

Gesundheitspolitik und „Arbeitseinsatz“ im Ruhrbergbau während des Zweiten Weltkrieges*

1. Einleitung

Die Forschung der letzten Jahre hat die seit 1936 steigende Orientierung der Sozialpolitik im allgemeinen und der Gesundheitspolitik im besonderen an den Bedürfnissen des so genannten „Arbeitseinsatzes“ in der nationalsozialistischen Rüstungs- und Kriegswirtschaft herausgearbeitet.¹ Die Tätigkeit von Ärzten, Krankenkassen und anderen Akteuren auf dem Feld der Gesundheitspolitik geriet vor allem während des Krieges immer stärker zu einer Unterfunktion der „Arbeitseinsatzpolitik“.² Dabei konnte man im Bereich der Arbeits- und Sozialmedizin vor allem an Entwicklungen zur so genannten „Leistungsmedizin“ seit den 1920er Jahren anschließen, die weniger auf die Erhaltung, den Schutz oder die Wiederherstellung der Gesundheit des arbeitenden Menschen als vielmehr auf die Optimierung seiner Leistungsfähigkeit mit den Mitteln der Arbeitsphysiologie zielte.³

Die nationalsozialistische „Gesundheitsführung“ verschrieb sich auch im Bergbau der Aufgabe der Leistungssteigerung.⁴ Im Steinkohlenbergbau schien es aus verschiedenen Gründen besonders naheliegend und notwendig zu sein, die Gesundheitspolitik dem Primat des „Arbeitseinsatzes“ unterzuordnen. Erstens war die Kohle der in der deutschen Rüstungs- und Kriegswirtschaft am dringendsten benötigte Grundstoff, und insofern kam dem „Arbeitseinsatz“ und der Leistungssteigerung im Steinkohlenbergbau eine besondere Bedeutung zu. Zweitens genoss der Bergmannsberuf ähnlich wie die landwirtschaftliche Arbeit einen

* Die Arbeit zu diesem Aufsatz wurde aus Mitteln der Stiftung Bibliothek des Ruhrgebiets, Bochum, und der RAG Aktiengesellschaft, Essen, gefördert. Der Aufsatz ist aus einem im Kolloquium des Instituts für Geschichte der Medizin der Universität Düsseldorf gehaltenen Vortrag hervorgegangen.

1 Vgl. z.B. Martin H. Geyer: Soziale Sicherheit und wirtschaftlicher Fortschritt. Überlegungen zum Verhältnis von Arbeitsideologie und Sozialpolitik im „Dritten Reich“, in: *Geschichte und Gesellschaft* 15 (1989), S. 382–406.

2 Vgl. Rüdiger Hachtmann: *Industriearbeit im „Dritten Reich“*. Untersuchungen zu den Lohn- und Arbeitsbedingungen in Deutschland 1933–1945, Göttingen 1982, S. 235.

3 Vgl. dazu allgemein Gertraud Schottdorf: *Arbeits- und Leistungsmedizin in der Weimarer Republik*, Husum 1995; Martin Höfler-Waag: *Die Arbeits- und Leistungsmedizin im Nationalsozialismus von 1939–1945*, Husum 1994; Karl-Heinz Karbe: *Leistungsmedizin und Kriegswirtschaft – alte und neue Anforderungen an die Arbeitsmedizin 1939–1945*, in: Dietrich Milles (Hg.): *Betriebsärzte und produktionsbezogene Gesundheitspolitik in der Geschichte*, Bremerhaven 1992, S. 65–69.

4 Vgl. Hermann Hebestreit: *Leistungssteigerung im Bergbau – auch ein Problem der Gesundheitsführung*, in: *Die Gesundheitsführung* (1939), H. 1, S. 15–25.

herausgehobenen Stellenwert in der nationalsozialistischen Arbeits- und Leistungsideologie.⁵ Drittens war der Bergmann in seiner Arbeitswelt unter Tage besonderen gesundheitlichen Gefahren und Belastungen ausgesetzt, die sich in einem verglichen mit anderen Wirtschaftszweigen kurzen Arbeitsleben und früher Pensionierung niederschlugen, was wiederum vom Standpunkt der Leistungsmedizin und des „Arbeitseinsatzes“ aus bedenklich war.⁶ Und schließlich spielte, viertens, im vergleichsweise wenig mechanisierten und technisierten Untertagebergbau die körperliche Leistungsfähigkeit der Arbeiter eine herausragende Rolle für das Produktionsergebnis. Angesichts dieser besonderen Problemkonstellation stellte folgerichtig eine vom Hauptamt für Volksgesundheit der Deutschen Arbeitsfront (DAF) 1942 herausgegebene Broschüre über „Gesundheit und Krankheit im Bergbau“ als Hauptaufgabe der „Gesundheitsführung“ im Bergbau die Sicherung genügender Arbeitskraftreserven heraus.⁷

Im Folgenden wird nach den funktionalen Zusammenhängen von Gesundheits- und „Arbeitseinsatzpolitik“ im Ruhrbergbau gefragt. Da auch während des Zweiten Weltkrieges Gesundheitspolitik keineswegs vollständig in der „Arbeitseinsatzpolitik“ aufging, impliziert diese Fragestellung, dass die folgenden Ausführungen keineswegs einen vollständigen Überblick über die Gesundheitspolitik im Ruhrbergbau darstellen, sondern die Gesundheitspolitik lediglich aus einer eingeschränkten, aber wichtigen Perspektive betrachten. Der Fragestellung wird auf drei Untersuchungsebenen nachgegangen. In einem ersten Schritt wird die Rolle der Gesundheitspolitik für die Sicherung des mittel- und langfristigen Arbeitskräftebedarfes im Ruhrbergbau vor dem Hintergrund der so genannten „Flucht aus dem Bergbau“ diskutiert. Am Beispiel von Knappschaftsreform und der Behandlung der Silikosefrage werden Möglichkeiten und Grenzen aufgezeigt, während des Krieges die Attraktivität des Bergmannberufes durch gesundheitspolitische Maßnahmen zu erhöhen. Ein zweiter Abschnitt diskutiert die Funktion der Gesundheitspolitik für die unmittelbare Bereitstellung von Arbeitskräften. Hier werden insbesondere die Maßnahmen der Bergbauunternehmen und der Knappschaft zur Senkung der ständig steigenden Zahl der Krankfeierschichten analysiert. Ein dritter und letzter Abschnitt thematisiert die Funktion von Gesundheitspolitik als gezielt einsetzbarem Instrument zum Erhalt und zur Steigerung individueller Arbeits- und Leistungskraft am Beispiel ernährungsphysiologischer Maßnahmen. Mit diesen Zugängen und Fragestellungen wird das Thema Gesundheitspolitik und „Arbeitseinsatz“ während des Zweiten Weltkrieges in seinen Grundlinien erschlossen, aber keineswegs erschöpfend dargestellt. So bleiben beispielsweise die Maßnahmen zur Beibehaltung oder Wiedereingliederung von „Berginvaliden“ in den Produktionsprozess oder

5 Vgl. Helmuth Trischler: „An der Spitze der deutschen Lohnarbeiterschaft“. Der Bergmann im Spannungsfeld von nationalsozialistischer Arbeitsideologie und bergmännischer Tradition, in: Der Abschnitt 41 (1989), S. 29–37.

6 Zur zeitgenössischen Debatte um die besonderen gesundheitlichen Gefahren des Bergmannsberufes vgl. z.B. Bruno Heymann/Karl Freudenberg: Morbidität und Mortalität der Bergleute im Ruhrgebiet, Essen 1925.

7 Vgl. Erich Marsch: Gesundheit und Krankheit im Bergbau. Untersuchungen über Krankheitshäufigkeit und Fehlerbelastung der wichtigsten Krankheitsarten in einem Steinkohlenrevier, Stuttgart 1942, S. 3.

die Instrumentalisierung der Anlegeuntersuchungen für die Zwecke des „Arbeitseinsatzes“ außerhalb der Betrachtung. Vor allem aber wird der wichtige Bereich der Bergunfälle und der Unfallverhütung hier nicht mitbehandelt.

Schließlich ist noch zu berücksichtigen, dass sich seit dem Frühjahr 1940, als die ersten so genannten „Fremdarbeiter“ auf den Zechen der Ruhr angelegt wurden, Gesundheitspolitik immer stärker entlang nationaler und rassischer Differenzierungen und Hierarchisierungen schied. Bereits 1940 und 1941 war die Gesundheitspolitik für die deutschen Stammbesellschaften nicht dieselbe wie diejenige für die neu angelegten ausländischen Belegschaften, die zudem noch je nach ihrer nationalen Herkunft auch gesundheitspolitisch unterschiedlich behandelt wurden. Spätestens mit Beginn des so genannten „Russeneinsatzes“ im Ruhrbergbau im Januar 1942 unterschied sich dann aber die Gesundheitspolitik, sofern man diesen Begriff hier überhaupt gebrauchen kann,⁸ für die ausländischen Arbeitskräfte diametral von den allgemeinen gesundheitspolitischen Zielen und Maßnahmen. Das Themenfeld Gesundheitspolitik und Zwangsarbeit wird im folgenden nicht in einem eigenen Abschnitt thematisiert, sondern in den oben genannten Abschnitten in einigen Punkten problematisiert, ohne es jedoch auch nur annähernd erschöpfend zu behandeln.⁹

2. Gesundheitspolitik als Instrument gegen die „Flucht aus dem Bergbau“?

Der durch die Rüstungskonjunktur induzierte wirtschaftliche Aufschwung setzte im Steinkohlenbergbau verspätet ein, so dass der sich hier erst seit dem Sommer 1937 bemerkbar machende Arbeitskräftebedarf auf einen Arbeitsmarkt traf, auf dem sich früher vom Aufschwung profitierende Wirtschaftszweige bereits bedient hatten und der dadurch entsprechend leergefegt war. Darüber hinaus nahm die Abkehr von Bergarbeitern in andere Industriezweige erhebliche Ausmaße an. 1937 verließen 15.273 und 1938 sogar 29.610 Bergarbeiter, zum Großteil junge Leute oder Facharbeiter, die Zechen an der Ruhr, um leichtere und besser bezahlte Arbeit in der benachbarten Eisen- und Metallindustrie, bei den großen Bauprojekten der Hermann-Göring-Werke oder auch im mittel- und süddeutschen Eisenerzbergbau zu finden.¹⁰ Staatliche Lenkungsmaßnahmen begegneten der erheblichen

8 Gesundheitspolitik wird hier weniger als Gesamtheit der auf den Erhalt oder die Wiederherstellung der Gesundheit der Adressaten zielenden Maßnahmen verstanden, sondern als Gesamtheit der Maßnahmen, die lediglich einen bewussten Einfluss auf die Gesundheit der Adressaten intendierten.

9 Das Thema Gesundheit bzw. Krankheit und Zwangsarbeit ist bisher relativ selten behandelt worden. Vgl. aber jetzt Uwe Danker u.a. (Hg.): „Wir empfehlen Rückversickung, da sich der Arbeitseinsatz nicht lohnt“. Zwangsarbeit und Krankheit in Schleswig Holstein 1939–1945, Bielefeld 2001. Vgl. auch als wichtiges Spezialproblem die Einbeziehung ausländischer Zwangsarbeiter in die nationalsozialistischen Krankenmorde bei Matthias Hamann: Die Morde an polnischen und sowjetischen Zwangsarbeitern in deutschen Anstalten, in: Beiträge zur nationalsozialistischen Gesundheits- und Sozialpolitik 1 (1985), S. 181–187.

10 Vgl. dazu und auch zum folgenden Klaus Wisotzky: Der Ruhrbergbau im Dritten Reich. Studien zur Sozialpolitik im Ruhrbergbau und zum sozialen Verhalten der Bergleute in den Jahren 1933–1939, Düsseldorf 1983, S. 130; vgl. ebenfalls zum Ausmaß der Abkehr den Bericht für Herrn Sogemeier über verschiedene Fragen, undatiert (Juli 1938), in: Bergbau Archiv Bochum (BBA) 13/1801.

