

Zweiter Teil:

„Einsatz der Ärzteschaft an der
inneren Front.“ Gesundheitspolitische
Probleme der Kriegsgesellschaft

I. Gesundheit als knappes Gut

1. Die Organisation des Mangels: Kriegsvorbereitungen und Ansätze zur Planwirtschaft im Gesundheitswesen

Als deutsche Soldaten die polnische Grenze überschritten, war das Gesundheitswesen des „Dritten Reiches“ auf einen langwierigen Eroberungskrieg nicht vorbereitet. Zwar plante die Reichsmedizinalverwaltung seit 1936 für den Mobilmachungsfall,¹ doch waren viele Vorhaben bisher „mehr diskussionsmäßig“² bearbeitet worden, und die Vorbereitungen auf eine militärische Auseinandersetzung im Vergleich zu anderen Lebensbereichen wenig fortgeschritten. Diese erstaunliche Inaktivität des Gesundheitswesens in einer zunehmend militarisierten Gesellschaft war auch ein Ergebnis der gesundheitspolitischen Führungskrise im Frühjahr/Sommer 1939. Durch den Tod von Gerhard Wagner und die Krankheit Arthur Güttis waren die Leitungspositionen der Gesundheitsbürokratien von Staat und Partei in den entscheidenden Monaten vor dem Krieg nicht durchgängig besetzt und deren Apparate daher nur bedingt handlungsfähig.

Die Kriegsvorbereitungen der Gesundheitsverwaltung konzentrierten sich auf die Sicherstellung des medizinischen Bedarfs der Streitkräfte, nicht jedoch auf die Versorgung der Bevölkerung in einem mehrere Jahre dauernden Krieg. Sie umfaßten im wesentlichen drei Bereiche: zuvorderst die Bereitstellung von Ärzten, Pflegekräften und Krankenhausraum für die Wehrmacht, in zweiter Hinsicht die Organisation des Luftschutzsanitätsdienstes und – mit nachgeordneter Priorität – die Gewährleistung der Funktionsfähigkeit des öffentlichen Gesundheitsdienstes im Mobilmachungsfall.³ Das Pflegepersonal der Lazarette sollte in erster Linie vom DRK gestellt werden, dessen Arbeitsbereich bereits Ende 1937 durch das Gesetz über das Deutsche Rote Kreuz deutlich von zivilen hin zu militärischen Aufgaben verschoben worden war.⁴ Um den kriegsbedingten Mehrbedarf an Pflegekräften in den Heimatlazaretten zu decken, schloß das Reich zudem schon Mitte der dreißiger Jahre Verträge mit den konfessionellen Pflegeorden.⁵

Die Vorbereitungen zur Einrichtung von Hilfskrankenhäusern, die die von der Wehrmacht beanspruchten Betten ersetzen sollten, kamen nur schleppend in Gang. Ein Jahr vor dem Überfall auf Polen kritisierte der für Mobilmachungs-

¹ Aktenvermerk der Abteilung IV über eine Besprechung mit Mitarbeitern der Heeresinspektionsinspektion zur Zusammenarbeit der ärztlichen Dienststellen der Wehrmacht mit den Gesundheitsämtern, 18. 1. 1936, BAB, R 18/3122. Zu den Kriegsvorbereitungen des Gesundheitswesens vgl. Thom, Formen, S. 14–20.

² Ausarbeitung Brandts, 16. 8. 1945, BAK, Kl. Erw. 441/3, Bl. 31.

³ Übersicht über die wesentlichsten Runderlasse über das Krankenhauswesen, BAB, R 18/3809; Conti, Der öffentliche Gesundheitsdienst seit dem Umbruch [MS, 1943], S. 6 f., BAB, R 18/3592.

⁴ RGBl. I (1937), S. 1330; Thom, Formen, S. 16.

⁵ Vgl. hierzu Borengässer/Hainbuch, Krankenpflege.

fragen zuständige Staatssekretär im Reichsinnenministerium, Hans Pfundtner, die Haltung mehrerer Regierungsbezirke, „daß die Einrichtung von Hilfskrankenhäusern nicht erforderlich sei, obwohl in diesen Bezirken ein großer Teil der vorhandenen Krankenhäuser von der Wehrmacht beschlagnahmt werde“.⁶ Die Zurückhaltung der mittleren und unteren Verwaltungsbehörden hatte ihre Ursache in der lange ungeklärten Kostenverteilung zwischen dem Reich und den Kommunen, die als Träger der Hilfskrankenhäuser fungieren sollten. Oftmals zeigten die Stadtverwaltungen wenig Neigung, Geld für eine ihrer Ansicht nach nicht vordringliche Maßnahme bereitzustellen, solange das Reich sich nicht an den Kosten beteiligen wollte, und hatten daher nach Kriegsbeginn bei der „Beschaffung der für den Umbau erforderlichen Rohstoffe [...] des Bedarfs an medizinisch-technischen Instrumenten und Geräten [...] bei den derzeitigen Verhältnissen ganz erhebliche Schwierigkeiten“.⁷ Zudem kalkultierten die meisten Planungen nicht mit der neuen Dimension des Luftkriegs. Wie sehr sich diese seit 1942/43 als wirklichkeitsfremd erwiesen, zeigt das Beispiel Berlins, wo nur ein kleiner Teil der 12 000 geplanten Hilfskrankenhausbetten genutzt werden konnte, da die dafür vorgesehenen Gebäude entweder zerbombt wurden oder als hochgradig luftgefährdet galten.⁸

Die ersten Wochen der Mobilmachungsphase waren durch Reibungsverluste gekennzeichnet, die daraus entstanden, daß die Planungen der Ober- und Mittelbehörden den betroffenen Einrichtungen der Lokalebene nicht immer mitgeteilt worden waren. Stellvertretend für viele, einander im gereizten Duktus ähnelnde Berichte über die verworrenen Verhältnisse bei der Umstellung des Gesundheitssystems auf die militärischen Auseinandersetzungen steht die Beschwerde eines Gelsenkirchener Lazarettkommandanten: Am Ankunsttag des Lazarettpersonals (dem 8. September 1939) sei „das Marienhospital in völliger Unkenntnis über die vorgesehene Einrichtung eines Reservelazaretts“ gewesen. „Der im Mob-Kalender vorgesehene, nach N.W. liegende Flügel war noch mit Kranken belegt und mußte erst geräumt werden. In den leergewordenen Zimmern fehlte es an Betten [...] Bettwäsche und Kleidung. Es ergaben sich [...] erhebliche Schwierigkeiten, da die im Mob-Plan vorgesehenen Räume einfach nicht freigegeben wurden.“⁹

Ein Hauptanliegen der Reichsgesundheitsführung während der Mobilisierungsphase bestand darin, die wirtschaftliche und rechtliche Stellung der einberufenen Ärzte zu erhalten. Ein allgemeiner Niederlassungsstopp, und die Beteiligung der wehrdienstleistenden Kassenärzte am Gebührenaufkommen der KVD sollten sicherstellen, daß sich deren Einkünfte durch den Krieg nicht verschlech-

⁶ Pfundtner an die Landesregierungen u. a., 27. 9. 1938, BAB, R 18/2957.

⁷ Fiehler an den Reichsverteidigungskommissar für die Wehrkreise VII und XIII, 23. 9. 1939, StadtAM, Gesundheitsamt/349. Die Übernahme der Baukosten durch das Reich wurde erst wenige Wochen vor Kriegsbeginn zugesagt; Pfundtner an die Regierungspräsidenten, 27. 6. 1939, StadtAK, Acc. 648/57.

⁸ Ausarbeitung Brandts, 16. 8. 1945, BAK, Kl. Erw. 441/3, Bl. 31.

⁹ Erfahrungsbericht des Reservelazaretts Gelsenkirchen-Buer [September 1939], BA-MA, RH 55/34, Bl. 20; vgl. Landrat des Kreises Rees an die Regierung Düsseldorf, 21. 9. 1939, NRWStA, Reg. Düsseldorf/54493-II, Bl. 380.

terten.¹⁰ Zur Deckung des Ärztebedarfs setzte die Reichsgesundheitsführung in erster Linie auf die Mobilisierung stiller Reserven und die Flexibilisierung ärztlicher Einsatzfähigkeit. Hierzu wurden alle approbierten Ärzte für die Kriegsdauer zur Kassenpraxis zugelassen und Ärzte, die bislang nur privat praktizierten, verpflichtet, künftig auch Kassen- und Wohlfahrtspatienten zu behandeln.¹¹ Durch die Notbestellung der Medizinalpraktikanten und der Studenten des letzten klinischen Semesters wurden bei Kriegsbeginn rund 2400 neue Ärzte vorzeitig verfügbar.¹² Etwa die Hälfte davon setzte das Reichsinnenministerium als Verfügungsreserve in Regionen mit starkem Ärztemangel ein, vor allem in Ostpreußen und Schlesien.¹³ Die übrigen wurden als Hilfskassenärzte zu Vertretern der einberufenen Praxisinhaber bestellt.

Eine effektive Lenkung der ärztlichen Versorgung kam während des Krieges nicht zustande. Um die mobilisierungsbedingte Verknappung der medizinischen Ressourcen auszugleichen, ermächtigte der Reichsgesundheitsführer die Leiter der KVD-Landesstellen und der regionalen Ärztekammern, den Ärzten innerhalb ihres Zuständigkeitsbereiches Tätigkeiten zuzuweisen.¹⁴ Jedoch machten die Berufsorganisationen von Zwangsmaßnahmen gegen ihre Mitglieder kaum Gebrauch, so daß die lokalen und regionalen Unterschiede in der ärztlichen Versorgung größtenteils bestehen blieben. Die Möglichkeit der Notdienstbeordnung zum Ausgleich regionaler Versorgungsunterschiede wurde, von Einzelfällen abgesehen, erst in der zweiten Kriegshälfte und in der Regel nur bei Jungärzten und Ärztinnen angewandt. Versuche, innerhalb des zivilen Sektors die Ärzteverteilung dem regional unterschiedlichen Bedarf und den luftkriegsbedingten Bevölkerungsverschiebungen anzupassen, scheiterten häufig daran, daß die zur Abgabe verpflichteten Gaue die Entsendung der angeforderten Mediziner verzögerten, berufsunfähige, rauschgiftsüchtige und aus anderen Gründen eingeschränkt diensttaugliche Ärzte zur Versetzung nominierten oder die Mitarbeit beim interregionalen Ausgleich der Ärztedichte mit dem Hinweis auf eigene Versorgungsgespässe überhaupt verweigerten.¹⁵

¹⁰ L. Conti, Die Vergütung der Ärzte während des Krieges, in: DÄB 69 (1939), S. 611 f.; E. Grote, Das Arztrecht im Kriege, in: DÄB 69 (1939), S. 614–617.

¹¹ Erlaß des Reichsarbeitsministeriums IIa, 12157/39, 4. 9. 1939, DÄB 69 (1939), S. 585; Ärztliche Versorgung der Zivilbevölkerung in der Heimat, in: DÄB 69 (1939), S. 587.

¹² Weiteres ärztliches Personal gewann man durch die Verkürzung des Medizinstudiums um ein Semester und den Wegfall des Medizinalpraktikantenjahres. Insgesamt wurden 1939/40 5837 vorläufige Bestellungen erteilt; E. van Kann, Die Zahl der Ärzte 1942 und ein Rückblick bis 1937, in: DÄB 72 (1942), S. 300–303, 301.

¹³ L. Conti, Der Einsatz der Ärzteschaft an der inneren Front, Interview mit der Zeitschrift „Die Innere Front“, in: DÄB 69 (1939), S. 599.

¹⁴ Runderlaß des Reichsministeriums des Innern Nr. IV 4927/39–3120, 2. 9. 1939 und des Reichsarbeitsministers IIa Nr. 12157/39, 4. 12. 1939, DÄB 69 (1939), S. 614. Mit der Verordnung zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung der Zivilbevölkerung vom 27. 5. 1942, RGBl. I (1942), S. 358, wurden Wechsel, Aufgabe und örtliche Verlagerung der ärztlichen Tätigkeit von der Genehmigung der höheren Medizinalbehörden abhängig gemacht.

¹⁵ Mitteilungen des Beauftragten für die Planwirtschaft 1/43, 12. 11. 1943, S. 4, BAB, R 18/3766a; Conti, Rundschreiben an die Reichsverteidigungskommissare und Gesundheitsämter, 20. 3. 1943, NRWStA, Reg. Düsseldorf/54496-I; ebenso Conti, Rundschreiben

Bis zum Frühjahr 1942 griff die Wehrmacht nahezu unkontrolliert auf die Ressourcen des zivilen Gesundheitswesens zu.¹⁶ Die Medizinalbehörden hatten lediglich die Möglichkeit, einzelne Ärzte durch die uk-Stellung befristet gegen den Zugriff der Streitkräfte zu sichern. Da dies die beantragende Stelle zur Benennung eines Ersatzmannes verpflichtete, konnten zwar die Inhaber wichtiger Funktionsstellen vor der Einberufung geschützt werden, nicht jedoch genügend Ärzte, um die zivile Versorgung zu gewährleisten.¹⁷ Hinzu kam, daß die übrigen Bedarfsträger den Beauftragten des Reichsgesundheitsführers für die ärztliche Planwirtschaft nicht als gleichgestellten Verhandlungspartner akzeptierten.¹⁸ Dies hatte zur Folge, daß Ärzte, die hauptamtlich bei Gliederungen der NSDAP oder – etwa als Arbeitsamtsärzte – im Geschäftsbereich des Reichsarbeitsministeriums beschäftigt wurden, de facto dem Einfluß des Reichsgesundheitsführers entzogen waren. Dessen Verfügungsmöglichkeiten blieben daher auf den Einflußbereich von KVD und Reichsärztekammer beschränkt. Selbst innerhalb dieses Bereiches war die Befehlsgewalt des Reichsgesundheitsführers nicht unbestritten, da Ärzte im Chaos der luftkriegszerstörten Städte Anordnungen der Gesundheitsbehörden nicht selten ignorierten.¹⁹ Auch Brandt übergang seit seiner Ernennung zum Generalkommissar die Zuständigkeit Contis schlichtweg und verfügte über rund 1000 von der Wehrmacht freigegebene Ärzte als „Einsatzärzte Brandt“ nach seinem Gutdünken.²⁰

Die Arzneimittelproduktion und -distribution des Deutschen Reiches blieb bis in das vierte Kriegsjahr hinein fast friedensmäßig organisiert. Für den zivilen Sektor gab es weder Vorausschätzungen des kriegsbedingten Mehrverbrauchs noch einen Bedarfsplan, wie ihn die Wehrmacht für den militärischen Bereich entwickelt hatte.²¹ Im Vertrauen darauf, daß Deutschland als weltgrößter Arzneimittel-exporteur einen eventuellen Mehrbedarf aus der laufenden Produktion decken könne, beschränkten sich die Kriegsvorbereitungen des Reichswirtschaftsministeriums darauf, die Produktion der wichtigsten Arzneimittel zu sichern. Allerdings gab es für die pharmazeutische Industrie anders als in Rüstungsbetrieben keine

an die Reichsverteidigungskommissare u. a., 20. 12. 1943, APK, 12224–28; Himmler an die Reichsverteidigungskommissare, 3. 4. 1944, BayHStA, Reichsstatthalter/389–4.

¹⁶ USSBS, Medical Branch Report: The Effect of Bombing on Health and Medical Care in Germany, 1945, S. 162f., IfZ, MA 1566/5.

¹⁷ Die uk-Stellung bedurfte der Zustimmung der zuständigen Wehrrersatzdienststelle und konnte jederzeit widerrufen werden. Für Einzelheiten des Verfahrens vgl. Kroener, Ressourcen, S. 759–762.

¹⁸ Z.B. Ley an Brandt, 15. 11. 1944, BAB, R 18/3812.

¹⁹ In der Rheinprovinz meldeten sich 17 von 22 in luftkriegsgefährdete Gebiete notdienstverpflichtete Ärzte krank, um der Versetzung zu entgehen. Conti veranlaßte daraufhin eine Überprüfung ihres Gesundheitszustandes und drohte damit, die betreffenden Mediziner im Falle nachgewiesener Simulation wegen Feindbegünstigung anzuklagen; Conti an den Höheren SS- und Polizeiführer West, Graf Guttenberger, 18. 6. 1943; Graf Guttenberger an Krause-Wichmann, 19. 6. 1943, IfZ, MA 434, Bl. 2762173–77.

²⁰ Vgl. Conti an Lammers, 21. 4. 1944, BAB, R 18/3812.

²¹ Als Brandt nach seiner Ernennung zum Generalkommissar erstmals einen zivilen Bedarfsplan erstellen ließ, war dies infolge fehlender Daten nur auf der Basis von Schätzungen möglich; Ausarbeitung Brandts über die medizinische Versorgung des Deutschen Reiches, 16. 8. 1945, BAK, Kl. Erw. 441/3, Bl. 33f.

Personalsicherung, so daß die Hersteller nach der Mobilmachung durch die Einberufung ihrer Facharbeiter beträchtliche Produktionsausfälle erlitten. Auch waren nennenswerte Rohstofflager, wie bei Grundstoffen und Energieträgern, nicht vorhanden.

