## II. Der "Kampf gegen die Kriegsseuchen"

In den Vorkriegsjahren hatte der rassenhygienisch motivierte Maßnahmenkatalog der nationalsozialistischen Gesundheitspolitik den Problemhorizont des öffentlichen Gesundheitsdienstes geformt. Die Entfesselung des Zweiten Weltkriegs bewirkte hier eine spürbare Veränderung – sowohl in der Problemwahrnehmung als auch in der gesundheitspolitischen Praxis. Zwar bildete die "Aufartung" des deutschen "Volkskörpers" als programmatische Utopie und konkrete Handlungsanleitung weiterhin ein bestimmendes Leitmotiv der Gesundheitspolitik, doch verlagerte sich der Schwerpunkt der gesundheitspolitischen Praxis zunehmend auf traditionelle Handlungsfelder staatlicher Gesundheitspflege. Vor allem die übertragbaren Krankheiten gerieten wieder stärker in den Blick der Medizinalverwaltung. Daß sich Infektionskrankheiten in Kriegszeiten rapide verbreiteten und dabei nicht nur die kämpfende Truppe schwächten, sondern auch die Zivilbevölkerung bedrohten, diese Erfahrung hatte bereits die Gründungsphase des öffentlichen Gesundheitswesens in Deutschland bestimmt. Und so galt nach dem Überfall auf Polen nicht mehr die Identifizierung und gewaltsame Eliminierung vorgeblicher "Erbkranker", sondern die Verhütung von Epidemien als "wichtigste und aktuellste Aufgabe der Gesundheitsverwaltung im Kriege". 1 Diese Kursänderung wurzelte in Erfahrungen aus der Zeit des Ersten Weltkriegs, wo es zu einem starken Anstieg der übertragbaren Krankheiten gekommen war.<sup>2</sup> Auch militärpolitische Überlegungen begründeten diese Schwerpunktverlagerung, denn die Seuchenlage der Zivilbevölkerung galt als mitbestimmend für den Krankenstand der Wehrmacht, deren Aufmarschräume sich in den ersten und letzten Kriegsmonaten innerhalb der Reichsgrenzen befanden.<sup>3</sup> Erbbiologische Aufgaben sollten für die Kriegsdauer hinter den Kampf gegen die akute Gefährdung der Bevölkerung durch übertragbare Krankheiten zurücktreten, denn "über dem rassischen Geschehen im deutschen Volke" walte "zur Zeit eine höhere Macht [...] nämlich das Gesetz des Kriegs selbst".4 Welche Folgen sich aus dieser Schwerpunktverlagerung von langfristigen zu kurzfristigen Zielsetzungen ergaben, wird im folgenden zu erörtern sein, etwa ob der Bedeutungsgewinn traditioneller seuchenhygie-

W. Bieber, Seuchenbekämpfung im Kriege, in: ÖGD 6 A (1940/41), S. 64-70, 66.

Bieber an Bahmann, 30. 10. 1941, BAB, R 18/3126. Die Formulierung entstammt einer Ausarbeitung der Abteilung IV für eine Rede Fricks über "Aktuelle Probleme der Verwaltung im Kriege" vor der Berliner Verwaltungsakademie.

<sup>&</sup>lt;sup>2</sup> Vgl. Tab. D.1.

<sup>&</sup>lt;sup>4</sup> G. Heilig, Die Durchführung der Aufgaben der Gesundheitsämter im Kriege, in: ÖGD 7 A (1941/42), S. 78–83, 82. Diese Schwerpunktverlagerung läßt sich an vielen Stellen des Gesundheitswesens beobachten. So postulierten auch Fürsorgeverbände seit Kriegsbeginn eine veränderte Aufgabenhierarchie des Gesundheitswesens. Oberste Priorität käme der "Ernährungsführung, Gesundheitsfürsorge für Mütter, Säuglinge und Kinder, Bekämpfung der Tuberkulose" zu, Aufgaben im Bereich der Erb- und Rassenpflege hätten demgegenüber zurückzutreten; Gesundheitsfürsorge im Kriege, in: Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge 19 (1939), S. 9.

nischer Maßnahmen eine Eindämmung des terroristischen Potentials nationalsozialistischer Gesundheitspolitik bewirken konnte, oder ob dieses Potential lediglich von den als "erbkrank" denunzierten auf andere Personengruppen umgelenkt wurde.

Stellvertretend für unterschiedliche Teilbereiche der gesundheitspolitischen Problemdefinition untersucht das Kapitel den Umgang der deutschen Medizinalverwaltung mit zwei übertragbaren Krankheiten. Die Diphtherie, die hier stellvertretend für die Infektionskrankheiten des Kindes- und Jugendalters steht, repräsentiert eine Gruppe von Krankheiten, die mit zeitweise mehreren hunderttausend Erkrankungsfällen im Jahr das Morbiditätspanorama der Zivilbevölkerung prägte. Sie galt wegen ihrer weiten Verbreitung und der in Kriegszeiten stark erhöhten Sterblichkeit als bedrohlichste aller Kinderkrankheiten und gefährdete so eine Teilgruppe der Bevölkerung, die in den Augen nationalsozialistischer Gesundheitspolitiker besondere Aufmerksamkeit verdiente. Bei der Bekämpfung der Diphtherie flossen traditionelle Aufgabenfelder des öffentlichen Gesundheitsdienstes und eine neue gesundheitspolitische Akzentsetzung der nationalsozialistischen Machthaber ineinander: der Schutz vor übertragbaren Krankheiten und die Jugendgesundheitspflege. Rein quantitativ fällt die zweite hier betrachtete Infektionskrankheit - das Fleckfieber - demgegenüber weit weniger ins Gewicht. Diese Erkrankung, deren Symptome denen einer schweren Grippe ähneln, war bis zum Jahr 1940 im Morbiditätspanorama des Deutschen Reiches kaum präsent. Selbst in der zweiten Kriegshälfte machte die Anzahl der Fleckfieberkranken mit rund 12000 Fällen (1944) nie mehr als ein Zehntel der Tuberkulosefälle des gleichen Zeitraums aus. 5 Auch wenn ihr Gefährdungspotential sich also eher aus einer imaginierten als aus einer medizinisch begründeten Bedrohung ableitete, hatte sie dennoch, vor allem in der zweiten Kriegshälfte, einen zunehmend größeren Anteil am Aufgabenprofil des öffentlichen Gesundheitswesens.

## Infektionskrankheiten des Kindesalters: Das Beispiel der Diphtherie

Ebenso wie die "klassischen" Seuchen des ausgehenden 19. Jahrhunderts hatten die Infektionskrankheiten des Kindesalters während des Ersten Weltkriegs erheblich zugenommen.<sup>6</sup> Im Zweiten Weltkrieg, so eine Einschätzung der Reichsgesundheitsführung aus dem Jahr 1941, sei es hingegen bislang gelungen, der erneuten Ausbreitung von Typhus, Cholera und Ruhr wirksam entgegenzutreten. Allerdings galten die steigenden Erkrankungsraten an Scharlach und Diphtherie als

<sup>&</sup>lt;sup>5</sup> Die Geschichte der Tuberkulose, einer Krankheit, die sensibel auf kriegsbedingte Verschlechterungen in der Lebensqualität reagierte, erhebliche therapeutische Kapazitäten band und der Kriegswirtschaft ein beträchtliches Arbeitskräftepotential entzog, ist für die nationalsozialistische Zeit inzwischen vergleichsweise gut erforscht; vgl. Kelting, Tuberkuloseproblem; Blasius, Tuberkulose, S. 327–332; Vossen, Tuberkulosekrankheit; Aly, Tuberkulose.

<sup>6</sup> Tab. D.1.

ernstes gesundheitspolitisches Problem. Für den ehemaligen Kinderarzt Conti stellten sie die unerfreulichste gesundheitliche Nebenfolge der Kriegsverhältnisse dar.<sup>7</sup>

Die Diphtherie war keine neue Krankheit. Im 19. Jahrhundert hatte sie zu den "großen Killern" des Kindesalters gezählt und erst seit der Entwicklung wirksamer Medikamente an der Wende zum 20. Jahrhundert allmählich ihren Schrecken verloren, ohne ganz aus dem Morbiditätspanorama zu treten. Ihre letzte große Epidemiewelle erreichte Deutschland von Skandinavien aus Ende der zwanziger Jahre. 1926 erkrankten in Deutschland noch weniger als fünf von 10000 Personen an Diphtherie. Bis 1938 vervierfachte sich die Zahl der Infektionen in mehreren Schüben auf ca. 20 Fälle pro 10000 der Bevölkerung. Das Gefährdungspotential dieser Krankheit war, obwohl sie sich in keiner Krankenstandsstatistik direkt niederschlug, beträchtlich, da sie nicht gleichmäßig verteilt, sondern in Form regionaler Epidemiezentren auftrat. Nach einem weiteren Zuwachs im vierten Kriegswinter übertraf die Zahl der Diphtherieerkrankungen mit rund 33 Fällen auf 10 000 der Bevölkerung die Erkrankungsziffern des Ersten Weltkrieges deutlich.8 Seither gehörte das nach dem Ende des Kaiserreiches kaum mehr gebrauchte Tracheotomiebesteck, mit dem im Fall einer lebensbedrohenden Rachenvereiterung der charakteristische Luftröhrenschnitt gesetzt werden konnte, wieder zum täglichen Handwerkszeug des praktischen Arztes.9 Entscheidend dafür, daß die Diphtherie in den Kriegsjahren den gesundheitspolitischen Problemhorizont wesentlich mitbestimmte, war nicht nur ihre quantitative Zunahme von ca. 30000 (1926) über 150 000 (1938) bis auf 300 000 (1943) Erkrankungen pro Jahr, 10 sondern auch der Gestaltwandel, den die Krankheit durchlief. Galt sie vordem als ausgesprochene Kleinkinderkrankheit, entwickelte sich die Diphtherie seit den dreißiger Jahren immer mehr zu einer Krankheit von Schülern und jungen Erwachsenen. 11

<sup>&</sup>lt;sup>7</sup> Leonardo Conti, Propaganda und derzeitiger Stand der Volksgesundheit, 24. 3. 1941, S. 9, BAB, Film 14271.

<sup>&</sup>lt;sup>8</sup> Tab. D.1; D.2. Der Epidemieschub 1942/43 war mit einer erheblichen Ausdehnung der regionalen Verbreitung verbunden. Die bislang auf die preußischen Provinzen Rheinland und Sachsen konzentrierte Epidemie griff nun auch auf Regionen über, die bislang kaum davon betroffen waren. In Württemberg stieg die Inzidenz von 12 auf 34 Kranke je 10000 der Bevölkerung, im Regierungsbezirk Aurich versechsfachte sich die Zahl der Erkrankungen von sieben auf 44 je 10000 der Bevölkerung; K[oller], Der Gesundheitszustand des deutschen Volkes im 3. Vierteljahr 1942, 13. 11. 1942, S. 4f., BAB, R 18/3809.

<sup>&</sup>lt;sup>9</sup> Pflanz, Wandlungen, S. 96.

<sup>&</sup>lt;sup>10</sup> Unterabteilung Gesundheitssicherung, Luftterror und Seuchenverhütung, [Anfang 1945], S. 5, BAB, R 18/3686.

Für die Kriegsjahre fehlen aggregierte gesundheitsstatistische Daten zur Altersverteilung der Diphtherie, jedoch liegen zahlreiche im Trend ähnliche Befunde auf der lokalen Ebene vor. Im Bereich des Gesundheitsamtes Würzburg stieg der Anteil der über 15jährigen Patienten von 17 Prozent 1939 auf 50 Prozent im Jahr 1943, in Wilhelmshaven von 30 Prozent auf 60 Prozent, im Amtsarztbezirk Celle waren 65–70 Prozent der Diphtheriekranken Erwachsene. Da die Altersverteilung sich bereits vor Beginn der Diphtherieschutzimpfungen änderte, kann dieser Effekt nur zum Teil auf Immunisierungseffekte bei Kindern und Jugendlichen zurückgeführt werden; Brahm, Diphtherie-Erkrankungen, S. 28; Kaltenpoth, Über den Wert aktiver Schutzimpfungen, in: ÖGD 10 A (1944), S. 175–178,

Vor allem aber trat sie oftmals in schwereren Formen auf als in der Vorkriegszeit. 12 Besonders die Quote der tödlich verlaufenden toxischen Infektionen erhöhte sich auffallend, so daß die Sterberaten der Diphtherie Erinnerungen an das vortherapeutische Zeitalter der Infektionskrankheiten wachwerden ließen. Im Reichsdurchschnitt stieg die Letalität von 3,7 Prozent im Jahr 1938 auf 5,3 Prozent im Jahr 1942.<sup>13</sup> Auch die typischen Spätfolgen überstandener Diphtherieinfektionen wie Lähmungen und Herzschäden wurden häufiger beobachtet.<sup>14</sup> Der zeitliche Verlauf und die europaweite Verbreitung der Diphtherieepidemie lassen eine direkte Kausalbeziehung zwischen der Zahl der Erkrankungen und der nationalsozialistischen Gesundheitspolitik wenig plausibel erscheinen. Gleichwohl förderten die Kriegsumstände eine Ausbreitung der Krankheit, indem sie die Abwehrkräfte der Bevölkerung reduzierten, vor allem aber dadurch, daß die Zusammenballung vieler Menschen auf engem Raum beim Dienst in den nationalsozialistischen Jugendorganisationen, während des Aufenthalts in Luftschutzkellern, in den Massenquartieren der Evakuierten und bei der Fahrt in überfüllten öffentlichen Verkehrsmitteln die Ansteckungsmöglichkeiten vermehrte. 15

Mit dem um die Jahrhundertwende eingeführten Heilserum stand den Ärzten zwar ein wirksames Gegenmittel zur Verfügung, trotzdem warf die Behandlung der epidemischen Diphtherie erhebliche Probleme auf. Die deutschen Gesundheitsbehörden setzten bis zum Winter 1939/40 in erster Linie auf Maßnahmen, die sie dem traditionellen Katalog sanitätspolizeilicher Vorkehrungen entlehnten. Zu den konventionellen Bekämpfungsmethoden, wie sie das Reichsseuchengesetz und die ergänzenden Landesgesetze vorsahen, zählten die Desinfektion der Krankenumgebung, vor allem aber die Absonderung kranker und krankheitsverdäch-

<sup>176;</sup> Gesundheitsamt Celle, Jahresgesundheitsbericht 1943, NdsHStA, Hann. 180 Lbg. III, XXXI/49-6.

<sup>&</sup>lt;sup>12</sup> H. Kleinschmidt, Kindergesundheit im Kriege, in: Gesundheitsführung 5 (1944), S. 131– 134, 133 f.

Aufstellung der Abteilung IV über die Morbidität, Mortalität und Letalität übertragbarer Krankheiten im Deutschen Reich während des Ersten und Zweiten Weltkriegs, [nach 1943], BAB, R 18/3686. Für die spätere Zeit liegen entsprechende Werte nur aus den Großstädten des Deutschen Reiches vor, dort stieg die Diphtherieletalität im Schnitt von 4,5 Prozent 1939 bis auf 7,1 Prozent 1944; USSBS, Medical Branch Report, The Effect of Bombing on Health and Medical Care in Germany, S. 34, IfZ, MB 1566/5. Die Letalität bezeichnet den Anteil der Gestorbenen an der Zahl der Erkrankten. Die tatsächliche Zahl der Todesfälle durch Infektionskrankheiten dürfte noch um einiges über den statistisch erfaßten Werten liegen, weil während des Krieges die Meldepflicht nicht immer befolgt wurde und die Verhältniszahlen in amtlichen Statistiken generell zu günstig berechnet wurden, da sie keine Todesfälle von Militärangehörigen enthielten, aber weiterhin auf die Gesamtzahl der Wohnbevölkerung bezogen wurden. Zu diesem Problem vgl. Conti, Propaganda und derzeitiger Stand der Volksgesundheit, 24. 3. 1941, S. 4, BAB, Film 14271.
 Zur Entwicklung der Diphtherie während des Krieges vgl. H. Hampe, 53. (Kriegs)tagung

<sup>14</sup> Zur Entwicklung der Diphtherie während des Krieges vgl. H. Hampe, 53. (Kriegs)tagung der Deutschen Gesellschaft für innere Medizin vom 10.–14. 10. 1943 in Wien, in: Deutsche Medizinische Wochenschrift 70 (1944), S. 48–51, 48; Schaumberg, Diphtherie, S. 2 ff.; Brahm, Diphtherie-Erkrankungen, S. 7-15.