Fluktuation im rüstungswichtigen Bergbau relativ spät. Erst im Juli 1939 wurde der Bergbau in die Durchführungsverordnung zur „Verordnung zur Sicherstellung des Arbeitskräftebedarfs für Aufgaben von besonderer staatspolitischer Bedeutung“ einbezogen, die einen Arbeitsplatzwechsel an die Zustimmung der örtlichen Arbeitsämter band.¹¹ Zwar verweigerten die Arbeitsämter von nun an in den meisten Fällen abkehrwilligen Ruhrbergleuten die Genehmigung dazu, aber vor allem den jungen und ungebundenen Männern blieb ein viel genutztes Schlupfloch zur „Flucht aus dem Bergbau“ erhalten. Sie meldeten sich in großer Zahl als freiwillig Längerdienende zur Wehrmacht, allein vom Januar 1940 bis zum August 1941 6.572 Personen, bis der verlustreiche „Russlandfeldzug“ den Drang junger Bergmänner zum freiwilligen Wehrmachtsdienst deutlich bremste.¹²

Hinzu kam die so genannte „Nachwuchsnot“, die Wilhelm Tengelmann bereits 1938 als das Kernproblem des Ruhrbergbaus bezeichnet hatte.¹³ Seit diesem Jahr konnte der Ruhrbergbau trotz größter propagandistischer Anstrengungen in den Schulen seinen Nachwuchsbedarf, also den Ergänzungsbedarf für ausscheidende Pensionäre, Invaliden und sonstige Abkehrer, jährlich etwa 4,5 Prozent der gesamten Arbeiterbelegschaft, nicht mehr decken. Bereits 1939 konnte der Ruhrbergbau nur noch 29 Prozent der eigentlich benötigten Bergjungeleute anlegen, im Lehr- und Einstellungsjahr 1942/43 erreichte die Deckung des Nachwuchsbedarfes kaum mehr 10 Prozent.¹⁴ Freiwillig ging bereits vor Kriegsbeginn kaum noch ein 14- oder 15jähriger Schulabgänger in den Bergbau.¹⁵

Die Gründe für diese Flucht aus oder vor dem Bergbau waren vielschichtig. Beim Lohn hatte der Bergmann seine frühere Vorrangstellung verloren, die Arbeitsbelastung im bergbaulichen Großbetrieb war gestiegen und das sinkende Sozialprestige der Bergleute wurde beklagt. Zweifellos gehörten aber auch die besonderen gesundheitlichen Belastungen des Bergmannsberufes zum Ursachenbündel für seine mangelnde Attraktivität. Neben den Unfallgefahren traten dabei auch immer stärker die Berufskrankheiten, insbesondere die Silikose, in das Bewusstsein. Dies zeigen beispielsweise die Ergebnisse einer von der Wirtschaftsgruppe Bergbau initiierten Umfrage bei Volksschulabgängern und deren Eltern in den einzelnen

11 Vgl. dazu allgemein Marie-Luise Recker: Nationalsozialistische Sozialpolitik im Zweiten Weltkrieg, München 1985.

12 Die Zahl nach dem Lagebericht der Bezirksgruppe Steinkohlenbergbau Ruhr der Wirtschaftsgruppe Bergbau (Bezirksgruppe Ruhr) für den Monat August 1941, in: Bundesarchiv Berlin (BAB) R 7/470, p 196–213, hier p 200. Aber noch im April 1942 meldeten sich 70 von insgesamt 111 Bergjungeleuten der Bochumer Gewerkschaft Constantin der Große freiwillig als Längerdienende zur Wehrmacht. Vgl. ein Schreiben der Gewerkschaft an die Bezirksgruppe Ruhr vom 7.4.42, in: BBA 20/3177.

13 Vgl. Tengelmanns Bericht an den Aufsichtsrat der Hibernia für das Geschäftsjahr 1938, in: BBA 32/511.

14 Die Angaben nach Wilhelm Nebelung: Vorschläge für die Behebung der Nachwuchsnot im Bergbau, Dezember 1940, in: BBA 13/1505; Lagebericht der Bezirksgruppe Ruhr für Mai 1943, in: BAB R 7/470, p 441–446.

15 Bereits im Ausbildungsjahr 1938/39 kamen 27 Prozent der sich schließlich meldenden Bergjungeleute ausschließlich durch Bemühungen der Arbeitsämter, d.h. mehr oder weniger durch Zwang, auf die Zeichen. Vgl. ein Schreiben des Oberberghauptmann Gabel an die Wirtschaftsgruppe Bergbau vom 23.1.1940, in: BBA 15/122.

Bergbaurevierien.¹⁶ Die Angst vor den Unfallgefahren und den Berufskrankheiten schreckte ab, und zwar ganz besonders in Bergarbeiterfamilien. Die Jungen in diesen Familien hatten die Auswirkungen der Untertagearbeit auf den Gesundheitszustand ihrer Väter, Onkel oder älteren Brüder jeden Tag direkt vor Augen.

Diese Probleme standen im krassen Widerspruch sowohl zur Bedeutung des Steinkohlenbergbaus innerhalb der Rüstungs- und Kriegswirtschaft als auch zur besonderen Wertschätzung, die der Bergbau in der nationalsozialistischen Arbeitsideologie genoss. Insofern bestand über die Notwendigkeit einer grundlegenden sozialen Besserstellung des Bergmanns mit dem Ziel, ihn wieder an den ihm gebührenden ersten Platz der Lohnarbeiterschaft zu stellen, grundsätzlicher Konsens. Neben lohnpolitischen Maßnahmen oder Wohnungsbauprogrammen mussten dabei auch gesundheitspolitische Reformen in das Blickfeld geraten. Einer Verwirklichung stand vor allem die Kostenfrage bei staatlich eingefrorenen Kohlenpreisen entgegen.

Die Erfolge des Blitzkrieges machten jedoch zunächst eine andere Lösung der strukturellen Arbeitskräfteprobleme des Bergbaus denkbar. Im Sommer 1940 entzündete sich an der Ruhr ein scharfer Konflikt mit dem von Göring zum Leistungsbeauftragten für den Bergbau und zum Reichskohlenkommissar bestellten ehemaligen DAF-Funktionär Paul Walter, der nach dem siegreichen Kriegsende die Lösung des strukturellen Arbeitskräfteproblems an der Ruhr in einem von ausländischen Hilfsvölkern betriebenen Helotenbergbau erblickte.¹⁷ Die gemeinsame, aber auch unterschiedlich stark ideologisch und pragmatisch motivierte Empörung von westfälischer Gauleitung, DAF-Bergbaufachverwaltung und Ruhrbergbau ging so weit, von Göring ein Grundsatzbekenntnis einzuholen, dass die deutsche Kohle auch in Zukunft nur von deutschen Bergleuten zu fördern sei.¹⁸ Stattdessen ging man seit dem Sommer 1940 daran, die durch die Blitzkriegserfolge gewonnenen materiellen Spielräume dazu zu nutzen, schon jetzt, wie Reichsverteidigungskommissar und Gauleiter Meyer anlässlich einer Besprechung mit dem Ruhrbergbau notierte, die notwendigen Maßnahmen für das Endziel, die materielle und ideelle Hebung der Stellung des Bergmanns, in Angriff zu nehmen.¹⁹

Als Ansatzpunkt einer umfassenden Sozialreform im Bergbau, deren Ziel es war, den Bergbau wieder attraktiver zu machen und den „Arbeitseinsatz“ langfristig zu sichern, bot sich die

16 Vgl. den Bericht von Bergrat Ziekursch zur Nachwuchswerbung, Juni 1942, in: BBA 20/91.

17 Vgl. das Protokoll zu einer Besprechung mit Reichskohlenkommissar Walter und Vertretern des Ruhrbergbaus bei Gauleiter und Reichsverteidigungskommissar Dr. Meyer am 19.6.1940, in: BBA 13/1757.

18 Sogar eine Führerentscheidung sollte zu dieser Frage eingeholt werden. Vgl. den Vermerk von Reichsverteidigungskommissar Meyer zu einer Besprechung im Oberpräsidium Münster am 6.8.1940, in: Staatsarchiv Münster (STAMS), Bestand Oberpräsidium (OP) 5067, p. 167. Für die DAF und die Gauleitung standen bei der Ablehnung des „Ausländerbergbaus“ zweifellos völkisch-ideologische Motive im Vordergrund, die auch manchen Vertretern des Ruhrbergbau keineswegs völlig fremd waren. Bei diesen überwogen aber wohl insgesamt stärker die zu erwartenden betriebsorganisatorischen und -wirtschaftlichen Probleme, insbesondere eine befürchtete hohe Fluktuation ausländischer Belegschaften.

19 Vgl. ebd.

Reform der Knappschaftsrankenversicherung an.²⁰ Wegen ihrer finanziellen Schieflage war die gesamte Knappschaftsversicherung und mit ihr die die Versicherten mit hohen Beiträgen belastende Krankenversicherung bereits seit Anfang der 1930er Jahre reformbedürftig. Obwohl über den grundsätzlichen Reformbedarf bei allen beteiligten Stellen Einigkeit herrschte, blockierten konträre Interessenlagen von Ruhrbergbau, Arbeitsfront und Reichsarbeitsministerium alle Initiativen, bis 1937 die Arbeitsmarktsituation und die Drohung von Kohlenpreissenkungen die Unternehmer hinsichtlich der Kostenfrage konzessionsbereiter machte. Das Gesetz über den Ausbau der Rentenversicherung vom 21. Dezember 1937 verbesserte die knappschaftlichen Pensionsleistungen geringfügig, brachte aber vor allem eine Beitragsentlastung der aktiven Bergarbeiter, die de facto einer Lohnerhöhung um 6 Prozent entsprach, und hielt zudem die zusätzliche finanzielle Belastung der Unternehmer in Grenzen.²¹ Dagegen blieb ein wesentlicher Leistungsausbau aus.

Hier schufen die Blitzkriegserfolge neue Handlungsspielräume. Das Jahr 1940 war allgemein von einer umfassenden sozialpolitischen Planung der Nachkriegsordnung gekennzeichnet. Verwirklicht wurde von diesen sozialen Neuordnungsplänen im wesentlich nur die Reform der Knappschaftsversicherung, die bei der Krankenversicherung ansetzte.²² Die Federführung in der Planung einer Neuordnung der gesamten knappschaftlichen Versicherung, die bereits im Sommer 1940 weitgehend abgeschlossen war, übernahm der im April 1939 zum Präsidenten der Reichsknappschaft bestellte Reinhard Jakob, ein früherer Aktivist der NSDAP und Träger des goldenen Parteiabzeichens. Dabei herrschte im Vorfeld weitgehender Konsens zwischen Jakob, den Vertretern des Reichsarbeitsministeriums und den Bergbauunternehmern, dass eine Neuordnung den Bergbau finanziell nicht weiter belasten dürfe, dass sie den Bergbau wieder attraktiver machen müsse und dass allgemeine Gesichtspunkte des „Arbeitseinsatzes“ in der Berufsversicherung stärker berücksichtigt werden müssten. Den ersten Schritt zur geplanten Gesamtreform stellte die Neuordnung der Krankenversicherung durch die Verordnung vom 19. Mai 1941 dar, die einen umfassenden Leistungsausbau brachte, nach dem Grundsatz – so Knappschaftspräsident Jakob – für den Bergmann sei das Beste gerade gut genug. So wurde die zeitliche Begrenzung der ärztlichen Krankenpflege sowie der Behandlung für den Versicherten und seine Familie vollends abgeschafft, die Leistungen im Bereich der Arzneien und Heilmittel wurden verbessert, die Fristen für die kostenlose Krankenhauspflege verlängert und anderes mehr. Diese Leistungsverbesserungen wurden weitgehend durch öffentliche Zuschüsse aus dem Reichsstock für Arbeitseinsatz finanziert. Die Mehrbelastung für Versicherte und Bergbauwirtschaft blieb äußerst geringfügig.²³

Neben der Ausweitung des bestehenden Leistungsrechtes kündigte die Verordnung vom 19. Mai die Durchführung einer verstärkten planmäßigen Gesundheitsfürsorge, eines „Ge-

20 Vgl. zur Knappschaftsreform und zum Folgenden grundlegend: Martin H. Geyer: Die Reichsknappschaft. Versicherungsreform und Sozialpolitik im Bergbau 1900–1945, München 1987.

21 Vgl. hierzu auch Wisotzky: Ruhrbergbau, S. 151–166.

22 Vgl. dazu Ulrich Lauf: Knappschaft und Sozialreformen: historische Betrachtungen aus fünfzehn Jahren, St. Augustin 2000, S. 95.