Bis zur Umstellung von der friedensähnlichen Blitzkriegswirtschaft auf die rüstungsorientierte Kommandowirtschaft der zweiten Kriegshälfte blieben steuernde Eingriffe in die Herstellung von Arzneimitteln seltene Ausnahmen. Bis weit in den Krieg hinein konnten mehr als 40 000 verschiedene Präparate produziert werden. Etwa 2000 notwendige Basismedikamente, so schätzten die Mitarbeiter des Generalkommissars für das Sanitäts- und Gesundheitswesen, hätten bei erheblich geringerem Rohstoff- und Personaleinsatz den gleichen Zweck erfüllt.²² Das Reichswirtschaftsministerium betrieb die von der Reichsgesundheitsführung geforderte Produktionsrationalisierung durch Betriebsstillegungen und die Konzentration der Fertigung auf notwendige Pharmazeutika mit Rücksicht auf die Hersteller anfangs nur sehr zurückhaltend. Noch 1941 stellte es eine Reform des Arzneimittelrechts, die die Konzentration der Produktion auf typisierte Standardmedikamente begünstigt hätte, als nicht kriegswichtig zurück.²³ Auch Fertigungsverbote und Betriebsschließungen zur Konzentration der Produktion auf kriegswichtige Erzeugnisse, wie sie aus der Rüstungsindustrie und ihren Zulieferbetrieben bekannt sind, wurden in der pharmazeutischen Industrie nur in sehr beschränktem Umfang ausgesprochen, etwa 400 bis Anfang 1943.²⁴ Insofern kennzeichnet der Begriff der bedingten Mobilmachung²⁵ die Situation der medizinisch-pharmazeutischen Produktion zutreffend.

Ursächlich für die Ineffizienz der Produktions- und Distributionspolitik waren nicht zuletzt die nur mangelhaft an die Koordinations- und Entscheidungserfordernisse einer komplexen Kriegswirtschaft angepaßten Zuständigkeitsverteilungen und die daraus resultierende Konkurrenz zwischen dem Reichswirtschaftsministerium und der Gesundheitsabteilung des Reichsinnenministeriums. Anders als in der Rüstungswirtschaft, wo sich die meisten Zuständigkeiten seit dem Frühjahr 1942 in der Hand Speers konzentrierten, verfügte das „Dritte Reich“ im Bereich der Arzneimittelproduktion bis in die Endphase des Krieges über keine zentrale Koordinierungsinstanz.²⁶ Während die Verantwortung für die medizinische Versorgung dem Reichsinnenministerium oblag, unterstand die Arzneimittelproduktion der Reichsstelle Chemie bzw. dem ihr vorgesetzten Reichswirtschaftsministerium. Dessen in Friedenszeiten gesundheitspolitisch wenig bedeutsame Befugnisse entwickelten sich unter den Bedingungen der Kriegswirtschaft zu einem zentralen Faktor der medizinischen Versorgung.

²² Kriegstagebuch des Generalkommissars für das Sanitäts- und Gesundheitswesen, Amt Planung und Wirtschaft [1943], BAK, Kl. Erw./512-2, Bl. 100; Boberach, SD-Berichte, 5. 2. 1940, Bd. 3, S. 729f.

²³ Conti, Die Arzneimittelversorgung [1943], BAB, R 18/3809.

²⁴ Kehl an Conti, 20. 1. 1943, BAB, R 18/3675.

²⁵ Herbst, Krieg, S. 103.

²⁶ Vgl. ebenda, S. 111.

Der Reichsgesundheitsführer konnte sich über die Reichsapothekerkammer lediglich in die Verteilung des bereits produzierten und dem zivilen Sektor zugeordneten Arzneimittelkontingents einschalten. Auch hier vermied man mit Rücksicht auf die psychologische Wirkung bei der Bevölkerung bis weit in den Krieg hinein direkte Maßnahmen zur Verbrauchslenkung. Eine Ausnahme bildete das Insulin, das seit dem 1. Juli 1942 nur noch auf Bezugskarten ausgegeben wurde. Statt dessen beschränkte sich die Reichsgesundheitsführung auf publizistische Appelle zum behutsamen Arzneimittelverbrauch, Aufforderungen an die Ärzte, sparsam zu verschreiben, und eine verschärfte Rezeptpflicht für etwa 90 knappe Medikamente.²⁷ Anstelle der von Conti geforderten Typisierung der Arzneimittel förderte Hans Kehrl, der Leiter der für die zivile Produktion zuständigen Hauptabteilung II des Reichswirtschaftsministeriums, zunächst die Einführung von Austauschpräparaten, um damit kurzfristige Versorgungsengpässe zu überbrücken. Diesem Verfahren schloß sich die Gesundheitsabteilung wegen des erwarteten Widerstands der Patienten nur zögernd an. Erst im Oktober 1942, als der Mangel ein solches Ausmaß erreicht hatte, „daß ohne solche Maßnahmen praktisch eine einigermaßen ausreichende Versorgung der Kranken mit ärztlich vorgeschriebenen Arzneimitteln nicht mehr möglich“²⁸ war, stellte die Gesundheitsabteilung ihre Bedenken zurück und legitimierte die schon länger bestehende Praxis der Apotheker, bei Beschaffungsproblemen gleichwirkende Arzneimittel gegeneinander auszutauschen. Gleichzeitig forcierte sie die Einführung von breit wirkenden, rohstoffsparenden typisierten Medikamenten.

Soweit sich dies aus der lückenhaften Überlieferung erschließen läßt, war die Übernahme der Produktionslenkung für pharmazeutische Produkte und medizinisches Gerät durch Karl Brandt im Sommer 1943 mit deutlichen Effizienzgewinnen verbunden, obwohl die pharmazeutische Industrie immer stärker mit den Folgen des strategischen Luftkriegs zu kämpfen hatte.²⁹ Brandt gelang es, eine Reihe von dringenden Maßnahmen durchzusetzen, die bisher zwar diskutiert, jedoch infolge von Ressortstreitigkeiten und dominanten unternehmerischen Eigeninteressen nicht realisiert werden konnten. Unter seiner Ägide wurde erstmals ein Bedarfsplan erstellt, der Produktion und Materialanforderungen ziviler und militärischer Stellen miteinander vermittelte.³⁰ Bis dahin war es vorgekommen, daß sich Heeressanitätsdienststellen und das zivile Gesundheitswesen gegenseitig

²⁷ Anordnung des Reichsgesundheitsführers zur sparsamen Rezeptverschreibung von kriegswirtschaftlich wichtigen Fett- und Alkoholstoffen und ähnlichem, 21. 10. 1939, in: DAB 69 (1939), S. 632; Abgabe von Leberpräparaten, Jodtinktur und anderen Arzneimitteln, in: DAB 69 (1939), S. 694; USSBS, Medical Branch Report: The Effect of Bombing on Health and Medical Care in Germany, 1945, S. 336, IfZ, MA 1566/5.

²⁸ Cropp an das Reichswirtschaftsministerium, 8. 10. 1942, BAB, R 18/3675 (Zitat); Vertrauliche Mitteilung des Leiters der Apothekerkammer [1942], ebenda.

²⁹ Ein Großteil der pharmazeutischen Fabriken, für die Produktionsdaten vorliegen, erreichte 1943 das beste Jahresergebnis der Kriegszeit. Für die IG-Farben-Werke Höchst, Marburg und Leverkusen vgl. USSBS, Medical Branch Report: The Effect of Bombing on Health and Medical Care in Germany, 1945, S. 304–327, IfZ, MA 1566/5, sowie Tab. C.6 und C.7.

³⁰ Affidavit Walter Schieber, 31. 1. 1947, IfZ, MB 15/29; Vernehmung Brandt, Protokoll des Nürnberger Ärzteprozesses, 3. 2. 1947, IfZ, MB 15/20, Bl. 2336.

Medikamente und Sanitätsgerät bei den Zulieferern weggekauft hatten.³¹ Durch Produktionssteigerungen konnte das gestörte Gleichgewicht zwischen Erzeugung und Bedarf wieder einigermaßen in Übereinstimmung zueinander gebracht und zudem eine Reserve von zwei bis sechs Monatsproduktionen der wichtigsten Arzneimittel und medizinischen Bedarfsgüter angelegt werden, auch wenn dies teilweise auf Kosten des zivilen Verbrauchs geschah.³² Bislang hatten die meisten Betriebsleiter die negativen Folgen von Betriebsverlagerungen, insbesondere die Entfernung vom heimischen Facharbeiterpersonal, höher bewertet als die Gefahr luftkriegsbedingter Zerstörungen.³³ Die oftmals in der Nähe städtischer Ballungsräume angesiedelten pharmazeutischen Monopolbetriebe wurden nun teilweise aus luftkriegsgefährdeten Regionen verlagert und dezentralisiert, ebenso die Großhandelslager. Auch die von Conti schon lange geforderte Typisierung der Arzneimittelfabrikation machte jetzt Fortschritte, ebenso die Angleichung der zivilen Produktion an die Wehrmachtsfertigung. In mehreren Teilschritten wurde die Zahl der produzierten Arzneimittelvarianten von 37 000 auf 1200 bei Kriegsende gesenkt.³⁴ Vor allem aber wirkte sich die starke Stellung des Generalkommissars im Herrschaftsgefüge des „Dritten Reiches“ gegenüber den Ansprüchen anderer gesellschaftlicher Teilsysteme, die mit dem Gesundheitswesen um Ressourcen konkurrierten, für die Arzneimittelindustrie produktionserhaltend aus. Die meisten Arzneimittelhersteller waren im Gegensatz zu Rüstungsbetrieben nur unzureichend gegen Abzüge von Material und Personal gesichert und daher besonders von Einberufungen und Produktionsumschichtungen betroffen.³⁵ Unter Brandts Schirmherrschaft gelang es im Sommer 1944, die Arbeitskräfte wichtiger pharmazeutischer und medizintechnischer Betriebe in der „Sonderaktion Brandt“ zusammenzufassen und vor erneuten Einberufungen zu schützen. Zuletzt standen mehr als 80 000 Beschäftigte unter dem Schutz des Programms.³⁶ Seitens der pharmazeutischen Industrie wurde Brandts Wirken daher im nachhinein ausgesprochen positiv bewertet.³⁷ Zumindest in diesem Sektor war die Konzentration gesundheitspolitischer Handlungsfähigkeit in einer Zeit des zunehmend anarchischen Polyzentrismus sich wechselseitig befehlender Dienststellen und immer weniger koordinierter Einzelinitiativen mit einer Versachlichung der Entscheidungsprozesse und einem Gewinn an Effizienz verbunden.

³¹ Protokoll der Besprechung zwischen Lammers, Keitel, Frick u. a. über Vereinfachungen zur Steigerung des Kriegeinsatzes am 5. 2. 1943, APK, 10323067.

³² Die Vorräte wurden teilweise aus umgeleiteten Exportkontingenten aufgebaut, teilweise aber auch dadurch, daß die Firmen ihre zivilen Lieferungen zeitweise einstellten; USSBS, Medical Branch Report: The Effect of Bombing on Health and Medical Care in Germany, 1945, S. 336, IfZ, MA 1566/5.

³³ USSBS, Medical Branch Report: The Effect of Bombing on Health and Medical Care in Germany, 1945, S. 298, IfZ, MA 1566/5.

³⁴ Ausarbeitung Brandts, 16. 8. 1945, BAK, Kl. Erw. 441/3, Bl. 34.

³⁵ Lüpke, Bericht für das Kriegstagebuch des Generalkommissars für das Sanitäts- und Gesundheitswesen, 15. 9. 1943, BAK, Kl. Erw. 512/2, Bl. 100.

³⁶ Sauckel an die Präsidenten der Gauarbeitsämter u. a., 8. 9. 1944; Brandt an Conti, 30. 10. 1944, BayHStA, Reichsstatthalter/389-4; Vernehmung Brandt, 29. 9. 1945, S. 13, BAK, All. Proz. 2/FC 6069 P.

³⁷ Affidavit Heinrich Hörlein, 10. 3. 1947, IfZ, MB 15/29.

2. Konflikte zwischen Wehrmacht und zivilem Gesundheitswesen

Seit Kriegsbeginn genoß die Wehrmacht bei der Verteilung der verfügbaren Gesundheitsressourcen den absoluten Vorrang vor dem zivilen Sektor.³⁸ In den ersten Kriegsjahren griffen die Teilstreitkräfte vielfach ohne interne Koordination, vor allem aber ohne Absprache mit zivilen Dienststellen, auf die Gesundheitsressourcen zu. Dies galt für Personal und Sanitätsmaterial ebenso wie für Krankenhausraum, der größtenteils von zivilen Trägern beschafft werden mußte. Zeitweise benötigten die drei Teilstreitkräfte zusammen mehr als eine Million Lazarettbetten.³⁹ Etwa ein Viertel – die Zahlen schwanken in den einzelnen Wehrkreisen – der im Deutschen Reich errichteten Lazarette nutzte kirchliche Gebäude, daneben wurden in geringerem Umfang Schulen, Beherbergungsbetriebe und Einrichtungen der Jugendfürsorge herangezogen.⁴⁰ Neben den Einrichtungen in kirchlicher Trägerschaft bildeten Heil- und Pflegeanstalten und zivile Krankenhäuser die wichtigsten Quellen für Lazarettbetten. Im Sommer 1943 waren rund 47000 Krankenhausbetten der Wehrmacht in ehemaligen Heil- und Pflegeanstalten untergebracht. Das entsprach etwa einem Viertel der bei Kriegsbeginn insgesamt vorhandenen und annähernd der Hälfte aller bis zu diesem Zeitpunkt zweckentfremdeten Psychiatriebetten.⁴¹ Darüber hinaus nutzte das Militär im Frühjahr 1943 rund 90000 zivile Krankenhausbetten – mithin ein knappes Fünftel der Gesamtkapazität –, wobei einzelne Regionen, wie z. B. Thüringen, überproportional in Anspruch genommen wurden.⁴²

Auch wenn am grundsätzlichen Vorrang der Wehrmachtsbedürfnisse kein Zweifel bestand, waren auf der lokalen Ebene Konflikte zwischen der zivilen Gesundheitsverwaltung und den Militärbehörden keineswegs selten.⁴³ In zahlreichen Fällen lehnte die örtliche Gesundheitsverwaltung, bestärkt von lokalen Herrschaftsträgern, eine Inanspruchnahme durch die Streitkräfte mit dem Hinweis ab, daß sie bei der Bereitstellung von Betten bereits „an die Grenze des Mög-

³⁸ Schultz an Krause-Wichmann, 25. 3. 1943, NRWStA, Reg. Düsseldorf/54593-I, Bl. 6 (das Schreiben gibt eine Äußerung des Düsseldorfer Gauleiters Florian wieder). Bezeichnend für die eindeutige Prioritätssetzung des Gesundheitswesens ist auch ein Rückblick des Reichsgesundheitsführers auf die Mobilmachungsanstrengungen seines Amtsbezirks: „Sicherzustellen war zunächst die ärztliche Versorgung der Armee [...] Neben der ärztlichen Versorgung steht die Zurverfügungstellung von Krankenhausplätzen für die Zivilbevölkerung. Selbstverständlich wurden auch hier zunächst die Anforderungen der Wehrmacht befriedigt.“ L. Conti, Der Einsatz der Ärzteschaft an der inneren Front, Interview Contis mit der Zeitschrift „Die Innere Front“, abgedruckt in: DÄB 69 (1939), S. 599.

³⁹ Ausarbeitung Brandts, 16. 8. 1945, BAK, Kl. Erw. 413/3, Bl. 33.

⁴⁰ Tab. C.4

⁴¹ Tab. E.2.

⁴² Tab. C.3.

