

Erster Teil:

Das gesundheitspolitische Machtgefüge

I. Die institutionelle Entwicklung des deutschen Gesundheitswesens

Das Gesundheitswesen des „Dritten Reiches“ war polyzentrisch strukturiert. Daher existiert kein institutioneller Fokus, der sich alleine als Leitfaden der Darstellung eignen würde. Das Handeln der gesundheitspolitischen Akteure bestand zu einem erheblichen Teil aus Versuchen, den eigenen Kompetenzbereich auszudehnen, und der Abwehr von Expansionsversuchen konkurrierender gesundheitspolitischer Machtzentren, die den organisatorischen Kontext, in dem sich gesundheitspolitisches Handeln vollzog, beständig veränderten. Daher können die gesundheitspolitischen Institutionen nicht isoliert voneinander, sondern nur als vielfältig untereinander verflochtener Komplex angemessen analysiert werden, in dem die Positionierung einzelner Dienststellen nicht nur durch ihren kodifizierten Aufgabenbereich bestimmt wurde, sondern auch durch ihre Relation zu anderen Herrschaftsträgern und ihrem Verhältnis zum nationalsozialistischen Diktator.

Wählt man die Konstellation dieser polykratischen Konflikte¹ als strukturierendes Prinzip einer Geschichte gesundheitspolitischer Institutionen, so lassen sich drei Phasen unterscheiden: Bis zur Machtübernahme der Nationalsozialisten stand das politisch wenig ausdifferenzierte Parteigesundheitswesen der NSDAP in Opposition zum gesundheitspolitischen System der Weimarer Republik. Auch wenn es aufgrund seiner Frontstellung nach außen homogen erschien, so war es im Innern sowohl durch einen Generationskonflikt in der Führungsgruppe wie auch durch Auseinandersetzungen zwischen der gesundheitspolitischen Peripherie der Gauorganisationen des NS-Ärztbundes und dessen Münchener Leitung geprägt. Vom Herbst 1933 bis zum Tode des Reichsärztführers Gerhard Wagner im März 1939 überlagerte der Konflikt zwischen einem nationalsozialistisch beherrschten, zunehmend zentralisierten staatlichen Gesundheitswesen und dem in der Person Gerhard Wagners zusammengefaßten Gesundheitswesen der NSDAP die parteiinterne Konkurrenz auf dem Gesundheitssektor. Nach dem Tode Wagners und der Personalunion zwischen der Leitung des öffentlichen Gesundheitswesens und den gesundheitspolitischen Dienststellen der NSDAP im September 1939 zerfiel diese dualistische Konfliktstruktur in ein Nebeneinander mehrerer rivalisierender Machtzentren. Zu Beginn des Zweiten Weltkrieges konzentrierte

¹ Vgl. Hüttenberger, Polykratie, S. 420–422. Im Unterschied zum Polykratiebegriff Hüttenbergers, der anhand der Frühphase der NS-Herrschaft entwickelt wurde und der von der Konkurrenz mehrerer autonomer Herrschaftsträger ausging, die ihre Machtressourcen nicht notwendig der Gunst des Diktators verdankten, läßt sich die Phase der durchgesetzten NS-Herrschaft, in die auch der Untersuchungszeitraum dieser Studie fällt, wohl besser mit dem Begriff der führerzentrierten Polykratie charakterisieren, da die Positionierung jedes Herrschaftsträgers entscheidend von seinem Verhältnis zum nationalsozialistischen Diktator abhing.

sich die Mehrheit der gesundheitspolitischen Kompetenzen in den Händen des Wagner-Nachfolgers Leonardo Conti, ohne daß dieser seinen umfassenden Machtanspruch durchsetzen konnte. Im folgenden wird daher auch zu klären sein, warum sich gesundheitspolitische Herrschaft in den Kriegsjahren erneut fragmentierte, obwohl die Vereinigung von Staats- und Parteiamt gewöhnlich besondere Chancen zur Bündelung von Einflußmöglichkeiten bot.

1. Die staatliche Gesundheitsbürokratie

Die Gesundheitsabteilung des Reichsinnenministeriums und die nachgeordnete Medizinalverwaltung

Nach der Machtübertragung an die Nationalsozialisten zählte die Gesundheitsabteilung des Reichsinnenministeriums zu den am stärksten expandierenden Teilbereichen der inneren Verwaltung. Ihre Personalstärke wuchs – analog zum Ausbau ihrer Kompetenzen – von sieben Beamten im höheren Ministerialdienst im Oktober 1933 auf 26 im April 1939. Ende 1942 erreichte der Ausbau mit insgesamt 50 höheren Medizinalbeamten in 40 Referaten seinen Gipfelpunkt.² In der Weimarer Republik hatten Gesundheitsangelegenheiten bei der kleinen Unterabteilung IIa des Reichsinnenministeriums ressortiert, deren Befugnisse jedoch im wesentlichen auf die Vorbereitung und Kontrolle der gesundheitspolitischen Reichsgesetzgebung beschränkt geblieben waren, während Organisation und Durchführung der Gesundheitspflege den Ländern oblegen hatten.³ Erst nachdem die Landesministerien im Jahr 1934 den jeweiligen Reichsressorts unterstellt und das Preußische Innenministerium mit dem Reichsinnenministerium vereinigt worden war, erhielt die Gesundheitsabteilung direkten Zugriff auf die gesundheitspolitischen Mittel- und Unterbehörden der inneren Verwaltung und damit eigenständige Exekutivmöglichkeiten.⁴ Zum Geschäftsbereich der neuen Abteilung IV (Volksgesundheit), die im November 1934 durch die Zusammenfassung der Medizinalabteilungen des Reichsinnenministeriums und des preußischen Innenministeriums entstand, zählten die Sicherstellung der medizinischen Versorgung einschließlich derjenigen Teile der speziellen Gesundheitsfürsorge, die von Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes erbracht wurden, die Bekämpfung

² Zusammenstellung der Kopfstärke der Gesundheitsabteilung, 20. 10. 1933-April 1939, BAB, R 18/5583, Bl. 149–155; vorläufiger Geschäftsverteilungsplan des Reichsinnenministeriums, 1. 1. 1943, IfZ, MA 24/1; zum Aufbau der Gesundheitsabteilung vgl. Abb. 2.

³ Unter den Reichsgesetzen im Geschäftsbereich der Abteilung waren insbesondere das Reichsimpfgesetz, das Gesetz zur Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten sowie das Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten relevant. Für Einzelheiten des Aufgabenspektrums vgl. den Geschäftsverteilungsplan der Abteilung II [1931], BAB, R 18/26471, Bl. 83–107.

⁴ Gesetz über den Neuaufbau des Reiches, 30. 1. 1934, RGBl. I, S. 75; Verordnung zur Vereinfachung und Verbilligung der Verwaltung, 19. 7. 1934, RGBl. I, S. 719; Erlaß des Reichs- und Preußischen Ministeriums des Innern, 25. 10. 1934, RMBIv, S. 681; zur Geschichte des Reichsinnenministeriums vgl. Peterson, Limits, S. 77–148; Rebentisch, Führerstaat, S. 91–116, 499–511 sowie Neliba, Frick.

ansteckender Krankheiten sowie die Aufsicht über die Kranken-, Heil- und Pflegeanstalten, den Verkehr mit Arzneimitteln und die Heilberufe. Neben diese klassischen Aufgabenfelder des staatlichen Gesundheitswesens trat die Generalkompetenz für die Durchführung der nationalsozialistischen Erbgesundheitspolitik als neues Aufgabenfeld hinzu.⁵ Vor allem dieser gegen Usurpationsversuche von Parteidienststellen zäh verteidigten Zuständigkeit verdankte es die Gesundheitsabteilung, daß sie sich in den Jahren 1933–1939 zur bestimmenden Größe der nationalsozialistischen Gesundheitspolitik entwickeln konnte, obwohl erhebliche Teilbereiche dieses politischen Handlungsfeldes in den Verantwortungsbereich anderer Ressorts fielen. Das wichtige Feld der Krankenversicherung und damit ein Großteil der Wirtschaftsverhältnisse des Gesundheitswesens unterstand dem Reichsarbeitsministerium, die Ärzteausbildung war ebenso wie die Berufungsangelegenheiten der medizinischen Fakultäten dem Reichserziehungsministerium zugeordnet, und der für die Umsetzung der nationalsozialistischen Bevölkerungspolitik wichtige Bereich der „hygienischen Volksaufklärung“ wurde gemeinsam mit dem Ministerium für Volksaufklärung und Propaganda verwaltet.⁶ Vor allem aber blieb das zentrale Handlungsfeld der ärztlichen Standespolitik dem Einfluß des Reichsinnenministeriums entzogen, denn die 1936 errichtete Reichsärztekammer wurde in Personalunion mit dem NSDAP-Hauptamt für Volksgesundheit vom Reichsärztführer Gerhard Wagner geleitet. Wagner bildete bis zu seinem frühen Leukämietod im März 1939 den eigentlichen gesundheitspolitischen Widerpart des Abteilungsleiters Arthur Gütt.

Nach dem frühen Tod Wagners sollte die Ernennung des Berliner Stadtmedizinalrats Leonardo Conti zum Staatssekretär und Leiter der Gesundheitsabteilung den Dualismus zwischen dem staatlichen Gesundheitswesen und dem Parteigesundheitswesen der NSDAP überwinden helfen. Contis Berufung in das Reichsinnenministerium war im März 1939 die Ernennung zum Nachfolger Wagners als Leiter des NSDAP-Hauptamtes für Volksgesundheit vorausgegangen. Zwar hatte er seine Karriere im Gesundheitswesen der NSDAP begonnen, zählte aber zu den Befürwortern eines in staatlicher Verantwortung organisierten Gesundheitssystems.⁷ Nun gebot er als Staatssekretär über das Gesundheitswesen der inneren Verwaltung, als Vorsitzender der Reichsärztekammer über beide ärztlichen Standesorganisationen,⁸ und als Leiter des Hauptamtes für Volksgesundheit unter-

⁵ Medicus, Reichsministerium, S. 46; Klein, Amtsarzt, S. 40–42; Erlaß des Reichs- und Preußischen Ministeriums des Innern, 25. 10. 1934, RMBliV, S. 681.

⁶ Zum gesundheitspolitischen Geschäftsbereich der Reichsministerien vgl. Abb. 1.

⁷ Conti verstand sich selbst als „one of those that wants to work constructively for the state“; Vernehmung Conti, 1. 9. 1945, S. 3, BAK, All. Proz. 2/FC 6155 P.

⁸ Da diese dem Reichsärzte- bzw. Reichsgesundheitsführer direkt unterstanden und Parteiamt und ärztliche Berufsorganisationen auch auf der Mittelebene der Landesärztekammern und KVD-Landesstellen verklammert waren, traten die berufsständischen Organisationen der Ärzteschaft als eigenständige gesundheitspolitische Akteure kaum hervor. Die Hauptaufgabe der 1933 durch die Zusammenfassung der regionalen Kassenärztlichen Vereinigungen entstandenen KVD bestand in der Regulierung der Wirtschaftsangelegenheiten der Ärzte, insbesondere der Verteilung der Honoraraufkommen sowie in der Zulassung zur Kassenpraxis. Die 1936 ins Leben gerufene Reichsärztekammer nahm Aufgaben bei der Verteilung der Ärzte, der Altersversorgung und der innerprofessionellen Kon-

stand ihm das Gesundheitswesen der NSDAP und ihrer Gliederungen.⁹ Formal rangierte Conti als Leiter der aus den Abteilungen III (Veterinärwesen) und IV neugebildeten Hauptgruppe Gesundheit seit September 1939 ranggleich mit den anderen „Fach“-Staatssekretären Konstantin Hierl (Reichsarbeitsdienst) und Heinrich Himmler (Polizei), die den Reichsinnenminister in ihrem jeweiligen Geschäftsbereich vertraten.¹⁰

Der neue Reichsgesundheitsführer hatte am Tag der nationalsozialistischen Machteroberung sein dreiunddreißigstes Lebensjahr noch nicht vollendet, konnte jedoch bereits auf eine beinahe fünfzehnjährige politische Laufbahn am äußersten rechten Rand des politischen Spektrums zurückblicken. Der Sohn eines Schweizer Beamten und einer deutschen Mutter wurde am 24. August 1900 in Lugano geboren.¹¹ Die laizistisch eingestellte, früh antisemitisch aktive Frau ließ sich 1903 scheiden und kehrte nach Berlin zurück, wo sie den Lebensunterhalt für drei Kinder und das Studium zweier Söhne als Hebamme verdiente. Conti wurde 1915 eingebürgert und im Sommer 1918 nach dem Notabitur noch militärisch ausgebildet, ohne an der Front eingesetzt zu werden. Während der Novemberrevolution trat der Achtzehnjährige der antirevolutionären Gardekavallerie-Schützendivision bei. Das Medizinstudium nahm er auf Drängen der Mutter im Wintersemester 1919 an der Berliner Friedrich-Wilhelms-Universität auf. Neben seinem Studium verwandte Conti einen Großteil seiner Zeit auf das Engagement in republikfeindlichen Organisationen. Er gründete den antisemitischen „Deutschen Volksbund“ mit, gehörte dem der Organisation Consul nahestehenden Wikingbund an und nahm als technischer Nothelfer am Kapp-Putsch teil. Die Berliner Universität mußte Conti verlassen, nachdem er als Führer der Finkenschaft, eines Zusammenschlusses nichtkorporierter nationalistisch gesinnter Studenten, bei der Vertreibung des pazifistischen Professors Georg Friedrich Nicolai in besonders ehrverletzender Weise hervorgetreten war. Nach der Relegation setzte Conti sein Studium im Wintersemester 1923 in Erlangen fort und legte dort Ende 1924 sein Staatsexamen ab. Anschließend kehrte er nach Berlin zurück und wirkte dort als Ortsgruppenleiter der Nationalsozialistischen Freiheitsbewegung, bevor er im Herbst 1927 der NSDAP beitrug. In beruflicher Hinsicht teilte Conti das Schicksal zahlreicher junger Berufskollegen und schlug sich seit dem Frühjahr 1925 mehr schlecht als recht als praktischer Arzt ohne Ortskrankenkassenzulassung, Arztvertreter und seit Ende 1927 als nebenamtlicher Hilfsarzt in der Berliner

trolle und Disziplinierung wahr. Während des Krieges wurde die durch Beitragszahlungen ihrer Zwangsmitglieder finanziell gut ausgestattete Reichsärztekammer verschiedentlich zur Finanzierung von Sonderaufgaben, etwa zur medizinischen Betreuung volksdeutscher Rückwanderer, herangezogen. Zum Aufgabenbereich von RÄK und KVD vgl. die Reichsärzteordnung, 13. 12. 1935, RGBl. I, S. 1433 ff., § 46; Verordnung über die Errichtung der Kassenärztlichen Vereinigung Deutschlands, 2. 8. 1933, RGBl. I, S. 567 ff., § 2; Ramm, Rechts- und Standeskunde, S. 38–62; aus der Sicht eines Berufsfunktionärs: P. Sperling, Pg. Aesculap, MS 1965, AKBV/ohne Signatur.

⁹ Zum Geschäftsbereich Contis bei seiner Ernennung vgl. Abb. 7.

¹⁰ Frick, Aktenvermerk, 31. 8. 1939, BAB, R 18/3905.

¹¹ Interview Stephan Leibfrieds mit Elfriede Conti, 18. 2. 1982; Lebenslauf Conti (1936); Spruchkammerakte Conti, alle ZeS, Personalakte Conti; vgl. auch die Personalakte Contis im BAB; sowie Kater, Conti, S. 301–305.

Säuglings- und Kleinkinderfürsorge durch. Die Berliner Jahre waren für Conti späteren Lebensweg in mehrfacher Hinsicht von Bedeutung. Seine Bekanntschaft mit dem dortigen Gauleiter Joseph Goebbels stammte aus dieser Zeit, ebenso der Kontakt zu seinem Förderer Martin Bormann, den Conti als Arzt der Berliner SA-Hilfskasse kennengelernt hatte. Aus der Berliner Zeit resultierte allerdings auch sein Mißverhältnis zur SA, das es dem ambitionierten Conti bis zum Tode Wagners schwer machte, in der durch SA-Seilschaften dominierten Führungsriege des NS-Ärztbundes Einfluß zu erlangen, obgleich er zu dessen Gründungsmitgliedern zählte und in Berlin den mitgliederstärksten Gauverband führte. Der spätere Reichsgesundheitsführer engagierte sich als einer der wenigen Berliner NS-Ärzte dieser Zeit in der gesundheitlichen Betreuung der nationalsozialistischen Straßenkampfverbände. Sein Verhältnis zur SA wurde jedoch dauerhaft beschädigt, als Conti den rebellierenden Berliner SA-Führer Walter Stennes bei Hitler denunzierte.¹²

Im Mai 1932 wurde Conti in den Preußischen Landtag gewählt. Aus dieser Position heraus berief ihn Göring im Februar 1933 als Sonderkommissar zur „Säuberung“ der Gesundheitsverwaltung ins Preußische Innenministerium, wo Conti seit April 1933 als Ministerialrat beschäftigt wurde. Nach der Auflösung des Preußischen Innenministeriums wurde er 1935 als Referatsleiter Jugend und Sport in die Gesundheitsabteilung des Reichsinnenministeriums überführt. Aufgrund von Differenzen mit dem machtbewußten Abteilungsleiter Gütt wechselte Conti 1936 auf den Posten des Stadtmedizinaldirektors von Berlin, den ihm Goebbels angeboten hatte.¹³ Von dort aus wurde er im Frühjahr 1939 mit dem neuen Titel eines „Reichsgesundheitsführers“ zum Leiter des NSDAP-Hauptamtes für Volksgesundheit berufen.

Wenige Monate nach seiner Ernennung nutzte Conti im Sommer 1939 eine gesundheitsbedingte Abwesenheit des herzkranken Abteilungsleiters Gütt, um den Architekten der nationalsozialistischen Erbgesundheitspolitik aus dem Amt zu drängen. Die Einzelheiten dieses Vorgangs lassen sich nicht mehr exakt rekonstruieren. Sicher ist nur, daß Gütt's Vorgesetzte zurückhaltend reagierten, als dieser sich nach einem Kuraufenthalt als dienstfähig zurückmeldete. Mit einiger Wahrscheinlichkeit beruhte diese Zurückhaltung vor allem darauf, daß Gütt vor seiner krankheitsbedingten Abwesenheit mehrmals den Wunsch nach mehr Unabhängigkeit gegenüber der SS und seinem Minister geäußert hatte. Hinzu kam, daß er in der Auseinandersetzung mit dem Reichsärztesführer Wagner um die erbgesundheitspolitische Definitionsgewalt hart an die Grenzen systemkonformer Opposition gegangen war.¹⁴

¹² Zur sogenannten Stennes-Revolution vgl. Orlow, *History*, Bd. 1, S. 215–218; Longerich, *Bataillone*, S. 104–111.

¹³ Interview Elfriede Conti, 18. 2. 1982, S. 16, *ZeS*, Ordner Conti; Bormann an Ley, 2. 6. 1942, *BAB*, NS 20/213. Offenbar hatte Conti den vorherigen Leiter des Berliner Hauptgesundheitsamts, Stadtmedizinalrat Klein, durch die Bekanntmachung der „nichtarischen“ Abstammung von dessen Ehefrau zum Rücktritt gezwungen und war dann von Gütt als Nachfolger empfohlen worden; Anlage zum Schreiben des Dr. Klein, 15. 4. 1948; Lippert an Frick, 4. 8. 1936, *NRWHStA*, NW 130/710.

¹⁴ Daß der Grund für Gütt's Entmachtung eine verschwiegene jüdische Großmutter gewesen

Bei der Ernennung Contis zum Staatssekretär im Reichsinnenministerium spielte offenbar der Wunsch, den lähmenden Dualismus zwischen dem staatlichen und dem NSDAP-Gesundheitswesen zu überwinden, eine entscheidende Rolle.¹⁵ Ob diese Gründe bereits bei seiner Ernennung zum Nachfolger Wagners den Ausschlag gaben, kann mit den verfügbaren Quellen nicht entschieden werden. Die Nachfolge Wagners war innerhalb der nationalsozialistischen Führungsgruppe umstritten und die Entscheidung zur Vereinigung beider Ämter fiel mit einiger Wahrscheinlichkeit erst nach der Ernennung Contis zum Reichsgesundheitsführer. Offenbar war es Frick, der im Frühsommer 1939 die Beförderung Contis zum Leiter der Gesundheitsabteilung betrieb und dabei die Unterstützung Bormanns fand. Auf eine planvoll herbeigeführte Machtkonzentration beim Reichsgesundheitsführer deutet ebenfalls die Überführung der staatlichen Wohlfahrtspflege aus der Kommunalabteilung des Reichsinnenministeriums in den Geschäftsbereich der Gesundheitsabteilung.¹⁶ Auch die gleichzeitig mit seiner Berufung zum Leiter der Gesundheitsabteilung von Frick und Heß betriebene Ernennung Contis zum Staatssekretär im Reichsarbeitsministerium stützt die Vermutung, daß die Vereinigung aller gesundheitspolitisch relevanten Dienststellen in einer Hand angestrebt wurde.¹⁷

Conti, der sich bis dahin vor allem durch die medizinische Betreuung der olympischen Spiele in Berlin einen Namen gemacht hatte, übernahm nahezu unvorbereitet eine Abteilung, deren Führung seit Monaten verwaist war und deren Aufgabenbereich sich durch den Beginn des Krieges in vieler Hinsicht wandelte. Vor dem September 1939 lag der Arbeitsschwerpunkt der Gesundheitsabteilung auf dem Ausbau des öffentlichen Gesundheitswesens und der Durchsetzung der na-

sei (Lilienthal, *Ärztebund*, S. 277), ist unwahrscheinlich, da die Abstammung Gütts als SS-Brigadeführer besonders geprüft wurde und er nach seinem Ausscheiden mit einem Gut im Warthegau abgefunden wurde. Weder im Personalakt (BAB, 15.01 Pers./6875) noch in der SS-Offiziersakte (BAB, Personalakte Güt) finden sich Anhaltspunkte für „nichtarische“ Vorfahren, wohl aber Hinweise auf einen Jagdunfall Gütts im Frühjahr 1939, bei dem er das rechte Auge einbüßte und seither dauerhaft unter neurologischen und psychischen Beeinträchtigungen litt, so daß er nach einer mehrmonatigen nur teilweise erfolgreichen Rekonvaleszenzphase im August 1939 um seine Pensionierung nachsuchte.

¹⁵ Der Plan, das staatliche mit dem NSDAP-Gesundheitswesen zu vereinigen, ging auf einen älteren Vorschlag des verstorbenen Reichsärztführers zurück; Wagner an Heß, 16. 1. 1935, BAB, NS 6/215; Bormann an Ley, 2. 6. 1942, IfZ, Fa/129–10.

¹⁶ Vgl. Medicus, Reichsministerium, S. 69.

¹⁷ Zur Unterstützung Fricks für Conti vgl. das Protokoll der Besprechung zwischen Göring, Goebbels, Frick u. a. am 1. 2. 1940, APK, 1015908. Die Ernennung Contis zum Staatssekretär im Reichsarbeitsministerium scheiterte zuerst an Bedenken des Reichsarbeitsministers Franz Seldte, später am erbitterten Widerstand Robert Leys, der in der sich abzeichnenden gesundheitspolitischen Zentralstellung Contis eine Behinderung seiner eigenen sozialpolitischen Ambitionen witterte und deshalb für eine strikte Trennung von Gesundheitswesen und Sozialversicherung plädierte; Aktenvermerk [der Parteikanzlei] zur Besprechung mit der DAF über Dr. Conti, 15. 6. 1942, BAB, NS 20/213; Aktenvermerk Contis über eine Besprechung mit Marrenbach am 28. 7. 1942, BAB, R 18/3788, Bl. 17; Ley an Hess, 21. 12. 1939, BAB, R 18/5572, Bl. 33–40. Eine bereits formulierte und datierte Führerentscheidung vom August 1939, die gesundheitspolitischen Arbeitsbereiche beider Ministerien zusammenzufassen, wurde nach Leys Einspruch auf das Frühjahr 1940 verschoben, ohne jemals verabschiedet zu werden.

tionalsozialistischen Erbgesundheitspolitik.¹⁸ Beide Vorhaben waren 1939 weitgehend abgeschlossen. Der Kriegsausbruch bewirkte einerseits eine Schwerpunktverlagerung in der Arbeit der Abteilung zurück zu den traditionellen Aufgabenfeldern Gesundheitsfürsorge und Seuchenbekämpfung, die im Zeichen des militärischen Konflikts an Bedeutung gewannen. Ein Großteil der rassenhygienisch motivierten Maßnahmen wurde bei Kriegsbeginn eingeschränkt, da die Arbeitskraft der Ärzte im öffentlichen Gesundheitsdienst anderweitig benötigt wurde. Dies betraf insbesondere die Durchführung des Ehegesundheitsgesetzes und der Zwangssterilisationen, die nur mehr in besonderen Fällen beantragt werden sollten. Andererseits hatte die Conti unterstellte Unterabteilung für Erb- und Rassenhygiene des Reichsinnenministeriums maßgeblichen Anteil an der sektoralen Radikalisierung der Erbgesundheitspolitik, die schließlich in den Krankentod mündete. Im Verlauf dieser Radikalisierung, bei der die Unterabteilung ihren Tätigkeitsschwerpunkt vom präventiven Antinatalismus der Zwangssterilisationen zunehmend auf die organisatorische Zuarbeit zum Krankentod verlagerte, entglitten große Teile der Erbgesundheitspolitik der Definitionsgewalt des Reichsinnenministeriums. Aus der Entscheidungsbildung zur Erwachsenen-„Euthanasie“ wurde Conti bereits im Frühstadium herausgedrängt. Zur Durchführung der Krankentode schuf das NS-Regime mit dem T4-Komplex eine Sonderbehörde, die sich zwar der Instanzenzüge der Gesundheitsverwaltung bediente, aber der Dienstaufsicht Contis nicht unterstand. Als Scharnier zwischen der Gesundheitsverwaltung und dem Euthanasiekomplex fungierte der Leiter der Unterabteilung Erb- und Rassenpflege im Reichsinnenministerium, Ministerialdirigent Herbert Linden. Er unterstand dem Reichsinnenministerium nach seiner Ernennung zum Reichsbeauftragten für die Heil- und Pflegenanstalten im Herbst 1941 jedoch nur noch nominell.¹⁹ Die Verselbständigung eines Bereichs, der einst Beweggrund und Motor der Vergrößerung der Gesundheitsabteilung gewesen war, ist symptomatisch für den seit 1941 immer deutlicher zu Tage tretenden Machtverfall Contis, der sich auch in anderen Handlungsfeldern zeigte.

Es wäre gleichwohl überzeichnet, aus dieser Tatsache auf einen Bedeutungsverlust der Gesundheitsabteilung zu schließen. Trotz der Kompetenzbeschneidungen blieb die Gesundheitsabteilung des Reichsinnenministeriums das Zentrum der staatlichen Gesundheitsbürokratie und viele ihrer in Friedenszeiten eher randständigen Tätigkeitsgebiete, z.B. die Seuchenprophylaxe, wurden durch den Krieg in ihrer Bedeutung gesteigert. Sie konnte sich auf den Instanzenzug der inneren Verwaltung und die damit verknüpften Dienstleistungseinrichtungen des öffentlichen Gesundheitswesens stützen. Ihre Stärke lag im sachkundigen, verwaltungserfahrenen Personal und vor allem in ihrem dichten Netz nachgeordneter Dienststellen, das bis Kriegsende – trotz aller Kompetenzverluste – die einzige flächendeckend arbeitsfähige Organisationsstruktur des Gesundheitswesens blieb. Während ihr die Definitionsgewalt für gesundheitspolitische Richtungsentscheidungen immer mehr aus den Händen glitt, prägte die Gesundheitsabteilung des Reichsinnenministeriums durch ihre vor Ort präsenten Mittel- und Unterin-

¹⁸ Vgl. Neliba, Frick, S. 161–168, 174–198.

