

Winfried Süß
Der „Volkskörper“ im Krieg

Studien zur Zeitgeschichte

Herausgegeben vom Institut für Zeitgeschichte

Band 65

R. Oldenbourg Verlag München 2003

Winfried Süß

Der „Volkskörper“ im Krieg

Gesundheitspolitik, Gesundheitsverhältnisse
und Krankenmord im nationalsozialistischen Deutschland
1939–1945

R. Oldenbourg Verlag München 2003

Bibliografische Information Der Deutschen Bibliothek
Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <<http://dnb.ddb.de>> abrufbar.

© 2003 Oldenbourg Wissenschaftsverlag GmbH, München
Rosenheimer Straße 145, D-81671 München
Internet: <http://www.oldenbourg.de>

Das Werk einschließlich aller Abbildungen ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Dies gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Bearbeitung in elektronischen Systemen.

Umschlaggestaltung: Dieter Vollendorf

Umschlagabbildung: „Der Körper – ein Staatswesen im Kleinen“, Schautafel auf der Reichswanderschau „Ewiges Volk“ (München 1937 u. a.), Entwurf: Deutsches Hygiene-Museum Dresden; Stiftung Deutsches Hygiene Museum.

Gedruckt auf säurefreiem, alterungsbeständigem Papier (chlorfrei gebleicht).
Gesamtherstellung: R. Oldenbourg Graphische Betriebe Druckerei GmbH, München

ISBN 3-486-56719-5

Inhalt

Vorwort	9
Einleitung	11
Erster Teil: Das gesundheitspolitische Machtgefüge	41
<i>I. Die institutionelle Entwicklung des deutschen Gesundheitswesens..</i>	43
1. Die staatliche Gesundheitsbürokratie	44
Die Gesundheitsabteilung des Reichsinnenministeriums und die nachgeordnete Medizinalverwaltung (44) – Das Reichsarbeitsministerium (51)	
2. Das Gesundheitswesen der NSDAP und ihrer Gliederungen ...	53
NS-Ärztebund und Hauptamt für Volksgesundheit (53) – Das Gesundheitswesen der Deutschen Arbeitsfront (69) – Das Gesundheitswesen der Nationalsozialistischen Volkswohlfahrt (72)	
3. Der Bevollmächtigte, General- und Reichskommissar für das Sanitäts- und Gesundheitswesen Karl Brandt	76
<i>II. Gesundheitspolitische Funktionsebenen</i>	95
1. Fachbeamte und Parteigenossen: Die Gesundheitsabteilung des Reichsinnenministeriums und die preußische Medizinalverwaltung	96
2. Mediziner im Parteiapparat der NSDAP	111
Alte Kämpfer und gescheiterte Karrieren: Das Personal des Hauptamtes für Volksgesundheit der NSDAP (111) – Die Gauamtsleiter des Hauptamtes für Volksgesundheit als regionale medizinische Funktionsebene der NSDAP (114)	
<i>III. Gesundheitspolitische Entscheidungsprozesse</i>	127
1. Der Stopp der „Aktion T4“ im Kontext kirchlicher Proteste. ...	127
2. Vom Konsens zum Konflikt: Auseinandersetzungen um das „Gesundheitswerk des Deutschen Volkes“	151
3. Die Entstehung der Führererlasse über das Sanitäts- und Gesundheitswesen vom 28. Juli 1942, 5. September 1943 und 25. August 1944	160
<i>IV. Strukturelemente und Determinanten gesundheitspolitischer Entscheidungen</i>	169

Zweiter Teil: „Einsatz der Ärzteschaft an der inneren Front“.	
Gesundheitspolitische Probleme der Kriegsgesellschaft	179
<i>I. Gesundheit als knappes Gut.</i>	181
1. Die Organisation des Mangels: Kriegsvorbereitungen und Ansätze zur Planwirtschaft im Gesundheitswesen.	181
2. Konflikte zwischen Wehrmacht und zivilem Gesundheits- wesen.	188
3. Die Verfügbarkeit medizinischer Ressourcen Ärzte (192) – Arzneimittel (204) – Krankenhäuser (208)	192
<i>II. Der „Kampf gegen die Kriegsseuchen“</i>	213
1. Infektionskrankheiten des Kindesalters: Das Beispiel der Diphtherie.	214
2. Fleckfieber: Zur rassistischen Interpretation einer Infektions- krankheit zwischen Imagination und Praxis	223
<i>III. Gegen die „Flucht in die Krankheit“: Gesundheitspolitik als Arbeitseinsatzpolitik</i>	242
1. Der Ausbau des vertrauensärztlichen Dienstes.	243
2. „Gesundheitsführung“ im Betrieb	254
<i>IV. Gesundheitspolitik als Krisenmanagement: Medizin im „Totalen Krieg“</i>	269
1. Auswirkungen des strategischen Luftkriegs	269
2. Die medizinische Bewältigung des Luftkriegs	273
3. Von der „Todt-Aktion“ zur „Aktion Brandt“: Ausweichkranken- häuser, Behelfsbauten und die Evakuierung der Patienten	280
<i>V. Gesundheitspolitik als Verteilungspolitik: Die Ausgrenzung chronisch kranker und alter Patienten aus der medizinischen Versorgung</i>	292
<i>VI. Regionalisierter Patientenmord und Vernichtung im Osten: Die zweite Phase der Erwachsenen-„Euthanasie“ 1942–1945</i>	311
1. Der Euthanasiekomplex nach dem Abbruch der „Aktion T4“: Verdichteter Zugriff auf die Heilanstalten und institutionelle Reorganisation	314

2. Der Wiederbeginn der Patientenmorde in den Regionen	319
Bayern (319) – Die Rheinprovinz (327) – Sachsen (339)	
3. Versuche zur Rezentralisierung der „Euthanasie“ und die Ausweitung der Tötungen im Sommer/Herbst 1944	350
<i>VII. Normen und Praxis ärztlichen Handelns.</i>	370
<i>VIII. Der Gesundheitszustand der Bevölkerung</i>	381
1. Entwicklungstrends der Morbidität und Mortalität	381
2. Zur Entwicklung einzelner Krankheiten	388
3. Alters- und geschlechtsspezifische Differenzen.	399
<i>Resümee: Krieg und Gesundheitspolitik im nationalsozialistischen Deutschland</i>	405
Abkürzungen	417
Verzeichnis der Abbildungen und Tabellen.	421
Abbildungen und Tabellen	423
Biographischer Anhang	459
Quellen und Literatur	481
Personenregister	509

Vorwort

Dieses Buch ist die gekürzte und leicht überarbeitete Fassung meiner Dissertation, die im Wintersemester 1998/1999 von der Ludwig-Maximilians-Universität München angenommen wurde.

Viele haben zum Gelingen der Arbeit beigetragen – akademische Lehrer, meine Familie, Freunde und Kollegen. Allen sei dafür herzlich Dank gesagt. Historische Forschung entsteht immer auch im Gespräch mit den Lebenden. Auf die engagierte Diskussionsbereitschaft und die praktische Unterstützung meines Doktorvaters Prof. Hans Günter Hockerts konnte ich in den vergangenen Jahren stets zählen. Prof. Gerhard A. Ritter hat die Arbeit von Beginn an gefördert und auch das Korreferat übernommen. Prof. Martin Dinges und Prof. Robert Jütte diskutierten Teile der Arbeit mit mir und ließen mich an den Schätzen der Bibliothek des Robert-Bosch-Instituts für Geschichte der Medizin teilhaben. Gitta Grossmann, deren phänomenales Gedächtnis manches Findbuch ersetzt, sei hier stellvertretend für alle Archivmitarbeiter genannt, von deren kenntnisreicher Hilfe ich profitieren durfte. Prof. Wolfram Pyta und Dr. Susanna Schrafstetter halfen bei der Beschaffung entlegener Dokumente. Dr. Christiane Kuller, Dr. Michael C. Schneider, Silke Schumann M.A., Dr. Dietmar Süß und Micaela Süß haben die Mühen des Korrekturlesens auf sich genommen und die Arbeit durch Hinweise und Kritik bereichert. Bei der Drucklegung standen mir Nicole Kramer und Claudia Reitinger tatkräftig zur Seite.

Daß die LMU diese Studie mit einem Promotionspreis ausgezeichnet hat, war eine unerwartete Freude. Ihr bin ich dafür zu Dank verpflichtet, ebenso dem wissenschaftlichen Beirat des Instituts für Zeitgeschichte für die Aufnahme der Arbeit in die Reihe der „Studien zur Zeitgeschichte“.

Widmen möchte ich dieses Buch Christiane, deren unermüdlicher Hilfe diese Arbeit viel verdankt.

München, im Juni 2002

Winfried Süß

Einleitung

Krieg und Gesundheitspolitik. Aufbau und Ziele der Arbeit

„Damit Sie nicht etwa auch so hereinfliegen wie ich“,¹ schilderte die aus dem niederrheinischen Rheydt ins schlesische Kraschnitz evakuierte Hausfrau Emmi S. am Heiligabend 1944 einer vormaligen Mitpatientin in bitteren Worten die Umstände ihres Transports und ihrer gegenwärtigen Unterbringung: „Ich warne Sie, Sie gingen hier zugrunde! Zuerst das Theater im Lazarettzug! [...] Wir sind gefahren von Dienstag bis Freitagmorgen – kreuz und quer durch die Heimat. [...] Die Fenster waren dick gefroren und mit den dünnen Decken war wirklich nicht gegen die Kälte anzukommen. [...] In dem Zug gab es kein Wasser. Wir sind während der ganzen Zeit nicht gewaschen worden. [...] Sie können sich den Gestank in dem Salon vorstellen. [...] Jetzt unser Krankenhaus – es ist ein grosser Kasten. Die Besten der Insassen durften hierbleiben und wirken hier als Mädchen für alles. Sie sind so dreckig, dass man sie mit der Zunge nicht anfassen kann und führen so allerlei vor, wenn die Schwester ausser Sicht ist. Wer hier noch nicht verrückt ist, wird es wohl mit der Zeit werden. Diese holden Feen, denen man die Erbmasse schon von weitem ansieht, servieren uns das opulente Essen. [...] Ich schreibe Ihnen das so ausführlich, damit Sie sich ein Bild machen, was Sie erwartet, wenn man aus dem Rheinland fortgeht. [...] Es soll hier keiner entlassen werden, solange Krieg ist. Glauben kann ich das ja nicht. Wenn es aber richtig ist, springe ich durchs Fenster. [...] Wir haben die Anstaltsjacken der früheren Patienten an. Grobe Hemden und Nachtjacken mit schwarzen Streifen. Es gibt auch nur Geschirr was die Idioten hatten. [...] Ich kann als neuesten Erwerb mitteilen, dass ich nun auch noch Krätze habe. Dazu fängt meine Wunde als Gratisgabe auch noch an zu eitern und die war so schön verheilt. Aber als das Pflaster runterkam, gab es keins mehr. Daher die Infektion. Bestellen Sie das doch bitte Herrn Dr. Kleff. Das ist aus dem eleganten Schnitt geworden. Die Operation ist gut verlaufen, jetzt sterbe ich schliesslich noch im Dreck.“

Diese Klage wirft nicht nur ein Schlaglicht auf die Gleichgültigkeit der Verfasserin gegenüber dem Schicksal der Anstaltspatienten, sie verweist auch auf einige Grundprobleme der Gesundheitspolitik und der Gesundheitsverhältnisse in den Kriegsjahren 1939 bis 1945: eine spürbare Verschlechterung in der medizinischen Betreuung, die Ausbreitung typischer Not- und Kriegsfolgekrankheiten, die nachhaltige Schädigung der medizinischen Versorgung durch den Luft- und Bodenkrieg, aus der weiträumige Verlegungen von Krankenhauspatienten unter prekären Transportumständen folgten, und die inhumane Verdrängung der Psychiatriepatienten durch körperlich Kranke, zugleich aber auch auf den Fortbestand traditioneller medizinischer Normen und Behandlungsweisen, hier versinnbild-

¹ Emmi S. an Frau M., 24. 12. 1944, NRWStA, Reg. Düsseldorf/54494-I, Bl. 70.

licht durch den „eleganten Schnitt“, dessen gutverheilte Narbe die Verfasserin nachtrauert.

Das Verhältnis von Krieg und Gesundheitspolitik im nationalsozialistischen Deutschland ist Gegenstand dieser Studie. Gesundheitspolitik zählte zu den Kernbereichen nationalsozialistischer Gesellschaftspolitik. Kaum ein anderes sozialpolitisches Handlungsfeld wurde nach der Machteroberung der Hitler-Partei in ähnlicher Weise politisiert. Als Erbgesundheitspolitik war sie Teil eines durch den NS-Staat institutionalisierten Systems biologisch begründeter Ungleichheit und damit Element des „Krieges nach innen“, den das Regime gegen Teile der eigenen Bevölkerung führte, um die hypertrophe Utopie einer genetisch, sozial und politisch homogenisierten Volksgemeinschaft zu verwirklichen.² Als Arbeits- und Leistungsmedizin für den mobilisierten „Volkkörper“³ war sie eng mit den Kontrollmechanismen verflochten, die eine maximale Effizienz des Produktionssystems für den „Krieg nach außen“ sicherstellen sollten. Die medizinische Regelversorgung war aber auch Teil einer sozialen Normalität, ohne die auch diktatorische Regimes nicht funktionsfähig sind. Als Element des nationalsozialistischen „Herrschaftsalltags“⁴ ist sie ebenso wie in ihrer terroristischen Komponente Teil einer deutschen Gesellschaftsgeschichte, die für die Kriegsjahre erst in Ansätzen geschrieben ist.⁵

Der Krieg, der als Revisionskrieg gegen die Versailler Friedensordnung begann und im Osten als rassistisch motivierter Raub- und Vernichtungskrieg um „Lebensraum“ geführt wurde, war das zentrale Projekt der nationalsozialistischen Diktatur. Daher steht zu vermuten, daß sich die Funktionsmechanismen dieser Diktatur, die aus einem verlorenen Krieg geboren wurde, die den Rassenkrieg in das Zentrum ihrer Weltanschauung und politischen Praxis stellte und die schließlich in einem verlorenen Krieg ihr gewaltsames Ende fand, unter den Bedingungen des Krieges in verdichteter Form analysieren lassen.⁶

Was aber veränderte der Krieg? In welcher Weise beeinflusste er die gesundheitspolitische Agenda, etwa indem er, wie bei der medizinischen Bewältigung der Luftkriegsfolgen, neue, unmittelbar auf den Krieg bezogene gesundheitspolitische

² Im folgenden soll unter Gesundheitspolitik die Gesamtheit des politischen Handelns verstanden werden, das mit Mitteln des Gesundheitswesens sowohl fördernd auf den Gesundheitszustand der Bevölkerung bzw. einzelner Gruppen einwirkte, als auch Teile davon in graduell unterschiedlicher Weise aus der Krankenversorgung ausschloß und gesundheitsbezogene Verhaltensweisen der Bevölkerung zu kontrollieren suchte.

³ Die zeitgenössisch weit verbreitete biologistische Metapher des „Volkkörpers“ bezeichnete in ihrer nationalsozialistischen Ausprägung das Gesellschaftsmodell einer hierarchisch strukturierten, rassistisch homogenisierten Produktions- und Reproduktionsgemeinschaft. Zudem verweist sie auf die Umorientierung gesundheitsbezogenen Handelns vom einzelnen Kranken auf den Sozialverband; vgl. S. 32–34; Schmitz-Berning, *Vokabular*, S. 667–670; Peukert, *Genesis*, S. 111 sowie Föllmer, *Volkkörper*, für den Sprachgebrauch der zwanziger und der frühen dreißiger Jahre.

⁴ In Anlehnung an Mommsen/Willems, *Herrschaftsalltag*.

⁵ Geyer, *Krieg*, S. 557; als Überblick über die neuere Forschung Kühne, *Vernichtungskrieg*, hier insbesondere S. 582 f.

⁶ Zum Krieg als analytischer Zentralkategorie für die nationalsozialistische Herrschaft vgl. Herbst, *Deutschland*, S. 9 f.