⁴³ Niederschrift über eine Besprechung der Gesundheitsverwaltung Köln mit Chefärzten der Kölner Kliniken und Wehrmachtärzten [September 1941], StadtAK, 687/2; der Oberbürgermeister der Stadt Hannover an die Heeressanitätsinspektion, 9. 1. 1945, BA-MA, H 20/731.

lichen gegangen“ sei.⁴⁴ Da das Militär mit Hilfe des Reichsleistungsgesetzes im Bedarfsfall Krankenhausraum beschlagnahmen konnte, war eine direkte Verweigerung der Zusammenarbeit für die Kommunen wenig aussichtsreich. Doch gelang es den Städten oftmals, Einschnitte in bestehende Versorgungsstrukturen zu verhindern, indem sie den Streitkräften mit Hinweis auf deren größere Ressourcen stark renovierungsbedürftige oder wenig verkehrsgünstig gelegene Gebäude anboten.⁴⁵

Zwar entsprachen die in den Hilfskrankenhäusern neugeschaffenen Betten nur mit Einschränkungen dem medizinischen Standard und waren in der Regel nur für Leichtkranke geeignet, doch konnte der kriegsbedingte Mehrverbrauch an Sanitätsmaterial, Pflegepersonal und Krankenhausbetten durch die eingangs skizzierten Kapazitätsausweitungen zunächst im wesentlichen aufgefangen werden. Der Ärztebedarf der Wehrmacht wurde hingegen seit dem Herbst 1939 direkt zu Lasten des zivilen Sektors bedient. Die Praxis der Militärbehörden, alle errechneten Planstellen ohne Rücksicht auf den konkreten Bedarf zu besetzen, führte dazu, daß es in den Lazaretten des Reichsgebiets zahlreiche unterbeschäftigte Militärärzte gab, während in der Umgebung der Lazarette oft Ärztemangel herrschte.⁴⁶ Die thüringische Kreisleitung Rudolstadt meldete im Oktober 1940 an die Gauleitung, daß von rund 1700 von der Wehrmacht beschlagnahmten Betten, die von 22 Ärzten betreut würden, nur etwa 300 belegt seien. Die Tatsache, „daß Ärzte und Sanitätspersonal von der Wehrmacht festgehalten werden, obwohl die ärztliche Versorgung der Zivilbevölkerung nicht in vollem Maße sichergestellt ist“, so der zuständige Reichsverteidigungskommissar, verursache „in immer mehr zunehmenden Maße böses Blut“.⁴⁷ Die Bevölkerung habe „kein Verständnis dafür, daß auf der einen Seite die größten Unzuträglichkeiten und die ernstesten Schäden in Kauf genommen werden sollen, während auf der anderen Seite in den Reservelazaretten geradezu Überfluß an ärztlichem Personal herrscht“. Auch die Magdeburger Gauleitung konstatierte in der Bevölkerung erheblichen Unwillen darüber, daß „bei der Bevölkerung einquartierte Militärärzte, manchmal in erheblicher Zahl, nichtstuend“⁴⁸ herumsaßen, während die Zivilbevölkerung für einen Arztbesuch immer weitere Wege und immer längere Wartezeiten in Kauf nehmen mußte. Dennoch weigerte sich die Wehrmacht, diese freien Kapazitäten dem zivilen Sektor zur Verfügung zu stellen. Zwar bestand die formale Möglichkeit, daß Wehrdienst leistende Ärzte des Ersatzheeres, sofern dem

⁴⁴ Gesundheitsamt Krefeld an Regierungspräsident Düsseldorf, 17. 1. 1940, NRWStA, Reg. Düsseldorf/54493-II, Bl. 315.

⁴⁵ Ebenda.

⁴⁶ Zahlreiche Einzelbeispiele werden aufgeführt in Conti an Handloser, 19. 12. 1941, auszugsweise Abschrift in BA-MA, H 20/963.

⁴⁷ Der Reichsverteidigungskommissar des Wehrkreises IX an das Thüringische Innenministerium und die Ärztekammer Thüringen, 6. 3. 1941, ThüHStA, MdI, Abt. E/676-1. In diesem Sinne auch Sauckel an Bormann, 1. 2. 1941, ebenda, der den Leiter der Parteikanzlei dazu aufforderte, „im Interesse der Erhaltung der Widerstandskraft der Heimat“ bei den Militärbehörden energisch auf eine Verteilung der medizinischen Ressourcen zu drängen, die den Bedürfnissen der Zivilbevölkerung stärker Rechnung trage.

⁴⁸ Conti an Handloser, 19. 12. 1941, auszugsweise Abschrift in BA-MA, H 20/963.

dienstliche Belange nicht entgegenstanden, einen Teil ihrer Zeit in der Zivilpraxis tätig waren, doch wurde von dieser Möglichkeit offenbar nur wenig Gebrauch gemacht.⁴⁹ Zudem achteten die Sanitätsdienststellen der Wehrmacht darauf, daß diese Ärzte den überwiegenden Teil ihrer Arbeitskraft auf die Wiederherstellung verwundeter Soldaten verwendeten.⁵⁰ Dort wo die Kooperation zwischen Wehrmacht und zivilem Gesundheitswesen besser funktionierte, basierte dies auf dem Entgegenkommen der Wehrkreisbefehlshaber.⁵¹ Lediglich in akuten Notsituationen, z. B. nach Bombenangriffen, konnten Zivilbehörden verstärkt auf die militärischen Ressourcen zurückgreifen.

Im Konflikt mit militärischen Interessen erwies sich die schwache Institutionalisierung ziviler Bedürfnisse als entscheidender Nachteil. Die zivilen Gesundheitsbehörden verfügten bis zur Ernennung Brandts weder auf der Reichsebene noch vor Ort über eine Dienststelle, die die Belange des zivilen Gesundheitswesens gegenüber dem Militär erfolgreich verhandeln konnte. Die auf ihre Autonomie gegenüber den zivilen Bedarfsträgern bedachte Wehrmachtsführung lehnte es mit dem Verweis auf die in Kriegszeiten vorrangigen Belange der Streitkräfte zunächst grundsätzlich ab, mit dem Reichsgesundheitsführer über eine Kontingentierung der vorhandenen Ärzte zu verhandeln. Die Kommunikation zwischen zivilen und militärischen Dienststellen war auch ein Problem unterschiedlicher Hierarchieebenen: Die Einberufung der Ärzte erfolgte zentral durch die Wehrersatzinspektionen der Teilstreitkräfte,⁵² während sich auf der zivilen Seite ärztliche Berufsorganisationen und Mittelbehörden der Medizinalverwaltung die Verantwortung für die Sicherstellung der medizinischen Versorgung teilten.⁵³ Beide verfügten jedoch gegenüber den Militärbehörden – die bei der uk-Stellung nicht an

⁴⁹ Cropp an die Reichsstatthalter u. a., 8. 5. 1941, StAG, Gesundheitsamt Eisenach/11, Bl. 76. Eine Ausnahme bildet der auf ausdrücklichen Wunsch Hitlers angeordnete nebendienstliche Einsatz von Sanitätsoffizieren, um den Ärztemangel bei der Kinderlandverschickung zu überbrücken; Conti, Rundschreiben an die Wehrkreisärzte, 14. 11. 1940, BAB, NS 20/139–7.

⁵⁰ So betonte der Wehrkreisarzt des Wehrkreises XI, daß die vordringliche Aufgabe der eingezogenen Zivilärzte darin bestünde, „durch vorbildliche ärztliche Versorgung für schnellste Rückführung Genesender zum Feldheer Sorge zu tragen“. Dies verlange „einen starken Einsatz der Arbeitskraft der San. Offz. innerhalb ihrer militärischen Aufgaben und eine entsprechende Zurücksetzung der gleichzeitigen zivilen Tätigkeit“. Eine Beschäftigung von weniger als täglich fünf Stunden im Rahmen des militärärztlichen Dienstes sei daher im Regelfall nicht statthaft; Anordnung des Wehrkreisarztes XI, 29. 1. 1943, NdsHStA, Hann. 122a/3268, Bl. 48.

⁵¹ So im Wehrkreis VI, der Oberpräsident der Provinz Westfalen an das Reichsinnenministerium, 23. 11. 1942, StAMü, Oberpräsidium Münster/5066, Bl. 68.

⁵² Beim Heer erfolgte die Planung der Ärzte-Einberufungen durch die Organisationsabteilung der Heeres-sanitätsinspektion. Diese Dienststelle war sowohl für die Ersatzbeordnungen als auch für das Lazarettwesen zuständig; Geschäftsverteilungsplan der Heeres-sanitätsinspektion, 1. 9. 1940, BA-MA, H 20/2160. Die Durchführung oblag den Ersatzinspektionen der Wehrkreiskommandos.

⁵³ Im Frühsommer 1943 übertrug das Reichsinnenministerium die Verantwortung für die gesundheitliche Versorgung der Zivilbevölkerung, einschließlich der uk-Stellungen und Notdienstverpflichtungen, an die Landesregierungen bzw. die preußischen Oberpräsidenten; Regierungspräsidium von Oberbayern an die Landräte des Bezirks, 6. 5. 1943, StAM, Gesundheitsämter/605; Abteilung IV, Aktenvermerk, 21. 12. 1943, BAB, R 18/3592.

die Empfehlung der Medizinalverwaltung gebunden waren – nur über wenig Autorität.

Die restriktive Haltung der Wehrmacht änderte sich – zögerlich – erst im Verlauf des Jahres 1942. Ein auf Drängen des Reichsgesundheitsführers zustandekommenes „Stillhalteabkommen“ vom Mai 1942 sah die Festschreibung des erreichten Status quo an eingezogenen Ärzten vor. Der Mehrbedarf der Wehrmacht sollte künftig nur noch durch die neu approbierten Medizinstudenten gedeckt werden.⁵⁴ Im Falle weiterer Einberufungen sagte die Wehrmacht zu, eine entsprechende Anzahl gedienter Ärzte an die zivilen Dienststellen zurückzugeben. Die Vereinbarung wurde Anfang 1943 dahin erweitert, daß die Leiter der Ärztekammern in Einzelfällen dringend benötigte Ärzte, insbesondere Frauen- und Kinderärzte, Betriebsärzte und Angehörige des öffentlichen Gesundheitsdienstes, gegen neu approbierte Ärzte austauschen konnten.⁵⁵ In der Praxis gebrauchte die Wehrmacht dieses Verfahren indes vielfach dazu, entweder diejenigen Ärzte auszuwechseln, die ohnehin mit einem Teil ihrer Arbeitskraft im Zivilbereich beschäftigt waren⁵⁶ oder ungeeignete und verbrauchte ältere Ärzte durch jüngere Zivilärzte zu ersetzen, so daß sich die Bedingungen im zivilen Bereich durch das Abkommen oft eher verschlechterten als verbesserten.⁵⁷ Erst als seit Herbst 1944 die Grenzen zwischen Front und Heimatkriegsgebiet zusehends unschärfer wurden, fanden nennenswerte Umverteilungen zugunsten des zivilen Sektors statt. Im Oktober 1944 gab die Wehrmacht ca. 1000 ältere Ärzte aus aufgelösten Einheiten an das zivile Gesundheitswesen ab.⁵⁸ Kurz zuvor waren ihre Sanitätsdienststellen im Reichsgebiet in die medizinische Versorgung der Zivilbevölkerung einbezogen worden, vor allem durch die Möglichkeit, ambulante Sprechstunden in den stadtnahen Lazaretten abzuhalten,⁵⁹ aber auch durch die Freistellung von heimatnah verwendeten Militärärzten zur Ausübung ihrer Kassenpraxis.⁶⁰

⁵⁴ USSBS, Medical Branch Report, The Effect of Bombing on Health and Medical Care in Germany, S. 163, IfZ, MA 1566/5. Der Inhalt dieser im Originaltext nicht erhaltenen Vereinbarung wird referiert in Cropp, Aktenvermerk vom 10. 12. 1942, BAB, R 18/2958.

⁵⁵ Conti, Rundschreiben an die Landesregierungen u. a., 11. 1. 1943, BAB, R 18/2958.

⁵⁶ Ärztekammer Niedersachsen an den Wehrkreisarzt beim stellv. Generalkommando des Wehrkreises IX, 4. 6. 1943, NdsHStA, Hann. 122a/3268, Bl. 36; Auszug aus der Verfügung des OKW 21p 11, 26 (allg.) 1624/43 [1943], ebenda, Bl. 37.

⁵⁷ Holm, Gedanken zur ärztlichen Planwirtschaft, Oktober 1943, S. 5, BAB, R 18/3809; Ärztekammer Niedersachsen an den Reichsgesundheitsführer, 14. 7. 1943, NdsHStA, Hann. 122a/3268, Bl. 51.

⁵⁸ Handloser, Rundschreiben an das OKH u. a., 20. 10. 1944, BA-MA, RH 12–23/v. 15.

⁵⁹ Handloser, Rundschreiben an die Heeressanitätsinspektion u. a., 29. 9. 1944, BA-MA, RH 12–23/v. 15.

⁶⁰ Vereinbarung zwischen dem Chef des Wehrmachtssanitätswesens und dem Reichsgesundheitsführer über die ärztliche Versorgung der Zivilbevölkerung durch die Wehrmacht, 9. 10. 1944, als Anlage des Rundschreibens des Gaugesundheitsführers Westfalen-Nord an die Kreisamtsleiter des Amtes für Volksgesundheit, 13. 11. 1944, StAMü, Gauleitung Westfalen-Nord, GAVW/589; KVD-Landesstelle Südhannover-Braunschweig an die Reichsführung der KVD, 5. 11. 1944, NdsHStA, Hann. 122a/3272–1, Bl. 373.

3. Die Verfügbarkeit medizinischer Ressourcen

Ärzte

Trotz der Vertreibung jüdischer Mediziner zählte das Deutsche Reich Ende der dreißiger Jahre im Schnitt sieben Mediziner auf 10 000 Einwohner und gehörte damit zu den europäischen Ländern mit der höchsten Ärztedichte. Diese vergleichsweise günstige Versorgungssituation veränderte sich mit der Entfesselung des Zweiten Weltkrieges spürbar. Bereits im Frühjahr 1940 führte Conti vor den Mitgliedern des Berliner NS-Ärztbundes Klage darüber, daß die ärztliche Versorgung der Zivilbevölkerung Schwierigkeiten bereite. Obwohl man sich intensiv um den Ausgleich kriegsbedingter Versorgungsdefizite bemüht habe, sei die Lage „nicht überall ideal“.⁶¹ Diese beschönigende Darstellung verweist auf eine entscheidende Rahmenbedingung nationalsozialistischer Gesundheitspolitik seit dem Herbst 1939: die zunehmende Verknappung ärztlicher Arbeitskraft, stationärer Behandlungskapazität und des Arzneimittelangebots im „Heimatkriegsgebiet“. Sie bestimmten die gesundheitspolitische Praxis mindestens ebenso sehr wie der Verteilungsmodus und die Verteilungsrichtung medizinischer Ressourcen.

Seit dem September 1939 diktierte der Bedarf der Wehrmacht vor allen anderen Faktoren die Menge der für die Zivilbevölkerung verfügbaren medizinischen Ressourcen. Schon im Herbst hatten die Ersatzdienststellen etwa ein Drittel aller approbierten Mediziner eingezogen.⁶² Bis 1942 verringerte sich die Zahl der für die Zivilbevölkerung verfügbaren Ärzte auf knapp 60 Prozent des Vorkriegsstandes, wobei ein Großteil der zusätzlichen Einberufungen in den Monaten vor dem Überfall auf die Sowjetunion stattfand. Seit dem Stillhalteabkommen vom Mai 1942 blieb der Anteil der eingezogenen Ärzte in etwa konstant.⁶³

Anfangs traten die Engpässe nur lokal auf und konnten zumeist nach einiger Zeit überbrückt werden. Die meisten der zeitgenössischen Berichte bezeichneten daher die Situation der medizinischen Versorgung nach der Überwindung mobilisierungsbedingter Startschwierigkeiten zwar als angespannt, aber im Kern als gesichert.⁶⁴ In der Krankenpflege glichen in Dreimonatskursen ausgebildete Krankenpflegehelferinnen die Abordnungen an die frontnahen Lazarette aus, und die einberufenen Mediziner konnten teilweise durch notapprobierte Examinenssemester und reaktivierte ältere Ärzte ersetzt werden. Es wäre dennoch falsch, die ersten Kriegsjahre im Gesundheitswesen als eine Phase friedensähnlicher Norma-

⁶¹ L. Conti, Vortrag vor dem NSDÄB Gau Berlin am 19. 3. 1940, in: DÄB 70 (1940), S. 145–153, 147.

⁶² Statistisches Reichsamt, Abteilung IV, Volkswirtschaftliche Kräftebilanz Gesundheitswesen, Stand 13. 5. 1940, BAB, R 18/3715.

⁶³ Münchner Medizinische Wochenschrift 86 (1939), S. 1522; Conti, Rede vor den Gauamtsleitern des Hauptamtes für Volksgesundheit und Gesundheitsfunktionären von Staat, Wehrmacht und NSDAP am 28. 3. 1942, S. 37, BAB, R 18/3792; Reichsministerium des Innern an die Regierung Erfurt, 30. 7. 1941, StAG, Reg. Erfurt/19528, Bl. 33 f.; Tab. C.1.