¹⁹ Vernehmung Krahn, 19. 9. 1946, S. 23 f., BAK, All. Proz. 2/FC 6097 P.

stanzen der Gesundheitsfachverwaltung und ihre Fähigkeit, per Verwaltungsanordnung Recht zu setzen, die erfahrbare Wirklichkeit der nationalsozialistischen Gesundheitspolitik weiterhin in hohem Maße.

Diese Mittelinstanzen wurden in Preußen von den leitenden Medizinaldezernenten der Regierungspräsidien gebildet,²⁰ ferner von den Provinzialverbänden, deren Bedeutung seit Kriegsbeginn zunahm, da sie als Träger der Heil- und Pflegeanstalten sowohl in die Geschichte der Krankenmorde verstrickt waren als auch – über die Zweckentfremdung ihrer Anstalten – enger an den Geschäftsbereich der allgemeinen Gesundheitsverwaltung angebinden wurden. Die größeren Länder, insbesondere Bayern, Sachsen und Thüringen, verfügten zudem über eigene Gesundheitsabteilungen, die in einigen Feldern der Gesundheitspolitik, wie der Psychiatriepolitik, über beträchtliche Handlungsspielräume verfügten und diese auch nutzten.²¹ Die Medizinaldezernenten waren dagegen vor 1939 im wesentlichen ausführende Organe des Reichsinnenministeriums, die vor allem dessen Aufsichtsbefugnisse über Medizinalpersonen und Heilanstalten wahrnahmen. Im Verlauf des Krieges wurden in wachsendem Umfang Kompetenzen der Zentralebene auf die Mittelinstanz übertragen, insbesondere die Verantwortung für die medizinische Versorgung der Zivilbevölkerung. Der Einfluß der Medizinaldezernenten nahm im Krieg auch deswegen zu, weil sich die Reichsverteidigungskommissare der Regierungspräsidien bedienten, um ihre Dienstgeschäfte zu führen. Vor allem in den stark von Luftangriffen betroffenen Regionen entwickelten sich die Medizinaldezernate der Regierungspräsidien zu gesundheitspolitischen Schaltstellen, etwa wenn es um die Evakuierung zerstörter Krankenhäuser ging.

Eine gravierende Schwäche der Medizinaldezernenten bestand allerdings darin, daß sie „wegen der Kleinheit ihrer Bezirke“²² und der fehlenden Übereinstimmung ihrer Zuständigkeitsgebiete mit denen der Ärztekammern und der Reichsverteidigungsbezirke von den Militärbehörden nicht als gleichwertige Verhandlungspartner akzeptiert wurden. Daher ließ Conti im Sommer 1942 leitende Medizinalbeamte bei den preußischen Oberpräsidien ernennen, die die Medizinalangelegenheiten auf der Provinzialebene (die mit den Reichsverteidigungsbezirken zumeist identisch waren) koordinieren sollten, während das Routinegeschäft der Medizinalverwaltung bei den Regierungspräsidien verblieb.²³

Am unteren Ende des Instanzenzuges standen schließlich Gesundheitsämter als die eigentlichen Durchführungsorgane der staatlichen Gesundheitspolitik, in deren Aufgabenbereich sich Gesundheitsfürsorge und eugenisch motivierte Ausmerzungspolitik durchdrangen. Dieser umfaßte neben der Gesundheitspolizei die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten, die spezielle Gesundheitsfürsorge, z. B. für Säuglinge, vor allem aber den stark expandierenden Bereich der Erbgesund-

²⁰ In kleineren Regierungsbezirken arbeitete ein Medizinaldezernent alleine, in größeren verfügte er über einen bis zwei ärztliche Mitarbeiter. Zur Mittelinstanz vgl. Medicus, Reichsministerium, S. 68; Klein, Amtsarzt, S. 37–39.

²¹ Für Sachsen vgl. S. 339–350; für Thüringen Weindling, Mustergau.

²² Conti an Himmler, 19. 3. 1942, BAB, NS 19/2397.

²³ Erlaß des Reichsinnenministeriums, 13. 7. 1942, RMBliV (1942), S. 1532; für den Regierungsbezirk Düsseldorf finden sich die entsprechenden Vorgänge in NRWHSStA, BR/102150.

heitspolitik.²⁴ Die Arbeit der Gesundheitsämter wurde während des Krieges durch drei Entwicklungen geprägt: Insgesamt gesehen sank der Anteil rassenhygienisch motivierter Aufgaben. Die durch das Gesetz zur Vereinheitlichung des Gesundheitswesens erweiterten Aufgaben in der Gesundheitsfürsorge wurden, teilweise über eindeutige Kompetenzabgrenzungen hinweg, zugunsten der NSV eingeschränkt.²⁵ Im Gegenzug übernahmen die Gesundheitsämter in der zweiten Kriegshälfte wichtige Aufgaben in der medizinischen Notversorgung der Bevölkerung, z. B. bei der Verwaltung der Hilfs- und Ausweichkrankenhäuser.²⁶ In den stark von den Auswirkungen des Bombenkrieges betroffenen urbanen Zentren und in den von Flüchtlingen überfüllten Regionen waren es oftmals Gesundheitsämter, die die medizinische Versorgung aufrecht erhielten.

Das Reichsarbeitsministerium

Die gesundheitspolitischen Einflußmöglichkeiten des Reichsarbeitsministeriums waren weitreichend, denn der gesamte gesundheitspolitisch relevante Bereich der Sozialversicherung, einschließlich der Zuständigkeit für die Kassenärzte, fiel in seinen Kompetenzbereich. Eine im Juni 1931 verkündete Notverordnung hatte die Aufsichtsrechte des Ministeriums gegenüber der Selbstverwaltung der Sozialversicherungsträger erheblich erweitert, so daß es über die ihm unterstellten Landesversicherungsanstalten auch die Finanzen der Ortskrankenkassen kontrollierte.²⁷ Hinzu kam, daß die Landesversicherungsanstalten durch die Übernahme sogenannter Gemeinschaftsaufgaben neue Wirkungsfelder in der praktischen Gesundheitsfürsorge übernommen hatten.²⁸ Mit der Zuständigkeit für die Gewerbehygiene und den Vertrauensärztlichen Dienst verfügte das Ministerium zudem über zwei stark expandierende Bereiche nationalsozialistischer Gesundheitspolitik. Das „Schwergewicht der tatsächlichen Durchführungsmacht und der Geldverhältnisse“²⁹ im Gesundheitswesen des deutschen Reiches lag daher, wie der Reichsgesundheitsführer neidvoll bemerkte, nicht innerhalb seines Geschäftsbereichs, sondern beim Reichsarbeitsministerium. So kann es kaum überraschen, daß sich die für Sozialversicherungsfragen zuständigen Geschäftsbereiche des Reichsarbeitsministeriums nach der Ernennung Conti zum Staatssekretär im Reichsinnenministerium zu einem heftig umkämpften Zankapfel in der Auseinandersetzung zwischen dem Reichsgesundheitsführer und dem Leiter der Deutschen Arbeitsfront entwickelten.³⁰ Robert Ley reklamierte neben der Zuständig-

²⁴ Zu deren Tätigkeit grundlegend Vossen, Gesundheitsämter.

²⁵ Hansen, Wohlfahrtspolitik, S. 300–310.

²⁶ O. Harnack, Die Aufgaben der Gesundheitsämter im Kriege, in: Deutsche Verwaltung 20 (1943), S. 24–26.

²⁷ Vgl. Sachße/Tennstedt, Wohlfahrtsstaat, S. 58.

²⁸ Zu den Gemeinschaftsaufgaben der Krankenkassen gehörten in erster Linie der Betrieb von Heilanstalten und Genesungsheimen, die vorbeugende Gesundheitspflege und der Vertrauensärztliche Dienst.

²⁹ Conti, Denkschrift für Lammers, 19. 2. 1942, BAB, R 18/3814, Bl. 104.

³⁰ Relevant ist in diesem Zusammenhang die Hauptabteilung II (Reichsversicherung, Wohlfahrtspflege und Versorgungsrecht), in geringerem Umfang auch die Hauptabteilung III

keit für Lohnfragen auch die gesundheitspolitisch bedeutsamen Arbeitsgebiete des Ministeriums für sich, da sie bei der von ihm angestrebten Neuordnung der Sozialversicherung unverzichtbar seien. Für Conti ging es darum, die auf verschiedene Ministerien zerstreuten gesundheitspolitischen Kompetenzen im staatlichen Bereich in seiner Hand zu vereinigen. Beide Kontrahenten strebten daher die Eingliederung der Sozialversicherungsabteilung des Reichsarbeitsministeriums in ihren eigenen Arbeitsbereich an, ohne daß diese Frage bis zum Zusammenbruch der nationalsozialistischen Herrschaft entschieden wurde.³¹ Allerdings fungierte eine mögliche Ernennung Contis zum Staatssekretär im Reichsarbeitsministerium in der Folgezeit immer wieder als Tauschobjekt bei den Versuchen Leys, den Widerstand des Reichsgesundheitsführers gegen die Neugestaltung der Sozialversicherung zu überwinden.

Die tatsächliche gesundheitspolitische Bedeutung des Reichsarbeitsministeriums entsprach kaum dem Gewicht, das die Rivalen Ley und Conti ihm beimaßen. Im gesundheitspolitischen Kompetenzgerangel blieb das Ministerium eine teiltriviale Größe. Seine gesundheitspolitischen Ziele waren konservativ im engeren Sinn des Wortes: An der finanziellen Konsolidierung der Sozialversicherung orientiert und vor allem auf die Wahrung des machtpolitischen Status quo bedacht wurde es nur dann aktiv, wenn Neuordnungsvorhaben in seinen Geschäftsbereich eingriffen. Ein Grund für diese im Ämterdarwinismus des „Dritten Reiches“ seltene Zurückhaltung dürfte in der Person Franz Seldtes zu finden sein. Der ehemalige Stahlhelmführer war weder sozialpolitisch besonders interessiert noch, davon zeugt ein Rücktrittsangebot aus dem Jahr 1935, machtpolitisch ambitioniert. Er entwickelte sich jedoch während der andauernden Konfrontation mit der DAF zu einem der beharrlichsten Gegner der Expansionspläne Robert Leys.³² Infolge der gesundheitspolitischen Abstinenz Seldtes blieb die Politik des Hauses den Abteilungsleitern überlassen, insbesondere dem sozialpolitisch erfahrenen Staatssekretär Johannes Krohn und, nachdem dieser im Sommer 1939 auf Betreiben der DAF zurücktreten mußte,³³ Ministerialdirektor Hans Engel. Die Beamten des Reichsarbeitsministeriums hielten weiterhin an der berufsständisch gegliederten Versicherung als Leitkonzept der sozialen Sicherung fest und hintertrieben Leys Pläne zur Umgestaltung der Sozialversicherung in ein Versorgungssystem mit den Mitteln bürokratischer Obstruktion.

(Arbeitsrecht, Arbeitsschutz, Gewerbeaufsicht); zum Aufbau und Zuständigkeitsbereich des Ministeriums vgl. Zschucke, Reichsarbeitsministerium, S. 7.

³¹ Zur Position Leys Smelser, Ley, S. 197 f.; zu den Zielen Contis vgl. dessen Denkschrift für Lammers, 19. 2. 1942, BAB, R 18/3814, Bl. 107, sowie die Überlegungen seines Mitarbeiters Oskar Kauffmann; ders. an Conti, 30. 7. 1943, S. 4 f., BAB, R 18/3809-II; ders. an Conti, 8. 6. 1943, S. 20, ebenda.

³² Smelser, Ley, S. 218.

³³ Teppe, Sozialpolitik, S. 209, zur Dienstenthebung Krohns vgl. ebenda S. 241, Anm. 229.

2. Das Gesundheitswesen der NSDAP und ihrer Gliederungen

NS-Ärztebund und Hauptamt für Volksgesundheit

Der im August 1929 gegründete Nationalsozialistische Deutsche Ärztebund sollte die Partei „in allen volksgesundheitlichen und rassebiologischen Fragen“³⁴ beraten und helfen, die deutschen Ärzte für den Nationalsozialismus zu gewinnen.³⁵ In dieser Hinsicht blieb die Attraktivität der ersten mit Gesundheitspolitik befaßten Organisation der NSDAP allerdings gering.³⁶ Da die Mehrzahl der Mediziner ihrem aggressiv vorgetragenen Antisemitismus verhalten gegenüberstand, der NS-Ärztebund den wirtschaftlichen Fragen des Arztberufs nur eine nachgeordnete Bedeutung beimaß und zudem auch Angehörige nichtärztlicher Heilberufe in seine Reihen aufnahm, konnte der Verband vor 1933 nur wenig Einfluß in der Ärzteschaft gewinnen. Auch die lautstark vorgetragenen Polemiken der Verbandszeitschrift „Ziel und Weg“ konnten nicht darüber hinwegtäuschen, daß der NS-Ärztebund mit weniger als 3000 Mitgliedern gegenüber den etwa 40000 des Ärztevereinsbundes vor der Machtübernahme der Nationalsozialisten ein standespolitisches Schattendasein führte.³⁷

Den Höhepunkt seiner gesundheitspolitischen Bedeutung erreichte der NS-Ärztebund während der Machteroberungs- und Machtbefestigungsphase in der ersten Jahreshälfte 1933. Trotz seiner organisatorischen Schwäche und der geringen Mitgliederzahl bildete der NS-Ärztebund jetzt den „treibende[n] Motor“³⁸ bei der Neutralisierung der ärztlichen Standesverbände, der Gleichschaltung der Krankenkassen und der Entrechtung der jüdischen Mediziner. Viele seiner Funktionäre besetzten die nun freiwerdenden und neugeschaffenen Schlüsselpositionen in den Gesundheitsbehörden der Länder und innerhalb der ärztlichen Standesorganisationen.³⁹ Obwohl seine Mitgliederzahl von ca. 11000 im Oktober 1933 bis auf rund 42000 im Jahr 1942⁴⁰ anstieg, ging die gesundheitspolitische Bedeutung des NS-Ärztebundes nach dem Ende der gewaltsamen Umgestaltung rapide zurück. „Ich habe mit vielen Berufskameraden die Überzeugung“,⁴¹ berichtete ein Thüringischer Kreisobmann im Juni 1939 an seinen Gauvorsitzenden, „dass dem Ärztebund jegliche Organisationskraft und hohe Zielsetzung, sowie jede Attraktivität fehlt“. Da der gleiche Personenkreis auch zu den Treffen des

³⁴ Richtlinien für den NSDÄB [Dezember 1930], BAB, O/213. Zum NSDÄB vgl. Kater, Physicians' League; ders., Doctors, S. 63–73, sowie Lilienthal, Ärztebund.

³⁵ Zum Aufgabenprofil des NSDÄB Reichsorganisationsleiter, Organisationsbuch, S. 237, sowie die Satzung des NSDÄB [1931], BAB, O/213.

³⁶ Seit 1927/28 existierten in einigen Gauen Sanitätsdienste der SA, die allerdings in erster Linie für die medizinische Versorgung der nationalsozialistischen Straßenkampfverbände zuständig waren und nicht gesundheitspolitisch hervortraten.

³⁷ Der Mann und sein Werk, in: Ziel und Weg 8 (1938), S. 420.

³⁸ Kater, Medizin, S. 306.

³⁹ Vgl. Lilienthal, Ärztebund, S. 109f., 112–116.

⁴⁰ Rüter, Standeswesen, S. 165.

⁴¹ NSDÄB Kreis Gera an den Gauobman des NSDÄB Thüringen, 10. 6. 1939, ThüHStA, KVD/192.

Amtes für Volksgesundheit geladen sei, wisse er keinen Grund, aus welchem der NSDÄB zusammengerufen werden solle.⁴² Die meisten gesundheitspolitischen Aufgaben wurden zu dieser Zeit von anderen Organisationen der Partei wahrgenommen, andere Funktionen, insbesondere die der standespolitischen Opposition gegen die ärztlichen Berufsorganisationen der Weimarer Republik, hatten sich überlebt. Versuche, dem NS-Ärztebund in der ärztlichen Fortbildung neue Tätigkeitsgebiete zu erschließen, trugen nur wenig Früchte. Die „Führerschule der deutschen Ärzteschaft“ im mecklenburgischen Alt-Rhese, wo Jungärzte und gesundheitspolitische Funktionsträger des „Dritten Reiches“ im „straff geleiteten, einfachen und gesunden Leben des Gemeinschaftslagers zum Führer erzogen [und] im nationalsozialistischen Fühlen und Denken befestigt“⁴³ werden sollten, stieß bei den Medizinern nur auf geringe Resonanz, zumal die karrierefördernde Wirkung eines NSDÄB-Beitritts nicht sehr hoch eingeschätzt wurde. Die Altersverteilung der Mitglieder im Ärztebund verdeutlicht dessen massiven Popularitätsverlust. Während sich der Mitgliederanteil bei den in der Weimarer Republik approbierten Ärzten je nach Alterskohorte zwischen 45,5 und 47 Prozent bewegte, sank er bei den in den ersten fünf Jahren der nationalsozialistischen Herrschaft bestellten Medizinern auf 32 Prozent, bei den nach 1939 approbierten Ärzten betrug er nur noch 7,4 Prozent.⁴⁴ Daß der Ärztebund beim Amtsantritt Leonardo Contis nur noch ein „Torso aus vergangener Zeit“⁴⁵ gewesen ist, resultiert auch aus seiner Zwitterstellung zwischen ärztlicher Standesvertretung und gesundheitspolitischer Fachorganisation der NSDAP. Gerade die berufsständische Komponente, die in der separaten Ehrengerichtbarkeit des NSDÄB zum Ausdruck kam, hatte den NS-Ärztebund für viele Ärzte zunächst attraktiv gemacht. Jedoch sah sich der NSDÄB in einer politischen Ordnung, die die organisierte Vertretung von Gruppeninteressen für illegitim erklärt hatte, schon bald dem Vorwurf ausgesetzt, die Gewichte zu sehr zugunsten berufsständischer Sonderinteressen und zu Lasten seiner politischen Mission zu verteilen. Als Gegengewicht gegenüber den ärztlichen Berufsverbänden wurde der NS-Ärztebund nicht mehr benötigt, und auch seine Funktion bei der Gleichschaltung und „Ausrichtung“ der deutschen Ärzteschaft verlor rasch an Bedeutung, da seit 1933 bzw. 1936 mit der Kassenärztlichen Vereinigung und der Reichsärztekammer zwei effizientere Transmissionsriemen nationalsozialistischer Gesundheitspolitik bereitstanden, die zudem alle Ärzte und nicht nur die in der Partei organisierten erfaßten. Noch im Jahr 1933 begann daher die Diskussion um die Auflösung des Verbandes.⁴⁶

⁴² In diesem Sinne auch der Tätigkeitsbericht des NSDÄB-Vorsitzenden im Kreis Mühlhausen vom 30. 10. 1935, der in lakonischer Kürze meldete: „In der Berichtszeit war es sehr still beim Ärztebund. Früher durch den Ärztebund behandelte Fragen werden jetzt durch das Amt für Volksgesundheit bearbeitet“, ThüHStA, KVD/192.

⁴³ DÄB 64 (1934), S. 1018; vgl. Haug, Führerschule.

⁴⁴ Da die NSDAP-Mitgliedschaft für die gleiche Alterskohorte nur zwischen maximal 53,1 Prozent (Approbationsjahrgänge 1925–1933) und 44,1 Prozent (Approbationsjahrgänge 1939–1945) variiert, kann die sinkende Akzeptanz der NSDAP hierfür nicht verantwortlich gemacht werden; Zahlen nach Kater, Doctors, S. 245.

⁴⁵ Vernehmung Blome, 17. 4. 1947, S. 1, BAK, All. Proz. 2/FC 6067 P.

⁴⁶ Vernehmung Blome, 13. 3. 1947, BAK, All. Proz. 1/LXIV, Nr. 56, Bl. 4533.

Marginalisiert und ohne gesundheitspolitischen Einfluß überlebte der NSDÄB, von Ärzten wie nationalsozialistischen Gesundheitspolitikern gleichermaßen unbeachtet, bis er im Januar 1943, zusammen mit einigen anderen bedeutungslos gewordenen NSDAP-Organisationen, stillgelegt wurde.⁴⁷

Während das staatliche Gesundheitswesen nach der nationalsozialistischen Machteroberung ganz im Zeichen der Kompetenzzentralisation und organisatorischen Verdichtung stand, prägten Kompetenzdiversifizierung und organisatorischer Wildwuchs die gesundheitspolitischen Organisationen der NSDAP. Angesichts des zentralen Stellenwerts gesundheitspolitischer Fragen für die nationalsozialistische Politik ist deren geringer Institutionalierungsgrad innerhalb der Parteiorganisation erklärungsbedürftig.

Bei der Reichsleitung der NSDAP wurden gesundheitspolitische Fragen seit dem Sommer 1932 in einer eigenen „Abteilung für Volksgesundheit“ bearbeitet. Ihr Leiter, Bernhard Hörmann, übte seine Funktion ehrenamtlich aus, die Sachbearbeiter Hermann Boem und Walter Groß wurden durch den NS-Ärztbund bezahlt.⁴⁸ Gesundheitspolitisch konnte diese Dienststelle kaum Einfluß gewinnen, da wichtige Angelegenheiten direkt von der Führung des NS-Ärztbundes in Absprache mit der Reichsleitung der NSDAP entschieden wurden. Nur wenige Monate nachdem man der Abteilung das zentrale Definitionsmonopol in Rassefragen ausdrücklich zuerkannt hatte, wurde das Rassenpolitische Amt unter Walter Groß ausgegliedert und in den Parteigauen der NSDAP entstanden seit dem Frühjahr 1933 neue Dienststellen, die sich mit Gesundheits- und Rassefragen befaßten.⁴⁹ Bereits im August 1933 wurde die Abteilung wieder aufgelöst. An ihre Stelle trat ein „Sachverständigenbeirat für Volksgesundheit“ als „beratende Körperschaft“,⁵⁰ die „sich mit Organisationsfragen nicht zu beschäftigen hat“. Ihm gehörten neben Medizinern auch Vertreter der Naturheilkunde und anderer nichtärztlicher Heilberufe an. Die wichtigste gesundheitspolitische Dienststelle der Partei, das Hauptamt für Volksgesundheit (HAVG), wurde erst am 16. Juni 1934 ins Leben gerufen, rund eineinhalb Jahre nach dem Regierungsantritt der Nationalsozialisten. Mit der Einrichtung des Hauptamtes reagierte die NSDAP auf die Neuformierung des öffentlichen Gesundheitsdienstes, den das Gesetz zur Vereinheitlichung des Gesundheitswesens zum entscheidenden Aktionsfeld der nationalsozialistischen Gesundheitspolitik aufgewertet hatte.⁵¹

In der Verwaltungslehre des „Dritten Reiches“ firmierte das Hauptamt als die der Gesundheitsabteilung des Reichsinnenministeriums entsprechende Dienststelle der NSDAP.⁵² Allerdings läßt sich seine Gründung nicht allein als nachge-

⁴⁷ Anordnung A 13/43 des Leiters der Parteikanzlei, 27. 2. 1943, BAB, NS 20/139–2.

⁴⁸ Personalliste der Reichsorganisationsleitung, 1. 9. 1932, BAB, NS 22/445.

⁴⁹ [Reichsorganisationsleitung] an die Abteilung Volksgesundheit, 17. 9. 1932, BAB, NS 22/445. Exemplarisch für eine solche Dienststelle vgl. Weindling, Mustergau, S. 84–91.

⁵⁰ Rundschreiben des Stellvertreters des Führers, 20. 11. 1933, BAB, NS 6/215; zum Sachverständigenbeirat Zapp, Ärztenbund, S. 32.

⁵¹ Labisch/Tennstedt, Gesundheitsamt, S. 52. Während der konfliktreichen Vorberatungen des Gesetzes war Wagner mit seiner Forderung, Einfluß auf die Erbgesundheitspolitik zu erlangen, gescheitert.

⁵² Medicus, Reichsministerium, S. 83.

holte, gegen das staatliche Gesundheitswesen gerichtete Etablierung einer parteieigenen gesundheitspolitischen Parallelstruktur verstehen, da entsprechende Pläne bereits seit dem Spätsommer 1932 diskutiert wurden.⁵³ Bislang hatte die Reichsorganisationsleitung der NSDAP allerdings den Aufbau von Dienststellen der Abteilung Volksgesundheit in den Gauen untersagt und nachdrücklich deren Charakter als gesundheitspolitische Dienstleistungseinrichtung für die Reichsleitung betont.⁵⁴ So konnten Verbände und Gliederungen der NSDAP, insbesondere SA, NSV und DAF nach der Machtergreifung eigene Gesundheitsdienste einrichten, die weitgehend dem Einfluß der Reichsleitung entzogen waren, während das Braune Haus über den NSDÄB nur wenig Einfluß auf das Gesundheitswesen ausüben konnte. Vor dem Hintergrund dieser Entwicklung läßt sich die Gründung des Hauptamtes auch als Versuch der NSDAP-Reichsleitung interpretieren, das nach der Machtergreifung auseinanderdriftende Gesundheitswesen der Partei zu zentralisieren, es stärker an die politische Organisation der NSDAP zu binden und Versuche von NSV und DAF, unter ihrer Ägide ein parteinahes Gesundheitswesen parallel zum staatlichen Gesundheitsdienst zu installieren, zu begrenzen.⁵⁵ Der Ausbau des „ursprünglich nur für die P.O. bestimmt[en]“⁵⁶ Hauptamtes erfolgte ausdrücklich mit der Begründung, „eine weitere Zersplitterung auf dem Gebiet des Gesundheitswesens zu vermeiden“.⁵⁷ In die gleiche Richtung weist eine Äußerung Wagners, der zuvor schon als „Vertrauensmann“⁵⁸ von Rudolf Heß „für alle Fragen der Volksgesundheit“ fungiert hatte und zum ersten Leiter des Hauptamtes ernannt wurde. Er beschrieb das Gesundheitswesen der NSDAP als „buntscheckiges, uneinheitliches Durcheinander“.⁵⁹ Durch die Gründung des Hauptamtes sollte „diesem Zustand in der Partei und den von ihr betreuten Organisationen, insbesondere der Arbeitsfront ein Ende“ bereitet werden.

Politisch unterstand das Hauptamt für Volksgesundheit dem Stellvertreter des Führers (später der Parteikanzlei), personell, organisatorisch und disziplinar dem Reichsorganisationsleiter Robert Ley.⁶⁰ Innerhalb der NSDAP sollte es über eine

⁵³ Bericht Hörmanns an die Reichsorganisationsleitung über ein Treffen nationalsozialistischer Gesundheitspolitiker, 1. 8. 1932, BAB, NS 22/445. Nach der von Hörmann vorgeschlagenen Neugliederung wäre das Gesundheitswesen ein selbständiger, von der Reichsorganisationsleitung unabhängiger Instanzenzug mit eigener Kanzlei, eigenem Pressewesen, Finanz- und Disziplinarhoheit geworden. Die auf Landes-, Gau- und Kreisebene einzurichtenden „Gesundheitswarte“ sollten in Gesundheitsangelegenheiten nicht dem örtlichen Hoheitsträger, sondern „allein seiner vorgesetzten Dienststelle innerhalb der Abteilung Volksgesundheit verantwortlich“ sein; Politische Gliederung und Aufbau der Abteilung Volksgesundheit, Anlage zu Hörmann an die Reichsorganisationsleitung, 1. 8. 1932, BAB, NS 22/445.