Gesundheitsamt Waren, Jahresgesundheitsbericht 1941, MeckLHA, MfU/9682, Bl. 1f.; Gesundheitsamt Angermünde, Jahresgesundheitsbericht 1943, BrLHA, Br. Pr. Rep. 2A, Abt. I Med./49; Brahm, Diphtherie-Erkrankungen, S. 34; Conti, Der Stand der Volksgesundheit im fünften Kriegsjahr, Februar 1944, S. 4, BAB, Film 14271.

tiger Personen.<sup>16</sup> Deren Isolierung, entweder in ihren Familien, in der Regel jedoch im Krankenhaus, galt innerhalb der Gesundheitsverwaltung seit den Zeiten Robert Kochs als "beste und schärfste Waffe im Kampf gegen die ansteckenden Krankheiten".<sup>17</sup>

Zwar mehrten sich unter Pädiatern und Ärzten des öffentlichen Gesundheitsdienstes Stimmen, die auf die mangelnde Wirkung solcher Maßnahmen bei den Infektionskrankheiten des Kindesalters hinwiesen. 18 Trotzdem begegnete die Medizinalverwaltung des "Dritten Reiches" der vorbeugenden Immunisierung von Kindern und Jugendlichen, wie sie mehrere Staaten seit den dreißiger Jahren einführten, zunächst mit Reserve, so daß Deutschland den Anschluß an die internationale Entwicklung verlor. 19 Während für die ersten Reihenimpfungen im Deutschen Reich nur vergleichsweise wenig wirksame Toxin-Antitoxin-Impfstoffe zur Verfügung standen, führten die Vereinigten Staaten und einige europäische Länder bereits seit Beginn der dreißiger Jahre Impfaktionen mit modernen Depotimpfstoffen (sogenannten Präzipitatimpfstoffen) durch. Erst Ende 1936 waren diese organisatorisch leichter zu handhabenden Impfstoffe auch in Deutschland erhältlich.<sup>20</sup> In einem Land, das seit dem 19. Jahrhundert zu den Vorreitern präventiver Seuchenpolitik gezählt und das seit der nationalsozialistischen Machtergreifung die individuellen Rechte auf körperliche Selbstbestimmung zugunsten der Gesundheit eines imaginären "Volkskörpers" zunehmend eingeschränkt und damit die Durchsetzungschancen einer solchen Impfung vergrößert hatte, einem Land, das mit einem dichtgewirkten Netz öffentlicher Gesundheitsämter über ein leistungsfähiges Durchführungsinstrument staatlich angeordneter Reihenimpfungen verfügte, und in dem massendiagnostische und -therapeutische Verfahren in anderen Sparten der Medizin mit beträchtlichem Aufwand gefördert wurden,

Die Rechtsgrundlagen sind im Reichsgesetz betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten vom 30. Juni 1900, RGBl. I, S. 306–317, sowie in den entsprechenden Landesgesetzen formuliert. Da sich diese im wesentlichen an das Preußische Gesetz zur Bekämpfung übertragbarer Krankheiten vom 28. 8. 1905 – hier in der Fassung vom 1. 9. 1934 – (PrGBl., S. 382) anlehnten, wird im folgenden darauf Bezug genommen. Die Diphtherie wurde erst 1938 reichsweit in den Kreis der meldepflichtigen Krankheiten aufgenommen, vorher bestand allerdings in den meisten Ländern eine Meldepflicht; Verordnung zur Bekämpfung übertragbarer Krankheiten, 1. 12. 1938, RGBl. I, S. 1721–1724.

<sup>&</sup>lt;sup>17</sup> Sütterlin/Klein, Seuchenbekämpfung, S. 331.

<sup>&</sup>lt;sup>18</sup> Bei endemisch verbreiteten Infektionskrankheiten verloren seuchenpolizeiliche Maßnahmen aufgrund der großen Zahl der Infektionsquellen an Wirkung; vgl. H. Kleinschmidt, Grundlagen, Ausführungen und Erfolge der aktiven Diphtherieschutzimpfung, in: ÖGD 7 A (1941/42), S. 169–176, 170; W. Borgolte, Das Problem des Diphtheriebazillenträgers, in: ÖGD 6 A (1940/41), S. 106–113, 112.

<sup>19</sup> Als Vorreiter galt Ungarn, das bereits seit Anfang der dreißiger Jahre erfolgreich mit einer Pflichtimpfung gegen die Diphtherie experimentierte, ferner Frankreich, das die Schutzimpfung 1938 verpflichtend gemacht hatte.

Während die sogenannten Präzipitatimpfstoffe lediglich einen bis zwei Impftermine erforderten, benötigten die anfangs in Deutschland verwendeten Toxin-Antitoxin-Mischungen zur vollständigen Immunisierung drei Einspritzungen im Abstand von mehreren Wochen. Da die Bevölkerung nur schwer zur Wahrnehmung aller drei Impftermine zu bewegen war, blieben viele der Geimpften ohne vollständigen Impfschutz; A. Schmidt-Burbach, Zur Frage der Diphtheriebekämpfung durch Schutzimpfung, in: ÖGD 3 A (1937/38), S. 541–546, 544.

kann diese Entwicklung überraschen. Vor allem drei Gründe helfen, die zögerliche Haltung deutscher Mediziner zu verstehen: Erstens war die Wirkung solcher Schutzimpfungen umstritten. Vielen Ärzten standen noch die Versuche des Altmeisters der Diphtherietherapie, Emil von Behring, vor Augen, die die Gesundheit der Geimpften teilweise beeinträchtigt, jedoch keine dauerhafte Immunisierung bewirkt hatten.<sup>21</sup> Eine vom Reichsinnenministerium in Auftrag gegebene epidemiologische Auswertung der ersten flächendeckenden Reihenimpfung an rund 40 000 Kindern im Landkreis Aachen im Winter 1933/34 war bei Kriegsbeginn noch nicht abgeschlossen, so daß ein Kieler Pädiater noch 1938 unwidersprochen davor warnen konnte, von der "allgemeinen Diphtherieschutzimpfung eine Beseitigung der Diphtherieerkrankung erwarten [zu] dürfen, wie wir das Verschwinden der Pocken durch die Kuhpockenimpfung erreicht haben! "22 Zuvorderst seien daher nach wie vor die "bewährten Maßnahmen und Mittel: nämlich eine möglichst frühzeitige Diagnose, das Diphtherieheilserum und die heute etwas in Mißkredit geratenen sanitätspolizeilichen Maßnahmen" anzuwenden; erst in zweiter Linie kämen Schutzimpfungen in Betracht. Zweitens bestand in der Bevölkerung eine erhebliche Aversion gegen Reihenimpfungen, nachdem mehrere Impfversuche in den zwanziger Jahren von schweren, teilweise tödlichen Nebenfolgen begleitet gewesen waren.<sup>23</sup> Drittens, und wohl entscheidend, scheiterten flächendeckende Impfaktionen vielfach an der ungeklärten Kostenfrage. Die Finanzierung der Schutzimpfungen war zwischen den finanziellen Trägern der Gesundheitspolitik umstritten. Sowohl die Krankenkassen als auch die Kommunen zögerten, die dabei entstehenden Kosten zu übernehmen.<sup>24</sup> So wurden zwar in einigen besonders schwer von der Diphtherie betroffenen Kreisen West- und Mitteldeutschlands Reihenimpfungen durchgeführt (besonders seit das Reichsinnen-

<sup>21</sup> Die von Behring verwendeten Toxin-Antitoxin-Gemische enthielten aufgrund des Herstellungsverfahrens tierisches Eiweiß, das beim Menschen in bestimmten Fällen körpereigene Abwehrreaktionen hervorrief. Behring selbst stand der vorbeugenden Diphtherieschutzimpfung daher zurückhaltend gegenüber. Er begründete dies mit der hinreichenden therapeutischen Wirksamkeit seines Heilserums und fehlenden Erfahrungen mit den zur Immunisierung verwendeten Impfstoffen; Behring, Einführung, S. 116 f.

Immunisierung verwendeten Impfstoffen; Behring, Einführung, S. 116 f.

22 E. Rominger, Über Diphtherieschutzimpfung, in: ÖGD 4 A (1938/39), S. 82–88, 82 f. Allerdings lagen mehrere (jedoch wenig rezipierte) Vorveröffentlichungen auf der Basis des Aachener Materials vor, die auf einen Erfolg der Impfaktion hinwiesen; Nachweise bei Niermann, Erfahrungen über Di-Schutzimpfungen, in: ÖGD 5 A (1939/40), S. 286–297, 283, 295, 297, der aufgrund der Aachener Erfahrungen nachdrücklich für eine Ausweitung der Schutzimpfungen plädierte.

Die in der öffentlichen Meinung nachhaltigste negative Wirkung ging vom sogenannten "Lübecker Totentanz" (Julius Moses) aus. 1930 kamen in der Hansestadt mehr als 70 Kinder durch fehlerhaft zubereiteten Tuberkuloseimpfstoff ums Leben. In der Folge sprach sich das Reichsgesundheitsamt gegen weitere Versuche mit dem im Ausland bereits erprobten Impfstoff aus; vgl. Hahn, Totentanz. Zur Wirkung der Lübecker Katastrophe auf die Impfbereitschaft der Bevölkerung während der NS-Zeit vgl. Niermann, Erfahrungen über Di-Schutzimpfungen, in: ÖGD 5 A (1939/40), S. 286–297, 287; zu Unglücksfällen bei Diphtherieschutzimpfungen H. Kleinschmidt, Grundlagen, Ausführungen und Erfolge der aktiven Diphtherieschutzimpfung, in: ÖGD 7 A (1941/42), S. 169–176, S. 173.

<sup>&</sup>lt;sup>24</sup> Sebastian, Diphtheriebekämpfung im Krieg, aufgrund der Erfahrungen mit der Diphtherieschutzimpfung, in: ÖGD 6 A (1940/41), S. 161–167, 161 f.; Niermann, Erfahrungen über Di-Schutzimpfungen, in: ÖGD 5 A (1939/40), S. 286–297, 287.

ministerium diese Maßnahme 1937 empfohlen hatte),<sup>25</sup> jedoch blieben die Isolierung der Infektionsquellen und die spezifische Serumtherapie bis Kriegsbeginn die wichtigsten Behandlungsformen dieser Krankheit.

Eine wirksame Heilbehandlung der Diphtherie setzt die Verabreichung von Heilserum im Frühstadium der Krankheit voraus. Dies aber wurde durch den kriegsbedingten Ärztemangel zunehmend erschwert. Auch stand nicht immer genügend Serum zur Verfügung, so daß sich seit dem Herbst 1939 Fälle schwerer Erkrankungen und auch vermeidbarer Todesfälle häuften, die auf eine zu späte Behandlung zurückgeführt werden konnten.<sup>26</sup> In den Augen der Zivilbevölkerung mutierte die an sich beherrschbare Diphtherie infolge der Kriegsumstände immer mehr zu einer lebensbedrohenden Seuche. Die steigende Zahl von Strafverfahren wegen fahrlässiger Körperverletzung bzw. unterlassener Hilfeleistung, die Eltern betroffener Kinder gegen behandelnde Ärzte einleiteten, kann nicht nur als Indiz für deren zunehmende Überlastung, sondern auch als Indikator für die anschwellende Beunruhigung unter der Bevölkerung gewertet werden.<sup>27</sup> Da die Krankheit, insbesondere bei älteren Patienten, einen mehrwöchigen Hospitalaufenthalt erforderlich machte, blockierten Diphtheriekranke zudem die ohnehin knappen Bettenkapazitäten der öffentlichen Krankenhäuser. Anfangs reagierten die Gesundheitsbehörden auf die steigenden Erkrankungsziffern, indem sie spezielle Infektionsabteilungen in Hilfskrankenhäusern errichteten. Angesichts der steigenden Morbiditätsraten erwiesen sich solche Maßnahmen jedoch als unzureichend. Die angestrebte Isolierung der Bazillenträger ließ sich unter solchen Umständen nur schwer durchführen. Im vierten Kriegsjahr waren die Krankenhäuser in Süddeutschland derart mit Infektionskranken überfüllt, daß neue Verdachtsfälle kaum mehr untergebracht werden konnten.<sup>28</sup>

Unter dem Druck dieser Verhältnisse änderten die deutschen Gesundheitsbehörden allmählich ihre Vorgehensweise. Aus medizinischer Sicht wurde der Kurswechsel mit der immer klarer zutage tretenden Unbrauchbarkeit sanitätspolizeilicher Vorbeugemaßnahmen gegen Infektionskrankheiten des Kindesalters begründet. Sie seien "bis jetzt mißglückt",<sup>29</sup> ihr etwaiger Erfolg "illusorisch". Daher galten Schutzimpfungen als "einzige einen Dauererfolg versprechende Maßnahme". Für deren endgültige Durchsetzung war jedoch weniger ihre medizinisch-wissenschaftliche Bewertung ausschlaggebend. Vielmehr spielten durch den Krieg verän-

<sup>&</sup>lt;sup>25</sup> Runderlaß des Reichs- und Preußischen Ministeriums des Innern, betr. Richtlinien zur aktiven Diphtheriebekämpfung, 2. 10. 1937, RMBliV, S. 1638.

<sup>&</sup>lt;sup>26</sup> Antwort des Direktors der Kölner Universitätskinderklinik, H. Kleinschmidt, auf die Anfrage Dr. Z.s, Medizinische Welt 15 (1941), S. 850; Gesundheitsamt Weilheim, Monatsgesundheitsbericht Oktober 1944, StAM, Gesundheitsämter/605.

<sup>&</sup>lt;sup>27</sup> Exemplarisch für eine Anzahl ähnlich gelagerter Fälle aus der zweiten Kriegshälfte ist die Anklage gegen einen Arzt, dessen Patientin verstarb, nachdem er trotz eindeutig auf Diphtherie hindeutender Krankheitssymptome erst am siebten Krankheitstag bei ihr erschienen war; Staatsanwaltschaft Lüneburg, Anklage gegen Dr. Wilhelm M. wegen fahrlässiger Körperverletzung, 13. 10. 1944, NdsHStA, Hann. 180 Lbg. V/133.

<sup>&</sup>lt;sup>28</sup> Schaumberg, Diphtherie, S. 40; Vierteljahresbericht des Gauamtes für Volksgesundheit Schwaben IV/1942, StAA, NSDÄB Augsburg Land/2.

