

Veröffentlichungen
des Kölnischen Geschichtsvereins e. V.

herausgegeben von
Manfred Groten
Ulrich S. Soénius
Stefan Wunsch

Band 49

Jost Dülffer, Margit Szöllösi-Janze (Hg.)

Schlagschatten auf das „braune Köln“

Die NS-Zeit und danach

shVERLAG

Varianten des Rassismus – Zwangsterilisierte, Jüdinnen und Zwangs- arbeiterinnen als Patientinnen der Kölner Universitäts-Frauenklinik 1934 bis 1945

von Irene Franken

„Ich habe der Patientin noch nicht mitgeteilt, dass eine Aufnahme in die Frauenklinik der Universität Köln nicht ohne weiteres möglich ist und darum die Operation von mir nicht ausgeführt werden kann.“¹ Mit diesen Zeilen teilte Klinikdirektor Professor Dr. Hans Naujoks (1892–1959) 1937 dem behandelnden Arzt einer jüdischen Patientin mit, dass er ihre medizinische Behandlung ablehne. In diesem Zitat spiegelt sich die rassistische Realität der Gesundheitspolitik während der Zeit des Nationalsozialismus, die auch für jedes öffentliche Krankenhaus zunehmend wichtig wurde.

Der vorliegende Beitrag geht der Frage nach, wie sich die Gesundheitsversorgung von drei Patientinnengruppen in der Kölner Universitäts-Frauenklinik (UFK) konkretisierte, die nicht zur Volksgemeinschaft gehören durften: der als ‚erbkrank‘ bewerteten und zwangsweise sterilisierten Frauen, der Jüdinnen und der osteuropäischen Zwangsarbeiterinnen. Teilten die handelnden Ärzte die ideologischen Positionen der NS-Politik? Unterschied der alltägliche innerklinische Rassismus zwischen den einzelnen Patientinnengruppen? Und schließlich: Nutzten die Ärzte Spielräume, die ihnen ihre fachliche Kompetenz bot? Diese Fragen sollen anhand des Aufnahmeverfahrens, der Unterbringung der Frauen und der Qualität der medizinischen Behandlung beantwortet werden.²

NS-Politik in der Kölner Universitäts-Frauenklinik

Die Kontrolle über den Zugang zu Gesundheitseinrichtungen, konkret: über die Aufnahme von Personen und Personengruppen in ein Krankenhaus, und über die Entscheidung, auf welchen Stationen und wie sie behandelt werden, hat eine historisch lange Tradition und

1 Krankenakten der Universitäts-Frauenklinik und der Gynäkologischen Poliklinik im Bestand Universitätsarchiv Köln (UAK) Zug. 551, (im folgenden UAK Zug. 551), Akte 1324/1937. Die Universitäts-Frauenklinik wird im Folgenden mit UFK abgekürzt.

2 Das Ausgangsmaterial der Analyse bilden ca. 17.000 gynäkologische Krankenakten der UFK aus den Jahren 1935/36 bis 1945, die vor wenigen Jahren an das Universitätsarchiv Köln übergeben wurden, sowie Personalakten, Protokolle der Direktorenkonferenzen und Anweisungen verschiedener Ministerien an das Kuratorium der Universität. Ob die Akten der NS-Gesundheitsverwaltung, darunter auch Beschwerden über Ärzte und Schwestern der UFK sowie Informationen zur Aussperrung von jüdischen Ärzt/innen und Patientinnen die sich im Historischen Archiv der Stadt Köln (HASTK, Bestand 690) befanden, erhalten geblieben sind, ist derzeit ungewiss.

gehörte wechselnden Logiken.³ Welche Patientinnen(gruppen) in der NS-Zeit Zugang hatten und welche nicht, richtete sich an der Kölner Universitäts-Frauenklinik nach mehreren Achsen der Ungleichheit, vornehmlich ‚Rasse‘, Geschlecht und Klasse.⁴

Jede Frauenklinik engt zunächst auf der Basis von bis in die Antike zurückreichenden Deutungen von spezifisch „weiblicher Krankheit“ den Zugang in die Behandlungsräume über das Geschlecht ein. Der weibliche Körper wurde nach 1933 zum zentralen Interventionsort der NS-Biopolitik und damit zu einem ‚gesellschaftlichen‘ Körper.⁵ Gynäkologie und Geburtshilfe erwiesen sich als besonders zweckdienliche ‚bevölkerungspolitische‘ Wissenschaftsdisziplinen, da sie ‚eugenisch‘ bedingte Sterilisationen und Abtreibungen bei den einen, die Behebung von Unfruchtbarkeit und Hilfe bei schwierigen Geburten bei den anderen ermöglichten und so zur qualitativen Steuerung der Reproduktion mit dem Ziel der ‚Aufartung‘ der Bevölkerung beitrugen.

Jenseits ihrer Geschlechtszugehörigkeit bildeten die Tausende Frauen und Mädchen, die jährlich in der Kölner Klinik aufgenommen wurden, jedoch keine homogene Gruppe. Die Patientinnen nahmen anderen Frauen – und auch Männern – gegenüber unterschiedliche gesellschaftliche Machtpositionen ein. Die Krankenakten spiegeln ein breites Spektrum der Gesellschaft: Auf den Abteilungen lagen Handwerkerkattinnen wie Prostituierte, Kontoristinnen wie Dienstmädchen, Grafentöchter wie Zwangsarbeiterinnen. Alle waren, abhängig von ihrer Erkrankung, unterschiedlichen Stationen zugeteilt. Aber sie wurden dort, nach dem Kostenträger hierarchisiert, in getrennten Abteilungen untergebracht.⁶

Ein entscheidender Faktor bestand dabei in der Zuordnung zu einer ‚Rasse‘, wobei in der Theorie körperbezogene Attribute eine bedeutende Rolle spielten.⁷ Die Kategorisierung in jüdische, „zigeunerhafte“⁸ oder slawische ‚Untermenschen‘ sollte sich eigentlich auf die äußeren Merkmale des Körpers und das „Blut“ beziehen. Doch da die naturwissenschaftliche Suche nach überprüfbareren Kriterien für Rassezugehörigkeiten zu keiner eindeutigen Definition gelangt war, nahm das NS-Regime zur Eingrenzung der ‚arischen Rasse‘ Bezug auf die familiäre Abstammung, das „religiöse Bekenntnis der Großeltern“ oder abweichende, etwa nomadisierende Lebensweisen. Da den Rasse-theoretikern die biologische Abgrenzung nicht gelang, unterstellten sie ein „inneres Judentum“ oder „zigeunerhaften Habitus“.⁹

3 Volker Hess: Raum und Disziplin. Klinische Wissenschaft im Krankenhaus, in: Berichte zur Wissenschaftsgeschichte 23 (2000), S. 317–329.

4 Vgl. zu dem Begriff Cornelia Klinger/Gudrun-Axeli Knapp: Achsen der Ungleichheit – Achsen der Differenz. Verhältnisbestimmungen von Klasse, Geschlecht, ‚Rasse‘/Ethnizität. In: Transit – Europäische Revue (2005) H. 29. Online verfügbar unter http://www.iwm.at/index.php?option=com_content&task=view&id=232&Itemid=230.

5 Zur gleichen Zeit war eine gleich große Gruppe von Männern ebenfalls von zwangsweisen Sterilisationen oder gar Kastrationen betroffen.

6 Der Zugang zu den städtischen Kliniken war in sogenannten „Aufnahme-Bedingungen“ und Tarifordnungen (Honorarordnung nach Verpflegungsklassen) geregelt. 1935 (letzte gedruckte Version) waren darin keine Rasse-bezogenen Ausschlüsse definiert.

7 In Fällen, wo ein affirmativer Gebrauch der Begriffe Rasse oder erbkrank ausgeschlossen werden muss, wird dieser in einfache Anführungszeichen gesetzt.

8 UAK Zug. 551, Akte 987/1939.

9 Zur Uneinheitlichkeit des ‚Rasse‘-Begriffs vgl. Dirk Rupnow: Definition des ‚Jüdischen‘ und Praktiken der Verfolgung im NS-Staat. Editorial, in: zeitgeschichte 35 (2006), H. 1, S. 3; ders.: Rasse und Geist. Antijüdische Wissenschaft, Definitionen und Diagnosen des ‚Jüdischen‘ im ‚Dritten Reich‘. In: zeitgeschichte, 35 (2006), H. 1, S. 4–24.

Auch die Angehörigen der so genannten „Volksgemeinschaft“¹⁰ traf eine Variante des Rassismus, wenn Blinde, Gehörlose, Lernbehinderte, Alkoholranke und psychisch Kranke, also Menschen, die körperliche oder mentale Leistungsausfälle zeigten, als „Minderwertige“ der Zwangssterilisation unterworfen wurden. Sozialpolitiker/innen führten ergänzend kulturelle Argumentationsstrategien in den Diskurs ein, um Stadtbewohner/innen mit einer unerwünschten Lebensweise wie Prostituierte, Fahrende, Obdachlose oder politisch Unangepasste als nicht vermehrwürdige Bevölkerungsgruppe herauszufiltern. Auch die Rassebeschreibungen der slawischen „Untermenschen“ betrafen zunächst den Körper. So gab das Rassenpolitische Amt der NSDAP konkrete Anweisungen zur hierarchischen Kategorisierung heraus, wie etwa mit einer rein auf das Optische bezogenen Selektionsmethode „rassisch hochwertige“ von „minderwertigen“ Polinnen und Polen zu unterscheiden seien.¹¹ Auch bei ihnen beriefen sich die Praktiker jedoch im Einzelfall auf ein kulturelles Anderssein.

Divergierende Diskursstränge

Der diskursiven Eugenik der wissenschaftlichen Texte aus den 1920er Jahren folgte ab 1934 ein praktischer Rassismus der Tat. Wie standen die verantwortlichen Ärzte zu den Vorgaben? Welchen Spielraum hatten sie?

Innerhalb der Kölner Frauenklinik galten Verfügungen der Reichsministerien, der Landesminister Preußens, der kommunalen Beigeordneten¹² sowie der Leitung der NSDAP im Gau Köln-Aachen. Die persönliche Haltung der leitenden Ärzte (Chefarzt, Oberärzte, Stationsärzt/innen) prägte den Klinikalltag. Es ist davon auszugehen, dass die verantwortlichen Mediziner/innen dieser Jahre bereits während ihres Studiums sozialdarwinistische Theorien und biologische Vorstellungen von Ungleichheit kennen gelernt hatten. Dennoch gab es keine einheitliche Haltung zur Rasse-theorie. Direktor Naujoks nutzte ab 1932 ausdrücklich das Thema ‚Eugenik‘ als Karrierestufe, indem er mit einer Serie von bevölkerungspolitisch argumentierenden Texten die Gynäkologie zur Dienerin des Rassismus erklärte.¹³ Noch kurz vor seinem Dienstantritt in Köln befürwortete er die neuen Funktionen des Frauenarztes im erbbiologischen Kontext. „So fällt dem Frauenarzt also bei den großzügigen, neuen, bevölkerungspolitischen Maßnahmen keineswegs nur die Aufgabe zu, möglichst viele Tuben zu unterbinden, wie manche annehmen, sondern er hat wesentlich größere und schönere Aufgaben [...] Er hat also nicht nur die Frau als Einzelindividuum zu beraten und zu behandeln, nicht nur ihre Nöte und Wünsche zu berücksichtigen, sondern er muß stets dessen eingedenk sein, daß diese Frau

10 Die Mehrheit der Sterilisationsopfer gehörte definitiv zum Staatsvolk, schwächte aber laut der Rasse-logik die intendierte hochwertige „Volksgemeinschaft“.

11 Hans F.K. Günther: Kleine Rassenkunde des deutschen Volkes. München/Berlin 1939; vgl. Annetegret Hansch-Singh: Rassismus und Fremdarbeitereinsatz im Zweiten Weltkrieg, Phil. Diss. Freie Univ. Berlin 1991, S. 76, 81.

12 Das städtische Dezernat für Gesundheitswesen nebst dem ihm unterstellten Gesundheitsamt bildeten die bedeutendsten Schaltstellen zur Durchsetzung der NS-Gesundheitsordnung. Vorsteher der beiden Kölner Aufsichtsbehörden war der Beigeordnete (Dezernent) und leitende Amtsarzt Dr. Carl Coerper (1886–1960).