⁵⁴ Reichsorganisationsleitung an die Abteilung Volksgesundheit, 8. 9. 1932, BAB, NS 22/445.

⁵⁵ Zu entsprechenden Plänen von DAF und NSV vgl. das Protokoll der Referentenbesprechung der Abteilung IV am 3. 7. 1934, BAB, R 18/5581.

⁵⁶ Wagner an Heß, 16. 5. 1935, APK, 10113901–08, hier 10113901.

⁵⁷ Verfügung des Stellvertreters des Führers, 15. 5. 1934, IfZ, Db/63.05, Anlage 1.

⁵⁸ Heß, Rundschreiben an die Reichsleiter und Gauleiter der NSDAP, 15. 5. 1934, BAB, NS 6/222.

⁵⁹ Wagner an Heß, 16. 5. 1935, APK, 10113901–08, hier 10113901.

⁶⁰ Reichsorganisationsleiter, Organisationsbuch, S. 154. De facto konnte Ley dieses Unter-

gesundheitspolitische Monopolstellung mit weitreichenden Weisungsbefugnissen und umfassenden Informations- und Interventionsrechten verfügen.⁶¹ Keine andere Parteidienststelle war künftig mehr berechtigt, „ohne Genehmigung dieses Amtes zentrale oder örtliche volksgesundheitliche Weisungen herauszugeben“.⁶² Parteigliederungen und angeschlossene Verbände der NSDAP konnten „auf dem Gebiete des Gesundheitswesens [...] nicht selbst, sondern nur nach den Weisungen des Hauptamtes für Volksgesundheit der NSDAP [...] tätig werden“.⁶³

Angesichts dieses breiten Spektrums definitorischer Vollmachten fällt die geringe Ausstattung des Hauptamtes für Volksgesundheit mit Personal und Geldmitteln ins Auge. Bis Ende 1939 bestritt die Deutsche Arbeitsfront einen Großteil der Aufwendungen, zudem wurden mehrere der ca. 45 hauptamtlichen Mitarbeiter von den ärztlichen Standesorganisationen finanziert.⁶⁴ Mit 32 Gauämtern, rund 600 an die Parteikreise der NSDAP angelehnten Verwaltungsstellen (den späteren Kreisämtern) und etwa 23 000 beim Hauptamt zugelassenen Ärzten (das entsprach gut zwei Dritteln der in freier Praxis tätigen Mediziner) erreichte das Amt auf dem Papier eine ähnliche Organisationsdichte wie das staatliche Gesundheitswesen.⁶⁵ Allerdings waren sowohl seine Gau- als auch seine Kreisebene im Vergleich zu NSV und DAF nur schwach ausgebildet, da Gauamts- und Verwaltungsstellenleiter ihren Dienstposten nebenamtlich versahen und nur über einen kleinen Etat verfügen konnten.⁶⁶ Da diese Organisationsform im Kern bereits 1932 ausgearbeiteten Plänen folgte, liegt der Schluß nahe, daß bei der Ausgestaltung des NSDAP-Gesundheitswesens die Sorge der Reichsleitung vor einer weiteren parteieigenen Sonderverwaltung im Gesundheitswesen eine wichtige Rolle gespielt hat und sie daher wohl an einer starken Zentraldienststelle in München,

stellungsverhältnis gegenüber keinem wichtigen Hauptamt durchsetzen, so daß der reguläre Befehlsweg über den Apparat von Heß bzw. Bormann lief.

⁶¹ Wagner an Heß, 16. 1. 1935, BAB, R 18/5584; Heß an Wagner, 19. 2. 1935, BAB, R 43-II/735a. Ausgenommen aus der gesundheitspolitischen Generalzuständigkeit innerhalb des Parteibereichs war lediglich der ärztliche Dienst von SA und SS.

⁶² Anordnung des Reichsorganisationsleiters 20/34, 16. 4. 1934, BAB, NS 37/1025.

⁶³ Organisationsbuch, S. 234; Vereinbarung zur Kompetenzabgrenzung zwischen dem Hauptamt für Volksgesundheit und dem Hauptamt für Volkswohlfahrt, 1. 2. 1935. Anlage zum Rundschreiben Hilgenfeldts V 15/35 vom 11. 2. 1935 an die Gauamtsleiter des Hauptamtes für Volkswohlfahrt, StadtAK, 690/9.

⁶⁴ Dies betraf unter anderem Kurt Blome, Rudolf Ramm und Werner Bockhacker, die aufgrund von Scheinarbeitsverhältnissen von der Reichsärztekammer bzw. der Kassenärztlichen Vereinigung besoldet wurden; Nordrhein-Westfälisches Innenministerium, Ref. II B 1, Entwurf zur Entscheidung im Verfahren zur Prüfung der Rechte des ehemaligen Stellvertreters des Reichsärztführers Prof. Dr. K. B., 30. 8. 1962; Berliner Senator für Inneres, Ref. II D 3e an M. R., 24. 7. 1956, NRWStA, NW 130/383; Bundesärztekammer an das Nordrhein-Westfälische Innenministerium, 18. 3. 1959; Nordrhein-Westfälisches Innenministerium, Ref. II C 2 an Rechtsanwalt B. K., 26. 3. 1959, NRWStA, NW 130/386; Liste der politischen Leiter des Hauptamtes für Volksgesundheit [1934], BAB, MCC/Personal, Bl. 150–153.

⁶⁵ Zahlenangaben für 1937, Arbeit des Hauptamtes für Volksgesundheit der NSDAP, 12. 2. 1938, BAK, NS 22/771, S. 1.

⁶⁶ DAF-Gauverwaltung München–Oberbayern, Rundschreiben an die Verwaltungsstellen des Gaus, 25. 2. 1935, StAM, NSDAP/224; Anweisung des Reichsschatzmeisters, Nr. 54/1939, 2. 10. 1939, BAB, NS 22/771.

nicht jedoch an einer von den Amtsträgern der politischen Organisation unabhängigen institutionellen Basis des Hauptamtes in den Gauen interessiert war.⁶⁷ Zu bedenken ist auch, daß NSV und DAF bereits vor der Gründung des Hauptamtes über eigene Organisationsstrukturen in den Parteigauen verfügten, über die sich der Stellvertreter des Führers nicht einfach hinwegsetzen konnte. Bezeichnend für den engen Spielraum der NSDAP-Reichsleitung bei der Einrichtung einer gesundheitspolitischen Zentraldienststelle ist, daß die Ausdehnung der Aufsichtsrechte des Hauptamtes auf die bestehenden Gesundheitsdienste von NSV, DAF, SA/SS und Hitlerjugend von deren Dachorganisationen in freiwilligen Vereinbarungen akzeptiert werden mußte.⁶⁸

Über den Aufgabenbereich des Hauptamtes für Volksgesundheit bestanden zunächst keine klaren Vorstellungen. Friedrich Bartels, ein Vertrauter des Reichsarztesführers⁶⁹, reklamierte anfangs auch Tätigkeitsfelder, die eindeutig in den staatlichen Sektor fielen, für seine Dienststelle: Vorrang genieße zunächst „die Beurteilung des Einzelnen auf seine erb- und rassebiologische Wertigkeit, die Siebung des erb- und rassebiologischen Gesunden vom Minderwertigen, der Kampf mit allen Mitteln um die gesundheitliche Entwicklung des wertvollen Volksgutes und die Mehrung des erbgesunden Nachwuchses“.⁷⁰ Darüber hinaus jedoch habe das Hauptamt für Volksgesundheit die Aufgabe, über die Gesundheitsfürsorge von Staat und Sozialversicherung hinaus, „jeden Volksgenossen, insbesondere Parteigenossen zur Bestentwicklung seiner erb- und rassebiologischen Anlagen zu führen“.⁷¹ Des weiteren bestehe seine Aufgabe darin, „die Parteiorganisation von erb- und rassebiologisch minderwertigen Elementen zu säubern“. In der Konsequenz liefen Bartels Pläne darauf hinaus, das öffentliche Gesundheitswesen auf der Basis niedergelassener, vom Hauptamt geführter Ärzte neu zu organisieren und die eben erst im Aufbau befindlichen Gesundheitsämter auf rein medizinisch-polizeiliche Befugnisse zu beschränken.⁷²

Von diesen ehrgeizigen Plänen konnte das Hauptamt für Volksgesundheit nur wenig verwirklichen. Sein wichtigstes Projekt, das 1935 eingeführte Gesundheitsstammbuch war ein megalomaner Versuch, körperliche Leistungsfähigkeit, Gesundheitszustand und genetische Ausstattung der deutschen Bevölkerung mit

⁶⁷ Die dürftige Organisationsstruktur in den Gauen entsprach genau der Personalstärke, die die Reichsorganisationsleitung bereits 1932 der Abteilung Volksgesundheit zugestanden hatte: Bei den Gauleitungen sollte lediglich ein Vertreter der Zentraldienststelle installiert werden; Reichsorganisationsleitung an die Abteilung Volksgesundheit, 8. 9. 1932, BAB, NS 22/445.

⁶⁸ Wagner an Heß, 16. 1. 1935, APK, 10113901–08, hier 10113901. Abschriften der in der ersten Januarhälfte 1935 getroffenen Vereinbarungen zwischen dem Hauptamt für Volksgesundheit und SS, SA, NSV und HJ befinden sich im StAM, NSDAP/431.

⁶⁹ Wagners Freundschaft zu Bartels rührte aus der gemeinsamen Zeit als Verbindungsstudenten; Urteil des Bundesarbeitsgerichts im Verfahren W. B. gegen das Land Nordrhein-Westfalen, 21. 5. 1962, S. 5, NRWStA, NW 130/386.

⁷⁰ Bartels, Amt für Volksgesundheit, S. 2 [1934], BAB, NS 20/140–2.

⁷¹ Bartels, Aufbau des Amtes für Volksgesundheit bei der Reichsleitung, dessen Aufgaben und Zuständigkeiten [1934], S. 3, BAB, NS 20/140–2.

⁷² Zu den Neuordnungsplänen Bartels vgl. ders.: Ausführungen zu den Aufgaben des Amtes für Volksgesundheit [1934], BAB, NS 20/153.

Hilfe standardisierter Erhebungsbögen zu inventarisieren. Die hierzu nötigen Daten sollten durch niedergelassene Ärzte gesammelt und von den Dienststellen des Hauptamtes verwaltet werden. Auf diese Weise wurden bei Reihenuntersuchungen in den Massenorganisationen der NSDAP, bei Anträgen auf Hilfsleistungen der NSV und seit Ende 1935 generell bei der Geburt bis zu zehn Millionen Personen erfaßt. Auch wenn die Folgen solcher Untersuchungen im Einzelfall bis zur Zwangssterilisation reichen konnten, ist deren praktische Bedeutung eher gering zu veranschlagen, da für die massenhaft produzierten Gesundheitsdaten keine entsprechenden Auswertungsinstrumente zur Verfügung standen.⁷³

Auf das öffentliche Gesundheitswesen gewann das Hauptamt in den Vorkriegsjahren nur geringen Einfluß, nicht zuletzt deshalb, weil es als Parteiamt keine Weisungsbefugnis gegenüber staatlichen Stellen hatte. Insbesondere Wagners Versuche, die Kontrolle über das zentrale gesundheitspolitische Handlungsfeld der Zwangssterilisationen zu erlangen, blieben weitgehend erfolglos.⁷⁴ Eine Ursache hierfür bestand in der anfänglichen Konzentration des Reichsärztführers auf die innerprofessionelle Machtbefestigung. Für Wagner, der im Staat nur ein ausführendes Organ des Parteiwillens sah, waren organisatorische Fragen nachrangig, solange der entscheidende Einfluß der NSDAP auf das Gesundheitswesen grundsätzlich gewahrt blieb. Daher schenkte er den aus der Neuorganisation des öffentlichen Gesundheitswesens resultierenden Machtverschiebungen zunächst wenig Aufmerksamkeit. Eine wichtige Vorentscheidung über den Einfluß des Hauptamtes auf die gesundheitspolitische Praxis des NS-Staates fiel im Frühjahr 1935, als eine von Wagner bei Heß erbetene Vollmacht, „Maßnahmen zur Vereinheitlichung des Gesundheitswesens in Partei und Staat“ zu ergreifen, mit dem ausdrücklichen Hinweis auf Bedenken Hitlers zurückgestellt wurde.⁷⁵ Wenige Monate später erklärte Wagner, das Amt für Volksgesundheit sei „in seiner Zielsetzung eine politische Organisation und kann als solche die gestellte Aufgabe der Gesundheitsführung nur auf dem ‚politischen‘ Wege, d. h. durch propagandistische Aufklärung [...] bewirken“.⁷⁶ Mit diesem vorläufigen Verzicht auf Durchführungsaufgaben war eine wichtige Vorentscheidung über die Stellung des Hauptamtes in der gesundheitspolitischen Institutionenordnung des Dritten Reiches gefallen. Da für Wagner die Rückdämmung des staatlichen Gesundheitswesens das eigentliche Ziel darstellte, förderte er die Versuche der Gesundheitsdienste von NSV und DAF, in der Betriebsmedizin, der erweiterten Gesundheitsfürsorge für Mutter und Kind und der Tuberkulosefürsorge Handlungsfelder zu beanspruchen, die das öffentliche Gesundheitswesen nicht, oder nicht in ausreichendem Maß besetzt hatte.⁷⁷ Hier ermöglichten erst die vom Hauptamt zugelas-

⁷³ Zum Gesundheitsstammbuch vgl. Labisch/Tennstedt, Gesundheitsamt, S. 56–59.

⁷⁴ Ganssmüller, Erbgesundheitspolitik, S. 99f.

⁷⁵ Bormann an Lammers, 31. 5. 1935, BAB, R 43-II/735a.

⁷⁶ Wagner, Rundschreiben Vg. 83/35 an die Gauamtsleitungen und Verwaltungsstellen des Amtes für Volksgesundheit, 3. 12. 1935, BAB, NS 20/139–1.

⁷⁷ Zur Kooperation Wagners mit Ley vgl. den Aktenvermerk für Himmler, [Dezember 1937] betr. Gegensätze zwischen dem Reichsärztführer Wagner und Ministerialdirektor Gütt sowie die Lage auf dem Gebiet der Erb- und Rassenpflege und Volksgesundheit, IfZ, MA 3/1, Folder 5.

senen Ärzte, zumeist nebenamtlich tätige Kassenpraktiker und Mitarbeiter des öffentlichen Gesundheitsdienstes, die Umsetzung der ambitionierten gesundheitspolitischen Programme von NSV und DAF. 1937 überprüften sie den Gesundheitszustand von knapp sechs Millionen HJ-Angehörigen, SA-Männern und Arbeitern durch Reihenuntersuchungen; im Rahmen der NSV-Fürsorge für Mutter und Kind, des Tuberkulosehilfswerkes, der Zahnsanierungsaktion für Jugendliche und bei Siedlungsbewerbern führten die Ärzte des Hauptamtes mehr als eine Million Einzeluntersuchungen durch, wobei Arbeiten für die NSV überwogen.⁷⁸ Im Krieg erweiterte sich das Tätigkeitsfeld der HAVG-Ärzte durch eine Vielzahl von Einzelmaßnahmen, die weniger einem konsistenten gesundheitspolitischen Programm folgten als daß sie auf akute Problemlagen reagierten. Ärzte des Hauptamtes verteilten Vigantol zur Rachitisvorbeugung, bereiteten Röntgenreihenuntersuchungen zur Tuberkulosefrüherkennung vor und betreuten rund 440000 Volksdeutsche, die aus Südtirol, den baltischen Staaten und der Sowjetunion zurückwanderten.⁷⁹

Bei genauerer Betrachtung mutet die Arbeitsbilanz des Hauptamtes freilich weniger eindrucksvoll an. Viele der ärztlichen Untersuchungen wurden nur sehr oberflächlich vorgenommen. Das galt besonders für Reihenuntersuchungen, aber auch bei den Einzeluntersuchungen für die NSV kam es zu Klagen über deren schematische und oberflächliche Durchführung.⁸⁰ Vor allem aber hatte die Arbeit der beim Hauptamt zugelassenen Ärzte vor Ort kaum positive Rückwirkungen auf die gesundheitspolitischen Wirkungsmöglichkeiten dieser Dienststelle. Da diese Ärzte ihre Untersuchungen nebenamtlich im Auftrag der Parteiorganisationen durchführten und auch von diesen honoriert wurden, NSV, DAF und HJ aber über weitere Konsequenzen, etwa die Gewährung von Leistungen, selbständig entschieden, waren die tatsächlichen medizinisch-praktischen Wirkungsmöglichkeiten und die gesundheitspolitische Präsenz des Hauptamtes in der Öffentlichkeit gering.⁸¹ De facto beschränkte sich sein Aufgabenspektrum innerhalb des NSDAP-Gesundheitswesens auf propagandistische Maßnahmen und auf die Auswahl der zu Gesundheitsdienstleistungen für DAF, NSV, HJ und die Volksdeutsche Mittelstelle herangezogenen Ärzte.⁸²

⁷⁸ Arbeit des Hauptamtes für Volksgesundheit der NSDAP, 12. 2. 1938, BAB, NS 22/771. Die Verwaltungsstelle Berchtesgaden-Laufen des Gauamtes für Volksgesundheit München-Oberbayern führte zwischen August 1938 und Juli 1939 4462 Untersuchungen durch, davon 15,4 Prozent bei Siedlungsanwärtern, 47,1 Prozent für die NSV, 4,8 Prozent für die DAF, 33 Prozent für die HJ, 6,2 Prozent für die SA (bei SA, DAF und HJ jeweils einschließlich der Reihenuntersuchungen), und 3,5 Prozent für sonstige Dienststellen; Tätigkeitsbericht der Verwaltungsstelle Berchtesgaden-Laufen II/1939, StAM, NSDAP/431.

⁷⁹ Leistungen des Hauptamtes für Volksgesundheit vom Beginn des Krieges bis einschließlich 1942, BAB, NS 26/1337; die Darstellung des Tätigkeitsprofils stützt sich zudem auf die Auswertung der Quartalsberichte der Kreisämter für Volksgesundheit im Gau Baden 1940-1944, GLAK, 465d.

⁸⁰ Rundschreiben des Gauamtsleiters des Amtes für Volksgesundheit Bayerische Ostmark 34/40, 21. 12. 1940, StAB, M 30/1043.

⁸¹ So Conti in seiner Vernehmung am 6. 9. 1945, S. 9, BAK, All. Proz. 2/FC 6155 P.

⁸² Bezeichnenderweise handelt es sich bei einem Großteil der in einem Rechenschaftsbericht über die Tätigkeit des Hauptamtes angeführten Leistungen um Maßnahmen, die in der

Wie sehr es dem Hauptamt an eigenständigen Einsatzfeldern mangelte, zeigt die unscharf formulierte Tätigkeitsbeschreibung für seine Gauamtsleiter, deren Wirkungsbereich sehr allgemein mit der Durchführung und Kontrolle der vom Hauptamt angeordneten Maßnahmen und einer ebenfalls sehr allgemein formulierten Beratungstätigkeit für den Gauleiter umrissen wurde.⁸³ Noch deutlicher trat der Mangel an Tätigkeitsgebieten in der Aufgabenbeschreibung der Kreisamtsleiter hervor. Deren Geschäftsbereich wurde diffus analog zu dem des Gauamtsleiters für Volksgesundheit bestimmt. Jedoch erlaube „die Vielgestaltigkeit der Tätigkeit eines Kreisamtsleiters für Volksgesundheit [...] vorläufig noch nicht, für ihn ein umfassendes Arbeitsprogramm im Sinne einer Geschäftsordnung aufzustellen“.⁸⁴ Angesichts zunehmend schwerer durchzusetzender Führungs- und Aufsichtsbefugnisse⁸⁵ und fehlender Durchführungsaufgaben reklamierte Wagners Nachfolger Conti das Mandat der Gesundheitsführung als Teil der Menschenführung für sein Hauptamt für Volksgesundheit, freilich ohne daß dieser Begriff inhaltlich gefüllt werden konnte.⁸⁶

Contis Ernennung zum Nachfolger Wagners hatte innerhalb der nationalsozialistischen Führungszirkel für einige Überraschung gesorgt, denn der Berliner Gauamtsleiter war innerhalb des NS-Ärztebundes ein Außenseiter und galt zudem als Gegner des verstorbenen Reichsärztesführers. Die Entscheidungsverläufe in der Nachfolgefrage ließen die personellen Defizite der nationalsozialistischen Gesundheitspolitik, deren Führungsstruktur ganz auf die Person Wagners zugeschnitten war, deutlich zutage treten. Keiner der in Betracht gezogenen Nachfolgekandidaten war über die Grenzen der Ärzteschaft hinaus bekannt. Keiner verfügte über eine engere Anbindung an Personen aus dem inneren Führungskreis des NS-Regimes. Kurt Blome, dessen Ernennung anfangs als ausgemachte Sache galt, da er von Wagner als Nachfolger vorgeschlagen, zunächst von Bormann unterstützt und von der SS akzeptiert wurde, kam nicht zum Zuge.⁸⁷ Eine Himmler

Kostenträgerschaft von DAF und NSV durch vom Hauptamt zugelassene Ärzte erbracht wurden, ohne daß es dabei in Erscheinung trat; Leistungen des Hauptamtes für Volksgesundheit vom Beginn des Krieges bis einschließlich 1942, BAB, NS 26/1337, insbesondere S. 1, 3–5, 18–20.

⁸³ Dienstanweisung des Hauptamtes für Volksgesundheit, 29. 12. 1934, S. 2, IfZ, Db/63.05.

⁸⁴ Vorläufige Zusammenstellung der Aufgaben der Kreisamtsleitung des Amtes für Volksgesundheit, Anlage zum Rundschreiben Contis 47/40 vom 25. 9. 1940 an die Gau- und Kreisamtsleitungen des Amtes für Volksgesundheit, BAB, NS 20/139–7.

⁸⁵ Conti versuchte der Weigerung von NSV und DAF, ihre gesundheitspolitischen Aktivitäten mit ihm abzustimmen, dadurch zu begegnen, daß er bei Heß eine Verfügung erwirkte, in der betont wurde, daß die im Organisationsbuch der NSDAP festgelegten Führungs- und Aufsichtsrechte des Hauptamtes für Volksgesundheit und seiner nachgeordneten Dienststellen nach wie vor Bestand hätten; Anordnung des Stellvertreters des Führers, A 41/40, 1. 5. 1940, StAA, NSDÄB Augsburg-Land/1.

⁸⁶ Die Benutzung des Begriffs der Gesundheitsführung wurde allen anderen Parteidienststellen ausdrücklich untersagt und exklusiv dem Hauptamt für Volksgesundheit vorbehalten; Verfügung des Stellvertreters des Führers, V 7/40, 18. 5. 1940, StAA, NSDÄB Augsburg-Land/1.

⁸⁷ Dem Schreiben Gütts an Bormann vom 27. 3. 1939 zufolge war die Ernennung Blomes bereits beschlossene Sache; BAB, SL/53; vgl. die Vernehmung Krahn's, 19. 9. 1946, S. 11, BAK, All. Proz. 2/FC 6078P.

vorgelegte Aktennotiz nannte nicht den späteren Reichsgesundheitsführer, sondern den Wagner-Vertrauten Fritz Bartels und den SS-Standartenführer und Leiter der Kassenärztlichen Vereinigung, Heinrich Grote, als mögliche Kandidaten.⁸⁸ Blome stand im Ruf, ein offenes Ohr für standespolitische Interessen der Ärzteschaft zu haben. Fritz Bartels galt als Exponent des Parteigesundheitswesens, war aber bei Auseinandersetzungen um die Durchführung der Zwangssterilisationen mit Bormann, Himmler und Frick in Konflikt geraten.⁸⁹ Conti gehörte ursprünglich nicht zum engeren Kandidatenkreis. Offenbar nutzten gesundheitspolitisch interessierte Kreise aus dem Stab des Führer-Stellvertreters die Abwesenheit Hitlers von Berlin, um einen eigenen Kandidaten zu lancieren.⁹⁰ Blome, Grote und Bartels hatten erst seit 1932 im Windschatten Wagners Karriere gemacht, während Conti immerhin auf eigene Meriten aus der „Kampfzeit“ im Gau Berlin verweisen konnte. Einiges spricht dafür, daß dies den Ausschlag gegeben hat, nachdem seine Person ins Spiel gebracht worden war. Als Rudolf Heß dem Diktator die Namen von Blome und Conti überbrachte, erinnerte Hitler sich an Contis Verhalten während der Stennes-Revolte und entschied sich daraufhin für ihn, während Heß mit keinem der beiden Namen etwas verband.⁹¹ Mitentscheidend für die Ernennung des neuen Reichsgesundheitsführers dürfte gewesen sein, daß er durch seinen Rang als höherer SS-Führer sowohl für den gesundheitspolitisch ambitionierten Himmler als auch für Bormann akzeptabel war, ohne daß er eindeutig einem der konkurrierenden gesundheitspolitischen Lager zugeordnet werden konnte. Mit Conti gelangte zu einer Zeit, die allgemein von der Zurückdrängung der staatlichen Bürokratie durch NSDAP-Dienststellen gekennzeichnet war, ein Mediziner an die Spitze des NSDAP-Gesundheitswesens, der in seiner Zeit als Berliner

⁸⁸ Der Reichsarzt SS, Karl Gebhardt, präferierte Grote, gab ihm aber innerhalb der Ärzteschaft keine Chance. Zu Bartels sei er ohne Meinung, „zu Blome würde er notfalls ja sagen“; handschriftlich ist [vermutlich von Himmler] am Rand vermerkt: „1. Grote, 2. Blome“; Schallermeyer, Aktenvermerk für den Reichsführer SS [1939], BAB, NS 18/603. Bartels dagegen sollte abgelehnt werden; Aktenvermerk Brandts, April 1939, BAB, NS 19/1292. Dagegen geht Kater, Conti, S. 308, auf schmaler Quellenbasis davon aus, daß beim Tode Wagners innerhalb der NSDAP-Führung Einigkeit über dessen Nachfolger bestand.

⁸⁹ Walter Schultze, Eidesstattliche Erklärung, 18. 9. 1947, NRWStA, NW 130/697.

⁹⁰ Eine solche Sichtweise wird durch die oben zitierte Erklärung Schultzes gestützt. Heß und Bormann konnten an einem in der Tradition Wagners stehenden Nachfolger nicht interessiert gewesen sein, da dies eine Stärkung des gesundheitspolitischen Einflusses von Reichsorganisationsleiter Robert Ley bedeutete hätte. Zur parteiinternen Konkurrenz zwischen dem Reichsorganisationsleiter und der Dienststelle des Stellvertreters des Führers Longerich, Stellvertreter, S. 92f.; Rebutisch, Führerstaat, S. 77–79. Erste Gespräche in der Nachfolgefrage fanden um den 21./22./23. 3. 1939, unmittelbar nach dem Ableben Wagners statt; Vernehmung Kosmehl 12. 3. 1947, BAK, All. Proz. 1/LXIV A 55, S. 4439f., 4477. Hitler befand sich am 22./23. 3. 1939 an Bord des Panzerkreuzers Deutschland vor dem litauischen Hafenstädtchen Memel, um öffentlichkeitswirksam dessen Rückgliederung durchzusetzen.

