:dok 26/1619 überlieferten Artikel.

71 So die zeitgenössische Zuschreibung bei Sauerborn, Neuregelung, S. 150.

Zwischen Fürsorge und Krankenkontrolle: Die Reformpläne von 1936

Richtet man den Blick auf die konkreten Reforminhalte und die dafür maßgeblichen Bestimmungen des Reichsarbeitsministers vom 30. März 1936, wird indes schnell deutlich, dass von einer umfassenden Modifizierung der Ziele und Aufgaben des VÄD keine Rede sein konnte. Im Unterschied zu den organisatorischen Umbrüchen, die den Transfer des VÄD auf die Rentenversicherung flankierten, war hierbei faktisch wesentlich mehr beim alten geblieben als es die NS-Presse suggerierte. Vonseiten des Arbeitsministeriums war bereits 1935 grundlegend klargestellt worden, die Klassifikation von Gemeinschaftsaufgaben würde „nicht bedeuten, dass nun für den dazu ausersehenen Versicherungsträger neue Aufgaben geschaffen würden“. Es handle sich vielmehr um „Aufgaben wie sie bisher bereits von den einzelnen Krankenkassen oder Krankenkassenverbänden wahrgenommen worden“ seien, die nun „lediglich eine instanzielle Verlagerung auf die Landesversicherungsanstalt erfahren“ hätten. „Es wird also nichts materiell Neues geschaffen“, so die Aussage des RAM-Ministerialdirektors Hans Engel.⁷²

Diesen Eindruck bestätigen die konkreten Reformbestimmungen des RAM. Diesen zufolge hatten die Vertrauensärzte als vorrangige Aufgabe unverändert die Krankenkassen „bei der Ermittlung und Feststellung der Voraussetzungen für die Leistungspflicht und den Leistungsumfang“ zu beraten, wobei an vorderster Stelle „die Arbeitsunfähigkeit und die Verordnung von Vers[icherungs]leistungen nachzuprüfen“ waren. Der Auftrag zur Nachkontrolle erstreckte sich weiter auf ärztliche Anträge auf „Einweisung in ein Krankenhaus, in eine Kuranstalt oder ein Genesungsheim“. Schließlich war der Vertrauensarzt „vor der Gewährung von Sachleistungen über deren Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit“ anzuhören. Dabei handelte es sich im Wesentlichen um jene Kontrollaufgaben, die seit 1930 das Tätigkeitsspektrum des VÄD abgesteckt hatten. Erst an zweiter Stelle der Bestimmungen wurde das medial stark exponierte Aufgabengebiet der Gesundheitsfürsorge umrissen, das zum einen die „fürsorgerische Erfassung von Krankheitszuständen“ umfasste, vorrangig bei Volkskrankheiten wie Krebs, Tuberkulose, Diabetes oder Rheuma. Zum anderen zählte dazu die Beratung der

⁷² Hans Engel. Die Durchführung des Aufbaugesetzes in der Dritten Verordnung, in: Die Arbeiter-Versorgung, H. 8 v. 11.3.1935 (Auszug), GLAK 462 1994/38, Nr. 276.

Krankenkassen und LVAen „bei allen Angelegenheiten, die zur Aufgabe der KV. auf dem Gebiet der Gesundheitsfürsorge, der Erb- und Rassenpflege“ zählten.⁷³

Eine dem entsprechende Aufgabenpriorisierung kennzeichnet auch den Entwurf für eine Dienstanweisung für Vertrauensärzte, der 1937 von der Gemeinschaftsstelle erstellt wurde. Darin wird der Vertrauensarzt anfangs zwar als „fürsorgeärztlicher Berater“ hilfeschender Versicherter sowie „Hüter der Volksgesundheit“ ausgewiesen. Unter den „Aufgaben des Vertrauensarztes im einzelnen“ dominiert hingegen die „Nachuntersuchung der Arbeitsunfähigen“ im Hinblick auf die zeitnahe Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit. An zweiter Stelle folgt die Aufgabe der „Nachuntersuchung auf Antrag des behandelnden Arztes“, drittens die „Begutachtung von Anträgen auf Einweisung in ein Krankenhaus, eine Heilstätte usw.“ sowie viertens die „Überwachung der Dauer der Krankenhauspflege“. Erst unter siebten – der drittletzten Ziffer – wurde die „Mitwirkung zur Förderung der Volksgesundheit“ als Aufgabe benannt, wobei im Unterschied zu den zuvor genannten Kontrolltätigkeiten keine konkrete Inhaltsbeschreibung folgte, sondern lediglich der unverbindliche Satz: „Der Vertrauensarzt berät und unterstützt die Krankenkasse ferner in allen Fragen der allgemeinen Volksgesundheit“.⁷⁴

Die Erweiterung des VÄD auf das fürsorgerische Aufgabengebiet sollte gleichwohl nicht nur als kosmetisches Blendwerk abgetan werden, das allein der Akzeptanzsteigerung diene. Tatsächlich lässt sich etwa im Hinblick auf die vertrauensärztlichen Schulungen ab 1936 eine verstärkte Thematisierung der gesundheitsfürsorgerischen Aufgaben belegen: „So wichtig die Nachuntersuchungen in der Krankenversicherung sind“, führte etwa der stellvertretende Vorsitzende der Kassenärztlichen Vereinigung Deutschlands, Heinrich Grote, 1937 auf einem solchen Lehrgang aus, „so bleiben sie doch ein Nebenergebnis und treten zurück gegen die Massnahmen zur vorbeugenden Gesundheitsfürsorge, die sich gegen die Tuberkulose, Geschlechtskrankheiten, die Folgen von Krebserkrankungen, gegen Säuglingssterblichkeit, gegen Rheumaerkrankungen, Kreislaufstörungen, Betriebsunfälle

73 Bestimmungen des Reichs- und Preußischen Arbeitsministers über den vertrauensärztlichen Dienst in der Krankenversicherung v. 30.3.1936, Abdruck in: Monatsschrift für Arbeiter- und Angestellten-Versicherung 24 (1936), H. 6, S. 276-278, S. 276 f., sv:dok 26/1619.

74 Vgl. Muster für eine Dienstanweisung der Vertrauensärzte, aufgestellt von der Gemeinschaftsstelle der Landesversicherungsanstalten, in: Deutsches Ärzteblatt 1937, S. 504, Druck: Bauer/Kohlhausen/Lekon, Soziale Sicherung und Sozialmedizinische Dienste, 3-A 21-3-A 28.

usw. richten“. Ein Vertreter des Arbeitsministeriums wiederum richtete auf der selben Veranstaltung an die Vertrauensärzte den Appell, nicht nur das „Kassenphysikalische“ zu berücksichtigen, sondern verstärkt auch „rassische und erbbiologische Gesichtspunkte“.⁷⁵

Darüber hinaus finden sich einzelne Beispiele vertrauensärztlicher Dienststellen, die personell und materiell üppig ausgestattet waren, um an der vom Regime avisierten Totalerfassung der Gesundheitsverhältnisse mitzuwirken. Eine zeitgenössische Vorreiterrolle nahm dabei der VÄD der Berliner AOK ein, der 1933 von dem ehemaligen Vertrauensarzt und „alten Kämpfer“ Otto Walter reorganisiert worden war.⁷⁶ Walter, der 1939 zum „Sonderbeauftragten für den Vertrauensärztlichen Dienst“ aufrücken sollte, zeichnete dabei nicht nur verantwortlich für die rigorose Verdrängung jüdischer Vertrauensärzte, die er durch „arische“ Ärzte ersetzte. Er errichtete ferner eine umfassende sozialmedizinische Infrastruktur, die ein Beobachtungs Krankenhaus, eine Tuberkulose-Abteilung, eine Rheuma-Forschungsstelle, eine Diabetes-Abteilung sowie eine gesonderte „Abteilung für Erb- und Rassenpflege“ umfasste, in der Krankenakten nach erbbiologischen Maßstäben ausgewertet und die Ergebnisse den Gesundheitsämtern zur weiteren Verwendung übermittelt wurden.⁷⁷ Der VÄD war somit frühzeitig involviert in einen NS-Unrechtskomplex, denn die von Walter errichtete Stelle erfasste zeitnah 2000 Menschen, die im zeitgenössischen Urteil der Ärzte unter das „Erbgesundheitsgesetz“ fielen und zur Zwangssterilisierung vorgesehen wurden.⁷⁸ Bei der Berliner AOK, die diese verbrecherische Verwaltungspraxis in ihren Geschäftsberichten

75 Niederschrift zum Schulungslehrgang für die Landes- und Obervertrauensärzte in Alt-Rhese v. 27.8. bis 5.9.1937, sv:dok 26/1622, Teil 2. Otto Walter referierte auf dem Lehrgang über die vertrauensärztlichen Aufgaben in der Gesundheitsfürsorge. Die Schulungen fanden ab 1936 in der Führerschule der deutschen Ärzteschaft Alt-Rhese statt. Siehe dazu Thomas Maibaum, Die Führerschule der deutschen Ärzteschaft Alt-Rhese (Diss. Universität Hamburg 2007), für eine Übersicht des Lehrgangs von 1937 S. 198. URL: <https://ediss.sub.uni-hamburg.de/handle/ediss/1888> [Abruf: 08.08.2019].

76 Zu den Vorgängen bei den Berliner Ortskrankenkassen siehe vertiefend Becken, AOK Berlin, S. 147 ff.

77 Vgl. Höfler-Waag, Leistungsmedizin, S. 127. Zur Funktion der Gesundheitsämter im NS-Staat vgl. Johannes Vossen, Das nationalsozialistische Gesundheitsamt und die Durchführung der „Erb- und Rassenpflege: staatliches und kommunales Gesundheitswesen im Vergleich, in: Wolfgang Woelk/Jörg Vögele (Hg.), Geschichte der Gesundheitspolitik in Deutschland. Von der Weimarer Republik bis in die Frühgeschichte der „doppelten Staatsgründung“, Berlin 2002, S. 165-185; zur „Abteilung für Erb- und Rassenpflege“ vgl. ferner Reidegeld, Sozialpolitik, S. 532.

78 Höfler-Waag, Leistungsmedizin, S. 127. Diese Praxis war freilich nicht auf Berlin beschränkt. Den Vorgang einer Zwangssterilisierung, der von einem Vertrauensarzt der Dortmunder AOK initiiert worden war, schildert Gisela Bock, Zwangssterilisation im Nationalsozialismus. Studien zur Rassenpolitik und Geschlechterpolitik, Münster 2010 [1986], S. 242-245.

unter dem Punkt „vorbeugende Gesundheitsfürsorge“ auswies, waren im Jahr 1937 183 männliche Versicherte, 140 weibliche Versicherte sowie 113 Angehörige von Kassenmitgliedern von erzwungenen Unfruchtbarmachungen betroffen.⁷⁹

Die opulenten Verhältnisse des Berliner VÄD, der 1938 über einen Jahresetat von mehr als 2 Mio. RM, 28 eigene Dienststellen und mehr als 80 Vertrauensärzte verfügte, sind gleichwohl nicht repräsentativ.⁸⁰ Zwar wurde auch in anderen vertrauensärztlichen Dienststellen im Rahmen der nationalsozialistischen Erbgesundheitspolitik damit begonnen, Volks- und Erbkrankheiten im Rahmen von Nachuntersuchungen zu erfassen und auszuwerten. Der sich aus den Akten ergebende Befund, dass erst im September 1941 eine entsprechende statistische Aufstellung unter dem Titel „Erstmalige Erfassung von Volkskrankheiten“ von der Gemeinschaftsstelle vorgelegt wurde, zeigt indes die Nachrangigkeit dieses Aufgabenfeldes im VÄD gegenüber den Kontrollaufgaben.⁸¹

Das Prärogativ der Krankenkontrolle entsprach der wirtschafts- und arbeitsmarktpolitischen Entwicklung der Zeit. Die Reorganisation des VÄD und seine Übertragung auf die Rentenversicherung erfolgte keinesfalls zufällig parallel zum Vierjahresplan, dessen erklärtes Ziel es war, die Produktivität zu entfesseln und innerhalb kürzester Zeit eine autarke Kriegswirtschaft entstehen zu lassen.⁸² An die Aufrüstungsziele lagerte sich eine repressive „Arbeitseinsatz“-Politik an, die schrittweise zum maßgeblichen Referenzpunkt gesundheitspolitischen Handelns wurde.⁸³ Sie zielte auf die maximale Erschließung und Ausnützung der verfügbaren Arbeitskräftereservoirs durch die drastische Reduktion von Krankenständen und Fehlzeiten, insbesondere in wehr- und kriegswichtigen Betrieben. Spätestens mit der Rüstungskonjunktur und der fortschreitenden Arbeitskräfteknappheit – 1938 betrug der Fehlstand bereits 1,25 Mio.⁸⁴ – rückte die verschärfte Überwachung der versicherten Arbeitnehmerschaft wieder in den

79 Vgl. Becken, AOK Berlin, S. 194.

80 Vgl. Höfler-Waag, Leistungsmedizin, S. 127. Als eine der größten und fortschrittlichsten Kassen der Weimarer Republik verfügte die Berliner AOK bereits über eine dichte Infrastruktur sozialmedizinischer Einrichtungen. Vgl. Becken, AOK Berlin, S. 105-130, bes. 110 ff.

81 Gemeinschaftsstelle, Tabelle „Erstmalige Erfassung von Volkskrankheiten“, September 1941, 6.11.1941, sv:dok 26/1622, Teil 1. Der Befund stützt die These von Süß, Volkskörper, S. 244, derzufolge das „Reichsarbeitsministerium ursprünglich nur kosmetische Änderungen in der Krankenstandskontrolle plante“.

82 Vgl. auch Winfried Süß, Gesundheitspolitik, in: Hans Günter Hockerts (Hg.), Drei Wege deutscher Sozialstaatlichkeit. NS-Diktatur, Bundesrepublik und DDR im Vergleich, München 1998, S. 55-100, S. 73.

83 Vgl. Seidel, Gesundheitspolitik, S. 203 f.

84 Sachße/Tennstedt, Wohlfahrtsstaat, S. 214.

Fokus des NS-Regimes – und damit auch der VÄD, der als maßgebliche kontrollmedizinische Organisation zur Sicherung von Arbeitskraft und Produktivität galt.

Dass Nachuntersuchungen auf Arbeitsfähigkeit sowie Attestkontrolle auch weiterhin die vorrangigen Aufgaben des VÄD darstellen würden, ergibt sich schließlich aus dem Umstand, dass die „eigentliche Tätigkeit“ des Dienstes in den Bestimmungen des RAM absichtsvoll „nicht näher geregelt“ wurde. „Der Reichsarbeitsminister“, hieß es in einem zeitgenössischen Kommentar vielsagend, gehe stattdessen „davon aus, daß die anerkannten Arbeitsmethoden auch weiterhin angewandt werden“, womit die Nachuntersuchungen auf Arbeitsfähigkeit gemeint waren.⁸⁵ Dass diese entgegen zeitgenössischer Pressedarstellungen auch weiterhin den Schwerpunkt der vertrauensärztlichen Praxis bilden würden, galt auch innerhalb der Vertrauensärzteschaft als ausgemacht. „Wenn wir nunmehr auch endgültig das Odium des Gesundheitschreibers von uns weisen können, wird es doch eine unserer wichtigen Aufgaben bleiben, die Ansprüche der Kranken auf ihre Stichhaltigkeit zu prüfen“, teilte der Landesvertrauensarzt der Berliner LVA, Ernst Roeckl, seinen Berufskollegen hierzu 1936 mit. Die Umsetzung dieser Aufgabe erschien Roeckl durch die Reform sogar wesentlich erleichtert, da „wir anstelle der bisher meist nur beratenden ärztlichen Funktion in gewisser Weise richterliche Aufgaben zuerteilt“ bekommen haben. „Diese Stellung“, so Roeckl im zeittypisch selbstbewussten Gestus der Vertrauensärzteschaft, „gibt uns endlich die wirkliche Freiheit unserer ärztlichen Entscheidungen, gibt unseren Entscheidungen das nötige Gewicht und stärkt uns das Rückgrat“.⁸⁶

Um letzte Zweifel an der Prioritätensetzung zu beseitigen, wurde die Praxis der Krankenkontrolle alsbald weiter verschärft und dezidiert auf den „Arbeitseinsatz“ ausgerichtet. Bereits im Oktober 1936, lediglich ein halbes Jahr nach Erlass der RAM-Bestimmungen, verpflichtete das Reichsversicherungsamt die Vertrauensärzte per Dienstanweisung, im Zuge von Nachuntersuchungen gegenüber Versicherten ihren „Einfluss auf Hebung des Arbeitswillens“ geltend zu machen – eine Anordnung, die das unverändert wirtschaftspolitische Profil des VÄD deutlich anzeigt.⁸⁷ Im Ergebnis waren die

85 Sauerborn, Neuregelung, S. 152.

86 Vortrag Dr. Ernst Roeckl, undatiert [1936], sv:dok 26/1799, Teil 1. Zu Roeckl, der ab 1932 Mitglied der SS und 1934 zum Landesvertrauensarzt der LVA bestellt worden war, vgl. Judith Hahn, Grawitz, Genzken, Gebhardt – drei Karrieren im Sanitätsdienst der SS, Münster 2008, S. 55 f.

87 Rundschreiben RVA an LVA-Leiter, 28.5.1938 [mit Bezug auf Dienstanweisung v. 26.10.1936], in: Amtliche Nachrichten für Reichsversicherung v. 15.6.1938, sv:dok 26/1622, Teil 1.

ministeriellen Bestimmungen zum Ausbau der Gesundheitsfürsorge innerhalb des VÄD zum Zeitpunkt ihrer Inkraftsetzung quasi schon überholt.⁸⁸ Im Hinblick auf die Erfordernisse des „Arbeitseinsatzes“ wurde der VÄD im Gegenteil stärker als zuvor als Kontrollorgan ausgerichtet, das allerdings – und dies war tatsächlich ein Novum – nicht mehr einzelnen Kasseninteressen verpflichtet, sondern in einen staatspolitischen Kontext der Aufrüstung und Produktionssicherung eingebettet war.⁸⁹

Der Befund von Kontinuitäten auf der Aufgabenebene darf freilich nicht überblenden, dass sich die gesundheitspolitischen Vorzeichen der Kontrollarbeit des VÄD bereits in den ersten Jahren der NS-Diktatur tiefgreifend gewandelt hatten. Die Gesundheitspolitik des „Dritten Reiches“ brach in fundamentaler Weise mit dem zuvor geltenden Gleichheitsgrundsatz und basierte demgegenüber auf der sozialdarwinistischen Prämisse einer biologischen und sozialen Ungleichheit des Menschen. Dessen individuelle Gesundheit wurde nach rassehygienischen Gesichtspunkten hierarchisiert im Hinblick auf ihre „Wertigkeit“ und „Nützlichkeit“ für die ‚Volksgemeinschaft‘.⁹⁰ Zur maßgeblichen Bezugsgröße medizinischen Handelns avancierte der „Volkskörper“, dessen permanenter Optimierung durch „Auslese und Ausmerze“ einzelne Gesundheitsbelange rigoros nachgeordnet wurden. Die biologistische Ethik des NS-Staates transformierte die Prämissen, Bedingungen und Ziele der ärztlichen Berufsausübung fundamental, indem sie in radikaler Weise mit dem hippokratischen Grundprinzip brach, wonach ärztliches Handeln dem Patienten nicht schaden durfte.⁹¹ Im NS-Staat war der Arzt im Gegenteil dezidiert dazu angehalten, zum Zwecke übergeordneter biologistischer und ökonomischer Ziele „Täter an seinen Patienten“ zu werden.⁹² „Über dem liberalistischen Recht des Menschen auf den eigenen Körper steht heute das Recht des Volkes – das geht jeden an“, postulierte der Reichsärztführer Gerhard Wagner 1937 auf einer Großkundgebung in Hamburg,⁹³ und gab damit offen zu

88 Vgl. Knödler, Reform, S. 126: „Bevor die Patienten noch Anzeichen einer Reform verspürten, holte die Krankenkontrolle den ‚neuen‘ vertrauensärztlichen Dienst schon wieder ein“.

89 Vgl. auch Tennstedt, Sozialgeschichte der Sozialversicherung, S. 475: „Der versicherungstechnische Zweck des VÄD wurde praktisch massiv reaktiviert, nur war er in einem partei- und staatspolitischen ‚aufgehoben‘.“

90 Rüter, Ärztliches Standeswesen, S. 169.

91 Vgl. Astrid Ley, Zwangssterilisation und Ärzteschaft. Hintergründe und Ziele ärztlichen Handelns 1934 bis 1945, Frankfurt/Main 2003, S. 125.

92 Rüter, Ärztliches Standeswesen, S. 169.

93 Anonym, „Jeder gesund und leistungsfähig bis ins Alter!“ Gesundheitsführung auf neuen Wegen, Hamburger Tageblatt v. 12.5.1937; ähnlich: Anonym, Der neue Betriebsarzt ist kein „Rentendrucker“. Gesundheitsführung – Sache der Partei, Der Angriff v. 25.5.1937, sv:dok 26/1843.

erkennen, dass das „Grundrecht der Menschen auf körperliche Unversehrtheit“ im NS-Staat aufgehoben war.⁹⁴ Von den Konsequenzen der „Volkskörper“-Ideologie zeugt das Spektrum an Medizin- und Ärzteverbrechen in der Zeit der NS-Diktatur, das historisch beispiellos ist.

Ein Handlungsfeld, auf dem sich Bruch der NS-Medizin mit ethischen Grundprinzipien besonders prägnant manifestierte, war das der sogenannten Arbeits- und Leistungsmedizin, die in Verknüpfung mit der Rassenhygiene zur wichtigsten Säule der nationalsozialistischen Gesundheitspolitik wurde.⁹⁵ Während die historischen Anfänge der Arbeits- und Leistungsmedizin in der Weimarer Republik liegen,⁹⁶ erfuhr diese im „Dritten Reich“ eine grundlegende Umgestaltung und Radikalisierung. Zentral für die NS-Leistungsmedizin, wie sie ab 1936 die Politik des Vierjahresplans flankierte, war die eugenische Verschränkung von Gesundheit mit Fragen der Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Dies lief im Ergebnis auf die programmatische Unterordnung individueller Gesundheits- und Heilungsziele unter das Primat des Ökonomischen hinaus. In der „völkischen Leistungsgemeinschaft“ des NS-Staates bestand folglich kein Recht, sondern eine Pflicht zur Gesundheit im Dienste der Leistungsfähigkeit.⁹⁷ In zeitgenössischen Verdikten wie „Deine Gesundheit gehört nicht Dir!“, „Du bist nichts, Dein Volk ist alles!“ und „Daß ich lebe, ist nicht notwendig, wohl aber daß ich tätig bin!“ fand dieser tief greifende Wandel seinen propagandistischen Niederschlag.⁹⁸

94 Vgl. Martin Rüther, *Ärztliches Standeswesen*, S. 168 f. Prägnant auch die Umschreibung bei Sachße/Tennstedt, *Wohlfahrtsstaat*, S. 52: „Die Zielvorgaben nationalsozialistischer Sozialpolitik wurden aus einem radikal zukunftsgerichteten Begriff kollektiver Gesundheit gewonnen, der dem Individuum gegenüber völlig verselbständigt war. Gesundheit orientierte sich nicht mehr an den Normen individuellen Wohlbefindens, sondern an einem Wahnbild künftiger Volksgesundheit, das seinerseits jeglichen Eingriff in Körperintegrität und Wohlbefinden des Individuums legitimierte. Selbst die Tötung ‚unwerter‘ Menschen diente in diesem Verständnis der Heilung des ‚Volkskörpers‘. Nicht mehr das arbeitsfähige Individuum als Standard industriegesellschaftlicher Normalität bildete den Bezugsrahmen sozialpolitischer Interventionen, sondern das gesunde Volk der Zukunft als Resultat permanenter Auslese.“

95 Philipp Rauh, *Der Krieg gegen die „nutzlosen Esser“*. Psychatriepatienten als Opfer der NS-„Euthanasie“, in: Christoph Diekmann/Babette Quinkert (Hg.), *Kriegsführung und Hunger 1939-1945. Zum Verhältnis von militärischen, wirtschaftlichen und politischen Interessen*, Göttingen 2015, S. 33-56, S. 50.

96 Gertraud Schottdorf, *Arbeits- und Leistungsmedizin in der Weimarer Republik*, Husum 1995.

97 Frei, Einleitung, S. 11. Siehe auch Julia Hörath, „Arbeits-scheue Volksgenossen“. Leistungsbereitschaft als Kriterium der Inklusion und Exklusion, in: Buggeln/Wildt (Hg.), *Arbeit im Nationalsozialismus*, S. 309-328.

98 Zit. n. Frei, Einleitung, S. 11, sowie Johanna Bleker, *Der Mythos vom unpolitischen Arzt*. Historische Überlegungen zum Unterschied zwischen politischer Abstinenz und Toleranz, in: *Jahrbuch für kritische Medizin* 22 (1994), S. 164-186, S. 180.

Göring selbst hatte die Regelung des Arbeitseinsatzes und der Leistung als „Kernfrage des Vierjahresplans“ ausgewiesen und die Bedeutung der damit befassten Institutionen und Berufsgruppen herausgestellt.⁹⁹ Hohe NS-Gesundheitspolitiker richteten in der Folge unmissverständliche Appelle an die Ärzteschaft, die Gesundheit und das Leben kranker, alter, invalider, im damaligen Jargon „anbrüchiger“ Menschen zur Verwirklichung übergeordneter Leistungs- und Produktionsziele zu opfern. Der stellvertretende Reichsärztführer Fritz Bartels etwa skizzierte 1937 in einer Versammlung im Münsteraner Ärztehaus das Konzept der NS-Leistungsmedizin und argumentierte, man könne im Rahmen des „Arbeitseinsatzes“ „nicht nur die 100% Arbeitsfähigen in den Betrieben belassen“, sondern müsse „auch die nicht mehr voll Arbeitsfähigen einsetzen“. „Wenn ich einen Menschenmangel habe“, so Bartels, „muss ich die Menschen einstellen, die mir zur Verfügung stehen“; man dürfe „die Beurteilung nicht nach den Gesichtspunkten eines Betriebes oder einer Versicherungsanstalt vornehmen“. Für den Fall, dass den anwesenden Ärzten die damit verbundenen Implikationen noch nicht aufgegangen waren, wurde Bartels konkret: Es sei „dabei auch ein Opfer an Toten in Kauf zu nehmen. Wir müssen nur dafür sorgen, dass die Menschen ihr Opfer nicht fühlen“.¹⁰⁰

Den mit der Nachuntersuchung und Begutachtung befassten Amts-, Vertrauens- und Kontrollärzten maß Bartels für das Gelingen dieser Täuschungsstrategie eine entscheidende Rolle zu: Der Arzt im NS-Staat müsse „den Arbeiter auch einmal gegen sein medizinisches Gewissen davon überzeugen, daß er stark genug für die Arbeit sei. Er muß dem Menschen immer wieder sagen, wie er sich stärken kann, nichts anderes. Denn die ärztliche Kunst kann ja nicht darin bestehen, Menschen zu erhalten und dahinvegetieren zu lassen.“ Es sei „vom ärztlich-menschlichen Standpunkt aus richtiger, alle Mittel einzusetzen, einen Menschen leistungsstark und leistungsbewusst im Leben zu erhalten, als ihn sich selbst und seinen Angehörigen zur Last jahrelang als Siechen und Hoffnungslosen zu erhalten.“ Die tödlichen Folgen dieser radikalen Spielart der Leistungsmedizin wurden von Bartels nicht verhehlt. Die „Aufgabe des Arztes und unsere Aufgabe“, so Bartels, bestünde darin, „den Prozentsatz an Opfern möglichst klein zu halten“.

Die Verteilung von Gesundheits- und Behandlungsressourcen bemaß sich im „Dritten Reich“ grundlegend anhand der biologischen „Wertigkeit“ und prognostizierten

⁹⁹ Zit. n. Reidegeld, Sozialpolitik, S. 512.

¹⁰⁰ Hauptamt für Volksgesundheit an Storck nebst Bericht über die Sitzung im Münchener Ärztehaus, 21.4.1937, sv:dok 26/1843. Dort auch die folgenden Zitate.

„Nützlichkeit“ des Versicherten für die „Volksgemeinschaft“. Die eugenische Fundierung der NS-Gesundheitspolitik und ihrer Ziele wirkte sich unmittelbar auf die Arbeit des VÄD aus, der im Rahmen seiner Begutachtungs- und Kontrollarbeit sicherzustellen hatte, dass Gesundheitsressourcen gemäß der bevölkerungs-, gesundheits- und wirtschaftspolitischen Leitziele des NS-Staates rationell eingesetzt werden. Dies hatte vor allem zur Folge, dass im Sinne der NS-Leistungsideologie „nutzlose“ Menschen, deren Arbeitskraft aus verschiedenen Gründen als nicht wiederherstellbar galt, von der Gesundheitsversorgung ausgeschlossen und mit Zwangsmitteln belegt wurden, wovon insbesondere Menschen mit psychischen oder infektiösen Erkrankungen betroffen waren. Der Übergang zur Vernichtung der zu „Ballastexistenzen“ abqualifizierten Menschen im Rahmen der nationalsozialistischen „Euthanasie“ war vielfach fließend.¹⁰¹

Einem 1935 erschienenen Aufsatz des Vertrauensarztes Curt Panick, der sich mit der Begutachtung von Anträgen auf Erholungsfürsorge und den dabei anzulegenden Richtlinien befasse, lassen sich praktischen Konsequenzen der NS-Leistungsmedizin für den VÄD bereits entnehmen. Bei der Prüfung der ärztlichen Anträge habe der Grundsatz zu gelten, „daß nur dringend notwendige und erfolgversprechende Heilverfahren bewilligt werden dürfen“, dezidiert nur solche, „die geeignet sind, die Arbeitsfähigkeit mindestens auf mehrere Jahre hinaus wieder herzustellen“. Bei der Einweisung in Erholungsheime seien vorrangig „Arbeitsunfähige zu berücksichtigen“, Arbeiter „nur dann, wenn die Erhaltung der Arbeitsfähigkeit ernstlich gefährdet erscheint“. „Völlig zwecklos“ erschien dem Vertrauensarzt indes „die Verschickung in Erholungsheime bei Neurotikern, Psychopathen und Hysterikern, weil eine Änderung dieser regelwidrigen Artung der Persönlichkeit erfahrungsgemäss dadurch nicht zu erreichen“ sei. Auch bei anderen Patienten sei stets „noch zu überlegen, ob nicht der Krankheitszustand so schwer und so weit fortgeschritten ist, daß überhaupt noch Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit möglich ist“. Weitere, die Genehmigung eines Antrags ausschließende „Gegenindikatoren“ waren laut Panick „ansteckende und ekelerregende Krankheiten“ sowie „abstossende Verstümmelungen und Gebrechen“, darüber hinaus „Geisteskrankheit, Epilepsie, Trunksucht“. Im Ergebnis könne der Vertrauensarzt „bei zweckmässiger Auslese mit geringen aber richtig angewandten Mitteln außerordentlich viel für die Erhaltung der Gesundheit und Leistungsfähigkeit der Versicherten“ erreichen, lautete die perfide Bilanz. „Daß dabei im Interesse der Aufartung des ganzen Volkes erbbiologisch gesunde und

101 Siehe dazu ausführlich Süß, Volkskörper.

wertvolle Menschen vorwiegend berücksichtigt werden müssen“, erachtete Panick für „selbstverständlich“.¹⁰²

Waren die Vertrauensärzte angehalten, bei der Begutachtung von Heilverfahrensträgen gemäß kollektiver Nützlichkeitsabwägungen zu urteilen, so galt dieser instrumentelle ärztliche Blick ebenso für die Nachuntersuchungen auf „Arbeitsfähigkeit“ selbst. Diese waren nicht mehr von den ökonomischen Interessen einzelner Kassen motiviert, sondern zielten auf die Maximierung des Arbeitskräftepotenzials an sich ab. Die Folgen wurden für die Versicherten schnell konkret spürbar, für Beschäftigte ebenso wie für aktive Rentenbezieher, die infolge der verschärften Begutachtungspraxis des VÄD im Rahmen der zeitgenössischen Aufrüstungspolitik massenhaft um Versorgungsleistungen gebracht wurden. Die Sopade stellte hierzu schon 1936 fest: „Überall finden jetzt Nachuntersuchungen der Rentner statt zwecks Feststellung ihrer Erwerbsfähigkeit. Meist werden die Rentner ‚tauglich zu leichter Arbeit‘ befunden. Die Folge ist der Entzug der Rente. Oder sie wird sehr fühlbar gekürzt.“¹⁰³ Es herrsche „Verzweiflungsstimmung“ unter den Betroffenen, denen letztlich kaum anderes übrig blieb, als sich dem vertrauensärztlichen Verdikt zu fügen: „Mit brutalem Terror“, beobachtete die Sopade, „wird jede Unwillensäußerung erstickt“.¹⁰⁴

102 Curt Panick, Erfahrungen bei der Begutachtung der Erholungsfürsorge der Krankenkassen und ihrer Erfolge“, in: Vertrauensarzt und Krankenkasse 1935, H. 2 (Auszug), GLAK 462 1994/38, Nr. 276. Ähnlich: Brechmann (Landesvertrauensarzt) an Leiter LVA der Hansestädte, 17.2.1936, sv:dok 26/1877, Teil 1: „Es gibt eine Reihe von konstitutionell schwächlichen Menschen, die im Erwerbsleben nach den Erfahrungen der Invalidenversicherung vorzeitig versagen und invalide werden. Dahin gehören manche Astheniker, manche hypoplastische Frauen, die Brustkorbkrüppel, die Patienten mit dem essentiellen Hochdruck und andere. Diese zweite Gruppe ist z.T. erbanlagenmäßig nicht sehr wertvoll, bedarf aber einer rechtzeitigen und mehrfach wiederholten Behandlung, um den Eintritt der Invalidität hinauszuschieben und die Einsatzfähigkeit des Patienten für die Gesamtheit und für ihn selbst solange wie möglich zu erhalten. [...] Heilfürsorgemaßnahmen kommen nur dann in Frage, wenn es sich nicht lediglich um die mangelhafte Konstitution, sondern um Krankheitszustände bei mangelnder Konstitution handelt.“

103 Sopade 1936, Bd. 1, Nr. V, S. 110A, zit. n. Tennstedt, Sozialgeschichte der Sozialversicherung, S. 476.

104 Sopade 1937, Bd. 2, Nr. III, S. 110A, zit. n. Tennstedt, Sozialgeschichte der Sozialversicherung, S. 476. Hier ist zudem der 1936 per Gesetz eingeführte „Rentenentzug bei staatsfeindlicher Betätigung“ einzubeziehen, der als Instrument politischer Repression und Disziplinierung Bedeutung erlangte. Siehe dazu Jörg Bonz, Für Staatsfeinde keine Rente. Das Ruhen der Renten bei staatsfeindlicher Betätigung im nationalsozialistischen Deutschland, in: Zeitschrift für Sozialreform 37 (1991), S. 517-531. Zur regionalen Praxis des Rentenentzugs siehe auch Wehner, Landesversicherungsanstalten, S. 66-72.

VÄD und Rentenversicherung: Organisatorische Umbrüche

Während die Verschiebungen im Tätigkeitsspektrum des VÄD geringer ausfielen, als in zeitgenössischen Darstellungen der Anschein erweckt wurde, bewirkte die Reform von 1936 in organisatorischer und administrativer Hinsicht eminente Umbrüche. Zur künftigen Durchführung des VÄD und der übrigen „Gemeinschaftsaufgaben in der Krankenversicherung“ wurden bei den Rentenversicherungsträgern 1935 eigene Krankenversicherungs-Abteilungen eingerichtet, denen fortan die Koordination der vertrauensärztlichen Dienste der Krankenkassen im Anstaltsbezirk oblag. Die LVAen verfügten mit dem VÄD der Arbeiterrentenversicherung bereits über eine eigene vertrauensärztliche Instanz, die von der Reform zunächst unberührt blieb und parallel fortbestand. Zeitgenössische Kommentare legen nahe, diese duale Organisationsform sei nicht als „Absicht“ des Gesetzgebers zu interpretieren, „daß der vertrauensärztliche Dienst der Krankenversicherung und der Rentenversicherung auf die Dauer völlig voneinander unbeeinflusst bleiben sollen“. Im Gegenteil stellte die Reform einen konstitutiven ersten Schritt für die mittelfristig vorgesehene Vereinigung der beiden Dienste dar. „Ihre spätere Annäherung“, hieß es, würde „leicht sein, da ja beide durch den gleichen Versicherungsträger errichtet sind und dem gleichen Leiter unterstehen“.¹⁰⁵

Diese Einschätzung sollte sich als zutreffend erweisen: Nicht zuletzt aufgrund der bald einsetzenden Personalverknappung wurde der VÄD von den Rentenversicherungsträgern in der Praxis für Nachuntersuchungen in beiden Versicherungszweigen verschränkt eingesetzt, wobei der Schwerpunkt auf der Krankenversicherung lag.¹⁰⁶ Auf der Ebene organisatorischer Verantwortlichkeiten lässt sich mithin eine Zentralisierung des VÄD bei der Abteilung Krankenversicherung konstatieren, die das Reichsarbeitsministerium als „Herz und Kopf des neues

105 Sauerborn, Neuregelung, S. 150. Der Ständige Ausschuss der LVAen hatte ich zu diesem Zweck bereits im Vorfeld dafür ausgesprochen, „daß die Träger der verschiedenen Versicherungszweige der Sozialversicherung örtlich möglichst dieselben Ärzte zu Vertrauensärzten bestellen“. Abteilung Krankenversicherung, an Leiter LVA Baden, 16.8.1935, GLAK 462 1994/38, Nr. 7.

106 Vgl. Klimo, Rentenversicherungspolitik, S. 224 f. Die Gutachten in Rentensachen wurden zunächst unverändert weiter von dem hauptamtlichen Vertrauensarzt der LVA sowie den Amtsärzten des Anstaltsbezirks erstellt. Bei kleineren Trägern wie der Landesversicherungsanstalt Oldenburg-Bremen war dies bis zur Einrichtung des VÄD der Krankenversicherung im Jahr 1938 der Fall. Vgl. Landesversicherungsanstalt Oldenburg-Bremen (Hg.), 100 Jahre Landesversicherungsanstalt Oldenburg-Bremen, 1890-1990, Oldenburg 1991, S. 221.

vertrauensärztlichen Dienstes“ bezeichnete. Die Praxis des VÄD sollte demgegenüber „dezentralisiert über das gesamte Anstaltsgebiet hinweg durchgeführt werden“. Eine Organisationsstruktur mit über das Anstaltsterritorium flächig verteilten Dienststellen, mithin „die richtige Dezentralisation“, galt aus Sicht des RAM als „entscheidende Voraussetzung für das Gelingen der Neuregelung“.¹⁰⁷

Zu diesem Zweck ließ sich auf das bei den Krankenkassen etablierte Netz vertrauensärztlicher Dienststellen zurückgreifen. Allerdings traten mit den Bestimmungen von 1936 ergänzende Vorgaben hinzu, die infrastrukturelle Anpassungen erforderlich machten. So waren die Anstaltsbezirke in mehrere Unterbezirke zu gliedern, in denen jeweils eine vertrauensärztliche Dienststelle einzurichten war. Die Versicherten sollten die Dienststellen „leicht erreichen“ können, wozu „eine räumlich enge Verbindung auch mit den Krankenkassen“ angeordnet wurde, mit denen „zur Ausnutzung bestehender Einrichtungen“ nach Auffassung des RAM ohnehin „dauernde Fühlungshaltung“ bestehen sollte. Die Zahl der in den Bezirken eingesetzten Vertrauensärzte war ebenfalls nicht einheitlich geregelt, sondern bestimmte sich an der jeweiligen Versichertenzahl: Als Richtwert legten die Bestimmungen fest, dass „auf etwa 25.000 Versicherte ein hauptamtlicher Vertrauensarzt“ entfallen sollte, auf 100.000 Versicherte wiederum ein Obervertrauensarzt.¹⁰⁸

Weitere Vorschriften zielten auf die Binnenorganisation der Versicherungsanstalten ab. Die mit dem Aufbaugesetz eingerichteten Krankenversicherungs-Abteilungen waren in zwei Unterabteilungen aufzuspalten, was faktisch bedeutete, dass die erst im Vorjahr aufgebaute Verwaltungsabteilung durch eine eigenständige „Abteilung für den vertrauensärztlichen Dienst“ zu ergänzen war.¹⁰⁹ Die Vorgabe, zur Durchführung des VÄD eine gesonderte Abteilung einzurichten, die für die übrigen „Gemeinschaftsaufgaben“ nicht vorgesehen war, verweist zum einen auf den herausgehobenen Stellenwert dieser Einrichtung im Rahmen der einsetzenden Aufrüstungspolitik. Darüber hinaus manifestierte sich hierin eine grundlegende und sich in den Folgejahren weiter verstärkende Tendenz, dem VÄD trotz seiner organisatorischen Ansiedlung bei den LVAen eine weit reichende Handlungsautonomie zu ermöglichen.

107 Sauerborn, Neuregelung, S. 150.

108 Sauerborn, Neuregelung, S. 151; Müller, Änderungen beim vertrauensärztlichen Dienst der Krankenversicherung, in: Amtsblatt der LVA Württemberg 34 (1938), Nr. 9/10, S. 48-51, S. 48.

109 Vgl. Entwurf für eine Geschäftsweisung für den vertrauensärztlichen Dienst [1936], Druck: Bauer/Kohlausen/Lekon, Soziale Sicherung, 3-A 33-3-A 34, hier 3-A 33.

Damit wurde einem verbreiteten Vorbehalt Rechnung getragen, demzufolge die Effizienz der Kontrolleinrichtung durch die Einbindung in die Verwaltungsstruktur eines großen Versicherungsträgers leiden würde. Der „neue“ VÄD dürfe „nicht schematisch aufgezogen werden“, sondern müsse „elastisch und beweglich sein, um den Anforderungen in der Praxis genügen zu können“, hieß es dazu in einem zeitgenössischen Bericht der LVA Württemberg.¹¹⁰ Der Wille der politischen Institutionen, den VÄD möglichst frei von bürokratischen Hemmnissen und Verwaltungserfordernissen zu halten, kam schließlich auch in der Bestimmung zum Ausdruck, dass die Leitung der Abteilung für den Vertrauensärztlichen Dienst einem hauptamtlich tätigen und verbeamteten Arzt obliegen müsse, der in der Folge als Landesvertrauensarzt bezeichnet wurde. Die zweite Abteilung war hingegen von einem Verwaltungsbeamten zu leiten.¹¹¹

Ungeachtet dieser Aufspaltung agierten die beiden Abteilungen in der Folge nicht völlig separiert voneinander. Zwar besaß der Landesvertrauensarzt nach einer Geschäftsanweisung des RAM die Entscheidungsbefugnis über „alle Fragen des vertrauensärztlichen Dienstes“, allerdings hatte er bei „allen die Geldgebarung berührenden Angelegenheiten [...] die Verwaltungsabteilung zu beteiligen“. Diese wichtige Einschränkung betraf im Effekt ein Bündel von Einzelaspekten wie die Auswahl und Anstellung von Vertrauensärzten, die Gebieteinteilung, die Einrichtung und Ausstattung vertrauensärztlicher Dienststellen, Beschaffungsfragen sowie die Festsetzung von Reisekosten.¹¹² Tatsächlich zeitigte die duale Lösung nicht selten problematische Folgen und aus den Anstaltsbezirken mehrten sich Berichte über Rivalitäten, Reibungen und Kompetenzstreitigkeiten zwischen den beiden Abteilungen und ihren gleichgestellten Leitern. Im Grunde zählte es zu den Aufgaben der LVA-Leiter, derartige Konflikte im eigenen Haus beizulegen. Indes beobachtete man 1938 beim RVA: „Nicht immer ist hier das Verhältnis zwischen dem leitenden Arzt und dem leitenden Beamten der Verwaltungsabteilung so, wie es sein sollte.“¹¹³ Dies war eine euphemistische

110 Müller, Der neue vertrauensärztliche Dienst in Württemberg, S. 13.

111 Sauerborn, Neuregelung, S. 150.

112 Entwurf für eine Geschäftsanweisung für den Vertrauensärztlichen Dienst [1936], Druck: Bauer/Kohlhausen/Lekon, Soziale Sicherung, 3-A 33-3-A 34, hier 3-A 33. Bei der LVA Baden, die diese Vorgabe zeitnah umsetzte, war die Verwaltungsabteilung entsprechend „bei allen die Finanzgebarung betr. Angelegenheiten“ des VÄD einzuschalten. Niederschrift über die gemeinsame Sitzung des Beirats der LVA Baden und des Ausschusses für Fragen der Krankenversicherung im Tuberkulose-Krankenhaus Heidelberg-Rohrbach, 21.11.1936, BArch R 89/5755.

113 Bruno Kühne, Probleme des vertrauensärztlichen Dienstes in der Krankenversicherung, in: Die Arbeiterversorgung 55 (1938), H. 1, S. 1-5, S. 4.

Umschreibung der mitunter erheblichen Spannungen vor Ort, die bisweilen in gezielten wechselseitigen Sabotagen mündeten: So beschwerte sich der damalige Landesvertrauensarzt der LVA Sachsen-Anhalt, Friedrich Faßbender, bei der Gemeinschaftsstelle ausführlich über das Vorgehen des Verwaltungsleiters: Dieser habe seine „grundsätzliche Forderung nach Röntgenuntersuchung bei Kuranträgen“ abgelehnt („Das kostet 10.000 RM, das können wir nicht machen!“) und zudem verboten, „Anträge auf Erholungsfürsorge [...] durch den Vertrauensarzt [...] nachuntersuchen lassen“. In der Folge seien „Tuberkulosen und sonstige nicht geeignete Leiden in die Erholungsheime [...] eingeschleppt“ worden.¹¹⁴

Eine neue Schaltzentrale: Die Gemeinschaftsstelle

Die hier im Beschwerdeweg adressierte Gemeinschaftsstelle war im Juli 1935 beim Reichsversicherungsamt in Berlin eingerichtet worden. Sie entsprang der Initiative des RAM, wurde jedoch ungeachtet des starken hoheitlichen Einflusses in den Errichtungsbestimmungen als „gemeinschaftliches Organ sämtlicher Versicherungsanstalten“ bezeichnet. Ihre Leitung erfolgte ehrenamtlich, wobei der Leiter direkt vom Arbeitsministerium eingesetzt wurde. Die Aufgaben der Gemeinschaftsstelle erstreckten sich auf die Prüfung der Geschäfts-, Rechnungs- und Betriebsführung der Krankenkassen und Krankenkassenverbände, die Prüfung einzelner Krankenkassen sowie die Prüfung der Abteilungen Krankenversicherung bei den LVAen. Hinzu kamen die „Beratung und Unterstützung“ des RAM und RVA, die Beratung der Bezirksprüfstellen sowie die besondere Schulung der Prüfer.¹¹⁵ Die Verantwortung für die übergeordnete

114 Friedrich Faßbender (Landesvertrauensarzt LVA Sachsen-Anhalt) an Storck, 19.8.1938, sv:dok 26/1799, Teil 1. Die Gemeinschaftsstelle versuchte in der Folge, die Spannungen durch eine musterförmige Geschäftsanweisung abzumildern, die der Abteilung konkrete Grenzen steckte: „Der Beteiligung [der Verwaltungsabteilung] bedarf es nicht, soweit es sich um die Verfügung über haushaltsplanmäßig bereitgestellte Mittel für die Einrichtung der vertrauensärztlichen Dienststellen, einschließlich der Beschaffung der erforderlichen Instrumente, Apparate usw. handelt.“ Ob und inwiefern diese Anregung bei den einzelnen LVAen umgesetzt wurde, ist aus den Quellen nicht zu ersehen. Mit der Ernennung des „Sonderbeauftragten“ im September 1939 wurde dieser Aspekt indes weitgehend obsolet. Geschäftsanweisung für die Abteilung Krankenversicherung, Entwurf der Gemeinschaftsstelle der Landesversicherungsanstalten beim Reichsversicherungsamt Berlin v. 22.11.1938, sv:dok 26/1622, Teil 1.

115 Anordnung des RAM über die Errichtung einer Gemeinschaftsstelle der Landesversicherungsanstalten, Auszug Reichsarbeitsblatt 1935, H. 18, S. 247, sv:dok

Koordination des VÄD trat hier erst später auf Grundlage der Bestimmungen des RAM von März 1936 hinzu, bei denen es sich zugleich um „die letzte Novelle im Rahmen der Reform des staatlichen Versicherungswesens“ durch das NS-Regime handelte.¹¹⁶

Die Gemeinschaftsstelle erlangte damit weit reichende administrative Kompetenzen und Entscheidungsbefugnisse über den VÄD: Zu ihren Aufgaben im Einzelnen zählte erstens die „gutachtliche Stellungnahme vor Anstellung von leitenden Vertrauensärzten“, wobei sich die Gemeinschaftsstelle mit dem Leiter der KVD abzustimmen hatte. Zweitens hatte die Gemeinschaftsstelle „eine beratende Tätigkeit gegenüber dem Reichs- und Preußischen Arbeitsminister, dem Reichsversicherungsamt und den Landesversicherungsanstalten in den den vertrauensärztlichen Dienst betreffenden Fragen“ auszuüben. Dies betraf im Einzelnen die „Aufstellung von Richtlinien für die Tätigkeit der Vertrauensärzte“, die „Ausrüstung“ der Dienststellen sowie den „Austausch von Vertrauensärzten und Einrichtungsgegenständen“ zwischen den Dienststellen. Drittens oblag der Gemeinschaftsstelle die „Schulung und Fortbildung der Vertrauensärzte“ und viertens die „Gesamtauswertung der Ergebnisse des vertrauensärztlichen Dienstes“.¹¹⁷ Im Ergebnis wurde hier eine zentrale Instanz für die übergeordnete Koordinierung des vertrauensärztlichen Dienstes etabliert, die das Interesse des RAM an der reichsweiten Straffung und unmittelbaren Steuerbarkeit der Kontrolleinrichtung zum Ausdruck brachte.

In Anbetracht ihrer breiten Kompetenzausstattung überrascht es nicht, dass die Errichtung der Gemeinschaftsstelle von Reibungen, Verwerfungen und Konflikten innerhalb der Rentenversicherung begleitet wurde. Nicht nur war dieses Gebilde durch den RAM per Handstreich von oben geschaffen worden. Die Gemeinschaftsstelle trat zudem in direkte Konkurrenz zu dem Verband Deutscher Landesversicherungsanstalten, dem seit 1919 bestehenden gemeinsamen Organ der Versicherungsträger, dessen Einfluss in der NS-Diktatur sukzessive abnahm.¹¹⁸ Die Verbandsleitung hatte sich von Anfang an energisch gegen die Errichtung der Gemeinschaftsstelle ausgesprochen und im Sommer 1935, als die diesbezüglichen Pläne bekannt geworden waren, sogar ein

26/1799, Teil 2.

116 Knödler, Reform, S. 125.

117 Vgl. Gottlieb Storck, Die Gemeinschaftsstelle der Landesversicherungsanstalten, in: Monatsschrift für Arbeiter- und Angestellten-Versicherung 24 (1936), H. 6, Sp. 241-247, Sp. 245 f. Siehe grundlegend: Bestimmungen des Reichsarbeitsministers über den vertrauensärztlichen Dienst in der Krankenversicherung vom 30.3.1936, sv:dok 26/1794

118 Dies deutete sich bereits bei den Vorbereitungen des Aufbaugesetzes an, aus denen der Verband vom RAM gezielt herausgehalten worden war. Vgl. Teppe, Sozialpolitik, S. 219.

Gutachten erstellen lassen, das die Unvereinbarkeit der aus hoheitlicher Initiative hervorgegangenen Stelle mit dem Prinzip der Selbstverwaltung belegen sollte. Dieses kulminierte in dem Befund, dass es sich bei der Gemeinschaftsstelle mitnichten um ein Stellvertretungsorgan der Versicherungsanstalten handelte, wie von ministerieller Seite verlautbart wurde, sondern um eine „Reichszentralstelle für Kranken- und Invalidenversicherung mit enger Bindung an einer [sic] Reichsbehörde“, die – und dies war der springende Punkt – „einen Einbruch in Organisation und Aufgaben der Versicherungsträger“ darstellen würde.¹¹⁹

Der vom RAM eingesetzte Leiter der Gemeinschaftsstelle war Gottlieb Storck, ein zuvor im Bereich der Jugendfürsorge tätiger Verwaltungsjurist, der 1933 zum Leiter der LVA der Hansestädte ernannt worden war.¹²⁰ Im Wissen um die Umstrittenheit der Gemeinschaftsstelle war Storck in seiner ersten Rede vor dem Verband im September 1935 erkennbar darum bemüht, die Wogen zu glätten und Vorbehalte der LVA-Leiter zu zerstreuen. Wie Storck argumentierte, sei die Gemeinschaftsstelle weder eine „Reichsinstanz“ noch eine „Dienststelle des Reichsversicherungsamtes“, wie von ihren Gegnern behauptet worden war, sondern ein echtes „Organ der Landesversicherungsanstalten“. Diese blieben „als Gesamtheit Träger der Aufgaben“ und lediglich „zu deren Durchführung“ sei „ein neues öffentlich-rechtliches Organ geschaffen“ worden. Der „Grundsatz der Selbstverwaltung“ – um diesen ging es bei dem Konflikt im Kern – würde durch die neue Stelle „nicht verletzt, da die Gemeinschaftsstelle selbst Selbstverwaltungsorgan“ sei. Er würde „auch nicht dadurch verletzt, daß der Leiter vom R.A.M. bestellt wird“ und „die Stelle beim R.V.A. errichtet ist, da diese Verbindung nur räumlicher Natur“ sei, womit Storck den beträchtlichen hoheitlichen Einfluss kaschierte. Storck ersuchte die anwesenden LVA-Leiter abschließend um „Vertrauen“: Er werde „nichts tun, was dem Gedanken der Selbstverwaltung widerspricht“.¹²¹ Wenig später schlug Storck auch in der Monatsschrift für Arbeiter- und Angestelltenversicherung einen versöhnlichen Ton an, insistierte auf dem Selbstverwaltungsprinzip der

119 Storck an Reichsverband Deutscher Landesversicherungsanstalten, 5.8.1935, sv:dok 26/1799, Teil 1.

120 Vgl. Florian Tennstedt, Fürsorgegeschichte und Vereinsgeschichte. 100 Jahre Deutscher Verein in der Geschichte der deutschen Fürsorge, in: Zeitschrift für Sozialreform 27 (1981), H. 2, S. 72-100, S. 85.

