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. Die institutionelle Entwicklung des deutschen Gesundheitswesens .. 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

II. Gesundheitspolitische Funktionseliten 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 Funktionselite der NSDAP (114)

III. Gesundheitspolitische Entscheidungsprozesse 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

IV. Strukturelemente und Determinanten gesundheitspolitischer Entscheidungen 169

Zweiter Teil: „Einsatz der Ärzteschaft an der inneren Front". Gesundheitspolitische Probleme der Kriegsgesellschaft 179

I. Gesundheit als knappes Gut 181

1. Die Organisation des Mangels: Kriegsvorbereitungen und Ansätze zur Planwirtschaft im Gesundheitswesen 181
2. Konflikte zwischen Wehrmacht und zivilem Gesundheitswesen 188
3. Die Verfügbarkeit medizinischer Ressourcen 192
   Ärzte (192) – Arzneimittel (204) – Krankenhäuser (208)

II. Der „Kampf gegen die Kriegsseuchen" 213

1. Infektionskrankheiten des Kindesalters: Das Beispiel der Diphtherie 214
2. Fleckfieber: Zur rassistischen Interpretation einer Infektionskrankheit zwischen Imagination und Praxis 223

III. Gegen die „Flucht in die Krankheit": Gesundheitspolitik als Arbeitseinsatzpolitik 242

1. Der Ausbau des vertrauensärztlichen Dienstes 243
2. „Gesundheitsführung" im Betrieb 254

IV. Gesundheitspolitik als Krisenmanagement: Medizin im „Totalen Krieg" 269

1. Auswirkungen des strategischen Luftkriegs 269
2. Die medizinische Bewältigung des Luftkriegs 273
3. Von der „Todt-Aktion" zur „Aktion Brandt": Ausweichkrankenhäuser, Behelfsbauten und die Evakuierung der Patienten 280

V. Gesundheitspolitik als Verteilungspolitik: Die Ausgrenzung chronisch kranker und alter Patienten aus der medizinischen Versorgung 292

VI. Regionalisierter Patientenmord und Vernichtung im Osten: Die zweite Phase der Erwachsenen-„Euthanasie" 1942–1945 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

VII. Normen und Praxis ärztlichen Handelns 370

VIII. Der Gesundheitszustand der Bevölkerung 381
1. Entwicklungstrends der Morbidität und Mortalität 381
2. Zur Entwicklung einzelner Krankheiten 388
3. Alters- und geschlechtsspezifische Differenzen 399

Resümee: Krieg und Gesundheitspolitik im nationalsozialistischen Deutschland 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 hereinfallen 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 Zange 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, NRWHStA, Reg. Düsseldorf/54494-I, Bl. 70.

licht durch den „eleganten Schnitt", dessen gutverheilter 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 „Volkskörper"[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 „Volkskörpers" bezeichnete in ihrer nationalsozialistischen Ausprägung das Gesellschaftsmodell einer hierarchisch strukturierten, rassisch 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, Volkskörper, 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. 582f.

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

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 biologistischen 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 unterschieden, 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 Rebentisch, 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 Politikinhalten (policy) an; für das Gesundheitswesen: Blanke, Governance, S. 22; Murswieck, Steuerung, S. 150.

[10] Zur Verfassungsentwicklung in den Reichsgauen vgl. Rebentisch, 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 instrumentalisierter 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 Reichsärzteführers 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 Funktionseliten? Was unterschied die Funktionsträger in der staatlichen Verwaltung von denen des Parteigesundheitswesens? Gab es Gemeinsamkeiten ihrer Prägung durch Herkunft, generationsspezifische 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-Ärztebundes 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. 2f.

[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 Erwachseneneuthanasie 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

Obgleich 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. Hanauske-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 Standesorganisationen 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 Ebbinghaus u. a., Mustergau.

tor dieser Tagung herausgegebener Sammelband eine Fülle von Spezialstudien, die einen bereits gesicherten Forschungsstand auf der Basis neuer Quellen erweiterten.[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 genügte,[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; Doeleke, 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, rassisch 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. 28f.; Bock, Krankenmord, insbes. S. 301–303; Peukert, Rassismus, S. 73.

[39] Bock, Krankenmord, S. 301f. 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 Zeitinterpreten 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 radikalisierend 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. 76f.

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 Institutionen[51] 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; Fahrenbach, Ärzte; Leibfried, Stationen; Drecoll/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 Gesundheitsbetreuung[57] 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 (Rekker, Sozialpolitik, S. 121–128) sowie durch mehrere Spezialstudien, insbesondere Knödler, Reform; Reeg, Bartels; ferner, auf schmaler 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 Sozialpolitikgeschichte[63] sowie für einzelne kriegsspezifische Problemlagen[64] 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 Regionalgeschichte[70] und der systematischen Einbeziehung des Krieges als „Kontext des Massenmords"[71] drei innovative Verknüpfungen ab.

---

60 Vgl. vor allem die grundlegende Studie von Rebentisch, Führerstaat; für den Parteisektor Longerich, 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 Kostendämpfungsbemühungen 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, Kriegsopfer.

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 Erwachseneneuthanasie, 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 Kindereuthanasie, 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 Geisteskranke [...] 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 Mecklenburg[85] 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 Arnsberg, 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 Standesorganisationen 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 Tragpfeiler 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 Kassenärztlichen 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 beruhten 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 Reichsärzteführer 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 prozeßtaktischen 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 Zweitschriften 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 Anstaltspsychiater 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 Landeskriminalpolizei 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 Tatumstände 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 Krankenmorde bis heute hinter dem zur „Aktion T4" zurückgeblieben ist.

---

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

[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 Aufgabenbereich 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. 3f., 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. 14f.

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 Ideenkern 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 Wertigkeitshierarchie 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 Reichsärzteführer 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 Erbleidens, 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 Reichsärzteführer 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 Reichsärzteführer Wagner und der Fränkische Gauleiter Streicher.

[113] Das Heilpraktikergesetz vom 17. 2. 1939 befreite zwar die Laienbehandler vom Odium des Kurpfuschertums, 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 fortdauerte, 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 Berufsbeamtengesetz 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, rassisch motivierten Säuberungen zum Opfer.[119]

Mit einiger Verzögerung, die aufgrund interner Machtstreitigkeiten zwischen dem RMdI, dem Deutschen Städtetag und dem Reichsärzteführer 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 verachtfachte 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 Tuberkulosenfürsorge 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 Reichsärzteführer 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 Erbkranke.[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 Krankenmorde 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 480000 Verfahren eingeleitet, die bei mindestens 360000 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, RGBI. I, S. 773f.; Ganssmüller, Erbgesundheitspolitik, S. 119.

[129] Bis 1939 wurden ca. 50000 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. 237f. 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 Schwachsinns", 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. 166f.

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. 1326f.

intensiven Regelleistungen, indem sie neue Kontrollinstanzen einschalteten.[141] Auch nach der Überwindung der Massenarbeitslosigkeit blieb der Ausgabenspielraum 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. 107f., 116f.

Erster Teil:
Das gesundheitspolitische Machtgefüge

I. Die institutionelle Entwicklung des deutschen Gesundheitswesens

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

Wählt man die Konstellation dieser polykratischen Konflikte[1] als strukturierendes Prinzip einer Geschichte gesundheitspolitischer Institutionen, so lassen sich drei Phasen unterscheiden: Bis zur Machtübernahme der Nationalsozialisten stand das politisch wenig ausdifferenzierte Parteigesundheitswesen der NSDAP in Opposition zum gesundheitspolitischen System der Weimarer Republik. Auch wenn es aufgrund seiner Frontstellung nach außen homogen erschien, so war es im Innern sowohl durch einen Generationskonflikt in der Führungsgruppe wie auch durch Auseinandersetzungen zwischen der gesundheitspolitischen Peripherie der Gauorganisationen des NS-Ärztebundes und dessen Münchener Leitung geprägt. Vom Herbst 1933 bis zum Tode des Reichsärzteführers Gerhard Wagner im März 1939 überlagerte der Konflikt zwischen einem nationalsozialistisch beherrschten, zunehmend zentralisierten staatlichen Gesundheitswesen und dem in der Person Gerhard Wagners zusammengefaßten Gesundheitswesen der NSDAP die parteiinterne Konkurrenz auf dem Gesundheitssektor. Nach dem Tode Wagners und der Personalunion zwischen der Leitung des öffentlichen Gesundheitswesens und den gesundheitspolitischen Dienststellen der NSDAP im September 1939 zerfiel diese dualistische Konfliktstruktur in ein Nebeneinander mehrerer rivalisierender Machtzentren. Zu Beginn des Zweiten Weltkrieges konzentrierte

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

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

1. Die staatliche Gesundheitsbürokratie

Die Gesundheitsabteilung des Reichsinnenministeriums und die nachgeordnete Medizinalverwaltung

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

---

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

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

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

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

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

---

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

---

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

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

[14] Daß der Grund für Gütts Entmachtung eine verschwiegene jüdische Großmutter gewesen

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

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

---

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

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

16 Vgl. Medicus, Reichsministerium, S. 69.

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

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

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

[18] Vgl. Neliba, Frick, S. 161–168, 174–198.
[19] Vernehmung Krahn, 19. 9. 1946, S. 23f., BAK, All. Proz. 2/FC 6097 P.

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

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

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

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

---

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

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

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

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

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

Das Reichsarbeitsministerium

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

---

[24] Zu deren Tätigkeit grundlegend Vossen, Gesundheitsämter.

[25] Hansen, Wohlfahrtspolitik, S. 300–310.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

[32] Smelser, Ley, S. 218.

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

2. Das Gesundheitswesen der NSDAP und ihrer Gliederungen

NS-Ärztebund und Hauptamt für Volksgesundheit

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

Den Höhepunkt seiner gesundheitspolitischen Bedeutung erreichte der NS-Ärztebund während der Machteroberungs- und Machtbefestigungsphase in der ersten Jahreshälfte 1933. Trotz seiner organisatorischen Schwäche und der geringen Mitgliederzahl bildete der NS-Ärztebund jetzt den „treibende[n] Motor"[38] bei der Neutralisierung der ärztlichen Standesverbände, der Gleichschaltung der Krankenkassen und der Entrechtung der jüdischen Mediziner. Viele seiner Funktionäre besetzten die nun freiwerdenden und neugeschaffenen Schlüsselpositionen in den Gesundheitsbehörden der Länder und innerhalb der ärztlichen Standesorganisationen.[39] Obwohl seine Mitgliederzahl von ca. 11000 im Oktober 1933 bis auf rund 42000 im Jahr 1942[40] anstieg, ging die gesundheitspolitische Bedeutung des NS-Ärztebundes nach dem Ende der gewaltsamen Umgestaltung rapide zurück. „Ich habe mit vielen Berufskameraden die Überzeugung",[41] berichtete ein Thüringischer Kreisobmann im Juni 1939 an seinen Gauvorsitzenden, „dass dem Ärztebund jegliche Organisationskraft und hohe Zielsetzung, sowie jede Attraktivität fehlt". Da der gleiche Personenkreis auch zu den Treffen des

---

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

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

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

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

[38] Kater, Medizin, S. 306.

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

[40] Rüther, Standeswesen, S. 165.

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

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

---

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

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

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

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

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

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

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

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

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

---

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

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

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

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

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

[52] Medicus, Reichsministerium, S. 83.

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

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

---

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

---

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

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

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

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

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

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

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

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

Über den Aufgabenbereich des Hauptamtes für Volksgesundheit bestanden zunächst keine klaren Vorstellungen. Friedrich Bartels, ein Vertrauter des Reichsärzteführers[69], reklamierte anfangs auch Tätigkeitsfelder, die eindeutig in den staatlichen Sektor fielen, für seine Dienststelle: Vorrang genieße zunächst „die Beurteilung des Einzelnen auf seine erb- und rassebiologische Wertigkeit, die Siebung des erb- und rassebiologischen Gesunden vom Minderwertigen, der Kampf mit allen Mitteln um die gesundheitliche Entwicklung des wertvollen Volksgutes und die Mehrung des erbgesunden Nachwuchses".[70] Darüber hinaus jedoch habe das Hauptamt für Volksgesundheit die Aufgabe, über die Gesundheitsfürsorge von Staat und Sozialversicherung hinaus, „jeden Volksgenossen, insbesondere Parteigenossen zur Bestentwicklung seiner erb- und rassebiologischen Anlagen zu führen".[71] Des weiteren bestehe seine Aufgabe darin, „die Parteiorganisation von erb- und rassebiologisch minderwertigen Elementen zu säubern". In der Konsequenz liefen Bartels Pläne darauf hinaus, das öffentliche Gesundheitswesen auf der Basis niedergelassener, vom Hauptamt geführter Ärzte neu zu organisieren und die eben erst im Aufbau befindlichen Gesundheitsämter auf rein medizinalpolizeiliche Befugnisse zu beschränken.[72]

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

---

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

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

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

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

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

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

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

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

---

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

[74] Ganssmüller, Erbgesundheitspolitik, S. 99f.

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

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

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

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

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

---

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

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

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

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

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

Wie sehr es dem Hauptamt an eigenständigen Einsatzfeldern mangelte, zeigt die unscharf formulierte Tätigkeitsbeschreibung für seine Gauamtsleiter, deren Wirkungskreis sehr allgemein mit der Durchführung und Kontrolle der vom Hauptamt angeordneten Maßnahmen und einer ebenfalls sehr allgemein formulierten Beratungstätigkeit für den Gauleiter umrissen wurde.[83] Noch deutlicher trat der Mangel an Tätigkeitsgebieten in der Aufgabenbeschreibung der Kreisamtsleiter hervor. Deren Geschäftsbereich wurde diffus analog zu dem des Gauamtsleiters für Volksgesundheit bestimmt. Jedoch erlaube „die Vielgestaltigkeit der Tätigkeit eines Kreisamtsleiters für Volksgesundheit [...] vorläufig noch nicht, für ihn ein umfassendes Arbeitsprogramm im Sinne einer Geschäftsordnung aufzustellen".[84] Angesichts zunehmend schwerer durchzusetzender Führungs- und Aufsichtsbefugnisse[85] und fehlender Durchführungsaufgaben reklamierte Wagners Nachfolger Conti das Mandat der Gesundheitsführung als Teil der Menschenführung für sein Hauptamt für Volksgesundheit, freilich ohne daß dieser Begriff inhaltlich gefüllt werden konnte.[86]

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

---

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

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

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

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

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

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

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

---

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

[89] Walter Schultze, Eidesstattliche Erklärung, 18. 9. 1947, NRWHStA, NW 130/697.

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

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

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

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

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

---

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

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

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

[95] Ebenda, Bl. 17.

[96] Vgl. S. 70, 114.

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

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

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

---

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

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

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

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

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

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

---

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

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

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

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

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

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

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

---

[107] Ebenda, Bl. 19.

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

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

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

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

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

[111] Mutschmann, Anordnung über die Zuständigkeit des Gauamtes für Volksgesundheit der NSDAP und die Einsetzung eines Gaugesundheitsführers, 18. 11. 1942, BAB, R 18/3787.
[112] Verordnung über die Reichsverteidigungskommissare und die Vereinheitlichung der Wirtschaftsverwaltung, 16. 11. 1942, RGBl. I (1942), S. 649–653.
[113] Zum Wirkungsbereich der Reichsverteidigungskommissare vgl. Teppe, Reichsverteidigungskommissar.
[114] Conti, Entwurf eines Schreibens an die Gauleiter, Anlage zu Conti an Bormann, 30. 1. 1943, BAB, R 18/3787.
[115] Kauffmann an Conti, 30. 1. 1943; Conti an Röhrs, 2. 2. 1943, BAB, R 18/3787.
[116] Conti an Schwede-Coburg, 5. 5. 1943, BAB, R 18/3787.
[117] Conti, Entwurf einer Anordnung des Reichsgesundheitsführers, 18. 2. 1943, BAB, R 18/3787.

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

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

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

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

---

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

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

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

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

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

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

Das Gesundheitswesen der Deutschen Arbeitsfront

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

---

123 Hüttenberger, Gauleiter, S. 159.

124 Vgl. S. 329–341, 368f.

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

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

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

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

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

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

---

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

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

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

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

132 Reichsorganisationsleiter, Organisationsbuch, S. 203 f.

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

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

---

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

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

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

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

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

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

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

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

Das Gesundheitswesen der Nationalsozialistischen Volkswohlfahrt

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

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

---

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

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

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

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

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

Indem sie sich auf Bereiche konzentrierte, in denen der öffentliche Gesundheitsdienst und die Einrichtungen der Sozialversicherungsträger Angebotslücken aufwiesen, wurde die NSV innerhalb weniger Jahre nach der Machtübernahme zur einflußreichsten Gliederung der NSDAP auf dem Gebiet der praktischen Gesundheitsfürsorge. Bereits 1936 existierten rund 23000 Hilfsstellen für Mutter und Kind, die von nahezu drei Millionen Hilfesuchenden aufgesucht wurden.[144] Dabei strebte die NSV nicht an, die gesamte staatliche Gesundheitspflege zu übernehmen, sondern war lediglich am „erbgesunden" und politisch konformen Teil der Bevölkerung interessiert.[145]

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

---

[144] Hansen, Wohlfahrtspolitik, S. 159. Bis 1942 erhöhte sich die Zahl der Besucher auf ca. 10,3 Millionen in etwa 30000 Hilfsstellen.

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

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

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

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

[149] Hansen, Wohlfahrtspolitik, S. 63, 210.

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

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

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

---

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

151 Hammerschmidt, Wohlfahrtsverbände, S. 418–428.

152 Vgl. Vorländer, NSV, S. 166 f.

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

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

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

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

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

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

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

---

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

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

158 Hansen, Wohlfahrtspolitik, S. 290.

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

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

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

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

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

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

---

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

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

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

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

---

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

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

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

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

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

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

---

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

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

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

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

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

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

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

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

---

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

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

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

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

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

diesem Zeitpunkt bereits auf eine erfolgreiche berufliche Karriere zurückblicken konnte.

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

---

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

177 Sereny, Ringen, S. 230.

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

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

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

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

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

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

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

---

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

183 Speer, Erinnerungen, S. 118 f.

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

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

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

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

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

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

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

---

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

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

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

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

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

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

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

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

---

[193] Vgl. S. 181–192.

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

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

[196] Keitel, Protokoll der Besprechung zwischen Lammers, Keitel, Frick u.a. über Verwaltungsvereinfachungen zur Steigerung des Kriegseinsatzes am 5. 2. 1943, APK, 10323067.

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

---

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

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

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

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

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

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

---

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

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

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

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

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

Ende 1943 umfaßte Brandts Tätigkeitsbereich fünf Hauptarbeitsgebiete:[206]
– die Krankenhaus-Sonderanlagen der „Aktion Brandt", ein Bauprogramm mit dem bis zum Mai 1944 rund 15000 Betten in 30 Krankenhäusern unterschiedlicher Ausbaustufe errichtet wurden. Dies entsprach etwa einem Siebtel der seit Kriegsbeginn neu erstellten Krankenhausbetten;[207]
– die von der Reichsarbeitsgemeinschaft Heil- und Pflegeanstalten und dem Reichsbeauftragten für die Heil- und Pflegeanstalten organisierte und von Brandt koordinierte Verlegung von Psychiatriepatienten und somatisch Kranken seit dem Frühjahr 1943;[208]
– den von Brandts Beauftragtem Gutermuth gelenkten Einsatz vertrauensärztlicher Sonderkommandos zur Senkung des Krankenstands in kriegswichtigen Rüstungsbetrieben;[209]
– die Koordination von Teilen der medizinischen Forschung durch das von Prof. Paul Rostock, Brandts ehemaligem Chef in der Universitätsklinik Ziegelstraße, geleitete Amt Wissenschaft und Forschung;
– die Steuerung der pharmazeutischen Produktion durch das Amt Planung und Wirtschaft in Verbindung mit der Verlagerung besonders luftkriegsgefährdeter Pharmabetriebe.[210] Aus diesem Programm entwickelte sich im Frühjahr 1944 Brandts Zuständigkeit für ein mit höchster rüstungswirtschaftlicher Dringlichkeitsstufe vorangetriebenes Programm zur Herstellung von Volksgasmasken für die Zivilbevölkerung, das Hitler befohlen hatte, nachdem ihn Göring auf die Gefahr eines Gasangriffs aus der Luft aufmerksam gemacht hatte.[211]

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

---

206 Zur Aufgabenverteilung innerhalb seines Arbeitsstabes siehe Abb. 4.

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

208 Vgl. dazu S. 312–369.

209 Vgl. dazu S. 251f.

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

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

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

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

---

212 Rebentisch, Führerstaat, S. 332.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

---

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

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

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

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

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

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

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

---

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

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

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

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

[228] Schmidt, Fischer, S. 395.

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

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

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

---

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

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

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

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

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

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

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

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

---

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

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

238 Demgegenüber führte Conti die Mehrzahl seiner Auseinandersetzungen um Zuständigkeitsfragen.

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

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

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

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

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

---

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

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

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

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

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

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

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

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

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

---

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

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

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

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

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

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

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

---

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

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

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

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

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

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

II. Gesundheitspolitische Funktionseliten

Wer bestimmte die nationalsozialistische Gesundheitspolitik und wer sorgte für ihre Durchsetzung? Eine Antwort auf diese Fragen bedarf neben der Analyse machtpolitischer Konstellationen auch einer Analyse der gesundheitspolitischen Entscheidungsvorbereiter und Entscheider: Auf der Zentralebene waren dies die höheren Beamten der Gesundheitsabteilung im Reichsinnenministerium und die Stellen- und Hauptstellenleiter des Hauptamtes für Volksgesundheit der NSDAP, auf der regionalen Ebene die leitenden Medizinalbeamten der preußischen Regierungspräsidien und die Gauamtsleiter des Amtes für Volksgesundheit als Transmissionsorgane nationalsozialistischer Gesundheitspolitik in der Mittelebene.[1] Insgesamt umfaßt dieser Kreis etwa 250 Personen.[2]

Eingangs ist nach dem sozialen Profil dieser Gruppen zu fragen, den Gemeinsamkeiten ihrer Prägung durch Herkunft, generationsspezifischen Erfahrungslagen, ihrer beruflichen und politischen Sozialisation als Grundlage ähnlicher Wahrnehmungs- und Deutungsmuster, die politisches Handeln präformierten. Nicht weniger bedeutsam ist die Frage nach den Karriereverläufen. Wie gestaltete

---

1 Die Mitarbeiter der Gesundheitsabteilungen der größeren nichtpreußischen Länder werden dort, wo die regionalen Befunde deutlich von denen Preußens abweichen, ergänzend diskutiert. In den kleineren Ländern wurde das Gesundheitswesen von ein bis zwei Sachbearbeitern der Innen- bzw. Staatsministerien bearbeitet, so daß keine systematischen Befunde möglich sind. In den biographischen Anhang aufgenommen, jedoch aufgrund zu geringer Fallzahlen nicht gruppenbiographisch ausgewertet, wurden die Mitarbeiter des Generalkommissars für das Sanitäts- und Gesundheitswesen. Die biographisch gut erschlossene Gruppe der „Euthanasie"-Verantwortlichen soll hier nicht behandelt werden; vgl. dazu Friedlander, Weg, S. 304–392. Zur Gruppe der Amtsärzte vgl. Vossen, Gesundheitsämter, S. 211–226.

2 Die relevanten Personen wurden anhand der Geschäftsverteilungspläne einschlägiger Dienststellen ermittelt. Eine vollständige Rekonstruktion der Lebensläufe hat sich aufgrund der Überlieferungssituation nicht immer durchführen lassen. Wo Personalakten fehlen, wurden Ernennungen und Beförderungszeitpunkte der Medizinalbeamten aus den Veränderungsmitteilungen der Zeitschrift „Der öffentliche Gesundheitsdienst", den Personalnachrichten im Reichsgesundheitsblatt und den Beförderungsblättern des Reichsinnenministeriums (BAD, ZA VI) erhoben. Für die Mediziner aus dem Parteiapparat der NSDAP stehen entsprechende Informationen in den Mitteilungen der Parteikanzlei sowie in den Personalnachrichten der Zeitschrift „Ziel und Weg" zur Verfügung. Alle Personen, deren Geburtsdatum sich ermitteln ließ, wurden im ehemaligen Dokumentationszentrum des Ministeriums für Staatssicherheit (heute aufgeteilt auf die Standorte BAD, BAB und ZSL) und im ehemaligen Berlin Document Center (vom Bundesarchiv übernommen, künftig zit. als BAB, Personalakten) überprüft. Für die leitenden Medizinalbeamten und Referenten des Reichsinnenministeriums konnte zudem auf einzelne Personalakten zurückgegriffen werden. Trotz quellenkritischer Vorbehalte wurden auch Spruchkammerakten ausgewertet, die gerade für die biographisch anderweitig kaum dokumentierten Funktionseliten aus dem Parteiapparat unverzichtbar sind. Die so ermittelten biographischen Daten wurden mit Hilfe eines standardisierten Fragebogens in einer Datenbank (BIOMED) erfaßt. Soweit nicht anders angegeben, beziehen sich Informationen im Text auf die Auswertung dieser Datenbank.

sich das Verhältnis von personeller Kontinuität und Diskontinuität im Gesundheitswesen? Bedeutete das Jahr 1933 in personalpolitischer Hinsicht eine markante Zäsur, wie dies Labisch und Tennstedt für den Bereich der kommunalen Gesundheitsfürsorge gezeigt haben,[3] oder überwiegt bei den gesundheitspolitischen Funktionseliten personelle Kontinuität über den politischen Umbruch des Jahres 1933 hinweg? Lassen sich Faktoren bestimmen, die den Aufstieg in den Kreis der gesundheitspolitischen Entscheidungsträger förderten oder das Ende gesundheitspolitischer Karrieren verursachten?[4]

1. Fachbeamte und Parteigenossen: Die Gesundheitsabteilung des Reichsinnenministeriums und die preußische Medizinalverwaltung

Neuere Arbeiten zur Verwaltungsgeschichte des nationalsozialistischen Deutschlands haben die strukturverändernde Wirkung der nationalsozialistischen Herrschaft auf die Zusammensetzung der administrativen Funktionseliten herausgearbeitet.[5] Und auf den ersten Blick scheint die personelle Kontinuität zur Weimarer Republik in der Gesundheitsabteilung des Reichsinnenministeriums tatsächlich geringer gewesen zu sein als etwa bei der zentrumsnahen Kommunalabteilung[6] oder der als betont konservativ geltenden Abteilung Sozialversicherung im Reichsarbeitsministerium.[7] Da sich das Interesse des neuernannten „Reichsärzte-

---

[3] Labisch/Tennstedt, Weg, S. 224f., 548–552.

[4] Untersuchungen zu den Funktionseliten des NS-Parteiapparats sind spärlich gestreut, dies gilt für die Zentralebene der einzelnen NSDAP-Hauptämter und in besonderem Maße für deren Gaudienststellen; vgl. allgemein Ziegler, Recruitment, S. 223–237; erste Ansätze für das Korps der politischen Leiter bei Olschewski, Ausrichtung, S. 63; für die hessischen NSDAP-Funktionäre, allerdings ohne Berücksichtigung des Gesundheitswesens, Rebentisch, Persönlichkeitsprofil; aus regionaler Perspektive auch die biographischen Beiträge in Kißener/Scholtysek, Führer. Erste Befunde zu den gesundheitspolitischen Funktionseliten des „Dritten Reiches" finden sich bei Kater, Early Doctors, sowie ders., Doctors, S. 54–62. Da Kater die politische Orientierung zum entscheidenden Auswahlkriterium macht, enthält seine Untersuchungsgruppe allerdings Ärzte in verschiedensten Funktionen. Für den – insgesamt besseren – Forschungsstand zum Personal der inneren Verwaltung vgl. Mommsen, Beamtentum, S. 39–90, und Ruck, Korpsgeist, S. 21f.

[5] Zuletzt Rebentisch, Führerstaat, S. 545f. Zu einer entgegengesetzten Bewertung gelangen Mommsen, Beamtentum, S. 59, sowie Ruck, Korpsgeist, S. 262, der die starke Kontinuität der südwestdeutschen Landesverwaltung über die politischen Systemwechsel von 1933 und 1945 hinaus betont.

[6] Zur Kommunalabteilung des Reichsinnenministeriums vgl. Rebentisch, Führerstaat, S. 544.

[7] Vgl. etwa Geyer, Krise, S. 433f. Diese Einschätzung gilt insbesondere dem Staatssekretär Johannes Krohn, der die Abteilung Sozialversicherung von 1932 bis 1939 leitete. Sie trifft auch auf die maßgeblichen Beamten der Gesundheitsabteilung des Reichsarbeitsministeriums zu, die der Behörde seit den Anfangsjahren der Weimarer Republik angehörten. MD Prof. Otto Martineck wechselte 1919 aus dem Heeresversorgungswesen in das Reichsarbeitsministerium und leitete dessen ärztliche Abteilung von 1920 bis zur Pensionierung

führers" Gerhard Wagner zunächst auf die Gleichschaltung der ärztlichen Standesorganisationen und die Übernahme der Gesundheitsabteilungen in den Ländern konzentrierte, begann die Machtdurchsetzung der Nationalsozialisten auf der Zentralebene der Gesundheitsbürokratie später als in anderen gesundheitspolitischen Handlungsfeldern. Während nationalsozialistische Landesregierungen seit dem Februar 1933 Staatskommissare ernannten, die eine „Säuberung des Gesundheitswesens"[8] im nationalsozialistischen Sinne betrieben, trat mit dem späteren Rassereferenten des Reichsinnenministeriums, Bernhard Lösener, der erste Vertreter der neuen Machthaber erst im April in die Gesundheitsabteilung des Ministeriums ein. In den folgenden Wochen wurde deren Führungsspitze dann allerdings nahezu komplett ausgetauscht. Im Mai wechselten Friedrich Bartels, ein enger Mitarbeiter des Reichsärzteführers, sowie der ehemalige preußische Kreisarzt Arthur Gütt in die Gesundheitsabteilung.[9] Gütt übernahm umgehend die für die nationalsozialistischen Umgestaltungspläne besonders wichtigen bevölkerungspolitisch relevanten Referate und wenige Wochen später die Leitung der gesamten Abteilung.

Von den acht in der Gesundheitsabteilung beschäftigten Referenten entfernten die Nationalsozialisten vier, die andere Hälfte blieb mit zum Teil stark verkleinertem Aufgabenbereich im Amt.[10] Der dem Zentrum nahestehende Ministerialrat Paul Wiedel wurde an das Reichsgesundheitsamt versetzt, der für die Bereiche Sozialhygiene, Gesundheitsfürsorge und Bevölkerungspolitik zuständige Oberregierungsrat Franz Goldmann, dessen unverzügliche Abberufung Gütt bereits im Februar 1933 gefordert hatte,[11] schied im Verlauf des Jahres 1933 mit dem Erreichen des regulären Pensionsalters aus. Ministerialrat Prof. Max Taute, ein hochdekorierter ehemaliger Sanitätsoffizier und Tropenarzt, der die Referate für ärztliche Fortbildung und Seuchenhygiene leitete, versah seinen Dienst seit dem Januar 1933 krankheitshalber nur noch unregelmäßig und verstarb im November 1934 wenige Tage nach seinem vierundfünfzigsten Geburtstag.[12] Ihre Funktion behielten der Referent für Lebensmittelhygiene und Rechtsangelegenheiten des Gesundheitswesens, Karl-Wilhelm Melior, der Arzneimittelreferent Kahler, und auch der Fürsorgereferent des Reichsinnenministeriums, Fritz Ruppert, wurde,

---

1944. Sein Stellvertreter, der Leiter des Referats Arbeitsmedizin, Prof. Michael Bauer, wurde 1920 in das Ministerium einberufen.

[8] So der spätere Reichsgesundheitsführer Conti über seine Tätigkeit als „Kommissar z.b.V." Görings im Preußischen Innenministerium; zur Ernennung Contis vgl. den Lebenslauf vom 1. 11. 1936 (dort auch das Zitat) sowie den Personalvorschlag des Reichsinnenministeriums vom 8. 11. 1939, BAD, ZA V 55, Bl. 500–501.