⁹¹ Vernehmung Brandt, 1. 3. 1947, S. 15f., BAK, All. Proz. 2/FC 6069 P. Dem unter quellenkritischen Gesichtspunkten allerdings nicht unproblematischen Bericht eines leitenden Mitarbeiters im Hauptamt für Volksgesundheit zufolge, gab das Votum Görings, Contis ehemaligen Dienstvorgesetzten im Preußischen Innenministerium, den Ausschlag; Röhrs, Krankheit, S. 126f.

Stadtmedizinalrat „den Ratschlägen der Fachbeamten gefolgt ist und nicht versucht haben soll, parteipolitische Grundsätze mit aller Gewalt durchzusetzen“.⁹² Der gegenüber dem Vorgänger erweiterte Titel eines „Reichsgesundheitsführers“⁹³ und die wenige Monate später unter Mitwirkung von Bormann und Frick betriebene Ausweitung von Contis Einflußbereich legen den Schluß nahe, daß Contis Berufung den durch Wagner und Gütt radikalisierten Konflikt zwischen staatlichem und parteiamtlichem Gesundheitswesen durch die personelle Zusammenfassung beider Bereiche entschärfen sollte.⁹⁴

Innerhalb der NSDAP war die Ernennung Contis nicht mit einer Aufwertung des Gesundheitswesens verbunden. Ein Zeichen der Widerstände gegen seine Ernennung war, daß Kurt Blome, der als entschiedener Verfechter des Wagner-Kurses galt, entgegen der üblichen Praxis, nach der ein Amtsleiter seinen Vertreter selbst bestimmte, zu Contis Stellvertreter ernannt wurde. Obwohl sein neuer Titel „Reichsgesundheitsführer“ die angestrebte Generalkompetenz für das staatliche und parteiamtliche Gesundheitswesen unterstrich, rangierte Conti als Hauptdienstleiter rangmäßig eine entscheidende Stufe unterhalb der NSDAP-Reichsleiter auf der gleichen Ebene wie die machtpolitisch unbedeutenden Leiter des NS-Dozentenbundes und der Nationalsozialistischen Kriegsopferversorgung. In der Hierarchie der Parteidienststellen hatte dies zur Folge, daß die Abteilungen des Hauptamtes für Volksgesundheit keine eigenen Ämter waren, sondern nur Hauptstellen, was ihre Bedeutung gegenüber Verhandlungspartnern erheblich schmälerte.⁹⁵

Nach der Ernennung Contis vollzog das Hauptamt eine politische Kehrtwende. Der Reichsgesundheitsführer begann unmittelbar nach seiner Einsetzung mit der Entfernung von Anhängern Wagners aus seinem Amtsbereich.⁹⁶ Während der frühere Reichsärztführer bei seinen Versuchen, das staatliche Gesundheitswesen auf medizinapolizeiliche Angelegenheiten zurückzustutzen, eng mit Ley kooperierte und diesem auf dem expandierenden Feld der Betriebsmedizin weitgehend freie Hand ließ, bremste Conti den Kompetenzabfluß zugunsten der DAF. Dahinter stand eine den Vorstellungen Wagners entgegengesetzte Organisationsidee. Während Wagner den übrigen gesundheitspolitischen Organisationen der NSDAP, bei formaler Anerkennung seiner Oberhoheit, viel Spielraum für eigenständige Politik zugestanden hatte, strebte Conti klare Unterordnungsverhältnisse analog zur staatlichen Gesundheitsverwaltung an. Ley reagierte darauf mit der organisatorischen Trennung des DAF-Gesundheitswesens vom Hauptamt für Volksgesundheit und dem Entzug der Finanzhilfen. Danach wurden beide Ämter bis zum Sommer 1940 organisatorisch, personell und räumlich entflochten.⁹⁷

⁹² Stürzbecher an das Nordrhein-Westfälische Innenministerium, 3. 3. 1965, NRWStA, NW 130/710.

⁹³ Anordnung des Stellvertreters des Führers Nr. 86/39, 27. 4. 1939, BAB, NS 6/222.

⁹⁴ In diesem Sinne z. B. Kauffmann, Zur Neuordnung des Gesundheitswesens nach dem Siege [1943], BAB, R 18/3793, Bl. 15.

⁹⁵ Ebenda, Bl. 17.

⁹⁶ Vgl. S. 70, 114.

⁹⁷ Rundschreiben des Gauamtes für Volksgesundheit Bayerische Ostmark an die Kreisamtsleiter, 12. 6. 1940, StAB, M 30/1045.

Auch in anderer Hinsicht markiert der Wechsel des Amtsleiters eine machtpolitische Zäsur. Wagners direkter Zugang zu Hitler und dem hypochondrischen Heß, dessen Hausarzt er war, hatte bislang einen Teil der institutionellen Defizite des Hauptamtes kompensiert. Dieser unmittelbare Zugang zum inneren Führungskreis des „Dritten Reiches“ fehlte dem neuen Reichsgesundheitsführer. Hinzu kam das Zerwürfnis mit Robert Ley. Nach der Trennung von der DAF spielte das finanziell schlecht ausgestattete Hauptamt in den Gauen kaum noch eine Rolle, da sich ohne die finanzielle Unterstützung der DAF sein dünner organisatorischer und finanzieller Unterbau in der Mittelebene rasch auszuwirken begann. Diese Finanzschwäche war eine der Hauptursachen dafür, daß „zahlreiche Dienststellen der Partei, insbesondere aber die NSV und die DAF, ihre eigene Gesundheitspolitik“⁹⁸ betreiben konnten. Dieses Problem war schon vor dem Tod Wagners wiederholt aufgetreten, konnte aber von diesem in gewissem Umfang durch seinen Zugriff auf die Ressourcen der Reichsärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung kompensiert werden, deren Tätigkeit teilweise derart mit dem Hauptamt für Volksgesundheit verflochten war, daß Arbeitsgerichte, die nach dem Ende der nationalsozialistischen Herrschaft über Versorgungsansprüche von HAUG-Mitarbeitern zu entscheiden hatten, nicht mehr feststellen konnten, wo deren „Tätigkeit in der RÄK aufgehört und die Parteitätigkeit begonnen habe“.⁹⁹

Die im Gegensatz zu den parallelen Einrichtungen von NSV und DAF nur mit ehrenamtlichen Leitern besetzten Gauämter blieben bis zur Jahreswende 1942/43 eine Achillesferse des Hauptamtes im polykratischen Konflikt. Auf eine Umfrage der KVD über etwaige finanzielle Nöte nationalsozialistischer Gesundheitsfunktionäre meldete der Leiter des Gauamtes für Volksgesundheit Westfalen-Nord, „daß viele Ärzte deshalb ihre Kräfte der Bewegung nicht gern voll und ganz zur Verfügung stellen, weil sie nicht mit Unrecht befürchten müssen, daß durch ihre Mitarbeit für die Partei ihr Einkommen aus Privat- und Kassenpraxis sich erheblich verringert“.¹⁰⁰ Die geringe Aufwandsentschädigung des Hauptamtes bot hierfür keine Kompensation. Die auf ihre Finanzhoheit bedachte Reichsleitung der NSDAP untersagte den Gauämtern für Volksgesundheit, die schmalen Etats durch Umlagen in den Gauen aufzubessern, so daß sie völlig von den Zuwendungen von NSV und DAF – ihren Hauptkonkurrenten um gesundheitspolitische Durchführungsaufträge – abhängig waren. Über Höhe und Verwendungszweck der dem Hauptamt zur Verfügung gestellten Mittel entschieden allein die Geldgeber.¹⁰¹ Durch diese Art der Finanzierung, so der Amtsleiter des Gaus Westfalen-Süd, sei „das Amt für Volksgesundheit derartig in die Abhängigkeit der DAF geraten, daß es seiner Stellung als Führungsamt nicht mehr habe gerecht werden

⁹⁸ Wagner, Rundschreiben Vg. 36/34 vom 30. 10. 1934 an die Gauamtsleitungen und Verwaltungsstellen des Amtes für Volksgesundheit, BAB, NS 20/139-1.

⁹⁹ Urteil des Landesarbeitsgerichts Düsseldorf vom 11. 5. 1960 im Rechtsstreit W. B. gegen das Land Nordrhein-Westfalen, S. 7, NRWHStA, NW 130/386 (das Zitat aus der Urteilsbegründung greift die Entscheidungsgründe der Vorgängerinstanz auf).

¹⁰⁰ Vonnegut an Hartmann, 11. 11. 1936, AKBV/160.

¹⁰¹ Vereinbarung zwischen dem Hauptamt für Volksgesundheit und dem Hauptamt für Volkswohlfahrt, 5. 8. 1938, BAB, NS 20/139-4.

können“.¹⁰² Ausgabenbeschränkungen behinderten die Schaffung leistungsfähiger Zentraldienststellen ebenso wie die vollständige Etablierung des Hauptamtes in den Parteikreisen der NSDAP. Da der knappe Etat des Hauptamtes weder Mittel für zusätzliches Personal noch für Büromieten bereitstellte, wurden die Verwaltungsstellen des Amtes für Volksgesundheit bis 1939 von der DAF finanziert.¹⁰³ Besonders einschneidend wirkten sich die knappen Mittel bei der praktischen Arbeit des Amtes aus. Nach mehrmaligen Pannen monierte der Reichsärztführer, es sei „unter gar keinen Umständen zugänglich, daß bei öffentlichen Kundgebungen des Amtes für Volksgesundheit scheinbare Nebensächlichkeiten und Äußerlichkeiten, die Geld kosten und die aber andererseits [...] für das Gelingen [...] von ausschlaggebender Bedeutung sind, aus falschem und außerdem sachlich unberechtigtem und unbegründetem Sparsamkeitssinn unterlassen werden [...] Wenn z. B. aus dieser kritisierten Sparsamkeit heraus für eine überfüllte Volksversammlung des Amtes für Volksgesundheit keine Musik genommen und am Schluß der Versammlung dann [...] das Horst-Wessel-Lied entweder nicht gesungen, oder durch mißglücktes Anstimmen des Liedes aus dem Publikum heraus verzerrt und disharmonisch gesungen wird, so können sich aus dieser scheinbaren Nebensächlichkeit [...] unerwünschte Störungen einer sonst erfolgreichen Versammlung ergeben.“¹⁰⁴

Ein weiterer Grund für seine mangelnde Durchsetzungsfähigkeit vor Ort lag im Funktionärskorps des Hauptamtes. Ihr schmaler Etat erlaubte es den Gauämtern nicht, eigene Ärzte als Vollzeitkräfte zu beschäftigen. Da die Weiterführung einer ärztlichen Praxis neben dem Engagement im Amt für Volksgesundheit nicht lukrativ genug schien, waren viele Gauamtsleiter gleichzeitig als Funktionäre der regionalen Standesorganisationen tätig.¹⁰⁵ Sie rekrutierten sich fast durchweg aus inzwischen saturierten Aktivisten der „Kampfzeit“, die häufig weder zeitlich dazu in der Lage noch besonders motiviert waren, sich für das Hauptamt für Volksgesundheit zu engagieren.¹⁰⁶ Infolge ihrer geringen Befugnisse gelang es den Gauämtern für Volksgesundheit nicht, geeigneten Nachwuchs zu gewinnen. Ambitio-

¹⁰² Archiv des Landschaftsverbands Westfalen-Lippe, Nachlaß Kolbow, Vermerk über eine Besprechung Kolbows mit Lotz am 8. 10. 1941, zit. nach Hansen, Wohlfahrtspolitik, S. 58, Anm. 77.

¹⁰³ Dienstanweisung für die Verwaltungsstellenleiter des Amtes für Volksgesundheit, 2. 1. 1935, StAM, NSDAP/431; Kreisleitung Berchtesgaden-Laufen an Gauleitung München-Oberbayern, 25. 7. 1938, ebenda.

¹⁰⁴ Wagner, Rundschreiben Vg. 83/35 an die Gauamtsleitungen und Verwaltungsstellen des Amtes für Volksgesundheit, 3. 12. 1935, BAB, NS 20/139-1. Nach der Trennung von der DAF stand den Gauämtern für Volksgesundheit nur ein kleiner Etatposten im Haushalt der Gauleitung zur Verfügung, er betrug 1944 im Gau Niederschlesien knapp 20000 Reichsmark, wobei Personalkosten für die Aufwandsentschädigungen der Gau- und Kreisamtsleiter den Hauptanteil ausmachten. Dies entsprach etwa acht Prozent der Gesamtaufwendungen für die NSDAP-Dienststellen des Gaues; Gauleitung Niederschlesien, Einnahmen- und Ausgabennachweis für die Zeit vom 1. 7. 1944–30. 9. 1944, BAB, NS 1/314.

¹⁰⁵ Röhrs an Schrepfer, 25. 11. 1943, BAB, R 18/3809.

¹⁰⁶ Kauffmann, Zur Neuordnung des Gesundheitswesens nach dem Siege [1943], BAB, R 18/3793, Bl. 8f.

nierte NS-Ärzte wählten andere Betätigungsfelder, etwa die SS oder den öffentlichen Gesundheitsdienst. Ein schlagkräftiger, allein der Leitung des Hauptamtes verpflichteter Apparat, der die Durchführung der gesundheitspolitischen Richtlinienkompetenz auf der Gauebene garantiert hätte, stand ihm nicht zur Verfügung. Bis zum Tod Wagners bekleideten die Gauamtsleiter des Hauptamtes zumeist die entsprechenden Ämter der DAF, seltener auch der NSV in Personalunion. Fachlich unterstanden die Leiter der NSV- und DAF-Gesundheitsdienststellen zwar dem Hauptamt für Volksgesundheit, disziplinarisch und finanziell jedoch dem jeweiligen NSV- und DAF-Amtswalter. Dies hatte zur Folge, daß sich wegen der unklaren Unterstellungsverhältnisse die Grenzen zwischen Führung und Durchführung zugunsten von NSV und DAF verwischten. Da die Funktionäre des Hauptamtes keine Disziplinargewalt über die Gesundheitsdienststellen von DAF und NSV ausübten, blieben „die dem Hauptamt zugesprochenen Führungsrechte [...] oft nur am [sic] Papier“¹⁰⁷ bestehen, so daß der Leiter des Hauptamtes für Volksgesundheit von seinen Konkurrenten nicht zu Unrecht als „König ohne Reich“¹⁰⁸ verspottet wurde. Rückblickend urteilte der persönliche Referent des Reichsgesundheitsführers durchaus realistisch: „keine Durchführungsmöglichkeiten, lediglich Führungsamt, wobei insbesondere in der Gau- und Kreisebene die Befugnisse des Führungsamtes sehr oft problematische sind [...] Eine wirklich dominierende Stellung konnte aufgrund dieser Entwicklung das Amt für Volksgesundheit der NSDAP leider nicht erreichen.“¹⁰⁹

Während des Krieges erlebte das Hauptamt für Volksgesundheit allerdings Kompetenzzuwächse auf einer politischen Handlungsebene ganz anderer Art. Um das Nebeneinander von parteiamtlichen und staatlichen Dienststellen effizienter zu gestalten, begannen einzelne Gauleiter seit dem Sommer 1942, gesundheitspolitische Kompetenzen innerhalb ihres Zuständigkeitsbereichs zusammenzufassen.¹¹⁰ Die Leiter der jeweiligen Gauämter für Volksgesundheit wurden zu „Gaugesundheitsführern“ ernannt und bildeten damit die im Auftrag des Gauleiters handelnde, „für die gesamte Gesundheitsführung des Gaues allein zuständige,

¹⁰⁷ Ebenda, Bl. 19.

¹⁰⁸ So der Leiter der NSV, Erich Hilgenfeldt, über Conti; Holm, Memorandum über die Einrichtung einer „Planungsstelle für das Schwesternwesen“, 12. 3. 1944, S. 5, BAB, R 18/2959.

¹⁰⁹ Kauffmann, Zur Neuordnung des Gesundheitswesens nach dem Siege [1943], BAB, R 18/3793, Bl. 9.

¹¹⁰ So die Begründung der „Anordnung über die Zuständigkeit des Gauamtes für Volksgesundheit der NSDAP und die Einsetzung eines Gaugesundheitsführers“ des Gauleiters von Westfalen-Süd, 2. 9. 1942, BAB, R 18/3787. Als erster Gaugesundheitsführer wurde Wilhelm Ewig in der Westmark eingesetzt; Conti, Rundschreiben 2/42, 6. 1. 1942 an die Gau- und Kreisamtsleitungen des Hauptamtes für Volksgesundheit, BAB, NS 20/139-7. In den meisten Altreichsgauen mit Ausnahme von Sachsen (18. 2. 1942) erfolgten die Ernennungen mit wenigstens sechs Monaten Verzögerung: Südhannover-Braunschweig (17. 6. 1942), Westfalen-Süd (2. 9. 1942), Westfalen-Nord (3. 10. 1942), Württemberg-Hohenzollern (19. 10. 1942), Magdeburg-Anhalt (19. 11. 1942), Kurhessen (20. 11. 1942), Schleswig-Holstein (25. 11. 1942), Sachsen, Pommern (21. 6. 1943), Halle-Merseburg (13. 11. 1943); Mitteilung der jeweiligen Gauleiter an den Reichsgesundheitsführer, BAB, R 18/3787.

maßgeblich entscheidende“¹¹¹, Mittelinstanz. Vorreiter dieser Entwicklung waren die besonders stark von Luftangriffen betroffenen Gaue der rheinisch-westfälischen Industriegebiete. Der Großteil der Ernennungen erfolgte nach dem November 1942, als die Position der Gauleiter infolge der Angleichung der Verwaltungsgrenzen von Gauen und Reichsverteidigungsbezirken erheblich gestärkt wurde.¹¹² Die Einsetzung der Gaugesundheitsführer war Teil einer Politik, die die Kriegsverhältnisse dazu benutzte, NSDAP-Dienststellen gegenüber der inneren Verwaltung zu stärken. Hierdurch entstand eine unmittelbar den Reichsverteidigungskommissaren unterstellte Instanz, die wie diese im politisch-administrativen Bereich über umfassende gesundheitspolitische Vollmachten in der Mittelinstanz des Gesundheitswesens verfügte, ohne ihrerseits über einen eigenen Apparat zu gebieten.¹¹³

Es ist charakteristisch für das seit 1942 zunehmende Gewicht der Mittelinstanzen im politischen System des „Dritten Reiches“, daß die Initiative zur Ernennung der Gaugesundheitsführer von den Gauleitern, nicht vom Reichsgesundheitsführer ausging.¹¹⁴ Angesichts der Tatsache, daß die Gaubehörden primär ihren Gauleitern und erst nachgeordnet ihm unterstanden, versprach er sich wenig von der neuen Institution. Eher schon befürchtete das Hauptamt Behinderungen seiner eigenen Arbeit und verhielt sich daher gegenüber den Ernennungen anfangs zögerlich.¹¹⁵ Besondere Bedenken bestanden dagegen, daß der Gaugesundheitsführer „für alle Berufe des Gesundheitswesens das Recht zu verwaltungsmäßigen und disziplinarischen Einzelentscheidungen erhält“¹¹⁶, weil dadurch die Einflußmöglichkeit der Gauleiter auf die Ärzteverbände und die Sozialversicherung ausgedehnt worden wäre. Um die Umsetzung reichseinheitlicher Anordnungen auf dem Gebiet des Gesundheitswesens nicht zu gefährden, schlug Conti vor, das allgemeine Zustimmungsrecht des Gaugesundheitsführers auf solche Fälle zu begrenzen, bei denen es sich nicht um die Durchführung von Anordnungen vorgesetzter Dienststellen handelte.¹¹⁷ Er konnte dies gegenüber den weitergehenden Vorstellungen der Gauleiter jedoch nicht durchsetzen. Da seine Richtlinien zur Einsetzung von Gaugesundheitsführern erst veröffentlicht wurden, als die meisten schon ihre Arbeit aufgenommen hatten, kam eine reichseinheitliche Regelung nicht mehr zustande. Zu Beginn des Jahres 1943 herrschten zwei Modelle vor: Eine große Lösung übertrug dem Gaugesundheitsführer „auf dem gesundheitli-

¹¹¹ Mutschmann, Anordnung über die Zuständigkeit des Gauamtes für Volksgesundheit der NSDAP und die Einsetzung eines Gaugesundheitsführers, 18. 11. 1942, BAB, R 18/3787.

¹¹² Verordnung über die Reichsverteidigungskommissare und die Vereinheitlichung der Wirtschaftsverwaltung, 16. 11. 1942, RGBl. I (1942), S. 649–653.

¹¹³ Zum Wirkungsbereich der Reichsverteidigungskommissare vgl. Teppe, Reichsverteidigungskommissar.

¹¹⁴ Conti, Entwurf eines Schreibens an die Gauleiter, Anlage zu Conti an Bormann, 30. 1. 1943, BAB, R 18/3787.

¹¹⁵ Kauffmann an Conti, 30. 1. 1943; Conti an Röhrs, 2. 2. 1943, BAB, R 18/3787.

¹¹⁶ Conti an Schwede-Coburg, 5. 5. 1943, BAB, R 18/3787.

¹¹⁷ Conti, Entwurf einer Anordnung des Reichsgesundheitsführers, 18. 2. 1943, BAB, R 18/3787.

chen Gebiet [...] die gleiche Führungsaufgabe“¹¹⁸, die auch der Gauleiter „in der Führung der Gesamtpolitik des Gaues“ für sich beanspruchte. Die Vollmacht des Gaugesundheitsführers umfaßte in diesem Fall sowohl regionale Planungs- und Personalhoheit als auch die selbständige Durchführung von Anordnungen der Reichsbehörden. Kommunale Gesundheitsverwaltungen und Einrichtungen der Sozialversicherungen wurden ausdrücklich mit in seinen Befehlsbereich einbezogen.¹¹⁹ Bei der kleinen Lösung dagegen blieb „die disziplinarische Bindung der einzelnen durchführenden Gesundheitsdienste zu ihren jeweiligen Organisationen unberührt“.¹²⁰

Für den Reichsgesundheitsführer war diese Entwicklung eine zweiseitige Angelegenheit. Einerseits schufen sich Gaue auf diese Weise eine Mittelinstanz, die den steigenden Anforderungen an das Gesundheitssystem besser gewachsen war und der zunehmenden Bedeutung des parteiamtlichen Gesundheitswesens gerade in Fragen, die mit dem Luftkrieg zusammenhingen, Rechnung trug. Andererseits leiteten die Gaugesundheitsführer ihre Autorität nicht mehr aus ihrer Unterstellung unter den Reichsgesundheitsführer, sondern aus der Beauftragung durch die Gauleiter ab, so daß die Position Contis weiter geschwächt wurde.¹²¹

Nach ihrer Einsetzung wurden die Gaugesundheitsführer rasch zum wichtigsten gesundheitspolitischen Instrument der Reichsverteidigungskommissare. Wie diese bedienten sie sich zur Durchführung ihrer Aufgaben vor allem der Medizinalabteilungen der Regierungspräsidien.¹²² Anders als bei den Reichsverteidigungskommissaren, deren universelle Befehlsgewalt in der Mittelinstanz keineswegs unumstritten war, funktionierte die Zusammenarbeit der Gaugesundheitsführer mit den übrigen gesundheitspolitischen Dienststellen im wesentlichen problemlos, da diese ihre Unterstellung unter den Gauamtsleiter in der Regel akzeptierten, und es zumeist akute, dringend lösungsbedürftige gesundheitspolitische Problembereiche waren, die in den Geschäftsbereich des Gaugesundheitsführers fielen.

Das Institut der Gaugesundheitsführer spiegelt auf charakteristische Weise die ambivalente Entwicklung der Parteiorgane auf der Mittelebene der Parteigaue.

¹¹⁸ Giesler, Anordnung über die Zuständigkeit des Gauamtes für Volksgesundheit der NSDAP und die Einsetzung eines Gaugesundheitsführers, 2. 9. 1942, BAB, R 18/3787.

¹¹⁹ Schwede-Coburg an die Regierungspräsidenten der Provinz Pommern, 21. 6. 1943, BAB, R 18/3787. Ähnliche Regelungen wurden in den Gauen Westfalen-Süd, Magdeburg-Anhalt, Halle-Merseburg, Sachsen und Kurhessen getroffen.

¹²⁰ Lauterbacher, Gründung des Gaugesundheitswerkes im Gau Südhannover-Braunschweig [Juni 1942], BAB, R 18/3787; ähnliche Regelungen finden sich in den Gauen Schleswig-Holstein und Westfalen-Nord.

¹²¹ Die Leiter der Gauämter für Volksgesundheit waren fachlich dem Hauptamt für Volksgesundheit, politisch und disziplinar dem jeweiligen Gauleiter unterstellt. Dieser behielt sich ein Einspruchsrecht in allen seinen Gau tangierenden gesundheitlichen Angelegenheiten vor; Reichsorganisationsleiter, Organisationsbuch, S. 236; Anordnung des Gauleiters von Westfalen-Nord, Alfred Meyer, 3. 10. 1942, BAB, R 18/3787.

¹²² Zusätzlich wurden Gaugesundheitsräte ernannt, in denen Repräsentanten aller gesundheitspolitisch relevanten Dienststellen von Partei, Staat, Sozialversicherung, Ärztereinigungen sowie der übrigen Heilberufe vertreten waren. Diese Beratungsgremien sind allerdings, außer durch ihre Einrichtungsverfügung, kaum nachweisbar.

Die wachsende Einbindung in Betreuungsaufgaben unter den Bedingungen des totalen Krieges förderte bei den NSDAP-Funktionsträgern teilweise die Ausbildung pragmatischer Lösungsstrategien, die auf die Wiederherstellung von Normalität in einer durch den Krieg zunehmend aus den Fugen geratenen Gesellschaft zielten und Gesundheitspolitik dadurch in gewissem Umfang entideologisierten.¹²³ Auf der anderen Seite wirkten die Gaugesundheitsführer etwa beim organisierten Krankenkurd vielfach radikalisiert auf die regionale Gesundheitspolitik.¹²⁴ In gesundheitspolitischen Krisengebieten, insbesondere in den luftkriegsgeschädigten Regionen und in den von Evakuierten überfüllten Aufnahmegauen wurden die Gaugesundheitsführer zum wichtigsten gesundheitspolitischen Entscheidungsträger, da drei zentrale Bereiche der Gesundheitsversorgung durch sie organisiert wurden: die medizinische Bewältigung des Luftkriegs, die überregionale Verlegung von Krankenhauspatienten und schließlich auch die Reinstitutionalisierung der „Euthanasie“ seit 1942.

Das Gesundheitswesen der Deutschen Arbeitsfront

Die Deutsche Arbeitsfront errichtete seit Herbst 1934 in den Gauorganisationen der NSDAP eigene Ämter für Volksgesundheit und engagierte sich mit beträchtlichem propagandistischen, personellen und vor allem finanziellen Aufwand in der Gesundheitspolitik. Am 24. Mai 1935 wurde das DAF-Amt für Volksgesundheit auf der Reichsebene eingerichtet.¹²⁵ Es folgte im Aufbau der Organisation des Hauptamtes für Volksgesundheit, ohne jedoch wie dieses Verwaltungsstellen in den Kreisen einzurichten. Bis zum Tode Wagners kooperierten beide Dienststellen so eng miteinander, daß bisweilen der Eindruck eines gemeinsamen Amtes entstand.¹²⁶ Der Reichsärztführer fungierte in Personalunion als Leiter des DAF-AVG, sein Stellvertreter Fritz Bartels, der programmatische Kopf der Initiativen zum Ausbau der „Gesundheitsführung im Betrieb“, bearbeitete arbeitsmedizinische Fragen sowohl im NSDAP-Hauptamt als auch im DAF-Amt für Volksgesundheit, wo er seinen Vorgesetzten in der Leitungsfunktion vertrat.¹²⁷ Bis zum Beginn des Zweiten Weltkriegs konzentrierten sich die Aktivitäten der DAF auf eine intensive leistungsmedizinische Propaganda und die Durchführung

¹²³ Hüttenberger, Gauleiter, S. 159.