<sup>&</sup>lt;sup>29</sup> F. von Bormann, Die Praxis der Diphtherieschutzimpfung, in: Medizinische Welt 16 (1942), S. 1204–1206, 1204.

derte Verteilungsspielräume als Rahmenbedingung der Gesundheitspolitik eine entscheidende Rolle. Da der wachsenden Ansteckungsgefahr infolge der Kriegsumstände nur mehr eingeschränkte Behandlungsmöglichkeiten gegenüberstanden und die überfüllten Krankenhäuser dringend einer Entlastung bedurften, erschienen Schutzimpfungen nun als geeignetes Mittel, die Ausbreitung der Krankheit zu verhindern, bevor sie die angespannten Ressourcen des deutschen Gesundheitswesens belastete. Daß damit auch eine von der Diphtherie ausgehende Bedrohung der Wehrkraft abgewendet würde, war ein willkommenes, wenn auch nur vorgeschobenes Zusatzargument. 19

Der Übergang von der Expositions- zur Dispositionsprophylaxe fand auf zwei Ebenen statt, die jeweils durch unterschiedliche Akteure geprägt wurden. Auf der einen Seite ordneten mehrere Dienststellen, allen voran das Reichsinnenministerium, seit dem Herbst 1941 Schutzimpfungen für besonders gefährdete Bevölkerungsteile an. Hierzu zählten zunächst Kinder, die in Massenunterkünften untergebracht werden sollten, z. B. bei der Erholungsfürsorge, später vor allem bei der Kinderlandverschickung. Im Verlauf des Krieges wurden die prophylaktischen Immunisierungen auf weitere Gruppen, z. B. Landjahrpflichtige und Schwesternschülerinnen, ausgedehnt.<sup>32</sup>

Die ersten und entscheidenden Weichenstellungen für die Einführung der Diphtherieschutzimpfung fanden allerdings in den Kommunen statt. Seit dem Winter 1939/40 gingen immer mehr der betroffenen Gemeinden (später auch ganze Regierungsbezirke) dazu über, das Erkrankungsrisiko durch Schutzimpfungen einzudämmen. Unter den Vorreitern der Schutzimpfung finden sich zahlreiche Städte in den preußischen Westprovinzen, die über eine längere Tradition kommunaler Gesundheitspflege verfügten. Hier wirkten offenbar sozialhygienische Prägungen aus der Zwischenkriegszeit weiter.<sup>33</sup> Charakteristisch für diese erste Phase ist, daß Zielgruppen und Finanzierung der Impfungen noch nicht reglementiert waren und sich daher in den verschiedenen Orten teilweise beträchtlich voneinander unterschieden. Im Zentrum der Krankheitsprophylaxe stand die besonders gefährdete Gruppe der Ein- bis Vierzehnjährigen. Die Kosten wurden in der Regel zu etwa gleichen Teilen zwischen den Gebietskörperschaften, dem Reichsinnenministerium und den Versicherungsträgern aufgeteilt.<sup>34</sup> Spezifisch für diese Phase ist weiterhin, daß die Initiative zur Durchführung von Schutzimpfungen von den lokalen Gesundheitsämtern ausging. Ob geimpft wurde oder nicht,

<sup>30</sup> Sturm, Eine Großaktion der Diphthherieschutzimpfung im Regierungsbezirk Düsseldorf, in: ÖGD 8 A (1942), S. 169–175, 171, 175.

<sup>&</sup>lt;sup>31</sup> Sebastian, Diphtheriebekämpfung im Krieg aufgrund der Erfahrungen mit der Diphtherieschutzimpfung, in: ÖGD 6 A (1940/41), S. 161–167, 166.

<sup>&</sup>lt;sup>32</sup> Runderlaß des RMdI, 30. 6. 1939, RMBliV, S. 1387; Erlaß des Reichserziehungsministeriums, in: ÖGD 10 B (1942), S. 19.

<sup>&</sup>lt;sup>33</sup> Unter den Kommunen, die frühzeitig Schutzimpfungen durchführten, finden sich mehrere Städte, die die Jugendgesundheitspflege bereits in den zwanziger Jahren ausgebaut hatten. Hinzu kam, daß viele dieser Kommunen durch das Hygienische Institut des Ruhrgebiets in Gelsenkirchen beraten wurden. Dessen Leiter, der Hygieniker Max Gundel, gehörte zu den entschiedensten Verfechtern von Diphtherie-Schutzimpfungen.

<sup>&</sup>lt;sup>34</sup> Dauer, Verlauf, S. 11; Sturm, Eine Großaktion der Diphtherieschutzimpfung im Regierungsbezirk Düsseldorf, in: ÖGD 8 A (1942), S. 169–175, 169.

hing nicht nur von der Zahl der Diphtheriekranken ab, sondern vor allem von der Haltung des örtlichen Amtsarztes zur vorbeugenden Immunisierung. Während Kenntnisse über die Diphtherieschutzimpfungen erst in den vierziger Jahren allmählich in den Kreis der Allgemeinpraktiker diffundierten,<sup>35</sup> strebten zahlreiche Angehörige des öffentlichen Gesundheitsdienstes solche Impfungen bereits seit dem Ende der dreißiger Jahre an. Dort, wo geimpft wurde, oblag die Durchführung dem staatlichen Gesundheitsdienst, wobei in Universitätsstädten oftmals auf die Mitwirkung der hygienischen und der kinderheilkundlichen Institute zurückgegriffen wurde. Die NSDAP und ihre Gliederungen spielten dabei – anders als bei vielen kriegsbedingten Maßnahmen des Gesundheitswesens – nur eine marginale Rolle.<sup>36</sup>

Ein Erlaß des Reichsinnenministeriums, der allen betroffenen Gemeinden Schutzimpfungen als "wirksamste[s] Mittel im Kampf gegen die Diphtherie"<sup>37</sup> nahelegte, beendete im Herbst 1941 die Phase der lokal initiierten Impfungen. Auf den ersten Blick läßt sich aus diesem Erlaß keine grundlegende Änderung der Impfpolitik ableiten. Er enthielt jedoch zwei bedeutsame Änderungen, die schließlich den Übergang von der lokal initiierten zur zentral organisierten Phase der Diphtherieschutzimpfungen bewirkten.<sup>38</sup> Zuvorderst regelte er die ungeklärte Kostenfrage, an der viele Impfungen bislang gescheitert waren, indem er die betroffenen Gemeinden zur Übernahme der Impfkosten verpflichtete. Sodann bewirkte er eine Verschiebung der Entscheidungsebene. Mit Blick auf die angespannten Kapazitäten des öffentlichen Gesundheitsdienstes verzichtete das Reichsinnenministerium darauf, eine allgemeine Diphtherieprophylaxe anzuord-

<sup>35</sup> Daß das Wissen über Wirkung und Durchführung der Diphtherieschutzimpfungen noch nicht vollständig in die Ärzteschaft gedrungen war, zeigen mehrere in der Rubrik Medizinische Aussprache der Medizinischen Welt veröffentliche Anfragen von Allgemeinpraktikern; vgl. z. B. Medizinische Welt 15 (1941), S. 983, 1111.

<sup>&</sup>lt;sup>36</sup> In einigen Fällen wurde zur Unterstützung der beamteten Ärzte auf beim Hauptamt für Volksgesundheit zugelassene Mediziner zurückgegriffen. Die NS-Frauenschaft kam bei der Organisation der begleitenden Werbeveranstaltungen zum Zuge. Die Hauptlast der Impfwerbung trugen jedoch die Schulen, die zumeist frühzeitig in die Organisation der Impfkampagnen eingebunden wurden.

<sup>&</sup>lt;sup>37</sup> Runderlaß des Reichsinnenministeriums über Diphtherieschutzimpfung, 10. 10. 1941, RMBliV 1942, S. 1810. Wenige Monate zuvor war bereits eine Anordnung des Reichsgesundheitsführers (Nr. 5/41, 29. 7. 1941, in: DÄB 71 (1941), S. 303) ergangen, in der er Diphtherieschutzimpfungen in den akut gefährdeten Gebieten empfahl und die Dienststellen der NSDAP und ihrer Gliederungen zur Mithilfe anwies. Die Kostenfrage blieb jedoch weiterhin ungeklärt. Da sie ein Haupthindernis bei der Durchsetzung der Diphtherieschutzimpfung bildete, markiert erst der Oktober-Erlaß des Reichsinnenministeriums den Wendepunkt von der improvisierten zur planmäßigen Impfpolitik.

Daß der Erlaß befördernd auf die Anwendung der Diphtherieschutzimpfung wirkte, ergibt sich nicht nur aus ihrer größeren regionalen Verbreitung, die bei der Sichtung einschlägiger Periodika klar zutage tritt, sondern auch aufgrund ihrer mit fortschreitender Kriegsdauer zunehmend niedrigeren Anwendungsschwelle. Bei den früheren Schutzimpfungen hatte die lokale Morbiditätsrate stets ein Mehrfaches des Reichsdurchschnitts betragen (in Gelsenkirchen (1934/35), Bottrop (1938), Grevenbroich-Neuß (1939) mehr als das Dreifache). Seit 1941 wurden Impfungen bereits dann durchgeführt, wenn die lokalen Inzidenzraten den Reichsdurchschnitt leicht überstiegen (z.B. Wilhelmshaven (1941), Berlin (1942)).

nen. Statt dessen sah es Impfungen nur in denjenigen Gebieten vor, in denen bereits überdurchschnittliche Erkrankungsziffern vorherrschten oder solche zu befürchten standen. Die Entscheidung darüber, wann Schutzimpfungen durchzuführen seien, wurde jedoch nicht mehr vor Ort, sondern in Berlin getroffen. Erst die Bündelung der lokalen Initiativen und deren Institutionalisierung durch die Zentralebene (wozu auch die Absicherung des finanziellen Rahmens gehörte). bewirkte eine flächendeckende Implementation von Diphtherieschutzimpfungen in Epidemiegebieten. Parallel zur wachsenden Reputation, die Schutzimpfungen innerhalb der medizinischen Fachöffentlichkeit genossen, veränderte sich die Haltung der Patienten. Zählten medizinische Laien vorher eher zu den hemmenden Faktoren, so nahmen die Eltern gefährdeter Kinder während des Krieges in ihrer großen Mehrheit das Angebot von Schutzimpfungen bereitwillig an. Obwohl die Impfungen freiwillig waren, wurden in den betroffenen Gebieten bis zu 99 Prozent der relevanten Altersgruppe geimpft.<sup>39</sup> Nur in wenigen Sprengeln fiel die Durchimpfungsquote unter 90 Prozent (bezogen auf die Jahrgänge der Einbis Vierzehnjährigen). 40 Hierbei handelte es sich zumeist um ländliche Gebiete, deren Durchimpfungsraten generell etwas unter denen der Städte lagen. 41 Dort, wo der Anteil geimpfter Personen signifikant unter dem Reichsdurchschnitt lag, läßt sich dies im wesentlichen auf institutionelle Defizite zurückführen, vor allem eine geringe Organisationsdichte des öffentlichen Gesundheitswesens. Dies war oft in ländlichen Regionen, in denen der Amtsarzt große Sprengel zu betreuen hatte, der Fall, aber auch in einigen Städten, z.B. in München, dessen extrem niedrige Durchimpfungsquote auf das im Vergleich mit anderen Großstädten schwach entwickelte öffentliche Gesundheitswesen zurückzuführen ist.

Wirkungsgeschichtlich sind in bezug auf die Diphtherieschutzimpfungen eindeutigere Aussagen möglich als in vielen anderen Teilbereichen nationalsozialistischer Gesundheitspolitik. Auch wenn sie – im Reichsdurchschnitt betrachtet – die Zunahme der Diphtherieinzidenz nicht verhinderten, kann – dies zeigt die Mehrheit der lokalen und regionalen Befunde – an ihrer gesundheitsfördernden Wirkung kaum ein Zweifel bestehen. Zwei Beispiele mögen dies verdeutlichen: Im Regierungsbezirk Düsseldorf, in dem zwischen 1938 und 1941 mehr als 700000 Kinder und Jugendliche geimpft wurden, sank die Diphtheriemorbidität um mehr als die Hälfte von 41 auf 18 Erkrankungen je 10000 Einwohner. Ähnliche Zahlen liegen aus Berlin vor. Dort ging die Morbidität bei den geimpften Jahrgängen um 38 Prozent und die Letalität um rund 50 Prozent zurück. Mit dem Fortschreiten

<sup>&</sup>lt;sup>39</sup> Die hohen Durchimpfungsraten ließen die Einführung einer Impfpflicht analog zur Pokkenschutzimpfung als überflüssig erscheinen. Die Medizinalverwaltung ging hier nach der Devise "Weshalb also Zwang anwenden, wenn es freiwillig geht" pragmatisch vor; W. Bieber, Seuchenbekämpfung im Kriege, in: ÖGD 7 A (1941/42), S. 65–70, 69 f.

<sup>&</sup>lt;sup>40</sup> So z.B. in einigen ländlichen Regionen Badens, wo nahezu alle Schulkinder, jedoch nur etwa 50 Prozent der Kleinkinder zur Impfung erschienen; Tätigkeitsbericht des Kreisamtes fürVolksgesundheit Buchen, IV/1940, GLAK, 465d/1011.

<sup>&</sup>lt;sup>41</sup> Zur Stadt-Landverteilung der Durchimpfungsraten vgl. die regionale Aufgliederung für den Regierungsbezirk Düsseldorf bei Sturm, Eine Großaktion der Diphtherieschutzimpfung im Regierungsbezirk Düsseldorf, in: ÖGD 8 A (1942), S. 169–175, 170.

<sup>42</sup> Sturm, Eine Großaktion der Diphtherieschutzimpfung im Regierungsbezirk Düsseldorf,

des Krieges verloren vorbeugende Impfungen jedoch an Wirksamkeit, da eine lükkenlose Erfassung aller in Frage kommenden Kinder bei den seit 1943 einsetzenden Bevölkerungsverschiebungen immer weniger gewährleistet werden konnte. Möglicherweise erklärt dies, warum die Diphtherieinzidenz auch nach der reichsweiten Einführung der Schutzimpfungen weiter anstieg bzw. auf hohem Niveau stagnierte. Von einer modernisierenden Wirkung des NS-Staates auf die Gesundheitspolitik, dies zeigt der Implementierungsprozeß der Schutzimpfungen deutlich, kann kaum die Rede sein, denn sie wurden im internationalen Vergleich spät, als Reaktion auf spezifische Sonderprobleme des Krieges eingeführt, nachdem die Impffrage in der Vorkriegszeit außerordentlich zögerlich behandelt worden war.

## 2. Fleckfieber: Zur rassistischen Interpretation einer Infektionskrankheit zwischen Imagination und Praxis

Nimmt man die Zahl der Erkrankten zum Maßstab für den Stellenwert einer Seuche in der gesundheitspolitischen Problemdefinition, so war die praktische Bedeutung des Fleckfiebers im Deutschen Reich bis in die letzten Kriegsmonate gering. Anders als erwartet traten nach Kriegsbeginn nur ganz vereinzelte Infektionsfälle auf, zumeist in den annektierten ehemaligen polnischen Regierungsbezirken Kattowitz und Zichenau.<sup>43</sup> Auch bei der Umsiedlung von mehr als 400000 Deutschstämmigen aus der Sowjetunion und den ehemaligen baltischen Staaten erkrankten nur wenige Personen, obwohl Teile der Umsiedler aus Gebieten einreisten, in denen das Fleckfieber heimisch war.<sup>44</sup> Wählt man als Maßstab jedoch die geradezu irrationale Furcht, die führende Repräsentanten der nationalsozialistischen Gesundheitspolitik vor dieser Krankheit empfanden, die intensive, auch vor tödlichen Humanexperimenten nicht zurückschreckende Forschung auf diesem Gebiet, 45 die beträchtliche Zahl von Veröffentlichungen in der medizinischen Fachpresse und den Nachdruck, mit dem die Gesundheitsabteilung des Reichsinnenministeriums ihre nachgeordneten Dienststellen zur Bekämpfung der Krankheit anhielt, wird deutlich, daß das Fleckfieber in der Problemdefinition des deut-

in: ÖGD 8 A (1942), S. 169–175, 172; E. Schröder, Über den Einfluß der Schutzimpfung auf die Altersverteilung der Diphtherieerkrankungen und Todesfälle in der Bevölkerung, in: ÖGD 10 A (1944), S. 129–133, 131, 133. Auch die abweichenden Daten lassen sich in die gleiche Richtung interpretieren. Dort, wo die Diphtherieschutzimpfungen die Inzidenz nur kurzfristig senkten, läßt sich dies mit unterdurchschnittlichen Durchimpfungsquoten erklären, so z. B. in München, wo nur 76 Prozent der Schul- und 43 Prozent der Kleinkinder geimpft werden konnten; Rieker, Ergebnisse, S. 2f., 6.