Handlungsfelder erzeugte? Trug er zum Wandel der gesundheitspolitischen Institutionenordnung bei? Wirkte er modernisierend, wie in England, wo im Krieg ein aus zeitgenössischer Sicht hochmodernes Gesundheitssystem konzipiert wurde?⁷ Veränderte er die Koordinaten der Gesundheitspolitik, indem er die Funktionserfordernisse einer kriegführenden Industriegesellschaft gegenüber der biologischen Utopieverwirklichung in den Vordergrund rückte und auf diese Weise gesundheitspolitische Handlungsspielräume begrenzte? Oder radikalisierte der Krieg die Gesundheitspolitik, indem er Legitimationsquellen für die Ausgrenzung und Vernichtung von Teilen der Bevölkerung bereitstellte und so die Träger der politischen Macht endgültig aus ihren zivilisatorischen Bindungen freisetzte? Damit sind nur einige der möglichen Fragerichtungen angedeutet. Die Untersuchung nähert sich dem Gegenstand in struktur- und sozialgeschichtlicher Perspektive und läßt vor allem drei Gesichtspunkte hervortreten:⁸

- die Frage nach der Organisation von Herrschaft. Hier stehen die mit Gesundheitspolitik befaßten politisch-administrativen Institutionen und ihre Repräsentanten im Zentrum;
- die Frage nach dem gesundheitsbezogenen Herrschaftshandeln, den Prozessen der politischen Entscheidungsbildung und Entscheidungsdurchsetzung;
- die Frage nach den Inhalten dieses Herrschaftshandelns und seiner Wirkung auf die gesundheitspolitische Praxis, die medizinische Versorgung und die Gesundheitsverhältnisse der Zivilbevölkerung.⁹

Grundsätzlich versucht die Studie, für das Deutsche Reich in den Grenzen von 1937 gültige Aussagen zu treffen. Die ehemals österreichischen, tschechischen und polnischen Gebiete des Deutschen Reiches werden nur ausnahmsweise in die Untersuchung einbezogen, da sie zwar verwaltungsmäßig in das deutsche Gesundheitssystem integriert wurden, aber regionale Besonderheiten teilweise bestehen blieben. Zudem läßt sich die durch die Verschmelzung von Partei- und Staatsamt charakterisierte Herrschaftsstruktur in den neugeschaffenen Reichsgauen nur bedingt mit der des „Altreiches“ vergleichen.¹⁰ Obwohl sich die Rahmenbedingungen, die gesundheitspolitische Praxis und die gesundheitspolitischen Folgen in den Regionen des Deutschen Reiches teilweise deutlich voneinander unterscheiden, ist die Spitzenebene der Behörden von Partei und Staat bei einem so stark zentralisierten Politikfeld entscheidend. Um nicht bei einer Programmgeschichte stehenzubleiben, fragt die Studie im regionalen und in einigen Fällen auch im lokalgeschichtlichen Fokus nach der Implementation und den sozialgeschichtlichen Wirkungen gesundheitspolitischer Maßnahmen. Diese Vorgehensweise erlaubt es,

⁷ Zum Beveridge-Plan vgl. Ritter, Sozialstaat, S. 147–151, mit weiterführender Literatur.

⁸ Zur politischen Strukturgeschichte des „Dritten Reiches“ immer noch gültig: Broszat, Staat; auf breiter empirischer Grundlage Rebutisch, Führerstaat; zum Strukturbegriff vgl. Welskopp, Mensch, S. 60f.

⁹ Dieses Raster lehnt sich an die in der Politikwissenschaft gebräuchliche Unterscheidung zwischen politischen Institutionen (polity), politischen Prozessen (politics) und Politik-inhalten (policy) an; für das Gesundheitswesen: Blanke, Governance, S. 22; Murswieck, Steuerung, S. 150.

¹⁰ Zur Verfassungsentwicklung in den Reichsgauen vgl. Rebutisch, Führerstaat, S. 163–188, für die Medizinalverwaltung vgl. Ladinig, Gesundheitswesen, S. 70–76.

durch die Auswahl von regionalen Untersuchungsschwerpunkten charakteristische Problemlagen einzufangen: So läßt sich am Beispiel Sachsens, einer Kernregion der zweiten Euthanasiephase, die gesundheitspolitische Bedeutung regionaler Handlungsträger in den Kriegsjahren analysieren. Die nördliche Rheinprovinz und das südliche Westfalen eignen sich besonders, um gesundheitspolitische Probleme der vom Luftkrieg stark geschädigten Industrieregionen zu untersuchen, während etwa Mecklenburg als überwiegend ländlich geprägtes Gebiet erst spät mit Luftkriegsfolgen zu kämpfen hatte, jedoch seit Kriegsbeginn besonders unter der geringen Dichte seiner medizinischen Infrastruktur litt.

Die Studie ist in zwei Teile gegliedert: Der erste richtet den Blick auf die bislang wenig untersuchte Institutionengeschichte gesundheitspolitischer Dienststellen. Nationalsozialistische Gesundheitspolitik erscheint – vor allem wenn sie aus der Perspektive der Opfer geschrieben wird – auf den ersten Blick als monolithischer, stark von einer konsistenten ideologischen Konzeption bestimmter Block. Genau das aber ist sie nie gewesen. Abgesehen vom rassistischen Basiskonsens der gesundheitspolitischen Entscheidungsträger blieb ihre ideologische Fundierung diffus, ihre Praxis uneinheitlich, ihre Schwerpunktsetzung wechselnd. Jenseits des biologistischen Kerns erweist sie sich bei näherer Betrachtung als Geflecht partikularer, teils konvergierender, teils antagonistischer, in vielfältiger Weise instrumentalisierte Zielsetzungen. Die Machtverteilung im Kräftefeld zwischen dem Reichsinnenministerium, den Ämtern der NSDAP und ihrer Gliederungen und Hitlers Kommissar Karl Brandt war fließend, nie beständig und mehr noch als andere Handlungsfelder des „Dritten Reiches“ von unscharf umrissenen Kompetenzbereichen und der Konkurrenz um die definitorische und organisatorische Verfügungsgewalt geprägt. Als Rahmen für das Handeln der politischen Entscheidungsträger werden zuerst die organisatorischen Grundlagen der Gesundheitspolitik untersucht. Das Untersuchungsinteresse ist hier auf die fluiden Zuständigkeitsbereiche und Handlungsspielräume dieser Dienststellen innerhalb der „Polykratie der Ressorts“¹¹ gerichtet, wobei der Schwerpunkt der Darstellung auf denjenigen Veränderungen im gesundheitspolitischen Machtgefüge liegt, die sich seit dem Amtsantritt Leonardo Contis als Staatssekretär im Reichsinnenministerium im August 1939 ergaben. Im Mittelpunkt des ersten Kapitels stehen drei gesundheitspolitische Machtzentren, die aus unterschiedlichen organisatorischen Kontexten und mit jeweils spezifischen Zielsetzungen die Kontrolle über die Gesamtheit der Gesundheitspolitik anstrebten: Der Verfügungsbereich des Reichsgesundheitsführers Conti umfaßte die Gesundheitsabteilung des Reichsinnenministeriums, die ärztlichen Standesorganisationen und das NSDAP-Hauptamt für Volksgesundheit.¹² Damit kontrollierte er diejenigen Institutionen, die die Gesundheitspolitik bis zum Tode des Reichsärztesführers Gerhard Wagner im März 1939 bestimmt hatten. Conti und sein politisches Umfeld vertraten ein bevölkerungspolitisch orientiertes Konzept von Gesundheitspolitik, das die Familie in das Zentrum ärztlichen Handelns stellte, an der traditionellen Form medizinischer Betreuung durch freiberufliche Ärzte festhielt und neue Versorgungsstruk-

¹¹ Broszat, Staat, S. 363.

¹² Zum Einflußbereich Contis vgl. Abb. 7 und 8.

turen parastaatlicher Träger, vor allem betriebsgebundene Behandlungsformen, skeptisch bis ablehnend betrachtete.¹³ Demgegenüber favorisierten die Deutsche Arbeitsfront und ihr Amt für Gesundheit und Volksschutz eine produktionsorientierte Gesundheitspolitik, die primär auf Krankheitsverhütung und betriebsgebundene Formen der Gesundheitsversorgung durch staatlich alimentierte Ärzte setzte. Den dritten Bereich der Institutionenanalyse bildet die Dienststelle des Führerbevollmächtigten, General- und Reichskommissars für das Sanitäts- und Gesundheitswesen, Karl Brandt, der im Sommer 1943 zum eigentlichen gesundheitspolitischen Machtzentrum des „Dritten Reiches“ avancierte. Brandt agierte an der Schnittstelle zwischen den nationalsozialistischen Krankenmorden und den Bemühungen des Regimes, im Zeichen des totalen Krieges die medizinische Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen.¹⁴ Sein Aufstieg und auch sein Fall kurz vor dem Kriegsende sind paradigmatisch für das Wirken führerunmittelbarer Sonderbehörden, die die Verfassungswirklichkeit des „Dritten Reiches“ in der Kriegszeit zunehmend bestimmten. Neben den wechselseitigen Beziehungen der gesundheitspolitischen Dienststellen auf der Spitzenebene von Staat und Partei und ihrem Verhältnis zum nationalsozialistischen Diktator werden die Interaktionen zwischen den gesundheitspolitischen Zentralbehörden und den nachgeordneten Instanzenzügen in der Mittelebene von Partei und Verwaltung betrachtet. Inwieweit verfügten diese über eigene Handlungsspielräume? Waren sie lediglich Vermittlungsinstanz zwischen den Vorgaben der Zentralebene und der gesundheitspolitischen Praxis vor Ort, oder konnten sie gegenüber der Politik der Zentralinstanzen retardierend wirken bzw. selbst gesundheitspolitische Initiative entfalten?

Eine Gruppenbiographie gesundheitspolitischer Akteure ergänzt im Kapitel II die institutionengeschichtliche Analyse. Wie gestaltete sich das Verhältnis von personeller Kontinuität und Diskontinuität innerhalb der gesundheitspolitischen Funktionsebenen? Was unterschied die Funktionsträger in der staatlichen Verwaltung von denen des Parteigesundheitswesens? Gab es Gemeinsamkeiten ihrer Prägung durch Herkunft, generationenspezifische Erfahrungslagen oder eine professionelle Sozialisation, die als Grundlage ähnlicher Wahrnehmungs- und Deutungsmuster handlungsleitend wirken konnten?

¹³ L. Conti, Der Arzt im Kampf um das deutsche Volksschicksal. Rede des Reichsgesundheitsführers auf der gemeinsamen Sitzung des NS-Ärztbundes im Gau Berlin und der Berliner Medizinischen Gesellschaft am 24. 4. 1942, in: DÄB 72 (1942), S. 200–206; K. Blome, Aktuelle ärztliche Fragen. Rede vor der Münchener Ärzteschaft, in: DÄB 72 (1942), S. 2 f.

¹⁴ Auch wenn die meisten Verurteilungen in dieser Sache aus beweisrechtlichen Gründen wegen Totschlags erfolgten, trafen die Tatbestandsmerkmale des § 211 StGB für Mord (Heimtücke, Grausamkeit, niedrige Beweggründe) für den Großteil der Euthanasieverbrechen zu. Da der Begriff des Kranken- bzw. Patientenmordes den Tatbestand der massenhaften Tötung von Psychiatriepatienten m.E. genauer bezeichnet als der euphemistische Terminus der „Euthanasie“, wird er von mir parallel zu dieser eingeführten Bezeichnung für die nationalsozialistischen Krankentötungen verwendet. Zur Geschichte der strafrechtlichen Aufarbeitung der Euthanasieverbrechen vgl. Dreßen, Mord, sowie Greve, Vernichtung.

Im Kapitel III werden drei exemplarische Entscheidungsprozesse analysiert: Der Abbruch der zentralisierten Erwachsenen euthanasie im August 1941, der Konflikt zwischen Conti und Ley um die Organisation der medizinischen Versorgung und der Aufstieg Brandts im Kontext der durch den Krieg veränderten gesundheitspolitischen Aufgaben. Ziel dieses Kapitels ist es, die Machtverschiebungen zwischen den gesundheitspolitischen Akteuren nachzuzeichnen und ihre Ursachen zu erklären. Unter welchen Voraussetzungen gelangte ein Thema auf die gesundheitspolitische Agenda? Welche Interessen waren mit den jeweiligen Konzeptionen von Gesundheitspolitik verbunden? Und warum gelang deren Durchsetzung in bestimmten Situationen, während sie unter anderen Bedingungen scheiterte?¹⁵ Ein besonderes Augenmerk wird auch auf die bislang wenig untersuchte Rolle des nationalsozialistischen Diktators in der gesundheitspolitischen Entscheidungsbildung gerichtet.

Im Zentrum des zweiten Hauptteils steht der Versuch einer politischen Sozialgeschichte der medikalen Kultur im Zweiten Weltkrieg, die Gesundheitspolitik mit ihrer Wirkungsgeschichte verknüpft.¹⁶ Inwiefern veränderte der Krieg die handlungsleitenden Prämissen der Gesundheitspolitik? Welche Auswirkungen hatte dies auf die von der Bevölkerung erfahrbare Praxis der medizinischen Versorgung, etwa indem der Krieg bestehende Unterschiede in der medizinischen Versorgung und den Gesundheitsverhältnissen verschärfte oder neue Formen der „Ungleichheit vor Krankheit und Tod“ (R. Spree) hervorbrachte, etablierte Wahrnehmungs- und Deutungsmuster von Krankheiten umformte oder zur Veränderung der Arzt-Patienten-Beziehungen beitrug?¹⁷ Um das Verhältnis zwischen intentionalem gesundheitspolitischem Handeln und der Prägekraft der kriegsbedingten Rahmenbedingungen zu bestimmen, wird danach gefragt, in welchem Umfang der durch den Krieg verursachte Mehrbedarf an gesundheitsbezogenen Ressourcen die materiellen und personellen Handlungsmöglichkeiten des Regimes beeinflusste und wie das NS-Regime auf die veränderten Handlungsspielräume reagierte (I). In den folgenden Kapiteln werden anhand der Handlungsfelder Seuchenbekämpfung (II) und Betriebsgesundheitswesen (III) kriegsbedingte Veränderungen in der Gesundheitspolitik durchmustert. Auch das Kapitel IV des zweiten Hauptteils hat mit den Versuchen zur medizinischen Bewältigung akuter luftkriegsbedingter Versorgungskrisen im zivilen Gesundheitswesen ein spezifisches Handlungsfeld der Kriegs-Gesundheitspolitik zum Gegenstand.

¹⁵ Zur Erforschung der Entscheidungsprozesse im NS-Regime vgl. Hüttenberger, Polykratie, S. 421.

¹⁶ Der Begriff „medikale Kultur“ in Anlehnung an Jütte, Sozialgeschichte, S. 150. Er umfaßt die Gesamtheit der von der Bevölkerung erfahrbaren Formen medizinischer Versorgung und beinhaltet die organisatorische und infrastrukturelle Beschaffenheit eines Gesundheitssystems, die Regelung des Zugangs zu den Gesundheitsressourcen sowie den Modus ihrer Finanzierung. Darüber hinaus schließt der Begriff der medikalen Kultur – im Gegensatz zu dem organisatorisch-infrastrukturell definierten Begriff des Gesundheitssystems – auch den Charakter der Arzt-Patientenbeziehung sowie das professionelle Selbstverständnis der Heilberufe mit ein.

¹⁷ Zum Konzept der sozialen Konstruktion von Krankheit und Gesundheit vgl. Dinges, Wege.