13 Vgl. Irene Franken: „... dass ich kein rabiatere Nationalsozialist gewesen bin.“ NS-Medizin an Kölner Kliniken am Beispiel von Hans C. Naujoks (1892–1959), Direktor der Universitäts-Frauenklinik, in: Uniklinikum Köln (Hg.): 100 Jahre Klinik auf der Lindenburg. Festschrift des Universitätsklinikums Köln, Köln 2008, S. 99–134.

die Mutter eines Geschlechts darstellen soll, von dessen Gesundheit und Kraft das Schicksal und die Existenz des deutschen Volkes abhängt.¹⁴ Wenn auch vereinzelt Direktoren die sterilisierenden Operationen verweigerten, so gehörte Naujoks nicht dazu, im Gegenteil.¹⁵ Der Vorstoß des Chefarztes beim Innenminister in Berlin, doch auch Schwangerschaftsabbrüche bei ‚eugenischen‘ Patientinnen zuzulassen, zeugt von Zustimmung zu dem Vorhaben ‚rassischer Aufartung‘.¹⁶ Der Klinikdirektor differenzierte jedoch: Auf einer medizinischen Tagung stellte er den Wahn, jede körperliche Anomalie auszumerzen, öffentlich in Frage.¹⁷ Die bereits vor 1933 in der UFK angestellten Oberärzte Carl Holtermann und Georg Kaboth, denen derselbe Aufstiegszweck zugeschrieben werden kann wie Naujoks, schwiegen zu den neuen Funktionen für die Gynäkologie. Gegen die Vorstellung, in der Kölner Frauenklinik habe eine gleichgeschaltete Haltung gegenüber dem neuen Regime geherrscht, was empfängnisverhindernde oder -unterbrechende Operationen betraf, spricht des Weiteren, dass die katholischen Bischöfe schon vor 1933 die Beteiligung von katholischen Schwestern, Hebammen und Ärzten an diesen Eingriffen mit der Begründung abgelehnt hatten, sie verstießen gegen die katholische Soziallehre.¹⁸ Bei der Universitäts-Frauenklinik handelte es sich um eine Einrichtung, die von der katholischen Frauenkongregation der Augustiner-Cellitinnen betreut wurde, auch viele Ärzte waren katholisch sozialisiert. Hier war zumindest mit Vorbehalten zu rechnen, und es ist erkennbar, dass die Pflegeleitung darauf Rücksicht nahm.¹⁹ Die Ordensschwestern wurden kaum bei Sterilisierungen oder Zwangsabtreibungen eingesetzt – nur bei starker Unterbesetzung erteilten sie hierbei die Narkose und assistierten bei der Operation. Dem katholischen Oberarzt Georg Kaboth gelang es zum Beispiel in dieser Zeit gänzlich Zwangsoperationen zu vermeiden. Der westfälische Katholik Oberarzt Carl Holtermann dagegen führte zahlreiche Tubenoperationen durch. Dass ihm ein anonym bleibender Ehemann einer Patientin vorwarf, die Zwangssterilisationen ideologisch nicht mit zu tragen, mag eine Reaktion auf seine gespaltene Haltung gewesen sein. Holtermann wies den Vorwurf vehement zurück und führte als Beweis seiner Solidarität mit dem NS-System seine persönlich durchgeführten Sterilisationen an.²⁰ Die von Holtermann vergebenen Dissertationsthemen bestätigen aber die Vermutung, dass der Gynäkologe die Bevölkerungspolitik als Wissenschaftsfeld nicht unterstützen wollte, denn er vergab keine eugenisch inspirierten Promotionsarbeiten. Die Naujoks besonders nahe-

14 Hans Naujoks: Aufgaben des Frauenarztes bei den neuen bevölkerungspolitischen Bestrebungen, in: Ziel und Weg (1934), S. 449–453.

15 Vgl. Jürgen Simon: Kriminalbiologie und Zwangssterilisation. Eugenischer Rassismus 1920–1945, Münster [u. a.] (Internationale Hochschulschriften, 372), S. 253, Anm. 184; vgl. Claudia Hagene: Heinrich Martius (1885–1965). Göttinger Gynäkologe und Wissenschaftler, Med. Diss. Göttingen 2006.

16 Naujoks forderte in Schreiben an das Reichsinnenministerium die Erlaubnis, Schwangerschaften bei zur Sterilisation vorgesehenen Frauen und Mädchen unterbrechen zu dürfen, vgl. Franken, „... dass ich kein rabiater Nationalsozialist gewesen bin“ S. 113, 121.

17 Ebenda, S. 121.

18 Vgl. zur „Casti Connubii“ von 1930 und zur ambivalenten Haltung der katholischen Kirche gegenüber der Eugenik Ingrid Richter: Katholizismus und Eugenik in der Weimarer Republik und im Dritten Reich. Zwischen Sittlichkeitsreform und Rassenhygiene, Paderborn 2001, S. 282 f., 311 ff.

19 Bei Zwangssterilisationsoperationen etwa wurden nur selten Nonnen als Narkoseschwestern eingeteilt. Erstaunlicherweise war die Oberschwester schon vor 1932 Mitglied in der NSDAP, vgl. Max Wolters: Einfach da sein. 150 Jahre Genossenschaft der Cellitinnen nach der Regel des hl. Augustinus Köln/Severinstrasse, Fulda 1988, S. 158. Einzelne Hebammen der UFK traten nach 1933 als einfache Mitglieder in die NS-Partei ein.

20 UAK Zug. 551, Akte 807/1939.

stehenden Klinikärzte wie Friedrich August Wahl und Ferdinand Movers dagegen beteiligten sich eifrig an eugenischen Forschungsprojekten.²¹ Movers initiierte eine ‚erbstatistische‘ Erhebung, mit deren Hilfe mehrere Promotionsarbeiten Daten zum rassistischen Großprojekt beitragen sollten.²² Der in Köln lesende Privat-Dozent Franz Klee wiederum war ein SS-Arzt und unterstützte in Bonner Kursen für SS-Studenten aktiv die ‚Rasse‘-Theorien.²³

1. Zwangssterilisierte Frauen²⁴

Die Kölner Universitätsklinik war die größte der 15 Frauenkliniken im Regierungsbezirk Köln, die zu Sterilisierungen aus nicht-medizinischen Gründen befugt waren. Hierbei reichte das Einzugsgebiet weit über das Kölner Stadtgebiet hinaus – viele dieser ‚Zwangspatientinnen‘²⁵ stammten von außerhalb.²⁶ Die Recherche in Journalbüchern und Unterlagen aus dem Zeitraum von Juni 1934 bis August 1944 ergab die Aufnahme von 1.218 Patientinnen, an denen Zwangssterilisationen durchgeführt wurden. Die jüngste war erst elf Jahre alt.²⁷ Die Basis für diese Akte massenhafter Körperverletzung schuf das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 14. Juli 1933, das am 1. Januar 1934 in Kraft trat: Es sah einen sterilisierenden Eingriff vor, wenn mit hoher Wahrscheinlichkeit zu erwarten war, dass Nachkommen mit schweren geistigen oder körperlichen Mängeln geboren würden.²⁸

21 Naujoks förderte ‚bevölkerungspolitische‘ Forschungsvorhaben wie die vererbungsorientierte Zwillingsforschung, vgl. UAK 67/661 vom 15.4.1937, UAK 28/102 Bl 170. Dekan Naujoks an den Rektor 9.7.37; vgl. dazu Frank Golczewski: Kölner Universitätslehrer und der Nationalsozialismus. Personengeschichtliche Ansätze, Köln 1988, S. 365 f.

22 Der Aufsatz des Assistenzarztes Ferdinand Movers: Familienstatistische Erhebungen, in: Zentralblatt für Gynäkologie, 66 (1942) 3, S. 155–161 erschien mit finanzieller Unterstützung des Vereins der Freunde und Förderer der Universität Köln.

23 Vgl. UAK Zug. 67/1058, Personalakte PD Franz Klee, o. Pag.

24 Mit Kater werden Eugenik und Rassenhygiene als ‚interner Rassismus‘ verstanden, vgl. Michael H. Kater: Die Medizin im nationalsozialistischen Deutschland und Erwin Liek, in: Geschichte und Gesellschaft 16 (1990) H. 4, S. 440–463, hier S. 445.

25 Ein Begriff von Gabriele Czarnowski: ‚Die Eigenart des jetzt zu behandelnden Materials‘. ‚Erbkranke‘ und ‚Ostarbeiterinnen‘ im Fadenkreuz nationalsozialistischer Politik und gynäkologischer Forschung, in: Johanna Gehmacher/Gabriella Hauch (Hg.): Frauen- und Geschlechtergeschichte des Nationalsozialismus. Fragestellungen, Perspektiven, neue Forschungen, Innsbruck 2007, S. 186–203.

26 Naujoks besaß zudem das Monopol, an älteren oder operationssensiblen Frauen die seit 1936 zugelassene Röntgen- bzw. Radiumkastration durchzuführen.

27 Weitere Patientinnen waren auf ihre Fruchtbarkeit getestet und – da als steril beurteilt – entlassen worden, ebenso eine Handvoll Frauen, die als für den Eingriff zu krank beurteilt worden waren. Gisela Bock hat errechnet, dass im ganzen Reich zwischen 1933 und 1945 ca. 200.000 Frauen aus eugenischen Gründen sterilisiert wurden; dies stellte einen Prozentsatz von ca. einem Prozent der Mädchen und Frauen im gebärfähigen Alter dar. Drei Prozent der weiblichen Gesamtbevölkerung wurden durch Anzeige in das Prüfverfahren einbezogen. Vgl. Gisela Bock: Zwangssterilisation im Nationalsozialismus. Studien zur Rassenpolitik und Frauenpolitik. Opladen (Schriften des Zentralinstituts für Sozialwissenschaftliche Forschung der Freien Universität Berlin, 48) 1986, S. 230–246, 456 f. Einen berührenden Kölner Fall beschreibt Liesel Strausfeld-Schäfer: Eine von Zehn. Ein Schwesternblick ins 20. Jahrhundert, Köln 2005; fälschlich ist dort die Universitätsklinik als Operationsort angegeben.

28 Etwa die Hälfte der ‚eugenischen‘ Zwangspatientinnen scheint zuvor nicht geboren zu haben (medizinisch sogenannte Nullgravida), andere hatten bis zu zwölf Geburten erlebt.

Zugang:

Für so genannte ‚erbkrank‘ Kölnerinnen war das Tor der Frauenklinik weit geöffnet, denn das Aufsuchen der Klinik war zwangsweise vorgeschrieben. Diese Patientinnen waren gynäkologisch nicht krank, sie kamen auf Anordnung des Gesundheitsamtes, das auch das ordnungsgemäße Eintreffen der ‚selektierten‘ Privatpersonen zur Sterilisation kontrollierte und der Einweisung andernfalls mit Polizeigewalt Nachdruck verschaffte. Nicht wenige Frauen waren zuvor in einer Nervenklinik untergebracht gewesen und wurden als Spezialtransporte eingeliefert. Alle Frauen und Mädchen hatten ein Verfahren vor einem Sondergericht (Erbgesundheitsgericht) hinter sich, das sie verloren hatten, fünf Prozent der Frauen oder ihre Rechtsvertreter hatten ein zweites Verfahren vor einer höheren Instanz angestrengt (Erbgesundheitsobergericht) und waren auch hier gescheitert.²⁹

Unterbringung:

Die Klinikleitung registrierte die Anwesenheit Hunderter von Sterilisationspatientinnen mit Ambivalenz: Zwar billigte sie das rassenhygienische Vorhaben grundsätzlich, auch brachte das neue „Krankengut“ nicht unwesentliche Einnahmen und volle Krankenzimmer – zeitweilig war die gynäkologisch-operative Station überfüllt. Aber Klagen, dass die Klientel durch ihr auffälliges und zum Teil unberechenbares Verhalten den medizinischen Ablauf störe, sind nicht zu überhören. Mit-Patientinnen beschwerten sich, Besucher/innen fühlten sich abgestoßen. Naujoks' primäre Anliegen waren der gute Ruf der Klinik und die Gewinnung zahlreicher Patientinnen der selbst zahlenden I. und II. Klasse. Als Lösung dieser Zwangslage wurden die Sterilisationsopfer deklassiert und zur einheitlichen Gruppe stilisiert.³⁰ Obwohl die zur Zwangssterilisation einbestellten Frauen und Mädchen allen Schichten angehörten, folglich auf verschieden ausgestattete Stationen hätten verteilt und nach verschiedenen Pflegeklassen hätten behandelt werden müssen, wurden die widerspenstigen oder unzugänglichen Patientinnen der I. und II. in die zwei großen Krankensäle der III. Klasse gelegt, wodurch Ruhe auf den anderen Stationen und eine gründlichere Beaufsichtigung gewährleistet waren. Zudem war aus der III. Klasse aufgrund der vergitterten Fenster der Krankensäle ein Entweichen kaum möglich.³¹

29 Nur sehr wenige Frauen haben sich – wie die Literaturobwertung ergab – selbst gemeldet und nur wenige Vielfachmütter werden der Operation als Alternative zur fehlenden Verhütung zugestimmt haben. Die Nationalsozialist/innen hatten bereits im Frühjahr 1933 alle Sexualberatungsstellen geschlossen und die Werbung für und den Verkauf von Verhütungsmitteln erschwert, vgl. Kristine von Soden: Die Sexualberatungsstellen der Weimarer Republik 1919–1933. Berlin 1988, S. 146–163. Zu den freiwilligen Selbstanzeigen in Köln gibt Sonja Endres eine Zahl von knapp 3 Prozent an, die Kölner Historikerin weist zudem darauf hin, dass diese meist aus dem Wunsch von Frauen resultierten, keine weiteren Kinder mehr zu bekommen, vgl. demnächst Sonja Endres: Zwangssterilisation in Köln 1934–1945, Köln 2009 (Schriften des NS-Dokumentationszentrums der Stadt Köln, 16).