121 Vortragsmanuskript Storck „Gemeinschaftsstelle der Landesversicherungsanstalten“, undatiert [September 1935], sv:dok 26/1799, Teil 2.

Versicherungsträger und wies Vorwürfe zurück, die Gemeinschaftsstelle sei Ausdruck von „Machthunger“ und „behördliche[m] Imperialismus“.¹²²

Tatsächlich war Storck der Prototyp des opportunistischen und geltungssüchtigen NS-Beamten, der seine Fachexpertise nach seinem Parteieintritt im Mai 1933 kompromisslos dem neuen Staates andiente. Im Urteil des Historikers Karl Teppe war Storck stark darum bemüht, „einen ‚nationalsozialistischen Geist‘ in die Selbstverwaltungsinstitutionen der Sozialversicherung hineinzutragen“.¹²³ Entgegen seiner Bekundungen vor dem Verband war Storck ein dezidierter Gegner des Sozialversicherungsprinzips und Anhänger des nationalsozialistischen Versorgungsprinzips, dessen radikalem Leistungsbegriff er vielfach huldigte.¹²⁴

Aller mildernden Rhetorik zum Trotz schwelte der Konflikt über die Gemeinschaftsstelle und ihre Stellung zu den Versicherungsanstalten innerhalb des Verbandes weiter, wobei es zu erheblichen Polarisierungen kam. 1936 berichtete Storck zwei vertrauten Amtskollegen, er wisse, „daß eine ganze Anzahl Anstaltsleiter der Gemeinschaftsstelle mißtrauisch, wenn nicht feindselig gegenüberstehen“ und „gegen die Gemeinschaftsstelle und gegen mich von bestimmten Stellen dauernd gewühlt“ würde.¹²⁵ Andernorts beklagte er „manche Widerwärtigkeiten, die die Stellung mit sich“ gebracht habe, so dass „von der freudig übernommenen Aufgabe nichts übrig geblieben ist als die Verpflichtung, die Aufgabe so lange zu führen, bis sich ein anderer dafür findet“.¹²⁶ Noch 1937 waren „die im Reichsverband bestehenden Gegensätze“ nicht ausgeräumt, wie Storck dem RAM mitteilte.¹²⁷

122 Storck, Die Gemeinschaftsstelle der Landesversicherungsanstalten, in: Monatsschrift für Arbeiter- und Angestellten-Versicherung 24 (1936), H. 6, Sp. 241-247, Sp. 247.

123 Karl Teppe, Zur Sozialpolitik des Dritten Reiches am Beispiel der Sozialversicherung, in: Archiv für Sozialgeschichte 1977, S. 195-250, S. 208, Fn. 57. Uwe Lohalm beschreibt Storck als „anerkannte[n] Fachmann auf sozialpolitischem Gebiet“, der sich ab 1933 „zu einem angepaßten Nationalsozialisten“ entwickelt habe. Uwe Lohalm, „...anständig und aufopferungsbereit“. Öffentlicher Dienst und Nationalsozialismus in Hamburg 1933 bis 1945, Hamburg 2001, S. 25.

124 „Der Leistungswille soll über den sozialen Wert des Menschen entscheiden. Die Leistung als der beherrschende Gedanke in allen Lebensgebieten kann aber nur der Ausdruck einer besonderen geistigen, weltanschaulich bedingten Haltung sein.“ Gottlieb Storck, Die Bedeutung der Betriebsuntersuchungen für die Sozialversicherung, in: Deutsche Invaliden-Versicherung 9 (1937), H. 7, S. 145-147, hier S. 146. Vgl. auch die Einschätzung bei Paul Erker, Rente im Dritten Reich. Die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte 1933 bis 1945, Berlin/Boston 2019, S. 337.

125 Storck an Braun (Leiter LVA Hessen-Nassau), 11.5.1936, sv:dok 26/1799, Teil 2.

126 Storck an Wagner, 31.7.1936, sv:dok 26/1794, Teil 1.

127 Storck an Engel (Ministerialdirektor RAM), 25.8.1937, sv:dok 26/1794, Teil 1.

Die „Gegensätze“ mündeten wenig später in einer offenen Spaltung, als die Leitergruppe um Storck im Rahmen einer konzertierten Aktion aus dem Verband austrat, wodurch ein Wechsel in der Verbandsleitung erzwungen werden sollte. Diese Strategie ging nur zum Teil auf, da zwar die beabsichtigte Absetzung des Leiters Göring erwirkt wurde, die Leitungsposition vorerst jedoch unbesetzt blieb. Insgesamt bedeutete die Spaltung gleichwohl eine profunde Schwächung des Verbandes, die seinen Gegnern um Storck in die Karten spielte. Dieser nutzte die Situation, um dem RAM in einer ausführlichen „Promemoria betreffend die Entwicklung des Reichsverbandes Deutscher Landesversicherungsanstalten“ die bestehenden Konflikte darzulegen, wobei er nicht uneigennützig zur Disposition stellte, „ob ein äusserlich und innerlich so lädierter Verein noch als ‚Reichsverband‘ angesprochen und behandelt“ werden könne. Auch die DAF, insistierte Storck, habe inzwischen jegliche Zusammenarbeit aufgekündigt und „erklärt, dass der Verband für sie nicht mehr existiere“. Die „Vertreter der ausgetretenen Anstalten“ würden es „begrüßen, wenn das RVA eine engere Verbindung mit den Anstaltsleitern herstellen würde“, wodurch die „Mittlerschaft des Rumpfverbandes“ obsolet werden sollte.¹²⁸ Dem Ansinnen wurde wenig später Rechnung getragen: 1938 erfolgte die Umwandlung des Verbandes in eine Körperschaft öffentlichen Rechts, auf die das Reichsarbeitsministerium und das Reichsversicherungsamt nunmehr unmittelbaren Zugriff erlangten.¹²⁹ Der von der Leitergruppe um Storck ergänzend eingebrachte Vorschlag, zukünftig „die Führung des Reichsverbandes und die Leitung der Gemeinschaftsstelle in einer Person zu vereinigen“, blieb dabei gleichwohl unberücksichtigt.¹³⁰

Die ausgeprägten Konflikte, Spannungen und Zerwürfnisse innerhalb des Verbandes verdienen deshalb eine genauere Betrachtung, weil sie den institutionellen Hintergrund während der Einrichtung des VÄD bei den Rentenversicherungsträgern bildeten. Ähnlich der Binnenkonflikte, die sich an der Errichtung einer eigenen vertrauensärztlichen Abteilung innerhalb der LVA-Organisation entzündet hatten, zog die Errichtung der Gemeinschaftsstelle vielgestaltige Kompetenzkonflikte mit regionalen

128 Gottlieb Storck, Promemoria betreffend die Entwicklung des Reichsverbandes Deutscher Landesversicherungsanstalten, 10.3.1938, sv:dok 26/1824.

129 Die Interpretation Klimos, wonach der Verband den Zentralisierungsbestrebungen im Zusammenhang mit dem VÄD „aufgeschlossen“ begegnet sei, trifft in Anbetracht der geschilderten Konflikte nur partiell zu. Sie lässt sich vorrangig auf dessen Übertragung auf die Versicherungsanstalten beziehen, die von dem Verband naheliegender Weise begrüßt wurde. Vgl. Klimo, Im Dienste des Arbeitseinsatzes, S. 149 f.

130 Reichsverband Deutscher Landesversicherungsanstalten an RAM, 1.1.1937, sv:dok 26/1799, Teil 1.

Anstaltsleitern nach sich, die die Befugnisse der Gemeinschaftsstelle als inakzeptablen Eingriff in ihre Leiterkompetenz erachteten.

Dies betraf insbesondere die aus Sicht der politischen Institutionen wichtige Frage der Schulung und Fortbildung der Vertrauensärzte, die zu den ausgewiesenen Aufgaben der Gemeinschaftsstelle zählte. Indes kam es nach 1936 häufig vor, dass LVA-Leiter den ihnen formal unterstellten Vertrauensärzten in strenger Auslegung der Dienstordnung die Teilnahme an Schulungen durch die Gemeinschaftsstelle oder externe Organisationen wie den Reichsverband der Vertrauensärzte untersagten. Diese Haltung führte wiederum zu Groll in der Gemeinschaftsstelle und den politischen Institutionen, denen die weltanschauliche Schulung der Vertrauensärzte im Sinne nationalsozialistischer Gesundheitsziele und die Herausbildung eines vertrauensärztlichen Korpsgeistes ein zentrales Anliegen war.¹³¹ So beschwerte sich Storck noch im Dezember 1938 über das widerspenstige Verhalten von vier Amtskollegen, die ihren Landesvertrauensärzten die Teilnahme an Schulungen untersagt hatten, und drohte, man werde „beim Herrn Reichsarbeitsminister wegen der Weigerung des Urlaubs [...] vorstellig werden“.¹³² Hierin offenbarte sich eine innere Problematik des nach dem Aufbaugesetz entstandenen Ordnungsstruktur, die den VÄD einerseits in die Verwaltungshierarchie der Versicherungsträger einband, übergeordnete Aufgaben der Koordinierung und Administration hingegen einer Zentralinstanz übertrug. Die sich häufenden Beschwerden und Gegenbeschwerden indizieren, dass es um die Akzeptanz dieser arbeitsteiligen Organisation in der zeitgenössischen Rentenversicherung nicht gut bestellt war.

Was in dem Verhalten einiger LVA-Leiter überdies zum Ausdruck kam, war das Beharren auf institutionellen Einflussphären und die Abwehr von Kompetenzbeschneidungen. Die Kompetenzen der Selbstverwaltung waren erst 1935 im Zuge der Einführung des „Führerprinzips“ von den bisherigen Organen Vorstand und Ausschuss auf die LVA-Leiter übergegangen, die in der Folge eine beträchtliche Machtfülle besaßen und davon auch gegenüber der Gemeinschaftsstelle selbstbewusst

131 Vgl. Storck an Goeze (Landesrat), 9.11.1936, sv:dok 26/1622, Teil 2: „Es liegt mir daran, den Kreis möglichst klein zu halten und unter allen Umständen den Charakter der vertrauensärztlichen Schulungsveranstaltung zu wahren.“

132 Storck an Otto Walter, 14.12.1938, sv:dok 26/1619: „Wie festgestellt worden ist, haben vier Landesvertrauensärzte keinen Urlaub erhalten, um an der Tagung teilzunehmen. Es sind die Landesvertrauensärzte der Landesversicherungsanstalten Pommern, Rheinland, Ostpreußen und Westfalen. Ich nehme an, dass der Leiter der KVD beim Herrn Reichsarbeitsminister wegen der Verweigerung des Urlaubs für die Veranstaltung vorstellig wird.“

Gebrauch machten.¹³³ Ein weiterer Grund, der die LVA-Leiter bei der Freistellung von Vertrauensärzten zu Zurückhaltung anhielt, war der Problemdruck aus der sozialen Praxis. So kam es vor, dass LVA-Leiter, die ihren Vertrauensärzten die Teilnahme an den oftmals mehrtägigen Schulungen gestattet hatten, unter Rechtfertigungsdruck gegenüber den Krankenkassen ihres Gebietes gerieten, die ihr vertrauensärztliches Personal aus naheliegenden Gründen behalten wollten. Wie sich etwa der Leiter der LVA Hessen, Wilhelm Braun, telefonisch bei Storck beklagte, habe die AOK Frankfurt wegen der Schulungen „eine dicke Beschwerde an ihn gerichtet“. Offenbar teilte Braun sogar deren Inhalt, denn er habe Storck, der dies schriftlich fixierte, im Telefonat mit verschiedenen „Einwendungen“ konfrontiert: „Warum kein Wochenendkursus? [...] ,Bei aller Schulung ginge die Praxis draußen kaputt usw.‘.“¹³⁴

Einige LVA-Leiter gingen bei dem Versuch, den Einfluss der Gemeinschaftsstelle einzuhegen, noch einen Schritt weiter, indem sie ihren Vertrauensärzten einen direkten Schriftverkehr mit der Gemeinschaftsstelle dezidiert untersagten. Dies war die Stoßrichtung eines Schreibens, das der Leiter der LVA Westfalen, Maximilian Kraß, 1937 an Storck richtete. Kraß beschwerte sich darin über das eigenmächtige Walten seines Landesvertrauensarztes, der über die Leitung der Versicherungsanstalt hinweg mit der Gemeinschaftsstelle über allgemeine Fragen des VÄD korrespondiert hatte. Wie Kraß in deutlichen Worten mahnte, diene es „nicht einer einheitlichen Lösung [...], wenn einzelne Mitarbeiter, unter Verwischung der Zuständigkeit, in einzelnen Angelegenheiten Sonderschreiben, Benachrichtigungen oder Einladungen an Sie als Gemeinschaftsstelle herausgehen lassen“. Im „Interesse an einer einheitlichen Lösung“ müssten sich sämtliche Mitarbeiter vielmehr „den Anordnungen des Leiters unterordnen und entsprechend seinen Weisungen verfahren“. Er riet Storck „dringend, doch in Zukunft auch Ihre Schreiben in diesen Angelegenheiten nur an den Leiter der Anstalt zu richten, damit Unstimmigkeiten, wie sie durch [...] Dr. Gies veranlasst wurden, nicht durch die Gemeinschaftsstelle noch gefördert werden“.¹³⁵ Wie weit die Auffassungen über diesen Punkt zeitgenössisch auseinandergingen, verdeutlicht die Reaktion Storcks, der für die Marginalisierung des Landesvertrauensarztes und das Anliegen seines westfälischen Amtskollegen keinerlei Verständnis zeigte: „Ein Schulbeispiel für eine

133 Zur Implementierung des „Führerprinzips“ bei den Regionalträgern siehe stellvertretend Wehner, Landesversicherungsanstalten, S. 54-57.

134 Storck an Falk, 21.8.1937, sv:dok 26/1622, Teil 2.

135 Kraß an Storck, 4.10.1937, sv:dok 26/1619.

Behandlung des Landesvertrauensarztes, wie sie nicht sein soll“, lautete sein knapper Kommentar, mit dem er das Schreiben an Otto Walter weiterleitete. Es könne „kein Zweifel bestehen, dass die Schulung der Vertrauensärzte eine eigene Angelegenheit des Landesvertrauensarztes ist. Ich möchte im Interesse des vertrauensärztlichen Dienstes hoffen, dass der Prestigestandpunkt, wie er in diesem Schreiben zum Ausdruck kommt, nicht bei vielen Anstalten anzutreffen ist. Das Schreiben werde ich nicht beantworten“. ¹³⁶ Die Frage der Durchführung des VÄD – dies machen die Quellenbeispiele deutlich – blieb ein Zankapfel zwischen den LVA-Leitern, wobei sich idealtypisch eine zentralistische und eine dezentrale Position differenzieren lassen. Hierbei kam es zu Überblendungen mit dem zeitlich parallel verlaufenden Machtkonflikt innerhalb des Verbandes, in dem vom NS-Regime eingesetzte LVA-Leiter wie Storck auf der einen und im Amt belassene konservative Behördenleiter auf der anderen Seite um die künftige Organisationsstruktur der Renten- und Krankenversicherung rangen. In dieser Hinsicht ist Storcks Volte gegen die zahlreichen „Spießler“ innerhalb des Verbandes zu deuten, denen „man die Einrichtungen, in die wir 4 Jahre hindurch so viel Arbeit hineingesteckt haben, nicht kampflos“ überlassen dürfe. ¹³⁷

In personeller Hinsicht blieb die Gemeinschaftsstelle eine übersichtliche Verwaltungseinrichtung. Neben dem ehrenamtlichen Leiter Storck, der sein Präsidentenamt bei der LVA der Hansestädte parallel weiterführte, umfasste sie eine Direktorenstelle für die laufenden Geschäfte, die mit Karl Falk, dem stellvertretenden Leiter der LVA Berlin, besetzt wurde. Hinzu kam Hilfspersonal. Indes wurde Storck erst 1938 mit Martin Möbius, dem Leiter der LVA Sachsen, ein Stellvertreter zur Seite gestellt. ¹³⁸

Eine im Hinblick auf die weitere organisatorische Entwicklung des VÄD bedeutsame personalpolitische Maßnahme bestand in der Rekrutierung eines ärztlichen Beraters für die Gemeinschaftsstelle. Die Wahl fiel auf den bereits erwähnten ehemaligen Vertrauensarzt Otto Walter, der im „Dritten Reich“ zu einem zentralen Exponenten des kontrollmedizinischen Systems aufstieg. Der 1890 in Mühlheim geborene Walter war nach

¹³⁶ Storck an Walter, undatiert, sv:dok 26/1619.

¹³⁷ Zu der Gruppe um Storck zählten die Leiter der LVA Speyer (Ludwig Battenberg), LVA Hessen-Nassau (Wilhelm Braun), Hannover (Major a.D. Siegfried Wagner) sowie der stellvertretende Leiter der LVA Berlin, Hermann Bethold Schier. An diese appellierte Storck: „Wir können doch die Einrichtungen, in die wir 4 Jahre hindurch so viel Arbeit hineingesteckt haben, nicht kampflos den Spießlern“ überlassen, womit die politisch gemäßigten Leiter gemeint waren. Storck an Wagner, 19.4.1937, sv:dok 26/1824.

¹³⁸ RAM an RVA, 15.6.1938, sv:dok 26/1799, Teil 1.

einem Studium der Medizin und Einsatz als Sanitätsarzt im Ersten Weltkrieg 1922 städtischer Fürsorgearzt in Mühlheim. 1924 wurde er zum hauptamtlichen Vertrauensarzt bei der AOK Mühlheim ernannt und übte dieses Amt bis zu seinem Ruhestand 1931 aus. Walter war ein überzeugter Nationalsozialist der ersten Stunde und „alter Kämpfer“: Seit 1925 DNVP Mitglied, trat er bereits 1931 der NSDAP bei und wurde postwendend zum NSDAP-Kreisamtsleiter für Kommunalpolitik im Kreis Mühlheim ernannt, hiernach zum Oberbereichsleiter. Zudem war Walter ab 1932 förderndes Mitglied der SS und ab 1931 der SA, in der er 1937 als Verbindungsmann in die oberste Führung aufstieg. Nach der Machteroberung wurde der politisch beschlagene Vertrauensarzt aus dem Ruhestand reaktiviert und 1933 als Leiter der ärztlichen Angelegenheiten für die Ortskrankenkassen sowie für den Verband der Krankenkassen im Bezirk der Oerversicherungsamtes Berlin eingesetzt. Im darauf folgenden Jahr wurde Walter zum Leiter der VÄD-Abteilung bei der KVD und zum Reichsamtsleiter der „Abteilung Volksgesundheit“ im Hauptamt der Nationalsozialistischen Volkswohlfahrt ernannt, womit er im Medizinal- und Krankenkontrollsystem der Zeit Schlüsselpositionen besetzte.¹³⁹

Mit Storck, dem Arzt und stellvertretenden Vorsitzenden der Kassenärztlichen Vereinigung Deutschland, Heinrich Grote, sowie den RAM-Ministerialbeamten Johannes Krohn und Gerhard Zschimmer¹⁴⁰ bildete Walter ein verzweigtes Gespann, das den Ausbau des VÄD im Sinne der Reformabsichten des RAM vorantrieb. Mit der Gemeinschaftsstelle wurde ferner ein beratender Ausschuss eingerichtet und mit maßgeblichen Personen aus Sozialversicherung, Gesundheitspolitik und Ärzteschaft besetzt, die ebenfalls direkt vom Reichsarbeitsministerium berufen wurden. Neben Grote und zwei LVA-Leitern kamen hier vor allem die Leiter der in Berlin ansässigen Krankenkassenspitzenverbände zum Tragen. Der hoheitliche Einfluss bildete sich in der

139 Vgl. Eckard Hansen/Florian Tennstedt, Art. Otto Walter, in: dies. (Hg.), Biographisches Lexikon zur Geschichte der deutschen Sozialpolitik 1871 bis 1945, Bd. 2: Sozialpolitiker in der Weimarer Republik und im Nationalsozialismus 1919 bis 1945, Kassel 2018, S. 211 f.

140 Zu Krohn, der maßgeblichen Anteil an der Gestaltung des Aufbaugesetzes hatte und der DAF in der Folge „als Repräsentant und Ausdruck der an der ‚klassischen Sozialversicherung‘ interessierten Kräfte“ galt, siehe Reidegeld, Sozialpolitik, S. 539 f. sowie Alfred C. Mierzejewski, A History of the German Public Pension System: Continuity amid Change, Lanham 2016, S. 110. Krohn und Zschimmer verfügten über enge biographische Anbindungen an das RVA, das sie im „Dritten Reich“ protegierte. Vgl. Florian Tennstedt, Das Reichsversicherungsamt und seine Mitglieder – einige biographische Hinweise, in: Georg Wannagat (Hg.), Entwicklung des Sozialrechts, Aufgabe der Rechtsprechung: Festgabe aus Anlass des 100jährigen Bestehens der sozialgerichtlichen Rechtsprechung, Köln u.a. 1984, S. 47-82, S. 75.

Vorgabe ab, dass stets ein „Vertreter der Reichsregierung“ im Ausschuss vertreten sein sollte.¹⁴¹

Die Einrichtung des „neuen“ VÄD: Finanzen, Personalpolitik und Organisation

Gemäß der Ausbauabsichten des RAM hatte die Reform zunächst vor allem spürbare finanzielle Auswirkungen, die wiederum auf eine massiv ausgeweitete Nachuntersuchungspraxis verweisen. Allein zwischen 1936 und 1937 stiegen die für den VÄD aufgewendeten Mittel um mehr als das Sechsfache von 1,3 Mio. RM auf 8,5 Mio. RM.¹⁴² In Anbetracht dieser drastischen Kostensteigerungen machte sich bei Krankenkassen- und LVA-Leitern Unmut breit, zumal umgekehrt die mit der Reorganisation des VÄD verknüpften Einsparerwartungen oftmals nicht eintraten. Der Leiter einer Betriebskrankenkasse etwa legte dem Konstanzer Versicherungsamt in nüchternen Worten die Probleme dar, die sich seit der Verlagerung der Gemeinschaftsaufgaben auf die LVA Baden ergeben hätten. Nicht nur seien der Kasse hierdurch „keine Einsparungen“ entstanden, da „wir die unrentablen Heilanstalten, Erholungsheime, Genesungsheime der Allg.Ortskrankenkassen durch Bezahlung hoher Verpflegungssätze zwangsweise mitsanieren helfen müssen“. Auch der vertrauensärztliche Dienst habe „sich bei unserem früheren nebenamtlichen Vertrauensarzt erheblich billiger bei trotzdem gutem Erfolg“ durchführen lassen. Eine „noch strengere Überwachung der arbeitsunfähig Erkrankten [könne] nicht in Betracht kommen“, wie der Kassenleiter mutmaßte, „da wir im 1. Halbjahr 1935 nachweisbar jeden 5. Patienten dem Vertrauensarzt zur Nachuntersuchung vorgestellt haben, jedoch ohne

141 Anordnung des RAM über die Errichtung der Gemeinschaftsstelle der Landesversicherungsanstalten, Auszug aus dem Reichsarbeitsblatt 1935, H. 18, S. 247, sv:dok 26/1799, Teil 2. Neben Heinrich Grote als Vertreter der KVD gehörten dem Ausschuss die folgenden Personen an: Major a.D. Siegfried Wagner, Leiter der LVA Hannover; Fritz Mißmahl, stv. Leiter der LVA Rheinprovinz; Peter Esser, Direktor des Reichsverbandes der Ortskrankenkassen (Berlin); Max Schraeder, Direktor des Reichsverbandes der Landkrankenkassen (Berlin); Dr. Hans Braetsch, Geschäftsführer des Verbandes der Betriebskrankenkassen (Berlin); Dr. Otto Estenfeld, Geschäftsführer des Reichsverbandes der Innungskrankenkassen (Berlin). Vgl. RAM an RVA, 5.7.1935, sv:dok 26/1799, Teil 1. Für biographische Angaben zu Esser, Estenfeld und Schraeder vgl. Florian Tennstedt, Soziale Selbstverwaltung. Geschichte der Selbstverwaltung in der Krankenversicherung, Bd. 2, Bonn 1977, S. 194 f.

142 Hachtmann, Industriearbeit, S. 236.

befriedigenden Erfolg“.¹⁴³ Diese Problemsicht mag einerseits im generellen Unmut der Kassenleiter über die Kompetenzverluste gegenüber den Versicherungsanstalten begründet gewesen sein. Zudem schien sich eine Befürchtung vieler Kassenleiter zu bewahrheiten, dass die Ausgestaltung des VÄD als „Gemeinschaftsaufgabe“ zu Lasten institutioneller Einzelinteressen gehen würde, vor allem in finanzieller Hinsicht.¹⁴⁴ Die Reaktion des Kassenleiters zeigt symptomatisch, dass die Reform des VÄD nicht zuletzt im Hinblick auf die Kosteneffizienz umstritten war. Die Folge waren „ständige Querelen“ mit den Kassenleitern, aber auch mit Kassenärzten und Krankenhausmedizinern, die der Ausdehnung des VÄD aus naheliegenden Gründen kritisch gegenüberstanden.¹⁴⁵ „Die Loslösung der Vertrauensärzte von den Kassen darf nicht dazu führen, daß eine gedeihliche Zusammenarbeit darunter leidet“, hatte der Landesvertrauensarzt der LVA Württemberg, Müller, im Zuge der Reform gewarnt.¹⁴⁶ Eben dieser Zustand schien an vielen Stellen eingetreten zu sein.

Konfliktpotential bargen allerdings nicht nur die Kostensteigerungen an sich, sondern auch die Frage ihrer Verteilung. Nach den Reformbestimmungen von 1936 war nicht mehr die einzelne Krankenkasse Kostenträger des VÄD, sondern die neu geschaffenen Krankenversicherungs-Abteilungen der LVAen, die die Aufwendungen wiederum auf die „Gesamtheit der Kassen ihres Bezirks“ umzulegen hatten. Der RAM hatte eine konkrete Regelung der Kostenumlage in seinem Erlass ausgespart und es den LVA-Leitern anheim gestellt, in Abstimmung mit den Krankenkassen ein regional passendes Verfahren zu entwickeln. Von der Gemeinschaftsstelle waren wiederum drei Musterverfahren ins Spiel gebracht worden: Eine Umlage nach Mitgliederzahlen, eine Umlage nach Untersuchungsfällen sowie eine „Verbindung beider Umlageformen“. Die Gemeinschaftsstelle favorisierte zunächst die vergleichsweise unbürokratische Umlage nach Mitgliederzahlen, um die Gesamtkosten des VÄD im Hinblick auf die übergeordneten Sparziele des Vierjahresplans zu begrenzen. „Dieser in seiner Auswirkung geradezu gigantische Plan verlangt mit unerbittlicher Strenge, daß eine Erhöhung der Preise unter allen Umständen unterbleibt“, merkte der Direktor der Gemeinschaftsstelle dazu an. Um der Position Nachdruck zu verleihen, mahnte Falk,

143 Betriebskrankenkasse der A.-G. der Eisen- u. Stahlwerke an das Bezirksamt-Versicherungsamt-Konstanz, 23. Juli 1935, GLAK 462 1994/38, Nr. 276.

144 Vgl. Süß, Volkskörper, S. 244.

145 Höfler-Waag, Leistungsmedizin, S. 132.

146 Müller, Der neue vertrauensärztliche Dienst in Württemberg, S. 14.

auch die Träger der Sozialversicherung müssten sich gewahr sein, „daß man die Höhe ihrer Ausgaben und insbesondere etwaige Beitragserhöhungen in der kommenden Zeit mit besonders scharfem Auge überwachen und gegebenenfalls mit starker Hand in die Verwaltung eingreifen“ werde. Insofern sollten die LVA-Leiter erwägen, „ob sie nicht wenigstens versuchsweise dazu übergehen wollen [...], die Verrechnung der Kosten des vertrauensärztlichen Dienstes nach Mitgliederzahlen vorzunehmen“.¹⁴⁷ Eine Gegenposition zur Gemeinschaftsstelle vertraten die Spitzenverbände der Krankenkassen, die für eine strenge Kostenumlage nach Fallzahlen auf die Krankenkassen optierten, denen damit das Heft des Handelns zumindest in Teilen in der Hand belassen werden sollte.

Beide Verfahren stießen indes bei den LVA-Leitern auf Widerspruch. Die Gemeinschaftsstelle schwenkte daraufhin auf die Position der im Ausschuss stark repräsentierten Kassenverbände um und konfrontierte die LVA-Leiter per Rundschreiben mit einer Beschlussfassung des Ausschusses, der sich einhellig für eine strenge Umlage nach Fallzahlen ausgesprochen hätte. Das Vorpreschen rief wiederum Irritationen bei den Rentenversicherungsträgern hervor. Major a. D. Wagner, Leiter der LVA Hannover und bezeichnenderweise selbst Mitglied im Ausschuss der Gemeinschaftsstelle, teilte Storck mit, er könne sich nicht daran erinnern, dass „ein derartiger einstimmiger Beschluß gefaßt“ worden sei und hege im Verbund mit zahlreichen Amtskollegen gegen das vorgesehene Verfahren vielmehr die „allergrößten Bedenken“: Die Umlegung nach Fallzahlen sei „ungerecht“, so Wagner, „weil es die Kassenleiter dann in der Hand haben, ob und in welchem Umfang sie sich an der Aufbringung der Kosten beteiligen wollen“, in Konsequenz also die „persönliche Einstellung des Kassenleiters“ die Leistungsfähigkeit des VÄD bestimme. „Auf so eine unsichere Grundlage“ aber dürfe „der von den Landesversicherungsanstalten aufzubauende vertrauensärztliche Dienst nicht gestellt werden“. Wagner schlug stattdessen „einen kombinierten Schlüssel“ vor – eine Position, der sich weitere LVA-Leiter wie Fritz Mißmahl aus der Rheinprovinz anschlossen, der als stellvertretender Leiter des Reichsverbandes fungierte. Wie Mißmahl sekundierte, könne er „den niedergelegten Auffassungen [Wagners] nur beipflichten“, dass die „Kostenumlegung nur nach einem kombinierten Schlüssel erfolgen kann“. Er habe den

147 Karl Falk, Umlegung der Kosten des vertrauensärztlichen Dienstes, undatierter Bericht [1936], sv:dok 26/1621.

LVA-Leitern „empfohlen, hiernach zu verfahren“ – und dies wiederum ohne vorherige Abstimmung mit der Gemeinschaftsstelle.¹⁴⁸

Wie es sich in dem spannungsreichen Schriftverkehr bereits andeutete, ließ sich eine einheitliche Kostenregelung für den VÄD im Ergebnis nicht realisieren. „Die Frage der Umlage hat bis jetzt zu 14 verschiedenen Umlageverfahren geführt, obwohl doch nur 3 Möglichkeiten offen gelassen wurden“, fasste der stellvertretende Vorsitzende des Reichsversicherungsamtes und Minister Schmidt 1938 die chaotische Situation lakonisch zusammen. Die auf dem Fuß folgende Drohung, das RVA werde den inakzeptablen Zustand in Kürze beenden, blieb indes ohne Wirkung.¹⁴⁹ Noch 1941 kritisierte ein Kassenleiter im Hinblick auf die heterogene Praxis der Versicherungsanstalten eine „Buntcheckigkeit der Umlageverfahren, die ihresgleichen sucht“.¹⁵⁰

Als eine fortwährende und bestimmende Problematik bei der Reorganisation des VÄD erwies sich die Frage des Personals. Nach der Reform von 1936 verfügte der VÄD zwar über eine formal großzügige Personalausstattung, konnte das Soll der veranschlagten Vertrauensarztstellen jedoch nicht erfüllen.¹⁵¹ Auch in der Folgezeit standen die expandierenden Aufgaben des VÄD in starkem Kontrast zu seinen personellen Kapazitäten, wie die Überlieferung der Gemeinschaftsstelle zeigt, die die Problematik der Rekrutierung ärztlichen Personals in Rundschreiben regelmäßig adressierte.¹⁵² Die Gründe für den Personalmangel waren vielschichtig und wandelten sich. In der Vorkriegszeit fielen hierfür die Legitimationsprobleme des VÄD in der zeitgenössischen Ärzteschaft stark ins Gewicht.¹⁵³ Hinzu kam, dass die vertrauensärztliche Tätigkeit als Beamter bei einer LVA insbesondere für erfahrene Ärzte

148 Wagner an Storck, 6.11.1936; Mißmahl an Storck, 21.11.1936, sv:dok 26/1621.

149 Georg Schmidt, Der vertrauensärztliche Dienst und seine Beziehungen zu den übrigen Gemeinschaftsaufgaben (Vortragsmanuskript zum 2. Fortbildungslehrgang für Vertrauensärzte vom 11. bis 18.9.1938), sv:dok 26/1622, Teil 2. Für biographische Angaben siehe Tennstedt, Soziale Selbstverwaltung, S. 202, Fn. 76.

150 Leiter Lichterfelder Ersatzkasse an Verband der Arbeiter-Ersatzkassen e.V., 11.6.1941, sv:dok 26/1621.

151 Süß, Volkskörper, S. 244, 248 f.

152 Die Problematik ist umfassend dokumentiert im Bestand sv:dok 26/1794.

153 „Der vertrauensärztliche Dienst“, resümierte der RAM-Vertreter Sauerborn, „erschien nicht erstrebenswert, und selbst geeignete, verantwortungsbewußte Ärzte scheuten sich, einen solchen Beruf zu ihrer Lebensaufgabe zu machen, da das Ansehen des Vertrauensarztes in weiten Kreisen der Wichtigkeit, Bedeutung und Verantwortung des vertrauensärztlichen Dienstes in keiner Weise entsprach.“ Sauerborn, Neuregelung, S. 149.

finanziell nicht attraktiv war, zumal die Beamtenstellung die Ausübung privatärztlicher Tätigkeiten erheblich einschränkte.¹⁵⁴

Nach den Bestimmungen des RAM oblag die Auswahl von Vertrauensärzten dem Leiter der jeweiligen Versicherungsanstalt, „der letzten Endes nach pflichtmäßigem Führerermessen verantwortlich darüber entscheidet“, sich allerdings mit dem Reichsführer der KVD abzustimmen hatte. Bei der Einstellung von Vertrauensärzten waren personenbezogene, weltanschauliche und fachliche Voraussetzungen zu berücksichtigen. Zuvorderst galt im NS-Staat für sämtliche Aspiranten das „Erfordernis arischer Abstammung“. Bei den Vertrauensärzten fanden die besonders restriktiven Vorschriften des Reichsbeamtengesetzes von 1933 Anwendung, so dass beispielsweise ein Arzt, von dem ein Großelternanteil oder dessen Ehefrau als „nicht arisch“ galt, nicht in den VÄD gelangen konnte.¹⁵⁵ Weiter wurde von den Bewerbern eine „deutsche Approbation und Reichszugehörigkeit“ verlangt. Hinzu kam drittens das „Erfordernis besonderer fachlicher Eignung“, das durch „eine mehrjährige ärztliche Tätigkeit, die den Bewerber für eine Vertrauensarztstellung als besonders geeignet erscheinen läßt“, nachzuweisen war. Dabei kamen mehrere Möglichkeiten in Betracht. So konnte die fachliche Eignung entweder durch „eine klinische ärztliche Tätigkeit von angemessener Dauer“, „eine längere kassenärztliche Tätigkeit“, „eine längere Beschäftigung als Vertrauensarzt in der Krankenversicherung“ oder „eine längere Tätigkeit als beamteter Arzt“ nachgewiesen werden. Viertens schließlich war die „sachliche Eignung“ zu berücksichtigen: Diese bezog sich allerdings „nicht nur auf die medizinisch-wissenschaftlichen Fähigkeiten“ des Bewerbers, sondern schloss die „körperliche und geistige Gesundheit, guten Leumund in sittlicher Beziehung, Wahrung der ärztlichen Standeswürde und dergleichen“ mit ein. Er musste zudem „charakterlich einwandfrei“ sein und gewährleisten können, „daß er jederzeit rückhaltlos für den nationalsozialistischen Staat eintritt“ – eine „Selbstverständlichkeit“, die nach Auffassung des RVA-Senatspräsidenten Bruno Kühne in den Bestimmungen „nicht erst ausdrücklicher Erwähnung“ bedurfte. Wie Kühne selbst – allerdings eher beiläufig – bemerkte, bestand „hier ein grundsätzlicher Bruch mit dem

154 Süß, Volkskörper, S. 248.

155 Die Gemeinschaftsstelle präziserte hierzu, „daß ein Arzt weder als haupt- noch als nebenamtlicher noch als vorübergehend beschäftigter Vertrauensarzt bestellt werden kann, wenn seine Ehefrau nichtarischer Abstammung ist“. Rundschreiben Gemeinschaftsstelle „Neuregelung des vertrauensärztlichen Dienstes der Krankenversicherung. Auskünfte der Gemeinschaftsstelle der Landesversicherungsanstalten“, 23.10.1936, sv:dok 26/1876, Teil 2.

früheren Recht, das ausdrücklich weltanschauliche und politische Erwägungen bei der Auswahl“ von Vertrauensärzten ausgeschlossen hatte.¹⁵⁶

Während sich der LVA-Leiter bei der Besetzung von einfachen Vertrauensarztstellen lediglich mit der KVD und der „Kasse, für die der Vertrauensarzt tätig werden soll“, abzustimmen hatte, war im Falle der Besetzung einer Leitungsposition im VÄD, den Landes- oder Obervertrauensarztstellen, zusätzlich das Votum der Gemeinschaftsstelle einzuholen. Hinzu kam die übergeordnete Bestimmung des RAM, den bestehenden vertrauensärztlichen Personalkörper im Zuge der Reorganisation weitestmöglich unangetastet zu lassen. Die im VÄD bereits eingesetzten Ärzte und Hilfskräfte seien – „wenn nicht wichtige Gründe entgegenstehen“ – zu übernehmen, wodurch verhindert werden sollte, „daß die Umorganisation und der Umbau des vertrauensärztlichen Dienstes zu einer Schädigung der bisherigen Vertrauensärzte“ führt. Die Relevanz dieser Vorgabe geht daraus hervor, dass sich der RAM im Falle einer Nichtübernahme „die Entscheidung selbst“ vorbehielt. Die Bestimmungen richteten sich zwar vorrangig an das hauptamtliche Personal, erstreckten sich aber auch auf nebenamtliche Vertrauensärzte, die ebenfalls „in der Regel zu übernehmen sein dürften“.¹⁵⁷

Tatsächlich „bereitete die Übernahme in zahlreichen Fällen erhebliche Schwierigkeiten“, wie der Direktor der Gemeinschaftsstelle 1938 resümierte. Diese lagen allerdings hauptsächlich in der Umwandlung bisheriger Angestellten- in Beamtenverhältnisse begründet, zumal „die Dienstverhältnisse früher fast bei jeder Kasse in einer anderen Weise geregelt waren“. Die hieraus resultierenden Probleme konnten von der Gemeinschaftsstelle in der Regel eigenständig gelöst werden und bedurften nicht der Intervention des RAM.¹⁵⁸ In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle erfolgte die Übernahme dagegen reibungslos.¹⁵⁹ Dies war nicht zuletzt den vorgeschalteten

156 Für die vorstehenden Zitate vgl. Bruno Kühne, Die Neuregelung des vertrauensärztlichen Dienstverhältnisses in der Krankenversicherung, in: Die Arbeiter-Versorgung 53 (1936), H. 23, S. 373-379, S. 376 f. Zur Biographie Kühnes siehe Tennstedt, Das Reichsversicherungsamt und seine Mitglieder, S. 78.

157 Grünewald, Neuregelung, S. 533.

158 Vgl. Falk, Der vertrauensärztliche Dienst (Auszug), undatiert [1938], sv:dok 26/1622, Teil 2.

159 Bei der LVA Berlin wurden 1936 22 Dienststellen und 63 Vertrauensärzte übernommen. Vgl. Carolin Wiethoff, Die Landesversicherungsanstalten Berlin und Brandenburg in der NS-Zeit, in: Sozialer Fortschritt 68 (2019), H. 2-3, S. 175-192, S. 187. Bei kleineren Versicherungsträgern wie der LVA Oldenburg-Bremen wurde der VÄD erst 1938 eingerichtet und verfügte über einen hauptamtlichen und neun nebenamtliche Vertrauensärzte sowie zwei hauptamtliche Hilfskräfte. Nach der Angliederung Bremens an den Anstaltsbezirk wuchs die Zahl 1939 auf sieben hauptamtliche und zwölf nebenamtliche Ärzte. Vgl.

Personalsäuberungen in der Vertrauensärzteschaft geschuldet, im Zuge derer „alle diejenigen entfernt“ worden waren, „die vom Rassestandpunkt aus sowie unter dem Gesichtspunkt der politischen Zuverlässigkeit entfernt werden mussten“, wie Storck dem RAM berichtete.¹⁶⁰

Personelle und funktionelle Probleme in der Phase der Aufrüstung

Die personelle Entwicklung des VÄD war gekennzeichnet durch eine Ambivalenz zwischen Anspruch und Wirklichkeit. Auf der einen Seite wiesen sowohl die Ressourcen als auch die Stellenpläne seit 1936 eine durchweg steigende Tendenz auf. So wurde die Zahl der hauptamtlichen Planstellen innerhalb nur eines Jahres von 300 (1936) auf 590 erhöht, hinzu kamen 391 nebenamtliche Stellen.¹⁶¹ Bei einzelnen Versicherungsträgern wie der Ruhrknappschaft, bei der aufgrund ihrer Zuständigkeit für den kriegswichtigen Bergbau ein erhöhtes Überwachungsinteresse bestand, wurden bis 1938 sogar fünf vertrauensärztliche Dienststellen eingerichtet, in denen jeweils 20 Vertrauensärzte beschäftigt waren.¹⁶² Auf dem Papier setzte sich dieser Anstieg auch nach Kriegsbeginn unvermindert fort: 1943 verfügte der VÄD über 939 hauptamtliche und 426 nebenamtliche Stellen, wobei sein Einsatzgebiet zu dieser Zeit auch Österreich und das Sudetenland umfasste.¹⁶³ Indes war dieser Personalkörper ein Trugbild, denn faktisch gelang es über den gesamten Untersuchungszeitraum nicht, die vorgesehenen Stellen vollständig zu besetzen.

Zeitgenössische Kommentare legen nahe, dass die anhaltenden Legitimationsprobleme des VÄD hierfür einen wesentlichen Grund darstellten. Kühne widmete sich 1938 in einem längeren Aufsatz den „Problemen des vertrauensärztlichen Dienstes der Krankenversicherung“ und konstatierte, dass es „mancherorts – auch in ganzen Bezirken – noch an vielem fehlt, vor allem an geeigneten Vertrauensärzten selbst“. Als Ursachen benannte er die „im Verhältnis zum sonstigen Ärztteeinkommen als zu niedrig angesehenen Bezüge der Vertrauensärzte“ an, führte aber auch den Umstand

Landesversicherungsanstalt Oldenburg-Bremen (Hg.), 100 Jahre Landesversicherungsanstalt Oldenburg-Bremen, S. 222.

160 Storck an RAM, 30.5.1940, sv:dok 26/1619.

161 Süß, Volkskörper, S. 244.

162 Seidel, Gesundheitspolitik, S. 217.

163 Vgl. Süß, Volkskörper, S. 244.

an, dass „der aus der freien Praxis oder aus der Krankenhauspraxis kommende Arzt im vertrauensärztlichen Dienst eine bürokratische Beschäftigung erblickt, die ihn der behandelnden Tätigkeit entfremdet, zum ungeliebten Kontrollbeamten macht und mit nichtärztlicher Verwaltungsarbeit über Gebühr belastet“. Vorbehalte und Bedenken gegen die vertrauensärztliche Tätigkeit würden insofern gerade jene Ärzte hegen, die „von besonders hohem Berufsethos“ erfüllt seien.¹⁶⁴

Hinzu kam, dass die Gemeinschaftsstelle und die ihr zuarbeitenden Landesvertrauensärzte bei der Personalrekrutierung ideologisch formbare Nachwuchsärzte bevorzugten, eine Verjüngung des VÄD anstrebten und der Einstellung älterer Ärzte skeptisch gegenüberstanden. Dies stellte in gewisser Weise eine Abweichung von der personalpolitischen Leitlinie des RAM dar, das eher quantitativ orientiert war und für die personelle Erweiterung die weitestmögliche Übernahme berufserfahrener Vertrauensärzte eingefordert hatte.¹⁶⁵ Der Landesvertrauensarzt der LVA Hamburg, Hermann Brechmann, als enger Mitarbeiter Storcks in die Personalpolitik der Gemeinschaftsstelle direkt involviert, war indes „prinzipiell dagegen, dass man Herren, die so alt sind, weiter im vertrauensärztlichen Dienstes beschäftigt, da ich mir nicht vorstellen kann, dass diese Herren noch den Anforderungen, die heute an sie gestellt werden, genügen können“.¹⁶⁶ Dieses Sichtweise prägte die Personalpolitik der Gemeinschaftsstelle, die den LVA-Leitern bereits 1936 mitgeteilt hatte, eine „Anstellung von Ärzten im vorgeschrittenen Lebensalter als hauptamtliche Vertrauensärzte im Beamtenverhältnis“ komme „nicht in Frage“. Lediglich eine „ausnahmsweise Anstellung“

164 Kühne, Probleme des vertrauensärztlichen Dienstes, S. 2.

165 Für die Perspektive des RAM vgl. auch Sauerborn, Neuregelung, S. 151: „Es ist selbstverständlich, daß die bisher im vertrauensärztlichen Dienst bewährten Ärzte, soweit irgendwie die Möglichkeit hierzu besteht, in den neuen vertrauensärztlichen Dienst übernommen werden. Das erfordert schon das Treueverhältnis. [...] Es wird nicht angehen, daß jetzt in größerem Umfange neue Ärzte in den vertrauensärztlichen Dienst einberufen werden, wenn nicht zuvor für die vorhandenen bewährten Helfer der neue Arbeitsplatz bestimmt ist. Es kann also damit gerechnet werden, daß die Aufsichtsbehörden dieser Seite der Angelegenheit ernste Beachtung schenken [...] werden. Wie ernst der Reichsarbeitsminister gerade die Treuepflicht gegenüber den bisher im vertrauensärztlichen Dienst hauptamtlich tätigen Vertrauensärzten auffaßt, geht daraus hervor, daß er selbst sich die Entscheidung vorbehält, wenn ein vorhandener Vertrauensarzt nicht in den neuen vertrauensärztlichen Dienst übernommen werden soll. [...] Der Bedarf an Vertrauensärzten wird in Zukunft wahrscheinlich stärker sein als bisher. So wird es notwendig sein, die bereits vorhandenen erfahrenen Vertrauensärzte als Rückgrat der neuen Einrichtung einzusetzen.“

166 Brechmann an Storck, undatiert, sv:dok 26/1869, Teil 1. Diese Einstellung bildete sich in der Besetzung des VÄD der LVA Hamburg unmittelbar ab. Von den elf verbeamteten Vertrauensärzten waren sechs zwischen 30 und 40, vier zwischen 40 und 50 und lediglich einer über 50 Jahre. Storck an Falk, 24.5.1939, sv:dok 26/1799, Teil 1.

im Angestelltenverhältnis sei möglich, sofern es sich „noch um einen voll leistungsfähigen, in jeder Hinsicht körperlich und geistig rüstigen Arzt“ handele, wie die Gemeinschaftsstelle einschränkte.¹⁶⁷ Tatsächlich fanden in der Folge vor allem junge und weltanschaulich einschlägige Ärzte den Weg in den VÄD. Die Sopade vermerkte hierzu: „Es amtieren als Vertrauensärzte nur noch junge Ärzte, die von echtem Nazi-Frontgeist beseelt sind.“¹⁶⁸

Dies galt im besonderen Maße für die Landesvertrauensärzte, die Leiter der regionalen Dienste. Diese sollten nach Auffassung Walters, dem die Auswahl als ärztlicher Berater der Gemeinschaftsstelle weitgehend vorbehalten war, Männer sein, „die neben den notwendigen ärztlichen Eigenschaften auch verwaltungsmäßige Erfahrungen“ besitzen sollten.¹⁶⁹ Wichtiger noch waren eine einschlägige Mitgliedschaften und Vernetzungen in der Partei: So gehörten die Landesvertrauensärzte „fast alle den Beiräten der Gauämter für Volksgesundheit an“, viele von ihnen waren zudem „an leitender Stelle in anderen Gliederungen der Partei tätig“.¹⁷⁰ Im Ergebnis befanden sich in diesem so von Walter bezeichnetem „Führerkorps“ „erste Vertreter der nationalsozialistischen Bewegung, Blutordensträger und Inhaber des Goldenen Parteiabzeichens, hohe Parteiführer, Gruppenführer der SA“. Die Landesvertrauensarztstellen waren die einzigen im VÄD, die nach der Reorganisation innerhalb eines Jahres vollständig besetzt werden konnten.¹⁷¹ Ablehnungen waren auf dieser Stellenebene selten, kamen aber durchaus vor.¹⁷²

167 Rundschreiben Gemeinschaftsstelle „Neuregelung des vertrauensärztlichen Dienstes der Krankenversicherung. Auskünfte der Gemeinschaftsstelle der Landesversicherungsanstalten“, 23.10.1936, sv:dok 26/1876, Teil 2.

168 Sopade 1936, Bd. I, Nr. V, S. 110A, zit. n. Tennstedt, Sozialgeschichte der Sozialversicherung, S. 476.

169 Niederschrift über die Zusammenkunft der Landesvertrauensärzte der Landesversicherungsanstalten beim Reichsversicherungsamt Berlin am 12. August 1940, undatiert, sv:dok 26/1622, Teil 1.

170 Storck an RAM, 330.5.1940, sv:dok 26/1619.

171 Niederschrift über die Zusammenkunft der Landesvertrauensärzte der Landesversicherungsanstalten beim Reichsversicherungsamt Berlin am 12. August 1940, undatiert, sv:dok 26/1622, Teil 1.

172 In den Quellen findet sich der Hinweis, dass der für die Landesvertrauensarztstelle der LVA Mecklenburg vorgeschlagene Dr. Stein von der Gemeinschaftsstelle „abgelehnt“ worden sei, wobei die Gründe unklar bleiben. Dem stand die Bestätigung der Landesvertrauensärzte der LVAen Baden (Dr. Hoelzer), Berlin (Dr. Roeckl), Brandenburg (Dr. Ebeling), Hannover (Dr. Schmücking), Hansestädte (Dr. Brechmann), Hessen (Dr. Tröscher), Sachsen (Dr. Förster), Sachsen-Anhalt (Dr. Hofbauer), Schlesien (Dr. Thomas), Schleswig-Holstein (Dr. Schellmann), Thüringen (Dr. Schott), Westfalen (Dr. Gies), Württemberg (Dr. Beuttenmüller) gegenüber. Vgl. Aktennotiz Gemeinschaftsstelle „Leiter des vertrauensärztlichen Dienstes“ v. 6.10.1936, sv:dok 26/1619.

An der Wende zum Krieg hatte sich die Personalsituation nicht gebessert. Während die Leitungspositionen im VÄD im Juni 1939 zwar vollständig besetzt waren, war dies bei 132 vorgesehenen Oberarztstellen nur bei 83 und bei den 431 Vertrauensarztstellen nur bei 303 der Fall. Die nebenamtlichen Stellen wiesen ebenfalls hohe Leerstände auf.¹⁷³ Nach Kriegsbeginn, im November 1939, ergibt sich ein im Detail abweichendes, im Ganzen jedoch unverändert defizitäres Bild. Einerseits war die Zahl der Stellen abermals erhöht wurden, sodass im VÄD nunmehr ein Sollbestand von 154 Obervertrauensärzten und 517 hauptamtlichen Vertrauensärzten gegeben war. Demgegenüber waren 16 Obervertrauens- und 95 hauptamtliche Vertrauensarztstellen unbesetzt, was eine Fehlquote von 16 Prozent ergab. Um diese zu füllen, setzte die Gemeinschaftsstelle auf die verstärkte Rekrutierung von nebenamtlichen Vertrauensärzten, für die eigentlich nur 298 Stellen eingerichtet waren, deren tatsächliche Zahl allerdings 455 betrug.¹⁷⁴ Hauptursache für die wachsenden Personaldefizite waren die massenweise Einberufungen von Vertrauensärzten zum Kriegsdienst.

In Verbindung mit den ausgeweiteten Kontrollaufgaben, die der VÄD im Rahmen der Rüstungskonjunktur zu erfüllen hatte, hatte der Personalmangel zur Folge, dass bereits in der Vorkriegszeit sogenannte vertrauensärztliche Stoßtrupp-Aktionen einsetzten.¹⁷⁵ Dies war erstmals 1938 der Fall, als ein vertrauensärztlicher Stoßtrupp zu einer „Sonderaktion im Saargebiet“ entsandt wurde mit dem Auftrag, „große Mengen von Schanzarbeitern“, die im Bau des Westwalls eingesetzt werden sollten, „auf Arbeitsfähigkeit zu untersuchen“.¹⁷⁶ Derartige zielgerichtete Einsätze, die sich im Zuge des kriegswirtschaftlichen Umbaus der Arbeitsorganisation häufen sollten, bedeuteten indes nur auf den ersten Blick eine Entlastung. Vielmehr verschärften sie die personellen Probleme des VÄD vor Ort und stießen daher anfangs selbst innerhalb der Vertrauensärzteschaft nicht auf ungeteilte Zustimmung. Wie der Hamburger Landesvertrauensarzt Brechmann in einem Schreiben an Walter durchblicken ließ, erschienen ihm solche Einsätze nicht nur wenig zielführend, sondern im Hinblick auf den Personalausfall bei den regionalen vertrauensärztlichen Diensten geradezu fahrlässig.

173 Redemanuskript Storck zur Eröffnung des zweiten Vertrauensarzturses in Alt-Rhese am 31.6.1939, undatiert, sv:dok 26/1622, Teil 2.

174 Gemeinschaftsstelle, Übersicht über den Bestand an Vertrauensärzten am 1. November 1939, 20.11.1939, sv:dok 26/1619.

175 Vgl. demgegenüber Knödler, Reform, S. 129 f., der die „Premiere“ der Stoßtrupps auf einen Einsatz in Stuttgart im April 1940 datiert.