Die Kapitel V und VI stehen im Zeichen jener spezifischen Dialektik von Inklusion und gezielter Exklusion, die die nationalsozialistische Gesundheitspolitik prägte und während des Krieges die zunehmende Differenzierung des Zugangs zur Gesundheitsversorgung vorantrieb.¹⁸ Das Kapitel V fragt zunächst nach Kriterien für den gruppenspezifischen Zugang zur Gesundheitsversorgung. In einem zweiten Schritt werden die Folgen dieser Hierarchisierung am Beispiel der Alterskranken diskutiert. Das Kapitel VI geht den Verbindungslinien zwischen vornehmlich luftkriegsbedingten Versorgungsengpässen im zivilen Bereich und einer zweiten Welle von Krankenmorden nach, die im Sommer 1942 ihren Anfang nahm. Im Mittelpunkt steht die eng mit der Person des Generalkommissars Brandt verknüpfte Frage, ob die zweite Welle der Krankenmorde ähnlich wie die Vergasung der Psychiatriepatienten in den Jahren 1940/1941 zentral initiiert wurde oder ob nicht ein Verlaufsmodell adäquater ist, das die Initiative regionaler Dienststellen akzentuiert.

Mit dem Kapitel VII verläßt der zweite Hauptteil das Feld der Maßnahmemedizin. Eingangs werden die seit Kriegsbeginn veränderten Bedingungen ärztlichen Handelns umrissen. Sodann soll beispielhaft die Eindringtiefe nationalsozialistischer Maximen in das ärztliche Alltagshandeln der Kriegsjahre vermessen werden. Eine Analyse der Gesundheitsverhältnisse der deutschen Zivilbevölkerung in den Jahren 1939–1945 (VIII) schließt den zweiten Hauptteil der Arbeit ab.

Forschungsstand

Obleich erste Studien bereits im Umfeld des Nürnberger Ärzteprozesses entstanden, zählte die nationalsozialistische Gesundheitspolitik lange zu den vernachlässigten Themen zeithistorischer Forschung.¹⁹ In den großen Kontroversen, die in den fünfziger, sechziger und siebziger Jahren um den Charakter der NS-Herrschaft geführt wurden, spielte sie kaum eine Rolle.²⁰ Die akademische Medizingeschichte begegnete dem Thema mit Ablehnung und kühlem Desinteresse.²¹

¹⁸ Zu diesem Grundcharakteristikum nationalsozialistischer Sozialpolitik in diktatur- und systemvergleichender Perspektive Hockerts, *Wege*, S. 19; Süß, *Gesundheitspolitik*, S. 82–84.

¹⁹ Mitscherlich/Mielke, *Medizin*. Das Buch ist die erweiterte Fassung des als „Diktat der Menschenverachtung“, Heidelberg 1947 erschienenen Prozeßberichts; weiterhin: Platen-Hallermund, *Tötung*; Bayle, *Croix*. Zum Nürnberger Ärzteprozeß vgl. Ebbinghaus/Dörner, *Vernichten*; zur Rezeption von Mitscherlich/Mielke Gerst, *Ärzteprozeß*; Peter, *Berichterstattung*.

²⁰ Zu den Hintergründen vgl. Süß, *Krankenmord*, S. 51–53.

²¹ Vgl. Kater, *Burden*, S. 39f. Eine Ausnahme bildeten die medizinhistorischen Institute der Universitäten Mainz und Kiel, wo seit den siebziger Jahren einschlägige Dissertationen entstanden. Nach teilweise heftigen professionsinternen Auseinandersetzungen (vgl. H. Hanauke-Abel, *Medizin als Politik. Vom Nazi-Holocaust zum Nuklearen Holocaust – sind Lehren zu ziehen?*, in: *Die Zeit*, Nr. 46 vom 6. 11. 1987, S. 45f. und K. Vilmar, *Die „Vergangenheitsbewältigung“ darf nicht kollektiv die Ärzte diffamieren*, in: *DÄB* 84 (1987), S. A 1185–1197), hat sich die Haltung der bundesdeutschen Landesorganisationen zur Auseinandersetzung mit der NS-Vergangenheit erkennbar geändert. Inzwischen liegt

So waren es zunächst engagierte Außenseiter wie der Psychiater Klaus Dörner und der Publizist Ernst Klee, die den Mord an den Psychiatriepatienten zum Gegenstand historischer Darstellungen machten, und Sozialwissenschaftler wie Florian Tennstedt und Stephan Leibfried, die nach den Folgen der Machtergreifung für das Gesundheitswesen fragten.²²

Heute ist die Geschichte der nationalsozialistischen Gesundheitspolitik keine terra incognita mehr – im Gegenteil. Seit den achtziger Jahren nahm die Zahl einschlägiger Untersuchungen derart zu, daß der Medizinhistoriker Paul Weindling zugespitzt von einer „Volksbewegung“²³ medizin- und biologiehistorischer Arbeiten gesprochen hat. Damit spielte er nicht nur auf die Fülle neu erschienener Publikationen an, sondern bezeichnete auch den oft im vorwissenschaftlichen Raum der Medizinkritik angesiedelten Standort der Forschenden.²⁴ Bis heute sind viele einschlägige Arbeiten durch einen starken Gegenwartsbezug geprägt, sei es, daß die Verfasser die Geschichte ihrer Arbeitsstätte erkunden, oder am historischen Exempel über die ethischen Grundlagen der eigenen Profession reflektieren.²⁵ Entscheidende Erkenntnisfortschritte wurden möglich, als Mitte der achtziger Jahre die bis dahin weitgehend unverbundenen Diskussionsstränge von Medizinkritik, Medizingeschichte und Zeitgeschichte enger zusammengeführt wurden.²⁶ Wie rasch sich der Forschungsstand zeitweise entwickelte, zeigen zwei vom Münchener Institut für Zeitgeschichte herausgegebene Tagungsbände. Verstand sich der 1988 erschienene Kolloquiumsband noch als Herantasten an ein wenig bearbeitetes Untersuchungsfeld, präsentierte ein drei Jahre später vom Organisa-

mit Jütte, Ärzteschaft, eine von der Bundesärztekammer geförderte Darstellung zur Geschichte der deutschen Mediziner im 19. und 20. Jahrhundert vor, in der die NS-Zeit in angemessener Weise berücksichtigt wird.

²² Dörner, Nationalsozialismus; Klee, Euthanasie; Leibfried/Tennstedt, Berufsverbote.

²³ Paul Weindling, Referat in: *Medizin im Nationalsozialismus*, S. 28.

²⁴ Als Versuch, den Stand der Forschung aus dieser Perspektive zusammenzufassen, vgl. den auf Referaten des alternativen Gesundheitstages 1980 basierenden Tagungsband von Baader/Schultz, *Medizin*.

²⁵ Zahlreiche Arbeiten gingen aus Arbeitsgruppen hervor, die sich zunächst für die Geschichte der eigenen Anstalt interessierten, z. B. Leipert/Styrnal/Schwarzer, *Sterilisation; Arbeitsgruppe zur Geschichte der Karl-Bonhoeffer-Nervenklinik, Geschichte*. In die Kategorie der berufsethischen Selbstreflexion sind auch die zahlreichen Ringvorlesungen an den Medizinischen Fakultäten einzuordnen, die in den vergangenen Jahren zum Druck gebracht wurden, exemplarisch Pfeiffer, *Menschenverachtung; Hohendorf/Magull-Seltenreich, Heilkunde*.

²⁶ Bei der Vermittlung von Medizin- und Zeitgeschichte übernahm das Medizinhistorische Journal nach der von Gunter Mann durchgesetzten Öffnung für diesen Themenkreis eine Vorreiterfunktion. Seitens der sozialhistorisch interessierten Zeitgeschichte hat der deutsch-kanadische Historiker Michael H. Kater immer wieder auf das Desiderat einer Professionsgeschichte der Medizin im „Dritten Reich“ hingewiesen. Auch wenn viele Leitthesen einer empirischen Prüfung nicht standhielten, kam der kontrovers diskutierten „Mustergau-Hamburg“-Studie, die anhand lokalgeschichtlicher Quellen Gesundheits- und Gesellschaftspolitik aus der Perspektive einer historisch grundierten Kapitalismus- und Sozialstaatskritik miteinander verknüpfte, eine wichtige Brückenfunktion zwischen Medizinkritik und zeitgeschichtlicher Forschung zu; vgl. Kümmel, *Nachruf; Kater, Gesundheitsführung, als früher Quellen- und Forschungsüberblick ders., Burden, sowie Ebginghaus u. a., Mustergau*.

tor dieser Tagung herausgegebener Sammelband eine Fülle von Spezialstudien, die einen bereits gesicherten Forschungsstand auf der Basis neuer Quellen erweitern.²⁷

Inzwischen ist die Gesundheitspolitik – dies zeigt auch ihr wachsender Stellenwert in neueren Gesamtdarstellungen – als eigenständiges Themenfeld in die Historiographie der nationalsozialistischen Herrschaft integriert.²⁸ Gleichwohl kann von einer erschöpfenden Behandlung dieses Gegenstandes keine Rede sein. Insbesondere Versuche, „die Verlaufsgeschichte der Medizin im Dritten Reich an die großen Linien des historischen Prozesses anzuschließen“²⁹, sind bislang selten geblieben. Gegenwärtig steht der interessierte Historiker vor der paradoxen Situation, sich einerseits in überweideten, und dabei nicht immer ertragreich genutzten Feldern, andererseits in weiten Brachen der Forschung zu bewegen. Beide Bereiche seien im folgenden knapp skizziert.

Neben den frühen Arbeiten zu den Medizinverbrechen des „Dritten Reiches“ bildeten Versuche, die NS-Gesundheitspolitik aus der Durchdringung der Human- und Gesundheitswissenschaften mit biologistischen Denkmustern zu erklären, einen ersten Schwerpunkt der Forschung.³⁰ Eine Schwäche dieser ideengeschichtlich orientierten Arbeiten bestand allerdings darin, daß Ideologie nur schwer mit dem konkreten Handeln historischer Akteure vermittelt werden konnte, so daß die Kluft zwischen der gedachten Ordnung und der politischen und gesellschaftlichen Praxis unüberwunden blieb. Neuere Studien analysieren den Einfluß biologistischen Gedankengutes daher weniger in individualisierbaren gedanklichen Abhängigkeitsverhältnissen, sondern als interessenbezogenes Wechselverhältnis zwischen professionspolitischen Zielen biologistisch argumentierender Wissenschaftler, dadurch veränderten medizinischen Paradigmen und einer veränderten Erwartungshaltung sozialpolitischer Akteure. Diese Studien beschreiben die Diffusion eugenischen Gedankenguts in Politik und Gesellschaft als einen Prozeß, bei dem der Anspruch der Eugeniker, ihre Lösungsmodelle, deren naturwissenschaftliche Variante spätestens seit dem Ende des Ersten Weltkrieges zeitgenössischen Wissenschaftsstandards genüge,³¹ zu realisieren, auf eine wachsende Nachfrage der sozialpolitischen Entscheidungsträger traf.³² Dies war weder ein deutscher Sonderweg,³³ noch blieb die Rezeption biologistischen Gedankenguts auf das völkische Lager beschränkt. Zahlreiche Studien verweisen auf

²⁷ Medizin im Nationalsozialismus; Frei, Medizin; repräsentativ für die teilweise empirisch gehaltvolle Forschung der ehemaligen DDR: Thom/Caregorodcev, Medizin.

²⁸ Z.B. Frei, Führerstaat, S. 142–148; Burleigh/Wippermann, Racial State, S. 136–167; Herbst, Deutschland, S. 271–274.

²⁹ Blasius, Referat, in: Medizin im Nationalsozialismus, S. 53.

³⁰ Mann, Rassenhygiene; Doeke, Ploetz; Sandmann, Bruch; Rissom, Lenz. Aus der älteren Literatur: Conrad-Martius, Utopien; Zmarzlik, Sozialdarwinismus. Wegen ihrer apologetischen Tendenz problematisch ist die Biographiensammlung von Becker, Geschichte.

³¹ Vgl. Weindling, Eugenics; ders., Rockefeller Foundation.

³² Weindling, Health; Weingart u. a., Rasse; aus professionalisierungsgeschichtlicher Perspektive Kroll, Entstehung.

³³ Vgl. Graham, Science; Schneider, Improvement sowie Rich, Sunset.

die Verbreitung eugenischer Ideen in allen gesellschaftlichen Lagern der Zwischenkriegszeit.³⁴

Allerdings läßt sich die Wirkungsmacht von Ideen nicht auf die Durchsetzung von Interessen reduzieren. Auch die Frage nach dem Verhältnis nationalsozialistischer Konzeptionen von Gesundheitspolitik zu denen ihrer Vordenker im 19. und frühen 20. Jahrhundert konnte so nicht schlüssig beantwortet werden. Auf welche Weise aus biologistischem Ideengut gesundheitspolitische Praxis entstand, blieb daher ungeklärt. Einen Ausweg aus diesem zweifachen Dilemma haben Gisela Bock und Detlev Peukert eröffnet, indem sie das aus der Gender- und Ethnic History der Vereinigten Staaten entlehnte Rassismus-Konzept in die deutsche Forschung einführten.³⁵ Es nimmt, teilweise im Rückgriff auf ältere Traditionslinien,³⁶ die im Zeichen funktionalistischer Interpretationen der NS-Herrschaft oft vernachlässigte Rolle „weltanschaulicher Großkonzepte“³⁷ als Antrieb und Legitimationsquelle nationalsozialistischer Politik ernst, bettet die Gesundheitspolitik des „Dritten Reiches“ in ihre Vorgeschichte ein und integriert verschiedene Formen eugenisch, rassistisch oder ökonomisch motivierter Diskriminierung in einen begrifflichen Rahmen, der es ermöglicht, den Schritt von der Idee in die Praxis besser zu erklären.

Rassismus läßt sich als konsistentes, binnenrationales und mit dem Anspruch auf naturwissenschaftliche Begründung auftretendes Weltbild begreifen, das seit dem Ausgang des 19. Jahrhunderts als Antwort auf die sozialen und mentalen Verwerfungen einer als krisenhaft erfahrenen Moderne entworfen wurde. Es basierte auf drei Leitideen:³⁸ der Vorstellung, daß nicht Einzelpersonen, Schichten oder Klassen, sondern Abstammungsgemeinschaften Subjekte der Geschichte seien, sodann dem Glauben, daß sich soziale Verhältnisse und Probleme im wesentlichen auf biologische Ursachen zurückführen lassen, und schließlich der Überzeugung, daß Individuen wie Kollektive aufgrund ihres genetischen Bestandes ungleichwertig seien. Diese biologisch begründete Ungleichwertigkeit strukturierte die sozialen Beziehungen zwischen Personen und zwischen Gruppen.³⁹

³⁴ Weindling, *Verbreitung*; Byer, *Rassenhygiene*; Schwartz, *Eugenik*; Richter, *Eugenik*.

³⁵ Bock, *Krankenmord*; dies., *Rassenpolitik*; Peukert, *Rassismus*; ders., *Genesis*; Herbert, *Rassismus*.

³⁶ Die zentralen Denkfiguren dieses Konzepts, die biologistische Interpretation sozialer Zusammenhänge und die Annahme einer genetisch bedingten Ungleichwertigkeit von Individuen und Gruppen, wurden bereits von Bracher, *Diktatur*, S. 35–48, besonders 36, herausgearbeitet, dort allerdings primär auf die Judenfeindschaft bezogen, während sich das Rassismus-Konzept auch als Interpretationsrahmen zur Analyse der Ausgrenzung solcher Gruppen versteht, die sich mit dem Antisemitismus nicht erklären läßt.

³⁷ Herbert, *Best*, S. 19.

³⁸ Herbert, *Rassismus*, S. 28 f.; Bock, *Krankenmord*, insbes. S. 301–303; Peukert, *Rassismus*, S. 73.

³⁹ Bock, *Krankenmord*, S. 301 f. verwendet demgegenüber einen weiteren begrifflichen Rahmen, der auch andere Formen soziokulturell definierter Ungleichheit (z.B. das Geschlecht) einschließt. Auch wenn der Begriff dadurch in vielfältiger Weise anschlussfähig wird, scheint es bestreitbar, daß dieses Vorgehen für die NS-Zeit sinnvoll ist, denn die Essenz des zeitgenössischen Rassismusbegriffs bestand gerade darin, daß soziokulturelle Unterschiede biologisch interpretiert wurden.