30 Das Problem wurde ferner durch den raschen Rücktransport der Patientinnen in die einweisende Psychiatrie oder die Einweisung in die Nervenklinik der Universität ‚gelöst‘. Vgl. zur Tradition, homogene Gruppen zu schaffen, damit diese in die vorhandenen klinischen Räume passen, Volker Hess: Raum und Disziplin.

31 In dieser Patientinnen-Gruppe gab es eine erhebliche Tendenz, sich durch Nicht-Erscheinen, heimliches Verlassen der Klinik oder Selbstzerstörung durch Manipulation an Wunden zu entziehen. Eine schmal gebaute Frau schaffte trotz Vergitterung den Sprung aus dem Fenster.

Behandlung:

Ein Versuch der Klinikärzte, die auch psychisch verstörenden Operationen zu verhindern oder zumindest zu dezimieren, ist nicht erkennbar. Die *medizinische* Behandlung der Zwangspatientinnen scheint dagegen von einer gewissen Verantwortlichkeit geprägt gewesen zu sein. Die kombinierte Methode – Quetschung und Verlegung der Tuben – und der gewählte Operationsweg durch den Leistenkanal waren weniger infektionsanfällig als der offiziell empfohlene Bauchschnitt. Aufgrund der Sorgfalt bei medizinischer Erstuntersuchung und OP konnte die Klinik die Sterblichkeitsrate – bei nur einem nachweislichen Todesfall – gering halten.³² Ließ der akute Zustand einer Frau einen operativen Eingriff nicht zu, wurde diese vorübergehend entlassen. Bei einigen wenigen Patientinnen rieten die Oberärzte überhaupt von einer OP ab und begründeten diese ärztliche Entscheidung selbstbewusst gegenüber dem Gesundheitsamt. Führte Naujoks bei Patientinnen höheren Alters oder bei Nicht-Operierbarkeit eine Röntgen- oder Radiumkastration durch, so beruhte diese Entscheidung in der Regel auf einer Anregung des einweisenden Gesundheitsamtes, nicht auf seiner persönlichen Urteilsfindung. In Einzelfällen wurde die Radiumbestrahlung sogar von den Patientinnen ausdrücklich gewünscht.³³

Bei anderen Aspekten der medizinischen Fürsorge hielt sich Naujoks nicht an die gesetzlichen Vorgaben, so wenn er beispielsweise Ärzte und Ärztinnen, die dazu nicht befugt waren, unfruchtbar zu machende Frauen operieren ließ, damit diese Praxisroutine gewannen. Während dieser OPs war – sofern den Akten zu glauben ist – eine ständige Betreuung durch einen Oberarzt gewährleistet.

Anders als zum Beispiel ihre Grazer Kolleg/innen führten die Kölner Oberärzte keine Forschungen durch, die mit dem Risiko einer Tötung verbunden waren.³⁴ Dass Sterilisationsopfer in der Frauenklinik für zwei Dissertationen als Objekte von Medikamenten- oder Narkotikaforschung herhalten mussten, ist eher ihrem sozialen Status als III. Klasse-Patientinnen zuzuschreiben als ihrer rassebezogenen Zuordnung: Sozial deklassierte Patient/innen stellten seit Beginn der Medikamentenversuche die ‚Versuchskaninchen‘.

Da in den Kriegsjahren der Abzug qualifizierter Ärzte erwartet wurde, sollten nur in ‚dringenden Ausnahmefällen‘ noch Anträge auf Sterilisation gestellt werden. Allerdings halbierten sich die Fallzahlen in der Kölner Frauenklinik lediglich, von einer Einstellung der Kölner Gerichtsverfahren kann nicht gesprochen werden.³⁵ Erst in den späten Kriegsjahren, als viele

32 Gisela Bock geht bei zwangssterilisierten Frauen von max. fünf Prozent Todesfällen aus, wogegen die amtlichen Zahlen 0,5 Prozent angeben, vgl. Bock, Zwangssterilisation im Nationalsozialismus, S. 376. Bei den für die Kölner UFK gezählten 1.218 Zwangssterilisationen wären das immerhin sechs bis 60 Todesfälle gewesen.

33 So z. B. die durchaus glaubhafte Darstellung in der Patientinnenakte UAK Zug. 551, Akte 987/1939.

34 Gabriele Czarnowski: „Die Eigenart des jetzt zu behandelnden Materials“, und dies.: Vom „reichen Material ... einer wissenschaftlichen Arbeitsstätte“. Zum Problem missbräuchlicher medizinischer Praktiken an der Grazer Universitäts-Frauenklinik in der Zeit des Nationalsozialismus, in: Wolfgang Freidl/Werner Sauer (Hg.): NS-Wissenschaft als Vernichtungsinstrument. Rassenhygiene, Zwangssterilisation, Menschenversuche und NS-Euthanasie in der Steiermark, Wien 2004, S. 225–273. Die gut erforschte Grazer Universitäts-Frauenklinik soll als Vergleichsfolie gelten.

35 Laut der Verordnung zur Durchführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses und des Ehegesundheitsgesetzes vom 31.8.1939 sollten Anträge nur noch gestellt werden, „wenn die Unfruchtbarmachung wegen besonders großer Fortpflanzungsgefahr nicht aufgeschoben werden darf“. In der UFK gingen die Sterilisationen – vermindert – weiter. In den 5 ½ Jahren von 1934 bis 1939 lassen sich 874 Sterilisationen zählen, in den folgenden 5 ½ Jahren (ab 1.9.1939 bis Sommer 1944) waren es immerhin noch 345 Eingriffe. Die Patientinnenakten spiegeln auch in den Jahren 1940 bis 1944 noch zahlreiche Sterilisationen an ledigen kinderlosen Frauen, die der Anforderung der Verordnung nicht genügten.

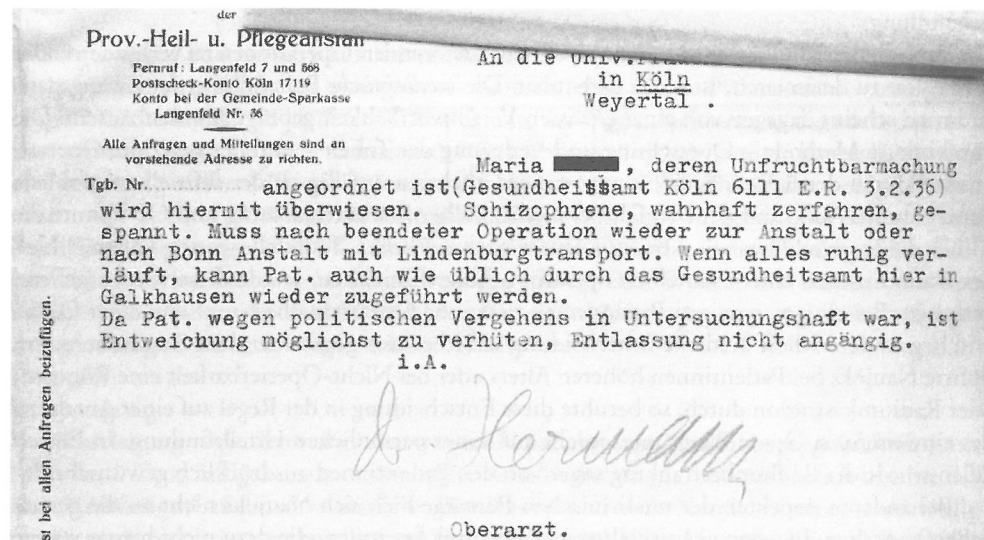


Abb. 26: Patientinnenakte der Universitätsfrauenklinik Köln: Provinzial Heil- und Pflegeanstalt an Universitätsfrauenklinik

Ärzte zum Kriegsdienst eingezogen wurden und die medizinische Versorgung weitmaschiger wurde, finden wir die Zwangspatientinnen durch pathologisierende Formulierungen diskriminiert. Eine Ärztin kolportierte den „geistigen Unterwert“ einer Patientin nach einem beige-fügten Urteil des Erbgesundheitsgerichtes;³⁶ eine andere übernahm kritiklos die Formulierung „schwachsinnig belastete Sippe“ aus dem Rechtstext.³⁷ Eugenischer Rassismus war bei den jüngeren Ärzt/innen zur Normalität geworden.

Insgesamt stellt sich die Universitäts-Frauenklinik im Falle der Zwangssterilisationen als ein heterogen strukturierter Handlungsraum dar. Einzelne katholische Ärzte und Schwestern konnten sich einen Schonraum erkämpfen, Abstand zu rassistischen Eingriffen wahren. Vom Großteil des Teams wurden die Vorgaben jedoch willig akzeptiert und realisiert.

2. Jüdinnen³⁸

Zugang:

Nach Erlass der Reichsbürgergesetze von 1935, die Juden und Jüdinnen zu Staatsangehörigen ohne Rechte und Pflichten degradiert hatten, nahm die Universitäts-Frauenklinik nur

36 UAK Zug. 551, Akte 523/1942.

37 UAK Zug. 551, Akte 234/1943. Obwohl der Erlass Himmlers zur „Bekämpfung der Zigeunerplage“ vom 8.12.1938 Sterilisierungen explizit als Mittel zur „Regelung der Zigeunerfrage“ vorsah, konnten nur wenige „Zigeunerinnen“ identifiziert werden.

38 Die Kategorisierung als Jüdin erfolgte in den Akten allein über die Konfessionszugehörigkeit. Diese Angaben wurden außerdem nur unregelmäßig eingetragen und endeten Anfang 1938. Die Zuschreibung einer „Rassenzugehörigkeit“ erfolgte bei den Jüdinnen nicht.

noch vereinzelt jüdische Patientinnen auf.³⁹ Stationär sind bis Ende 1937, ambulant (in der Poliklinik oder der Privatsprechstunde) bis Sommer 1938 jüdische Frauen nachweisbar.⁴⁰ Ab dem 20. Juli 1938 gehörten laut dem Gesundheitsdezernenten der Stadt, Carl Coerper, selbst „Mischlinge und heute Andersgläubige“ zum ausgeschlossenen Personenkreis. Nur bei Lebensgefahr sollten die Direktoren eine Ausnahme machen.⁴¹ Die gesetzlichen Ausschlüsse wurden in der Universitäts-Frauenklinik willfährig vollzogen, Direktor Naujoks legte gegen all diese Einschränkungen generell keinen Protest ein, sondern fragte lediglich nach, ob in Einzelfällen beispielsweise „Verlegungen zum Israelitischen Asyl erfolgen sollten, wenn der Kranke nach einer Operation transportfähig sei“.⁴² Wohl aber entschied er in Einzelfällen, illegal Jüdinnen (als Privatpatientinnen) aufzunehmen.⁴³

Unterbringung:

Solange die erkrankten jüdischen Patientinnen ‚legal‘ aufgenommen wurden, brachten die Aufnahmeärzte sie nicht gesondert unter. Bei ihrer Einstufung dominierte die Einordnung nach der Kategorie Klasse vor derjenigen nach der ‚Rasse‘. Schon vor 1938 waren die Jüdinnen mehrheitlich Selbstzahlerinnen, was in der Regel mit der Unterbringung im Einzelzimmer einherging. Solange Jüdinnen der Zugang zum Behandlungsareal rechtlich offen stand, verfügten sie über die übliche Bewegungsfreiheit, eine Kontrolle ihres Ausgangs etwa fand nicht statt. Die wenigen nach 1938 heimlich behandelten Jüdinnen wurden vermutlich unter Geheimhaltung ihrer ‚rassischen‘ Zuordnung aufgenommen und untergebracht.⁴⁴

Behandlung:

Als Alternative zu den städtischen Kliniken stand (nicht nur) für jüdische Patientinnen mit leichten Erkrankungen das Israelitische Asyl bereit, das einen ausgezeichneten Ruf genoss. Die Diagnosen der eingelieferten Jüdinnen reduzierten sich demnach auf wenige schwere Erkrankungen (Schwangerschaftskomplikationen, Geschwulste), bevölkerungspolitisch konnotierte Eingriffe zur Behebung von Sterilität zum Beispiel waren nach der Rassenlogik Jüdinnen verwehrt. Diese wurden – soweit dies den Akten zu entnehmen ist – grundsätzlich nach denselben qualitativen Maßstäben wie die der mehrheitsdeutschen Frauen vorgenommen.