176 Brechmann an Walter, 20.7.1938, sv:dok 26/1619.

„Diesmal muss sogar die Stenotypistin mit“, teilte Brechmann Walter voller Unverständnis mit. „Insgesamt sind diesmal sogar 20 Vertrauensärzte dafür angefordert worden [...]. Ich weiß nun kaum noch, wie man den Dienst aufrecht erhalten soll.“ Er bezweifelte, „ob der Weg, den das Arbeitsministerium bzw. die Gemeinschaftsstelle geht, der Richtige sei“, zumal Vertrauensärzte nach seiner Auffassung bei den im Schanzbau eingesetzten Arbeitern völlig Fehl am Platze waren: „Diese Menschen, wenn sie auch nur grob sortiert worden sind, stellen aber doch ein ganz anderes Material dar, als diese Menschen, die wir hier täglich zur Untersuchung vorgesetzt bekommen. [...] Zu diesen Schanzarbeiten wird man aber doch in der Hauptsache nur gesunde Menschen heranziehen und nur einen Teil Anbrüchige, die infolge des Arbeitsmangels [sic] mitgenommen werden. Von diesem Gesichtspunkt aus müsste der vertrauensärztliche Dienst dort ein Zwischending darstellen, zwischen einer militärischen Musterung und einer vertrauensärztlichen Untersuchung. Zu dieser Arbeit würde ich nicht besonders gut ausgebildete Vertrauensärzte heranziehen.“ Für Brechmann erschien es ausreichend, dort „einige Röntgen-Apparaturen“ aufzustellen und „sich im übrigen mit Blutkörperchensenkungen und Temperaturmessungen“ zu behelfen. Die Funktionsfähigkeit des VÄD in den Regionen sei ansonsten kaum mehr sicherzustellen, da „wir Landesvertrauensärzte nicht mehr wissen, wie wir die Lücken ausfüllen sollen, da wir einen Teil der Leute abgeben müssen, während die Anderen ihrer militärischen Übung genügen, oder doch schließlich auch mal in Urlaub gehen wollen“.¹⁷⁷

Der angesprochene Walter, der rund einen Monat später durch das Reichsarbeitsministerium zum „Sonderbeauftragten für den Vertrauensärztlichen Dienst“ ernannt werden sollte und offenbar über genauere Informationen verfügte, zeigte einerseits Verständnis für die praktischen Nöte seines Berufskollegen, gab Brechmann andererseits aber unmissverständlich zu verstehen, dass diese Einsätze von übergeordneter Relevanz wären und das Erscheinungsbild des VÄD zukünftig wesentlich prägen würden. Es sei eine „besondere Verfügung zur Verfügungsstellung von Vertrauensärzten für Sonderaufgaben staatspolitischer Bedeutung“ zu erwarten, deren „besondere Bedeutung und Notwendigkeit“ Walter unterstrich, ohne sie zu konkretisieren. Es seien alle „Bedenken, wenn sie auch noch so schwerwiegend sind, [...] unbedingt

177 Brechmann an Walter, 20.7.1938, sv:dok 26/1619.

zurückzustellen“ und „in jeder Beziehung ideell und materiell die bestehenden Absichten zu unterstützen“, wobei er Brechmann zur „uneingeschränkte[n] Mitarbeit“ aufforderte.¹⁷⁸

Diese Episode verdeutlicht zum einen das tönernen Personalfundament des VÄD. Zum anderen illustriert sie dessen Funktionswandel zu einem beweglichen Instrument des „Arbeitseinsatzes“, das zentral koordiniert und nach Bedarf für konzertierte Krankenummusterungsaktionen zusammengezogen wurde. Die Tendenz zu einer organisatorischen Verselbständigung verstärkte sich nach Kriegsbeginn, als der VÄD eine beträchtliche Eigendynamik entfalten und der steuernde Einfluss der Rentenversicherungsträger weiter abnehmen sollte.

III. Agenten des „Arbeitseinsatzes“: Der VÄD im Krieg

Von der Gesundheitspolitik zum „Arbeitseinsatz“

Mit der Politik des „Arbeitseinsatzes“ an der Wende zum Krieg erfuhren die Rahmenbedingungen des VÄD eine weitreichende Modifizierung, was sich wiederum auf dessen Organisation und praktische Durchführung auswirkte. In diesem Zusammenhang ist vor allem die Straffung der Arbeitsverwaltung zu nennen, die 1938 einsetzte, als die Kompetenzen des Präsidenten der Reichsanstalt für Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung schrittweise auf das RAM übertragen wurden. Die im formalen Sinne bis dahin unabhängige Reichsanstalt wurde dem RAM als Abteilung einverleibt und der Reichsregierung unmittelbar unterstellt. Den Arbeitsämtern wurde wiederum im Rahmen der „Verordnung über den Arbeitseinsatz“ von März 1939 der Status von Reichsbehörden zuerkannt, was dem NS-Regime einen direkten Zugriff ermöglichte. Diese Maßnahmen mündeten zusammengenommen in einer Zentralisierung des „Arbeitseinsatzes“, dessen Lenkung nunmehr eine hoheitliche Aufgabe darstellte.¹⁷⁹ Die Umbrüche blieben nicht ohne Auswirkungen auf die Leitziele der nationalsozialistischen Gesundheitspolitik, die nach Kriegsbeginn auf die Erfordernisse des „Arbeitseinsatzes“ ausgerichtet wurde. Waren gesundheitspolitische Maßnahmen in den Friedensjahren der

178 Walter an Brechmann, 19.7.1938, sv:dok 26/1619.

179 Vgl. Karsten Linne, Von der Arbeitsvermittlung zum „Arbeitseinsatz“. Zum Wandel der Arbeitsverwaltung 1933 bis 1945, in: Marc Buggeln/Michael Wildt (Hg.), Arbeit im Nationalsozialismus, München 2014, S. 53-70, S. 60.

NS-Diktatur noch überwiegend dem „Leitprinzip rassehygienischer Gesellschaftsformung“ verhaftet gewesen, schoben sich nach Kriegsbeginn die Kriterien Leistung und Produktivität in den Vordergrund. In letzter Konsequenz avancierte Gesundheitspolitik ab 1939 zu einer „abgeleiteten Größe der Arbeitseinsatzpolitik“.¹⁸⁰

Das organisatorisch gestraffte und ab 1939 massiv expandierende „Arbeitseinsatz“-Regime zielte weitaus kompromissloser als in Friedenszeiten auf die maximale Erschließung und Verwertung menschlicher Arbeitskraft zugunsten kriegswirtschaftlicher Produktionsziele ab. Hieran angelagert war die Vorstellung eines flächendeckenden und engmaschigen Krankenüberwachungssystems, das dem Regime als wirksamer Hebel zur Einhegung betrieblicher Krankheits- und Fehlzeiten galt. Zu diesem Zweck wurden im Feld der Krankenkontrolle nach Kriegsbeginn rechtliche, organisatorische und praktische Neuerungen etabliert, die zusammengenommen auf eine lückenlose Überwachung der versicherten Arbeitnehmer gerichtet waren. So hatten die Betriebsleitungen in rüstungswichtigen Branchen ab Oktober 1940 jeden arbeitsunfähig erkrankten Versicherten automatisch zur vertrauensärztlichen Nachuntersuchung zu melden, was in vielen Fällen auf eine „Gesundschreibung“ oder aber eine durch den Vorladungsdruck erpresste „freiwillige“ Rückmeldung des Versicherten am Arbeitsplatz hinauslief.

Eine in ihrer Wirkung auf die Krankenkontrolle kaum zu überschätzende Maßnahme war die Aufhebung der – allerdings schon zuvor ausgehöhlt – ärztlichen Schweigepflicht im Jahr 1943, was dem VÄD und den Arbeitseinsatzbehörden ermöglichte, sich von dem behandelnden Arzt die medizinischen Unterlagen des Versicherten zu verschaffen. Einen fundamentalen Bruch mit dem bestehenden Recht markierte der Wegfall des gesetzlichen Krankheitsbegriffs, der ab 1939 in der gesundheitspolitischen Praxis sukzessive durch die nicht-medizinischen Kategorie der „Arbeitseinsatzfähigkeit“ ersetzt wurde. Fortan begründete eine ärztlich festgestellte Erkrankung nicht mehr automatisch einen Anspruch auf Genesung und Regeneration, sondern löste die weitergehende Frage nach der verbliebenen Arbeitskraft des Kranken aus, die von Vertrauens- und Amtsärzten zu überprüfen war. Schließlich wurde es 1941 gesetzlich ermöglicht, Betriebsärzte im Nebenamt als Vertrauensärzte zu beschäftigen. Die neue Figur des „Betriebsvertrauensarztes“, der die im Grunde unvereinbaren

¹⁸⁰ Winfried Süß, Medizin im Krieg, in: Robert Jütte (Hg.), Medizin und Nationalsozialismus. Bilanz und Perspektiven der Forschung, Göttingen 2011, S. 190-200, S. 192.

Hilfsaufgaben der Betriebsärzte und die Kontrollaufgaben der Vertrauensärzte in Personalunion vereinigte, steht sinnbildlich für das in den Rüstungsbetrieben während des Krieges installierte Überwachungssystem.¹⁸¹ Hier war Gesundheit als individuelles und schützenswertes Gut vollends aufgehoben, der kranke Mensch zum Störfaktor im Produktionsablauf abqualifiziert und die utopische „Vorstellung, frei von Krankheiten zu sein, auf zynische Weise realisiert“, indem Krankschreibungen verweigert wurden, wie die Historikerinnen Gine Elsner und Heide Knake-Werner prägnant formulierten.¹⁸²

Krankenstanddiskurs und erweiterte Überwachungskonzepte

Es ist wichtig zu betonen, dass die Entwicklung des Krankenstandes für sich genommen keinen Anlass bot zu jenen Verschärfungen, wie sie ab 1939 im Feld der Krankenkontrolle eingeführt wurden. Die in Tabelle 1 im Anhang dargestellte Übersicht weist vielmehr eine überwiegend kontinuierliche Abfolge der im Reichsdurchschnitt dargestellten Krankenstandsziffern aus. Sprunghafte Anstiege, die dem Regime als Legitimation hätten gelten können, lassen sich hingegen nicht erkennen. Lediglich im Frühjahr 1939 überstieg der Krankenstand erstmals die Marke von vier Prozent – was sich in den beiden folgenden Jahren wiederholen sollte –, wurde aber schnell auf ein „normales“ Maß zurückgeführt. Wenngleich die teils signifikanten regionalen und branchenspezifischen Abweichungen bei den Krankenständen in der Tabelle unberücksichtigt bleiben, dürfte hierin alles in allem nicht das entscheidende Motiv für die oben dargelegten Verschärfungen gelegen haben.

Diese waren vielmehr den ab 1938 zunehmenden Klagen von staatlichen Institutionen und Arbeitgebern über erhöhte Krankenstände zuzuschreiben, die, so der Historiker Rüdiger Hachtmann, zum generellen „ideologischen Rüstzeug“ dieser Akteure gehörten.¹⁸³ Der Krankenstand stellt nur auf den ersten Blick eine objektive statistische Größe dar. Tatsächlich handelt es sich dabei um ein variables und sozial konstruiertes Phänomen, das in verschiedenen zeitlichen und diskursiven Kontexten unterschiedlich inszeniert und gedeutet werden kann. Hierbei ist zudem zu berücksichtigen, dass der

181 Siehe dazu Höfler-Waag, *Leistungsmedizin*, S. 147 f.

182 Elsner/Knake-Werner, *Der vertrauensärztliche Dienst*, S. 31. Vgl. auch Süß, *Gesundheitspolitik*, S. 75 f.

183 Hachtmann, *Industriearbeit*, S. 233.

Krankenstand kein Begriff der medizinischen Wissenschaften ist, sondern des Sozialversicherungsrechts und in der sozialen Praxis entsprechend vielfältige Auslegungen ermöglichte.¹⁸⁴ Die Relationalität des Begriffs illustriert just das Beispiel der NS-Diktatur, in der zugespitzt formuliert gar kein Krankenstand vorstellbar war, der den überzogenen Anforderungen der nationalsozialistischen Leistungsmedizin hätte genügen können. Vielmehr umgekehrt bestimmte diese darüber, wie bestimmte Krankheitserscheinungen und Krankenstände im Hinblick auf den „Arbeitseinsatz“ auszulegen waren. Wenngleich die pauschale These eines um sich greifenden „Drückebergertums“ insofern gerade für den NS-Staat mit seinem rigiden Arbeitszwang obsolet erscheint, entfaltete sie in der gesundheits- und arbeitsmarktpolitischen Diskussion der Zeit eine beträchtliche Wirkung.¹⁸⁵

Den Rahmen dazu bildete ein generelles Misstrauen des NS-Regimes, das hinter erhöhten Krankenständen eine heimtückische Allianz aus gutmütigen Ärzten auf der einen sowie „Simulanten“ und „Arbeitsscheuen“ auf der anderen Seite wähte.¹⁸⁶ Dieses Misstrauen flankierte und beförderte freilich von Beginn an die Expansionsentwicklung des VÄD, wurde in Anbetracht der Imagepflege für die umstrittene Einrichtung zunächst jedoch nicht zu stark nach außen getragen. Da der Vertrauensarzt zum ärztlichen Fürsprecher und Vermittler der Versicherten werden sollte,¹⁸⁷ blieb der unveränderte

184 Vgl. Hachtmann, *Industriearbeit*, S. 235. Zu den Variablen und Modi der Modellierung und Deutung von Krankenständen siehe auch die Artikel von Maria Blohmke/Karl Jost, *Krankenstand, medizinische Sicht*, in: dies. u.a. (Hg.), *Handbuch der Sozialmedizin*, Bd. 3: *Sozialmedizin in der Praxis*, Stuttgart 1976, S. 100-120, sowie Walter Zimmermann, *Krankenstand, deutsche Verhältnisse*, in: ebd., S. 121-141.

185 Hachtmann, *Industriearbeit*, S. 232, 235. Die Krankenstände sind daher wie auch die Existenz und das Handeln des VÄD keine verlässlichen Indikatoren für den Umfang von Simulantentum in der nationalsozialistischen Kriegswirtschaft, wie es in der historischen Forschung bisweilen postuliert wurde. Eine solche vereinfachende Schlussfolgerung findet sich etwa bei Sebastian Fink, *Eigensinn und Rückzug ins Private. Die Arbeiter des Stahl- und Walzwerks Riesa 1933 bis 1949*, in: Günther Heydemann/Jan Erik Schulte/Francesca Weil (Hg.), *Sachsen und der Nationalsozialismus*, Göttingen 2014, S. 303-318, S. 312: „Die Vertrauensärzte waren eine Instanz, die eingerichtet wurde, um Simulanten auf die Schliche zu kommen. Dass es eine solche überhaupt gab, beweist die Existenz des Problems des ‚Krankfeierns‘. Durch den Bericht der Vertrauensärzte wird dies statistisch untermauert.“ Fink setzt die Urteile der Vertrauensärzte über „Arbeitsfähigkeit“ absolut und mit Fehlurteilen der behandelnden Ärzte gleich.

186 Vgl. Süß, *Volkskörper*, S. 247.

187 Diese Intention illustrieren beispielsweise die Ausführungen Storcks auf einer vertrauensärztlichen Schulungsveranstaltung 1937: „Der Vertrauensarzt nach der gesetzlichen Neuregelung [...] wird durch die grundsätzliche Änderung seiner Stellung und die aus nationalsozialistischem Geiste geborenen Gedanken über die Gesundheitsführung im Staat in seiner Tätigkeit erst der Mann sein, der den Namen ‚Vertrauens‘-Arzt zu Recht trägt und nicht nur Vertrauensarzt der Kasse, sondern auch der Vertrauensarzt der deutschen

Überwachungscharakter des VÄD im Zuge der Reform von 1936 unterbelichtet. Mit der Rüstungskonjunktur und dem zunehmenden Arbeitskräftemangel hingegen wurden die Kontrollaufgaben des VÄD stärker akzentuiert und verschärfte Maßnahmen gegen Ärzte und Versicherte erwogen. Vertrauensärzte beteiligten sich aktiv an dieser Diskussion und überboten sich gegenseitig mit Vorschlägen, wie eine effizientere Überwachung dieser beiden Gruppen sichergestellt werden könnte. Während die nationalsozialistische Kontrollmedizin insgesamt primär den Patienten „im Visier“ hatte, setzte die vertrauensärztliche Diskussion dezidiert bei der Überwachung der Ärzte an.¹⁸⁸

Ein viel rezipierter Vorschlag war das „Konzept der faulen Fische“, das von dem Halleschen Vertrauensarzt Kluge 1937 in die Diskussion gebracht worden war. Die Grundidee bestand in einer gezielten Kontrolle der von erkrankten Versicherten bevorzugt aufgesuchten Ärzte, deren Testatverhalten auffällig erschien. Man brauche „kein ausgeklügeltes statistisches Netz“, so Kluge, „um die faulen Fische der Sozialversicherung zu fangen“. Die Sache werde „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 [den Versicherten, CW] die ‚Humanen‘ genannt werden.“ Diese sollten gemäß Kluges Konzept unter „vertrauensärztliche Zwangsverwaltung“ gestellt werden, bis sie ihr Verhalten ändern. Zudem werde man „in den bezeichneten Jagdgründen“ mit großer Wahrscheinlichkeit auch die unzuverlässigen Versicherten erfassen, wodurch „zwei Fliegen mit einer Klappe geschlagen“ würden.¹⁸⁹

Während das „Fischzugverfahren“ mithin bei der Ausschaltung der so diffamierten „Versager-Ärzte“ ansetzte, die ihren Patienten vermeintlich zu weit entgegenkamen, zielte das von dem Obervertrauensarzt der AOK Erfurt, Alfred Hofbauer, vorgeschlagene „Beratungsverfahren“ darauf ab, die behandelnden Ärzte von vornherein aus der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit hinaus zuhalten und diese Aufgabe vollständig an die Vertrauensärzte abzutreten. „Wenn Sie, Herr Kollege, ein eigennütziges Begehren spüren und Sie werden nicht gleich mit dem Versicherten fertig“, erläuterte Hofbauer dem Ausschuss der Gemeinschaftsstelle im Mai 1939 „lassen Sie es sein, schenken Sie sich

Volksgenossen ist.“ Niederschrift zu Schulungslehrgang für Vertrauensärzte vom 26.8. bis 5.9.1937, sv:dok 26/1622, Teil 2.

188 Vgl. Süß, Gesundheitspolitik, S. 73.

189 Zit. n. Ausführungen des Obervertrauensarztes Dr. Hofbauer in Erfurt anlässlich der Aussprache mit den Mitgliedern des von der Gemeinschaftsstelle bestellten Ausschusses am 16. Mai 1939, undatiert, sv:dok 26/1622, Teil 1. Dort auch die folgenden Zitate.

die Auseinandersetzungen, ärgern Sie sich mit dem Unvernünftigen nicht herum in Ihrem Sprechzimmer – jawohl, geben Sie es auf – unterschreiben Sie nur nicht, erfüllen Sie nicht, setzen Sie nur den Vollzug aus und bringen Sie den Versicherten auf den Weg zur vertrauensärztlichen Dienststelle.“ Während Hofbauer für das in Erfurt erprobte Verfahren, das er in seinem stark rezipiertem Buch „Gesundheitsehrlichkeit in der Krankenversicherung“ von 1939 ausführlich schilderte, reklamierte, „die behandelnden Ärzte von der unwürdigen Kontrolle“ zu befreien, zielte es tatsächlich umgekehrt auf deren Bloßstellung und gezielte Überwachung ab.¹⁹⁰ Die zentrale Idee, die Hofbauer bei einer Schulung der Gemeinschaftsstelle den anwesenden Vertrauensärzten vorstellte und die ferner in den Entwurf einer vertrauensärztlichen Dienstanweisung Eingang fand, bestand darin, das Beratungsverfahren im Sinne einer Sonde zu nutzen, um Gruppen „zuverlässiger“ und „nicht-zuverlässiger“ Ärzte erfassen und klassifizieren zu können: „Wir haben in Erfurt eine große Reihe von Kassenärzten – wir bezeichnen sie als Gruppe I - , die so klar und fest dastehen, daß sie einer Kontrolle durch den Vertrauensarzt nicht bedürfen. Diese Ärzte sind dem Beratungsverfahren angeschlossen! Sobald ein Arzt regelmäßig im Wege des Beratungsverfahrens überweist, gibt er zu erkennen, daß er sich freigemacht hat von unangebrachter Nachgiebigkeit unzuverlässigen Versicherten gegenüber.“ Hingegen sei bei Ärzten der „Gruppe II“ „u.U. bereits Überprüfung der Krankschreibung nötig“. Hierzu seien „all diejenigen Ärzte“ zu zählen, „die sich erst kurze Zeit niedergelassen haben und deren Einstellung gegenüber einer zweckentsprechenden kassenärztlichen Tätigkeit noch nicht zu erkennen“ sei. Ferner wurden „diejenigen Ärzte verzeichnet, die nach den gemachten Beobachtungen der vertrauensärztlichen Dienststelle nicht als zuverlässig im Sinne einer sparsamen Verwendung der Kassenmittel bezeichnet werden können“. Schließlich kamen auf die Liste alle Ärzte, „die eine Beteiligung an dem ‚Beratungsverfahren‘ ablehnen sowie diejenigen, die außerhalb des Bezirks der vertrauensärztlichen Dienststelle Erfurt wohnen, aber von Versicherten, die im Bezirk Erfurt beschäftigt sind, in Anspruch genommen werden“. Da eine derartige Praxis der „Einteilung von Kassenärzten“ rechtlich unzulässig war, legte Hofbauer Wert darauf, dass das Verfahren „unbedingt geheim bleiben müsse, den Ärzten, den Versicherten und

190 In der Publikation hieß es diesbezüglich gar: „Beseitigen wir das ärztliche Attest, so ist mit dem Augenblick der Arzt wieder ein freier und frohgemuter Arbeiter. Es gibt in dem Augenblick kein Kassenarztproblem und keine Krankenversicherungskrise mehr, sondern eine reine ehrliche deutsche KV.“ Alfred Hofbauer, Gesundheitsehrlichkeit in der Krankenversicherung!, Berlin 1939, S. 33.

sämtlich dienstlich nicht beteiligten Personen gegenüber“, was auch die KVD mit einschloss. Hofbauer war sich der Unrechtmäßigkeit seines Bespitzelungskonzeptes offenbar bewusst, was ihn aber nicht weiter umtrieb: „Vor unserem Gewissen rechtfertigen wir diese Maßnahme damit, daß sonst unsere Reform nicht durchführbar wäre“. ¹⁹¹

Die Attraktivität des „Beratungsverfahrens“, die dem Vertrauensarzt die Verbreitung seiner Ideen in maßgeblichen politischen Zirkeln überhaupt erst ermöglicht hatte, speiste sich aus grotesk niedrigen Krankenständen und Arbeitsunfähigkeitszeiten bei der von Hofbauer geleiteten vertrauensärztlichen Dienststelle der Erfurter Ortskrankenkasse. ¹⁹² Über das Beratungsverfahren hinaus kennzeichnete diese Dienststelle eine rigorose Gesundheitschreibungspraxis, die Hofbauer als „Verfahren der seidenen Schnur“ bezeichnete, welches den Patienten buchstäblich die Luft zum Atmen nahm:

„Dem Versicherten, der arbeitsunfähig geschrieben ist, wird in Gedanken eine feine seidene Schnur um den Hals gelegt. Die Länge des Fadens bestimmt der v.ä. Dienst nach durchschnittlichen Erfahrungen oder den Angaben des Arztes [...] über die voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit. Sie wird ausreichend bemessen und die Schlinge um den Hals des Kranken wird ganz locker gelegt, er fühlt nichts davon, dass er an einer Schnur liegt, d.h. er bleibt auf die Dauer einer Normalfrist ganz ungestört durch den v.ä. Dienst und die Krankenkasse. Nur wenn der Faden abgelaufen ist und der Kranke doch noch weiter will – da beginnt die Schlinge zu schnüren.“ ¹⁹³

Die Bemessung der Fristen erschien dabei wie auch die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit weithin willkürlich und war im Übrigen nach Auffassung Hofbauers prinzipiell nicht objektivierbar, „denn der v.ä. Dienst ist nunmal keine Profession, sondern Kunst und wird

191 Anweisung über zweckmäßigen und sparsamen Einsatz des vertrauensärztlichen Dienstes, Entwurf von Dr. Hofbauer, 1.4.1939, sv:dok 26/1622, Teil 2.

192 „Nicht nur die Zahl der arbeitsunfähigen Kranken“, prahlte Hofbauer, „ist bei der AOK. Erfurt erheblich geringer als bei anderen Ortskrankenkassen im Reich, sondern auch die durchschnittliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit ist wesentlich kürzer als bei anderen Ortskrankenkassen“. Zum Zeitpunkt der Ausführungen lag der Krankenstand der Erfurter AOK bei ca. 2 Prozent. Im Durchschnitt wurden dort etwa 30 Prozent der nachuntersuchten Kranken für „arbeitsfähig“ befunden, was „im Vergleich zu den Verhältnissen bei anderen vertrauensärztlichen Dienststellen [ein] auffallend günstige[s] Ergebnis“ darstellte. Protokoll zum Vortrag Dr. Hofbauers auf dem zweiten Vertrauensarztkurs in Alt-Rhese am 31.6.1939, undatiert, sv:dok 26/1622, Teil 2. Vgl. auch Hofbauer, Gesundheitsehrlichkeit, S. 52.

193 Vortragsmanuskript Hofbauer zum zweiten Vertrauensarztkurs in Alt-Rhese am 31.6.1939, 20.5.1939, sv:dok 26/1622, Teil 2. Das folgende Zitat ebd.

immer Kunst bleiben!“ Sicher war sich der ebenso eifrige wie radikale Vertrauensarzt allerdings der Wirkung auf die Krankenstände: Im Namen des Erfurter VÄD gab er eine „Erklärung“ ab, mit der einem Prüfsiegel gleich jeder Kasse, „die die vorstehend besprochenen und begründeten Regeln des Nachuntersuchungsverfahrens befolgt“, ein Krankenstand garantiert wurde, „der nicht höher als 0,3 bis höchstens 0,5 v.H. über dem der AOK. Erfurt liegt“.¹⁹⁴ Hofbauers „Beratungsverfahren“ lag zwar auf einer Linie mit der zeitgenössischen Politik des „Arbeitseinsatzes“, zu einer reichsweiten Einführung kam es indes nicht. Dies war weniger ethischen Hemmungen als dem problematischen Aspekt der Geheimhaltung und den erwartbaren Widerständen aus der Ärzteschaft und der KVD geschuldet, die damit zumindest offiziell „in keiner Weise etwas zu tun haben“ wollte, wie der stellvertretende Leiter Heinrich Grote 1939 erklärte.¹⁹⁵ Gleichwohl ist das Führen von derartigen Ärztelisten in einzelnen Kassenbezirken dokumentiert, so etwa im Bezirk der AOK Dortmund.¹⁹⁶ Hier hatte sich die Bezirksstelle der KVD damit einverstanden erklärt, dass „die Patienten solcher Kassenärzte, die laufend eine verhältnismäßig hohe Arbeitsunfähigkeitsziffer haben, vorzugsweise für die Nachuntersuchung bestellt werden“.¹⁹⁷

194 Anweisung über zweckmäßigen und sparsamen Einsatz des vertrauensärztlichen Dienstes (Entwurf von Obervertrauensarzt Dr. Hofbauer), 1.4.1939, sv:dok 26/1622, Teil 2.

195 Deren stv. Leiter Grote erklärte zwar im Rahmen einer vertraulichen Sitzung, er hege „gegen das Erfurter Vorgehen keine Bedenken“, stellte jedoch auch klar: „Die Kassenärztliche Vereinigung Deutschlands dürfe mit der Aufstellung der beiden Listen, die nur für den inneren Geschäftsbetrieb der Vertrauensärztlichen Dienststelle verwendet werden dürften, in keiner Weise etwas zu tun haben.“ Protokoll zum Vortrag Dr. Hofbauers auf dem zweiten Vertrauensarztkurs in Alt-Rhese am 31.6.1939, undatiert, sv:dok 26/1622, Teil 2.

196 Die Kategorisierung von Ärzten in „zuverlässige“ und „unzuverlässige“ erfolgte hier mittels einer Gegenüberstellung der Behandlungsfälle und Arbeitsunfähigkeitsfälle. Als Normalquote galt hier ein Anteil von 20 Prozent Arbeitsunfähigkeits- an den Behandlungsfällen, was durch die Kassenbeamten mittels Strichlisten festzustellen war. Ärzte, die diese Quote regelmäßig überschritten, wurden in den Verzeichnissen der Kassenärzte „mit rot“ gekennzeichnet. Die Patienten dieser als unzuverlässig angesehenen Ärzte wurden vorrangig zu Nachuntersuchungen vorgeladen, was Personal und Ressourcen einsparte. Die Ärztelisten wurden vierteljährlich erstellt. Siehe dazu die folgenden Dokumente: Aktenvermerk Leiter AOK Dortmund, 3.4.1937; Leiter AOK Dortmund an KVD, Bezirksstelle Dortmund, 8.10.1937, StaDo 650/482. Der Bestand enthält mehrere Ärztelisten nebst statistischen Angaben für unterschiedliche Jahrgänge. Auch bei der Vertrauensärztlichen Dienststelle in Essen wurden Elemente des Beratungsverfahrens eingeführt, so die Entlastung der behandelnden Ärzte von der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durch unmittelbare Überweisung an den Vertrauensarzt. Vgl. Bericht Dr. Gottwaldt „Das neue Vorladungssystem bei der Vertrauensärztlichen Dienststelle Essen“, 20.7.1939, sv:dok 26/1619.

197 KVD, Bezirksstelle Dortmund, an AOK Dortmund, 1.11.1937, StaDo 650/482.

Die Einrichtung des „Sonderbeauftragten“ 1939

Mit dem Primat des „Arbeitseinsatzes“ korrespondierten Bedeutungszuwächse für die kontrollmedizinische Einrichtung des VÄD. Dessen Interventionsmöglichkeiten wurden nach Kriegsbeginn sukzessive erweitert, insbesondere durch die Einrichtung eines „Sonderbeauftragten für den Vertrauensärztlichen Dienst“. „Bei der gegenwärtigen Lage und den sich daraus ergebenden Notwendigkeiten des Arbeitseinsatzes fielen den Krankenkassen und dem vertrauensärztlichen Dienst besondere Aufgaben zu“, hieß es in dem entsprechenden RAM-Erlass vom 21. September 1939. Es komme heute „mehr denn je darauf an, daß alle Arbeitskräfte für die großen Aufgaben, die das deutsche Volk zu meistern hat, möglichst vollzählig zur Verfügung stehen. Jeder, der unberechtigt krank feiert, schwächt die Widerstandskraft des Volkes“. Vor diesem Hintergrund werde es die „wichtigste Aufgabe des Vertrauensärztlichen Dienstes, alle Versicherten, die nicht wirklich arbeitsunfähig sind, mit größter Beschleunigung zu erfassen, damit sie alsbald wieder ihrer Arbeit zugeführt werden können. Dieser Aufgabe muss der Vertrauensärztliche Dienst heute gerecht werden, obgleich viele Vertrauensärzte durch die Wehrmacht in anderen Stellen verwendet werden“.¹⁹⁸

Der letzte Satz stellte unmissverständlich auf die Organisationsdefizite im zeitgenössischen VÄD und die LVAen als hierfür verantwortliche Träger ab. Nur wenige Wochen zuvor, am 4. September 1939, hatte das Reichsarbeitsministerium angesichts der von den Versicherungsanstalten offenbar nicht zu bewältigenden Personal- und Funktionsprobleme im VÄD gegenüber dem RVA auf „eine stärkere Heranziehung von Betriebsärzten als nebenamtliche Vertrauensärzte“ gedrungen, um die betrieblichen Krankbewegungen in den Griff zu bekommen.¹⁹⁹ Der neue Erlass schlug indes einen schärferen Ton an: Zwar betonte das Ministerium im Hinblick auf die Selbstverwaltung abermals, es sei „in erster Linie Pflicht der Leiter der Landesversicherungsanstalten und der Landesvertrauensärzte, die sich aus vorstehenden Ausführungen ergebenden Folgerungen für ihren Bezirk zu ziehen und die entsprechenden Maßnahmen zu treffen“.²⁰⁰ Andererseits wollte das RAM den VÄD offenkundig nicht länger in der

198 Erlass RAM zur Durchführung des vertrauensärztlichen Dienstes, 21.9.1939, sv:dok 26/1794, Teil 1.

199 Vgl. Rundschreiben RVA (Schäffer) an LVA-Leiter, 26.9.1939, nebst Abschrift des RAM-Erlasses v. 21.9.1939, sv:dok 26/1619.

200 Erlass RAM zur Durchführung des vertrauensärztlichen Dienstes, 21.9.1939, sv:dok 26/1794, Teil 1.

dezentralen Regie der Versicherungsträger belassen – einer Organisationsform, die sich ungeachtet des Bestehens der Gemeinschaftsstelle nicht bewährt und primär zu Reibungen und Prestigekonflikten geführt hatte. Da sich der bestehende Personalmangel mit den absehbaren Einberufungen von Vertrauensärzten zum Kriegsdienst zu einer Funktionskrise auszuweiten drohte, sollte der VÄD mittels Einzug einer neuen Kompetenzebene gestärkt werden und zugleich größere Unabhängigkeit gegenüber den Versicherungsanstalten erlangen.²⁰¹

„Im Hinblick auf die Reichswichtigkeit“, so formulierte es der ministerielle Erlass, sei „eine ständige Überwachung und Überprüfung der vertrauensärztlichen Tätigkeit im gesamten Reichsgebiet notwendig“. Mit dieser Aufgabe wurde nunmehr dezidiert die Gemeinschaftsstelle beauftragt, die ihrerseits dem „Sonderbeauftragten“ unterstellt wurde. Dieser war wiederum berechtigt und angehalten, „alle im vertrauensärztlichen Dienst anfallenden ärztlichen Fragen zu behandeln“ und – an dieser Stelle tritt der Unmut des Ministeriums über die Rentenversicherungsträger klar hervor – „besonders die Leiter der Landesversicherungsanstalten bei Schaffung einer der Jetztzeit entsprechenden Organisation zu beraten“. Dies bezog sich im Besonderen auf die „Notwendigkeit, Vertrauensärzte in anderen Bezirken einzusetzen“, was regelmäßig zu Konflikten zwischen den Regionalträgern geführt hatte, die durch Interventionen des „Sonderbeauftragten“ überwunden werden sollten. Blieben dessen Eingriffe ohne Erfolg, hatte er direkt dem RAM zu berichten. Mit Nachdruck stellte das Ministerium dann auch an sämtliche Versicherungsanstalten die Erwartung, „den Sonderbeauftragten in jeder Weise [zu] unterstützen, damit im gesamten Reichsgebiet ein den heutigen Notwendigkeiten entsprechender Einsatz des vertrauensärztlichen Dienstes sichergestellt wird“. Der „Sonderbeauftragte“ werde zu diesem Zweck „mit dem Reichsversicherungsamt als der Aufsichtsbehörde der Gemeinschaftsstelle und der Landesversicherungsanstalten enge Fühlung“ halten.²⁰²

Storck, der als Leiter der Gemeinschaftsstelle stets auf eine Herauslösung des VÄD aus der LVA-Struktur gedrungen hatte, äußerte sich im Rahmen einer Schulungsveranstaltung für Vertrauensärzte klarer hinsichtlich der Intentionen des

201 Die Übertragung von Schlüsselkompetenzen auf einzelne Funktionsträger zur Umsetzung spezifischer politischer Ziele ist ein generelles Merkmal des nationalsozialistischen Herrschaftsapparates. Siehe Rüdiger Hachtmann/Winfried Süß (Hg.), Hitlers Kommissare. Sondergewalten in der nationalsozialistischen Diktatur, Göttingen 2006.

202 Erlass RAM betr. „Durchführung des vertrauensärztlichen Dienstes in der Krankenversicherung“, 21.9.1939, sv:dok 26/1794, Teil 1.

Reichsarbeitsministers: Dieser habe sich mit dem „Sonderbeauftragten“ „in vorsorglicher Erkenntnis der kommenden Anforderungen ein bewegliches Instrument geschaffen, um mit einer Skala von Maßnahmen von der Beratung und Unterstützung bis hin zum Durchführungsbefehl da einzugreifen, wo die Dinge in den Anstalten in eigener Verantwortlichkeit nicht gemeistert werden konnten“.²⁰³

Der Erlass bedeutete im Ergebnis eine institutionelle Schwächung der LVAen, die der Zielsetzung entgegenstanden, den VÄD in eine dynamisch-effiziente ärztliche Kontrolleinrichtung umzugestalten. Diese Einschätzung war im Vorfeld durch vertrauensärztliche Problembereiche aus einzelnen LVA-Bezirken gestützt worden. So hatte der Sonderbeauftragte des VÄD Otto Walter bereits im Oktober 1938 „Vorschläge für eine Änderung der Geschäftsanweisung“ von 1936 unterbreitet, die „die Vertrauensärzte in ein Abhängigkeitsverhältnis von den Leitern der Verwaltungs-Abteilung gebracht“ hätte. Die daraus resultierenden Konflikte waren nach Walters Auffassung „nicht mit irgendwelchen theoretischen Erörterungen aus der Welt zu schaffen“, da es sich schlichtweg um „Prestige-Fragen“ handele, „die die Zusammenarbeit stören“. Als Beispiel diente Walter eine Begebenheit bei einer LVA, wo zur Anschaffung eines neuen Fieberthermometers „der Leiter der Verwaltungs-Abteilung befragt werden mußte, der dann nach etwa 14 Tagen bereits seine Zustimmung“ gegeben habe, wie Walter lakonisch anmerkte. Die „psychologische Wirkung“ dieser Abhängigkeit sei „unausbleiblich“ und zeitige zudem potenziell schwerwiegende personelle Folgen: Es bestünde das Risiko, „daß unsere besten Vertrauensärzte [...] an die Verwirklichung schon längst bestehender Pläne gehen, nämlich auszuschneiden, um eine andere Tätigkeit zu übernehmen“. Stellten Vertrauensärzte die Versicherungsanstalten mithin als träge, bürokratische und obstruktive Institutionen dar, so ergibt sich aus Walters Ausführungen ferner, dass offenbar nur ein Teil der LVAen die Anordnung des RAM von 1936 umgesetzt hatte, für den VÄD eine gesonderte Abteilung einzurichten, die gerade der Vermeidung derartiger Binnenkonflikte gegolten hatte.²⁰⁴

Wie dies zeigt, stellte die Einsetzung des „Sonderbeauftragten“ keine überraschende Ad-hoc-Maßnahme dar, sondern bildete den Kulminationspunkt einer mehrjährigen Konfliktgeschichte. Schon 1937 hatte das RVA gemahnt, die

203 Niederschrift über die vierte Schulungsveranstaltung der Landesvertrauensärzte am 22./23.10.1942, undatiert, sv:dok 26/1622, Teil 1.

204 Otto Walter, Vorschläge für Änderung der Geschäftsordnung, 20.10.1938, sv:dok 26/1622, Teil 1.

Rentenversicherung müsse jetzt „beweisen, dass der vertrauensärztliche Dienst allen Anforderungen, die an ihn gestellt werden, gewachsen sei“, und gedroht: „Wenn der vertrauensärztliche Dienst diese Probe nicht bis zum Schluss des Jahres bestanden habe“, würde er „den Landesversicherungsanstalten wieder abgenommen und in anderer Weise geregelt“.²⁰⁵ Wenn es dazu auch nicht kam und die Versicherungsanstalten Rechtsträger des VÄD blieben, büßten sie in Fragen der Organisation und des Personaleinsatzes grundlegende administrative Kompetenzen ein. Diese gingen nach Kriegsbeginn zum Zweck einer „straffere[n] Beeinflussung des im übrigen dezentralisiert belassenen vertrauensärztlichen Dienstes“ auf die Gemeinschaftsstelle und den „Sonderbeauftragten“ über.²⁰⁶

Mit den Umbrüchen in der Organisation verknüpfte sich ein Wandel der vertrauensärztlichen Praxis, die sich ab 1939 auf gezielte „Sonderaktionen“ in Bezirken und Betrieben mit überhöhten Krankenständen verlagerte, vom „Sonderbeauftragten“ unter Abstützung beim RAM und RVA zentral koordiniert. Im Mai 1940 ordnete das Arbeitsministerium wiederum an, dass „die bei den einzelnen Stoßtrupps einzusetzenden Vertrauensärzte“ nicht wie bislang „von Fall zu Fall“ abzuordnen seien, was oftmals schwierige Verhandlungen mit den LVA-Leitern zur Folge hatte. Vielmehr sollte zukünftig „eine größere Zahl von Vertrauensärzten aus dem gesamten Reichsgebiet“ im Sinne eines Personalpools bereitgestellt werden, auf den „die Gemeinschaftsstelle im Einzelfall ohne besondere Abordnung zurückgreifen kann“. Die Gemeinschaftsstelle hatte dem Ministerium dazu „zunächst 15 geeignete Vertrauensärzte namhaft“ zu machen. Im gleichen Zuge wurde der „Sonderbeauftragte“ ermächtigt, „namens der Gemeinschaftsstelle innerhalb des Bezirks einer Landesversicherungsanstalt im Benehmen mit deren Leiter die erforderlichen Vertrauensärzte für einen vorübergehenden besonderen Einsatz heranzuziehen“.²⁰⁷

Damit waren die rechtlichen und organisatorischen Grundlagen geschaffen, die den VÄD vollends von einer versicherungstechnischen Einrichtung in eine Kontrollorganisation des „Arbeitseinsatzes“ transformierten. Nunmehr wurden in erhöhter Frequenz „Sonderaktionen“ durchgeführt. Damit verband sich eine gegenüber der

205 Notiz Storck „Vertrauensärztlicher Dienst“ v. 1.7.1937, sv:dok 26/1619.

206 Storck sprach in dem Zusammenhang von einer „straffere[n] Beeinflussung des im übrigen dezentralisiert belassenen vertrauensärztlichen Dienstes“, die mit den Kriegsverhältnissen „notwendig“ geworden sei. Storck an RAM, 30.5.1940, sv:dok 26/1619.

207 RAM an Gemeinschaftsstelle, 29.5.1940, sv:dok 26/1619.

Vorkriegszeit verschärfte Begutachtungs- und Gesundheitschreibungspraxis, die in den betroffenen Betrieben und Bezirken zumeist drastische, aber nur kurzfristige Senkungen bei den Krankenziffern bewirkte. Im Rahmen eines „Stoßtrupp“-Einsatzes im Gebiet des Nürnberger VÄD konnte der dortige Krankenstand beispielsweise von 6,14 auf 2,8 Prozent gesenkt werden. In Frankfurt/Main wiederum sank der Krankenstand infolge der Intervention eines „Stoßtrupps“ von 6,15 auf 4,68, in Stuttgart wiederum von 4,13 auf 2,85 Prozent.²⁰⁸ Im Ergebnis setzte das 1939 entstandene Organisationsmodell einen Schlusstrich unter das 1936 etablierte LVA-Modell, das von den beteiligten Akteuren intern als Fehler bezeichnet wurde.²⁰⁹

Zum Sonderbeauftragten ernannt wurde der ehemalige Vertrauensarzt und „Altparteigenosse“ Otto Walter, von dem bereits die Rede war. Walter wies seine selbst für NS-Verhältnisse bemerkenswerte Ansammlung von Ämtern und Funktionen auf: 1934 wurde er Reichshauptstellenleiter im NSDAP-Hauptamt für Volksgesundheit und Leiter des Vertrauensärztlichen Dienstes bei der KVD. Ab 1936 gehörte er zudem der Gemeinschaftsstelle als „ärztlicher Berater“ an und fungierte schließlich ab 1938 als Präsident des Reichstuberkulose-Ausschusses sowie als Vorsitzender des Reichsverbands der Vertrauensärzte.²¹⁰

Den Funktionsbezeichnungen lässt sich der erhebliche Einfluss Walters auf die Reorganisation des VÄD im NS-Staat gleichwohl nur mittelbar entnehmen. „[U]nser Otto Walter“, wie Storck ihn auf einer Veranstaltung bezeichnete, rückte zu einer Galionsfigur der nationalsozialistischen Vertrauensärzte auf, deren fachliche und weltanschauliche Schulung er maßgeblich verantwortete und meist selbst vornahm.²¹¹ Für jene Personen, die unmittelbar mit ihm zu tun hatten, kam Walters Einsetzung als Sonderbeauftragter

208 Gemeinschaftsstelle an RAM betr. Durchführung des vertrauensärztlichen Dienstes“, 19.4.1940, sv:dok 26/1621.

209 Beispielsweise führte Storck während des Krieges auf einer vertrauensärztlichen Schulungsveranstaltung aus: [J]eder, der die Entwicklung der Dinge seitdem verfolgt hat, muß zugeben, daß es richtig gewesen wäre, wenn damals rechtzeitig [...] ein arbeitsfähiger gemeinsamer sozialärztlicher Dienst geschaffen worden wäre. Leider ist es dazu nicht gekommen. Nur zwischen dem VÄD der Invalidenversicherung und der Krankenversicherung ist es im Verfolg der damaligen Anregungen überall zu einer fruchtbaren Annäherung und Zusammenarbeit gekommen.“ Niederschrift über die (vierte) Schulungsveranstaltung der Landesvertrauensärzte am 22./23.10.1942, undatiert, sv:dok 26/1622, Teil 1.

210 Siehe für diese und weitere biographische Angaben: Ernst Klee, Art. Otto Walter, in: ders. (Hg.), Das Personenlexikon zum Dritten Reich. Wer war was vor und nach 1945, Frankfurt/Main 2011 (2003), S. 654.

211 Storck, Rede zur Eröffnung des zweiten Vertrauensarzturses in Alt-Rhese am 31.6.1939, undatiert; Falk, Der vertrauensärztliche Dienst (undatiertes Manuskript, 1938), sv:dok 26/1622, Teil 2.

nicht überraschend, da dessen Rolle innerhalb der Gemeinschaftsstelle die eines „ärztlichen Beraters“ tatsächlich schon zuvor weit überstiegen hatte. Aufschlussreich ist in diesem Zusammenhang ein Schreiben Storcks an Grote, das konzise Einblicke in die Binnenverhältnisse bei der Gemeinschaftsstelle gibt:

„Sie kennen die Stellung, die Dr. Walter innerhalb der Gemeinschaftsstelle, d. h. im Verhältnis zu Direktor Falk und mir, einnimmt. Darüber braucht kein Wort verloren zu werden: Wir beide haben immer unsere Aufgabe darin gesehen, ihm die verwaltungsmäßige Hilfe zu geben, die er für die Durchführung seiner Aufgabe nötig hat. Faktisch war er für uns schon immer mehr als lediglich der ärztliche Berater der Gemeinschaftsstelle, wie es noch im Text des Erlasses des RAM über die Errichtung der Gemeinschaftsstelle heißt [...]. Vom Erlass des RAM vom 21. September 1939 ab ist [...] seine Stellung innerhalb der Gemeinschaftsstelle insofern eine andere, und zwar dank der verwaltungsrechtlichen Fundierung eine stärkere geworden, als er als Sonderbeauftragter der Träger einer eigenen Verantwortung ist [...]. Es ist also so, daß, wie dies gar nicht anders sein kann, das RAM der Träger der staatlichen Diensthöhe (Versetzungsrecht!), die Gemeinschaftsstelle der Verwaltungsträger der Aktion, Dr. Walter aber derjenige ist, der praktisch den Auftrag durchzuführen hat und – wie ich nicht zweifle – auch mit Erfolg durchführt.“²¹²

Hatte das Arbeitsministerium mit der Institutionalisierung des „Sonderbeauftragten“ die Absicht verfolgt, die Verhältnisse im VÄD zu ordnen, so sorgte die Maßnahme zunächst für Irritationen und Unmut. Während die neue Kompetenzebene im Urteil der Gemeinschaftsstelle „dem gesamten vertrauensärztlichen Dienst einen außerordentlichen Dienst geleistet“ und den „Zusammenbruch mancher Dienststelle überhaupt“ erst verhindert habe, wie Storck dem Reichsarbeitsminister die Wirkung seines Erlasses 1940 zurück spiegelte, war die Resonanz anderer Stellen keineswegs so uneingeschränkt positiv.²¹³ Harsche Kritik kam insbesondere vonseiten der Kassenärztlichen Vereinigung Deutschlands, der die Vollmachten Walters nicht ausreichend erschienen, wohingegen die Gemeinschaftsstelle durch den Erlass eine zu machtvolle Stellung erhalten habe. So hielt der stellvertretende KVD-Leiter Heinrich Grote Storck vor, „dass dieser Erlass wieder so ganz anders aussieht als wir uns das vorgestellt haben“ und man sich „doch wohl einig“ gewesen sei, dass „Dr. Walter als Sonderbeauftragter für den vertrauensärztlichen Dienst mit entsprechenden Befugnissen ausgestattet würde und entsprechende Vollmachten [...]“

212 Storck an Grote, 9.2.1940, sv:dok 26/1621.

213 Storck an Zschimmer, 9.3.1940, sv:dok 26/1621.

erhalten würde“. Dies sei „wiederum einmal nicht geschehen, sondern nunmehr obliegt die Bestimmung des Einsatzes [von Vertrauensärzten, CW] der Gemeinschaftsstelle“. „Das alles“, so Grote, komme ihm „merkwürdig unpräzise vor und ist nicht, wie es notwendig war, auf eine Persönlichkeit, sondern auf eine immerhin etwas anonyme Stelle abgestellt.“²¹⁴ Die Kritik war nicht neu. Verstimmungen zwischen der Gemeinschaftsstelle und der KVD bezüglich der Befugnisse Walters ließen sich ab 1938 beobachten, wobei im Kern um die von Walter und Grote eingeforderte Möglichkeit gerungen wurde, sich mit den Landesvertrauensärzten jenseits des Kommunikationsweges über die Gemeinschaftsstelle und die LVAen unmittelbar austauschen zu können. Der Streit hatte sich im Zuge einer Ausschusssitzung im Oktober 1938 derart zugespitzt, dass Grote gedroht hatte, dem Reichsärztführer über die Verhältnisse im VÄD „einen Vortrag [zu] halten und Dr. Walters Zurückziehung“ aus der Gemeinschaftsstelle zu beantragen und die „Linie des RAM“ zu verlassen.²¹⁵ Die so unter Druck gebrachte Gemeinschaftsstelle hatte dem Drängen schließlich nachgegeben und die Vollmachten ausgestellt.²¹⁶ Seit 1938 waren Grote und Walter befugt, „zwecks Unterrichtung und Beratung sich in allen ärztlichen Fragen unmittelbar mit den Landesversicherungsanstalten und den Landesvertrauensärzten in Verbindung zu setzen“. Umgekehrt stand es fortan auch den Landesvertrauensärzten offen, die LVA-Leitungen zu umgehen und „sich in diesen Fragen unmittelbar an diese Stelle zu wenden“.²¹⁷

Eine Gegenposition zur KVD, die ihrem vormaligen Mitarbeiter Walter weiter reichende Vollmachten hatte einräumen wollen, kennzeichnete wiederum die Mehrzahl der LVA-Leiter, die eine Aushöhlung ihrer Kompetenzen durch den „Sonderbeauftragten“ wähten. Bei der Durchführung seines Auftrages, „die Landesversicherungsanstalten bei Schaffung einer der Jetztzeit entsprechenden Organisation zu beraten“, stieß Walter entsprechend auf vielgestaltige Widerstände. Umstritten war insbesondere, ob der Beratungsauftrag des „Sonderbeauftragten“ sich auch auf die Befugnis erstreckte, organisatorische Veränderungen in den regionalen vertrauensärztlichen Diensten

214 Grote an Storck, 6.2.1940, sv:dok 26/1621.

215 Notiz Storck zur Kommissionssitzung vom 28.10.1938, undatiert, sv:dok 26/1622, Teil 1.

216 Siehe hierzu die folgenden Schriftstücke: Walter an Storck, 22.10.1938; Notiz Storck zu Kommissionssitzung v. 28.10.1938, undatiert; Storck an Walter, 5.11.1938; Leiter Gemeinschaftsstelle an Walter, 5.11.1938; Leiter Gemeinschaftsstelle an Grote, 5.11.1938, sv:dok 26/1622, Teil 1.

217 Entwurf zu einem Erlass des Reichsarbeitsministers betreffend: Tätigkeit der Gemeinschaftsstelle der Landesversicherungsanstalten auf dem Gebiete des vertrauensärztlichen Dienstes, 20.6.1938, sv:dok 26/1853, Teil 1.

anzuordnen. Um diese Frage kreisten die Beschwerden mehrerer LVA-Leiter, die Walter bzw. den von ihm entsandten vertrauensärztlichen „Stoßtrupps“ unter Verweis auf das Leiterprinzip unangemessene Kompetenzübertretung unterstellten. Im März 1940 kritisierte etwa der Leiter der LVA Hessen-Nassau, Wilhelm Braun, den Ablauf der „Sonderaktion“ bei der vertrauensärztlichen Dienststelle in Frankfurt am Main, wo im Vorfeld ein erhöhter Krankenstand verzeichnet worden war. Der von Walter als Leiter des Stoßtrupps eingesetzte Obervertrauensarzt Berger hat nach Brauns Schilderung „in unerhörter Weise in die Organisation meiner Dienststelle eingegriffen und sich sogar die Leitung angemaßt“. Zudem habe er „ohne mich vorher gehört zu haben, schon eine besondere Ärztekommision für die Nachuntersuchungen eingesetzt und den Hilfsärzten je Untersuchungsfall eine Vergütung von 3,- RM zugestanden“. Von dem stellvertretenden LVA-Leiter auf die Unzulässigkeit seines Handelns angesprochen, habe Berger entgegnet, er sei „von Dr. Walter persönlich beauftragt worden [...], meine Dienststelle in Frankfurt am Main zu organisieren“, dass dieser „sein Dienstvorgesetzter sei“ und er „zu tun habe, was Dr. Walter anordne“. Braun gab sich mit dieser Erklärung nicht zufrieden und legte gegen „diesen Eingriff der Gemeinschaftsstelle bzw. des Sonderbeauftragten [...] in die Selbstverwaltung [...] allerschärfte Verwahrung ein“. Ihm seien „keine Verordnungen und keine Erlasse bekannt, die der Gemeinschaftsstelle bzw. ihrem noch nicht einmal beamteten Beauftragten einen solchen Eingriff in die Rechte des Leiters der Landesversicherungsanstalt erlauben“. Über die „Ungesetzlichkeit des ganzen Vorgehens hinaus“ sah Braun „darin eine ganz grobe Taktlosigkeit und eine Brüskierung nicht nur meines Amtes, sondern auch meiner Person“, indem sich der „abgeordnete Vertrauensarzt ohne mein Wissen und über meinen Kopf hinweg sich einfach die Leitung einer vertrauensärztlichen Dienststelle anmaßt und in deren organisatorische Verhältnisse eingreift“.²¹⁸

Derartige Beschwerden waren keine Einzelfälle. Im Januar 1940 sah sich die Gemeinschaftsstelle unter Verweis auf einen kurz zuvor veröffentlichten Erlass des RAM zu der Klarstellung genötigt, dass die „eingesetzten Stoßtrupppärzte nicht eine vertrauensärztliche Tätigkeit im eigentlichen Sinne“ praktizierten. Sie seien vielmehr „mit der Feststellung der Ursachen über Steigern [sic] der Krankenstände beauftragt“ und übten damit eine „Prüftätigkeit besonderer Art“ aus. „Die Stoßtrupppärzte und die eingesetzten Hilfskräfte unterstehen für die Dauer des besonderen Einsatzes der

218 Braun an Gemeinschaftsstelle, 29.2.1940, sv:dok 26/1621.

Dienstaufsicht der Gemeinschaftsstelle“, die wiederum „die Ausübung der Dienstaufsicht dem Sonderbeauftragten für den vertrauensärztlichen Dienst, Reichsamtsleiter Dr. med. Otto Walter, übertragen“ habe.²¹⁹ In Anbetracht dieser Auslegung liefen die Beschwerden der LVA-Leiter ins Leere, denen die Steuerung des vertrauensärztlichen Personaleinsatzes zunehmend aus den Händen glitt.