¹²⁴ Vgl. S. 329–341, 368 f.

¹²⁵ Kater, Gesundheitsführung, S. 353; als Überblick zur Organisationsgeschichte vgl. Reichsorganisationsleitung, Wege, S. 41–48.

¹²⁶ Daß beide Ämter zeitweise gemeinsame Tätigkeitsberichte vorlegten, zeigt, wie eng sie miteinander verbunden waren; vgl. Arbeitsbericht des Hauptamtes für Volksgesundheit in Personalunion mit dem Amt für Volksgesundheit der Deutschen Arbeitsfront, Dezember 1936; Bericht des Hauptamtes für Volksgesundheit und des Amtes für Volksgesundheit der Deutschen Arbeitsfront, Februar 1937, BAB, NS 22/839.

¹²⁷ Die Nationalsozialistische Gesundheitsfront. Aufklärungs- und Rednerinformationsmaterial der Reichspropagandaleitung der NSDAP und des Propagandaamtes der DAF, 8. Lieferung (August 1936), BAB, 62.03/5992; Reichsorganisationsleitung, Organisationsbuch, S. 203. Zu Bartels Funktion bei der Einführung der betrieblichen Gesundheitsführung vgl. Reeg, Bartels, S. 81.

betrieblicher Reihenuntersuchungen, während die Zahl der Betriebsärzte nur langsam zunahm.¹²⁸

Beiden Dienststellen gemeinsam war die Stoßrichtung gegen das öffentliche Gesundheitswesen. Hier traf sich der Wunsch des Hauptamtes nach eigenen gesundheitspolitischen Durchführungsaufgaben mit den Expansionsplänen der DAF. Während das Hauptamt für Volksgesundheit vor allem mit der Gesundheitsabteilung des Reichsinnenministeriums um die Definitionsgewalt in der Erbgesundheitspolitik konkurrierte, war das Reichsarbeitsministerium Hauptgegner der gesundheitspolitischen Expansion der DAF. Diese enge Bindung zwischen beiden Dienststellen endete mit dem Tod des Reichsärztesführers im Frühjahr 1939. Robert Ley versuchte Wagners Intimus Fritz Bartels als Leiter eines vergrößerten und neu profilierten DAF-Gesundheitsamtes zu installieren, das an der von Ley angestrebten Reform der Sozialversicherung mitwirken sollte.¹²⁹ Darauf entfernte der eben zum Reichsgesundheitsführer ernannte Conti, der die Sozialversicherungsabteilung des Arbeitsministeriums seinem eigenen Zuständigkeitsbereich angliedern wollte, Bartels unter dem Vorwand der Disziplinlosigkeit aus allen Ämtern und ernannte Werner Bockhacker zum neuen Leiter.¹³⁰ Ley nahm dies zum Anlaß, das Hauptamt für Volksgesundheit und das DAF-Gesundheitswesen organisatorisch zu entflechten, veranlaßte im Oktober 1939, daß der Dienstsitz des DAF-Gesundheitsamtes von München nach Berlin verlegt wurde und benannte die neue, nun selbständige Dienststelle im Hinblick auf seine Pläne zur Reform der Sozialversicherung in DAF-Amt für Gesundheit und Volksschutz um.¹³¹

Unter Werner Bockhacker verfolgte das DAF-Amt einen Kurs kaum verhohlener gesundheitspolitischer Expansion auf Kosten des Hauptamtes für Volksgesundheit. Unter formaler Anerkennung von dessen Führungsanspruch reklamierte die DAF gesundheitspolitische Durchführungsaufgaben für sich. Neben spezifisch arbeitsmedizinischen Aspekten enthielt das neue Arbeitsprogramm des DAF-Amtes für Gesundheit und Volksschutz mit den Programmpunkten „Wahrung der volksgesundheitlichen Belange der Mitglieder der DAF und deren (sic) Angehörigen“,¹³² „Aufklärung und Anleitung der DAF-Mitglieder zur gesundheitlichen Lebensgestaltung“ und „Schulung und Propaganda in allen bevölkerungs- und rassenpolitischen Fragen“ Elemente, die sich eindeutig mit den Geschäftsbereichen des Reichsinnenministeriums, des Hauptamtes für Volksgesundheit und des Rassenpolitischen Amtes überschneiden, also in Contis Zuständigkeit fielen. Mit dem Verweis auf die kriegsbedingte Verknappung der Arbeitskraft be-

¹²⁸ Zu den Reihenuntersuchungen vgl. Reeg, Bartels, S. 107–113, zur Zahl der Betriebsärzte Tab. C.8 und C.9.

¹²⁹ Bericht Bartels über ein Gespräch mit Ley am 25. 4. 1939, BAB, Personalakte Bartels.

¹³⁰ Siehe hierzu das umfangreiche Material im Verfahren gegen Fritz Bartels vor dem Obersten Parteigericht der NSDAP, BAB, Personalakte Bartels.

¹³¹ DAF-Amt für Volksgesundheit an den staatlichen Gewerbezweitz Düsseldorf, 17. 10. 1939, NRWStA, BR 1015–205, Bl. 34; Reichsorganisationsleiter, Wege, S. 41; Anordnung des Reichsorganisationsleiters 15/40, Amtliches Nachrichtenblatt der DAF 6, Folge 3, 1. 7. 1940, BAB, NS 22/771.

¹³² Reichsorganisationsleiter, Organisationsbuch, S. 203 f.

anspruchte das DAF-Amt für Gesundheit und Volksschutz, nach der Trennung vom Hauptamt „sämtliche gesundheitlichen Maßnahmen“¹³³ durchzuführen, „die geeignet sind, die Leistungsfähigkeit der Schaffenden, vor allen Dingen in den Rüstungsbetrieben, zu erhalten und zu erhöhen“. Insbesondere müsse „der Arbeitsausfall durch Krankheit soweit als möglich durch eine geordnete betriebsärztliche Betreuung verhindert werden“. Auch wenn das von der DAF anvisierte Tätigkeitsfeld scheinbar unbearbeitete Gebiete betraf, zielte es letzten Endes darauf, die Aufgaben der mit Gesundheitsfragen befaßten Reichsministerien für den Bereich der abhängig beschäftigten Bevölkerung zu übernehmen.¹³⁴ Dies gilt sowohl für die Planungskompetenz der Gesundheitsabteilung des Reichsinnen- als auch für die Durchführungsaufgaben des Reichsarbeitsministeriums.¹³⁵

Der Ausbau der produktionsorientierten Gesundheitsfürsorge bildete die wichtigste Einfallspforte der DAF bei der Übernahme gesundheitspolitischer Kompetenzen. Zunächst konzentrierten sich Leys Mitarbeiter auf die Einrichtung von Betriebsarztstellen in rüstungsrelevanten Betrieben, die ausdrücklich als ergänzende Gesundheitsfürsorge neben der fortbestehenden Primärversorgung durch den Hausarzt konzipiert waren.¹³⁶ Im Krieg stieg der Einfluß des de facto autonom operierenden DAF-Amtes für Gesundheit und Volksschutz beträchtlich.¹³⁷ Die DAF profitierte davon, daß die Durchführungsmaßnahmen, auf die sie sich konzentriert hatte, im Kriegsverlauf gegenüber der definitorischen Gewalt des Hauptamtes für Volksgesundheit an Gewicht gewannen. Der gesundheitsfürsorgenerisch legitimierte Durchgriff der DAF auf den Alltag der arbeitenden Bevölkerung reichte von der Tuberkuloseprophylaxe durch Röntgenreihenuntersuchungen über die Beschaffung knapper Reinigungsmittel im Bergbau und die Verabreichung von Vitaminpräparaten an Rüstungsarbeiter bis hin zur Überwachung der Gemeinschaftsverpflegung in den Betrieben.¹³⁸ Hierbei kam ihr zugute, daß die Dienststellen der DAF auf der Gauebene mit Personal gut ausgestattet waren.¹³⁹ Bei der Übernahme gesundheitspolitischer Aufgaben konnte sich die DAF

¹³³ Bockhacker, Der Aufbau und die Aufgaben des Amtes für Volksgesundheit der DAF [1939], S. 3, BAB, NS 5-I/274. Das folgende Zitat ebenda.

¹³⁴ Das DAF-Sozialamt und die Unterabteilung II/5 „Gesundheitsfragen in der Sozialversicherung“ des DAF-Amtes für Gesundheit und Volksschutz bearbeiteten Gebiete, die deckungsgleich mit den Tätigkeitsfeldern der entsprechenden Abteilung im Reichsarbeitsministerium waren, ebenso zählte die Unterabteilung I/1 „Betriebsärzte und Werk-schar-Arbeitsgruppen“ Themen zu ihrem Geschäftsbereich, die wie der Seuchenschutz eindeutig in das Arbeitsgebiet des Staatssekretariats für das Gesundheitswesen fielen; Bockhacker, Arbeitsgebiete des Amtes für Volksgesundheit der DAF [1939], S. 9 f., BAB, NS 5-I/274; Reichsorganisationsleiter, Organisationsbuch, S. 200. Zur Organisation des DAF-Amtes für Gesundheit und Volksschutz vgl. Abb. 3.

¹³⁵ Vgl. Bockhacker, Arbeitsgebiete des Amtes für Volksgesundheit der DAF [1939], S. 7, 9–16, BAB, NS 5-I/274.

¹³⁶ Referat Bockhackers vor der DAF-Presskonferenz, 30. 1. 1940, BAB, 62.03/5595.

¹³⁷ Zum Tätigkeitsprofil des DAF-Amtes für Gesundheit und Volksschutz im Krieg vgl. die Rede Otto Marrenbachs: Die Kriegsarbeit der DAF, 23. 2. 1944, S. 11, BAB, R 2/1588.

¹³⁸ Dienstbesprechung des DAF-Amtes für Gesundheit und Volksschutz 1942, BAB, R 18/381; Gestaltung einer gesunden Gemeinschaftsverpflegung. Richtlinien des Amtes für Volksgesundheit der DAF, in: Deutsche Bergwerkszeitung, Nr. 39, 16. 2. 1940.

¹³⁹ Die Gauabteilungen für Gesundheit und Volksschutz verfügten über bis zu zwei Arzt-

nicht nur auf ihre nahezu unerschöpflichen Geldquellen stützen, sondern auch auf den ca. 44 000 hauptamtliche Mitarbeiter umfassenden Funktionsapparat.

Das Gesundheitswesen der Nationalsozialistischen Volkswohlfahrt

Seit Herbst 1933 entstanden bei einzelnen NSV-Gauverwaltungen Abteilungen für Volksgesundheit, seit Dezember auch in den Parteikreisen der NSDAP. In der Zentralebene wurde das Amt Volksgesundheit der NSV erst verhältnismäßig spät, im Oktober 1935, eingerichtet, zu einem Zeitpunkt, als das Gesundheitswesen der NSV in den Regionen bereits Fuß gefaßt hatte.¹⁴⁰ Analog zum DAF-Amt für Gesundheit und Volksschutz unterstand das Amt formal dem Hauptamt für Volksgesundheit und auch die Gesundheitsabteilungen der NSV in den Gauen sollten durch die jeweiligen Stelleninhaber der Gauämter für Volksgesundheit mitverwaltet werden.¹⁴¹ Während solche Verflechtungen im Verfügungsbereich der DAF bis 1939 die Regel waren, blieben sie im Gesundheitswesen der NSV eine Ausnahme, denn im Gegensatz zur eng mit dem Hauptamt für Volksgesundheit kooperierenden DAF waren die Gauverwaltungen der NSV von Beginn an auf ihre Unabhängigkeit gegenüber dem Hauptamt für Volksgesundheit bedacht.¹⁴²

Das Tätigkeitsfeld der NSV umfaßte Aufgaben im Bereich der Gesundheitsprävention und der speziellen Gesundheitsfürsorge, die sich mit den Angeboten größerer kommunaler Gesundheitsämter häufig überschneiden. Sie reichten von der Kariesprophylaxe bei Schulkindern mittels motorisierter Zahnpflegestationen über die ergänzende Tuberkulosefürsorge bis hin zu postoperativen Rehabilitationsmaßnahmen. In den Augen ihres Leiters waren dies freilich Nebenschauplätze. Der „Kern der gesamten NSV-Arbeit“¹⁴³, so Hilgenfeldt, sei in der Fürsorge für Mütter und deren Kinder zu sehen.

stellen sowie mehrere Stellen für Verwaltungskräfte; Reichsorganisationsleiter, Wege, S. 47.

¹⁴⁰ Vereinbarung zwischen der NSV und dem Hauptamt für Volksgesundheit, 4. 5. 1935, BAB, NS 37/1013.

¹⁴¹ Vereinbarung zwischen dem Hauptamt für Volksgesundheit und dem Hauptamt für Volkswohlfahrt, 5. 8. 1938, BAB, NS 20/139–4. Die Zentralebene des NSV-Gesundheitswesens war bis Ende 1941 ebenfalls eng mit dem Gesundheitswesen der NSDAP verflochten. Der erste Sachbearbeiter für Gesundheitsfragen im Amt für Volkswohlfahrt, Kurt A. Papke, hatte zuvor bei Conti als Adjutant gedient, als dieser Staatskommissar für das Berliner Gesundheitswesen war. Otto Walter, der erste Leiter der NSV-Abteilung Volksgesundheit, war seit 1934 Hauptstellenleiter im Hauptamt für Volksgesundheit. Walter wurde im Mai 1941 von Harald Strohschneider abgelöst, einem Mitarbeiter Contis, der das Amt infolge seines Militärdienstes allerdings nur zeitweise ausübte.

¹⁴² Die Kreisabteilungen der NSV-Abteilung Volksgesundheit wurden bevorzugt mit Amtsärzten besetzt. Der Posten war durch die Aufwandsentschädigung von 300 Reichsmark im Monat (dies entsprach etwa dem Einkommen eines Jungarztes) finanziell sehr attraktiv. Trotzdem konnten infolge des kriegsbedingten Ärztemangels nicht alle Kreisabteilungen besetzt werden; Rundschreiben des NSV-Amtes Volksgesundheit an die Leiter der Gauämter für Volksgesundheit und die Leiter der Hauptstelle Gesundheit der Ämter für Volkswohlfahrt, 17. 8. 1942, BAB, NS 37/1026; Hilgenfeldt, Anordnung V 5/42, 7. 3. 1942, BAB, NS 37/1025.

¹⁴³ Nationalsozialistische Volkswohlfahrt [MS, 1937/38], S. 5, BAB, NS 37/1001.

Indem sie sich auf Bereiche konzentrierte, in denen der öffentliche Gesundheitsdienst und die Einrichtungen der Sozialversicherungsträger Angebotslücken aufwiesen, wurde die NSV innerhalb weniger Jahre nach der Machtübernahme zur einflußreichsten Gliederung der NSDAP auf dem Gebiet der praktischen Gesundheitsfürsorge. Bereits 1936 existierten rund 23 000 Hilfsstellen für Mutter und Kind, die von nahezu drei Millionen Hilfesuchenden aufgesucht wurden.¹⁴⁴ Dabei strebte die NSV nicht an, die gesamte staatliche Gesundheitspflege zu übernehmen, sondern war lediglich am „erbgesunden“ und politisch konformen Teil der Bevölkerung interessiert.¹⁴⁵

Bei ihrem Versuch, die Kompetenz für die gesundheitliche Betreuung „erbgesunder“ Mütter und Kinder zu erlangen, trat die NSV in Konkurrenz zum öffentlichen Gesundheitsdienst und zu den freien Wohlfahrtsverbänden. Das Gesetz zur Vereinheitlichung des Gesundheitswesens hatte die Gesundheitsfürsorge für Mutter und Kind, die bisher von den kommunalen Wohlfahrtsämtern wahrgenommen wurde, dem Aufgabenbereich der Gesundheitsämter zugeordnet. Vor allem in den Städten mit gut ausgebauter kommunaler Infrastruktur in der Mutter-Kind-Fürsorge kam es 1933/34 zu heftigen Konflikten zwischen den städtischen Gesundheitsämtern und der lokalen NSV, die begann, eine dazu parallele Organisationsstruktur einzurichten.¹⁴⁶ Dabei konnte der nationalsozialistische Wohlfahrtsverband auf seine politischen Kontakte und erheblichen Geldmittel, die Gesundheitsämter auf eingespielte Verwaltungsstrukturen und ausgebildete Fachkräfte zurückgreifen. Vorerst gelang es der Gesundheitsabteilung, die Expansion der NSV in den Kommunen auszubremsen.¹⁴⁷ Lediglich dort, wo staatliche Einrichtungen bislang nicht zur Verfügung standen, sollten neue NSV-Hilfsstellen für Mutter und Kind eingerichtet werden.¹⁴⁸ Daher konzentrierte die NSV ihre Aktivitäten im Bereich der Säuglingsfürsorge auf die unterversorgten ländlichen Regionen, deren Säuglingssterblichkeit teilweise mehr als das Doppelte des europäischen Durchschnitts betrug. In den zumeist finanzschwachen ländlichen Gemeinden stieß die Einrichtung solcher Hilfsstellen auf erheblich weniger Widerstand als in den Städten.¹⁴⁹

¹⁴⁴ Hansen, Wohlfahrtspolitik, S. 159. Bis 1942 erhöhte sich die Zahl der Besucher auf ca. 10,3 Millionen in etwa 30 000 Hilfsstellen.

¹⁴⁵ Anordnung der Partei-Kanzlei 197/44, 22. 8. 1944, BAB, R 18/3812.

¹⁴⁶ Für Köln z. B. Coerper an Bartels, 24. 3. 1934, StadtAK, 690/609, Bl. 150; Gesundheitsausschuß des Deutschen Gemeindetages, Sitzungsbericht vom 14. 4. 1941, BAB, R 36/1277.

¹⁴⁷ Gütt an Frick, 4. 6. 1934, BAB, R 15.01/26212, Bl. 501; Aktenvermerk des Abteilungsleiters für Sozial- und Wirtschaftspolitik beim Deutschen Gemeindegtag, Georg Schlüter, vom 24. 4. 1934 über ein Gespräch zwischen Vertretern des Reichsinnenministeriums und des Deutschen Gemeindetages über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens, BAB, R 36/1234; Rundschreiben Wagners an die Gauamtsleiter des Amtes für Volksgesundheit, Vg. 79/35, 23. 11. 1935, BAB, NS 20/139-1.

¹⁴⁸ Anordnung V 9/35 des Hauptamtes für Volkswohlfahrt, 16. 1. 1935, BAB, NS 20/139-1. In der Folge dieser Vereinbarung sank die Anzahl der ärztlich betreuten Hilfsstellen zeitweise drastisch, bis die NSV 1939 erneut auf Expansionskurs ging und binnen Jahresfrist 2500 Hilfsstellen mit ärztlicher Betreuung errichtete. 1941 verfügte die NSV bereits über 8000 solcher Stellen; Hammerschmidt, Wohlfahrtsverbände, S. 412.

¹⁴⁹ Hansen, Wohlfahrtspolitik, S. 63, 210.

In Regionen mit einer wenig entwickelten Infrastruktur des öffentlichen Gesundheitsdienstes konnte die NSV ihren Einflußbereich auch im vorärztlichen Bereich ausdehnen. Als im Frühjahr 1938 das Aufgabengebiet des Deutschen Roten Kreuzes – nicht ohne Zutun der NSV – auf Kriegsaufgaben und den Krankentransport beschränkt wurde, übernahm sie dessen Gemeindepflegestationen, so daß die Zahl der von der NSV betriebenen Einrichtungen sich von ca. 2400 (1937) auf rund 4900 mehr als verdoppelte.¹⁵⁰ Zudem dehnte sie ihren Einfluß im Pflegebereich zu Lasten der freien Wohlfahrtspflege, besonders der konfessionellen Krankenpflegeorden, aus.

Auch wenn die Entscheidung, den fürsorgepolitischen Expansionskurs wieder aufzunehmen, bereits im März 1939 fiel,¹⁵¹ bildet der Beginn des Zweiten Weltkriegs für das Gesundheitswesen der NSV in dreifacher Hinsicht eine Zäsur: In der organisationsinternen Gewichtung gewann die Abteilung Gesundheit gegenüber der Abteilung Wohlfahrt stärker an Gewicht. Hierzu trug bei, daß sich der Schwerpunkt der praktischen Arbeit zunehmend von der ergänzenden Gesundheitsfürsorge zur praktischen Gesundheitspflege verlagerte. Auf dem Land wuchs angesichts fehlender Krankenhausplätze die Bedeutung der vom Roten Kreuz übernommenen Gemeindepflegestationen, in den Städten wurden sie vielfach zu Luftschutzrettungsstellen umfunktioniert.¹⁵² Und in den neu errichteten Ausweichkrankenhäusern übernahm die NSV seit dem Winter 1941/42 weite Bereiche der Krankenpflege.¹⁵³ In diese Zeit fällt auch der schleichende Bedeutungsverlust der staatlichen Gesundheitsfürsorge, deren Träger sukzessive Kompetenzen an die NSV verloren. Bereits eine Anordnung der Parteikanzlei aus dem Jahr 1941 hatte die vorbeugende Familienhilfe einschließlich der Gesundheitsfürsorge für Mutter und Kind zur Sache der NSV erklärt und die Gesundheitsämter auf rein ärztliche Beratungsaufgaben beschränkt, während alle Folgen aus dieser Beratungstätigkeit in der Hand der NSV liegen sollten.¹⁵⁴ Eine Verfügung Hitlers vom 22. August 1944 übertrug die gesamte Schwangeren-, Wöchnerinnen-, Säuglings- und Kleinkinderfürsorge für die „erbgesunden, förderungswürdigen deutschen Familie(n)“¹⁵⁵ endgültig an die NSV. Den staatlichen Gesundheitsämtern verblieben damit nur die Kranken, an denen die NSV aus bevölkerungspolitischen Gründen kein Interesse zeigte.

Parallel zu ihrer Expansion in den staatlichen Bereich nutzte die NSV den Krieg, um ihre ohnehin nur locker geknüpften Bande an das Hauptamt zu lösen. Obschon die Unterstellung ihrer Gaugesundheitsabteilungen unter das Hauptamt

¹⁵⁰ Vereinbarung zwischen dem Hauptamt für Volkswohlfahrt und dem Deutschen Roten Kreuz über die Übernahme von Gemeindepflegestationen und Kindertagesstätten, 9. 3. 1938, BAB, 62.03/4845. Bis 1942 stieg die Zahl der von der NSV geleiteten Gemeindepflegestationen auf ca. 6350 an. Allerdings wurde etwa ein Fünftel der Einrichtungen mit konfessionellem Pflegepersonal betrieben; Hansen, Wohlfahrtspolitik, S. 159; Hammerschmidt, Wohlfahrtsverbände, S. 461 f.

¹⁵¹ Hammerschmidt, Wohlfahrtsverbände, S. 418–428.

¹⁵² Vgl. Vorländer, NSV, S. 166 f.

¹⁵³ Vgl. Brandt, Rundschreiben, 8. 10. 1941, BAB, R 43-II/ 737b, Bl. 110.

¹⁵⁴ Bormann, Anordnung A 32/41, 19. 7. 1941, über die Abgrenzung der Zuständigkeiten auf dem Arbeitsgebiet des Hilfswerkes „Mutter und Kind“, BAB, R 36/968.

¹⁵⁵ Verfügung Hitlers 11/1944 vom 22. 8. 1944, BAB, R 18/3812.

für Volksgesundheit formal weiterbestand, konnte der Reichsgesundheitsführer spätestens seit Ende 1941 seine Oberhoheit dort nicht mehr durchsetzen. Im Dezember 1941 wurde schließlich, als sichtbares Zeichen der Scheidung, auch die Personalunion zwischen den Leitern der Abteilung Gesundheit der Ämter für Volkswohlfahrt und dem Amt für Volksgesundheit bei den Gauleitungen der NSDAP aufgehoben.¹⁵⁶

Was sind die Gründe dafür, daß die NSV und nicht das Hauptamt für Volksgesundheit bestimmenden Einfluß auf die praktische Gesundheitsfürsorge erlangte? Die NSV war streng genommen nur ein parteinaher Wohlfahrtsverein, nicht einmal Parteigliederung, sondern ein angeschlossener Verband, der der politischen und finanziellen Hoheit der NSDAP unterstand.¹⁵⁷ Erich Hilgenfeldt rangierte wie Conti als Oberbefehlsleiter im Hauptamt für Volkswohlfahrt eine entscheidende Stufe unterhalb der NSDAP-Reichsleiter. Ähnlich wie sein Gegenspieler war auch er an der Formulierung der politischen Richtungsentscheidungen nicht beteiligt.

Erfolgreich war die NSV vor allem dort, wo sie Defizite des Gesundheitssystems überbrückte. Dies gilt insbesondere für die Zielgruppe der ländlichen Armutsbevölkerung in finanzschwachen Gemeinden, die wenig Geld für den Ausbau einer gesundheitsbezogenen Infrastruktur hatten sowie für den unteren Mittelstand, der besonders von den gesundheitspflegerischen Sonderleistungen der NSV profitierte.¹⁵⁸ So veränderte sie, gestützt auf ihre enorme Finanzkraft, vor Ort soziale Realitäten, statt sich um Definitionsmonopole zu kümmern, die das Hauptamt für Volksgesundheit für sich reklamierte.¹⁵⁹ Im Gegensatz zu seinen Vorgängern fehlte Conti die Möglichkeit, Initiativen der NSV auf der Reichsebene wirksam zu blockieren. Vor dem Krieg hatte Arthur Gütt einen Rückhalt in Reichsinnenminister Frick besessen, der sich zwischen 1933 und 1937 auf dem Höhepunkt seiner Macht befand. Conti fehlte eine solche Stütze, ähnlich wie den freien Wohlfahrtsverbänden. Hinter Hilgenfeldt standen dagegen Bormann und im Krieg vor allem Goebbels.¹⁶⁰

Die Expansion der NSV beeinflusste das gesundheitspolitische Kräftefeld entscheidend, denn sie verhinderte den Aufbau eines einheitlichen NSDAP-Gesundheitswesens unter der Ägide des Hauptamtes für Volksgesundheit. Zudem blieben gerade die während des Krieges wichtiger werdenden Arbeitsfelder der ergänzenden Gesundheitsfürsorge weitgehend außerhalb der direkten Einflußmöglichkeit

¹⁵⁶ Vereinbarung zwischen dem Leiter des Hauptamtes für Volkswohlfahrt und dem Reichsgesundheitsführer über die Anstellungs- und Besoldungsordnung der bei der NSV beschäftigten Ärzte, Anlage zu Contis Rundschreiben Vg. 88/41 an die Gau- und Kreisamtsleitungen des Hauptamtes für Volksgesundheit, 18. 12. 1941, BAB, NS 20/139-6.

¹⁵⁷ Zur Rechtsstellung der NSV vgl. Hammerschmidt, Wohlfahrtsverbände, S. 370f., zur Einordnung der NSV in das Geflecht parteiinterner Konkurrenzbeziehungen ebenda S. 374-380.

¹⁵⁸ Hansen, Wohlfahrtspolitik, S. 290.

¹⁵⁹ Freilich blieben dem Hauptamt wegen seines engumrissenen Kompetenzbereichs kaum andere Möglichkeiten offen.