[9] Zur Beauftragung Gütts vgl. den Aktenvermerk Gütts, 16. 5. 1933, BAB, 15.01/26212, sowie die Anordnungen Pfundtners vom 29. 4. 1933 und 10. 6. 1933, BAB, 15.01/26741; vgl. auch die umfangreiche Personalakte Gütts, BAB, 15.01 Pers./6875-I, II, III.

[10] Rundschreiben Fricks an die Mitarbeiter der Abteilung II, 4. 5. 1933, BAB, R 18/26741, Bl. 132.

[11] Gütt an Kube, 4. 2. 1933, BAB, Personalakte Gütt. Gütt drängte energisch darauf, daß Goldmann und der Leiter der Gesundheitsabteilung des Preußischen Innenministeriums unverzüglich „2 führenden Nationalsozialisten Platz machen und dann noch 1 oder 2 Mitarbeiter nach sich ziehen" müßten.

[12] Zu Taute vgl. seine Personalakte im BAB, 15.01/11355.

obwohl er als Parteigänger der untergegangenen Republik galt und mit einer halbjüdischen Ehefrau verheiratet war, übernommen, da die neuen Machthaber ihn als überaus tüchtigen und anpassungsbereiten Beamten einschätzten.[13]

Personalpolitisch bedeutete die nationalsozialistische Machtergreifung für die Zentralebene der Gesundheitsbürokratie zunächst weniger einen personellen Umbruch als einen Ausbau. Da die Gesundheitsgesetzgebung bis 1933 im wesentlichen bei den Ländern ressortierte, hatte das Reichsinnenministerium während der Weimarer Republik lediglich eine kleine Unterabteilung für Gesundheitsfragen unterhalten, die vor allem Gesetzgebungsvorhaben und seuchenpolizeiliche Angelegenheiten bearbeitete und bei Bedarf durch Experten des Reichsgesundheitsamtes beraten wurde.[14] Die eigentliche Verfügungsgewalt über die Gesundheitspolitik lag bei den Ländern, hier vor allen Dingen bei der Gesundheitsabteilung des Preußischen Wohlfahrts- bzw. Innenministeriums (seit 1932), für die das Jahr 1933 einen deutlichen personalpolitischen Einschnitt markierte. Den langjährigen Abteilungsleiter Ministerialdirektor Heinrich Schopohl versetzte Göring bereits am 22. Februar aus politischen Gründen in den Ruhestand. Das gleiche Schicksal traf den sozialdemokratischen Gewerbehygieniker Ministerialrat Alfred Beyer und den Referenten für Bevölkerungspolitik, Krankenhauswesen und Heilpersonal, Ministerialrat Artur Ostermann, der sich als Förderer eugenischer Ideen im öffentlichen Gesundheitsdienst einen Namen gemacht hatte. Beyer wurde im April 1933 zwangspensioniert, nachdem der neue Abteilungsleiter Frey bei seinem Amtsantritt jede Zusammenarbeit mit ihm abgelehnt hatte. Ostermann, der 1928/29 kurzzeitig ebenfalls SPD-Mitglied war, wurde im November 1933 auf eigenen Antrag aus Gesundheitsgründen in den Ruhestand versetzt. Den als zentrumsnah geltenden Oberregierungsrat Hans Pusch versetzten die neuen Machthaber noch im März 1933 auf den vergleichsweise unbedeutenden Dienstposten eines Medizinaldezernenten an der Regierung Osnabrück.[15]

Trotz dieser Veränderungen bewirkte die nationalsozialistische Machtergreifung keinen Strukturbruch in der personellen Zusammensetzung der höheren Medizinalverwaltung, denn die nach dem Januar 1933 neu ins Amt Berufenen wiesen in Karriereverlauf und Bildungsgang viele Übereinstimmungen mit ihren Amtsvorgängern auf: Der neue Abteilungsleiter im Preußischen Innenministerium, Ministerialdirektor Gottfried Frey, stammte ebenso wie die frisch ernannten Referenten Erich Hesse und Franz Ebner aus der preußischen Medizinalverwaltung. Ebner war zuvor Medizinaldezernent der Regierung Schneidemühl gewesen, Frey hatte die medizinische Abteilung des Reichsgesundheitsamts geleitet, in der Hesse als wissenschaftliches Mitglied tätig war. Lediglich Frey war Altmitglied der Hitlerpartei, bei der Versetzung Hesses in das Preußische Innenministe-

---

[13] Gauleitung Berlin an die Kanzlei des Führers/Amt für Gnadensachen, 22. 1. 1940; BAB, Personalakte Ruppert.

[14] Geschäftsverteilungsplan der Abteilung II (Volksgesundheit und Wohlfahrtspflege, Deutschtum und Fremdenwesen) [1931], BAB, R 18/26741, Bl. 79–108.

[15] Die Pensionierungen von Beyer, Schopohl und Ostermann sind in ihren Personalakten im BAB, 15.01 Pers./4952, 9476 und 10682 dokumentiert. Bei Beyer wurde das Ruhegehalt nachträglich um ein Viertel gekürzt.

rium spielte seine Qualifikation in erbbiologischen Fragen wohl die ausschlaggebende Rolle.[16]

Die Verreichlichung des Gesundheitswesens und seine rassenhygienische Neuorientierung bewirkten eine rasante Vermehrung der Planstellen, so daß der Anteil neuer Funktionsträger zwangsläufig größer war als in stagnierenden oder im Zuge von Sparmaßnahmen rückgebauten Bereichen der inneren Verwaltung. Nicht nur deshalb verdeckt die Zuspitzung auf die Alternative Bruch oder Kontinuität spezifische Interessenlagen nationalsozialistischer Personalpolitik im Gesundheitswesen. Die Trennungslinien zwischen den vage formulierten gesundheitspolitischen Zielen der Nationalsozialisten und den Vorstellungen größerer Teile des öffentlichen Gesundheitsdienstes waren durchweg weniger scharf konturiert als etwa in der Armenfürsorge. Gerade in der Frage einer rassenhygienischen Neuorientierung der Gesundheitspolitik bestanden in der Endphase der Weimarer Republik zwischen großen Teilen der Gesundheitsbürokratie und der NSDAP breite programmatische Konvergenzzonen, so daß eine Loyalitätssicherung durch Elitentausch in der Gesundheitsverwaltung zunächst weniger drängend schien als etwa in der als „marxistisch durchsetzt" geltenden Sozialverwaltung.[17]

Gerade weil der Gesundheitspolitik bei der geplanten Umgestaltung der deutschen Gesellschaft eine Schlüsselrolle zukam, war der personalpolitische Gestaltungsspielraum der neuen Machthaber beschränkt. Außer einigen unscharf umrissenen Ideenkernen verfügten die Nationalsozialisten über kein ausformuliertes gesundheitspolitisches Programm, das gegenüber den etablierten gesundheitspolitischen Funktionseliten hätte trennend wirken können, geschweige denn über konkrete Vorstellungen zu seiner Implementation. Sie waren daher dringend auf externe Sachkunde angewiesen. Die hierzu notwendige Fachkompetenz konzentrierte sich bei einem vergleichsweise kleinen Personenkreis. Anders als in der allgemeinen inneren Verwaltung, die als Zugangsvoraussetzung für Leitungspositionen lediglich die reichlich vorhandene Befähigung zum Richteramt vorsah, oder im Bereich der ärztlichen Standesorganisationen, die auf neu gesetztem Recht basierten, benötigten die Funktionseliten des öffentlichen Gesundheitswesens ein umfangreiches medizinisches und juristisches Spezialwissen, das in der Regel nur während einer mehrjährigen Tätigkeit im öffentlichen Gesundheitswesen erwor-

---

[16] Die Gesundheitsabteilung des Preußischen Innenministeriums war erst im Dezember 1932 aus dem Ministerium für Volkswohlfahrt dorthin überführt worden. Zu Ebner vgl. den Personalakt BAB, 15.01 Pers./5952; zu Hesse seine Aufsätze Gesetzgebung und Eugenik, in: Ärztliche Monatsschrift 1 (1924), S. 289–303; Die Unfruchtbarmachung von Geisteskranken, geistig Minderwertigen und Verbrechern, in: Ärztliches Vereinsblatt 58 (1929), Sp. 93–96, 115–122; Volksentartung und Volksaufartung, in: Zeitschrift für ärztliche Fortbildung 29 (1932), S. 541–545, sowie seine Personalakte BAB, 15.01 Pers./7300. Da ihm praktische Kenntnisse in der Medizinalverwaltung fehlten, wurde Hesse nach seinem Übertritt ins Ministerium dienstlich mehrfach schlecht beurteilt und 1937 dazu gedrängt, sich aus gesundheitlichen Gründen vorzeitig pensionieren zu lassen.

[17] Die breite Spannweite dieses eugenischen Konsenses in der Weimarer Gesundheitspolitik, der sich von der völkischen Rechten über Teile des katholischen Lagers bis in den Verein Sozialistischer Ärzte erstreckte, hat zuletzt Schwartz, Proletarier, S. 555, 565 herausgearbeitet, vgl. ebenso Hahn, Tendenzen, S. 46f.

ben werden konnte und daher nach der Machtergreifung weder unbegrenzt zur Verfügung stand noch rasch vermehrbar war. Der übliche Ausbildungsgang sah eine erfolgreich bestandene kreisärztliche Prüfung (in Bayern das Physikatsexamen) als Eingangsvoraussetzung für das staatliche Gesundheitswesen vor. Ihr konnte nach mehreren Dienstjahren als knapp besoldeter Medizinalassistent und Kreisarzt eine probeweise Abordnung an das Medizinaldezernat einer Bezirksregierung folgen. Daher läßt sich die Situation im Gesundheitswesen nur schwer mit der in anderen Politikfeldern vergleichen. Im Hinblick auf die notwendige Fachkompetenz zählte die Gesundheitsabteilung des Reichsinnenministeriums eher zu den „technischen" Fachministerien ähnlich dem Reichspostministerium, im Hinblick auf die politische Relevanz jedoch eher zur Gruppe der „Revolutionsministerien", unter die z.B. das neuerrichtete Reichspropagandaministerium zu rechnen ist.

Entschärft wurde der personalpolitische Handlungsdruck auch dadurch, daß einige der prominentesten nationalsozialistischen Gesundheitspolitiker seit dem Frühjahr 1933 die Gesundheitsabteilungen nichtpreußischer Länder übernommen hatten,[18] so daß sich das Bedürfnis der neuen Machthaber, altgediente Anhänger der NS-Bewegung mit Pfründen zu versorgen, in der höheren Reichsmedizinalverwaltung weniger drängend darstellte als in anderen Geschäftsbereichen. Dadurch, daß sich der in München ansässige Reichsärzteführer Wagner in der Machteroberungs- und -befestigungsphase zuerst auf die Gleichschaltung der ärztlichen Standesorganisationen konzentrierte, geriet die Gesundheitsabteilung des Reichsinnenministeriums unter den Einfluß eines Arztes, der wegen seiner etatistischen Orientierung untypisch für die nationalsozialistische Gesundheitspolitik in der Übergangsphase von der Republik ins „Dritte Reich" war: Arthur Gütt, ein Kreisarzt und Altmitglied völkischer Parteien in den frühen zwanziger Jahren, war erst nach der Aufhebung des Beitrittsverbots für preußische Beamte im September 1932 zur NSDAP gestoßen und seitdem durch Göring, Conti und den brandenburgischen Gauleiter Kube gefördert worden. Daß es Gütt nach seinem Parteibeitritt rasch gelang, sich durch die Abfassung einiger Denkschriften als gesundheitspolitischer Sachverständiger der preußischen Landtagsfraktion zu profilieren, verweist auf den Mangel an nationalsozialistischen Ärzten, die mit den Fragen des öffentlichen Gesundheitswesens vertraut waren.[19] Gütt, der nach seinem Kreisarztexamen 1923 Dienstposten in Marienwerder, Wandsbek und Stomarn bekleidet hatte, verkörpert sowohl die Kooperationsbereitschaft von Teilen des öffentlichen Gesundheitsdienstes mit dem neuen Regime, als auch die Ambivalenz nationalsozialistischer Personalpolitik im öffentlichen Gesundheitswesen, die einerseits durch das Bemühen geprägt war, das hochpolitisierte Handlungsfeld

---

[18] Pakheiser (Baden), Stähle (Württemberg), Schultze (Bayern), Cropp (Oldenburg), Klipp (Thüringen), Wegner (Sachsen). Außerhalb Preußens verfügten mit Cropp und Schultze nur zwei der neuernannten leitenden Medizinalbeamten über Erfahrungen im öffentlichen Gesundheitsdienst.

[19] Hier vor allem die Denkschrift „Staatliche Bevölkerungspolitik". Gütts Berufung in das Reichsinnenministerium wurde von Conti in Kenntnis dieser Denkschrift gefördert; Conti an Daluege, 17. 2. 1933, BAB, Personalakte Gütt (dort auch die Denkschrift); zum beruflichen Werdegang Gütts vgl. BAB, 15.01 Pers./6875, 6876, 6877.

Gesundheit umgehend mit zuverlässigen Parteigängern zu besetzen, andererseits aber danach trachtete, die vorhandenen Kompetenzressourcen der Gesundheitsbürokratie weiterhin zu nutzen. Diese Ambivalenz spiegelt sich auch in der personellen Zusammensetzung der Gesundheitsabteilung des Reichsinnenministeriums.

Die höheren Medizinalbeamten des Reichsinnenministeriums entstammten mehrheitlich evangelischen Elternhäusern und gehörten überwiegend den nach 1914 approbierten Alterskohorten an, deren Generationserfahrung durch die Teilnahme am Ersten Weltkrieg und stark beschränkte berufliche Perspektiven in den zwanziger Jahren bestimmt waren, cum grano salis gilt dies auch für die preußischen Medizinaldezernenten.[20] Dies verbindet sie mit den Mitarbeitern des Hauptamtes und den Leitern der Gauämter für Volksgesundheit. In drei Gesichtspunkten unterscheiden sich die Angehörigen der Reichs- und preußischen Medizinalverwaltung jedoch deutlich von den Funktionsträgern des NSDAP-Gesundheitswesens, die im folgenden Abschnitt behandelt werden:

1. Im Vergleich zu diesen war die Herkunft der Medizinalbeamten stärker gehoben-mittelständisch geprägt.[21]

2. Die Beamten des Reichsinnenministeriums hatten ihre Berufserfahrung nicht in der freien Praxis gesammelt, sondern in der Regel mehrere Jahre in verschiedenen Funktionen des öffentlichen Gesundheitsdienstes zugebracht, bevor sie ins Ministerium berufen wurden. Läßt man die zumeist aus der höheren Verwaltungslaufbahn ins Gesundheitswesen übergewechselten Rechtsreferenten der Abteilung IV außer acht, bedeutete dies eine mehrjährige Tätigkeit als preußischer Kreis- bzw. Amtsarzt, nicht selten in Kombination mit einer Facharztausbildung als Hygieniker, zumeist gefolgt von einer Verwendung als Medizinalreferent einer Bezirksregierung, bevor geeignete Kandidaten, zunächst auf Probe, an das Ministerium abgeordnet wurden. Beispielhaft für dieses Karrieremuster steht der Berufsweg des Seuchenreferenten Walter Bieber, der 1919–1923 als Oberarzt am Institut für Hygiene und experimentelle Therapie der Universität Marburg forschte und nach der bestandenen Amtsarztprüfung als Kreisarzt nach Nienburg/Hannover wechselte. 1933 übernahm Bieber kurzzeitig das Medizinaldezernat der Regierung Potsdam. Im August 1934 wurde er, zunächst als Hilfsreferent, später als Leiter der Unterabteilung Hygiene und Seuchenbekämpfung, in das Ministerium berufen.[22] Alternativ konnte auch die Spezialisierung auf eine für den öffentlichen Gesundheitsdienst besonders bedeutsame Krankheit den Weg zur Ministeriallaufbahn öffnen. Der Tuberkulosereferent der Abteilung, Julian Kayser-Petersen, ein habilitierter Hygieniker, hatte sich seit 1923 als Leiter der als besonders fortschrittlich geltenden Jenaer Tuberkulosefürsorgestelle und Oberarzt der dortigen

---

20 Tab. B.1, B.4. Rund drei Viertel der Medizinalbeamten hatten, mehrheitlich in medizinischen Verwendungen, Kriegsdienst geleistet.

21 Tab. B.2.

22 BAB, Personalakte Bieber. Zur Praxis, geeignete Amtsärzte zur Ausbildung an das Reichsinnenministerium abzuordnen vgl. Schopf an das Reichsministerium des Innern, Abteilung IV, 21. 5. 1940, BAB, Personalakte Josten. Allerdings war die Bereitschaft der regionalen Instanzen, qualifizierte Ärzte abzugeben, gerade im Krieg gering.

Tuberkuloseklinik einen Namen gemacht, bevor er 1940 in das Reichsinnenministerium überwechselte.[23]

Ein Blick auf die leitenden Medizinalbeamten der preußischen Regierungspräsidien unterstreicht die hohe Kontinuität solcher Berufslaufbahnen über den politischen Umbruch von 1933 hinweg. Von 31 Beamten, die schon vor 1933 in den Medizinaldezernaten beschäftigt wurden, waren im Jahr 1941 drei Fünftel (18 Beamte) noch im Dienst. Ein Fünftel (sechs Beamte) trat bis Ende 1939 mit dem Erreichen des regulären Pensionsalters in den Ruhestand. Ein weiteres Fünftel schied vorzeitig aus dem Amt, teils freiwillig, in wenigstens zwei Fällen, die die katholisch geprägten preußischen Westprovinzen betrafen, wurden Beamte 1933/34 zwangspensioniert.[24] Auch die 35 nach dem 30. 1. 1933 berufenen höheren Medizinalbeamten der preußischen Gesundheitsverwaltung entsprachen in ihrer beruflichen Vorbildung und ihrem bisherigen Karriereverlauf ihren Amtsvorgängern, nur daß sie im Schnitt etwas älter waren.[25] Dieser auf den ersten Blick paradoxe und von der Situation in anderen Sektoren der inneren Verwaltung abweichende Befund resultiert daher, daß mangels geeigneter Nachwuchsbeamter mehrere ältere Amtsärzte an die Regierungspräsidien versetzt wurden.[26] Auf der anderen Seite findet sich in der Gruppe der nach 1933 in die Regierungspräsidien einberufenen Medizinalbeamten eine Reihe jüngerer, in der Zwischenkriegszeit ausgebildeter Ärzte, die zwischen 1933 und 1939 bereits 12–14 Jahre nach ihrer Approbation in leitende Stellen des öffentlichen Gesundheitsdienstes einrückten, ohne daß sich deren rasche Beförderung aus einer besonders engen Parteibindung erklären läßt.[27]

---

[23] BAB, Personalakte Kayser-Petersen.

[24] Es handelt sich dabei um die Medizinaldezernenten der Regierungspräsidien Arnsberg (Gustav Willführ) und Münster (Eugen Engels). Zur Gruppe der im Zuge der nationalsozialistischen Machtbefestigung dienstrechtlich gemaßregelten Beamten müssen auch die Medizinaldezernenten der Regierungen Düsseldorf (Tilmann Mathar) und Kassel (Heinrich Viereck) gerechnet werden, die an eine kleinere Regierung, bzw. auf eine Amtsarztstelle versetzt wurden, mit hoher Wahrscheinlichkeit auch der Kölner Medizinaldezernent Max Döllner, der 1934 vorzeitig aus dem Amt schied. Bei Willführ lassen sich die Gründe nicht mehr ermitteln, da er aufgrund § 6 des Gesetzes zur Wiederherstellung des Berufsbeamtentums (Pensionierung bei Umbildung der Verwaltung) unter Beibehaltung der Ruhestandsbezüge von seinen Amtspflichten entbunden wurde. Im Falle der Zentrumsanhänger Mathar und Engels standen hinter der Zwangspensionierung bzw. Versetzung politische Motive. Zu Engels vgl. Vossen, Gesundheitsämter, S. 211; zu Mathar dessen Personalakte im NdsHStA, Nds. 120 Lbg. Acc. 113/86–384; zu Willführ die Personalakte im StAMü, Personalakten I/2038. Für den Austausch biographischer Daten zu den preußischen Medizinalbeamten bin ich Johannes Vossen zu Dank verpflichtet.

[25] Während die höheren Medizinalbeamten vor 1933 im Schnitt etwa 19 Jahre nach ihrer ärztlichen Bestallung in die Medizinaldezernate der Bezirksregierungen einberufen wurden, waren die nach 1933 ernannten Medizinaldezernenten im Durchschnitt 21 Jahre approbiert.

[26] Z.B. Hans Rohlfing, Robert Wildenrath und Kurt Zimdars.

[27] Z.B. Leo Hoffs (Jg. 1900), Kurt Klabunde (Jg. 1899) und Fritz Plato (Jg. 1899). Die Zahl der neu berufenen übersteigt die Anzahl der ausgeschiedenen höheren Medizinalbeamten deutlich, da die Leitungspositionen im öffentlichen Gesundheitswesen durch die Ausweitung der Abteilung IV, die Einrichtung von zweiten Dezernentenstellen in den Bezirks-

Ein Vergleich mit anderen Bereichen des Gesundheitswesens und der allgemeinen inneren Verwaltung macht das Ausmaß der personellen Kontinuität in der Mittelebene des öffentlichen Gesundheitswesens deutlich: Von den preußischen Stadt- und Kommunalärzten wurde im Prozeß der nationalsozialistischen Machtdurchsetzung wenigstens jeder Zehnte ausgetauscht.[28] 90 Prozent der preußischen Landräte wurden nach dem Januar 1933 neu ernannt, mehr als ein Drittel davon, ohne die formalen Qualifikationsanforderungen für diese Position zu erfüllen.[29]

Eine Laufbahn im öffentlichen Gesundheitsdienst bedeutete, auf die Behandlung von Kranken zugunsten administrativer Tätigkeiten weitgehend zu verzichten. Gleichzeitig tauschten die Bewerber die risikoreiche, in der Regel jedoch lukrative Freiberuflichkeit gegen eine zwar gesicherte, jedoch nur kärglich dotierte Stellung ein, die aufgrund des schmalen Stellenkegels im öffentlichen Gesundheitsdienst nur wenig Aufstiegsmöglichkeiten bot.[30] Die Mehrzahl der dort beschäftigten Ärzte beendete ihr Berufsleben daher in der gleichen Funktion wie sie es begonnen hatten: als Kreis- bzw. (bayerischer) Bezirksarzt. Diese Berufserwartung wich so erheblich vom durch Freiberuflichkeit und den Kontakt zum Patienten bestimmten Selbstbild der Ärzteschaft ab, daß der öffentliche Gesundheitsdienst oftmals Schwierigkeiten hatte, geeignete Nachwuchskräfte zu gewinnen. Vielfach handelte es sich bei den Bewerbern um Mediziner, die sich gesundheitlich nicht dazu in der Lage sahen, die physischen Anstrengungen einer freiberuflichen Tätigkeit auf sich zu nehmen, oder die nicht über genug finanzielle Mittel verfügten, um die einkommensarme Berufseinstiegsphase zu überbrücken.[31]

Da jedoch mit dem Kriegsende mehrere Approbationsjahrgänge gleichzeitig auf den medizinischen Arbeitsmarkt drängten, war die Situation der im und nach dem Ersten Weltkrieg approbierten Ärzte durch beengte materielle Perspektiven gekennzeichnet.[32] Die Situation wurde zudem dadurch verschärft, daß die Krankenkassen die Zulassung neuer Jungärzte zur Kassenpraxis durch die Einführung

---

regierungen und die Errichtung von Gesundheitsbehörden in den besetzten Ostgebieten erheblich vermehrt wurden.

[28] Labisch/Tennstedt, Weg, S. 548–551, haben bei ca. 600 Stellen im öffentlichen Gesundheitsdienst mindestens 61 Fälle festgestellt, in denen Kreis- und Stadtärzte 1933/34 ihre Stelle verloren.

[29] Ruck, Korpsgeist, Tab. B.32, S. 311.

[30] Im November 1934 standen in Preußen 359 Kreisarztstellen (zu denen wenigstens die gleiche Anzahl weiterer an den Gesundheitsämtern beschäftigter Ärzte zu rechnen ist) etwa 50 Stellen in den Medizinaldezernaten der Regierungspräsidien gegenüber; vgl. Labisch/Tennstedt, Weg, S. 319. Das Eingangsgehalt im öffentlichen Gesundheitsdienst bewegte sich je nach Dienstalter und Familienstand zwischen 3500 und 7200 Reichsmark im Jahr. Das Jahreseinkommen der Amtsärzte lag mit 4800–8400 Reichsmark im Jahr deutlich unter, das Gehalt der Medizinaldezernenten mit 4800–12600 Reichsmark etwa im Durchschnitt der ärztlichen Einkommen. Zur Einkommensentwicklung der Ärzte vgl. die Anlage zum Rundschreiben Contis an die Gauamtsleiter für Volksgesundheit, 2. 9. 1941, BAB, NS 20/139–6; für den öffentlichen Gesundheitsdienst Vossen, Gesundheitsämter, S. 215f.

[31] Zur Funktion des öffentlichen Gesundheitswesens als Einstiegsberuf für Ärzte aus einkommensschwächeren Familien Kersting, Anstaltsärzte, S. 153f.

[32] Zur materiellen Situation der Jungärzte Thomsen, Ärzte, S. 24–40, bes. 29–32.

einer festen Arzt-Patientenrelation weitgehend unterbanden, so daß bis 1929 ca. 4000, d.h. rund ein Zehntel aller Ärzte, von der gerade für Berufsanfänger existenzsichernden Zulassung zur Kassenpraxis ausgeschlossen blieben.[33] Die Anzahl der beruflichen Alternativen war begrenzt und zudem wenig attraktiv: Manche versuchten, die mehrjährige Wartezeit bis zur Kassenzulassung als Volontärassistent im Krankenhaus bei freier Kost und Logis zu überbrücken, andere hielten sich mit kurzfristigen Praxisvertretungen über Wasser, und auch der Weg in die private Praxis erschien angesichts der Tatsache, daß sich wohlhabende Privatpatienten nur selten Berufsanfängern anvertrauten, und der hohen mit einer Praxiseröffnung verbundenen Kosten wenig erfolgversprechend. In dieser Situation stellte der öffentliche Gesundheitsdienst für die Approbationsjahrgänge der Kriegs- und Nachkriegszeit eine interessante Berufsperspektive dar.[34] Der gestiegene Anteil an ehemaligen Universitätsassistenten unter den nach 1918 in das öffentliche Gesundheitswesen eingetretenen Medizinern deutet darauf hin, daß nun eher die erfolgreicheren Studenten in diesen Beruf drängten.

3. Die Intensität der Parteibindung an die NSDAP bildet ein weiteres signifikantes Differenzierungskriterium zwischen den Angehörigen des öffentlichen und denen des NSDAP-Gesundheitswesens. Vor 1933 begonnene Karrieren im völkisch-nationalsozialistischen Lager, wie sie für die leitenden Mitarbeiter des Hauptamtes für Volksgesundheit und seine Gauamtsleiter typisch sind, finden sich in der Zentralebene des öffentlichen Gesundheitswesen nur bei wenigen Spitzenbeamten. Parteibeitritte in den Jahren vor 1928 waren ausgesprochen selten, auch die in der Expansionsphase der Jahre 1929–1932 zur NSDAP gestoßenen Parteimitglieder bildeten mit knapp 30 Prozent der Abteilungsangehörigen eine Minderheit. Bei den preußischen Medizinaldezernenten fehlen – bedingt durch das zeitweilige Beitrittsverbot für preußische Beamte – Parteibetritte vor dem Jahr 1933 nahezu ganz.[35] Die Mehrzahl dieser vor 1933 oftmals deutschnational oder nationalliberal orientierten Beamten trat der NSDAP erst nach der nationalsozialistischen Machteroberung bei.[36] Nicht selten wurden sie dabei mißtrauisch be-

---

[33] Eingehend zu diesem Problem Kater, Physicians; zur zeitgenössischen Wahrnehmung: Ackermann, Nachwuchs; zur Entwicklung der Absolventenzahlen medizinischer Fakultäten Titze, Überproduktion, S. 106f.

[34] Vor 1933 entstammten rund drei Fünftel der Medizinaldezernenten Familien der Ober- und oberen Mittelschicht. Bei den nach 1933 ernannten Medizinaldezernenten erhöhte sich dieser Wert durch den gestiegenen Anteil von Arztsöhnen auf 75 Prozent. Der zunehmende Anteil von Arztsöhnen läßt sich als Hinweis auf die verengten Berufschancen von Medizinern interpretieren, da dieser Personenkreis nach dem Ende seiner Ausbildung zumeist eine Niederlassung anstrebte.

[35] Anders als in Bayern, wo der in Österreich zu einer Gefängnisstrafe verurteilte NSDAP-Aktivist Emil Sprenger nur zwei Jahre nach seiner staatsärztlichen Prüfung als Medizinaldezernent der Regierung von Oberbayern installiert und ein weiteres Jahr darauf wegen seiner „besonderen Verdienste [...] um die nationalsozialistische Bewegung" vorzeitig zum Oberregierungsrat befördert wurde, hielt die preußische Medizinalverwaltung an der staatsärztlichen Prüfung und einer mehrjährigen Bewährung als Amtsarzt fest; zur Beförderung Sprengers vgl. Reichsministerium des Innern an das Reichsfinanzministerium, 16. 8. 1939, BAD, ZB II/1421, A. 2.

[36] DNVP-Mitglieder waren z.B. die Referenten Walter Bieber und Karl Gemsjäger. Otto Beyreis und Arthur Josten waren ehemalige DVP-Mitglieder.

äugt, wie der spätere Tuberkulosereferent Kayser-Petersen, der sich seine Mitgliedschaft vor dem Kreisgericht der NSDAP erstritt, nachdem der zuständige Hoheitsträger dem ehemaligen Stahlhelm-Angehörigen bescheinigt hatte, er sei zwar ein „anständiger Mann und ein tüchtiger Arzt",[37] „politisch aber [...] Reaktionär im alten Sinne und unklar in allen wesentlichen Fragen". Da er insbesondere die „scharfe Ablehnung des Judentums seitens der Partei" nicht zu verstehen vermöge, sei, auch wegen seines fortgeschrittenen Alters, nicht mehr damit zu rechnen, daß aus ihm ein brauchbarer Nationalsozialist werde.

Trotz einer ähnlichen Berufslaufbahn waren die Beamten der Gesundheitsabteilung keine biographisch homogene Gruppe. Ältere Ministerialräte, wie der 1876 geborene Rechtsreferent der Abteilung, Freiherr von Tschamer-Quaritz, hatten ihr Studium bereits abgeschlossen, bevor der Leiter der Abteilung, Staatssekretär Conti, geboren wurde. Kombiniert man die Intensität des Parteiengagements, die erreichte Karrierestufe und den Tätigkeitsbereich als Typologisierungskriterien, lassen sich vier Gruppen von Ministerialbeamten unterscheiden:

1. Die gesundheitspolitischen Schlüsselpositionen wurden bereits im Frühjahr 1933 mit Aktivisten der NS-Bewegung besetzt. Sie verbanden eine völkisch-nationalsozialistische Vergangenheit mit Erfahrungen im öffentlichen Gesundheitswesen, konnten jedoch keine reguläre Berufsbiographie in der Medizinalverwaltung vorweisen. Zu dieser altersmäßig heterogenen und zahlenmäßig kleinen Gruppe neuberufener Spitzenbeamter gehörten neben dem ersten Abteilungsleiter Arthur Gütt und seinem Nachfolger Leonardo Conti der Stellvertreter des Abteilungsleiters, Ministerialdirektor Fritz Cropp, ein ehemaliger Stadtarzt, der die NSDAP im oldenburgischen Landtag vertreten hatte, sowie die Leiter wichtiger Arbeitsbereiche wie der Unterabteilungsleiter für Erb- und Rassenpflege und spätere Organisator der Krankenmorde, Ministerialdirigent Herbert Linden, der der NSDAP 1925 beigetreten war und 1933 aus dem Reichsgesundheitsamt in die Gesundheitsabteilung des Reichsinnenministeriums überwechselte. Genuine Nationalsozialisten, die ihre Karriere ausschließlich politischen Verdiensten in der „Kampfzeit" der NSDAP verdankten, waren eher selten, sieht man von Conti und dem bereits nach kurzer Zeit in das Hauptamt für Volksgesundheit übergewechselten Ministerialrat Fritz Bartels einmal ab. Daß eine völkische Vergangenheit und ein früher Parteibeitritt wohl den Eintritt in die Reichsmedizinalverwaltung erleichterten, jedoch keine Garantie für eine schnelle Karriere waren, zeigt die Berufslaufbahn des Referenten für Arzneimittelbewirtschaftung, Ministerialrat Annecke, dessen Berufsbiographie trotz frühen Engagements für die Hitlerbewegung in den Bahnen eines traditionellen Fachbeamten verlief. Am ehesten finden sich reine Parteibuchbeamte in den juristischen Referaten, so z. B. der für Erbgesundheitsfragen zuständige SS-Jurist Oberregierungsrat Falk Ruttke, der 1936 in das Reichsinnenministerium eintrat. Für ihn stellte die Tätigkeit in der Gesundheitsabteilung jedoch nur eine Sinekure auf dem Weg an die Universität dar.[38]

---

[37] Ortsgruppe Jena-West an das Kreisparteigericht Jena, 7. 6. 1936, BAB, Personalakte Kayser-Petersen.