Ungeachtet der Kompetenzstreitigkeiten, die sich an die Einsetzung des Sonderbeauftragten anlagerten, stellte diese Maßnahme alles in allem eine erhebliche institutionelle Aufwertung des VÄD dar. Auch schien dessen Effizienz unter dem neuen Kommando Walters beträchtlich erhöht, was der Etablierung des „Stoßtrupp“-Prinzips zugeschrieben und durch die Proteste einiger LVA-Leiter nicht getrübt werden konnte. Wie Storck bilanzierte, seien bis Sommer 1941 an „8 notwendigen Stellen auf Grund dieses Ministerialerlasses Sondereinsätze unter Leitung des Herrn Sonderbeauftragten getätigt und dabei Erfolge erzielt“ worden, die „eine Dauerwirkung darstellen“ würden.²²⁰ Auch Walter zeigte sich mit den bereits durchgeführten Sondereinsätzen „durchaus zufrieden“, sah jedoch noch Steigerungspotenzial. „Erstaunlich“ sei immerhin, „dass in einer Anzahl von Bezirken grössere Sprünge im Krankenstand zu beobachten seien, für die eine sinnfällige Erklärung nicht festgestellt werden könne“, wie Walter im Hinblick auf vermeintlich grassierendes und bislang unentdecktes Simulantentum ergänzte. Anders sei es nicht zu erklären, dass „ein so riesenhafter Betrieb wie die Krupp-Werke [...] einen dauernd unerhört günstigen Krankenstand [von] 2,47 %“ aufweise, während „andere Betriebe bis zum heutigen Tage Krankenstände von 5 und sogar 6 Prozent“ hätten. Die Krankenstände waren für Walter kein Ausdruck realer Arbeits- und Gesundheitsverhältnisse, sondern eine Frage der technokratischen Kontrolle: Er selbst habe „in allen solchen Fällen mit allen Mitteln eingegriffen und sich selbst an einige Stellen begeben und die Arbeit dort eingeleitet“.²²¹

Walter war dabei maßgeblich von dem Landesvertrauensarzt der LVA Rheinprovinz, Wilhelm-Karl Gottwaldt, unterstützt worden, aus dessen Personalbestand das Gros der an den frühen Sondereinsätzen beteiligten Vertrauensärzte stammte. Abgestellt von der Gemeinschaftsstelle, hatte Walter den VÄD der LVA Rheinprovinz 1936

219 Notiz Storck zum RAM-Erlass v. 29.1.1940 betr. Dienstaufsicht bei Stosstruppaktionen, undatiert, sv:dok 26/1621.

220 Niederschrift über die (vierte) Schulungsveranstaltung der Landesvertrauensärzte, undatiert, sv:dok 26/1622, Teil 1.

221 Niederschrift über die (vierte) Schulungsveranstaltung der Landesvertrauensärzte, undatiert, sv:dok 26/1622, Teil 1.

persönlich reorganisiert und die Auswahl der Vertrauensärzte selbst vorgenommen, die bei Nachuntersuchungen durch besondere Härte auffielen.²²² Mit Blick auf den Sondereinsatz in Nürnberg lobte Walter dann auch dezidiert den für seine rigorosen Methoden bekannten Düsseldorfer Obervertrauensarzt Josef Weyrauch²²³ als „eine ganz besondere Persönlichkeit“, die „es fertig gebracht“ habe, in aller kürzester Zeit eine erhebliche Senkung des Krankenstandes zu erreichen, wie sie vorher in Nürnberg nicht zu erreichen“ gewesen sei. All dies spreche „für die Fortführung der Arbeit im Sinne des Sondereinsatzes“, bei denen die Zahl der täglich von einem Vertrauensarzt durchgeführten „Untersuchungen“ absurde Ausmaße von bis zu 70 am Tag angenommen hatte.²²⁴

Während die konkrete Praxis der Sondereinsätze und insbesondere die Reaktion der Versicherten in den Akten der Gemeinschaftsstelle nicht dokumentiert sind, weisen Beschwerdebriefe von Angehörigen darauf hin, dass Versicherte infolge vertrauensärztlicher „Gesundschreibungen“ schwer erkrankt und gestorben waren.²²⁵ Auch zeigen die Akten der Gemeinschaftsstelle die hohe Arbeitsbelastung der Vertrauensärzte selbst, von denen „eine ganze Reihe [...] vor dem körperlichen Zusammenbruch gestanden“ hätten. Doch konnte auch die Überlastung der Ärzte die insgesamt positive Sicht auf die Sondereinsätze nicht eintrüben, die sich im Urteil der maßgeblichen Stellen bewährt hatten und in Zukunft auszuweiten waren: „An weiteren Stellen ist ein Sondereinsatz dringend erforderlich. In dieser Richtung liegen Wünsche aus Berlin und Baden, besonders aus Mannheim vor. Die Voraussetzungen hierfür seien gesichert. Schon jetzt hätten sich mehrere Landesvertrauensärzte freiwillig zur Übernahme dieser Arbeit zur Verfügung gestellt.“²²⁶ Die Ausweitung der Sondereinsätze ließ diese während des Krieges zur wesentlichen organisatorischen Erscheinungsform des VÄD werden. Einzelne Versicherungsanstalten übernahmen das Konzept für ihren Bezirk und führten derartige Einsätze mit „dem Bestand der eigenen Vertrauensärzte“

222 Dies ergibt sich aus den folgenden Dokumenten: Fritz Missmahl (stv. Leiter LVA Rheinprovinz) an Storck, 4.4.1936; Leiter LVA Rheinprovinz an Storck, 13.5.1936; Walter an Storck, 27.6.1936, sv:dok 26/1794, Teil 1.

223 Zu Weyrauch vgl. Höfler-Waag, Leistungsmedizin, S. 153 f.

224 Niederschrift über die (vierte) Schulungsveranstaltung der Landesvertrauensärzte, undatiert, sv:dok 26/1622, Teil 1.

225 Vgl. Wiethoff, Landesversicherungsanstalten, S. 189.

226 Niederschrift über die Zusammenkunft der Landesvertrauensärzte der Landesversicherungsanstalten beim Reichsversicherungsamt Berlin am 12. August 1940, undatiert, sv:dok 26/1622, Teil 1.

durch.²²⁷ Dieses Regionalmodell „beweglicher vertrauensärztlicher Dienststellen“ war wiederum zuerst bei der LVA Rheinprovinz auf Betreiben des Landesvertrauensarztes und Walter-Vertrauten Gottwaldt eingeführt worden.²²⁸

Ärztmangel und Konflikte mit den Wehrmachtsstellen

Bei aller Hochstimmung, die das Konzept der „Sonderaktionen“ zeitgenössisch umgab, handelte es sich dabei lediglich um eine Behelfsmaßnahme, die in dem zunehmenden Ärztemangel wurzelte. Über die gesamte Kriegszeit hinweg blieb das Personal das bestimmende Problem des VÄD. Die damit verbundenen Fragen und Erörterungen nahmen im Schriftverkehr der Gemeinschaftsstelle und anderer mit dem VÄD befassten Institutionen breiten Raum ein. Dies war zwar schon vor, verstärkt jedoch ab 1939 der Fall, als sich die Vorzeichen der Personalrekrutierung aufgrund des Krieges grundlegend verschoben. Während in der Vorkriegszeit Akteure des gesundheitspolitischen Handlungsfeldes – das Reichsarbeitsministerium, das Reichsversicherungsamt, die Kassenärztliche Vereinigung Deutschlands, die Gemeinschaftsstelle, die Versicherungsanstalten und den Kassen – mit den personellen Fragen des VÄD befasst waren, trat in Gestalt des Militärs ab 1939 ein mächtiger externer Akteur hinzu, der zunehmend Einfluss auf die Personalressourcen des VÄD erlangte. Fragen der Rekrutierung und des Einsatzes von VÄD-Personal waren ab Kriegsbeginn nicht mehr allein Gegenstand von Aushandlungsprozessen zwischen untereinander vernetzten Akteuren des Gesundheits- und Medizinalsystems, die bei allen Differenzen das gemeinsame Ziel teilten, die Krankenkontrolle zugunsten des „Arbeitseinsatzes“ auszuweiten. Beim Militär und seine Stellen galten die Probleme des Krankenstandes und des „Arbeitseinsatzes“ gegenüber der Sicherstellung der ärztlichen Versorgung der Wehrmacht als nachrangig. Der zunehmende Einfluss des Militärs, das eigene, anders gelagerte Interessen verfolgte, warf die grundlegende Frage auf, wie die verknappten ärztlichen Ressourcen zwischen „Front“ und „Heimatfront“ aufzuteilen waren. Die

227 Niederschrift über die (vierte) Schulungsveranstaltung der Landesvertrauensärzte, undatiert, sv:dok 26/1622, Teil 1.

228 Für Details siehe Wilhelm-Karl Gottwaldt, Erfahrungen beim Einsatz beweglicher vertrauensärztlicher Dienststellen, in: Die Ortskrankenkasse 27 (1940), Nr. 11 v. 1.6.1940, S. 205-210.

Heeresstellen entwickelten sich in personalpolitischen Dingen zu mächtigen Gegenspielern der mit dem VÄD befassten Institutionen. Es entstand ein Zielkonflikt, der bis zum Ende der NS-Diktatur nicht aufgelöst werden konnte.

Der Kriegsbeginn stellte für den vertrauensärztlichen Personalkörper eine schwere Belastungsprobe dar. Eine Aufstellung der Gemeinschaftsstelle von November 1939, zwei Monate nach dem deutschen Überfall auf Polen, liefert folgendes Bild der Personalsituation: Während die 26 Landesvertrauensärzte nach einer ersten Einberufungswelle wieder vollzählig zur Verfügung standen,²²⁹ waren von 154 Obervertrauensarztstellen 138 und von den 517 hauptamtlichen Vertrauensarztstellen nur 422 auch tatsächlich besetzt. Insgesamt fehlten dem VÄD mithin 111 Ärzte, was 16 Prozent des gesamten Personalbestands entsprach. Lediglich bei den nebenamtlichen Vertrauensarztstellen war das Verhältnis mit 298 Sollstellen gegenüber einem Ist-Bestand von 455 umgekehrt. Dies zeigt, dass die Personalprobleme des VÄD in der frühen Phase der Einberufungen durch den erhöhten Einsatz nebenamtlicher Ärzte aufgefangen wurden.²³⁰

Die Übersicht gibt gleichwohl nur ein unzureichendes Bild über die Lage in den einzelnen Anstaltsbezirken, die von den Einberufungen unterschiedlich stark betroffen waren. Eine besonders hohe Einberufungsquote kennzeichnete den VÄD der LVA Württemberg – eine Versicherungsanstalt, die bereits zuvor aufgrund von Personalschwierigkeiten und Arbeitsrückständen im VÄD sowie hohen Krankenständen in den Fokus der politischen Institutionen geraten war.²³¹ Schon bei der Personalauswahl für die leitenden Landesvertrauens- und Obervertrauensarztstellen war es zu „Fehlbesetzungen“ gekommen, die ein Eingreifen Walters und „verschiedene Auflagen“ des RVA nach sich gezogen hatten.²³² Auch war die Zahl der eingerichteten Vertrauensarzt- und Hilfspersonalstellen zu niedrig angesetzt worden, so dass die Vertrauensärzte notorisch überlastet waren und ihre „Gutachten mit der Hand oder mit der Schreibmaschine“ selbst schreiben mussten. Der prekäre Zustand des württembergischen VÄD hatte ein Beinahe-Zerwürfnis zwischen der Gemeinschaftsstelle und der KVD zur

229 Einige Landesvertrauensärzte waren zunächst ebenfalls eingezogen worden, konnten durch Vermittlung des RAM jedoch schnell wieder freigestellt werden. Rundschreiben Gemeinschaftsstelle an LVA-Leiter, 1.11.1939, sv:dok 26/1619.

230 Übersicht der Gemeinschaftsstelle über den Bestand an Vertrauensärzten am 1. November 1939, 20.11.1939, sv:dok 26/1619.

231 Vgl. als Übersicht das Schreiben von Falk an Walter, 29.10.1938, sv:dok 26/1622, Teil 1.

232 Storck an Wagner, 4.11.1938, sv:dok 26/1619.

Folge, deren Verhältnis ohnehin zunehmend von Spannungen geprägt war. Wie der zuständige Funktionär Grote im Rahmen einer Ausschusssitzung erklärte, halte er „nach dem, was ich in Württemberg gesehen habe, [...] die jetzige Regelung nicht mehr für tragbar“, womit er auf Koordinierungsfehler der Gemeinschaftsstelle abstellte, deren Stellung als Bindeglied zwischen KVD und Vertrauensarztsystem Grote zunehmend ein Dorn im Auge war. Der regionale Problemfall Württemberg hatte sich somit zu einem Grundsatzkonflikt über die Steuerungsorganisation des VÄD ausgeweitet. Grotes Ansinnen war, der KVD einen unmittelbaren Zugang zum Vertrauensarztsystem zu verschaffen. Hierzu hatte er für sich und Walter einen direkten Kommunikationskanal zu den Vertrauensärzten reklamiert, der – wie geschildert – von der Gemeinschaftsstelle schließlich gewährt worden war.²³³

Auf die prekäre Lage des württembergischen VÄD hatten diese Machtkonflikte bezeichnenderweise keinen nennenswerten Einfluss, seine Personalsituation blieb angespannt. Unter dem zusätzlichen Druck der Einberufungen wurde der Dienst in den ersten Kriegsmonaten an den Rand einer Funktionskrise getrieben: Im Februar 1940 waren in Württemberg von insgesamt 25 Vertrauensärzten 14 zur Wehrmacht eingezogen. Auch die Dienststellen anderer Regionalträger wurden durch den Kriegseinsatz personell stark dezimiert. Bei der LVA Westfalen waren Anfang 1940 fünf von 30 Vertrauensärzten im Kriegsdienst, bei der LVA Baden 13 von 27. Lediglich bei den größten vertrauensärztlichen Dienststellen in der Rheinprovinz (18 von 74) und in Berlin (21 von 74) stellte sich die Personalsituation vergleichsweise solide dar.²³⁴ Insgesamt wurden im Rahmen einer ersten Einberufungswelle mit 45 Prozent beinahe die Hälfte der im VÄD eingesetzten Ärzte zum Heeresdienst verpflichtet, was zeigt, in welchem Maße „externe“ Faktoren und Interessen die Personal- und Organisationsentwicklung des VÄD nach 1939 beeinflussten.²³⁵

Der Befund lässt sich konkretisieren anhand der schwierigen bis aussichtslosen Verhandlungen, die der Sonderbeauftragte Otto Walter und die Gemeinschaftsstelle unter Eiinschaltung des Arbeitsministerium mit den Dienststellen des

233 Notiz Storck zur Kommissionssitzung vom 28.10.1938, undatiert; Storck an Walter, 5.11.1938; Leiter der Gemeinschaftsstelle an Walter, 5.11.1938; Leiter Gemeinschaftsstelle an Grote, 5.11.1938, sv:dok 26/1622, Teil 1.

234 Zu den vorstehenden Zahlen vgl. Gemeinschaftsstelle an RAM betr. „Entwicklung des Krankenstandes im Januar 1940“, 9.2.1940, sv:dok 26/1619.

235 Diese Zahl basiert auf Angaben Walters. Vgl. Niederschrift über die Zusammenkunft der Landesvertrauensärzte der Landesversicherungsanstalten beim Reichsversicherungsamt Berlin am 12. August 1940, sv:dok 26/1622, Teil 1.

Heeres über die Frage der Frei- und Rückstellung von Vertrauensärzten führten. Schon in der ersten Phase der Einberufungen intensivierte die Gemeinschaftsstelle ihre diesbezüglichen Bemühungen und setzte die LVA-Leiter per Rundschreiben über die bevorstehenden Schritte und – wie sich alsbald herausstellen sollte – hochgesteckten Verhandlungsziele in Kenntnis. Der Ausschuss der Gemeinschaftsstelle habe „einmütig die Auffassung vertreten, dass es dringend erforderlich ist, dass sämtliche eingezogenen Landesvertrauensärzte für die Leitung des vertrauensärztlichen Dienstes in der kommenden Zeit wiederum zur Verfügung stehen, dass ein Teil der einberufenen Ober- und hauptamtlichen Vertrauensärzte für die Durchführung des vertrauensärztlichen Dienstes freigestellt und dass die weitere Freistellung der jetzt noch nicht eingezogenen Landes-, Ober- und hauptamtlichen Vertrauensärzte sichergestellt werden muss“. Wie das Schreiben weiter unterrichtete, habe der Sonderbeauftragte durch Vermittlung des RAM bereits „eine Aussprache mit dem Sachbearbeiter des Herrn Heeres-Sanitätsinspektors im Oberkommando des Heeres“ führen können, der zugesichert habe, „die Frage der Freistellung von Vertrauensärzten entgegenkommend zu behandeln“. Zudem habe er sich „bereit erklärt, den Militärärzten, soweit sich dies mit den dienstlichen Belangen vereinbart, zu gestatten, nebenamtlich als Vertrauensärzte“ tätig zu sein. Die LVA-Leiter wurden aufgefordert, „das hiernach Erforderliche sofort veranlassen zu wollen“ und Freistellungsanträge in einem „Umfang“ zu stellen, „dass der vertrauensärztliche Dienst in den kommenden Monaten den gesteigerten Aufgaben in jeder Hinsicht gewachsen ist“.²³⁶

Wie sich alsbald zeigte, war der Erfolg der Anträge äußerst dürftig. Zwar gelang es, die Freistellung der Landesvertrauensärzte zu erwirken, die als Leiter der regionalen vertrauensärztlichen Dienste konstitutiv für deren Funktion waren. Bei den übrigen Ärzten war dies hingegen nur selten der Fall. Die zu den Verhandlungen überlieferte Korrespondenz illustriert vor allem die Ohnmacht der Leiter der Versicherungsanstalten gegenüber den Eigeninteressen des mächtigen Militärapparates. Wie der Leiter der LVA Württemberg, Heinrich Münzenmaier, der Gemeinschaftsstelle in einem Brandschreiben darlegte, habe er „beim Oberkommando des Heeres die Freistellung von 10 eingezogenen und 8 wehrpflichtigen, aber noch nicht eingezogenen Vertrauensärzten“ beantragt, könne das „erzielte Ergebnis“ aber nur als „völlig ungenügend“ bewerten: „Von den 10 eingezogenen Vertrauensärzten“ sei „bis jetzt noch

²³⁶ Rundschreiben Gemeinschaftsstelle an LVA-Leiter, 1.11.1939, sv:dok 26/1619. Dies nicht zuletzt im Hinblick darauf, „dass bei der bevorstehenden kalten Jahreszeit der Krankenstand eine erhebliche Steigerung erfährt“.

kein einziger freigestellt“ und hinsichtlich der Zurückstellung der acht wehrpflichtigen Ärzte stehe „die Entscheidung heute noch aus“. Zudem waren Münzenmaier „drei der vier mir verbliebenen hauptamtlichen Vertrauensärzte [...] wegen Krankheit für längere Zeit ausgefallen“, der vierte Arzt hingegen sei „infolge von Herzmuskelschwäche nach Infekt nur zur Hälfte arbeitsfähig“. Der LVA-Leiter sah sich „unter diesen Umständen außer stande [sic], die Verantwortung für eine reibungslose und wirkungsvolle Durchführung des vertrauensärztlichen Dienstes – zumal bei dem zu erwartenden weiteren Anstieg des Krankenstandes – weiterhin zu übernehmen“, und warnte eindringlich vor den Folgen: „Ein Versagen des vertrauensärztlichen Dienstes würde sich auf die Finanzlage der Krankenkassen und damit auf die für die innere Front so wichtige Krankenversicherung verheerend auswirken, ganz abgesehen von der empfindlichen Schädigung des Arbeitsmarktes.“²³⁷

Derartige Argumentationsfiguren mochten im Diskursfeld der Sozialversicherung, der Gesundheitspolitik und des „Arbeitseinsatzes“ plausibel erscheinen – für das Militär galt dies zweifellos nicht. Dessen Bereitschaft zur Rücksichtnahme auf die „innere Front“ und die Personalinteressen der mit dem „Arbeitseinsatz“ befassten Institutionen war schon anfangs nur spärlich ausgeprägt und nahm in der Tendenz zudem noch weiter ab.²³⁸ So wurden im zweiten Kriegsjahr auch zunächst geschonte Landesvertrauensärzte von Einberufungen erfasst, was in den betreffenden Regionen zu beträchtlichen Funktionsstörungen führte. Im August 1941 beklagte beispielsweise der stellvertretende Leiter der LVA Westfalen, Otto Schultze-Rhonhof, den desolaten Zustand des VÄD seiner Versicherungsanstalt und brachte gegenüber dem Ministerium auch die Gleichgültigkeit zur Sprache, mit der die Heeresstellen seine Gesuche behandeln würden. So sei sein Antrag auf Freistellung seines Landesvertrauensarztes Gies schlichtweg nicht beantwortet und dieser „am 28.6.1941 zum Heeresdienst einberufen“ worden, womit der VÄD des Anstaltsbezirks zeitweise ohne Leiter dastand. Ähnliches habe sich im Zusammenhang mit der Einberufung eines Obervertrauensarztes vollzogen, dem Leiter der vertrauensärztlichen Dienststelle Gelsenkirchen, „in deren Bereich – wie allgemein bekannt – zahlreiche kriegswichtige Betriebe sich befinden“ und die „daher als eine der wichtigsten

237 Heinrich Münzenmaier (Leiter LVA Württemberg) an Otto Walter, 31.1.1940, sv:dok 26/1619.

238 Das RVA legte hingegen großen Wert darauf, dass die nachgeordneten Stellen bei Nachuntersuchungen und Rentenentzügen von Wehrmatsangehörigen Zurückhaltung an den Tag legten. Vgl. Erker, Rente, S. 320.

Vertrauensärztlichen Dienststellen in der Provinz Westfalen anzusehen“ sei. Diese sei infolge der Einberufung „auch wieder zum Erliegen gekommen“, nachdem sie bereits zwischen Januar und April 1941 „unbesetzt“ gewesen war. Wie sein Amtskollege aus Württemberg sah Schultze-Rhonhof „unter diesen Umständen die Fortführung des Vertrauensärztlichen Dienstes in Westfalen auf das allerschwerste gefährdet“, zumal „mit weiteren Einberufungen gerechnet werden“ müsse. Er habe „aus der Behandlung unserer Uk.-Anträge besonders vonseiten der Luftwaffe den Eindruck gewinnen [müssen], dass unsere eingehenden Begründungen überhaupt nicht beachtet werden“.²³⁹

Dieser Befund traf ohne Zweifel zu. Im Wissen um die Schwierigkeiten und die eigene Machtlosigkeit hatte die Gemeinschaftsstelle ihre Strategie anpassen müssen und nur noch das Ziel ausgegeben, den Status quo zu sichern: „Erhaltung des Bestandes der jetzigen Vertrauensärzte“, „Abwehr der angekündigten Einberufungen“ sowie „Freigabe von etwa 25 namhaft aufzuführenden Vertrauensärzten“ für Sondereinsätze in der Rüstungsindustrie lauteten im April 1940 die bescheidener gewordenen Verhandlungsziele.²⁴⁰ Zu dieser Zeit waren von „den 821 planmäßigen Stellen für Vertrauensärzte (einschließlich der Landes- und Obervertrauensärzte) [...] 140 Stellen noch überhaupt nicht besetzt“, während von „dem Rest mit 681 [...] 196 Vertrauensärzte durch Einberufungen ausgefallen“ seien. Die „Bemühungen, hauptamtliche Vertrauensärzte unabkömmlich stellen bzw. beurlauben zu lassen“ hätten „nur zeitweise einen Erfolg gehabt“.²⁴¹ Daran änderte sich auch in der Folge wenig und selbst die reduzierten Anliegen ließen sich nicht durchsetzen. Im August 1940 räumte Walter auf einer Konferenz der Landesvertrauensärzte im Reichsversicherungsamt ein, dass seine „intensiven Bemühungen bei den maßgeblichen Dienststellen des Heeres um Rückstellung von Vertrauensärzten [...] im allgemeinen ohne Erfolg geblieben“ seien. Er habe dort insgesamt „ein außerordentlich geringes Verständnis“ für die Belange des VÄD vorgefunden.²⁴²

239 Schultze-Rhonhof an RAM, 6.8.1941; Gemeinschaftsstelle an RVA, 9.8.1941, BArch R 89/5347.

240 Notiz Storck zu Besprechungen am 19.4.1940 in Berlin, 20.4.1940, sv:dok 26/1799, Teil 1.

241 Gemeinschaftsstelle an Reichsarbeitsminister betr. Durchführung des vertrauensärztlichen Dienstes“, 19.4.1940, sv:dok 26/1621.

242 Niederschrift über die Zusammenkunft der Landesvertrauensärzte der Landesversicherungsanstalten beim Reichsversicherungsamt Berlin am 12. August 1940, sv:dok 26/1622, Teil 1.

Just in dieser prekären Situation wurde der VÄD im Juli 1940 zusätzlich mit der Überwachung der Versicherten der Ersatzkassen beauftragt.²⁴³ In der Folge wurden zahlreiche Dienststellen, insbesondere solche in industrialisierten Regionen mit einer hohen Dichte kriegswichtiger Betriebe und entsprechend erhöhtem Überwachungsaufwand, in einen Zustand der Überlastung gebracht, der in der Tendenz bis Kriegsende anhielt. Aussagekräftig ist das Beispiel der vertrauensärztlichen Dienststelle in Mannheim, wo im Dezember 1941 zwei hauptamtliche und drei nebenamtliche Vertrauensärzte die Überwachung von insgesamt rund 160.000 Versicherten sicherzustellen hatten. Die Einberufungsquote lag dort bei rund 70 Prozent des vertrauensärztlichen Personals, darunter auch der Leiter der Dienststelle. Infolgedessen konnte 1941 „nur knapp mehr als die Hälfte der insgesamt zu betreuenden arbeitsunfähigen Kranken durch die Vorladung zur vertrauensärztlichen Nachuntersuchung erfaßt“ werden. Der Krankenstand bei der AOK Mannheim, bei der „mindestens die Hälfte der Gesamtmitgliederzahl [...] in wichtigen Rüstungsbetrieben beschäftigt“ war, kletterte im November 1941 auf 4,52 Prozent und wurde zu diesem Zeitpunkt „nur noch von den Allgemeinen Ortskrankenkassen Berlin und Frankfurt a.M. übertroffen“.²⁴⁴ Zu einer Funktionskrise des VÄD kam es auch im Bezirk der AOK Dortmund, wo sich mit über 140.000 Versicherten und etwa 25.000 Ersatzkassenmitgliedern die größte vertrauensärztliche Dienststelle der LVA Westfalen befand. Diese war im Dezember 1941 allerdings nur mit zwei hauptamtlichen Vertrauensärzten besetzt, die somit jeweils mehr als 80.000 Versicherte zu „betreuen“ hatten. Im Urteil der zuständigen LVA-Leitung konnte der Dortmunder VÄD unter diesen Umständen „nicht annähernd ausreichend durchgeführt“ werden, wobei sie Folgen für die Versorgung der Wehrmacht ins Spiel brachte: „Berücksichtigt man, daß gerade im Bezirk Dortmund zahlreiche wehrwirtschaftliche Betriebe sich befinden, so kommt man zu dem

243 Vgl. Höfler-Waag, Leistungsmedizin, S. 135. Diese Maßnahme belegt einmal mehr die Ausrichtung des VÄD auf den „Arbeitseinsatz“ als solchen, da bei den Ersatzkassen, wie Walter ausführte, „ein unmittelbares finanzielles Interesse bei der Betreuung der Versicherten ihrer Kasse zunächst meist nicht vorläge“. Die Überwachung wurde zudem eminent erschwert durch das Fehlen von Krankengeldzahlungen, weshalb die Versicherten der Ersatzkassen „bis zu einer Krankheitsdauer von 6 Wochen kein Interesse hätten, ihren Kassen entsprechende Anzeigen zu machen, dass sie arbeitsunfähig seien“, wie der Direktor der Gemeinschaftsstelle, Falk, ergänzte. Niederschrift über die Zusammenkunft der Landesvertrauensärzte der Landesversicherungsanstalten beim Reichsversicherungsamt Berlin am 12. August 1940, sv:dok 26/1622, Teil 1.

244 Gemeinschaftsstelle an RAM, 1.12.1941; Hölzer (Landesvertrauensarzt LVA Baden) an Gemeinschaftsstelle, 26.11.1941, BArch R 89/5383, LVA Baden, Bd. 5.

Ergebnis, daß die mangelhafte Besetzung dieser Dienststelle auf die Ersatzmaterialfrage der Wehrmacht nicht ohne Einfluß bleiben kann“.²⁴⁵

Die Begründungen zur Freistellung von Vertrauensärzten führten zwei Kernargumente auf: Erstens wurde unterstellt, dass zwischen der Verknappung von Personalressourcen im VÄD und der Erhöhung von Krankenständen ein unmittelbarer Wechselbezug bestünde. Zweitens wurden davon ausgehend negative Folgen für die Produktion behauptet, der VÄD mithin als unverzichtbarer „Wächter des Arbeitseinsatzes“ dargestellt. Beiden Argumentationsfiguren war im schwierigen Verhandlungskontext mit der Wehrmacht im Ergebnis kein Erfolg beschieden. Das gesundheitsfürsorgerische Aufgabengebiet, das in der Vorkriegszeit als Distinktionsmerkmal zwischen „altem“ und „neuem“ VÄD ausgewiesen worden war, fand in diesem Begründungsrahmen keine Erwähnung. Dies war dem Umstand zuzuschreiben, dass dieses Aufgabengebiet infolge der Personalverknappung vom VÄD nicht mehr gestemmt werden konnte und 1939 weitgehend aufgegeben worden war.²⁴⁶

Betriebsärzte als Vertrauensärzte: Machtrivalitäten und Interessenkonflikte

Der VÄD geriet nach Kriegsbeginn zunehmend in einen Zangengriff: Nicht nur setzten militärische Stellen unter Verweis auf die priorisierte Verwendung von Ärzten im Heeresdienst die Einberufung von Vertrauensärzten durch. Auch andere politische Institutionen schienen die behauptete Relevanz des VÄD für Krankenstand, „Arbeitseinsatz“ und Produktion nicht zu teilen. In der Wahrnehmung des Sonderbeauftragten traf dies auf sämtliche „Verwaltungsstellen des Heeres und die der anderen Ministerien (außer RAM)“ zu, wo „ein befriedigendes Verständnis für den VÄD nicht bemerkbar“ geworden sei. Vor allem aber der Deutschen Arbeitsfront (DAF), die 1933 als Einheitsverband von Unternehmen und Arbeitnehmern an die Stelle der

245 Leiter LVA Westfalen an RVA, Abt. Kranken- und Invalidenversicherung, 22.12.1941, BArch R 89/5347.

246 Schon 1940 war von Walter eingeräumt worden, „diese [fürsorgerische] Arbeit [hätte sich] in der jetzigen Zeit zunächst nicht halten“ lassen. Gleichwohl standen zu dieser Zeit mehrere Tausend Diabetiker und Tuberkulosekranke unter vertrauensärztlicher Beobachtung, wobei es Walter den Vertrauensärzten hoch anrechnete, dass „86 % dieser überwachten Zuckerkranken arbeitsfähig gehalten“ würden. Niederschrift über die Zusammenkunft der Landesvertrauensärzte der Landesversicherungsanstalten beim Reichsversicherungsamt Berlin am 12.8.1940, sv:dok 26/1622, Teil 1.

zerschlagenen Gewerkschaften getreten war, attestierte Walter „eine aggressive Haltung“ gegenüber dem Vertrauensarztssystem.²⁴⁷ Die mächtige Parteiorganisation favorisierte zur Durchführung der Krankenkontrolle das ihr angegliederte Betriebsarztssystem und betrachtete den VÄD als missliebige Konkurrenzeinrichtung, die dem Reichsarbeitsministerium zunehmenden Einfluss im betrieblichen Gesundheitswesen sichern sollte.²⁴⁸ Die Ablehnung des VÄD durch die DAF erschien Walter insofern unverständlich, als beide Akteure vielmehr ihre Zusammenarbeit verstärken müssten, um „mit allen Mitteln die Volksgesundheit zu erhalten“. Walter bezog sich hierbei auf die Schaffung eines reichsweit einheitlichen sozialärztlichen Dienstes, eine „einzige führende ärztliche Instanz“, in der Behandlungs-, Kontroll- und sozialmedizinische Aufgaben unmittelbar verschränkt waren, und behauptete, die „hier verfolgten Interessen seien absolut die der Arbeitsfront“.²⁴⁹

Tatsächlich war eine Zusammenarbeit mit der DAF in der Weise, wie sie dem Sonderbeauftragten vorschwebte, kaum zu verwirklichen. Im Gegenteil machte sich die Parteiorganisation die Probleme im VÄD strategisch zu nutze, um das Arbeitsministerium zu diskreditieren und dessen Ambitionen im betrieblichen Gesundheitswesen einen Riegel vorzuschieben. Der seit der Vorkriegszeit schwelende Machtkonflikt über die Vorherrschaft im betrieblichen Gesundheitswesen verdichtete sich in der Frage nach einer möglichen Zusammenarbeit zwischen dem VÄD einerseits und dem Betriebsarztwesen der DAF andererseits. Bereits der Reformerschluss des RAM von 1936 enthielt die ausdrückliche Formulierung, dass zu nebenamtlichen Vertrauensärzten auch „Fabrikärzte herangezogen werden“ können.²⁵⁰ Diese Vorgabe war indes über weite Strecken ins Leere gelaufen und am Widerstand der DAF gescheitert, die ihre Betriebsärzte aus

247 Niederschrift über die Zusammenkunft der Landesvertrauensärzte der Landesversicherungsanstalten beim Reichsversicherungsamt Berlin am 12. August 1940, undatiert, sv:dok 26/1622, Teil 1. Zur DAF siehe überblicksartig Rüdiger Hachtmann, Arbeit und Arbeitsfront: Ideologie und Praxis, in: Buggeln/Wildt (Hg.), Arbeit im Nationalsozialismus, S. 87-106.

248 Vgl. Süß, Volkskörper, S. 248.

249 Niederschrift über die Zusammenkunft der Landesvertrauensärzte der Landesversicherungsanstalten beim Reichsversicherungsamt Berlin am 12. August 1940, undatiert, sv:dok 26/1622, Teil 1.

250 Bestimmungen des Reichs- und Preußischen Arbeitsministers über den vertrauensärztlichen Dienst in der Krankenversicherung v. 30.3.1936, in: Monatsschrift für Arbeiter- und Angestellten-Versicherung 24 (1936), H. 6, S. 276-278, sv:dok 26/1794. Die maßgebende Bestimmung lautete: „Zu nebenamtlichen Vertrauensärzten können außer freiberuflich tätigen Ärzten auch beamtete oder bei Behörden oder öffentlich-rechtlichen Körperschaften angestellte Ärzte sowie Fabrikärzte herangezogen werden.“ (ebd., S. 275 f.).

prinzipiellen Gründen aus dem VÄD und umgekehrt Vertrauensärzte aus der betrieblichen Sphäre heraushalten wollte. Die restriktive Haltung wurde erstmals manifest in den 1937 vom Hauptamt für Volksgesundheit der DAF veröffentlichten Richtlinien für Betriebsärzte, in denen quasi als Replik auf das Arbeitsministerium entschieden wurde: „Vertrauensärzte dürfen nicht als Betriebsärzte eingesetzt werden.“²⁵¹

Der Konflikt über diese Frage spitzte sich ab 1939 eminent zu, als die Gemeinschaftsstelle die Umsetzung des RAM-Erlasses und den Einsatz von Betriebsärzten im VÄD forcierte, was eine Abmilderung der personellen und funktionellen Probleme verhiess. Dem Fehlen einer übergeordneten Regelung zum Trotz wurde bei einer Reihe von Betriebskrankenkassen in der Folge dazu übergegangen, Betriebsärzte in Personalunion als nebenamtliche Vertrauensärzte einzusetzen – offenbar mit positiven Effekten auf die Krankenstände, wie einem zeitgenössischen Bericht der Arbeitsgemeinschaft der Betriebskrankenkassen in Köln an die Gemeinschaftsstelle entnommen werden kann:

„Bei der Betriebskrankenkasse des X sind seit dem 13. September 1939 die Betriebsärzte als Vertrauensärzte miteingesetzt. Bis 31. Oktober einschließlich wurden von 424 Vorgeladenen 354 Kranke untersucht; von diesen wurden 182 arbeitsfähig geschrieben, während 172 arbeitsunfähig blieben. Von den 70 Nichterschienenen meldeten sich 43 vor der Nachuntersuchung arbeitsfähig, die restlichen 27 waren bettlägerig krank. Der Krankenstand ist seit dem 13.9. langsam aber stetig von 5,47 v.H. bis z.Zt. 4,07 v. H. gefallen. Wir nehmen an, dass dieser, wenn auch bescheidene Erfolg auf den Einsatz der Betriebsärzte zurückzuführen ist, da diese mit den Arbeitsverhältnissen im Betrieb vertraut sind und daher besonders geeignet, die Arbeitsfähigkeit des Kranken für seinen speziellen Arbeitsplatz zu beurteilen. Der zusätzliche Einsatz der Betriebsärzte hat ausserdem den Vorteil, dass in kürzester Frist als bisher eine grössere Zahl untersucht werden kann und diese Untersuchung an Ort und Stelle stattfindet, wodurch für alle Beteiligten Zeit und Geld gespart wird. Dem Beispiel der Betriebskrankenkasse des X sind nach und nach eine Reihe anderer Firmen gefolgt, die über ähnliche Erfahrungen wie die oben geschilderten berichten.“²⁵²

Der Quellenwert derartiger Erfolgsberichte ist wegen ihrer instrumentellen Funktion im zeitgenössischen Machtkonflikt mit der DAF skeptisch zu sehen. Die Gemeinschaftsstelle nahm sie zum Anlass für die nachdrückliche Empfehlung an die Leiter der

251 Storck an RAM, 30.12.1940, WA 907/43: Nachlass Kolbow.

252 Rundschreiben Gemeinschaftsstelle an LVA-Leiter, 7.11.1939, sv:dok 26/1876, Teil 1. Dort auch das folgende Zitat.

Versicherungsanstalten, „von der Möglichkeit, Betriebsärzte im vertrauensärztlichen Dienst zu verwenden, weitgehend Gebrauch zu machen“. Das Vorpreschen war wiederum abgestützt beim Reichsversicherungsamt, welches die „stärkere Heranziehung von Werks- und Betriebsärzten als nebenamtliche Vertrauensärzte“ zuvor in einem Rundschreiben „unter dem Gesichtspunkt eines möglichst reibungslosen Arbeitseinsatzes“ als „geeignetes Mittel“ bezeichnet hatte.²⁵³

Die so abermals herausgeforderte DAF blieb indes bestrebt, der Verstetigung dieser Praxis einen Riegel vorzuschieben. Zum einen stellte die personelle Verquickung von betriebs- und kontrollärztlichen Funktionen nach Auffassung führender DAF-Funktionäre wie Werner Bockhacker, Leiter des Hauptamts für Volksgesundheit, eine massive Belastung für die Vertrauensbasis zwischen Betriebsarzt und „Gefolgschaft“ dar – mit negativen Konsequenzen für den betrieblichen Zusammenhalt, die Leistungsmoral und den „Arbeitseinsatz“ der Versicherten.²⁵⁴ Einwände von vertrauensärztlicher Seite, dass eine Aufgabentrennung in der Praxis gewährleistet werden könne und „die Vertrauens- und Betriebsarztfrage eine Frage der Persönlichkeit“ sei, blieben ungehört.²⁵⁵ Zum anderen spielten generelle Aversionen gegenüber dem VÄD eine tragende Rolle. Für maßgebliche DAF-Funktionäre wie Bonhacker war selbst eine mittelbare Unterstützung der Einrichtung des RAM durch die Freigabe des Einsatzes von Betriebsärzten im Vertrauensarztwesen schlicht inakzeptabel. Die Parteiorganisation lenkte insofern nicht ein, sondern intensivierte ihre Kritik am VÄD, den sie öffentlich als ebenso unzeitgemäßes wie überflüssiges Kontrollorgan verunglimpfte und dabei in den Betriebsgemeinschaften verbreitete Auffassungen taktisch bespielte. Wie Bockhacker 1939 auf einer öffentlichen Versammlung in markigen Worten verlautbarte, sei der „deutsche Arbeiter [...] kein Simulant und der vertrauensärztliche Dienst das Sinnloseste, was es gebe“. Die DAF hätte „ihren Betriebsärzten verboten, als Vertrauensärzte tätig zu sein“ und würde „nicht

253 Zit. n. Storck an RAM, 30.12.1940, WA 907/43: Nachlass Kolbow.

254 1940 führte Bockhacker dazu im „Völkischen Beobachter“ aus: „Während der alte Werksarzt der Beauftragte des Unternehmens war und als solcher, gegebenenfalls auch noch als Vertrauensarzt der Betriebskrankenkasse amtierte, ist das Aufgabenfeld des Betriebsarztes in die Betriebsgemeinschaft selbst hineinverlegt worden. Er genießt so innerhalb dieser die gleiche Vertrauensbasis wie in der Familie der Hausarzt. Aus diesem Grunde erscheint es, wenn man seine Arbeit nicht zerschlagen will, als nicht angängig, ihn zugleich auch noch mit Pflichten vertrauensärztlicher Natur belasten zu wollen.“ Zit. n. Storck an RAM, 30.12.1940, WA 907/43.

255 A. Veltmann, Darf der Betriebsarzt gleichzeitig Vertrauensarzt sein?, in: Vertrauensarzt und Krankenkasse 9 (1941), S. 97-100, S. 99.

ruhen und rasten und dafür kämpfen, bis der vertrauensärztliche Dienst verschwunden ist“.²⁵⁶

In die gleiche Kerbe stieß der Danziger DAF-Gauamtsleiter Norbert Appaly im Rahmen einer Besprechung, die im August 1940 unter Beteiligung von Walter, Storck und dem zuständigen Referenten im Reichsarbeitsministerium Gerhard Zschimmer im RVA stattfand. Die Sitzung war angesetzt worden, um die Wogen zu glätten und der Betriebs-/Vertrauensarzlösung den Weg zu eben. Der DAF-Funktionär zeigte sich hingegen unnachgiebig, ging Walter frontal an und erklärte, „dass ihm das Gesamtsystem des Vertrauensärztlichen Dienstes grundsätzlich nicht gefiele“ und es „nur dazu geeignet [sei], Tausende von Medizinalbeamten zu erziehen“. Für Appaly war es „doch immerhin ein eigenartiger Umstand, dass gegen die Vertrauensärzte eine weitgehende Animosität bestünde. Infolge der schlechten Bezahlung der Vertrauensärzte sei es doch in der Tat so, dass Ärzte dafür bestellt würden, die niemals in der Praxis gewesen seien. Mit dieser Tatsache können sich aber die in der Praxis stehenden Ärzte nicht abfinden. Diese amtsärztliche Oberschicht sollte daher nicht nach den Sternen greifen und alles an sich raffen und Aufgaben übernehmen, die ihr nicht gestellt sind“. Appaly erachtete es insofern als „grundsätzlich falsch, Betriebsärzte und Vertrauensärzte zu verkoppeln“, und stellte klar: „Den Arbeitseinsatz soll der Betriebsarzt machen.“ Die fürsorgerische Betätigung von Vertrauensärzten wiederum sei „durchaus abwegig, zumal das heute jede einzelne ärztliche Kategorie versuche“. Im Ergebnis sei die „Gesundheitsfürsorge [...] Sache der Partei und ihrer Organisationen. Die wirkliche Arbeit dafür leisten die in der Praxis stehenden Ärzte“.²⁵⁷

Die restriktive Haltung der DAF blieb nicht ohne Auswirkungen auf das Arbeitsfeld des VÄD. Über die personelle Dimension hinaus schienen größere Betriebskrankenkassen und Wirtschaftsbetriebe vermehrt Vorbehalte zu hegen, einer verschränkten Betriebs- und Vertrauensarzlösung zuzustimmen – und dies trotz zum Teil hoher Krankenstände. Wie Storck dem Leiter des Reichsverbandes Deutscher Rentenversicherungsträger Möbius im Februar 1940 im Hinblick auf Berlin mitteilte, lägen dort zwar „[s]chwierige Verhältnisse [...], insbesondere bei den Betriebskrankenkassen vor“. Jedoch musste er auch feststellen, dass „auf Seiten der großen Werke (Siemens

256 Zit. n. Knödler, Reform, S. 128.

257 Niederschrift über die Zusammenkunft der Landesvertrauensärzte der Landesversicherungsanstalten beim Reichsversicherungsamt Berlin am 12. August 1940, undatiert, sv:dok 26/1622, Teil 1.

usw.) keine Geneigtheit zur Selbsthilfe durch den Einsatz von Betriebsärzten“ bestünde.²⁵⁸ Eine übergeordnete Regelung zum Einsatz von Betriebsärzten als Vertrauensärzte und vice versa erschien angesichts der verhärteten Fronten in weite Ferne gerückt.

Just in dieser für den VÄD ohnehin prekären Lage trat der neue Reichsgesundheitsführer Leonardo Conti im Frühjahr 1940 mit öffentlichen Anwürfen gegen die Kontrolleinrichtung auf den Plan. Conti hatte im Rahmen verschiedener Ärztekongresse und Veranstaltungen den VÄD als „notwendiges Übel“ bezeichnet und mit seinem Verdikt, das prominent im Deutschen Ärzteblatt abgedruckt wurde, den Groll des Sonderbeauftragten und der Gemeinschaftsstelle auf sich gezogen. Wie Storck dem Reichsarbeitsminister in einer Beschwerde darlegte, würde die „unermüdliche Aufklärungsarbeit“, die zugunsten des VÄD geleistet worden sei, „empfindlich gestört, wenn von maßgeblicher Seite über die Einrichtung ein Urteil abgegeben wird, das ihren tatsächlichen Leistungen und ihrer Bedeutung für die Volksgesundheit und den Arbeitseinsatz nicht nur nicht gerecht wird, sondern auch die Arbeit der Vertrauensärzte herabzusetzen geeignet“ sei. Bei Contis Äußerungen handele es sich zwar um eine „allgemeine von Ressentiments einer überwundenen Epoche beeinflusste Beurteilung der vertrauensärztlichen Tätigkeit“, wegen „der hohen staatlichen und parteiamtlichen Stellung des Vortragenden“ seien die potenziellen Folgen für die praktische Durchführung des VÄD indes verheerend. Dies beträfe im Besonderen die Kooperation mit den Gesundheitsämtern, die „sicherlich nicht gefördert“ würde, „wenn der Chef des staatlichen Gesundheitswesens den vertrauensärztlichen Dienst in der Öffentlichkeit so bezeichnet, wie es geschehen ist“. Gravierender beurteilte Storck die Auswirkungen im Hinblick auf die Chancen zur Rekrutierung vertrauensärztlichen Nachwuchses. Die öffentlichen Äußerungen Contis, der als Reichsgesundheitsführer zugleich der KVD und dem NS-Ärztebund vorstand, erschwerten nicht nur die Zusammenarbeit mit diesen Organisationen, sondern nagten an der Moral der „in ihrer Gesamtheit bloßgestellten Vertrauensärzte“.²⁵⁹

Tatsächlich bewirkten die Äußerungen Contis innerhalb der zeitgenössischen Vertrauensärzteschaft schwere Erschütterungen. Deren Resonanz lässt sich einem Schreiben des Hamburger Landesvertrauensarztes Brechmann exemplarisch entnehmen. Dieser teilte darin seinem Vorgesetzten Storck in scharfem Ton mit, er könne „keinerlei

258 Storck an Möbius (Leiter Reichsverband Deutscher Rentenversicherungsträger), 5.2.1940, sv:dok 26/1619.

259 Storck an Reichsarbeitsminister, 30.5.1940, sv:dok 26/1619.

Verständnis für die Erklärungen des Reichsgesundheitsführers aufbringen“, und brachte eine für die NS-Polykratie typische Ambivalenz zur Sprache: „Auf der einen Seite wird uns besonders immer vom Arbeitsministerium erklärt, der Vertrauensärztliche Dienst erfülle heute eine kriegswichtige Aufgabe und auf der anderen Seite wird die Sache so hingestellt, als wenn wir einen richtigen Übelstand darstellen. Dabei ist die Situation doch so, dass wir kaum noch die Arbeit im vertrauensärztlichen Dienst bewältigen können, denn nach diesen Erklärungen des Reichsgesundheitsführers wird es uns selbstverständlich kaum noch gelingen, irgendwelche Ärzte für unsere Tätigkeit zu gewinnen.“ Die Bemühungen um Freistellungen von Vertrauensärzten bei der Heeresleitung würden durch Contis Äußerungen untergraben, da „die Militärärzte, die ja auch diese Äußerungen lesen und hören [...] in Zukunft auch recht wenig Verständnis für unsere Reklamationen haben werden, denn für solch öffentlich kritisierte Übelstände wird man ja im Kriege wenig Verständnis erwarten können“. Der Frust der Vertrauensärzte war derart immens, dass Brechmann ein radikales Experiment empfahl, um die Bedeutung des VÄD zu demonstrieren: „Wenn der Reichsgesundheitsminister das verantworten will, würde ich vorschlagen, dass wir jetzt während des Krieges den Versuch unternehmen, die vertrauensärztlichen Untersuchungen auszusetzen. Entweder muss sich dann ja sehr schnell zeigen, ob unsere Voraussagen, dass dieses zu einer sehr schnellen Katastrophe führen würde, eintreten, oder es erweist sich, dass der Vertrauensärztliche Dienst tatsächlich ein ‚Übelstand‘ ist, der ohne Schwierigkeiten beseitigt werden kann.“²⁶⁰ Dieser Schritt wurde freilich nicht vollzogen. Die Reaktion der Gemeinschaftsstelle bestand vielmehr in einer erneuten Propagandaoffensive für den VÄD in den Betrieben, um die von oberster Stelle geschürten Vorbehalte auszuräumen.²⁶¹

Die Auseinandersetzung mit dem Reichsgesundheitsführer konnte im Zuge einer Aussprache im Arbeitsministerium zeitnah beigelegt werden. Wie Zschimmer von der entsprechenden Sitzung berichtete, sei diese „nicht unerfreulich“ verlaufen und er habe „die Überzeugung gewonnen, dass seine Worte nicht ohne Eindruck“ auf den

260 Brechmann (Landesvertrauensarzt LVA Hamburg) an Storck, 10.5.1940, sv:dok 26/1619. Ähnlich äußerte sich der Bremer Vertrauensarzt Heinrich Köpke: „Ich stehe mit Ihnen auf dem Standpunkt, daß derartige Äußerungen des Reichsgesundheitsführers geeignet sind, jeglichen Idealismus bei den noch vorhandenen Vertrauensärzten zu erschlagen und außerdem sind sie dazu angetan, jüngere und tüchtige Kräfte vom vertrauensärztlichen Dienst fernzuhalten.“ Köpke an Storck, 25.6.1940, sv:dok 26/1619.

261 Dr. Halbach/Dr. Oberwinster an Reichsverband der Betriebskrankenkassen v. 30.5.1940 nebst Anlage „eine weitere Darlegung [zum VÄD] zur gefälligen Verwendung für die Werkszeitschrift“, sv:dok 26/1619.