¹⁶⁰ Fröhlich, Goebbels-Tagebücher, 14. 11. 1940, Bd. I/8, S. 417; 27. 2. 1941, Bd. I/9, S. 161; Vorländer, NSV, S. 100, nennt als weitere Stützen Hilgenfeldts Himmler, Göring und Rosenberg.

ten des Hauptamtes. Hier agierte die NSV als „Partei“ an seiner Stelle. Schließlich veränderte die Expansion der NSV auch die Struktur des polykratischen Konflikts, denn die auf Besitzstandswahrung angelegte Politik gegenüber der NSV brachte den Reichsgesundheitsführer bei der Parteikanzlei und Goebbels erheblich in Mißkredit und beraubte ihn so wichtiger Bündnispartner in der Auseinandersetzung mit Ley und Brandt.

3. Der Bevollmächtigte, General- und Reichskommissar für das Sanitäts- und Gesundheitswesen Karl Brandt

Als Hitler Karl Brandt im Juli 1942 zu seinem persönlichen Bevollmächtigten für das Sanitäts- und Gesundheitswesen ernannte, war der Oberarzt einer Berliner Universitätsklinik in der Öffentlichkeit kaum bekannt.¹⁶¹ In Medizinerkreisen wußte man zwar um sein Nebenamt als „Begleitarzt des Führers“, doch nur Angehörige des engsten Führungskreises waren darüber orientiert, daß der beherrscht und verschlossen wirkende junge Arzt in dieser Funktion bereits seit Jahren zum Gefolge des nationalsozialistischen Diktators zählte und seit dem Sommer 1939 den Massenmord an den geistig Behinderten mitorganisiert hatte.¹⁶² Innerhalb eines Jahres nach seiner Ernennung avancierte Brandt zu einer Zentralfigur der deutschen Gesundheitspolitik, deren Wirkungskreis vor allem solche Teilsegmente des Gesundheitswesens umfaßte, die unter den Bedingungen des totalen Krieges an Bedeutung gewannen. Seine Befugnisse erstreckten sich von der Organisation des Krankenmords bis hin zur Koordination der medizinischen Versorgung von Militär und Zivilbevölkerung. Spätestens seit dem Sommer 1943 bildete er das bedeutendste Gravitationszentrum innerhalb der zunehmend fluideren gesundheitspolitischen Herrschaftsstrukturen.

Von allen mit Gesundheitspolitik befaßten Dienststellen des „Dritten Reiches“ ist die des Generalkommissars für das Sanitäts- und Gesundheitswesen die ungewöhnlichste, denn Karl Brandt war ein Quereinsteiger ohne Leitungserfahrung außerhalb einer Universitätsklinik und ohne Verankerung in den gesundheitspolitischen Bürokratien von Partei und Staat. Zugleich ist seine Dienststelle jedoch in vieler Hinsicht charakteristisch für das Gesundheitswesen des „Dritten Reiches“ in den Jahren 1939–1945, da die Ernennung Brandts der Behebung spezifischer, durch den Krieg hervorgerufener Probleme nationalsozialistischer Gesundheitspolitik dienen sollte und seine Herrschaftstechnik Struktureigentümlichkeiten des NS-Systems reflektiert, die gerade unter den Bedingungen des Krieges besonders deutlich hervortraten. Der Blick auf die Dienststelle Brandts kann dazu beitragen, Funktionsmechanismen nationalsozialistischer Gesundheitspolitik offenzulegen

¹⁶¹ 1. Führererlaß über das Sanitäts- und Gesundheitswesen, 28. 7. 1942, BAK, Kl. Erw. 512/2, Bl. 153–155.

¹⁶² Ein Journalist beschrieb in einem durchaus wohlwollenden Beitrag Brandts Auftreten als von jener „kühle(n) Indifferenz“ umgeben, „die manchen Aerzten eigen ist“; Karl Brandt, in: *Das Reich*, Nr. 45, 7. 11. 1943. Zu Brandts zentraler Rolle in der Frühphase des Krankenmords Schmidt, Beginning sowie ders., *Kriegsausbruch*.

und gleichzeitig eine Perspektive zu öffnen, die über den engeren Untersuchungsgegenstand hinausweist, denn Entstehung, Organisation und Machtausübung des Generalkommissars für das Sanitäts- und Gesundheitswesen sind beispielhaft für das Wirken führerunmittelbarer Sondergewalten, die vor allem während des Krieges die Kompetenzbereiche der traditionellen Ressorts überlagerten.¹⁶³ Führerimmediate Sonderbeauftragte sollten die Durchsetzung bereichsspezifischer Rationalitätskriterien in Aufgabenfeldern mit akut gesteigertem Handlungsbedarf ermöglichen. Das NS-Regime bediente sich dieser Form außerordentlich organisierter Herrschaft vor allem dort, wo es mit neuen Problemlagen konfrontiert wurde, oder das Gewicht alter Probleme derart zugenommen hatte, daß die bisherigen Institutionen zu ihrer Bewältigung ungeeignet erschienen. Die Kommissare des „Dritten Reiches“ waren indes mehr als nur herrschaftstechnische Instrumente zur Überwindung bürokratischer Beharrungskräfte. Indem sie die Präsenz Hitlers virtuell vervielfachten, erlaubten sie es dem Diktator, Machtressourcen an bestehenden bürokratischen Strukturen und Kompetenzverteilungen vorbei auf ihm vordringlich erscheinende Problemfelder zu lenken und seinen Willen an beliebigen Orten zur Geltung zu bringen, ohne sich dabei mit den Mühen kontinuierlichen Regierungshandelns zu belasten. Als Elemente mittelbarer Führerherrschaft filterten sie die Informationsströme und den Entscheidungsbedarf einer hochdifferenzierten Industriegesellschaft und reduzierten so die Komplexität politischer Entscheidungssituationen, ohne die letztinstanzliche Entscheidungsgewalt des Diktators in Frage zu stellen. Die Kommissare des „Dritten Reiches“ vermittelten den Absolutheitsanspruch der charismatischen Führerdiktatur mit den Notwendigkeiten alltäglicher Problembearbeitung und ermöglichten so eine ideologiekonforme Anpassung dieses archaischen Herrschaftstypus an die komplexen Funktionserfordernisse einer modernen Gesellschaft. Insofern waren Sonderbeauftragte ein geradezu notwendiger Bestandteil von Hitlers charismatischer Herrschaft.¹⁶⁴

Charakteristisch für diesen Typus personalisierter Sektoralherrschaften war die zumeist mit einer besonderen Vertrauensstellung verbundene persönliche Beauftragung der Amtsinhaber durch Hitler, aus der ihre Immediatstellung gegenüber dem Diktator erwuchs, der Aufbau von stabsähnlichen Dienststellen außerhalb der bestehenden Behörden- und Parteiorganisation sowie die Abkopplung der erteilten Planungs- und Organisationsaufträge von den dazugehörigen Verwaltungsaufträgen.¹⁶⁵ In der Regel waren die Aufgabenzuschneide und Einflußberei-

¹⁶³ Zum Problem der führerunmittelbaren Sonderbehörden vgl. die konzise, wenngleich aus der Perspektive der inneren Verwaltung geschriebene Darstellung von Rebenisch, Führerstaat, S. 331–369.

¹⁶⁴ Zum Begriff der charismatischen Herrschaft Weber, Wirtschaft, S. 140–148; zur Anwendung dieses Konzepts auf das nationalsozialistische Deutschland Lepsius, Modell.

¹⁶⁵ Eine solche Konstruktion wurde erstmals im Juni 1933 bei der Ernennung Fritz Todts gewählt. Sie diente in vieler Hinsicht als Vorbild für spätere Sonderbeauftragte. Todt erhielt alle Befugnisse einer obersten Reichsbehörde einschließlich der Rechtsetzungsbefugnis, Hitler untersagte jedoch die Errichtung einer weiteren personalintensiven Dienststelle, so daß Todt zur Umsetzung seiner Anordnungen auf den Instanzenzug des Reichsverkehrsministeriums zurückgreifen mußte; Broszat, Staat, S. 328–331.

che solcher Dienststellen weder fest umrissen, noch planvoll in die bestehende Institutionenordnung eingepaßt, so daß die Einsetzung eines neuen Sonderbeauftragten nahezu zwangsläufig Konflikte mit den bisherigen Kompetenzinhabern nach sich zog.

Den Reichsgesundheitsführer Leonardo Conti traf die Nachricht, daß Hitler seinen Begleitarzt mit umfassenden Vollmachten für das Gesundheitswesen ausgestattet hatte, nach den Bekundungen eines engen Mitarbeiters „wie ein Blitz aus heiterem Himmel“.¹⁶⁶ Der Diktator hatte Brandt per Führererlaß damit beauftragt, eine „einheitliche und planvolle Lenkung“¹⁶⁷ ziviler und militärischer Bedarfsanforderungen im Gesundheitswesen herzustellen, und ihn darüber hinaus ermächtigt, sich bei den entsprechenden Dienststellen über „grundsätzliche Vorgänge im Wehrmachtssanitätswesen und zivilen Gesundheitswesen“ zu informieren, um sich darin nach eigenem Ermessen „verantwortlich einzuschalten“. Bereits einen Monat später ernannte Hitler seinen Bevollmächtigten zum Generalkommissar für das Sanitäts- und Gesundheitswesen.¹⁶⁸ Für Angehörige der gesundheitspolitischen Führungsriege konnte die Ernennung Brandts trotz der ostentativ zur Schau gestellten Überraschung Contis nicht gänzlich unerwartet gekommen sein. Zwar war Brandt als Gesundheitspolitiker bislang nicht öffentlich in Erscheinung getreten. Hitlers Begleitarzt wirkte jedoch seit mehreren Jahren hinter den Kulissen als Vertrauensmann des Diktators in medizinischen Angelegenheiten.

Als Brandt Anfang 1934 mit seinem Lehrer, dem Unfallchirurgen Georg Magnus, vom Bochumer Krankenhaus Bergmannsheil an die Berliner Universitätsklinik Ziegelstraße wechselte, deutete zunächst nichts darauf hin, daß der eben dreißigjährige Assistenzarzt zehn Jahre später in der Uniform eines SS-Gruppenführers an der Spitze des deutschen Gesundheitswesens stehen und nach dem Ende der nationalsozialistischen Herrschaft wegen seiner Verantwortung für zahlreiche Medizinverbrechen des „Dritten Reiches“ von einem Militärgericht der Vereinigten Staaten zum Tode verurteilt werden würde.¹⁶⁹ Wie sein wichtigster Gegenspieler Conti gehörte der 1904 als Sohn eines Polizeioffiziers im elsässischen Mülhausen geborene Brandt zur Kriegsjugendgeneration, der der Fronteinsatz in den Schützengräben des Ersten Weltkriegs zwar erspart geblieben war, deren Heranwachsen jedoch durch diesen Krieg und seine Folgen tief geprägt wurde.¹⁷⁰ Für die Beamtenfamilie Brandt hatte der militärische und politische Zu-

¹⁶⁶ Oskar Kauffmann an Leonardo Conti, 8. 6. 1943, S. 20, BAB, R 18/3809-II (Zitat); vgl. auch den Entwurf Contis für einen Brief an Hitler, 20. 9. 1943, ebenda. Contis Sicht der Vorgeschichte des Erlasses findet sich in seiner Aufzeichnung vom 26. 1. 1944, BAB, R 18/3810.

¹⁶⁷ 1. Führererlaß über das Sanitäts- und Gesundheitswesen, 28. 7. 1942, BAK, Kl. Erw. 512/2, Bl. 153 f.

¹⁶⁸ Hitler an Brandt, 20. 8. 1942, BAK, Kl. Erw. 512/2, Bl. 156.

¹⁶⁹ Der Schuldspruch in den Punkten 2 und 3 der Anklage (Kriegsverbrechen und Verbrechen gegen die Menschlichkeit) erfolgte wegen Brandts Beteiligung an der ersten Phase der „Euthanasie“ und der Verantwortung für letale Humanexperimente an KZ-Insassen und Kriegsgefangenen; Urteil des Nürnberger Militärgerichtshofes gegen Karl Brandt u. a., 20. 8. 1947, IfZ, MB 15/44, Bl. 2–52.

¹⁷⁰ Zur Kriegsjugendgeneration vgl. Herbert, Best, S. 42–45.

sammenbruch des Kaiserreichs einen einschneidenden Verlust an Sicherheit und Vertrautem zur Folge.¹⁷¹ Die Familie wurde aus dem Elsaß ausgewiesen und übersiedelte zuerst nach Thüringen, später nach Sachsen. Für den Sohn waren diese Ortswechsel mit mehrfachen, von ihm selbst als sehr belastend empfundenen Schulwechselln verbunden. Der Vater kehrte erst 1921 aus der französischen Kriegsgefangenschaft heim. Seine Familie, so Karl Brandt verhalten, „habe da eine Unterbrechung erfahren durch den Krieg“.¹⁷²

Vermutlich hat Brandts Affinität zum völkischen Denken eine Wurzel in dieser Erfahrung polarisierter Nationalität, wengleich ihn von dort aus kein direkter Weg in die politische Radikalisierung führte. Im Gegenteil: Trotz einer ähnlichen generationellen Lagerung entwickelte sich Brandts Lebensgeschichte in vieler Hinsicht geradezu gegenläufig zur der des nur drei Jahre älteren Conti, der bereits als Student durch antisemitische und republikfeindliche Haßtiraden aufgefallen war, nach dem Examen erhebliche Probleme beim Berufseintritt hatte und dafür um so eifriger als Gauobmann des Berliner NS-Ärztbundes wirkte. Brandt, der mütterlicherseits aus einer Arztfamilie stammte, absolvierte das Medizinstudium zügig in Jena, München und Berlin und legte 1928 in Freiburg sein Staatsexamen ab. Politisch läßt sich der Student Karl Brandt nicht eindeutig verorten. Als es 1923/1924 in Jena zu Konflikten zwischen korporierten Studenten und Zeiss-Arbeitern kam, sympathisierte er mit der Arbeiterbewegung, da er die „etwas traditionelle Bindung“¹⁷³ der Studentenkorporationen an die politisch-soziale Ordnung der Vorkriegszeit ablehnte.

Nach Ablauf seiner Medizinalpraktikantenzeit übernahm Brandt eine Assistentenstelle am Bochumer Krankenhaus Bergmannsheil, um sich auf eine Laufbahn als Kliniker vorzubereiten. Sein seit der Studienzeit bestehender Plan, nach Abschluß der Facharztausbildung nach Lambarene an das Urwaldhospital Albert Schweitzers zu wechseln, scheiterte, da Brandt aus „nationale[n] Gesichtspunkte[n]“¹⁷⁴, nicht bereit war, die französische Staatsbürgerschaft anzunehmen und Wehrdienst in der französischen Armee zu leisten. Etwa zur gleichen Zeit muß er Hitler auf einer Wahlveranstaltung erlebt haben, kurz danach, im März 1932, trat Brandt der NSDAP bei, allerdings ohne dort politisch hervorzutreten.¹⁷⁵ Von vielen jüngeren in der Hitlerbewegung engagierten Ärzten unterschied ihn, daß er zu

¹⁷¹ Zur Vita Brandts vgl. den Vernehmungsbericht Dr. Karl Brandt, 30. 6. 1945; ZeS, Ordner Brandt; die Vernehmungen Brandts vom 9. 10. 1946, S. 1-5, BAK, All. Proz. 2/FC 6069 P und 3. 2. 1947, Protokoll des Nürnberger Ärzteprozesses, IfZ, MB 15/20, Bl. 2312-2325; als erste, wengleich knappe biographische Skizzen Schmidt, Fischer, S. 395-403, sowie Eckart, Brandt.

¹⁷² Vernehmung Brandt, 1. 3. 1947, S. 1f., BAK, All. Proz. 2/FC 6069 P.

¹⁷³ Vernehmung Brandt, 1. 3. 1947, S. 6, BAK, All. Proz. 2/FC 6069 P.

¹⁷⁴ Protokoll des Nürnberger Ärzteprozesses, 3. 2. 1947, IfZ, MB 15/20, Bl. 2314. Die Formulierung basiert auf einer Nachfrage des Vernehmenden, die von Brandt zustimmend beantwortet wurde.

¹⁷⁵ Bei seinem Beitritt zum NS-Ärztbund hatte Brandt sich schriftlich ausbedungen, keinen Dienst in SS- oder SA-Formationen zu leisten, um „nicht als Arzt dem Patienten gegenüber als Politiker zu erscheinen“. Den Versammlungen des Ärztbundes blieb Brandt nach eigener Bekundung fern; Protokoll des Nürnberger Ärzteprozesses, 3. 2. 1947 und 4. 2. 1947, IfZ, MB 15/20, Bl. 2321 (Zitat), 2402.

diesem Zeitpunkt bereits auf eine erfolgreiche berufliche Karriere zurückblicken konnte.

Auch in einem weiteren Gesichtspunkt wichen die Lebensverläufe von Conti und Brandt signifikant voneinander ab. Während sich der eine zeitlebens vergeblich um Zugang zu Hitler bemühte, geriet der andere mehr durch Zufall früh in das Gefolge des Diktators. Hierzu hat beigetragen, daß Hitler Brandts Verlobte, die Schwimmerin Anni Rehborn, sehr schätzte. Sie war es auch, die ihren späteren Mann im Sommer 1932 mit Hitler bekannt machte.¹⁷⁶ Als Hitlers Adjutant Wilhelm Brückner im Sommer 1933 bei einem Autounfall schwer verletzt wurde, leistete der in der Nähe anwesende Brandt Erste Hilfe und übernahm auf Bitten Hitlers solange die ärztliche Versorgung, bis Brückner wiederhergestellt war. Wenig später bot dieser ihm an, Hitler als Unfallarzt bei seinen Auslandsaufenthalten zu begleiten. Seit Hitlers Venedig-Besuch im Juli 1934 reiste Brandt stets im Gefolge des Diktators, wenn dieser Berlin verließ, behielt jedoch seinen Hauptberuf als Klinikarzt bei. Bereits bei der Heirat der Brandts im Frühjahr 1934 hatten Hitler und Göring als Trauzeugen fungiert.¹⁷⁷ Später entwickelte sich aus der Zugehörigkeit zu Hitlers Entourage ein freundschaftliches Verhältnis zwischen dem jungen Arzt und dem nationalsozialistischen Diktator.¹⁷⁸ Brandt und seine Frau zählten zu Hitlers ständigen Gästen auf dem Obersalzberg, begleiteten ihn zu den Wagner-Festspielen nach Bayreuth, und nicht zuletzt profitierte Brandt von finanziellen Zuwendungen Hitlers.¹⁷⁹ Zur Sympathie Hitlers für den kultivierten und eloquenten Brandt mag beigetragen haben, daß dieser mit der Architektur und den bildenden Künsten Interessen des Diktators teilte und zudem im persönlichen Gespräch offenbar einigen Charme entwickeln konnte.¹⁸⁰ In der Beziehung zu Hitler war Brandt allerdings weit mehr der Gebundene als der Bindende. Obwohl er Hitlers Verhalten in der Endphase des „Dritten Reiches“ sehr kritisch sah,¹⁸¹ überdauerte seine Bewunderung für den „Führer“ auch den Zusammen-

¹⁷⁶ Dafür daß Brandt von sich aus den Kontakt zur Hitler gesucht hatte, wie Schmidt, Fischer, S. 397 f., vermutet, gibt es keinen empirischen Beleg.

¹⁷⁷ Sereny, Ringen, S. 230.

¹⁷⁸ Zahlreiche Belege für den vertrauten Umgang zwischen Hitler und Brandt bei Speer, Erinnerungen, S. 164, 194; ders., „Alles was ich weiß“, S. 87 f. sowie von Below, Adjutant, S. 57, 97, 204, 230, 372. Gleichwohl greift die Charakterisierung Brandts als eine „Art Adoptivsohn“ Hitlers (so Lifton, Ärzte, S. 133) wohl deutlich zu weit.

¹⁷⁹ Als Generalkommissar erhielt Brandt von Hitler eine steuerfreie Dotation von 50000 Reichsmark, dies entsprach etwa dem Vier- bis Fünffachen eines durchschnittlichen ärztlichen Jahreseinkommens; Protokoll des Nürnberger Ärzteprozesses, 6. 2. 1947, IfZ, MB 15/20, Bl. 2621.

¹⁸⁰ Bayle, Synthese der Persönlichkeit Prof. Dr. Karl Brandt, S. 3, StAN, KV-Verteidigung, Handakten Rostock/5.

¹⁸¹ Brandt empfand Hitlers Nero-Befehl als Verrat an seiner gegenüber dem deutschen Volk eingegangenen Verpflichtung; Brandt, Das Problem Hitler Nr. 2, 27. 9. 1945, S. 4 f., BAK, Kl. Erw. 441/3. Der Diktator habe seiner politischen Kampffidee, „die doch im Grunde den Krieg zur Erhaltung nationaler Vorstellungen führt, letztlich alles geopfert [...] im Bestreben, die zivilisierten Energien zu erhalten, auf die Einrichtungen der Zivilisation verzichtet [...] im Bestreben, kulturelle Werte zu schaffen und zu erhalten, die vorhandenen kulturellen Werte zerschlagen, und [...] schließlich aus der Idee einer Moral heraus im Grunde diese Moral selbst zum Opfer gebracht“, ebenda, S. 13.

bruch der nationalsozialistischen Diktatur. Seine Charakterisierung Hitlers, die er im Auftrag amerikanischer Vernehmungsoffiziere verfaßte, trägt deutliche Spuren eines charismatischen Erweckungserlebnisses, das in romantisierender Weise positiv besetzte Erinnerungsorte aus der deutschen Vergangenheit evozierte und für Brandt über das Jahr 1945 hinaus prägend blieb.¹⁸²

Für den Chirurgen Brandt gab es im Umfeld Hitlers wenig zu tun, zumal der Ärzten gegenüber notorisch mißtrauische Diktator medizinische Untersuchungen mied, wo immer dies ging. Seit 1935 lag die allgemeinärztliche Betreuung Hitlers in den Händen Theo Morells, eines Berliner Prominentenarztes, der Hitler mit zweifelhaften, medizinisch nicht anerkannten Verfahren behandelte.¹⁸³ Brandt hingegen beauftragte der Diktator mehrfach mit medizinischen Sonderaufträgen. Hierzu zählten die Prüfung zweifelhafter naturheilkundlicher Medikamente und die Neubauplanung der Berliner Universitätskliniken.¹⁸⁴

Auch Brandts Verstrickung in die Krankenmorde wurzelte in einem solchen Prüfungsauftrag. Der Leipziger Kinderpsychiater Werner Catel hatte den Eltern eines schwerstbehinderten Kindes dessen Tötung empfohlen und ihnen nahegelegt, sich über die Kanzlei des Führers an Hitler zu wenden. Dieser beauftragte Brandt im Sommer 1939, das Kind zu untersuchen und den behandelnden Ärzten im Falle einer ungünstigen Diagnose die straffreie Tötung des Kindes anheimzustellen.¹⁸⁵ Daraus entwickelte sich in den folgenden Monaten die Praxis, in ähnlichen Fällen analog zum Leipziger Vorgehen zu verfahren, wobei die Tötungsermächtigung offenbar durch Brandt ausgesprochen wurde.¹⁸⁶ Im Oktober 1939 wurde Brandt auf Hitlers Wunsch als medizinischer Sachverständiger zu den bereits angelaufenen Planungen für die Erwachsenen-„Euthanasie“ hinzugezogen.¹⁸⁷ In Hitlers berücktigter „Euthanasieermächtigung“, die Brandt mitformuliert hatte, erscheint der spätere Generalkommissar neben Philipp Bouhler als einer von zwei Hauptverantwortlichen für den Krankenmord.¹⁸⁸ Auf der Basis

¹⁸² Hitler habe dem deutschen Volk „die Augen geöffnet, ihm seine Seele wieder gezeigt und den Glauben an sich selbst“ zurückgegeben; „alte Namen und Werte“ wie Walter von der Vogelweide, Dürer, Luther, Bach, Fichte und Robert Koch seien dabei „wieder lebendig geworden [...] Alles reichte aus der Vergangenheit die Hände unseren Tagen und deutscher eigener Geist leuchtet wieder lebendig geworden in die Gegenwart“; Brandt, *Das Problem Hitler* Nr. 2, 27. 9. 1945, S. 6, BAK, Kl. Erw. 441/3.

¹⁸³ Speer, *Erinnerungen*, S. 118 f.

¹⁸⁴ Vernehmung Brandt, Protokoll des Nürnberger Ärzteprozesses, IfZ, MB 15/20, Bl. 2317–2319, 2325.

¹⁸⁵ Zum sogenannten ‚Knauer-Kind‘ (dessen korrekter Familienname Kretschmar lautet) vgl. Schmidt, *Kriegsausbruch*.

¹⁸⁶ Dies läßt sich indirekt aus einem Hinweis des für die Kinder-„Euthanasie“ verantwortlichen Referenten in der Kanzlei des Führers, Hans Hefelmann, erschließen. Er berichtete, daß die Besprechung der nach dem Eingang der Meldungen „einzuleitenden Maßnahmen“ im September 1939 oftmals stockte, da Brandt an das Führerhauptquartier gebunden und dort nicht zu erreichen war; Hans Hefelmann, *Ergänzungen zu den Vernehmungen vom 15.–18., 29.–31. Mai und 5.–6. Juni 1961*, S. 5, ZSL, Aussagenslg. Euthanasie, Ordner Hefelmann.

¹⁸⁷ Zur intensiven Beteiligung Brandts an den Planungen zur „Aktion T4“ vgl. das Affidavit Victor Bracks vom 16. 12. 1946, IfZ, MB 15/18, Bl. 573 f., 576.

¹⁸⁸ Ermächtigungsschreiben Hitlers, [vordatiert auf den] 1. 9. 1939, Kaiser/Nowak/Schwarz,

dieses Schreibens befugte Brandt eine Gruppe von Ärzten, die Tötung der Psychiatriepatienten durchzuführen.¹⁸⁹ Auch die Entscheidung, Kohlenmonoxid zum Krankentötungsmittel zu verwenden, geht auf seinen Vorschlag zurück.¹⁹⁰ Während Bouhlers Apparat das alltägliche Geschäft der Patiententötung betrieb, fungierte Brandt als Kontaktperson der mit der Krankentötung befaßten Dienststellen zum nationalsozialistischen Diktator und als medizinisches Aushängeschild der „Aktion T4“. Er trat vornehmlich dann in Erscheinung, wenn sich Friktionen im Ablauf der Tötungsmaschinerie einstellten oder Entscheidungen anstanden, die Bouhler nicht in eigener Verantwortung treffen wollte.¹⁹¹ Stellung, Funktion und Vorgehen Brandts in der ersten Phase der Erwachsenen-„Euthanasie“, wo er überwiegend Koordinations- und Kommunikationsaufgaben wahrnahm, während er das Routinegeschäft der Krankentötung anderen überließ, nahmen in vieler Hinsicht sein späteres Handeln im Gesundheitswesen vorweg.