Anders als die metahistorische Argumentation der Gruppe um Roth und Aly, von der noch zu sprechen sein wird, läßt sich dieses Konzept sinnvoll auf die historische Situation der Jahre 1890 bis 1945 beziehen: Rassistisch inspirierte Zeitinterpretationen gaben vor, krisenhafte Begleiterscheinungen der Moderne erklären zu können, indem sie diese biologistisch ausdeuteten und Zeiterscheinungen wie die Zunahme von Klassenkonflikten und abweichendem Sozialverhalten als Folge genetischer Degeneration und rassischer Vermischung interpretierten. Die biologistische Krisendiagnose enthielt ein gleichermaßen biologistisches Lösungsangebot, das konkrete Handlungsorientierung und utopisches Fernziel miteinander verband: Durch die doppelte Abgrenzung – nach innen gegen die „Erbkranken“ und „Gemeinschaftsfremden“, nach außen gegen „Fremdrassige“ – versprach dieses Konzept die Bewältigung der beiden Grundfragen des 19. Jahrhunderts, der nationalen und der sozialen Frage. Für die Sozialpolitik ergaben sich aus dem Bedeutungsgewinn biologistischen Denkens drei Perspektivenverschiebungen, die seit der Weltwirtschaftskrise zunehmend auf die politische Praxis einwirkten: der Wandel des Objekts sozialpolitischer Intervention vom Individuum zum „Volkskörper“, die Konzentration der Fürsorgeleistungen auf ausgewählte „Wertvolle“ unter dem Druck knapper werdender finanzieller Ressourcen und schließlich die Umorientierung „vom Ideal flächendeckender Vermittlung des größten Glücks der größten Zahl zur Zweck-Mittel-Kalkulation von Leistung und Erfolg je nach Wertigkeit des Hilfsobjekts“.⁴⁰

Fragt man nach der Wirkung biologistischen Gedankengutes auf den geschichtlichen Verlauf, so sind drei miteinander verbundene, gleichwohl distinkte Ausprägungen voneinander zu unterscheiden.⁴¹ Erstens: Rassismus als Programm, das konkretisierte Handlungsanleitungen mit einem utopischen Fluchtpunkt der Politik verband und auf politisches Handeln dadurch radikalisiert wirkte, daß sich miteinander konkurrierende Herrschaftsträger des „Dritten Reiches“ im Konflikt darauf beziehen konnten, um sich in der Grundsätzlichkeit ihrer Programmverwirklichung zu überbieten. Ideologie wirkte hier gleichermaßen als *Movens* und als Legitimationsquelle politischen Handelns. Zweitens: Rassismus als Politik, die auf die systematische Durchdringung aller Lebensbereiche angelegt war.⁴² Drittens: die „alltägliche“ Dimension des Rassismus, insofern dieser auch jenseits der Handlungen, die explizit der Ideologieverwirklichung dienten, Kategorien der Umweltwahrnehmung bereitstellte, die den historischen Akteuren oftmals nur zum Teil bewußt waren. Diese Kategorien bildeten die Grundlage für die Bewertung von Personen und Sachverhalten und konnten auf diese Weise Handeln prädisponieren, ohne es vollständig zu determinieren.⁴³

Forschungen zur Geschichte der nationalsozialistischen Gesundheitspolitik haben sich bislang vor allem auf die ersten sechs Jahre des „Dritten Reiches“ konzentriert. So sind die Auswirkungen der nationalsozialistischen Machteroberung auf das Gesundheitswesen inzwischen gut untersucht, ebenso die Vertreibung

⁴⁰ Peukert, *Genesis*, S. 117.

⁴¹ Diese Unterscheidung in Anlehnung an Peukert, *Rassismus*, S. 76.

⁴² Bock, *Krankenmord*, S. 302.

⁴³ Peukert, *Rassismus*, S. 76 f.

jüdischer und politisch unerwünschter Mediziner.⁴⁴ Zur Geschichte des öffentlichen Gesundheitswesens und zur Geschichte der Zwangssterilisationen liegen zahlreiche Studien vor.⁴⁵ Die erste systematische, in Empirie und Argumentation immer noch grundlegende Untersuchung zur nationalsozialistischen Sterilisationspolitik ordnet die Erbgesundheitspolitik in den Kontext der NS-Rassenpolitik ein, die sich auch gegen andere Minderheiten richtete.⁴⁶ Darüber hinaus entstanden seit der Mitte der achtziger Jahre zahlreiche Lokalstudien zur Praxis der Erbgesundheitsgerichte, ohne daß bisher der Versuch einer umfassenden Synthese lokaler Befunde unternommen wurde.⁴⁷

Daß berufliche Situation und politische Orientierung von Ärzten in der NS-Diktatur mittlerweile als gut erforscht gelten können, ist vor allem das Verdienst Michael Katers. Er analysiert deren Geschichte im Widerspruch zur in der deutschen Medizingeschichte lange vorherrschenden Ansicht, wonach erst mit der Machtergreifung der „Einbruch des Ungeistes und der Unmenschlichkeit in die Medizin“⁴⁸ begonnen habe, als Sozialgeschichte des Arztberufs seit dem Abschluß der Professionalisierung im ausgehenden 19. Jahrhundert.⁴⁹ Seine Forschungen wurden inzwischen durch Studien zur Entwicklung medizinischer Teildisziplinen, einzelner Institute und Fakultäten sowie zur Geschichte weiblicher Ärzte ergänzt.⁵⁰

Der Kenntnisstand zur Tätigkeit und zum Personal der mit Gesundheitspolitik befaßten Institutionen⁵¹ ist demgegenüber weniger differenziert.⁵² Während eher marginale Einrichtungen wie der NS-Ärztebund bereits vor Jahren monographisch bearbeitet wurden,⁵³ existieren bis heute keine Darstellungen der im staatlichen Bereich federführenden Gesundheitsabteilung des Reichsinnenministeri-

⁴⁴ Leibfried/Tennstedt, Berufsverbote; Hansen, Jahrhundert; Labisch/Tennstedt, Weg; Fahrnbach, Ärzte; Leibfried, Stationen; Dreccoll/Schleusener/Winstel, Verfolgung.

⁴⁵ Grundlegend zum Gesetz zur Vereinheitlichung des Gesundheitswesens ist die Studie von Labisch/Tennstedt, Weg; zur Arbeit der Gesundheitsämter liegen mit Nitschke, Erbpolizei; Paulus, Wohlfahrtspolitik und Vossen, Gesundheitsämter, mehrere Spezialuntersuchungen vor.

⁴⁶ Bock, Zwangssterilisationen; Ganssmüller, Erbgesundheitspolitik.

⁴⁷ Eine solche Systematisierung wäre angesichts der teilweise erheblich voneinander abweichenden lokalen Befunde dringend erforderlich, die integrierteste Darstellung bei Vossen, Gesundheitsämter, S. 402–416.

⁴⁸ Von Baeyer, Bestätigung, S. 63.

⁴⁹ Zusammenfassend Kater, Doctors; vgl. auch Kudlien, Ärzte.

⁵⁰ Kästner, Forschung; Schneck, Frauenheilkunde; Grau/Schneck, Karrieren; Zimmermann, Fakultät; Hubenstorf, Ende; Unger, Institut; Berning, Einbindung; Bleker, Anerkennung; Eckelmann, Ärztinnen.

⁵¹ Unter Institutionalisierung wird im folgenden die Definition eines Handlungskontextes verstanden, innerhalb dessen ein spezifisches Rationalitätskriterium Geltung erhält. Bürokratische Organisationen, die der Verwirklichung dieses Kriteriums und seiner Durchsetzung gegen konkurrierende Kriterien dienen, werden als Institutionen bezeichnet; zum Institutionenbegriff vgl. Lepsius, Institutionenanalyse, insbes. S. 394 f., 399 f.

⁵² Erste Hinweise zu den Funktionären des nationalsozialistischen Gesundheitswesens bei Kater, Early Doctors; für das Personal des öffentlichen Gesundheitsdienstes vgl. Vossen, Gesundheitsämter, S. 211–235; für die Ärzte in den Heil- und Pflegeanstalten, Kersting, Ärzte; für das Pflegepersonal McFarland-Icke, Nurses; Breiding, Schwestern.

⁵³ Lilienthal, Ärztebund.

ums, ihres Pendants in der Parteibürokratie, des Hauptamtes für Volksgesundheit, und der Dienststelle des Reichskommissars für das Sanitäts- und Gesundheitswesen. Institutionengeschichtlich orientierte Arbeiten betonen die strukturierende Wirkung polykratischer Konflikte,⁵⁴ analysieren diese allerdings nur an eingegrenzten Fallbeispielen, zumeist bipolar strukturierten Kompetenzkonflikten um ein spezielles Handlungsfeld.⁵⁵ So können anhand des gewählten Spezialfalls zwar die Mechanismen der Konfliktaustragung durchleuchtet werden, da jedoch eine umfassende Darstellung der gesundheitspolitisch bedeutsamen Institutionen bis heute ebenso fehlt wie systematische Überlegungen zu den Beziehungen dieser Dienststellen untereinander, existiert kein Bezugspunkt, der es erst ermöglichen würde, den Stellenwert solcher Konflikte innerhalb des nationalsozialistischen Gesundheitswesens zu bestimmen.

Studien, die Praxis und Auswirkungen nationalsozialistischer Gesundheitspolitik jenseits der eugenisch motivierten Maßnahmen untersuchen, sind ein weiteres häufig beklagtes Desiderat der Forschung, obwohl Timothy Mason bereits vor mehr als zwanzig Jahren auf die Bedeutung dieser Fragestellung hingewiesen hat.⁵⁶ Zwar liegen für das Programm betriebsmedizinischer Gesundheitsbetreuung⁵⁷ und Teilbereiche der speziellen Gesundheitsfürsorge wie die Diabetiker- und Tuberkulosenfürsorge einschlägige Studien vor, doch fehlt es an Bestandsaufnahmen, die das Verhältnis von Programm und Praxis systematisch analysieren.⁵⁸ Auch die „Überlegungen zur ärztlichen Normaltätigkeit“⁵⁹ reichen bislang nicht über erste Ansätze hinaus. Vor allem mangelt es an einschlägigen Arbeiten zur zweiten Hälfte der nationalsozialistischen Herrschaft. Während sich die zeitgeschichtliche Forschung seit der Mitte der achtziger Jahre zunehmend den Kriegsjahren zugewandt hat, und daher für wichtige Bereiche der politischen In-

⁵⁴ Vgl. das Strukturgeschichte und Biographie verknüpfende Lebensbild des Reichsgesundheitsführers bei Kater, Conti; Labisch/Tennstedt, Weg; sowie dies., Gesundheitsamt.

⁵⁵ So etwa bei Recker, Sozialpolitik, S. 121–128.

⁵⁶ Mason, Arbeiterklasse, S. 168; Frei, Führerstaat, S. 238; Kudlien, Fürsorge, S. 99. Die bisher ausführlichste Darstellung bei Grunberger, Reich, S. 232–242, neigt zu frivolem Umgang mit den Quellen, weiterführende Ansätze bei Werner, Bleib übrig, S. 160–170.

⁵⁷ Das betriebliche Gesundheitswesen gehört inzwischen zu den vergleichsweise gut erforschten Bereichen nationalsozialistischer Gesundheitspolitik: als Teilaspekt der Sozialgeschichte industrieller Arbeitsverhältnisse (Hachtmann, Industriearbeit, S. 235–253; Geyer, Reichsknappschaft, S. 340–357; Wysocki, Arbeit, S. 230–257), als Kompetenzkonflikt zwischen dem Reichsgesundheitsführer Conti und der Deutschen Arbeitsfront (Recker, Sozialpolitik, S. 121–128) sowie durch mehrere Spezialstudien, insbesondere Knödler, Reform; Reeg, Bartels; ferner, auf schmalere Quellengrundlage, Höfler-Waag, Arbeits- und Leistungsmedizin.

⁵⁸ Für die spezielle Gesundheitsfürsorge im Rahmen des öffentlichen Gesundheitsdienstes schließt die empirisch gesättigte Dissertation von Vossen, Gesundheitsämter, eine wichtige Lücke; zur Diabetikerbehandlung vgl. Knödler, Insulinproblem; zur Fürsorge für Körperbehinderte Thomann, Krüppel; zur Tuberkulosebekämpfung aus ideen- und organisationsgeschichtlicher Perspektive Kelting, Tuberkuloseproblem; Hähner-Rombach, Sozialgeschichte, S. 129–143.

⁵⁹ Vgl. Kudlien, Fürsorge, S. 99 (Zitat); sowie Kater, Questions, S. 407.

stitutionengeschichte,⁶⁰ der Sozial-,⁶¹ Wirtschafts-⁶² und Sozialpolitikgeschichte⁶³ sowie für einzelne kriegsspezifische Problemlagen⁶⁴ Untersuchungen vorliegen, fehlen Arbeiten zur nationalsozialistischen Gesundheitspolitik im Krieg.⁶⁵ Längsschnittstudien zur Geschichte der medizinischen Versorgung und zur Entwicklung der Gesundheitsverhältnisse umgehen die NS-Zeit häufig, indem sie über den relevanten Zeitraum hinweg extrapolieren. Die wenigen einschlägigen Überlegungen sind entweder essayistisch gehalten oder stützen sich auf sehr punktuelle Quellenüberlieferungen.⁶⁶

Das oben gesagte gilt freilich nicht für die Geschichte der nationalsozialistischen „Euthanasie“, die zu den am meisten diskutierten Aspekten nationalsozialistischer Gesundheitspolitik zählt.⁶⁷ Neben einer kaum mehr zu übersehenden Anzahl von Lokalstudien, deren wissenschaftlicher Ertrag sehr unterschiedlich ist,⁶⁸ zeichnen sich gegenwärtig mit der Verbindung von Krankenmord und den rassistisch motivierten Mordprogrammen an Juden, Sinti und Roma,⁶⁹ der Integration von Euthanasiegeschichte und Regionalgeschichte⁷⁰ und der systematischen Einbeziehung des Krieges als „Kontext des Massenmords“⁷¹ drei innovative Verknüpfungen ab.

⁶⁰ Vgl. vor allem die grundlegende Studie von Rebenitsch, Führerstaat; für den Partisektor Longenrich, Stellvertreter.

⁶¹ Vgl. die Beiträge in Borsdorf/Jamin, Leben, und Kleßmann, Krieg; ferner für die zweite Kriegshälfte: Wette, Aspekte; Rusinek, Zeit; als neuere Gesamtdarstellung: Kitchen, Nazi Germany; aus geschlechtergeschichtlicher Perspektive: Kundrus, Kriegerfrauen; Hachtmann, Industriearbeiterinnen; zur Sozialgeschichte der ländlichen Bevölkerung: Bauer, Agrarpolitik; zur Sozialgeschichte der Industriearbeiterschaft statt vieler Belege Werner, Bleib übrig.

⁶² Herbst, Krieg; Naasner, Machtzentren.

⁶³ Recker, Sozialpolitik; Linne, Front.

⁶⁴ Büttner, Bombenkrieg; Groehler, Bombenkrieg; Klee, Luftschutzkeller; Krause, Flucht; Müller, Konsequenzen.

⁶⁵ Eine Ausnahme bildet die bislang kaum rezipierte Lokalstudie von Nachtmann, Versorgung.

⁶⁶ So z. B. Rothenbacher, Entwicklung.

⁶⁷ Zum Forschungsstand vgl. Süß, Krankenmord, S. 47–66.

⁶⁸ Exemplarisch Beddies/Dörries, Patienten; von Cranach/Siemen, Psychiatrie; Hirschinger, Altscherbitz; Leipert/Styrnal/Schwarzer, Sterilisation; Sueße/Meyer, Abtransport; Schröter, Psychiatrie; Vanja/Vogt, Hadamar.

⁶⁹ Friedländer, Weg, insbesondere S. 10, sowie Burleigh, Death, dessen Darstellung einige neue Akzente setzt und beispielsweise die Verbindung zwischen Kostendämpfungsmaßnahmen und Psychiatriereform am Beispiel der Provinz Hessen-Nassau herausarbeitet. Allerdings sind viele Urteile kaum haltbar. So läßt sich die These, daß die „Aktion T4“ bereits lange vor dem Ausbruch des Zweiten Weltkriegs geplant gewesen sei, der Krieg mithin lediglich eine begünstigende Rahmenbedingung der Krankenmorde dargestellt habe (S. 98), empirisch kaum belegen und widerspricht allem, was über den improvisierten Verlauf der Entscheidungsbildung zur „Aktion T4“ bekannt ist.