23 Vgl. Geyer: Reichsknappschaft, S. 344 ff.

sundheitswerkes für den deutschen Bergmann“, an, das in enger Zusammenarbeit mit der Arbeitsfront entworfen und als selbständiger neuer Aufgabenbereich der Knappschaft konzipiert worden war. Die Aufgabe, durch vorbeugende Maßnahmen die Bergarbeiter solange wie möglich gesund und leistungsfähig zu halten, wurde ausschließlich aus Mitteln des Reiches finanziert. Im Mittelpunkt des Gesundheitswerkes stand eine Erholungsfürsorge, in deren Rahmen seit dem Herbst 1941 bis zum Beginn des Jahres 1943 fast 50.000 Bergleute mit Hilfe der DAF-Organisation „Kraft durch Freude“ in den Erholungsurlaub geschickt wurden.²⁴ Daneben umfasste das Gesundheitswerk Maßnahmen zur Ernährungsfürsorge, Aktionen zur Vitaminprophylaxe, die Förderung der Erforschung von Berufskrankheiten und den Ausbau betrieblicher Fürsorgemaßnahmen, vor allem die Errichtung von betrieblichen Gesundheitshäusern, Schwimmbädern und Höhensonnenbestrahlungsanlagen. Im Sommer 1943 waren auf den Zechen des Gaues Westfalen-Süd 40 Höhensonnenbestrahlungsanlagen in Betrieb, 8 in Bau und weitere 12 geplant. Außerdem war der Bau von 17 so genannten Gesundheitshäusern bei 12 Bergbaugesellschaften in Planung.²⁵ Noch im Winter 1944/45 wurden im Ruhrbergbau neue Bestrahlungsanlagen in Betrieb genommen.

Dagegen zeigt das Beispiel der Berufskrankheiten und hier insbesondere der Silikose die kriegswirtschaftlich gesetzten Grenzen einer an der sozialen Besserstellung des Bergmannes orientierten Gesundheitspolitik. Die schwere Silikose, das war im Sinne des Gesetzes eine Silikose, die bereits schwere Insuffizienzerscheinungen des Herzens und der Lunge hervorgerufen hatte, war seit dem Februar 1929 durch die 2. Verordnung über die Ausdehnung der Unfallversicherung auf Berufskrankheiten als entschädigungspflichtige Berufserkrankung anerkannt.²⁶ Im Dezember 1936 wurde die Siliko-Tuberkulose in die Entschädigungspflicht einbezogen, wodurch sich die Zahl der entschädigungspflichtigen Fälle drastisch erhöhte. Insgesamt entschädigte die allein von den Unternehmern getragene Knappschaftsberufsgenossenschaft zwischen 1929 und 1944 23.574 Fälle von schwerer Silikose und Siliko-Tuberkulose, dagegen nur 5.264 Fälle anderer Berufskrankheiten.²⁷

Die Knappschafts-Berufsgenossenschaft verfolgte zunächst eine auch im Sinne des Arbeiterschutzes durchaus weitsichtige Politik, bei der durch aufwendige Prophylaxemaßnahmen spätere Kosten bei Heilung und Rente gespart werden sollten. Intensive medizinische Forschung, Reihenuntersuchungen bei den besonders gefährdeten Gesteinhauern und technische Maßnahmen, die die Staubentwicklung eindämmen sollten, waren die Eckpfeiler dieses Programms. Seit 1937 aber geriet in der Silikosefrage der Arbeiterschutz zunehmend in Kon-

24 Vgl. ebd., S. 346 ff.

25 Vgl. dazu den Kurzbericht über den derzeitigen Stand der gesundheitsfürsorgereichen Maßnahmen des Ruhrbergbaus in Bezug auf die Durchführung der Gesundheitsfür- und -vorsorge, undatiert (Sommer 1943), in: BBA 13/1935.

26 Vgl. dazu Prof. Dr. Reichmann/Prof. Dr. Schürmann: Der Verlauf der Silikose bei Gesteinhauern des Ruhrgebiets nebst Mitteilung über die bisherigen Beobachtungen an Gesteinhauern mit Arbeitsplatzwechsel hinsichtlich der Weiterentwicklung der Silikose, in: Zentralblatt für Gewerbehygiene und Unfallverhütung XII (1935), S. 121–132.

27 Vgl. dazu und zum Folgenden vor allem Josef Boyer: Unfallversicherung und Unternehmer im Bergbau. Die Knappschafts-Berufsgenossenschaft 1885–1945, München 1995, S. 221.

flikt zum primären Ziel der unbedingten Produktionssteigerung unter den Bedingungen des ersten Vierjahresplanes. Die frühzeitige Identifizierung einer Silikose, die zentrale Aufgabe einer am Arbeiterschutz orientierten Silikosepolitik, begünstigte den Berufswechsel von aktiven und erfahrenen Bergleuten aus Gesundheitsgründen, hatte also unmittelbare Auswirkungen auf die Produktion. Unübersehbar wurde dieser Zielkonflikt 1939, als das Hauptamt für Volksgesundheit der DAF in Westfalen eine allgemeine und einfache Röntgenreihenuntersuchung unter Bergarbeitern im Rahmen der Tuberkulosebekämpfung durchführte. Trotz der Ungenauigkeit der Röntgendiagnostik bei solchen Reihenuntersuchungen wurden anlässlich dieser Untersuchung als Nebenbefunde zahlreiche Verdachtsfälle silikotischer Veränderungen festgestellt und zwar über den Kreis der bekannten Risikogruppe der Gesteinshauer hinaus. Die Konsequenz im Sinne einer am Arbeiterschutz orientierten Gesundheitspolitik hätten umfangreiche Nachuntersuchungen und eine Ausweitung der prophylaktischen Maßnahmen der Berufsgenossenschaft auch über die Gruppe der Gesteinshauer hinaus sein müssen. Die Knappschafts-Berufsgenossenschaft dagegen drängte für die Dauer des Krieges auf solche allgemeinen Reihenuntersuchungen durch Dritte zu verzichten, da die dabei zu erwartenden massenhaften Silikosebefunde eine Flut von Pensionierungsanträgen und eine weitere Flucht aus dem Bergbau nach sich ziehen würden. Die eigenen prophylaktischen Reihenuntersuchungen wollte man weiterhin auf den Kreis der Gesteinshauer beschränken. Als Kompromisslösung setzte das Amt für Volksgesundheit seine Reihenuntersuchung zwar fort, aber zur Nachuntersuchung kamen nur die dabei erkannten Verdachtsfälle auf schwere Silikosen und Siliko-Tuberkulosen. Dagegen ließ man die Diagnose von leichten Fällen, also von Erkrankungen, die noch nicht von schwerwiegenden Funktionseinschränkungen des Herzens und der Lunge begleitet waren, entgegen dem inzwischen erzielten medizinischen Kenntnisstand über den Verlauf von Silikoseerkrankungen auf sich beruhen, ohne die Betroffenen von ihrer Erkrankung zu informieren.²⁸ In den letzten beiden Kriegsjahren kam die breitere Silikosekontrolle nahezu vollständig zum Erliegen. Selbst die Reihenuntersuchungen bei den Gesteinshauer wurden erheblich eingeschränkt.²⁹ Dies war allerdings eher materiellen Kriegsfolgen geschuldet, denn Ergebnis gezielter Politik.

Das Beispiel der Silikoseprophylaxe zeigt also die Grenzen einer Gesundheitspolitik, die über durchgreifende Reformmaßnahmen die besonderen gesundheitlichen Belastungen der Bergarbeit mildern wollte, um so die Bindungen an den Bergmannsberuf zu stärken. Dieses Ziel geriet insbesondere seit dem Frühjahr 1942 zunehmend in den Hintergrund, ohne jedoch vollständig aufgegeben zu werden. Von vornherein galt es aber nicht für die seit dem Frühjahr 1940 in immer größerer Zahl im Ruhrbergbau angelegten ausländischen Arbeitskräfte. Zwar wurden die zunächst angelegten Ausländergruppen, abgesehen von den französischen und belgischen Kriegsgefangenen, in die Knappschaftsversicherung einbezogen und profitierten insofern prinzipiell von den Reformen, aber eine Reihe von Sonderregelungen schränkte ihre Leistungsrechte entscheidend ein. Beispielsweise blieb die Krankenhausbe-

²⁸ Vgl. dazu ebd., S. 243–247.

²⁹ Zu den Röntgenreihenuntersuchungen in der zweiten Kriegshälfte vgl. auch den wirtschaftlichen Lagebericht des Oberbergamtes vom 18.3.1943, in: BAB R 7/459, p. 126r–130r.

handlung der knappschaftsversicherten ausländischen Bergleute von vornherein auf zwei bis drei Wochen beschränkt. Wenn nach dieser Zeit keine Überführung in eine ambulante Betreuung möglich war, erfolgte in aller Regel die so genannte „Heimführung“ und damit auch der Ausschluss aus der Knappschaft.³⁰

Ein Sondersystem der medizinischen Versorgung für ausländische Bergarbeiter etablierte sich endgültig mit dem Beginn des „Russeneinsatzes“, also des Einsatzes sowjetischer Kriegsgefangener und so genannter „Ostarbeiter“³¹, im Ruhrbergbau seit Anfang des Jahres 1942. Die „Ostarbeiter“ wurden nicht mehr in die Knappschaftsversicherung einbezogen – die sowjetischen Kriegsgefangenen auf Grund ihres Status sowieso nicht –, sondern einer Sonderregelung unterworfen, die sich zwar an der Gesetzlichen Krankenversicherung orientierte, aber beispielsweise Leistungen wie Sterbegeld oder Familienkrankenhilfe gar nicht erst in ihrem Leistungskatalog hatte.³² Die Prämisse für die medizinische Versorgung der Arbeiter aus der Sowjetunion formulierte die Bezirksgruppe Ruhr wie folgt: „Dass die Betreuung des deutschen Bergmanns sowohl der Intensität wie der Aufwendungen nach auf weiteste Sicht berechnet ist, ist bekannt. Bei den Sowjetrussen handelt es sich nach den aufgestellten Grundsätzen lediglich darum, in bescheidenster aber ordnungsgemäßer Weise die Erhaltung der augenblicklichen Arbeitsfähigkeit zu sichern.“³³

Diesem bescheidenen Ziel, das längst nicht immer erreicht werden konnte, diente ein besonderes System der medizinischen Versorgung, das sich zusammenfassend mit dem Begriff „Lagermedizin“ kennzeichnen lässt. Nachdem zu Beginn des „Ausländereinsatzes“ die ambulante Behandlung der ausländischen Zivilarbeiter noch in den Praxen der Knappschaftsärzte erfolgt war, wo aber, wie die Bezirksgruppe Ruhr kritisch vermerkte, sich die deutschen Gefolgschaftsmitglieder und ihre Familien gemeinsam mit den Ausländern in überfüllten Wartezimmern aufhalten mussten, verlagerte sie sich zunehmend in die Lager selbst, in denen so genannte Lagerärzte nun zumeist zweimal oder dreimal wöchentlich Sprechstunden abhielten.³⁴ Die Betreuung der Zivilarbeiterlager oblag dabei grundsätzlich der Kassenärztlichen Vereinigung Deutschlands (KVD), diejenige der Kriegsgefangenenlager Sanitätsoffizieren. Allerdings wurde diese reguläre ärztliche Betreuung infolge des vor allem seit Mitte 1942

30 Vgl. dazu ein Schreiben der Gute Hoffnungshütte an die Bezirksgruppe Ruhr vom 15.8.1942, in: BBA 13/2103. Durch Erlasse des Reichsarbeitsministeriums und des Generalbevollmächtigten für den Arbeitseinsatz war der medizinische Behandlungszeitraum für die Behandlung ausländischer Arbeiter auf ca. 8 Wochen beschränkt. Vgl. dazu allgemein auch Annette Grewe: Krankheit als Alltag und Schicksal. Die medizinische Versorgung Zwangsarbeitender in Schleswig-Holstein, in: Danker u.a. (Hg.): Rückverschickung, S. 43–92.

31 Darunter wurden – von wenigen Ausnahmen abgesehen – die aus den besetzten Gebieten der Sowjetunion rekrutierten Zivilarbeiter und Zivilarbeiterinnen verstanden.

32 Zur versicherungsrechtlichen Stellung der „Ostarbeiter“ vgl. genauer Geyer: Reichsknappschaft, S. 351–353.

33 Vgl. ein Schreiben der Bezirksgruppe Ruhr an das Reichsarbeitsministerium vom 7.1.1943, in: BBA 13/2103. Die zweite wichtige gesundheitspolitische Prämisse des „Ausländereinsatzes“, nämlich seuchenprophylaktische Maßnahmen zum Schutz der deutschen Belegschaften, wird im Folgenden nicht behandelt.