<sup>&</sup>lt;sup>43</sup> Tab. D.1.

<sup>&</sup>lt;sup>44</sup> Seuchenhygienisch blieben die Umsiedlungen vor allem deshalb ohne Folgen, weil die Reichsärztekammer ihre letzten verfügbaren Ärztereserven zur Betreuung der Umgesiedelten mobilisierte; G. Rose, Fleckfieberfragen bei der Umsiedlung der Volksdeutschen aus dem Ostraum 1939/40, in: Deutsche Medizinische Wochenschrift 46 (1941), S. 1262; Thom, Aufbauarbeit, S. 63.

<sup>&</sup>lt;sup>45</sup> Vgl. Weindling, Epidemics, S. 352-363; Werther, Menschenversuche, S. 155-170.

schen Gesundheitswesens seit Kriegsbeginn eine herausgehobene Stellung einnahm.

Zum Teil resultiert dieser Stellenwert aus Erfahrungen, die in die Zeit des Ersten Weltkriegs zurückreichten und ohne die der Umgang deutscher Ärzte mit dem Fleckfieber nicht verständlich ist. Während der Kämpfe in Rußland, den Balkanstaaten und bei den deutschen Hilfskontingenten im Osmanischen Reich hatte sich gezeigt, daß die in Mitteleuropa seit der Mitte des 19. Jahrhunderts nahezu unbekannte Krankheit immer noch als genuine Kriegsseuche zu gelten hatte, deren Infektionsgang (das Fieber wird durch Läusekot übertragen) angesichts der kriegsbedingten Hygienedefizite erheblich an Brisanz gewann. 46 Den Hygienikern standen vor allem die Ereignisse des Jahres 1916 vor Augen, als eine Fleckfieberepidemie militärische Operationen auf dem östlichen Kriegsschauplatz erheblich erschwert hatte. 47 Mit dem Auftreten des Fleckfiebers mußte nach diesen Erfahrungen überall dort gerechnet werden, wo große Menschenansammlungen unter schlechten hygienischen Bedingungen auf engem Raum zusammengepfercht wurden, z.B. in den Etappenunterkünften der Wehrmacht, vor allem aber in den Lagern, in denen während des Krieges nicht nur politische Verfolgte, Zwangsarbeiter und Kriegsgefangene, sondern auch wachsende Teile der deutschen Zivilbevölkerung untergebracht wurden.<sup>48</sup>

Hätte es sich um eine leichte oder eine mit einfachen Mitteln therapierbare Krankheit gehandelt, wäre das kriegsbedingte Anwachsen des Infektionsrisikos nicht weiter ins Gewicht gefallen. Genau dies war jedoch nicht der Fall. Gerade die Schwere der Erkrankung war dafür verantwortlich, daß das Fleckfieber zu den "am meisten gefürchteten medizinischen Folgen militärischer Kampfhandlungen"<sup>49</sup> zählte. Diejenigen, die das mehrwöchige, meist von starkem Kopfschmerz begleitete Fieber überstanden, blieben oft noch Monate nach der Genesung arbeitsunfähig. Hinzu kam seine hohe Letalität. Sie schwankte bei den Bewohnern von Endemiegebieten um 10 Prozent, bei der deutschen Bevölkerung betrug sie bis zu 20 Prozent. Anders als bei den meisten Infektionskrankheiten standen weder ein zuverlässiger Impfschutz in ausreichender Menge noch wirksame Medikamente zur Verfügung, so daß Ärzte nicht mehr als die Symptome der Krankheit therapieren konnten.<sup>50</sup> Die Behandlung wurde zusätzlich dadurch erschwert, daß

<sup>&</sup>lt;sup>46</sup> Otto, Fleckfieber, S. 404, 407; Schloßberger, Kriegsseuchen, S. 11.

Heeressanitätsinspektion, Sanitätsbericht 1914/1918, Bd. 3, S. 113–115.
 In den Jahren 1936 bis 1940 dienten solche Lager vor allem zur Unterbringung von Bauarheitern die auf den Großbauetallen NS. Deutschlands beschäftigt waren in den Jahren

arbeitern, die auf den Großbaustellen NS-Deutschlands beschäftigt waren, in den Jahren 1940/41 waren vor allem volksdeutsche Umsiedler in Lagern untergebracht. Hierzu gesellten sich seit 1943 in wachsendem Umfang Personen, die aus den luftkriegsbedrohten Städten evakuiert worden waren. In den letzten Monaten des "Dritten Reiches" zählten vor allem Flüchtlinge aus den besetzten Ostgebieten des Deutschen Reiches zu ihren Insassen.

<sup>&</sup>lt;sup>49</sup> Weindling, Hintergründe, S. 129.

Während die Krankheit bei den russischen und polnischen Zwangsarbeitern oft nur als leichtes Fieber auftrat, verursachte das Fleckfieber bei der deutschen Bevölkerung, zumal bei älteren Patienten, weitaus schwerere, nicht selten von Bewußtseinsstörungen begleitete Krankheitsbilder. Zum Krankheitsbild und zur Therapie des Fleckfiebers vgl. V. Schilling, Das wichtigste vom Flecktyphus bzw. Fleckfieber, in: Medizinische Welt 13

bei Beginn der kriegerischen Auseinandersetzungen kaum ein deutscher Arzt Erfahrungen in der Fleckfieberdiagnose und -therapie besaß. Beides mußte daher während des Krieges weitgehend neu erlernt werden.<sup>51</sup> Auch dies unterschied das Fleckfieber von anderen Krankheiten, etwa der Tuberkulose, die auch in Friedenszeiten weit verbreitet war, so daß deutsche Ärzte über hinreichende Erfahrungen mit dieser Erkrankung verfügten.

Allein mit medizinischen Gründen läßt sich das offenkundige Mißverhältnis zwischen dem realen und dem imaginierten Ausmaß der Gefährdung jedoch nicht erklären, denn eine Reihe dieser Merkmale trafen auch auf andere Infektionskrankheiten zu, die zudem in der gesundheitspolitischen Praxis oftmals erheblich größere Probleme verursachten. 52 Um die besondere Aufmerksamkeit zu erklären, die das Fleckfieber bei den deutschen Gesundheitsbehörden genoß, ist es hilfreich, sich zu vergegenwärtigen, daß Krankheiten nur zum Teil objektivierbare medizinisch-empirische Tatbestände sind, zu einem erheblichen Teil aber auch soziale Konstrukte.<sup>53</sup> Aus der gesellschaftlichen Sichtweise einer Krankheit und den damit verknüpften Wertbezügen ergaben sich auch im Rahmen einer naturwissenschaftlich orientierten und ihrem Selbstverständnis nach wertneutralen Seuchenhygiene entscheidende Folgen für die Art und Weise der Krankheitsbewältigung. Der Umgang der deutschen Ärzte mit dem Fleckfieber zeigt dies anschaulich. Hier waren solche Wertbezüge eng mit dem Infektionsgang der Krankheit verbunden, der sich wie kaum ein anderer für rassistische Interpretationen eignete. Aufgrund der zentralen Rolle, die Läuse dabei spielten, stand das Fieber in dem Ruf, eine "Krankheit der Unhygiene"54 zu sein. Mangelnde Reinlichkeit zählte indes zum Katalog negativer Eigenschaften, die den Einwohnern Osteuropas, und hier vor allem den jüdischen Bevölkerungsteilen, traditionell unterstellt wurden.<sup>55</sup> Sie galten – personifiziert im antisemitischen Stereotyp des bärtigen "Ostjuden" mit läusebefallenem Kaftan – als Hauptüberträger des Fleckfiebers,

<sup>(1939),</sup> S. 1377-1380, 1379; J. Brinkmann, Zur Klinik des Fleckfiebers, in: Medizinische Welt 16 (1942), S. 971-974, 973 f.

<sup>51</sup> Gärtner, Einrichtungen, S. 259.

<sup>52</sup> Hierbei ist etwa an die Gelbsucht zu denken, die im Gegensatz zum Fleckfieber allerdings nur selten tödlich verlief. Über den Charakter dieser Krankheit und eine wirksame Therapie bestanden in den dreißiger Jahren nur vage Vorstellungen. Bereits im Vorkriegsdeutschland hatte es mehrere kleine Epidemien gegeben, die Zahl der Erkrankungen während des Krieges wird (einschließlich der Wehrmachtsangehörigen) auf rund zehn Millionen geschätzt; Leyendecker/Klapp, Hepatitisforschung, S. 263 f.

<sup>53</sup> Zum Konzept der sozialen Konstruktion von Krankheit vgl. Dinges, Wege.

<sup>54</sup> H. Eyer, Zur Epidemiologie des Fleckfiebers, in: Der Deutsche Militärarzt 7 (1942), S. 333–337, 335. Eyer leitete das Krakauer Institut für Fleckfieberforschung beim Oberkommando des Heeres und galt neben dem Bremer Hygieniker von Bormann als führender deutscher Fleckfieberexperte.

<sup>&</sup>lt;sup>55</sup> F. Steininger, Die Entlausung der Zivilbevölkerung in den besetzten Ostgebieten, in: ÖGD 8 B (1942), S. 137–146, 137. Diese Sichtweise beherrscht auch den von Jost Walbaum und weiteren Mitarbeitern der dortigen Gesundheitsverwaltung verfaßten Band "Kampf den Seuchen! Deutscher Ärzte-Einsatz im Osten. Die Aufbauarbeit im Gesundheitswesen des Generalgouvernements". Krakau 1941.

ihre Wohngebiete als Brutstätten der Seuche. 56 Die geographische Verbreitung der Krankheit in den dreißiger und vierziger Jahren schien diese Theorie in den Augen vieler Ärzte zu bestätigen. In weiten Teilen Polens und der westlichen Sowietunion, besonders aber im polnisch-russischen Grenzgebiet, wo überdurchschnittlich viele Juden lebten, war das Fleckfieber weit verbreitet. Weltkriegsteilnehmer mochten sich auch an die Epidemien im habsburgischen Osteuropa und in Serbien erinnern, andere an die große Pandemie im postrevolutionären Rußland, wo 1918 bis 1922 mehr als acht Millionen Menschen erkrankten.<sup>57</sup> Dies alles führte dazu, daß sich die Erwartung konkreter Gesundheitsbeeinträchtigungen als Folge des Krieges mit einem rassistisch motivierten Bedrohungsszenario vermengte, in dem das okkupierte Osteuropa und seine Bewohner als größte gesundheitliche Gefahrenquelle der deutschen Bevölkerung figurierten.<sup>58</sup> Die Grenze zum eroberten "Ostraum" markierte in den Augen vieler Ärzte eine Demarkationslinie, die gleichermaßen rassisch wie epidemiologisch definiert war und das fleckfieberfreie Deutsche Reich von den fleckfieberverseuchten Gebieten des besetzten Polen und der Sowietunion mit ihren als unsauber, rassisch und kulturell minderwertig geltenden Bewohnern trennte.<sup>59</sup> Diese eng mit antisemitischen Stereotypen verwobene Sichtweise war kein Spezifikum nationalsozialistischer Ärzte, sondern seit dem Ersten Weltkrieg unter deutschen Hygienikern weit verbreitet. 60 Erst vor diesem Hintergrund wird der Bedeutungswandel verständlich, den das Fleckfieber mit dem Übergang vom europäischen Konflikt zum Rassen- und Vernichtungskrieg im Osten erfuhr.

Seit dem Winter 1941/42 zählte der sogenannte "Kriegstyphus" mit ca. 15000 bis 20000 Ansteckungsfällen pro Jahr zu den häufigsten Erkrankungen der in

<sup>&</sup>lt;sup>56</sup> So z. B. H. Eyer, Die durch Läuse übertragbaren Infektionskrankheiten und ihre Bekämpfung, in: Medizinische Welt 14 (1940), S. 261–264, 261.

<sup>57</sup> Die serbische Epidemie hatte rund 150000 Menschen das Leben gekostet, darunter 30000 österreichische Kriegsgefangene, für die Pandemie in den westlichen Teilen der Sowjetunion schwanken die Schätzungen zwischen acht und 30 Millionen Erkrankungen; Brandlmeier, Einfluß, S. 34; Weindling, Epidemics, S. 433; Schimitschek/Werner, Malaria, S. 86. In diesem Zusammenhang ist von Bedeutung, daß einflußreiche deutsche Hygieniker des Zweiten Weltkriegs während des Ersten Weltkriegs Erfahrungen auf dem östlichen Kriegsschauplatz gesammelt hatten, entweder als Truppenärzte oder als beratende Mediziner der Besatzungsverwaltung. Für den Bereich des öffentlichen Gesundheitswesens ist neben Wilhelm Hoffmann etwa der Leiter der Medizinalabteilung im Preußischen Innenministerium Gottfried Frey zu nennen, im Universitätsbereich die Hygieniker Ernst Rodenwaldt und Albrecht Hase.

<sup>&</sup>lt;sup>58</sup> Bieber an Bahmann, 30. 10. 1941, BAB, R 18/3126; Unterabteilung Gesundheitssicherung, Luftterror und Seuchenverhütung, Ausarbeitung des RMdI, [Anfang 1945], S. 1 f., BAB, R 18/3686.

<sup>&</sup>lt;sup>59</sup> Glaevecke, Der gesundheitliche Aufbau im Generalgouvernement, in: DÄB 71 (1941), S. 42–44; Weindling, Hintergründe, S. 132.

<sup>60</sup> Im "Handbuch der ärztlichen Erfahrungen im Weltkriege 1914/1918", das den seuchenhygienischen Wissensstand der frühen zwanziger Jahre widerspiegelt, firmierten jüdische Händler und Hausierer als Hauptverbreiter des Fleckfiebers; Otto, Fleckfieber, S. 407. Der Herausgeber des Bandes, Wilhelm Hoffmann, arbeitete im Ersten Weltkrieg als beratender Hygieniker beim Feldsanitätschef Ost und war zum Zeitpunkt der Drucklegung Krankenhausdezernent der Stadt Berlin.