Reichsgesundheitsführer geblieben seien. Conti habe zugesichert, die Arbeit des VÄD „hier und dort in Augenschein nehmen“ und „dann auch ein anderes Bild von der Arbeit des VÄD gewinnen“ zu wollen.²⁶² Der Konflikt mit der DAF über die Verwendung von Betriebsärzten im VÄD war aufgrund seiner machtpolitischen Implikationen komplizierter und konnte erst 1941 aufgelöst werden. Zwar hatte Conti selbst unmittelbar nach Kriegsbeginn sämtliche Regionalstellen des DAF-Hauptamtes für Volksgesundheit informiert, „dass die hauptamtlich angestellten Betriebsärzte [...] zu nebenamtlichen Vertrauensärzten für den Bereich ihres Betriebes bestellt“ werden können und dazu „nicht mehr der besonderen Genehmigung des Hauptamtes“ bedürften.²⁶³ Das Hauptamt und sein Leiter Bonhacker gaben sich hiervon jedoch unbeeindruckt und verharrten auf ihrer restriktiven Position. Im Dezember 1940 wandte sich Storck schließlich mit einer ausführlichen Denkschrift an den Reichsarbeitsminister Franz Seldte und ersuchte diesen unter Darlegung des verhärteten Konflikts und seiner Folgen um ein Machtwort. Wie ihm aus unterschiedlichen Quellen bekannt sei, seien im Jahr 1940 „durch die ablehnende Haltung des Amtes für Volksgesundheit in immer weiteren Teilen des Reiches Schwierigkeiten“ bei der Durchführung des VÄD entstanden, da den Betriebsärzten von den regionalen Stellen der DAF die vertrauensärztliche Nebentätigkeit verboten worden sei. Die Problematik würde verschärft durch öffentliche Angriffe von DAF-Funktionären wie Bonhacker gegen den VÄD. Der Reichsarbeitsminister, drängte Storck, werde ob dessen „Veranlassung haben, gegen die in mehreren Versammlungen gemachten Ausführungen vorzugehen“. Es könne von „ihm nicht ohne weiteres hingenommen werden“, dass „ein Amtsleiter der Deutschen Arbeitsfront eine Einrichtung, die sich auf Bestimmungen des Reichsarbeitsministers stützt, öffentlich als das Sinnloseste bezeichnet, was es gibt, und erklärt, die Arbeitsfront würde nicht ruhen und rasten und dafür kämpfen, bis der vertrauensärztliche Dienst verschwunden sei“. Schließlich würden „an dieser Agitation gegen den vertrauensärztlichen Dienst in Versammlungen, an denen nicht nur Ärzte, sondern auch Betriebsführer und Obmänner der Deutschen Arbeitsfront teilnehmen, diejenigen staatlichen Stellen Interesse haben, die für die Erfüllung der wehrwirtschaftlichen Aufgaben zuständig sind“. Denn es sei „eine feststehende Tatsache, daß insbesondere die wehrwirtschaftlichen Betriebe ohne einen guten

262 Niederschrift über die Zusammenkunft der Landesvertrauensärzte der Landesversicherungsanstalten beim Reichsversicherungsamt Berlin am 12. August 1940, undatiert, sv:dok 26/1622, Teil 1.

263 Zit. n. Storck an RAM, 30.12.1940, WA 907/43: Nachlass Kolbow.

vertrauensärztlichen Dienst nicht imstande sein würden, das von ihnen geforderte Produktionsvolumen zu erfüllen“. Im Übrigen sei es „reine Demagogie, gegen den vertrauensärztlichen Dienst mit dem Satz anzugehen, der deutsche Arbeiter sei kein Simulant“, da just die Vertrauensärzte in der „Hochachtung vor dem deutschen Arbeiter und gerade vor seiner Leistung in dieser Zeit“ nicht zu „übertreffen“ seien. Den Minister ersuchte Storck um Maßnahmen, „die zweckmäßig und notwendig sind, um die Durchführung der Bestimmungen über den vertrauensärztlichen Dienst“ zu sichern. Ansonsten würden die LVAen und die Gemeinschaftsstelle, die sich „mit einem außerordentlichen Langmut [um] gute Beziehungen zum betriebsärztlichen System“ bemüht hätten, nach der „offenen Kampfansage“ des Amtes für Volksgesundheit „nicht umhin können, ihre Haltung einer Überprüfung zu unterziehen“. ²⁶⁴

Es bedurfte gleichwohl erst der Einschaltung der Partei-Kanzlei, bis eine übergeordnete Regelung in der Betriebs-/Vertrauensarztfrage erzielt wurde, wobei sich die Vertreter der verschränkten Lösung gegenüber der Deutschen Arbeitsfront schließlich durchsetzen konnten. Nach einer Anordnung des Reichsärztesführers, die wiederum auf einer Einigung zwischen dem Leiter der Partei-Kanzlei, dem Reichsarbeitsminister und dem Reichsgesundheitsführer von Oktober 1941 basierte, wurde es „für die Dauer des Krieges möglich, dass in ‚Ausnahmefällen‘ der Betriebsarzt die Tätigkeit des Vertrauensarztes im gleichen Betrieb ausübe und umgekehrt, ‚um die vorhandene ärztliche Arbeitskraft so rationell wie möglich auszuwerten““. Dies war eine leidliche Umschreibung der hiermit verknüpften Motivlagen, denn vor allem anderen zielte die Personalunion von Betriebs- und Vertrauensarzt auf eine Intensivierung der innerbetrieblichen Kontrollpraxis. ²⁶⁵

Diesem Zweck diente auch eine parallele Anordnung des Arbeitsministeriums, die gleichsam auf die Besprechung mit Conti zurückging und es Vertrauensärzten gestattete, Betriebsärzten ihre Untersuchungsunterlagen über Versicherte des Betriebes zugänglich zu machen. Dies stellte wiederum die Erweiterung einer Anordnung von September 1940 dar, in der das Ministerium die Krankenkassen verpflichtet hatte, den Betriebsführern Auskunft über die An- und Abmeldung der Versicherten sowie die Ergebnisse der vertrauensärztlichen Untersuchung zu erteilen. Dieser Austausch war Betriebs- und Vertrauensärzten nunmehr ohne Umwege möglich. Die Weitergabe von

264 Storck an RAM, 30.12.1940, WA 907/43: Nachlass Kolbow.

265 Vgl. (auch für das Zitat) Knödler, Reform, S. 131.

sensiblen Behandlungsunterlagen stellte in Anbetracht der Verschwiegenheitsklausel für Vertrauensärzte, wie sie im Erlass des RAM von 1936 verfügt worden war und formal nach wie vor Gültigkeit besaß, einen markanten Rechtsbruch dar. Es kam zu einer sukzessiven Aushöhlung der ärztlichen Schweigepflicht – ein Prozess, der 1943 in der Verpflichtung sämtlicher Ärzte und Krankenhäuser kulminierte, ihre Behandlungsunterlagen und Untersuchungsbefunde an Vertrauensärzte sowie Amtsärzte der Arbeitsbehörden weiterzugeben. Diese Anordnung Contis war wiederum durch einen geheimen Führererlass über die „Aufhebung der Schweigepflicht“ vom 9. Januar 1943 legitimiert. Infolge dessen war das Arztgeheimnis im NS-Staat faktisch nicht mehr existent.²⁶⁶

Vom Kranksein zur „Arbeitseinsatzfähigkeit“

Unter der übergeordneten Zielstellung, den „Arbeitseinsatz“ zu forcieren, kam es im Frühsommer 1941 zu einer grundlegenden rechtlichen Neuregelung. Mit Erlass des RAM vom 20. Mai wurde der Begriff der „Arbeitseinsatzfähigkeit“, der zuvor bereits im Arbeitsvermittlungsrecht verankert war, auch in der Krankenversicherung eingeführt. Wie sein Parallelbegriff zielte der weit dehnbare Krankheitsbegriff der „Arbeitseinsatzfähigkeit“ auf die restlose Erschließung des Arbeitskräftereservoirs ab.²⁶⁷ Er geriet in der Folge zur Grundlage einer rigorosen Begutachtungs- und Gesundheitschreibungspraxis, die in den letzten Kriegsmonaten in der Kriminalisierung von Kranksein an sich gipfelte.²⁶⁸

Die Einführung dieser Begrifflichkeit war aus den Reihen der Vertrauensärzte seit langem eingefordert worden, die damit mit Blick auf ihre erweiterten Interventionsmöglichkeiten Politik in eigener Sache betrieben hatten. Der Obervertrauensarzt Hofbauer etwa hatte überhöhte Krankenziffern schon 1939 dem nach

266 Vgl. Höfler-Waag, Leistungsmedizin, S. 144 f. Die Aushöhlung der ärztlichen Schweigepflicht hatte indes bereits früher eingesetzt. Die 1935 in Kraft getretene Reichsärzteordnung sah vor, dass ein Arzt das Schweigegeheimnis straffrei brechen konnte, „wenn ein solches Geheimnis zur Erfüllung einer Rechtspflicht oder sittlichen Pflicht oder sonst zu einem nach gesundem Volksempfinden berechtigten Zweck offenbart“ werde. Rüter, Ärztliches Ständewesen, S. 175.

267 Vgl. Süß, Volkskörper, S. 242. Inhaltliche Bezüge bestanden auch zum Begriff der „Arbeitsverwendungsfähigkeit“, der 1938 im Wehrmachts-, Fürsorge- und Versorgungsgesetz verankert wurde. Vgl. Höfler-Waag, Leistungsmedizin, S. 140.

268 Vgl. Süß, Volkskörper, S. 254.

seiner Auffassung ebenso unzeitgemäßem wie unzulänglichem Begriff der „Arbeitsunfähigkeit“ angelastet und zur Disposition gestellt, ob dieser „nicht hinter dem ‚elastischeren‘ der Arbeitseinsatzfähigkeit zurückstehen“ sollte.²⁶⁹ Entsprechend stieß die Verwirklichung dieser Forderung in der damaligen Vertrauensärzteschaft auf positive Resonanz. Wie etwa der Vertrauensarzt Curt Panick 1942 im Fachorgan „Vertrauensarzt und Krankenkasse“ ausführte, brächte „Arbeitseinsatzfähigkeit“ „im Gegensatz zu allen Versicherungsbegriffen etwas dynamisches, Positives zum Ausdruck“. Der Begriff sei „geeignet, den Blick auch des gesundheitlich Anbrüchigen von seinen Beschwerden weg auf die verbliebene wirtschaftlich verwertbare Arbeitskraft hinzulenken und ihm die Möglichkeit, aber auch die Pflicht zum Bewusstsein zu bringen, diese verbliebene Arbeitskraft im Dienste der Volksgemeinschaft einzusetzen“.²⁷⁰ Deutlicher ließ sich die mit dem Begriff verknüpfte Unterordnung gesundheitspolitischer Interessen unter dem Primat des „Arbeitseinsatzes“ kaum zum Ausdruck bringen.

Mit der Einführung des Begriffs im Krankenversicherungsrecht 1941 verbanden sich für die vertrauensärztliche Beurteilungspraxis sowie in der Folge für die Gesundheitsverhältnisse der Versicherten erhebliche Konsequenzen. Der bisherige Begriff der „Arbeitsunfähigkeit“ wies einen eindeutigen medizinischen Bezug auf und war als „auf Krankheit beruhende Unfähigkeit des Versicherten, ‚seine‘ Arbeit zu verrichten“, definiert. Im Unterschied dazu ließen sich mit dem diffusen Terminus der „Arbeitseinsatzfähigkeit“ alle erkrankten Personen erfassen, die aufgrund ihrer „körperlichen und geistigen Fähigkeiten für den Einsatz in einem bestimmten Beruf oder Arbeit oder auch für mehrere Berufe vermittelt“ werden können, um „eine auch für die Allgemeinheit wertvolle Arbeit“ zu leisten.²⁷¹ In die Prüfung der „Arbeitseinsatzfähigkeit“ war neben dem hier maßgeblichen ärztlichen Dienst der Arbeitsämter auch der VÄD eingebunden, der sich damit vollends zu einem „Instrument des Arbeitseinsatzes“ wandelte, wie Otto Walter 1941 hervorhob.²⁷²

269 Zit. n. Höfler-Waag, Leistungsmedizin, S. 139 f.

270 Curt Panieck, Arbeitsfähigkeit, Arbeitseinsatzfähigkeit, Arbeitsverwendungsfähigkeit, in: Vertrauensarzt und Krankenkasse 10 (1942), S. 97-102, S. 102, zit. n. Höfler-Waag, Leistungsmedizin, S. 140.

271 Vgl. auch für das Zitat Höfler-Waag, Leistungsmedizin, S. 140.

272 So dessen Bezeichnung auf einer Schulungsveranstaltung der Vertrauensärzte. Die zweite, mit dem gesundheitsfürsorglichen Aufgabengebiet verbundene Funktion als „Hüter der Volksgesundheit“ trat demgegenüber in den Hintergrund. Vgl. Niederschrift über die (vierte) Schulungsveranstaltung der Landesvertrauensärzte, undatiert [1941], sv:dok 26/1622, Teil 1.

Die Überführung dieser fundamentalen rechtsbegrifflichen Neuerung in die Praxis gestaltete sich indessen schwierig. Dies hing insbesondere mit Beharrungskräften aufseiten der Träger der Kranken- und Rentenversicherung zusammen, die den praxisorientierten Terminus der „Arbeitseinsatzfähigkeit“ ablehnten und dem verwaltungserprobten Begriffspaar „gesund/arbeitsfähig – krank/arbeitsunfähig“ weiterhin den Vorzug gaben.²⁷³ Es kam zu langwierigen Diskussionen, die wiederum den an Effizienzsteigerungen interessierten Akteuren der Gemeinschaftsstelle ein Dorn im Auge waren. Erregt echauffierten sich Storck und Walter über die „Dogmatik, um nicht zu sagen, Orthodoxie, die sich des Begriffs der ‚Arbeitseinsatzfähigkeit‘ bemächtigt“ und „von maßgeblicher Seite zu der Auslegung“ geführt habe, „daß sich der lediglich auf die Bedürfnisse des praktischen Arbeitseinsatzes zugeschnittene Begriff ‚arbeitseinsatzfähig‘ nicht für die Versicherungsträger“ eigne, die „zweckmäßigerweise für die Abgrenzung den Begriff ‚arbeitsfähig‘ im Sinne der Invalidenversicherung“ beibehalten würden. Die Sozialversicherung und ihre Institutionen würden damit einer „Atomisierung des sozialärztlichen Gutachtenwesens in ein Gutachtenspezialistentum“ Vorschub leisten. Die „Aufspaltung des Begriffs der Arbeitseinsatzfähigkeit“ möge vielleicht „der Zersplitterung der Sozialversicherung entsprechen [...]; dem Leben, dem praktischen Leben, entspricht sie nie und nimmer“.²⁷⁴

Der Begriff konnte sich als Beurteilungsmaßstab im VÄD infolge dessen zunächst nur partiell durchsetzen, wobei ferner grundlegend zu berücksichtigen ist, dass seine Einführung in einer Zeitphase erfolgte, die durch Leistungsverbesserungen im Sozialversicherungsrecht zur Befriedigung der Heimatfront gekennzeichnet war.²⁷⁵ Im Prinzip hatten die Vertrauensärzte bei Nachuntersuchungen weiterhin auf

273 Dies hatte wohl auch damit zu tun, dass die Abgrenzung der Begriffe der „Invalidität“ und der „Arbeitsunfähigkeit“ bereits zuvor erhebliche Probleme bereitet und zu unterschiedlichen Auslegungen durch die Landesversicherungsanstalten und die Arbeitsämter geführt hatte. Siehe zu dieser Problematik die folgenden Schriftstücke: RAM an Stab des Stellvertreters des Führers betr. Beurteilung der Arbeitsfähigkeit von Arbeitslosen, 6.11.1937; Stab des Stellvertreters des Führers an RAM, 23.9.1937; Leiter Reichsverband Deutscher Landesversicherungsanstalten an RVA, 9.3.1938; RVA an RAM, 9.3.1939, BArch R 89/4926.

274 Storck paraphrasiert hier die Ausführungen Walters, die er mit eigenen Einschüben ergänzt, weshalb die Position beiden zugerechnet wird. Niederschrift über die vierte Schulungsveranstaltung der Landesvertrauensärzte am 22./23.10.1942, undatiert, sv:dok 26/1622, Teil 1.

275 Für Details siehe Lil-Christine Schlegel-Voß, Die öffentliche Rentenversicherung im Nationalsozialismus, in: Marc von Miquel (Hg.), Sozialversicherung in Diktatur und Demokratie. Begleitband zur Wanderausstellung der Arbeitsgemeinschaft „Erinnerung und Verantwortung“ der Sozialversicherungsträger in NRW, Essen 2007, S. 203-223, S. 213 ff.

„Arbeitsfähigkeit“ und „Arbeitsunfähigkeit“ zu prüfen. Mit einem ministeriellen Erlass von Mai 1941 wurde dem VÄD hingegen die erweiterte Möglichkeit gegeben, Versicherte, die über die Maximaldauer von 26 Wochen Krankengeld bezogen hatten, auf die prinzipielle Wiedererlangbarkeit der „Arbeitseinsatzfähigkeit“ hin zu begutachten. Ein positives Votum des Vertrauensarztes bewirkte eine befristete Fortzahlung des Krankengeldes bis zum Beginn des „Arbeitseinsatzes“, ein negatives Votum führte zur unmittelbaren Aussteuerung des Versicherten.²⁷⁶ Ein ähnliches Muster kennzeichnete auch die vertrauensärztliche Begutachtung von Heilverfahrensanhängern, deren Gewährung nur „dann in Frage [kam], wenn dadurch die Erhaltung der Wiederherstellung der Arbeitseinsatzfähigkeit des Bewerbers für längere Zeit mit einiger Sicherheit zu erwarten ist“.²⁷⁷

Praktisch intensivierte sich in der Folge die Kooperation zwischen dem VÄD und den ärztlichen Diensten der Arbeitsämter, denen die Prüfung auf „Arbeitseinsatzfähigkeit“ in der Hauptsache oblag. Auf die Lebenswelt der Versicherten hatten diese Entwicklungen weitreichende Konsequenzen: Nunmehr konnten von ärztlicher Seite testierte und im Sinne der Sozialversicherung als „arbeitsunfähig“ geltende Kranke als „arbeitseinsatzfähig“ klassifiziert und gemäß wirtschaftlicher Bedarfslagen dienstverpflichtet werden, wobei beruflichen Qualifikationen und Interessen keine Bedeutung mehr zukam.²⁷⁸ Von dieser Regelung waren insbesondere Rentenempfänger, Invalide und Pensionäre betroffen, die für den „Arbeitseinsatz“ reaktiviert wurden, ferner in hohem Maße erkrankte ausländische Zwangsarbeiter.²⁷⁹ Der begriffliche Wandel beleuchtet schlaglichtartig die Ökonomisierung der Gesundheitspolitik nach 1939, in deren Mittelpunkt Leistungsmaximierung, Produktionssicherung und „die bloße Verwertbarkeit menschlicher Arbeitskraft“ rückten.²⁸⁰

Die rechtlichen Verschärfungen wurden flankiert von einem Bündel praktischer und organisatorischer Maßnahmen, das die Interventionsmacht der kontrollmedizinischen

276 Vgl. Höfler-Waag, Leistungsmedizin, S. 140 u.142.

277 Leiter LVA Westfalen an Medizinalrat Dr. Loh, 23.7.1943, sv:dok 6/1101.

278 Die sogenannte Dienstpflicht war bereits 1938 im Rahmen der „Verordnung des Beauftragten für den Vierjahresplan zur Sicherstellung des Kräftebedarfs für Aufgaben von besonderer staatspolitischer Bedeutung“ eingeführt worden. Demnach war „[j]eder Deutsche [...] verpflichtet, auf einem bestimmten Arbeitsplatz wenigstens vorübergehend Dienst zu leisten, wenn dringende Aufgaben dies erfordern. Für jeden Deutschen gilt diese Verpflichtung, einerlei ob Mann oder Frau, Schüler oder Greis, Unternehmer oder Arbeiter, Beamter oder Gewerbetreibender“. Sachße/Tennstedt, Wohlfahrtsstaat, S. 231.

279 Vgl. Höfler-Waag, Leistungsmedizin, S. 140 ff.

280 Höfler-Waag, Leistungsmedizin, S. 141.

Einrichtungen erhöhen und umgekehrt den Versicherten die vermeintliche „Flucht in die Krankheit“ weiter erschweren sollte. Die Zusammenarbeit des VÄD mit dem ärztlichen Dienst der Arbeitsämter war eine davon. Sie intensivierte sich ab Oktober 1940 auf der Grundlage der vom RAM erlassenen „Richtlinien über die Zusammenarbeit des ärztlichen Dienstes der Arbeitseinsatzverwaltung mit dem VÄD“, nach denen Vertrauensärzte als nebenamtliche Gutachter für die Arbeitsämter eingesetzt werden konnten. Diese Personalunion, von der in der Folge zahlreiche Arbeitsämter Gebrauch machten, stellte einen Versuch dar, den allgegenwärtigen Ärztemangel, der die Arbeitsämter und den VÄD gleichermaßen kennzeichnete, zu camouflieren.²⁸¹ Durch die Personalunionen erweiterten sich aber auch die Befugnisse der Vertrauensärzte, die in der Praxis zunehmend über „Arbeitseinsatzfähigkeit“ urteilten. So waren die bei den Arbeitsämtern im Nebenamt eingesetzten Vertrauensärzte beispielsweise berechtigt, dort vorgelegte ärztliche Atteste und Krankmeldungen von Versicherten nach eigenem Ermessen zu annullieren. Das Urteil des Vertrauensarztes war im Unterschied zu jenem des Amtsarztes auch für die Krankenversicherung bindend, die danach von der Leistungspflicht befreit war. Für die Versicherten in den Betrieben bedeutete dies praktisch, dass „der Vertrauensarzt morgens die Krankmeldung nicht akzeptierte und am Abend im AA [Arbeitsamt, CW] sofort arbeitsfähig schrieb“, wie der Historiker Martin Höfler-Waag prägnant formulierte.²⁸²

Ein spezielles Instrument stellten in diesem Zusammenhang Anträge auf Berufsumleitung dar, die vom Vertrauensarzt beim Arbeitsamt gestellt werden konnten. Hiervon wurde bei Personen Gebrauch gemacht, die zwar aufgrund einer Erkrankung für ihren Beruf nicht mehr als „arbeitsfähig“ eingestuft werden konnten, aber infolge eines Arbeitsplatzwechsels wieder als „einsatzfähig“ gelten würden. Derartige Umleitungen blieben zwar Ausnahmeerscheinungen, denn in vielen Fällen genügte schon die bloße Androhung einer anderweitigen „Arbeitseinsatzverpflichtung“ durch den Vertrauensarzt, dass der Versicherte – wie beabsichtigt – an seinen Arbeitsplatz zurückkehrte. Die Berufsumleitungsanträge entfalteten ihre Wirkung im Wesentlichen als Drohmittel und Disziplinartechnik und stärkten im Effekt die Position des VÄD gegenüber den behandelnden Ärzten und Versicherten. Um der Knappheit an Kontrollärzten

281 „Die Arbeitsämter“, so der Direktor des Münchener Arbeitsamtes Robert Adam in einem zeitgenössischen Beitrag, zeigten sich „an einer schnell und umfassend wirkenden Organisation des vertrauensärztlichen Dienstes in hohem Maße interessiert“. Robert Adam, Arbeitsdisziplin und „Krankwerden“, in: Vertrauensarzt und Krankenkasse 9 (1941), H. 4, S. 57-59, S. 57.

282 Vgl. auch für das Zitat Höfler-Waag, Leistungsmedizin, S. 142.

entgegenzuwirken, wurden nicht nur Vertrauensärzte, sondern auch Krankenhausärzte, Betriebsärzte, Ärzte der Invalidenversicherung und der Gesundheitsämter zu nebenamtlichen Funktionen für die Arbeitsämter herangezogen.²⁸³

Restlose Erfassung „arbeitsunwilliger“ Kranker: Die Verschärfung des Vorladesystems

Ein Maßnahmenbündel, das die Möglichkeiten der Versicherten, sich dem „Arbeitseinsatz“ zu entziehen, weiter einschränken sollte, bezog sich auf das Vorladesystem zum VÄD. So enthielt das 1941 erlassene „Gesetz über weitere Maßnahmen der Reichsversicherung“ die Bestimmung, dass Versicherten das Krankengeld ganz oder teilweise gestrichen werden konnte, wenn diese einer schriftlichen Vorladung zum VÄD nicht nachkamen.²⁸⁴ Tatsächlich war es gängige Praxis, dass „eine grosse Zahl der Vorgeladenen, im Reichsdurchschnitt etwa die Hälfte, nicht zur Nachuntersuchung“ erschienen, wie die Gemeinschaftsstelle 1942 bilanzierte.²⁸⁵ Dieser Umstand bedeutete allerdings nicht, dass die Bestimmung wirkungslos geblieben wäre. Vielmehr haftete der Nachuntersuchung in der zeitgenössischen Versichertengemeinschaft ein derart übles Image an, dass sich zahlreiche Vorgeladene vor Ablauf der Frist „freiwillig“ arbeitsfähig meldeten, um den verhassten Kontrollärzten zu entgehen. Ähnlich wie bei den Anträgen auf Berufsumleitung war hier zuvorderst eine Abschreckungswirkung intendiert: Die These, dass die Vorladung zum VÄD einen stärkeren Effekt entfaltete als die Nachuntersuchung selbst und entsprechend lediglich die Zahl der Vorladungen zu erhöhen sei, um den Krankenstand zu senken, hatte sich bereits in der Vorkriegszeit im Diskurs der Vertrauensärzte ausgebildet.²⁸⁶

Im Zuge des Personalmangels versuchten die Steuerungsinstanzen des VÄD, sich den Effekt dieser sogenannten Vorladegewinne gezielt zunutze zu machen. Dies wird greifbar in dem Umstand, dass die Zahl der vorgeladenen, sich aber vor der Nachuntersuchung „arbeitsfähig“ meldenden Versicherten bei der Kalkulation der für die Kontrolle benötigten Ärztekapazitäten als Faktor einbezogen wurde. So veranschlagte die

283 Vgl. ebd., S. 143.

284 Vgl. ebd., S. 135.

285 Rundschreiben Gemeinschaftsstelle an LVA-Leiter, 12.1.1942, sv:dok 26/1876, Teil 1.

286 Impulse hierzu gingen von dem Vertrauensarzt Hans Schmücking aus Hannover aus. Vgl. Höfler-Waag, Leistungsmedizin, S. 137.

Gemeinschaftsstelle, dass ein Vertrauensarzt pro Tag circa 40 Nachuntersuchungen bewältigen konnte. Diese Zahl fungierte indes nur „als Anhaltspunkt für die Zahl der Vorladungen“, die bei einer Quote von ungefähr 50 Prozent an Versicherten, die der Nachuntersuchung fernblieben, doppelt so hoch bei etwa 80 pro Vertrauensarzt angesetzt wurde.²⁸⁷ Hierbei handelte es sich nicht um graue Theorie, sondern um eine Sozialtechnik, die im Zuge der Verknappung ärztlichen Personals vor allem in der zweiten Kriegshälfte erhebliche Bedeutung erlangte. Gemäß einer Aktennotiz von 1944 hat sich beispielsweise die AOK Dortmund die „Tatsache, daß auch heute noch von allen zur Nachuntersuchung vorgeladenen Versicherten ungefähr 40-50% nach Erhalt der Vorladung sich gesund melden, ohne die vertrauensärztliche Untersuchung abzuwarten [...] seit zwei Jahren zunutze gemacht“. Zwar könne „in jeder Woche nur eine bestimmte Anzahl von Versicherten vorgeladen werden. Über diese Zahl hinaus wurden aber laufend Vorladungen an weitere Arbeitsunfähige gesandt mit dem Ergebnis, daß von diesen nach Erhalt einer solchen Vorladung stets 40-50% sofort arbeitsfähig wurden“. Die Kasse warnte zwar auch vor der Achillesferse des Verfahrens, konkret der „Gefahr, daß früher oder später die Überlastung des Vertrauensärztlichen Dienstes bei den Versicherten bekannt“ würde und „diese alsdann von der sofortigen Gesundheitsmeldung absehen und es auf eine vertrauensärztliche Untersuchung ankommen“ ließen. Tatsächlich kam dies aber wohl nur selten vor. Vielmehr seien durch dieses Verfahren „bemerkenswerte Erfolge erzielt“ worden, wie die AOK Dortmund bilanzierte.²⁸⁸ Der Effekt der „Vorladegewinne“ lässt sich auch am Beispiel einzelner Rüstungsbetriebe studieren: Bei der Krupp'schen Gutehoffnungshütte etwa lag die Quote derjenigen Versicherten, die sich ohne vertrauensärztliche Untersuchung wieder zur Arbeitsaufnahme meldeten, 1939 bei 36,4 Prozent, 1941 hingegen bereits bei 41,3 Prozent. Dieser Effekt paarte sich mit einer rigider werdenden Begutachtungspraxis des dort eingesetzten VÄD, der 1939 noch 64,6 Prozent der Nachuntersuchten arbeitsunfähig schrieb, 1941 hingegen lediglich 54 Prozent.²⁸⁹

Anfang 1942 empfahl die Gemeinschaftsstelle den LVA-Leitern eine reichsweite Straffung und Verschärfung des Vorladesystems, um „eine möglichst restlose

287 Rundschreiben Gemeinschaftsstelle an LVA-Leiter, 12.1.1942, sv:dok 26/1876, Teil 1.

288 Anonym (R.), Aktennotiz v. 18.2.1944, StaDo 650/676.

289 Die Zahlen sind entnommen aus Hachtmann, Industriearbeiterschaft, S. 264, Tab. 6: Effekt der vertrauensärztlichen Kontrolluntersuchungen auf die Krankenstände der Krupp-Gußstahlfabrik und der Gutehoffnungshütte 1937 bis 1941.

Erfassung aller verfügbaren Arbeitskräfte während des Krieges sicherzustellen“, wozu „die Auswahl der zur vertrauensärztlichen Nachuntersuchung Vorzuladenden planmäßig“ vorzunehmen sei. Dahinter verbarg sich die Auffassung, dass im zeitgenössischen Meldesystem zwischen dem VÄD und den Krankenkassen nach wie vor Lücken klafften, die von Versicherten zum „unberechtigten Krankfeiern“ ausgenutzt würden. Um dies für die Zukunft zu unterbinden, hielt die Gemeinschaftsstelle die LVA-Leiter zu einer Reformierung des Vorladeverfahrens an: Zukünftig sollte die Krankenkasse die Krankmeldung des Versicherten „spätestens am zweiten Tag“ nach Eingang der vertrauensärztlichen Dienststelle vorlegen, wobei von der Krankenkasse bereits ein konkreter Termin für die Nachuntersuchung anzusetzen war. Der Vertrauensarzt sollte diesen Termin wiederum „ohne Verzug“ prüfen und durch Unterschrift die Prüfung bestätigen, wobei er auch einen abweichenden Termin einsetzen konnte. Die so bearbeitete Krankmeldung sollte dann „umgehend an die Kasse“ zurückgehen, die wiederum „den Kranken auf den vom Vertrauensarzt gebilligten Termin“ vorzuladen hatte. Das Verfahren ließ sich gleichwohl abkürzen, denn die Kasse war auch berechtigt, „in allen dringenden Fällen, insbes. in sog. Schalterfällen, Kranke zur Nachuntersuchung einzubestellen, ohne daß sie sich vorher mit dem Vertrauensarzt über den Termin verständigt“.²⁹⁰ Das so reformierte Vorladesystem erhöhte nicht nur den Kontrolldruck auf die Versicherten, sondern auch auf die behandelnden Ärzte, die ihren Patienten in den Augen der politischen Steuerungsinstanzen nach wie vor allzu großzügig Krankheitsatteste ausstellten. Hiervon zeugt die ständige Problematisierung vermeintlicher „Versager“-Ärzte und die Rede von deren falscher Humanität im Schriftverkehr des VÄD und der mit ihm befassten Institutionen.²⁹¹

290 Rundschreiben Gemeinschaftsstelle an LVA-Leiter, 12.1.1942, sv:dok 26/1876, Teil 1.

291 Vgl. Höfler-Waag, Leistungsmedizin, S. 136. Siehe beispielhaft die Ausführungen von Alfred Rohde (Vertrauensarzt LVA Sachsen und beratender Arzt des Arbeitsamtes Dresden) an Möbius, Präsident des Landesarbeitsamtes und der LVA Sachsen betr. Bericht und Gedanken über eine nunmehr zweijährige Zusammenarbeit zwischen dem ärztlichen Dienst des Arbeitsamtes Dresden und dem vertrauensärztlichen Dienst der Krankenversicherung in Dresden, 25.2.1943, sv:dok 26/1621.

Exkurs: Die Nachuntersuchung von jüdischen Versicherten und Zwangsarbeitern

Jüdische Versicherte wurden von dem Vorladesystem des VÄD ebenfalls erfasst. Im Februar 1942 beauftragte das Reichsarbeitsministerium die Gemeinschaftsstelle erstmals mit der Feststellung, „in welcher Weise die Landesversicherungsanstalten die vertrauensärztlichen Nachuntersuchungen von Juden geregelt haben“. Stein des Anstoßes waren Mitteilungen aus verschiedenen Regionen, aus denen hervorging, dass „deutsche Volksgenossen und Juden gleichzeitig zur Nachuntersuchung bestellt würden“ – eine offenbar verbreitete Praxis, der nach Auffassung des Ministeriums „alsbald abgeholfen“ werden sollte. Die Gemeinschaftsstelle verpflichtete die Versicherungsanstalten infolgedessen zu einem rassistisch-völkischen Ordnungsprinzip: So seien „die Juden zur Nachuntersuchung jeweils auf eine Zeit einzubestellen, in der sie mit deutschen Volksgenossen nicht in Berührung kommen“. „Dort, wo es möglich ist“, hieß es weiter, „wären insbesondere Warteräume für die Juden einzurichten.“²⁹² Es steht in Anbetracht der zu diesem Zeitpunkt bereits eingesetzten Deportationen von Juden in die besetzten Ostgebiete zu bezweifeln, dass diese Anordnung praktische Bedeutung erlangte. Im Schriftverkehr der Gemeinschaftsstelle wurde sich mit der Nachuntersuchung von Juden bezeichnenderweise nicht weiter befasst.

Mit dem sich ab 1942 massiv ausweitenden „Arbeitseinsatz“ von Zwangsarbeitern aus den besetzten Ostgebieten stellte sich wiederum die Frage, inwiefern diese vom VÄD begutachtet werden sollten. Im September 1942 hatte der Ministerialrat Alexander Grünwald in der „Ortskrankenkasse“ hierzu die Position des Ministeriums dargelegt und verlautbart, dass „die Arbeitsfähigkeit auch bei Ostarbeitern durch den vertrauensärztlichen Dienst nachgeprüft werden“ müsse.²⁹³ Umstritten war jedoch, wie die bei den Untersuchungen entstehenden Kosten abzurechnen waren. Grundsätzlich galt nach einer der Verwaltungsvereinfachung dienenden Reform ab Juni 1942 das Prinzip, dass die Kosten für den VÄD ausschließlich nach der Zahl der Mitglieder umgelegt wurden, wodurch der vorherige zweite Faktor der Untersuchungsfallzahlen weggefallen war.²⁹⁴ Da die „Ostarbeiter“ nach Auffassung des

292 Rundschreiben Gemeinschaftsstelle an LVA-Leiter, 15.1.1942, sv:dok 26/1876, Teil 1.

293 LVA der Hansestädte an Gemeinschaftsstelle, 14.10.1942, sv:dok 26/1619. Zur Sozialpolitik gegenüber „Fremdarbeitern“ und speziell „Ostarbeitern“, die durch ein Sonderrechtssystem gekennzeichnet war, siehe Reidegeld, Sozialpolitik, S. 668-681.

294 Rundschreiben Gemeinschaftsstelle an LVA-Leiter, 17.6.1942, sv:dok 26/1621.

Ministeriums und der Gemeinschaftsstelle aber „bei der Umlegung der Kosten für den vertrauensärztlichen Dienst in der gleichen Weise zu behandeln [waren] wie die übrigen Kassenmitglieder auch“,²⁹⁵ drohte gerade jenen Krankenkassen, in deren Bezirk viele „Ostarbeiter“ eingesetzt waren, eine erhöhte Kostenbelastung. Dies provozierte bei manchen Kassen energischen Widerspruch.

Auf diesen Umstand bezog sich etwa ein Schreiben der AOK Hamburg an den Leiter der LVA, in dem die Kasse den Antrag stellte, „die Ostarbeiter bei der Umlage der Kosten des vertrauensärztlichen Dienstes nicht als Mitglieder zu zählen, sondern etwa veranlasste Untersuchungen mit RM 4,- je Fall abzurechnen“. Bereits die Wortwahl „etwa veranlasste Untersuchungen“ signalisierte die Erwartung, dass die Nachuntersuchung von „Ostarbeitern“ durch den VÄD lediglich Ausnahmefälle betreffen würde. Der springende Punkt für die Kasse war, dass in der Kostenabrechnung eine grobe Verzerrung entstünde, wenn die „Ostarbeiter“ gemäß des geltenden Umlageverfahrens als Kassenmitglieder gezählt würden. Um die Seltenheit vertrauensärztlicher Untersuchungen zu belegen, scheute die Kasse nicht davor zurück, die unzureichende Gesundheitsversorgung der im „Arbeitseinsatz“ befindlichen „Ostarbeiter“ ins Feld zu führen, die „in Lagern zusammengefasst sind“, dort „von einem Lagerarzt betreut werden“ und zudem „keinen anderen Arzt als den Lagerarzt aufsuchen“ durften.

Der Hinweis sollte der eigenen Sache dienen: In Anbetracht der in den Sammellagern realisierten umfassenden Krankenkontrolle durch den Lagerarzt bestünde „kaum die Notwendigkeit, den vertrauensärztlichen Dienst in Anspruch zu nehmen“.²⁹⁶ Dies entsprach weithin den Tatsachen, denn die Begutachtung der „Ostarbeiter“ wurde vorrangig in den Sammellagern von Ärzten der KVD vorgenommen, die zu diesem Zweck obligatorisch aufzusuchende Fabriksprechstunden abhielten.²⁹⁷ Die Gemeinschaftsstelle stimmte dem Einwand der Kasse zu, „dass eine vertrauensärztliche Begutachtung der Ostarbeiter immer nur in vereinzelt Fällen notwendig sein wird“ und empfahl, „diese Fälle als sog. Fremduntersuchungen“ zu behandeln. Unter Verweis auf die Position des Ministeriums hielt sie jedoch eine völlige „Herausnahme der Ostarbeiter aus der Umlage des vertrauensärztlichen Dienstes nicht für zweckmäßig“.²⁹⁸

295 Gemeinschaftsstelle an LVA der Hansestädte, 16.10.1942, sv:dok 26/1619.

296 LVA der Hansestädte an Gemeinschaftsstelle, 14.10.1942, sv:dok 26/1619.

297 Vgl. etwa am Beispiel des Ruhrbergbaus Seidel, Gesundheitspolitik, S. 211.

298 LVA der Hansestädte an Gemeinschaftsstelle, 14.10.1942, sv:dok 26/1619.

Im Frühjahr 1943 veränderte die Gemeinschaftsstelle abermals ihre Haltung. Ihr Ausschuss schloss sich nunmehr dem Vorschlag der AOK Hamburg an, „die Gebühr für eine vertrauensärztliche Untersuchung der Ostarbeiter mit 4 RM zu bemessen“, wobei die „Ostarbeiter“ bei der Berechnung der Krankenstände jedoch „wie bisher als Mitglieder zu zählen“ waren. Gegen diesen Beschluss wandten sich wiederum „verschiedene Landesversicherungsanstalten“: Denn die Rentenversicherungsträger profitierten von dem bisher praktizierten Umlageverfahren nach Mitgliederzahl unter Einbezug der „Ostarbeiter“ insofern, als ihnen so Mittel für eine Gruppe zugeteilt wurden, die umgekehrt im VÄD faktisch nur geringe Kosten verursachte. Dies sprachen die namentlich nicht näher genannten LVAen allerdings nicht direkt aus. Sie begründeten die Beibehaltung des bisherigen Verfahrens vielmehr mit dem schlagenden Argument, „daß die vorgeschlagene Sonderregelung eine nicht unerhebliche Verwaltungsarbeit erfordere“ und „nicht im Sinne der angeordneten, dringend notwendigen Vereinfachung liege“. Abermals machte die Gemeinschaftsstelle eine Kehrtwende und empfahl im März 1943 eine Rückkehr zum bewährten Umlageverfahren „nach der Gesamtmitgliederzahl einschließlich der Ostarbeiter“.²⁹⁹

Wenngleich quantitative Daten über die vertrauensärztliche Nachuntersuchung von „Ostarbeitern“ im Quellenbestand nicht vorliegen, dürfte deren Gesamtzahl relativ gering gewesen sein. Ein Vertrauensarzt der LVA Sachsen konstatierte hierzu 1943: „Im VÄD der KV blieben die Ausländer auf verschiedene Ärzte verteilt und waren dadurch fast nur Einzelercheinungen.“³⁰⁰ Über die Kontrolle durch den Lagerarzt hinaus war dies dem Umstand zuzuschreiben, dass für die Gesundheitsversorgung der im „Arbeitseinsatz“ befindlichen „Ostarbeiter“ besondere Bestimmungen galten, die eine medizinische Behandlung überhaupt nur in Ausnahmefällen und bei Vorliegen einer positiven Prognose über die zeitnahe Herstellung von „Arbeitseinsatzfähigkeit“ zuließen. In den übrigen Fällen sahen die zeitgenössischen Bestimmungen hingegen eine schnellstmögliche „Rückführung“ in die Heimatländer vor, wobei die hierfür maßgebliche Frist verschiedentlich angepasst wurde.³⁰¹

299 Gemeinschaftsstelle an LVA-Leiter, 13.3.1943, sv:dok 26/1621.

300 Rohde an Möbius, 25.2.1943, sv:dok 26/1621.

301 Siehe hierzu ausführlich Uwe Danker u.a. (Hg.), „Wir empfehlen Rückversickung, da sich der Arbeitseinsatz nicht lohnt“. Zwangsarbeit und Krankheit in Schleswig-Holstein 1939-1945, Bielefeld 2001; Andres Frewer/Günther Siedbürger (Hg.), Medizin und Zwangsarbeit im Nationalsozialismus. Einsatz und Behandlung von „Ausländern“ im Gesundheitswesen, Frankfurt/Main 2004, insbesondere den instruktiven Beitrag von Annette Grewe, Ärzte in der Verantwortung. Zwangsarbeit und Krankheit in Schleswig-Holstein (S. 29-66).

Diese zugleich rassistische wie seuchenhygienische Bestimmung, die auf die maximierte Verwertung der „Arbeitskraft“ der „Ostarbeiter“ bei einem minimierten Einsatz von Gesundheitsressourcen abzielte, war wiederum einigen NS-Vertrauensärzten ein Ärgernis. Ihre Vorbehalte resultierten freilich nicht aus einer prinzipiellen Ablehnung des „Arbeitseinsatzes“ oder aber der Bestimmung, für die „Ostarbeiter“ allenfalls eine stark reduzierte Gesundheitsversorgung zuzulassen. Vielmehr ließ sich die Bestimmung über den baldigen Rücktransport erkrankter „Ostarbeiter“ nach Auffassung von Vertrauensärzten allzu leicht manipulieren, um sich dem „Arbeitseinsatz“ durch Simulation zu entziehen. Auch setzte die Bestimmung aus kontrollmedizinischer Perspektive falsche Anreize für die Betriebsführer und die Lagerärzte, sich erkrankter „Ostarbeiter“ durch Anträge auf Rückführung unter Vorlage entsprechender Gutachten möglichst rasch zu entledigen. Die genaue Prüfung der „Arbeitseinsatzfähigkeit“ blieb hierbei nach vertrauensärztlicher Auffassung vielfach auf der Strecke. Zugespitzt formuliert: Die bei Lagerärzten und Betriebsführern nicht zuletzt aus Infektionsschutzgründen beliebte „Behandlungsmethode“ Rückführung markierte aus dieser Sicht eine fahrlässige Verschwendung von Arbeitskraft.³⁰²

Vor diesem Hintergrund drangen Mediziner wie Alfred Rohde, in Personalunion Vertrauensarzt der LVA Sachsen und beratender Arzt des Dresdener Arbeitsamtes, auf einen stärkeren Einbezug des VÄD in die Überwachung der „Ostarbeiter“, um den vermeintlich überhöhten Krankenständen in dieser Gruppe entgegenzuwirken. Symptomatisch für die zeitgenössische vertrauensärztliche Perspektive ist die rassistische Interpretation dieser Krankenstände, die auf eine ausgeprägte „Arbeitsscheu“ und Verschlagenheit der „Ostarbeiter“ zurückgeführt wurden. Die gesundheitsverschleißende Arbeitsbelastung, die miserablen Ernährungsbedingungen und die katastrophalen hygienischen Verhältnisse in den Sammellagern wurden hingegen weithin ausgeblendet. Wie Rohde dem LVA-Leiter Möbius 1943 in einem ausführlichen Bericht erörterte, sei „der Krankenstand bei Ausländern [...] höher als bei Deutschen“, zudem falle auf, „daß die meisten Krankmeldungen nur wenige Tage nach Arbeitseinsatz auftreten“. Dies sei in Teilen „als körperliche Reaktion auf noch ungewohnte Arbeit und ungewohnte Lagerkost“ zu deuten, mehr aber noch „mit dem Begehren nach Rückführung verbunden“, wobei der Vertrauensarzt „lagerweise Häufungen solcher hinter Krankheitsangaben versteckten

302 So die pointierte Bezeichnung bei Mandy Jakobczyk, Das Tuberkuloseproblem bei Zwangsarbeitern in Schleswig-Holstein, in: Uwe Danker u.a. (Hg.), Rückverschickung, S. 243-272, S. 250.

Rückführungsbegehren“ ermittelt haben wollte. Während manipulative Verhaltensmuster bei allen im „Arbeitseinsatz“ befindlichen „Ausländern“ vorzufinden seien, habe die „größte Schwierigkeit auf diesem Gebiete [...] der Einsatz von Ostarbeitern mit sich“ gebracht. Dies liege „nicht nur an den strengen Bestimmungen über die Rückführung kranker Ostarbeiter, sondern auch an deren in solchem Ausmaß uns nicht bekannten Vermögen von Verstellungen und Selbstbeschädigungen zur Deckung absoluter Arbeitsscheu“. Während die Betriebs- und Lagerärzte sich in solchen Fällen mit „Krankschreibungen“ behelfen würden, die sodann von den „Ostarbeitern“ „gegen den beratenden Arzt des AA [Arbeitsamtes] ausgespielt“ werden würden, waren nach Rohdes Auffassung nicht Rücktransport, sondern „Umsetzungen oder Erziehungsmaßnahmen“ angezeigt.³⁰³ Im Blickwinkel regionalhistorischer Befunde, nach denen die Mehrzahl der „rückgeführten“ Menschen gesundheitlich bereits so schwer geschädigt war, dass viele bereits während der Transporte an Entkräftung und Hunger verstarben, offenbart sich die Inhumanität und Radikalität dieses Vorschlags.³⁰⁴ Für Rhode war es indes eine zwingende Notwendigkeit, „die Ausländerkrankmeldungen vom Arbeitseinsatz her zu überprüfen“, was eine enge Zusammenarbeit zwischen dem VÄD und den Arbeitsämtern voraussetzte, die im Gebiet der LVA Sachsen im Unterschied zu anderen Regionen bereits weitgehend realisiert war.³⁰⁵

Die von Vertrauensärzten selbst erhobene Forderung, im Zwangsarbeiter-Einsatz stärker als bisher eingreifen zu können und zu diesem Zweck die Kooperation mit den Arbeitseinsatzbehörden zu intensivieren, erfuhr von den höheren politischen Stellen Unterstützung. Diese widmeten sich ab 1941 intensiv dem Thema „Krankheitsvortäuschungen“ und informierten die nachgeordneten Stellen über vermeintliche Täuschungstaktiken, denen sich ausländische Arbeiter zur Entziehung vom „Arbeitseinsatz“ bedienen würden. In einem Rundschreiben des RAM an die Reichsverbände der Krankenkassen, die Gemeinschaftsstelle sowie die KVD wurde etwa der abgefangene Brief der Ehefrau eines in Magdeburg eingesetzten polnischen

303 Rohde an Möbius, 25.2.1943, sv:dok 26/1621.

304 Siehe hierzu am Beispiel Schleswig-Holsteins Danker u.a. (Hg.), Rückverschickung.

305 Rohde an Möbius, 25.2.1943, sv:dok 26/1621. Dies war auch im Bezirk der LVA Braunschweig der Fall, wo der Zwangsarbeitereinsatz mit steigenden Untersuchungszahlen korrespondierte. Vgl. Landesversicherungsanstalt Braunschweig (Hg.), 100 Jahre LVA Braunschweig. Eine Chronik der Landesversicherungsanstalt Braunschweig, Braunschweig 1990, S. 242.

Zwangsarbeiters in entstellter Übersetzung referiert wurde. Sie habe ihrem Mann darin Folgendes geraten:

„Muß Dir ein Päckchen Tabak kaufen, wenn Du keinen hast, und mußt immer kauen und schlucken, dann bekommst Du Fieber und wirst ein wenig schwach, aber das vergeht wieder, es ist nur zeitlich. Brauchst es nicht ständig machen, mußt krank zu Hause bleiben, zur Arbeit überhaupt nicht gehen und ständig kränkeln. Tabak kauen mußt Du nur dann, wenn Du zum Arzt gehst, [...] und wenn Du ständig krank machen wirst und nicht arbeiten, dann werden sie Dich als krank erklären und Dich nach Hause schicken [...].“³⁰⁶

Um die Regelmäßigkeit und Verbreitung dieser Praxis zu unterstreichen, fügte das RAM den Bericht eines Amts- und Vertrauensarztes aus Gardelegen an. Dieser berichtete darin von einer Gruppe polnischer Kriegsgefangener, die 1941 bei dem Versuch ertappt worden sei, Grippeerkrankungen und Herzmuskelschwächen vorzutäuschen. Der Arzt war bei der Nachuntersuchung misstrauisch geworden und hatte den polnischen Arbeitern den Rücktransport verweigert. Stattdessen leitete er aus eigenem Antrieb einen Überstellung der Arbeiter in die Landesheilanstalt Uchtspringe in die Wege, wo diese über einen mehrtägigen Zeitraum beobachtet werden sollten. Der Leiter der Heilanstalt erklärte sich ebenso bereitwillig zur Mitwirkung an diesem Experiment bereit wie die ansässige Ortskrankenkasse, die kurzfristig die Kosten für die Unterbringung übernahm. Am Ende des Beobachtungszeitraums, in dem sich nicht „die geringsten Herzsymptome“ gezeigt hätten, war für die Beteiligten klar, dass die Arbeiter ihre Krankheit simuliert und „die sozialen Einrichtungen des Reiches vorsätzlich mißbraucht haben, um in ihre Heimat zurückzugelangen“.³⁰⁷

Aus Sicht des RAM-Ministerialdirigenten Otto Martinek wiederum war „die Kenntnis des geschilderten Verfahrens“, mit dem sich ausländische Arbeitskräfte dem repressiven „Arbeitseinsatz“-Regime vermeintlich entzogen, „von Wert“. Die LVAen

306 Rundschreiben RAM (Martinek) an LVA-Leiter betr. „Ärztliche Untersuchung von polnischen Arbeitskräften, hier: Krankheitsvortäuschungen durch Polen“, 18.6.1941, sv:dok 26/1877, Teil 1. Dort auch die folgenden Zitate.

307 Ebd. Das weitere Schicksal der Kriegsgefangenen ist ungewiss. Gesichert ist, dass die Landesheilanstalt Uchtspringe, in der die Beobachtung im März 1941 stattfand, ein Ort nationalsozialistischer Euthanasieverbrechen war. In der Anstalt wurde ein gezieltes System der Mangel- und Unterversorgung praktiziert, zugleich fungierte Uchtspringe als Zwischenanstalt, von der Patiententransporte in Tötungsanstalten abgingen. Vgl. Matthias Klein, NS-„Rassenhygiene“ im Raum Trier. Zwangssterilisationen und Patientenmorde im ehemaligen Regierungsbezirk Trier 1933-1945, Köln 2020, S. 309 f.

wurden angewiesen, bei „einer auffälligen Häufung von ähnlichen Erkrankungen“ zukünftig verstärkt „an der Aufklärung“ mitwirken, um „sowohl die Ausnutzung der Krankenversicherung als auch die unberechtigte Rücksendung [sic] zu verhindern“. Ebenso sollte der VÄD nach dem Willen des RAM und der Gemeinschaftsstelle stärker als bisher in die Überwachung erkrankter Zwangsarbeiter eingeschaltet werden.³⁰⁸ Gebiete wie das der LVA Sachsen, wo dieses Verfahren durch enge personelle Verflechtungen zwischen VÄD, Arbeitsämtern und KVD realisiert war, fungierten dabei als Blaupause. Eine besonders weitreichende Regelung bestand bei der KVD-Bezirksstelle Kattowitz: Deren Leiter verbot sämtlichen Ärzten seines Bezirks prinzipiell, „einen von auswärts kommenden, nicht bettlägerigen Patienten für arbeitsunfähig zu erklären“. Solche Kranke seien „vielmehr sofort der nächsten vertrauensärztlichen Dienststelle zur Nachuntersuchung zu überweisen, die dann ihrerseits entscheidet, ob Arbeitsunfähigkeit vorliegt oder nicht“. Der Ausschuss der Gemeinschaftsstelle nahm diese „Anregung“ auf und empfahl den LVA-Leitern, in Abstimmung mit den betreffenden Landes- und Bezirksstellen der KVD „möglichst eine gleiche Anordnung für den Anstaltsbezirk zu erreichen.“³⁰⁹ Gleichwohl entwickelten sich die Kooperationen und damit auch die Intensität des Kontrolldrucks regional höchst unterschiedlich.³¹⁰

„Reaktive Krankmeldungen“: Entziehungstaktiken und Gegenmaßnahmen

Wenngleich das Thema „Krankheitsvortäuschungen“ aus rassistischen Motivlagen vorrangig auf den „Arbeitseinsatz“ von Ausländern bezogen blieb, erstreckte sich der Diskurs über Entziehungstaktiken in abgeschwächter Form auch auf die deutschen „Volksgenossen“. Das Stichwort hierbei waren die sogenannten „reaktiven Krankmeldungen“ – ein Phänomen, das der VÄD auch bei deutschen Arbeitern und Arbeiterinnen im Zuge des Krieges verstärkt zu registrieren glaubte. Hierbei handelte es sich in Diktion des sächsischen Vertrauensarztes Rhode um „Krankmeldungen zum Entzug vor einem beabsichtigten Zugriff des Treuhänders der Arbeit“ oder um solche „zu

308 Rundschreiben RAM (Martinek) an LVA-Leiter betr. „Ärztliche Untersuchung von polnischen Arbeitskräften, hier: Krankheitsvortäuschungen durch Polen“, 18.6.1941, sv:dok 26/1877, Teil 1.