⁷⁰ Z. B. Bernhardt, Anstaltspsychiatrie; Walter, Psychiatrie; Kaminsky, Zwangssterilisation; Reiter, Niedersachsen, sowie Faulstich, Hungersterben mit interregional vergleichender Perspektive.

⁷¹ Kaiser/Nowak/Schwarz, Biologie, S. XXIV; vgl. Schmidt, Beginning; ders. Kriegsausbruch sowie Bernhardt, Euthanasie; Böhme/Lohalm, Wege; Harms, Aktion Brandt; Kaminsky, Zwangssterilisation, S. 407–518; Rieß, Anfänge; Thom, Kriegsoffer.

Hans-Walter Schmuhl hat die schubweise Ausdehnung der „Euthanasie“ auf neue Bevölkerungsgruppen überzeugend als einen Prozeß beschrieben, der durch das Ineinanderwirken von charismatischer Legitimation und polykratischem Konflikt zunehmend radikalisiert wurde. Dagegen sind seine Überlegungen zur Wirkungsgeschichte eugenischer Ideen, die in der These gipfeln, daß die Verbindung rassenhygienischer Ideen mit dem politischen Durchsetzungswillen des Nationalsozialismus „mit Notwendigkeit“⁷² zum Massenmord an den gesellschaftlichen Randgruppen geführt habe, scharf kritisiert worden.⁷³ Einen gänzlich anders gelagerten, jedoch in ähnlicher Weise deterministischen Versuch der Einordnung unternahmen Historiker aus dem Umfeld des Hamburger „Vereins zur Erforschung der nationalsozialistischen Gesundheits- und Sozialpolitik“, deren Studien um den Zusammenhang von kapitalistischer Industriegesellschaft, Modernisierung und medizinischen Verbrechen kreisen.⁷⁴ Sie interpretieren erbbiologische Erfassung, Zwangssterilisierung und „Euthanasie“ als Teile eines sozialpolitischen Konzepts, das die Armenfrage mit medizinischen Mitteln zu „lösen“ versuchte.⁷⁵ In diesem Deutungskonzept fungiert Gesundheitspolitik in erster Linie als Mittel zur Beseitigung aller sozial Unangepaßten, kulturell Unerwünschten und ökonomisch nicht Leistungsfähigen, kurz, als Instrument zur „Endlösung der Sozialen Frage“.⁷⁶ Am schärfsten hat der Gütersloher Psychiater Klaus Dörner diesen Interpretationsansatz zugespitzt. „War es nicht eigentlich so“, fragt er, „daß sie sich dem alten Traum verschworen hatten, die soziale Frage zu lösen? Und zwar in dem radikalen Sinne einer ‚Endlösung der sozialen Frage‘, damit endlich alle Menschen, die in der industriellen Gesellschaft nicht Schritt halten können, die unbrauchbar sind, einer Lösung zugeführt werden, die zur Folge hat, daß man sagen kann, es gibt keine soziale Frage mehr?“⁷⁷ Dahinter stünde, so Dörner, „das Ziel einer [...] nur noch auf Rationalität gestellten Gesellschaft, die alles andere als Ballast abschüttelt, unschlagbar wird und damit auch manche Träume der Aufklärung verwirklicht“.⁷⁸ Ein Ertrag dieses Interpretationsmodells könnte darin bestehen, daß es den Blick für Kosten-Nutzen-Kalküle schärft, die die Gesundheitspolitik der Kriegszeit zunehmend bestimmten. Einige dem Organisator der Erwachsenen euthanasie, Victor Brack, zugeschriebene Äußerungen lassen sich in der Tat so verstehen, als sei der Massenmord an den geistig Behinderten vor allem aus Gründen der Ressourcenersparnis geplant worden, weniger dagegen, um die biologistische Utopie einer krankheitsfreien Gesellschaft zu verwirklichen.⁷⁹ Die Anziehungskraft, die dieses Modell auf viele Medizinhistoriker

⁷² Schmuhl, Rassenhygiene, S. 20.

⁷³ Schwartz, Rassenhygiene.

⁷⁴ Vgl. hierzu die im Literaturverzeichnis genannten Arbeiten von Aly und Roth.

⁷⁵ Vorwort der Herausgeber, in: Ebbinghaus u. a., Mustergau-Hamburg, S. 6; sowie Dörner, Psychiatrie, und ders., Euthanasie.

⁷⁶ Editorial der Herausgeber, in: Beiträge zur nationalsozialistischen Gesundheits- und Sozialpolitik 1 (1985), S. 7; ähnlich Schmuhl, Rassenhygiene, S. 370.

⁷⁷ Dörner, Referat in: Medizin im Nationalsozialismus, S. 22.

⁷⁸ Ebenda, S. 26.

⁷⁹ Der Berliner Kinderarzt Ernst Wentzler, einer der Hauptverantwortlichen für die Kinder-euthanasie, gab nach dem Krieg an, Brack habe ihm gegenüber erklärt, „daß bei der Un-

ausübt, resultiert vor allem daher, daß es, sobald man sich auf diesen hermetischen Denkansatz einläßt, die Integration der Gesundheitspolitik in den Kontext der Herrschafts- und Sozialgeschichte des „Dritten Reiches“ ermöglicht. Und doch trägt dieser Ansatz nicht. Da als Erklärungsfaktoren sehr globale Begriffe bemüht werden, wird das Modell so unscharf, daß es als Werkzeug historischer Analyse nur wenig leistet. Das, was bisher als spezifisch nationalsozialistisch galt – die physische Vernichtung der Ausgegrenzten – wird zum prinzipiell jeder kapitalistisch organisierten Industriegesellschaft inhärenten Element erklärt, die *differentia specifica* der nationalsozialistischen Politik, ihr rassistisches *Movens*, wird zur bloßen Tarnkappe ökonomisch-gesellschaftssanitärer Kalküle herabgestuft, so daß die historische Erklärungskraft dieses Interpretationsrahmens letztlich gering bleibt.⁸⁰

Quellenlage

Die Studie stützt sich in erster Linie auf archivalische Quellen. Daß kein zentraler Aktenbestand existiert, aus dem sie hätte geschrieben werden können, hat vor allem zwei Gründe. Zum einen ist Gesundheitspolitik in vieler Hinsicht „Querschnittsaspekt nahezu aller Politikbereiche“⁸¹ und läßt sich daher nur schwer von benachbarten Feldern der Sozialpolitik abgrenzen. Zweitens hat das Deutsche Reich im Gegensatz zu anderen europäischen Staaten keine Bürokratie mit umfassender Kompetenz für das Gesundheitswesen entwickelt. Gesundheitspolitik entstand in einem vielschichtigen Verbund verschiedener Reichs- und Landesbehörden, kommunaler Träger, berufsständischer und freigemeinnütziger Organisationen. Dieses ohnehin komplexe Zuständigkeitsgeflecht wurde durch die Errichtung NSDAP-eigener Parallelstrukturen weiter aufgespalten. Daß die Quellenbasis der Arbeit trotz erheblicher kriegsbedingter Aktenverluste und gezielter Aktenvernichtungen tragfähig ist, resultiert auch aus dieser Verteilung gesundheitspolitischer Kompetenzen auf mehrere Schultern.⁸²

terbringung von frisch Verwundeten große Schwierigkeiten eingetreten seien [...] unheilbare Geistesranke [...] müssten für die verwundeten Soldaten Platz machen. Als Lösung des Problems wurde der Euthanasiegedanke angesehen“; Vernehmung Wentzler, 8. 10. 1963, S. 16, ZSL, Aussagenslg. Euthanasie, Ordner Uta-We. In ähnlicher Weise äußerte sich der Württembergische Anstaltsdezernent Stähle: Er habe die „Euthanasie“ vor dem Krieg abgelehnt, sie aber während des Krieges gebilligt, da er sich angesichts der kriegsbedingten Ressourcenverknappungen nicht habe vorstellen können, „wo wir in Württemberg hingekommen wären, wenn nicht in dem tatsächlichen Umfang aufgeräumt und Platz gemacht worden wäre“. Vernehmung Eugen Stähle, 26. 6. 1945, S. 11 (Zitat), 7, 12, ZSL, Aussagenslg. Euthanasie, Ordner St-Stz.

⁸⁰ Dieser ökonomistische Ansatz wurde von Aly/Heim, Vordenker, auch zur Erklärung des Judenmords herangezogen, kritisch dazu Frei, Nationalsozialismus, S. 369–374 mit weiterer Literatur.

⁸¹ Rosenbrock, Gesundheitspolitik, S. 57.

⁸² Pessimistischer wird die Überlieferungslage allerdings von Kater, Burden, S. 31 f., eingeschätzt.

Das Schriftgut der Gesundheitsabteilung des Reichsinnenministeriums und ihrer nachgeordneten Dienststellen bildet einen ersten Kernbestand der Studie. Zwar weist die Sachregistratur der Abteilung Überlieferungslücken auf, doch bietet das Material aus dem Büro des Staatssekretärs Leonardo Conti, ergänzt durch die Handakten wichtiger Referenten, hinreichenden Ersatz.⁸³ Bedeutend schlechter als im Bereich des Reichsinnenministeriums sind Quellen aus dem Zuständigkeitsbereich des Reichsarbeitsministeriums überliefert. Dies gilt insbesondere für das Schriftgut seiner Sozialversicherungsabteilung aus den Kriegsjahren. Für die Entwicklung des Vertrauensärztlichen Dienstes steht gleichwohl mit den Akten des Reichsversicherungsamtes und einer Restüberlieferung des Reichsverbandes der Ortskrankenkassen eine tragfähige Ersatzüberlieferung zur Verfügung. Vergleichsweise günstig ist die Quellenlage für die erst während des Krieges errichtete Dienststelle des Reichskommissars für das Sanitäts- und Gesundheitswesen. Auch wenn zentrale Aktenbestände, insbesondere zur Errichtung von Ausweichkrankenhäusern, verschollen sind, kann sich die Studie auf Handakten mehrerer Referenten, Teile eines Kriegstagebuches sowie auf Material der Wirtschafts- und Bauverwaltung stützen, ferner auf aussagekräftige Vernehmungen und Ausarbeitungen Brandts, die 1945/1946 in alliierter Gefangenschaft entstanden.⁸⁴

Für die Analyse der gesundheitspolitischen Praxis in der Mittelebene der inneren Verwaltung stützt sich die Arbeit vornehmlich auf die gut überlieferten Gesundheitsabteilungen der Länder Thüringen und Mecklenburg⁸⁵ sowie auf Schriftgut der Oberpräsidien der preußischen Provinzen Brandenburg, Hannover, Sachsen und Westfalen, die fallweise durch Akten der Provinzialverbände ergänzt werden.⁸⁶ Die wohl wichtigste Bestandsgruppe in der Mittelebene der Verwaltung bilden die Aktenserien der Medizinaldezernenten bei den Bezirksregierungen, für die exemplarisch das Schriftgut der Regierungen in Arnberg, Düsseldorf, Erfurt, Magdeburg, Lüneburg und Potsdam ausgewertet wurde. Eine Arbeit, die versucht, für das Gebiet des Deutschen Reiches gültige Aussagen zu treffen, kann lokale Entwicklungen nur exemplarisch aufgreifen. Dies geschieht für Aspekte der kommunalen Gesundheitspolitik in der Phase des intensivierten Bombenkriegs am Beispiel von Städten der nördlichen Rheinprovinz, vornehmlich anhand der Stadt Köln.

Während die Quellenlage für die mit Gesundheitspolitik befaßten staatlichen Stellen insgesamt als gut bezeichnet werden kann, sind die Akten der ärztlichen Landesorganisationen und der gesundheitspolitischen Dienststellen der NSDAP

⁸³ Hier sind in erster Linie die zahlreichen, für den internen Dienstgebrauch bestimmten Memoranden des Ministerialdirektors Oskar Kauffmann zu nennen, der von 1942–1945 der engste Mitarbeiter des Reichsgesundheitsführers war.

⁸⁴ Das Material stammt aus einem Teilnachlaß Percy Ernst Schramms, der als Kriegstagebuchschreiber des Oberkommandos der Wehrmacht im Nürnberger Zeugengefängnis festgehalten wurde.

⁸⁵ Eine Restüberlieferung des sächsischen Innenministeriums umfaßt nur wenige jedoch zentrale Akten zur Nutzung sächsischer Heil- und Pflegeanstalten als Wehrmachtslazarette und Ausweichquartiere für nach Sachsen evakuierte Kranke.

⁸⁶ Die Provinzialverwaltungen der preußischen Provinzen waren Träger der staatlichen Heil- und Pflegeanstalten.

weit weniger dicht überliefert.⁸⁷ Zwar ist die Arbeit der NSV-Abteilung Volksgesundheit auf der Zentral- und in der Regionalebene vergleichsweise gut dokumentiert, jedoch haben sich kaum Materialien aus dem wichtigen DAF-Amt für Gesundheit und Volksschutz erhalten, so daß man sich für den zentralen Bereich der produktionsorientierten Gesundheitspolitik mit Ersatzüberlieferungen behelfen muß. Die konzeptionelle Dimension der „betrieblichen Gesundheitsführung“ ist in den Denkschriften des Arbeitswissenschaftlichen Instituts der DAF überliefert,⁸⁸ die praktische weit weniger umfangreich in den Akten größerer Rüstungsbetriebe.⁸⁹ Daß eine Aktenüberlieferung des NSDAP-Hauptamtes für Volksgesundheit weitgehend fehlt, stellt die wohl schmerzlichste Lücke in der Quellenbasis dieser Arbeit dar. Hilfsweise läßt sich dessen Tätigkeit durch Empfängerüberlieferungen, einzelne Vorgänge, die in den Personalakten von Mitarbeitern im ehemaligen Berlin Document Center überliefert sind,⁹⁰ sowie einige Tätigkeitsberichte rekonstruieren. Auch die Akten der Gauämter für Volksgesundheit müssen größtenteils als vernichtet gelten.⁹¹

Neben dem Geschäftsschriftgut bildet das Berichtswesen der mit Gesundheitspolitik befaßten Dienststellen von Staat und Partei einen zweiten Trappfeiler des Quellengerüsts. Der Inhalt der nach einem einheitlichen Fragenkatalog angefertigten Jahresberichte der Gesundheitsämter war im wesentlichen durch die Aufgabentrias Seuchenbekämpfung, spezielle Gesundheitsfürsorge und Erbgesundheitspolitik vorgegeben.⁹² Aufgrund ihrer interregionalen und intertemporalen Vergleichbarkeit stellen die Amtsarztberichte trotz des eingeschränkten Blickwinkels eine hochrangige Quelle für die Gesundheitsverhältnisse in der NS-Diktatur dar. Dies gilt in besonderem Maße für die an gesundheitsstatistischen Quellen arme zweite Kriegshälfte.⁹³ Im Vergleich zu den Amtsarztberichten war die Per-

⁸⁷ Vom Schriftgut der Reichsärztekammer und ihrer regionalen Dienststellen sind lediglich Splitter überliefert, darunter eine Sammlung von Urteilsabschriften des Reichsärztegerichtshofes, die eine erstrangige standespolitische Quelle darstellen, ferner Rundschreiben der Reichsärztekammer und der für die wirtschaftlichen Belange der Ärzte zuständigen Kassenzärztlichen Vereinigung Deutschlands. Ihre teilweise erhaltenen Geschäftsakten beziehen sich überwiegend auf die Zeit vor dem Kriegsbeginn.

⁸⁸ Hepp/Roth, Sozialstrategien.

⁸⁹ Exemplarisch: IG-Farben AG, Werke Premnitz und Wittenberge, Stahl- und Walzwerke Riesa, Oberkohle-AG Penzberg/Peißenberg.

⁹⁰ Sie werden heute im Bundesarchiv Berlin aufbewahrt und in dieser Arbeit als BAB, Personalakte unter dem Namen der betreffenden Person zitiert.