⁶⁴ Boberach, SD-Berichte, 20. 11. 1939, Bd. 3, S. 479; 13. 12. 1939, Bd. 3, S. 577; 20. 3. 1940, Bd. 4, S. 914; Aktenvermerk des leitenden Medizinalbeamten der Provinz Sachsen, 20. 5. 1941, LHSA, Rep. C 20 Ib/1594-I, Bl. 16.

lität zu bezeichnen, wie dies für andere Bereiche des gesellschaftlichen Lebens herausgearbeitet, und auch für das Gesundheitswesen vermutet worden ist.⁶⁵ Das Reservoir notapprobierter Jungärzte und reaktivierbarer älterer Mediziner war spätestens seit dem Herbst 1940 erschöpft. Da die Wehrmacht nahezu den gesamten ärztlichen Nachwuchs aufzog, reduzierten weitere Einberufungen beinahe kompensationslos die der Zivilbevölkerung zur Verfügung stehende Ärztezahl, die sich zudem um die Zahl der verstorbenen Ärzte (rund 1000 pro Kriegsjahr) verringerte.⁶⁶ Alternative Reserven, z.B. verheiratete Ärztinnen und ausländische Ärzte, wurden infolge grundsätzlicher Vorbehalte vor 1943 nur zögerlich erschlossen. Dem vermehrten Einsatz weiblicher Mediziner standen Bedenken der Reichsärzteführung gegenüber, und die Beschäftigung ausländischer Ärzte blieb lange Zeit durch ein Votum Hitlers blockiert, obwohl Teile der Industrie und zahlreiche Kommunalverwaltungen frühzeitig darauf gedrängt hatten.⁶⁷

Für die Praxis der ambulanten Versorgung ist weiterhin von Belang, daß die ärztliche Arbeitskraft in den Regionen des deutschen Reiches sehr ungleich verteilt war, so daß sich Einberufungen von Medizinern in unterschiedlicher Weise auf die Versorgungslage der Zivilbevölkerung auswirkten. 1939 standen in den ländlichen Ostprovinzen Preußens, in der bayerischen Pfalz und im Saarland weniger als sechs Ärzte für 10000 Einwohner zur Verfügung. In den bevölkerungsreichen Ballungsräumen Berlins und Hamburgs war die Versorgungsdichte mit 12,1 bzw. 11,2 Ärzten auf 10000 Einwohner teilweise mehr als doppelt so hoch.⁶⁸ Während Einberufungen in abgelegenen Landkreisen oftmals größere Gebiete ohne ärztliche Hilfe entstehen ließen, konnten die Bewohner dichter besiedelter Regionen im Bedarfsfall auf andere ortsansässige Ärzte ausweichen. Zudem richteten städtische Krankenhäuser vermehrt poliklinische Ambulanzen ein,⁶⁹ so daß urbanisierte Regionen von den Auswirkungen der Mobilmachung auf die ambulante Versorgung zunächst weit weniger betroffen waren als dünner besiedelte Gebiete, die bereits im Sommer 1940 über erhebliche Schwierigkeiten klagten.⁷⁰

Zwar gab es Landstriche, wie den Amtsarztbezirk Aichach, an denen der Krieg fast spurlos vorüberzog, allgemein gilt jedoch, daß ländliche Regionen im Durchschnitt schlechter versorgt waren als die städtischen Ballungsräume.⁷¹ Ein sicheres Indiz für die unbefriedigte Nachfrage nach ärztlichen Dienstleistungen ist die zunehmende Inanspruchnahme von Vertretern nichtärztlicher Gesundheitsberufe.

⁶⁵ So Nachtmann, Versorgung, S. 66.

⁶⁶ Von den jährlich etwa 3000 Neubestallten zog die Wehrmacht ca. 2400 ein. Der Rest bestand aus Frauen und nur beschränkt einsatzfähigen wehruntauglichen Jungärzten; Conti an Handloser, 19. 12. 1941, auszugsweise Abschrift in BA-MA, H 20/963.

⁶⁷ Zur Haltung Hitlers gegenüber dem Einsatz ausländischer Ärzte vgl. Brandt an Pleiger, 24. 5. 1943, BAB, R 18/3809.

⁶⁸ Das berufsmäßige Heil- und Pflegepersonal, Stand 1. 1. 1939, Statistisches Jahrbuch für das Deutsche Reich, Bd. 59 (1941/42), S. 614f.

⁶⁹ Im Regierungsbezirk Hildesheim boten rund 40 Prozent der Krankenhäuser poliklinische Sprechstunden an; Aufstellung der Krankenhausbetten und der Assistenzärzte [Januar 1943], NdsHStA, Hann. 122a/3272, Bl. 56–62.

⁷⁰ Z.B. Kreisleitung Borken-Bochholt an die Gauleitung Westfalen-Nord, 16. 5. 1940, StAMü, Gauleitung Westfalen-Nord, Hauptleitung/19.

⁷¹ Boberach, SD-Berichte, 22. 4. 1940, Bd. 4, S. 1040.

Auf dem Land mehrten sich Fälle, in denen Gemeindeschwestern die Vorabdiagnose, z.T. auch die Erstbehandlung übernahmen, bevor man den Arzt hinzuzog, eine Praxis, die wegen der zumeist konfessionellen Bindung der Schwestern von der staatlichen Gesundheitsverwaltung mit erheblichem Mißtrauen beobachtet wurde.⁷² Mit fortschreitender Kriegsdauer vergrößerte sich der Abstand zwischen Stadt und Land. Während die internen Berechnungen des RMdI Anfang 1943 von einer durchschnittlichen Arzt-Patienten-Relation von etwa 1:2500 ausgingen, mußten nicht wenige Parteigäuge mit einem Verhältnis von 3000 bis 5000 Einwohnern auf einen Arzt auskommen.⁷³ In der Provinz Brandenburg, die zur Gruppe der weniger gut versorgten Regionen zählte, verschlechterte sich die Arzt-Patienten-Relation von 1:1512 im Jahr 1939 auf 1:3874 am Ende des Jahres 1943.⁷⁴ Auch wenn gelegentlich kolportierte Verhältniszahlen von bis zu 20000 Einwohnern pro Arzt im Reichsdurchschnitt wohl zu pessimistisch extrapoliert sind,⁷⁵ so existierten doch Landkreise, in denen ein Arzt mehr als 10000 Einwohner zu betreuen hatte.⁷⁶

Da die verfügbare ärztliche Arbeitskraft in dünn besiedelten Regionen stark von der Mobilität der verbliebenen Ärzte bestimmt wurde, erschwerten dort zusätzlich geringer werdende Treibstoffzuteilungen die ärztliche Versorgung.⁷⁷ Im dritten Kriegsjahr standen Ärzten nur noch zwei Drittel der ohnehin knappen Treibstoffkontingente des Jahres 1939 zur Verfügung. Immer wieder klagten Landärzte daher, daß es ihnen wegen der knappen Benzinzuteilung unmöglich sei, die zahlreichen Hausbesuche zu erledigen.⁷⁸ Nach alliierten Luftangriffen auf die deutschen Raffineriezentren entwickelten sich die aus der Treibstoffknappheit resultierenden Mobilitätsverluste der Ärzte neben den Wehrmachtsanforderungen zur zweiten entscheidenden Bestimmungsgröße der medizinischen Versorgung im ländlichen Raum.⁷⁹ In Thüringen durften Krankentransporte seit dem Sommer

⁷² Boberach, SD-Berichte, 19. 4. 1940, Bd. 4, S. 1026f.; 22. 4. 1940, Bd. 4, S. 1039f.; Solbrig an den Kreisamtsleiter des Amtes für Volksgesundheit Nordhausen, 10. 10. 1941, StAG, Reg. Erfurt/19331, Bl. 138.

⁷³ Holm, Gedanken zur ärztlichen Planwirtschaft, 12. 3. 1943, S. 11, BAB, R 18/3809.

⁷⁴ Berechnet nach E. van Kann, Die Zahl der Ärzte und ihre Gliederung im Jahre 1939, in: DÄB 70 (1940), S. 283–285, 284; Übersicht der Gesundheitsämter über die für die Zivilbevölkerung zur Verfügung stehenden Ärzte, Stand 1. 1. 1944, BrLHA, Br. Pr. Rep. 1/1684, Bl. 1–45.

⁷⁵ So Grunberger, Reich, S. 240.

⁷⁶ Oberpräsidium der Provinz Sachsen an die Regierungen Merseburg und Erfurt, 28. 7. 1942, LHSA, Rep. C 20 Ib/1595–I, Bl. 17.

⁷⁷ Boberach, SD-Berichte, 6. 6. 1940, Bd. 4, S. 1225f.; Kreisleitung Kiel an die Gauleitung Schleswig-Holstein, 10. 11. 1941, IfZ, MA/138, Bl. 301119f.; Gesundheitsamt Haldensleben, Bericht über die gesundheitliche Betreuung der Zivilbevölkerung, 4. 1. 1944, LHSA, Rep. C 28 Ig/66a, Bl. 167.

⁷⁸ Vogt, Bericht über die gesundheitliche Betreuung der Zivilbevölkerung, 4. 2. 1944, NRWStA, Reg. Düsseldorf/54489–III, Bl. 443; Vierteljahresbericht des Kreisamtes für Volksgesundheit Pforzheim, III/1944, GLAK, 465d/1011.

⁷⁹ Bericht des SD-Leitabschnitts Bayreuth, Abteilung III B 3, 26. 6. 1944, StAB, M 30/1045; Tätigkeitsbericht des Kreisamtes für Volksgesundheit Buchen, 10. 10. 1944, GLAK, 465d/1011; KVD-Landesstelle Südhannover-Braunschweig an die Reichsführung der KVD, 5. 11. 1944, NdsHStA, Hann. 122a/3272–1, Bl. 373.

1944 nur noch bei Gefahr für Leib und Leben der Patienten (die durch eine ärztliche Dringlichkeitsbescheinigung möglichst vorab zu belegen war) erfolgen.⁸⁰ Selbst in vergleichsweise gut versorgten Regionen war die ärztliche Außenpraxis gegen Kriegsende infolge des Benzinmangels „fast ganz erdrosselt“.⁸¹ Für die Kranken konnte dies zu lebensbedrohenden Situationen führen. Da die zuständigen Wirtschaftsämter Bitten um zusätzliche Benzinkontingente für Arztwagen mit dem Verweis auf die „zwingenden Kriegsnotwendigkeiten“⁸² von vorneherein ablehnten, verweigerten Ärzte Krankenbesuche mit dem Hinweis auf die ungenügenden Kraftstoffzuteilungen. In den letzten Monaten des „Dritten Reiches“ waren davon zunehmend auch Schwerkranke betroffen.⁸³ Die Umstellung der Hausbesuche auf Pferdefuhrwerke, wie sie etwa die ärztliche Bezirksvereinigung Erfurt ihren Mitgliedern nach mehrmaligen Betriebsstoffkürzungen im Herbst 1942 empfahl, brachte keine dauerhafte Entlastung, da selbst dieses Fortbewegungsmittel gegen Kriegsende nicht mehr überall zur Verfügung stand.⁸⁴ Gegen Kriegsende waren Mediziner bei ihren Krankenbesuchen daher vielfach „auf Fahrrad und Fußmarsch angewiesen“.⁸⁵ „Der Arzt von heute“, klagte der Amtsarzt des sächsischen Landkreises Oschersleben, kann nicht einmal mehr „im Wagen mit Panjeperden seine Besuche abwickeln [...] Die Beschaffung von Pferd, Wagen, passendem Geschirr, Kutscher, Unterkunft für Wagen, Pferd und Futter usw. stößt auf unüberwindliche Schwierigkeiten [...] Unter solchen Umständen läßt sich kein ärztlicher Dienst mehr aufrecht erhalten.“⁸⁶

Als die Wehrersatzdienststellen im Vorfeld des Überfalls auf die Sowjetunion zahlreiche uk-Stellungen aufhoben, verdichtete sich der bislang lokal aufgetretene Ärztemangel überregional zu einem Zustand struktureller Unterversorgung, der die Zuträger des SD-Inlandsnachrichtendienstes „teilweise von ‚besorgniserregenden Zuständen‘“⁸⁷ sprechen ließ. Etwa zum gleichen Zeitpunkt wandelte sich auch der Stellenwert der medizinischen Versorgung in der öffentlichen Problemwahrnehmung. Während die gleichgeschaltete Presse bis zum Frühjahr 1941 bemüht gewesen war, die Funktionsfähigkeit des Gesundheitssystems herauszustel-

⁸⁰ Rundschreiben der DRK-Landesstelle IX an die Kreisstellen, 6. 7. 1944, StAG, Reg. Erfurt/19930, Bl. 24.

⁸¹ Gesundheitsamt Aichach, Monatsgesundheitsbericht Januar 1945, 30. 1. 1945, StAM, Gesundheitsämter/720. Das Kreisamt für Volksgesundheit Heidelberg schätzte in seinem Tätigkeitsbericht für das III. Quartal 1944 den Rückgang der ärztlichen Besuchstätigkeit auf ein Drittel des angeforderten Bedarfs, GLAK, 465d/1011.

⁸² Rundschreiben der KVD-Bezirksstelle Nordharz, 16. 9. 1942, LHSA, Rep. C 20 Ib/1602, Bl. 123.

⁸³ Regierung Hannover an Oberpräsidium der Provinz Hannover, 26. 4. 1944, NdsHStA, Hann. 122a/3272–1, Bl. 110; Bericht des Reichspropagandaamtes, Außenstelle Halle, Dezember 1944, BAB, Film 14271.

⁸⁴ Ärztliche Bezirksvereinigung Erfurt an die Regierung Erfurt, 22. 10. 1942, StAG, Reg. Erfurt/19930, Bl. 1.

⁸⁵ Regierung Arnberg, Bericht über die ärztliche Versorgung der Zivilbevölkerung, 31. 1. 1945, StAMü, Reg. Arnberg/13273.

⁸⁶ Gesundheitsamt Oschersleben, Bericht über die gesundheitliche Betreuung der Zivilbevölkerung, 9. 1. 1945, LHSA, Rep. C 28 Ig/66a, Bl. 170f.

⁸⁷ Boberach, SD-Berichte, 25. 3. 1941, Bd. 6, S. 2143.

len, nahmen Zeitungen einige Todesfälle zum Anlaß heftiger Angriffe auf Ärzte, die Hausbesuche mit dem Hinweis auf ihre berufliche Überlastung verweigert hatten.⁸⁸ Den Hintergrund dieser Kampagne bildeten Klagen der Zivilbevölkerung über die abnehmende Erreichbarkeit von Ärzten in Notfällen und deren Versuche, ihre Arbeitsbelastung durch die Ablehnung neuer Patienten oder eine Verringerung der Sprechzeiten zu begrenzen.⁸⁹ Nur mit Hilfe des perfiden Argumentes, daß im Hinblick „auf die ausserordentlichen auch seelischen Belastungen des Arztes, die durch besondere Massnahmen, die Ihnen genau bekannt sind, und über die der Parteigenosse Brack genau unterrichtet ist“ (gemeint waren die Krankenmorde), alles vermieden werden müsse, „was das Vertrauen vom Volk zum Arzt mehr erschüttert, als es in der gegenwärtigen Lage schon unvermeidlich ist“,⁹⁰ gelang es Conti, bei Goebbels eine Weisung zu erwirken, die eine negative Berichterstattung über den Zustand der medizinischen Versorgung untersagte.

Daß solche Klagen einer realen Grundlage nicht entbehrten, zeigt die wachsende Zahl von Ärzten, die wegen Vernachlässigung ihrer Patienten standesgerichtlich und strafrechtlich belangt wurden. Wohl wird man das Verhalten des vom Reichsärztegerichtshof verurteilten Dr. Josef A., den erst die Polizei, die ein besorgter Vater herbeigerufen hatte, zum Krankenbesuch bewegen konnte, nicht ohne weiteres verallgemeinern können, jedoch macht eine Anzahl ähnlich gelagerter Fälle die zunehmende Überlastung der an der „Heimatfront“ verbliebenen Ärzte deutlich.⁹¹ Es sind weniger die extremen Einzelbeispiele, mit denen die Berichtsserien der NSDAP und der inneren Verwaltung angefüllt sind, sondern die Vielzahl gleichartiger Fälle aus allen Teilen Deutschlands, die auf eine tiefgehende Krise der medizinischen Versorgung seit dem Sommer 1941 schließen lassen. „In vielen Orten“, so ein SD-Bericht, könne „von einer ausreichenden Versorgung der Zivilbevölkerung durch die Ärzte nicht mehr gesprochen werden“.⁹² Zwar verschaffte das Stillhalteabkommen zwischen der Reichsgesundheitsführung und dem Oberkommando der Wehrmacht dem zivilen Sektor 1942 für einige Monate eine Atempause.⁹³ Jedoch blieb die Situation weiterhin angespannt. Hinzu kam,

⁸⁸ Anlaß für die vom „Schwarzen Corps“ initiierte, von mehreren überregionalen Presseorganen übernommene Artikelserie war die Verurteilung eines Arztes wegen unterlassener Hilfeleistung, der den Besuch bei einer Patientin abgelehnt hatte, die kurz darauf verstarb.

⁸⁹ Gestapoileitstelle Schwerin an das Mecklenburgische Ministerium für Unterricht, Kultus und Gesundheit, 9. 12. 1941, MeckLHA, MfU/9887; Stellungnahme der Ärztekammer Mecklenburg, 5. 1. 1942, ebenda; Landesstellen-Rundschreiben der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Niedersachsen, 23. 9. 1942, NdsHStA, Hann. 122a/3269, Bl. 153.

⁹⁰ Conti, Propaganda und derzeitiger Stand der Volksgesundheit, 24. 3. 1941, BAB, Film 14271. Die Weisung, wonach arztkritische Artikel in Zukunft unterbleiben sollten, in Conti, Rundschreiben Vg. 52/41 an die Gau- und Kreisamtsleitungen des Hauptamtes für Volksgesundheit, 25. 6. 1941, BAB, NS 20/139–6.