Seine Einsetzung als Generalkommissar hing mit zwei Besonderheiten der gesundheitspolitischen Machtverteilung zusammen, die spätestens seit dem Jahreswechsel 1941/1942 zu erkennbaren Störungen in der medizinischen Versorgung geführt hatten, so daß der Reichsgesundheitsführer über Brandts Ernennung vermutlich weniger überrascht gewesen ist, als er es nach außen anklingen ließ.¹⁹² Obwohl er formal über mehr Macht verfügte als der verstorbene Reichsärztführer, hatte Conti im Vergleich zu seinem Vorgänger innerhalb des NSDAP-Gesundheitswesens deutlich an Einfluß verloren. In den Auseinandersetzungen mit NSV und DAF trat eine zunehmende Kluft zwischen der umfassenden Kompetenzallokation beim Reichsgesundheitsführer und der Ressourcenallokation in den Gesundheitsorganisationen der Parteiverbände zutage. Das Mißverhältnis zwischen der Richtlinienvollmacht Contis und seiner zunehmenden Durchführungssohnmacht wurde zusätzlich dadurch verschärft, daß keines der rivalisierenden gesundheitspolitischen Machtzentren über den im Konfliktfall entscheidenden unmittelbaren Zugang zu Hitler verfügte, und damit die Möglichkeit besaß, sein gesundheitspolitisches Konzept verbindlich zu machen. Hinzu kam, daß der Diktator über Organisations- und Kompetenzverteilungsfragen des Gesundheitswesens erst nach einem gewonnenen Krieg entscheiden wollte und sich bis zur Ernennung Brandts weigerte, in dieser Frage Position zu beziehen. Für die Bedeutung des Gesundheitssektors innerhalb der nationalsozialistischen Herrschafts-

Eugenik, S. 253. Zur Mitwirkung Brandts an der Formulierung der „Euthanasieermächtigung“ vgl. seine Vernehmung vom 4. 2. 1947; Protokoll des Nürnberger Ärzteprozesses, IfZ, MB 15/20, Bl. 2407.

¹⁸⁹ Vernehmung Brandt, Protokoll des Nürnberger Ärzteprozesses, 5. 2. 1947, IfZ, MB 15/20, Bl. 2492, 2495.

¹⁹⁰ Vernehmung Brandt, 1. 10. 1945, S. 7, BAK, All. Proz. 2/FC 6069 P.

¹⁹¹ Nach Brandt bestand seine Aufgabe „in der Information des Führers“, um in strittigen Fragen wie der Einbeziehung der Kriegsverletzten, Weltkriegsteilnehmer und Arbeitsinvaliden in die „Euthanasie“ die Meinung Hitlers einzuholen; Vernehmung Brandts, Protokoll des Nürnberger Ärzteprozesses, 4. 2. 1947, IfZ, MB 15/20, Bl. 2420 (Zitat), 2426; 5. 2. 1947, ebenda, Bl. 2502–2506, 2513.

¹⁹² Conti hatte die für ihn mißliche Situation im Gesundheitswesen im Frühsommer 1942 mit Brandt besprochen, da er sich von ihm einen Vortragstermin bei Hitler erhoffte; Interview Elfriede Conti, 19. 1. 1982, S. 17, ZeS, Akte Conti.

ordnung war diese Entwicklung verheerend, zumal sie durch den Beginn des Weltkrieges in eine Phase exponentiell gesteigerter Funktionsanforderungen fiel. Da das Regime keine nichtantagonistischen Mechanismen der Konfliktaustragung kannte, ohne eine Willensäußerung Hitlers jedoch zentrale Kompetenzverteilungen bestreitbar blieben, konnte niemand mehr verbindlich über die gesundheitspolitischen Rationalitätskriterien und die damit verbundene Verteilung gesundheitsbezogener Ressourcen entscheiden und diese Kriterien gegenüber Ansprüchen, die von anderen Teilsystemen an das Gesundheitssystem herangetragen wurden, vertreten. Die interne Fragmentierung der gesundheitspolitischen Entscheidungsstrukturen verhinderte eine planvolle Zielformulierung ebenso wie eine wirksame Interessenvertretung des zivilen Gesundheitswesens gegenüber den konkurrierenden Ansprüchen von Militär und Rüstungswirtschaft, so daß gesundheitsbezogene Rationalitätskriterien an Bedeutung verloren und die Problembearbeitungskapazität des Gesundheitswesens insgesamt abnahm.

Am eindringlichsten zeigte sich dieses Problem in zwei Sektoren des Gesundheitssystems, die für die medizinische Versorgung der Zivilbevölkerung von zentraler Bedeutung waren: der Arzneimittelherstellung und der ärztlichen Versorgung. Beide wurden durch den mit zivilen Stellen kaum koordinierten Zugriff der Wehrmacht erheblich in Mitleidenschaft gezogen.¹⁹³ Ähnliche Defizite bestanden innerhalb der Wehrmacht, wo die Sanitätsdienste der drei Teilstreitkräfte kaum untereinander koordiniert waren. Die hierdurch hervorgerufenen Friktionen in der Verwundetenversorgung kulminierten im Winter 1941/42, als der Abtransport der Verwundeten im Raum Wjasma-Smolensk nahezu zusammenbrach und erst eine Intervention Brandts bei Hitler die anderen Teilstreitkräfte dazu bewegen konnte, Ressourcen zur Unterstützung des überforderten Heeres-sanitätswesens bereitzustellen.¹⁹⁴

Die Beauftragung Brandts sollte solche Koordinationsdefizite überwinden helfen, nicht jedoch die Generalkompetenz Contis für das zivile Gesundheitswesen in Frage stellen. Der Reichsgesundheitsführer, so bestätigte der Führererlaß ausdrücklich, sei „für alle einheitlich zu treffenden Maßnahmen [...] verantwortlich“.¹⁹⁵ Es ging darum, für die Konflikte zwischen Wehrmacht und Zivilbehörden, für die bisher keine letztinstanzliche Entscheidungsgewalt existierte, einen Moderator mit Schiedsrichterfunktion zu schaffen, nicht jedoch eine neue gesundheitspolitische Oberbehörde. In diesem Sinn wurde der Erlaß auch von der Wehrmacht interpretiert.¹⁹⁶

¹⁹³ Vgl. S. 181–192.

¹⁹⁴ Der 1. Führererlaß über das Sanitäts- und Gesundheitswesen setzte daher den Heeres-sanitätsinspekteur parallel zur Ernennung Brandts als Chef des Wehrmachtssanitätswesens ein und beauftragte ihn mit der Koordination der bislang in den Teilstreitkräften separiert behandelten Sanitätsangelegenheiten; Vernehmung Brandt, Protokoll des Nürnberger Ärztesprozesses, 3. 2. 1947, IfZ MB 15/20, Bl. 2328–2330.

¹⁹⁵ 1. Führererlaß über das Sanitäts- und Gesundheitswesen, 28. 7. 1942, BAK, Kl. Erw. 512/2, Bl. 154.

¹⁹⁶ Keitel, Protokoll der Besprechung zwischen Lammers, Keitel, Frick u. a. über Verwaltungsver-einfachungen zur Steigerung des Kriegseinsatzes am 5. 2. 1943, APK, 10323067.

In der Praxis begnügte sich Brandt freilich nicht mit dieser Clearing-Funktion, sondern sammelte, gestützt auf unklar formulierte Führeraufträge und das Vertrauen des Diktators, Kompetenzen in selbstgesuchten Brennpunkten des Gesundheitswesens. Die Ausdehnung seines Einflßbereichs läßt sich nicht als geradlinige Abfolge von Gründungsakten und Aufgabenzuweisungen beschreiben. Er entwickelte sich eher sprunghaft in Reaktion auf die gesundheitspolitischen Probleme des Krieges. Der Führererlaß vom Juli 1942 hatte den Generalkommissar dazu ermächtigt, nicht näher bezeichnete „Sonderaufgaben“ auf Weisung Hitlers durchzuführen. Diese Formulierung bezog sich ursprünglich auf ein Bauprogramm, das Ausweichkrankenhäuser für einige luftkriegsgefährdete Städte in Norddeutschland errichten sollte.¹⁹⁷ Gestützt auf diese Vollmacht und vor dem Hintergrund zunehmender regionaler Kapazitätsengpässe in der Krankenhausversorgung, die durch die Bombardierung westdeutscher Städte entstanden waren, ging Brandt im Frühjahr 1943 dazu über, einzelne Segmente des Gesundheitswesens aus der Verfügungsgewalt der zuständigen Stellen herauszulösen. Im Mai 1943 erhielt der Generalkommissar die Entscheidungsgewalt für strittige Fragen bei der Errichtung und Belegung von Ausweichkrankenhäusern und Lazaretten.¹⁹⁸ Wenig später dehnte Hitler Brandts auf den Norden Deutschlands beschränkten Bauauftrag auf das gesamte Reichsgebiet aus und übertrug ihm gleichzeitig die Zuständigkeit für die pharmazeutischen Ausweichfabrikationen.¹⁹⁹ Diese Befugnisse ermöglichten ihm den Zugriff auf zwei Schlüsselsektoren der medizinischen Versorgung, die infolge der wachsenden Intensität der alliierten Luftangriffe an Bedeutung gewannen. Hierbei kam Brandt zugute, daß er bei der katastrophenmedizinischen Bewältigung der Luftkriegsfolgen einige sichtbare Erfolge aufzuweisen hatte, die vor allem dadurch möglich wurden, daß er auf seinen Führerauftrag gestützt Ressourcen mobilisieren konnte, ohne sich mit Zuständigkeitsfragen aufhalten zu müssen, und daß er bei der Errichtung von Ausweichkrankenhäusern über den Reichsbeauftragten auf die Kapazitäten der Heil- und Pflegeanstalten zurückgreifen konnte.²⁰⁰ Als der Diktator Brandt im Juni 1943 „in allen Luftkriegsgebieten und möglichen Ausweichgebieten die Planung und Verfügung über den Krankenhausraum, das ärztliche und Pflege-Personal so-

¹⁹⁷ Brandt an Bormann, 24. 8. 1941, BAB, R 43-II/737b, Bl. 103f. Hitler hatte das Programm unmittelbar nach dem Luftangriff auf Emden angeordnet, bei dem erstmals ein Großteil des städtischen Krankenhausraums zerstört worden war. Das ursprünglich regional begrenzte Programm der „OT-Sanitätsanlagen Nord-West“ wurde ein Jahr später um zehn weitere, über das ganze Reich verteilte Ausweichkrankenhäuser der „Krankenhaus-Sonderanlagen Aktion Brandt“ ergänzt, die Brandt ausdrücklich als „erste Welle“ eines von Hitler angeordneten Bauprogramms ankündigte; Vernehmung Brandt, Protokoll des Nürnberger Ärzteprozesses, 3. 2. 1947, IFZ, MB 15/20, Bl. 2325; Speer und Brandt an Conti und die Baubevollmächtigten des Ministeriums für Bewaffnung und Munition, 8. 10. 1942, BAK, B 326/348; zu den verschiedenen Phasen der „Aktion Brandt“ vgl. auch das Affidavit Carl-Heinz Grabes, 12. 2. 1947, IFZ, MB 15/29.

¹⁹⁸ Führererlaß, 20. 5. 1943, BAK, Kl. Erw. 512/2, Bl. 143.

¹⁹⁹ Aufstellung der im Rahmen des Führerauftrages durchzuführenden Maßnahmen, 21. 5. 1943, BAK, Kl. Erw. 512/2, Bl. 146.

²⁰⁰ Zu den Kontakten Brandts zum Büro des Reichsbeauftragten für die Heil- und Pflegeanstalten, Linden, vgl. das Affidavit Jutta Rachs, BAK, All. Proz. 1/LXIV-H 2, S. 16.

wie die ärztlichen Hilfsmittel“²⁰¹ übertrug, erteilte er Brandt praktisch eine gesundheitspolitische Blankovollmacht, da im Zeichen des intensivierten Luftkriegs nahezu jede Region entweder zum Ziel- oder Evakuierungsgebiet wurde. In der Funktion als Koordinator der luftkriegsbedingten Transportströme psychiatrisch und somatisch Kranker, die seit dem Sommer 1942 von Nord- und Westdeutschland in nahezu alle Teile des Deutschen Reiches verlegt wurden, verließ Brandt endgültig seine Vermittlerrolle zwischen militärischem und zivilem Sektor und wuchs immer mehr in die Funktion einer letztinstanzlichen Schiedsstelle konkurrierender regionaler Ansprüche an das Gesundheitssystem hinein. Conti, der sich anfangs lautstark aber taktisch wenig geschickt gegen die Okkupationsabsichten Brandts zu Wort gemeldet hatte, geriet demgegenüber zusehends ins Abseits, zumal es der Generalkommissar verstand, seine Wünsche gegenüber Instanzen der Mittelebene mit dem Verweis auf seinen Führerauftrag durchzusetzen, und andere Dienststellen bei der Bewältigung der Luftkriegsfolgen immer häufiger direkt mit Brandt kooperierten und die Dienststellen des Reichsgesundheitsführers umgingen.²⁰²

Nach andauernden Kompetenzkonflikten zwischen Conti und Brandt bewegte letzterer den Diktator zur Erweiterung seiner bisherigen Zuständigkeiten. Der zweite Führererlaß über das Sanitäts- und Gesundheitswesen vom 5. September 1943 bedeutete den endgültigen Durchbruch Brandts zum dominierenden gesundheitspolitischen Machtzentrum des „Dritten Reiches“. Zwar erreichte Lammers bei Hitler nachträglich ein Schreiben, das Brandt aufforderte, nicht „ohne Not in die regelmäßige Tätigkeit und in die Organisation der dem Reichsgesundheitsführer unterstehenden Verwaltung“²⁰³ einzugreifen. Praktisch war jedoch der Generalkommissar im September 1943 Vorgesetzter des Reichsgesundheitsführers geworden.²⁰⁴ Der Erlaß erweiterte die bislang auf die Geschäftsbereiche des Innen- und des Arbeitsministeriums beschränkten Eingriffsrechte Brandts beträchtlich und dehnte sie zudem auf die medizinische Forschung aus, die bisher in die Zuständigkeit des Reichserziehungsministeriums gefallen war. Brandt erhielt ein Weisungsrecht über das gesamte Sanitäts- und Gesundheitswesen und war künftig befugt, eigene Beauftragte zu ernennen. Damit bestand die Möglichkeit, parallel zu den bestehenden Mittelinstanzen eine eigene Organisationsstruktur einzurichten.²⁰⁵

²⁰¹ Brandt an den Reichsinnenminister, den Chef des Oberkommandos der Wehrmacht und den Leiter der Parteikanzlei, 17. 6. 1943, BAK, Kl. Erw. 512–1, Bl. 140. Die Auslegung des offenbar zuerst mündlich erteilten Auftrags wurde von Hitler auf Nachfrage der Reichskanzlei im Sinne Brandts bestätigt; Lammers, Entwurf eines Briefes an Frick, 6. 7. 1943, ebenda, Bl. 147.

²⁰² So z. B. die Aufforderung des Luftkriegsschädenaussschusses an Brandt, ihm beizutreten und dort eine zentrale Planung der Krankenhausbetten zu organisieren; Berndt an Brandt, 30. 5. 1943, BAB, R 18/3808.

²⁰³ Lammers an Brandt, 7. 9. 1943, BAB, R 18/3812.

²⁰⁴ In diesem Sinne wurde der Erlaß auch von anderen Herrschaftsträgern interpretiert. Goebbels leitete daraus ein Aufsichtsrecht von Brandt über Conti ab; Fröhlich, Goebbels-Tagebücher, 15. 9. 1943, Bd. II/9, S. 512.

²⁰⁵ 2. Führererlaß über das Sanitäts- und Gesundheitswesen, 5. 9. 1943, BAK, Kl. Erw. 512/2, Bl. 152.

Ende 1943 umfaßte Brandts Tätigkeitsbereich fünf Hauptarbeitsgebiete:²⁰⁶

- die Krankenhaus-Sonderanlagen der „Aktion Brandt“, ein Bauprogramm mit dem bis zum Mai 1944 rund 15000 Betten in 30 Krankenhäusern unterschiedlicher Ausbaustufe errichtet wurden. Dies entsprach etwa einem Siebtel der seit Kriegsbeginn neu erstellten Krankenhausbetten;²⁰⁷
- die von der Reichsarbeitsgemeinschaft Heil- und Pflegeanstalten und dem Reichsbeauftragten für die Heil- und Pflegeanstalten organisierte und von Brandt koordinierte Verlegung von Psychatriepatienten und somatisch Kranken seit dem Frühjahr 1943;²⁰⁸
- den von Brandts Beauftragtem Guterath gelenkten Einsatz vertrauensärztlicher Sonderkommandos zur Senkung des Krankenstands in kriegswichtigen Rüstungsbetrieben;²⁰⁹
- die Koordination von Teilen der medizinischen Forschung durch das von Prof. Paul Rostock, Brandts ehemaligem Chef in der Universitätsklinik Ziegelstraße, geleitete Amt Wissenschaft und Forschung;
- die Steuerung der pharmazeutischen Produktion durch das Amt Planung und Wirtschaft in Verbindung mit der Verlagerung besonders luftkriegsgefährdeter Pharmabetriebe.²¹⁰ Aus diesem Programm entwickelte sich im Frühjahr 1944 Brandts Zuständigkeit für ein mit höchster rüstungswirtschaftlicher Dringlichkeitsstufe vorangetriebenes Programm zur Herstellung von Volksgasmasken für die Zivilbevölkerung, das Hitler befohlen hatte, nachdem ihn Göring auf die Gefahr eines Gasangriffs aus der Luft aufmerksam gemacht hatte.²¹¹

Brandt bewältigte diese Aufgaben mit einem kleinen Apparat. Seine Dienststelle unterschied sich nicht nur aufgrund der geringen Mitarbeiterzahl von den bis dahin existierenden führerunmittelbaren Sondergewalten. Bisher hatte Hitler ausschließlich bewährte Veteranen der NSDAP an ihre Spitze berufen. Daher war die Verquickung von Partei- und Staatsfunktion typisch für diese Organisations-

²⁰⁶ Zur Aufgabenverteilung innerhalb seines Arbeitsstabes siehe Abb. 4.

²⁰⁷ Vgl. dazu S. 281–291; zur räumlichen Verteilung der Ausweichkrankenhäuser siehe Abb. 10.

²⁰⁸ Vgl. dazu S. 312–369.

²⁰⁹ Vgl. dazu S. 251 f.

²¹⁰ Für die im „Brandt-Programme“ zusammengefaßten Firmen, deren Zahl sich im Mai 1944 auf 24 belief, standen besondere Kontingente knapper Baustoffe zur Verfügung; Industriegruppe Chemie an Körner, 10. 5. 1944, BAB, R 25/64, ferner der Aktenvermerk über den Stand der Pharmaverlagerungen, 15. 1. 1944, ebenda. Zur Steuerung der pharmazeutischen Produktion vgl. S. 186 f.

²¹¹ Unter dem Namen „Brandt-Geräte-Programme“ war die Herstellung von 45 Mio. Gasmasken für die Zivilbevölkerung geplant. Davon sollte die erste Million bereits Mitte 1944, der Rest bis Anfang 1945 ausgeliefert werden; Aktenvermerk der Wirtschaftsgruppe Textilindustrie/Arbeitsstab M 44, 13. 5. 1944, BAB, R 13 XIV/23; Arbeitsstab M 44 an die Fa. Hans Bäumler, 4. 5. 1944, ebenda; Bericht über die Sitzung der Arbeitsgemeinschaft Brandt-Geräte, 7. 6. 1944, ebenda; Nürnberger Ärzteprozeß, Vernehmung Brandt, 3. 2. 1947, IfZ, MB 15/20, Bl. 2344; Lorentz, Industrieelite, S. 281 f., 306 f. Der einschlägige Führererlaß vom 1. 3. 1944 konnte bislang nicht aufgefunden werden, eine sinngemäße Rekonstruktion liegt in der eidesstattlichen Versicherung von Walter Mielenz vom 21. 4. 1947 vor, IfZ, MB 15/29.

form.²¹² Karl Brandt, der der NSDAP erst 1932 beigetreten war, agierte dagegen vornehmlich auf dem staatlichen Sektor. Die organisatorische Konstruktion seiner Dienststelle ähnelte in vielen Punkten dem Stab Fritz Todts als Generalinspekteur für das Straßenwesen und stellt in dieser Hinsicht einen Rückgriff auf die Anfänge nationalsozialistischer Herrschaftspraxis dar. Analog zu Todt stand bei der Einsetzung des Generalkommissars für das Sanitäts- und Gesundheitswesen keine administrierende, sondern eine inspirierende und koordinierende Funktion im Vordergrund.²¹³ Ähnlich wie Todt verfügte Brandt seit August 1944 über die Rechte einer obersten Reichsbehörde, insbesondere die Befugnis zur Rechtsetzung, nicht jedoch über einen den Reichsministerien entsprechenden Verwaltungsauftrag, ebensowenig über einen entsprechenden bürokratischen Unterbau.²¹⁴ Brandts Etat fiel dagegen mit wenigen zehntausend Reichsmark pro Monat aus Verfügungsmitteln Hitlers bescheiden aus.²¹⁵ Größere Ausgabenposten, etwa der Bau von Ausweichkrankenhäusern, wurden direkt durch das Reichsfinanzministerium beglichen.²¹⁶ Anders als Himmler und Ley, die mit vergleichbaren Vollmachten ausgestattet waren, schuf Brandt keinen bürokratischen Apparat aus der Substanz der ihm unterstellten Dienststellen, sondern baute quer zu den bestehenden Strukturen einen kleinen Führungsstab auf.²¹⁷ Diese schlanke, an die Wirtschaftsführungsstäbe des Ministeriums Speer angelehnte Organisationsform wurde auf ausdrücklichen Wunsch Hitlers gewählt.²¹⁸ Sie entsprach ganz seinen bohemienhaften Vorstellungen von Behördenarbeit, die von der Ansicht bestimmt wurden, daß an die Schaltstellen der Exekutive „nur Männer von großen Gedanken“²¹⁹ gehörten, bei denen es „nicht auf das Maß der bewältigten Kleinarbeit, sondern auf das richtige Denken“ ankomme.

Mit der Errichtung des Amtes Planung und Wirtschaft um die Jahreswende 1942/43 zeichnete sich ab, daß aus einem persönlichen Auftrag an den Begleitarzt Hitlers eine weitere gesundheitspolitische Dienststelle entstehen würde. Sie wurde eingerichtet, um die beim Reichswirtschaftsministerium, dem Ministerium

²¹² Rebentisch, Führerstaat, S. 332.

²¹³ Zur Stellung Todts in der Herrschaftsordnung des „Dritten Reiches“ vgl. die zum Verständnis der führerunmittelbaren Sondergewalten grundlegenden Ausführungen bei Broszat, Staat, S. 328–332.

²¹⁴ Erklärung Brandts, 9. 6. 1947. BAK, All. Proz. 1/LXIV-H 8, S. 300a.

²¹⁵ Brandts Etat betrug ursprünglich nur 10000, seit Anfang 1944 20000, zuletzt 30000 Reichsmark pro Monat. Seit 1. 9. 1944 erfolgte die Finanzierung seiner Dienststelle über den Haushalt der Reichskanzlei; Affidavit Richard Reinhardt, BAK, All. Proz. 1/LXIV-H 2, S. 12f.; Affidavit Heinrich Lammers, BAK, All. Proz. 1/LXIV-H 2, S. 5. Ein eigener Haushalt stand Brandt erst seit Januar 1945 zur Verfügung; Brandt an das Reichsfinanzministerium, 28. 12. 1944, BAK, Kl. Erw. 512/1, Bl. 40.

²¹⁶ Brandt an Reinhardt, 20. 5. 1943, BAK, Kl. Erw. 512/1, Bl. 131.

²¹⁷ Anfang 1942 beschäftigte die Dienststelle Brandts 18 Mitarbeiter, die nach TOA III oder höher eingestuft waren. Zur geplanten Erweiterung der Brandt-Behörde auf 169 Planstellen ist es infolge des Kriegsendes nicht mehr gekommen; Geschäftsverteilungsplan und Planstellenübersicht, Stellenbesetzung am 1. 2. 1945 und Personalbedarf für das Rechnungsjahr 1945, BAK, Kl. Erw. 512/1, Bl. 25–33; Personalaufstellung der Brandt-Behörde, BAK, Kl. Erw. 883.

²¹⁸ Vgl. Brandt an Gossel, 18. 2. 1945, BAK, Kl. Erw. 512/1, Bl. 46f.

²¹⁹ Picker, Tischgespräche, Aufzeichnung vom 9. 5. 1942, S. 240.

Speer und der Vierjahresplanbehörde ressortierenden Kompetenzen der Sanitätsmaterialfertigung zu koordinieren.²²⁰ Erst seit dem Umzug nach Berlin-Beelitz im Frühjahr 1943 und der Einstellung hauptamtlicher Referenten kann man jedoch von einer bürokratischen Organisation im engeren Sinn sprechen, vorher hatte Brandt die meisten Schreibebeiten von zwei Kliniksekretärinnen erledigen lassen. Im Spätsommer 1943 kam das Amt Wissenschaft und Forschung hinzu, das Paul Rostock zusammen mit einigen Klinikassistenten nebenamtlich versah.²²¹

Sieht man von wenigen Ausnahmen ab, so ist für die meisten Mitarbeiter Brandts eine Kombination aus akademischer Fachschultheit und parteipolitischer Zurückhaltung charakteristisch. Einige entstammten der Wehrmacht, die meisten wechselten aus der Wirtschaftsverwaltung in die Dienststelle des Generalkommissars. Paul Rostock, der dem Ende 1943 eingerichteten Amt Wissenschaft und Forschung vorstand, und für die Koordination der medizinischen Forschung verantwortlich war, hatte zuvor die Berliner Universitätsklinik in der Ziegelstraße geleitet. Brandts Amtschef für Planung und Wirtschaft, Admiralarzt Fikentscher, war zuvor Chef des Marinesanitätswesens gewesen. Die wichtigsten Referenten tauschten ihren Posten im Ministerium für Rüstung und Kriegsproduktion oder in den Wirtschaftsgruppen mit der gleichen Funktion im Stab Brandts.²²² Alleamt waren sie Experten in Fragen der Materialbewirtschaftung, der Arzneimittelproduktion, der medizinischen Forschung und der Baudurchführung, so daß über die Hintertür des Kommissarwesens durchaus ein Zugewinn an Sachkompetenz in das System der gesundheitspolitischen Entscheidungsbildung eingespeist wurde.

Die Dienststelle des Generalkommissars war organisatorisch eng mit der wirtschaftlichen Selbstverwaltung, dem Ministerium für Rüstung und Kriegsproduktion und der Organisation Todt verflochten, jedoch kaum mit der Gesundheitsbürokratie des Reichsinnenministeriums und der NSDAP vernetzt. Durch seinen fehlenden Verwaltungsunterbau war der Arbeitsstab Brandts zur Durchführung und Kontrolle seiner Anordnungen auf die Gesundheitsbehörden der inneren Verwaltung angewiesen. An dieser Stelle setzte die Obstruktionspolitik des Reichsgesundheitsführers an, der zwar nicht gegen Weisungen des Generalkommissars handeln konnte, Brandt jedoch, wo immer es ging, vom gesundheitspolitischen Informationsfluß abschnitt, so daß dessen Tätigkeitsbereich auf Einzelaktionen in prioritären Handlungsfeldern beschränkt wurde.²²³ Zwei weitere Entwicklungen stärkten diesen Trend zur sektoralen, nicht mit anderen Entschei-

²²⁰ Vernehmung Brandt, 9. 10. 1946, S. 5, BAK, All. Proz. 2/FC 6069 P.

²²¹ Zum Tätigkeitsbereich, der sich neben der Organisation der Grundlagenforschung vor allem auf den Bestandschutz der medizinischen Fakultäten bezog, vgl. die Aufzeichnung Rostocks vom 11. 12. 1946, StAN, KV-Verteidigung, Handakten Rostock/7. Die Beauftragung Rostocks durch Brandt erfolgte im September 1943. Zum organisatorischen Aufbau der Brandt-Behörde vgl. Abb. 4.