[38] Der vom Amt Rosenberg und der SS protegierte Ruttke war ein rassenhygienischer Autodidakt, der infolge seiner selbst für NS-Verhältnisse geringen Qualifikation bis zum De-

2. Die zweite Gruppe bilden Beamte, die zwischen 1890 und den ersten Jahren des 20. Jahrhunderts geboren wurden und schon vor 1933 Positionen in der staatlichen Medizinalverwaltung innegehabt hatten. Bei diesem Personenkreis trieb eine Kombination aus fachlicher Qualifikation und demonstrativer Anpassung an die neuen Machthaber das berufliche Fortkommen voran. Hier überwiegen Parteibeitritte im Frühjahr 1933, vielfach in Verbindung mit dem Eintritt in die SS und einem späteren Kirchenaustritt. Zur Gruppe dieser schnell beförderten ostentativen Neu-Nationalsozialisten zählt der aus der sächsischen Gesundheitsverwaltung übernommene Ministerialdirektor Johannes Krahn, ein ausgebildeter Hygieniker, der seit 1935 die wichtige Unterabteilung für Personalangelegenheiten und seit 1943 auch die neugeschaffene Abteilung A (Gesundheitssicherung) des Staatssekretariats für das Gesundheitswesen leitete.[39] Daß es sich dabei nicht selten um Konjunkturritter handelte, zeigt die Berufslaufbahn des vormaligen Trierer Amtsarztes Bruno Engel, der Ende 1937 zuerst zum Medizinaldezernenten der dortigen Regierung ernannt und 1939 in das Reichsinnenministerium einberufen wurde, wo er Angelegenheiten der Körperbehindertenfürsorge und Luftschutzfragen bearbeitete. Der vordem deutschnational orientierte Engel war im Frühjahr 1933 sowohl der NSDAP als auch der SS beigetreten, zeigte jedoch offenkundig so wenig Interesse an deren Dienstbetrieb, daß diese ihm vor seiner Versetzung in das Ministerium bescheinigte, er sei ein „Streber",[40] der sich allen Verhältnissen anpasse, um in seinem Beruf voranzukommen.

Auch die energische Durchführung der nationalsozialistischen Erbgesundheitsgesetzgebung konnte sich fördernd auf eine Karriere im staatlichen Gesundheitswesen auswirken. Ihr verdankt der Lippstadter Amtsarzt Heinrich Lehmkuhl seinen raschen Aufstieg, der ihn über Zwischenstationen an den Regierungen Köln und Marienwerder bereits fünf Jahre nach seiner Ernennung zum Kreisarzt in das Reichsinnenministerium führte.[41] In den für die Umsetzung der nationalsozialistischen Erbgesundheitspolitik wichtigen Bereichen der staatlichen Medizinalverwaltung waren mehrere Quereinsteiger aus der mittleren Verwaltungslaufbahn beschäftigt, denen ihr Engagement für die Erb- und Rassenhygiene den Weg in den höheren Ministerialdienst geöffnet hatte. In Bayern erlangte der aus dem mittleren Verwaltungsdienst aufgestiegene Fürsorgereferent des Bayerischen Innenministeriums, Max Gaum, einigen Einfluß auf die Psychiatriepolitik.[42] Der

---

zember 1941 auf die Berufung zum ordentlichen Professor für „Rasse und Recht" in Jena warten mußte. Drei Jahre zuvor hatte der Bearbeiter des Reichserziehungsministeriums eine Berufung noch mit der kühlen Bemerkung abgelehnt, daß Ruttkes Fähigkeiten „mehr auf organisatorischem Gebiet als auf dem strenger und ernster wissenschaftlicher Forschung liegen"; Aktenvermerk des Reichserziehungsministeriums, 19. 5. 1938, BAD, ZB II/1879, A. 1, Bl. 34.

[39] Zur Berufslaufbahn vgl. die Vernehmung Krahns, 19. 9. 1946, S. 1–6, BAK, All. Proz. 2/ FC 6097 P.

[40] Beurteilung Engels durch den SS-Sturmbann II/5, 28. 5. 1937, BAB, Personalakte Engel.

[41] Zu Lehmkuhl vgl. Vossen, Gesundheitsämter, S. 224.

[42] Der „böse Geist" des bayerischen Innenministeriums (so die ehemalige Sekretärin Rose Wreschner), war der NSDAP im August 1930 beigetreten und hatte sich zunächst als Kreisbeauftragter des Amtes für Kriegsopfer betätigt. Über diese Schiene stieg der spätere SD-Untersturmführer nach der nationalsozialistischen Machteroberung aus dem mittle-

zweite Sachbearbeiter im Erbgesundheitsreferat des Reichsinnenministeriums, Heinrich Franke, wurde trotz seines mäßigen Verwaltungsexamens zum Regierungsrat befördert, weil er es verstanden hatte, sich zum unentbehrlichen Helfer Lindens zu machen, als dieser während des Krieges zunehmend Aufgaben außerhalb seines ursprünglichen Geschäftsbereichs übernahm.[43]

3. Die mit 19 Personen größte Gruppe innerhalb der Gesundheitsabteilung bildeten diejenigen Beamten, die der NSDAP im Frühjahr 1933 bzw. nach der erneuten Öffnung der Partei 1937 beitraten, ansonsten jedoch nur wenig Engagement für die Hitler-Partei zeigten. Sie gehörten mehrheitlich Geburtsjahrgängen zwischen 1881 und 1895 an, waren zumeist vor dem Ausbruch des Ersten Weltkriegs approbiert worden und verfügten über langjährige Erfahrungen im öffentlichen Gesundheitswesen bzw. der inneren Verwaltung. Von den fünf bei der Reorganisation des Staatssekretariats für das Gesundheitswesen neugeschaffenen Unterabteilungen wurden drei von Angehörigen dieser Gruppe geleitet: Ministerialdirektor Oskar Bahmann stand der Unterabteilung für Verwaltungs- und Haushaltsangelegenheiten vor, die Unterabteilung für Wohlfahrtspflege wurde von Reichsrichter Heinrich Krüger geleitet, der vor seiner Versetzung in das Reichsinnenministerium am Preußischen Dienststrafgerichtshof tätig war. Ministerialrat Prof. Walter Bieber leitete die Unterabteilung für Seuchenbekämpfung. Alle drei waren der NSDAP erst im Frühjahr 1933 beigetreten.

4. Nur sechs höhere Medizinalbeamte traten der NSDAP nachweislich nicht bei. Die meisten Angehörigen dieser Gruppe waren vor 1885 geboren und hatten zum Zeitpunkt der nationalsozialistischen Machtübernahme bereits den Scheitelpunkt ihrer Berufslaufbahn erreicht. Sofern sie weiterbeschäftigt wurden, fanden diese Beamten in eher unpolitischen Tätigkeitsfeldern Verwendung. Zu dieser Gruppe gehörten der ehemalige Stellvertreter des Abteilungsleiters, Ministerialrat Karl Wilhelm Melior, ein Spezialist für die gesundheitspolitische Gesetzgebung, der an der Ausarbeitung des Gesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten von 1927 beteiligt war, ferner der Lebensmittelhygieniker Ministerialrat Ernst Bahmes und der Sachbearbeiter für Arztrecht, Freiherr von Tschamer-Quaritz, der diese Funktion bereits im Preußischen Innenministerium ausgeübt hatte.

Daß fachliche Qualifikation im Verein mit organisatorischen Fähigkeiten und beruflichen Kontakten in den Anfangsjahren des NS-Regimes bei der Berufung in die Gesundheitsabteilung ein fehlendes NSDAP-Parteibuch aufwiegen konnten,

---

ren Verwaltungsdienst zum Fürsorgereferenten des bayerischen Innenministeriums auf, arbeitete sich dort zur rechten Hand des Abteilungsleiters Schultze empor und wurde „im Hinblick auf [seine] besonders verdienstvolle Tätigkeit" (Wagner an Frick, 31. 5. 1942, BAD, ZA VI 98, A. 13) 1939 zum Regierungs- und 1942 zum Oberregierungsrat befördert, ohne die jeweiligen laufbahnrechtlichen Voraussetzungen erfüllt zu haben. Als Fürsorgereferent war Gaum unter anderem für die bayerischen Heil- und Pflegeanstalten zuständig und in dieser Funktion maßgeblich an der Organisation der „Euthanasie" in Bayern beteiligt; zur Biographie Gaums vgl. die Spruchkammerakte, FGM.

[43] Franke bearbeitete den gesamten Bereich der fördernden Bevölkerungspolitik sowie Einzelmaßnahmen auf dem Gebiet der Heil- und Pflegeanstalten und im Geschäftsverteilungsplan von 1943 nicht näher bezeichnete Sonderaufgaben. Aus den Akten der Regierung Düsseldorf und denen des sächsischen Innenministeriums geht hervor, daß die Koordination von überregionalen Krankenverlegungen zu diesen Sonderaufgaben gehörte.

zeigt die Laufbahn des Ministerialrats Franz Ebner, der zunächst die Angelegenheiten der freiberuflichen Ärzte, seit Oktober 1943 auch das wichtige Personalreferat für die außerpreußischen Länder bearbeitete.[44] Ebner wurde im Oktober 1933 auf Veranlassung Freys, unter dem er bereits während des Ersten Weltkrieges in der deutschen Zivilverwaltung des besetzten Polen gearbeitet hatte, aus dem Medizinaldezernat der Regierung Schneidemühl in die Gesundheitsabteilung des Preußischen Innenministeriums versetzt und dort im Mai 1934 zum Ministerialrat ernannt, obwohl er kein Mitglied der NSDAP war.[45] Allerdings war der parteilose Ebner nach der Pensionierung Freys zunehmenden Anfeindungen ausgesetzt, da er als politisch unzuverlässig galt.[46] Auch einige leitende Medizinalbeamte wurden ernannt, ohne der NSDAP beigetreten zu sein,[47] doch bildeten solche Berufslaufbahnen seltene Ausnahmen, die nur dann möglich wurden, wenn dem Bewerber weder Bedenken der Parteikanzlei noch seitens des SD entgegenstanden.[48] Im Regelfall waren jedoch Berufungen in das Reichsinnenministerium bzw. Beförderungen auf höhere Dienstposten ohne NSDAP-Parteibuch nur schwer möglich. So scheiterte die Beförderung des Oberregierungsrates Fabian, der 1936 aus dem Reichsgesundheitsamt in die Abteilung IV versetzt worden war, trotz guter dienstlicher Leistungen an seiner Weigerung, der NSDAP beizutreten.[49]

Wählt man das Lebensalter als weiteres Typologisierungskriterium, tritt eine fünfte Gruppe jüngerer, nach der Jahrhundertwende geborener nationalsozialistisch geprägter Ministerialbeamter in scharfen Kontrast zur Gruppe der Nichtparteimitglieder. Die zehn Angehörigen der Kriegsjugendgeneration, die ihr Studium zumeist in der krisenhaften Gründungszeit der Weimarer Republik aufgenommen hatten, weisen unter allen Mitarbeitern der Gesundheitsabteilung die höchste Rate an NSDAP-Beitritten vor 1933 auf (50 Prozent), ebenso den höchsten Anteil an SS-Angehörigen (70 Prozent). Zumeist nach 1933 in den öffentlichen Gesundheitsdienst eingetreten, standen sie bei Kriegsbeginn als Medizinalräte oder junge Regierungs- und Oberregierungsmedizinalräte am Beginn ihrer beruflichen Laufbahn. Sie verkörperten einen neuen Typ junger nationalsozialistisch engagierter Medizinalbeamter, der seit Ende der dreißiger Jahre zunehmend

---

[44] In dieser Funktion bearbeitete Ebner vor allem Personalangelegenheiten der Amtsärzte.

[45] Zu Ebner siehe BAB, Personalakte Ebner, sowie ders. an die Ministerialsammelstelle/Abteilung innere Angelegenheiten und Verkehr, Zweigstelle öffentliches Gesundheitswesen, 18. 8. 1945, BAB, unverzeichneter Ordner Ministerial Collecting Center.

[46] In einem SD-Bericht über „Reaktionäre Beamtenkreise in Berlin" rechnete ein SD-Spitzel Ebner „zu den Beamtenkreisen [...] die [...] froh wären, wenn sie früher gegen den Führer gestimmt hätten". SD-Abschnitt Weimar an das Reichssicherheitshauptamt, Abteilung III G, 7. 9. 1944, ZAhdS, 500/3/764.

[47] Z.B. Franz Redecker, Hans Rohlfing und Robert Wildenrath.

[48] Daß höhere Medizinalbeamte vor ihrer Versetzung neben der für alle Beamten geltenden Beurteilung durch die Parteikanzlei regelmäßig von der zuständigen Fachabteilung des SD (Ref. III B 3) überprüft wurden, geht aus einem Aktenvermerk Ehlichs über ein Gespräch mit dem Personalreferenten der Abteilung IV, Ernst, vom 4. 2. 1944 hervor; ZAhdS, 500/3/764.

[49] Ebner an die Ministerialsammelstelle/Abteilung innere Angelegenheiten und Verkehr, Zweigstelle öffentliches Gesundheitswesen, 18. 8. 1945, BAB, unverzeichneter Ordner Ministerial Collecting Center.

in Leitungsfunktionen nachrückte und die Richtung andeutet, in die sich der Personalbestand der Gesundheitsabteilung bei einem Fortbestand des Regimes vermutlich entwickelt hätte.[50] Die Angehörigen dieser Gruppe hatten entscheidende Teile ihrer beruflichen Sozialisation nach 1933 absolviert; hierzu zählt insbesondere die an den staatsmedizinischen Akademien Berlin und München zentralisierte Ausbildung für den öffentlichen Gesundheitsdienst. Und sie verbanden eine enge Parteibindung mit überdurchschnittlichem Engagement für die nationalsozialistische Erb- und Rassenpolitik.[51] Exemplarisch für diese Gruppe jüngerer nationalsozialistisch geprägter Spitzenbeamter in der Gesundheitsverwaltung ist der 1906 geborene Hermann Vellguth, der im Februar 1932 in die NSDAP und vier Monate später in die SS eintrat. Vellguth, der zum Zeitpunkt der nationalsozialistischen Machtergreifung zu den wenigen humangenetisch vorgebildeten Ärzten unter den Parteianhängern der NSDAP zählte, wurde 1933 die Leitung der neu eingerichteten Abteilung für Erb- und Rassenkunde am Deutschen Hygienemuseum in Dresden übertragen. Dort wirkte er als ärztlicher Beisitzer an Sterilisationsverfahren des Erbgesundheitsobergerichts mit, bis er 1936 in das Medizinaldezernat des Berliner Polizeipräsidiums[52] wechselte. Nach einer Zwischenstation am staatlichen Gesundheitsamt Preußisch-Holland wurde Vellguth im Oktober 1937 als Referent in das Reichsinnenministerium versetzt und übernahm nach zwei Jahren Ministerialdienst im November 1939 die Leitung des wichtigen Wiener Hauptgesundheitsamtes.

Der Gegensatz zwischen den beiden letztgenannten Gruppen könnte eine Trennung der höheren Medizinalverwaltung in ältere, verwaltungserfahrene, eher unpolitische Fachbeamte und jüngere, stärker im nationalsozialistischen Sinn politisierte Beamte nahelegen, jedoch ist eine solche Einteilung wenig hilfreich, da sich Verhaltensprofile nur selten direkt auf Faktoren der biographischen Prägung und politischen Orientierung beziehen lassen. Daß die traditionellen Rekrutierungsmuster der staatlichen Gesundheitsverwaltung nach der nationalsozialistischen Machtergreifung im Kern intakt blieben, spricht indes dafür, die Trennungslinien zwischen den unterschiedlichen Alterskohorten der höheren Beamten in der Gesundheitsverwaltung nicht zu scharf zu ziehen. Rasche außerplanmäßige Beförderungen, wie sie in anderen Bereichen der inneren Verwaltung nicht selten waren, stellten in der staatlichen Gesundheitsverwaltung eine Ausnahme dar, die außerhalb der politisch besetzten Leitungspositionen ohne entsprechende

---

[50] Fünf von zehn Angehörigen dieser Gruppe wurden erst während des Krieges an das Reichsinnenministerium versetzt.

[51] Drei dieser Nachwuchsbeamten, die ORR Kurt Haack und Hermann Vellguth sowie der Allensteiner Medizinaldezernent ORuMR August Gisbertz waren zeitweise Mitarbeiter bzw. Leiter der Gauämter für Rassenpolitik. Gisbertz, der 1937 nach nur zwei Dienstjahren als zweiter Medizinaldezernent zum ersten Sachbearbeiter bei der Regierung in Allenstein ernannt wurde, scheiterte mit seinen Karriereambitionen, als dem Reichsgesundheitsführer zu Ohren kam, daß er seine Kontakte als SD-Mitarbeiter genutzt hatte, um Contis organisationspolitische Ziele zu hintertreiben; SD-Leitabschnitt Königsberg an das Reichssicherheitshauptamt, Abteilung III B 3 (Ehlich), 21. 8. 1943, sowie der vertrauliche Bericht Ehlichs an die SD-Leitstelle Königsberg, 18. 8. 1943, ZAhdS, 500/3/764.

[52] Das Polizeipräsidium nahm in Berlin Aufgaben des Regierungspräsidiums wahr.

Vorbildung nahezu unmöglich war, so daß die Beamten der Gesundheitsabteilung unabhängig vom Dienstalter eine sehr homogene Berufsbiographie aufwiesen. In noch stärkerem Maß gilt dies für die leitenden Medizinalbeamten der preußischen Regierungspräsidien.[53] Schließlich befanden sich auch unter den parteilosen oder erst spät in die NSDAP eingetretenen Ministerialbeamten einige, die, wie der nebenher für Himmlers Lebensborn tätige Fürsorgereferent Fritz Ruppert und der tief in die nationalsozialistische Volkstumspolitik im besetzten Polen verstrickte Jugendfürsorgereferent Hans Muthesius,[54] der nationalsozialistischen Politik aktiv zuarbeiteten, so daß die Unterscheidung zwischen Fach- und politischen Beamten erheblich an Trennschärfe verliert.

Insgesamt betrachtet fördert die Analyse der personellen Zusammensetzung der Gesundheitsabteilung ein heterogenes und ambivalentes Bild zutage. Fachliche Qualifikation, politische Selbstanpassung und auch aktive Kollaboration mit den neuen Machthabern schlossen einander keineswegs aus. Daß parallel zur nationalsozialistischen Durchdringung aller Hierarchiestufen von der Führungsebene bis hin zu den Eingangsstufen der höheren Medizinalverwaltung die traditionellen Karrieremuster weiterbestanden, läßt sich als Indiz für die Beharrungskraft akademisch geschulter bürokratischer Funktionseliten gegenüber politischen Umbrüchen auch in einem hochpolitisierten Bereich wie dem Gesundheitswesen werten. Dies wiederum deutet auf eine vergleichsweise schwache Durchdringungskraft nationalsozialistischer Personalpolitik in diesem Handlungsfeld, die entscheidend durch den gerade in Kriegszeiten deutlich hervortretenden Mangel an entsprechend vorgebildeten Beamten bestimmt wurde.[55] Hier begrenzten die Funktionserfordernisse einer komplexen, arbeitsteiligen Industriegesellschaft, die alle ihre Ressourcen für einen Eroberungskrieg mobilisierte, den personalpolitischen Handlungsspielraum entscheidend.

---

[53] Bei den wenigen (insgesamt drei) Fällen, in denen Personen ohne Kreisarztprüfung in Leitungsfunktionen aufstiegen, handelt es sich um Gauamtsleiter des Hauptamt für Volksgesundheit, die 1942–1944 zu leitenden Medizinalbeamten bei den Oberpräsidien ernannt wurden.

[54] Zu dessen Biographie ausführlich Schrapper, Muthesius.

[55] So beklagt der stellvertretende Leiter der Abteilung IV in einem Schreiben an die Heeressanitätsinspektion das Mißverhältnis zwischen dem großen Bedarf an „neuzeitlich ausgebildeten Ärzten" und den verfügbaren Nachwuchsbeamten. Es habe „außerordentliche Schwierigkeiten gemacht", überhaupt einen für die Position des zweiten Seuchenreferenten geeigneten Nachfolgekandidaten für einen aus Gesundheitsgründen ausgeschiedenen Beamten zu finden. „Daß auf dem bezeichneten Gebiete für die Ministerialinstanz geeignete Beamte überhaupt kaum zur Verfügung stehen", sei dem Adressaten so bekannt, daß er diesen Punkt nicht weiter auszuführen brauche; Cropp an die Heeressanitätsinspektion, 25. 2. 1941, BAD, ZA VI 78, A. 7.

2. Mediziner im Parteiapparat der NSDAP

Alte Kämpfer und gescheiterte Karrieren: Das Personal des Hauptamtes für Volksgesundheit der NSDAP

Das Personal des Hauptamtes für Volksgesundheit unterschied sich in dreifacher Hinsicht von den Beamten der Reichsmedizinalverwaltung. Zwar gehörte hier wie dort knapp die Hälfte der leitenden Mitarbeiter den Geburtsjahrgängen zwischen 1891 und 1900 an, bedingt durch den höheren Anteil nach der Jahrhundertwende Geborener waren die Mitarbeiter des Hauptamtes jedoch im Schnitt jünger als die funktionsäquivalenten Beamten des Reichsinnenministeriums.[56] Zweitens waren sie – für Mitarbeiter einer Parteiorganisation ist dies kaum überraschend – weitaus stärker politisiert. Rund ein Drittel hatte nach dem Untergang des Kaiserreichs mit den Freikorps gegen die Weimarer Demokratie gekämpft, wie der spätere Referent für Jungärzte, Richard Dingeldey, der als Angehöriger des Freikorps Maercker am blutigen Vorgehen von Reichswehrverbänden gegen kommunistische Arbeiter in Halle beteiligt war. Oft waren die Übergänge zwischen der Mitgliedschaft in antirepublikanischen Wehrverbänden und der Unterstützung völkischer Gruppierungen fließend wie bei Fritz Bartels, einem ehemaligen Reserveleutnant, der, nachdem er als Angehöriger des Freikorps Epp an den Ruhrkämpfen teilgenommen hatte, bei der Gründung des Hochschulrings deutscher Art mitgewirkt und als Mitglied des „Großdeutschen Führerrats" auf einen Anschluß Restösterreichs an das Deutsche Reich zugearbeitet hatte, bevor er 1931 der NSDAP beitrat und nach einem kurzen Zwischenspiel im Reichsinnenministerium in das Hauptamt wechselte. Ein Großteil der Mitarbeiter des Hauptamtes trat der Hitlerpartei in den Jahren 1929–1932 bei. Ein kleiner, wenn auch nicht signifikanter Unterschied zu den Gauamtsleitern bestand im etwas größeren Anteil der vor 1929 beigetretenen Parteimitglieder.[57] Knapp zwei Fünftel der Mitarbeiter des Hauptamtes hatten bereits vor dem Januar 1933 Führungsfunktionen innerhalb der NSDAP und ihrer Gliederungen inne.[58]

Drittens unterschieden sich die Mitarbeiter der parteiamtlichen Gesundheitsbürokratie durch die Art und die Vielfalt ihrer beruflichen Vorerfahrungen von den Beamten des Reichsinnenministeriums. Die meisten waren bis 1933 in freier Praxis tätig gewesen, allerdings war die Dominanz niedergelassener Ärzte in der Zentralebene der NSDAP-Gesundheitsbürokratie weniger deutlich ausgeprägt als bei den Gauamtsleitern, da einige Hochschullehrer nebenberuflich Ämter im Hauptamt für Volksgesundheit übernommen hatten, wie der Münchener Extraordinarius Franz Wirz, der im Stab von Rudolf Heß die Hochschulangelegenheiten bearbeitete und die gleiche Funktion im Hauptamt für Volksgesundheit ausübte.

---

[56] Tab. B.3.

[57] 26,6 Prozent gegenüber 20,3 Prozent, Tab. B.5. Infolge der geringen Fallzahl ist dieser Befund jedoch nicht eindeutig interpretierbar.

[58] Dabei überwogen Tätigkeiten als Parteiredner, Kreis- und Ortsgruppenleiter sowie Funktionen im SA-Sanitätswesen. Die Prozentuierung erfolgt hier auf der Basis von 30 vergleichsweise gut rekonstruierten Biographien von HAVG-Mitarbeitern, 29 lückenhafte Lebensläufe wurden nicht berücksichtigt.

Vor allem aber resultiert die Heterogenität der beruflichen Vorerfahrung daraus, daß eine Reihe von Angehörigen nichtakademischer Heilberufe im HAVG beschäftigt wurden. Neben dem Reichsapothekerführer bekleideten auch der Reichsdentistenführer, der Reichsdrogistenführer und der Leiter des NS-Heilpraktikerbundes aufgrund ihrer Ämter Dienstränge im HAVG. Die starke Repräsentation der nichtärztlichen Heilberufe spiegelt die ursprüngliche Orientierung des NS-Ärztebundes an einem Einheitsstand aller „Heilkundigen" wieder, die von der Gründung des Bundes bis zur Mitte der dreißiger Jahre die Verbandsideologie prägte, jedoch von Anhängern der etablierten naturwissenschaftlich orientierten Schulmedizin bis zum Ende der dreißiger Jahre auch innerhalb des Parteiapparats weitgehend zurückgedrängt wurde.[59]

Mehrere, teilweise miteinander verwobene Faktoren konnten eine Berufung in das Hauptamt für Volksgesundheit fördern: Zum Teil wurden parteiloyale Ärzte, die bereits in andereren Institutionen ein vergleichbares Gebiet bearbeiteten oder sich darin publizistisch hervorgetan hatten, mit äquivalenten Funktionen im Hauptamt betraut. So war z.B. Walter Kondeyne neben seiner Tätigkeit als Reichsarzt der Hitlerjugend auch für die Jugendgesundheitspflege zuständiger Referent des Hauptamtes.[60] Heinrich Grote, der seine Karriere als Beauftragter Wagners in Berlin und Brandenburg begonnen hatte und nach der Errichtung der Kassenärztlichen Vereinigung Deutschlands 1933 zu deren Reichsamtsleiter ernannt wurde, übernahm 1935 zusätzlich die Hauptstelle Sozialversicherung im Hauptamt.[61] Der als standespolitischer Schriftsteller zu einiger Bekanntheit gelangte Gauamtsleiter der Saarpfalz, Rudolf Ramm,[62] wurde nach einem Zwischenspiel als Beauftragter des Reichsärzteführers für die Gleichschaltung des österreichischen Gesundheitswesens im Oktober 1939 von Conti in das Amt Schulung und Propaganda im Hauptamt für Volksgesundheit berufen. In dieser

[59] Den Wendepunkt bildete das Heilpraktikergesetz von 1938, das später durch mehrere Ausführungsverordnungen verschärft wurde. Es machte die Zulassung zur Berufsausübung von der Genehmigung eines mit Ärzten besetzten Ausschusses abhängig und unterband gleichzeitig die Nachwuchsausbildung der Heilpraktiker. Nach Aussagen eines Verbandsvertreters, der sich dabei auf die Mitgliederakten der deutschen Heilpraktikerschaft stützte, sank die Zahl der zugelassenen Heilpraktiker von ca. 10000 1934 auf unter 3000 1944; Carl A. Danfald, Anzeige gegen Ernst Kees bei der Lagerspruchkammer Moosburg, 24. 7. 1947, S. 10, FGM, Spruchkammerakte Kees. Ob diese Zahl nicht doch zu hoch gegriffen ist, läßt sich im nachhinein nicht mehr feststellen, da die Verbandsakten nicht überliefert sind. Sicher ist jedoch, daß die Heilpraktiker durch den Tod von Gerhard Wagner und den Englandflug von Rudolf Heß ihre wichtigsten Fürsprecher verloren. Nach dem Verschwinden von Heß wurden prominente Berufsvertreter der Heilpraktiker unter Konspirationsverdacht von der Gestapo verhaftet; vgl. hierzu die Vernehmung von Kees, 17. 11. 1961, S. 3, ZSL, Aussagenslg. Euthanasie, Ordner Ka-Ki; sowie dessen eidesstattliche Erklärung vom 9. 2. 1949; FGM, Spruchkammerakte Kees.

[60] Personalakte Kondeyne, BAB.

[61] Zu dieser Gruppe zählt auch der Verwaltungsreferent der Reichsärztekammer, Adolf Wittmann, der in gleicher Funktion im HAVG tätig war.

[62] Vgl. neben vielen kleineren Schriften Ramms Versuch, eine ärztliche Standeslehre aus nationalsozialistischer Sicht zu kodifizieren; ders., Rechts- und Standeskunde.

Funktion gehörte er zu den wenigen Mitarbeitern, deren Rat der mißtrauische Reichsgesundheitsführer gelten ließ.[63]

Eine zahlenmäßig kleine und bereits vor dem Tode Wagners beständig an Einfluß verlierende Gruppe innerhalb des Hauptamtes bildeten die Mitarbeiter der ehemaligen Abteilung Gesundheitspolitik bei der Reichsleitung der NSDAP. Diesem frühen Führungszirkel der nationalsozialistischen Gesundheitspolitik gehörten die ehemaligen Geschäftsführer des NS-Ärztebundes Hans Deuschl und Bernhard Hörmann an, ferner dessen erster Rassereferent Hermann Boehm sowie Richard Dingeldey, der bereits auf dem ersten Münchener Parteitag der NSDAP als Redner aufgetreten war. Zum Teil war dieser Personenkreis mit einer Gruppe von Fachreferenten verflochten, deren gemeinsames Kennzeichen in ihrer süddeutschen Herkunft und dem frühen Engagement für den Nationalsozialismus bestand. Die Zentralfigur dieser Gruppe war der praktische Arzt und spätere Reichsärzteführer Wagner, weswegen sie von parteiinternen Gegnern auch abfällig als „Münchener Kamarilla"[64] tituliert wurde. Zu dieser Gruppe zählten Alt-Parteimitglieder wie der spätere Referent für die medizinische Betreuung des Reichsparteitags Arnulf Streck, der bereits am Marsch auf die Feldherrnhalle teilgenommen hatte, ebenso Mediziner aus dem Umfeld Heinrich Himmlers wie dessen Hausarzt Georg Ebner, ein in Kirchseeon ansässiger Allgemeinpraktiker, der bis 1939 dem bei innerverbandlichen Streitigkeiten einflußreichen Disziplinarhof des NS-Ärztebundes vorstand.