34 Vgl. dazu ein Rundschreiben der Bezirksgruppe Ruhr vom 10.12.1940, in: BBA 13/2103.

noch einmal stark ansteigenden Ärztemangels weiter zurückgedrängt. So lehnte beispielsweise die KVD in Dortmund die ärztliche Betreuung eines „Ostarbeiterlagers“ des Hoesch-Bergbaus ab, da man nicht genug Kapazitäten zur Verfügung habe.³⁵ Der Ruhrbergbau kritisierte außerdem verschiedentlich, dass unter der Tätigkeit der Knappschaftssprengelärzte als Lagerärzte die ärztliche Versorgung der deutschen Belegschaftsmitglieder leide.³⁶ In der Folge ging die medizinische Betreuung der ausländischen Zivilarbeiter und Kriegsgefangenen entweder immer stärker auf ausländische Ärzte oder Feldschere über³⁷ oder geriet in die Hände nicht zugelassener deutscher Therapeuten. So soll auf der niederrheinischen Zeche Niederberg in Neukirchen-Vluyn ein Tierarzt für die Betreuung der sowjetischen Kriegsgefangenen zuständig gewesen sein, und in einem Kriegsgefangenenlager des Hoesch-Bergbaus übernahm diese Funktion ein Sanitäter, dem die ärztliche Approbation wegen eines Verstoßes gegen den § 218 entzogen worden war.³⁸

Auch schwerer erkrankte sowjetrussische Kriegsgefangene und „Ostarbeiter“, die eigentlich eine Krankenhausbehandlung benötigt hätten, wurden in aller Regel im Lager selbst in schlecht ausgestatteten so genannten Revierstuben oder Revierlazaretten behandelt. An Verbandstoffen herrschte Dauermangel, und Medikamente waren kaum zu bekommen.³⁹ Den Vorschlag eines Oberfeldarztes des Wehrkreiskommandos, schwerer erkrankte sowjetische Kriegsgefangene in den Knappschaftskrankenhäusern unterzubringen, falls diese unterbelegt seien, lehnten sowohl die Bezirksgruppe Ruhr als auch die Ruhrknappschaft entschieden ab. Die Bezirksgruppe hielt es aus allgemeinen Gründen nicht für richtig, die für die bergmännische Bevölkerung bestimmten Krankenhäuser mit sowjetischen Kriegsgefangenen zu belegen, und die Knappschaft befand: „Wären aber wirklich Betten im B.H. [Bergmannsheil – H.C.S.] frei für andere Kranke als verletzte Bergleute und Rüstungsarbeiter, so kämen in erster Linie doch wohl verwundete deutsche Soldaten für eine zusätzliche Belegung in Frage und nicht ausgerechnet erkrankte russische Kriegsgefangene. Es scheint uns wichtiger, dass unsere Verwundeten Nutznießer der guten Spezialeinrichtungen des B.H. werden als russi-

35 Vgl. ein Schreiben der Hoesch AG, Abt. Bergbau, an die Bezirksgruppe Ruhr vom 7.4.1942, in: BBA 13/2103.

36 Vgl. beispielsweise das Schreiben der Bezirksgruppe Ruhr an die Reichsvereinigung Kohle vom 3.11.1943, in: BBA 13/1297; vgl. außerdem einen Aktenvermerk über eine Besprechung der Sicherheitsbeauftragten der Kruppschen Zechen vom 18.10.1943, in: BBA 20/2883.

37 Vgl. z.B. für die Betreuung der sowjetischen Kriegsgefangenen im Ruhrbergbau ein Schreiben des Korpsarztes beim Stellv. Generalkommando VI. A.K., Prof. Dr. Fromme an die Bezirksgruppe Ruhr vom 2.9.1942, in: BBA 13/2103.

38 Vgl. dazu Ulrich Kemper: Zwangsarbeit auf Zeche Niederberg in Neukirchen-Vluyn während der Kriegsjahre 1939–1945, MS Neukirchen-Vluyn 1991; Hoesch AG, Abt. Bergbau an die Bezirksgruppe Ruhr vom 7.4.1942, in: BBA 13/2103.

39 So wurde beispielsweise auf einer Bezirksuntergruppen-Sitzung in Gelsenkirchen die Beschwerde laut, das Stanarbeitslager (Stalag) stelle für die kriegsgefangenen Sowjetrussen nur drei Medikamente zur Verfügung, eines zum Aufstreichen auf die Haut, eines zum Abführen und eines zum Stopfen. Z.T. müssten ohne Wissen des Lagerführers Medikamente eingeschmuggelt werden, um die Leute behandeln zu können. Vgl. ein Aktennotiz für Wieacker, Bezirksgruppe Ruhr, vom 13.8.1942, in: BBA 13/2103; vgl. auch ein Schreiben der Verwaltung von Diergardt-Mevissen an die Bezirksgruppe Ruhr vom 12.12.1942, in: BBA 13/1932.

sche Kriegsgefangene.⁴⁰ Auch für „Ostarbeiter“, die prinzipiell Anspruch auf wenigstens zwei Wochen Krankenhausbehandlung bei Bedarf hatten, standen die Knappschaftskrankenhäuser zumeist nicht offen.⁴¹

3. „Simulanten“ und „Gesundschreiber“

Das Erreichen der Produktionsziele des Steinkohlenbergbaus im Rahmen der Rüstungs- und Kriegswirtschaft war nach Auffassung des Ruhrbergbaus nicht zuletzt durch die hohe Zahl der Krankfeierschichten gefährdet. Bereits seit 1938 gehörte deshalb die Senkung des Krankenstandes zu den vordringlichen Zielen der „Arbeitseinsatz-, und Gesundheitspolitik im Ruhrbergbau. Allein durch die Reduzierung der Krankfeierschichten auf ein Normalmaß ließen sich 3 000 Arbeitskräfte gewinnen, bezifferte beispielsweise eine Besprechung bei der Bezirksgruppe Ruhr vom März 1942 die Auswirkungen des angeblich überhöhten Krankenstandes auf den „Arbeitseinsatz“.⁴²

Tabelle 1: Krankheitsfälle bei der Ruhrknappschaft in Prozent der Mitglieder⁴³

Jahr	Krankheitsfälle in Prozent
1918	107,2
1922	45,7
1927	78,3
1930	49,8
1932	35,3
1936	42,9
1937	49,6
1938	61,0
1939	68,8
1940	66,6
1941	83,3
1942	106,5
1943	94,5

40 Vgl. ein Schreiben der Bezirksgruppe Ruhr an die Verwaltung der Ruhrknappschaft vom 2.12.1942 sowie das Antwortschreiben der Ruhrknappschaft vom 11.12.1942, in: BBA 13/2103.

41 Der Ruhrbergbau kritisierte dies, weil er für die „Ostarbeiter“ Beiträge für eine besondere Krankenversicherung abführte, die die Möglichkeit der Krankenhausbehandlung beinhaltete, und sie nun weiter in den Lagern versorgen musste. Vgl. dazu eine Aktennotiz von Bergassessor Fellinger, Bezirksgruppe vom 14.5.1942, in: BBA 13/2103.

42 Vgl. Niederschrift über die Besprechung betreffend Fehlschichten, insbesondere Krankfeierschichten vom 2.3.1942, in: BBA 13/1339.

43 Nach Matthias Odenthal: Der Gesundheitszustand der Ruhrknappschaftsmitglieder in dem Zeitraum 1913 bis 1943, Essen 1945, S. 19.

Die Tabelle 1 zeigt allerdings, dass der zweifellos vorhandene Anstieg der Krankfeierschichten seit 1938 zunächst durchaus im Rahmen dessen blieb, was in Zeiten der Vollbeschäftigung und Arbeitskräfteknappheit üblich war. Lediglich gemessen an den Jahren mit hoher Arbeitslosigkeit, in denen das Krankfeiern den Arbeitsplatz gefährdete, konnte die Krankenzahl der Ruhrknappschaft ab 1938 als überhöht erscheinen. Erst 1941 wurde der Wert des Vorkrisenjahres 1927 wieder überschritten, und noch 1943 hatte der Krankenstand der Knappschaft noch nicht das Niveau des Jahres 1918 erreicht. Allerdings erfasst die Tabelle 1 nur die Krankengeldempfänger, also nicht die Bergleute, die lediglich für ein oder zwei Tage krankfeierten, und sie umschließt ebenfalls nicht die nicht knappschaftsversicherten Kriegsgefangenen und „Ostarbeiter“, die vor allem seit dem Sommer 1942 zu Zehntausenden auf den Zechen der Ruhr eingesetzt wurden. Insofern gibt die Tabelle 2, die sich auf die arbeits-täglichen Krankfeierschichten einschließlich der nicht knappschaftsversicherten Ausländergruppen bezieht, einen etwas genaueren Einblick in den Anstieg der Krankfeierschichten seit 1940.

Tabelle 2: Arbeitstägliche Krankfeierschichten im Ruhrbergbau auf 1.000 Angelegte, einschl. ausländische Zivilarbeiter und Kriegsgefangene, 1940–1944⁴⁴

1940	38,6
1941	50,0
1942	64,8
1943	67,8
1944 (1)	62,5

(1) bis einschließlich August 1944

In der zeitgenössischen Diskussion wurden für das Ansteigen der Krankenschichten mit je unterschiedlicher Gewichtung im Zeitverlauf im wesentlichen drei Ursachen verantwortlich gemacht. Erstens waren die steigenden Krankenziffern zweifellos eine Folge der sich verändernden Zusammensetzung der Belegschaften seit 1937. Auf der einen Seite wurden junge und gesunde Bergleute zur Wehrmacht eingezogen, auf der anderen Seite wurde die Weiterbeschäftigung älterer und invalider Bergarbeiter, die in Friedenszeiten aus den aktiven Belegschaften ausgeschieden worden wären, angesichts der Probleme des „Arbeitseinsatzes“ gefördert. Die daraus folgende Überalterung und „Invalidisierung“ insbesondere der Übertagebelegschaften hatte entsprechende Konsequenzen für die Krankenstatistik. So hielt beispielsweise der vom Bergbauverein um ein Gutachten zum Gesundheitszustand der Ruhrbergleute und zum Anstieg der Krankfeierschichten gebetene Direktor des Dortmunder Kaiser-Wilhelm-Instituts (KWI) für Arbeitsphysiologie Prof. Lehmann, letzteren hauptsächlich für eine kriegsbedingte Folge der Nichtausscheidung älterer und arbeitsbehinderter Bergleute.⁴⁵

⁴⁴ Eigene Berechnungen nach BBA 25/229.

⁴⁵ Vgl. das Schreiben von Prof. Lehmann an den Verein für die bergbaulichen Interessen vom 28.9.1942, in: BBA 13/1933.

Vor allem aber der seit dem Sommer 1940 steigende Anteil der ausländischen Zivilarbeiter und Kriegsgefangenen wurde für die Erhöhung des Krankenstandes verantwortlich gemacht.⁴⁶ Allerdings war die Zahl der Krankfeierschichten bei den ausländischen Arbeitern häufig, aber keineswegs durchgängig höher als bei den deutschen Belegschaftsmitgliedern. Zwar war der Gesundheitszustand vor allem der ausländischen Arbeiter aus Osteuropa oft katastrophal, das gilt insbesondere für die sowjetischen Kriegsgefangenen, aber hinsichtlich der Krankschreibung galten längst nicht die gleichen Kriterien wie für die deutschen Bergarbeiter. Der Präsident der Reichsknappschaft, Reinhard Jakob, hatte beispielsweise bereits im August 1940 die Vertrauensärzte der Knappschaft angewiesen, die Überprüfung der im Frühjahr des Jahres angelegten polnischen Arbeiter auf Arbeitsfähigkeit besonders streng zu handhaben.⁴⁷ Diese Praxis führte dann auf vielen Zechen zu der absurden und zynischen Situation, dass selbst die Zahl der Krankfeierschichten der völlig unterernährten und in einer großen Zahl mit Tuberkulose und Fleckfieber infizierten sowjetischen Kriegsgefangenen, von denen nach normalen Kriterien wohl kaum jemand arbeitsfähig war, über längere Zeiträume hinweg unterhalb derer der deutschen Bergleute lag.⁴⁸ So kam nicht nur die Werksleitung der Schachanlage Ickern bei der differenzierten Betrachtung der Krankfeierschichten zu dem Schluss, dass „die häufig vertretene Ansicht, dass die Fehlschichten durch den Maseneinsatz der Ausländer zugenommen hätten, [...] unrichtig [sei]“.⁴⁹

Zweitens bestand auch zeitgenössisch kein Zweifel, dass die negative Entwicklung der Krankenstatistik nicht nur auf den Veränderungen der Belegschaftsstruktur beruhte, sondern auch auf einer tatsächlichen erheblichen Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Stammebelegschaften. In der Krankenstatistik schlug zunächst die kriegsbedingte Zunahme von bestimmten Krankheitsbildern zu Buche. So wurde eine erhebliche Steigerung von Magenerkrankungen, die auf das schlechte Kriegsbrot und die psychische Anspannung zurückgeführt wurden, und von Furunkulosen, die ihre Ursache in der minderwertigen Kriegsseife und im Mangel an Desinfektionsmitteln zur Reinigung der Waschkauen hatten, festgestellt.⁵⁰ Vor allem aber ließen aus Überlastung resultierende allgemeine Ermüdungs- und Erschöpfungszustände viele Bergarbeiter insbesondere seit 1942 in die Krankheit Zuflucht nehmen. Die bereits seit März 1939 um eine dreiviertel Stunde verlängerte Arbeitszeit, die seit 1941 zusätzlichen regelmässigen Pflichtschichten an Sonn- und Feiertagen, in deren Folge viele Bergarbeiter manchmal drei Wochen ohne Erholungstag durcharbeiten mussten, sowie der allgemein steigende Produktionsdruck bewirkten in Verbindung mit den durch ständigen Fliegeralarm gestörten Ruhezeiten und einer partiellen Mangelernährung eine stetige

46 Vgl. z.B. den Bericht zu einer Sitzung des Arbeitskreises Essen zur Überwachung des Krankenstandes am 2.9.1942, in: BBA 13/1339.