⁹¹ Urteil des Reichsärztegerichtshofs gegen Dr. Josef A., 17. 2. 1942 (der verhandelte Vorgang spielte sich im April 1941 ab); Urteil des Reichsärztegerichtshofes gegen Dr. Siegfried B., 17. 1. 1944, AKBV/134. B. wurde dafür, daß er im Oktober 1941 sein Telefon abgemeldet hatte, um sich „des Ansturms der Patienten [...] [zu] erwehren“ mit einer Geldbuße bestraft.

⁹² Boberach, SD-Berichte, 2. 10. 1941, Bd. 8, S. 2830f.

⁹³ Bericht der Regierung Magdeburg über die gesundheitliche Betreuung der Zivilbevölkerung, 13. 7. 1942, LHSA, Rep. C 20 Ib/1594–I, Bl. 33.

daß ein wachsender Teil der ärztlichen Arbeitskraft in neue Aufgabenfelder umgelenkt wurde. Verschiedene Dienststellen begannen damit, eigene Arztkorps auszubauen. Ärzte, die als Vertrauensärzte bei den Landesversicherungsanstalten oder den Arbeitsämtern beschäftigt waren, standen für die medizinische Betreuung der Zivilbevölkerung nur mehr eingeschränkt zur Verfügung, da sie überwiegend begutachtende und kontrollierende Tätigkeiten ausübten.⁹⁴ Auch die seit Herbst 1942 ausgebaute Betriebsarztstätigkeit der niedergelassenen Ärzte ließ sich nur auf Kosten der Sprechstundenzeit und damit zu Lasten der restlichen Zivilbevölkerung durchführen.

Seit dem Winter 1942/43 änderte sich der bislang eher beschönigende Duktus der verwaltungsinternen Berichte, die nun seltener Redewendungen benutzten, die auf eine geordnete medizinische Versorgung schließen lassen. Immer häufiger finden sich dagegen Hinweise auf die deutlich verschlechterte Gesamttendenz und Formulierungen, die auf die latente Krisenhaftigkeit der Versorgungssituation verweisen.⁹⁵ Ein Grund für die fortschreitende Auszehrung des zivilen Sektors bestand darin, daß die Wehersatzbehörden gerade die leistungsfähigsten Ärzte einberiefen. In Köln wurden bereits im Herbst 1939 mehr als 40 Prozent der planmäßigen, d. h. gut ausgebildeten Ärzte an städtischen Krankenhäusern zum Kriegsdienst einberufen. Versorgungsengpässe traten vor allem bei den Fachärzten auf, hier besonders bei den bevorzugt eingezogenen Chirurgen. Die chirurgische Klinik der Kölner Universität verlor 12 von 18 Planstelleninhabern, darunter den Chefarzt und drei von vier Oberärzten.⁹⁶ Ihren Platz nahmen junge, am Beginn der Facharztausbildung stehende Volontärärzte ein. Die Praxis, ausgebildete ältere Assistenzärzte gegen jüngere, unerfahrene auszutauschen, verschlechterte die Qualität der medizinischen Versorgung kontinuierlich.⁹⁷ In den Krankenhäusern operierten nicht selten Mediziner ohne die nötige Erfahrung, und die frischapprobierten Jungärzte, die ihre im Feld stehenden Kollegen als Hilfskassenärzte vertreten sollten, brachten oftmals nicht die erhoffte Entlastung, da sie den fachlichen Anforderungen einer selbständig geführten Allgemeinpraxis ohne die mehrjährige Krankenhausstätigkeit, die einer Niederlassung normalerweise vorausging, nur selten gewachsen waren.⁹⁸

Auf der anderen Seite bewirkte die Einberufungspolitik der Wehersatzdienststellen eine zunehmende Überalterung der Ärzteschaft. Der Anteil der über Fünfzigjährigen hatte vor Kriegsbeginn etwa ein Drittel aller Ärzte betragen. Bis zum

⁹⁴ Conti an Lammers, 19. 2. 1942, BAB, R 18/3814, Bl. 195 f.

⁹⁵ Der Oberpräsident der Provinz Westfalen an das Reichsministerium des Innern, 14. 12. 1942, StAMü, Oberpräsidium Münster/5066, Bl. 90 f.; Ärztekammer Thüringen an das Thüringische Staatsministerium des Innern, 16. 2. 1943, ThüHStA, MdI, Abt. E/1532, Bl. 59.

⁹⁶ Bericht der Kölner Gesundheitsverwaltung über die gesundheitliche Betreuung der Zivilbevölkerung, 7. 12. 1942, StadtAK, ZS Kriegschronik/161, Bl. 14–22; Bestandsübersicht über die im Krankenhaus Köln-Lindenburg vorhandenen Ärzte, 14. 12. 1939, StadtAK, 687/3, Bl. 7–36.

⁹⁷ Lagebericht des Regierungspräsidenten von Düsseldorf, 9. 2. 1943, NRWStA, Reg. Düsseldorf/54489-I, Bl. 63.

⁹⁸ Vgl. Holm, Gedanken zur ärztlichen Planwirtschaft, 12. 3. 1943, S. 20, BAB, R 18/3809.

Frühjahr 1944 verdoppelte er sich bei den nicht einberufenen Medizinern auf rund zwei Drittel.⁹⁹ Diese Entwicklung hielt bis Kriegsende an, so daß das Durchschnittsalter der an der „Heimatfront“ eingesetzten Ärzte im Januar 1945 bei rund 62 Jahren lag.¹⁰⁰ Im Verein mit der fortdauernd hohen Arbeitsbelastung führte die Überalterung der Ärzte vor allem bei den Allgemeinpraktikern zu gesundheitsbedingten Ausfällen, so daß die effektiv bereitstehende ärztliche Arbeitskraft eher geringer einzuschätzen ist, als die statistischen Durchschnittszahlen dies erwarten lassen. So führte die Gesundheitsabteilung des Thüringischen Innenministeriums Klage darüber, daß eine „erhebliche Anzahl“¹⁰¹ der verbliebenen Ärzte „infolge hohen Alters und gesundheitlicher Schäden – falls überhaupt – nur noch in geringem Umfange für den ärztlichen Einsatzdienst in Frage kommt, wenn man weiter berücksichtigt, daß die jung approbierten Ärzte, die noch über keine Erfahrungen verfügen können, z.T. schon jetzt in ärztlichen Praxen eingesetzt werden müssen, so kann man ermesen, vor welch z.T. unlösbaren Schwierigkeiten die für die Sicherung der ärztlichen Versorgung der Zivilbevölkerung verantwortlichen Dienststellen gestellt sind“. In mehreren Regionen wurde die schleichende Auszehrung der ärztlichen Versorgung schlagartig sichtbar, als die Wehrrersatzinspektionen im Frühjahr 1943 ohne Vorankündigung umfangreiche Einberufungen unter den Medizinern vornahmen. Spätestens seit diesem Zeitpunkt war kaum mehr zu verbergen, daß vielerorts „eine ordnungsgemäße ärztliche Versorgung nicht mehr möglich“¹⁰² war. Eine Denkschrift der Reichsgesundheitsführung formulierte intern, was öffentlich nicht eingestanden werden konnte: „Der Einzelne [...] muß sich damit abfinden, daß [...] die Gesamtheit der heilberuflichen Leistungen zu einem Mangelgut geworden ist.“¹⁰³ Für Patienten bedeutete dies, daß es zunehmend schwieriger wurde, einen behandelnden Arzt zu finden. Bei den Gehfähigen waren Wartezeiten von acht bis neun Stunden – mithin ein ganzer Arbeitstag – die

⁹⁹ Conti an das Reichsministerium für Rüstung und Kriegsproduktion, 6. 5. 1944, BAB, R 18/3122. Für Brandenburg, wenngleich mit schwächer ausgeprägter Tendenz, Tab. C.2.

¹⁰⁰ USSBS, Medical Branch Report: The Effect of Bombing on Health and Medical Care in Germany, 1945, S. 161, IfZ, MA 1566/5.

¹⁰¹ Thüringisches Staatsministerium des Innern an den Reichsverteidigungskommissar des Wehrkreises XI, 21. 4. 1941, S. 3, ThüHStA, MdI, Abt. E/676-1 (Zitat); Kreisamt für Volksgesundheit Augsburg-Land, Vierteljahresbericht II/1943, StAA, NSDÄB Augsburg-Land/2; mit zahlreichen Einzelbeispielen: Reichsministerium des Innern, Abteilung IV, Aktenvermerk über Leistungen des Heimarztes im totalen Kriege [1943], BAB, R 18/3809-II.

¹⁰² Oberpräsidium der Provinz Westfalen an das Reichsministerium des Innern, 13. 3. 1943, StAMü, Oberpräsidium Münster/5066, Bl. 101 (Zitat); der Reichsstatthalter in Oldenburg und Bremen an das Oldenburgische Ministerium des Innern u.a., 29. 4. 1943, NdsHStA, Hann. 122a/3268, Bl. 46; Boberach, SD-Berichte, 24. 5. 1943, Bd. 13, S. 5279. Auf welche Weise diese dem Stillhalteabkommen vom Mai 1942 widersprechenden Einberufungen zustandekamen und welchen Personenkreis sie umfaßten, ist unklar. Vermutlich handelte es sich um den Austausch älterer, nicht mehr wehrdienstfähiger Ärzte gegen gesunde jüngere Ärzte des zivilen Sektors.

¹⁰³ [Kaufmann/Gassert], Entwurf zur Denkschrift „Vorbeugende Gesundheitspflege“ [Sommer 1943], S. 5, BAB, R 18/3805.

Regel. Bettlägerige Kranke bekamen den Doktor oft erst nach mehreren Tagen zu Gesicht.¹⁰⁴

Welche Auswirkungen die Bevölkerungsverschiebungen, die 1943 mit der Evakuierung der bevölkerungsreichen Großstädte einsetzten und im Winter 1944/45 in der Massenflucht aus den deutschen Ostgebieten kulminierten, auf die ärztliche Versorgung der Zivilbevölkerung hatten, ist schwierig zu beurteilen. Da die Entsenderegionen ihre Ärzte nur widerstrebend abgaben, vergrößerten die Evakuierungen der Jahre 1943/44 bereits vorhandene regionale Unterschiede. Dies betraf in erster Linie die bevorzugt als Evakuierungsgebiete ausgewählten ländlichen Regionen, die in der Regel auch ohne den Zustrom von Flüchtlingen und Evakuierten schon an medizinischen Versorgungsdefiziten litten. In Nord- und Mitteldeutschland zählten die aus den Städten Evakuierten, für deren Betreuung keine ärztlichen Reserven zur Verfügung standen, oftmals zu den besonders schlecht versorgten Bevölkerungsgruppen, deren Erscheinen die angespannte Versorgungssituation in den Aufnahmeorten nicht selten gänzlich kollabieren ließ.¹⁰⁵ Allerdings wies die Dichte der medizinischen Versorgung regional große Unterschiede auf. In einigen Evakuierungsgebieten verbesserte sich die ärztliche Versorgung der ländlichen Bevölkerung gegen Kriegsende durch den Einsatz von rückgeführten Ärzten erheblich. Das in Mecklenburg gelegene Gesundheitsamt Güstrow berichtete von geflüchteten Ärzten, die samt Pferdegespann und geretteter Praxisausrüstung die Auffangräume erreicht hatten. Mit ihrer Hilfe sei es möglich gewesen, „das ganze Gebiet des Landkreises mit einem dichten Netz von Arztsitzen“¹⁰⁶ zu überziehen, so daß sich die ärztliche Versorgung der ortsansässigen Bevölkerung durch den Zustrom der Flüchtlinge erheblich gebessert habe. Auch die Landgemeinden des Gaues München-Oberbayern profitierten davon, daß dort seit dem Herbst 1944 evakuierte Ärzte praktizierten.¹⁰⁷ Da gegen Kriegsende die Verteilung überzähliger Allgemeinpraktiker durch die kassenärztliche Vereinigung kaum mehr funktionierte, wurden evakuierte Ärzte punktuell so zahlreich, daß sich der Widerstand ihrer lokalen Kollegen zu regen begann. „Daß zahlreiche Ärzte und Heilpersonen, oft schon seit Jahr und Tag, in der Gegend herumsitzen,

¹⁰⁴ Boberach, SD-Berichte, 24. 5. 1943, Bd. 13, S. 5279f.

¹⁰⁵ So berichtete das Gesundheitsamt Wernigerode an den leitenden Medizinalbeamten der Provinz Sachsen, die ärztliche Versorgung der Landgemeinden des Kreises sei bislang „schon sehr dürtig gewesen“. Durch die Aufnahme von Umquartierten sei die Lage nunmehr „geradezu katastrophal“ geworden, 15. 12. 1944, LHSA, Rep. C 28 Ig/66a, Bl. 37; vgl. das Schreiben des Landrates des Kreises Springe an den Oberpräsidenten der Provinz Hannover, 18. 10. 1943, NdsHStA, Hann. 122a/3272-1, Bl. 131; den Vierteljahresbericht des Kreisamtes für Volksgesundheit Freiburg, III/1944, GLAK, 465d/1011, und den Bericht des Reichspropagandaamtes Magdeburg-Anhalt, 23. 1. 1945, BAB, Film 14271.

¹⁰⁶ Gesundheitsamt Güstrow an das Mecklenburgische Staatsministerium, Abteilung Innere Verwaltung, 31. 3. 1945, MeckLHA, MfU/9637. Ein erheblicher Teil der Ärzte und des Pflegepersonals wurde mit den Instrumentenbeständen der geräumten Krankenhäuser aus den preußischen Ostprovinzen evakuiert und westlich der Oder zur Betreuung der Flüchtlinge eingesetzt; Lemke, Die ärztliche Betreuung der Zivilbevölkerung Pommerns während der Evakuierung und der Flucht (1956), BAK, Ost.-Dok./8-692, Bl. 9.

¹⁰⁷ Gesundheitsamt Weilheim, Monatsgesundheitsbericht Oktober 1944, StAM, Gesundheitsämter/605.

nichts Rechtes tun und höchstens gegen Lebensmittel etwas herumdoktern und im übrigen den Krieg auf diese Weise in gewisser Sicherheit und Ruhe durchstehen, während andere Volksgenossen sich zu Tode racken“ [sic!],¹⁰⁸ könne, so der Aichacher Amtsarzt, angesichts des herrschenden Ärztemangels nicht länger hingenommen werden. „An diese Medizinalpersonen wagt sich gewöhnlich kein Bürgermeister und kein Arbeitsamt. Nicht einmal mit Sanitätsdienst beim Volkssturm werden diese Herren belästigt.“

Während sich für die quantitative Verengung des medizinischen Leistungsangebots zwei Schübe im Frühjahr/Sommer 1941 und im Frühjahr 1943 feststellen lassen, verschlechterte sich die Qualität der medizinischen Versorgung schleichend. Dadurch, daß immer weniger Ärzte eine steigende Zahl von Kranken zu betreuen hatten, verringerte sich die Zeit, die ein Arzt mit dem einzelnen Patienten verbrachte, erheblich. Bei bis zu hundert Patienten pro Praxis und Tag konnte das eine durchschnittliche Behandlungsdauer von rund zwei Minuten beim Allgemeinpraktiker bedeuten.¹⁰⁹ Ärzte behandelten zumeist nicht anders, aber sie behandelten weniger gründlich als vor dem Krieg. „Selbstverständlich“, meldete ein Amtsarzt an die SD-Außenstelle Weilheim, könne unter diesen Bedingungen „die Behandlung durch den einzelnen Arzt und im Krankenhaus in vielen Fällen nicht mehr die gleiche vielseitige und aktive sein wie früher“.¹¹⁰ Der Leiter der Medizinalabteilung im bayerischen Innenministerium, Ministerialdirektor Walter Schultze, empfahl den Krankenhausärzten gar, ihre Diagnose schneller zu stellen, statt wie bisher „die ganze Orgelpfeife von dreiundzwanzig Untersuchungsmethoden“¹¹¹ anzuwenden, denn mit der gleichen Gründlichkeit wie in der Vorkriegszeit durchgeführte Untersuchungen seien heutzutage nicht mehr tragbar. Das Gefühl der „Massenabfertigung“¹¹² in der Arztsprechstunde und die Häufung überarbeitungsbedingter Behandlungsfehler ließen das Vertrauen in ärztliches Handeln schwinden.¹¹³ Die Reichsgesundheitsführung sah sich deswegen einer wachsenden Kritik in der Öffentlichkeit ausgesetzt. „Nach neuen hierzu jetzt vorliegenden Meldungen“,¹¹⁴ berichtete der Sicherheitsdienst der SS am 15. Februar 1943, führten die zunehmenden Mängel in der ärztlichen Versorgung „zu lebhaften Erörterungen auch in der Bevölkerung“.

Eine ins Gewicht fallende Vermehrung der Ärztezahl schien unter diesen Umständen nur noch durch die „Hereinnahme möglichst großer Zahlen von Ausländern“¹¹⁵ möglich zu sein. Daher stellte die Reichsgesundheitsführung ihre rassi-

¹⁰⁸ Gesundheitsamt Weilheim, Monatsgesundheitsbericht März 1945, StAM, Gesundheitsämter/605.