⁹¹ Eine nennenswerte Restüberlieferung ist lediglich für den Gau Bayreuth vorhanden. Ferner liegen Berichte der Kreisämter für Volksgesundheit aus den Gauen Baden, München-Oberbayern und Westfalen-Süd vor.

⁹² Ausgewertet wurden die bis 1943/1944 fortgeführten, teilweise allerdings nicht vollständig erhaltenen Berichtsserien von ca. 50 Gesundheitsämtern aus den Regierungsbezirken Oberbayern, Düsseldorf, Potsdam und Lüneburg sowie aus Thüringen und Mecklenburg. Zur Interpretation des ärztlichen Berichtswesens vgl. Faure, *Social History*, S. 447.

⁹³ Für den Großteil der amtlichen Statistiken wurde die Datenerhebung 1942 im Zuge kriegswirtschaftlicher Sparmaßnahmen eingestellt, so daß gerade die an Veränderungen reiche zweite Kriegshälfte schlecht dokumentiert ist. Die Masse der verfügbaren statistischen Informationen besteht aus isolierten Einzeldaten unterschiedlicher Erhebungsgebiete, die nur in wenigen Fällen eine Differenzierung nach Schichtzugehörigkeit, Alter und Geschlecht zulassen, so daß gerade bei dieser Fragestellung der Rückgriff auf das me-

spektive der Berichte des Sicherheitsdienstes der SS weiter gezogen. Sie beruhen ebenfalls auf dem Berichtswesen von Partei und Staat, ihre Informationsgrundlage wurde jedoch durch ein breites Netz von Zuträgern aus Schlüsselpositionen in allen Sparten des Gesundheitswesens erheblich verbreitert.⁹⁴ Der SD berichtete über den Gesundheitszustand der Bevölkerung ebenso wie – mit wachsendem Interesse – über den Stand der medizinischen Versorgung, Möglichkeiten der Krankenstandskontrolle und Entwicklungen der medizinischen Forschung.

Manche Überlieferungslücke kann durch Material geschlossen werden, das im Zusammenhang mit der Verfolgung nationalsozialistischer Gewaltverbrechen entstand. Im Rahmen der „Pretrial Interrogations“ befragten Ermittlungsteams der alliierten Streitkräfte nach dem Kriegsende große Teile der von den Westalliierten festgesetzten ehemaligen Verwaltungselite des „Dritten Reiches“, darunter auch Spitzenbeamte der Gesundheitsabteilung im Reichsinnenministerium, Referenten des Hauptamtes für Volksgesundheit der NSDAP und Mitarbeiter des Reichskommissars für das Sanitäts- und Gesundheitswesen. Obwohl viele Vernommene versuchten, die Verantwortung für medizinische NS-Gewaltverbrechen auf den toten Reichsärztführer Leonardo Conti und seinen ebenfalls verstorbenen Unterabteilungsleiter für Erb- und Rassenhygiene, Herbert Linden, abzuwälzen, sind diese Befragungen eine erstrangige Quelle für die Regierungspraxis des „Dritten Reiches“, da sie in vielen Fällen eine Rekonstruktion der im Verwaltungsschriftgut oft nur lückenhaft dokumentierten Entscheidungsbildungsprozesse ermöglichen. Ein Großteil der Befragten wurde als Zeuge, nicht als Angeklagter vernommen. Daher sind ihre Aussagen im Vergleich zu Einlassungen in späteren Gerichtsverfahren oftmals informativer und weniger von prozestaktischen Kalkülen geprägt, zumal auch tief in medizinische Verbrechen verstrickte Personen wie Karl Brandt unter dem unmittelbaren Eindruck der Kriegsniederlage standen und die Vernehmung zum Ort der Reflexion über ihr Handeln in der untergegangenen Diktatur machten. Die umfangreichen, von der Forschung bislang wenig genutzten Akten des Nürnberger Ärzteprozesses gewinnen ihre historische Bedeutung nicht nur als erster Versuch der juristischen Aufarbeitung von Ärzten begangener NS-Gewaltverbrechen, sondern ebenfalls als hochrangige Quelle zur Institutionengeschichte nationalsozialistischer Gesundheitspolitik.⁹⁵

dizinische Berichtswesen unverzichtbar ist. Einen gewissen Ersatz bieten Daten, die Experten der US-Armee unmittelbar nach Kriegsende für den Medical Branch Report des Strategic Bombing Survey erhoben haben.

⁹⁴ Vgl. hierzu die Einleitung in Boberach, SD-Berichte, S. 11–40; eine unvollständige Liste von SD-Vertrauensmännern aus dem Gesundheitssektor bei Aly, Hinweise, S. 195. Die von Boberach publizierten „Meldungen aus dem Reich“ werden durch Berichte der SD-Leitstellen und -Abschnitte, die dieser hochaggregierten Kompilation zugrunde lagen, sowie Akten der Abteilung III B 3 (Volksgesundheit) des SD-Inland aus dem ehemaligen „Trophäenarchiv“ der Sowjetunion ergänzt. Zur dortigen Überlieferung vgl. von Jena/Lenz, Bestände, mit einer ersten, von Browder, Update, ergänzten Bestandsübersicht, sowie die bisher ausführlichste Darstellung von Aly/Heim, Staatsarchiv, hier insbesondere S. 16.

⁹⁵ Der inzwischen durch die Mikrofiche-Edition von Dörner/Ebbinghaus/Linne, Ärzteprozess, erschlossene Bestand umfaßt etwa 11 000 Blatt Wortprotokolle der Beschuldigtenver-

Aus der Leitungsebene des Krankenmords, die ihre Registraturen bei Kriegsende systematisch vernichtet hat,⁹⁶ ist nur ein Restbestand der Reichsarbeitsgemeinschaft für Heil- und Pflegeanstalten überliefert, so daß eine Ergänzung durch Ermittlungsakten unverzichtbar ist. Herangezogen wurde zum einen die Aussagensammlung der Zentralstelle zur Verfolgung nationalsozialistischer Verbrechen in Ludwigsburg, die Zeugenvernehmungen aus nahezu allen größeren Ermittlungsverfahren in Sachen „Euthanasie“ enthält,⁹⁷ zum anderen Strafverfahren gegen Angehörige der Euthanasie-Zentraldienststellen und Anstaltsärzte derjenigen Heil- und Pflegeanstalten, die an den Hunger- und Medikamententötungen der zweiten Euthanasiephase mitgewirkt haben.⁹⁸ Eine Rekonstruktion der Patientenmorde auf der Basis von Strafprozeßakten wirft beträchtliche interpretatorische Probleme auf. Einerseits lassen sich durch Zeugenvernehmungen nicht nur Aktenverluste ausgleichen, sie erschließen auch Bereiche, die einer schriftlichen Überlieferung überhaupt nicht zugänglich waren. Viele Entscheidungsprozesse, Koordinationsverfahren und Kommunikationsakte in der Geschichte der „Euthanasie“ sind gerade durch ihre Nichtschriftlichkeit charakterisiert, so daß sie über-

nehmungen sowie eine umfangreiche Sammlung von Dokumentenabschriften und Zeugenerklärungen.

- ⁹⁶ Die Akten der T4-Zentraldienststelle wurden Anfang April 1945 im Garten des Hauses verbrannt. Mitte April erging an die ausgelagerten Abteilungen und alle übrigen an der „Euthanasie“ beteiligten Dienststellen der Befehl, sämtliche Akten zu vernichten; Vernehmung Richard von Hegener, 30. 3. 1949, S. 51; BAB, EVZ I/1, A. 2.
- ⁹⁷ Den Grundstock der Sammlung bilden Vernehmungen, die in den sechziger Jahren im Umfeld des zweiten Frankfurter Euthanasieprozesses entstanden. Mit der Zeit wurde die Sammlung durch Vernehmungsprotokolle aus nahezu allen größeren Euthanasieverfahren ergänzt, so daß sie heute den umfangreichsten geschlossenen Quellenbestand zur Geschichte der nationalsozialistischen Krankenmorde enthält. Ein Parallelbestand der für NS-Verbrechen zuständigen Abteilung IX/11 des ehemaligen Ministeriums für Staatssicherheit beinhaltet neben wenigen aussagekräftigen Ermittlungsakten, z. B. dem Verfahren gegen den untergetauchten Wirtschaftsbeauftragten der T4-Zentrale, Richard von Hegener, Splitter von Anstaltsakten sowie Zeitschriften von Patientenakten aus der „Aktion T4“. Zur – tendenziell zu optimistischen – Bewertung des Bestandes vgl. Roelcke/Hohendorf, Akten, sowie den in der Einschätzung zurückhaltenderen Bericht der Sachbearbeiterin im Bundesarchiv, Mokry, Bestand.
- ⁹⁸ Für die Geschichte der zweiten Euthanasiephase sind die Strafprozesse gegen Werner Blankenburg, gegen den Leiter der Medizinalabteilung im Bayerischen Innenministerium, Walter Schultze, sowie gegen das Personal der Heil- und Pflegeanstalten Hadamar, Meseritz-Obrawalde, Uchtspringe, Sachsenberg und Eglfing-Haar von besonderer Bedeutung, ferner die in der ehemaligen SBZ/DDR durchgeführten Prozesse gegen Gerhard Wischer (Waldheim) und den T4-Chefgutachter Paul Hermann Nitsche. Das Material des Dresdener Euthanasieverfahrens, in dem auch mehrere sächsische Anstaltspsychiatern vor Gericht standen, hat Hohmann, Euthanasieprozeß, publiziert. Seine Dokumentation ist allerdings aufgrund geringer Sorgfalt bei der Auswahl, Transkription und Zuordnung der Quellen nur eingeschränkt benutzbar. Als historische Quelle sind die in der ehemaligen DDR durchgeführten Strafverfahren nicht unproblematisch. Sie standen offensichtlich unter politisch-propagandistischen Vorbehalten (vgl. etwa Jamin an die Landes kriminalpolizei Mecklenburg, Dezernat K 5, 14. 5. 1949, BAB, EVZ I/1, A.2; Kommissarischer Generalstaatsanwalt im Lande Sachsen an das Sächsische Ministerium der Justiz, 23. 4. 1947, SächsHStA, Staatsanwaltschaft beim Landgericht Dresden/2519, Bl. 29) und litten oftmals an einer oberflächlichen Ermittlungsführung. Zudem liegen zumindest bei Wischer und Nitsche Hinweise auf Aussageerpressungen vor.

haupt nur mit Hilfe von Zeugenaussagen rekonstruiert werden können. Allerdings bewirkten das Interesse der Strafverfolgungsbehörden an der Verurteilung der Beschuldigten und die Versuche der Angeklagten, sich dieser Verurteilung zu entziehen, eine zweifache perspektivische Verzerrung. Die erste, das Problem unwahrer oder nur teilweise wahrheitsgetreuer Aussagen, läßt sich mit den gleichen quellenkritischen Verfahren methodisch kontrollieren, wie sie für erzählende Quellen bewährt sind.⁹⁹ Der Spielraum für unwahre Aussagen wurde dadurch beschnitten, daß die strafrechtlich bedeutsamen Tatbestände von den Gerichten anhand der Aktenüberlieferung und von Zeugenaussagen in vorangegangenen Strafverfahren in der Regel besser rekonstruiert werden konnte, als dies in Verfahren der Fall war, die den Mord an den europäischen Juden zum Gegenstand hatten. Der Kontext der Strafverfolgung bewirkte allerdings auch, daß Straftaten, die sich voraussichtlich nicht mit der für eine Verurteilung notwendigen Sicherheit nachweisen ließen, leicht aus dem Blickfeld der Ermittlungsbehörden gerieten. Im Unterschied zum zentralisierten Patientenmord im Rahmen der „Aktion T4“ hat das dezentralisierte Töten der zweiten Euthanasiephase wenig Spuren in der schriftlichen Überlieferung hinterlassen, so daß der individuelle Tatnachweis ungleich schwerer zu führen war als der einer Beteiligung an der „Aktion T4“. Zwar lassen sich aus heutiger Perspektive auch hier Dimensionen, Chronologie und Tatumsstände des Mordgeschehens mit für ein historisches Urteil hinreichender Genauigkeit rekonstruieren, doch bleiben auf diese Weise Restunsicherheiten bestehen, die einer strafrechtlichen Bewertung oftmals entgegenstanden.¹⁰⁰ Sofern Tatbeteiligte der zweiten Euthanasiephase auch an der „Aktion T4“ mitwirkten, begnügten sich die Staatsanwaltschaften daher aus ermittlungsökonomischen Gründen nicht selten damit, eine Verurteilung wegen der Beteiligung an der „Aktion T4“ herbeizuführen. Da dies bei der Mehrheit der Angeklagten gelang, wurde die zweite Euthanasiephase strafrechtlich weniger intensiv aufgearbeitet als die „Aktion T4“, so daß der gesicherte Wissensstand zur zweiten Phase der Krankensterbeprozesse bis heute hinter dem zur „Aktion T4“ zurückgeblieben ist.

⁹⁹ Zur Quellenproblematik vgl. Rusinek, Verhörprotokolle, sowie Pohl, Judenverfolgung, S. 18 f.

¹⁰⁰ Auf diese Weise kamen mehrere krasse Fehlurteile zustande. So wurde ein Sachsenberger Anstaltspsychiater aus Mangel an Beweisen freigesprochen, da ihm nach Ansicht des Gerichts nicht widerlegt werden konnte, daß er die von ihm nicht geleugneten Tötungen nur deswegen begangen habe, um andere Anstaltspatienten zu retten. Ehemalige Kollegen aus der bei Schwerin gelegenen Heil- und Pflegeanstalt, die übereinstimmend das Gegenteil bezeugten, befand das Gericht für unglaubwürdig, da es nicht ausschließen wollte, daß die Zeugen „unter der dortigen Propagandawirkung stehend, massenpsychologischen Wirkungen unterliegen können“; Urteil des Schwurgerichts Köln gegen Dr. Alfred L. wg. Beihilfe zum Totschlag, 4. 12. 1953, ZSL, VI 449 AR, 1412/67, Bl. 54 (Zitat), 67, 93, 99.

Idee und Praxis nationalsozialistischer Gesundheitspolitik 1933–1939

Im Gegensatz zur zentralen Stellung, die biologistisches Gedankengut in der Ideologie des Nationalsozialismus einnahm, war die Entwicklung einer konsistenten gesundheitspolitischen Programmatik 1933 nur wenig vorangeschritten. „Es sei gleich vorweggenommen“, so beurteilte ein enger Mitarbeiter des Reichsgesundheitsführers Conti im Rückblick die gesundheitspolitische Programmdebatte der NSDAP, daß zum Zeitpunkt der Machtübernahme „ein ideenmäßig auch nur in groben Linien ausgearbeitetes und organisatorisch vorbereitetes Programm nicht bestand. Im Vordergrund stand die Erb- und Rassenpflege. Diese [...] war auch in der Kampfzeit schon soweit durchdacht, daß bald nach der Machtergreifung die wichtigsten diesbezüglichen Gesetze erlassen werden konnten. Aber sonst fehlte eine ideenmäßige Untermauerung [...] um dem Aufgabebereich Volksgesundheit gerecht zu werden.“¹⁰¹

Auch aus der Programmschrift des nationalsozialistischen Diktators ließen sich konkrete Handlungsanleitungen, die über den biologistischen Kern der NS-Ideologie hinausgewiesen hätten, nicht gewinnen. Gleichwohl fanden sich dort Leitideen, die die Gesundheitspolitik des „Dritten Reiches“ bestimmten.¹⁰² Hitler hatte gefordert, daß sich die Innenpolitik eines Staates der Reinerhaltung und Förderung der eigenen Rasse zu verschreiben habe, daher müsse er „das Kind zum kostbarsten Gut eines Volkes [...] erklären“ und „dafür Sorge tragen, daß nur, wer gesund ist, Kinder zeugt; daß es nur eine Schande gibt: bei eigener Krankheit und eigenen Mängeln dennoch Kinder in die Welt zu setzen“.¹⁰³ In diesen Postulaten kommen drei Ideenkerne der NS-Gesundheitspolitik zum Ausdruck, die sich mit dem Begriff des klassifikatorischen Biologismus fassen lassen. Sie prägten die gesundheitspolitische Praxis gerade durch ihre Mischung von radikaler Ausdeutbarkeit und Unbestimmtheit in den konkreten Zielen.