309 Rundschreiben Gemeinschaftsstelle an LVA-Leiter, 8.2.1943, sv:dok 26/1876, Teil 1.

310 Vgl. auch Höfler-Waag, Leistungsmedizin, S. 136.

offener Widersetzung aus mißliebigem zwangsmäßigem Einsatz“. Die „Arbeitseinsatzverwaltung“ war gegenüber diesen Krankmeldungen – wie sie selbst eingestehen musste – „praktisch machtlos, da sie auch bei Einschaltung ihrer Gutachterärzte keinen unmittelbaren Einfluß auf die Krankschreibung“ nehmen konnte. Hieraus leitete sich aus kontrollmedizinischer Sicht ein weiteres Argument für die Personalunion von Amtsarzt und Vertrauensarzt ab, denn letzterer war „grundsätzlich von der Krankschreibung nicht abhängig“ und konnte diese „jederzeit, wenn sie ärztlich nicht begründet ist, auch mit Rechtswirksamkeit“ für die Krankenversicherung aufheben.

Im Bezirk der LVA Sachsen wurde zur Repression von Krankmeldungen bereits seit 1941 ein Verfahren praktiziert, nach dem der VÄD unter Feststellung der prinzipiellen „Arbeitseinsatzfähigkeit“ krankgeschriebene Versicherte dem Arbeitsamt meldete. Dieses vermittelte die Betroffenen dann „unabhängig davon, daß sie z.Zt. noch krank geschrieben sind, in andere Arbeitsbedingungen“. Im Grunde handelte es sich hierbei um eine rigide Spielart der bereits geschilderten Praxis, mittels der Drohung von Berufsumleitungen eine Rückkehr erkrankter Versicherter an den Arbeitsplatz zu erzwingen. In Sachsen, brüstete sich Rhode, habe es der VÄD „auf sich genommen, die Krankengeldgewährung nicht mehr von der Arbeitsfähigkeit im Sinne der RVO, d.h. von der Einsatzfähigkeit in die zuletzt gehabte Arbeit abhängig zu machen, sondern von der Einsatzfähigkeit überhaupt“.³¹¹ Der Begriff der „Arbeitseinsatzfähigkeit“ bescherte mithin auch den Vertrauensärzten eine erweiterte Interventionsmacht. Der zeitgenössische Topos „reaktive Krankmeldungen“ erfüllte in diesem Zusammenhang wohl auch eine legitimatorische Funktion, um die Einflussmöglichkeiten der Vertrauensärzte zu erweitern.

Der Themenkomplex „Reaktive Krankmeldungen“ schien sich in den internen Beratungen aber auch deshalb nach vorne zu schieben, weil Vertrauensärzte infolge des verstärkten „Arbeitseinsatzes“ von Frauen zunehmend mit einer für sie ungewohnten Krankenklientel konfrontiert waren. Bereits im Zuge der Aufrüstungspolitik der Vorkriegszeit und der Verknappung von Arbeitskräften war es im NS-Staat zu einer Ausdehnung weiblicher Erwerbstätigkeit gekommen. Diese fiel gleichwohl gering aus, da Frauenarbeit als solche im Widerspruch zur „nationalsozialistischen Weiblichkeitsideologie“ stand, die Frauen innerhalb der „Volksgemeinschaft“ eine klar

311 Die vorstehenden Zitate entstammen dem Bericht von Rhode an Möbius, 25.2.1943, sv:dok 26/1621.

definierte Rolle als Mutter und Hausfrau zuwies.³¹² Auch weitere Maßnahmen zur Ausdehnung von Frauenarbeit wie etwa die Einführung des sogenannten weiblichen Arbeitsdienstes, einem obligatorischen Pflichtjahr in Haus- und Landwirtschaft, im Jahre 1939 blieben innerhalb des NS-Staates aufgrund ideologischer Prämissen stets umstritten. Dies galt noch einmal stärker für den Einsatz von Frauen in der Industrie, bei dem sich das Regime aus weltanschaulichen Motiven, aber auch aus Gründen fehlender Akzeptanz in der Bevölkerung, selbst Zurückhaltung auferlegte. Im Spannungsfeld von wirtschafts- und biopolitischen Interessen, in das der Komplex der Frauenarbeit im NS-Staat eingelassen war, behielten letztere die Oberhand. Um den Arbeitskräftemangel in der Rüstungswirtschaft aufzufangen, setzte das Regime nicht auf die biologisch „wertvollen“ „Volksgenossinnen“, sondern auf die Ausbeutung von Zwangsarbeitern.³¹³

Diese Sichtweise wurde indirekt auch von Vertrauensärzten gestützt, die den „Arbeitseinsatz“ von Frauen unter den Gesichtspunkten von körperlicher Leistungsfähigkeit und psychischer Belastbarkeit abqualifizierten. Bereits im ersten Kriegsjahr hatte sich im Diskurs der Vertrauensärzte die These von der „starke[n] Erkrankungshäufigkeit der weiblichen Versicherten“ ausgebildet, die ein gängiges, da ideologisch kommensurables Erklärungsmuster für überhöhte Krankenstände darstellte.³¹⁴ Gerade bei den Arbeiterinnen meinten Vertrauensärzte, „reaktive Krankmeldungen in einem nicht für denkbar gehaltenen Ausmaß“ registrieren zu können – ein Phänomen, das sie unter Veranschlagung des NS-Frauenbildes interpretierten. Wie ein Vertrauensarzt sinnierte, läge „die Abneigung gegen Aufnahme einer Fabrikarbeit [...] in der damit verbundenen körperlichen und seelischen Umstellung“ der Frau begründet. Die „Pflicht als

312 Vgl. Ulrich Herbert, Fremdarbeiter. Politik und Praxis des „Ausländer-Einsatzes“ in der Kriegswirtschaft des Dritten Reiches, Bonn 1999, S. 54. Der Stellvertreter des Reichsärztesführers Bartels hatte hierzu 1937 in einer Rede im Münchener Ärztehaus grundlegend ausgeführt: „Den Ersatz der fehlenden Arbeitskräfte durch Frauen müssen wir im biologischen Interesse unseres Volkes ablehnen. Es geht nicht an, daß junge Frauen in den Betrieben beschäftigt werden, weil sie vielleicht mehr leisten und auch ihre Arbeitskraft billiger ist, als die der älteren Männer. Ein starker Einsatz der deutschen Frauen, ohne Rücksicht auf gesundheitliche Gefahren kann in den Betrieben einen wirtschaftlichen Erfolg vortäuschen, aber er wird nur zeitlich bedingt sein und dem wirtschaftlichen Erfolg werden schwerste Störungen des Volkswachstums folgen.“ Niederschrift über Sitzung im Münchener Ärztehaus am 10.4.1937, undatiert, sv:dok 26/1843. Siehe auch Anonym, Der Schaffende wird im Betrieb vom Arzt betreut, Der Angriff, Nr. 78 v. April 1937, sv:dok 26/1843.

313 Vgl. Herbert, Fremdarbeiter, S. 54-56; Sachße/Tennstedt, Wohlfahrtsstaat, S. 214 f. konstatieren im Hinblick auf die Frauenarbeit einen Zuwachs von lediglich 5 Prozent zwischen 1939 und 1944.

314 Vgl. Kurt Reckling, Der Krankenstand, in: Vertrauensarzt und Krankenkasse 8 (1940), H. 1, S. 1-11, für das Zitat S. 2.

Gegensatz zur Neigung“ löse „Unwillen und besonders bei der engen Seele-Leibbindung der Frau körperlich empfundenen Unbehagen aus“, was diese letztlich veranlasse, „zum Arzt“ zu gehen.

Inwieweit dieses im Geschlechtermodell des NS-Staates wurzelnde Deutungsmuster mit einer nachsichtigeren Begutachtungspraxis von Frauen durch den VÄD einherging, ist nicht zu belegen. Einerseits beanspruchten Vertrauensärzte für sich und ihre amtsärztlichen Kollegen, bei der „Betrachtung der Frauen, die neben der Arbeit die Bürde eines Haushaltes mit Kindern tragen, dessen Führung kriegsbedingt immer mehr erschwert“ werde, „sehr entgegenkommend“ verfahren zu sein, und verwiesen dazu „auf die vielen Frauen, die einer Arbeit bisher nicht nachzugehen brauchten“. Andererseits schienen Vertrauensärzte das Vorliegen einer authentischen Erkrankung bei den „Volksgenossinnen“ eher in Abrede zu stellen als bei männlichen Arbeitern. Hierbei wurde nicht einmal ein konkreter Simulationsverdacht geäußert, sondern schlicht unterstellt, „daß schon die Umstellung in ungewöhnte Arbeit auch beim besten Willen Versager bringen“ könne: „Es verbergen sich ohne tatsächliches Vorliegen einer Krankheit alle Stufen zwischen ehrlichem Gefühl körperlichen und seelischen Versagens bis zu Unwille und Boshaftigkeit hinter einer Unzahl von Krankenscheindiagnosen wie Erschöpfungszustand, Depression, nervöse Übererregbarkeit, Neurose, Kreislaufschwächen und beliebiges mehr, wobei charakter- und anlagebedingte Temperamentsausbrüche bevorzugt unter dem Krankheitsbegriff der Schilddrüsenüberfunktion laufen“, mutmaßte der sächsische Vertrauensarzt Rhode. Hierzu gesellte sich der gewichtige Verdacht, dass die behandelnden Ärzte gegenüber Patientinnen nachsichtiger seien und bereitwilliger Krankheit und Arbeitsunfähigkeit attestierten. Der Frau an sich schrieb der Vertrauensarzt pauschal ein in Sorge um die Familie begründetes Begehren zu, sich der Arbeit zu entziehen.³¹⁵ Insgesamt brachte die vertrauensärztliche Perspektive damit eine ähnliche Ambivalenz zum Ausdruck, die sie für die übergeordnete Behandlung des Komplexes der Frauenarbeit im NS-Staat kennzeichnend war.

Trotz der vielschichtigen repressiven Maßnahmen zur Intensivierung der Kontrolle traten bei dem eigentlichen Bezugspunkt der vertrauensärztlichen Tätigkeit, den Krankenständen, bezeichnenderweise keine wesentlichen Reduzierungen ein. Die ab 1940 verstärkter durchgeführten vertrauensärztlichen „Sondereinsätze“ in einzelnen

315 Die vorstehenden Zitate sind entnommen Rhode an Möbius, 25.2.1943, sv:dok 26/1621.

Kassenbezirken oder Betrieben hatten zwar jeweils drastische Senkungen der Krankenziffern zur Folge. Nach Abschluss der Aktionen stiegen diese meist jedoch schnell wieder an.³¹⁶ Im Reichsdurchschnitt ist demgegenüber ein Anstieg der Krankenstände festzustellen: Bewegten sich die monatlichen Krankenstände bis einschließlich des Jahres 1940 weitgehend unter drei Prozent, lagen sie im folgenden Jahr mit Ausnahme von drei Monaten stets über dieser Marke, die im zeitgenössischen Blick der Institutionen akzeptable von überhöhten Krankenständen trennte. Dieser Trend setzte sich bis Kriegsende fort, wobei für die letzte Kriegsphase nur lückenhafte Daten vorliegen (siehe hierzu Tab. 1).

Dramatischere Zahlen ergeben sich, wenn man den Blick differenziert und auf die konkrete Situation in rüstungsrelevanten Kassenbezirken richtet. Im Kassenbereich der AOK Dortmund beispielsweise wiesen im Sommer 1942 von 172 Betrieben etwa 50 überhöhte Krankenstände auf, wobei nach Aussage des Kassenleiters „in besonderem Umfang die größeren Betriebe“ betroffen waren „und von diesen wieder diejenigen, die Rüstungsaufträge auszuführen“ hatten.³¹⁷ In einzelnen Großbetrieben des Bezirks wie den Deutschen Gasrußwerken, bei denen 499 Kassenmitglieder beschäftigt waren, kletterte der Krankenstand bisweilen auf knapp 10 Prozent.³¹⁸ Zehn Großbetriebe mit mehr als 200 Versicherten wiesen Krankenstände über sechs Prozent auf, weitere fünf Betriebe zwischen fünf und sechs Prozent.³¹⁹ Die kleineren und mittleren Unternehmen verzeichneten insgesamt niedrigere Krankenstände als die Großbetriebe, deren Versicherte nach Auffassung der AOK „leichter zum Krankfeiern“ neigten.³²⁰

Im Zuständigkeitsbereich der AOK Mannheim, einem Bezirk mit circa 160.000 Versicherten, von denen „mindestens die Hälfte [...] in wichtigen Rüstungsbetrieben beschäftigt“ war, zeigte sich ein ähnliches Bild. Der durchschnittliche Krankenstand betrug hier Ende 1941 rund 4,5 Prozent – eine hohe Ziffer, die über jener Dortmunds (ca. 4 Prozent) lag, allerdings noch von den Krankenständen bei der AOK Berlin und

316 Walter berichtete etwa von einem vertrauensärztlichen „Sondereinsatz“ in Nürnberg, wo „in aller kürzester Zeit eine erhebliche Senkung des Krankenstandes“ erreicht werden konnte. Niederschrift über die Zusammenkunft der Landesvertrauensärzte beim Reichsversicherungsamt Berlin am 12.8.1940, sv:dok 26/1622, Teil 1. Vgl. auch Süß, Volkskörper, S. 249 f.

317 Notiz Leiter AOK Dortmund, 16.7.1942, StaDo 650/676, Bl. 48.

318 Leiter AOK Dortmund an Kreisverwaltung der Deutschen Arbeitsfront, 2.6.1942, StaDo 650/676, Bl. 21.

319 Leiter AOK Dortmund an Kreisverwaltung der Deutschen Arbeitsfront, 2.6.1942, StaDo 650/676, Bl. 21.

320 AOK Dortmund, Abt. II, an Leiter AOK Dortmund, 1.6.1942, StaDo 650/676, Bl. 2.

Frankfurt/Main übertroffen wurde. Die vertrauensärztliche Dienststelle in Mannheim war mit einer Quote „von 70,2 % ihres friedensmäßigen Bestandes“ massiv von Einberufungen betroffen, sodass die „Betreuung“ der Versicherten lediglich zwei hauptamtlichen sowie drei nebenamtlichen Vertrauensärzten oblag, die „allerdings nur 2 bis 3 Stunden täglich für die Nachuntersuchungen zur Verfügung“ standen.³²¹ Die personell ausgedünnten Dienststellen des VÄD vermochten den Krankenständen kaum mehr Einhalt zu gebieten. Die Gemeinschaftsstelle konstatierte im Oktober 1942: „Neuerdings gehen bei der Gemeinschaftsstelle seitens der Landesversicherungsanstalten mehrfach Anträge auf Durchführung von besonderen vertrauensärztlichen Einsätzen ein“, und signalisierte damit die Überlastung zahlreicher regionaler Dienststellen.³²²

Die Krankenstände illustrieren nicht nur die Wirkungsgrenzen des kontrollmedizinischen Systems, sondern bringen den Eigensinn von Versicherten und behandelnden Ärzten zum Vorschein. Diese blieben in ihrem Verhalten oftmals an einem traditionellen Krankheitsverständnis orientiert, ungeachtet des massiven Drucks der politischen Institutionen und Repressalien wie Berufsverbots und Gefängnisstrafen, die bei „Gefälligkeitsattesten“ drohen konnten.³²³ Dabei handelte es sich weniger um eine spezielle Form passiven Widerstands; das Entgegenkommen speiste sich oftmals vielmehr aus materiellen Motivlagen der Patientenbindung sowie der Überlastung der niedergelassenen Ärzte.³²⁴ Manche Ärzte hielten ihre Patienten jedoch auch aktiv dazu an, erst bei einer schriftlichen Vorladung zum Vertrauensarzt die Arbeit wieder aufzunehmen.³²⁵ Darin wird nicht zuletzt erkennbar, dass für deutsche Versicherte im Unterschied zu ausländischen Zwangsarbeitern unverändert Möglichkeiten bestanden, sich in Kooperation mit behandelnden Ärzten der Nachuntersuchung beim Vertrauensarzt zu entziehen.

321 Gemeinschaftsstelle an RAM, 1.12.1941 betr. „Besetzung der Vertrauensärztlichen Dienststelle Mannheim“, BArch R 89/5383.

322 Rundschreiben Gemeinschaftsstelle an LVA-Leiter, 16.10.1942, sv:dok 26/1876, Teil 1.

323 Vgl. Winfried Süß, Medizinische Praxis, in: Jütte (Hg.), Medizin und Nationalsozialismus, S. 179-213, S. 183. Zum Mittel der Bestrafung wurde insbesondere in den letzten beiden Kriegsjahren verstärkt gegriffen. Vgl. Hachtmann, Industriearbeiterschaft, S. 251. Hierbei lassen sich allerdings regionale Unterschiede feststellen: Ausgeprägt war die Verfolgungspraxis von niedergelassenen Ärzten im Gau Westmark, wo Vertrauensärzte den Auftrag hatten, im Falle zweifelhafter Atteste die betreffenden Ärzte der Ärztekammer und dem SD zu melden (vgl. Süß, Volkskörper, S. 247). Eine ähnliche Praxis bestand im Gau Baden-Elsaß (vgl. Höfler-Waag, Leistungsmedizin, S.155 f.).

324 Rüter, Ständewesen, S. 189 f.

325 Vgl. Knödler, Reform, S. 132.

Eine Strategie, die im NS-Staat offenbar verbreitet war, war der Verweis auf die vermeintlich unzumutbaren räumlichen Verhältnisse zahlreicher Dienststellen des VÄD. So wurde ein Nichterscheinen vielfach mit unzureichenden Vorkehrungen zur Trennung der Patienten nach rassistischen Kriterien begründet, die trotz entsprechender Anordnungen offenbar in vielen Bezirken nicht umgesetzt worden waren. Ein Krankenkassenverband beschwerte sich bei der Gemeinschaftsstelle, dass die Warteräume vieler Dienststellen „mangelhaft“ seien und es daher „viele Versicherte ab[lehnten], auf der vertrauensärztlichen Dienststelle zu erscheinen, um bei Überfüllung des Wartezimmers der Gefahr einer Infektion oder gerade in der kalten Jahreszeit einer Erkältung zu entgehen“. „Die deutschen Volksgenossen“, so der Verband weiter, weigerten sich zudem „entschieden, in den Warteräumen mit Ausländern (Polen, Tschechen usw.) und sogar mit Nichtariern zusammenzutreffen. Noch heute ist an vielen Plätzen keine Trennung erfolgt“.³²⁶ Es lässt sich in der Rückschau freilich nicht klären, zu welchen Anteilen dieses Argument weltanschaulich oder taktisch motiviert war. Allerdings dürften sich nicht wenige Versicherte eines solchen Verweises im Wissen um seine hohe Plausibilität im NS-Staat bedient haben, um die vertrauensärztliche Untersuchung zu umgehen.³²⁷ Die Gemeinschaftsstelle nahm die Einwände des Verbandes entsprechend sehr ernst und ermahnte die LVA-Leiter, „nachzuprüfen, ob auch bei den vertrauensärztlichen Dienststellen ihres Bezirks Mängel ähnlicher Art vorliegen und gegebenenfalls für deren sofortige Abstellung Sorge“ zu tragen.³²⁸

Auch die Betriebe ermöglichten es Versicherten aus Sicht der mit dem VÄD befassten Institutionen allzu leicht, sich der „Arbeitspflicht“ durch Krankfeiern zu entziehen. Grundsätzlich bestand seit 1940 die Regelung, dass die Betriebe arbeitsunfähig Erkrankte automatisch dem VÄD zur Nachuntersuchung melden mussten – zunächst mit einer Frist von sieben bis vierzehn Tagen nach Krankmeldung, die 1943 im Zuge der Kriegswende auf drei Tage reduziert wurde. Unangetastet blieb hingegen die Regelung, dass erst ab dem dritten Fehltag überhaupt ein ärztliches Attest vorgelegt werden musste – ein Umstand, den sich erkrankte Versicherte zunehmend zunutze machten. „Gerade in der durch Kaufkraftüberschüsse geprägten zweiten Kriegshälfte“, so

326 Rundschreiben Gemeinschaftsstelle an LVA-Leiter, 21.12.1942, sv:dok 26/1876, Teil 1.

327 Hans-Christoph Seidel verweist für die Krankenkontrolle im Ruhrbergbau auf ähnliche Klagen von Versicherten. Vgl. Hans-Christoph Seidel, Gesundheitspolitik und „Arbeitseinsatz“ im Ruhrbergbau während des Zweiten Weltkrieges, in: Mitteilungsblatt des Instituts zur Erforschung der europäischen Arbeiterbewegung 28 (2003), S. 203-227, S. 211.

328 Rundschreiben Gemeinschaftsstelle an LVA-Leiter, 21.12.1942, sv:dok 26/1876, Teil 1.

die Einschätzung des Historikers Winfried Süß, „verzichteten findige Kassenpatienten auf die ihnen zustehenden Lohnersatzleistungen und ließen sich von ihren Hausärzten privat behandeln, um so der Meldung der Krankenkasse an den vertrauensärztlichen Dienst zu entgehen“. Dass die betrieblichen Krankenstände in der zweiten Kriegshälfte verstärkt durch kürzere Erkrankungen von ein bis zwei Tagen Dauer gekennzeichnet waren, lässt auf eine weite Verbreitung dieser Praxis schließen.³²⁹

Der Befund ist insofern erstaunlich, als das Problem innerhalb der kontrollmedizinischen Einrichtungen genauestens bekannt war. Schon 1941 hatte der Direktor der Münchener Arbeitsamtes, Robert Adam, im Fachorgan „Vertrauensarzt und Krankenkasse“ den Fokus auf jene „Gefolgschaftsmitglieder“ gelenkt, die „krank“ würden, „ohne ärztliche Hilfe und die sonstigen Leistungen der Kasse in Anspruch zu nehmen“. Diesen Versicherten komme „es weniger darauf an, die Kassenleistungen für einige Zeit unbehelligt in Anspruch zu nehmen“; vielmehr strebten sie einen Entzug vom „Arbeitseinsatz“ an und wollten „in erster Linie einmal einige Zeit blaumachen“. Konkret schilderte Adam auch das „Vorgehen dieser Gruppe von Arbeitsunwilligen“, das „sehr einfach“ sei: „[U]m den Betriebsführer in Sicherheit zu wiegen, lassen sie sich von ihm einen Behandlungsschein geben oder durch Angehörige abholen, den sie zu Hause in den Papierkorb werfen. Wenn sie dann lange genug gefeiert haben, erscheinen sie wieder im Betrieb. Eine Benachrichtigung der Krankenkasse durch den Betriebsführer oder umgekehrt ist nicht vorgeschrieben.“ Adam identifizierte noch ein weiteres Problem, nämlich die fehlenden finanziellen Anreize für die Kassen, diesen Kranken mittels des VÄD nachzuspüren: Aus einem „reinen Ressortstandpunkt“, so Adam, „könnten die Krankenkassen sagen: Da unsere Leistungen nicht in Anspruch genommen werden, [...] sind wir an diesen Fällen nicht interessiert.“ Zwar schränkte er im Anschluss wieder ein, diesen „Standpunkt“ würde „in der gegenwärtigen Lage niemand einnehmen“. Im Hinblick auf die Zunahme der Fehlstände in der zweiten Kriegshälfte erscheint dies jedoch äußerst zweifelhaft.³³⁰

Im VÄD machte sich ob dessen zunehmend Resignation breit. Einige Dienststellen reagierten auf das Problem der kurzen Fehlzeiten mit einer Vogel-Strauß-Haltung und wälzten die Verantwortung aus Gründen der Selbstlegitimation auf die

329 Vgl. Süß, Volkskörper, S. 246 sowie (auch für das Zitat) S. 249. Vgl. den ähnlichen Befund bei Seibel, Gesundheitspolitik, S. 213 ff.

330 Für die vorstehenden Zitate vgl. Robert Adam, Arbeitsdisziplin und „Krankwerden“, in: Vertrauensarzt und Krankenkasse 9 (1941), H. 4, S. 57-59, S. 57 f.

Betriebe ab. Diese sollten sicherstellen, „daß in Zukunft nur noch der wirkliche Krankenstand weitergeleitet wird“, damit der VÄD nicht „fälschlicherweise“ für erhöhte Krankenstände „verantwortlich gemacht“ wird und sich mit den die Statistik hochtreibenden betrieblichen Fehlständen im Effekt nicht weiter befassen muss.³³¹ An die Stelle der Bekämpfung der Krankenstände trat zumindest partiell ihre Ausblendung – deutlicher konnte die Kapitulation des VÄD vor den sozialen Realitäten des „Arbeitseinsatzes“ nicht ausfallen.

Generell schienen viele Betriebe der Eindämmung von Krankenständen nicht die Bedeutung beizumessen, wie es vonseiten der kontrollmedizinischen Akteure erwartet wurde. Ein Obervertrauensarzt kritisierte beispielsweise, „in welcher oberflächlicher Form die Krankenstandsmeldungen von einzelnen Werken abgegeben“ würden. Auch sei „immer wieder festgestellt“ worden, „daß die Krankenkarteien nicht richtig geführt und auf dem Laufenden erhalten werden“.³³² Dies war durchaus nicht aus der Luft gegriffen: Als etwa die AOK Dortmund auf Anfrage der DAF im Juli 1942 die „wesentlichen Rüstungsbetriebe“ ihres Bezirks um aktuelle statistische Krankenaufstellungen ersuchte, war eine „sofortige Bekanntgabe [...] bei keiner Firma möglich“ – und lediglich zwei Unternehmen zu einer verzögerten Übersendung in der Lage.³³³ Derartige Versäumnisse brachten wiederum die Kassenleiter in die Bredouille, die das RAM 1942 persönlich für die Krankenstände in ihren Bezirken in die Pflicht genommen hatte. „Es genügt heute nicht“, lautete die Anordnung, „daß der Kassenleiter den Krankenstand seiner Kasse im ganzen überwacht; er muß sich auch persönlich ständig über die Entwicklung des Krankenstandes in den einzelnen Betrieben unterrichten, den Ursachen einer Erhöhung nachgehen und zu diesem Zweck die ständige Verbindung mit den einzelnen Betrieben und beteiligten Stellen pflegen“.³³⁴ Appelle von Kassenleitern an die Betriebsführer, „uns Gefolgschaftsmitglieder, die des öfteren krankfeiern und im Verdacht des Bummels stehen, zwecks Nachuntersuchung durch die vertrauensärztliche Dienststelle zu melden“, blieben indes oftmals wirkungslos.³³⁵ In vielen Rüstungsbetrieben schienen schlicht Bereitschaft und zeitliche Kapazitäten zu fehlen, die von den Kassen ausgestellt

331 Rundschreiben Reichsverband der Ortskrankenkassen, 28.9.1944, StaDo 650/482.

332 Rundschreiben Reichsverband der Ortskrankenkassen, 28.9.1944, StaDo 650/482.

333 Kreisobmann DAF Gauverwaltung Westfalen-Süd, Kreisverwaltung Dortmund, an Leiter AOK Dortmund, 1.7.1942, Notiz AOK Dortmund, 7.7.1942, StaDo 650/676, Bl. 22-23.

334 Reichsverband der Ortskrankenkassen, Rundschreiben v. 12. Mai 1942 nebst Erlaß des Reichsarbeitsministers v. 7.5.1942 betr. "Soziale Rechtsanwendung in der Krankenversicherung", StaDo 650/676, Bl. 1.

335 Aktenvermerk Leiter AOK Dortmund, 7.1.1943, StaDo 650/676, Bl. 50.

Arbeitsunfähigkeitsmeldungen, die die Fristen der Krankschreibung enthielten, auch tatsächlich zu kontrollieren. In der Folge hätten „die Kranken vielfach die von der Kasse unterstempelten Zettel in den Betrieben“ nicht abgeliefert, sondern die bekannte Lücke genutzt, um „an die Zeit der vom Kassenarzte bescheinigten bzw. vom Vertrauensarzt anerkannten Arbeitsunfähigkeit von sich aus noch einige Tage anhängen und so ungerechtfertigt länger von der Arbeit fernbleiben“ zu können, wie 1943 in einem Rundschreiben des Reichsverbandes der Ortskrankenkassen moniert wurde.³³⁶

Grundlegend ist im Hinblick auf das Verhalten der Versicherten im Krankheitsfall zu berücksichtigen, dass die Unterstellung von Arbeitsunwilligkeit oder -verweigerung, „Bummelei“ oder minderer Arbeitsleistung einerseits drastische Konsequenzen haben konnte. Diese reichten von dem Entzug von Schwerarbeiterzulagen über eine Strafversetzung an die Front bis zur Einweisung in ein „Arbeitserziehungslager“, die ab 1941 auf Betreiben Himmlers errichtet wurden.³³⁷ In einigen Regionen wie dem Elsaß hatten Vertrauensärzte, die Krankheitsvortäuschungen aufdecken konnten, die involvierten Versicherten und Ärzte ab 1944 der Sicherheitspolizei und der Ärztekammer zu melden, was auf ein Strafverfahren wegen Feindbegünstigung hinauslaufen konnte.³³⁸

Andererseits wirkten in Normalzeiten bei häufigem „Krankfeiern“ drohende Negativfolgen wie der Verlust des Arbeitsplatzes oder der Entzug von Krankengeld aufgrund der Kriegsverhältnisse weniger abschreckend und büßten ihren Regulierungseffekt auf Krankmeldungen zunehmend ein. Dessen war man sich auch im VÄD gewahr: „Die Voraussetzungen und Gründe solcher Krankmeldungen“, führte der Vertrauensarzt Alfred Rohde 1943 aus, lägen „im großen Teil in einer völligen Umkehrung gewisser Verhältnisse, auf die die Bestimmungen der KV zugeschnitten sind“. Dazu zähle „erstens die Logik, dass „[h]äufige und lange Krankmeldungen“ üblicherweise „Stellung und Vorwärtskommen“ gefährdeten und schließlich zur „Entlassung“ führten; zweitens, dass durch die „Differenz zwischen Krankengeld und Lohn [...] bei häufiger und längerer Erkrankung der Lebensstandard“ sinke. Diese Faktoren, die „in Friedenszeiten mehr als jeder VÄ.-Dienst den Krankenstand in einer annähernd normalen Tiefe hielten“, seien

336 Reichsverband der Ortskrankenkassen, Rundschreiben Nr. 4/1943 v. 25.1.1943, StaDo 650/676, Bl. 55.

337 Vgl. auch für das Zitat Sachße/Tennstedt, Wohlfahrtsstaat, S. 234. „Asoziale“, wozu insbesondere auch Arbeitsverweigerer gezählt wurden, waren im NS-Staat schon zuvor massiver Verfolgung ausgesetzt gewesen. Siehe hierzu grundlegend Wolfgang Ayas, „Asoziale“ im Nationalsozialismus, Stuttgart 1995.

338 Vgl. Tennstedt, Sozialgeschichte der Sozialversicherung, S. 408.

„kriegsbedingt nicht mehr gegeben oder sogar umgekehrt“.³³⁹ Damit bezog sich der Arzt auf die verbesserte Kaufkraftsituation der Arbeiter und ihrer Familien, der ein knapper werdendes Waren- und Güterangebot gegenüberstand.³⁴⁰ Aus dieser Konstellation entstünden alles in allem beträchtliche Anreize für Krankmeldungen, die, so Rohde, „immer wieder durchgesetzt [würden], um Betriebsführer und AA einen Arbeiter nur als Belastung empfinden zu lassen und endlich das Arbeitsverhältnis zu lösen“. Nach Auffassung des Vertrauensarztes würden Krankschreibungen im Krieg sogar eine Erhöhung des Lebensstandards ermöglichen, insbesondere bei Frauen, die neben dem Krankengeld wertvolle Zeit gewinnen würden „zum Anstehen, zum Herumlaufen nach Mangelware und zur besseren Versorgung ihrer Häuslichkeit“.³⁴¹ In Anbetracht solch vielschichtiger Anreizstrukturen, Motivlagen und Eigenlogiken, die das Verhalten der Versicherten im Krankheitsfall prägten und der Komplexität der damaligen Lebenswelt entsprachen, stieß das Überwachungssystem des VÄD an unüberwindbare Grenzen.

Ärztmangel und Krankenbesucher

An der Wende zum Jahr 1943 waren die Funktionsprobleme des VÄD derart offenbar, dass das Reichsarbeitsministerium in einem Runderlass die Kassen zur Wiedereinführung der Krankenkontrolle durch sogenannte Krankenbesucher drängte. Den Hintergrund zu dieser Maßnahme bildeten Klagen aus der Industrie über erhöhte Krankenstände: Die Wirtschaftskammer Westfalen und Lippe hatte beispielsweise im September 1942 angeregt, „daß trotz des derzeitigen Kräftermangels derartige Besuche in verstärktem Maße wieder durchgeführt werden“ sollten. Die Kassen wurden vom RAM verpflichtet, „die durch Einberufungen oder den Ausfall von Krankenbesuchern eingetretenen Lücken

339 Rohde an Möbius, 25.2.1943, sv:dok 26/1621.

340 Vgl. dazu auch Winfried Schmähl, Alterssicherungspolitik in Deutschland. Vorgeschichte und Entwicklung von 1945 bis 1998, Tübingen 2018, S. 89. Die Kaufkraftüberschüsse waren nicht zuletzt eine Folge von Leistungsverbesserungen, die ab 1941 in der Sozialversicherung eingeführt worden waren. Um den „Arbeitseinsatz“ von aus dem Berufsleben ausgeschiedenen Beziehern einer Alters- und Invalidenrente zu fördern, war etwa verfügt worden, auf eine Nachuntersuchung zu verzichten und die Renten trotz Arbeitstätigkeit weiter zu zahlen. Die Leistungsverbesserungen waren gleichwohl sektoral begrenzt und nicht flächendeckend: Stärker fielen sie in kriegswichtigen Sektoren wie dem Bergbau aus. Vgl. ebd., S. 85 ff. sowie Lil-Christine Schlegel-Voß, Alter in der „Volksgemeinschaft“. Zur Lebenslage der älteren Generation im Nationalsozialismus, Berlin 2005, S. 118 ff.

341 Rohde an Möbius, 25.2.1943, sv:dok 26/1621.

alsbald zu schließen und darüber hinaus Krankenbesuche entsprechend den heute bestehenden Bedürfnissen zu verstärken“. Das bedeutete zum einen, dass die Krankenkontrolle im Referenzrahmen des „Arbeitseinsatzes“ im Unterschied zu früher nunmehr als „arbeitsgemeinschaftliche Regelung [...] für alle Kassenarten“ redefiniert und praktiziert wurde.³⁴² Zum anderen sollten die fürsorgerischen Elemente der älteren Krankenkontrolle wegfallen und diese nunmehr allein überwachenden Charakter zur Aufdeckung von Simulantentum haben.³⁴³ Die LVA- und Kassenleiter wurden von der Gemeinschaftsstelle entsprechend angehalten, die Kontrolle durch Krankenbesucher in logistischer Abstimmung mit den Bezirksstellen des VÄD einzurichten, dessen Überwachungslücken sie letztlich schließen sollte. Ihr Fokus lag auf Versicherten von Betrieben mit einem Krankenstand von über zwei Prozent.³⁴⁴

Bezeichnenderweise war die Krankenkontrolle bei den Kassen in der Vorkriegszeit abgeschafft worden, so bei der AOK Dortmund, die diese Praxis 1938 im Zuge des Ausbaus des VÄD für verzichtbar erklärt und bis auf weiteres eingestellt hatte.³⁴⁵ Die Bemühungen um ihre Wiedereinführung und Ausweitung sind daher ein verlässlicher Indikator für die zeitgenössische Überlastung des kontrollmedizinischen Systems, in das aufgrund des Ärztemangels nunmehr „auch Angestellte, deren Aufgabengebiet in Normalzeiten nicht die Krankenkontrolle ist“, einbezogen wurden.³⁴⁶ Gemäß der Anordnung des Dortmunder Kassenleiters von September 1942 sollten Krankenbesucher entsprechend als „Kontrolleur[e] der Arbeitsunfähigen“ eingesetzt werden.³⁴⁷

Die Wirkung dieser Behelfsmaßnahme war alles in allem begrenzt. Schon die ältere Krankenkontrolle besaß im Kassenwesen den Nimbus der Ineffizienz, sie galt als „unrationell“ und „nicht mehr zeitgemäß“.³⁴⁸ Ihrer Wiedereinführung begegneten viele

342 Rundschreiben Gemeinschaftsstelle an LVA-Leiter nebst Erlass des RAM v. 23.1.1943, 8.2.1943, sv:dok 26/1876, Teil 1.

343 Hierbei handelte es sich gleichwohl um eine „re invention of tradition“, da schon die ältere Instanz der Krankenbesucher schwerpunktmäßig der Krankenüberwachung und nicht der Fürsorge gegolten hatte. Bei der AOK Dortmund etwa waren Krankenbesuche stets „ohne Verbindung mit einer fürsorgerischen Tätigkeit“ durchgeführt worden. Innenrevisor Henneböle an stv. Leiter Reike, 16.2.1938, StaDo 650/609.

344 Vgl. Rundschreiben Gemeinschaftsstelle an LVA-Leiter nebst Erlass des RAM v. 23.1.1943, 8.2.1943, sv:dok 26/1876, Teil 1.

345 Vgl. hierzu die folgenden Schriftstücke: Leiter AOK Dortmund an stellv. Leiter Reike, 8.2.1938; Stv. Leiter Reike an Leiter AOK Dortmund, 21.2.1938; Anordnung des Leiters der AOK Dortmund v. 24.2.1938, StaDo 650/609 (Bl. 1-2).

346 Rundschreiben Gemeinschaftsstelle an LVA-Leiter nebst Erlass des RAM v. 23.1.1943, 8.2.1943, sv:dok 26/1876, Teil 1.

347 Anordnung Leiter AOK Dortmund v. 29.9.1942, StaDo 650/609 (Bl. 7).

348 Abteilungsvorsteher Sievert an stv. Leiter Reike, 18.2.1938, StaDo 650/609 (Bl. 4).

Kassenleiter daher mit Vorbehalten und unverhohlener Skepsis. Der Leiter der Dortmunder Ortskrankenkasse konnte der Reinstitutionalisierung der Krankenbesucher überhaupt nur aufgrund der desolaten Personalsituation im VÄD etwas abgewinnen, warnte im Hinblick auf „die in vielen Jahren hier gemachten Erfahrungen“ aber auch, man solle sich von diesem Instrument „nicht zuviel versprechen“.³⁴⁹ Diese Einschätzung erwies sich alles in allem als zutreffend. Zwar geht aus den Akten der Dortmunder AOK hervor, dass Krankenbesucher Versicherte sporadisch der Krankheitsvortäuschung überführen und deren Rückkehr an den Arbeitsplatz erzwingen konnten, eine lückenlose Überwachung scheiterte jedoch auch hier an den personellen Kapazitäten. Im Gesamtgebiet der Stadt Dortmund, das in 17 Bezirke aufgeteilt war, standen im März 1943 fünf Krankenbesucher einer Gesamtzahl von „rd. 1.600 Hauskranken“ gegenüber.³⁵⁰ Ein Krankenbesucher konnte nach zeitgenössischer Veranschlagung monatlich etwa 344 Kontrollen durchführen.³⁵¹ Theoretisch wäre es somit zwar durchaus möglich gewesen, sämtliche Erkrankte der Stadt mit den verfügbaren Krankenbesuchern zu erfassen. Dies hätte indes zur Voraussetzung gehabt, dass es sich über den Zeitraum von einem Monat stets um die gleiche Krankengruppe handelte – eine Statik, die in der sozialen Realität freilich nicht gegeben war. Die Krankenbesuche erfüllten primär eine psychologische Funktion und dienten der Abschreckung und Disziplinierung: „Viele Versicherte“, hieß es in der internen Bewertung der Krankenkontrolle der Dortmunder Ortskrankenkasse, „wunderten sich über den Besuch des Kassenangestellten und erklärten offen, sie hätten nicht damit gerechnet und wollten lieber wieder arbeiten“.³⁵²

349 Leiter AOK Dortmund an Zweigstelle Dortmund der Industrieabteilung der Wirtschaftskammer Westfalen und Lippe, 17.10.1942, StaDo 650/609 (Bl. 10).

350 Leiter AOK Dortmund an diverse Abteilungen, 4.3.1943, StaDo 650/609 (Bl. 13).

351 Abteilung II an Leiter AOK Dortmund, 2.11.1942, StaDo 650/609.

352 Abteilung II an Leiter AOK Dortmund, 2.11.1942, StaDo 650/609.

IV. „Gesundschreiben“ im Akkord: Die „Gutermuth-Aktion“ und der Zusammenbruch des Krankenkontrollsystems

Die „Gutermuth“-Aktion: Organisation und Praxis

Nachdem der durchschnittliche Krankenstand die symbolische Marke von drei Prozent kaum mehr unterschritten und in den Rüstungsbetrieben meist deutlich höher gelegen hatte, mehrten sich aus der Industrie Forderungen nach einer Verstärkung der Krankenüberwachung. Erstmals schaltete sich in die Diskussion über die Krankenkontrolle 1942 auch der Sicherheitsdienst (SD) ein und empfahl dem Reichsgesundheitsführer die Einrichtung eines „fliegenden“ vertrauensärztlichen Dienstes, der in Rüstungsbetrieben mit überhöhten Krankenständen gezielt zum Einsatz kommen sollte. Der Vorschlag des SD ging auf eine Empfehlung des Sonderbeauftragten Otto Walter zurück, der auf einer Tagung mit Vertretern der Krankenversicherung, der NSDAP und der Wehrmacht die Freistellung von 25 Vertrauensärzten beantragt hatte, die unter seiner direkten Leitung in problematischen Betrieben eingesetzt werden sollten. Das Ministerium für Rüstung und Kriegsproduktion forderte gleichsam eine Ausweitung der betrieblichen Krankenkontrolle.³⁵³

Diese Entwicklungen mündeten Anfang 1943 in den Einzug einer weiteren Kompetenzebene, die Organisation und Praxis des VÄD erneut tiefgreifend verändern sollte. Im Februar wurde der Oberarzt und stellvertretende Direktor der Frankfurter Universitätsklinik, Wilhelm Gutermuth, zum „Bevollmächtigten für ärztliche Sonderaufgaben in der Rüstungsindustrie“ ernannt.³⁵⁴ Die Ernennung erfolgte formal gemeinsam durch den Reichsarbeitsminister und den Reichsgesundheitsführer, war jedoch maßgeblich veranlasst worden durch den Mediziner Karl Brandt, Hitlers vormaligem „Begleitarzt“ und einflussreichem Generalkommissar für das Gesundheits- und Sanitätswesen.³⁵⁵

353 Vgl. Süß, Volkskörper, S. 250 f., hier auch Fn. 26.

354 Vgl. ebd. sowie Klimo, Im Dienste des Arbeitseinsatzes, S. 215.

355 Brandt rückte ab 1943 zum „bedeutendste[n] Gravitationszentrum“ der nationalsozialistischen Gesundheitspolitik auf. Siehe ausführlich Winfried Süß, Der beinahe unaufhaltsame Aufstieg des Karl Brandt. Zur Stellung des Reichskommissars für das Sanitäts- und Gesundheitswesen im Machtgefüge der nationalsozialistischen Diktatur, in: Wolfgang Woelk/Jörg Vögele (Hg.), Gesundheitspolitik in Deutschland von der Weimarer Republik bis in die Frühgeschichte der Bundesrepublik, Berlin 2002, S. 197-223.

Brandt und Gutermuth stehen prototypisch für den in der zweiten Kriegshälfte massiv ausgeweiteten Einsatz sogenannter „führerunmittelbarer Sondergewalten“. Dieser speziellen Form personalisierter Herrschaft bediente sich das NS-Regime vorzugsweise in solchen Handlungsfeldern, die im totalen Krieg an Bedeutung gewannen und Probleme aufwiesen, deren Bewältigung den zuvor verantwortlichen Institutionen nicht länger zugetraut wurde.³⁵⁶ Hitlers Ernennung von ihm unmittelbar verpflichteten „General-“, „Reichs“- oder „Sonderkommissaren“,³⁵⁷ die ihrerseits wiederum „Sonderbeauftragte“ mit zielgerichteten Aufträgen und zweckdienlichen Bevollmächtigungen einsetzten, erfolgte meist quer zu bestehenden administrativen Strukturen. Eine Folge dieser polykratischen Herrschaftskonstellation war, dass sich Aufgaben- und Kompetenzbereiche in der zweiten Kriegshälfte zunehmend überschneiden, woraus unweigerlich neue Machtkonflikte resultierten.³⁵⁸ Dies war in hohem Maße im kontrollmedizinischen Feld der Fall, wo infolge der Einsetzung des „Sonderbeauftragten“ Gutermuth beträchtliche organisatorische Umbrüche und Machtverschiebungen zu verzeichnen waren.³⁵⁹

Der 1905 in Frankfurt am Main geborene Internist war 1933 der NSDAP und der SS beigetreten, wo er bis 1941 in den Rang eines Untersturmführers aufstieg.³⁶⁰ Gutermuth entsprach Innerhalb der zeitgenössischen Ärzteschaft dem Typus des ehrgeizigen und machtorientierten Aufstiegers. Der von der SS protegierte Arzt machte im „Dritten Reich“ eine steile Karriere. Diese führte ihn 1939 an die Universitätsklinik für Innere Medizin in Frankfurt am Main, wo Gutermuth trotz fehlender Promotion durch den

356 Ebd., S. 197.

357 Bei „General-“, „Reichs“- oder „Sonderkommissaren“ handelte es sich um „eine von Hitler beauftragte Person, die losgelöst von allen bestehenden Kompetenzbereichen bereichsspezifische absolute Vollmachten besitzen, nur dem ‚Führer‘ verantwortlich und mit der Aufgabe betraut sein sollte, als ‚Sonderkommissare‘ fern bürokratischer Hemmungen und vom Geist der NSDAP-Frühzeit getragen, alle notwendigen Entscheidungen zu treffen“. Brandt wiederum war einer der „Prototypen dieser sektoralen, führerunmittelbaren ‚Sonderkommissare‘“, die verstärkt ab 1944 eingesetzt wurden. Vgl. Dietmar Süß, *Steuerung durch Information? Joseph Goebbels als „Kommissar der Heimatfront“ und die Reichsinspektion für den zivilen Luftschutz*, in: Hachtmann/Süß (Hg.), *Hitlers Kommissare*, S. 183-206, S. 204.

358 Vgl. Süß, *Aufstieg*, S. 198 f.

359 Insgesamt erstreckte sich Brandts Tätigkeit auf fünf zentrale Arbeitsgebiete des Gesundheitswesens: 1. die sogenannte „Aktion Brandt“, ein Bauprogramm für Krankenhäuser; 2. die Koordination der Verlegung von Psychriepatienten und vermeintlich unheilbar Kranken; 3. die Koordination von medizinischer Forschung; 4. die Steuerung der pharmazeutischen Produktion sowie schließlich 5. die Koordination des VÄD zur Senkung von Krankenständen in kriegswichtigen Rüstungsbetrieben. Süß, *Aufstieg*, S. 212 f.

360 Ernst Klee, *Art. Willy Gutermuth*, in: ders. (Hg.), *Das Personenlexikon zum Dritten Reich. Wer war was vor und nach 1945*, Frankfurt/Main 2003, S. 211.

Klinikdirektor und SS-Kameraden Wilhelm Nonnebruch innerhalb kürzester Zeit vom Volontärarzt zum planmäßigen Oberarzt und stellvertretenden Direktor befördert wurde. In dieser Eigenschaft wurde Gutermuth, der zuvor bereits als nebenamtlicher Vertrauensarzt tätig gewesen war, 1942 die Überwachung des Krankenstands in der Frankfurter Rüstungsindustrie übertragen, der mit 8 Prozent vergleichsweise hoch lag. Gutermuth lastete den Zustand der geringen Leistungsbereitschaft der Arbeiter an und ging rigoros gegen den Krankenstand vor, der innerhalb kürzester Zeit auf 3 Prozent gedrückt werden konnte.³⁶¹ Diese „Erfolgsbilanz“ honorierend, ernannte Brandt seinen Schützling zum „Sonderbeauftragten für ärztliche Aufgaben in der Rüstungsindustrie“.

Gutermuths zentrale Aufgabe bestand darin, in Fortführung der von Walter etablierten Stoßtrupp-Einsätze „in bestimmten Betrieben Überprüfungen des Krankenstandes vorzunehmen und ggf. ihm erforderlich erscheinende Maßnahmen zu treffen“.³⁶² Im Fokus des „Sonderauftrages“, der in der damaligen Korrespondenz als „Gutermuth-Aktion“ firmierte, standen Rüstungsbetriebe mit einem Krankenstand über 3,8 Prozent.³⁶³ Zu diesem Zweck wurde Gutermuth von Brandt mit weit reichenden Vollmachten ausgestattet, die auch eine umfassende Verfügungsgewalt über den VÄD der Sozialversicherung implizierten. Allerdings hatten nicht nur sämtliche Vertrauensärzte, sondern auch „Krankenhäuser, Kliniken und Betriebsärzte“ sowie die Gesundheitsämter, die Reichsärztekammer und die KVD „Dr. Gutermuth und seinen Mitarbeitern in personeller Hinsicht zur Durchführung seiner Aufgabe zur Verfügung zu stehen und jede von ihm für notwendig gehaltene Hilfe und Unterstützung zu leisten“, wie der Generalbevollmächtigte für den Arbeitseinsatz, Max Timm, im Juli 1943 auf Veranlassung Brandts anordnete.

In nicht untypischer Weise für das NS-System, in dem die formale Legitimierung der Umsetzung von Maßnahmen oft nachfolgte, hatte die „Gutermuth-Aktion“ zu diesem Zeitpunkt bereits eingesetzt. Wie dem Schreiben Timms entnommen werden kann, hat Gutermuth unmittelbar nach seiner Einsetzung am 10. Februar 1943 eine „erhebliche Beschleunigung und Erhöhung der Zahl der vertrauensärztlichen Untersuchungen“ angeordnet. Dass hierbei in rigider Weise verfahren und in

361 Vgl. Ute Daub, „Krankenhaus-Sonderanlage Aktion Brandt in Köppern im Taunus“ – die letzte Phase der „Euthanasie“ in Frankfurt am Main, in: *Psychologie und Gesellschaftskritik* 16 (1992), H. 2, S. 39-67, S. 48.

362 Schreiben Beauftragter für den Vierjahresplan und Generalbevollmächtigter für den Arbeitseinsatz (Timm), 5.7.1943, sv:dok 26/1876, Teil 1.

363 Süß, *Volkskörper*, S. 251.

beispiellosem Umfang „gesundgeschrieben“ wurde, indiziert die Ankündigung des Generalbevollmächtigten, in Zukunft würden von den vertrauensärztlichen Dienststellen „in erhöhtem Umfange sogenannte Berufsumleitungsanträge [...] vorgelegt werden“. Diese sollten von den Arbeitsämtern „sorgfältig geprüft und möglichst schleunigst behandelt werden“ mit dem Ziel, erkrankte Versicherte dem „Arbeitseinsatz“ verfügbar zu machen.³⁶⁴ Gutmuth agierte dabei von Beginn an jenseits etablierter Hierarchien und Kompetenzverhältnisse im Sinne einer „Sondergewalt“: Im Rahmen der Durchführung seines Auftrages war er weder dem Reichsgesundheitsführer noch dem Reichsarbeitsminister zur Rechenschaft verpflichtet, sondern Brandt direkt unterstellt, woraus sich eine beträchtliche Machtfülle ableitete.³⁶⁵

Gleichwohl mag es in Anbetracht der dargestellten Personalnot im VÄD überraschen, dass es Gutmuth quasi ad hoc gelang, die Schlagkraft des VÄD zu erhöhen und die Zahl der Nachuntersuchungen erheblich auszuweiten, zumal der „Sonderbeauftragte“ Walter und die Gemeinschaftsstelle an diesem Unterfangen zuvor weithin gescheitert waren. Die Antwort hierauf liegt in den besonderen finanziellen Anreizen, die Gutmuth den Vertrauensärzten setzte und die zu einer Radikalisierung der Begutachtungspraxis führten. So hatte jeder Vertrauensarzt innerhalb von sieben Stunden ein vorgegebenes Tagessoll von 45 Nachuntersuchungen zu bewältigen. Gelang es einem Vertrauensarzt allerdings, darüber hinaus weitere Kranke zu sichten (und „gesundzuschreiben“), erhielt er dafür auf direkte Veranlassung Gutmuths eine Prämie von zwei RM pro Patient. Im Rahmen der „Sondereinsätze“, die automatisch ausgelöst wurden, sobald ein Betrieb einen Kranken- und Fehlstand von über 3,8 Prozent meldete, galt ebenfalls das Prämienprinzip.³⁶⁶

Bei der Einordnung dieser Zahlen ist zu berücksichtigen, dass bereits ein Tagessoll von 45 Nachuntersuchungen erheblich über den in der Vorkriegszeit geltenden Werten lag, als täglich etwa 20-30 Untersuchungen pro Vertrauensarzt veranschlagt wurden. Die unter Walters Regie ab 1938 durchgeführten Stoßtrupp-Einsätze bewegten sich wiederum in einem Rahmen von bis zu 70 Nachuntersuchungen täglich pro Vertrauensarzt.³⁶⁷ Im Rahmen der „Gutmuth-Aktion“ ergaben sich hingegen

364 Schreiben Beauftragter für den Vierjahresplan und Generalbevollmächtigter für den Arbeitseinsatz (Dr. Timm) v. 5.7.1943, sv:dok 26/1876, Teil 1.