47 Vgl. Jakob an das Reichsarbeitsministerium vom 18.3.1943, in: BBA 32/3875.

48 Vgl. z.B. nur für die Schachanlage Waltrop die Berichte über die wirtschaftliche Lage, in: BBA 72/44.

49 Vgl. die Niederschrift der Sitzung des Arbeitskreises für Leistungssteigerung der Schachanlage Ickern vom 29.9.1943, in: BBA 16/598.

50 Vgl. Wolfgang Franz Werner: „Bleib übrig“. Deutsche Arbeiter in der nationalsozialistischen Kriegswirtschaft, Düsseldorf 1983, S. 308. Vgl. auch das Schreiben des Oberbergamtes Dortmund an die Bergrevierbeamten vom 29.12.1942, in: BBA 20/2879.

Verschlechterung der Leistungsfähigkeit und des Gesundheitszustandes der Bergarbeiter. Ein Hertener Knappschaftsarzt berichtete beispielsweise im Juli 1942, dass er in seiner 42jährigen Tätigkeit – abgesehen von den Jahren 1917 und 1918 – noch nie eine gesundheitlich derart „heruntergewirtschaftete“ Belegschaft gesehen habe. Die Ursache dafür sei zweifellos die zermürbende Mehrarbeit.⁵¹ Und dies war keineswegs eine Erscheinung, die nur alten Knappschaftsärzten auffiel, sondern die auch von zahlreichen Werksleitungen bestätigt wurde.⁵²

Die Bergwerksunternehmen und Arbeitseinsatzbehörden verkannten also keineswegs, dass die Belegschaften an ihrer Belastungsgrenze angekommen waren oder diese bereits überschritten hatten. Dennoch machten sie drittens auch eine wachsende Zahl von so genannten „Bummelanten“ oder „Simulanten“ für die überhöhten Krankenstände verantwortlich. Vor der allerdings unrealistischen Folie der niedrigen Krankenstände in der Krisenzeit der frühen 30er Jahre schätzte man, dass 20 bis 40 Prozent aller krank geschriebenen Bergleute unberechtigt einen Krankenschein genommen hatten.⁵³ Unterstützt wurde solch unberechtigtes Krankfeiern nach Auffassung der Zechenverwaltungen durch zahlreiche Sprengel- und Revierärzte der Knappschaft, die sich gegenüber ihren Patienten zu weich und nachgiebig verhielten, die also ihre Krankschreibungspraxis der Vorkriegszeit unter den Bedingungen des Krieges weiterführten.⁵⁴ Man müsste einmal alle Knappschaftsärzte zusammenrufen, empfahl der Kreisamtsleiter der DAF Dr. Schumacher, um ihnen vor Augen zu führen, welche Produktionsausfälle durch Krankschreibungen entstanden. Dagegen müssten die Knappschaftsärzte auch einmal gegen ihre Meinung und sonstige Gewohnheit Gefolgschaftsmitglieder, die sie sonst krank geschrieben hätten, zur Arbeit auffordern, da der Krieg nun einmal Härten verlange.⁵⁵

Während die Zusammensetzung der Belegschaften wenig zu beeinflussen war und auch die Arbeitsbelastung für den Bergmann angesichts des enormen Produktionsdruckes kaum reduzierbar schien, bot der Bummelanten- und Simulantenverdacht Eingriffsmöglichkeiten und legte eine schärfere Kontrolle der sich krank meldenden Arbeiter und der krankschreibenden Ärzte nahe. Hier war zunächst an das seit einer Notverordnung vom Juli 1930 gegebene Instrument der Nachuntersuchung krank geschriebener Kassenmitglieder durch Vertrauensärzte zu denken, das zunächst nur zur finanziellen Konsolidierung der Krankenkassen geschaffen worden war, nun aber mehr und mehr zu einer Kontrollinstanz gegenüber den

51 Vgl. Dr. W. Dyckerhoff an den Präsidenten der Reichsknappschaft vom 4.8.1942, in BBA 13/1339; vgl. ebenso auch etwa Dr. Schieferecke an die Reichsknappschaft vom 4.8.1942, in: ebd.

52 Vgl. z.B. das Schreiben von Heinrich Kost, Generaldirektor der Gewerkschaft Rheinpreußen, an die Bezirksgruppe Ruhr vom 29.6.1942, in: BBA 13/1294.

53 Vgl. z.B. die Niederschrift der Sitzung des Ausschusses für Leistungssteigerung auf den Schachtanlagen Victor und Ickern vom 17.9.1942, in: BBA 16/589.

54 Vgl. dazu beispielsweise die Niederschrift über die Direktoren-Sitzung des Krupp-Bergbaus vom 15.4.1944, in: BBA 20/4 oder die Niederschrift über die Sitzung des Ausschusses für Gesundheit und Ernährung der Bergarbeiter vom 23.1.1941, in: BBA 13/1050.

55 Vgl. Arbeitskreis Essen zur Überwachung des Krankenstandes. Bericht über die Arbeitstagung am 2.7.1942 in der Kreisverwaltung der DAF, in: BBA 13/1339.

Versicherten und den Ärzten geriet.⁵⁶ Die Ruhrknappschaft besaß 1938 insgesamt fünf vertrauensärztliche Untersuchungsstellen, an denen 20 Ärzte tätig waren.⁵⁷ Ein Jahr später existierten bereits 14 Stationen mit dem Arbeitsschwerpunkt Krankenüberwachung. Der Umfang der Nachuntersuchungen wuchs daher zunächst beträchtlich. Im Ruhrrevier wurden zwischen dem 16. Januar und dem 15. Februar 1940 allein bei 19.000 Krankfeiern den Nachuntersuchungen vorgenommen.⁵⁸ Die Zechenleitungen forderten und begrüßten diese Ausdehnung des vertrauensärztlichen Dienstes, waren sich zugleich aber dessen Zwiespältigkeit bewusst: „Tatsächlich kranke“ Belegschaftsangehörige mussten die Verschärfung des vertrauensärztlichen Dienstes mit Folgen für ihre Arbeitsmoral als unberechtigte Schikane empfinden. Der Aufsichtsrat der Hibernia hielt deshalb beispielsweise fest: „Es muss unter allen Umständen verhindert werden, dass wirklich Kranke zur Arbeit geschickt werden, andererseits ist schärfstens auf Simulanten und Drückeberger zu achten.“⁵⁹

Der Ärztemangel infolge von Einberufungen zum Wehrdienst schob einer weiteren Ausdehnung der vertrauensärztlichen Nachuntersuchungen in der Folgezeit einen Riegel vor. 1942 waren zwei Drittel der Vertrauensärzte der Ruhrknappschaft eingezogen, so dass der Umfang der Nachuntersuchungen deutlich reduziert werden musste.⁶⁰ Zwar gelang es Ruhrbergbau und Ruhrknappschaft, die UK-Stellung von einigen Vertrauensärzten durchzusetzen und so den völligen Zusammenbruch des vertrauensärztlichen Dienstes zu verhindern, doch das Maß an disziplinierender Kontrolle, das sich Knappschaft und Bergbau von ihm erhofft hatten, konnte der vertrauensärztliche Dienst nicht mehr entfalten.

Die Ergebnisse der tatsächlich durchgeführten Nachuntersuchungen schienen immerhin zunächst den Erwartungen der Bergbaugesellschaften und der Knappschaft zu entsprechen. Eine oberärztliche Nachuntersuchung bei den Zechen der Gute Hoffnungshütte im November 1942 beispielsweise ergab, dass von 237 vorgeladenen Gefolgschaftsmitgliedern 75 auf die Nachuntersuchung verzichteten und die Arbeit sofort wieder aufnahmen und weitere 36 bei der Nachuntersuchung für voll arbeitsfähig erklärt wurden. Demnach, so die Schlussfolgerung des Berichterstatters der Gute Hoffnungshütte, hätten von 237 krankfeiern den Bergarbeitern 111, also 47 Prozent, zu Unrecht gefeiert.⁶¹ Dies war ein durchaus übliches Ergebnis einer oberärztlichen Nachuntersuchung. Die Vertrauensärzte machten ihrem Ruf als „Gesundschreiber“ in der Regel alle Ehre. Als Resultat einer größer angelegten vertrauensärztlichen Nachuntersuchung im Januar 1944, so berichtete die Bezirksgruppe Ruhr den Bergwerksdirektoren, seien 60 Prozent der Untersuchten am nächsten Tag wieder einsatzfähig gemeldet gewesen: „Die Untersuchungsergebnisse erwecken jedoch darüber hinaus den

56 Vgl. dazu allgemein Hachtmann: Industriearbeit, S. 234.

57 Vgl. die Angabe bei Elmar Menzel: Bergbau-Medizin einst und jetzt. Entwicklung des bergmännischen Gesundheitswesens unter Einschluss der Kranken- und Unfallversicherung, Berlin 1989, S. 275.

58 Vgl. dazu Geyer: Reichsknappschaft, S. 341.

59 Vgl. eine Anlage zur Niederschrift der Aufsichtsratssitzung der Hibernia vom 22.7.1942, in: BBA 32/512.

60 Vgl. das Schreiben des Leiters der Reichsknappschaft an die Bezirksgruppe Ruhr vom 12.6.1942, in: BBA 13/1339.

61 Vgl. Gute Hoffnungshütte an Bezirksgruppe vom 6.11.1942, in: BBA 13/1339.

Eindruck, dass die Tatsache der Vorladung allein genügt, sowohl beim Kranken als auch beim behandelnden Arzt eine Abkürzung der Krankfeierzeiten zu erreichen.“⁶²

Allerdings blieb die Wirkung der vertrauensärztlichen Untersuchung aus Sicht der Bergwerksgesellschaften dennoch begrenzt. Erstens gab es aus den geschilderten Gründen zu wenige Untersuchungen und zweitens, so die Erfahrung vieler Zehengesellschaften, waren die psychologischen Wirkungen nicht nachhaltig. So berichteten beispielsweise die Kruppschen Zechenbetriebe anlässlich einer vertrauensärztlichen Nachuntersuchung von einer zunächst bereinigenden Wirkung, nach kurzer Zeit sei aber der alte Trott wieder eingekehrt.⁶³

Insofern schien eine schneller greifende und unmittelbar vom Betrieb ausgehende Kontrolle des Gesundheitszustandes der Belegschaften notwendig zu sein. Eine werksärztliche Betreuung hat man jedoch bis 1938 im Ruhrbergbau kaum für notwendig befunden, da sie durch die in der Regel enge Fühlungnahme zwischen den Werksleitungen und den Sprengelärzten der Knappschaft gewissermaßen ersetzt worden war. Erst im Mai 1938 unternahm der Klöckner-Bergbau erstmals den Versuch, seine vier Schachtanlagen mit insgesamt etwa 12.000 Belegschaftsmitgliedern durch einen hauptamtlichen Werksarzt mit dem ausdrücklichen Ziel ärztlich betreuen zu lassen, den hohen Krankenstand der Schachtanlagen zu senken.⁶⁴ Probleme traten allerdings auf, als die DAF von Klöckner die Umwandlung des Werksarzt- in einen Betriebsarztvertrag verlangte. Das Amt für Gesundheit und Volksschutz der DAF hatte die Einstellung von Betriebsärzten seit 1936 propagiert und war 1937 mit der Reichsgruppe Industrie (RGI) zu einer Vereinbarung über deren Anstellungsbedingungen auf der Grundlage von verbindlichen Musterverträgen gekommen.⁶⁵ Diese sahen zwar eine unmittelbare Unterstellung des Betriebsarztes unter den Betriebsführer vor, aber eben auch die verpflichtende Genehmigung des eingestellten Betriebsarztes durch die DAF, die Ausübung seiner Tätigkeit nach den Richtlinien des Hauptamtes für Volksgesundheit und eine betriebsärztliche Berichtspflicht gegenüber Stellen der DAF.⁶⁶ Dies rief den Unwillen des Ruhrbergbaus hervor, der vermutlich nicht zu Unrecht argwöhnte, dass die DAF über die Betriebsärzte Einfluss auf die unmittelbare Betriebsführung zu gewinnen versuchte. Der Leiter des Klöckner-Bergbaus, Bergrat Dubucs, befürchtete etwa, „dass der Betriebsarzt sich

62 Vgl. das Rundschreiben der Bezirksgruppe Ruhr an die Bergwerksdirektoren vom 22.1.1944, in: BBA 20/245.

63 Vgl. BBA 20/4.

64 Vgl. eine Aktennotiz für Bergassessor Hueck betr. einer Besprechung mit Bergassessor Reinke, Klöckner-Werke, am 31.5.1938, in: BBA 13/1936.