Indem Hitler das Wohl der Rasse in den Mittelpunkt gesundheitspolitischen Handelns rückte, stellte er die traditionelle Orientierung ärztlichen Handelns geradezu auf den Kopf: An die Stelle der als Auswuchs der „Gesundheitspflege des liberalistischen Systems“¹⁰⁴ denunzierten Sorge für den kranken Körper des einzelnen trat für den nationalsozialistischen Arzt das therapeutische Bemühen um den abstrakten „Volkskörper“. Dieser sollte künftig den entscheidenden Bezugs-

¹⁰¹ [Oskar Kauffmann], „Zur Neuordnung des Gesundheitswesens nach dem Siege“ [1943], S. 3 f., BAB, R 18/3793. Autoren und Datierungen in eckigen Klammern kennzeichnen vom Verfasser vorgenommene Zuschreibungen.

¹⁰² Ihre Wirkung war freilich nicht die einer programmologischen Blaupause, sondern bestand darin, daß Hitler, der in seinen Ausführungen lediglich Gedanken aus einer populären Einführung in die Rassenhygiene wiedergab, damit für gesundheitspolitische Akteure eine Möglichkeit schuf, rassenhygienisch motiviertes Handeln, das sich aus anderen Quellen speiste, durch den Verweis auf den „Führerwillen“ zu legitimieren.

¹⁰³ Hitler, *Mein Kampf*, S. 446.

¹⁰⁴ G. Wagner, *Das Gesundheitswesen im Dritten Reich*. Rede vor der thüringischen Ärzteschaft 1934, in: ders., *Reden*, S. 14 f.

punkt gesundheitspolitischen Handelns bilden.¹⁰⁵ Aus dieser Orientierung auf den „Volkskörper“ resultierte sowohl die zentrale Stellung, die nationalsozialistische Gesundheitsideen den Erbanlagen beimaßen, als auch die enge Verbindung der Gesundheits- mit der Bevölkerungspolitik. Sie gab der Gesundheitspolitik des „Dritten Reiches“ den sozialutopistischen Charakter, der ihr zweites Spezifikum bildet. Als Erbgesundheitspolitik war sie weit stärker als herkömmliche, primär an der Bekämpfung aktueller Gesundheitsbeeinträchtigungen ausgerichtete medizinische Strategien auf die Zukunft hin orientiert und kombinierte im engeren Sinne medizinische mit gesellschaftssanitären Zielsetzungen. Dabei wurden die fehlenden gesundheitspolitischen Handlungsmöglichkeiten in der Gegenwart durch die Utopie einer zweifachen Reinigung ersetzt: nach außen mittels der Exklusion „rassefremder Elemente“, nach innen durch die Vision einer von ihren „erbkranken“ Teilen gesäuberten und damit tendenziell krankheitsfreien Gesellschaft.¹⁰⁶ Auch ein dritter Ideenkernel der NS-Sozial- und Gesundheitspolitik klingt bereits an: Während dem Weimarer Sozialstaat ein egalitäres Menschenbild zugrunde lag, ging die NS-Medizin von der qualitativen Ungleichheit der Menschen aus. Die Positionierung innerhalb der nationalsozialistischen Wertigkeits-hierarchie leitete sich vor allem aus dem „Erbwert“ des Beurteilten ab, sie konnte aber auch aus anderen politisch gesetzten Kriterien resultieren, etwa seiner Systemloyalität und seiner Arbeitskraft. Aus der Plazierung innerhalb dieser Wertehierarchie ergaben sich jeweils spezifische Behandlungsformen. Angesichts der begrenzten Gesundheitsressourcen konnte daraus die Einteilung der Empfänger von gesundheitsbezogenen Leistungen in „Heilungswerte“ und „Heilungsunwerte“ folgen. Auf diese Weise war Medizin im Nationalsozialismus im Kern als Medizin der Ungleichheit konzipiert. „Die Leistungen und Aufwendungen für das Unzulängliche und Belastende“, so erklärte der Reichsärztführer Wagner im Sommer 1933 gegenüber der deutschen Ärzteschaft, dürften „nicht länger in einem unerträglichen Mißverhältnis zu dem stehen, was Staat, Wirtschaft und Versicherung den Leistungsfähigen, Arbeitsfreudigen und Arbeitswilligen gewähren können“.¹⁰⁷ Wagners sächsischer Kollege, der populäre Medizinschriftsteller Karl Kötschau, hat diesen Gedanken bis zur Ausscheidung bestimmter Patientengruppen aus der medizinischen Regelversorgung weitergedacht: „Um es ganz deutlich zu machen: wir sind am Studium der Pathologie und Klinik [...] eines Erleidens, nicht sonderlich interessiert [...] Aufgabe der neuen deutschen Heilkunde ist es, eine Pathologie, Klinik und Therapie der Auslesefähigen zu schaffen, d.h. der

¹⁰⁵ In diesem Sinne erklärte der Reichsärztführer Wagner, daß im Vordergrund ärztlichen Handelns künftig „der Dienst des Arztes [...] an der Volksgemeinschaft“ zu stehen habe. „Wichtiger als das Wohlergehen des Einzelnen ist auch hier das Wohl des Volksganzen, wichtiger als die Fürsorge für das einzelne Glied der Nation ist die dem Volkskörper geltende heilende und wiederaufrichtende Arbeit der deutschen Ärzteschaft“; Ansprache auf der gemeinsamen Tagung der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin mit der Reichsarbeitsgemeinschaft für Neue Deutsche Heilkunde, in: *Ziel und Weg* 6 (1936), S. 238–240, 238.

¹⁰⁶ Das Bild von der Utopie der „doppelten Reinigung“ des Volkskörpers gebraucht – in Bezug auf die „Endlösung“ – Peukert, *Rassismus*, S. 71.

¹⁰⁷ G. Wagner, in: *DÄB* 63 (1933), S. 5.

Menschen, deren Anlagen und Eigenkräfte zu den höchsten Leistungen befähigen, zu jenen Leistungen, von deren Erhaltung auch der Fortbestand unserer hochwertigen Rasse und Erbmasse abhängt“.¹⁰⁸ Dieser Verteilungsaspekt von Gesundheitspolitik erlebte eine erste Hochblüte im Zeichen der Weltwirtschaftskrise, bevor er nach der Entfesselung des Zweiten Weltkriegs zunehmend größere Bereiche des medizinischen Alltags bestimmte. Durch die Bereitstellung hierarchisierend-selektierender Handlungsmuster prägte die Gesundheitspolitik nicht nur die Sozialpolitik. Indem sie soziale Fragen in medizinische Probleme übersetzte und radikale, scheinbar wissenschaftlich begründete „Lösungen“ anbot, wirkte sie weit über die Grenzen des Gesundheitssektors hinaus, in den Bereich der Sozial- und Gesellschaftspolitik.¹⁰⁹

Während dieses lose Ensemble biologistischer Leitideen nahezu alle vom Regime kontrollierbaren Bereiche des Gesundheitswesens durchdrang, wurde die nationalsozialistische Gesundheitspolitik darüber hinaus von Konzepten geprägt, die einzelne Teilaspekte in den Vordergrund stellten. So nahmen während der Machtbefestigungsphase die Postulate der Neuen Deutschen Heilkunde einen wichtigen Platz in der gesundheitspolitischen Rhetorik der NSDAP ein. Sie versuchte, Elemente der Naturheilkunde- und Lebensreformbewegung in das medizinische Handeln zu integrieren, und setzte gegenüber der pharmakologisch orientierten Schulmedizin auf die „Naturheilfähigkeit“¹¹⁰ des menschlichen Organismus. Ihrem Therapiekonzept, das Krankheit in Anlehnung an die Humoralpathologie als Symptom einer inneren Gleichgewichtsstörung beschrieb, lag eine ganzheitliche Vorstellung vom menschlichen Körper zugrunde.¹¹¹ Während sich die nationalsozialistische Gesundheitspolitik als Erbgesundheitspolitik eng an zeitgenössischen Strömungen der Naturwissenschaften anlehnte, strebte die Neue Deutsche Heilkunde mit ihrem Ruf nach dem „Heilkünstler“ und ihrem diagnostischen Irrationalismus eine Ablösung der Medizin von ihren naturwissenschaftlichen Grundlagen an. Die Neue Deutsche Heilkunde beherrschte vor allem in den Anfangsjahren des Regimes die gesundheitspolitische Debatte und fand unter den prominenten Nationalsozialisten zahlreiche Förderer.¹¹² Seit 1936/1937 und vor allem nach der Verabschiedung des Heilpraktikergesetzes ging ihre Bedeutung zurück, ohne daß sie ganz aus der Diskussion verschwand.¹¹³ Parallel dazu

¹⁰⁸ K. Kötschau, *Der neue Deutsche Arzt*, in: DÄB 72 (1942), S. 60–65, 63.

¹⁰⁹ So konnten SS-Juristen in der Gestapo einen „Arzt am deutschen Volkskörper“ sehen; W. Best, *Die Geheime Staatspolizei*, in: *Deutsches Recht* 6 (1936), zit. nach Herbert, Best, S. 163.

¹¹⁰ K. Kötschau, *Vorsorge und Fürsorge im Rahmen einer Neuen Deutschen Heilkunde* (Ansprache auf der gemeinsamen Tagung der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin mit der Reichsarbeitsgemeinschaft für eine Neue Deutsche Heilkunde), in: *Ziel und Weg* 6 (1936), S. 240–246, 243.

¹¹¹ Vgl. exemplarisch Liek, *Gedanken*, sowie Haug, *Lehrstuhl*.

¹¹² Vor allem Rudolf Heß, nach dem eine Reihe naturheilkundlicher Versuchskrankenhäuser benannt wurde, zählte zu ihren Förderern, ferner der Reichsärztführer Wagner und der Fränkische Gauleiter Streicher.

¹¹³ Das Heilpraktikergesetz vom 17. 2. 1939 befreite zwar die Laienbehandler vom Odium des Kurfpuschertums, verurteilte ihren Beruf aber durch restriktive Zulassungsbeschränkungen und ein Ausbildungsverbot langfristig zum Aussterben, RGBl. I., S. 65 f.

gewann ein im Umfeld des Amtes für Volksgesundheit und des Arbeitswissenschaftlichen Instituts der DAF entwickeltes gesundheitspolitisches Programm an Bedeutung, das Gesundheitspolitik als „Leistungsmedizin“ primär unter dem Gesichtspunkt der Arbeitseinsatzpolitik konzipierte, so daß das Kranksein als Belastung der Volkswirtschaft zunehmend unter ein moralisches Verdikt geriet.¹¹⁴

Fast alle diese Konzepte waren vor 1933 schon angedacht bzw. ausformuliert worden. Nicht einmal die biologistische Krisendiagnose ist genuin nationalsozialistisch. Gleichwohl erlangten sie in der während des „Dritten Reiches“ vorgenommenen Verknüpfung eine neue Qualität. Erst im Ideenamalgam der nationalsozialistischen Gesundheitspolitik, die die individuelle Therapie zugunsten des rassenhygienischen Selektionismus zurückdrängte, dabei die sozialstaatlichen Traditionslinien abkappte und an ihre Stelle ein durch Hierarchisierung, Verwertung und Kontrolle bestimmtes Modell der Sozial- und Gesundheitspolitik setzte, entfalteten diese Ideen eine Brisanz, die ihre besondere Wirkungsmächtigkeit aus der massiven staatlichen Intervention in den Gesundheitssektor gewann.¹¹⁵ Diese neue Wirkungsmächtigkeit ist ein viertes Spezifikum nationalsozialistischer Gesundheitspolitik. Erst der totale Staat überschritt die Grenzen, die die politische Ordnung der Weimarer Republik solchen Konzepten gesetzt hatte.

Ihre zeitgenössische Attraktivität verdankte die nationalsozialistische Gesundheitspolitik zum einen dem Umstand, daß sie gerade wegen ihrer teilweisen konzeptionellen Indifferenz Schnittmengen zwischen der Akzeptanzschwelle des alltäglichen Rassismus und der Radikalität des nationalsozialistischen Rassenwahns ermöglichte, und zum anderen der Tatsache, daß sie die ethnisch-kulturelle und die soziale Dimension klassifikatorischen Denkens – beides Diskurse, die in der Zwischenkriegszeit weitgehend unabhängig voneinander existiert hatten – in ein ideologisches Gemenge zu integrieren vermochte, das für Planer, Ausführende und stillschweigende Dulder dieser Politik gleichermaßen Legitimationspotentiale bereitstellte. Die nationalsozialistische Gesundheitspolitik griff zeitgenössische Tendenzen auf, formte sie um, entledigte sie ihrer zivilisatorischen Bindungen und verschmolz sie so zu einem gedanklichen Konstrukt, das in der Geschichte der Sozial- und Gesundheitspolitik ohne Beispiel war. Erst die innerhalb dieses Gedankengebäudes vorgenommene Perspektivenverschiebung medizinischen Handelns vom Individualkörper auf den abstrakten „Volkskörper“ barg die – für die deutsche Gesundheitspolitik im Zweiten Weltkrieg konstitutive – Möglichkeit in sich, daß individuelles Töten mit dem Verweis auf die „Heilung“ des Volkskörpers legitimiert werden konnte.

Nach einer Phase der professionsinternen Machteroberung und Machtbefestigung, die mit dem Wahlsieg der deutschnational-nationalsozialistischen Regierungskoalition im März 1933 begann und bis in den Sommer fort dauerte, wurde die Gesundheitspolitik in den ersten Jahren des NS-Regimes vor allem durch drei Prozesse geprägt: die gewaltsame Vertreibung von jüdischen und politisch mißliebigen Ärzten, die organisatorische Neustrukturierung des öffentlichen Gesund-

¹¹⁴ Vgl. S. 254–268.

¹¹⁵ Der Begriff der „Amalgamierung“ zuerst bei Peukert, ders., Rassismus, S. 73.

heitsdienstes und die Durchsetzung der Erbbiologie als Leitmaxime der Gesundheitspolitik.

Die Machtübernahme im Gesundheitswesen vollzog sich auf der Ebene der Berufsverbände weitgehend geräuschlos durch die freiwillige Selbstgleichschaltung der Spitzen des Ärztevereins- und des Hartmannbundes.¹¹⁶ Gegenüber Teilen der kommunalen Gesundheitsverwaltungen und den sozialdemokratisch dominierten Ortskrankenkassen wurde die Gleichschaltung dagegen brutal erzwungen und war nicht selten von pogromartigen Ausschreitungen gegen jüdische und sozialdemokratische Ärzte begleitet.¹¹⁷ Diese Ausschreitungen mündeten in eine Politik, die teils durch gesetzliche Maßnahmen, teils durch inszenierte Gewaltanwendungen und Boykottaufrufe auf die Verdrängung aller jüdischer Ärzte zielte. Bereits im April 1933 erklärte eine Verordnung „die Tätigkeit von Kassenärzten nicht arischer Abstammung und von Kassenärzten, die sich im kommunistischen Sinne betätigt haben“¹¹⁸ für beendet, Ausnahmen sollten in Anlehnung an das Berufsbeamten-gesetz nur bei Frontkämpfern des Weltkrieges gemacht werden. Diese Ausnahmebestimmungen wurden in den folgenden Jahren zunehmend eingeschränkt, bis die vierte Durchführungsverordnung zum Reichsbürgergesetz im Juli 1938 schließlich allen jüdischen Ärzten die Approbation entzog. Insgesamt fielen zwischen acht- und neuntausend „nichtarische“ Ärzte, das entsprach etwa 15 Prozent aller deutschen Ärzte, rassistisch motivierten Säuberungen zum Opfer.¹¹⁹

Mit einiger Verzögerung, die aufgrund interner Machtstreitigkeiten zwischen dem RMdI, dem Deutschen Städtetag und dem Reichsärztführer entstand, begann der Umbau des öffentlichen Gesundheitswesens. Das im April 1935 in Kraft getretene „Gesetz zur Vereinheitlichung des Gesundheitswesens“ sollte regionale Unterschiede in der Entwicklung des öffentlichen Gesundheitsdienstes einebnen und den öffentlichen Gesundheitsdienst in einen effizienten „Transmissionsriemen“¹²⁰ nationalsozialistischer Gesundheitspolitik verwandeln. Durch das Gesetz wurde erstmals eine flächendeckende, standardisierte medizinische Infrastruktur geschaffen, die als Grundlage einheitlichen Verwaltungshandelns dienen konnte. Mit seinem Inkrafttreten erlebte das öffentliche Gesundheitswesen einen massiven Investitionsschub. 1938 überzog ein Netz von rund 750 einheitlich ausgestatteten Gesundheitsämtern, die zusammen ca. 1300 beamtete und etwa 2400 nebenamtliche Ärzte beschäftigten, das Land. Der entsprechende Etatposten im Preußischen Landeshaushalt verdreifachte sich zwischen 1932 und 1938 von 6,8

¹¹⁶ Jäckle, *Ärzte* S. 61, 64; vgl. Lilienthal, *Ärztebund*, S. 112–114.