Für wenigstens ein Zehntel der rund 60 leitenden Mitarbeiter bedeutete der Wechsel in das Hauptamt einen Bruch in ihrer Karriere. Zwei ehemalige Gauamtsleiter, Ernst Wegner und Karl Oskar Klipp, wurden nach Differenzen mit der örtlichen Gauleitung in das Hauptamt abgeschoben. Deutlich wird der Versorgungszweck einer solchen Versetzung auch bei zwei weiteren ehemaligen Spitzenfunktionären. Bernhard Hörmann, der in den Jahren 1932/33 die Abteilung Volksgesundheit bei der Reichsleitung der NSDAP geleitet hatte, wurde nach einem kurzen Intermezzo als Reichskommissar für das Heil- und Heilmittelwesen im Reichsinnenministerium mit der ominösen Position eines Sachbearbeiters für biologische Fragen im Hauptamt für Volksgesundheit betraut. Dort leitete er bis zum Zusammenbruch der nationalsozialistischen Herrschaft noch eine Reihe weiterer nachrangiger Dienststellen, ohne jemals wieder Einfluß auf die gesundheitspolitische Entscheidungsbildung zu nehmen.[65] Noch schlechter erging es seinem Amtsnachfolger Hans Deuschl, der als erster Geschäftsführer des neugegründeten NSDÄB wenig Geschick bei der Organisation des Parteiverbandes bewiesen hatte, nach der nationalsozialistischen Machtübernahme von jüngeren NS-Medizinern zunächst auf den Repräsentativposten des stellvertretenden NSDÄB-Vor-

---

[63] Vgl. die Personalakte Grotes und Ramms, BAB. Weiterhin sind zu nennen: der Justitiar der Reichsärztekammer, Kosmehl, der hauptamtlich im Reichsinnenministerium tätige Arzneimittelreferent Herrmann, der Präsident des Reichsgesundheitsamtes Reiter und der Ernährungsreferent des SS-Wirtschaftsverwaltungshauptamtes, Schenck.

[64] Interview Elfriede Conti, S. 15, ZeS, Ordner Conti.

[65] Hierzu zählten etwa die zur Bekämpfung der sogenannten „Kurpfuscherei" gegründete Reichsstelle gegen Mißstände im Gesundheitswesen und die Ende 1942 neueingerichtete Hauptstelle Okkultismusbekämpfung im Hauptamt für Volksgesundheit.

sitzenden weggelobt wurde und auch diese Position verlor, als sein alter Widersacher Conti neuer Reichsgesundheitsführer wurde. Deuschl teilte dieses Schicksal mit einer ganzen Reihe von Gefolgsleuten des 1939 verstorbenen Reichsärzteführers Wagner, so daß der Amtswechsel zu dessen Nachfolger Conti für das Hauptamt für Volksgesundheit, anders als auf der Gauebene, einen spürbaren personalpolitischen Einschnitt markiert. Der neue Reichsgesundheitsführer zwang den Leiter der Führerschule der deutschen Ärzteschaft in Alt-Rhese, Richard Dingeldey, 1941 zum Rücktritt und schob ihn später auf den unbedeutenden Posten des Archivleiters der nationalsozialistischen Gesundheitsführung ab.[66] Auch die beiden wichtigsten Mitarbeiter Wagners verloren ihre Stellung. Fritz Bartels, der für den theoretisch eher unbedarften Wagner das Konzept der arbeitsplatzzentrierten Gesundheitspolitik formuliert hatte und vom erkrankten Reichsärzteführer bereits als Nachfolger designiert worden war, wurde von Conti unmittelbar nach seinem Amtsantritt unter dem Vorwand der Illoyalität aus allen Ämtern gedrängt und schied ohne Aussicht auf eine seiner bisherigen Stellung angemessene Beschäftigung aus dem Hauptamt für Volksgesundheit.[67] Kurt Blome, ebenfalls ein Kandidat für die Nachfolge Wagners, den Bormann eine zeitlang favorisiert und dann zum Stellvertreter Contis bestimmt hatte, konnte zwar seinen formalen Rang behaupten, Conti hielt ihn jedoch systematisch von der gesundheitspolitischen Entscheidungsbildung fern.[68] Ebenfalls kaltgestellt und 1943 zur Wehrmacht freigegeben wurde der ehemalige badische Gauamtsleiter Werner Pakheiser, ein weiterer Gefolgsmann Wagners, den dieser 1936 in das Hauptamt geholt hatte, um den Einfluß der NSDAP auf die Rechtsprechung in Erbgesundheitsfragen zu wahren.[69] Werner Bockhacker, der Leiter des wichtigen Zentralamtes im Hauptamt für Volksgesundheit, kam seiner Entmachtung durch den Wechsel in das Amt Gesundheit der Deutschen Arbeitsfront zuvor.

Die Gauamtsleiter des Hauptamtes für Volksgesundheit als regionale medizinische Funktionselite der NSDAP

Die Leiter der Gauämter für Volksgesundheit waren für die Durchsetzung nationalsozialistischer Gesundheitspolitik in mehrfacher Hinsicht bedeutsam. Viele von ihnen standen bereits als Gauvorsitzende des NSDÄB an der Spitze der standespolitischen Opposition nationalsozialistischer Ärzte gegen die Weimarer Republik.[70] Nach der Machtübertragung an die Nationalsozialisten organisierten sie

---

[66] Zum beruflichen Werdegang Dingeldeys vgl. dessen umfangreiche Spruchkammerakte, FGM.

[67] Bartels an Conti, 16. 8. 1939; Bartels, Begründung des Antrags auf Eröffnung eines Verfahrens vor dem Parteigericht der NSDAP gegen sich selbst, 18. 8. 1939, insbes. S. 3 f., 5, 9, 21; BAB, Personalakte Bartels.

[68] Die geplante Nachfolgeregelung zugunsten Blomes geht aus einem Schreiben Gütts an Bormann vom 27. 3. 1939, BAB, SL 52–53, hervor.

[69] Undatierter Lebenslauf Pakheisers [1948] und Stellungnahme zur Anklage, o.D. [1948], Spruchkammerakte Pakheiser, FGM.

[70] Der Dissens gegenüber dem Hartmannbund beruhte weniger auf den standespolitischen

die Selbstgleichschaltung der ärztlichen Standesorganisationen und führten Regie bei der Vertreibung ihrer jüdischen Kollegen. Aus dieser Zeit rührt die enge Verbindung der späteren Gauamtsleiter mit den Regionalorganisationen der Reichsärztekammer und der KVD, die in der Kriegszeit, als gesundheitspolitische Kompetenzen zunehmend regionalisiert wurden, wachsende Bedeutung erlangte.

Die Mehrheit der Gauamtsleiter entstammte der evangelisch geprägten, akademisch gebildeten Mittelschicht. Katholiken waren unter den Gauamtsleitern des Amtes für Volksgesundheit deutlich unterrepräsentiert.[71] Trotz störender Überlieferungslücken läßt sich eine signifikante Überrepräsentanz von Angehörigen der unteren Mittelschicht erkennen, für die das Medizinstudium der Söhne einen unter beträchtlichen finanziellen Opfern erkauften intergenerationellen Aufstieg bedeutete. Diese für Ärzte untypische Herkunft aus einem stärker kleinbürgerlich geprägten Familienhintergrund unterschied die Gauamtsleiter von ihren Kollegen in den Medizinaldezernaten der preußischen Bezirksregierungen.[72]

Die Gauamtsleiter des Amtes für Volksgesundheit waren im Schnitt deutlich älter als andere Führungsgruppen der NSDAP. Im Januar 1933 betrug das Durchschnittsalter dieser Gruppe rund 40 Jahre und lag damit erheblich höher als das anderer nationalsozialistischer Funktionseliten, die die Parteistatistik von 1938 verzeichnet. Ein knappes Viertel gehörte den Geburtsjahrgängen 1869 bis 1890 an, fast zwei Drittel der „Frontgeneration" der Jahrgänge 1891–1900.[73] Dagegen stellte die im Führerkorps von SA und SS ebenso wie im Hauptamt für Volksgesundheit einflußreiche Altersgruppe der nach 1900 geborenen Kriegsjugendgeneration nur ein gutes Zehntel der Gauamtsleiter.[74]

In ihrer durch die Teilnahme am ersten Weltkrieg und den politischen Umbruch in Deutschland geprägten generationellen Lagerung ähneln die Gauamtsleiter den höheren Medizinalbeamten. Fast neun Zehntel hatten Kriegsdienst geleistet, zumeist in medizinischen Verwendungen, und dabei den im Zeitalter der technisch-industriellen Kriegsführung rapide gesunkenen Wert des einzelnen Menschenlebens ebenso kennengelernt, wie die Macht des Arztes, über Leben und Gesundheit der ihm anvertrauten Patienten zu entscheiden.[75] Der Krieg trennt bei der Mehrzahl der späteren Gauamtsleiter eine durch das Kaiserreich geprägte Jugend vom durch Fronterlebnis, Revolution und beengte materielle Perspektiven be-

---

Zielen. Der Hauptunterschied bestand vor allem in der Stellung zum Antisemitismus, der vom NSDÄB entschieden verfochten, vom Hartmannbund dagegen abgelehnt wurde.

71 Tab. B.1. Das Verhältnis evangelischer zu katholischen Gauamtsleitern betrug etwa vier zu eins gegenüber 1,4 zu eins bei allen in die NSDAP eingetretenen Ärzten; Kater, Doctors, S. 244, Tab. 2.3.

72 Tab. B.2.

73 Der nur noch vereinzelt an der Front eingesetzte Jahrgang 1900 wurde hier mitgezählt, da die 1900 geborenen Gauamtsleiter (Hamann und Conti) Militärdienst geleistet haben. Nicht aufgenommen wurden Vertreter und kommissarische Amtsinhaber, die das Amt nicht dauerhaft übernahmen sowie diejenigen NSDÄB-Gauvorsitzenden, die vor dem Januar 1933 aus dem Amt schieden.

74 Vgl. Tab. B.3. Bei vier von fünf nach 1900 Geborenen handelt es sich zudem um Österreicher.

75 Zur brutalisierenden Wirkung der Weltkriegserfahrung Kater, Professionalization, S. 684.

stimmten Erwachsenenalter.[76] Nur ein knappes Sechstel beendete das Medizinstudium vor dem Jahr 1914, ein weiteres Fünftel wurde während des Krieges approbiert. Die mit einem Drittel größte Gruppe bildeten die Approbationsjahrgänge der krisenhaften Gründungsjahre der Weimarer Republik 1919–1923.[77] Nicht wenige Angehörige dieser Alterskohorte hatten ihre Ausbildung während des Krieges unterbrochen, wie der mecklenburgische Gauamtsleiter Kurt Blome, der bereits von 1912–1914 Medizin studierte, im August des gleichen Jahres als Reserveoffiziersanwärter an die Front ging und sein Medizinstudium erst im Sommersemester 1919 wieder aufnehmen konnte.[78] Die Angehörigen dieser Kriegsgeneration waren mit durchschnittlich 27,5 Jahren zum Zeitpunkt ihrer Bestallung im Schnitt rund eineinhalb Jahre älter als die vor 1918 Approbierten und trafen nach dem Studienabschluß auf einen überfüllten ärztlichen Arbeitsmarkt.

Die Mehrzahl dieser Mediziner praktizierte nach der Approbation und einer eventuellen Facharztweiterbildung als niedergelassene Ärzte. Dagegen waren abhängige ärztliche Tätigkeiten, etwa im Krankenhaus oder bei den Sozialversicherungen, selten.[79] Zum Teil läßt sich dieser Befund damit erklären, daß angestellte und verbeamtete Ärzte bei offener Unterstützung der NSDAP vor 1933 berufliche Nachteile in Kauf zu nehmen hatten.[80] Während sich unter den Gründungsmitgliedern des NSDÄB viele bereits beruflich arrivierte Mediziner befanden, gehörte die politisch besonders aktive Gruppe der vor 1933 ernannten NSDÄB-Gauvorsitzenden ganz überwiegend den nach 1914 bestallten Approbationsjahrgängen an, die die beengten Verhältnisse auf dem ärztlichen Arbeitsmarkt als generationsspezifische Erfahrung teilten.[81] Im Unterschied zu vielen frühen Unterstützern der NS-Bewegung führten Kriegserlebnis, Revolutionserfahrung und wirtschaftliche Probleme in Studium und Beruf bei den späteren Gauamtsleitern

---

[76] Zum generationsspezifischen Erfahrungszusammenhang dieser Medizinerkohorte vgl. Kater, Early Doctors, S. 31 f.

[77] Tab. B.4.

[78] Vernehmung Blome, 5. 12. 1946, S. 1, BAK, All. Proz. 2/FC 6067 P.

[79] Rund 80 Prozent der späteren Gauamtsleiter waren als niedergelassene Allgemeinpraktiker oder Fachärzte tätig.

[80] Folgt man etwa den in biographischen Details in der Regel zuverlässigen Aussagen von Contis Witwe, so wurde beispielsweise die Einstellung des späteren Reichsgesundheitsführers als Assistent des Pädiaters Reyher „von der USPD verhindert"; Interview Elfriede Conti, S. 7, ZeS, Ordner Conti; vgl. auch für einen ähnlichen Fall Blomes SA-Sanitätsführerfragebogen, 19. 4. 1934, BAB, Personalakte Blome. Vor allem bei den österreichischen Gauamtsleitern zog nationalsozialistisches Engagement nicht selten erhebliche berufliche Nachteile nach sich: Der Kärntner NSDÄB-Vorsitzende Oskar Kauffmann verlor zuerst seine einträgliche Stelle als Chefarzt der Villacher Krankenkasse, später wurde ihm wegen seines NS-Engagements die österreichische Kassenzulassung entzogen; SS-Standarte Klagenfurt an SS-Oberabschnitt Alpenland, 26. 11. 1941; SD-Hauptamt, Abteilung IV C 4 b an Brandt (persönlicher Stab Reichsführer SS), 4. 2. 1942, BAB, Personalakte Kauffmann. Weitere Fälle sind in den Personalakten der Gauamtsleiter Feitenhansl und Czermak im BAB dokumentiert.

[81] Kater, Physicians' league, S. 161. Nur zwei der vor 1933 ernannten NSDÄB-Gauobleute wurden vor 1914, vier weitere 1914–1918 und elf nach 1918 bestallt.

nur selten zum Verlust der bürgerlichen Existenz.[82] Spezifisch für die Mehrzahl der späteren Gauamtsleiter war allerdings eine Phase prekärer Kleinbürgerlichkeit, die durch eine oftmals mehrjährige Spanne zwischen Studienabschluß und der mit der Erlangung der Kassenzulassung verbundenen beruflichen Etablierung entstand, so daß bei einem Teil der nationalsozialistischen Jungärzte, die sich unter dem Sammelbegriff „Arzt" in die Mitgliederkartei der NSDAP einschrieb, die Niederlassung eher eine Flucht in die Freiberuflichkeit mangels alternativer Berufsperspektiven war. Diese Erfahrung karger Einkommensverhältnisse und spärlicher Chancen auf dem Arbeitsmarkt teilten die späteren Gauamtsleiter mit der Mehrzahl ihrer altersgleichen Standeskollegen. In diesem Punkt unterschieden sie sich deutlich von den etwa gleichaltrigen Angehörigen des öffentlichen Gesundheitsdienstes, deren Position eher die Spitze des in dieser Generation erzielbaren Berufserfolgs bildete, während ein großer Teil der niedergelassenen Jungärzte zu den unsaturierten Teilen des ärztlichen Berufsstandes gerechnet werden kann.[83]

Sind Kriegsdienst und fehlende Berufschancen Elemente einer generationsspezifischen Lagerung, die die Mehrzahl der Ärzte in dieser Alterskohorte traf, so unterscheiden sich die späteren Gauamtsleiter von ihren zumeist konservativ und nationalliberal orientierten Standesgenossen durch ihr frühzeitiges aktives Engagement gegen die Republik von Weimar.[84] Fast ein Drittel hatte sich vor dem NSDAP-Beitritt völkischen Organisationen oder republikfeindlichen Wehrverbänden angeschlossen. Viele traten diesen Organisationen während des Studiums bei,[85] wie der spätere sächsische Gauamtsleiter Ernst Wegner, der als Mitglied der Brigade Ehrhardt und der „Eisernen Division" an Kämpfen in Württemberg teilnahm. Ein beträchtlicher Teil der späteren Gauamtsleiter fand über solche Freikorps und andere völkische Organisationen den Weg in die Hitler-Partei.[86]

Ein Vergleich mit anderen Fachämtern der NSDAP zeigt, daß das Gesundheitswesen der NSDAP keine Domäne „alter Kämpfer" gewesen ist. Im Durchschnitt traten die Gauamtsleiter des Amtes für Volksgesundheit der Hitler-Partei später

---

[82] Birn, SS- und Polizeiführer, S. 354 f., dagegen Paul, Akademiker, S. 47, für die zumeist in Rechtswissenschaft graduierten Leiter der Gestapo-Leitstellen.

[83] Conti, dem die Zulassung zur Kassenpraxis vom Berliner Ärztebund angeblich aus politischen Gründen verweigert wurde, erwirtschaftete um 1930 aus seiner Tätigkeit als Privat- und Ersatzkassenarzt nach Abzug der Praxismiete ein Bruttoeinkommen von 500 Reichsmark im Monat. Das entsprach knapp der Hälfte des steuerpflichtigen Durchschnittseinkommens aller deutschen Ärzte im Jahr zuvor; Interview Elfriede Conti, 19. 1. 1982, S. 8, ZeS, Ordner Conti; Aufstellung des Hauptamtes für Volksgesundheit über die ärztlichen Einkommen, 2. 9. 1941, BAB, NS 20/139–6.

[84] Zur politischen Orientierung der deutschen Ärzte in der Weimarer Republik vgl. Kater, Ärzte, S. 35 f., für den öffentlichen Gesundheitsdienst Vossen, Gesundheitsämter, S. 209.

[85] Von den 15 Freikorpskämpfern unter den späteren Gauamtsleitern (Blome, Conti, Eimer, Guttenberg, Hamann, Heßler, Kauffmann, Luther, Riedl, Sachweh, Samitz, Sett, Stähle, Wegner, Will), hatten nur drei (Heßler, Sett, Stähle) ihr Studium vor dem Ende des Ersten Weltkrieges abgeschlossen.

[86] Blome, Conti, Guttenberg, Hammann, Heßler, Hummel, Krug, Luther, Peschke, Riedl, Sachweh, Samitz, Will. Insgesamt verfügten 21 von 73 Gauamtsleitern über Vorerfahrungen in republikfeindlichen Vereinigungen; vgl. Kater, Early Doctors, S. 29, und Kudlien, Ärzte, S. 21.

bei als die Leiter anderer Gaufachämter.[87] Nur der Gauamtsleiter von Hessen-Nassau hatte sich der NSDAP bereits vor der Neugründung der Partei im Jahr 1925 angeschlossen. Die Gruppe der in den Jahren 1925–1928 zur Hitler-Bewegung gestoßenen Parteimitglieder umfaßt lediglich ein Fünftel der späteren Gauamtsleiter. Rund zwei Drittel fanden in der durch die Notzeit der Weltwirtschaftskrise bestimmten Expansionsphase der Jahre 1929–1932 zur NSDAP. Die nach dem Januar 1933 Beigetretenen spielen in dieser Gruppe nur eine untergeordnete Rolle.[88]

Aus den verstreuten Quellen lassen sich zwei Motivationsstränge für den Parteibeitritt herauspräparieren: Das Spektrum im weitesten Sinne politischer Beitrittsmotive reicht vom übersteigerten Antisemitismus[89] (der als Konkurrenzantisemitismus unter den niedergelassenen Ärzten ohnehin stark verbreitet war) über eine allgemeine Unzufriedenheit mit den politischen Verhältnissen in der Endphase der Weimarer Republik[90] bis hin zum „Erweckungserlebnis" bei der Begegnung mit Hitler. Der ehemalige Seeoffizier Herrmann Brauneck, später Amtsleiter im Gau Weser-Ems, erlebte als junger Facharzt in Bremen „in einer großen nationalsozialistischen Versammlung die gewaltige Gedankenwelt unseres Führers, die ihn sofort in ihren Bann zog und der er sich voll und ganz verschrieb".[91] Eine größere Rolle als politische Beitrittsmotive scheinen jedoch wirtschaftlich-standespolitische Beweggründe gespielt zu haben. Auf sie berief sich beispielsweise der Gauamtsleiter von Magdeburg-Anhalt, der nach 1945 angab, dem NS-Ärztebund vor allem deswegen beigetreten zu sein, weil dieser sich für die Reform der Sozialversicherung eingesetzt und die Aufhebung der Kurierfreiheit propagiert habe.[92]

---

[87] Rund 64 Prozent der Gauamtsleiter aller NSDAP-Fachämter, aber nur 50 Prozent der Gauamtsleiter für Volksgesundheit waren der Partei bis zum 15. 9. 1930 beigetreten. Auch der Anteil der nach dem 30. 1. 1933 Beigetretenen war in dieser Gruppe mit ca. 13 Prozent signifikant höher als im Durchschnitt der Gauamtsleiter (ca. vier Prozent); Parteistatistik, Bd. 2, S. 11.

[88] Tab. B.5. Bei den nach dem Januar 1933 Beigetretenen handelt es sich bis auf die Gauamtsleiter Brünig (Schlesien), Lemke (Pommern) und Sett (Ostpreußen) um Amtsinhaber in später eingegliederten Territorien: Schmid-Sachsenstamm (Kärnten), Czermak (Tirol-Voralberg), Planner-Plann (Wien), Großmann (Danzig-Westpreußen), Baumgartner (Oberdonau) und Feitenhansl (Sudetengau).

[89] Nicht wenige spätere Gauamtsleiter fielen bereits als Studenten durch antisemitische Aktivitäten auf. Bartels war Mitglied der extrem judenfeindlichen Münchener Studentenverbindung Cimbria. Conti mußte die Berliner Universität wegen seiner Rolle in der Hetzkampagne gegen den jüdischen Pazifisten Friedrich Nicolai verlassen, der an der medizinischen Fakultät lehrte; Kater, Early Doctors, S. 36–38. Der fränkische Gauamtsleiter Leonhart Hummel bezeichnete sich in einem 1944 erschienenen autobiographischen Text seit „frühester Jugend" als erklärten Judenhasser; Gesundheitsführung 5 (1944), S. 186.

[90] Urteilsbegründung des Entnazifizierungshauptausschusses Dortmund im Verfahren gegen den ehemaligen Essener Gauamtsleiter Kiermayer, 21. 9. 1949; NRWHStA, NW 1037/B VI-9912.

[91] Ungezeichnetes Manuskript für den Nachruf in der Ärztezeitung, BAB, Personalakte Brauneck.

[92] Sitzungsprotokoll des Entnazifizierungs-Hauptausschusses der Stadt Göttingen, 13. 5. 1949, S. 1, NdsHStA 171 Hild./17199; in diesem Sinne argumentierte auch der ehemalige Essener NSDÄB Gauobmann Heinz Herbert. Er brachte im Entnazifizierungsverfahren Zeugen bei, die glaubhaft machten, daß er der NSDAP aus Verärgerung über niedergelas-

Charakteristisch für die Gauamtsleiter ist ihr starkes Engagement nach dem Parteibeitritt. Dem Erwerb der Mitgliedschaft folgte in der Regel sehr rasch die Übernahme eines Amtes. Nicht selten war dieser rasche Aufstieg dem Mangel an Ärzten innerhalb der NS-Bewegung geschuldet. In diese Richtung deutet z. B. die Einlassung des Gauamtsleiters von Halle-Merseburg, der im Entnazifizierungsverfahren angab, daß er als eines der ersten Parteimitglieder in Halle vom Gauleiter mit dem Aufbau des dortigen NS-Ärztebundes beauftragt worden sei.[93] Fast zwei Drittel der späteren Gauamtsleiter hatten daher bereits vor dem Januar 1933 führende Positionen innerhalb der NS-Bewegung inne, etwa die Hälfte davon als Gauführer des Nationalsozialistischen Deutschen Ärztebundes. Ein weiteres wichtiges Betätigungsfeld waren die nationalsozialistischen Straßenkampfverbände. Knapp die Hälfte der späteren Gauamtsleiter stammte aus dem ärztlichen Dienst von SA und SS, bzw. übte diese Tätigkeit parallel zu einer Funktion im NSDÄB aus.[94] Exemplarisch für diesen Typus des multifunktionalen medizinischen NSDAP-Aktivisten ist die Vita des NSDÄB-Führers im Gau Weser-Ems, Hermann Brauneck, der nach seinem Parteibeitritt im April 1931 vor allem als SA-Arzt tätig war.[95] Daneben engagierte er sich als Parteiredner, leitete den Gauverband des NS-Ärztebundes und wurde nach der Einrichtung des Gauamtes für Volksgesundheit dessen erster Leiter.

Seltener als die Kombination mehrerer medizinischer Funktionen in der Hitler-Bewegung waren Tätigkeiten als lokaler oder regionaler Funktionär der NSDAP. Rund ein Siebtel der Gauamtsleiter hatte zeitweise ein politisches Amt inne, zumeist als Ortsgruppen-, seltener als Kreisleiter. Zwar finden sich auch unter den Gauleitern der NSDAP mehrere Ärzte, doch setzten diese in der Regel sehr früh den Schwerpunkt ihres Engagements auf die politische Organisation der NSDAP.[96] Nur ein späterer Gauamtsleiter, Gustav Schmischke, hatte es in den späten zwanziger Jahren bis zum Gauführer von Anhalt gebracht, war aber nach Differenzen mit dem dortigen Gaugeschäftsführer zurückgetreten und hatte sich fortan dem Aufbau des NSDÄB gewidmet.[97] Diese Schwerpunktsetzung ist auch für die meisten anderen Gauamtsleiter charakteristisch. Während in der Früh-

---

sene Kollegen, die Jungärzte von der Kassenpraxis ferngehalten hätten, beigetreten sei; Erklärung des Krankenkassenangestellten Heinrich Reusch, 31. 3. 1947, NRWHStA, NW 1004/G 43.1–396.

[93] Sitzungsprotokoll des Entnazifizierungs–Hauptausschusses der Stadt Göttingen, 13. 5. 1949, S. 2, NdsHStA, 171 Hild./17199.

[94] Im SA-Sanitätswesen tätig waren die späteren Gauamtsleiter Brauneck, Blome, Breßler, Bruns, Conti, Czermak, Dyckerhoff, Ende, Focke, Heßler, Ideler, Löhr, Peschke, Radvan, Ruppin, Spanuth, Wegner und Will; im SS-Sanitätswesen die Gauamtsleiter Conti, Klipp, Lotz, Pakheiser, Peschke, Rinne, Ruppin und Samitz. Noch deutlicher wird dieser Befund, wenn man nur die vor 1933 ernannten Gauobmänner des NSDÄB betrachtet: von ihnen übten zwei Drittel eine Funktion im medizinischen Dienst von SA oder SS aus.

[95] Ungezeichnetes Manuskript für den Nachruf im SA-Führer, BAB, Personalakte Brauneck.

[96] Ernst (Halle-Merseburg 1926–26), Haase (Hannover-Süd 1925–28), Hellmuth (Unterfranken 1928–45). Alle Gauleiter traten der NSDAP bei, bevor der NSDÄB gegründet wurde.

[97] BAB, Personalakte Schmischke.

und Expansionsphase der NSDAP die Übernahme mehrerer Parteiämter nicht selten vorkam, differenzierte sich mit der Verfestigung des innerparteilichen Organisationsgefüges seit 1932 das Parteiengagement nationalsozialistischer Mediziner. Spätestens beim Übergang der NSDAP von der Bewegungs- zur Systemphase gaben die meisten Gauamtsleiter ihre lokalen politischen Führungsämter zugunsten der Tätigkeit in den gesundheitspolitisch relevanten Organisationen der Partei auf.[98]

Betrachtet man die Entwicklung des beruflichen Hintergrunds der Gauamtsleiter im Zeitverlauf, fällt eine deutliche Veränderung ins Auge: In der Machteroberungs- und Machtbefestigungsphase dominierten Allgemeinpraktiker das regionale Führungskorps des NSDÄB derart, daß sich dieser Verband geradezu als Oppositionsbewegung unsaturierter niedergelassener Ärzte gegen die Standespolitik des Ärztlichen Vereinsbundes und des Hartmannbundes charakterisieren läßt.[99] Obwohl praktische Ärzte bis zum Ende des „Dritten Reiches" die Mehrheit des gesundheitspolitischen Führungspersonals der Parteigaue stellten, gewann der öffentliche Gesundheitsdienst seit der Konsolidierung des Regimes zunehmend an Gewicht. Bereits in der Phase der Machtsicherung waren die Leitungspositionen in den Gesundheitsabteilungen der Länder mit den regionalen NSDÄB-Vorsitzenden besetzt worden, die zumeist zuvor schon als Staatskommissare die Gleichschaltung des Gesundheitswesens geleitet hatten.[100] Diese Praxis der personellen Fusionierung institutionell getrennter Kompetenzen wurde in abgewandelter Form auch bei den Neubesetzungen späterer Jahre beibehalten. Nun betraute man die jeweiligen Gauamtsleiter mit der Leitung der äquivalenten staatlichen Position.[101] Umgekehrt wurden freiwerdende Gauamtsleiterstellen seit der Mitte der dreißiger Jahre mehrfach mit Angehörigen des öffentlichen Gesundheitswesens besetzt.[102] Verstärkt wurde dieser zweifache Trend zur Fusionierung von Staats-

---

[98] Von den zehn Inhabern solcher Funktionen (als Kreisleiter fungierten die späteren Gauamtsleiter Daum, Löhr, Krug und Ramm; als Ortsgruppenleiter Fenner, Heßler, Spanuth und Wegner; Peschke war stellvertretender Gauleiter, Schmischke einige Monate Gauführer in Sachsen-Anhalt), schieden fünf vor 1933, drei 1933/34 und zwei weitere nach 1934 aus dem Amt.

[99] Bei den 26 Personen, wo sich aktives Engagement für die NSDAP durch Übernahme von Ämtern oder politische Verfolgung (in Österreich) vor dem Januar 1933 eindeutig feststellen läßt, handelt es sich bis auf einen Fall ausschließlich um niedergelassene Ärzte.

[100] So in Bremen (Brauneck), Preußen (Conti), Thüringen (Klipp), Baden (Pakheiser), Württemberg (Stähle) und Sachsen (Wegner). Eine Ausnahme bildet Bayern, wo der spätere Reichsdozentenbundführer Walter Schultze die Gesundheitsabteilung des bayerischen Innenministeriums übernahm. Als Staatskommissare für das Gesundheitswesen in den Landesinnenministerien waren zuvor tätig: Conti, Klipp, Wegner, Pakheiser, Stähle, Schultze; Lilienthal, Ärztebund, S. 109f. Alle der 23 in den Jahren 1929–1934 ernannten NSDÄB-Gauobmänner und Gauamtsleiter, deren Beruf bekannt ist, gaben „praktischer Arzt" oder „Facharzt" an. Von den 25 in den Jahren 1935–1939 ernannten Gauamtsleitern praktizierten 16 als niedergelassene Ärzte, drei waren in Krankenhäusern tätig, sechs im öffentlichen Gesundheitswesen.

[101] Z.B. in den preußischen Provinzen Schlesien (Brünig, ernannt 1943) und Pommern (Lemke, ernannt 1942).

[102] Z.B. in Sachsen (Fernholz, ernannt 1942), Thüringen (Rhode, ernannt 1936) und der Westmark (Friedel, ernannt 1944).

und Parteiamt auf der Mittelebene dadurch, daß die Gauamtsleiter der seit 1938 in den annektierten tschechischen und österreichischen Gebieten eingerichteten Reichsgaue, in denen die Trennung zwischen Staats- und Parteiamt aufgehoben war, nach ihrer Ernennung zusätzlich das Amt des leitenden Medizinalbeamten beim Reichsstatthalter übernahmen.