39 Die Konfessionsangabe erfolgte zu unregelmäßig, um verlässliche Zahlen zu liefern.

40 Vgl. die Niederschrift der Sitzung der Chef- und dirigierenden Ärzte im Bestand HASTK 690/662 Chef- arztkonferenzen vom 23.2.1938, Bl. 138. Vgl. Barbara Becker-Jäckli: Das jüdische Krankenhaus in Köln. Die Geschichte des Israelitischen Asyls für Kranke und Altersschwache 1869 bis 1945, Köln 2004, S. 289; Nicola Wenge: Kölner Kliniken im Nationalsozialismus. Zur tödlichen Dynamik im lokalen Gesundheitswesen 1933–1945, in: Monika Frank/Friedrich Moll (Hg.): Kölner Krankenhaus-Geschichten, Köln 2006, S. 546–569.

41 Vgl. HASTK 690/662 Chefarztkonferenzen.

42 HASTK Bestand 690/662 Chefarztkonferenzen, Entwurf der Niederschrift, Bl 154 r.

43 Naujoks' Entnazifizierungsakte enthält das Zeugnis einer „Kronzeugin“: I.K., geb. H., vom 2.3.1946, die 1944 von Naujoks behandelt worden war, in: Hessisches Staatsarchiv Marburg, Bestand 307 c (acc. 1969/33): Nr. 271 „Personalakte Professor Dr. Hans Naujoks“; vgl. kritisch zu dem Faktum, dass jeder Arzt „seinen Juden“ und „seinen Pfarrer“ habe aufweisen können, die ihn entlastet hätten, Ernst Klee: Deutsche Medizin im Dritten Reich. Karrieren vor und nach 1945, Frankfurt 2001.

44 Sichere Konfessionsangaben fehlen ab 1938 ebenso wie ‚rassische‘ Zuordnungen – nur durch externe Hinweise wie zum Beispiel Entnazifizierungsakten oder durch Einträge in die Datenbank der ermordeten Juden/ Jüdinnen im NS-Dokumentationszentrum sind „Nichtarierinnen“ identifizierbar.

Umts. Köln-Stadt
 emeldet am 8. VII. 36 d. 1
 Krank. Nr. 48/36

Univeritäts-Frauenklinik Köln. Gyn.

angeworben am 24. V. 36 Krankenblatt.
 F. 467

Jahrgang 1936 Gyn.-Hauptbuch Nr. 467

Zu- und Vorname: Rosa geb. 28. 8. 1908 Köln 27 Jahre alt

Stand: ~~unverheiratet~~ Verheiratet seit 7 Jahren Wohnort: 3. J. Josephsplatz, Friesenich

Name, Stand und Wohnort der Eltern bzw. des Ehemannes: Jüdin

Einweisender Arzt: Dr. Ferdinand Juchacz Köln-Stadt in Lüpfeld. Nr. 3. 2. 36

| Aufgenommen am | | | Entlassen am | | | Arztbrief abgeschickt am | | |
|----------------|---|---|--------------|---|---|--------------------------|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 |
| 24. V. 36 | | | 2. VI. 36 | | | 9. VII. 36 | | |

Kurze Übersicht.

Diagnose: Angeborene Hypothyreose.

Behandlung: konservativ

operativ: 28. V. 36 Vaginale Sterilisation durch Boger'sche Ligatur -
 Querschnitts-Östiotomie nach Kraske. Radium
 Röntgen

Weitere Behandlung:

Kommt wegen: Anst. d. L. infolge von angeborener Hypothyreose.
 Einweisungsbegründung: Geburtsort Köln vom 16. 12. 35; Akt. N. 102 VII. 920/35.

Vorgeschichte.

Familie: (Insbesondere Erbkrankheiten? Geistkrankheiten? Sterilisierungen? Carcinom? etc?)
 Mutter von Gefühlskur mit 44 J. Mutter jungfräulich seit 66 J.

Frühere Krankheiten: Minderwertigkeit.

Einseitig krank gemacht.

Abb. 27: Patientinnenakte der Universitätsfrauenklinik Köln 1936: Zwangssterilisierung (Diagnose: angeborener Schwachsinn)

Im folgenden Fall musste sich der Direktor der Frauenklinik damit auseinandersetzen, dass er den Tod der Patientin riskierte, wenn er in Anlehnung an die Nürnberger Rassegesetze eine lebenswichtige Heilbehandlung verweigerte. Anfang Juli 1937 untersuchte Naujoks in seiner

Sprechstunde eine 64-jährige zuckerkrankte Jüdin, die an einem schnell wachsenden Karzinom litt.⁴⁵ Er teilte dem einweisenden (jüdischen) Arzt Dr. Cobliner den Krebsbefund mit und schlug als Therapie eine aufwändige operative Behandlungsmethode (Radikaloperation) bzw. alternativ den Einsatz des – teuren – Bestrahlungsmittels Radium vor.⁴⁶ Naujoks' Behandlungsperspektive war auf die Lebenserhaltung ausgerichtet: „[...] die Wahrscheinlichkeit, dass ein Karzinom [...] sich erneut ausbildet, ist ziemlich gross. Ich habe der Schwägerin der Patientin daher zur Operation geraten.“⁴⁷ Er legte Cobliner ausführlich seine Entscheidung gegen die Radiumbestrahlung und für eine OP als den am wenigsten belastenden Eingriff dar. Der Chefarzt beantragte zeitgleich beim Gesundheitsdezernenten die Erlaubnis zur Behandlung in der Frauenklinik. Das war ein singuläres Phänomen; jedoch verweigerte dieser eine Ausnahme. Der Kölner Klinikdirektor akzeptierte aber wohl dessen ‚rassisch‘ motivierte und das heißt außermedizinische Entscheidung nicht, die ihn in seinem professionellen Bereich berührte.⁴⁸ Denn ein handschriftlicher Hinweis auf ein Strahlenblatt deutet wahrscheinlich darauf hin, dass Naujoks die Patientin doch noch mit Radium behandeln ließ.⁴⁹ Ob er aber hier wie in ähnlichen Fällen tatsächlich gegen die Vorschrift die ihm aus medizinischen Gründen gebotene Behandlung vornahm, muss offen bleiben.⁵⁰

Mindestens sieben jüdische Frauen wurden in der Kölner Universitäts-Frauenklinik zur Sterilisation eingeliefert.⁵¹ Die Aufnahmeärzte legten auch diese Zwangspatientinnen in die besonders präparierten Krankenzimmer für Sterilisationsoperierte, d. h. mit den ‚deutschblütigen‘ Zwangspatientinnen zusammen. Ihnen drohte die doppelte rassische Verfolgung: einerseits als eugenisch ‚Minderwertige‘, andererseits als Jüdin. Mindestens vier dieser sieben Jüdinnen wurden Opfer der Shoah: Die gehörlosen Schwestern Hilde Buschhoff und Hedwig Strauss, 1938 29 bzw. 31 Jahre alt, die 1935 mit 15 Jahren zwangsweise sterilisierte Henni (Henriette) Wolff und die 1936 mit 27 Jahren operierte Rosa Nathan gelten als ermordet bzw. verschollen.⁵²

45 UAK Zug. 551, Akte 1324/1937 (8.7.1937). Mit dem einweisenden jüdischen Arzt wechselte Naujoks lange Briefe, die von kollegialer Akzeptanz zeugen: „Für Ihren liebenswürdigen Brief betr. Frau Sch. und die Überweisung der Patientin sage ich Ihnen besten Dank. [...] Ich habe die Absicht, die Patientin schon nach wenigen Tagen wieder zu entlassen, damit sie weiter in ihrer (sic) Beobachtung hinsichtlich der Diät bleibt. [...] Hinsichtlich Diät- und Insulindosierung während der wenigen Tage des Klinikaufenthaltes blieb ich ganz bei den von Ihnen vorgeschriebenen Werten. Mit kollegialen Empfehlungen“ usw.

46 UAK Zug. 551, Akte 1324/1937 (12.7.1937).

47 Ebd., Brief vom 23.7.1937.

48 Ebd., vgl. auch HASStK 690/540 Verwaltung und Bewirtschaftung UFK 1936–1941, Bl. 35; vgl. auch Becker-Jäckli: Das jüdische Krankenhaus, S. 472, Anm. 125.

49 UAK Zug. 551, Akte 1324/1937; auf Blatt 4 der Krankenakte heißt es: „Da der Eingriff nicht in der Frauenklinik ausgeführt werden soll (Entscheidung Abt. 61), so entsteht wegen der weiteren Behandlung eine Korrespondenz mit dem einweisenden Arzt Dr. Cobliner (s. Strahlenblatt).“

50 Der Radiumeinsatz musste peinlich genau dokumentiert werden, aber es war Klinikdirektoren möglich, nach eigenem Ermessen kleinere Mengen Radium auszuleihen, vgl. Lutz-Dieter Behrendt/Daniel Schäfer: Ein medizinischer „Mitläufer“? Rudolf Grashey und die Röntgenologie im „Dritten Reich“. Unveröfftl. Manuskript, Köln 2009.

51 Laut UAK Zug. 551, Akte 1811/1938 wurde Hilde Buschhoff, geb. Strauss, aufgrund einer festgestellten bereits bestehenden Unfruchtbarkeit von der Sterilisation verschont.

52 Vgl. die weiteren Belege in den Akten 2159/1935 (Wolff), 467/1936 (Nathan), 703/1938 (Strauss). Die Todesnachrichten wurden entnommen: NS-Dokumentationszentrum der Stadt Köln: Die jüdischen Opfer des Nationalsozialismus aus Köln. Datenbank. Online verfügbar unter <http://www.museenkoeln.de>, zuletzt geprüft am 12.02.2009.