¹¹⁷ Für Berlin vgl. Pross, *Moabit*, S. 197; ferner Jakobi u. a., *Aeskulap*, S. 51; zur Gleichschaltung der Krankenkassen: Hansen, *Alternativen*; Tennstedt/Leibfried, *Sozialpolitik*; Tennstedt, *Geschichte*, S. 187f.

¹¹⁸ Verordnung über die Zulassung von Ärzten zur Tätigkeit bei den Krankenkassen, 22. 4. 1933, § 1, *RGBl. I*, S. 222f.

¹¹⁹ Kümmel, *Ausschaltung*, S. 62f.

¹²⁰ Labisch/Tennstedt, *Weg*, Bd. 2, S. 330; zur Vorgeschichte dieses Gesetzes vgl. die ausführliche Darstellung ebenda, S. 281–313.

auf 21,7 Millionen Reichsmark, der des Reichshaushalts verachtfache sich im gleichen Zeitraum.¹²¹

Auch der Geschäftsbereich des öffentlichen Gesundheitsdienstes vergrößerte sich durch das Gesetz erheblich. Die klassischen staatlichen Tätigkeitsgebiete der Gesundheitsaufsicht und Seuchenpolizei wurden mit den traditionellen Bestandteilen der kommunalen Gesundheitsfürsorge zusammengelegt und um die Erb- und Rassenpflege zu einem Aufgabenprofil erweitert, das den aus der Weimarer Republik überkommenen Dualismus von staatlicher und kommunaler Gesundheitsfürsorge aufzulösen versprach. In einigen Bereichen, z. B. in der Tuberkulosefürsorge und der schulärztlichen Versorgung, war diese Entwicklung durchaus mit Verbesserungen in der gesundheitsbezogenen Infrastruktur verbunden.¹²² Die Bedeutung des Vereinheitlichungsgesetzes bestand nicht nur in seiner infrastrukturellen Modernisierungswirkung, sondern in einer dreifachen gesundheitspolitischen Weichenstellung: Erstens besetzte das Reich mit der Gesundheitsfürsorge ein bislang in der Hand der Kommunen etabliertes Handlungsfeld der Sozialpolitik. Zweitens wurde durch den Ausbau des öffentlichen Gesundheitsdienstes der organisatorische Rahmen für die Durchführung der Sterilisierungspolitik geschaffen.¹²³ Drittens schließlich bedeutete die Errichtung von Gesundheitsämtern unter der Leitung staatlicher Amtsärzte die Entscheidung gegen eine durch die NSDAP auf der Basis niedergelassener Ärzte organisierte Erbgesundheitspolitik, so daß der Reichsärztesführer Wagner und sein Hauptamt für Volksgesundheit zu den Verlierern dieser Neuordnung zählten.

In den ersten sechs Jahren des „Dritten Reiches“ bildete die Erbgesundheitspolitik das Kernstück nationalsozialistischer Gesundheitspolitik.¹²⁴ Das im Juli 1933 verabschiedete und im Januar 1934 in Kraft getretene „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ erfaßte nicht nur medizinisch definierte Erbkrankte.¹²⁵ In diesem Sinne war das gleichermaßen radikal wie unspezifisch auf verschiedene strafrechtlich nicht erfaßbare Formen abweichenden Verhaltens wirkende Sterilisationsgesetz tatsächlich „Grundgesetz“¹²⁶ eines totalitären, weil perspektivisch auf die Durchsetzung einer nicht nur genetisch, sondern auch im Sozialverhalten homogenisierten Volksgemeinschaft abzielenden Staates. Dieses Gesetz hat erstmals Eingriffe in die körperliche Unversehrtheit auch ohne Zustimmung der Betroffenen legitimiert und bereitete somit den Boden für die späteren Krankensterben vor.¹²⁷ Die seit 1934 unter der Hand, seit 1935 offiziell praktizierten eugenisch indizierten Schwangerschaftsabbrüche bildeten den Übersprungspunkt von

¹²¹ Tab. A.1, A.2.

¹²² Sachse/Tennstedt, Wohlfahrtsstaat, S. 168–171.

¹²³ Labisch/Tennstedt, Gesundheitsamt, S. 36.

¹²⁴ Zur Gewichtung der Erbgesundheitspolitik innerhalb der NS-Gesundheitspolitik vgl. das Referat Wagners „Rasse und Volksgesundheit“ auf dem Reichsparteitag 1934, abgedruckt in: DÄB 64 (1934), S. 917–923.

¹²⁵ So enthielt der Katalog der Sterilisationsgründe – ohne Erblichkeitsbegründung – auch schwere Formen des Alkoholismus; Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses, § 1, Abs. 2, RGBl. I (1934), S. 529.

¹²⁶ So Dörner, Referat, in: Medizin im Nationalsozialismus, S. 24.

¹²⁷ Vgl. Lifton, Ärzte, S. 29.

der körperlichen Beeinträchtigung zur Tötung unerwünschten Lebens.¹²⁸ Im Gegensatz zur späteren „Euthanasie“ spielte sich die Sterilisationskampagne in aller Öffentlichkeit ab.¹²⁹ Durch die neue Aufgabenzuweisung an die Gesundheitsämter wandelte sich die Stellung des Amtsarztes fundamental. Ehedem als staatlicher Seuchenpolizist am unteren Ende der innerprofessionellen Hierarchie angesiedelt, wurde der Arzt des öffentlichen Gesundheitsdienstes vom „Dritten Reich“ sowohl finanziell als auch durch seinen erweiterten Aufgabenbereich erheblich aufgewertet. Im Rahmen des Erbgesundheitsverfahrens agierte er als Antragsteller, Gutachter und Richter zugleich.¹³⁰ Insgesamt wurden wenigstens 480 000 Verfahren eingeleitet, die bei mindestens 360 000 Personen zur Unfruchtbarmachung führten.¹³¹ Dies entsprach etwa einem Prozent der deutschen Bevölkerung im Alter zwischen 16 und 50 Jahren. Die Mehrzahl der Sterilisationen entfällt auf die Jahre 1934–1936.¹³² In dieser Zeit machten die Patienten der Heil- und Pflegeanstalten einen Großteil der Zwangssterilisierten aus. Die Jahre 1937–1939 sind auf der einen Seite durch einen Rückgang der Sterilisationsanträge gekennzeichnet, andererseits wurde der Kreis der Betroffenen ausgeweitet. Da die Mehrzahl der eindeutig unter die Bedingungen des Gesetzes fallenden Patienten inzwischen unfruchtbar gemacht worden war, sank der Anteil der Sterilisationsopfer mit eindeutigen psychiatrischen Diagnosen. Gleichzeitig erhöhte sich die Zahl derjenigen Fälle, bei denen Anträge mit moralischen oder politischen Werturteilen begründet wurden.¹³³ Die dritte Phase seit Kriegsbeginn ist erneut durch einen deutlichen Rückgang der Antragszahlen bestimmt. Neue Sterilisationsanträge sollten während des Krieges nur noch in Fällen „dringender Fortpflanzungsgefahr“¹³⁴ gestellt werden. Diese Verordnung wurde von einigen Amtsärzten dahingehend interpretiert, die Sterilisationen während des Krieges weitgehend einzustellen. Auf der

¹²⁸ Bereits auf dem Reichsparteitag 1934 hatte Hitler erklärt, kein Arzt würde wegen eines eugenisch begründeten Schwangerschaftsabbruchs bestraft. Wagner kleidete Hitlers Bemerkung in ein nicht veröffentlichtes Rundschreiben, das einen Schwangerschaftsabbruch bei gleichzeitiger Sterilisation gestattete. Die knapp ein Jahr später vorgenommene gesetzliche Regelung ermöglichte bei „erbkranken“ Müttern einen Abbruch bis zum sechsten Schwangerschaftsmonat; Gesetz zur Änderung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 26. 6. 1935, RGBl. I, S. 773 f.; Ganssmüller, Erbgesundheitspolitik, S. 119.

¹²⁹ Bis 1939 wurden ca. 50 000 Propagandaversammlungen zum Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses abgehalten; Winau, Referat, in: Medizin im Nationalsozialismus, S. 35.

¹³⁰ Labisch/Tennstedt, Gesundheitsamt, S. 44.

¹³¹ Bock, Zwangssterilisationen, S. 237 f. In dieser Aufstellung sind Sterilisationen in den nach 1937 angegliederten Gebieten nicht enthalten.

¹³² Das Phasenmodell nach Walter, Psychiatrie, S. 597–602.

¹³³ Hierbei spielte die Kategorie des „moralischen Schwachsinn“, die alle Formen abweichenden Verhaltens von der Promiskuität bis zur politischen Betätigung enthalten konnte, eine entscheidende Rolle. Dieses Kriterium stellte in hohem Maß auf die Überprüfung des Sozialverhaltens anhand geschlechtsspezifischer Rollenmuster ab: Bei Männern bewerteten die Gutachter das Verhalten am Arbeitsplatz, bei Frauen achtete man auf Sittsamkeit und ordentliche Haushaltsführung.

¹³⁴ Durchführungsverordnung zum Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses, 31. 8. 1939, RGBl. I, S. 1566.

anderen Seite gewannen soziale und moralische Diagnosen bei den verbleibenden Fällen zunehmend an Bedeutung.

Das Programm negativer Eugenik war eingeflochten in einen Kranz nachwuchsfördernder Maßnahmen, die mit rund 160 Millionen Reichsmark im Jahresdurchschnitt ein mehrfaches der für Gesundheitszwecke verausgabten Mittel verschlangen.¹³⁵ Hierzu zählten neben Steuererleichterungen und direkten finanziellen Beihilfen für kinderreiche Familien vor allem neue Angebote im Bereich der Gesundheitsfürsorge für Mutter und Kind.¹³⁶ Die Anzahl der von Ärzten geleiteten Mütterberatungs-, Kinder- und Säuglingsfürsorgestellen im Deutschen Reich erhöhte sich von ca. 6600 im Jahr 1928 auf etwa 14900 (1937), die immerhin knapp 70 Prozent aller Neugeborenen betreuten.¹³⁷ Darüber hinaus gewährte die NSV materielle Beihilfen, die allerdings nur „erbgesunden“ Familien zugute kamen.

Die allgemeine Gesundheitspflege entwickelte sich verhaltener. Zwar suggerierte die vom Regime gesteuerte Publizistik auch hier umfassende Fortschritte vor allem im Bereich der Präventivmedizin. Tatsächlich waren die Verbesserungen in der allgemeinen Gesundheitspflege jedoch gering. Gerade dort, wo das Regime neue Wege beschritt, wie bei den Versuchen, präventivmedizinische Strategien in den medizinischen Alltag zu integrieren, blieb der Effekt solcher Maßnahmen weit hinter den durch die propagandistischen Inszenierungen geweckten Erwartungen zurück, da aus dem diagnostischen Ergebnis kaum adäquate therapeutische Konsequenzen folgten.¹³⁸

In vielen Bereichen bewegte sich die NS-Diktatur in der Tradition der präsidialen Notverordnungspolitik, die auf Einsparungen im Gesundheitssystem gezielt und die Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen drastisch reduziert hatte. Vor allem in den ersten drei Jahren der nationalsozialistischen Herrschaft stand die Gesundheitspolitik unter dem Primat, die Wohlfahrtskosten zu senken. Die Ausgaben der Krankenkassen für medizinische Leistungen wurden im Lauf der Weltwirtschaftskrise von rund 700 auf 440 Millionen Reichsmark reduziert, seit 1935 stiegen sie zwar geringfügig an, blieben jedoch deutlich unter dem Niveau der späten zwanziger Jahre.¹³⁹ Dies war möglich, weil die Regelleistungen der Krankenkassen auf dem niedrigen Stand von 1931/1932 eingefroren und zum Teil auch weiter abgebaut wurden, während die Kassen ihre freiwilligen Leistungen nur mehr selten gewährten.¹⁴⁰ Gleichzeitig erschwerten sie den Zugang zu kosten-

¹³⁵ Ehestandsdarlehen und Kinderbeihilfen von 1933–37, BAB, R 2-Anhang/23.

¹³⁶ Zu den pronatalistischen Elementen der NS-Bevölkerungspolitik vgl. Sachse/Tennstedt, Wohlfahrtsstaat, S. 177–182; Schulz, Sicherung, S. 120.

¹³⁷ Sachse/Tennstedt, Wohlfahrtsstaat, S. 166 f.

¹³⁸ Hierzu zählen vor allem die ab April 1937 in den Gauen Groß-Hamburg, Köln, Kurhessen und Bayerische Ostmark durchgeführten betrieblichen Reihenuntersuchungen. Dabei ergab sich, daß bei 36 Prozent der untersuchten Arbeiter akuter Behandlungsbedarf bestand, arbeitsmedizinisch relevante Ergebnisse traten jedoch kaum zutage; Knödler, Reform, S. 120.

¹³⁹ Tab. A.3.

¹⁴⁰ Freiwillige Kassenleistungen durften nur weitergewährt werden, wenn der Beitrag fünf Prozent des Grundlohns nicht überstieg. 1014 Krankenkassen mit 9,3 Mio. Versicherten konnten deshalb keine freiwilligen Leistungen mehr erbringen; Behnken, Sopade-Berichte, Bd. 4, September 1937, S. 1326 f.

intensiven Regelleistungen, indem sie neue Kontrollinstanzen einschalteten.¹⁴¹ Auch nach der Überwindung der Massenarbeitslosigkeit blieb der Ausgabenpielraum der Krankenkassen deutlich hinter dem der Weimarer Republik zurück. Da die Sozialversicherungsträger gleichzeitig zur Finanzierung der nationalsozialistischen Bevölkerungspolitik herangezogen wurden, stand unter dem Strich erheblich weniger Geld für die Gesundheitspflege zur Verfügung.

Diese negative Bilanz hängt nicht zuletzt mit dem Stellenwert des Rationalitätskriteriums Gesundheit innerhalb der nationalsozialistischen Herrschaft zusammen. „Volksgesundheit“ war entgegen allen Bekundungen außerhalb des bevölkerungspolitischen Sektors kein prioritäres Staatsziel. Nach der Machtergreifung standen Einsparungen im Sozialversicherungssystem, die Entlastung der Wirtschaft und die Erhöhung der Kaufkraft durch Beitragssenkungen, also primär wirtschaftspolitische Zielsetzungen im Vordergrund.¹⁴² Seit 1934 fungierte die rassenhygienisch ausgerichtete Gesundheitspolitik auch als Instrument der Herrschaftssicherung. Als in der boomenden Rüstungskonjunktur Arbeitskraft zunehmend knapper wurde, wandelte sich Gesundheitspolitik zunehmend zur Arbeitseinsatzpolitik.

¹⁴¹ So sank die Entschädigungsrate bei Arbeitsunfällen zwischen 1932 und 1937 von 76 auf 32 Prozent; Teppe, Sozialpolitik, S. 231.

¹⁴² Seldte, Sozialpolitik, S. 107 f., 116 f.