Osteuropa eingesetzten Heeresangehörigen. 61 Dieser Wert mag im Verhältnis zur Anzahl der gegen die Sowjetunion kämpfenden Soldaten zunächst gering erscheinen. Stellt man jedoch in Rechnung, daß sich die Ansteckungsfälle auf die Monate Oktober bis April konzentrierten und zudem gehäuft in den heftig umkämpften Frontabschnitten auftraten, wird das Bedrohungspotential erkennbar, über das die Krankheit in den Augen der Heeresleitung verfügte. Im Verlauf des Krieges entwickelte sich das Fleckfieber zu einer ausgesprochenen Rückzugskrankheit, die gerade diejenigen Einheiten befiel, deren sanitäre Verhältnisse sich infolge ihrer militärischen Lage verschlechterten. Auch wenn der Infektionsgang der Krankheit inzwischen aufgeklärt war, hatten sich die Behandlungsmöglichkeiten seit der Zeit des Ersten Weltkrieges nur unwesentlich verbessert. Lediglich Teile des Sanitätspersonals sowie ältere Wehrmachtsangehörige in herausgehobener Position konnten durch Impfungen geschützt werden. 62 Daher blieb - wie bereits im vorangegangenen Krieg - der "Kampf gegen die Laus" die wichtigste aller Präventionsstrategien. 63 Den dabei eingesetzten Insektiziden war kein großer Erfolg beschieden, die meisten erwiesen sich als nahezu wirkungslos.<sup>64</sup> Der von Hitlers Leibarzt Theo Morell entwickelte "Lauseto-Puder" war derartig übelriechend, daß die meisten Soldaten die Anwendung verweigerten. Die weit wirksameren und vor allem weniger geruchsintensiven DDT-Präparate, wie sie auch in den Armeen der Alliierten verwendet wurden, standen dagegen den deutschen Streitkräften nur in geringen Mengen zur Verfügung, da sich der geschäftstüchtige Hitler-Leibarzt Theo Morell ein Monopol auf Entlausungsmittel für Wehrmachtszwecke gesichert hatte. 65 Heiße Luft, Scheuersand und Kresolseife blieben daher weiter-

<sup>61</sup> Guth, Militärärzte, S. 183 f. Exakte Angaben über die Anzahl der Fleckfiebererkrankungen von Wehrmachtsangehörigen fehlen, da deren Erkrankungen nicht in der Reichsseuchenstatistik ausgewiesen und offenbar auch andernorts nicht publiziert wurden. Im lükkenhaft überlieferten Bestand der Heeressanitätsinspektion sind nur punktuelle Angaben hierzu erhalten. Die von Brandlmeier, Einfluß, S. 11, angegebene Zahl von 15000 bis 17000 Erkrankungen pro Jahr für den Zeitraum 1941/43 scheint eher zu niedrig gegriffen.

<sup>62</sup> Leven, Fleckfieber, S. 140f., Anm. 122. Aufgrund des extrem komplizierten Herstellungsverfahrens aus präparierten Läusedärmen konnten bis Ende 1943 lediglich geringe Mengen des Impfstoffs hergestellt werden. Zudem bewirkte die Impfung lediglich einen milderen Verlauf der Krankheit, jedoch keinen sicheren Schutz vor der Ansteckung.

<sup>63</sup> Die seuchenpolizeilichen Strategien zur Bekämpfung des Fleckfiebers griffen in hohem Maße während des Ersten Weltkriegs gemachte Erfahrungen auf; vgl. Zeisser, Kampf den Läusen, in: ÖGD 7 B (1941), S. 106–111; A. Hase, Über Ungeziefer, sowie über seine Bekämpfung nach der organisatorischen und technischen Seite hin, Teil II, in: ÖGD 6 B (1940), S. 141–151, 143 ff. Dies gilt auch für die technischen Grundlagen der Entlausung. So ging das von Hase und Haber entwickelte Entwesungsverfahren mit Cyanverbindungen (zu denen auch Zyklon-B zählte) auf einen Forschungsauftrag des preußischen Kriegsministeriums zurück; hierzu Hase, Ungeziefer, S. 313–316; Mayr, Fleckfieber, S. 28–30; Puntigam/Breymesser/Bernfus, Blausäuregaskammern, S. 12f., 16; Szöllösilanze, Mehlmotte, S. 663–668, 676.

<sup>64</sup> Leven, Fleckfieber, S. 148.

<sup>65</sup> Aufgrund der offenkundigen Mängel des "Lauseto"-Puders bemühten sich die Wehrkreissanitätsparks unter der Hand um DDT, das die IG-Farben als Lizenzprodukt herstellte. Größere Rohstoffzuteilungen waren jedoch nur für den Morell'schen Puder zu erhalten, der bis Kriegsende als einziges offiziell zugelassenes Entlausungsmittel in Gebrauch blieb; Vernehmung Brandt, 1. 3. 1947, S. 21, BAK, All. Proz. 2/FC 6069 P.

hin die wichtigsten Vorbeugemittel gegen das Fleckfieber. Entwesungsstationen, teils mobil, teils fest installiert, teils nur behelfsmäßig errichtet oder aus russischen Beutebeständen requiriert, in denen die Kleider und Effekten der Heeresangehörigen mit Hilfe von Dampf oder giftigen Gasen von Parasiten befreit wurden, zählten zur Standardausrüstung der im Osten eingesetzten Sanitätskompanien. Deren regelmäßiger Besuch gehörte – wo immer dies die militärischen Verhältnisse zuließen – zum Alltag der Soldaten.

Besonderen Nachdruck legten die Gesundheitsbehörden auf die Entlausung der in die Heimat zurückkehrenden Heeresangehörigen.66 Auf diese Weise konnten bis zum Zusammenbruch der Heeresgruppe Mitte im Sommer 1944 Einschleppungen des Fiebers durch Urlauber weitgehend verhindert werden. An der Front und im rückwärtigen Heeresgebiet ließ sich die Verlausung der kämpfenden Truppe unter den militärischen Verhältnissen des östlichen Kriegsschauplatzes dagegen niemals dauerhaft verhindern.<sup>67</sup> Da die Läusebekämpfung innerhalb des Ostheeres zu keinem Zeitpunkt zufriedenstellend funktionierte, richtete sich die Aufmerksamkeit der deutschen Militärhygieniker vor allem auf die Zivilbevölkerung der besetzten Gebiete. Sie, die oftmals in langen Elendskolonnen aus dem unmittelbaren Kampfgebiet geflüchtet war, oder sich im zerstörten Hinterland der Hauptkampflinie unter erbärmlichen sanitären Bedingungen notdürftig eingerichtet hatte, galt nach Ansicht der Truppenmediziner wegen ihres starken Parasitenbefalls als Hauptquelle der Infektionen. 68 Die Seuchenexperten der Wehrmacht empfahlen eine möglichst vollständige Trennung von Wehrmacht und Zivilbevölkerung, um infizierten Läusen keine Gelegenheit zu einem Wirtswechsel zu geben. In der Praxis scheiterten solche Maßnahmen in der Etappe vor allem an der Bequemlichkeit der Besatzer, die auf Hilfsdienste der einheimischen Bevölkerung nicht verzichten mochten.<sup>69</sup> Auch punktuelle Versuche, die russische Zivilbevölkerung, zumindest soweit sie mit Armeeangehörigen Kontakt hatte, zu entlausen, blieben ohne dauerhafte Wirkung, da ihre in jeder Hinsicht unzuträglichen hygienischen Verhältnisse vor allem eine Folge der Wohn- und Ernährungssituation waren, und diese wurde durch die deutsche Besatzungspolitik empfindlich beeinträchtigt.

Was in der Etappe nicht gelang, wurde in Frontnähe vielfach gewaltsam durchgesetzt. Analog zum Seuchenkordon, den die deutsche Gesundheitsverwaltung nach der Besetzung Polens entlang der östlichen Reichsgrenze errichtet und nach dem Überfall auf die Sowjetunion bis an die Ostgrenze des Generalgouvernements vorgeschoben hatte, versuchten die Wehrmachtshygieniker, Truppe und

<sup>&</sup>lt;sup>66</sup> Erlaß des Generalquartiermeisters 1274 Qu 2/IVb/IIa, 30. 11. 1941; Vermerk über die Besprechung betreffend Fleckfieber im Oberpräsidium Münster am 29. 12. 1941, StAMü, Oberpräsidium/5182, Bl. 9, 23.

<sup>67</sup> Leven, Fleckfieber, S. 143.

<sup>&</sup>lt;sup>68</sup> Zeiss (beratender Hygieniker der Heeressanitätsinspektion), 1. Sammelbericht über kriegsärztliche Erfahrungen, 1. Halbjahr 1942, BA-MA, RH 20/59. Die beratenden Hygieniker waren den Stäben ab der Divisionsebene zugeteilte Fachärzte, die sich aus dem Lehrkörper der medizinischen Fakultäten und leitenden Beamten des öffentlichen Gesundheitswesens rekrutierten.

<sup>69</sup> Leven, Fleckfieber, S. 143.

fleckfieberverdächtige Zivilbevölkerung voneinander zu separieren. Die Besatzungsverwaltungen gingen dabei zum Teil mit äußerster Brutalität gegen die einheimische Zivilbevölkerung vor. Um die Heeresangehörigen vor Ansteckungen zu schützen, konzentrierte man einheimische Kranke in sogenannten "Fleckfieberdörfern", wo sie ohne medizinische Betreuung sich selbst überlassen blieben. Nicht selten lieferte die Seuchengefahr den Vorwand zur Entvölkerung ganzer Landstriche. So trieben Einheiten der 9. Armee im Frühjahr 1944 mehr als 30000 arbeitsunfähige und kranke Zivilisten zwischen die feindlichen Linien, um eine seuchenfreie Zone hinter der Hauptkampflinie zu schaffen. Angeregt hatte diese Maßnahme der beratende Armeehygieniker Felix von Bormann, im Zivilberuf Leiter des Bremer Tropeninstituts. Das Resümee seines Berichts, in dem er betonte, daß die "Abschiebung der überflüssigen Esser und hygienisch schwer übersehbaren Elemente feind- oder banditenwärts [...] innerhalb der Armee zu einem Grundsatz" erhoben wurde, weist darauf hin, daß diese seuchenpolizeilich motivierte Massenvertreibung kein Einzelfall war.

Noch radikaler gebärdete sich Ernst Deuschl, einst ein prominentes, nach dem Amtsantritt Contis jedoch entmachtetes Mitglied der Reichsärzteführung, der im Auftrag Himmlers Kriegsgefangenenlager im Baltikum inspizierte. Diese Lager, in denen ehemalige russische Soldaten seit dem Sommer 1941 zu Hunderttausenden unter erbärmlichsten hygienischen Bedingungen zusammengepfercht wurden, galten neben der Zivilbevölkerung als zweite hauptsächliche Infektionsquelle, denn über die Wachmannschaften, so nahm man an, würde das Fieber auf die kämpfende Truppe übertragen. Deuschl schlug vor, die Hälfte der entkräfteten Lagerinsassen zu erschießen, um den Rest besser versorgen und später zur Zwangsarbeit verwenden zu können. Auf diese Weise würde auch die drohende Epidemiegefahr beseitigt. Der Tod von "500 bolschewistischen Bestien" sei besser, als daß "ein deutscher Soldat, ja auch nur ein Este an einer Seuche stirbt".

Vorschläge dieser Art, die auf dem östlichen Kriegsschauplatz zumindest in Einzelfällen auch in die Praxis umgesetzt wurden,<sup>73</sup> sind über ihren unmittelbaren

<sup>&</sup>lt;sup>70</sup> Von Bormann, Erfahrungsbericht des beratenden Hygienikers der 9. Armee, 31. 12. 1943-15. 5. 1944, BA-MA, RH 20/518.

<sup>71</sup> In diesem Sinne räsonierte der beratende Internist der Befehlsstelle Süd, Büttner: "Ohne Stalags gäbe es in Rußland kein Fleckfieber"; Erfahrungsbericht vom 3. 3. 1942, zit. nach Leven, Fleckfieber, S. 146.

<sup>&</sup>lt;sup>72</sup> Deuschl an Himmler, 24. 1. 1942, BAB, Personalakte Deuschl. Daß solche Ansinnen keineswegs utopisch waren, zeigt ein undatiertes Antwortfernschreiben Himmlers (ebenda), der den Vorschlag guthieß und Deuschl empfahl, sich deswegen an die örtliche SS zu wenden.

No sind aus dem Hinterland der 18. Armee und aus dem Generalgouvernement mehrere Fälle bekannt geworden, wo Fleckfieberkranke bzw. Fleckfieberverdächtige erschossen und diese Morde mit seuchenpolizeilichen Erwägungen gerechtfertigt wurden; Kudlien, Wehrmachtsärzte, S. 336; Dreßen/Rieß, Ausbeutung, S. 166, dort auch Hinweise auf weitere Fälle, die deutlich machen, daß die Bereitschaft zum Krankenmord wuchs, sobald die Patienten mehrere Stigmatisierungsfaktoren aufwiesen. In einem der dokumentierten Fälle handelte es sich um Insassen einer russischen Heil- und Pflegeanstalt, die mit Billigung der Wehrmacht durch ein Teilkommando der Einsatzgruppe A erschossen wurden, im anderen Fall um jüdische Zwangsarbeiter aus dem Lager Cholm, die von Angehörigen der Grenzpolizei exekutiert wurden. Dagegen wurde die von der Gesundheitsabteilung

Bezug zum Vernichtungskrieg gegen die Sowjetunion hinaus vor allem deshalb von Bedeutung, weil sie die weite Spanne des gesundheitspolitisch Denkmöglichen abstecken, dem eine rassistisch strukturierte, scharf differenzierte Wert- bzw. Unwerthierarchie der Patienten zugrunde lag. An ihrer Spitze stand die deutsche Bevölkerung, die es vor Infektionskrankheiten zu schützen galt, auch auf Kosten aller anderen Bevölkerungsgruppen. Weit dahinter rangierte die Bevölkerung der besetzten Gebiete. Sie konnte unter Umständen von den Maßnahmen zum Schutz der deutschen Besatzer profitieren, ohne daß ihre Gesundheit einen eigenständigen Wert darstellte.<sup>74</sup> Dazwischen waren die osteuropäischen Kriegsgefangenen und Zwangsarbeiter positioniert, deren Lebenssituation von ihrer kriegswirtschaftlichen Verwendbarkeit abhing. Ihre Situation war durch eine besondere Ambivalenz gekennzeichnet, die aus der Spannung zwischen der ideologisch erwünschten Nichtzuteilung von Gesundheitsressourcen und kriegswirtschaftlichen Zweckmäßigkeitserwägungen entstand, die die Einhaltung gewisser medizinischer und ernährungsphysiologischer Mindeststandards geboten sein ließen. Insgesamt gesehen, blieb die medizinische Versorgung der Insassen von Zwangsarbeiter- und Kriegsgefangenenlagern jedoch mehr als dürftig, obwohl diese Gruppe durch ihre depravierten Lebensumstände besonders infektionsgefährdet war. Ganz an das untere Ende der Skala hatten die nationalsozialistischen Machthaber die jüdische Bevölkerung sortiert - mit weitem Abstand zu allen anderen Bevölkerungsgruppen.

Gegenüber dieser Bevölkerungsgruppe wandten die Besatzungsverwaltungen nahezu ausschließlich das seuchenpolizeiliche Mittel der Isolierung an. Juden, denen wegen ihrer "freiwilligen oder unfreiwilligen Wanderungen"<sup>75</sup> die Hauptschuld an der Ausbreitung des Fleckfiebers in den eroberten Ostgebieten zugerechnet wurde, galten als "abzusondernde Träger von Krankheiten", <sup>76</sup> die von der Zuteilung von Gesundheitsressourcen nahezu ausgeschlossen waren. <sup>77</sup> Im ehemaligen Polen, das die Zahl der Fleckfiebererkrankungen in der Zwischenkriegszeit durch ein staatliches Impfprogramm stark reduziert hatte, stieg die Infektionsrate seit dem Frühsommer 1941 und nahm seit Herbst 1941 mit zeitweise mehr als 2000 Erkrankungen pro Woche epidemische Ausmaße an. Im Verlauf des Jahres erkrankten mindestens 65 000 Zivilpersonen, ferner einige 10 000 Kriegsgefangene und eine wachsende Zahl von Wehrmachtssoldaten und Mitarbeitern der deutschen Zivilverwaltung. <sup>78</sup> In den Augen der deutschen Gesundheitsbehörden

des Generalkommissariats Weißruthenien geforderte Erschießung aller infizierten Gefangenen von den zuständigen Wehrmachtsstellen "aus Gründen des Arbeitseinsatzes" abgelehnt; Streit, Behandlung, S. 81.