¹⁰⁹ Boberach, SD-Berichte, 24. 5. 1943, Bd. 13, S. 5279 f.

¹¹⁰ Gesundheitsamt Weilheim an SD-Außenstelle Weilheim, 10. 3. 1942, StAM, Gesundheitsämter/605.

¹¹¹ Protokoll der Besprechung über die ärztliche Versorgung der Zivilbevölkerung, 23. 2. 1942, S. 18, StadtAM, Gesundheitsamt/118.

¹¹² Boberach, SD-Berichte, 2. 10. 1941, Bd. 8, S. 2831 f.

¹¹³ Stimmungsbericht der NS-Frauenschaft, Gau Hessen-Nassau, Anhang zum Tätigkeitsbericht der Reichsfrauenführung Februar/März 1941, S. 30, BAB, NS 22/925; Boberach, SD-Berichte, 2. 10. 1941, Bd. 8, S. 2831.

¹¹⁴ Boberach, SD-Berichte, 15. 2. 1943, Bd. 12, S. 4809.

¹¹⁵ Holm, Gedanken zur ärztlichen Planwirtschaft, 12. 10. 1943, S. 7, BAB, R 18/3809.

stisch motivierten Vorbehalte gegen den Einsatz ausländischer Ärzte zurück und suchte nach Möglichkeiten, ausländische Ärzte für den Einsatz im Deutschen Reich zu gewinnen. Viele von ihnen – insbesondere verschleppte Bürger der Sowjetunion – waren bereits zur Betreuung der rund sieben Millionen Zwangsarbeiter eingesetzt. Seit dem Sommer 1943 versuchten die Gesundheitsbehörden verstärkt, auch Assistenzarzt- und Pflegedienststellen mit ausländischem Personal zu besetzen. Zunächst war dabei an Ärzte aus den besetzten Westgebieten gedacht. Allein in Belgien, so eine Überlegung von Contis Planungsbeauftragtem Holm, seien 1250 Ärzte entbehrlich. Den Anfang machten Medizinstudenten aus Frankreich, Holland und Belgien, die z.T. mit dem Versprechen angelockt worden waren, in Deutschland Teile ihrer Ausbildung zu absolvieren, und entsprechend demotiviert reagierten, als die Krankenhäuser ihnen pflegerische Hilfsdienste zuwiesen.¹¹⁶ Die Anwerbung von Ärzten aus diesen Gebieten gelang nur in sehr geringem Umfang, ebenso wie die aus dem neutralen Ausland. Eher schon ließen sich Ärzte aus den osteuropäischen Bündnisstaaten des Deutschen Reiches dazu gewinnen, hier einen Teil ihrer Facharztausbildung absolvieren zu können. Die Mehrheit der ausländischen Mediziner stammte aber aus den besetzten Teilen der Sowjetunion, insbesondere den baltischen Staaten, sowie aus den Gebieten der ehemaligen Tschechoslowakei.¹¹⁷ Sie wurden erst Anfang 1944 in begrenztem Umfang zur Behandlung der deutschen Zivilbevölkerung zugelassen und zumeist größeren Krankenhäusern als Assistenzärzte zugeteilt, da ein Einsatz in der schwer zu kontrollierenden Kassenpraxis unerwünscht war und vielfach auch an den Sprachfertigkeiten scheiterte.¹¹⁸ Der Einsatz ausländischer Ärzte bei der Versorgung der Zivilbevölkerung bildete daher ein ausgesprochen städtisches Phänomen.

Die zweite Gruppe, auf die Gesundheitsbehörden des „Dritten Reiches“ zur Behebung des grassierenden Ärztemangels verstärkt zurückgriffen, waren die weiblichen Ärzte. In den zwanziger Jahren hatte sich der Frauenanteil unter den Medizinerinnen nur im Kriechgang vermehrt, von fünf Prozent im Jahr 1925 auf

¹¹⁶ Der Oberbürgermeister von Magdeburg an den leitenden Medizinalbeamten der Provinz Sachsen, 7. 10. 1943, StAG, Reg. Erfurt/19930, Bl. 61. Später wurden auch italienische Krankenpfleger, zumeist ehemalige Sanitätssoldaten, in Krankenhäusern eingesetzt; Wolsegger an die Reichsverteidigungskommissare, 30. 10. 1944, LHSa, Rep. C 28 Ig/66, Bl. 127.

¹¹⁷ In den Provinzen Brandenburg, Hannover und im Regierungsbezirk Magdeburg praktizierten 1944/45 88 ausländische Ärzte. Mit 13 Medizinerinnen stellte die ehemalige Tschechoslowakei das größte Einzelkontingent, gefolgt von der UdSSR, auf das neutrale Ausland und die Verbündeten des „Dritten Reiches“ entfielen zusammen 12 Ärzte, der Rest kam aus dem Baltikum, Holland, Italien und dem besetzten Polen; Übersichten der Gesundheitsämter über die für die Zivilbevölkerung zur Verfügung stehenden Ärzte, Stand 1. 1. 1944, BrLHA, Br. Pr. Rep. 1/1648, Bl. 1–45; Liste der fremdländischen Ärzte [für das Gebiet der ärztlichen Bezirksvereinigungen Göttingen und Hannover], NdsHStA, Hann. 122a/3278; Aufstellung der ärztlichen Besetzung der Krankenhäuser [im Regierungsbezirk Magdeburg], März–April 1945, LHSa, Rep. C 28 Ig/9c, Bl. 50ff.

¹¹⁸ Gemeinsame Anordnung des Generalbevollmächtigten für den Arbeitseinsatz und des Reichsgesundheitsführers über den Einsatz ausländischer Ärzte, Apotheker, Zahnärzte und Dentisten, 5. 2. 1944, Informationsdienst des HAVG, 3. Jg. Folge 1–3, Januar 1944, S. 3f., BAB, NSD 28/2.

6,5 Prozent 1932. Dieser Trend hielt, bei leicht beschleunigtem Wachstumstempo, auch nach der nationalsozialistischen Machtergreifung an, so daß bei Kriegsbeginn knapp zehn Prozent aller deutschen Ärzte Frauen waren.¹¹⁹ Über den tatsächlichen Anteil der weiblichen Mediziner an der Gesamtzahl der praktizierenden Ärzte sagen diese Zahlen allein freilich wenig aus, da weibliche Ärzte nach der nationalsozialistischen Machtübernahme in der Berufsausübung behindert wurden. Zu einem Teil führten die Nationalsozialisten standesübliche Formen beruflicher Diskriminierung fort, die bereits den übersättigten ärztlichen Arbeitsmarkt der Weimarer Republik bestimmt hatten. Aufgrund eines Bündels zumeist informeller, aber auch institutionalisierter Benachteiligungen, zu denen etwa die bevorzugte Kassenzulassung von Kriegsteilnehmern gehörte, waren die Chancen einer Medizinerin, eine der begehrten Stellen zur Facharztweiterbildung oder eine Niederlassung als Kassenarzt zu erlangen, erheblich schlechter als die ihrer männlichen Berufskollegen. Die nach 1933 sprunghaft ansteigende Zahl berufsloser Ärztinnen hatte ihre Ursache jedoch vor allem in einer Standespolitik der Reichsärztführung, die darauf abzielte, die durch die Finanzkrise der Sozialversicherung noch verschärfte Überfüllungskrise des ärztlichen Standes auf Kosten der jüdischen und der weiblichen Ärzte zu regulieren. Insbesondere verheiratete Ärztinnen sollten sich wieder ihrer aus der Sicht der NS-Ideologie genuinen Aufgabe als Frau und Mutter widmen.¹²⁰ Auch wenn direkte Zwangsmaßnahmen offenbar eher selten waren,¹²¹ wurde ein Teil der praktizierenden Ärztinnen in der zweiten Hälfte der dreißiger Jahre beruflich schlechter gestellt und ein weiterer Teil zeitweise aus dem Arztberuf verdrängt. Während sich die Berufschancen ihrer gleichaltrigen männlichen Berufskollegen nach der nationalsozialistischen Machtergreifung erheblich verbesserten, reduzierten sich die Einstiegschancen für die seit 1933 approbierten Ärztinnen deutlich. Die Gesamtzahl der weiblichen Ärzte wuchs zwischen 1935 und 1939 von ca. 3600 auf 5800 an, der Anteil der in selbständiger Niederlassung praktizierenden Medizinerinnen an der Gesamtzahl der weiblichen Ärzte ging jedoch um die Hälfte zurück. Konkret bedeutete dies ein Minus von rund 600 Ärztinnen in freier Praxis bis zum Jahr 1939. Ein Teil von ihnen fand sich, ebenso wie die meisten neu Approbierten, in der wachsenden Gruppe abhängig beschäftigter Ärzte wieder. Vor allem aber stieg der Anteil der berufslosen Ärztinnen, der vor der NS-Machtergreifung unter fünf Prozent gelegen hatte, von 7,6 Prozent (1935) auf mehr als 25 Prozent (ca. 1500 Ärztinnen) im Jahr 1939 an.¹²²

Die Entfesselung des Zweiten Weltkrieges kehrte diese Entwicklung in ihr Gegenteil um. Da die Wehrmacht rund sechs Siebtel der männlichen Studenten direkt nach dem Examen einzog, waren die 600 (1942/43) bis 1000 (1944/45) frisch-

¹¹⁹ Kater, *Doctors*, S. 89.

¹²⁰ So z. B. C. Haedenkamp, Grundlagen und Bedeutung des neuen Zulassungsrechts, in: DÄB 64 (1934), S. 558–562, 561.

¹²¹ Kater schätzt die Zahl der auf Anweisung Wagners von der Kassenpraxis ausgeschlossenen Ärztinnen lediglich auf 115 Personen; Kater, *Doctors*, S. 93.

¹²² E. van Kann, Die Zahl der Ärzte und ihre Gliederung im Jahre 1939, in: DÄB 69 (1939), S. 283–285, 285.

approbierten Jungärztinnen pro Semester der einzige Ausgleich für krankheits- und todesfallbedingte Ausfälle im zivilen Gesundheitswesen.¹²³ In Kombination mit dem seit 1936 steigenden Frauenanteil unter den Medizinstudenten bewirkte die Nachfrage der Streitkräfte nach medizinischen Experten eine beständige Feminisierung des Arztberufs. Sie war aus der Sicht des NS-Regimes höchst unerwünscht, da Ärztinnen in den Augen nationalsozialistischer Gesundheitsbürokraten als Mediziner „mit geminderter Leistungsfähigkeit“¹²⁴ galten, bei denen man Ausfälle durch Schwangerschaft und familiäre Pflichten zu gegenwärtigen hatte. Angesichts des herrschenden Ärztemangels geriet die auf ca. 2000 Personen geschätzte Gruppe der aus dem Beruf verdrängten Medizinerinnen gleichwohl zunehmend in den Blick der nationalsozialistischen Gesundheitsbehörden. Auch verheiratete Ärztinnen mit Kindern, die bislang von Notdienstverpflichtungen befreit waren, galten seit dem Frühjahr 1943 als „stille Reserve die jetzt mit einer gewissen Energie und Rücksichtslosigkeit angegriffen werden muß“.¹²⁵ Bis zum Ende des Krieges erhöhte sich der Frauenanteil unter den in der zivilen Versorgung tätigen Medizinern von ca. acht Prozent (1939) auf rund 23 Prozent (1944).¹²⁶ Damit hatte sich der Anteil weiblicher Ärzte an der Gesamtzahl der praktizierenden Ärzte nahezu verdreifacht. Ähnlich ausgeprägt zeigt sich dieser Trend bei den jüngeren Ärzten. Das Verhältnis männlicher zu den weiblichen Berufsanfängern verringerte sich von fünf zu eins im Bestallungsjahr 1938/39 auf drei zu eins 1944/45.¹²⁷ In der preußischen Provinz Brandenburg war Anfang 1944 nahezu jeder zweite Arzt im Alter bis zu 30 Jahren eine Frau.¹²⁸

Erstmals erlangten Ärztinnen, wenn auch in begrenztem Umfang, in Fächern, die ihnen bisher verschlossen waren (z.B. in der Chirurgie), Zugang zu den begehrten Weiterbildungsstellen.¹²⁹ Ob sie deswegen zu den „Nutznießern“ des Krieges gezählt werden können, bleibt indes fraglich.¹³⁰ Auch wenn sich ihre beruflichen Einstiegschancen deutlich verbesserten, so erwuchsen den Frauen aus der veränderten Nachfrage nach medizinischer Arbeitskraft nur in Ausnahmefällen Chancen auf eine dauerhafte berufliche Besserstellung. Knapp die Hälfte der gut 7300 praktizierenden Ärztinnen arbeitete 1942 in Krankenhäusern, deren Gesicht in der zweiten Kriegshälfte zunehmend von weiblichen Assistenzärzten geprägt wurde. Ein weiteres Viertel war in anderen Funktionen angestellt, vor allem im öffentlichen Gesundheitsdienst. Aufgrund der allgemeinen Niederlassungs-

¹²³ Holm, Gedanken zur ärztlichen Planwirtschaft, Oktober 1943, S. 5, 19, BAB, R 18/3809. Bis Ende 1942 verstarben im Jahresdurchschnitt etwa 950 im zivilen Bereich tätige Ärzte.

¹²⁴ Bericht über die erste Sitzung der Arbeitsgruppe Krankenpflege und Krankenanstalten des Gaugesundheitsrates am 7. 4. 1943, S. 5, StAMü, Reg. Arnsberg/13264; Holm, Gedanken zur ärztlichen Planwirtschaft, Oktober 1943, S. 5, BAB, R 18/3809.

¹²⁵ Bericht der Ärztekammer Bayern zur Lage des Ärzteeinsatzes [1943], StAM, NSDAP/3 (Zitat); E. van Kann, Die Zahl der Ärzte 1942 und ein Rückblick bis 1937, in: DÄB 72 (1942), S. 300–303, 302.

¹²⁶ Tab. C.1.

¹²⁷ Hochstand an ärztlichen Bestellungen, in: DÄB 71 (1941), S. 141; Holm, Gedanken zur ärztlichen Planwirtschaft, 12. 10. 1943, S. 19, BAB, R 18/3809.

¹²⁸ Tab. C.2.

¹²⁹ Nachtmann, Versorgung, S. 67.

¹³⁰ In diesem Sinne allerdings Bleker, Anerkennung, S. 126, 133.

sperre blieb der Anteil von Frauen, die an der lukrativen Kassenpraxis beteiligt waren, mit rund 30 Prozent aller weiblichen Ärzte nahezu konstant. Dort, wo Frauen neu in der ambulanten Praxis tätig wurden, geschah dies in der finanziell unattraktiven Form als Hilfskassenärztin. Auch der Anteil der Fachärzte unter den weiblichen Medizinerinnen blieb zwischen 1939 und 1942 mit 5,6 Prozent nahezu konstant. Nach wie vor blieben sie auf die Fächer Kinderheilkunde (wo sie mit knapp einem Drittel der Fachärzte die einzige größere Gruppe weiblicher Fachärzte stellten) und Gynäkologie beschränkt.¹³¹

Arzneimittel

Die Versorgung der Zivilbevölkerung mit Arzneimitteln erlitt in den ersten Kriegsmonaten geringere Einbußen als deren ärztliche Betreuung. Ein Teil der vor dem Krieg exportierten Produktionsanteile half, den steigenden Wehrmachtsbedarf auszugleichen, der Rest wurde durch Produktionssteigerungen der Pharmaindustrie, die ihren Umsatz bei stabilen Preisen bis zum Jahr 1942 um rund 65 Prozent erhöhte, weitgehend ausgeglichen.¹³² Daher mußten in den ersten Kriegsmonaten lediglich Medikamente rationiert werden, für deren Herstellung man importierte Rohstoffe benötigte, z. B. chininhaltige Verbindungen zur Grippetherapie und Desinfektionsmittel auf Jodbasis. Versorgungsengpässe traten ferner bei Arzneien auf, die aus Schlachtprodukten gewonnen wurden, insbesondere bei dem für Diabetiker lebenswichtigen Insulin, dessen Beschaffung seit Kriegsbeginn ein fortdauerndes Problem darstellte. Engpässe entstanden auch dort, wo die Pharmaindustrie mit anderen Bedarfsträgern um knappe Rohstoffe konkurrierte, so bei den pharmazeutischen Wirkstoffträgern, für deren Herstellung man Fette und Wachse benötigte sowie bei den Alkoholen, die als Lösungsmittel vieler Arzneien und Desinfektionsmittel dienten.¹³³ Trotz dieser Probleme galt die Arzneimittelversorgung in den ersten Kriegsjahren als gesichert.¹³⁴

Seit dem Winter 1941/42 konstatierten die Berichte des Inlands-SD vermehrte Klagen der Bevölkerung „über einen fühlbaren Mangel an Arzneimitteln“. ¹³⁵ Anfangs traten Versorgungsschwierigkeiten zumeist nur lokal auf und beschränkten sich auf gebräuchliche Bagatellarzneien wie Stärkungsmittel, Hustensaft und Schmerzmittel, deren Fehlen weniger wegen der gesundheitlichen Konsequenzen, sondern wegen ihrer Wirkung auf die Stimmungslage der Bevölkerung mit Be-

¹³¹ U. Tornau, Der Einsatz im Gesundheitsdienst, in: Gesundheitsführung 1 (1940), S. 22–23; E. van Kann, Die Zahl der Ärzte 1942 und ein Rückblick bis 1937, in: DÄB 72 (1942), S. 300–303, 302.