²²² Hellmuth Lüpke war vor seinem Wechsel in die Brandt-Behörde als Fachreferent für Arzneimittelplanung bei der Reichsstelle Chemie tätig. Kurt Geist wechselte aus der Wirtschaftsgruppe Feinmechanik zu Brandt; Affidavit Lüpke, BAK, All. Proz. 1/LXIV-H 7, S. 265–266b; Affidavit Geist, 7. 2. 1947, BAK, All. Proz. 1/LXIV-H 6, S. 213–216.

²²³ Affidavit Grabe, 12. 2. 1947, IfZ, MB 15/29.

dungsträgern abgestimmten Gesundheitspolitik. Erstens wurde Brandt in zunehmendem Umfang als Schiedsstelle angerufen. Was im Frühjahr und Sommer 1943 als überregionale Koordinierung der Krankenhausversorgung im Zeichen des intensivierten Luftkrieges begonnen hatte, geriet so immer häufiger zur Einflußnahme in nur lokal bedeutsamen Einzelfällen.²²⁴ Hinzu kam zweitens, daß Brandt seit dem Sommer 1943 immer mehr Aufträge an Sonderbeauftragte delegierte. Diese bezogen ihre Macht aus der unmittelbaren Unterstellung unter den Generalkommissar, übten ihre Funktion jedoch mit Hilfe ihrer ursprünglichen Dienststelle aus.²²⁵ Neben sachbezogenen, reichsweit geltenden Organisationsaufträgen (z. B. für den Bau von Ausweichkrankenhäusern und vertrauensärztliche Sonderkommandos in kriegswichtigen Rüstungsbetrieben) vergab Brandt auch Zuständigkeiten für einzelne Krankenhausanlagen der „Aktion Brandt“ an Regional- und Lokalbeauftragte. Seit dem Frühsommer 1943 existierte in den bombengeschädigten Westgebieten neben dem Gesundheitswesen von Staat und Partei ein Parallelapparat Brandts, mit dem vor allem die Reichsverteidigungskommissare kooperierten. Diese Sonderbeauftragten zweiter Ordnung griffen zum Teil erheblich in die Verwaltungspraxis der beteiligten Mittel- und Unterbehörden ein und stießen dabei nicht selten auf den erbitterten Widerstand nachgeordneter Gesundheitsbehörden.²²⁶

In den Jahren 1942–1945 hat kein Akteur das deutsche Gesundheitswesen stärker geprägt als Karl Brandt. Und dennoch ist seine Person schwer zu fassen. Man hat versucht, ihn als „anständigen Nazi“²²⁷ und „entschieden(en) Idealist(en)“²²⁸ zu beschreiben. Solche Charakterisierungen greifen jedoch zu kurz, da sie das handlungsleitende Wertgefüge Brandts nicht transparent machen können. Dieses Wertegefüge war – wie die Person Brandts selbst – ambivalent und voller Widersprüche.²²⁹ Hinzu kommt, daß Hitlers Generalkommissar durch seinen späten Auftritt auf der gesundheitspolitischen Bühne vergleichsweise wenig Quellen hinterlassen hat, bei denen wiederum Rechtfertigungsdokumente aus dem Kontext des Nürnberger Ärzteprozesses überwiegen.

Als Gefangener und als Angeklagter des Nürnberger Gerichts zeichnete Brandt von sich das Bild eines nüchternen, primär an der Lösung medizinischer Sachfra-

²²⁴ Zumeist waren dies Streitigkeiten bei der Verwendung von Gebäuden als Wehrmachtslazarett bzw. ziviles Ausweichkrankenhaus oder Konflikte um uk-Stellungen; vgl. z. B. Stähle an Conti, 14. 5. 1943, BAB, R 18/3810.

²²⁵ Brandts Beauftragter für die Krankenhaus-Sonderanlagen, der Sanitätschef der Organisation Todt, Poschmann, residierte z. B. im Ministerium Speer, Gutermuth, der Beauftragte für den vertrauensärztlichen Dienst, bei der Gemeinschaftsstelle der Landesversicherungsanstalten. Im Unterschied zu den meisten Mitarbeitern Brandts handelte es sich bei beiden um exponierte Nationalsozialisten.

²²⁶ Vgl. z. B. den Aktenvermerk der Stadtverwaltung Köln, Abteilung 8, 25. 6. 1946, StadtAK, 687/10, Bl. 287.

²²⁷ Lifton, *Ärzte*, S. 136. Die Brandt betreffenden Passagen basieren allerdings wesentlich auf der ohne Quellenangaben gearbeiteten Darstellung von Aziz, *Doctors*, Bd. 4.

²²⁸ Schmidt, Fischer, S. 395.

²²⁹ Zur Charakterisierung Brandts vgl. das Gutachten des französischen Gerichtspsychiaters François Bayle, *Synthese der Persönlichkeit Prof. Dr. Karl Brandt*, S. 1, StAN, KV-Verteidigung, Handakten Rostock/5.

gen orientierten Experten, dem durch den Krieg Aufgaben gestellt worden seien, die er aus Pflichtgefühl bewältigt habe. Was Brandt als Pflichterfüllung ansah, verstieß jedoch in jeder denkbaren Hinsicht gegen die etablierten berufsethischen Standards ärztlichen Helfens. Im Gegensatz zur Mehrzahl seiner Mitangeklagten war er sich der ethischen Anfechtbarkeit seines Handelns durchaus bewußt. Die Beteiligung an der „Euthanasie“ begriff er als „hugé burden for everybody“²³⁰, von der verschont zu bleiben sich jeder glücklich schätzen könne. Er freilich habe sich dem nicht entziehen können, denn er lebe sein „Leben nicht, um ihm auszuweichen, wenn es mir begegnet“.²³¹ Charakteristisch für seine Haltung, die die Teilnahme an den medizinischen Staatsverbrechen des „Dritten Reiches“ zum heroischen Selbstopfer stilisierte,²³² ist die Verachtung, mit der er den Selbstmord von Hitlers Satrapen kommentierte. Es sei „nicht viel darüber zu sagen“.²³³ Wenn ein Mann in leitender Stellung, so Brandt über Himmler, „davon laeuft und sich einfach umbringt, so spricht das fuer seinen Charakter selbst“.

Noch auf dem Landsberger Schafott gedachte Brandt zuerst seiner Mitarbeiter, die „in dem furchtbaren Kriege ihre Pflicht phrasenlos erfüllt“²³⁴ hätten, bevor er von seiner Familie Abschied nahm. Es ist nicht leicht zu entscheiden, in welchen Teilen sein ostentativ zur Schau gestelltes Pflichtethos lediglich der Maskierung gegenüber seinen Anklägern diene oder ein Produkt nachträglicher, möglicherweise auch unbewußter Rechtfertigungsversuche war.²³⁵ Daß er sein Eintrittsbillet in die gesundheitspolitische Arena nicht eigener Initiative verdankte, stützt freilich diese Selbstinterpretation, ebenso wie das Faktum, daß er als Generalkommissar – wenn auch zunehmend seltener – weiterhin als Klinikarzt praktizierte. Anders als Bouhler und Brack, die die Durchführungskompetenz für die Krankenmorde vor allem aus persönlichem Ehrgeiz anstrebten, hat Brandt sich nicht um die Mitwirkung an der „Euthanasie“ beworben. Nach seiner Ernennung zum Generalkommissar begnügte er sich indes nicht mehr damit, ihm zugewiesene Aufgaben zu erfüllen, sondern erweiterte seinen Zuständigkeitsbereich mit beträchtlichem taktischen Geschick und bisweilen brutaler Durchsetzungskraft, die nicht nur dem Wunsch nach Pflichterfüllung, sondern auch dem ausgeprägten Machtinteresse eines zunehmend ehrgeizigen gesundheitspolitischen Akteurs entsprang. Dennoch wird man ein extrem übersteigertes Pflichtgefühl als handlungsleitendes Persönlichkeitselement Karl Brandts ernst nehmen müssen, denn es findet sich als Leitmotiv nicht nur in Rechtfertigungsdokumenten aus dem Ärzteprozeß, sondern auch in der Korrespondenz mit engen Vertrauten.²³⁶

²³⁰ Vernehmung Brandt, 1. 10. 1945, S. 18, BAK, All. Proz. 2/FC 6069 P.

²³¹ Brandt, Schlußwort vor dem US-Militärgerichtshof, 19. 7. 1947, S. 4, StAN, KV-Verteidigung, Handakten Rostock/5.

²³² Am deutlichsten im Schlußwort Brandts vor dem US-Militärgerichtshof, 19. 7. 1947, S. 2 f., StAN, KV-Verteidigung, Handakten Rostock/5.

²³³ Vernehmung Brandt, 26. 11. 1946, S. 11, BAK, All. Proz. 2/FC 6069 P.

²³⁴ Brandt, Schlußwort vor der Hinrichtung, 2. 6. 1948, S. 1, StAN, KV-Verteidigung, Handakten Rostock/10.

²³⁵ Bayle, Synthese der Persönlichkeit Prof. Dr. Karl Brandt, S. 3, StAN, KV-Verteidigung, Handakten Rostock/5.

²³⁶ In einem Brief an seinen nach dem Prozeßende stellungslosen akademischen Lehrer Paul Rostock, mit dem ihn ein freundschaftliches Verhältnis verband, räsonierte Brandt: Er

Brandt hat seine Mitarbeiter ganz überwiegend aus dem Kreis politisch nicht exponierter Fachleute im Militär und in den Wirtschaftsgruppen rekrutiert. Allein läßt sich dies freilich kaum als Beleg für die Vorherrschaft medizinisch-fachlicher Kriterien in seinem Denken werten, da er andernfalls auf Personal seiner Machtkonkurrenten hätte zurückgreifen müssen, eher schon, daß er im Unterschied zu diesen auf amtsbezogene Publizität fast völlig verzichtete.²³⁷ Für die Selbstbeschreibung Brandts spricht auch, daß die meisten Konflikte, an denen er sich beteiligte, aus gesundheitspolitischen Sachfragen entstanden.²³⁸ Die Auswahl der Konfliktfelder und die Art der Konfliktführung, bei der Brandt um punktuelle gesundheitspolitische Ziele durchzusetzen nicht selten erhebliche machtpolitische Nachteile in Kauf nahm, lassen zum einen eine extrem hohe Konfliktbereitschaft sichtbar werden, die zu den prägenden Persönlichkeitsmerkmalen Brandts zählte.²³⁹ Sie unterstreichen zum anderen den hohen Stellenwert medizinischer Kriterien im Denken des Generalkommissars.²⁴⁰ Ins Extrem gesteigert bestimmt der Primat des Medizinischen auch Brandts Versuche, die „Euthanasie“ zu rechtfertigen. Seine Argumentation ist nicht nur deshalb aufschlußreich, weil er daran auch nach dem Zusammenbruch der nationalsozialistischen Herrschaft mit bemerkenswerter Starrheit festhielt, sondern vor allem, weil Hitlers Generalkommissar sich ausdrücklich zu seiner persönlichen Verantwortung für die Krankensterben bekannte und sich im Gegensatz zu seinen Mitangeklagten nicht hinter Hitlers „Euthanasie“-Ermächtigung oder einen vermeintlichen Befehlsnotstand zurückzog.²⁴¹ Brandt betrachtete die „Euthanasie“ als eine im Grenzbereich ärzt-

wisse genau, „wie bitter es Dir sein wird, in diesen Tagen, Dich durchzubeissen. Aber es muß sein. Keiner kann sich und darf sich Aufgaben entziehen, die noch [...] von ihm verlangt werden könnten. So ist eben jeder Tag, auch wenn er nutzlos scheint, im Grunde eine Pflichterfüllung.“ Brandt an Rostock, o.D. [Jahresanfang 1948], StAN, KV-Verteidigung, Handakten Rostock/5.

²³⁷ Während Wagner, Blome, Bockhacker und Conti zu den regelmäßigen Autoren einschlägiger Periodika zählten, sind von Brandt lediglich wenige Pressegespräche im Zusammenhang mit dem Bau von Ausweichkrankenhäusern bekannt.

²³⁸ Demgegenüber führte Conti die Mehrzahl seiner Auseinandersetzungen um Zuständigkeitsfragen.

²³⁹ So Bayle, der Brandt als „bis zum Exzess kämpferisch, mit [...] einem grossen Bedürfnis nach starker Verausgabung“ beschreibt; Synthese der Persönlichkeit Prof. Dr. Karl Brandt, S. 1, StAN, KV-Verteidigung, Handakten Rostock/5.

²⁴⁰ Hier mögen zwei Beispiele genügen: Brandts Verhältnis zu Himmler wurde nachhaltig durch eine an sich unbedeutende Auseinandersetzung um die Stellung der Sanitätsoffiziere gestört. Während der Reichsführer SS die Auffassung vertrat, der Sanitätsoffizier sei „zunächst Offizier und erst in zweiter Linie Arzt“, verfocht Brandt energisch den Primat der Medizin und beharrte darauf, „dass der Arzt zunächst Arzt ist und bleibt und erst in zweiter Linie Offizier“; Vernehmung Brandt, 5. 11. 1946, S. 9, BAK, All. Proz. 2/FC 6069 P. 1944 führte ein Konflikt mit dem quacksalbernden Leibarzt Theo Morell um die angemessene medizinische Behandlung Hitlers zu Brandts Entlassung als Begleitarzt; Schmidt, Fischer, S. 400.

²⁴¹ Keiner der anderen Tatbeteiligten hat sich nach dem Krieg derartig rückhaltlos zu seiner Überzeugung bekannt. Vgl. etwa die Vernehmung Brandts, Protokoll des Nürnberger Ärzteprozesses, 4. 2. 1947, IfZ, MB 15/20, Bl. 2445, sowie die Vernehmung vom 1. 3. 1947, Teil 2, S. 7, BAK, All. Proz. 2/FC 6069 P, in der er den Gerichtspsychiater Leo

lichen Handelns angesiedelte Form professionell verantworteten, auf den einzelnen Kranken bezogenen Helfens.²⁴² In dieser Frage könne er „nicht als Geistlicher glauben oder als Jurist denken“.²⁴³ Er sei „Arzt und sehe die Gesetze der Natur als das Gesetz der Vernunft“ an. Eine Einwilligung des Kranken oder seiner Angehörigen war für ihn ebenso nachrangig wie eine juristische Rechtfertigung. Einzig der Arzt könne durch seine medizinische Beurteilungskompetenz eine Tötungsentscheidung fällen. Er handle hierbei „jeweils in eigener Selbstverantwortlichkeit. Diese kann ihm nicht durch eine gesetzlich formulierte Form abgenommen werden“.²⁴⁴

Auf welchem Konzept ärztlichen Handelns basierte Brandts Überzeugung vom Primat der Medizin? Es scheint, als sei es um einiges konservativer gewesen, als der gesundheitspolitische Zeitgeist dies hätte erwarten lassen. Durch seine Ausbildung als Chirurg war Brandt darauf trainiert, einzelne, genau abgrenzbare Verletzungen zu behandeln. Dieses von sozialmedizinischen ebenso wie von rasenhygienischen Denkstilen deutlich unterschiedene Konzept lokalisierten, einzelnen Kranken zurechenbaren medizinischen Handelns bildet einen Kernbereich seines ärztlichen Selbstverständnisses, der Brandts Berufsbiographie von der Studienwahl bis hin zur Mitwirkung an der „Euthanasie“ prägte.²⁴⁵ Dies bedeutet nicht, daß er die Kategorien des klassifikatorischen Biologismus ablehnte.²⁴⁶ Al-

Alexander beschwor, den „Weg der Euthanasie, wie das Wort es darstellt, nicht blockieren zu lassen“.

²⁴² Zu Brandts Verständnis der „Euthanasie“ vgl. seine Ausarbeitung Betrifft: Euthanasie vom 15. 2. 1947, insbes. S. 1, 5f., die Vernehmungen Brandts vom 1. 10. 1945, S. 16–18 und 5. 11. 1946, S. 18f., BAK, All. Proz. 2/FC 6069 P, sowie seine Schlußerklärung vor Gericht vom 19. 7. 1947, StAN, KV-Verteidigung, Handakten Rostock/5. Allerdings war der sonst sehr reflektierte Brandt zeitweilig nicht fähig, sein Konzept der „Euthanasie“ auf den durch die NS-Herrschaft konstituierten Geltungskontext zu beziehen. Daher muten seine Versuche, zwischen einer in seinen Augen ethisch legitimierbaren Form der Krankentötung und politischen „Entartungen“ wie der KZ-Aktion 14f13 zu differenzieren, letztlich hilflos an.

²⁴³ Brandt, Schlußwort vor dem US-Militärgerichtshof, 19. 7. 1947, S. 5, StAN, KV-Verteidigung, Handakten Rostock/5.

²⁴⁴ Brandt, Betrifft: Euthanasie, 15. 2. 1947, S. 5, BAK, All. Proz. 2/FC 6069 P. In dieser Sichtweise war es konsequent, daß Brandt die Verantwortung für seiner Ansicht nach fehlerhaftes Handeln von „Euthanasie“-Ärzten übernahm (etwa bei der extensiven Auslegung der Auswahl-Kriterien für die Opfer des Krankenmords), da diese Vorkommnisse sich in seinem Zuständigkeitsbereich zugetragen hatten; Vernehmung Brandt, 1. 10. 1945, S. 16f., BAK, All. Proz. 2/FC 6069 P.

²⁴⁵ Während der naturwissenschaftlich ausgerichteten vorklinischen Studiensemester übernahmen Brandt ernsthafte Zweifel an der Richtigkeit seiner Studienwahl. Er hatte das Medizinstudium mit der Absicht begonnen, „nun an den kranken Menschen zu kommen, und stattdessen wurden wir ueber Botanik und Zoologie belehrt“. Vernehmung Brandt, 1. 3. 1947, S. 7, BAK, All. Proz. 2/FC 6069 P.

²⁴⁶ Seine Weigerung, für den NS-Ärztebund Vorträge über Rassenfragen zu halten, wollte er vor Gericht keineswegs in dem Sinne verstanden wissen, „dass ich rassische Gesichtspunkte als solche nicht anerkennen würde und nicht der Meinung bin, daß diese im Großen gesehen im Leben der Völker eine bedeutsame Rolle spielen können“. Vernehmung Brandt, Protokoll des Nürnberger Ärzteprozesses, 4. 2. 1947, IfZ, MB 15/20, Bl. 2401 f. Eine aus der nationalsozialistischen Rassendoktrin abgeleitete Diskriminierung von Ju-

lerdings scheinen sie für ihn deutlich weniger handlungsrelevant gewesen zu sein als für den von eugenischen Züchtungsutopien besessenen Conti.²⁴⁷ Im Unterschied zu seinen gesundheitspolitischen Konkurrenten verzichtete Brandt im amtsinternen Schriftverkehr auf biologistische Phrasen, während Conti regelmäßig darauf zurückgriff, um eigene konzeptionelle Überlegungen zu stützen und Entscheidungen über Machtverteilungen in seinem Sinne zu legitimieren.

Die Hochschätzung medizinisch-fachlicher Rationalitätskriterien und ein bis zur Inhumanität pervertiertes Pflichtethos sind zweifellos zentrale Elemente des Wertehaushalts von Karl Brandt, allein können sie sein gesundheitspolitisches Handeln freilich nicht erklären. Daher ist zu fragen, in welche übergreifende Wertordnung sie eingebunden waren. Noch unter dem unmittelbaren Eindruck der Kriegsniederlage verfaßte Ausarbeitungen für die alliierten Militärbehörden verweisen auf antipluralistische Ordnungsvorstellungen Brandts,²⁴⁸ die freilich nicht spezifisch nationalsozialistisch, sondern in einer Generation, die die Demokratie ausschließlich aus der Perspektive ihres Scheiterns erlebt hatte, weitverbreitet waren. Daß er Kontakte zu kirchlichen Gegnern des Regimes unterhielt und im privaten Gespräch Verständnis für deren Überzeugung äußern konnte,²⁴⁹ läßt auf ein gewisses Maß geistiger Unabhängigkeit schließen, ebenso, daß Brandt sich im Sommer 1944, auf dem Höhepunkt seiner Macht, für einen Verfolgten des 20. Juli einsetzte.²⁵⁰

Die Vermutung einer – zumindest graduellen – intellektuellen Eigenständigkeit gegenüber nationalsozialistischem Denken steht freilich im Widerspruch zu der engen Bindung an Hitler, in den Augen Brandts eine „Bindung auf Gedeih und Verderb“²⁵¹, die über den Zusammenbruch der NS-Diktatur hinaus weiterwirkte. Mit der NS-Ideologie verband ihn ein aggressiv vorgetragener Nationalismus, der ihn in Hitlers Raubfeldzug gegen die Sowjetunion einen legitimen Kampf um Le-

den, Zigeunern und Polen habe er hingegen „aus ganz grundsätzlichen Überlegungen“ abgelehnt; Vernehmung Brandt, 1. 3. 1947, S. 7, BAK, All. Proz. 2/FC 6069 P.

²⁴⁷ Vgl. hierzu etwa Contis 1943 aufgenommene Rede im Filmarchiv der Persönlichkeiten, BAB, Abt. Filmarchiv/VK 50651.

²⁴⁸ Brandt, [Ausarbeitung zur] Hitler-Legende, 15. 8. 1945, S. 4, BAK, Kl. Erw. 441/3.

²⁴⁹ Zu Brandts Treffen mit dem Münsteraner Bischof von Galen vgl. Engel, Heeresadjutant, Tagebucheintrag vom 4. 10. 1939, S. 64; zum Treffen mit dem Leiter der Betheler Anstalten Friedrich von Bodelschwingh vgl. dessen stenographische Notiz nach dem Besuch bei Prof. Dr. Brandt am 13. 2. 1943, Hochmuth, Spurensuche, S. 154. Brandt eröffnete das Gespräch mit der Bemerkung, daß sich sein Standpunkt in der Euthanasiefrage von dem Bodelschwinghs grundsätzlich unterscheide, auf dieser Basis könne man offen miteinander sprechen.

²⁵⁰ Eugen Gerstenmaier, Gnadengesuch für den Angeklagten Karl Brandt, 1. 9. 1947, IFZ, MB 15/44.

²⁵¹ Brandt, Das Problem Hitler Nr. 2, 27. 9. 1945, S. 5, BAK, Kl. Erw. 441/3. Vordergründig unternimmt Brandt in diesem auf Nachfragen alliierter Vernehmungsoffiziere entstandenen Texttorso den Versuch, seinen Gesprächspartnern die Ideenwelt Hitlers zu vermitteln und deren Akzeptanz in der deutschen Bevölkerung einschließlich der daraus resultierenden Bindung an den Diktator zu erklären. Das ganz unter dem Eindruck der Kriegsniederlage stehende Dokument läßt sich auch als Versuch der Selbstvergewisserung und intellektuellen Standortbestimmung Brandts nach dem Zusammenbruch NS-Deutschlands lesen.

bensraum sehen ließ.²⁵² Von hier läßt sich die Brücke zu einer Ordnungsvorstellung schlagen, die das Denken und Handeln Brandts in den Kriegsjahren wie kaum eine andere beherrschte: In der ihm eigenen Rigorosität verabsolutierte Brandt den Sozialverband als zentralen Wertbegriff. Diesen Bezugspunkt definierte Brandt vor allem kulturell durch gemeinsame Tradition, Wertordnung und politische Übereinstimmung, weniger hingegen durch die Abstammung. Um ihn zu bezeichnen, griff er ebenso auf das biologisch konnotierte „Volk“ zurück, wie auf die konfliktüberwölbende soziale Kategorie der „Gemeinschaft“. Angesichts ihrer „Majestät“²⁵³ seien der einzelne und sein Schicksal letztendlich unbedeutend. Mit „Fanatismus“, so Brandt mit unüblichem Pathos, „müsse daran festgehalten werden, daß das Ziel jeder Auseinandersetzung, allen Kampfes und jeder Entwicklung, ja selbst der Tod des Einzelnen nur sinnvoll durch die Erhaltung der Lebenskraft des Volkes insgesamt wird“. In dieser Sichtweise waren die Interessen des Sozialverbands weit mehr als ein politischer Imperativ. Sie stifteten den Sinn schlechthin jeden Handelns, so daß sozialutilitaristische Nützlichkeitsabwägungen im Konfliktfall die Oberhand über das gesundheitspolitische Konzept individueller Krankenhilfe gewinnen konnten.²⁵⁴ Absolut gesetzt wurde der politische Primat des Volkskörpers zur Rechtsquelle und zum alleinigen Maßstab der Ethik überhaupt. Nur die Gemeinschaft, so Brandt, der sich damit gedanklich in der Nähe Carl Schmitts bewegt,²⁵⁵ „hat das Recht, sie allein bestimmt die Moral“.²⁵⁶ Dies galt in seinen Augen umso mehr in einem totalen Krieg, den er als Auseinandersetzung um das Lebensrecht des deutschen Volkes begriff.²⁵⁷

²⁵² Brandt, Das Problem Hitler Nr. 2, 27. 9. 1945, S. 8, BAK, Kl. Erw. 441/3. Gedanklich waren der „Kampf um Lebensraum“ und die Revision der Versailler Friedensordnung bei Brandt eng miteinander verbunden.

²⁵³ Brandt, Das Problem Hitler Nr. 2, 27. 9. 1945, S. 5, BAK, Kl. Erw. 441/3.

²⁵⁴ Am deutlichsten kommt Brandts Überzeugung vom Primat des Sozialverbands in seinem Versuch zum Ausdruck, sich für seine Verantwortung für die Menschenversuche zu rechtfertigen; Brandt, Schlußwort vor dem US-Militärgerichtshof, 19. 7. 1947, S. 2f., StAN, KV-Verteidigung, Handakten Rostock/5. Diese Denkfigur hat Hitlers Generalkommissar mit einiger Sicherheit auch auf seine Konzeption medizinischen Handelns bezogen. Dem Gerichtsgutachter Leo Alexander erklärte er, deutsche Ärzte begriffen den Staat als das Objekt medizinischer Intervention, dem sie primär verpflichtet seien, man würde daher nicht davor zurückscheuen „to destroy an aggregate of, for instance, a trillion cells in the form of a number of individual human beings if we believe they are harmful to the total organism – the state – or if we feel that the state will thrive without them“. Alexander, *Moralisms*, S. 89. Die für Brandt ungewöhnliche Akzentverschiebung vom Volk auf den Staat beruht allerdings möglicherweise auf einem Erinnerungsfehler Alexanders.

²⁵⁵ Brandt bezog sich hier offenbar auf Schmitts berüchtigte Rechtfertigungsrede zu den Röhm-Morden, in der der Staatsrechtler das „Lebensrecht des Volkes“ als Quelle allen Rechts ausgemacht hatte; C. Schmitt, Der Führer schützt das Recht, in: *Deutsche Juristen-Zeitung* 39 (1934), Sp. 945–950, 947.

²⁵⁶ Brandt, Das Problem Hitler Nr. 2, 27. 9. 1945, S. 5, BAK, Kl. Erw. 441/3.

²⁵⁷ Vernehmung Brandt, 1. 3. 1947, S. 7, BAK, All. Proz. 2/FC 6069 P. Der Warnung des Be-theiler Anstaltsleiters vor einer Wiederaufnahme der Krankenmorde begegnete Brandt mit dem Verweis „auf das große Sterben in Stalingrad. Demgegenüber sei alles andere Sterben klein.“ Von Bodelschwingh, *Stenographische Notiz nach dem Besuch bei Prof. Dr. Brandt am 13. 2. 1943*, zit. nach Hochmuth, *Spurensuche*, S. 155.