<sup>&</sup>lt;sup>74</sup> Zwar arbeiteten die Reste des ehemaligen polnischen Medizinalapparats im Generalgouvernement unter deutscher Aufsicht weiter, jedoch wurden große Teile der medizinischen Infrastruktur, insbesondere Krankenhäuser und Heil- und Pflegeanstalten, zur Behandlung von Wehrmachtsangehörigen und für Zwecke der Besatzungsverwaltung beschlagnahmt; Dreßen/Rieß, Ausbeutung, S. 160.

<sup>75</sup> Conti an die Parteikanzlei, 26. 4. 1942, BAB, R 18/3794.

<sup>&</sup>lt;sup>76</sup> Browning, Genozid, S. 325.

<sup>77</sup> Vgl. Pohl, Judenverfolgung, S. 121 f.

<sup>&</sup>lt;sup>78</sup> Conti an die Parteikanzlei, 26. 1. 1942, BAB, R 18/3794. Die Zahl der erkrankten Zivilpersonen bezieht sich auf die gemeldeten Fälle, die tatsächliche Zahl der Erkrankten dürfte

schien diese Entwicklung die rassistisch hergeleitete Erwartung aus dem Osten drohender Gesundheitsbeeinträchtigungen zu bestätigen, obwohl ihnen das Kausalverhältnis zwischen der Funktion Polens als Aufmarsch- bzw. rückwärtiges Heeresgebiet der Wehrmacht beim Überfall auf die Sowjetunion und dem Anstieg der Fleckfiebererkrankungen nicht verborgen geblieben war.<sup>79</sup>

Ähnlich wie in den besetzten Teilen der Sowjetunion zielte das Handeln der Gesundheitsverwaltung im Generalgouvernement primär darauf ab, eine Übertragung von Infektionskrankheiten auf Deutsche und Einschleppungen in das Reichsgebiet zu verhindern. Die Gesundheitsverwaltung des Generalgouvernements setzte in erster Linie auf Maßnahmen, die potentielle und tatsächliche Krankheitsträger von der übrigen Bevölkerung separierten. Eine medizinische Betreuung der polnischen Bevölkerung sollte nur insoweit stattfinden, wie sie diesen Interessen dienlich war. 80 Das Ziel, Ansteckungen bei der deutschen Bevölkerung zu verhindern, wurde so zur Basis für Maßnahmen, die unter dem Diktat der Seuchenbekämpfung tief in die Lebensverhältnisse der Einwohner der besetzten Gebiete einschnitten und sich dabei in erster Linie gegen die jüdische Bevölkerung richteten. Solche Maßnahmen hatte es - mit deutlichen antisemitischen Konnotationen - bereits während des Ersten Weltkriegs gegeben.81 Damals stand die Verhinderung von Grenzübertritten ins Deutsche Reich im Vordergrund. Diesmal wurde das besetzte Land mit einem Netz von gruppenspezifischen Mobilitätsbeschränkungen und Aufenthaltsgeboten überzogen, in deren Zentrum die jüdische Bevölkerung stand. 82 Zwischen den Programmen zur Seuchenbekämpfung im besetzten Polen und der Verschärfung der Ghettoisierung, die eine wichtige Vor-

noch erheblich höher gelegen haben, da viele Einheimische die Meldung aus Angst vor Repressalien der Besatzungsverwaltung mieden. Zu den Fleckfiebererkrankungen der im Generalgouvernement untergebrachten Kriegsgefangenen vgl. Pohl, Judenverfolgung, S. 120 f.

Präg/Jacobmeyer, Diensttagebuch Frank, 26. 11. 1941, S. 447 f., und 16. 12. 1941, S. 452 f. Walbaum, Protokoll der Arbeitstagung Gesundheitswesen in Bad Krynica, Oktober 1941, ZSL, Slg. Verschiedenes 19, Bl. 75 ff, sowie E. Wetzel/G. Hecht (im Auftrag des Rassenpolitischen Amtes der NSDAP), Die Frage der Bevölkerung der ehemaligen polnischen Gebiete nach rassenpolitischen Gesichtspunkten, 25. 11. 1939, IfZ, NO-3732. Vertreter eines pragmatischen Kurses innerhalb der Gesundheitsverwaltung, die mit Verweis auf die drohende Seuchengefahr dafür plädierten, wenigstens minimale Subsistenzbedingungen für die polnische Bevölkerung sicherzustellen, konnten sich gegenüber den Verfechtern einer rassistisch motivierten Zuteilung von Gesundheitsressourcen nicht durchsetzen. Zu denen, die mehrfach auf den Zielkonflikt zwischen der "Einschränkung des kulturellen und gesundheitlichen Standes [der polnischen Bevölkerung, W.S.] einerseits" und der "Sanierung des Siedlungsraums für Deutsche andererseits" hinwiesen, und mit Verweis auf die wirtschaftlichen Folgen steigender Erkrankungsziffern für eine Verbesserung der Lebensbedingungen im besetzten Polen eintraten, zählte der Warschauer Stadtarzt Wilhelm Hagen; Hagen an Conti, 30. 7. 1942, IfZ, ED 66/1; Dreßen/Rieß, Ausbeutung, S. 164.

<sup>81</sup> Für Einzelheiten Thom, Aufbauarbeit, S. 62, sowie Maurer, Medizinalpolizei. Zur Tradition des restriktiven, gesundheitspolitisch motivierten Eingreifens in die Lebensverhältnisse der polnischen Zivilbevölkerung durch die Militärbehörden während des Ersten Weltkrieges vgl. Otto, Fleckfieber, S. 445–447.

<sup>82</sup> H. Eyer, Die durch Läuse übertragbaren Infektionskrankheiten und ihre Bekämpfung, in: Medizinische Welt 14 (1940), S. 261–264, 262.

stufe zum Judenmord bildete, bestand ein enger Zusammenhang.83 Die gewaltsame Zusammendrängung zahlreicher unterernährter Menschen auf engem Raum unter primitivsten hygienischen Bedingungen setzte einen tödlichen Regelkreis in Gang, der eine zunehmende Verschärfung der seuchenpolizeilich motivierten Repression gegen den jüdischen Bevölkerungsteil bewirkte. Die armseligen Lebensbedingungen in den jüdischen Wohnbezirken ließen die Zahl der Erkrankungen sprunghaft in die Höhe schnellen. Die deutsche Besatzungsverwaltung reagierte darauf mit der Abschließung der Ghettos und ordnete umfangreiche Entlausungsaktionen an. Sie betrafen die deutsche, die polnische und die jüdische Bevölkerung zwar in gleicher Weise, wirkten sich je nach Gruppenzugehörigkeit jedoch höchst unterschiedlich aus. Um zu überleben, waren die Ghettobewohner gezwungen, solche Maßnahmen, wo immer dies möglich war, zu umgehen, denn ausreichende Nahrung konnte beispielsweise nur von außerhalb der Ghettomauern beschafft werden. Zudem gefährdete die Desinfektion ihrer Habseligkeiten die kärglichen Reste ihrer wirtschaftlichen Existenz.<sup>84</sup> Die deutschen Behörden nahmen das in ihren Augen "undisziplinierte Verhalten der Juden"85 zum Anlaß, die angeordneten Maßnahmen mit harten Sanktionen durchzusetzen und immer neue Teile der jüdischen Bevölkerung zu ghettoisieren. Daß gerade die Ärzte der deutschen Gesundheitsbehörden im Generalgouvernement - darunter auch solche, die, wie der ehemalige sozialdemokratische Stadtarzt von Frankfurt, Wilhelm Hagen, als politisch unverdächtig gelten können - zu den "nachdrücklichsten und beharrlichsten Verfechtern der Ghettoisierungsstrategie"86 zählten und auch bereit waren, ihre gesundheitspolitischen Vorstellungen mit Hilfe der Todesstrafe durchzusetzen, zeigt, wie verheerend sich die Vermengung traditioneller seuchenpolizeilicher Strategien mit antisemitischen Stereotypen auswirken konnte. Hagens Forderun-

<sup>83</sup> Browning, Genozid, S. 318, 324. Allerdings kann daraus nicht gefolgert werden, daß die Abschließung der Ghettos in erster Linie wegen der steigenden Zahl der Fleckfiebererkrankungen erfolgte. Bei der Entscheidung, die jüdische Bevölkerung aus der polnischen Gesellschaft auszugliedern, spielten seuchenhygienische Erwägungen nur eine nachgeordnete Rolle. Daß sie zwar den Vorwand lieferten, kaum jedoch ein handlungsleitendes Motiv bildeten, zeigt ein Aktenvermerk der Gesundheitsabteilung des RMdI, aus dem hervorgeht, daß die Ghettoisierung der jüdischen Bevölkerung bereits zu einem Zeitpunkt Bestandteil des Maßnahmenkatalogs zur Fleckfieberprävention war, als von einer Seuchenbekämpfung, Feburar 1941, S. 1, BAB, R 18/3226. Zudem war den Mitarbeitern der Gesundheitsverwaltung im Generalgouvernement durchaus bewußt, daß die Pauperisierung der jüdischen Bevölkerung, namentlich die miserablen Wohn- und Ernährungsverhältnisse, den Hauptgrund für die anwachsende Seucheninzidenz in den Ghettos bildete, so daß die Ghettoisierung eher die Ursache und nicht die Lösung des Seuchenproblems war; vgl. Pohl, Judenpolitik, S. 92 f.

<sup>84</sup> Gemeint ist die Ungezieferbekämpfung durch chemische Mittel oder Heißdampf. Bei der Entwesung der Kleider wurden diese oftmals beschädigt, auch konnte die Abwesenheit der Entlausungskandidaten zu Diebstählen in den Wohnungen genutzt werden; Browning, Genozid, S. 320f.; zu den seuchenpolizeilichen Maßnahmen der Besatzungsverwaltung vgl. den Bericht Walbaums in Präg/Jacobmeyer, Diensttagebuch Frank, 12. 4. 1940. S. 167.

<sup>85</sup> J. Walbaum, Abteilung IV: Gesundheitswesen, in: Das Generalgouvernement 1 (1941), S. 20, zit. nach Dreßen/Rieß, Ausbeutung, S. 165.

<sup>86</sup> Browning, Genozid, S. 317.

gen mündeten im Oktober 1941 in eine Verordnung Franks, die Juden das "Umherziehen" außerhalb der Ghettomauern untersagte. Sechs Wochen später wandelte der Befehlshaber der Sicherheitspolizei diese Verordnung in einen generellen Schießbefehl gegen alle außerhalb der Ghettos angetroffene Juden um. 87 Die angestrebte Absonderung der jüdischen Bevölkerungsteile ließ sich ohne weiteres aus der Logik des alten Reichsseuchengesetzes ableiten, das bei Epidemien eine Isolierung der Infektionsträger vorsah und die Nichtbefolgung sanitätspolizeilicher Anweisungen mit Geld- oder Freiheitsstrafen ahndete. 88 Der veränderte Geltungskontext des Gesetzes hatte freilich gravierende Folgen: Zielte die Absonderung ursprünglich auf einzelne Personen, deren Erkrankung medizinisch gesichert war, so wurden die Aufenthaltsgebote im besetzten Polen über eine ganze Bevölkerungsgruppe verhängt, für die lediglich eine rassistisch motivierte pauschale Infektionsvermutung bestand. Auch der Grundsatz, seuchenhygienisch erforderliche Absonderungen mit geringstmöglichen Beeinträchtigungen für die Kranken durchzuführen, wurde im besetzten Polen geradezu in sein Gegenteil verkehrt, so daß eine auf den Schutz von Leben abzielende Strafandrohung schließlich in eine Rechtfertigung zur Lebensvernichtung mutierte.

Wendet man den Blick zurück auf die Situation im Deutschen Reich, so zeigt sich, daß das Fleckfieber auch dort an Bedeutung gewann, je länger der Krieg im Osten andauerte und je mehr die deutsche Kriegswirtschaft die Arbeitskraft osteuropäischer Zwangsarbeiter ausbeutete. Während die Seuchenpolitik in den eroberten Ostgebieten auf einem richtungskonsistenten Radikalisierungspfad voranschritt, wurde die Situation im Reichsgebiet durch eine Abfolge von Maßnahmen bestimmt, die zum einen durch ein Spannungsverhältnis zwischen den kriegswirtschaftlich bestimmten Rationalitätskriterien der Arbeitseinsatzbehörden und den seuchenhygienischen Zielvorstellungen der deutschen Medizinalverwaltung geprägt, und zweitens durch beträchtliche Differenzen zwischen dem gesundheitspolitischen Anspruch und der medizinischen Praxis bestimmt waren.<sup>89</sup>

Fleckfieberepidemien brachen vor allem dort aus, wo viele Menschen unter schlechten hygienischen Verhältnissen auf engem Raum zusammenlebten. Das Fieber galt daher als ausgesprochene Lagerkrankheit. Vom Herbst 1939 bis zum Herbst/Winter 1941, als die Masse der Zwangsarbeiter in der Landwirtschaft beschäftigt war, traten wenig Ansteckungsfälle auf, und das Fieber spielte in der gesundheitspolitischen Problemdefinition der zivilen Gesundheitsbehörden nur eine nachgeordnete Rolle. Die Mehrzahl der polnischen und französischen Kriegsgefangenen arbeitete entweder einzeln auf Bauernhöfen oder in kleineren

<sup>87</sup> Browning, Genozid, S. 321 f.; Pohl, Judenpolitik, S. 92-95.

<sup>88</sup> Gesetz über die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten, 30. 6. 1900, RGBl. I, S. 306–317, hier insbes. §§ 1, 11–16, 19, 20; Verordnung zur Bekämpfung übertragbarer Krankheiten, 1. 8. 1938, RGBl. I, S. 1721–1724; Runderlaß des Reichsinnenministeriums IV g 3446/39–5636 betr. Anweisung zur Bekämpfung des Fleckfiebers, 19. 9. 1939, RMBliV, S. 1959–1970.

<sup>89</sup> Es wäre jedoch falsch, technokratisches Ausbeutungskalkül und rassenpolitisch motivierte Seuchenprophylaxe gegeneinanderzusetzen. Beide beruhten auf der rassistischen Prämisse der legitimen Verfügung über die Bewohner Osteuropas.

Kommandos, die ostelbischen Gütern zugeordnet waren. Ihre Wohn- und Lebensbedingungen dort waren im Vergleich zu späteren Phasen industrieller Zwangsarbeit in der Regel besser, und die vorherrschende Einzelunterbringung bot der Seuche nur wenig Angriffsflächen. 90 Die Beschäftigung osteuropäischer Hilfskräfte auf den Gütern Nordostdeutschlands fügte sich zudem in eingeschliffene Traditionslinien saisonbedingter Arbeitsmigration, die bereits in den frühen zwanziger Jahren seuchenpolizeilich reguliert worden war.<sup>91</sup> Das Reichsinnenministerium sah daher zunächst keinen Handlungsbedarf und beschränkte sich darauf, seine nachgeordneten Dienststellen zur Einhaltung der vorgeschriebenen Meldepflicht zu mahnen und ihnen die drei Standardverfahren der Fleckfieberprophylaxe - Entlausung beim Grenzübertritt, regelmäßige, von Entlausungen begleitete Kontrolle der Körperhygiene bei den in Deutschland untergebrachten Kriegsgefangenen und die konsequente Absonderung der Erkrankten - ins Gedächtnis zu rufen. 92 Anfangs scheinen diese Vorbeugemaßnahmen nur in sehr geringem Umfang zwischen Arbeits- und Gesundheitsbehörden koordiniert gewesen zu sein. Sie wurden in der Praxis eher nachlässig gehandhabt und differierten je nach örtlichen Gegebenheiten beträchtlich voneinander. Vor allem das wichtigste Element der Fleckfieberprophylaxe, die Entlausung der Zwangsarbeitertransporte beim Grenzübertritt, wurde anfangs nur unregelmäßig angewendet. Da es an geeigneten Einrichtungen mangelte, fand die Entlausung oftmals erst in den Zielorten statt. Nicht selten scheiterte sie auch dort an schadhaften oder gar nicht erst vorhandenen Desinfektionsapparaten. 93 Im Frühjahr 1941, als bereits mehr als 600 000 Polen im Deutschen Reich beschäftigt wurden, reagierte das Reichsinnenministerium auf die steigende Anzahl osteuropäischer Zwangsarbeiter, indem es die Kreisverwaltungen verpflichtete, zumindest behelfsmäßige Entlausungsanlagen einzurichten, und in Schnellkursen zusätzliche Desinfektoren ausbilden ließ, um den steigenden Bedarf der Massenunterkünfte zu decken.<sup>94</sup> Allerdings kamen untere Verwaltungsbehörden und Betriebe dieser Anordnung nur zögernd

91 A. Heinmüller, Die hygienische Überwachung von Massenquartieren und Lagern ausländischer Arbeiter, in: OGD 9 A (1943), S. 157–167; 269–277; 297–329, 269 f.