¹³² Kehl an Conti, 20. 1. 1943, BAB, R 18/3675.

¹³³ Münchner Medizinische Wochenschrift 86 (1939), S. 1493; Anordnung über sparsame Rezeptverschreibung, DÄB 70 (1940), S. 82; G. Banzer, Möglichkeiten der Arzneimittelversorgung im Kriege, in: DÄB 70 (1940), S. 39f.; Boberach, SD-Berichte, 18. 12. 1941, Bd. 9, S. 3110f.

¹³⁴ So der Reichsapothekerführer A. Schmierer, Arzneimittelversorgung ohne Stocken. Die Bewährung der deutschen Apotheke im Kriege, in: Gesundheitsführung 2 (1941), S. 368f.

¹³⁵ Boberach, SD-Berichte, 18. 12. 1941, Bd. 9, S. 3110.

sorgnis beobachtet wurde.¹³⁶ In der zweiten Jahreshälfte 1942 entwickelte sich aus den punktuellen Versorgungsengpässen allmählich ein Zustand andauernder Unterversorgung. Für die „außerordentlich angespannte Versorgungslage“¹³⁷ seit dem Sommer 1942 war vor allem eine gestiegene Nachfrage verantwortlich. Ihr lagen anhaltend hohe Wehrmachtsanforderungen zugrunde, die dem Ausgleich von Materialverlusten an der Ostfront dienten, ferner die Anforderungen größerer Rüstungsbetriebe und schließlich vermehrte Käufe der Zivilbevölkerung, die sich Standardarzneien (z. B. Vitaminpräparate und Schmerzmittel) und Verbandstoffe durch Hamsterkäufe zu sichern versuchte.¹³⁸ Dieses Verhalten läßt sich einerseits als Hinweis auf den wachsenden Umfang der Selbstmedikation interpretieren,¹³⁹ diente aber auch der zweckfremden Nutzung medizinischer Güter. So galten zuckerhaltige Hustenpastillen bei Kindern als beliebter Bonbonersatz und aus Verbandsmüll wurden Windeln, Teebeutel und sogar Gardinen gefertigt.¹⁴⁰

Die zweite Hauptursache der Versorgungsprobleme firmierte im internen Sprachgebrauch als „Verteilungsschwierigkeiten“.¹⁴¹ Dahinter verbargen sich Transportprobleme, insbesondere bei den für die Insulinfabrikation benötigten Schlachtabfällen, die infolge ungeeigneter Transportbehältnisse und langer Transportlaufzeiten vielfach bereits auf dem Weg von den Schlachthöfen zu den pharmazeutischen Verarbeitungsbetrieben verdarben,¹⁴² vor allem aber die wachsende Unfähigkeit des Regimes, Angebot und Nachfrage der verschiedenen Bedarfsträger untereinander zu koordinieren.¹⁴³ Immer häufiger mangelte es auch an einfachen Medikamenten, z. B. Kohle- und Wismutpräparaten, die dringend gegen

¹³⁶ Lagebericht des Gesundheitsamtes Düsseldorf, 1. 12. 1942, NRWStA, Reg. Düsseldorf/54489-I, Bl. 66; Lagebericht des Gesundheitsamtes Neuß-Grevenbroich, 2. 12. 1942, ebenda, Bl. 96.

¹³⁷ Conti an das Reichswirtschaftsministerium, 22. 7. 1942, NRWStA, Reg. Düsseldorf/54364-III, Bl. 484 (Zitat); Boberach, SD-Berichte, 21. 9. 1942, Bd. 11, S. 4225; Regierung Magdeburg, Bericht über die gesundheitliche Betreuung der Zivilbevölkerung, 21. 1. 1943, LHSA, Rep. C 20 Ib/1594-I, Bl. 144.

¹³⁸ Informationsdienst des Hauptamtes für Volksgesundheit, 1. Jg., Folge 6, Dezember 1942, S. 88f., BAB, NSD 28/2.

¹³⁹ Hierfür spricht die steigende Nachfrage nach Schlaf- und Schmerzmitteln; Rundschreiben Contis, Vg. 9/41 an die Mitglieder des Sachverständigenbeirates für Volksgesundheit, an die Gauamtsleiter des Amtes für Volksgesundheit und an die Leiter der Ärztekammern und KVD-Landesstellen, 3. 2. 1941, BAB, NS 20/193-6.

¹⁴⁰ Reichsapothekerkammer/Apothekerkammer Mitte an den Reichsstatthalter in Thüringen, 30. 12. 1943, ThüHStA, MdI, Abt. E/1407; SD-Abschnitt Weimar an das Reichssicherheitshauptamt/Amt III B 3, 30. 10. 1943, ebenda.

¹⁴¹ Ausarbeitung des Reichsinnenministeriums, Abteilung IV, Sicherung der Arzneimittelversorgung [1943], BAB, R 18/3675.

¹⁴² Grunwald/Annecke, Aktenvermerk, November 1943, BAB, R 18/3223.

¹⁴³ Für die Gesundheitsabteilung des Reichsinnenministeriums war die Produktionslage der Arzneimittelindustrie auch im vierten Kriegsjahr „noch nicht [...] völlig geklärt“; [Grunwald], Aktenvermerk vom 7. 3. 1944, BAB, R 18/3796. In die gleiche Richtung weist ein weiterer Aktenvermerk Grunwalds über eine Besprechung zu Fragen der Produktion und Verteilung von Insulin und Leberpräparaten vom 28. 9. 1944, S. 2, BAB, R 18/3223, wo die Sitzungsteilnehmer staunend ein eklatantes Mißverhältnis zwischen den vorliegenden Produktionsdaten, nach denen die Versorgung ausreichend zu sein schien, und den ständigen Beschwerden aus Apothekerkreisen konstatierten.

die grassierenden Magen-Darmerkrankungen benötigt wurden.¹⁴⁴ Aus dem Rheinland berichteten Amtsärzte über Apotheker, die knappe Arzneien nur noch gegen Schmiergeldzahlungen abgaben.¹⁴⁵ Die zunehmenden Defizite in der Arzneimittelversorgung blieben nicht ohne Auswirkungen auf die Stimmungslage der Bevölkerung, zumal sie gemeinsam mit Engpässen in der Nahrungsmittelversorgung auftraten. In der Bevölkerung häuften sich die Klagen darüber, daß im Gegensatz „zu in der Öffentlichkeit bekanntgewordenen Äußerungen führender Persönlichkeiten“¹⁴⁶ und Versicherungen der Presse auch vom Arzt verordnete Arzneien nicht mehr erhältlich seien. Auch im Bereich der hochwertigen Medizintechnik, z. B. bei Röntgengeräten, traten in wachsendem Umfang Versorgungslücken zutage, da Ersatzteile kaum mehr zur Verfügung standen und die Wehrmacht ihren Fehlbedarf vermehrt aus zivilen Beständen deckte.¹⁴⁷ Im Herbst 1942 hatte sich die Situation bereits soweit zugespitzt, daß der zuständige Sachbearbeiter im Reichsinnenministerium energisch vor „der stimmungsmäßigen Auswirkung dieser Verhältnisse auf die innere Front“¹⁴⁸ warnte und dem Reichswirtschaftsministerium besondere Eile bei der Beseitigung dieser Mißstände empfahl.

Nach der Versorgungskrise des Herbstes 1942 scheint es den Gesundheitsbehörden gelungen zu sein, die Arzneimittelversorgung für einige Monate auf einem Niveau zu stabilisieren, das als „im allgemeinen ausreichend“¹⁴⁹ betrachtet wurde. Seit dem Herbst 1943 verschlechterte sich die Versorgungssituation jedoch erneut und zwar derart, daß die Reichsgesundheitsführung im Februar 1944 die Anlage von Notvorräten untersagte, um die wichtigsten Bedarfslücken zu stopfen.¹⁵⁰ Verantwortlich für diese Situation waren in erster Linie Luftangriffe, die viele der in den Städten gelegenen Groß- und Zwischenhandelslager zerstört und auch die im Dreieck Leverkusen-Krefeld-Wuppertal und im Rhein-Maingebiet konzentrierte pharmazeutische Industrie schwer geschädigt hatten.¹⁵¹ Im Frankfurter IG-Farben Werk Höchst, das 60 Prozent des gesamten deutschen Insulins produzierte, sank die Jahreserzeugung von 155 Millionen Einheiten im vierten Quartal

¹⁴⁴ Boberach, SD-Berichte, 21. 9. 1942, Bd. 11, S. 4225f.

¹⁴⁵ Lagebericht des Gesundheitsamtes Neuß-Grevenbroich, 2. 12. 1942, NRWStA, Reg. Düsseldorf/54489-I.

¹⁴⁶ Boberach, SD-Berichte, 21. 9. 1942, Bd. 11, S. 4226.

¹⁴⁷ Gauamt für Volksgesundheit Schwaben an das Hauptamt für Volksgesundheit, 16. 10. 1942, StAA, NSDAB Augsburg-Land/1.

¹⁴⁸ Cropp an das Reichswirtschaftsministerium, 8. 10. 1942, BAB, R 18/3675; vgl. Informationsdienst des Hauptamtes für Volksgesundheit, 1. Jg., Folge 6, Dezember 1942, S. 89, BAB, NSD 28/2.

¹⁴⁹ Regierung Hildesheim an den Oberpräsidenten der Provinz Hannover, 9. 3. 1943, NdsHStA, Hann. 122a/3272, Bl. 139 (Zitat); Aktenvermerk über eine Dienstbesprechung des Reichsgesundheitsführers zu Fragen der ärztlichen Versorgung, 10. 2. 1943, S. 4, ThüHStA, MdI, Abt. E/657.

¹⁵⁰ Conti an die Reichsverteidigungskommissare u. a., 5. 2. 1944, BayHStA, Reichsstatthalter/389; Boberach, SD-Berichte, 19. 10. 1943, Bd. 15, S. 5895.

¹⁵¹ In diesen Gebieten lagen die Hauptproduktionsstätten der Firmen IG-Farben/Höchst, Boehringer, Merck und Lohmann, die zusammen über die Hälfte aller im Deutschen Reich hergestellten Arzneimittel und ca. 70–80 Prozent des pharmazeutischen Grundstoffbedarfs produzierten; Aktenvermerk der Reichsgruppe Chemische Industrie/Fachgruppe pharmazeutische Industrie [Ende 1944], BAB, R 18/3223.

1942 auf 65 Millionen Einheiten im vierten Quartal 1944. Im darauffolgenden Quartal wurden nur noch 12 Millionen Einheiten produziert, dies entsprach etwa einem Siebtel der bei Kriegsbeginn hergestellten Menge.¹⁵² Für die Bevölkerung waren diese Mängel deutlicher als bisher spürbar, weil nicht nur Arzneien zur Behandlung von schweren Krankheiten fehlten (insbesondere Antiasthmatica und Opiate), sondern auch häufig gebrauchte, selbstverabreichte Medikamente, z.B. leichte Schmerzmittel sowie Arzneien gegen Erkältungskrankheiten.¹⁵³ Diabetespatienten waren besonders von den Produktionseinbußen betroffen. Obwohl die Insulinproduktion des Jahres 1943 rund 45 Prozent über der des Jahres 1939 lag, konnten von dem für Zuckerkrankle lebenswichtigen Medikament am Jahresende 1943 nur noch rund 50 Prozent des Bedarfs an die Apotheken geliefert werden.¹⁵⁴

In der zweiten Jahreshälfte 1944 wurde die Situation durch die alliierten Luftangriffe, die Materialverluste der zurückweichenden Wehrmacht und den Verlust von Fertigungskapazitäten in den besetzten Gebieten weiter verschärft, bis schließlich eine Luftoffensive auf die Transportwege des Deutschen Reiches die pharmazeutische Produktion im Herbst 1944 nahezu zum Erliegen brachte. Da die hochintegrierte und stark zentralisierte Arzneimittelfertigung (die Leverkusener IG-Farbenwerke waren die europäische Hauptproduktionsstätte für die Schmerzmittel Aspirin und Phenacetin, die Marburger Behringwerke stellten 85 Prozent aller im deutschen Machtbereich verabreichten Impfstoffe und Heilseren her) von der kontinuierlichen Zulieferung chemischer Grundstoffe und Halbfertigprodukte abhängig war, wurde die Arzneimittelproduktion durch die Zerstörung der Transportwege besonders empfindlich getroffen. Im Leverkusener IG-Farben-Werk halbierte sich die Phenacetinproduktion von 33 Tonnen auf 15 Tonnen im Oktober 1944 und sank bis Dezember auf acht Tonnen ab. Die Produktion des Aspirinwirkstoffs Acetylsalicylsäure, von dem bislang im Monatsdurchschnitt ca. 125 Tonnen hergestellt worden waren, kam im Winter 1944/45 vollständig zum Stillstand.¹⁵⁵ Seit November/Dezember 1944 konnte der laufende Bedarf für die meisten Arzneimittel nur mehr aus den eingelagerten Vorräten ge-

¹⁵² USSBS, Medical Branch Report: The Effect of Bombing on Health and Medical Care in Germany, 1945, S. 302; IfZ, MA 1566/5.

¹⁵³ Gesundheitsamt Neuß-Grevenbroich, Bericht über die gesundheitliche Versorgung der Zivilbevölkerung, 30. 8. 1943, NRWStA, Reg. Düsseldorf/54489-II, Bl. 359; Boberach, SD-Berichte, 19. 10. 1943, Bd. 15, S. 5895 f.; Ibrahim an das Gauamt für Volksgesundheit Thüringen, 6. 1. 1944, ThüHStA, MdI, Abt. E/1407; Regierung Magdeburg, Bericht über die gesundheitliche Betreuung der Zivilbevölkerung, 14. 7. 1944, LHSA, Rep. C 28 Ig/66a, Bl. 158.

¹⁵⁴ Grunwald/Annecke, Aktenvermerk über die Besprechung am 16. 11. 1943, betr. Insulinversorgung, BAB, R 18/3796. Seit März 1944 erhielten die Inhaber von Insulinbezugskarten generell nur noch 70 Prozent der ärztlich bewilligten Menge; Informationsdienst des Hauptamtes für Volksgesundheit, 3. Jg., Folge 4–6, April–Juni 1944, S. 63, BAB, NSD 28/2. Die Praxis, verordnete Wirkstoffmengen bei der Ausgabe durch die Apotheken zu reduzieren, wurde im Verlauf des Jahres 1944 auch auf andere knappe Medikamente, z.B. Asthmamittel, ausgedehnt; Kreisamt für Volksgesundheit Bühl, Sonderbericht zum Jahresbericht III/1944, GLAK, 465d/1011.

¹⁵⁵ USSBS, Medical Branch Report: The Effect of Bombing on Health and Medical Care in Germany, 1945, S. 291–339, IfZ, MA 1566/5, hier 299 f., 300, 307, 328.

deckt werden. Für wichtige Medikamentengruppen wie fiebersenkende Mittel, Betäubungsmittel und Insulin waren diese Vorräte spätestens seit März/April 1945 erschöpft.¹⁵⁶

Auf dem Land verschlechterte sich die Situation weniger abrupt als in den urbanen Zentren. Zwar machte sich auch dort im Herbst 1944 der „Mangel [...] mehr und mehr bemerkbar“¹⁵⁷, doch sind Berichte über Schwierigkeiten in der Arzneimittelversorgung aus den ländlichen Regionen der Gaue München-Oberbayern, Thüringen und Magdeburg-Anhalt seltener als etwa in der dichtbesiedelten Rheinprovinz, obwohl in diesen Gebieten zahlreiche Flüchtlinge und Evakuierte untergebracht waren. Im südbayerischen Landkreis Aichach verfügten die Apotheken Ende 1944 noch über leidlich gute Bestände. Und auch das Gesundheitsamt des von Flüchtlingen überfüllten sächsischen Landkreises Oschersleben bezeichnete die Situation im Januar 1945, als die medizinische Versorgung im übrigen Deutschland schon im Zusammenbruch begriffen war, weiterhin als ausreichend.¹⁵⁸ Für die regionalen Unterschiede dürften im wesentlichen zwei Faktoren verantwortlich gewesen sein: Neben den Wehrmachtsbedarf trat seit der Jahreswende 1943/44 die Zerstörung von Apotheken und Vorratslagern als bestimmender Faktor der Arzneimittelversorgung. Dies traf Städte ungleich härter als weniger dicht besiedelte Gebiete. In den letzten Kriegsmonaten wurde die Arzneimittelversorgung zunehmend von den Transportmöglichkeiten abhängig, so daß Regionen mit funktionierender Verkehrsanbindung an die Arzneimittelproduktionsstätten oder größeren Vorratslagern besser versorgt waren, als Regionen mit schlecht entwickelter oder zerstörter Verkehrsinfrastruktur.¹⁵⁹

Krankenhäuser

Besonders schwierig gestaltete sich die Krankenhausversorgung. Ihre Kapazität wurde nicht nur durch Wehrmachtsforderungen, sondern in der zweiten Kriegshälfte zunehmend auch durch die Folgen der alliierten Luftangriffe geschmälert. Vor dem Krieg verfügte das Deutsche Reich im Schnitt über 9,3 planmäßige Krankenhausbetten für je 1000 Einwohner und zählte damit im europäischen Vergleich zu den gut versorgten Staaten.¹⁶⁰ Viele der unteren Verwaltungsbehörden, bei de-

¹⁵⁶ Jahresbericht des Reichskommissars für das Sanitäts- und Gesundheitswesen 1944, Amt Planung und Wirtschaft, 6. 2. 1945, BAK, Kl. Erw. 512/2, Bl. 24; Vernehmung Brandt, 1. 7. 1945, S. 8, IfZ, NO-333.