3. Zwangsarbeiterinnen⁵³

Bevor die todbringende „Reinigung“ des deutschen „Volkskörpers“ von Juden und „Erbkranken“ beendet war, kam kriegsbedingt eine neue Klientel in die Klinik – die so genannten „Fremdvölkischen“.⁵⁴ Auf diese Patientinnengruppe wurden die meisten Gesetze und Verordnungen zugeschnitten. Zunächst aus Polen, dann aus Westeuropa und Skandinavien, schließlich aus der Sowjetunion (einschließlich der Ukraine) ließen Ministerien, Arbeitsämter, Fabriken und ab Frühjahr 1942 die Behörde des Generalbevollmächtigten für den Arbeitseinsatz mehrere Millionen Zwangsarbeiter/innen für den Arbeitseinsatz nach Deutschland holen – manchmal überredet, meist aber verschleppt –, um kriegsgebundene Arbeitskräfte zu ersetzen.⁵⁵ Sie wurden nach Rasse-Kategorien sowie Nationalitäten (Kriegsgegner oder Verbündete) und sogar kultureller Verbundenheit hierarchisiert: Nach einer im Dezember 1942 vom Reichssicherheitshauptamt aufgestellten Bewertungspyramide rangierten an der Spitze die Verbündeten aus Italien, es folgten Arbeiter/innen aus Nord- und Westeuropa, ihnen untergeordnet waren wiederum „Angehörige nicht-germanischer Völker, mit denen wir verbündet sind oder mit denen wir aufgrund ihrer kulturellen und gesamteuropäischen Bedeutung verbunden sind“, während sich die polnischen Zwangsarbeiter/innen, sogenannte „Ostarbeiter/innen“ nebst Serb/innen, Tschech/innen oder Slowen/innen am unteren Ende der Liste befanden.⁵⁶

Zugang:

Das „Dilemma zwischen der abgestuften Verachtung ‚Fremdvölkischer‘ und der Notwendigkeit, ihre Arbeitskraft auszubeuten“,⁵⁷ berührte auch die Gesundheitsversorgung. Für kranke Zwangsarbeiter beiderlei Geschlechts erließen die zuständigen Ministerien Gesetze über die Gewährung von Heilbehandlungen, die flexibel – je nach Kriegsverlauf – den Erfordernissen

53 Einführend Natalija Decker: Zur medizinischen Versorgung polnischer Zwangsarbeiter in Deutschland, in: Sabine Fahrenbach/Achim Thom (Hg.): Der Arzt als ‚Gesundheitsführer‘. Ärztliches Wirken zwischen Ressourcenschließung und humanitärer Hilfe im Zweiten Weltkrieg, Frankfurt 1991, S. 99–107; Mark Spoerer: Zwangsarbeit unter dem Hakenkreuz. Ausländische Zivilarbeiter, Kriegsgefangene und Häftlinge im Deutschen Reich und im besetzten Europa 1939–1945, Stuttgart/München 2001, S. 89–115, 138–142; Andreas Frewer u. a.: Hilfskräfte, Hausschwangere, Untersuchungsobjekte. Der Umgang mit Zwangsarbeitenden in der Universitätsfrauenklinik Göttingen, in: ders./Günther Siedbürger (Hg.): Medizin und Zwangsarbeit im Nationalsozialismus. Einsatz und Behandlung von „Ausländern“ im Gesundheitswesen, Frankfurt 2004, S. 341–362; zur Kölner UFK vgl. Irene Franken: Die gesundheitliche Versorgung und Behandlung von Zwangsarbeiterinnen in der Kölner Universitäts-Frauenklinik, in: Bettina Bouresh u. a. (Hg.): Riss durchs Leben. Erinnerungen ukrainischer Zwangsarbeiterinnen im Rheinland. Katalog zur Ausstellung des Landschaftsverbandes Rheinland, Köln 2007, S. 40–57.

54 Bei einer belgischen Patientin ist ein zwangsweises Arbeitsverhältnis mit der UFK belegt, eine höhere Zahl ist zu vermuten, vgl. HASTK 687/2, Bl. 119v zu den „Vorzügen“ der Ukrainerinnen in Kliniken.

55 Unter den zwei Millionen Ausländerinnen, die 1944 in Zwangsverhältnissen im Deutschen Reich arbeiteten, waren 60 Prozent ‚Ostarbeiterinnen‘ und 24 Prozent Polinnen. Die meisten waren junge Frauen zwischen 15 und 25 Jahren. Vgl. Spoerer, Zwangsarbeit unter dem Hakenkreuz, S. 205 f.

56 Runderlass des Reichsführers SS und Chef der Deutschen Polizei (S IV D): Gefahrenabwehr beim Ausländer-einsatz, vom 7.12. 1942, zit. nach Ulrich Herbert: Fremdarbeiter. Politik und Praxis des „Ausländer-Einsatzes“ in der Kriegswirtschaft des Dritten Reiches. Bonn, 1985, S. 189. Aus der Perspektive der Arbeitseffizienz sah diese Einschätzung wiederum anders aus, vgl. ebd., S. 76.

57 Wolfgang Benz: Zwangsarbeit im nationalsozialistischen Staat. Dimensionen – Strukturen – Perspektiven, in: Dachauer Hefte. Studien und Dokumente zur Geschichte der nationalsozialistischen Konzentrationslager, H. 16, (2000), S. 3–17, hier S. 11.

des Arbeitsmarktes folgten. Bis zum Herbst 1942 galt, dass das Arbeitsamt polnische Arbeitskräfte nach zwei Wochen krankheitsbedingten Ausfalls zurückschicken konnte.⁵⁸ Bei kürzeren Erkrankungen und nach dem Herbst 1942 sollten sie jedoch am Einsatzort geheilt werden.

Die Krankheitsrate der Zwangsarbeitenden, besonders in der Rüstungs-, Metall- oder chemischen Industrie und in Baubetrieben, war hoch. Acht von zehn polnischen Zwangsarbeiter/innen zum Beispiel starben vor Kriegsende.⁵⁹ Die Einweisungen von Zwangsarbeitern beiderlei Geschlechts erfolgten in Köln zunächst in das frühere Israelitische Asyl in der Ottostraße 85, ab Oktober 1940 in ein neu requiriertes Städtisches Hilfskrankenhaus im ehemaligen Kloster der Schwestern vom armen Kinde Jesu in der Geißelstraße 96–98, eine Außenstelle der Lindenburg.⁶⁰ Nicht zuletzt aufgrund der dortigen defizitären Ausstattung wurden schwer leidende ausländische Patient/innen weiterhin in die städtischen Kliniken überwiesen. Anfang 1942 sind die ersten osteuropäischen Zwangsarbeiterinnen auf der gynäkologischen Station der Kölner Universitäts-Frauenklinik auszumachen. Bis Anfang 1946 wuchs ihre Zahl auf über 300 an. Wie auch sonst im Reich handelte es sich mehrheitlich um Russinnen und Ukrainerrinnen.⁶¹ Weitere Zwangsarbeiterinnen suchten die Geburtshilfe-Station der Kölner Frauenklinik auf.⁶² Bei schwer erkrankten ausländischen Arbeitskräften umfasste das Einzugsgebiet der UFK das Bergische, das Siegtal, die Voreifel und sogar das Niederrheingebiet.

Die Einlieferung erfolgte meist als Notaufnahme, nicht selten kamen die Patientinnen blutend im Krankenwagen an. Jede Ankunft einer erkrankten Osteuropäerin an der Pforte der Universitäts-Frauenklinik kann als Glücksfall angesehen werden, denn obwohl die Arbeiterinnen Krankenversicherungsbeiträge abführten, war ihre Überweisung vom Wohlwollen eines überweisenden Lagerarztes oder der Fürsorge eines Arbeitgebers abhängig.⁶³ Die Hürde bis zur Einweisung war hoch, hatte doch Reichsgesundheitsführer Conti schon früh die Parole ausgegeben, dass angesichts der offenkundigen Neigung der ausländischen Arbeiter/innen zur „Arbeitsflucht“ die Notwendigkeit eines Krankenhausaufenthaltes stets genau zu prüfen sei.⁶⁴ Das stärkste Motiv zur Überweisung waren die Interessen der unter Produktionsdruck stehenden Arbeitgeber.

58 Im Winter 1941 erlebten dies z. B. 25.000 Landarbeiter/innen.

59 Vgl. Decker, Zur medizinischen Versorgung, S. 105, Benz, Zwangsarbeit, S. 3, 17.

60 Wenge, Kölner Kliniken, S. 558. Die damalige Verantwortliche für weibliche Zwangsarbeiterinnen beim Landesarbeitsamt hat in ihren Erinnerungen Einblicke in die Denkweise gegeben, vgl. Rosa Maria Ellscheid (unter Mitarbeit von Werner Schäffke): Erinnerungen 1896–1987, Köln 1988.

61 Bei weit mehr als 200 der vorgefundenen Zwangsarbeiterinnen stellt die Krankenakte die bisher erste lokalhistorische Spur für einen Zwangsaufenthalt in Köln dar, wie ein Abgleich der Patientinnennamen mit der Datenbank „Zwangsarbeit“ des NS-Dokumentationszentrums ergab.

62 Reichsgesundheitsführer Conti hatte veranlasst, den ausbildenden Kliniken und Hebammenschulen ausreichend schwangere Zwangsarbeiterinnen zuzuführen, vgl. Heusler, Ausländereinsatz, S. 369. Zur Geburtshilfe in der UFK während des Nationalsozialismus entsteht derzeit eine Dissertation von Hannah Stelberg.

63 Während die Krankenhausaufnahme über Allgemeinen Ortskrankenkassen bzw. Betriebskrankenkassen abgerechnet wurde, war die Kassenärztliche Vereinigung Deutschlands für die ärztliche Behandlung und die Heilmittel zuständig. Die Zwangsarbeiter/innen galten jedoch nur als krankenversorgt, nicht als voll versichert. Bei Behandlungsbedarf im Lager mussten vorgeschriebene Wege eingeschlagen werden, um an ärztliche Konsultationen zu gelangen, etwa die Meldung durch die Stubenältesten an die Lagerführer, vgl. Annette Grewe: Ärzte in der Verantwortung. Zwangsarbeit und Krankenhaus in Schleswig-Holstein, in: Frewer/Siedbürger (Hg.), Medizin und Zwangsarbeit, S. 29–66, hier S. 52; Heusler, Ausländereinsatz., S. 353.

64 Reichsgesundheitsführer Conti am 27.1.1941, UAK, Zug. 9, 684; vgl. Hilmar Ankerstein (Hg.): Heilen und Vernichten im Nationalsozialismus. Ausstellung im VHS-Forum, Josef-Haubrich-Hof, 26.4.–15.6.1985. Unter Mitarbeit von: Kölnische Gesellschaft für Christlich-Jüdische Zusammenarbeit und Universität zu Köln Fachschaft Medizin. Köln 1985, S. 130.

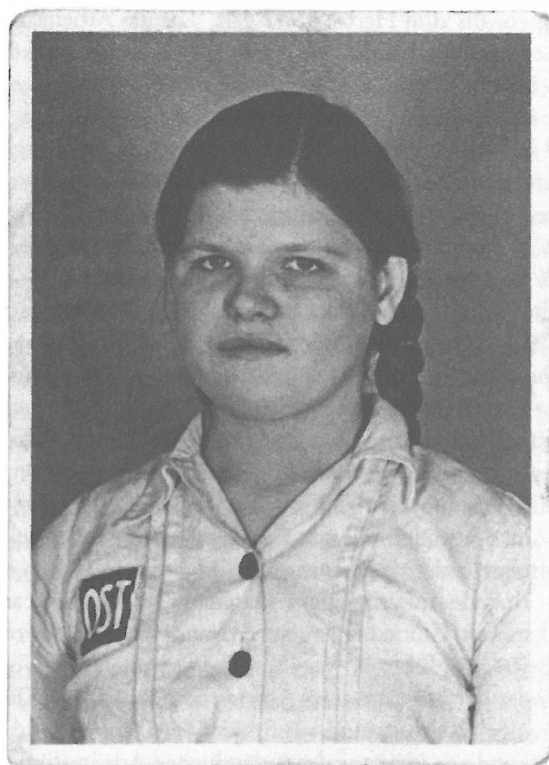


Abb. 28: „Zwangsarbeiterin aus der Ukraine, Lager Grenzstraße Köln-Kalk“

Unterbringung:

Mit rassistisch motivierten, strukturell diskriminierenden Argumenten wurden die dem neuen polnischen „Nebenland“ entstammenden Polinnen bzw. die „Angehörigen der Feindstaaten“ von den übrigen Patient/innen getrennt.⁶⁵ „Die gemeinsame Unterbringung [...] von polnischen Arbeitern und von deutschen Volksgenossen in Krankenanstalten [...] widerspricht [...] dem gesunden Volksempfinden, das in einer derartigen Maßnahme eine unbillige Gleichstellung erkrankter deutscher Volksgenossen mit Angehörigen der [...] kulturell tiefer stehenden polnischen Arbeitern erblickt“, hieß es etwa 1941 in einem vertraulichen Rundschreiben des Innenministers.⁶⁶ Bei öffentlichen Krankenhäusern sollten eigentlich spezielle ‚Ausländer-Krankenbaracken‘ bereit gestellt werden, doch erhielt die Kölner Universitäts-Frauenklinik vermutlich aus Geld- und Personalmangel keine solchen separaten Außenbauten, und die

65 Vgl. Erlass des Reichsministers des Innern vom 27.1.1942, RMI IV e 8880/40/3916, zit. nach Grewe, Ärzte in der Verantwortung, S. 34.