In der Spitzenebene der Gesundheitsverwaltung blieb die Trennung zwischen Staats- und Parteiamt wesentlich schärfer ausgebildet als in den Ländern. Sieht man von der wenig ausdifferenzierten Übergangszeit der Jahre 1933/34 ab, entwickelte sich der Gegensatz zwischen der staatlichen Medizinalverwaltung unter Arthur Gütt und dem parteiamtlichen Gesundheitswesen unter Wagner zur Grundkonstante des Verhältnisses der Leitungsebene beider Instanzenzüge in der Vorkriegszeit. Gerade diejenigen Referenten, die wie Friedrich Bartels als dezidierte Vertreter der NSDAP in die Gesundheitsabteilung des Reichsinnenministeriums eingetreten waren, konnten sich dort nur selten lange halten. Nachdem Conti die Leitungsebene beider Instanzenzüge in seiner Person vereinigte, verlor der Konflikt an Schärfe, jedoch achtete der Reichsgesundheitsführer darauf, parteigebundenen Außenseitern ohne Vorbildung im öffentlichen Gesundheitswesen den Zutritt zur Gesundheitsabteilung des Ministeriums zu verwehren. Als Bormann im Herbst 1943 den Chef des Amtes Gesundheit der NSV als Leiter der neugegründeten Unterabteilung Volkspflege im Innenministerium installieren wollte, wehrte sich Conti energisch gegen diesen Vorschlag seines Förderers und berief statt dessen seinen Vertrauten Kauffmann, der von nahezu allen mit Gesundheitspolitik befaßten Parteidienststellen abgelehnt wurde.[103] Daß der für Jugendgesundheitspflege zuständige Referent des Ministeriums, Oberregierungsrat Liebenow, im Oktober 1941 auch zum Leiter des Amtes Gesundheit der HJ berufen wurde, kann als kriegsbedingte Ausnahme gelten. Da die Zuständigkeit für die Jugendgesundheitsführung lange Zeit zwischen dem Reichsinnenministerium und der HJ umstritten war, zeigte sich die Gesundheitsabteilung an dieser Personalunion sehr interessiert, konnte Conti die provisorische Berufung Liebenows doch als Zeichen dafür werten, daß „die Partei offenkundig zum Ausdruck gebracht [hat], dass sie auf den Ausbau einer eigenen Gesundheitsverwaltung auf diesem Gebiet verzichtet".[104]

Noch deutlicher akzentuiert als bei der Vereinigung von öffentlichem Gesundheitswesen und Parteigesundheitsorganisation findet sich der Trend zur gesundheitspolitischen Machtakkumulation auf der Mittelebene bei der dritten gesundheitspolitischen Organisationssäule, den ärztlichen Standesorganisationen. Die Mehrzahl der NSDÄB-Gauvorsitzenden wurde auf Betreiben Wagners bereits im November 1933 auch zu Amtsleitern der Landes- und Provinzialstellen der KVD

[103] Bormann an Conti, 28. 9. 1943; Conti an Bormann, 10. 11. 1943, BAB, Personalakte Kauffmann. Verantwortlich für die Ablehnung Kauffmanns waren die Spitzen von NSV und DAF, die in diesem Sinne bei der Parteikanzlei intervenierten; Aktenvermerk des Sekretariats Hilgenfeldt, 3. 12. 1943, BAD, ZA I/10594–3; Aktenvermerk Kauffmanns, betr. die „Ablehnung meiner Person bei Parteidienststellen, die mit unserem Aufgabengebiet zu tun haben", 1. 10. 1943, BAB, Personalakte Kauffmann.

[104] Cropp an das Reichsministerium des Innern/Abteilung II, 6. 1. 1941, BAD, ZA VI/264, A. 2, Bd. 1.

ernannt, ebenso ab 1935 auch zu Leitern der neu eingerichteten Ärztekammern, so daß die Angehörigen der regionalen medizinischen Funktionselite im Gegensatz zu den Leitern der meisten anderen Gaufachämter der NSDAP, die ihr Amt nebenberuflich versahen, materiell außerordentlich gut gestellt waren.[105] Die Praxis der personalisierten Kompetenzfusionierung in der Mittelebene wurde auch bei den späteren Ernennungen beibehalten, so daß sich die gesundheitspolitische Entscheidungskompetenz in den Ländern und Gauen zunehmend konzentrierte, während auf der Zentralebene der staatliche und der parteiamtlich-berufsständische Instanzenzug erst 1939 durch eine Personalunion zusammengeführt wurden.[106]

Daß sich aus dieser Kompetenzanhäufung erst in den letzten Kriegsjahren regionale gesundheitspolitische Machtzentren bilden konnten, resultierte aus einer Reihe miteinander nicht verbundener Faktoren. Erstens wurden durch das Gegeneinanderwirken von staatlichen und parteiamtlichen Instanzen auf der Reichsebene Handlungsmöglichkeiten der personell fusionierten Mittelebene durch Loyalitätskonflikte eingeschränkt. Zweitens behinderte die starke Fluktuation bei den Gauamtsleiterposten die Ausbildung stabiler Machtzentren in der Mittelebene. Im Schnitt dauerte die Amtszeit eines Gauamtsleiters knapp sechs Jahre, d. h. im Verlauf der nationalsozialistischen Herrschaft wurde jede Position durchschnittlich zweimal neu besetzt. Nur in einem knappen Drittel der Parteigaue des „Altreichsgebiets" blieb die Position des Gauamtsleiters für Volksgesundheit und NSDÄB-Vorsitzenden 1933 bis 1945 mit derselben Person besetzt.[107] Drittens reichte der Einfluß der Gauamtsleiter nur selten über ihren regionalen Wirkungs-

---

[105] Den Gauamtsleitern stand nur eine Aufwandsentschädigung von ca. 400 Reichsmark im Monat aus Mitteln der NSDAP zu (Gauschatzmeister Ost-Hannover an Radvan, 4. 8. 1944, BAB, Personalakte Radvan), die Leitungstätigkeit in den Landesstellen der KVD und den Ärztekammern, die zumeist deckungsgleich mit dem Gaugebiet waren, wurde allerdings ausgesprochen gut honoriert: So erhielten die Gauamtsleiter Lotz und Harrfeldt aus Mitteln der KVD Bezüge in Anlehnung an die Gehaltsgruppe eines Reichsgerichtsrats, das entsprach mit einem jährlichen Bruttoeinkommen von rund 20000 Reichsmark etwa dem Doppelten eines ärztlichen Durchschnittseinkommens; Aktenvermerk der KVD, 12. 11. 1934, AKBV/144. Der schlesische Gauamtsleiter Peschke brachte es als Geschäftsführer der dortigen Ärztekammer auf ein Jahresgehalt von 10600 Reichsmark und Diäten in Höhe von 7200 Reichsmark, zudem bezog er eine steuerfreie Aufwandsentschädigung als Gauamtsleiter in Höhe von 4800 Reichsmark; Antrag auf Besoldungsfestsetzung, 23. 12. 1942, BAB, Personalakte Peschke.

[106] Ausnahmen entstanden dort, wo der Einzugsbereich der KVD-Landes- bzw. Provinzstellen mehrere Gaue umfaßte, z. B. in Bayern, im Gebiet der Kassenärztlichen Vereinigung/Ärztekammer Rheinland und im Sprengel der Kassenärztlichen Vereinigung/Ärztekammer Westfalen-Lippe. Daneben gab es eine kleine Gruppe von Gauen, in denen die Gauamtsleitung des Amtes für Volksgesundheit nicht in Personalunion mit dem Vorsitz der jeweiligen KVD-Stelle ausgeübt wurde, z. B. in Sachsen, in Berlin, wo der ins Reichsinnenministerium übergetretene Conti dieses Amt wegen Arbeitsüberlastung an seinen Stellvertreter im NS-Ärztebund, Löllke, abgetreten hatte, und im Gau Kurmark, wo die Leitung der KVD-Provinzialstelle durch den Reichsamtsleiter der KVD, Grote, wahrgenommen wurde, nachdem der Gauleiter den Gauamtsleiter als ursprünglichen Stelleninhaber abgelöst hatte.

[107] Bruns, Conti, Hamann, Hartung, Heßler, Holzmann, Luther, Lotz, Schmischke, Stähle. Die nach 1938 eingegliederten Gebiete sind hier berücksichtigt.

bereich hinaus. Regelmäßige Versetzungen als Vorstufe zum Bewährungsaufstieg, wie wir sie z. B. aus den Karriereverläufen der Höheren SS- und Polizeiführer oder denen der stellvertretenden Gauleiter in der Parteibürokratie der NSDAP kennen, kamen bei den Leitern der Gauämter für Volksgesundheit nicht vor. Nur ein Gauamtsleiter übte das Amt in verschiedenen Gauen aus. Hans-Heinrich Harrfeldt war bereits vor der nationalsozialistischen Machteroberung Ärzteführer im Gau Koblenz-Trier und übernahm nach einem Intermezzo als Leiter der Ärztekammer Rheinland 1938 die Funktion des Gauamtsleiters für Volksgesundheit im Gau München-Oberbayern, nachdem er zuvor Amtsleiter der Ärztekammer Bayern geworden war, freilich ohne jemals gegen die beherrschende Figur der bayerischen Gesundheitspolitik, den Ministerialdirektor und Reichsdozentenbundführer Prof. Walter Schultze, an Einfluß zu gewinnen.

Ein Wechsel von der Mittelebene der Parteigaue in das Hauptamt für Volksgesundheit der NSDAP blieb infolge fehlender attraktiver Dienstposten ebenfalls selten: Zwar begann auch der spätere Reichsgesundheitsführer seine Karriere in dieser Funktion, doch verstand er sich spätestens seit seiner Zeit als Berliner Stadtmedizinalrat als Exponent des staatlichen Gesundheitswesens und betrachtete seinen Gauamtsleiterposten immer mehr als Spiel- denn als Standbein. Zudem gehörte er seit der Gründung des NS-Ärztebundes zu den wenigen überregional bekannten Gauvorsitzenden dieses Verbandes. Darüber hinaus gelang nur wenigen Gauamtsleitern der Aufstieg in die Führungszirkel der nationalsozialistischen Gesundheitspolitik. Für sie ist kennzeichnend, daß sie hierbei massiv durch die jeweiligen Reichsärzteführer protegiert wurden. Der mecklenburgische Gauamtsleiter Kurt Blome übernahm auf ausdrücklichen Wunsch Wagners das Amt des stellvertretenden Vorsitzenden des Deutschen Roten Kreuzes mit der Maßgabe, dafür zu sorgen „dass das Rote Kreuz entsprechend nationalsozialistisch wurde und dass die Reaktionaere herauskamen".[108] Als die SS diesen Posten beanspruchte, wechselte er nach einem kurzen Zwischenspiel als Geschäftsführer des Ärztevereinsbundes in die Position eines Referenten für ärztliches Fortbildungswesen ins Hauptamt für Volksgesundheit. Nach Wagners Tod ernannte ihn Hitler als Personifikation programmatischer Kontinuität zum stellvertretenden Leiter des Hauptamtes. Der Kärntener Gauamtsleiter Oskar Kauffmann verdankte seinen Aufstieg in die gesundheitspolitische Führungsgruppe des „Dritten Reiches" der massiven Protektion des Reichsgesundheitsführers. Der Österreicher wurde Anfang 1942 von Conti in die Gesundheitsabteilung des Reichsinnenministeriums berufen, um dort die Auseinandersetzungen mit der DAF zu koordinieren. Innerhalb eines Jahres entwickelte sich der an gesundheitspolitischen Grundsatzfragen sehr interessierte Nervenfacharzt zum strategischen Kopf der Abteilung IV, avancierte vom dienstjüngsten Ministerialrat zum Ministerialdirektor und wurde – gegen den entschiedenen Widerstand der Parteikanzlei – von Conti zu seinem handlungsbevollmächtigten Stellvertreter im Reichsinnenministerium gemacht. Obwohl Kauffmann in seiner umfangreichen Denkschriftenproduktion als einer der wenigen Mitarbeiter Contis Verständnis für die ungeschriebenen Spielregeln des

[108] Vernehmung Blome [1947], S. 8, BAK, All. Proz. 2/FC 6067 P.

polykratischen Machtkampfes erkennen ließ, trug er durch seine weitreichenden, gegenüber den Ressortinteressen anderer Institutionen wenig rücksichtsvollen Vorschläge zur Neuorganisation des deutschen Gesundheitswesens und seinen robusten, bisweilen provozierenden Verhandlungsstil viel zur Verschärfung des Konflikts zwischen der Gesundheitsabteilung des Reichsinnenministeriums und der DAF bei.

Insgesamt gesehen hielt sich der Austausch zwischen der Mittel- und der Zentralebene des Hauptamtes für Volksgesundheit in engen Grenzen. Neben zwei weiteren Gauamtsleitern, die aus dieser Position in gesundheitspolitische Schlüsselfunktionen im Hauptamt wechselten (Rudolf Ramm als Reichsschulungsbeauftragter und Franz Riedl als Leiter des Amtes Gesundheitspolitik), existierte nur eine kleine Gruppe ehemaliger Gauamtsleiter, die – teils nebenberuflich – als Amtsleiter in das Hauptamt berufen wurden.[109] Der Hauptgrund für die begrenzte territoriale und hierarchische Mobilität der Gauamtsleiter liegt in ihrer starken regionalen Verankerung. Über Ernennung und Absetzung entschied nicht das Hauptamt für Volksgesundheit, sondern in erster Linie der zuständige Gauleiter. Der Reichsärzteführer verfügte hier lediglich über ein Vetorecht. Als Himmler den wegen eines Verstoßes gegen den Rassenkodex der SS in Ungnade gefallenen Gauamtsleiter des Sudetengaus, Karl Feitenhansl, strafversetzen wollte, beschied ihn der Reichsgesundheitsführer, daß dies unmöglich sei, da „der Gauamtsleiter [...] vom Gauleiter mit meiner Zustimmung ernannt" werde, wobei die Gauleiter „aus ihrer bisherigen Gau–Mitarbeiterschaft den Parteigenossen ihres Vertrauens aussuchen und nicht irgendeinen Ortsfremden"[110] nähmen. Auch Nichtentscheidungen verdeutlichen die starke Position der Gauleiter, gegen deren Veto der Reichsgesundheitsführer keinen Kandidaten durchsetzen konnte. Als Conti, der während des Krieges das Ziel verfolgte, freiwerdende Gauamtsleiterstellen mit Kandidaten aus der staatlichen Medizinalverwaltung zu besetzen, die nach der Amtsenthebung Erich Bruns vakante Dienststelle im Gau Südhannover-Braunschweig 1944 mit dem Medizinaldezernenten der Regierung Hannover, Friedrich Popp, besetzen wollte, lehnte Gauleiter Lauterbacher Popp wegen seiner kirchlichen Bindung ab und ernannte an dessen Stelle einen Vertrauten zum neuen Gaugesundheitsführer.[111] Die entscheidende Bedeutung der Gauleiter bei der Besetzung der Gauamtsleiterstellen wird ebenfalls in den Parteigerichtsverfahren der aus dem Amt geschiedenen Gauamtsleiter deutlich. Nur selten verließen diese ihren Posten freiwillig wie der Essener Gauamtsleiter Fritz Sachweh, der eine Stelle als Krankenhaus-Chefarzt antrat.[112] Mehr als einmal waren sie in Strafverfahren

---

[109] Brauneck, Bruns, Klipp, Pakheiser, Ramm, Riedl, Wegner.

[110] Conti an Himmler, 14. 11. 1940, BAB, Personalakte Feitenhansl.

[111] Traugott Bredow, eidesstattliche Erklärung, 31. 5. 1948, NdsHStA, Nds. 171 Hann./ 10326. Umgekehrt zeigt das erfolgreiche Veto Contis gegen die Ernennung des Leiters der Ärztekammer im Warthegau, Meyer, zum Gauamtsleiter, daß diese nicht gegen das Votum des Reichsgesundheitsführers ernannt werden konnten; vgl. das Schreiben des Reichssicherheitshauptamtes, Abteilung III B 3 (Ehlich) an den SD-Abschnitt Litzmannstadt, ZAhdS, 500/3/764, Bl. 200.

[112] Ähnlich liegt der Fall des schlesischen Gauamtsleiters Peschke, der 1942 mit dem Erreichen des 60. Lebensjahres um die Entpflichtung aus dem Parteiamt nachsuchte, um in den

verwickelt. So wurde der Gauamtsleiter von Pommern, Werner Krug, 1937 wegen Unterschlagung zum Nachteil der Provinzialärztekammer zu einer Freiheitsstrafe verurteilt.[113] Der Nachfolger Oskar Kauffmanns in Kärnten, Walter Schmid-Sachsenstamm, mußte seinen Posten bereits 1944 wieder räumen, nachdem man ihn gemeinsam mit seiner Ehefrau wegen Lebensmittelkartenbetruges angeklagt hatte. Solche Verfahren sind weniger wegen des großen öffentlichen Aufsehens, das sie erregten, interessant, sondern deshalb, weil in ihnen die personalpolitische Entscheidungsgewalt des Gauleiters zum Ausdruck kommt. Das Parteigerichtsverfahren gegen Schmid-Sachsenstamm, der lediglich Mitwisser der illegalen Lebensmittelbeschaffungen seiner Ehefrau gewesen war, wurde nur deswegen eingeleitet, weil der Ehemann nach Ansicht des Gauleiters für Verfehlungen seiner Frau mithaftete.[114] Im Falle Krugs rügte das erkennende Gericht ausdrücklich, daß die Gauleitung es offensichtlich versäumt hatte, sich vor der Berufung darüber zu informieren, ob dieser über „die für den in Aussicht genommenen Posten erforderlichen moralischen Qualitäten"[115] verfüge. Statt dessen habe sie sich „offenbar lediglich von seiner alten Parteizugehörigkeit und Blutordensträgerschaft [...] leiten lassen". Exemplarisch für die personalpolitische Autonomie der Gauleiter und den vergleichsweise geringen Einfluß des Reichsärzteführers auf die Besetzung der Gauamtsleiterposten sind auch die beiden Fälle des 1934 amtsenthobenen Gauamtsleiters der Kurmark, Walter Ruppin, und des 1936 gestürzten thüringischen Gauamtsleiters Karl Oskar Klipp. Ruppin, der Gründungsvorsitzende des NS-Ärztebundes im Gau Kurmark, wurde im Juni 1934 aufgrund einer Weisung des Gauleiters Kube aus seinen Ämtern beurlaubt und, obwohl ein von der Gauleitung angestrengtes Parteigerichtsverfahren im Sande verlief, unter einem Vorwand amtsenthoben, nachdem er zuvor die zerrütteten Eheverhältnisse des Gauleiters kritisiert hatte.[116] Klipp, der gleichzeitig Leiter der Gesundheitsabteilung des Thüringischen Innenministeriums war, hatte, unterstützt vom Thüringischen Innenminister Wächtler, erfolglos versucht, die Unterstellung des SS-nahen Thüringischen Landesamtes für Rassewesen unter das staatliche Gesundheitswesen zu erzwingen. Nach dem Weggang Wächtlers fiel Klipp im Frühjahr 1936 einer von Gauleiter Sauckel mitgetragenen Intrige der SS zum Opfer.[117] In beiden

---

Arztberuf zurückzukehren; Austrittsmeldung des Reichsschatzmeisters, 6. 3. 1943; BAB, Personalakte Peschke.

113 Krug wurde 1937 wegen Untreue und Unterschlagung zu 18 Monaten Gefängnis verurteilt; Einstweilige Ausschlußverfügung der Gauleitung Pommern, 24. 10. 1936, BAB, Personalakte Krug. Über Krugs Fall wurde ausführlich im Emigrantenblatt Pariser Tageszeitung vom 28. 12. 1937 berichtet; Personalakte Krug.

114 Urteil des Gaugerichts Kärnten, 15. 8. 1944, S. 10, 12, BAB, Personalakte Schmid-Sachsenstamm.

115 Urteil des Landgerichts Stettin, 6a Ks 1/37 gegen Werner Krug, 22. 3. 1937, BAB, Personalakte Krug.

116 Vgl. hierzu das umfangreiche Parteigerichtsverfahren Ruppin gegen Ideler, hier insbesondere die Darstellung in der Vernehmung Ruppins vom 6. 7. 1936, S. 1–11, BAB, Personalakte Ruppin.

117 Der Leiter des Landesamtes, Karl Astel, gehörte als einflußreicher rassenhygienischer Berater Himmlers der SS ebenso an wie der Thüringische Gauleiter Sauckel. Klipp hingegen war bereits vor 1933 wieder aus der SS ausgeschieden. Zur Auseinandersetzung zwischen

Fällen bemühte sich der Reichsärzteführer Wagner, den Gauamtsleitern ihre Position zu erhalten, erkannte jedoch letztendlich die Verfügungsgewalt der Gauleiter an und versuchte, den Amtsenthobenen Posten in seinem Verfügungsbereich zu verschaffen.[118]

Klipp und Astel vgl. die Verfügung Sauckels über die Zuständigkeiten des Thüringischen Landesamtes für Rassewesen, 9. 4. 1935; Astel an Sauckel, 11. 5. 1935; Astel an Himmler, 12. 5. 1935; Astel an Himmler, 13. 1. 1936; Astel an Himmler, 18. 4. 1936, BAB, Personalakte Astel. Zur Entmachtung Klipps vgl. das umfangreiche Material im Verfahren des Obersten Parteigerichts der NSDAP; BAB, Personalakte Klipp.

[118] Wagner an Kube, 17. 12. 1934; Wagner an Kube, 24. 5. 1935; Wagner an Ruppin, 24. 5. 1935, alle BAB, Personalakte Ruppin; Hamann an Wagner, 14. 6. 1938, S. 4, BAB, Personalakte Klipp.

III. Gesundheitspolitische Entscheidungsprozesse

1. Der Stopp der „Aktion T4" im Kontext kirchlicher Proteste

Ende August 1941 verfügte Hitler den Abbruch der „Aktion T4". Auch wenn die Patientenmorde mit der Einstellung der organisierten Massenvergasung erwachsener Geisteskranker keineswegs ihr Ende fanden, so stellt der sogenannte „Euthanasiestopp" doch eine Zäsur der nationalsozialistischen Gesundheitspolitik im Zweiten Weltkrieg dar. Der Stoppentscheid markiert den Wendepunkt von einem erbbiologisch geprägten Verständnis von Gesundheitspolitik, das seine Rationalitätskriterien auf eine zutiefst inhumane Weise in anderen Gesellschaftsbereichen wirksam werden ließ, zu einer Konzeption von Gesundheitspolitik, in der aktuelle Problembezüge zunehmend in Konkurrenz zu den biologistischen Utopien traten und das Gesundheitswesen eng an die Prioritätsvorgaben vermeintlicher Kriegsnotwendigkeiten banden.

Trotz seines Stellenwerts gehört der sogenannte „Euthanasiestopp" zu den vergleichsweise wenig erforschten Ereignissen in der Geschichte der nationalsozialistischen Krankenmorde. Da kaum verläßliche Quellen aus dem unmittelbaren Umfeld der beteiligten Akteure überliefert sind, bewegen sich Aussagen über die Hintergründe der Entscheidungsbildung zumeist auf der Ebene mehr oder weniger plausibler, gleichwohl empirisch schwach fundierter Vermutungen. Der teilweise ausgesprochen vage Kenntnisstand resultiert auch aus einer Sichtweise, die den Entscheidungsprozeß in unzulässiger Weise auf den nationalsozialistischen Diktator verengt.[1]

Während weitgehend Einigkeit darüber besteht, daß zum Verständnis des Entscheidungsprozesses multikausale Erklärungsmodelle besser geeignet sind als die Suche nach einer einzigen Hauptursache, ist der Stellenwert einzelner Beweggründe innerhalb der Entscheidungsbildung umstritten.[2] Unterschiedliche Resonanz hat Götz Aly gefunden, der argumentierte, die Tötung erwachsener Anstaltsinsassen sei nicht zuletzt deshalb beendet worden, weil das Ziel von rund 70000 Opfern im Sommer 1941 bereits erreicht war.[3] Dem steht nicht nur eine regional sehr unterschiedliche Reichweite der Patientenmorde entgegen, die eher gegen die Vermutung einer planmäßig zum Abschluß geführten Aktion spricht,

---

1 Vgl. exemplarisch die in Chronologie, Zuordnung der Autorenschaft von Schlüsseldokumenten und Interpretation fehlerhafte Darstellung bei Conway, Kirchenpolitik, S. 294–297; Schleunes, Entschlußbildung, die einzige systematische Untersuchung, kommt aufgrund der schmalen Quellenbasis nicht zu neuen Befunden.

2 Schmuhl, Rassenhygiene, S. 210; Kaminsky, Zwangssterilisation, S. 408f.

3 Aly, Medizin, S. 29; zustimmend Nowak, Widerstand, S. 246, und Burleigh, Death, S. 180, dagegen kritisch dazu Kaminsky, Zwangssterilisation, S. 409f.

sondern auch ein Eintrag in den Goebbels-Tagebüchern, auf dessen Grundlage die von den T4-Verantwortlichen angestrebte Opferzahl wohl deutlich nach oben korrigiert werden muß.[4] Vor allem aber setzt die von Aly entwickelte Begründung einen kontinuierlichen Informationsfluß zwischen den Leitern der „Aktion T4" und dem nationalsozialistischen Diktator voraus. Für eine solche Annahme finden sich jedoch in den Quellen keine Anhaltspunkte. Im Gegenteil: Das Verhalten der T4-Verantwortlichen, die auf den „Euthanasiestopp" zunächst orientierungslos reagierten, legt den Schluß nahe, daß der Abbruch der Aktion von dritter Seite herbeigeführt wurde und sie an dieser Entscheidung nicht beteiligt waren.[5] Auch Karl Brandt, der für den medizinischen Teil der Krankenmorde verantwortlich war und als Kontaktmann der Euthanasiebürokratie zu Hitler fungierte, wurde offenbar nicht zu Rate gezogen, obwohl er im Führerhauptquartier anwesend war.[6]

Dieser Befund ließe sich gut in ein Erklärungsmodell integrieren, das Machtverschiebungen innerhalb des NSDAP-Apparats einen entscheidenden Stellenwert beim Abbruch der „Aktion T4" zubilligt. Zwischen Martin Bormann, der nach dem Englandflug von Rudolf Heß zum mächtigen Leiter der Parteikanzlei avancierte, und der von Philipp Bouhler geleiteten Kanzlei des Führers, deren Mitarbeiter die erste Welle der Patientenmorde organisierten, bestanden starke Rivalitäten, die sich vor allem am Zuständigkeitsbereich der Führerkanzlei entzündeten, den Bouhler möglichst weit, Bormann dagegen so eng als möglich auslegte. Seit Kriegsbeginn hatte der Leiter der Führerkanzlei mit seinem beharrlichen, letzthin aber erfolglosen Streben nach neuen Kompetenzen eine Reihe einflußreicher Herrschaftsträger verprellt.[7] Zu ihnen zählte Himmler, dessen Gestapo das extensiv ausgeübte Gnadenrecht der Kanzlei des Führers seit langem ein Dorn im Auge war, ebenso der Chef der Reichskanzlei, Hans Heinrich Lammers, der eifersüchtig über sein Monopol, Geschäftsvorgänge aus dem staatlichen Bereich an Hitler heranzutragen, wachte, und dabei von Bouhler mehrmals übergangen wurde.[8] Während Bouhler bei Hitler zunehmend an Ansehen verlor (nicht zuletzt, weil mehrere Korruptionsfälle in seiner Dienststelle ruchbar geworden waren), konnte Bormann, gestützt auf die Dauerpräsenz im Führerhauptquartier,

---

[4] Goebbels notierte am 31. 1. 1941 als Ergebnis eines Gespräches mit dem für die „Aktion T4" verantwortlichen Leiter der Kanzlei des Führers, Philipp Bouhler: „40000 sind weg, 60000 müssen noch weg"; Fröhlich, Goebbels-Tagebücher, Bd. I/9, S. 119.

[5] Vernehmung Dietrich Allers, 3. 4. 1963, S. 4, ZSL, Aussagenslg. Euthanasie, Ordner A; Vernehmung Werner Heyde, 12. u. 19. 10. 1961, S. 189, ZSL, Aussagenslg. Euthanasie, Ordner Heyde.

[6] Dieser Schluß läßt sich zwar nicht ohne weiteres aus dem Fehlen diesbezüglicher Quellenbelege ziehen. Er wird allerdings dadurch gestützt, daß Brandt im Nürnberger Ärzteprozeß keinerlei Anstalten unternahm, sich selbst einen Anteil an der Abbruchentscheidung zuzuschreiben, während andere Angeklagte in Euthanasieprozessen in der Regel jede erdenkliche Möglichkeit nutzten, ihren Eigenanteil daran herauszustellen. Auch Brandts vage und zumeist im Konjunktiv formulierten Auskünfte über Hitlers mögliche Beweggründe deuten darauf hin, daß er an der Abbruchentscheidung keinen Anteil hatte.

[7] Zum Tätigkeitsbereich Bouhlers vgl. Noakes, Bouhler; Schmuhl, Bouhler, sowie Rebentisch, Führerstaat, S. 449–453.

[8] Noakes, Bouhler, S. 232.

seinen Einflußbereich kontinuierlich erweitern. Wie noch zu zeigen sein wird, spielen mit Bormann und Lammers beim Abbruch der „Aktion T4" Akteure eine zentrale Rolle, die zwei Jahre zuvor im Wettbewerb um den Euthanasieauftrag nicht zum Zuge gekommen waren und nun zu den machtpolitischen Hauptkonkurrenten von Bouhler zählten. Ob der Kanzleienstreit jedoch tatsächlich „eine Rücknahme der Ermächtigung zur Erwachseneneuthanasie aufgrund des Machtzuwachses Bormanns wahrscheinlich erscheinen"[9] läßt, bleibt dagegen fraglich, da einschlägige Quellenbelege für diesen Wirkungszusammenhang fehlen. Die Machtverschiebungen im Kreis der Unterführer waren zweifellos eine förderliche Bedingung, wenn auch kein ausschlaggebender Grund für den „Euthanasiestopp". Wenig überzeugen kann auch die Vermutung, die Krankenmorde seien auch deshalb abgebrochen worden, weil Personal und Gerät für die Vernichtung der europäischen Juden benötigt wurden,[10] denn die ersten nachweisbaren Überlegungen über den Transfer der Tötungstechnologie vom Kranken- auf den Judenmord stammen aus dem Oktober 1941 und liegen damit zeitlich deutlich hinter dem Stoppentscheid.[11]

Am stärksten hat die Forschung Erklärungsansätze aufgenommen, die den Stoppentscheid auf die unvollkommene Geheimhaltung der „Euthanasie" zurückgeführt haben. Informationen über die Krankenmorde verbreiteten sich zum Teil in der Form vager Gerüchte, zum Teil aber auch als erstaunlich detaillierte Kenntnisse über die Verfahrenszusammenhänge nicht nur innerhalb der Verwaltungs- und Justizbehörden, sondern quer durch alle Bevölkerungsschichten, und bewirkten dort eine anwachsende, vom NS-Regime aufmerksam registrierte Beunruhigung, die sich besonders in örtlicher Nähe zu den Tötungszentren konzentrierte.[12] Den beiden großen Konfessionen und ihren karitativen Organisationen kam eine entscheidende Rolle bei der Herstellung und Verbreitung dieses Wissens zu. Nur sie verfügten noch über regimeunabhängige Kommunikationskanäle, in denen die regional verstreuten Informationen gesammelt, verdichtet und zu einem Gesamtbild zusammengefügt werden konnten. Welchen konkreten Anteil die kirchlichen Proteste an der Abbruchentscheidung hatten, ist dagegen strittig. Die zahlreichen Eingaben von Vertretern beider Konfessionen, die seit dem Frühsommer 1940 teils vorsichtig, teils in deutlichen Worten gegen das Staatsverbrechen an den Anstaltsinsassen Position bezogen, bewegten das NS-Regime zunächst lediglich dazu, die

---

[9] Kaminsky, Zwangssterilisation, S. 408f.

[10] Burleigh, Death, S. 180.

[11] Der sogenannte „Gaskammerbrief", in dem der Sachbearbeiter des Reichsministeriums für die besetzten Ostgebiete dem Reichskommissar für das Ostland mitteilte, daß die Kanzlei des Führers bereit sei, Personal zur Errichtung von Gaskammern abzustellen, datiert vom 25. 10. 1941; Klee, Dokumente, S. 271. Dieses Schreiben steht offenbar im Zusammenhang mit der Errichtung des Vernichtungslagers Belzec Anfang November 1941; vgl. Pohl, Judenpolitik, S. 105.