¹⁵⁷ Gesundheitsamt Weilheim, Monatsgesundheitsbericht Oktober 1944, StAM, Gesundheitsämter/605.

¹⁵⁸ Gesundheitsamt Aichach, Monatsgesundheitsbericht Dezember 1944, StAM, Gesundheitsämter/720; Gesundheitsamt Oschersleben, Bericht über die gesundheitliche Betreuung der Zivilbevölkerung, 9. 1. 1945, LHSA, Rep. C 28 Ig/66a, Bl. 170f.

¹⁵⁹ So etwa in Mecklenburg, wo die Arzneimittelversorgung in den letzten Kriegswochen durch die Öffnung von Großlagern der Organisation Todt und der Wehrmacht sichergestellt werden konnte, Mecklenburgisches Staatsministerium, Abteilung Innere Verwaltung, an den Beauftragten des Reichsgesundheitsführers für die ärztliche Planwirtschaft, 18. 4. 1945, MeckLHA, MfU/9637.

¹⁶⁰ Allerdings standen – analog zur ambulanten Versorgung – den gut versorgten Stadtstaaten (z. B. Hamburg mit 12,3 Betten auf 1000 Einwohner) und Regionen wie den preußi-

nen die Verantwortung für die Krankenhausversorgung der Zivilbevölkerung lag, gingen daher davon aus, den militärischen Bedarf im Kriegsfall ohne besondere Zusatzmaßnahmen decken zu können. Zwar fanden seit der zweiten Hälfte der dreißiger Jahre gelegentlich Luftschutzübungen und Planspiele statt, in denen die Errichtung von Reservelazaretten und Hilfskrankenhäusern geprobt wurde,¹⁶¹ jedoch hatten viele Stadtverwaltungen spät mit konkreten Planungen begonnen. Anders als beim ärztlichen Personal, das über die Reichsärztekammer, die KVD und die innere Verwaltung dreifach in die Befehlshierarchie des nationalsozialistischen Staates eingeflochten war, waren die Kommandostrukturen im Krankenhaussektor lockerer geknüpft. Hier hatten die Mittel- und Unterbehörden der Medizinalverwaltung Anforderungen der Wehrmacht, die Bedürfnisse der Zivilbevölkerung und die Belange einer Vielzahl teils kommunaler, teils freigemeinnütziger und teils privater Krankenhausträger miteinander zu koordinieren.

Im Laufe des ersten Kriegsjahres belegte die Wehrmacht knapp 20 Prozent aller Krankenhausbetten. Diese Quote blieb bis zum Sommer 1944 in etwa stabil, wobei sich der Anteil der von der Wehrmacht beanspruchten Krankenhausbetten in den einzelnen Wehrkreisen sehr unterschiedlich entwickelte.¹⁶² In der mit Krankenhäusern gut versorgten Provinz Westfalen betrug die Umwandlungsquote nur 12 Prozent. Die bayerischen Wehrkreise VII und VIII lagen mit etwa 15 Prozent etwas unterhalb des Reichsdurchschnitts, Thüringen und Sachsen mit 28 Prozent bzw. 32 Prozent beschlagnahmter Krankenhausbetten erheblich darüber.¹⁶³ Zusätzlich zum Wehrmachtsbedarf beschnitten neue Luftschutzbestimmungen das Kontingent ziviler Krankenhausbetten. Zwar scheint ein Erlaß des Reichsluftfahrtministeriums, nach dem Krankenanstalten in den Luftschutzorten erster Ordnung Patienten nur bis zur Kapazitätsgrenze ihrer Luftschutzkeller aufnehmen sollten, aufgrund seiner praktischen Undurchführbarkeit nicht immer befolgt worden zu sein.¹⁶⁴ Jedoch verloren die Großstädte bis zum Frühjahr 1941 rund ein weiteres Zehntel ihrer Krankenhausbetten, weil die Dachgeschosse nur noch mit transportfähigen Kranken belegt werden konnten. In einigen besonders

schen Westprovinzen (11,8–11,2) unterversorgte Gebiete in Mittel- und Ostdeutschland gegenüber (z. B. Thüringen mit 6,0 und Pommern mit 6,5 Betten auf 1000 Einwohner).

¹⁶¹ Vgl. z. B. die Niederschrift über eine Besprechung zu Fragen der Krankenhausplanwirtschaft am 3. 2. 1939, an der Vertreter der inneren Verwaltung, der NSDAP, der Krankenhausträger und des Deutschen Gemeindetags teilnahmen, StAMü, Gauleitung Westfalen-Nord, GAVW/672.

¹⁶² Tab. C.3.

¹⁶³ Wie Tab. C.4. Bei der Berechnung wurde der jeweilige Friedensbestand an Krankenhausbetten um einen Anteil von 34 Prozent nicht für Krankenhauszwecke genutzter Betten gemindert. Hierbei handelt es sich in erster Linie um Unterbringungsmöglichkeiten in Heil- und Pflegeanstalten.

¹⁶⁴ Erlaß des Reichsministers für die Luftfahrt und Oberbefehlshabers der Luftwaffe 41 L 2012, Nr. 8104/40 g L In. 13 (3 II A), 13. 10. 1940, abgedruckt im Schreiben Cropps an die Reichsstatthalter u. a., 29. 8. 1941, BAB, R 18/5576, Bl. 245f; vgl. hierzu auch die Protestschreiben des Essener Stadtrates Schlicht beim Luftgaukommando IV, 28. 7. 1941, NRWStA, Reg. Düsseldorf/54490-I, Bl. 56–61, und des Düsseldorfer Medizinaldezernenten, Krause-Wichmann, an das Reichsministerium des Innern, 13. 9. 1941; NRWStA, Reg. Düsseldorf/54402, Bl. 308.

luftkriegsgefährdeten Regionen erhöhte sich dieser Wert bis zum Frühjahr 1943 auf rund 25 Prozent.¹⁶⁵

Während die Zahl der verfügbaren Betten sank, vermehrte sich die der Patienten erheblich. Dies lag zum einen daran, daß die Behandlungsdauer gegenüber der Vorkriegszeit zunahm.¹⁶⁶ Zum anderen reduzierten niedergelassene Ärzte ihr kaum zu bewältigendes Arbeitspensum gerne durch vermehrte Krankenhauseinweisungen.¹⁶⁷ Schließlich beanspruchten neue, durch den Krieg entstandene Gruppen von Patienten das schmale Bettenreservoir. Seit dem Juni 1941 mußten Großstadtbewohner, die an einer meldepflichtigen Infektionskrankheit litten (hierzu zählte z.B. die bei Kindern verbreitete Diphtherie), grundsätzlich ein Krankenhaus aufsuchen, da ihnen im Alarmfall das Betreten von Luftschutzkellern untersagt war.¹⁶⁸ Die hinsichtlich ihrer Rückwirkungen auf die Versorgungssituation folgenreichste Kategorie bildeten Patienten, die zwar keiner stationären Krankenbehandlung mehr bedurften, jedoch weiterhin pflegebedürftig waren und aufgrund der Kriegsumstände nicht nach Hause entlassen werden konnten. In den bombardierten Städten wurden knappe Klinikbetten durch diesen Patiententyp, der sich oftmals aus obdachlos gewordenen, älteren Luftkriegsopfern, die sich vorher in Familienpflege befunden hatten, rekrutierte, langfristig gebunden.

Spätestens seit der Jahreswende 1941/42 war die Krankenhausversorgung der Zivilbevölkerung nicht mehr gesichert. Einerseits mangelte es an Betten zur Behandlung langfristiger Erkrankungen wie der Tuberkulose,¹⁶⁹ vor allem aber an Betten für Akutkranke. In München, das in bezug auf die Dichte der Krankenhausversorgung mit anderen Großstädten vergleichbar ist, galt die Situation im Winter 1941/42 bereits als so gespannt, daß „schwer- und schwerstkranke Volksgenossen, die die Krankenhausaufnahme unbedingt nötig haben, von den Krankenhäusern zurückgewiesen wurden“.¹⁷⁰ Daher wurden die leitenden Krankenhausärzte Anfang März 1942 angewiesen, „das gesamte Krankengut zu sichten und unter Anlegung eines strengen Maßstabes dafür besorgt zu sein, daß alle Kranken, die nicht mehr besonderer ärztlicher Behandlung und Pflege bedürfen,

¹⁶⁵ Runderlaß des Reichsministers für die Luftfahrt und Oberbefehlshabers der Luftwaffe 600/40 II-L In. 14 Allg. Abt. (ID), 18. 2. 1941, NRWStA, Reg. Düsseldorf/54494, Bl. 306. Die Ausfallzahlen für 1941 wurden nach der Kölner Bettenübersicht vom 28. 1. 1942, StadtAK, 687/6, berechnet, die Werte für 1943 stammen aus Dortmund; Aktennotiz des Medizinaldezernenten der Regierung Arnsberg, 23. 3. 1943, StAMü, Reg. Arnsberg/13264.

¹⁶⁶ Limmer, Bericht über die Krankenhausversorgung der Zivilbevölkerung [Februar 1942], StadtAM, Krankenanstalten/71.

¹⁶⁷ Kreisamt für Volksgesundheit Bühl, Vierteljahresbericht III/1944, GLAK, 465d/1011.

¹⁶⁸ Regierung Düsseldorf an das Luftgaukommando VI/Münster, 10. 6. 1942, NRWStA, Reg. Düsseldorf/54493-II, Bl. 476.

¹⁶⁹ Conti an die Reichsstatthalter u. a., 26. 6. 1941, BayHStA, MA/106381.

¹⁷⁰ Limmer, Protokoll der Besprechung über die ärztliche Versorgung der Zivilbevölkerung, 23. 2. 1942, S. 2, StadtAM, Gesundheitsamt/118 (Zitat); O. Winkler an die Kreisleitung Eisenach, 30. 1. 1942; Gesundheitsamt Gotha an das Thüringische Staatsministerium des Innern, 7. 9. 1942; ThüHStA, MdI, Abt. E/676-1.

baldigst aus dem Krankenhaus entlassen werden“.¹⁷¹ Neue Krankenhauseinweisungen sollten künftig nur bei unabweisbar behandlungsbedürftigen Fällen erfolgen. Ähnliche Maßnahmen lassen sich (teilweise zeitversetzt) auch in anderen Regionen nachweisen. Da die Überbelegung der Krankenhäuser „unerträgliche Formen“ angenommen habe und die „sachgemäße und sorgfältige Behandlung der Kranken, besonders der schwerkranken Volksgenossen nicht durchgeführt“ werden könne, wies der Gaugesundheitsführer des Gaues Westfalen-Süd die Krankenhäuser seines Verfügungsbereiches im März 1943 an, ihre Belegzahlen zu reduzieren, Einweisungen auf das Äußerste zu beschränken und künftig nur diejenigen Operationen durchzuführen, die zur Erhaltung bzw. Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit unbedingt notwendig seien.¹⁷²

In den ersten Kriegsjahren war die Versorgungssituation in den Städten im Durchschnitt besser als auf dem flachen Land, wo Kleinstkrankenhäuser oft nur durch den ortsansässigen Allgemeinpraktiker mitbetreut wurden. Größere Städte konnten die beschlagnahmten Krankenhausbetten durch die Einrichtung von Hilfskrankenhäusern oder Belegungsverdichtungen in den übrigen Kliniken ausgleichen. Eine Stadt wie München errichtete auf diese Weise bis Kriegsende mehr als 4000 zusätzliche Betten.¹⁷³ Diese Möglichkeit stand kleineren Städten und Landgemeinden in der Regel nicht zur Verfügung. In der niederrheinischen Kleinstadt Wesel, in der die Wehrmacht bei Kriegsausbruch 100 von 120 Betten des einzigen Krankenhauses übernahm, wurde die Versorgung der Zivilbevölkerung empfindlich gestört, da es der Stadtverwaltung nicht gelang, für ausreichenden Ersatz zu sorgen.¹⁷⁴ Die günstigere Situation der städtischen Ballungszentren verschlechterte sich jedoch, als der intensivierte Bombenkrieg die medizinische Infrastruktur urbaner Großräume seit dem Frühjahr 1943 nachhaltig dezimierte. Bis zu diesem Zeitpunkt hatten Hilfs- und Ausweichkrankenhäuser die durch Wehrmachtsbeschlagnahmungen und Luftkriegszerstörungen ausgefallenen Krankenhausbetten weitgehend ersetzen können. Ein Jahr später hatte sich die Zahl der bombenzerstörten Betten im Deutschen Reich gegenüber 1943 verachtacht, von ca. 8300 auf rund 68000, so daß – bei steigendem Bedarf – ein Fehlbestand von mehreren zehntausend Betten entstand.¹⁷⁵

In den letzten Monaten der nationalsozialistischen Herrschaft verlor der Stadt-Land-Unterschied angesichts der überall zunehmenden Verknappung der Gesundheitsressourcen weiter an Bedeutung. Zunehmend mußten auch Patienten mit operationsbedürftigen Krankheiten lange Wartezeiten bis zur Krankenhaus-

¹⁷¹ Anordnung des Münchener Oberbürgermeisters Fiehler, 4. 3. 1942, StadtAM, Krankenanstalten/71.

¹⁷² Anweisung des Gaugesundheitsführers Westfalen-Süd, betr. die Belegung der Krankenhäuser und Überweisung von Kranken in Krankenhäuser, 23. 3. 1943, StAMü, Reg. Arnberg/13264 (Zitat); Gesundheitsamt Eisenach an die Chefärzte der Eisenacher Krankenhäuser, 9. 7. 1943, ThüHStA, MdI, Abt. E/950.

¹⁷³ Tab. C.5.

¹⁷⁴ Regierung Düsseldorf an das Reichsministerium des Innern, 20. 7. 1940, NRWHSa, Reg. Düsseldorf/54493-II, Bl. 414; zur Versorgung auf dem Land vgl. z.B. den Lagebericht der Kreisleitung Aachen-Land, Januar 1943, NRWHSa, RW 23/1, Bl. 9.

¹⁷⁵ Tab. C.3.

einweisung in Kauf nehmen.¹⁷⁶ Auch „lebensgefährlich Verletzte oder Erkrankte“ konnten oft „erst nach stundenlanger Wartezeit und unter den größten Schwierigkeiten in den Krankenhäusern aufgenommen werden“¹⁷⁷, und im luftkriegszerstörten Ruhrgebiet wurden Schwerkranke angesichts fehlender Krankenhausbetten in ihren Wohnungen behandelt.¹⁷⁸ Nachdem die Wehrmacht, die infolge der militärischen Rückschläge im Herbst und Winter 1944 ihre rückwärtigen Lazarettbasen in den besetzten Ostgebieten verloren hatte, weitere Krankenhausbetten beschlagnahmte, begrenzte das Reichsinnenministerium die Verweildauer für Erkrankte, unabhängig von der Art der Erkrankung, generell auf vier Wochen. Damit wurde die Rationierung der medizinischen Ressourcen für den Großteil der Krankenhauspatienten zur gesundheitsbedrohenden Realität.¹⁷⁹

¹⁷⁶ Vierteljahresbericht des Kreisamtes für Volksgesundheit Donaueschingen, III/1944, GLAK, 465d/1011.

¹⁷⁷ Meldung der DRK-Kreisstelle Köln-Stadt, Abteilung Krankentransport, an das Gesundheitsamt Köln, 16. 4. 1944, StadtAK, 687/16 (Zitat); Regierung Düsseldorf an den leitenden Medizinalbeamten der Rheinprovinz, Bericht über die gesundheitliche Betreuung der Zivilbevölkerung, 4. 2. 1944, NRWStA, Reg. Düsseldorf/54489-III, Bl. 443.

¹⁷⁸ Z.B. Oberbürgermeister der Stadt Herne an die Kreisleitung Herne, 6. 12. 1944, StAMü, Reg. Arnsberg/13723.

¹⁷⁹ Reichsministerium des Innern an die Reichsverteidigungskommissare, 22. 11. 1944, APK, 10114009/1–11.