66 Vertrauliches Rundschreiben des Reichsministers des Innern vom 27.1.1941 an das Kuratorium der Universität Köln, weitergeleitet durch den Reichsminister für Wissenschaft, Erziehung und Volksbildung, UAK 9/684.

vollständige Segregation unterblieb.⁶⁷ Es ist anzunehmen, dass einzelne Krankensäle zur ausschließlichen Unterbringung von Zwangsarbeiterinnen dienten.⁶⁸ Bei der Klinikeinweisung der Osteuropäerinnen spielte – anders als bei den deutschen Jüdinnen – ihre vorherige gesellschaftliche Position keine Rolle. Sie wurden durchgängig der Wohlfahrtsklasse (Untergruppe der III. Klasse) zugewiesen. Diese Einstufung korrespondierte mit ihrer Einstufung in die unterste „Wirtschafts- und Zuwendungsklasse“ durch die Arbeitsämter.⁶⁹

Die mehrheitlich russischen oder ukrainischen Arbeiterinnen konnten sich innerhalb des Krankenhauses erstaunlich frei bewegen und wurden nicht wie sonst überwacht. Es liegt nahe, dass die Mehrheit der kranken Zwangsarbeiterinnen die Zeit im Krankenbett zu ihrer Schonung nutzte und die reinliche Klinik als vorübergehenden Schutz vor hygienisch unzumutbaren Barackenlagern zu schätzen wusste.⁷⁰ Andere waren zu entkräftet – oder auch zu loyal gegenüber ihren Arbeitgeber/innen –, um unterzutauchen. Nur sieben der 316 eingewiesenen Zwangsarbeiterinnen versuchten, aus der Klinik zu fliehen und so der drohenden Rückkehr in das Zwangsarbeitsverhältnis zu entkommen, aber im Vergleich zu den zwangsweise eingewiesenen Sterilisationsopfern glückte ihnen die Flucht selten für längere Zeit.⁷¹ Grundsätzlich waren Zwangsarbeiterinnen aus dem Osten durch die Kennzeichnung ihrer Bekleidung mit dem Aufnäher „P“ bzw. „Ost“ sichtbar gemacht, es war ihnen zudem verboten, öffentliche Verkehrsmittel oder Fahrräder zu benutzen. Die flüchtigen Patientinnen wurden denn auch in der Regel bald aufgegriffen. Andere kamen freiwillig in die Klinik zurück.⁷²

67 Dazu fanden sich noch keine Dokumente. Die Nummern der Krankensäle wurden nur in den ersten Jahren in den Akten vermerkt. Laut Wenge ließ die Stadt Köln gegen Ende des Krieges „Krankensammellager“ errichten, die nur eine geringfügige medizinische Betreuung anboten, vgl. Wenge, Kölner Kliniken, S. 559. Das bekannteste Krankensammellager im früheren Gremberger Hof lag in der Nähe von Großindustriebetrieben und existierte bis April 1945. Die Kranken bzw. Schwangeren nebst Säuglingen wurden auf Veranlassung des Gauarbeitsamtes Köln-Aachen in das frühere Gutshaus eingewiesen und waren – ebenso wie die kriegsbezogenen Industriebetriebe selbst – häufigen Bombenabwürfen ausgesetzt. Hier wurden einige Kinder geboren. Vgl. Datenbank NS-Dok „Zwangsarbeit“; vgl. auch Werkstatt für Ortsgeschichte Köln-Brück/Brigitte Bilz (Hg.): Das Zwangsarbeiterlager Bensberger Marktweg, Köln-Dellbrück 1943 bis 1945, Köln 1992, S. 9–36; vgl. auch Wenge, Kölner Kliniken, S. 559.

68 Die Angabe der Zimmernummern ist Ende der Dreißiger Jahre leider eingestellt worden.

69 Die sogenannten ‚Ostarbeitererlasse‘ von 20.2.1942 beinhalteten nicht nur eine Kennzeichnungspflicht, sondern z. B. auch, dass diese eine schlechtere Verpflegung als Deutsche bekommen sollten, vgl. Herbert: Fremdarbeiter, S. 154–157, 170 f.

70 Dies wurde auch von den NS-Behörden bzw. Arbeitgebern unterstellt, die in den späten Kriegsjahren Faulheit, Bummelantentum und Simulation zum Thema machten, vgl. Decker, Zur medizinischen Versorgung, S. 105 f.

71 Dauerhaft „entwichen“ sind vier Frauen, – diese flohen nicht zufällig in den Monaten des chaotischer werdenden Kriegsalltags ab Ende 1943 (UAK Zug. 551, Akten 2353/1943; 828/1944; 1171/1944 und 1332/1944).

72 Die Akten vermerken dann meist ein „effugit“. Ausländischen Arbeitsverweigerern beiderlei Geschlechts drohte die Einweisung in ein wesentlich härteres „Arbeitserziehungslager“. Eine Patientin, die am 3.7.1944 außerhalb des Krankenhauses angetroffen wurde, wo sie „Eis essen“ wollte, fügte sich laut der Stationsärztin Frau Dr. Lehmann auch weiterhin den Regeln nicht: „Trotz Verordnung strenger Bettruhe geht Pat. immer wieder aus dem Bett, beklagt sich über das Essen; [...] 9.7. Pat. hat morgens nach dem Terrorangriff das Krankenhaus heimlich verlassen.“ (UAK, Zug. 551, Akte 1750 /1943, Bl. 4). Die Patientin arbeitete laut der NS-Datenbank „Zwangsarbeit“ spätestens im September 1943 wieder an einer Kölner Arbeitsstätte.

Behandlung:

Die Diagnosen der Zwangsarbeiterinnen konzentrierten sich auf wenige Erkrankungen: In mehr als der Hälfte der Fälle lagen drohende oder erfolgte Fehl- und Frühgeburten vor. Entzündungen, die häufig im Zusammenhang mit unterbrochenen Schwangerschaften standen, lagen an zweiter Stelle. An dritter Position folgten schwere Zyklusstörungen. Wesentlich seltener als bei Frauen der Mehrheitsgesellschaft wurden Myome, Fisteln oder Karzinome behandelt, vermutlich, da diese nicht zwingend die Arbeitsfähigkeit einschränkten. Die häufigen Schwangerschaftskomplikationen – sie übertrafen die der mehrheitsdeutschen Frauen erheblich – hatten vielerlei Ursachen. Bei der Anamnese führte das ärztliche Personal immer wieder Unfälle an. Die bei der Datenaufnahme gemachten Aussagen spiegeln zudem eine hohe Arbeitsbelastung und Erschöpfungszustände wider, was bei einer Wochenarbeitszeit von 54 Stunden – diese galt seit August 1942 für „Fremdarbeiter/innen – nicht erstaunen kann. Als Ursache der Rückenschmerzen der schwangeren Anna P. wurde zum Beispiel ein arbeitsbedingter, lang andauernder Aufenthalt in kaltem Wasser vermerkt.⁷³ Viele Schwangerschaftsverluste mögen zudem eine Folge von verunglückten Abbrüchen durch Lagerärzte gewesen sein.

Wie kamen die Patientinnen an? Die elenden Lebensbedingungen durch mangelnde Hygiene im Lager oder schlechte Ernährung finden in den Akten der Universitätsfrauenklinik nur einen erstaunlich schwachen Widerhall. So erwähnen die Anamnesen zwar die Magerkeit vieler Patientinnen, einen „schlechten EZ“ (Ernährungszustand) oder einen „reduzierten AZ“ (Allgemeinzustand), doch sind trotz des unregelmäßigen Zugangs zu heißem Wasser und Reinigungsmitteln Hygiene-Erkrankungen wie Krätze recht selten Thema, und auch Hinweise auf Läuse bilden eine Ausnahme.⁷⁴ Die firmeninternen Direktiven zur Desinfektion und Entlausung hatten gegriffen.

Das primäre Interesse des Staates und der Arbeitgeber/innen vor Ort galt der baldigen kurzfristigen Wiederherstellung der Arbeitskraft statt der vertieften Ursachenbehandlung. Folgte die Klinik dieser Vorgabe?

Ein gewisses Lavieren zwischen den Ansprüchen der Medizin als wissenschaftlicher Disziplin, „kriegswichtiger ökonomischer Effizienz und nationalsozialistischer Rassenpolitik“⁷⁵ bildete die Folie des Handelns in der Universitäts-Frauenklinik. Betrachten wir zunächst die Schwangerschaftsabbrüche und ihre Folgen. Ab 1943 war die Heimsendung schwangerer Zwangsarbeiterinnen aus arbeitsökonomischen Gründen unerwünscht, es wurde eine Interruptio – möglichst mit Zustimmung der Betroffenen – angestrebt. Deren Zahl war recht gering: Es lassen sich in Köln „nur“ elf durch die Kassenärztliche Vereinigung Deutschlands legitimierte Zwangsabtreibungen finden. Eine Häufung wie in der wesentlich kleineren Stadt Graz, aus deren UFK mehr als 1.000 Abtreibungen und viele Zwangssterilisierungen an Zwangsarbeiterinnen dokumentiert sind, ist für Köln nicht belegbar, auch brutale Forschungsprojekte an dieser Klientel ließen sich nicht nachweisen.⁷⁶ Häufiger dienten wohl die

73 Vgl. UAK Zug. 551, Akte 2676/1943.

74 Damit die Aufnahme zweifelhafter Patientinnen in Kliniken verhindert wurde, führten Patientinnen ein Dokument mit sich wie „Frei von Ungeziefer“ oder „[...] gerade bei der IG Farben Leverkusen entlaust und desinfiziert“.

75 Benz, Zwangsarbeit, S. 11 f.

76 Rechtsgrundlage hierfür war eine Verfügung des „Reichsgesundheitsführers“ vom 11.3.1943. Czarnowski berichtet für Graz von einer Häufung in den letzten zwei Kriegsjahren. „Das Gros dieser ‚rassischen‘ Abtreibungen wurde in ‚Ostarbeiterbaracken‘ und Lagern vollzogen, aber auch in UFK“, vgl. Czarnowski,

schlecht ausgestatteten Krankenstationen der großen Firmen oder die städtischen Hilfskrankehäuser als Schauplatz. Die Qualität der medizinischen Behandlung der eigentlich als minderwertig eingestuften Zwangsarbeiterinnen entsprach nach mehreren Kriterien dennoch dem Standard der ‚arischen‘ Frauen: Aufgrund der häufigen Akutsituationen war meist schnelles und professionelles Eingreifen von Seiten der Kliniker/innen gefragt – in vielen Fällen waren es ein Oberarzt, in selteneren auch der leitende Chefarzt Naujoks, die sich an der Erstellung der Diagnose oder auch an der Behandlung der Zwangsarbeiterinnen beteiligten.⁷⁷ Osteuropäern beiderlei Geschlechts wurde aus rassistisch-ökonomischen Motiven generell eine geringere Schmerzempfindlichkeit als den deutschen ‚Volksgenossen‘ zugeschrieben. In der Kölner Frauenklinik erhielten Zwangsarbeiterinnen dennoch in den gleichen Behandlungssituationen Narkotika in gleicher Dosis,⁷⁸ und die Ärzte teilten auch ausländischen Patientinnen mit massiven Schmerzen oder sterbenden Zwangsarbeiterinnen Opiate oder Morphin zur Schmerzlinderung zu.⁷⁹ Ein Vergleich der Liegezeiten von deutschen und sowjetischen Patientinnen mit Fehlgeburten zeigt, dass die Zahl der in der Klinik verbrachten Tage einander entsprach; systematische Abweichungen zur Aufenthaltsdauer mehrheitsdeutscher Frauen sind nicht feststellbar.⁸⁰ Einzelne Patientinnen wurden sogar weit über die erlaubte Zeit behandelt, im Einzelfall mehr als vier Monate. Auch bei Zwangsarbeiterinnen findet sich nach schwereren Erkrankungen der Vermerk: „[...] nachdem Pat.[ientin] 8 Tage lang keinerlei Beschwerden mehr gehabt hat, wurde sie entlassen“, was auf eine sorgsame Beobachtung verweist.⁸¹ In Ausnahmefällen verzeichnen die Akten medizinische Behandlungen, die nicht mit der Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit in Verbindung gebracht werden können. So setzten die Ärzte beispielsweise bei einer ukrainischen Frau mit stark verkürzter Vagina eine sogenannte Scheidenplastik ein. Nach einer operationsbedingten Verletzung an Bauchwand und Darm wurde bei einer anderen Patientin zunächst ein künstlicher Darm gelegt und in einem langwierigen Prozess anschließend der eigene wieder in Funktion gesetzt. In beiden Fällen mag der Faktor, dass es sich bei der Universitäts-Frauenklinik um eine Ausbildungs- und Forschungsinstitution handelte, die entscheidende Rolle für die aufwändige Behandlung gespielt haben. Darüber hinaus schloss der hohe Professionalitätsanspruch des Leiters Naujoks mittelmäßige Arbeit oder gar Fehlleistungen in „seiner“ Klinik aus.