[12] Bereits Ende 1940 waren die Morde in der württembergischen Tötungsanstalt Grafeneck aufgrund einer Intervention Himmlers eingestellt worden, nachdem sie sich vor der ansässigen Bevölkerung nicht länger verbergen ließen. Der Reichsführer SS fürchtete den drohenden Ansehensverlust seiner Organisation, der dadurch entstand, daß die Bevölkerung die „grauen Busse", mit denen die Psychiatriepatienten in die Tötungsanstalten transportiert wurden, der SS zurechnete; Himmler an Brack, 19. 12. 1940, BAB, O 401, Bl. 84.

Geheimhaltung der Krankenmorde zu perfektionieren.[13] Lange galt die berühmte dritte Predigt des Münsteraner Bischofs Clemens August Graf von Galen als auslösender Faktor des „Euthanasiestopps".[14] Nicht nur der enge zeitliche Zusammenhang mit dem Abbruch der „Aktion T4" legt einen solchen Wirkungszusammenhang nahe, auch zahlreiche Zeugenaussagen von Tatbeteiligten in den Strafprozessen der Nachkriegszeit können eine solche Deutung stützen.[15] Dem sind Studien entgegengetreten, die den kirchlichen Protesten nur eine nachgeordnete Rolle zubilligen wollen,[16] oder zumindest deren Bedeutung stark relativieren, indem sie den Wirkungskontext der Kirchenproteste enger eingrenzen. So ist z. B. die infolge der militärischen Lage abbröckelnde Legitimationsbasis des NS-Regimes im Sommer 1941 hervorgehoben worden, die es für einen kurzen Zeitraum anfällig gegenüber öffentlichem Widerspruch machte.[17] Gemeinsam ist all diesen Deutungsversuchen, daß der Weg von der plausiblen Wirkungsvermutung zum empirisch gesicherten Wirkungsnachweis nicht mit der nötigen Konsequenz beschritten wurde. Dabei eröffnet die präzise Rekonstruktion der Entscheidungsprozesse, die in der zweiten Augusthälfte 1941 zum Stopp der „Aktion T4" führten, über den Eigenwert positivistischer Tatsachenfeststellung hinaus wichtige Einblicke in die politischen Bezugsfelder des Krankenmords, in die Konstellation der daran beteiligten politischen Akteure, in die Situationsbewertungen, Risikokalkulationen und Güterabwägungen, die mit der Durchführung der „Euthanasie" verbunden waren. Diese verweisen über den engeren Kontext der Krankenmorde hinaus auf grundlegende Strukturprobleme der NS-Herrschaft.

Ohne die Legitimationskrise des NS-Regimes im Sommer 1941, die auf mehreren, kausal nicht miteinander verbundenen Faktoren beruhte, ist die Entscheidung zur Beendigung der „Aktion T4" nicht verständlich. Die Vertrauenskrise entstand in der zweiten Julihälfte 1941, als sich abzeichnete, daß der Krieg gegen die Sowjetunion anders als die vorangegangenen Feldzüge kaum innerhalb weniger Wochen beendet sein würde. Zuerst ließen fehlende Nachrichten zur militärischen Lage Gerüchte über große Verluste an der Ostfront entstehen.[18] In den folgenden Wochen wurde die öffentliche Meinung zunehmend von der Angst vor einem lang andauernden Krieg bestimmt.[19] Die NS-Führung beobachtete den Vertrauensschwund in die militärische Schlagkraft des Deutschen Reiches auf-

---

[13] Zusammenfassend Burleigh, Death, S. 162–180; Schmuhl, Rassenhygiene, S. 312–354.

[14] Schmuhl, Rassenhygiene, S. 211; Walter, Psychiatrie, S. 679, als Zwischenbilanz der neueren Galen-Forschung Kuropka, Galen.

[15] In diesem Sinne etwa die Aussagen Kircherts, 5. 6. 1962, S. 6, ZSL, Aussagenslg. Euthanasie, Ordner Ka–Ki, Blomes, 6. 3. 1947, IfZ, MB 15/21, Bl. 4642, und Schultzes, 16. 11. 1948, StAM, Staatsanwaltschaften/19051–1, Bl. 143, die durchweg die ursächliche Bedeutung der kirchlichen Proteste, insbesondere der Predigt Graf von Galens, für den „Euthanasiestopp" betonten. Allerdings war keiner dieser NS-Ärzte unmittelbar an der Entscheidungsbildung beteiligt, so daß auch ex-post konstruierte Wirkungsvermutungen denkbar sind.

[16] Friedlander, Weg, S. 191.

[17] Aly, Endlösung, S. 312–316, allerdings ohne Nachweis des Wirkungszusammenhangs.

[18] Boberach, SD-Berichte, 14. 7. 1941, Bd. 7, S. 2514; 7. 8. 1941, Bd. 7, S. 2618.

[19] Boberach, SD-Berichte, 31. 7. 1941, Bd. 7, S. 2591 f.; 18. 8. 1941, Bd. 8, S. 2660; 21. 8. 1941, Bd. 8, S. 2671.

merksam. Goebbels, der sich trotz seines Talents zur Wirklichkeitsverdrängung einen feinen Sensus für die Stimmungslage der Bevölkerung bewahrt hatte, registrierte in diesen Wochen mehrfach Indizien für eine nachlassende Legitimationskraft des Regimes:[20] Obgleich sich die öffentliche Meinung nach dem Eintreffen der Sondermeldungen über neue militärische Erfolge der Wehrmacht konsolidiert habe, rechne er mit einem „nicht nur materiell, sondern auch psychologisch kritischen Winter“.[21] Für das erfolgsgewohnte Regime, das nach dem Sieg über Frankreich von einer breiten Welle der Zustimmung getragen wurde, die sich auch auf Bevölkerungskreise erstreckte, die dem Nationalsozialismus ursprünglich ferngestanden hatten, mußten solche Veränderungen bedrohlich erscheinen, zumal sich die Stimmung der Bevölkerung auch nach den neuen Erfolgsmeldungen vom östlichen Kriegsschauplatz nur kurzfristig besserte. Hinzu kam, daß die Royal Air Force im Sommer 1941 mit einer neuen Angriffstaktik experimentierte und statt militärischer Ziele zunehmend die Wohngebiete nord- und westdeutscher Städte mit konzentrierten und in ihrer Intensität neuartigen Luftangriffen belegte. Einstweilen blieb die Wirkung solcher Angriffe, die im Vergleich zu den Angriffen der späteren Jahre nur mit geringen Kräften geflogen wurden, noch regional begrenzt, jedoch stellten sie schlagartig den unzureichenden Stand der deutschen Luftabwehr bloß. Zudem trafen sie vornehmlich die Bevölkerung der katholischen Gebiete Westdeutschlands und damit Regionen, die im Verdacht mangelnder Identifikation mit dem NS-Regime standen und in denen die von Bormann forcierte Politik der Verdrängung der Kirchen aus dem öffentlichen Leben die ohnehin nicht sehr stark geknüpften Bande zwischen Regime und Bevölkerung weiter gelockert hatte.[22] Daß das Regime den psychologischen Auswirkungen dieser Luftangriffe große Beachtung schenkte, läßt sich nicht nur anhand des Goebbels-Tagebuchs zeigen.[23] Auch die Reaktion Hitlers, der nach einem Luftangriff auf Emden überstürzt ein Sonderprogramm zur Verbesserung der Krankenhausversorgung für Katastrophenfälle in Nord- und Westdeutschland anordnete, deutet in diese Richtung.[24]

In diesem Kontext konnte das veränderte Protestverhalten des katholischen Episkopats im Sommer 1941 beträchtliche Wirkung entfalten. Neben die vom Regime schlichtweg ignorierte Eingabenpolitik des Vorsitzenden der deutschen Bischofskonferenz, Kardinal Bertram,[25] traten in wachsendem Umfang öffentliche Proteste der katholischen Kirche gegen das „dämonische Werk der Euthanasie“.[26]

---

[20] Z.B. Fröhlich, Goebbels-Tagebücher, 4. 8. 1941, Bd. II/1, S. 231.

[21] Fröhlich, Goebbels-Tagebücher, 8. 8. 1941, Bd. II/1, S. 195.

[22] Mit zahlreichen Quellenbelegen Kershaw, Hitler-Mythos, S. 147, 153f.

[23] So befürchtete Goebbels nach dem Nachtangriff auf Münster am 10. 7. 1941 „bedenkliche psychologische Folgen“, da die Bevölkerung aufgrund ihrer „klerikalen Haltung etwas anfällig“ sei; Fröhlich, Goebbels-Tagebücher, 10. 7. 1941, Bd. II/1, S. 41; vgl. auch den Eintrag vom 22. 7. 1941, ebenda, S. 106, sowie Boberach, SD-Berichte, 14. 7. 1941 und 17. 7. 1941, Bd. 7, S. 2529f., 2542f.

[24] Aufzeichnung Karl Brandts, 16. 8. 1945, S. 3, BAK, Kl. Erw. 441/3.

[25] Die Eingabe, die der Vorsitzende der Fuldaer Bischofskonferenz, Bertram, am 8. 11. 1940 in dieser Sache an Lammers richtete, war im Ton derartig vorsichtig gehalten, daß man ihr nur bedingt Protestcharakter zubilligen kann; vgl. Nowak, Euthanasie, S. 158–161.

[26] So Kardinal Michael Faulhaber, zit. nach Repgen, Bischöfe, S. 429.

Den Auftakt bildeten eine Verlautbarung des Heiligen Offiziums vom Dezember 1940 und eine Predigt Preysings im März 1941, die beide in abstrakter Form die Tötung Geisteskranker verurteilten.[27] Unter den Ereignissen im Vorfeld der Galen-Predigt ist das gemeinsame Hirtenwort der deutschen Bischöfe vom 26. Juni 1941 hervorzuheben. Darin bezogen die Bischöfe Stellung gegen die vielfältigen „Beschränkungen und Beengungen",[28] „die der freien Glaubensverkündigung und dem religiös-kirchlichen Leben in der letzten Zeit bereitet wurden". Obwohl das Hirtenwort auf Bertrams Drängen hin in vorsichtigem Ton gehalten war und die Krankenmorde nur verklausuliert ansprach,[29] war seine Resonanz innerhalb der katholischen Bevölkerungsteile groß. Die in der Berliner SD-Zentrale gesammelten Berichte sprachen „von einer außerordentlichen Beunruhigung der Bevölkerung infolge der Verlesung dieses Hirtenbriefes".[30] Viele Gläubige sahen darin die längst überfällige Regung ihrer Bischöfe und nahmen sie zum Anlaß, ihrem Unmut über die Kirchenpolitik der nationalsozialistischen Machthaber Luft zu machen. Das NS-Regime nahm das Hirtenwort ebenso haßerfüllt wie besorgt zur Kenntnis, machten zahlreiche Berichte doch nicht nur die ungebrochene Verbundenheit der katholischen Bevölkerungsteile mit ihrer Konfession deutlich, sondern auch den Ansehensverlust der Partei, der (und nicht dem „Führer") man die antikirchlichen Maßnahmen zurechnete.[31] Hitler entschied, einstweilen nicht öffentlich auf das Hirtenwort zu reagieren, und bremste wenige Wochen nach sei-

---

[27] Für eine abgewogene Darstellung der katholischen Proteste gegen die „Euthanasie" vgl. Hürten, Katholiken, S. 492–500; Repgen, Bischöfe, S. 428–436; ferner Richter, Episkopat, S. 193–196.

[28] Hirtenwort des Deutschen Episkopats, 26. 6. 1941, Volk, Akten, Bd. V, S. 464. Das Hirtenwort wurde am 6. 7. 1941 in den katholischen Diözesen Deutschlands verbreitet.

[29] Die Stellungnahme der deutschen Bischöfe rief den Gläubigen das abstrakte Tötungsverbot des Dekalogs in Erinnerung; Volk, Akten, Bd. V, S. 447. Ihre Vorgeschichte macht die Schwierigkeiten deutlich, die einem gemeinsamen Protest gegen die „Euthanasie" auch dann noch im Wege standen, als an deren Faktizität längst keine Zweifel mehr bestanden. Während eine Gruppe um den Berliner Bischof Preysing (zu der auch von Galen zählte) seit längerem dafür plädierte, den kirchlichen Widerspruch gegen die Gewaltmaßnahmen des NS-Regimes an die Öffentlichkeit zu tragen, suchte Bertram, dessen Denken durch die Erfahrungen des Kulturkampfes geprägt war, alles zu vermeiden, was die katholische Bevölkerungsgruppe dem Verdacht mangelnder Staatstreue aussetzen konnte. Daher ließ sich das von der Mehrheit der Bischöfe getragene Hirtenwort nur gegen den Widerstand des Breslauer Erzbischofs durchsetzen. Dieser behielt sich jedoch die Endredaktion vor und konnte erreichen, daß der Erklärung der vorsichtigere Entwurf des Osnabrücker Bischofs Berning zugrunde gelegt wurde, während das schärfer formulierte Konzept Bischof Gröbers in eine Denkschrift einfloß, die der Reichsregierung zeitgleich mit dem Erscheinen des Hirtenworts zugestellt wurde; Kardinal Bertram, Denkschrift im Auftrag der deutschen Bischofskonferenz, 12. 7. 1941, BAB, 50.01/23081, Bl. 27f., der Entwurf Gröbers vom 25. 7. 1941 in Volk, Akten, Bd. V, S. 458ff. Zur Vorgeschichte des Hirtenworts vgl. den Bericht über die Plenarkonferenz des deutschen Episkopats des Jesuitenpaters Johannes Kipp [nach dem 10. 8. 1941], ebenda, S. 519–521; zu Bertram Repgen, Bischöfe, S. 423f.; zur Stellung von Galens innerhalb der Fuldaer Bischofskonferenz Zumholz, Galen, S. 197–200, 212.

[30] Boberach, SD-Berichte, 17. 7. 1941, Bd. 7, S. 2549f., Zitat 2549.

[31] Fröhlich, Goebbels-Tagebücher, 11. 7. 1941, Bd. II/1, S. 47 und 12. 8. 1941, S. 217.

ner Publikation weitere Übergriffe gegen Ordenseinrichtungen.[32] Diese Entscheidung ist charakteristisch für den repressiven Schlingerkurs der nationalsozialistischen Kirchenpolitik während der Kriegsjahre. Einerseits gab der Diktator seinem Adlatus Bormann, der den Krieg dazu nutzen wollte, die Kirchenfrage im nationalsozialistischen Sinne endgültig zu „lösen“,[33] immer wieder Spielraum für eine erneute Radikalisierung des Kirchenkampfes, andererseits schreckte er vor der offenen Konfrontation mit den katholischen Bischöfen zurück.[34] Hitler wurde in seiner Haltung von Goebbels bestärkt, der dafür plädierte, den Konflikt mit der katholischen Kirche während des Krieges nicht unnötig zu eskalieren, und statt der direkten Konfrontationstaktik Bormanns auf eine Politik der unfriedlichen Koexistenz setzte, die mit indirekten Verdrängungen operierte und gleichzeitig versuchte, die legitimatorischen Potentiale systemloyaler Kirchen weiterhin auszuschöpfen.[35]

In diese Gemengelage aus einer veränderten strategischen Situation, einer vor allem in katholischen Gebieten deutlich spürbaren Legitimationskrise des NS-Regimes und dem kirchenpolitischen Richtungsstreit innerhalb der NS-Führungsriege stießen im Juli und August 1941 drei programmatische Predigten des Münsteraner Bischofs Clemens August Graf von Galen. Den äußeren Anlaß gab das Vorgehen der Geheimen Staatspolizei, die unter dem Vorwand, Raum für die Unterbringung von Luftkriegsopfern zu schaffen, mehrere Ordensniederlassungen in Münster beschlagnahmt und deren Bewohner aus dem Bistum ausgewiesen hatte. Die beiden ersten Predigten vom 12. und 20. Juli 1941[36] stehen dort, wo sie sich gegen die Klosteraufhebungen und die Bedrängung des religiösen Lebens wenden, im Kontext des Fuldaer Hirtenworts. Sie weisen in Duktus und Inhalt jedoch deutlich darüber hinaus. Wo sich Bertram mit versteckten Andeutungen behalf, war Galen ungleich konkreter, nannte Opfer[37] und Übelstände in deutlichen

---

32 Volk, Kirchenkampf, S. 84.

33 Zu den kirchenpolitischen Zielen Bormanns vgl. Walter Tießler: Licht und Schatten oder: Schonungslose Wahrheit 1922–1945 (MS); IfZ, ED/158, S. 129. Tießler, geb. 1903, seit 1924 NSDAP-Mitglied, 1926 Gaupropagandaleiter im Gau Halle-Merseburg, 1934 Hauptstellenleiter in der Reichspropagandaleitung der NSDAP und Mitarbeiter im Stab des Stellvertreters des Führers, 1939–1944 Verbindungsmann zwischen dieser Dienststelle und dem Reichsministerium für Volksaufklärung und Propaganda. Durch diese Position war Tießler über die kirchenpolitischen Richtungskämpfe beider Dienststellen bestens informiert. Zu Tießler vgl. Longerich, Stellvertreter, S. 125–127; Boelcke, Kriegspropaganda, S. 98f., sowie das von Jay W. Baird geführte Interview vom 30. 7. 1970, IfZ, ZS 2327.

34 So hatte Hitler zuvor schon die vom Reichskirchenminister Kerrl angeregte Sperrung der Dotationen von Galens und Gröbers abgelehnt; Lammers an Kerrl, 7. 4. 1941, BAB, 50.01/23081.

35 Hockerts, Goebbels-Tagebücher, S. 382f. Der kirchenpolitische Richtungsstreit entzündete sich freilich lediglich an der Frage der angemessenen Taktik. Ihm lag kein Dissens im Hinblick auf das strategische Fernziel der weitestmöglichen Beschneidung des gesellschaftlichen und politischen Einflusses aller Religionsgemeinschaften zugrunde. Für die Nachkriegszeit plante Goebbels mit dem „politisierenden katholischen Klerus auf[zu]rechnen“; Fröhlich, Goebbels-Tagebücher, 14. 8. 1941, Bd. II/1, S. 232.

36 Löffler, Galen-Akten, Bd. II, S. 843–851, 855–863.

37 Den im KZ inhaftierten Martin Niemöller, ebenda, S. 849.

Worten beim Namen. Auch sind seine Predigttexte weitaus politischer als das Hirtenwort. In der ersten Predigt nahm der Bischof von Münster das Vorgehen der Gestapo zum Anlaß, um am konkreten Beispiel den allgemeinen Verlust an Rechtssicherheit zu beklagen.[38] Die zweite Predigt stellte den äußeren Feinden, die soeben die Altstadt von Münster eingeäschert hatten, „Gegner im Innern des Landes"[39] gegenüber, die ungerührt mit der Beschlagnahmung von Klostergut fortfuhren. Das gemeinsame Hirtenwort der Bischöfe und die Predigten Graf Galens unterscheiden sich noch in einem dritten Punkt: Während sich das Hirtenwort primär an das Kirchenvolk wandte, hatten die Predigten vor allem das NS-Regime zum Adressaten. Der Bischof von Münster verstand sein Hirtenamt von jeher auch als Wächteramt. Durch öffentlichen Protest, zu dem er sich „als Verkünder und Verteidiger der von Gott gewollten Rechts- und Sittenordnung"[40] nicht nur berechtigt, sondern geradezu verpflichtet fühlte, wollte er das Regime auf den Weg der Rechtsstaatlichkeit zurückzwingen, nachdem seine Eingaben keine erkennbare Wirkung gezeigt hatten.

Hatte das Regime bereits auf das Hirtenwort der Bischofskonferenz pikiert reagiert, so empfanden Hitlers Helfer von Galens Protest als Provokation. Für den westfälischen Gauleiter Meyer ließ der Standpunkt des Münsteraner Oberhirten „jedes Maß einer erträglichen Kritik vermissen",[41] insgesamt gesehen erwecke sein Verhalten den Eindruck, „als ob der Bischof nunmehr offen den Kampf gegen Partei und Staat eröffnen wird". Dieses spannungsgeladene Klima, das auf seiten des NS-Regimes durch wachsende Verärgerung, gepaart mit einer gewissen Ratlosigkeit darüber, wie mit dem aufrührerischen Bischof zu verfahren sei, und auf seiten der westfälischen Bevölkerung durch eine zunehmende Erregung geprägt war, bildete den Kontext der dritten Predigt, die der Bischof am 3. August 1941 in der Münsteraner Lambertikirche hielt. Von Galen nahm den bevorstehenden Abtransport von Geisteskranken aus der katholischen Anstalt Mariental zum Anlaß, „die furchtbare Lehre, die die Ermordung Unschuldiger rechtfertigen will, die die gewaltsame Tötung der nicht mehr arbeitsfähigen Invaliden, Krüppel, unheilbar Kranken, Altersschwachen grundsätzlich freigibt",[42] auf das Schärfste zu verurteilen, und teilte den in der Kirche versammelten Gläubigen mit, daß er in dieser Angelegenheit bei der zuständigen Staatsanwaltschaft Strafantrag wegen Mordes gestellt habe.

Zweifellos hat Galen mit einer öffentlichen Wirkung seiner Kanzelproteste kalkuliert. Nach den Eingaben, die ihnen jeweils vorausgingen, konnte er sich sicher

---

[38] Löffler, Galen-Akten, Bd. II, S. 847. Hier klingt bereits ein Motiv an, das auch die dritte Predigt bestimmt: Keiner, ohne Ansehen der persönlichen Schuld, könne sich seiner Lebensumstände mehr sicher sein. Die Predigtstelle bezieht sich hier auf die Möglichkeit der Verhaftung und KZ-Einweisung durch die Gestapo.

[39] Löffler, Galen-Akten, Bd. II, S. 855.

[40] Löffler, Galen-Akten, Bd. II, S. 848.

[41] Meyer an Bormann, 3. 8. 1941, Löffler, Galen-Akten, Bd. II, S. 873. Zum Zeitpunkt der Ausfertigung war dem Gauleiter die dritte Predigt von Galens offenbar noch nicht bekannt.

[42] Löffler, Galen-Akten, Bd. II, S. 876.

sein, daß das Regime jeden seiner Schritte aufmerksam beobachten würde.[43] Offenbar rechnete er selber seit längerem damit, eines Tages verhaftet zu werden.[44] Ob jedoch die Predigten jeweils spontane Reaktionen auf konkrete Ereignisse waren, oder eine gezielt auf den Höhepunkt getriebene Eskalation des Konflikts durch den Bischof von Münster, läßt sich nicht mit Gewißheit sagen. Für die letztere Annahme spricht, daß Galen den Schritt in die Öffentlichkeit schon länger erwogen hatte, und er zu denjenigen Bischöfen gehörte, denen die „papierenen und wirkungslosen“[45] Eingaben Bertrams nicht weit genug gingen.[46] Er selbst hatte das Fuldaer Hirtenwort bei der Verlesung mit einem Zusatz versehen, der die Vernichtung „sog. ‚lebensunwerten Lebens‘, also unschuldige[r] Menschen“,[47] entschieden verurteilte. Auch der innere Zusammenhang der Predigten deutet auf eine gewisse Systematik seines Vorgehens hin. Sie sind untereinander durch die Trias der Leitmotive – Kirchenkampf, Luftkrieg, Einforderung rechtsstaatlicher Verhältnisse – sowie den Gebrauch ähnlicher rhetorischer Mittel verbunden, unter denen die des drastischen Vergleichs und des emotionalisierenden Beispiels besonders hervorragen.[48] Die dritte Predigt stellt in stilistischer und thematischer Hinsicht eine Steigerung der ersten beiden dar. Nicht nur ihre Sprache gewinnt noch einmal an Schärfe, auch ihre theologischen Bezüge, die in den ersten beiden Predigten etwas hinter die Tagespolitik zurücktraten, sind stärker akzentuiert. Der Bischof steigerte seine Verhaltensaufforderungen an die Gläubigen bis hin zum alttestamentarisch anmutenden Appell, den vertrauten Umgang mit Anhängern des NS-Regimes zu meiden.[49]

Schließlich waren die Staatsverbrechen, die er zur Sprache brachte, nicht mehr nur mit Kriegsnotwendigkeiten bemäntelte Vergehen gegen das Eigentum einer Glaubensgemeinschaft oder die Freiheit ihrer Repräsentanten, sondern utilitaristisch verbrämte Verbrechen gegen das Leben mit potentiell unbegrenzter Reichweite. Ging es in den ersten Predigten vor allem um die Rechte der Kirche, so führte von Galen in seiner dritten Predigt den Kampf um das Menschenrecht im nationalsozialistischen Deutschland. Furchtbar mußten den Gläubigen die Folgen

---

[43] Von Galen an Kerrl, 13. 6. 1941; von Galen an Kolbow, 26. 6. 1941, Löffler, Galen-Akten, Bd. II, S. 839f., 867f.

[44] Daß von Galen einen ausgeprägten Sinn für symbolische Politik besaß, zeigen die 1936 getroffenen Vorbereitungen für den Fall seiner Verhaftung. Für diesen Fall ordnete er Trauergeläut an und verbot anschließend jedes Glockenläuten bis zu seiner Freilassung; Morsey, Galen, S. 42.

[45] Von Galen an Berning, 26. 5. 1941, Löffler, Galen-Akten, Bd. II, S. 838. Zur Einordnung des Schreibens vgl. Zumholz, Galen, S. 201.

[46] Von Galen drängte bereits seit Mitte der dreißiger Jahre darauf, den katholischen Protest gegen das NS-Regime stärker an die Öffentlichkeit zu tragen; Zumholz, Galen, S. 189, 197–200.

[47] Löffler, Galen-Akten, Bd. II, S. 876. In Teilen des Gaues Westfalen-Nord kursierten daher schon vor der dritten Predigt von Galens Gerüchte über die Vergasung von Geisteskranken, für deren Verbreitung das Regime katholische Priester verantwortlich machte; Kreisleitung Tecklenburg an die Gauleitung Westfalen-Nord/stellv. Gauleiter, 23. 7. 1941, StAMü, Kreis- und Ortsgruppenleitungen/125.

[48] Z.B. verglich von Galen in der dritten Predigt die Tötung ‚unproduktiver‘ Geisteskranker mit der Verschrottung ausgedienter Maschinen; Löffler, Galen-Akten, Bd. II, S. 877.

[49] Löffler, Galen-Akten, Bd. II, S. 882.

erscheinen, die der Bischof als Konsequenz der nationalsozialistischen Praxis entwickelte, die Lebensberechtigung der Kranken von ihrem Nutzen für die „Volksgemeinschaft" abhängig zu machen. Wer konnte noch Vertrauen haben zu einem Arzt? Denn in letzter Konsequenz betrafen die Krankentötungen nicht mehr einige in abgelegenen Pflegeanstalten asylierte Geisteskranke, sondern jeden, unabhängig von Schuld und Verdienst. „Wenn man den Grundsatz aufstellt und anwendet, daß man den ‚unproduktiven' Mitmenschen töten darf, dann wehe uns allen, wenn wir alt und altersschwach werden! [...] dann wehe den Invaliden, die im Produktionsprozeß ihre Kraft, ihre gesunden Knochen eingesetzt, geopfert und eingebüßt haben [...] dann wehe unsren braven Soldaten, die als Schwerkriegsverletzte, als Krüppel, als Invaliden in die Heimat zurückkehren [...] Dann"[50] – an dieser Stelle greift von Galen zugespitzt auf ein Motiv der ersten Predigt zurück – „ist keiner von uns seines Lebens mehr sicher".

Welche Wirkungen gingen von der Predigt aus? Um diese Frage zu beantworten, ist es nützlich, drei Ebenen zu unterscheiden: erstens die unmittelbare Wirkung innerhalb des Bistums, zweitens die Fernwirkung der Predigt über die Diözesangrenzen hinaus, und drittens die Wahrnehmung solcher Wirkungen durch das Regime. In jeder dieser drei Wirkungsdimensionen war der Effekt der Predigt beträchtlich. Ein Gestapo-Bericht vom 4. August 1941 meldete aus der überfüllten Lambertikirche geradezu tumultartige Mißfallenskundgebungen gegen das NS-Regime.[51] Bereits nach zwei weiteren Wochen war der Inhalt der Predigt in Südbayern bekannt.[52] Noch Monate später zirkulierte die Predigt, teils unter der Hand als Abschrift innerhalb des katholischen Milieus weitergereicht, teils von Bistumsmitarbeitern vervielfältigt, teils durch alliierte Sender, teils als Flugblatt von der Royal Air Force verbreitet, in ganz Deutschland.[53] Andere Bischöfe schlossen sich dem Beispiel ihres Amtsbruders an und protestierten öffentlich gegen die „Euthanasie".[54]

Für die Frage nach dem Einfluß der Predigt auf die Entschlußbildung zum Abbruch der „Aktion T4" ist die erste Wirkungsdimension von besonderem Gewicht, denn nur die Stimmungsberichte aus dem unmittelbaren bischöflichen Wirkungskreis von Galens konnten durch die Gauleitung zu einem sehr frühen Zeitpunkt in die regimeinternen Nachrichtenkanäle eingespeist werden und so auf die Entschlußbildung wirken, während Berichte zu den überregionalen Wirkungen der Galen-Predigt erst für die Zeit nach dem „Euthanasiestopp" vorliegen und damit auf die Entscheidungsbildung keinen Einfluß ausüben konnten.[55]

---

[50] Löffler, Galen-Akten, Bd. II, S. 878.

[51] Löffler, Galen-Akten, Bd. II, S. 883f.

[52] Übersicht über die Berichte des SD-Abschnitts München (1941–1944) an die Abteilung III B 3, ZAhdS, 500/3/763, das Abstract des Berichts vom 18. 8. 1941 bringt den Inhalt der Predigt auf die Kurzformel „Bischof von Münster – Tötung verwundeter Soldaten".

[53] Zur Verbreitung der Predigten Arens, Zeitzeugen, S. 398–401; Protokoll der 11-Uhr-Konferenz im Ministerium für Volksaufklärung und Propaganda, 29. 11. 1941, BAB, R 55/20001g.

[54] Richter, Episkopat, S. 195f.

[55] Erst am 22. 9. 1941 fanden Informationen über die Krankenmorde, die seit Jahresanfang aufgrund von Meldungen der regionalen SD-Dienststellen in großer Zahl vorlagen, erst-

Unmittelbar nach der dritten Predigt bat der westfälische Gauleiter Meyer seine Kreisleiter um einen „wahrheitsgetreuen und ungeschminkten Bericht über die Stimmung in der katholischen Bevölkerung“.[56] Von diesen Berichten ist nur ein kleiner Teil erhalten, so daß sich unsere Kenntnis über die Wirkung der Predigt im Bistum Münster vor allem auf die Berichte der Kreisleitung Tecklenburg stützt, einer mehrheitlich katholischen Landgemeinde nördlich von Münster.[57] Bereits wenige Tage nach dem 3. August kursierte die Predigt in den Pfarreien des Bistums und sorgte dort für anhaltende Empörung in katholischen Kreisen.[58] Den meisten Anstoß erregten die von Graf Galen erwogenen Folgen für die Arbeitsinvaliden und hirnverletzte Soldaten.[59] Damit hatte der Bischof – offenbar ohne es zu wissen – ein Gerücht aufgegriffen, das der Deutschlanddienst des britischen Rundfunks im April 1941 verbreitet hatte.[60] Die Empörung hielt auch dann noch an, als sich die Entrüstung über die Klosteraufhebungen wieder gelegt hatte. Besonders Frauen, so die Kreisleitung, habe der Bischof verhetzt, „viele weinten beim Verlesen der Niederschrift und machten einen verstörten Eindruck“.[61] Es ist offensichtlich, daß die Menschen trotz der Ungeheuerlichkeit der mitgeteilten Tatsachen ihrem Bischof Glauben schenkten.[62] Hierzu trug nicht nur das Ansehen des durch Herkunft und Lebensweg fest in der Region verwurzelten Priesters bei, sondern auch, daß das Regime nicht umgehend mit der gewohnten Härte auf dessen öffentliche Provokation reagierte. Hätte er die Unwahrheit ge-

---

mals Eingang in die Kompilation der „Meldungen aus dem Reich“; Steinert, Krieg, S. 160; Tab. E. 1.