365 Vgl. Süß, Volkskörper, S. 251.

366 Vgl. Knödler, Reform, S. 133 f.

367 Niederschrift über die Zusammenkunft der Landesvertrauensärzte der Landesversicherungsanstalten beim Reichsversicherungsamt Berlin am 12. August 1940,

Spitzenwerte von 168 Untersuchungsfällen pro Tag pro Vertrauensarzt – eine Ziffer, die eindringlich verdeutlicht, dass man hier nicht mehr mit „Nachuntersuchungen“ im Sinne des Begriffs zu tun hatte, sondern mit rigorosen Krankenkategorien, bei denen auf die Sichtung des Patienten und Feststellung seiner „Arbeitseinsatzfähigkeit“ nur wenige Minuten entfielen.³⁶⁸ Im treffenden Urteil von Winfried Süß stellte das Handeln der Vertrauensärzte im Zuge der „Gutermuth-Aktion“ selbst unter Kriegsbedingungen „ein Zerrbild traditioneller Maßstäbe arbeitsmedizinischer Diagnostik“ dar. Das ärztliche Handlungsprinzip des Nicht-Schadens wurde dem Primat der Produktion bedingungslos unterstellt, zulasten der Erkrankten und ihrer Chance auf Genesung. Die Zahlen sprechen hierbei Bände: Allein zwischen Februar und Mai 1943 wurden ungefähr 200.000 Kranke von den Gutermuth-Ärzten gesundgeschrieben und zum Arbeitseinsatz in der Kriegswirtschaft verpflichtet.³⁶⁹

Wenngleich die Einsetzung Gutermuths die Entkopplung des VÄD von den LVAen weiter verstärkte, blieben diese bei der „Aktion“ nicht außen vor. Die Versicherungsanstalten respektive deren Krankenversicherungs-Abteilungen hatten vielmehr auch weiterhin die Kosten der vertrauensärztlichen Untersuchungen sowie der Sondereinsätze zu tragen. Darunter fielen auch die Ausgaben für das Prämiensystem, das die Leistungsbereitschaft der Vertrauensärzte erhöhen sollte und in letzter Konsequenz die Exzesse der „Gutermuth-Aktion“ begründete.³⁷⁰ In den Quellen werden die Gesundheitsfolgen für die Versicherten bezeichnenderweise selten problematisiert, zudem finden sich zu den konkreten Abläufen der „Sonderaktionen“ keine weiteren Informationen. Dahingegen war es abermals die Regelung der Kostenträgerschaft, die in der Rentenversicherung für Unmut sorgte, zumal Gutermuths Kopfgeldprinzip mit den im öffentlichen Dienst geltenden Besoldungsbestimmungen in keiner Weise vereinbar war. Doch obschon es an internen Problematisierungen nicht mangelte und einzelne LVA-Leiter dem Reichsversicherungsamt und dem Reichsarbeitsministerium ihre Vorbehalte gegen die „Sonderprämien“ darlegten, blieb ein offener Widerspruch dieser Akteure aus.³⁷¹

undatiert, sv:dok 26/1622, Teil 1.

368 Vgl. Klimo, Arbeitseinsatz, S. 216; Süß, Volkskörper, S. 252.

369 Vgl. auch für das Zitat Süß, Volkskörper, S. 252.

370 Vgl. LVA Schleswig-Holstein, Bericht über die Verwaltung 1943, S. 18, sv:dok 26/900/6.

371 Der Leiter der LVA Westfalen, Kolbow, etwa konnte mit seiner entsprechenden Beschwerde beim RVA und RAM nicht durchdringen. Vgl. Klimo, Arbeitseinsatz, S. 215.

Dies hing grundlegend mit der exponierten Machtposition Gutermuths zusammen, der von höchsten NS-Funktionsträgern eingesetzt worden war und protegiert wurde. Hinzu kam, dass die Begutachtungspraxis des VÄD unter dem Kommando Gutermuths nicht nur in der Krankenversicherung, sondern auch in der Invalidenversicherung massive Verschärfungen erfuhr – eine Tendenz, die mit den finanziellen Interessen der Versicherungsanstalten korrespondierte. Am Beispiel der Oberversicherungsämter zeigt sich eine „bis 1944 immer rigoroser werdende Spruchpraxis“ in Rentensachen, die ursächlich auf die Vertrauensärzte zurückführen, die im Vergleich zu den übrigen Ärztegruppen strengere Beurteilungsmaßstäbe an die Erwerbsminderung angelegt hatten.³⁷² Die Spareffekte, die daraus resultierten, sollten bezüglich der Positionierung der Versicherungsanstalten zur „Gutermuth-Aktion“ gleichwohl nicht überbewertet werden. Diese zielte vorrangig auf die Maximierung des rüstungswirtschaftlichen „Arbeitseinsatzes“ ab und hatte nicht den Zweck, finanzielle Interessen von Sozialversicherungsträgern zu bespielen. Vielmehr hegten die LVAen aus machtpolitischen Gründen erhebliche Vorbehalte gegen die „Gutermuth-Aktion“, da sie nicht zu Unrecht die Gefahr wähten, nunmehr auch verbliebene Steuerungskompetenzen über den VÄD einzubüßen. Der ausgebliebene Widerspruch der Rentenversicherung gegen die „Sonderaktion“ ist insofern weniger auf bestehende Interessenkonvergenzen zurückzuführen, sondern dokumentiert vielmehr die institutionelle Schwäche und den Bedeutungsverlust der Rentenversicherung im polykratischen Machtgefüge der NS-Gesundheitspolitik. Dass die Rentenversicherung weiterhin die Trägerschaft des VÄD behaupten konnte, war überhaupt nur der Fürsprache Gutermuths zuzuschreiben: Dieser hatte konkurrierenden Ambitionen wie denen des Reichsgesundheitsführers, der den VÄD der Sozialversicherung entziehen wollte, zuvor eine Absage erteilt und sich damit zugleich ein wirksames Druckmittel gegenüber der Rentenversicherung geschaffen.³⁷³ Dass sich die Regionalträger ebenso wie die übergeordneten Instanzen mit Kritik bedeckt hielten, kann insofern über finanzielle Motivlagen hinaus der Befürchtung weiterer Einfluss- und Geltungsverluste zugeschrieben werden. Wie berechtigt dieses waren, ergibt sich aus dem Vorhaben Gutermuths, zum Zweck der Durchführung seines Auftrages mittelfristig eine eigene „Überbehörde“ zu errichten und die Versicherungsanstalten im gleichen Zuge auf den Status beratender

372 Klimo, Arbeitseinsatz, S. 213.

373 Die Wirkmächtigkeit dieser Drohkulisse verdeutlicht der bei Klimo, Arbeitseinsatz, S. 215 f. auszugsweise dokumentierte Schriftverkehr zwischen dem RVA und der LVA Westfalen.

Institutionen herabzusetzen.³⁷⁴ Hierin offenbarte sich der überbordende Geltungsdrang und Machteifer Gutermuths, von dem der zeitgenössische Ausspruch überliefert ist: „Im Gesundheitswesen Deutschlands kommt erst der Führer, dann Brandt, dann ich.“³⁷⁵

Auch wenn die „Überbehörde“ schlussendlich nicht realisiert wurde, traten die mit der Bevollmächtigung Gutermuths veränderten Machtasymmetrien schnell offen zutage. Im Juni 1943 räumte das RVA den Landesvertrauensärzten eine weit reichende Unabhängigkeit von den LVA-Leitungen ein – eine alte Forderung aus der Vertrauensärzteschaft, die bislang stets am Widerstand der Rentenversicherung und der politischen Aufsichten gescheitert war.³⁷⁶ Nun wurde den Leitern der regionalen vertrauensärztlichen Dienste vom Reichsversicherungsamt hingegen nicht nur eine „weitgehende Selbstständigkeit in ärztlichen Angelegenheiten“ zugebilligt, sondern überdies maßgebliche Befugnisse in personellen Angelegenheiten sowie Beschaffungsfragen des VÄD. Um die Autonomie nach außen hin zu unterstreichen, wurden die betreffenden Ärzte vom RVA ferner ermächtigt, künftig „einen Briefbogen mit dem Kopf: ‚Der Landesvertrauensarzt der Landesversicherungsanstalt...‘ zu benutzen“. Das Kompetenzgerangel, das ab 1936 das Verhältnis zwischen den gleichgestellten Leitern der VÄD-Abteilungen und der Verwaltungsabteilungen bestimmt hatte, sollte durch diese Anordnung endgültig überwunden werden. Mit Nachdruck stellte das Versicherungsamt dann auch klar, dass die in Belangen des VÄD bislang eher obstruktiv und bürokratisch in Erscheinung getretene „Verwaltungsabteilung Krankenversicherung [...] dem Sonderauftrag Dr. Gutermuth im Namen seiner Vollmacht zur Verfügung“ zu

374 Vgl. Knödler, Reform, S. 135.

375 So Gutermuth im Rahmen einer Besprechung mit Frankfurts Oberbürgermeister am 9.12.1944, zit. n. Daub, „Krankenhaus-Sonderanlage“, S. 60, Fn. 41.

376 Bereits im Jahr 1938 hatte Walter auf Drängen der Landesvertrauensärzte entsprechende Vorschläge unterbreitet: „Die bisherige Geschäftsanweisung hat die Landesvertrauensärzte in ein Abhängigkeitsverhältnis von den Leitern der Verwaltungs-Abteilung gebracht. Darüber haben mehr oder weniger alle Landesvertrauensärzte geklagt. [...] Die psychologische Wirkung eines solchen Zustandes ist unausbleiblich. Es ist vielleicht eine der wesentlichsten Feststellungen, die bei den Besichtigungen der vertrauensärztlichen Einrichtungen der Landesversicherungsanstalten zu beobachten sind, daß unsere besten Vertrauensärzte mir immer wieder das Unhaltbare eines solchen Zustandes vortragen und dementsprechend an die Verwirklichung schon längst bestehender Pläne gehen, nämlich auszuschneiden, um eine andere Tätigkeit zu übernehmen. Wir können kaum damit rechnen, daß sich der vertrauensärztliche Dienst zahlenmäßig erweitern läßt. Wir müssen aber damit rechnen, daß die jetzt vorhandenen Ärzte ohne Rücksicht [...] und nicht zuletzt infolge der verwaltungsmäßigen Kurzsicht ihre Tätigkeit alsbald an einem anderen Platz ausüben. Es muß daher eine ganz klare Trennung der Befugnisse unter allen Umständen herbeigeführt werden.“ Otto Walter, Vorschläge für Änderungen der Geschäftsanweisung, 20.10.1938, sv:dok 26/1622, Teil 1.

stellen sei.³⁷⁷ Im Übrigen ließ die Aufsichtsbehörde keine Zweifel bestehen an der quasi unbeschränkten Verfügungsmacht Gutermuths, der „berechtigt [sei], den Krankenstand nicht nur aller Rüstungsbetriebe, sondern überhaupt aller kriegswichtigen Betriebe uneingeschränkt zu kontrollieren und alle zur Senkung des Krankenstandes erforderlichen Maßnahmen zu treffen“. „In diesem Umfang“, so das RVA weiter, „kann Dr. Gutermuth dem vertrauensärztlichen Dienst Anweisungen geben, ihn für Zwecke seines Auftrages heranziehen sowie Sondervergütungen für Tätigkeiten festsetzen, die er angeordnet hat“. Im Wissen um den Unmut, den speziell die letzte Regelung ausgelöst hatte, forderte das RVA die LVA-Leiter „erneut und dringend“ dazu auf, „Dr. Gutermuth bei der Durchführung seines besonders kriegswichtigen Auftrags in jeder Beziehung zu unterstützen“. Auch das Reichsarbeitsministerium dessen Kompetenzbereich durch Gutermuth beschnitten worden war, zeigte sich bei kritischen Nachfragen kleinlaut und betonte die übergeordnete Relevanz des „Auftrag[s] zur Kontrolle des Krankenstandes der Rüstungsbetriebe“, hinter dem „der Führer selbst steht“.³⁷⁸

In der Folge rückten die Landesvertrauensärzte und im Abwesenheitsfall deren Stellvertreter zu „Bevollmächtigte[n] des zur Durchführung für ärztliche Aufgaben in der Rüstungsindustrie bestellten Sonderbeauftragten“ auf und fungierten mithin als regionale Agenten Gutermuths. Dieser griff bisweilen aktiv in die Personalpolitik ein, indem er Leitungsstellen im VÄD neu besetzte. Dies war bei der LVA Schleswig-Holstein der Fall, deren Landesvertrauensarzt Günther Schellmann Anfang 1943 zur Wehrmacht einberufen und dessen Stellvertreter Kusick kurze Zeit später zur LVA Hamburg versetzt wurde. Wenn es auch im Verwaltungsbericht der Versicherungsanstalt nicht direkt ausgesprochen wurde, spricht alles für eine Veranlassung der Maßnahmen durch Gutermuth, der in der Folge seinen Kandidaten Schäfer zum Landesvertrauensarzt und seinem persönlichen „Bevollmächtigten“ machte.³⁷⁹ Mit Beginn der „Gutermuth-Aktion“ realisierte sich daher eine der wesentlichen Befürchtungen der LVA-Leiter, die stets vor einer zu eigenmächtigen Stellung der Landesvertrauensärzte, die zu „heimlichen Leitern“ der Versicherungsanstalten würden, gewarnt hatten.³⁸⁰ „Vertrauensärztlicher Dienst kann [...]

377 Rundschreiben RVA an LVA-Leiter, 7.6.1943, GLAK 462 1994/38, Nr. 7. Dort auch die folgenden Zitate.

378 So das RAM in einem Schreiben an den Reichsgesundheitsführer Conti. Zit. n. Knödler, Reform, S. 134. Mit der Schaffung des „Generalbevollmächtigten für den Arbeitseinsatz“ 1942 wurde das RAM aus der Steuerung des „Arbeitseinsatzes verdrängt. Vgl. Sachße/Tennstedt, Wohlfahrtsstaat, S. 236.

379 Vgl. LVA Schleswig-Holstein, Bericht über die Verwaltung 1943, S. 18, sv:dok 26/900/6.

380 So die Befürchtung von Kolbow, Leiter der LVA Westfalen. Zit. n. Klimo, Arbeitseinsatz, S. 216.

unter keinen Umständen eine Angelegenheit sein, die abseits im fernern Ozeane unter eigenen Steuerleuten und eigener Flagge auf eigenen Gewässern irgendeinen Sonderkurs kreuzt“, hatte etwa der Leiter der LVA Berlin 1936 gegenüber den neu übernommenen Vertrauensärzten klargestellt.³⁸¹ Eben dieses Szenario hatte sich mit Einsetzen der „Gutermuth-Aktion“ verwirklicht.

Die Herauslösung des VÄD aus den 1936 geschaffenen Organisationsstrukturen führte so weit, dass Gutermuth einen gesonderten Dienstweg einrichtete, der von den Landesvertrauensärzten über Gutermuth unmittelbar zum Stab des Generalkommissars führte, wodurch das Reichsarbeitsministerium und die nachgeordneten Stellen aus der administrativen Steuerung über den VÄD faktisch ausgeschaltet wurden. Den Vertrauensärzten untersagte Gutermuth prinzipiell, Informationen über die Einsätze und andere Belange des VÄD an die vorgesetzten Dienststellen weiterzugeben, wodurch die Anstaltsleiter vom Informationsfluss vollends abgeschnitten wurden.³⁸² LVA-Leiter, die hiergegen Einwände erhoben, wurden auf Veranlassung Gutermuths entweder streng ermahnt oder aber direkt entlassen.³⁸³ Die Bündelung und Monopolisierung von Steuerungswissen ist als Vorbereitung auf die geplante „Überbehörde“ zu sehen. Dass die entsprechenden Anordnungen Gutermuths im übrigen weithin befolgt wurden, illustriert nicht zuletzt der VÄD bezogene Schriftverkehr der Gemeinschaftsstelle, der beginnend mit der „Aktion“ stark ausdünnte.³⁸⁴

Insgesamt ist festzustellen, dass sich der VÄD im Zuge des Jahres 1943 unter dem Dach der Rentenversicherung in ein zentral administriertes Instrument der Belegschaftsmusterung wandelte, über das der „Sonderbeauftragte“ Gutermuth zum Zwecke größtmöglicher Arbeits-, Leistungs- und Produktionssteigerungen beliebig verfügte. Der Befund von Kompetenz- und Steuerungsverlusten enthebt die Rentenversicherung indes nicht der Mitverantwortung für die Krankenkategorien der „Aktion“, die sie weithin finanziell und logistisch unterstützte. Dies wirft jedoch ein Licht auf die vielfach eingetretene Überblendung von Kompetenzen, die für das gesundheitpolitische Feld im Allgemeinen und das kontrollmedizinische Feld im

381 Ansprache des Leiters der Landesversicherungsanstalt Berlin an die Vertrauensärzte am 4. August 1936, undatiert, sv:dok 26/1799, Teil 1.

382 Vgl. Süß, Volkskörper, S. 251.

383 Knödler, Reform, S. 135.

384 Der von der Gemeinschaftsstelle ausgehende Schriftverkehr beschränkte sich ab 1943 fast ausnahmslos auf sporadische Rundschreiben, die im August 1944 gänzlich eingestellt wurden. Im Übrigen brachte auch der Umzug der Gemeinschaftsstelle aus ihren Räumlichkeiten im RVA in Berlin nach Darmstadt ihren schwindenden Einfluss zum Ausdruck.

Besonderen an der Schwelle zum „totalen Krieg“ kennzeichnend war. Die „Gutermuth-Aktion“ lässt sich nach der Organisationsreform von 1936 und der Etablierung des „Sonderbeauftragten“ zu Kriegsbeginn insofern als dritte Bruchstelle in der Organisationsgeschichte des VÄD ausweisen. Auf der Ebene der institutionellen Trägerschaft blieb stets die Kontinuität gewahrt.

Gänzlich verfehlt wäre indes die Annahme, dass Gutermuth den VÄD neu erfunden hätte. Der für seine Gewalttätigkeit berüchtigte SS-Arzt³⁸⁵ nutzte die ihm verliehene Machtposition vielmehr dazu aus, um radikalen Konzeptionen und Praktiken, die zuvor im VÄD bestanden hatten, zum Durchbruch zu verhelfen. Dies gilt nicht zuletzt für das Konzept der „Sondereinsätze“, das bereits unter Walter konkrete Gestalt angenommen hatte. Gutermuth ergänzte das Konzept zwar um das Strukturelement eines festen vertrauensärztlichen Korps, das diese Einsätze fortan durchzuführen hatte. Indes war schon das vertrauensärztliche Personal für die frühen „Sondereinsätze“ meist aus dem Bestand einer Versicherungsanstalt rekrutiert worden, verstärkt aus der Vertrauensärzteschaft der LVA Rheinprovinz, um Reibungen zwischen den LVAen zu minimieren. Eine wirkliche Neuerung stellte hingegen das Kopfgeldsystem dar, das in der Geschichte des VÄD ohne Beispiel ist und zu einer Beschleunigung sowie Brutalisierung der vertrauensärztlichen Untersuchungspraxis führte.

In der Literatur finden sich zahlreiche Beispiele für die rigorosen Methoden, mit denen Gutermuths „Stoßtrupps“ in Rüstungsbetriebe einfielen und ohne Rücksicht auf gesundheitliche Folgen selbst Schwerkranken und Verletzten die ärztliche Versorgung verweigerten und zur Wiederaufnahme der Arbeit zwangen. Von dem Düsseldorfer Obervertrauensarzt Josef Weyrauch ist etwa überliefert, dass er 1944 täglich etwa 150 Kontrolluntersuchungen durchführte und hierbei offenbar regelmäßig Gewalt anwandte. So soll sich Weyrauch etwa verunfallten Arbeitern, die wegen ihrer Verletzungen einen Arzt aufsuchen wollten, in den Weg gestellt und eigenhändig den Verband weggerissen haben. Gingen die Verletzten indes sofort zum VÄD, mussten sie oft stundenlang ohne Wundversorgung auf den Vertrauensarzt warten, der dann in den meisten Fällen wieder „gesundschrieb“. In Bochum wiederum häuften sich 1944 Klagen erschöpfter Bergbauarbeiter über das rücksichtslose Vorgehen der Vertrauensärzte – es war von „Nervosität“ und „Entgleisungen“ die Rede –, was zur Folge hatte, dass die Versicherten

385 Dieser Ruf ging zurück auf Gutermuths vertrauensärztliche Tätigkeit in Frankfurt am Main. Vgl. Höfler-Waag, Leistungsmedizin, S. 154.

zunehmend resignierten und Arztbesuche gänzlich mieden.³⁸⁶ Vermeintlich geringfügige und leicht simulierbare Erkrankungen wie Magengeschwüre, Herzschäden oder Rheuma, um nur einige Beispiele zu nennen, wurden von den Vertrauensärzten im Zuge der „Gutermuth-Aktion“ als Gründe von „Arbeitsunfähigkeit“ grundsätzlich nicht mehr anerkannt.³⁸⁷ Ute Daub stellte entsprechend Analogien fest zwischen „der erbarmungslosen, die Persönlichkeit mißachtenden Musterung der Belegschaften“, wie sie die „Gutermuth“-Ärzte praktizierten, und der „Vernichtung der durch Krankheit und/oder Kriegsverletzung ‚unnütz‘ gewordenen ‚Volksgenossen‘“, denen „dieselbe innere Logik“ zugrunde gelegen habe. „Die Alternative zum voll arbeitsfähigen Arbeitnehmer“, so Daub zugespitzt, „war radikal geworden: Wer nicht arbeiten konnte, [...] durfte nicht sein“.³⁸⁸ Der Umstand, dass die Vertrauensärzte im NS-Staat im Hinblick auf die Verursachung von Gesundheitsschäden durch falsche Diagnosen einen weitreichenden Haftungsausschluss genossen, mag als ebenso stiller wie wichtiger Faktor zu der skizzierten Radikalisierung der vertrauensärztlichen Praxis beigetragen haben.³⁸⁹

Die gewaltsamen Exzesse der „Gutermuth-Aktion“ riefen selbst hohe NS-Funktionäre auf den Plan, die sich in Berlin über die Methoden der Vertrauensärzte beschwerten. So echauffierte sich der Leiter der DAF, Robert Ley, im Juni 1944 bei Brandt über Gutermuth, der „in den Betrieben wie ein Elefant im Porzellanladen aufgetreten“ sei.³⁹⁰ Eine ähnlich gelagerte Beschwerde richtete Robert Wagner, der Gauleiter von Baden-Elsaß, im selben Jahr an den Leiter der Parteikanzlei, Martin Bormann. Wagner machte in seinem Schreiben einerseits Aspekte des Gesundheitsschutzes geltend, indem er die aus der „Gutermuth-Aktion“ unweigerlich resultierenden Folge- und Spätschäden

386 Vgl. Höfler-Waag, Leistungsmedizin, S. 153 f.

387 Süß, Volkskörper, S. 252 f.

388 Gutermuth, der im Anschluss an die „Aktion“ am 1. September 1944 Chefarzt der „Krankenhaus-Sonderanlage“ in Köppern im Taunus wurde – einem Hilfskrankenhaus der „Aktion Brandt“, das als Ort von „Euthanasie“-Verbrechen in den Fokus der Forschung geriet – schien diese Zusammenhänge in persona zu verkörpern. Vgl. hierzu ausführlich Daub, „Krankenhaus-Sonderanlage“, S. 49 ff., für das Zitat S. 49.

389 Nach zeitgenössischer Gesetzeslage galt für die Vertrauensärzte die sogenannte Staats- oder Amtshaftung, derzufolge ein Schadensersatzanspruch lediglich erhoben werden konnte, wenn dem Vertrauensarzt „eine vorsätzliche und fahrlässige Amtspflichtverletzung“ nachgewiesen wurde. Hierunter fiel prinzipiell auch ein „diagnostischer Irrtum“ des Vertrauensarztes, der im Hinblick auf den entstandenen Schaden jedoch als ursächlich nachgewiesen werden musste, was in der Praxis quasi unmöglich war. Im zeitgenössischen Vertrauensarztwesen galt es daher als gesichert, dass „eine Haftung des Vertrauensarztes im Regelfalle auch aus anderen Gründen nicht in Frage kommt“. Vgl. für Details A. Rosenbaum, Ist der Vertrauensarzt Erfüllungsgehilfe der Krankenkasse?, in: Vertrauensarzt und Krankenkasse 9 (1941), S. 83-85, hier S. 84 f.

390 Zit. n. Daub, „Krankenhaus-Sonderanlage“, S. 61, Fn. 43.

unter den Arbeitern zur Sprache brachte. Im Fokus des Gauleiters standen jedoch wie bei Ley die negativen Auswirkungen auf die Stimmung in den Belegschaften und der regionalen Ärzteschaften, mit denen Gutermuths Vertrauensärzte jegliche Zusammenarbeit verweigerten.³⁹¹ Es zählt zu den Absurditäten des NS-Machtgefüges, dass ein Gauleiter den drohenden „Gesundheitsverschleiß“ im Rahmen des „Arbeitseinsatzes“ problematisierte, der von anderer Stelle zugunsten einer Maximierung des „Arbeitseinsatzes“ billigend in Kauf genommen wurde. So lief die Beschwerde Wagners einstweilen ins Leere.

Wenngleich sich der VÄD zu einer zentralistischen Organisation gewandelt hatte, mit der die höchsten Stellen des NS-Staates befasst waren, so nahmen die Rentenversicherungsträger über die Landesvertrauensärzte auf die Praxis der „Aktion“ steuernden Einfluss. Dies zeigt das Beispiel der LVA Sachsen: Deren Landesvertrauensarzt Martin Förster informierte die vertrauensärztlichen Dienststellen seines Bezirks im Auftrag des LVA-Leiters im November 1943 über das von Gutermuth eingeführte „Kurzverfahren“, womit jene musterungsförmigen „Schnell- und Sichtungsforschungen“ gemeint waren, die den Kern der „Aktion“ ausmachten. „Die Erfahrungen haben gezeigt“, so der Landesvertrauensarzt, „daß bei ebengenannten Untersuchungen nicht die Zeit aufzuwenden ist, wie bei normalen Nachuntersuchungen, weil in diesen Fällen keine Untersuchungskarten angelegt und keine Gutachten [...] erstattet werden“.³⁹² Seine erhöhte Stellung innerhalb der LVA-Hierarchie zur Geltung bringend, ordnete der Landesvertrauensarzt sodann eigenmächtig eine Reform des Prämiensystems an: Er habe sich „entschlossen, mit sofortiger Wirkung für die Untersuchungen der genannten Art eine andere Wertung eintreten zu lassen. Künftig gelten 3 solche Untersuchungen als ein Fall“. Die Anordnung wirkte sich einerseits auf das von den Vertrauensärzten in Sachsen prinzipiell zu erfüllende Tagessoll von 50 Untersuchungen aus, das so weiter hochgetrieben wurde, andererseits auf das System der „Sondervergütungen“ selbst. Diese konnten nur noch für über das Soll „hinausgehende Fälle“ gewährt werden, „wobei ebenfalls 3 Schnell-[...]Untersuchungen nur als ein Fall angesetzt werden dürfen“, wie der Landesvertrauensarzt der Klarheit halber anfügte.

391 Vgl. Höfler-Waag, Leistungsmedizin, S. 153 f.

392 Rundschreiben Landesvertrauensarzt Förster an vertrauensärztliche Dienststellen der LVA Sachsen, 1.11.1943, sv:dok 26/1799, Teil 1. Dort auch die folgenden Zitate.

Die Anordnung lässt sich verschiedentlich interpretieren: Einerseits erscheint die LVA Sachsen hier als radikalisierender Akteur, der durch materielle Neuanreize eine nochmalige Steigerung der Untersuchungszahlen des VÄD anstrebte und Gesundheitsschäden der Versicherten billigend in Kauf nahm. Die Anordnung lässt sich aber auch umgekehrt im Sinne einer Abmilderung des „Sonderprämiensystems“ deuten, das bei der Mehrzahl der LVA-Leiter wie auch der behandelnden Ärzte nicht akzeptiert war. Neben legitimatorischen Motiven, die aus dem Argwohn regionaler Ärzteschaften über das „Prämiensystem“ resultierten, dürften auch materielle Erwägungen die Anordnung bedingt haben, denn ungeachtet seiner funktionellen Defizite verursachte der VÄD bei den einzelnen Versicherungsanstalten von Jahr zu Jahr steigende Kosten.³⁹³

Umgekehrt war es der Einführung der Gutermuth'schen „Schnelluntersuchungen“ zuzuschreiben, dass die Gesamtzahl der vertrauensärztlichen Untersuchungen bei einzelnen Versicherungsanstalten wie der LVA Schleswig-Holstein trotz personeller Engpässe bis Kriegsende auf einem konstanten Niveau gehalten werden konnte (siehe hierzu Tab. 2 im Anhang). Dies dürfte wiederum durchaus im Interesse der in der Vergangenheit vielfach kritisierten und unter Legitimationsdruck stehenden LVA-Leiter gelegen haben, die trotz erschwelter Kriegsbedingungen zumindest auf dem Papier einen schlagkräftigen VÄD vorweisen konnten. Im quantitativen Blickwinkel der Statistik blieb die Funktionskrise des VÄD weithin gut verborgen. Dies macht einmal mehr deutlich, dass die „Gutermuth-Aktion“ für die Versicherungsanstalten nicht allein einen Prozess der Verdrängung und Kompetenzbeschneidung markierte, sondern eine ambivalente Angelegenheit darstellte.

Der „Gutermuth“-Aktion war keine lange Dauer beschieden: Sie wurde bereits im Sommer 1944 wieder eingestellt. Der Grund hierfür lag weniger in der Ineffizienz der „Sondereinsätze“, deren Rigorosität vielmehr umgekehrt einen zentralen Faktor dargestellt haben dürfte, dass die Krankenstände während des Krieges trotz eines insgesamt eminent verschlechterten Gesundheitszustandes der Bevölkerung auf einem vergleichsweise niedrigen Niveau verharrten und in rüstungsrelevanten Branchen zum Teil

393 Lagen diese etwa bei der LVA Westfalen im Jahr 1941 noch bei rd. 895.000 RM, betrug sie im Jahr 1943 bereits 975.000 RM und kulminierten im Jahr 1944 bei 1.083.000 RM, ehe sie im letzten Kriegsjahr auf rd. 726 000 RM abnahmen. Vortrag Landesrat Rediger (Ständiger Stellvertreter des Leiters der LVA Westfalen) über „Stand der Landesversicherungsanstalt Westfalen, Rückblick - Ausblick“ am 4.6.1946 vor Mitgliedern des Beirats der LVA in der Heilstätte Ambrock, LArch NRW, Staatsarchiv Münster, Bestand LVA Westfalen 18/06407.

sogar abnehmen.³⁹⁴ Entscheidend für das Ende der „Aktion“ waren andere Faktoren: Zum einen gingen mit dem Luftkrieg logistische Erschwernisse wie der Ausfall des postalischen Vorladesystems einher, das für die Durchführung vertrauensärztlicher „Sondereinsätze“ und „konventioneller“ Nachuntersuchungen konstitutiv war. Zum anderen verweigerten behandelnde Ärzte zunehmend die Zusammenarbeit mit Gutermuths Vertrauensärzten, die wiederum nicht anders vorgegangen und meist rücksichtslos in die Kompetenzsphären der regionalen Ärzteschaften eingedrungen waren. Hierfür spielten auch die „Sonderhonorare“, die in der Ärzteschaft bekannt geworden und auf erhebliche Missbilligung gestoßen waren, eine nicht zu unterschätzende Rolle. Die Einstellung der „Aktion“ markierte insofern einen Wendepunkt, als der Ansatz einer weitflächigen Krankenüberwachung vollständig aufgegeben wurde und sich die Kontrollpraxis stärker in die betriebliche Sphäre verlagerte. In wichtigen Rüstungsbetrieben kamen ab 1944 bezeichnenderweise überhaupt keine Ärzte mehr zum Einsatz. Hier oblag die Krankenkontrolle fortan vom Rüstungsministerium eigens abgestellten „Arbeitseinsatzingenieuren“ – eine insofern treffende Bezeichnung, als sie den drastischen Bedeutungsschwund des Kriteriums der Gesundheit gegenüber dem der Produktivität deutlich abbildete.³⁹⁵

Funktionskrise und Zusammenbruch des VÄD

Die Einstellung der „Gutermuth-Aktion“ war nicht gleichbedeutend mit dem Ende der Krankenüberwachung überhaupt. Vielmehr nahm das RAM den Abbruch der „Aktion“ zum Anlass, um den LVA-Leitern die unverändert hohe Relevanz der Krankenkontrolle vor

394 Vgl. auch für Zahlen Hachtmann, *Industriearbeit*, S. 244 f. Zur zeitgenössischen Entwicklung des Gesundheitszustandes der deutschen Bevölkerung vgl. Tim Schanetzky, *„Kanonen statt Butter“*. *Wirtschaft und Konsum im „Dritten Reich“*, München 2015, S. 49: „Vor dem Hintergrund der prekären Ernährungslage und angesichts der ‚starken Anspannung im Arbeitsprozeß‘ wies Himmlers Sicherheitsdienst auf das ‚Absinken des allgemeinen Gesundheitszustandes‘ hin. Amts- und Vertrauensärzte diagnostizierten nun immer öfter Untergewicht von 15 Kilogramm und mehr. Für einen allgemeinen Verfall der Körperkräfte sprach auch die geringe Widerstandsfähigkeit gegen Infekte, die viele Amtsärzte beklagten. Fast jeder vierte deutsche Beschäftigte im Ruhrbergbau erkrankte schon im Laufe des Jahres 1942 mindestens einmal an Angina, Grippe, Bronchitis oder Lungenentzündung; gegenüber der Vorkriegszeit entsprach das einer Steigerung um 70 Prozent. Überall traten nun vermehrt entzündliche Hautkrankheiten auf; auch sie deuteten auf eine geschwächte Immunabwehr hin.“

395 Vgl. Süß, *Volkskörper*, S. 253.

Augen zu führen. „Der totale Kriegseinsatz“, hieß es in einem Rundschreiben von August 1944, stelle „auch an die Träger der Krankenversicherung neue Anforderungen“, die das RAM in einem dualistischen Bild von Belohnung und Sanktion einfasste: Zum einen seien die Leistungen der Krankenversicherung „besonders kriegswichtig“ und sollten „den Versicherten und ihren Familien schnellstens gewährt werden“ mit dem Ziel, „durch eine verzögerte Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit eintretende Ausfälle im Arbeitseinsatz“ zu vermeiden. Gänzlich umgekehrt sei indes zu verfahren „in den Fällen, in denen eine Arbeitsunfähigkeit zu Unrecht angenommen wird“. Zur Überführung von Simulanten seien von den Kassen „alle Arbeitsunfähigkeitsfälle beschleunigt zu überprüfen“. „In einer Zeit, die die Mobilisierung und den Einsatz aller irgendwie verfügbaren Kräfte erforderlich macht“, sei es „die vordringlichste Pflicht aller Krankenkassen, [...] dazu beizutragen, dass die versicherten Arbeitskräfte in grösstmöglichem Umfange verfügbar sind und bleiben“. Zu diesem Zweck hatten die Kassen „gemeinsam mit Betriebsführern und den im vertrauensärztlichen Dienst tätigen Ärzten für die rechtzeitige Aufdeckung dieser Fälle zu sorgen, damit der Versicherte, der sich unbegründet der Arbeit entzieht, diese unverzüglich wieder aufnimmt“.³⁹⁶

Während das NS-Regime im Wege zeittypischer Beschwörungen des „Endsieges“ den Versicherungsträgern und Kontrolleinrichtungen einen „totalen Arbeitseinsatz“ abforderte,³⁹⁷ hatte sich die Funktionskrise des VÄD auf regionaler Ebene bereits beträchtlich zugespitzt. In Anbetracht von Ressourcenverknappung, personellen Aderlässen und logistischen Schwierigkeiten war es den im Erlass adressierten Krankenkassen weithin unmöglich, ihr Kontrollregime entsprechend zu intensivieren. Im Unterschied zu den höheren Instanzen war für die mit den Verhältnissen vor Ort befassten Krankenkassen in der zweiten Kriegshälfte vielmehr eine ernüchterte bis resignative Perspektive auf die Möglichkeiten und Grenzen der Krankenüberwachung kennzeichnend.

Die zeittypische Problemwahrnehmung illustriert stellvertretend eine längere Aktennotiz, die im Februar 1944 bei der AOK Dortmund erstellt wurde.³⁹⁸ Auf der Befundlage eines „seit mindestens zwei Jahren stark überhöhten Krankenstandes“

396 Rundschreiben Gemeinschaftsstelle v. 21.8.1944 nebst Erlass des RAM v. 1.8.1944, sv:dok 26/1800, Teil 2.

397 Vgl. auch Linne, Arbeitsvermittlung, in: Wildt/Buggeln (Hg.), Arbeit im Nationalsozialismus, S. 53-70, bes. S. 66.

398 Für die nachfolgenden Zitate vgl. Anonym [R.], Aktennotiz v. 18.2.1944, StaDo 650/607.

erschieden dem namentlich nicht identifizierbaren Verfasser „die Möglichkeiten seiner Bekämpfung, soweit sie von den allgemeinen Versicherungsträgern (AOK) durchgeführt werden können, naturgemäß beschränkt“. Die AOK ließ zudem Verständnis für das Verhalten vieler „Arbeitseinsatz“ dienstverpflichteter „Volksgenossen“ erkennen, die wie im Falle invalider Menschen „nicht mehr daran dachten, berufstätig zu sein“ oder aber „in Berufe geführt“ worden seien, „für die sie ihrer ganzen Veranlagung nach ungeeignet sind und in denen sie sich nicht wohlfühlen“. Auch „in normalen Zeiten“ habe es „stets einen gewissen Prozentsatz arbeitsunlustiger Versicherter gegeben“, der durch die „kriegsbedingten Umstände [...] heute eine entsprechende Erhöhung erfahren“ habe. Die normalisierende Perspektive auf die Krankenstände, die hier zum Ausdruck kommt, unterschied sich scharf von der agitatorischen und alarmierenden Rhetorik, die für die höheren administrativen Instanzen und Ressorts kennzeichnend blieb.

Entsprechend des vergleichsweise unverstellten Blicks auf die sozialen Realitäten des „Arbeitseinsatzes“ schätzte der Kassenvertreter die „Möglichkeiten, diesem hohen Krankenstande und insbesondere dem unberechtigten Krankfeiern zu begegnen“, als „beschränkt“ ein. Die Kassen seien zudem „mehr oder weniger von ihrem Fachpersonal entblößt“ und verstärkt „auf die Mitarbeit kurzfristig ausgebildeter weiblicher Angestellte[r]“ angewiesen, die „in der Bearbeitung der Arbeitsunfähigkeitsfälle ganz natürlich die erforderliche Routine vermissen“ ließen. „Daß hierdurch sich die Überwachung des Krankenstandes sich zum Nachteil des „Arbeitseinsatzes“ auswirken“ müsse, erschien dem Verfasser ebenfalls nur „natürlich“. In Konsequenz sei es den Krankenkassen „im hiesigen Bezirk mit Tausenden von Betrieben [...] nicht möglich, die Verhältnisse im Einzelnen nachzuprüfen“. Die „gutmütige und entgegenkommende Einstellung von Kassenärzten den Versicherten gegenüber“ sowie betriebliche Sozialleistungen „wie Zahlung des Lohns für die drei Karenztage oder Zuschüsse zum Krankengeld“ trügen ihr Übriges zur Erhöhung der Krankenstände bei.

Es ist unschwer zu erkennen, dass das Schreiben in legitimatorischer Absicht verfasst war und darauf abzielte, die hohen Krankenzahlen im Bezirk zu plausibilisieren und die Verantwortung der Kasse zu schmälern. Aus eigener Kraft – so der Tenor – sei den Krankenständen unmöglich beizukommen. Sein Wissen um die „natürlichen“ Ursachen der Krankenstände und die Grenzen institutioneller Interventionsmöglichkeiten hinderte den Verfasser indes nicht an der Unterbreitung von Vorschlägen, wie sich trotz aller Schwierigkeiten eine effizientere betriebliche Überwachung realisieren ließ. So

schlug er – eine ältere Forderung der KVD aufgreifend – vor, in Rüstungsbetrieben verstärkt sogenannte Revierärzte einzusetzen, die im Krankheitsfalle verpflichtend aufzusuchen waren. Mit dieser Maßnahme sollte den Betrieben die Möglichkeit gegeben werden, „Gefolgschaftsmitglieder, die ohne Inanspruchnahme des Revierarztes zu einem anderen Arzt sich in Behandlung begeben, sofort der Krankenkasse zu melden mit dem Antrag, dieses Gefolgschaftsmitglied schnellstens vertrauensärztlich nachuntersuchen zu lassen“, zumal „in diesen Fällen immer unterstellt werden [könne], daß es sich um einen Simulanten handelt“. Der Revierarzt erfüllte hiernach die Funktion eines Lackmustests, der vermeintliche Simulanten ohne aufwendigen Personaleinsatz entlarven sollte. Der Erhöhung des Kontrolldrucks diente auch die Empfehlung, in kriegswichtigen Betrieben „die freie Arztwahl einzuschränken“, was dem Revierarztsystem allerdings ohnehin inhärent war. Im Ganzen handelte es sich bei diesen Vorschlägen um alten Wein in neuen Schläuchen: Hierin finden sich zum einen Elemente des oben geschilderten „Beratungsverfahrens“, dessen oberstes Ziel ebenfalls in der Sichtbarmachung von „unzuverlässigen“ Ärzten und Versicherten bestanden hatte. Zum anderen war das hier zur Disposition gestellte Revierarztsystem bereits 1940 auf Initiative der KVD in kriegswichtigen Branchen eingeführt, jedoch bereits 1943 wieder abgeschafft worden, da die offensichtliche Einschränkung der freien Arztwahl bei den Versicherten Missbilligung und Widerstände hervorgerufen hatte.³⁹⁹

Sämtliche Maßnahmen zur Intensivierung der betrieblichen Krankenüberwachung konnten indes überhaupt nur dann greifen, wenn die „Betriebsführer“ kooperierten – und gerade hier bestand weiterhin ein zentrales Hemmnis für vertrauensärztliche Kontrollen, die „nur mit Vorsicht angewandt“ werden könnten. „In vielen Fällen“, erörterte der AOK-Mitarbeiter, sei „nicht nur von dem Angestellten, sondern auch von dem Betriebsführer und oft in recht energischer Weise hiergegen protestiert“ worden mit dem Hinweis, „daß es sich bei dem Angestellten um eine bewährte Kraft handle, die unbedingt zuverlässig sei und eine derartige Maßnahme als Beleidigung empfinde“.

399 Das Revierarztsystem war 1940 auf Initiative der KVD eingeführt worden. Es handelte sich dabei um Kassenärzte, „die durch Sprechstunden in den Betrieben Arbeitszeitverlusten insbesondere in kriegswichtigen Branchen begegnen sollten“. Infolge des Ärztemangels wurden hierfür ab 1942 auch die Betriebsärzte der DAF herangezogen. Die Einsetzung von Revierärzten ging meist mit einer Aufhebung der freien Arztwahl in den entsprechenden Betrieben einher, da die von den Revierärzten abgehaltene Fabriksprechstunde für die Arbeiter verpflichtend war. Nach Patientenprotesten war diese Praxis 1943 jedoch weithin wieder abgeschafft worden. Vgl. Frei, Einleitung, S. 22.

Sein Negativimage holte den VÄD immer wieder aufs Neue ein. Allen organisatorischen Anpassungen und propagandistischen Bemühungen zum Trotz war es nicht gelungen, die pejorative Wahrnehmung des Vertrauensarztsystems in den relevanten Gruppen der Ärzte, Versicherten und Betriebsführer zu modifizieren und eine Akzeptanz für seine Aufgaben herzustellen. Die „Gutermuth-Aktion“ bedeutete auch in dieser Hinsicht einen Rückschritt und trug vielmehr dazu bei, dass Vertrauensärzte in weiten Teilen der Bevölkerung als missliebige Ärzteguppe angesehen wurden, denen mit offener Ablehnung und mitunter Aggression begegnet wurde.⁴⁰⁰ Dass sich dieser Umstand insbesondere in den letzten beiden Kriegsjahren zum Nachteil der Krankenkontrolle vollends entfaltete, verdeutlicht die Relevanz, die externen Wahrnehmungen und Akzeptanzhaltungen für die Binnenfunktionalität von umstrittenen Organisationen wie dem VÄD beizumessen ist, dessen Interventionsmöglichkeiten zumal wesentlich auf dem Kooperationswillen unterschiedlicher Akteure und sozialer Gruppen beruhte.⁴⁰¹ In konkreten Fall des VÄD ist unübersehbar, dass die organisationalen „Umwelten“ in dem Maße an Bedeutung gewannen, wie die personellen Binnenressourcen abnahmen.

Das obstruktive Verhalten, das viele Betriebsführer gegenüber den Vertrauensärzten an den Tag legten, zeugt zudem davon, dass zwischen den an der Krankenkontrolle beteiligten Akteuren bis zuletzt kein Konsens über den Beitrag erzielt werden konnte, den der VÄD für den „Arbeitseinsatz“ tatsächlich leistete. Hier standen sich paradigmatisch zwei Ansätze gegenüber: Die eine Perspektive, die in gesundheitspolitischen und kontrollmedizinischen Zirkeln prägend war, verknüpfte die Entwicklung der Krankenstände unmittelbar mit der Schlagkraft der Krankenkontrolle. Dies führte zu einer Radikalisierung von Methoden der Überwachung, Disziplinierung und Sanktionierung, die im Krankenterror der „Gutermuth-Aktion“ gipfelte. Demgegenüber steht das protegierende Verhalten vieler „Betriebsführer“ für eine in der Ideologie der „Betriebsgemeinschaft“ verhaftete Sichtweise, derzufolge sich vertrauensärztliche Interventionen fatal auf die innere Kohäsion der Betriebe und Arbeitsleistung der Belegschaften auswirken würden.⁴⁰² Auch diese Konfliktsituation – hier die Behauptung

400 Süß, Volkskörper, S. 249 f.

401 Siehe hierzu grundlegend Marcus Böick/Marcel Schmeer, Im Kreuzfeuer der Kritik. Umstrittene Organisationen im 20. Jahrhundert, Frankfurt/Main 2020.

402 Die „Ideologie der „Betriebsgemeinschaft““ war an die Stelle der innerbetrieblichen Mitbestimmung getreten und durch ein spezielles nationalsozialistisches Verständnis von wechselseitiger Treue, Fürsorge und Pflichterfüllung zwischen dem „Betriebsführer“ und seiner „Gefolgschaft“ gekennzeichnet. Sachße/Tennstedt, Wohlfahrtsstaat, S. 55.

einer Sabotage der Krankenkontrolle und des „Arbeitseinsatzes“ durch unkooperative Betriebsführer, dort die Behauptung einer Produktionsminderung der Betriebe durch unnötige Kontrollmaßnahmen – verweist letztlich auf einen tieferen Dissens über die Frage, welche Legitimation ein Kontrollorgan wie der VÄD in der sich als homogene „Volksgemeinschaft“ inszenierenden Diktatur überhaupt beanspruchen sollte. Die mit dieser Frage verknüpften Spannungen waren bereits in den frühen Auseinandersetzungen zwischen der Deutschen Arbeitsfront und dem Reichsarbeitsministerium spürbar geworden, ließen sich jedoch bis zuletzt nicht auflösen.

Standen zuvor primär personelle und soziale Hürden einer Ausweitung Krankenkontrolle im Weg, so gesellten sich hierzu ab 1943 infolge des Luftkriegs erhebliche logistische und infrastrukturelle Probleme, was die vertrauensärztliche Praxis in vielen Kassenbezirken vollends zusammenbrechen ließ. Hier sei auf das Beispiel der LVA Württemberg verwiesen, deren größte vertrauensärztliche Dienststelle in Stuttgart aufgrund von Bombeneinschlägen mehrfach ausfiel – so erstmals im September 1943, als die Dienststelle von einer Sprengbombe getroffen wurde, dann wieder im September 1944. Es kam zu Gebäudeschäden sowie Sachschäden bei dem Inventar, was die Dienststelle über längere Zeit lahmlegte.⁴⁰³ Auch die „großen hauptamtlich besetzten vertrauensärztlichen Dienststellen“ der LVA Oldenburg-Bremen in Bremen und Wilhelmshaven „wurden bei Fliegerangriffen total zerstört und gingen mit ihren wertvollen technischen Einrichtungen und ihrer gesamten Kartei verloren“, wie ein zeitgenössischer Bericht der LVA vermerkte.⁴⁰⁴ Im Anstaltsbezirk der LVA Braunschweig wiederum wurde der VÄD 1944 aus personellen und organisatorischen Gründen vollends eingestellt, seine Aufgaben gingen auf das Gesundheitsamt über.⁴⁰⁵

Zerstörungen und regelmäßige Ausfälle waren in der späten Kriegsphase nicht nur bei den vertrauensärztlichen Dienststellen zu verzeichnen, sondern auch bei den diagnostischen Einrichtungen und Eigeninstituten der Kassen, die für die Durchführung des VÄD von Bedeutung waren. Von den einstmals fünf Eigeninstituten der Dortmunder AOK (Röntgenabteilung, medizinische Badeanstalt, Strahlen-, Inhalations- und Brunnenkurabteilung) bestand Ende 1944 nur noch die Röntgenabteilung. Aber auch

403 Leiter LVA Württemberg an RVA, 11.10.1943; Leiter LVA Württemberg an RVA, 29.9.1944, BAArch R 89/5381.

404 Zit. n. Landesversicherungsanstalt Oldenburg-Bremen (Hg.), 100 Jahre Landesversicherungsanstalt Oldenburg-Bremen, S. 222.

405 Landesversicherungsanstalt Braunschweig (Hg.), 100 Jahre LVA Braunschweig. Eine Chronik der Landesversicherungsanstalt Braunschweig, Braunschweig 1990, S. 242.

diese für die vertrauensärztliche Praxis ohne Zweifel wichtigste Kasseneinrichtung stand im Zuge des tobenden „Battle of the Ruhr“ nur noch sporadisch zur Verfügung. Sie war infolge eines Bombeneinschlags seit Oktober 1944 stillgelegt, konnte dann kurzzeitig wieder genutzt werden, ehe sie im März 1945 endgültig außer Betrieb ging. Die vertrauensärztliche Dienststelle der Kasse wiederum bezog Anfang 1945 ein provisorisches Ausweichquartier in der Rettungsstelle eines Dortmunder Krankenhauses, was „die Zahl der Untersuchungen [...] aus personellen und organisatorischen Gründen [...] auf das notwendigste Maß“ beschränkte.⁴⁰⁶ Sicherlich sind die Verhältnisse bei der Dortmunder Kasse nicht repräsentativ und insbesondere nicht auf weniger urbane Kassenbezirke übertragbar die einen geringeren Industrialisierungsgrad aufwiesen und von den Auswirkungen des Bombenkriegs schwächer betroffen waren. Indes bleibt der Befund, dass sich der VÄD in jenen Regionen, auf die es im rüstungswirtschaftlichen „Arbeitseinsatz“ ankam, seit spätestens 1944 nur noch in stark eingeschränktem Maße eingesetzt werden konnte.

Dass im Übrigen auch in ländlichen Regionen gegen Kriegsende erhebliche Funktionsprobleme des VÄD bestanden, zeigt das Beispiel der LVA Schleswig-Holstein, wo vertrauensärztliche Nachuntersuchungen infolge des Zusammenbruchs des Eisenbahnverkehrs seit Anfang 1945 kaum mehr möglich waren. Die Folge war ein erheblicher Rückgang der Untersuchungsfälle, der in Tab. 2 im Anhang dokumentiert ist. Die Tabelle weist weiter das bemerkenswerte Phänomen aus, dass bei den vertrauensärztlichen Untersuchungen des Jahres 1945 erstmals mit einer hohen Quote von über 60 Prozent auf „weiter arbeitsunfähig“ votiert wurde. Dies sollte hingegen nicht verwechselt werden mit einer gegen Kriegsende nachsichtigeren Beurteilungspraxis des VÄD. Vielmehr bildet sich hierin der Umstand ab, dass die im Wege rigoroser „Gesundschreibung“ zu bergenden Arbeitskraftressourcen bereits vollends erschöpft waren.

406 Rundschreiben Becker (Versicherungsamt Dortmund) an sämtliche Krankenkassen (Auszug), undatiert [Rundschreiben 1/1945], StaDo, 135 Zg. Nr. 25 1962 Lfd. 81.

V. Schluss und Ausblick

„Der VÄD, wie er heute besteht, ist wohl noch nie dagewesen“. Die Feststellung des Westfälischen Landesrats und stellvertretenden Leiters der LVA Westfalen, Franz Rediger, aus dem Jahre 1946 verweist auf die mannigfachen Umbrüche, die das vertrauensärztliche Kontrollsystem in zwölf Jahren NS-Diktatur erfahren hat. Rediger, der von 1922 bis zu seiner Entlassung durch die Nationalsozialisten dem Vorstand der LVA angehört hatte, war mit den Verhältnissen vor 1933 genauestens vertraut. In seinen Ausführungen zeichnete Rediger das Bild einer Kontrolleinrichtung, deren Entwicklung von der Weimarer Republik über die NS-Diktatur weithin bruchlos verlaufen sei. „Der VÄD wurde durch das Aufbaugesetz eingerichtet. Im Interesse der Krankenkassen wurden durch den VÄD Nachuntersuchungen durchgeführt. [...] Wenn nun dem VÄD [...] der Vorwurf gemacht wird, daß durch diese Einrichtung höhere Kosten entstanden seien, so stimmt dies nicht. Denn die vertrauensärztliche Tätigkeit wurde früher schon durch einzelne Krankenkassen durchgeführt.“⁴⁰⁷

Die Ausführungen Redigers stellen ein frühes Beispiel dar für die sogenannte Kontinuitätsthese, die in die Historiographie zur Sozialversicherung Eingang fand und über weite Strecken vorherrschend blieb. Ihr zufolge hätten die „Institutionen der Rentenpolitik ihre Stellung behaupten“ können, die „Institutionenordnung der Sozialversicherung [sei] in der nationalsozialistischen Polykratie bestehen“ geblieben, so der Versicherungshistoriker Christopher Kopper.⁴⁰⁸

Im Hinblick auf den VÄD verfolgten nach 1945 insbesondere ehemalige Akteure aus der NS-Zeit das apologetische Unterfangen, die spezifisch nationalsozialistischen Impulse, Elemente und Ziele der Organisationsentwicklung abzuschwächen. Dies wurde durch personelle Kontinuitäten zwischen NS-Diktatur und Bundesrepublik begünstigt, die auch im sozial- und arbeitspolitischen Feld vielfach zu verzeichnen waren. An vorderster Stelle ist hier Maximilian Sauerborn, vormaliger Ministerialrat und Leiter der Abteilung Rentenversicherung im Reichsarbeitsministerium, zu nennen. Sauerborn hat in der Nachkriegszeit in seiner neuen Funktion als

407 Vortrag Landesrat Rediger (Ständiger Stellvertreter des Leiters der LVA Westfalen) über „Stand der Landesversicherungsanstalt Westfalen, Rückblick - Ausblick“ am 4.6.1946 vor Mitgliedern des Beirats der LVA in der Heilstätte Ambrock, LArch NRW, Staatsarchiv Münster, Bestand LVA Westfalen 18/06407.

408 Kopper, Rezension zu Klimo, Im Dienste des Arbeitseinsatzes, S. 241.

Staatssekretär im Bundesministerium für Arbeit wiederholt die These vertreten, dass die „Neuregelung des Vertrauensärztlichen Dienstes noch ohne nationalsozialistischen Einfluss entstanden“ sei.⁴⁰⁹ Auf diese Weise wurde ein entideologisiertes Deutungsmuster der Diktaturgeschichte des VÄD etabliert, das in der Folgezeit weithin unwidersprochen und wirkmächtig blieb.