<sup>90</sup> Vgl. Herbert, Europa, S. 12; zur Unterbringung vgl. Bauer, Agrarpolitik, S. 167.

<sup>&</sup>lt;sup>92</sup> Das Ministerium wies die Gesundheitsämter im August 1940 außerdem an, Massenunterkünfte prophylaktisch auf Fleckfieberverdächtige zu kontrollieren; A. Heinmüller, Die hygienische Überwachung von Massenquartieren und Lagern ausländischer Arbeiter, in: ÖGD 9 A (1943), S. 157–167, 269–277; 297–329, 270 f. Darauf, daß diese Anordnung nicht regelmäßig befolgt wurde, deutet eine erneute Aufforderung an die Amtsärzte hin, die Zwangsarbeiterlager nach dem Eintreffen neuer Transporte wöchentlich auf Erkrankungsfälle zu kontrollieren; Conti an die Reichsstatthalter u.a., 28. 6. 1941, BAB, R 18/3646.

<sup>&</sup>lt;sup>93</sup> Gesundheitsamt Waren an das Mecklenburgische Staatsministerium, Abteilung Medizinalangelegenheiten, 16. 2. 1940, MeckLHA, MfU/11054; Landesarbeitsamt Westfalen an den Reichsverteidigungskommissar für den Wehrkreis VI, 22. 2. 1942, StAMü, Oberpräsidium/5182, Bl. 35.

Oonti an die Parteikanzlei, 26. 1. 1942, BAB, R 18/3794. Sofern Arbeitgeber 500 und mehr osteuropäische Fremdarbeiter beschäftigten, wurden diese verpflichtet, eigene Entwesungseinrichtungen bereitzustellen, sowie für jeweils 50 Lagerinsassen zwei Revierkrankenbetten vorzuhalten; Reichsarbeitsministerium an die Präsidenten der Landesarbeitsämter, 16. 12. 1941, LHSA, Rep. C 28 Ig/262.

nach, da sie "angesichts der noch fehlenden eigenen Gefährdung"95 nicht bereit waren, ihre knappen Rohstoffkontingente zum Bau von Entlausungseinrichtungen zu verwenden. Dies war die Situation, als im Oktober 1941 die Entscheidung zum Einsatz russischer Zwangsarbeiter fiel. 96 Der Entschluß Hitlers, aus dem Kreis derienigen Kriegsgefangenen, die die mörderischen Hungerlager der ersten Kriegsmonate überlebt hatten, die kräftigsten auszusieben, um sie in der deutschen Kriegswirtschaft zu verwenden, traf die Arbeitsämter ebenso unvorbereitet wie den öffentlichen Gesundheitsdienst. Daher bestimmten in den folgenden Monaten Improvisationen die gesundheitspolitische Praxis des "Russeneinsatzes". Als die ersten Kontingente sowjetischer Kriegsgefangener eilig in die Zwangsarbeit verbracht wurden, geschah dies weitgehend ohne medizinische Betreuung, nicht selten auch, ohne daß die Gefangenen vorher entlaust worden waren.<sup>97</sup> Dort, wo seuchenhygienische mit kriegswirtschaftlichen Zielvorgaben kollidierten, behielten letztere in der Regel die Oberhand. Wie sehr der Primat der Kriegswirtschaft im Konfliktfall über gesundheits- und rassenpolitische Zielvorgaben dominierte, zeigt ein Vorgang aus dem ostpreußischen Regierungsbezirk Schneidemühl. Dort versuchte der zuständige Medizinaldezernent nach mehreren Ansteckungsfällen unter der deutschen Zivilbevölkerung im November 1941 beim Reichsverteidigungskommissar die generelle Zurückziehung russischer Kriegsgefangener in ihre Stammlager zu bewirken und begründete dies - neben seuchenhygienischen Argumenten - vor allem mit der starken Beunruhigung der Landbevölkerung. 98 Die Vertreter der Wehrmacht und des Arbeitsamtes votierten entschieden gegen dieses Ansinnen, die einen, weil sie keine neuen Insassen in ihre ohnehin überfüllten Lager aufnehmen wollten, die anderen, weil die Kriegsgefangenen unentbehrliche Arbeitskräfte seien. Die Gauleitung trat dieser Haltung bei und verfügte, daß die eingesetzten Arbeitskommandos trotz der Fleckfiebergefahr auf ihren Arbeitsstellen verbleiben sollten. Lediglich diejenigen Kommandos, in denen Fleckfieberfälle bereits aufgetreten seien bzw. ein dringender Verdacht bestünde, sollten einem Wehrmachtserlaß entsprechend in ihre Stammlager zurückgeführt werden. 99 Wenige Monate später suspendierte das Reichsarbeitsministerium auch die an sich zwingend vorgeschriebene Absonderung derjenigen Arbeitskommandos, in denen Erkrankungsfälle aufgetreten waren, damit der

<sup>&</sup>lt;sup>95</sup> Conti an die Parteikanzlei, 26. 1. 1942, BAB, R 18/3794 (Zitat); Niederschrift über die Dienstversammlung der Amtsärzte des Regierungsbezirks Arnsberg und die Tagung der Wissenschaftlichen Gesellschaft der Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes am 10. 10. 1942, StAMü, Reg. Arnsberg/12961.

<sup>&</sup>lt;sup>96</sup> Zu den Hintergründen vgl. Herbert, Fremdarbeiter, S. 137–143.

<sup>97</sup> Regierung Schleswig an die Landräte des Bezirks u. a., 9. 6. 1942, MeckLHA, MfU/11054; Conti, Der Stand der Volksgesundheit im fünften Kriegsjahr, Februar 1944, S. 2f., BAB, Film 14271. Zu den seuchenhygienischen Maßnahmen in den Kriegsgefangenenlagern vgl. den Erlaß des OKW, 8. 12. 1941, LHSA, Rep. C 28 Ig/262, sowie Hüser/Reinhard, Stammlager 326, S. 75–86.

<sup>98</sup> Mahrun, Niederschrift über eine Besprechung von Vertretern der NSDAP, der Zivilbehörden und der Wehrmacht im Wehrkreis II, 28. 11. 1941, MeckLHA, MfU/11539.

<sup>99</sup> Reichsverteidigungskommissar für den Wehrkreis II an die Ober- und Regierungspräsidenten des Wehrkreises, 5. 12. 1941, MeckLHA, MfU/11539.

Kriegswirtschaft keine Arbeitskräfte durch Quarantänemaßnahmen mehr verloren gingen.<sup>100</sup>

Während die gesundheitspolitischen Folgen der Beschäftigung osteuropäischer Zwangsarbeiter für die Arbeitsbehörden nur eine untergeordnete Rolle spielten, wurde das Denken des Reichsgesundheitsführers ganz von der Sorge vor einer drohenden Fleckfieberepidemie beherrscht. Conti befürchtete, daß der anfangs sanitätspolizeilich kaum begleitete Arbeitseinsatz russischer Kriegsgefangener ähnliche Folgen zeitigen würde wie im Winter 1914/15. Damals waren unter russischen Kriegsgefangenen Seuchen ausgebrochen, die auch auf die Zivilbevölkerung übergegriffen hatten. 101 "Welche Erkrankungen möglich sind", 102 so der Reichsgesundheitsführer, "zeigt das bolschewistische Russland, das in seinen schlimmsten Jahren bis zu 4 Millionen Erkrankungen jährlich gemeldet hatte". Conti rechnete damit, daß der "Flecktyphus als Gefahr bis zum Ende des Krieges bestehen bleiben" werde, und empfahl der Parteikanzlei, eine Erörterung dieses Problems in der Öffentlichkeit zu unterbinden.

Ob die "plötzliche Hereinnahme von Hunderttausenden russischen Kriegsgefangenen in unentlaustem Zustand"<sup>103</sup> tatsächlich "die Gefahr einer großen akuten Seuche" entstehen ließ, wie der Reichsgesundheitsführer vermutete, ist indes fraglich. Zwar erhielten Contis Befürchtungen dadurch eine gewisse Grundlage, daß bis in das Jahr 1942 immer wieder parasitenbefallene Transporte im Reichsgebiet eintrafen, obgleich Entlausungen der Deportierten am Heimatort und an der Reichsgrenze vorgeschrieben waren.<sup>104</sup> Die erwartete Seuchenkrise blieb jedoch aus. 1942 stieg die Zahl der Fleckfieberkranken im Altreich zwar um mehr als 300 Prozentpunkte gegenüber dem Vorjahr. Die Zahl der Kranken blieb jedoch mit ca. 2400 (davon ca. 2000 Ausländern) gemessen an der Zahl der rund drei Millionen

Regierungspräsidium Schleswig an die Landräte, Oberbürgermeister und Amtsärzte des Bezirks, 26. 5. 1942, MeckLHA, MfU/11045. Die Quarantänebestimmungen waren für die Zivilarbeiter bereits durch eine Anordnung Contis aufgeweicht worden, in der er die Gesundheitsämter darauf hinwies, daß bei allen seuchenpolizeilichen Maßnahmen "darauf Bedacht zu nehmen [sei], daß der Zweck der Hereinnahme der polnischen Arbeitskräfte möglichst keine Beeinträchtigungen erleidet", und bestimmte, daß auch Polen aus Transporten, in denen Fleckfieberfälle vorgekommen waren, unmittelbar dem Arbeitseinsatz zur Verfügung gestellt werden und dabei lediglich einer verschärften Beobachtung, nicht aber einer Quarantäne unterworfen sein sollten; Conti an die Reichsstatthalter u. a., 28. 6. 1941, BAB, R 18/3646.

<sup>101</sup> L. Conti, Dank des Reichsgesundheitsführers an alle Mitarbeiter im Kampfe gegen das Fleckfieber, in: Gesundheitsführung 3 (1942), S. 105. 1914/15 waren mehr als 40 000 deutsche Kriegsgefangene und knapp 600 Zivilisten an Fleckfieber erkrankt; Hase, Ungeziefer, S. 312; Otto, Fleckfieber, S. 404 f.; Gärtner, Einrichtungen, S. 259–263.

<sup>102</sup> Conti an die Parteikanzlei, 26. 1. 1942, BAB, R 18/3794.

<sup>103</sup> Z.B. Conti, Der Stand der Volksgesundheit im fünften Kriegsjahr. Rede auf der Tagung der Ober- und Regierungspräsidenten in Breslau, Februar 1944, S. 2f., BAB, Film 14271.

<sup>104</sup> Richtlinien für die ärztliche Untersuchung, Anlage zum Merkblatt des Generalbevollmächtigten für den Arbeitseinsatz über gesundheitliche Maßnahmen bei Ostarbeitern, 30. 12. 1942, MeckLHA, MfU/11054; Schreiben des Präsidenten des Landesarbeitsamtes Mitteldeutschland an die Landräte, Amtsärzte und Oberbürgermeister des Bezirks, 26. 6. 1942, LHSA, Rep. C 28 Ig/262.

Zwangsarbeiter, die bis Ende 1942 im Deutschen Reich eingesetzt wurden, verschwindend gering. 105

Obwohl empirisch ohne Grundlage, fand die panikartige Krisendiagnose des Reichsgesundheitsführers dennoch Eingang in das Denken lokaler Entscheidungsträger aus dem NSDAP-Apparat und diente diesen zur Rechtfertigung radikaler "Lösungsvorschläge" des Fleckfieberproblems. Manche davon lassen ein erschreckendes Maß an Vernichtungsbereitschaft gegenüber den osteuropäischen Zwangsarbeitern erkennen, die vor allem dann zutage trat, wenn Infektionsfälle die deutsche Bevölkerung zu gefährden schienen. Sie wurden indes – soweit sich aus den spärlichen Quellen ersehen läßt – nicht in die Tat umgesetzt. Als die Kreisleitung Ochsenfurt im Februar 1942 an die Gauleitung Mainfranken das Ansinnen herantrug, eine Fleckfieberepidemie in einem Zwangsarbeiterlager durch die Exekution der Erkrankten und die Niederbrennung ihrer Unterkünfte zu bekämpfen, wurde sie dort mit dem Hinweis "Ganz so einfach geht das nicht!" abschlägig beschieden. 106

In der Praxis wich Contis Bewertung bald einer realistischeren Beurteilung der Fleckfiebergefahr, die vor allem von den Ärzten des öffentlichen Gesundheitswesens getragen wurde. Für diese Sichtweise steht z.B. der Berliner Regierungs- und Medizinalrat Heinmüller, der die Gesundheitsaufsicht über mehrere große Lager führte. Heinmüller schätzte das Risiko einer Fleckfieberepidemie unter der deutschen Zivilbevölkerung nur als gering ein, da Läuse dort – anders als im Ostheer – wenig verbreitet seien. <sup>107</sup> Ein weiterer Grund für die im Vergleich zu Conti optimistischere Lageeinschätzung dürfte darin bestanden haben, daß die Fleckfieberprophylaxe für die Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes umso mehr zur Routine wurde, je mehr sich der Zwangsarbeitereinsatz zum kriegswirtschaftlichen Normalfall entwickelte. <sup>108</sup> Dies gilt nicht nur für die seuchenhygienische Überwachung der Lager, an der eine Vielzahl von Dienststellen beteiligt war, die teils reibungslos miteinander kooperierten, teils aber auch eifersüchtig miteinan-

<sup>105</sup> Tab. D.3. Allerdings sind in der zivilen Statistik Infektionen von Zwangsarbeitern, die als Kriegsgefangene der Wehrmacht unterstanden, nicht enthalten. Conti veranschlagte deren Zahl in einem Rechenschaftsbericht an die Parteikanzlei auf ca. 15 000 Fälle. Diese Angaben sind mit einer gewissen Vorsicht zu sehen, denn der Reichsgesundheitsführer versuchte, die Fleckfiebergefahr als besonders groß darzustellen, zudem sind der Bezugszeitraum und die territoriale Bezugsgrundlage seiner Daten nicht eindeutig; Conti an die Parteikanzlei, 26. 1. 1942, BAB, R 18/3794.

<sup>106</sup> Kudlien, Wehrmachtsärzte, S. 337. Der Münchner Oberbürgermeister Fiehler antwortete auf die Frage, ob die innere Abteilung eines städtischen Krankenhauses in ein Infektionskrankenhaus für Fleckfieberkranke umgewandelt werden solle, ihm sei nicht viel daran gelegen, wenn "400–500 Russen draufgehen", und befürwortete die Räumung lediglich, um eine Ansteckungsgefahr für die deutsche Bevölkerung zu vermeiden; Protokoll der Dezernentenbesprechung am 29. 6. 1942, StadtAM, Ratsprotokolle 715/3.