56 Gauleitung Westfalen-Nord an die Kreisleitung Tecklenburg, 5. 8. 1941, StAMü, Kreis- und Ortsgruppenleitungen/125.

57 Eine Argumentation auf dieser Basis scheint dennoch legitim, da sich zahlreiche Inhalte dieser Quellen in den Berichten Meyers an die Berliner Dienststellen wiederfinden. Für die Wahrnehmung der Galen-Predigt durch das Regime ist es von nachgeordneter Bedeutung, ob dies daher rührt, daß sich die Berichte im wesentlichen mit den Lageeinschätzungen anderer westfälischer Kreisleitungen deckten, oder daher, daß sie besonders stark in die Berichterstattung der Gauleitung einflossen. Zur Wirkung der Predigten vgl. auch Kuropka, Münster, S. 539–561.

58 Ortsgruppe Castrop-Rauxel an die Kreisleitung Herne, 18. 8. 1941, StAMü, Kreis- und Ortsgruppenleitungen/46; Oberpräsident der Provinz Westfalen an Kerrl, 25. 8. 1941, BAB, 50.01/238081. Seit September griffen die Gerüchte auf die evangelische Bevölkerung über; Kreisleitung Tecklenburg an die Gauleitung Westfalen-Nord/stellv. Gauleiter, 11. 9. 1941, StAMü, Kreis- und Ortsgruppenleitungen/125.

59 Kreisleitung Tecklenburg an die Gauleitung Westfalen-Nord/stellv. Gauleiter, 21. 8. 1941, StAMü, Kreis- und Ortsgruppenleitungen/125; Landrat von Lüdinghausen an die Staatspolizeileitstelle Münster, 18. 8. 1941, Kaiser/Nowak/Schwarz, Eugenik, S. 284 f.

60 Vgl. hierzu das Protokoll der Ministerkonferenz im Reichsministerium für Volksaufklärung und Propaganda vom 29. 4. 1941, Boelcke, Kriegspropaganda, S. 711.

61 Kreisleitung Tecklenburg an die Gauleitung Westfalen-Nord/stellv. Gauleiter, 4. 9. 1941; vgl. auch Kreisleitung Tecklenburg an die Gauleitung Westfalen-Nord/Pg. Steinecke, 11. 8. 1941, StAMü, Kreis- und Ortsgruppenleitungen/125.

62 Bemerkenswerterweise fehlen in den Berichten der Kreisleitungen Erörterungen zum Tatsachengehalt der Predigt von Galens. Offenbar galten die Krankenmorde auch bei den niederen Parteichargen als Faktum.

sagt, so eine verbreitete Meinung, wären Maßnahmen gegen ihn ergriffen worden.[63]

Unmittelbar bewirkte die Predigt, daß sich die Kluft zwischen dem NS-Regime und der Bevölkerung des Münsterlandes, die sich bereits durch die Klosteraufhebungen verbreitert hatte, noch einmal spürbar vertiefte. Seit von Galens Predigt die Runde machte, konstatierte die Kreisleitung Tecklenburg „deutlich eine passivere Haltung gegenüber dem Nationalsozialismus".[64] Viele Katholiken äußerten sich bewundernd über den persönlichen Mut ihres Oberhirten. Hartnäckig hielt sich das Gerücht, daß das Vorgehen des Bischofs durch die Wehrmacht gedeckt würde, er selbst, so die Fama, sei nach der Predigt von einem Wehrmachtswagen abgeholt und in die Bischofsresidenz geleitet worden.[65] Eine weitere direkte Folge der Predigt betraf das Gesundheitswesen, das in den folgenden Monaten mit einer tiefgreifenden Vertrauenskrise zu kämpfen hatte. Vor allem gesundheitsbezogene Maßnahmen, die unter der Obhut von Parteiorganisationen betrieben wurden, standen künftig unter Generalverdacht. An den Röntgenreihenuntersuchungen zur Tuberkulosevorsorge, die das Gauamt für Volksgesundheit in Westfalen durchführte, nahm in einigen Orten weniger als ein Fünftel der Zielgruppe zwischen 18 und 60 Jahren teil, da viele der Untersuchung aus Angst vor den Folgen eines positiven Befundes fernblieben.[66] Bezeichnend für die Verstörung, die die Predigt von Galens in Teilen der westfälischen Bevölkerung auslöste, ist ein Bericht der NSDAP-Ortsgruppe Mettingen: In der Praxis des örtlichen Allgemeinpraktikers seien mehrere ältere Leute erschienen, die einen gänzlich bestürzten Eindruck gemacht hätten. „Von diesen wurde die Bitte vorgetragen, sie auf ihren Gesundheitszustand hin zu untersuchen. Auf wiederholte Frage des Arztes, weshalb sie denn so aufgeregt seien, berichteten sie, dass kranke Menschen doch beseitigt werden sollten. [...] Der Arzt versuchte ihre Bedenken zu zerstreuen, jedoch leider ohne Erfolg."[67]

Die wohl wichtigste direkte Wirkung der Predigt bestand in der diskursiven Enttabuisierung der Krankenmorde. Indem er das, was ein Geheimnis sein sollte und doch keines mehr war, unwidersprochen und in kaum überbietbarer Drastik öffentlich als Staatsverbrechen brandmarkte, schuf der Bischof Raum für eine weitere Erörterung dieses Themas unter der Bevölkerung. Wenn man ihn „wegen seiner Äusserungen nicht verhafte",[68] so eine verbreitete Meinung, dann „sei jeder Deutsche berechtigt, über die Angelegenheit zu sprechen". Wie sehr sich auf-

---

[63] Kreisleitung Tecklenburg an die Gauleitung Westfalen-Nord/stellv. Gauleiter, 4. 9. 1941, StAMü, Kreis- und Ortsgruppenleitungen/125.

[64] Kreisleitung Tecklenburg an die Gauleitung Westfalen-Nord/stellv. Gauleiter, 7. 8. 1941, StAMü, Kreis- und Ortsgruppenleitungen/125.

[65] Kreisleitung Tecklenburg an die Gauleitung Westfalen-Nord/stellv. Gauleiter, 15. 8. 1941 und 28. 8. 1941, StAMü, Kreis- und Ortsgruppenleitungen/125.

[66] Kreisleitung Tecklenburg an die Gauleitung Westfalen-Nord/stellv. Gauleiter, 11. 9. 1941, StAMü, Kreis- und Ortsgruppenleitungen/125.

[67] Kreisleitung Tecklenburg an die Gauleitung Westfalen-Nord/stellv. Gauleiter, 28. 8. 1941, StAMü, Kreis- und Ortsgruppenleitungen/125.

[68] Kreisleitung Tecklenburg an die Gauleitung Westfalen-Nord/stellv. Gauleiter, 15. 8. 1941, StAMü, Kreis- und Ortsgruppenleitungen/125.

grund der Predigten von Galens die Behandlung der Krankenmorde in der öffentlichen Meinung änderte, zeigt eine Auswertung der Berichtsthemen, die von den SD-Außenstellen an die Berliner Zentrale übermittelt wurden. Während Hinweise auf die „Euthanasie“ bis zum August 1941 mehrheitlich in die vage Form der Meldung über „Verlegungen“ von Geisteskranken gekleidet waren, beherrschten seit September 1941, bei in etwa gleichgebliebenem monatlichem Berichtsaufkommen, direkte Hinweise auf die Krankentötungen das Bild.[69] Mehr noch: Da von Galen die Krankenmorde mit der Autorität seines bischöflichen Amtes aus der indifferenten Form des Gerüchts – aus dem weder für den einzelnen noch für das NS-Regime konkrete Verhaltensgebote folgen mußten – in den Rang einer Tatsachenbehauptung hob, zwang er die Machthaber, sich in irgendeiner Weise dazu zu verhalten.

Die Gauleitung in Münster erhielt unmittelbar nach dessen Predigt Kenntnis von den Ausführungen des Bischofs und leitete sie einige Tage später zusammen mit einer ersten Lageeinschätzung an das Propagandaministerium und die Parteikanzlei weiter.[70] Mit der Unterrichtung dieser Stellen endete der unmittelbare Einfluß des westfälischen Gauleiters auf die weitere Entscheidungsbildung. An ihr waren bemerkenswerterweise keine Dienststellen des Gesundheitswesens beteiligt, sondern vor allem Akteure, die dem politischen Apparat entstammten, zuerst Mitarbeiter der Parteikanzlei und des Propagandaministeriums sowie, in einer späteren Phase, Lammers als Chef der Reichskanzlei und schließlich Hitler selbst.[71] Keiner von ihnen war im engeren Sinne mit Gesundheitspolitik befaßt. Der beteiligte Personenkreis macht zweierlei deutlich: Zum einen wurde die Entscheidung über die weitere Durchführung der Krankenmorde nicht von gesundheitspolitischen Erwägungen abhängig gemacht, sondern in erster Linie unter dem Gesichtspunkt ihrer Auswirkung auf die Stimmung in der Bevölkerung diskutiert. In diesem Kontext spielten potentielle Konflikte mit der katholischen Bevölkerungsgruppe eine entscheidende Rolle. Zweitens verknüpften die Entscheidungsträger ihr Handeln von Beginn an eng mit kirchenpolitischen Erwägungen, insbesondere der Entscheidung über ein eventuelles Vorgehen gegen den Bischof von Münster.[72] Diese Entscheidung, der im Hinblick auf die nationalsozialistische

---

[69] Vgl. Tab. E.1.

[70] Meyer an Bormann, 9. 8. 1941, Löffler, Galen-Akten, Bd. II, S. 888–893. Die Verzögerung entstand dadurch, daß der Gauleiter zunächst bei den Kreisleitern Informationen „über die tatsächliche Auswirkung dieser Hetzversuche der katholischen Geistlichkeit“ einholte; Gauleitung Westfalen-Nord an die Kreisleitungen des Gaues, 5. 8. 1941, StAMü, Kreis- und Ortsgruppenleitungen/125.

[71] Daß der Reichskirchenminister Kerrl erst durch eine Nachfrage des Propagandaministeriums von Bischof Galens Predigt erfuhr, also offensichtlich nicht zum Verteilerkreis des Gestapo-Berichts vom 4. August gehörte, dokumentiert die faktische Bedeutungslosigkeit seines Ministeriums, das die Federführung in der Kirchenpolitik längst an die Parteikanzlei hatte abtreten müssen; vgl. Kerrl an Meyer, 5. 8. 1941, BAB, 50.01/23081, sowie das Antwortschreiben Meyers vom 18. 8. 1941, ebenda.

[72] Das erste einschlägige Schriftstück des Reichsministeriums für Volksaufklärung und Propaganda, ein Aktenvermerk des Abteilungsleiters Propaganda für Goebbels vom 12. 8. 1941, Portmann, Bischof, S. 190–193, trug den bezeichnenden Betreff „Katholische Aktion“. Der dem Ministerialdirektor Alfred-Ingemar Berndt zugeschriebene Akten-

Kirchenpolitik grundsätzliche Bedeutung zukam, hatte sich Hitler ausdrücklich selbst vorbehalten.

Auch wenn der westfälische Gauleiter keinen direkten Einfluß auf den weiteren Gang der Dinge hatte, war seine mittelbare Wirkung auf die Entscheidungsbildung beträchtlich, denn seine Berichte, die auf einen reichhaltigen Fundus an örtlichen Zuträgern aus Verwaltung, Polizei und NSDAP zurückgreifen konnten, bildeten die Hauptinformationsquelle für Bormann und Goebbels. Vor allem aber leitete Meyer in seinem ersten Rapport an die Parteikanzlei einen Spitzelbericht über die dritte Predigt des Bischofs weiter, der die Entschlußbildung der kommenden Wochen entscheidend dadurch prägte, daß er die von Galen dargelegten Fakten über die Krankenmorde mit den nur im Konjunktiv angedeuteten möglichen Folgen der Hierarchisierung von Patienten nach sozialutilitaristischen Nützlichkeitserwägungen vermengte. Der Berichterstatter, ein Kriminalassistent der Gestapo Münster, schrieb von Galen die wörtliche Behauptung zu, daß „Geisteskranke, sonstige Kranke und Invaliden zwecks Ermordung [...] abtransportiert"[73] würden, ebenso Kriegsverletzte. Die Einbeziehung der Kriegsverletzten in den Kreis der potentiellen Opfer, die durch den SD-Spitzel in den Rang einer Tatsachenbehauptung erhoben wurde, verschärfte die Sprengkraft der dritten Predigt in einer vom Bischof wohl kaum intendierten Weise, denn diesbezügliche Gerüchte kursierten bereits seit dem Frühjahr 1941 in Wehrmachtskreisen und waren auf Weisung Hitlers Gegenstand einer SD-Ermittlung geworden.[74]

Obwohl eine schriftliche Fassung des Predigttexts seit Mitte August vorlag, gingen die an der Entschlußbildung beteiligten Personen bis zum Abbruch der „Aktion T4" davon aus, daß die inkriminierten Behauptungen tatsächlich so gefallen waren.[75] Über die Wirkung des Gestapo-Berichts, der in Berlin und München spätestens seit dem 12. August 1941 vorlag, sind wir unter anderem durch die Erinnerungen Walter Tießlers informiert, der seinerzeit als Verbindungsmann zwischen der Parteikanzlei und dem Goebbels-Ministerium eine Schlüsselstellung innerhalb der nationalsozialistischen Propagandamaschinerie innehatte. Als

---

vermerk stammt vermutlich von Oberregierungsrat Ernst Braeckow, der die Propagandaabteilung des Ministeriums bis September 1941 leitete, und bereits im Frühjahr 1941 mit der Abwehr von „Euthanasie"-Gerüchten beauftragt worden war.

[73] [Mittendorf], Bericht über die Predigt Galens am 3. 8. 1941, 4. 8. 1941, Löffler, Galen-Akten, Bd. II, S. 883f. Einzelne Passagen und auch ganze Redewendungen dieses Berichts lassen sich in verschiedenen Aktenstücken der NSDAP und des Reichsministeriums für Volksaufklärung und Propaganda wiederfinden, so auch im oben zitierten Aktenvermerk Braeckows.

[74] Im Frühsommer 1941 informierte Keitel Hitler über das in Wehrmachtskreisen zirkulierende Gerücht, daß Kriegsverletzte aus dem ersten Weltkrieg in die „Euthanasie" miteinbezogen würden. Daraufhin habe Hitler eine Überprüfung der Fälle durch Bouhler veranlaßt; Vernehmung Brandt, Protokoll des Nürnberger Ärzteprozesses, 4. 2. 1947, IfZ, MB 15/42, Bl. 2431.

[75] Vgl. Meyer an Bormann, 13. 8. 1941, Löffler, Galen-Akten, Bd. II, S. 895; Fröhlich, Goebbels-Tagebücher, 23. 8. 1941, Bd. II/1, S. 298f. Meyer, der neben Bormann auch Goebbels in diesem Sinne informierte, stützte sich dabei auf mehrere Berichte über die Predigt am 3. 8., die zwischenzeitlich bei der Gauleitung eingegangen waren; Meyer an Bormann, 27. 8. 1941, Portmann, Bischof, S. 187.

Quelle sind seine Memoiren nicht unproblematisch, da sie chronologische Unstimmigkeiten enthalten und zudem erkennbar vom Bemühen des Verfassers geprägt sind, seinen mehr als unrühmlichen Eigenanteil an dieser Angelegenheit zu rechtfertigen.[76] Jedoch lassen sich mit Hilfe dieser Quelle die mitunter recht kryptischen Andeutungen in den Goebbels-Tagebüchern genauer einordnen, so daß der Kontext der Abbruchentscheidung präziser rekonstruiert werden kann, als dies bisher der Fall war.

Die ersten Reaktionen in Berlin und München folgten den von der Gauleitung Münster vorgezeichneten Bahnen und waren bestimmt durch eine Mischung aus Wut über von Galens Provokation, Sorge wegen der drohenden Auswirkungen seiner Predigt auf das Ansehen des NS-Regimes, vor allem aber durch eine große Unsicherheit, in welchen Bezugsrahmen das Verhalten des Bischofs einzuordnen und wie darauf angemessen zu reagieren sei. Der Leiter der Propagandaabteilung in Goebbels' Ministerium bewertete die Predigt vom 3. August als den „wohl bisher stärksten Angriff gegen die deutsche Staatsführung [...] der seit Jahrzehnten überhaupt vorgekommen ist“.[77] Diese Einschätzung teilte er mit seinem Minister. Von Galens „unverschämte und provozierende Rede“,[78] notierte der empörte Goebbels in sein Tagebuch, falle der kämpfenden Front mit dem Dolch in den Rücken. Sie sei nichts anderes als „Wehrkraftzersetzung, Landesverrat“,[79] kurz, ein Verbrechen, das nach dem Staatsanwalt verlange.[80] Besonders verärgert zeigte sich Goebbels über von Galens angebliche Behauptung, „der nationalsozialistische Staat würde auch die hirnverletzten Soldaten auf die gleiche Weise töten lassen“[81] wie die Geisteskranken. Während man den Mord an den Anstaltsinsassen prinzipiell für legitimierbar hielt,[82] mußte die Unterstellung, verwundete Soldaten würden getötet, nicht nur mit Blick auf das Bild des nationalsozialistischen

---

[76] Tießler, Licht und Schatten; IfZ, ED/158. Tießlers Darlegungen sind von der Absicht geprägt, sich für seinen Vorschlag, von Galen aufzuhängen, zu rechtfertigen. Sein Erklärungsversuch, er habe diese Anregung auf Goebbels Initiative hin gegeben, um so – im sicheren Wissen um Hitlers ausbleibende Zustimmung – Bormann von der Aussichtslosigkeit seines radikalen kirchenpolitischen Kurses zu überzeugen, ist angesichts seiner Haltung in vergleichbaren Fragen wenig glaubhaft. Er stand den kirchenpolitischen Hardlinern der Parteikanzlei näher als dem Kurs von Goebbels und trat im Verlauf des Jahres 1941 mehrmals mit ideologisch motivierten Vorschlägen zur Verschärfung der nationalsozialistischen Politik gegenüber „fremdvölkischen“ Arbeitskräften hervor. Während die in den Tießler-Memoiren geschilderten Beweggründe des Reichspropagandaministers für sein Verhalten gegenüber dem Bischof von Münster auch anhand der Goebbels-Tagebücher rekonstruiert werden können, finden sich in der einschlägigen Überlieferung keine Hinweise, die Tießlers Darlegung seiner Rolle bestätigen.

[77] Aktenvermerk des Abteilungsleiters Propaganda im Reichsministerium für Volksaufklärung und Propaganda für Goebbels, 12. 8. 1941, Portmann, Bischof, S. 191.

[78] Fröhlich, Goebbels-Tagebücher, 14. 8. 1941, Bd. II/1, S. 232.

[79] Tießler, Licht und Schatten, S. 141, IfZ, ED/158.

[80] Fröhlich, Goebbels-Tagebücher, 14. 8. 1941, Bd. II/1, S. 232.

[81] Tießler, Licht und Schatten, S. 141, IfZ, ED/158.

[82] Der Tobis-Spielfilm „Ich klage an“, in dem mit subtilen filmischen Mitteln kaum verhohlen für den „Gnadentod“ geworben wurde, war seit Anfang 1941 fertiggestellt und durchlief in den Wochen vor der Entscheidung zum „Euthanasiestopp“ die Filmzensur, bevor er am 29. 8. – nur eine Woche nach dem Stoppentscheid – zur Uraufführung kam; vgl. Roth, Filmpropaganda, S. 165f.

Deutschlands im westlichen Ausland verheerend wirken, sondern auch auf die Stimmung der eigenen Bevölkerung. Selbst die Wohlgesinnten, befürchtete Goebbels, würden bei diesem Gedanken zurückschaudern. Darüber hinaus könnten diese Anschuldigungen über die Angehörigen den Frontsoldaten zugetragen werden und auch dort „Entsetzen, Angst, Panik zur Folge haben".[83]

Für die Bewertung der Predigt durch das NS-Regime waren vier Annahmen von Bedeutung, von denen drei eng mit dem bischöflichen Amt Graf Galens zusammenhingen. Erstens stand nach drei Predigten zu befürchten, daß der Bischof mit seinen Angriffen auf das NS-Regime fortfahren würde, zweitens rechnete man damit, daß eine Verbreitung der Anschuldigungen nicht zu verhindern sei, da von Galens Predigt durch kirchliche Kommunikationskanäle weitergeleitet und durch Mund-zu-Mund-Propaganda rasch über den katholischen Bevölkerungsteil hinaus bekannt werden würde. Drittens war man sich, noch bevor entsprechende SD-Berichte dies bestätigen konnten, sicher, daß die Bevölkerung den Ausführungen des katholischen Würdenträgers Glauben schenken würde.[84] Viertens, dies ist entscheidend, begriffen Parteikanzlei und Propagandaministerium von Galens Vorstoß nicht als Aktion eines einzelnen Kirchenmannes, sondern interpretierten sein Handeln im Kontext einer vermuteten Kursänderung des katholischen Gesamtepiskopats. Auf den letzten Zusammenkünften der Fuldaer Bischofskonferenz, so vermutete der Referent des Propagandaministeriums, sei beschlossen worden, künftig „in schärfste Opposition zu treten",[85] und er wertete Graf Galens Predigten als Produkt dieser Beschlüsse.

So ähnlich Propagandaministerium und Parteikanzlei Kontext und mögliche Folgen der Predigt beurteilten, so unterschiedlich waren deren Vorschläge, wie auf von Galens Predigt zu reagieren sei. Ein (vorläufiger) Stopp der Transporte aus Westfalen, wie ihn der Chef der Provinzialverwaltung, Landeshauptmann Kolbow, dem Gauleiter empfohlen hatte, wurde in dieser Phase der Entscheidungsbildung von keiner Seite ernsthaft in Betracht gezogen. Meyer ging nach Rücksprache mit der Kanzlei des Führers weiterhin davon aus, daß die Mordaktion planmäßig fortgesetzt würde.[86] Bormanns Mitarbeiter Tießler plädierte namens der Parteikanzlei dafür, in vorsichtiger Weise mit der Aufklärung der Bevöl-

---

[83] Tießler, Licht und Schatten, S. 141, IfZ, ED/158.

[84] Meyer an Bormann, 13. 8. 1941, Löffler, Galen-Akten, Bd. II, S. 895; Tießler, Licht und Schatten, S. 141, IfZ, ED/158.

[85] Aktenvermerk des Abteilungsleiters Propaganda im Reichsministerium für Volksaufklärung und Propaganda für Goebbels, 12. 8. 1941, Portmann, Bischof, S. 190f. Wie wichtig gerade diese Wahrnehmung für das weitere Verhalten der NS-Führung gegenüber von Galen war, zeigt ein Vergleich mit der Behandlung Paul Gerhard Braunes. Der Vizepräsident des Centralausschusses der Inneren Mission hatte der Reichskanzlei im Juli 1940 eine Denkschrift gegen die „Euthanasie" zugeleitet und war dabei, obwohl das Memorandum im Auftrag des Vertrauensrates der Deutschen evangelischen Kirche angefertigt worden war, gegenüber den Behörden als alleiniger Verfasser aufgetreten. Braune wurde wenige Wochen nach der Übergabe der Denkschrift von der Gestapo festgenommen und blieb mehrere Wochen inhaftiert, da er – so der von Heydrich unterzeichnete Schutzhaftbefehl – „Maßnahmen des Staates und der Partei sabotiert" habe; Schmuhl, Rassenhygiene, S. 330; zu Braune vgl. auch Nowak, Euthanasie, S. 133–136.

[86] Meyer an Bormann, 18. 8. 1941, Portmann, Bischof, S. 185.

kerung über die „Euthanasie“ zu beginnen. Vor allem aber müsse man harte Maßnahmen gegen den Bischof von Münster ergreifen. Die einzige Maßnahme, mit der von Galens Provokation propagandistisch und strafrechtlich wirksam entgegengetreten werden könne, bestünde darin, den Bischof kurzerhand aufzuhängen. Andernfalls sei damit zu rechnen, daß die von ihm mitgeteilten Zusammenhänge, insbesondere seine Mutmaßungen über die Behandlung hirnverletzter Kriegsinvalider, von großen Teilen der Bevölkerung für bare Münze genommen würden.[87] Bormann begegnete diesen Vorschlägen Tießlers, auch wenn er ihnen im Grunde zustimmte, mit Zurückhaltung, da er ihnen angesichts der bekannten Haltung Hitlers nur wenig Realisierungschancen einräumte. Der nationalsozialistische Diktator und mehrere Mitglieder des inneren Führungskreises hatten sich immer wieder gegen eine Lockerung der Geheimhaltung der Krankenmorde ausgesprochen, da sie eine Verwendung dieses Themas in der ausländischen Propaganda und die diskursive Entgrenzung der Euthanasieproblematik innerhalb der eigenen Bevölkerung befürchteten. An dieser Besorgnis war im vergangenen Jahr der weitgediehene Entwurf eines Euthanasiegesetzes gescheitert.[88] Bormann selbst hielt die Todesstrafe für den aufrührerischen Bischof zwar ebenfalls für wünschenswert, war jedoch sicher, daß Hitler eine solche Maßnahme zur Zeit kaum anordnen würde. Allerdings plante der Leiter der Parteikanzlei offenbar, von Galen verhaften zu lassen.[89] Damit folgte er den Anregungen westfälischer Kreisleitungen, die nachdrücklich für Sanktionen gegen den Münsteraner Oberhirten plädierten,[90] und dem Gauleiter Meyer, der in Anlehnung an das Vorgehen des preußischen Staates im Kulturkampf die Verhaftung oder Ausweisung des renitenten Bischofs vorgeschlagen hatte.

Das Propagandaministerium verfolgte einen weit vorsichtigeren Kurs. Im Gegensatz zur Parteikanzlei wurden die strafrechtlichen Handlungsmöglichkeiten des NS-Regimes dort zurückhaltend bewertet. „Staatspolizeiliche Maßnahmen“ gegenüber von Galen schienen nur von mäßigen Erfolgsaussichten gekrönt, denn im Falle einer Verhaftung und eventuellen Verurteilung stand zu befürchten, daß man aus dem in seiner Diözese fest verwurzelten Bischof einen Märtyrer machte.[91] Zwar sei es wünschenswert, den Bischof zur Rechenschaft zu ziehen, er jedoch „wisse nicht, was man im Augenblick Wirksames tun könne“,[92] beschrieb

---

[87] Aktenvermerk Tießlers für Bormann, 12. 8. 1941, Portmann, Bischof, S. 189f.

[88] Hitler wurde in seiner ablehnenden Haltung von Göring und Goebbels bestärkt, die befürchteten, daß die öffentliche Thematisierung der „Euthanasie“ von Regimegegnern dazu benutzt werden könnte, die Behauptung aufzustellen „dass wir unsere kriegsverletzten Soldaten in die Aktion einbeziehen koennten, und dass wir aus ernährungspolitischen Gruenden die Aktion machten“; Vernehmung Ehlich, 16. 6. 1946, S. 21, BAK, All. Proz. 2/FC 6075 P.

[89] So Tießler, Licht und Schatten, S. 142, IfZ, ED/158.

[90] Zur Haltung der Kreisleitungen vgl. Kreisleitung Tecklenburg an die Gauleitung Westfalen-Nord/stellv. Gauleiter, 28. 8. 1941, StAMü, Kreis- und Ortsgruppenleitungen/125; Meyer an Bormann, 23. 8. 1941, Portmann, Bischof, S. 186; zu den Vorschlägen Meyers vgl. ders. an Bormann, 13. 8. 1941, Löffler, Galen-Akten, S. 896f.

[91] Aktenvermerk des Abteilungsleiters Propaganda im Reichsministerium für Volksaufklärung und Propaganda für Goebbels, 12. 8. 1941, Portmann, Bischof, S. 191.

[92] Aktenvermerk Tießlers für Bormann, 14. 8. 1941, Portmann, Bischof, S. 194.

Goebbels dem Sachbearbeiter der Parteikanzlei sein Dilemma. Würde man ihn lediglich inhaftieren, so bliebe der Verdacht bestehen, daß seine Behauptungen doch wahr seien. Jedoch könne „die einzige Strafe, die überzeugen würde, von Galen aufzuhängen [...] gegen den Bischof von Münster nicht angewandt werden",[93] da man in diesem Fall die Bevölkerung ganz Westfalens für die Kriegsdauer abschreiben müsse.[94] Daß ein führender Repräsentant des NS-Systems der Legitimationsbasis des Regimes in einer katholischen Region derartig große Bedeutung beimaß, mutet zunächst überraschend an. Bei der gewaltsamen Vertreibung des Rottenburger Bischofs Sproll einige Jahre zuvor hatten solche Erwägungen kaum eine Rolle gespielt.[95] Goebbels Überlegungen werden verständlicher, wenn man sich in Erinnerung ruft, daß der Reichspropagandaminister seit längerem einen kirchenpolitisch flexibleren Kurs verfolgte und darauf bedacht war, während des Krieges zumindest den Anschein eines „Burgfriedens" zu wahren, um die Loyalität des katholischen Bevölkerungsteils nicht unnötig auf die Probe zu stellen. Hinzu kam, daß der eben begonnene Überfall auf die Sowjetunion, den man als Kreuzzug gegen ein gottloses und kirchenfeindliches Gesellschaftssystem propagandistisch verbrämte, dem Hitler-Regime Gelegenheit gab, den Antibolschewismus als verbindendes Element zwischen dem NS-Staat, weiten Teilen der Bevölkerung und den Kirchen herauszustellen und so seine angegriffene plebiszitäre Legitimationsbasis erneut zu festigen. Das Antibolschewismusargument machte das Regime jedoch gleichzeitig verwundbar für den Vorwurf der Religionsfeindschaft, denn in diesem Punkt konnten allzu leicht Parallelen zum stalinistischen Rußland konstruiert werden.[96] Vor diesem Hintergrund bewertete Goebbels mögliche Handlungsoptionen, wobei er die Empörung des Bischofs von Münster nie isoliert, sondern immer im Kontext kirchenpolitischer Grundsatzerwägungen betrachtete. Für ihn bestand die Kernfrage darin, ob es möglich und sinnvoll sei, die katholische Kirche durch Strafmaßnahmen gegen einen ihrer prominentesten Würdenträger herauszufordern und eventuell anhand der Person von Galens einen Grundsatzkonflikt vom Zaun zu brechen, der größere Teile des katholischen Deutschlands in offene Opposition zum nationalsozialistischen Staat gebracht hätte. Den potentiellen Nutzen eines solchen Konflikts schätzte Goebbels außerordentlich gering ein. Das Fernziel einer kirchenpolitischen Flurbereinigung, so kalkulierte er, ließ sich nach dem Krieg „mit einem Federstrich"[97] lösen. Warum also zu einem Zeitpunkt, in dem die Legitimitätsressourcen des NS-Staates erkennbar im Schwinden begriffen waren, unnötige Risiken eingehen? „Bei den Er-

---

[93] Tießler, Licht und Schatten, S. 141f., IfZ, ED/158.

[94] Aktenvermerk Tießlers für Bormann, 14. 8. 1941, Portmann, Bischof, S. 194.

[95] Die Situation im Bistum Rottenburg, wo Bischof Sproll der Volksabstimmung über den „Anschluß" Österreichs ferngeblieben war, unterschied sich in dreierlei Hinsicht von der in Münster: Erstens konnte sich das NS-Regime im Sommer 1938 der Zustimmung eines Großteils der deutschen Bevölkerung sicher sein, zweitens fand Bischof Sproll mit seiner ostentativen Verweigerungsgeste keinen Rückhalt bei seinen damals mehrheitlich regimeloyalen Amtsbrüdern, und drittens war seine Diözese – im Gegensatz zum tiefkatholischen Münsterland – ein Diasporabistum.

[96] Daß dies vielfach geschah, zeigt Kershaw, Hitler-Mythos, S. 156f.