Dies illustriert eine 1974 veröffentlichte Berichtsammlung, die in Auseinandersetzung mit den Ausführungen Sauerborns die Entwicklung der Kontrolleinrichtung ab 1930 rekapitulierte. Den drei Autoren aus dem Kassen- und Vertrauensarztwesen zufolge bestünde „kein Grund, an der wiederholt von Sauerborn nach 1950 [...] getroffenen Aussage zu zweifeln“.⁴¹⁰ Durch die Reform hätte „der Vertrauensarzt ein Arzt des Vertrauens für Krankenkasse und Versicherte gleichermaßen“ werden sollen. Er hätte „in seiner Stellung gegen Gunst und Haß gesichert“ werden müssen, um „unabhängig und nur seinem Gewissen verantwortlich seine ärztlichen Erkenntnisse anwenden“ zu können. Der sich unkritisch auf zeitgenössische Darstellungen beziehende Bericht gipfelte schließlich in der Behauptung, die fortschrittlichen „Vorstellungen Sauerborns“ seien „nur zum Teil in die Praxis übernommen“ worden. Vielmehr hätte sich der VÄD entgegen der Reformpläne des Ministeriums „so weitgehend zum Kontrollorgan entwickelt, daß er sich zum Mißbrauch durch den Staat [...] zur Steuerung eines reibungslosen Arbeitseinsatzes für wichtige Zwecke geradezu“ angeboten habe. Infolgedessen hätte der VÄD „weiter an Gesicht verloren“.

Die Darstellung steht exemplarisch für die weithin überholte These von dem „Missbrauch“ der Sozialversicherung und ihrer Institutionen durch das NS-Regime. Sie trifft auch für die Entwicklung des Vertrauensärztlichen Dienstes nicht zu. Tatsächlich bildete die Transformation des VÄD von einem finanziellen Machtinstrument der Krankenkassen zu einem Kontroll- und Sicherungsorgan des „Arbeitseinsatzes“ ein übergeordnetes Leitziel der vom Reichsarbeitsministerium initiierten Reform, so dass von einer nicht-intendierten Entwicklung oder gar Instrumentalisierung des VÄD nur schwer die Rede sein kann. Damit wird nicht in Abrede gestellt, dass dem VÄD 1936 auf dem

409 Bauer/Kohlhausen/Lekon, Soziale Sicherung, 1-18.

410 Ebd., 1-18 f. Dort auch die folgenden Zitate. Bauer war zum Zeitpunkt der Veröffentlichung Geschäftsführer i. R. des Landesverbandes der Ortskrankenkassen Niedersachsen, Lekon dessen stellvertretender Geschäftsführer. Kohlhausen, ein ehemaliger Vertrauensarzt, fungierte als leitender Medizinaldirektor.

Feld der Gesundheitsfürsorge neue Aufgaben erwachsen. In der einschlägigen historischen Forschung wurde hierzu indes frühzeitig die Vermutung geäußert, dass die Erweiterung dem Kalkül gehorchte, das Image der unter Versicherten wie Ärzten weithin diskreditierten Kontrolleinrichtung aufzuwerten.⁴¹¹ Hierfür spricht der Umstand, dass der praktische Schwerpunkt des VÄD vor dem Hintergrund der 1936 einsetzenden Aufrüstungspolitik weiterhin auf Nachuntersuchungs- und Kontrolltätigkeiten zur Senkung von Krankenständen lag. Das Aufgabengebiet der Gesundheitsfürsorge blieb demgegenüber nachrangig und wurde nach Kriegsbeginn schließlich ganz eingestellt.

Die vorstehenden Befunde verdeutlichen darüber hinaus den übergeordneten Einfluss der Wahrnehmungsebene auf die Entwicklung des VÄD im NS-Staat. Imagefaktoren kam im Falle der Organisationsgeschichte des VÄD eine herausragende Bedeutung zu. Dies war zum einen dem strukturellen Umstand zuzuschreiben, dass die Funktionalität des VÄD wesentlich auf der Akzeptanz und Kooperationsbereitschaft verschiedener institutioneller Akteure und sozialer Gruppen beruhte. Zum anderen ist hierbei die massive Umstrittenheit des Vertrauensarztsystems einzubeziehen, das einem erhöhten legitimatorischen Druck ausgesetzt war. Bereits zum Zeitpunkt der NS-Machtübernahme waren die Antipathien unter Versicherten und Ärzten gegenüber dem Vertrauensärztlichen Dienst in einem Maße ausgeprägt, das dessen Beibehaltung und Fortführung als Kasseninstrument nur schwer möglich schien. Die Ablehnung des VÄD lag zudem quer zu politischen und ideologischen Fronten und war auch innerhalb der NS-Bewegung verankert, die nach 1930 gegen das damalige Vertrauensarztsystem der Krankenkassen gehetzt hatte. Diese Pauschalkritik am Vertrauensarztsystem wurde nach der Machteroberung weitgehend eingestellt mit Ausnahme der Deutschen Arbeitsfront, die den VÄD aus machtstrategischen Motiven weiterhin öffentlich kritisierte und dessen Auflösung forderte. Die staatlichen Stellen und hier insbesondere das Reichsarbeitsministerium drangen nach der Machtübernahme hingegen auf eine Expansion des vertrauensärztlichen Kontrollsystems, das zur Realisierung der hochgesteckten Arbeits- und Produktionsziele des Regimes unentbehrlich schien. In diesem Zusammenhang ist auch die Übertragung des VÄD auf die Rentenversicherung zu sehen, mit der das Reichsarbeitsministerium eine doppelte Zielsetzung verband. Zum einen konnten Kompetenzen zentralisiert werden, was dem Arbeitsministerium und dem Versicherungsamt einen unmittelbaren Zugriff auf das Vertrauensarztsystem ermöglichte.

411 Vgl. Süß, Volkskörper, S. 244.

Institutionell schlug sich dieses Interesse in der Errichtung der Gemeinschaftsstelle beim Reichsversicherungsamt nieder, die mit der übergeordneten Koordination von „Gemeinschaftsaufgaben“ wie dem VÄD betraut wurde. Zum anderen stellte seine Übertragung auf die Rentenversicherung eine naheliegende Möglichkeit dar, um dem VÄD im Wege seiner Verstaatlichung einen Nimbus von Unabhängigkeit und Objektivität zu verleihen und ihn als sozialmedizinischen Beratungsakteur im Dienste der „Volksgemeinschaft“ zu etablieren.

Die Vertrauensbildung zum Vertrauensarztsystem war aus Sicht des NS-Regimes relevant im Hinblick auf den sich abzeichnenden Arbeitskräftemangel. Dessen Negativfolgen für Krankenstände, Fehlzeiten und Produktionsziele sollten durch engmaschige vertrauensärztliche Kontrollen abgewendet und in Schach gehalten werden. Der VÄD kam nach seiner Reorganisation insofern nicht nur weiter als arbeitsmarktpolitisches Kontrollorgan zum Einsatz, sondern darüber hinaus als Disziplinarinstrument von Krankheitsverhalten mit dem Auftrag, den „Arbeitswillen“ erkrankter Versicherter zu heben. Bereits ab 1938 führten vertrauensärztliche Stoßtrupps zum Zwecke der Leistungssteigerung konzertierte Krankenmusterungsaktionen in kriegswichtigen Wirtschaftssektoren durch, die nach Kriegsbeginn in erhöhter Frequenz fortgesetzt wurden. Während sich der VÄD so in den Worten des „Sonderbeauftragten“ Otto Walter als „Wächter des Arbeitseinsatzes“ etablierte, verpufften die mit der Reform eigentlich beabsichtigten Akzeptanzgewinne. Im Gegenteil spricht vieles dafür, dass das Ansehen des VÄD in der Bevölkerung während der NS-Diktatur einen historischen Tiefpunkt erreichte.

Auch der Ausbau von personellen Kapazitäten und finanziellen Ressourcen, der mit der Reform von 1936 beschleunigt einsetzte, zielte zuvorderst auf die Steigerung der Nachuntersuchungen erkrankter Versicherter ab, um der Industrie ein erweitertes Arbeitskräftereservoir zu erschließen. Wesentliches Kennzeichen der personellen Entwicklung war eine tiefe Kluft zwischen Anspruch und Wirklichkeit. Bis zum Ende der Diktatur gelang es nicht, die nach 1936 mehrfach erweiterten Stellenpläne mit vertrauensärztlichem Personal auch tatsächlich aufzufüllen. Vollbesetzt waren lediglich die – allerdings bedeutsamen – Stellen der Landesvertrauensärzte, bei denen linientreue Ärzte mit einschlägiger Parteivernetzung zum Zuge kamen, während bei den übrigen Stellengruppen der Ober- und Vertrauensärzte frühzeitig Leerstände auftraten.

Der Personalmangel hatte im Ergebnis verschiedene Ursachen. In der Vorkriegszeit erschwerten die für viele Ärzte finanziell unattraktive Beamtenstellung sowie die Diskreditierung der vertrauensärztlichen Tätigkeit die Personalrekrutierung, ab 1939 wurde der vertrauensärztliche Personalbestand durch Einberufungen weiter dezimiert. Hinzu kamen Defizite und Konflikte bei der personalpolitischen Steuerung des VÄD, in die mit dem Reichsarbeitsministerium, dem Reichsversicherungsamt, der Kassenärztlichen Vereinigung Deutschlands, der Gemeinschaftsstelle und den Versicherungsanstalten eine Vielzahl institutioneller Akteure mit partikularen Interessen involviert war. Mit dem Militär trat 1939 schließlich ein externer Akteur auf den Plan, der auf die personellen Interessenlagen der am „Arbeitseinsatz“ beteiligten Institutionen wenig Rücksicht nahm und die Funktionsprobleme im VÄD durch hohe Einberufungsquoten weiter verschärfte.

Die Übertragung des VÄD auf die Versicherungsanstalten war eine Übertragung auf Probe. Sie war vonseiten des Ministeriums von Beginn an die Bedingung geknüpft, dass dem VÄD innerhalb der LVA-Organisation eine größtmögliche Autonomie gewährt wird. Diese Intention bildete sich in der Einrichtung einer eigenen Abteilung für den VÄD und der hohen dienstrechtlichen Stellung der Landesvertrauensärzte ab. Wie sich jedoch bald zeigte, hatten die Landesvertrauensärzte innerhalb der Binnenorganisation der LVAen vielfach nicht die Freiheiten und Entscheidungsbefugnisse erhalten, die ihnen von den politischen Institutionen zugedacht waren. Die Folge waren ständige Reibereien mit den Verwaltungsabteilungen und deren formal gleichgestellten Leitern, die letztlich aus unklaren Kompetenzverhältnissen resultierten. Das Handeln zahlreicher LVA-Leiter brachte darüber hinaus die generelle Umstrittenheit der hoheitlich eingerichteten Gemeinschaftsstelle zum Ausdruck. Es sollte indes nicht mit einem gezielt gegen den Ausbau des VÄD gerichteten Widerstand verwechselt werden. Oftmals waren es drohende personelle Notlagen und Kontrolllücken in den eigenen Anstalts- und Kassenbezirken, die die LVA Leiter veranlassten, sich einer Abgabe von Vertrauensärzten für übergeordnete Zwecke wie Schulungen oder Sondereinsätze zu versperren. In den Maße, wie die personellen und funktionellen Probleme des Dienstes zunahmen, erhöhte sich der Legitimationsdruck auf die LVA-Leiter, die diesen mitunter auf die Krankenkassen des Bezirks abwälzten, von denen wiederum eine unzureichende Kooperation der Betriebe moniert wurde. Der Reformansatz, die übergeordnete Koordinierung des VÄD einer zentralen Instanz zu übertragen und seine Durchführung in dezentraler Regie zu belassen, erwies als zunehmend unpraktikabel.

Um 1938 büßte das nur zwei Jahre zuvor geschaffene LVA-Modell seine Akzeptanz bei den politischen Institutionen weithin ein. Der Unmut des Reichsarbeitsministeriums über die zeitgenössischen Verhältnisse im VÄD führte zur schrittweisen Erweiterung der Kompetenzen der Gemeinschaftsstelle und ihres ärztlichen Beraters Otto Walter – ein Prozess, der im September 1939 mit dessen Ernennung zum „Sonderbeauftragten“ kulminierte. Als solcher verfügte Walter über umfassende Interventionsmöglichkeiten und Anordnungsbefugnisse im Rahmen seines geradezu als Affront wirkenden Auftrages, die Versicherungsanstalten bei der Reorganisation des VÄD anzuleiten. Der Einzug dieser personalisierten Kompetenzebene war eine typische Maßnahme im polykratischen Machtgefüge des NS-Staats, der sich in staatspolitisch bedeutsamen Feldern derartiger Sonderinstanzen bediente, um – wie im Falle des VÄD – dort durchzugreifen, wo die Probleme in eigener Regie nicht überwunden werden konnten. In der Maßnahme bildete sich mithin zugleich die übergeordnete Relevanz ab, die dem Krankenkontrollsystem des VÄD im Rahmen des kriegswirtschaftlichen „Arbeitseinsatzes“ zudedacht war.

Die Rentenversicherungsträger wurden aus der Koordination des VÄD zunehmend verdrängt. Zwar blieben die Versicherungsanstalten bis zum Ende des Krieges in formaler Hinsicht Träger des Dienstes, ihre Kompetenzen in organisatorischen und personalpolitischen Entscheidungsfragen gingen ab 1939 allerdings weithin auf die Gemeinschaftsstelle und den „Sonderbeauftragten“ über. Auch dieser Prozess verlief indes nicht linear, sondern zog neue Reibungen und Spannungen nach sich. Diese kamen vor allem bei den ab 1940 zunehmend durchgeführten Sondereinsätzen in einzelnen Anstaltsbezirken zum Vorschein, an die sich oftmals Beschwerden von LVA-Leitern anschlossen, die Walter respektive die auf seine Veranlassung entsandten vertrauensärztlichen Stoßtrupps der unzulässigen Einmischung in die Trägerorganisation und Anmaßung von Leiterbefugnissen bezichtigten. Alles in allem blieb die Kompetenzverteilung zwischen der Gemeinschaftsstelle, dem „Sonderbeauftragten“ und den Anstaltsleitern auch nach dem ministeriellen Erlass von September 1939 umstritten.

Aus der Perspektive der LVAen und ihrer Leiter ging es in dem Konflikt über die generelle Verteidigung institutioneller Kompetenzsphären hinaus primär darum, den Einfluss der Landesvertrauensärzte zu beschränken, während die Gemeinschaftsstelle bestrebt war, diesen zu erweitern. Die formale Stellung der Leiter der regionalen vertrauensärztlichen Dienste war nicht zuletzt deshalb außerordentlich umstritten, weil sie

für die Organisationsform des VÄD von grundlegender Bedeutung war. Während die LVA-Leiter ein regionales Organisationsmodell des VÄD unter ihrer Führung favorisierten, das die Landesvertrauensärzte in die Hierarchie des Versicherungsträgers einband, entsprach es umgekehrt der zentralistischen Konzeption der Gemeinschaftsstelle, den Landesvertrauensärzten größtmögliche Handlungsspielräume zu geben und sie als Gebietsverantwortliche des VÄD zu etablieren. Dem regionalen Modell lag mithin ein eher tradiertes Verständnis des VÄD als institutionelle Einrichtung eines Versicherungsträgers zu Grunde, wohingegen das zentralistische Modell den VÄD als eigenständige Organisation des Reichsarbeitsministeriums unter dem Dach der Rentenversicherung auswies.

Frühzeitig versuchte die Gemeinschaftsstelle daher, die Stellung der Landesvertrauensärzte zu stärken. Erste Bestrebungen in dieser Richtung betrafen die Möglichkeiten der Gemeinschaftsstelle und ihres zu diesem Zeitpunkt noch ärztlichen Beraters Walters, mit den Vertrauensärzten jenseits des üblichen Dienstweges direkt korrespondieren zu können, was 1938 möglich wurde. Der hiernach einsetzende Prozess der organisatorischen Entkoppelung des VÄD von den Versicherungsanstalten gipfelte 1943 mit dem Beginn der „Gutermuth-Aktion“, als den Landesvertrauensärzten in sämtlichen Fragen des VÄD quasi unbeschränkte Entscheidungsfreiheit zuerkannt wurde. Sie fungierten in der Folge als regionale Agenten des neuen „Sonderbeauftragten“ Gutermuths. Dieser demonstrierte seine exponierte Machtstellung mit einer handstreichartigen Verfügung, welche die Leiter der Versicherungsanstalten von der Korrespondenz über den VÄD vollends abschnitt.

Wenn die bisherigen Ausführungen einen Verdrängungsprozess der Rentenversicherung und ihrer Träger aus der Koordination des VÄD aufzeigen, der mit der „Gutermuth-Aktion“ seinen Höhepunkt und Abschluss erreichte, so sollte dies nicht überblenden, dass gerade auch die Versicherungsanstalten an einem rigorosen VÄD in hohem Maße interessiert waren. Die polykratischen Konflikte stellten nur eine Seite der Medaille dar. Auf der anderen standen die Schnittmengen hinsichtlich der Verschärfung der vertrauensärztlichen Praxis. Auch wenn die „Gutermuth-Aktion“ auf den „Arbeitseinsatz“ an sich ausgerichtet war, bildete die Gesundheitschreibung möglichst vieler Versicherter zugunsten der Kriegsproduktion ein Ziel, das das mit den Einsparinteressen der Versicherungsanstalten und der Krankenkassen weithin kompatibel war. Denn ein auf „Arbeitseinsatzfähigkeit“ lautendes vertrauensärztliches Urteil hatte im Regelfall zur Folge,

dass Leistungsansprüche in der Renten- und Krankenversicherung verloren gingen. Hiervon waren aktive Rentenbezieher ebenso betroffen wie die in den Betrieben beschäftigten Versicherten, deren Anspruch auf Krankengeld durch das Gutachten des Vertrauensarztes rechtlich bindend aufgehoben werden konnte.

Jenseits der ins Auge springenden Kompetenzkonflikte gilt es sich zu vergegenwärtigen, dass die Senkung von Krankenständen ein Leitziel sämtlicher Akteure des kontrollmedizinischen und gesundheitspolitischen Feldes der Zeit darstellte, die LVAen und Krankenkassen eingeschlossen. Ein Widerspruch der Rentenversicherung gegen die „Gutermuth-Aktion“, deren brutalen Rigorismus selbst einzelne Gauleiter kritisierten, blieb vor diesem Hintergrund aus. Vielmehr waren die LVAen als Kostenträger in die „Aktion“ involviert, deren Exzessen sie durch die Finanzierung des Kopfgeldsystems unmittelbar Vorschub leisteten. In Anbetracht der Machtstellung Gutermuths, der vom Generalkommissar für das Sanitäts- und Gesundheitswesen Karl Brandt direkt eingesetzt worden war, waren die Möglichkeiten zur Kritik an der „Aktion“ gleichwohl begrenzt. Auf die Organisation, den Ablauf und die Praxis der Gutermuth'schen Sondereinsätze in rüstungswirtschaftlichen Betrieben blieben die LVA-Leiter ohne Einfluss.

Die „Gutermuth-Aktion“ bildete in organisatorischer wie praktischer Hinsicht den Abschluss einer 1936 initiierten Entwicklung, die von dem Ausbau des VÄD zu einem engmaschigem Krankenüberwachungssystem gekennzeichnet war. Gemessen an diesem weitgefassten Kontroll- und Interventionsanspruch stellt die Entwicklung des VÄD im NS-Staat eine Geschichte organisatorischen Scheiterns dar. Der Anspruch einer flächendeckenden Kontrolle verwässerte wegen der personellen Probleme des Dienstes zunehmend, indes führte erst der Abbruch der „Gutermuth-Aktion“ im Sommer 1944 zu seiner vollständigen Aufgabe.⁴¹² Zu diesem Zeitpunkt war eine geordnete Durchführung des VÄD in vielen Regionen aufgrund des Luftkrieges und damit verbundener logistischer und infrastruktureller Probleme ohnehin nur begrenzt möglich. Umgekehrt weisen die Statistiken einzelner Anstaltsbezirke unverändert hohe Untersuchungszahlen des VÄD aus. Sie sind – so die begründete Vermutung – vorwiegend aus den 1943 durch Gutermuth eingeführten Schnelluntersuchungen zu erklären, in denen sich die Brutalisierung der vertrauensärztlichen Praxis abbildete. Wenngleich sich die Vorstellung eines flächendeckenden Krankenkontrollsystems in der NS-Diktatur im Ergebnis nicht realisierte – was auch mit dem Eigensinn von Versicherten, Ärzten und Betriebsführern

412 Vgl. Süß, Volkskörper, S. 253.

zusammenhing, die eine Zusammenarbeit mit den Vertrauensärzten vielfach verweigerten – so illustriert das gemessen an den Zeitverhältnissen eher niedrige Niveau der Krankenstände umgekehrt, dass von einer massenhaften „Flucht in die Krankheit“ auch in der zweiten Kriegshälfte keine Rede sein konnte. Dies war allerdings nur partiell dem VÄD zuzuschreiben als vielmehr einer generellen Bedrohungs- und Abschreckungskulisse, die im terroristischen Vorgehen des NS-Regimes gegen vermeintliche Arbeitsverweigerer und entgegenkommende Ärzte begründet lag.

Der Vertrauensärztliche Dienst entwickelte sich im NS-Staat unter der Trägerschaft und dem institutionellen Einfluss der Rentenversicherung zu einer Einrichtung, die dem Terror gegen Kranke durch ihr Bestehen nicht nur Vorschub leistete, sondern ihn aktiv praktizierte. Dies kam nach 1945 nicht zuletzt in dem Umstand zum Ausdruck, dass die Belastungs- und Entlassungsquoten unter Vertrauensärzten gegenüber anderen Ärztegruppen hoch lagen.⁴¹³ Umgekehrt lassen sich über 1945 hinaus rechtliche, organisatorische und personelle Kontinuitäten festzustellen, die im Falle des VÄD bis weit in die 1960er-Jahre der Bundesrepublik führen und auch dessen Praxis betrafen. „Bei der sonst in sehr vielen Bereichen nach Kriegsende spürbaren, z. T. radikalen Umkehr der Begriffe von Persönlichkeitswert, Freiheit, Menschenwürde, staatlicher Kontrollkompetenz“, hieß es dazu in der eingangs zitierten Berichtssammlung von 1974 vielsagend, „hätte man annehmen sollen, daß diese Veränderungen ihren Niederschlag auch in der Inanspruchnahme des Vertrauensärztlichen Dienstes durch die Krankenkassen wie auch im Tätigkeitsstil der Vertrauensärzte selbst gefunden hätten. Dies war nicht der Fall.“⁴¹⁴ Es erscheint lohnenswert, diese Zeitphase unter der Fragestellung nach Brüchen und Kontinuitäten im kontrollmedizinischen Handlungsfeld zwischen NS-Diktatur und Bundesrepublik einer eigenständigen Untersuchung zu unterziehen.

413 Vgl. Tennstedt, Sozialgeschichte der Sozialversicherung, S. 411. Der Befund bezieht sich auf die LVA Rheinprovinz.

414 Bauer/Kohlhausen/Lekon, Soziale Sicherung und Sozialmedizinische Dienste – dargestellt am Beispiel des Vertrauensärztlichen Dienstes, S. 1-25.

VI. Tabellarischer Anhang

Tab. 1: Die Entwicklung des Krankenstandes im Reichsdurchschnitt 1935-1944

	1935	1936	1937	1938	1939	1940	1941	1942	1943	1944
Januar	3,9	2,9	3,7	3,3	4,1	2,83	4,4	3,17	3,15	3,63
Februar	3,6	2,8	3,1	3,2	4,5	4,43	4,52	-	3,76	4,18
März	2,8	2,5	2,6	2,9	3,5	3,91	4,30	-	3,31	4,02
April	2,5	2,3	2,3	2,7	2,6	3,1	-	3,66	3,24	3,69
Mai	2,4	2,3	2,3	2,6	2,5	2,87	2,92	-	2,91	3,43
Juni	2,3	2,3	2,4	2,5	2,7	2,57	2,84	-	-	-
Juli	2,4	2,4	2,4	2,5	2,7	2,52	2,91	3,18	-	-
August	2,4	2,4	2,5	2,7	2,9	2,65	3,13	3,36	-	-
September	2,3	2,5	2,5	2,8	2,8	2,65	3,02	3,55	3,34	-
Oktober	2,5	2,6	2,6	2,8	3,0	2,72	3,2	3,75	3,32	-
November	2,5	3,0	2,7	2,7	2,9	2,86	3,28	3,58	-	-
Dezember	2,9	3,6	3,0	3,6	2,9	2,75	3,34	3,44	-	-

Informationen und Erläuterungen:

- Quellen: Aktennotiz „Die Entwicklung des Krankenstandes (arbeitsunfähige Kranke) je 100 Mitglieder im Verlaufe der Jahre 1935, 1936, 1937, 1938“, undatiert, sv:dok, 26/1622, Teil 2 [Werte 1935-1938]; Übersicht Gemeinschaftsstelle „Vergleichende Darstellung der Krankenstandsbewegung im Durchschnitt aller Krankenkassen“, 7.10.1942 [Zahlen 1938/1939; Anm. d. Verf.: Die Werte wurden einem Punktediagramm entnommen und können geringfügige Abweichungen (bis 0,1 %) aufweisen]; diverse Rundschreiben der Gemeinschaftsstelle an LVA-Leiter, sv:dok, 26/1876, Teil 1 [Werte bis 1944], sv:dok 26/1621 [Werte ab 1944]; für das Jahr 1945 liegen keine belastbaren Werte vor.
- Der reichsweit durchschnittliche Krankenstand wurde den LVAen ab 1940 durch die Gemeinschaftsstelle übermittelt und diente dem Vergleich mit den Krankenständen im jeweiligen Anstaltsbezirk.
- Bezug der Krankenstände jeweils 1. d. M.

Tab. 2: Gesamtübersicht des VÄD bei der LVA Schleswig-Holstein 1939-1945

Jahr	Gesamtzahl Begutachtungen	Begutachtungen auf Arbeitsfähigkeit	Sofort arbeitsfähig	In 1-4 Tagen arbeitsfähig	Weiter arbeitsunfähig	Zur Beobachtung
1939	81.441	55.366	13.318 (24,06 %)	10.987 (19,84 %)	29.946 (54,09 %)	1.115 (2,01%)
1940	83.792	67.407	17.552 (26,94 %)	14.572 (21,62 %)	34.563 (51,27 %)	720 (1,07%)
1941	88.621	68.599	17.094 (24,92 %)	14.199 (20,7 %)	36.498 (53,2 %)	808 (1,18 %)
1942	84.751	71.154	17.742 (24,93 %)	12.671 (17,81 %)	40.111 (56,37 %)	630 (0,89 %)
1943	86.196	75.545	17.820 (23,59 %)	14.095 (18,66 %)	43.191 (57,17 %)	439 (0,58 %)
1944	80.002	74.493	15.245 (20,47 %)	16.101 (21,61 %)	42.871 (57,55 %)	276 (0,37 %)
1945	62.171	59.025	9.800 (16,6 %)	11.580 (19,62 %)	37.513 (63,56 %)	132 (0,43 %)

Quelle: Zahlen nach Verwaltungsberichte der LVA Schleswig-Holstein, Jg. 1939-1945.

VII. Quellen und Literatur

1. Archivbestände

Archiv der Dokumentations- und Forschungsstelle der Sozialversicherungsträger (sv:dok), Bochum

Bestand Deutsche Rentenversicherung Nord

- | | |
|----------|---|
| 26/900/6 | LVA Schleswig-Holstein, Bericht über die Verwaltung 1943. |
| 26/1619 | Tätigkeiten der Gemeinschaftsstelle der Landesversicherungsanstalten beim Reichsversicherungsamt, Berlin, 1935-1942. |
| 26/1621 | Personalangelegenheiten der Gemeinschaftsstelle der Landesversicherungsanstalten beim Reichsversicherungsamt Berlin, 1935-1949. |
| 26/1622 | Dienstanweisungen für den vertrauensärztlichen Dienst der Krankenversicherung und Schulungen der Landesvertrauensärzte der Gemeinschaftsstelle der Landesversicherungsanstalten beim Reichsversicherungsamt, Berlin, 1936-1939, 2 Bd. |
| 26/1794 | Schriftwechsel des Leiters der LVA der Hansestädte, Dr. Gottlieb Storck, u.a. mit den Leitern der Landesversicherungsanstalten und anderer übergeordneter Stellen, 1936-1944, 2 Bd. |
| 26/1799 | Schriftwechsel der LVA der Hansestädte mit dem Geschäftsführer der Gemeinschaftsstelle der Landesversicherungsanstalten, Berlin, über deren Aufgaben, 1934-1943, 2 Bd. |
| 26/1800 | Schriftwechsel der LVA der Hansestädte mit dem Geschäftsführer der Gemeinschaftsstelle der Landesversicherungsanstalten, Berlin, über deren Aufgaben, 1935-1944, 2 Bd. |
| 26/1824 | Rundschreiben des Reichsverbandes Deutscher Landesversicherungsanstalten an die Verbandsmitglieder, 1937-1938. |
| 26/1843 | Durchführung von Betriebsuntersuchungen, 1937-1938. |

- 26/1853 Verbandstagungen des Ständigen Ausschusses des Reichsverbandes Deutscher Landesversicherungsanstalten, 1936-1944, 2 Bd.
- 26/1876 Durchführung des vertrauensärztlichen Dienstes durch die Gemeinschaftsstelle der Landesversicherungsanstalten beim Reichsversicherungsamt, Berlin, 1936-1943, 2 Bd.
- 26/1877 Zusammenarbeit mit dem Gauamt für Volksgesundheit und den Trägern der Sozialversicherung bezügl. Durchführung von Betriebsuntersuchungen, 1938-1941, 2 Bd.

Bestand Deutsche Rentenversicherung Westfalen

- 6/1101 Schriftwechsel über den Einsatz und die Arbeit der Vertrauensärzte, 1943-1960

Bundesarchiv Berlin

Bestand Reichsversicherungsamt

- R 89/4926 Feststellung des Begriffs der Invalidität
- R 89/5347
- R 89/5380 Die Leitung der LVA Württemberg
- R 89/5381 Die Leiter der LVA Württemberg
- R 89/5383 Landesversicherungsanstalt Baden, Bd. 5
- R 89/5755 Beirat der LVA Baden

Stadtarchiv Dortmund

Bestand AOK Dortmund

- 650/386 Schriftwechsel mit dem Reichskommissar der AOK Dortmund
- 650/423 Regelung des Verhältnisses zwischen dem Vertrauensarzt und den Kassenärzten (durch den Arztausschuss)

650/480	Zeitungsausschnittsammlung zur AOK Dortmund, anderen Krankenkassen sowie der Krankenversicherung im Allgemeinen
650/482	Statistik über Behandlungs- und Arbeitsunfähigkeitsfälle
650/607	Statistiken über die Krankenhausverweildauer der Versicherten
650/609	Durchführung der Krankenüberwachung
650/676	Kontrolle des Krankenstandes der Rüstungsbetriebe

Bestand Versicherungsamt Dortmund

135 Zg. Nr. 25 1962 Lfd. 81

Landesarchiv Baden-Württemberg, Generallandesarchiv Karlsruhe

Bestand Landesversicherungsanstalt Baden

462 1994/38, Nr. 7	Gesetz über den Aufbau der Sozialversicherung vom 5. Juli 1934, hier: Bestellung eines Beauftragten zur Vorbereitung der Überführung der Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherung für den Bezirk der LVA Baden und Bildung einer besonderen Abteilung für die Gemeinschaftsaufgaben
462 1994/38, Nr. 276	Gesetz über den Aufbau der Sozialversicherung vom 5. Juli 1934, hier: Gemeinschaftsaufgaben der Träger der Krankenversicherung

Westfälisches Archivamt

907/43	Nachlass Karl-Friedrich Kolbow
--------	--------------------------------

2. Gedruckte Quellen und zeitgenössische Literatur

Adam, Robert: Arbeitsdisziplin und „Krankwerden“, in: Vertrauensarzt und Krankenkasse 9 (1941), H. 4, S. 57-59.

Anonym, In der AOK wird gesäubert, Rote Erde v. 29.4.1933.

Anonym, Der „Vertrauensarzt“ der Ortskrankenkasse klagt. Dr. Mensch will wieder eingestellt werden, Dortmunder General-Anzeiger v. 8.7.1933.

Anonym, Der Vertrauensarzt der AOK. Um die Wiederkehr des Herrn Dr. Mensch, Dortmunder General-Anzeiger v. 15.7.1933.

Anonym, „Die Bedeutung des vertrauensärztlichen Dienstes“, in: Werkszeitung Deutsche Werft, 4 Jg., Nr. 4 v. 15.4.1937.

Anonym, Der Schaffende wird im Betrieb vom Arzt betreut, Der Angriff, Nr. 78 v. April 1937.

Anonym, „Jeder gesund und leistungsfähig bis ins Alter!“ Gesundheitsführung auf neuen Wegen, Hamburger Tageblatt v. 12.5.1937.

Anonym, Der neue Betriebsarzt ist kein „Rentendrucker“. Gesundheitsführung – Sache der Partei, Der Angriff v. 25.5.1937.

Anonym, Verbesserter Dienst am Kranken, Bremer Zeitung v. 3.8.1937.

Anonym, „Der Nachuntersucher“, Frankfurter Zeitung v. 25.9.1937.

Anordnung des RAM über die Errichtung einer Gemeinschaftsstelle der Landesversicherungsanstalten (Auszug), in: Reichsarbeitsblatt 1935, H. 18, S. 247.

Bestimmungen des Reichs- und Preußischen Arbeitsministers über den vertrauensärztlichen Dienst in der Krankenversicherung v. 30.3.1936, in: Monatsschrift für Arbeiter- und Angestellten-Versicherung 24 (1936), S. 276-278.

Engel, Hans: Die Durchführung des Aufbaugesetzes in der Dritten Verordnung (Auszug), in: Die Arbeiter-Versorgung, H. 8 v. 11.3.1935.

Gottwaldt, Wilhelm-Karl: Erfahrungen beim Einsatz beweglicher vertrauensärztlicher Dienststellen, in: Die Ortskrankenkasse 27 (1940), Nr. 11 v. 1.6.1940, S. 205-210.

Grünwald, Alexander: Die Neuregelung des vertrauensärztlichen Dienstes in der Krankenversicherung, in: Die Ortskrankenkasse 23 (1936), Nr. 12, S. 529-534.

Hofbauer, Alfred: Gesundheitsehrlichkeit in der Krankenversicherung!, Berlin 1939.

Kühne, Bruno: Probleme des vertrauensärztlichen Dienstes in der Krankenversicherung, in: Die Arbeiterversorgung 55 (1938), H. 1, S. 1-5.

- Kühne, Bruno: Die Neuregelung des vertrauensärztlichen Dienstverhältnisses in der Krankenversicherung, in: Die Arbeiter-Versorgung 53 (1936), H. 23, S. 373-379.
- Müller, Der neue vertrauensärztliche Dienst in Württemberg, in: Amtsblatt der Landesversicherungsanstalt Württemberg 34 (1938), Nr. 2/3, S. 13-15.
- Müller, Änderungen beim vertrauensärztlichen Dienst der Krankenversicherung, in: Amtsblatt der LVA Württemberg 34 (1938), Nr. 9/10, S. 48-51.
- Panick, Curt: Erfahrungen bei der Begutachtung der Erholungsfürsorge der Krankenkassen und ihrer Erfolge“ (Auszug), in: Vertrauensarzt und Krankenkasse 1935, H. 2.
- Reckling, Kurt: Der Krankenstand, in: Vertrauensarzt und Krankenkasse 8 (1940), H. 1, S. 1-11.
- Reichsversicherungsamt, Rundschreiben an LVA-Leiter v. 28.5.1938, in: Amtliche Nachrichten für Reichsversicherung v. 15.6.1938.
- Rosenbaum, A.: Ist der Vertrauensarzt Erfüllungsgehilfe der Krankenkasse?, in: Vertrauensarzt und Krankenkasse 9 (1941), S. 83-85.
- Sauerborn, Maximilian: Die Neuregelung des vertrauensärztlichen Dienstes in der Krankenversicherung, in: Reichsarbeitsblatt IV (1936), Nr. 12, S. 148-154.
- Storck, Gottlieb: Die Gemeinschaftsstelle der Landesversicherungsanstalten, in: Monatsschrift für Arbeiter- und Angestellten-Versicherung 24 (1936), H. 6, Sp. 241-247.
- Storck, Gottlieb: Die Bedeutung der Betriebsuntersuchungen für die Sozialversicherung, in: Deutsche Invaliden-Versicherung 9 (1937), H. 7, S. 145-147.

3. Literatur

- Ayas, Wolfgang: „Asoziale“ im Nationalsozialismus, Stuttgart 1995.
- Bauer, Erich/Karl Kohlhausen/Ernst Lekon: Sozialversicherung und sozialmedizinische Dienste – dargestellt am Beispiel des Vertrauensärztlichen Dienstes, Bonn-Bad Godesberg 1974.
- Becken, Jörg: AOK Berlin. Von der Ortskrankenkasse zur Gesundheitskasse. Ein Stück gelebte Sozialgeschichte, Berlin 2008.
- Bleker, Johanna: Der Mythos vom unpolitischen Arzt. Historische Überlegungen zum Unterschied zwischen politischer Abstinenz und Toleranz, in: Jahrbuch für kritische Medizin 22 (1994), S. 164-186.

- Blohmke, Maria/Karl Jost: Krankenstand, medizinische Sicht, in: Handbuch der Sozialmedizin, Bd. 3: Sozialmedizin in der Praxis (hrsg. v. Maria Blohmke u.a.), Stuttgart 1976, S. 100-120.
- Bock, Gisela: Zwangssterilisation im Nationalsozialismus. Studien zur Rassenpolitik und Geschlechterpolitik, Münster 2010 [1986].
- Bonz, Jörg: Für Staatsfeinde keine Rente. Das Ruhen der Renten bei staatsfeindlicher Betätigung im nationalsozialistischen Deutschland, in: Zeitschrift für Sozialreform 37 (1991), S. 517-531.
- Böick, Marcus/Marcel Schmeer: Im Kreuzfeuer der Kritik. Umstrittene Organisationen im 20. Jahrhundert, Frankfurt/Main 2020.
- Danker, Uwe u.a. (Hg.): „Wir empfehlen Rückversickung, da sich der Arbeitseinsatz nicht lohnt“. Zwangsarbeit und Krankheit in Schleswig-Holstein 1939-1945, Bielefeld 2001.
- Daub, Ute: „Krankenhaus-Sonderanlage Aktion Brandt in Köppern im Taunus“ – die letzte Phase der „Euthanasie“ in Frankfurt am Main, in: Psychologie und Gesellschaftskritik 16 (1992), H. 2, S. 39-67.
- Elsner, Gine/Heidi Knake-Werner: Der vertrauensärztliche Dienst – ein geschichtlicher Abriß, [Bremen 1983].
- Erker, Paul: Rente im Dritten Reich. Die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte 1933 bis 1945, Berlin/Boston 2019.
- Frei, Norbert: Einleitung, in: ders. (Hg.), Medizin und Gesundheitspolitik in der NS-Zeit, München 1991, S. 7-32.
- Frewer, Andreas/Günther Siedbürger (Hg.): Medizin und Zwangsarbeit im Nationalsozialismus. Einsatz und Behandlung von „Ausländern“ im Gesundheitswesen, Frankfurt/Main 2004.
- Grewe, Annette: Ärzte in der Verantwortung. Zwangsarbeit und Krankheit in Schleswig-Holstein, in :Andreas Frewer/Günther Siedbürger (Hg.), Medizin und Zwangsarbeit im Nationalsozialismus. Einsatz und Behandlung von „Ausländern“ im Gesundheitswesen, Frankfurt/Main 2004, S. 29-66.
- Gesellschaft für Sozialen Fortschritt e.V. (Hg.): Die Rentenversicherung in der Zeit des Nationalsozialismus (= Sozialer Fortschritt 68 (2019), H. 2-3).
- Hachtmann, Rüdiger: Arbeit und Arbeitsfront: Ideologie und Praxis, in: Marc Buggeln/Michael Wildt (Hg.), Arbeit im Nationalsozialismus, München 2014, S. 87-106.
- Hachtmann, Rüdiger: Zur Lage der Industriearbeiterschaft im Ruhrgebiet während der NS-Zeit, in: Ottfried Dascher/Christian Kleinschmidt (Hg.), Die Eisen- und

- Stahlindustrie im Dortmunder Raum. Wirtschaftliche Entwicklung, soziale Strukturen und technologischer Wandel im 19. und 20. Jahrhundert, Hagen 1992, S. 233-265.
- Hachtmann, Rüdiger: Industriearbeit im „Dritten Reich“. Untersuchungen zu den Lohn- und Arbeitsbedingungen in Deutschland 1933-1945, Göttingen 1989.
- Hachtmann, Rüdiger/Winfried Süß (Hg.): Hitlers Kommissare. Sondergewalten in der nationalsozialistischen Diktatur, Göttingen 2006.
- Hahn, Judith: Grawitz, Genzken, Gebhardt – drei Karrieren im Sanitätsdienst der SS, Münster 2008.
- Hansen, Eckard/Florian Tennstedt, Art. Otto Walter, in: dies. (Hg.): Biographisches Lexikon zur Geschichte der deutschen Sozialpolitik 1871 bis 1945, Bd. 2: Sozialpolitiker in der Weimarer Republik und im Nationalsozialismus 1919 bis 1945, Kassel 2018, S. 211 f.
- Herbert, Ulrich: Fremdarbeiter. Politik und Praxis des „Ausländer-Einsatzes“ in der Kriegswirtschaft des Dritten Reiches, Bonn 1999.
- Höfler-Waag, Martin: Die Arbeits- und Leistungsmedizin im Nationalsozialismus von 1939-1945, Husum 1994.
- Hörath, Julia: „Arbeitsscheue Volksgenossen“. Leistungsbereitschaft als Kriterium der Inklusion und Exklusion, in: Marc Buggeln/Michael Wildt (Hg.), Arbeit im Nationalsozialismus, München 2014, S. 309-328.
- Jakobczyk, Mandy: Das Tuberkuloseproblem bei Zwangsarbeitern in Schleswig-Holstein, in: Uwe Danker u.a. (Hg.), „Wir empfehlen Rückverschiebung, da sich der Arbeitseinsatz nicht lohnt“. Zwangsarbeit und Krankheit in Schleswig-Holstein 1939-1945, Bielefeld 2001, S. 243-272.
- Jütte, Robert: Die Vertreibung jüdischer und „staatsfeindlicher“ Ärztinnen und Ärzte, in: ders. (Hg.), Medizin und Nationalsozialismus. Bilanz und Perspektiven der Forschung, Göttingen 2011, S. 83-93.
- Klee, Ernst: Art. Otto Walter, in: ders. (Hg.), Das Personenlexikon zum Dritten Reich. Wer war was vor und nach 1945, Frankfurt/Main 2011 (2003), S. 654.
- Klee, Ernst: Art. Willy Gutermuth, in: ders. (Hg.), Das Personenlexikon zum Dritten Reich. Wer war was vor und nach 1945, Frankfurt/Main 2011 (2003), S. 211.
- Klein, Matthias: NS-„Rassenhygiene“ im Raum Trier. Zwangssterilisationen und Patientenmorde im ehemaligen Regierungsbezirk Trier 1933-1945, Köln 2020.
- Klimo, Alexander: Im Dienstes des Arbeitseinsatzes. Rentenversicherungspolitik im „Dritten Reich“, Göttingen 2018.

- Klimo, Alexander: Rentenversicherungspolitik zwischen Arbeitseinsatz und Diskriminierung, in: Alexander Nützenadel (Hg.), Das Reichsarbeitsministerium im Nationalsozialismus. Verwaltung – Politik – Verbrechen, Göttingen 2017, S. 214-245.
- Knödler, Ulrich: Von der Reform zum Raubbau. Arbeitsmedizin, Leistungsmedizin, Kontrollmedizin, in: Norbert Frei (Hg.), Medizin und Gesundheitspolitik in der NS-Zeit, München 1991, S.113-136.
- Kohlhausen, Karl: Vertrauensärztlicher Dienst, in: Handbuch der Sozialmedizin, Bd. 3: Sozialmedizin in der Praxis (hrsg. v. Maria Blohmke u. a.), Stuttgart 1976, S. 558-573.
- Kopper, Christopher: Rezension von Alexander Klimo, Im Dienste des Arbeitseinsatzes. Rentenversicherungspolitik im „Dritten Reich“, in: Historische Zeitschrift 311 (2020), H. 1, S. 241-242.
- Landesversicherungsanstalt Braunschweig (Hg.): 100 Jahre LVA Braunschweig. Eine Chronik der Landesversicherungsanstalt Braunschweig, Braunschweig 1990.
- Landesversicherungsanstalt Oldenburg-Bremen (Hg.): 100 Jahre Landesversicherungsanstalt Oldenburg-Bremen, 1890-1990, Oldenburg 1991.
- Leibfried, Stephan/Florian Tennstedt: Berufsverbote und Sozialpolitik 1933. Die Auswirkungen der nationalsozialistischen Machtergreifung auf die Krankenkassenverwaltung und die Kassenärzte, 2. Aufl., Bremen 1980.
- Ley, Astrid: Zwangssterilisation und Ärzteschaft. Hintergründe und Ziele ärztlichen Handelns 1934 bis 1945, Frankfurt/Main 2003.
- Lohalm, Uwe: „...anständig und aufopferungsbereit“. Öffentlicher Dienst und Nationalsozialismus in Hamburg 1933 bis 1945, Hamburg 2001.
- Mierzejewski, Alfred C.: A History of the German Public Pension System: Continuity amid Change, Lanham 2016.
- Milles, Dietrich (Hg.): Betriebsärzte und produktionsbezogene Gesundheitspolitik in der Geschichte, Bremerhaven 1992.
- Miquel, Marc von/Anne Schmidt: 125 Jahre Rentenversicherung in Westfalen. Sicherheit für Generationen 1890 bis 2015, Münster 2015.
- Miquel, Marc von: Der „Völkische“ Wohlfahrtsstaat in der NS-Zeit, in: Peter Masuch u. a. (Hg.), Grundlagen und Herausforderungen des Sozialstaats. Denkschrift 60 Jahre Bundessozialgericht, Band 1, Berlin 2014, S. 119-138.
- Miquel, Marc von: Von Bismarcks „Wechselbalg“ zu Adenauers Rentenreform. Einführung in die Institutionen- und Politikgeschichte der Sozialversicherung (1880er- bis 1960er-Jahre), in: ders./Marcus Stumpf (Hg.), Historische Überlieferung der Sozialversicherungsträger – Desiderate der Forschung und archivische Überlieferungsbildung, Münster 2012, S. 11-31.

- Möckel, Benjamin: „Nutzlose Volksgenossen“? Der Arbeitseinsatz alter Menschen im Nationalsozialismus, Berlin 2010.
- Rauh, Philipp: Der Krieg gegen die „nutzlosen Esser“. Psychiatriepatienten als Opfer der NS-„Euthanasie“, in: Christoph Diekmann/Babette Quinkert (Hg.), Kriegsführung und Hunger 1939-1945. Zum Verhältnis von militärischen, wirtschaftlichen und politischen Interessen, Göttingen 2015, S. 33-56.
- Rauh-Kühne, Cornelia/Michael Ruck (Hg.): Regionale Eliten zwischen Diktatur und Demokratie, Baden und Württemberg 1930-1952, München 1993.
- Reidegeld, Eckart: Staatliche Sozialpolitik in Deutschland, Bd. II: Sozialpolitik in Demokratie und Diktatur 1919-1945, Wiesbaden 2006.
- Rüther, Martin: Ärztliches Ständewesen im Nationalsozialismus 1933-1945, in: Robert Jütte (Hg.), Geschichte der deutschen Ärzteschaft. Organisierte Berufs- und Gesundheitspolitik im 19. und 20. Jahrhundert, Köln 1997, S. 143-193.
- Sachße, Christoph/Florian Tennstedt: Der Wohlfahrtsstaat im Nationalsozialismus, Stuttgart u. a. 1992.
- Schanetzky, Tim: „Kanonen statt Butter“. Wirtschaft und Konsum im „Dritten Reich“, München 2015.
- Schlegel-Voß, Lil-Christine: Alter in der „Volksgemeinschaft“. Zur Lebenslage der älteren Generation im Nationalsozialismus, Berlin 2005.
- Schmähl, Winfried: Alterssicherungspolitik in Deutschland. Vorgeschichte und Entwicklung von 1945 bis 1998, Tübingen 2018.
- Schottdorf, Gertraud: Arbeits- und Leistungsmedizin in der Weimarer Republik, Husum 1995.
- Seidel, Hans-Christoph: Gesundheitspolitik und „Arbeitseinsatz“ im Ruhrbergbau während des Zweiten Weltkrieges, in: Mitteilungsblatt des Instituts zur Erforschung der europäischen Arbeiterbewegung 28 (2003), S. 203-227.
- Süß, Dietmar: Steuerung durch Information? Joseph Goebbels als „Kommissar der Heimatfront“ und die Reichsinspektion für den zivilen Luftschutz, in: Rüdiger Hachtmann/Winfried Süß (Hg.), Hitlers Kommissare. Sondergewalten in der nationalsozialistischen Diktatur, Göttingen 2006, S. 183-206.
- Süß, Winfried: Medizin im Krieg, in: Robert Jütte (Hg.), Medizin und Nationalsozialismus. Bilanz und Perspektiven der Forschung, Göttingen 2011, S. 190-200.
- Süß, Winfried: Medizinische Praxis, in: Robert Jütte (Hg.), Medizin und Nationalsozialismus. Bilanz und Perspektiven der Forschung, Göttingen 2011, S. 179-213.

- Süß, Winfried: Der „Volkskörper“ im Krieg. Gesundheitspolitik, Gesundheitsverhältnisse und Krankenmord im nationalsozialistischen Deutschland, 1939-1945, München 2003.
- Süß, Winfried: Der beinahe unaufhaltsame Aufstieg des Karl Brandt. Zur Stellung des Reichskommissars für das Sanitäts- und Gesundheitswesen im Machtgefüge der nationalsozialistischen Diktatur, in: Wolfgang Woelk/Jörg Vögele (Hg.), Gesundheitspolitik in Deutschland von der Weimarer Republik bis in die Frühgeschichte der Bundesrepublik, Berlin 2002, S. 197-223.
- Süß, Winfried: Gesundheitspolitik, in: Hans Günter Hockerts (Hg.), Drei Wege deutscher Sozialstaatlichkeit. NS-Diktatur, Bundesrepublik und DDR im Vergleich, München 1998, S. 55-100.
- Tennstedt, Florian: Das Reichsversicherungsamt und seine Mitglieder – einige biographische Hinweise, in: Georg Wannagat (Hg.), Entwicklung des Sozialrechts, Aufgabe der Rechtsprechung: Festgabe aus Anlass des 100jährigen Bestehens der sozialgerichtlichen Rechtsprechung, Köln u.a. 1984, S. 47-82.
- Tennstedt, Florian: Fürsorgegeschichte und Vereinsgeschichte. 100 Jahre Deutscher Verein in der Geschichte der deutschen Fürsorge, in: Zeitschrift für Sozialreform 27 (1981), H. 2, S. 72-100.
- Tennstedt, Florian: Soziale Selbstverwaltung. Geschichte der Selbstverwaltung in der Krankenversicherung, Bd. 2, Bonn 1977.
- Tennstedt, Florian: Sozialgeschichte der Sozialversicherung, in: Handbuch der Sozialmedizin, Bd. 3: Sozialmedizin in der Praxis (hrsg. v. Maria Blohmke u. a.), Stuttgart 1976, S. 385-492.
- Teppe, Karl: Zur Sozialpolitik des Dritten Reiches am Beispiel der Sozialversicherung, in: Archiv für Sozialgeschichte 17 (1977), S. 195-250.
- Vossen, Johannes: Das nationalsozialistische Gesundheitsamt und die Durchführung der „Erb- und Rassenpflege: staatliches und kommunales Gesundheitswesen im Vergleich, in: Wolfgang Woelk/Jörg Vögele (Hg.), Geschichte der Gesundheitspolitik in Deutschland. Von der Weimarer Republik bis in die Frühgeschichte der „doppelten Staatsgründung“, Berlin 2002, S. 165-185.
- Wehner, Christoph: Die Landesversicherungsanstalten Baden und Württemberg im „Dritten Reich“. Personalpolitik, Verwaltung und Rentenpraxis 1933-1945, Ettlingen 2017.
- Wiethoff, Carolin: Die Landesversicherungsanstalten Berlin und Brandenburg in der NS-Zeit, in: Sozialer Fortschritt 68 (2019), S. 175-192.
- Zimmermann, Walter: Krankenstand, deutsche Verhältnisse, in: Handbuch der Sozialmedizin, Bd. 3: Sozialmedizin in der Praxis (hrsg. v. Maria Blohmke u. a.), Stuttgart 1976, S. 121-141.

4. Online-Dokumente

Hachtmann, Rüdiger: Polykratie – ein Schlüssel zur Analyse der NS-Herrschaftsstruktur?, in: Docupedia-Zeitgeschichte, 01.06.2018, URL: http://docupedia.de/zg/Hachtmann_polykratie_v1_de_2018 [Abruf 20.10.2018].

Maibaum, Thomas: Die Führerschule der deutschen Ärzteschaft Alt-Rhese (Diss. Universität Hamburg 2007), für eine Übersicht des Lehrgangs von 1937 S. 198. URL: <https://ediss.sub.uni-hamburg.de/handle/ediss/1888> [Abruf: 08.08.2019].

Mentel, Christian (Hg.): Zeithistorische Konjunktoren. Auftragsforschung und NS-Aufarbeitung in der Bundesrepublik, Zeitgeschichte-online, Dezember 2012 (überab. Juni 2015), URL: <https://zeitgeschichte-online.de/thema/zeithistorische-konjunktoren> [Abruf: 18.10.2019].

Programmübersicht zur Historikertagung des FNA, URL: https://www.fna-rv.de/FPFNA/DE/4.1%20%20FNA-Workshop/Historikertagung%20des%20FNA/historikertagung_inhalt.html?nn=992 [Abruf 22.1.2019]