Es gab allerdings bezeichnende Unterschiede in der Pflege und Dokumentation. In den Krankenakten der Zwangsarbeiterinnen wurden häufig nur rudimentäre Daten (Nationalität, Lager, Einsatzort, Krankenkasse) notiert, gerade die individualisierenden Angaben wie das korrekte Geburtsdatum, Geburts- und Wohnort, gegebenenfalls Geburtsname und Name des

„Die Eigenart des jetzt zu behandelnden Materials“, S. 186. Vgl. für Deutschland Bock, Zwangssterilisation im Nationalsozialismus, S. 440. Der bisweilen geäußerte Verdacht, an Zwangsarbeiterinnen durchgeführte Abrasionen (Ausschabungen) seien grundsätzlich verdeckte Abtreibungen gewesen (vgl. Czarnowski, „Die Eigenart ...“, S. 194), kann anhand der Kölner Akten nicht verifiziert werden. Ebenso wenig sind hier Schwangerschaftsabbrüche an Zwangsarbeiterinnen mit anschließender Sterilisation dokumentiert.

77 Auch bei Behandlung von Patientinnen der III. Klasse wurde der Direktor nur bei Notfällen einbezogen.

78 In den OP-Berichten wurden das Narkosepersonal und die Dosierungen der Narkose-Mittel vermerkt; vgl. auch Heusler, Ausländereinsatz, S. 345.

79 Czarnowski berichtet von eindeutigen medizinischen Experimenten an der Grazer UFK (Punktionen der Eihäute durch die Bauchdecke mit Injektion für die Leibesfrucht tödlicher Gifte), vgl. dies., „Die Eigenart ...“, S. 196. Vergleichbares ist aus Köln nicht bekannt.

80 Je nach Heilungsverlauf blieben sie zwischen 5 und 8 Tage, bei Störungen des Heilungsverlaufes auch länger.

81 UAK Zug. 551, Akte 1909/1944.

Kurze Übersicht

Diagnose *Abst. incomplet. M. II*

Behandlung konservativ

operativ *11.6.44. Abrasio*

andere Behandlung Radium
Röntgen

Ursache wegen *Abstus incompletus Menstr.* *11.6.44*
Diagnose *Abrasio*

Vorgeschichte

andere Erbkrankheiten? Geisteskrankheiten? Sterilisierungen? Carcinom? Tbc?

Erkrankungen in der Familie? Ist die anzunehmende Kranke Zwilling?

andere Krankheiten

Russin!

Abb. 29: Patientinnenakte aus der Universitätsfrauenklinik Köln 1944

Ehemannes, die den Patientinnen Individualität und Würde verliehen hätten, fehlten. Die jungen osteuropäischen Frauen konnten nur selten Deutsch, und Dolmetscher/innen waren nicht immer zu Stelle. Gelang es nicht, die Krankengeschichte zu erheben („Verständigung nicht möglich!“), berührte diese unvollständige Anamnese bisweilen wohl die Berufsansprüche der Ärzte und Ärztinnen. Eine typische Reaktion war die Übernahme der rudimentären Sprache der Zwangsarbeiterinnen: „18 Tage Blut, 13 Tage kein Blut; 10 wieder starke Blut“ oder „Pat.[ientin] gibt an: Viel krank, viel Blut.“⁸²

Abqualifizierende Untertöne durchzogen häufiger die Reaktionen auf Selbstbeschreibungen der Zwangsarbeiterinnen. Die Ärzt/innen verließen sich bei der Anamnese seltener auf Äußerungen der ausländischen Patientinnen. Wendungen wie: „Die Angaben der Pat.[ientin] sind ungenau“ oder „Angaben der Pat.[ientin] über Menstruation und Stuhlgang sind unglaubwürdig“, unterscheiden sich deutlich von der Akzeptanz der Berichte kranker deutscher Frauen aus der Unterschicht, etwa Fabrikarbeiterinnen.

Verhaltensweisen, die auf „Arbeitsscheu“, „ungebührliches“ oder „zänkisches“ Benehmen hinausliefen – letztlich verschiedene Wege, sich dem zugedachten Schicksal als Arbeitsklavin zu entziehen – wurden negativ sanktioniert:⁸³ „Pat.[ientin] gibt nach wie vor alle möglichen Beschwerden an. Will nicht arbeiten gehen! Entlassung“,⁸⁴ hieß es etwa. Anders als bei den

82 UAK Zug. 551, Akte 1915/1944.

83 So hieß es in einer Akte: „Angeblich ist Patientin noch nicht ganz beschwerdefrei, sie scheint etwas arbeitsscheu zu sein.“ UAK Zug. 551, Akte 1264/1943.

84 UAK Zug. 551, Akte 725/1943.

deutschen Kranken endeten die meisten Einträge in den Patientinnenakten der Zwangsarbeiterinnen mit Beurteilungen wie „Pat.[ientin] wird als sofort arbeitsfähig entlassen“ oder mit „[...] ab sofort wieder arbeitsfähig“. Hier ging es nicht nur um Heilung, sondern auch und vor allem um die baldige Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit. Besonders politische Statements, etwa Bewertungen der Kriegslage, waren verpönt, und Sowjetbürgerinnen, die bei deutschfeindlichen Bemerkungen ‚erwischt‘ wurden, fanden keine Gnade: „Äußerungen östlicher Revanche“ brachten eine 18-jährige Russin in Lebensgefahr, denn eine Ärztin der Frauenklinik meldete ihre Worte an die Gestapo weiter.⁸⁵ Biologischen Rassismus kann man den Umgang mit Bluttransfusionen für Osteuropäerinnen nennen, wenn darauf geachtet wurde, bei einer Bluttransfusion allein auf das vermeintlich gleichartige Blut einer Frau der gleichen Nationalität zurückzugreifen: „Pat.[ientin] erhält am 24.11. von einer Ukrainerin 310 ccm gruppengleichen Blutes.“ Die Ärzte und Ärztinnen der Universitäts-Frauenklinik erwiesen sich mit solchen Formulierungen als Anhänger einer Medizin, die davon ausging, dass Blut anderer „Rasse“ auch andere Eigenschaften aufwies.⁸⁶ Öfter als bei deutschen Frauen vermittelten die Krankenakten einen negativen Eindruck der Körperlichkeit von Zwangsarbeiterinnen: „[...] macht einen debilen Eindruck, ist schmutzig [...], geht sehr langsam, zieht sich sehr langsam aus, um zu zeigen, wie stark ihre Schmerzen sind. [...] Unreinheit“ oder „magere dreckige blasse Frau“ heißen Charakteristiken in Akten.⁸⁷

Die professionelle Zuwendung verringerte sich erheblich, als es galt, den Bettenmangel der späten Kriegsmonate auszugleichen. Nun wurden die Bedürfnisse der mehrheitsdeutschen Frauen privilegiert, Osteuropäerinnen und Polinnen häufiger an der Pforte abgewiesen oder früher entlassen als zuvor. Eine massive Deklassierung gab es, als die jungen Ausländerinnen in den Monaten der intensivsten Bombardierungen der Stadt nicht mit den ‚Arierinnen‘ in die zwei sicheren Ausweichgebäude nach Mehlem transportiert wurden, sondern bis zur endgültigen Preisgabe der Klinik im Februar 1945 auf gefährdetem Gelände verbleiben mussten.

Fazit

Der Paradigmenwechsel, der sich im Gesundheitswesen ab 1933/34 vollzog, zeigte ein vielfältiges Gesicht. Zunächst verschob sich 1934 die Patientinnenstruktur der Kölner Universitätsfrauenklinik durch die Ankunft der mehr als Tausend ‚eugenischen‘ Zwangspatientinnen; um 1937 bis 1938 wurden die Jüdinnen aus dem Behandlungsangebot ausgegrenzt, 1941 bis 1945 zog die neue Patientinnengruppe der Zwangsarbeiterinnen ein. Diese machte gegen Kriegsende die Mehrheit im Kölner Klinikgebäude aus, da die deutschen Frauen früh in luftschutzsichere Räume südlich von Bonn evakuiert worden waren.

85 UAK Zug. 551, Akte 702/1943.

86 Vgl. Anne Cottebrune: Vom Ideal der serologischen Rassendifferenzierung zum Humanexperiment im Zweiten Weltkrieg, in: Wolfgang U. Eckart/Alexander Neumann (Hg.): Medizin im Zweiten Weltkrieg. Militärmedizinische Praxis und medizinische Wissenschaft im „Totalen Krieg“, Paderborn 2006, S. 43–67.

87 UAK Zug. 551, Akte 2356/1942 bzw. Akte 210/1943. Die Benennung von Geruch (factor) kann eine fachlich begründete Aussage über das fortgeschrittene Stadium einer Erkrankung darstellen. Bei Osteuropäerinnen evozierte die Erwähnung vermeintliche ‚Rasse‘-Gerüche und mag der tendenziösen Konstruktion von Minderwert gedient haben, vgl. Bettina Beer: Geruch und Differenz. Körpergeruch als Kennzeichen konstruierter ‚rassischer‘ Grenzen, in: Paideuma 46 (2000), S. 207–230, hier S. 216.

Die Durchlässigkeit des Klinikzugangs war sowohl durch ideologische wie durch juristische Vorgaben gesteuert, hierarchisierende In- und Exklusionspraxen waren eine Folge krankenhauserinterner wie externer Entscheidungen. Der Gesundheitsdezernent der Stadt Köln verordnete der Frauenklinik zwar keine grundsätzliche Absperrung nach außen, aber er veranlasste – als Transmissionsriemen für Vorgaben der Berliner Reichsministerien – die beschriebene Differenzierung in behandlungsverpflichtete (zu sterilisierende ‚Arierinnen‘), von der Behandlung ausgeschlossen (Jüdinnen ab 1938) und behandlungsberechtigte (Zwangsarbeiterinnen) Patientinnen.⁸⁸ Vorstellungen von Ungleichheit wurden nach allen drei Kriterien – Geschlecht, Rasse, Klasse – umgesetzt, allerdings unterschiedlich konsequent.

Gerade die Universitäts-Frauenklinik mit ihren hinsichtlich der Geschlechtszugehörigkeit abgegrenzten Räumen, in denen die nationalsozialistische Rassenideologie über die Stadt Köln hinausgehend umgesetzt werden sollte, nahm im Spektrum der städtischen Kliniken durch die Vielfalt der gynäkologischen und geburtshilflichen Interventionen eine Sonderrolle ein. Gebärfähigkeit und Mutterschaft wurden in der Frauenklinik offenbar nicht allen durch ‚Rasse‘ markierten Patientinnen verwehrt, wie die Geburtenzahlen der Zwangsarbeiterinnen belegen.⁸⁹ Frauen fanden sich zudem sowohl auf der Opfer- wie auf der Täter/innen-Seite. Ärztinnen beteiligten sich ebenso selbstverständlich an den sterilisierenden und abtreibenden Operationen wie die Kollegen. Der Kategorie Geschlecht kommt daher nicht die gleiche Bedeutung zu wie ‚Rasse‘ und Klasse.

Die Klassenzugehörigkeit konnte bei den sogenannten ‚Erbkranken‘ eine verstärkende Rolle spielen, – als ‚asozial‘ stigmatisierte Unterschichtfrauen stellten eine besonders verfolgte Gruppe.⁹⁰ Jüdinnen aus der Mittel- und Unterschicht waren ab 1938 von der Heilbehandlung durch die besten Ärzte ausgeschlossen, nur wenige Privatpatientinnen erhielten eine Chance, sich im Verborgenen weiter behandeln zu lassen. Überlagerte bei den hereingekommenen deutschen (privilegierten) Jüdinnen die Klassenzugehörigkeit den Rassenvorbehalt, so galt dies für die (ausländischen) Zwangsarbeiterinnen nicht: Die Klassenzugehörigkeit der Frauen und Mädchen, die der Zwangsarbeit unterstellt worden waren, erwies sich als irrelevant, da sie als sozial (und rassistisch) homogen betrachtet wurden. Bei ihnen ignorierten die Akteure die Kategorie der sozialen Herkunft und den früheren gesellschaftlichen Status. Ihre Behandlungsstufe wurde kollektiv an den geringen Leistungen der Kostenträger Arbeitsamt und Ersatzkasse ausgerichtet.