65 Vgl. dazu das Rundschreiben der Reichsgruppe Industrie an die Industrieabteilungen und Wirtschaftsgruppen vom 14.11.1938, in: BBA 13/1937. Die Betriebsarztfrage im Zweiten Weltkrieg ist noch schlecht untersucht. Vgl. allg. zu den Betriebsärzten in Ermangelung anderer Literatur auch im Überblick Karl-Heinz Karbe: Entstehung und Ausdehnung des faschistischen Betriebsarztsystems und dessen Funktion bei der Ausbeutung der deutschen Arbeiter und ausländischen Zwangsarbeiter, in: Achim Thom (Hg.): Medizin unterm Hakenkreuz, Berlin 1989, S. 205–250.

66 Vgl. dazu Amt für Gesundheit und Volksschutz der DAF, Richtlinien für Betriebsärzte, in: BBA 13/1936.

durch Vorschläge und Maßnahmen politische Lorbeeren verdienen wolle, zu deren Durchsetzung er sich auch politischer Mittel bedienen würde.“⁶⁷

Der Klöckner Bergbau hatte sich so weit vorgewagt, dass er nach längerem hin und her schließlich doch in die Einstellung eines Betriebsarztes auf der Grundlage der Vereinbarung von DAF und RGI einwilligte. Im übrigen aber empfahl die Bezirksgruppe Ruhr ihren Mitgliedern, in der Betriebsarztfrage Zurückhaltung zu üben.⁶⁸ Die Mitgliedsgesellschaften hielten sich an diese Empfehlung, so dass noch Anfang 1941 außer Klöckner keine andere Bergwerksgesellschaft einen hauptamtlichen Betriebsarzt in oben genanntem Sinne beschäftigte.⁶⁹ Seitdem kam aber wieder Bewegung in die Betriebsarztfrage, weil bei dem weiteren Ansteigen der Krankfeierschichten den Bergwerksgesellschaften ein betriebsnäheres und damit schneller greifendes Interventionsinstrument, als es die vertrauensärztlichen Nachuntersuchungen darstellen konnten, angeraten schien. Hinzu kam, dass im Zuge der Reform der Knappschaftsversicherung die Aufgaben der so genannten Gesundheitsführung gegen die Ansprüche der DAF eindeutig der Reichsknappschaft übertragen worden waren. Damit konnte die Erwartung Platz greifen, dass sich auch die Betriebsarztfrage auf mittlere Sicht über die Knappschaft unter Ausschaltung der DAF würde lösen lassen.⁷⁰

Allerdings stand der steigenden Bereitschaft des Ruhrbergbaus zur Einstellung von Betriebsärzten nun der erhebliche Ärztemangel entgegen. Die Zechengesellschaften gingen in der Folge dazu über, Verträge mit Assistenz- oder Oberärzten der Knappschaftskrankenhäuser zu schließen, die zwei- bis dreimal pro Woche zum Schichtwechsel Sprechstunden auf den Zechenanlagen für Frisch- und Leichtverletzte abhielten.⁷¹ Nach einer Vereinbarung zwischen Ruhrbergbau und DAF, die den Bedenken des Ruhrbergbaues weitgehend Rechnung trug, wurden diese Tätigkeiten in reguläre nebenamtliche Betriebsarztverhältnisse umgewandelt.⁷² Mitte 1943 praktizierten so 84 nebenamtliche Betriebsärzte im Ruhrbergbau, die immerhin 105 der insgesamt 150 Schachtanlagen an der Ruhr betriebsärztlich betreuten.⁷³

Die Kompetenzen der Betriebsärzte, die zunächst weitgehend auf eine beratende Tätigkeit auf dem Gebiet der Prophylaxe beschränkt waren, wurden erheblich erweitert. Sie übernahmen auf den meisten Zechen revierärztliche Funktionen. Ihnen wurde damit die Behand-

67 Vgl. eine Aktennotiz betr. der Betriebsarztfrage bei den Klöckner-Werken vom 17.8.1939, in: BBA 13/1937.

68 Vgl. dazu einen Auszug aus der Niederschrift über die Sitzung des Kleinen Ausschusses der Bezirksgruppe Ruhr vom 11.7.1938, in ebd.

69 Vgl. dazu das Ergebnis einer entsprechenden Umfrage der Bezirksgruppe Ruhr vom Januar 1941, in: ebd.

70 Vgl. dazu die Diskussion auf der Sitzung des Sonderausschusses der Bezirksgruppe für Sozialversicherungsfragen vom 13.1.1941, in: ebd.; vgl. auch einen Vermerk aus Anlass einer gemeinsamen Reise von Beiratmitgliedern der Reichsknappschaft auf Einladung des Präsidenten Jakob nach Den Haag, in: ebd.

71 Vgl. dazu Vermerk betr. Betriebsärzte vom 1.4.1941, in: ebd.

72 Vgl. das Rundschreiben der Bezirksgruppe Ruhr an die Bergwerksdirektoren betr. Betriebsärzte im Ruhrbergbau vom 19.1.1943, in: BBA 13/1935.

73 Vgl. Kurzbericht über den derzeitigen Stand der gesundheitsfürsorgenden Maßnahmen des Ruhrbergbaus in Bezug auf Durchführung der Gesundheitsfür- und -vorsorge, undatiert [Mitte 1943], in: ebd.

lung aller Belegschaftsmitglieder übertragen, so dass sich jeder erkrankte Bergmann beim Betriebsarzt vorstellen musste, dem dann auch die Krankschreibung oblag.⁷⁴ Darüber hinaus konnten die Betriebsärzte seit Anfang 1943 nach einer Vereinbarung zwischen der KVD und dem DAF-Amt für Gesundheit und Volksschutz auch vertrauensärztliche Funktionen übertragen bekommen, um so die Zeitspanne zwischen Krankschreibung und vertrauensärztlicher Untersuchung deutlich zu verkürzen.⁷⁵ Damit war die absurde Situation geschaffen, dass der Betriebsarzt als Vertrauensarzt sich selbst als Revierarzt kontrollieren konnte. In jedem Fall war damit die betriebsnahe ärztliche Versorgung und Kontrolle gestärkt. Im Ergebnis ging die Zahl der Krankfeierschichten z.T. erheblich zurück, auf Schachtanlagen mit einem betriebsrevierärztlichen Dienst um bis zu 50 Prozent.⁷⁶ Damit entwickelte sich der betriebsärztliche Dienst angesichts des von niemandem bestrittenen sich stetig verschlechternden Gesundheitszustandes der Bergarbeiter zweifellos zu einer reinen Unterfunktion des „Arbeitseinsatzes“. Dies gilt in noch höherem Maße für die Gesundheitschreibung kranker ausländischer Zwangsarbeiter.

Betriebsärztlich nicht zu erfassen waren die nicht gehfähigen krankgeschriebenen Belegschaftsmitglieder, die ihre Erkrankungen zu Hause auskurierten. Um auch hier „Bummelanten“ und „Simulanten“ identifizieren zu können, gingen viele Zechen dazu über, Krankenbesucher zu beschäftigen, die die Krankgeschriebenen in ihren Wohnungen aufsuchten und sie gegebenenfalls zur Wiederaufnahme der Arbeit zu bewegen versuchten. Der Mülheimer Bergwerksverein beschäftigte beispielsweise einen ausgeschiedenen Steiger in dieser Funktion, und auf der Zeche Gottessegen stattete der Betriebsobmann gemeinsam mit einem Vertrauensratsmitglied angeblich „Scheinkranken“ in deren Wohnungen Besuche ab.⁷⁷ Wenn möglich aber kooperierten die Zechen in der Frage der Krankenbesucher mit der Knappschaft, denn durch die Knappschaft legitimierte Kontrolleure hatten das Recht, die Wohnungen der Versicherten zu betreten. 30 Pfennig pro Besuch erhielt ein solcher Krankenbesucher von der Zeche Minister Achenbach und hatte nach Angaben der Zechenleitung schon einige Simulanten aufgespürt.⁷⁸ Die verstärkte Repression durch Vertrauensärzte, Betriebsärzte und Krankenbesucher bewirkte offensichtlich eine zumindest zeitweilige Absenkung der Krankfeierschichten. Ob dies tatsächlich einen größeren Einfluss auf die Förderleistung hatte, sei hier dahingestellt. In jedem Fall stieg die Zahl der Krankfeier- und Fehlschichten spätestens seit dem Frühjahr 1944 angesichts des sich im Bombenkrieg weiter verschlech-

74 Vgl. dazu beispielsweise die Niederschrift der Vertrauensratssitzung der Zeche Sachsen vom 28.1.1943, in: BBA 54/502. Ende Dezember 1943 verfügten 103 Schachtanlagen des Ruhrbergbaus über einen solchen betriebsrevierärztlichen Dienst. Vgl. ein Schreiben der Bezirksgruppe Ruhr an die KVD-Landesstellen vom 8.1.1944, in: BBA 20/245.

75 Vgl. das Rundschreiben der Bezirksgruppe Ruhr vom 27.3.1943, in: BBA 13/1340.

76 Vgl. diese Angabe in einem Schreiben der Bezirksgruppe Ruhr an die KVD-Landesstellen vom 8.1.1944, in: BBA 20/245.

77 Vgl. Aktenvermerk zur Einsetzung von Krankenbesuchern beim Mülheimer Bergwerksverein vom 15.7.1942, in: BBA 13/1340; Niederschrift der Sitzung des Arbeitskreises für Leistungssteigerung der Zeche Gottessegen vom 8.6.1943, in: BBA 16/587.

78 Vgl. Anregungen zur Leistungssteigerung im Steinkohlenbergbau Nr. 3, November 1943, in: BBA 20/433.

ternden Gesundheitszustandes der Belegschaften und auch angesichts der letztlich zu geringen Ressourcen und Handlungsmöglichkeiten des Kontrollinstrumentariums wieder.

4. Leistung und Ernährung

Seit den 1920er Jahren hatte die zunehmende Bedeutung und die Entwicklung der Arbeitsphysiologie die Erwartung geweckt, dass sich medizinische Erkenntnisse als ein gezielt einsetzbares Instrument zur menschlichen Leistungssteigerung verwerten ließen. Die Arbeitsphysiologie als leistungsmedizinische Paradedisziplin sah ihre Hauptaufgabe darin, den arbeitenden Menschen auf die höchste Stufe seiner physiologischen Leistungsfähigkeit zu bringen und in diesem Zustand möglichst lange zu halten. Ein Ausdruck der zunehmenden Bedeutung der Arbeitsphysiologie war die Einrichtung des KWI für Arbeitsphysiologie in Dortmund, das sich unter anderem mit Forschungen zur physischen Ermüdung, ernährungsphysiologischen Versuchsreihen, Entwicklung von Arbeitseignungstests und mit der Erforschung von leistungssteigernden Substanzen und Pharmaka beschäftigte.⁷⁹ Gerade der Untertagebergbau mit seinen begrenzten Mechanisierungsmöglichkeiten und der daraus resultierenden weiterhin vergleichsweise überragenden Bedeutung der menschlichen Arbeitskraft bot solchem leistungsmedizinischen Denken zahlreiche Ansatzpunkte. Arbeitsphysiologie und Leistungsmedizin machten auf vielfältige Weise medizinische Erkenntnisse für eine Leistungssteigerung nutzbar, doch im Bergbau kam der Ernährung, die in der Leistungsmedizin sowieso eine große Rolle spielte, eine besondere Bedeutung zu.