<sup>&</sup>lt;sup>107</sup> A. Heinmüller, Die hygienische Überwachung von Massenquartieren und Lagern ausländischer Arbeiter, in: ÖGD 9 A (1943), S. 157–167, 269–277; 297–329, 273, sowie Zimmermann, Richtlinien, S. 27.

<sup>108</sup> Hierfür spricht auch, daß das vom Reichsministerium für Volksaufklärung und Propaganda 1941 verfügte Berichterstattungsverbot zum Thema Fleckfieber 1943 gelockert wurde; Abteilung Zeitschriftenpresse, Aktenvermerk für Naumann, 1. 7. 1943, BAB, 50.01/912.

der um die Oberhoheit über die Gesundheitsaufsicht der Zwangsarbeiterlager konkurrierten. <sup>109</sup> Hierunter zählten neben Wehrmacht und Arbeitsfront vor allem die Gesundheitsämter, die die Lager im Rahmen ihrer seuchenpolizeilichen Generalzuständigkeit innerhalb des jeweiligen Amtsarztbezirks prüften und dabei nicht nur Zwangsarbeiter auf eventuelle Verlausungen kontrollierten, sondern auch, ob die Betreiber der Massenunterkünfte gewisse hygienische Mindeststandards gewährleisteten. Auf dem Land wurden sie darin durch die Gemeindeschwestern der NSV unterstützt, die die auf den Bauernhöfen untergebrachten Zwangsarbeiter überwachten. <sup>110</sup>

Bis zum Jahresende 1942 komplettierten die Landesarbeitsämter die sanitätspolizeilichen Sicherungsvorkehrungen gegen das Fleckfieber durch ein zweifaches System von Durchgangslagern, dessen äußere Linie entlang der östlichen Reichsgrenzen und im Generalgouvernement verlief. 111 Nach der Entlausung am Anwerbeort und beim Passieren der Grenze wurden die Zwangsarbeiter am Zielort in eigenen Durchgangslagern der Landesarbeitsämter ein drittes Mal entlaust. 112 Aus der Sicht der Medizinalverwaltung ließ sich die Bilanz dieses Maßnahmenkatalogs durchaus als Erfolg buchen. Nur selten erreichten Epidemieherde in den Zwangsarbeiterlagern die deutsche Bevölkerung wie im Mai 1944 in Magdeburg. 113 Wo dies geschah, konnte die Seuche lokal begrenzt und innerhalb weniger Wochen eingedämmt werden. Auch die Zahl der angesteckten Deutschen hielt sich - entgegen Contis Befürchtungen - in engen Grenzen; sie betrug 1940 bis 1944 zusammengenommen weniger als 2000 Personen, knapp 11 Prozent der Gesamterkrankungen. 114 Auch daß die Zahl der Erkrankungen 1942/43 rückläufig war, und aufs Ganze gesehen bis 1944 deutlich langsamer zunahm als die Zahl der Zwangsarbeiter, deutet auf die Wirksamkeit der getroffenen Maßnahmen.

<sup>&</sup>lt;sup>109</sup> Strittig war insbesondere, wieweit die Aufsichtsrechte der Gesundheits- und Gewerbeaufsichtsämter in die Lager hineinwirkten. So verweigerte die Organisation Todt Amtsärzten, die Beschwerden über die hygienischen Zustände in deren Düsseldorfer und Mülheimer Lagern nachgingen, den Zutritt; Aktenvermerk des Gesundheitsamtes Düsseldorf, 23. 9. 1943, NRWHStA, Reg. Düsseldorf/56505. Auch die Wehrmacht beanspruchte für ihre Kriegsgefangenenlager einen exemten Status und untersagte Amtsärzten den Zutritt; Gesundheitsamt Landsberg/Warthe an das Regierungspräsidium Frankfurt/Oder, 23. 1. 1942, BrLHA, Br. Pr. Rep. 3 B Abt. I Med./1039.

<sup>&</sup>lt;sup>110</sup> Zimmermann, Richtlinien, S. 10; Cropp an die Reichsstatthalter u. a., 10. 1. 1942, ThüH-StA, MdI, Abt. E/654-I; Anordnung des Hauptamtes für Volkswohlfahrt, Nr. V 15/42 vom 21. 8. 1942, ebenda.

<sup>111</sup> Eine Aufstellung der entlang der östlichen Reichsgrenzen und im Generalgouvernement errichteten Entlausungslager findet sich im Merkblatt des Generalbevollmächtigten für den Arbeitseinsatz über gesundheitliche Maßnahmen bei den Ostarbeitern, 30. 12. 1942, BAB, NS 5-I/278.

<sup>&</sup>lt;sup>112</sup> Unterabteilung Gesundheitssicherung, Aktenvermerk betr. Fleckfieber in den Jahren 1941–1944, [1945], BAB, R 18/3646. Ende 1942 existierten rund 50 solcher Durchgangslager, die zur Entlausung und Krankenbehandlung der Deportierten dienten; vgl. A. Heinmüller, Die hygienische Überwachung von Massenquartieren und Lagern ausländischer Arbeiter, in: ÖGD 9 A (1943), S. 157–167, 269–277; 297–329, 299–301.

<sup>&</sup>lt;sup>113</sup> USSBS, Medical Branch Report: The Effect of Bombing on Health and Medical Care in Germany, 1945, S. 31; IfZ, MA 1566/5.

<sup>114</sup> Tab. D. 3 (berechnet für den Gebietsstand 1937).

Welche unmittelbaren Folgen sich für die Zwangsarbeiter aus der Furcht deutscher Dienststellen vor Fleckfieberepidemien ergaben, läßt sich mit den vorhandenen Quellen nur skizzenhaft erschließen. Insbesondere Unterschiede in den Lebensverhältnissen, wie sie etwa zwischen den zahlreichen behelfsmäßigen Kleinstlagern und den Massenunterkünften der großen Rüstungsbetriebe oder zwischen zivilen Zwangsarbeitern und Kriegsgefangenen bestanden, sind nur schwer zu fassen. 115 Punktuell vorhandene Zeugnisse deuten darauf hin, daß die Maßnahmen zur Fleckfieberprophylaxe ambivalent auf die Lebenssituation der Zwangsarbeiter wirkten. Einerseits war es gerade die Furcht vor Ansteckungen, die Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes darauf drängen ließ, in den Massenunterkünften der Zwangsarbeiter wenigstens hygienische Mindeststandards zu sichern, worunter sie eine geregelte Trinkwasserversorgung, funktionsfähige Abortanlagen und ungezieferfreie Aufenthaltsräume verstanden. 116 In einzelnen Fällen besonders krasser hygienischer Mißstände bewirkten die Gesundheitsämter auch eine Schließung kleinerer Lager. 117 Solche Fälle waren jedoch selten. Ihnen stehen zahlreiche Berichte gegenüber, die die miserablen Lebensbedingungen in den Zwangsarbeiterlagern hervorheben und auf den Verursachungszusammenhang zwischen den "vielfach unzulänglichen Einrichtungen zur Reinigung des Körpers, der Wäsche, Kleider und Betten"118 und dem zunehmenden Ungezieferbefall der Fremdarbeiter aufmerksam machen. 119 Diese Seite der Medaille wurde zudem durch das Diktum geprägt, daß der "Fremdvölkische" nur insoweit in Maßnahmen zur Seuchenbekämpfung "einbezogen werden kann, als er vielleicht eine Ansteckungsquelle und damit eine Gefahr für die deutsche Volkssubstanz darstellt". 120 Die seuchenpolitisch motivierte Aufstellung eigener "Infektionsbarak-

<sup>&</sup>lt;sup>115</sup> Zumeist waren die hygienischen Verhältnisse in den großen Barackenlagern besser als in den Kleinstlagern. Letztere entsprachen "durchweg nicht den Hygienemindestanforderungen, die an Massenquartiere zu stellen sind"; A. Heinmüller, Die hygienische Überwachung von Massenquartieren und Lagern ausländischer Arbeiter, in: ÖGD 9 A (1943), S. 157–167, 269–277; 297–329, 161.

<sup>&</sup>lt;sup>116</sup> Zimmermann, Richtlinien, S. 1, 8; Caesar, Aufgaben des Gesundheitsamtes bei der Überwachung und Betreuung der fremdvölkischen Arbeiter (Vortrag auf der Dienstversammlung der Amtsärzte des Regierungsbezirks Arnsberg am 30. 10. 1941), S. 8, StAMü, Reg. Arnsberg/12961.

<sup>117</sup> Strafbefehl des Amtsgerichts München gegen die Baufirma Franz Steiner, August 1944, StAM, AG München/47394, sowie Beschluß des Landrates München-Land vom 5. 9. 1944, Gemeindearchiv Planegg, beide zit. bei Heusler, Ausländereinsatz, S. 242.

<sup>118</sup> Gesundheitsamt der Stadt Wien, [ca. 1943], Die spitalmäßige Versorgung fremdvölkischer Arbeitskräfte, S. 5, BAB, R 36/1277; vgl. auch Abs, Lagerhygiene und übertragbare Krankheiten, Referat auf der Dienstbesprechung der Amtsärzte am 27. 10. 1943, NRWHStA, Reg. Düsseldorf/56505.

<sup>119</sup> Zu den Lebensbedingungen in den Massenquartieren der Zwangsarbeiter vgl. Herbert, Fremdarbeiter, S. 201, 293 f., und Heusler, Ausländereinsatz, S. 243.

W. Schütz, Die gesundheitspolitische Erziehung der Medizin-Studenten, in: Gesundheitsführung 5 (1944), S. 16–18, 16; diesbezügliche Anordnungen finden sich zahlreich in den Akten nachgeordneter Verwaltungsbehörden, z. B. im Schreiben des Medizinaldezernenten der Regierung Frankfurt/Oder vom 16. 7. 1940, in dem er die Gesundheitsämter des Bezirks darauf hinwies, "daß die Maßnahmen der Gesundheitsämter wegen der Überwachung lediglich dem gesundheitlichen Schutz der Deutschen Bevölkerung vor etwa bei den polnischen Arbeitern vorhandenen oder auftretenden Infektionskrankhei-

ken" für ausländische Zwangsarbeiter bewirkte letztendlich keine Verbesserung ihrer gesundheitlichen Betreuung, sondern festigte die zuvor schon etablierte Praxis der selektiven Zuteilung von Gesundheitsressourcen, indem sie die Gruppe der Infektionskranken, die bislang – wenn auch als Patientenkategorie minderen Rechts – in das allgemeine System der medizinischen Versorgung integriert war, dem notorisch unzureichenden System der Lagermedizin überwies. Im Lageralltag blieb die Fleckfieberprophylaxe mit entwürdigenden Körperkontrollen verbunden, die Beauftragte der Lagerleitung und Angestellte der Gesundheitsämter bei den Zwangsarbeitern durchführten. Manche der auf deutscher Seite daran beteiligten Personen betrieben diese Aufgabe mit geradezu kulturmissionarischem Eifer. Vor allem "Ordnung und Sauberkeit im weitesten Sinne" 122 gelte es den Lagerinsassen zu vermitteln, der "Wille zur Sauberkeit" sei, "wo er bereits vorhanden ist, zu stärken, wo er noch nicht vorhanden ist, durch erzieherische Maßnahmen zu wecken". 123 Angesichts der zahlreichen hygienischen Mißstände in solchen Lagern muten Ansinnen dieser Art mehr als absonderlich an.

Im Winter 1944 verachtfachte sich die Zahl der Erkrankungen gegenüber dem Vorjahreszeitraum auf mehr als 500 Ansteckungsfälle pro Woche. 124 In dieser Zahl sind die Epidemien, die gegen Kriegsende in den überfüllten Konzentrationslagern wüteten, nicht enthalten. 125 Der Mangel an medizinischen Verbrauchsgütern, z.B. Desinfektionsmitteln, behinderte eine wirksame Seuchenbekämpfung, so daß es ausgesprochen selten vorkam, daß "einmal ein Lager nicht verlaust, verwanzt oder verflöht"126 war. Vor allem aber fiel mit dem Zusammenbruch der Heeresgruppe Mitte der entlang der östlichen Reichsgrenzen errichtete Seuchenkordon in sich zusammen, da die meisten Desinfektionseinrichtungen auf dem Rückzug verlorengingen. Mit den zurückweichenden Heereseinheiten strömten Zehntausende von Zwangsarbeitern nach Deutschland, die ohne vorherige Entlausungen aus den geräumten Gebieten in die überfüllten Lager der Arbeitseinsatzbehörden verbracht wurden.

ten dienen sollen; es kommen also keine fürsorgerischen Maßnahmen für die polnischen Arbeiter in Betracht". BrLHA, Br. Pr. Rep. 3 B Abt. I Med./1039.

<sup>121</sup> Der Entlausung ging regelmäßig eine Schur der Kopf- und Körperbehaarung sowie eine unter deutscher Aufsicht durchzuführende Körperreinigung voraus; Reichsverteidigungskommissar des Wehrkreises II an den Reichsstatthalter in Mecklenburg, 19. 12. 1941; MeckLHA, MfU/11539; H. Schulte, Die seuchenhygienische Überwachung polnischer Arbeiter durch das Gesundheitsamt, in: ÖGD 7 A (1940/41), S. 640-645, 644.

<sup>122</sup> Zimmermann, Richtlinien, S. 16 (Zitat), 10. Zimmermann hatte seine Medizinalpraktikantenzeit als Lagerarzt des Freiburger Gesundheitsamts absolviert.

<sup>123</sup> Reichsverteidigungskommissar für den Wehrkreis II an die Ober- und Regierungspräsidenten des Wehrkreises, 5. 12. 1941, MeckLHA, MfU/11539.

<sup>124</sup> Unterabteilung Gesundheitssicherung, Luftterror und Seuchenverhütung, [Anfang 1945], S. 7, BAB, R 18/3686

<sup>125</sup> Allein in Bergen-Belsen waren zum Zeitpunkt der Befreiung des Lagers 3500 von 61 000 KZ-Insassen an Fleckfieber erkrankt; W.A. Davies, Typhus at Belsen, in: American Journal of Hygiene 46 (1947), S. 66.

<sup>126</sup> Regierungspräsidium Arnsberg an den Sonderbeauftragten des Reichsführers SS für Schädlingsbekämpfung, 15. 2. 1945, StAMü, Reg. Arnsberg/13146.

Mit der Massenflucht aus dem Osten griff das Fleckfieber zunehmend auch auf die deutsche Zivilbevölkerung über. Für das erste Halbjahr 1945 existieren nur mehr lokale Morbiditätsraten, doch deuten diese punktuellen Befunde auf einen rasanten Anstieg der Erkrankungsziffern hin, vor allem in Gebieten, die größere Mengen von Flüchtlingen aufnahmen. Viele, die vor der heranrückenden Roten Armee flohen, waren bereits auf der Flucht erkrankt und trugen die Krankheit in die improvisierten Notunterkünfte. 127 Diese wirkten infolge der dort herrschenden primitiven hygienischen Bedingungen vielfach als Katalysator der Seuche, die noch Monate nach dem Zusammenbruch der nationalsozialistischen Herrschaft das Morbiditätsspektrum dieser Lager und solcher Gebiete prägte, die, wie Mecklenburg und Brandenburg, eine größere Anzahl Flüchtlinge aufgenommen hatten. 128

<sup>&</sup>lt;sup>127</sup> Unterabteilung Gesundheitssicherung, Aktenvermerk betr. Fleckfieber in den Jahren 1941–1944 [1945], BAB, R 18/3646.

<sup>128</sup> Raettig, Bericht über die Arbeit der Fleckfieberbekämpfungsgruppe im Kreis Demmin vom 5.2. bis 23. 3. 1946, 30. 3. 1946, MeckLHA, MSo/3229; Protokoll der 4. Tagung der Leiter der Provinzial- und Landesgesundheitsämter am 12. 1. 1946, BAB, DQ 1/1338.