Die NS-Gesundheitspolitik definierte ‚Rasse‘ als zentrales Kriterium, und diese Wertung spiegelte sich bei der Aufnahme in die Frauenklinik. Die Bewacher des Krankenhauszugangs – die diensthabende sogenannte Aufnahmeschwester und der/die jeweilige Aufnahme-Arzt/

88 Diese vermittelnde Funktion des Gesundheitsdezernenten spiegelt sich vornehmlich in den Protokollen der Chefarztkonferenzen.

89 Bock, Zwangssterilisation im Nationalsozialismus, S. 26–58; vgl. Hansch-Singh, Rassismus und Fremdarbeitereinsatz, S. 133 f. Mehrere hundert Zwangsarbeiterinnen gebaren ihr Kind auf der Geburtsstation der UFK.

90 ‚Eugenisch‘ indizierte Operationen konnten Frauen und Mädchen aller Schichten treffen, doch durch die besonders starke Einbeziehung „angeboren Schwachsinniger“ waren als asozial kategorisierte Milieus stärker betroffen und die Absicht fassbar, eine gesellschaftliche Problemgruppe zu verkleinern. Christiane Rothmaler hat 1986 die These aufgestellt, die Massensterilisierungen seien eine radikale Form der Armenpolitik gewesen und hätten auf die Dezimierung von „sozialem Ballast“ gezielt, vgl. Christiane Rothmaler: Sterilisationen nach dem „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ vom 14. Juli 1933. Eine Untersuchung zur Tätigkeit des Erbgesundheitsgerichtes und zur Durchführung des Gesetzes in Hamburg in der Zeit zwischen 1934 und 1944. Husum 1986 (Abhandlungen zur Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaften, 60), S. 20.

Ärztin – mussten Entscheidungen über den Einlass treffen, konnten dabei aber auf keine „zuverlässige und kohärente ‚rassistische‘ Diagnose“⁹¹ zurückgreifen. In der Regel folgten sie den Angaben der mitgeführten Identitäts- oder Einweisungspapiere. Als massivste rassistische Ausschlussmaßnahme muss der ab 1937/38 geltende gesetzliche Ausschluss der Jüdinnen aus den Behandlungsräumen gelten. Durch die Verweigerung von zeitgemäßen Behandlungsmaßnahmen wie zum Beispiel der Krebsbekämpfung büßten jüdische Kölnerinnen Überlebenschancen ein, lange bevor die kollektive Auslöschung begann. Gegen diese Vorgaben von Minister und Dezernent erhoben die leitenden Klinikärzte keinen offenen Protest.

Die Unterbringung aller drei Patientinnengruppen war nicht nur anhand der Krankheiten organisiert, sondern ebenso aufgrund der Kriterien ‚Rasse‘ plus Klasse. Die sichtbarste und auffälligste Patientinnengruppe in der Klinik, die Opfer der „sozialtechnischen und sozialuto-pischen Ziele“⁹² der Mehrheitsgesellschaft, musste entlegene und vergitterte Räume beziehen. Im Extremfall fixierten Nonnen die zwangssterilisierten Patientinnen, von denen viele durch Enthemmung oder Verärgerung laut, lästig und latent destruktiv waren, oder sedierten sie medikamentös. Obwohl Zwangsarbeiterinnen nach Verordnung konsequent separiert werden sollten, ließ sich dies in Köln nicht verwirklichen, hier gab es außermedizinische Begrenzungen. Die Vermeidung der Auslagerung diente ggf. auch pragmatischen Überlegungen zur Vereinfachung der Routinen.

In den zwölf Jahren des NS-Systems fanden in den Heilräumen der gynäkologischen Station täglich Begegnungen statt, bei denen sich das leitende ärztliche Personal zu den gesetzlichen Vorgaben der Ausgrenzung von Nicht-Arierinnen, der Nicht-Behandlung von vermeintlich Degenerierten und der Minimal-Heilung von ‚slawischen Untermenschen‘ verhalten musste. Der Rassismus gewann auf dem Feld der Behandlung (einschließlich Diagnostik, Medikation und operativen Therapien) die größte Reichweite. Hier sind zunächst die 1.218 ‚eugenisch‘ begründeten Operationen bzw. Strahlenbehandlungen anzuführen, denen teilweise Schwangerschaftsabbrüche vorausgingen. Elf ‚rassistisch‘ motivierte Abtreibungen an „Angehörigen der Feindstaaten“ demonstrieren auch für Köln „eine mehr oder weniger große Übereinstimmung der Operateure mit den eugenischen und ‚volkstums‘-politischen Zielen des Nationalsozialismus.“⁹³ Des Weiteren schlagen sich in den Unterlagen individualisierte, alltagsbezogene verbale Diskriminierungen nieder, sei es die Betonung der sprachlichen Unkenntnis oder die Herausstellung einer kulturellen Andersartigkeit der Patientinnen; die Benennung vermeintlicher Unterschiede etwa beim Körpergeruch betraf allein die ausländischen Patientinnen.⁹⁴ Jedoch: Von Ablehnung und Xenophobie⁹⁵ gekennzeichnete Ausgrenzungen der Zwangspatientinnen oder Zwangsarbeiterinnen hingen vielfach mit dem Wunsch nach einem ungestörten reibungslosen (professionellen) Ablauf des Klinikalltags zusammen. Es ist dabei zu erkennen, dass die verbalen Diskriminierungen, die aus den Alltagsroutinen erwachsen, oftmals auf Unsicherheit beruhten, wenn etwa Arzt/innen das ‚verrückte‘ Verhalten der psychisch Kranken oder die angeblich falschen Angaben der sprachunkundigen Sowjetbürgerinnen kritisierten.

91 Rupnow, Definition des ‚Jüdischen‘, S. 3.

92 Alfons Labisch: Homo hygienicus. Gesundheit und Medizin in der Neuzeit, Frankfurt 1992, S. 1.

93 Czarnowski, „Die Eigenart ...“, S. 199.

94 Untersuchungen aus anderen Städten haben zu der gleichen Einschätzung geführt, vgl. das Fazit bei Frewer/Siedbürger (Hg.), Medizin und Zwangsarbeit, S. 11–25, hier S. 13.

95 Vgl. zu externem Rassismus Michael H. Kater: Die Medizin im nationalsozialistischen Deutschland, S. 445.

Zwar wurden Zwangsarbeiterinnen in den letzten Kriegsmonaten Opfer struktureller Versorgungsdefizite, indem sie im Bombenhagel des Kölner Infernos zurückgelassen wurden, aber es lässt sich eine konsequente Ungleichbehandlung und Minderernährung der drei Patientinnengruppen im Vergleich zu Patientinnen der Mehrheitsgesellschaft nicht nachweisen. Im Einzelfall überschritt die medizinische Behandlung einer ‚Fremdrassigen‘ die reine gesundheitliche Wiederherstellung für den Sklaveneinsatz.

Die Ausgangsfrage: Teilten die handelnden Ärzte die ideologischen Positionen der NS-Politik? könnte leicht mit dem Hinweis beantwortet werden, dass es nicht zuletzt Mediziner waren, welche die Euthanasie und teilweise die Shoa „initiiert, geplant, vorbereitet, gerechtfertigt, durchgeführt und wissenschaftlich begleitet“ haben – und sie wurden „nicht trotz, sondern wegen ihres ärztlichen Berufsethos zu Vollstreckern eines historisch beispiellosen Aktes der Barbarei“. ⁹⁶ Gerade Klinikärzt/innen waren aktive Träger des NS-Gesundheitssystems und damit Täter/innen. Sie veröffentlichten Forschungsergebnisse, die eine ‚Rasse‘-bezogene Medizin rechtfertigten und nutzen die ihnen ausgelieferten degradierten Patient/innen als Versuchs- oder Ausbildungsobjekte.

Nur einzelne Direktoren verweigerten die nationale Aufgabe der massenhaften sterilisierenden Operationen. ⁹⁷ Naujoks' Vorstoß in Berlin, auch Schwangerschaftsabbrüche bei ‚eugenischen‘ Patientinnen zuzulassen, zeugt von seiner Zustimmung zu dem Vorhaben ‚rassischer Aufartung‘, die dem Verhalten der Mehrheit entsprach. Gerade die Befürwortung von Abtreibungen an ‚Erbkranken‘, – einen Eingriff, den er sonst vehement ablehnte, spiegelt seine rassistische Unterscheidung in wertvolle und wertlose Menschen. Er glaubte an die zweigleisige Strategie, die Guten vor der Vermischung mit „Fremden“ oder ‚Erbkranken‘ zu schützen und die „Minderwertigen“ des „eigenen“ Volkes an der Vermehrung zu hindern.

Die Kölner Klinikärzte und -ärztinnen wiesen dennoch ein gewisses Spektrum an Verhalten auf. Die Klinikleitung befürwortete nicht die Sterilisation um jeden Preis, wenn sie das Leben einer Frau in Gefahr wählte. Von einer überrepräsentativen Ausnutzung einer Patientinnengruppe zu Forschungszwecken oder von „optimierter Nutzbarmachung des Fremdvölkischen“ ⁹⁸ wie in anderen Frauenkliniken kann in Köln nicht die Rede sein. Nur für wenige Dissertationen wurden Zwangsarbeiterinnen und Sterilisationsopfer zu Reihentests von neuen Medikamenten herangezogen. ⁹⁹ Diese Testreihen mit bereits zugelassenen Medikamenten oder Narkosemitteln sind nicht mit Experimenten in den Konzentrationslagern zu vergleichen, bei denen etwa die Einspritzung von ätzenden Flüssigkeiten in die Gebärmutter, die Amputation des Gebärmutterhalses oder die Röntgenkastration ausprobiert wurden. ¹⁰⁰

Die Bereitschaft, sich an ‚rassischer‘ Selektion zu beteiligen, die Heilung mit dem Ziel der Rückführung in den „Verwertungskreislauf“ zu betreiben, pragmatisch mit den aufgenommenen Patientinnen umzugehen, weiterhin fachliche Standards zu beachten, spannende operative Fälle unter den Ausgeschlossenen für Lehrveranstaltungen zu nutzen oder Studenten an ihnen

in komplizierten operativen Techniken auszubilden, schließlich finanzielle und Image-Gründe zu verfolgen – dies alles bildete eine für die nationalsozialistische Zeit typische Mischung. Im Binnenraum der Frauenklinik spielten materielle Interessen und die medizinische Fachdisziplin der Gynäkologie mit ihren Fragestellungen und Erkenntnissen aus der Weimarer Zeit eine korrigierende Rolle. Die herkömmliche ärztliche Ethik blieb in der Klinik – bei grundsätzlicher Zustimmung des Leiters zum Regime – eine gewisse handlungsleitende Maxime. ¹⁰¹

Bedingt durch eine Orientierung an medizinischer Perfektion, durch das Streben nach dem guten Ruf der Spezialklinik und nach einem hohen Einkommen und bisweilen durch gelebten katholischen Glauben setzten einige Akteure andere Schwerpunkte. Ärzt/innen und Schwestern richteten sich individuell ein zwischen den (eigenen) rassistischen Einstellungen, den Traditionen sozialer Ungleichbehandlung von Patientinnen, den professionellen fachlichen Standards, den Anliegen individueller medizinischer Forschung und berufsethischen Werthaltungen. ¹⁰² So war die Universitäts-Frauenklinik in Köln keine zentrale Schaltstelle des nationalsozialistischen Unrechts- und Vernichtungsstaates, aber sie drehte das Rad des ‚Rasse‘-Staates einen Zahn weiter – mit lebenslangen, gegebenenfalls tödlichen Folgen für die rassistisch markierten Patientinnen.

96 Hans-Walter Schmuhl: Medizin in der NS-Zeit: Hirnforschung und Krankenmord, in: Deutsches Ärzteblatt 98, H. 19 (2001), S. A-1240, B-1058, C-988. Online unter <http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?id=27161> (23.6.2009).

97 Vgl. zu einem Göttinger Gynäkologen: Hagene, Heinrich Martius.

98 Heusler, Ausländereinsatz, S. 370.

99 Es erstaunt nicht, dass es stets die Deklassierten waren, z. B. die sogenannten „Hausschwangeren“, die für Medikamentenerprobungen herangezogen wurden.

100 Till Bastian: Furchtbare Ärzte, 2. Aufl. München 1996, S. 85–87.

101 Vgl. Grewe, Ärzte in der Verantwortung, S. 55.

102 Die persönliche Einstellung der Ärzt/innen ist ein nicht zu unterschätzender Faktor, entsteht doch Rassismus nicht zuletzt in der Interaktion.