Die steigenden Krankenziffern seit 1938 wurden unter anderem auch mit einer mangelhaften Ernährung der Bergleute, insbesondere mit einem Fettmangel, in Verbindung gebracht.⁸⁰ Die Versorgung mit tierischen Fetten war allgemein die Achillesferse der deutschen Ernährungswirtschaft, doch musste sich ein Fettmangel bei den körperlich schwer arbeitenden Bergleuten besonders auswirken. So zeigten beispielsweise Gewichtsmessungen bei der Essener Krupp-Zeche Sälzer Amalie Anfang 1939 eine Untergewichtigkeit vieler Untertagebergleute, die zwar nicht unmittelbar auf eine Unterernährung zurückzuführen, sondern eine bergbautypische Erscheinung war, aber dennoch für erhebliche Unruhe im Revier sorgte.⁸¹ Insbesondere die DAF versuchte mit der Forderung nach besonderen Speckzuteilungen für Bergleute und regelmäßigen Gewichtsmessungen, über die Ernährungsfrage neuen Einfluss in der Sozialpolitik des Bergbaus zu gewinnen.⁸² Zusätzliche Brisanz erhielt das Ernährungsproblem durch die Verlängerung der Schichtzeit für Untertagearbeiter um 45 Minuten

79 Vgl. dazu Schottdorf, Arbeits- und Leistungsmedizin der Weimarer Republik; Höfler-Waag, Arbeits- und Leistungsmedizin im Nationalsozialismus.

80 Vgl. z.B. das Schreiben des Leiters der Ruhrknappschaft Dr. Utermann an den Reichstreuhandler der Arbeit für den Wirtschaftsbezirk Westfalen vom 15.12.1938, in: BBA 13/1933.

81 Vgl. hierzu das Schreiben des Gaufachabteilungswalters Bergbau der DAF Elbing an die Gruppe Hamborn der Gelsenkirchener Bergwerks AG vom 17.2.1939, in: BBA 13/1934 sowie ein Schreiben von Walter Tengelman an Elbing betr. das Körpergewicht der Bergleute vom 20.2.1939, in: ebd.

82 Vgl. das Rundschreiben der Bezirksgruppe Ruhr an die Bergwerksdirektoren im Gau Essen, in: ebd.

auf 8 ¾ Stunden mit der so genannten Hermann-Göring-Verordnung im März 1939. Eine Verlängerung der Arbeitszeit verlangte nicht nur Kompensation auf dem Lohn-, sondern auch auf dem Ernährungssektor.

Um dem öffentlichen Aufsehen Rechnung zu tragen und im Bergbau mehr eigene Kompetenz in diesen Fragen zur Abwehr von äußeren Einflüssen insbesondere der DAF zu sammeln, forcierte Ernst Buskühl, Leiter der Bezirksgruppe Ruhr und Vorstandsvorsitzender der Harpener Bergbau AG, die Einrichtung eines eigenen Ausschusses für Ernährung und Gesundheit bei der Bezirksgruppe Ruhr.⁸³ Über diesen Ausschuss sollte auch die Zusammenarbeit des Ruhrbergbaus mit dem Dortmunder KWI für Arbeitsphysiologie, das durch Prof. Kraut in dem Ausschuss vertreten war, in Fragen von Gesundheit und Ernährung intensiviert werden. Kraut bezeichnete denn auch auf der konstituierenden Sitzung des Ausschusses im März 1939 als die Kardinalfrage, ob der Bergmann mehr leisten könne, wenn ihm eine bestimmte Ernährung zuteil werde. Die Ernährungsfrage sei deshalb vornehmlich unter dem Gesichtspunkt der Mehrleistung zu betrachten.⁸⁴

Dem Ausschuss war allerdings weder ein langes Leben noch eine besondere Wirksamkeit beschieden. Nachdem er nie größere Aktivitäten entfaltet hatte, schief seine Tätigkeit im Oktober 1941 endgültig ein. Dies lag nicht zuletzt daran, wie Dr. Benthaus von der Kruppischen Bergbauhauptverwaltung, eines der wenigen aktiven Mitglieder des Ausschusses, kritisierte, dass die meisten leitenden Herren des Bergbaus an Gesundheitsfürsorge nur am Rande interessiert seien und „nur so weit, wie keine größeren Geldmittel in Anspruch genommen und irgendwelche Unbequemlichkeiten vermieden werden“.⁸⁵ Aber auch der Kriegsbeginn und die damit einhergehende Bewirtschaftung der meisten Lebensmittel nahm zunächst die Brisanz aus der Ernährungsfrage für die Bergleute. Denn obwohl lokale und regionale Engpässe bei einigen Lebensmitteln besonders in den Großstädten immer wieder für Unruhe sorgten und obwohl insbesondere die Fettversorgung weiterhin äußerst mangelhaft blieb,⁸⁶ waren die Bergarbeiter hinsichtlich der Ernährung auf Grund einer großzügigen Regelung bei der Zuerkennung der Schwer- und Schwerstarbeiterrationen ein äußerst privilegierter Berufsstand. Im Gegensatz zu einer oft sehr strengen Praxis in anderen Wirtschaftsbereichen durch die Gewerbeaufsichtsämter erhielten Untertagearbeiter grundsätzlich die Schwerstarbeiterrationen, und auch die meisten übertage Beschäftigten wurden von den dafür zuständigen Oberbergämtern wenigstens als Schwerarbeiter anerkannt.⁸⁷

83 Vgl. Auszug aus einer Aktennotiz über eine Besprechung betr. Gesundheits- und Ernährungsfragen bei der Bezirksgruppe am 24.2.1939.

84 Vgl. dazu die Niederschrift über die Sitzung des Ausschusses für Gesundheitspflege und Ernährung am 6. März 1939, in: BBA 13/1050.

85 Vgl. eine Aktennotiz von Bergassessor Goethe, Bezirksgruppe Ruhr, für den Geschäftsführer der Bezirksgruppe, Dr. Martin Sogemeier vom 4.7.1944, in: BBA 13/1050.

86 Vgl. dazu Werner, „Bleib übrig“, S. 129ff.

87 Vgl. zur privilegierten Behandlung des Bergbaus z.B. ein Schreiben des Oberbergamtes Dortmund an die Bergrevierbeamten vom 31.1.1941, in: STAMS, Bergämter 7560.

Die Ernährungs- und Leistungsfrage im Bergbau wurde erst seit dem Frühjahr 1942 wieder drängender, als einerseits die Ernährungssätze für die deutsche Bevölkerung zeitweise gekürzt wurden und andererseits mit den sowjetischen Kriegsgefangenen und den so genannten „Ostarbeitern“ massenhaft Arbeitskräfte im Ruhrbergbau angelegt wurden, deren staatlich festgelegte Ernährungssätze nicht nur eine Mangelernährung, sondern eine drastische Unterernährung dieser Arbeitskräfte in Kauf nahmen.

Die Kürzung der Ernährungssätze für die deutsche Bevölkerung hatte im Ruhrbergbau ernsthafte Auswirkungen auf den Gesundheitszustand der Bergleute.⁸⁸ Seit dem Frühjahr 1942 mehrten sich die Berichte über massivere Ernährungsprobleme bei den Bergarbeitern. Die Werksärztin der Krupp-Zeche Sälzer Amalie berichtete beispielsweise im Sommer 1942, dass sie nach einer halbjährigen Abwesenheit viele Belegschaftsmitglieder nicht wiedererkannt hätte, so seien diese abgemagert.⁸⁹ Für diese Entwicklung machten die Werksleitungen allerdings weniger die Höhe der Ernährungssätze verantwortlich, sondern vielmehr den Umstand, dass die Bergleute ihre Schwer- und Schwerstarbeiterzulagen mit ihren Familien teilten und nicht für sich selbst verbrauchten.⁹⁰ In der Folge versuchten viele Zechenleitungen eine Werkswarmverpflegung zu forcieren, bei der die Belegschaften gegen Abgabe ihrer Lebensmittel- und Zulagekarten eine warme Mahlzeit auf der Zeche erhielten. Sie stießen dabei aber zumeist auf die Ablehnung der Bergleute, die ihre Zulagen weiter lieber mit ihren Familien teilen wollten.⁹¹ Erst als in Folge des Bombenkrieges viele Bergmannsfamilien evakuiert worden waren, traf die Werksverpflegung auf größere Gegenliebe bei den Belegschaften.

Ungleich dramatischer war die Ernährungssituation der ausländischen Zwangsarbeiter, insbesondere der sowjetischen Kriegsgefangenen. Die ersten sowjetischen Kriegsgefangenen trafen im Sommer 1942 bereits in einem bemitleidenswerten Gesundheits- und Ernährungszustand auf den Zechen ein. So berichtete beispielsweise ein Bergwerksdirektor der Gute Hoffnungshütte über die Ankunft der ersten sowjetischen Kriegsgefangenen in Oberhausen Anfang August 1942, von den 397 zugeteilten Mann seien bereits zwei in den ersten zwei Tagen verstorben. Der Knappschaftsarzt, der daraufhin sämtliche Kriegsgefangenen untersuchte, rechnete „in den nächsten Tagen mit einem weiteren Ableben der bei uns eingesetzten Kriegsgefangenen infolge Unterernährung [...]. Die augenblickliche Lagerernährung ist nach Ansicht dieses Arztes bei der schweren Untertagearbeit völlig unzureichend, so dass im Laufe der Zeit das ganze Lager an Unterernährung eingehen wird.“⁹² Falls die untertage eingesetzten sowjetischen Kriegsgefangenen die ihnen zustehenden Essensrationen tatsächlich

88 Vgl. zu diesem Zusammenhang ein Schreiben von Prof. Lehmann, KWI für Arbeitsphysiologie, an den Verein für die bergbaulichen Interessen vom 28.9.1942, in: BBA 13/1933.

89 Vgl. dazu den Bericht von Frau Dr. Budde-Irmer vom 23.6.1942, in: BBA 13/1339.

90 Vgl. dazu beispielsweise die Niederschrift über eine Direktorenbesprechung des Krupp-Bergbaus vom 23.6.1942, in: BBA 20/4 sowie die Niederschrift über eine Sitzung des Beirates der Bezirksgruppe Ruhr am 16.10.1942, in: BBA 13/1044.

91 Vgl. dazu z.B. die Niederschrift über eine Direktorenbesprechung des Krupp-Bergbaus vom 8.9.1943, in: BBA 20/4.

92 Vgl. das Schreiben von Bergassessor Mogk, Gute Hoffnungshütte, an die Bezirksgruppe Ruhr vom 6.8.1942, in: BBA 13/2103.

erhielten, was keineswegs selbstverständlich war, entsprach dies einer Kalorienzufuhr von etwa 2.600 kcal bei einem Bedarf für Untertagearbeiter von mindestens 5.000 kcal.⁹³

Der Ruhrbergbau bemühte sich frühzeitig um eine verbesserte Ernährung der „Russen“, um ihre kontinuierliche Arbeitsfähigkeit zu gewährleisten. Durch eine leichte Anhebung der Ernährungssätze und eine planmäßige „Aufpäppelung“ zu sehr geschwächter Kriegsgefangener stabilisierte sich der Ernährungs- und Gesundheitszustand der sowjetischen Zwangsarbeiter seit dem Frühjahr 1943 etwas auf niedrigstem Niveau, aber der monatliche Abgang der häufig an Hungerödemen leidenden Kriegsgefangenen durch Tod und Arbeitsunfähigkeit betrug weiterhin monatlich etwa 1.500.⁹⁴ Die Bezirksgruppe Ruhr und viele Zechenleitungen bemühten sich daher, zusätzliche Lebensmittel auch für die Ausländer zu organisieren. Dem waren aber enge Grenzen gesetzt, und wenn zusätzliche Lebensmittel verfügbar waren, blieben die Ausländer häufig am Ende der Verteilerschlange. Als die Bezirksgruppe Ruhr beispielsweise im Frühjahr 1944 in Verhandlungen mit den Wirtschaftsämtern und dem Reichsnährstand eine Sonderzuteilung Hafer für die lagerverpflegten ausländischen Bergarbeiter erhalten hatte, insistierten viele Zechenleitungen, dass der Hafer in erster Linie den deutschen Belegschaften und dann erst den Ausländern zugute kommen dürfe, was dann auch so geschah.⁹⁵

Die knappen Ressourcen sowie die große Bedeutung der Ernährung für die deutschen Bergarbeiter und ihre überragende Bedeutung für die ausländischen Zwangsarbeiter führten seit 1942 in steigendem Maße dazu, dass die Ernährung an die Arbeitsleistung gekoppelt wurde. Das geschah bei den deutschen Bergarbeitern in vergleichsweise moderater Form, wenn etwa für eine Berücksichtigung bei den begehrten Sonderzuteilungen von Lebensmitteln das regelmäßige Verfahren der Schichten vorausgesetzt wurde. Bei den sowjetischen Kriegsgefangenen, „Ostarbeitern“ und italienischen Militärinternierten hingegen konnte diese Kopplung der Ernährung an die Arbeitsleistung in äußerst radikale Formen der „Leistungsernährung“ münden, bei denen leistungsschwache Zwangsarbeiter durch weitere Kürzungen ihrer sowieso viel zu niedrigen Ernährungssätze in ihrer physischen Existenz erheblich bedroht wurden.⁹⁶

93 Einen Bedarf von mindestens 5.000 kcal für Untertagearbeiter nannte Prof. Kraut vom Dortmunder KWI auf der Sitzung des Ausschusses für Gesundheitspflege und Ernährung der Bezirksgruppe im März 1939. Vgl. die Niederschrift dieser Ausschusssitzung in: BBA 13/1050. Zum Umstand, dass die sowjetischen Kriegsgefangenen z.T. nicht einmal die ihnen zustehenden Rationen erhielten, vgl. z.B. das Schreiben von Bergassessor Dr. Stein, Hibernia, an Bergassessor Frorath vom 19.10.1942, in: BBA 72/649.

94 Vgl. dazu einen Bericht von Bergassessor Springorum an den Vorstand der Gelsenkirchener Bergwerks AG (GBAG) über eine Arbeitstagung der Bezirksgruppe zur Ausländeranlernung am 31.5.1943, in: BBA 40/492.

95 Vgl. dazu die Niederschrift der Direktorensitzung des Krupp-Bergbaus am 8.3.1944, in: BBA 20/4.

96 Vgl. dazu Christian Streit: Keine Kameraden. Die Wehrmacht und die sowjetischen Kriegsgefangenen 1941–1945, Stuttgart 1978; vgl. zur Leistungsernährung auch Hans-Christoph Seidel: Ausländerbeschäftigung und Zwangsarbeit im Ruhrbergbau während des Zweiten Weltkriegs, in: Westfälische Zeitschrift 2003 (im Erscheinen).

Darüber hinaus aber führten die knapper werdenden Nahrungsressourcen wieder stärker auf die Frage, wie die vorhandenen Nahrungsmittel im Sinne einer Steigerung der Arbeitsleistung optimal genutzt werden könnten. An diesem Punkt verstärkte sich auch wieder die Zusammenarbeit des Ruhrbergbaus mit dem Dortmunder KWI für Arbeitsphysiologie. So führte das KWI im Einvernehmen mit der Bezirksgruppe Ruhr beispielsweise auf der Herner Zeche Friedrich der Große ernährungsphysiologische Versuchsreihen an deutschen Hauern mit äußerst modern anmutenden Methoden durch, um herauszufinden, welche Warmverpflegung für Untertagebergleute während ihrer Schicht deren Leistungsfähigkeit am meisten begünstige.⁹⁷ Das Ergebnis dieser Untersuchungen mutete allerdings weniger modern an: Als leistungsphysiologisch beste Warmverpflegung stellte sich ein Butterbrot und eine Thermoskanne Kaffee heraus.⁹⁸

Insbesondere aber wurden die ausländischen Zwangsarbeiter Objekte solcher ernährungsphysiologischer Untersuchungsreihen, da bei ihnen der Zusammenhang von Ernährungssituation und Leistungsentwicklung am offensichtlichsten war. Bereits im November 1942, nur wenige Monate nach Beginn des so genannten „Russeneinsatzes“ im Ruhrbergbau, trat das KWI an die Zeche Schlägel & Eisen der staatlichen Bergwerksgesellschaft Hibernia mit dem Angebot heran, in einem Versuch den Einfluss der Ernährung der sowjetischen Kriegsgefangenen auf ihre Arbeitsleistung wissenschaftlich zu untersuchen.⁹⁹ Der Vorstand der Hibernia reagierte mit großem Interesse, zumal „das Kaiser-Wilhelm-Institut mit uns auf dem Standpunkt steht, dass bei der augenblicklichen Lebensmittelzuteilung der Sowjetrussen eine einigermaßen ausreichende Arbeitsleistung nicht verlangt werden kann. Den Beweis hierfür glaubt das Kaiser-Wilhelm-Institut durch vergleichende Untersuchungen mit einem ausreichend ernährten Trupp Russen erbringen zu können.“¹⁰⁰ Die Ergebnisse solcher Versuchsreihen war eindeutig. Eine Untersuchungsreihe mit sowjetischen Zivilarbeitern auf der Zeche Friedrich der Große seit dem Herbst 1943 ergab, dass eine Steigerung der zugeführten Kalorien um 30 Prozent, nämlich von 2.800 auf 3.600 kcal, eine Steigerung der Arbeitsleistung um 50 Prozent bewirkte. Die Schlussfolgerung, die der Ernährungsexperte des KWI, Prof. Kraut daraus zog, war: „Es ist sowohl in Bezug auf die Produktion wie auf die Ausnutzung der zur Verfügung stehenden Nahrungsmenge erheblich günstiger, die Zahl der ausländischen Bergleute einzuschränken, aber ihre Ernährung die der deutschen Bergleute anzunähern.“¹⁰¹

97 So fanden bei diesen Versuchen frühe Fahrradergometer Verwendung. Vgl. dazu ein Schreiben der Steinkohlegewerkschaft Friedrich der Große an den Bergrevierbeamten Herne vom 23.10.1943, in: STAMS Bergämter 7560.

98 Vgl. hierzu ein Rundschreiben der Bezirksgruppe Ruhr an ihre Mitgliedsgesellschaften vom 11.8.1944, in: BBA 20/413.

99 Darüber hinaus bot das KWI noch an, systematische Konstitutionsuntersuchungen der Kriegsgefangenen, Leistungsaufnahmen sowie Zeitstudien zur Optimierung des „Russeneinsatzes“ durchzuführen. Vgl. Dipl.-Ing. Wittwer, Zeche Schlägel & Eisen, an den Vorstand der Hibernia am 6.11.1942, in: BBA 32/651.

100 Vgl. ein Schreiben von Dr. Emil Stein, Vorstandsmitglied der Hibernia, an den Vorsitzenden des Vorstandes Wilhelm Tengelmann vom 21.11.1942, in: BBA 32/651.

101 Vgl. Prof. Kraut, Die Abhängigkeit der Leistung ausländischer Bergleute von der Ernährung, Dortmund 22.5.1944, in: BBA 10/525. Die letzte Schlussfolgerung, nämlich die Begrenzung der ausländi-

Dieser Nachweis sollte abschließend in einem Großversuch bei neun Hütten- und Bergwerksbetrieben an der Ruhr unter Einbeziehung von insgesamt 6.802 sowjetischen Kriegsgefangenen, „Ostarbeitern“ und italienischen Militärinternierten, der so genannten „Kraut-Aktion“, im Sommer 1944 geführt werden.¹⁰² Der Großversuch sollte nochmals klären, welche Mehrleistungen durch Ernährungszulagen zu erreichen seien und ob sich durch Ernährungszulagen der Krankenstand senken lasse.¹⁰³ Die „Krautaktion“ musste im Dezember 1944 abgebrochen werden, doch bereits die Zwischenergebnisse zeigen wiederum deutlich die Zwiespältigkeit dieser ernährungsphysiologischen Versuche mit Zwangsarbeitern. Zwar war das erklärte Ziel der Versuchsreihen eine Verbesserung der Ernährungssituation der Zwangsarbeiter, aber diese Verbesserung blieb an die Arbeitsleistung gebunden. Schon bei Versuchsbeginn wurde den beteiligten Zwangsarbeitern mitgeteilt, welche Steigerung der Arbeitsleistung von ihnen binnen vier Wochen erwartet wurde, wenn sie die Ernährungszulagen nicht wieder entzogen bekommen wollten.¹⁰⁴ Und die Steigerung der Körpergewichte der an dem Versuch Beteiligten durch die Ernährungszulagen führte dazu, dass von ihnen wiederum eine höhere Leistung verlangt wurde, „wenn nötig unter Androhung des Entzugs der Zulagen“.¹⁰⁵ Die Ernährung blieb so erheblich stärker der „Arbeitseinsatz“- als einer auch noch so rudimentären Gesundheitspolitik verpflichtet.

5. Zusammenfassung

Im Vorhergehenden wurde der funktionale Zusammenhang von Gesundheits- und „Arbeitseinsatzpolitik“ auf drei Ebenen verfolgt. Dabei wurde erstens die Ambivalenz der Gesundheitspolitik vor dem Hintergrund von Zielkonflikten des „Arbeitseinsatzes“ betont. Die sich in der „Flucht aus dem Bergbau“ ausdrückenden strukturellen Arbeitskräfteprobleme des Ruhrbergbaus sollten durch umfassende sozialpolitische und darunter auch gesundheitspolitische Reformen gelöst werden. Diesem grundsätzlichen Konsens waren auch die Unternehmer beigetreten. Der Kriegsbeginn und die Erfolge des Blitzkrieges schufen hier zusätzliche Handlungsspielräume, indem die Kostenfrage in einer von Deutschland kontrollierten europäischen Steinkohlenwirtschaft lösbar schien. Dieses Ziel geriet aber seit 1942 zunehmend in den Hintergrund, ohne völlig aufgegeben zu werden. Dagegen trat die unmittelbare Gestel-

schen Zwangsarbeiter, teilten aber keinesfalls alle Unternehmen des Ruhrbergbaus. Vgl. z.B. die Niederschrift über die 125. Sitzung des Bergausschusses der GBAG am 22.2.1944, die direkten Bezug auf die Untersuchungsergebnisse Krauts nimmt, in: BBA 55/617.

102 Vom Bergbau waren beteiligt die Zechen Radbod, Friedrich der Grosse, Fürst Hardenberg und Ewald Fortsetzung. Vgl. dazu auch Dietrich Eichholtz: Die „Krautaktion“. Ruhrindustrie, Ernährungswissenschaft und Zwangsarbeit 1944, in: Ulrich Herbert (Hg.): Europa und der „Reichseinsatz“. Ausländische Zivilarbeiter, Kriegsgefangene und KZ-Häftlinge in Deutschland 1938–1945, Essen 1991, S. 270–294.

103 Vgl. dazu die Richtlinien für die Durchführung der Ernährungsaktion bei russischen Kriegsgefangenen, italienischen Militärinternierten und Ostarbeitern vom 5.6.1944, in: BBA 10/525.

104 Vgl. ebd.

105 Vgl. Prof. Kraut, Zweiter Bericht über den Ernährungsgroßversuch an ausländischen Arbeitskräften, Bad Ems 4.11.44, in: BBA 10/525.

lung von Arbeitskräften als Hauptziel gesundheitspolitischer Maßnahmen in den Vordergrund. An die Stelle einer Politik, die bemüht war, auf verschiedenen Ebenen durch Reformen die gravierenden gesundheitlichen Nachteile des Bergmannsberufes auszugleichen, um langfristig den „Arbeitseinsatz“ zu sichern, trat die kontrollierende und sanktionierende Disziplinierung der unbestritten gesundheitlich schwer angeschlagenen bergmännischen Belegschaften, um die kurzfristig benötigten Arbeitskräfte zur Erreichung der Produktionsaufgaben stellen zu können. Diesem Ziel wurden allerdings durch die geringer werdenden gesundheitspolitischen Ressourcen Grenzen gesetzt. Zweitens wurde besonders herausgestellt, dass die Ambivalenz der Gesundheitspolitik nur für die deutschen Belegschaften zutraf. Für die seit dem Frühjahr 1940 angelegten ausländischen Arbeiter galten die sozialreformerischen Ziele nicht. Hier war das primäre Ziel der gesundheitspolitischen Maßnahmen – allerdings je nach dem Status der einzelnen Ausländergruppen in unterschiedlicher Radikalität –, mit möglichst geringen Mitteln eine möglichst hohe Arbeitsproduktivität zu erreichen.