[97] Fröhlich, Goebbels-Tagebücher, 23. 8. 1941, Bd. II/1, S. 299.

wägungen, die in diesem Zusammenhang angestellt werden müßten“,[98] dürfe man sich „nicht vom Herzen“, sondern müsse sich „vom ganz kalten Verstand her leiten lassen“. Zudem schätzte er die Erfolgsaussichten eines solchen Unternehmens im konkreten Fall außerordentlich gering ein. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt könne das NS-Regime einen „Kampf auf Hauen und Stechen“[99] mit der katholischen Kirche nicht bestehen, daher sei es wenig ratsam, den Konflikt zu verschärfen. Der Erfolg schien Goebbels nicht zuletzt deshalb zweifelhaft, weil er einer anhaltenden öffentlichen Erörterung der Krankenmorde seitens der katholischen Kirche (die er als „Gegenangriff“[100] auf Bormanns Klostersturm deutete) propagandistisch nicht angemessen begegnen zu können glaubte. Zu dieser Überzeugung mag beigetragen haben, daß Goebbels wenige Tage, nachdem er von der letzten Predigt von Galens erfahren hatte, Kenntnis von einer weiteren Denkschrift erhielt, die Kardinal Bertram namens der Fuldaer Bischofskonferenz an die Reichsregierung gerichtet hatte. In ihr waren zahlreiche Materialien verarbeitet, die nach der Einschätzung des Propagandaministers „nicht so ohne weiteres zurückgewiesen werden können“,[101] und er mußte damit rechnen, daß die katholische Kirche im Falle eines sich verschärfenden Konflikts als Gesamtinstitution von diesem Material Gebrauch machen würde. Wie wirksam ein solcher Protest sein konnte, der mit Hilfe der kirchlichen Netzwerke organisiert und von einer breiten Bevölkerungsmehrheit getragen wurde, hatte das Regime erfahren, als im April 1941 eine Anordnung des bayerischen Kultusministers Wagner, die Schulkreuze aus den bayerischen Klassenzimmern zu entfernen, auf unerwartet heftigen Widerstand gestoßen war.[102] Auch hätten Strafmaßnahmen gegen den Bischof eine überzeugende Widerlegung seiner Anschuldigungen erfordert. Entsprechende Pläne wurden – teils in Form propagandistischer Ränke, teils im Wege von Rechtsgutachten – innerhalb der NS-Dienststellen bis in den Herbst 1941 immer wieder erörtert, ohne daß es zu konkreten Verabredungen kam.[103] Die kaum auf-

---

[98] Aktenvermerk Tießlers für Bormann, 13. 8. 1941, Portmann, Bischof, S. 196.

[99] Fröhlich, Goebbels-Tagebücher, 18. 8. 1941, Bd. II/1, S. 254.

[100] Aktenvermerk Tießlers für Bormann, 13. 8. 1941, Portmann, Bischof, S. 195.

[101] Fröhlich, Goebbels-Tagebücher, 18. 8. 1941, Bd. II/1, S. 254. In der Denkschrift hatten die Bischöfe „unter den Gefahren, die den sittlichen Charakter schwer bedrohen [...] vor allem die Verletzungen des fünften und sechsten Gebots des Dekalogs“ hervorgehoben und in diesem Zusammenhang nachdrücklich an ihren Protest „gegen die behördlichen Maßnahmen zur Vernichtung sogenannten lebensunwerten Lebens“ erinnert; Kardinal Bertram, Denkschrift im Auftrag der deutschen Bischofskonferenz, 12. 7. 1941, BAB, 50.01/23081, Bl. 27f.

[102] Zu den Auswirkungen Kershaw, Hitler-Mythos, S. 153–157.

[103] Fröhlich, Goebbels-Tagebücher, 19. 8. 1941, Bd. II/1, S. 266. Hitler spielte mit dem Gedanken, von Galens Vorwürfe in den englischen Rundfunk zu lancieren, dessen Meldung öffentlich zu dementieren, und den darauf folgenden „Entrüstungsausbruch“ in der Bevölkerung zu nutzen, um den Bischof vor den Volksgerichtshof zu zerren. Noch Monate nach dem Abbruch der „Aktion T4“ ließ Goebbels eventuelle strafrechtliche Konsequenzen für von Galen prüfen, allerdings ohne das gewünschte Resultat. Ein im Auftrag des Reichsministeriums für Volksaufklärung und Propaganda angefertigtes Rechtsgutachten hielt zwar eine Verurteilung wegen Verstoßes gegen das Heimtückegesetz und den sogenannten „Kanzelparagraphen“ (§ 130a StGB) für möglich, nicht aber eine Verurteilung wegen Landesverrats; Vermerk des Reichskirchenministeriums über eine Konferenz von

lösbare Crux eines solchen Vorgehens bestand darin, daß eine generelle Leugnung der Krankenmorde angesichts der inzwischen weitverbreiteten Gerüchte wenig aussichtsreich war. Die öffentliche Zurückweisung des Vorwurfs, hirnverletzte Soldaten würden ebenso umgebracht wie geisteskranke Anstaltsinsassen, hätte es daher erfordert, die Bevölkerung wenigstens in den Grundzügen über das Mordprogramm zu informieren, um vor diesem Hintergrund eine differenzierende Argumentation zu entwickeln, die unterschieden hätte zwischen der Tatsache des Krankenmords, die man für legitimierbar hielt, und der zurückzuweisenden Behauptung des Soldatenmords, für den es auch in den Augen des NS-Regimes keine öffentliche Rechtfertigung geben konnte. Eine solche Lösung hatte Braeckow wohl im Auge, als er seinem Minister empfahl, mit einer behutsamen Aufklärung der Bevölkerung über die „Euthanasie" zu beginnen, obwohl er sich bewußt war, daß der gegenwärtige Zeitpunkt für eine solche Aktion denkbar ungeeignet war.[104] Braeckows Vorschlag stieß bei Goebbels freilich auf wenig Gegenliebe, denn der Chefpropagandist des „Dritten Reiches" war angesichts der labilen Stimmungslage der Ansicht, man solle, wenigstens für den Augenblick, „alle Zündstoffe aus dem Volke [...] fernhalten",[105] die es vom „eigentliche[n] Problem des Krieges", der „Erringung des Sieges" nämlich, ablenken könnten. Und eine öffentliche Erörterung der Krankenmorde konnte in dieser „kritischen Periode des Krieges" nur schädlich sein. Ein eventueller Stopp der „Euthanasie" gehörte in der Augustmitte 1941 allerdings nicht zu den von Goebbels erwogenen Handlungsoptionen.

Seine Tagebuchaufzeichnungen lassen erkennen, daß Goebbels an den regimeinternen Diskussionen, welche Maßnahmen gegen von Galen zu ergreifen seien, regen Anteil nahm, obwohl die Angelegenheit sein Ressort nur am Rand berührte. Daß der Propagandaminister den Vorfall so sehr zu seiner eigenen Sache machte, rührte mit einiger Wahrscheinlichkeit daher, daß er damit Absichten verband, die weit über den Problemkreis der Krankenmorde hinausreichten. Ging es anfangs noch um eine taktische Defensiventscheidung, die durchaus in den Arbeitsbereich des Propagandaministeriums fiel, nämlich die Eskalation des Konflikts durch eine von Bormann angeordnete Verhaftung und Bestrafung von Galens zu unterbinden und damit negative Auswirkungen auf die Legitimationsbasis des NS-Regimes zu verhindern, so deutet Goebbels' weiteres Verhalten im Verlauf des Entscheidungsprozesses darauf, daß er versuchte, den Protest des Bischofs von Münster dazu zu benutzen, eine Wende in der nationalsozialistischen Kirchenpolitik herbeizuführen.[106] Zu welchem Zeitpunkt er diese Absicht faßte, läßt sich im

---

Vertretern des Reichsministeriums für Volksaufklärung und Propaganda, des Reichsjustizministeriums, des Reichskirchenministeriums und des SD in Sachen von Galen vom 24. 10. 1941, BAB, 50.01/23081. Für ähnliche Vorschläge der Gauleitung Westfalen-Nord vgl. Kuropka, Galen, S. 385.

104 Aktenvermerk des Abteilungsleiters Propaganda im Reichsministerium für Volksaufklärung und Propaganda für Goebbels, 12. 8. 1941, Portmann, Bischof, S. 191.

105 Fröhlich, Goebbels-Tagebücher, 15. 8. 1941, Bd. II/1, S. 239; vgl. auch die Einträge vom 19. 8. 1941, 23. und 24. 8. 1941, ebenda, S. 258f., 299 und 304.

106 So dezidiert Tießler, Licht und Schatten, S. 141–143, IfZ, ED/158. Zu Goebbels' kirchenpolitischer Konzeption Hockerts, Goebbels-Tagebücher, S. 381–390.

nachhinein nicht mehr mit Sicherheit sagen. Mehrere Indizien deuten darauf, daß dies in einer frühen Phase des Entscheidungsbildungsprozesses geschah. Für die Zukunft, so erklärte er dem Verbindungsmann zur Parteikanzlei bereits am 13. August, müsse „eine ganz klare Regelung geschaffen"[107] werden, und Goebbels ließ keine Zweifel daran, daß eine solche Regelung im Sinne seines kirchenpolitischen Deeskalationskurses erfolgen sollte. Eigentlich hätte diese Unterredung der Abstimmung beider Dienststellen über ihr weiteres Vorgehen in Sachen Bischof Galen dienen sollen. Goebbels nutzte die Gelegenheit jedoch vor allem, um Tießler die Vorzüge seiner flexiblen Kirchenpolitik darzulegen. In diesem Sinne versuchte er auch, Bormann zur Aufgabe seiner Konfrontationspolitik gegenüber der katholischen Kirche zu bewegen.[108]

Die beiden meistdiskutierten Handlungsalternativen, eine öffentliche Erörterung der „Euthanasie" ebenso wie ein Vorgehen gegen von Galen mit den Mitteln des Maßnahmenstaates, machten aus einem Vorfall, der als regionaler Konflikt begonnen hatte, eine Angelegenheit von allgemeiner Bedeutung. Was immer in dieser verfahrenen Situation beschlossen würde, darin stimmten die beiden Reichsleiter jenseits aller Differenzen überein, konnte daher nicht mehr in eigener Machtvollkommenheit entschieden werden, sondern bedurfte der ausdrücklichen Zustimmung Hitlers.[109] Dies war die Situation, als Hitler seinen Propagandachef in das Führerhauptquartier bestellte, um sich mit ihm über „eine Reihe von politischen und propagandistischen Fragen"[110] zu beraten. Der nationalsozialistische Diktator war von Bormann bereits über die Grundzüge der Vorfalls informiert worden, hatte aber außer einem Prüfungsauftrag an den Leiter der Parteikanzlei, der den genauen Wortlaut der inkriminierten Predigttexte feststellen sollte, noch keine weiteren Verfügungen getroffen.[111]

Mit Goebbels' Ankunft in Rastenburg am Mittag des 19. August 1941 endete die zweite Phase der Entscheidungsbildung. Über die dritte und letzte Phase, die längstens bis zum 23./24. August dauerte, sind wir aufgrund fehlender Quellen weit weniger genau informiert. Vermutlich fiel eine Vorentscheidung noch am Ankunftstag des Ministers in einer mehrstündigen Besprechung zwischen Hitler und Goebbels, die aus der Sicht des Propagandaministers überaus erfolgreich verlief.[112] Daß in diesem Zusammenhang über einen Abbruch der „Euthanasie"-Ak-

---

[107] Aktenvermerk Tießlers für Bormann, 13. 8. 1941, Portmann, Bischof, S. 196.

[108] Fröhlich, Goebbels-Tagebücher, 18. 8. 1941, Bd. II/1, S. 254. Ob Bormann allerdings „vollkommen" auf den Kurs des Propagandaministers einschwenkte, wie dieser notierte, scheint fraglich, da Goebbels in seinen Tagebüchern generell dazu tendierte, Machtbeziehungen und politische Positionen seiner Konkurrenten einseitig zu seinen Gunsten darzustellen; ebenda, 19. 8. 1941, S. 258.

[109] Aktenvermerk Bormanns für Tießler, 13. 8. 1941, Portmann, Bischof, S. 193; Fröhlich, Goebbels-Tagebücher, 15. 8. 1941, Bd. II/1, S. 239.

[110] Fröhlich, Goebbels-Tagebücher, 16. 8. 1941, Bd. II/1, S. 246.

[111] Aktenvermerk Bormanns für Tießler, 13. 8. 1941, Portmann, Bischof, S. 193; Lammers an Kerrl, 21. 9. 1941, BAB, 50.01/23081.

[112] Am Ende seines Aufenthalts in Rastenburg stellte Goebbels befriedigt fest, daß der Besuch beim Führer sehr ertragreich gewesen sei, alle anstehenden Probleme hätten „gelöst, oder doch wenigstens geklärt" werden können; Fröhlich, Goebbels-Tagebücher, 19. 8. 1941, Bd. II/1, S. 272.

tion diskutiert wurde, läßt sich nicht mit Sicherheit belegen, ist aber wahrscheinlich. Darauf deutet jedenfalls die verklausulierte Notiz des Ministers, Hitler sei entschlossen, „im Innern Ruhe zu halten"[113] und er wolle „die Lasten des Krieges, auch solche psychologischer Art, für die breiten Massen auf ein Minimum"[114] zusammenstreichen. Damit schied die Option, die Bevölkerung über die „Euthanasie" zu informieren, als Handlungsalternative aus. In der Kirchenfrage scheint Goebbels seine Position durchgesetzt zu haben. Selbstzufrieden notierte er als Ergebnis des Gesprächs, der Führer teile seinen konfessionspolitischen Standpunkt und habe ihn ermächtigt, ein Rundschreiben an alle Parteidienststellen herauszugeben, das die „Behandlung von Themen, die nicht unmittelbar zur Erkämpfung des Sieges notwendig sind",[115] untersage.

Der endgültige Befehl zum Abbruch der „Aktion T4" erfolgte noch bevor über das weitere Schicksal von Galens entschieden war.[116] In einem Vortrag, der einige Tage nach dem Gespräch mit Goebbels – vermutlich am 23. August – stattfand, versuchte der Chef der Reichskanzlei erneut, den nationalsozialistischen Diktator für eine gesetzliche Regelung der „Euthanasie" zu interessieren, allerdings wiederum ohne jeden Erfolg.[117] Ein juristisch reguliertes Verfahren, das die Krankentötungen aus den rechtlosen Hohlräumen des nationalsozialistischen „Doppelstaates" (Ernst Fraenkel) herausgelöst und die tendenziell grenzenlosen Handlungsspielräume der Machthaber durch geregelte Prozeduren eingeschränkt hätte, wäre propagandistisch zwar leichter vermittelbar gewesen, war aber gerade die Lösung, die Hitler nicht wollte. Vor allem, um die Handlungsspielräume der Beteiligten nicht durch verwaltungsförmige Verfahren einzuengen, hatte er die Verantwortung für die Krankenmorde im Herbst 1939 einer führerunmittelbaren Sonderbehörde und nicht dem Reichsinnenministerium übertragen.[118]

Ausschlaggebend für die Abbruchentscheidung dürften in dieser Situation letztlich mehrere Gründe gewesen sein. Hitler, der wohl vor dem Gespräch mit Lammers über die organisatorischen Einzelheiten des Euthanasieverfahrens nur

---

[113] Fröhlich, Goebbels-Tagebücher, 19. 8. 1941, Bd. II/1, S. 266.

[114] Fröhlich, Goebbels-Tagebücher, 19. 8. 1941, Bd. II/1, S. 264. Die Textstelle ist eindeutig nicht auf die Konfessionspolitik bezogen.

[115] Fröhlich, Goebbels-Tagebücher, 19. 8. 1941, Bd. II/1, S. 266. Das Schreiben konnte nicht ermittelt werden. Allerdings erfolgte im Spätsommer 1941 tatsächlich eine Mäßigung der Kirchenpolitik. Die Anordnung Wagners zur Entfernung der Schulkreuze wurde noch am 28. 8. 1941 – wenige Tage nach dem „Euthanasiestopp" – sistiert. Weiterhin wurden die Kirchenreferenten des Reichssicherheitshauptamtes im September angewiesen, alle „größeren Aktionen und Maßnahmen gegen die Kirche und ihre Einrichtungen" zu vermeiden; Conway, Kirchenpolitik, S. 299.

[116] Lammers, Aktenvermerk, 21. 8. 1941, APK 10122004; Lammers an Kerrl, 21. 9. 1941, BAB, 50.01/23081.

[117] Aussage Lammers', 4. 7. 1960, S. 2; Lammers an das Landeskriminalamt Nordrhein-Westfalen/Dezernat 15, 18. 7. 1960, S. 2; ZSL, Aussagenslg. Euthanasie, Ordner La-Lh.

[118] Hitler vertrat die Ansicht, „dass die letzte Verantwortung nicht bei einer in festgefahrenen Gleisen sich bewegenden Dienststelle, wie dem RMdI, liegen solle, sondern bei den behandelnden Ärzten. Er wünsche eine voellig unbuerokratische Organisation. [...] und befehle weiter, die absolute Geheimhaltung der von ihm angeordneten Massnahmen"; Aufzeichnung Bracks über ein Gespräch mit Bouhler Ende Juli/Anfang August 1939, [vor Mai 1947], S. 13, StAN, KV-Verteidigung, Handakten Fröschmann/17.

in Umrissen informiert war,[119] mußte nach dem Vortrag seines Pronotars erkennen, daß das von ihm favorisierte Organisationsmodell, das wesentlich auf der Möglichkeit einer Geheimhaltung der Krankenmorde basierte, mit dem Protest von Galens gescheitert war. Damit hatte sich eine Grundannahme seiner Risikokalkulation als unhaltbar erwiesen, denn Hitler war davon ausgegangen, daß sich die „Euthanasie“ „durchführen ließe, ohne daß die Öffentlichkeit wesentlich davon Kenntnis erhielt, bzw. sich durch durchsickernde Nachrichten nicht wesentlich belastet oder gestört“[120] fühlen würde. Eventuelle kirchliche Widerstände, so glaubte er, seien in Kriegszeiten am einfachsten zu überwinden. Die vom Chef der Reichskanzlei vorgetragene legalistische Alternative behagte dem nationalsozialistischen Diktator aus prinzipiellen Erwägungen gleichwohl noch weniger. Zudem gab Lammers die Proteste gegen die Euthanasie, die von beiden Kirchen in den vergangenen Monaten in der Reichskanzlei eingegangen waren, nun in gebündelter Form an den Diktator weiter. Sie machten Hitler, der bereits von Goebbels mit ähnlichen Überlegungen konfrontiert worden war, dreierlei deutlich: erstens unterstrichen sie erneut, daß der über die Krankenmorde gelegte Geheimhaltungsschleier irreparabel zerrissen war, zweitens ließen sie weiteren Widerstand der Kirchen befürchten, sollten die Krankenmorde in dieser beobachtbaren Form weiterpraktiziert werden, und drittens machten sie unzweifelhaft klar, daß die „Euthanasie“ in erheblichen Teilen der Bevölkerung nicht konsensfähig war. All dies hatte die Empörung des Bischofs von Münster augenfällig demonstriert. Nach Lammers' Aussage war Hitler ausgesprochen wütend darüber, daß der Plan zur Ermordung der Geisteskranken während des Krieges an die Öffentlichkeit gedrungen war; „die dadurch herbeigeführte Erregung“[121] der Bevölkerung habe den Diktator derart gestört, daß er die Kanzlei des Führers durch seinen Adjutanten fernmündlich anweisen ließ, „die Sache sofort zu stoppen“.[122] Der Stopp-Befehl wurde vom zufällig im Führerhauptquartier anwesenden Brandt umgehend an Bouhlers Stellvertreter Brack weitergegeben.[123] Von dort erreichte er die Tötungsanstalten, die ihre Vergasungen am 24. August 1941 einstellten.[124] Damit

---

[119] Vernehmung Brandt, Protokoll des Nürnberger Ärzteprozesses, 5. 2. 1947, IfZ, MB 15/20, Bl. 2506.

[120] Vernehmung Brandt, Protokoll des Nürnberger Ärzteprozesses, 4. 2. 1947, IfZ, MB 15/20, Bl. 2426 (Zitat); 5. 2. 1947, ebenda, Bl. 2498.

[121] Aussage Lammers', 21. 3. 1961, S. 5, ZSL, Aussagenslg. Euthanasie, Ordner La-Lh; im gleichen Sinne: Vernehmung Richard von Hegener, 30. 3. 1949, S. 47, BAB, EVZ I/1, A. 2. Von Hegener betonte zudem die wachsende Unsicherheit der nachgeordneten Behörden als Grund für den Abbruch der Aktion.

[122] Bezeichnenderweise wurde mit der „Aktion-T4“ nur der Teil der „Euthanasie“ abgebrochen, der öffentliches Aufsehen erregt hatte. Diejenigen Teile des Mordprogramms, die man weiterhin vor der Öffentlichkeit verbergen zu können glaubte (wie die KZ-Aktion 14f13 und die Kindereuthanasie) wurden dagegen fortgesetzt.

[123] Affidavit Brack, 16. 12. 1946; IfZ, MB 15/18; Vernehmung Brack, 4. 9. 1946, S. 8; BAK, All. Proz. 2/FC 6088 P; Vernehmung Brandt, 5. 2. 1947, IfZ, MB 15/20, Bl. 2545.

[124] Aktenvermerk des Bernburger Anstaltsleiters Irmfried Eberl, 15. 1. 1943, Klee, Euthanasie, S. 339. Die daraus abgeleitete Datierung der Abbruchentscheidung (vgl. z. B. Kaminsky, Zwangssterilisation, S. 407) trägt vermutlich dem Zeitaufwand für die Übermittlung der Nachricht nicht genügend Rechnung. Da die Ministervorträge bei Hitler in der Regel nicht vor dem späten Nachmittag stattfanden, ist es unwahrscheinlich, daß die Nachricht

fand die von der T4-Zentrale organisierte Ermordung erwachsener Psychiatriepatienten ein vorläufiges Ende.

Im Verlauf der Entscheidungsbildung lassen sich drei Phasen voneinander unterscheiden. Anfangs entwickelten Sachbearbeiter ohne eigene Entscheidungsbefugnis aufgrund der aus Münster übermittelten Nachrichten unterschiedliche Handlungsalternativen, die in einer zweiten Phase von Goebbels und Bormann aufgegriffen, zum Teil unterschiedlich bewertet und in manipulativer Absicht an Hitler herangetragen wurden. Dieser bestimmte allein die dritte, letzthin ausschlaggebende Entscheidungsphase. Sein Handeln war jedoch in hohem Grad durch die ihm zugetragenen Informationen und Bewertungen präformiert. Der Prozeß, der schließlich zur Abbruchentscheidung führte, basierte auf der Kumulation voneinander unabhängiger Wirkungsfaktoren, deren Zusammenspiel Intentionen und Wirkungen politischen Handelns streckenweise auseinandertreten ließ. So wurde ein Abbruch der Vergasungen offenbar bis zum Schluß von keinem der Entscheidungsträger ernsthaft erwogen. Auf dem Weg zum Stopp der „Aktion T4" wirkten strukturelle Eigentümlichkeiten der NS-Herrschaft mit einer Reihe von kontingenten Umständen zusammen. Unter den Struktureigentümlichkeiten des NS-Regimes sind die eminente Bedeutung des „Zugangs zum Machthaber" (Carl Schmitt), die polykratische Konkurrenz innerhalb der oberen Führungsebene und die Notwendigkeit einer plebiszitären Herrschaftslegitimation besonders hervorzuheben, unter den kontingenten Faktoren die fehlerhafte Übermittlung des Predigttextes, der die öffentliche Wirkung der Predigt in der Erwartung des Regimes krisenhaft zuspitzte. Die ausschlaggebenden Wirkungsfaktoren treten im Kontrast zu früheren Protesten gegen die „Euthanasie" deutlich hervor: Erst der öffentliche Protest des Bischofs von Münster, der das Regime in einer massenpsychologisch als schwierig eingeschätzten Situation traf, zwang es zum Handeln, während vorangegangene Eingaben ignoriert, falsch beantwortet und unterdrückt wurden.[125] Von Galens herausgehobene Stellung in der Kirchenhierarchie und sein vermuteter Rückhalt innerhalb des katholischen Episkopats ließen die politischen Kosten von maßnahmestaatlichen Einschüchterungsversuchen, wie sie das NS-Regime etwa gegen den evangelischen Pastor Braune angewandt hatte, zu hoch erscheinen.[126] Erst die interessengeleitete Intervention des Propagandaministers erhob den lokalen Vorfall schließlich zu einem Ereignis von überregionaler Bedeutung. Die kirchenpolitische Konkurrenz des Reichspropagandaministers zum Leiter der Parteikanzlei und nicht etwa Bormanns Differen-

---

noch am selben Tag vom Rastenburger Hauptquartier so rechtzeitig an die Berliner Führerkanzlei weitergegeben werden konnte, daß sie die Vergasungsanstalten noch am gleichen Tag erreichte. Auch ein Hinweis im Goebbels-Tagebuch, dessen grammatikalische Konstruktion allerdings nicht eindeutig interpretierbar ist, läßt eine Datierung der Abbruchentscheidung auf den 23. 8. 1941 plausibel erscheinen; Fröhlich, Goebbels-Tagebücher, 23. 8. 1941, Bd. II/1, S. 299.

125 Vgl. etwa die Antwortschreiben Contis an Pastor Braune und Bischof Wurm; Nowak, Euthanasie, S. 137, 144 f., sowie Zumholz, Galen, S. 201.

126 Aufgrund einer solchen Kosten-Nutzen-Kalkulation war bereits 1938 ein gegen von Galen eingeleitetes Verfahren wegen Kanzelmißbrauchs niedergeschlagen worden; Kuropka, Widerstand, S. 378 f.

zen mit Bouhler bildete demnach den polykratischen Nährboden der Abbruchentscheidung. Ohne Goebbels' krisenhafte Situationsbewertung und ohne die Argumente Lammers', dem aus staatsrechtlichen Grundsatzüberlegungen an einer gesetzlich geregelten Verfahrensordnung der „Euthanasie" gelegen war,[127] wäre der nationalsozialistische Machthaber kaum für die Durchführungsprobleme der Krankenmordaktion zu interessieren gewesen. Ein Jahr zuvor war Justizminister Gürtner mit dem gleichen Anliegen bereits im Vorzimmer des Diktators gescheitert.[128]

Hitler traf seine Abbruchentscheidung ausschließlich nach politischen Opportunitätserwägungen. Gesundheitsbezogene Argumente spielten bei dieser gesundheitspolitischen Schlüsselentscheidung paradoxerweise keine erkennbare Rolle. So gesehen ist die Abbruchentscheidung Hitlers weniger überraschend, als sie auf den ersten Blick scheint. Anders als die Eroberung des „Ostraumes" stellte die Vernichtung der „Erbkranken" zu diesem Zeitpunkt kein vorrangiges Politikziel des Diktators dar. Und so ließ er die Verwirklichung der Vision einer gewaltsam von ihren krankhaften Erbanlagen befreiten „Volksgemeinschaft" auf die Zeit nach dem Krieg vertagen, als diese den Herrschaftskonsens zu gefährden drohte. Die Absicherung der plebiszitären Legitimation der NS-Herrschaft schien angesichts des Weltanschauungskrieges gegen die Sowjetunion vordringlicher als die Verwirklichung rassenhygienischer Utopien.

Die Entscheidung Hitlers im Sommer 1941 weist einige Analogien zur Schließung der württembergischen Vernichtungsanstalt Grafeneck auf: Wo das Regime einen gesellschaftlich verankerten Widerstand gegen die Krankenmorde bemerkte, den es nicht ohne Aufsehen unterdrücken konnte, wich es über kurz oder lang zurück. Was im Winter 1940/1941 unter für das NS-Regime ungleich günstigeren politischen Auspizien noch zu einer regionalen Verlagerung des Tötens geführt hatte, bewirkte im Sommer 1941 das vorläufige Ende des ersten staatlich organisierten Massenmords im nationalsozialistischen Deutschland.

2. Vom Konsens zum Konflikt: Auseinandersetzungen um das „Gesundheitswerk des deutschen Volkes"

Seit der Machteroberung der Nationalsozialisten versuchte die DAF, Einfluß auf die Ausgestaltung der sozialen Sicherungssysteme zu nehmen. Ihre Reformvorschläge zielten direkt gegen die strukturbewahrende Ordnungspolitik des Reichsarbeitsministeriums, von dem sich die DAF bei der Verabschiedung des Aufbau-

---

[127] Aussage Lammers', 21. 3. 1961, S. 3, ZSL, Aussagenslg. Euthanasie, Ordner La-Lh.

[128] Da die rasch anwachsende Zahl verfügbarer Informationen über die Krankenmorde zu erheblichen Problemen im Justizapparat geführt hatte, hatte Gürtner auf eine gesetzliche Regelung der „Euthanasie" gedrängt, wurde aber von Hitler in dieser Angelegenheit nicht empfangen. Der Diktator hatte ihn durch den Chef der Reichskanzlei davon in Kenntnis setzen lassen, daß er keine gesetzliche Regulierung der „Euthanasie" wünsche; Gruchmann, Justiz, S. 507f., 513.

gesetzes von 1934 übergangen fühlte.[129] Wenngleich die machtpolitischen Ziele des ehrgeizigen Ley ein zentrales Movens der sozialpolitischen Expansionsbestrebungen bildeten, wurzelte der Konflikt mit dem Reichsarbeitsminister und seinen Beamten auch in differierenden sozialpolitischen Zielvorstellungen. Während hinter der finanziellen Konsolidierungspolitik der Berliner Ministerialbürokratie die Absicht stand, das bestehende System sozialer Sicherung an die ungünstigen Wirtschaftsverhältnisse anzupassen, um es dauerhaft zu erhalten, zielten die sozialpolitischen Zukunftsentwürfe der DAF in erster Linie auf Produktivitätssteigerung und politische Loyalitätsstiftung.[130] Um die Jahreswende 1935/36 entstand im Umfeld des Arbeitswissenschaftlichen Instituts der DAF ein Reformkonzept, dessen Kerngedanken in der Ablösung der gegliederten Sozialversicherung durch eine steuerfinanzierte Einheitsversorgung und in der engen Vernetzung von Sozial- und Arbeitseinsatzpolitik bestanden. Spätere Entwürfe schlossen neben einer umfassenden Altersversorgung auch eine Neuorganisation des Gesundheitswesens mit ein.[131]

Da sich Ley mit seinen nur wenig durchdachten Plänen schon bald im feinen Sand ministerialer Obstruktionspolitik festgefahren hatte, verlagerte die DAF den Schwerpunkt ihrer Reformpolitik auf den Gesundheitssektor,[132] wo sie auf das Entgegenkommen des Reichsärzteführers rechnen konnte. Während die finanziellen und organisatorischen Einzelheiten des angekündigten „Sozialwerks" weiterhin diffus blieben, nahm das „Gesundheitswerk" der Deutschen Arbeitsfront um die Jahreswende 1938/39 konkrete Formen an. Im März 1939 machte Ley in der Denkschrift „Der Deutsche Volksschutz"[133] Grundelemente seiner Sozialplanung publik, die im Falle ihrer Verwirklichung ein in den Grundprinzipien radikal gewandeltes System der sozialen Sicherung zur Folge gehabt hätten. An die Stelle der berufsständisch gegliederten und beitragsfinanzierten Alterssicherung sollte ein einkommenssteuerfinanziertes Altersgeld treten, dessen durchschnittliche Höhe nach den Berechnungen der DAF deutlich über dem Niveau der Angestelltenrenten gelegen hätte.[134]

Mit der Reform der Sozialversicherung waren Pläne zur Umstrukturierung des Gesundheitssystems eng verbunden, die kaum weniger radikal ausfielen. Sie

---

[129] Zu den Auseinandersetzungen zwischen der DAF und dem Reichsarbeitsministerium vgl. Teppe, Sozialpolitik, S. 217–224; Smelser, Ley, S. 197–199, 217f., 246–248.

[130] Geyer, Rechte, S. 429.

[131] Zu den sozialpolitischen Zukunftsplänen der DAF vgl. Smelser, Sozialplanung, insbesondere S. 75–79.

[132] Reichsarbeitsministerium, Reichswirtschaftsministerium und Reichsfinanzministerium verwahrten sich insbesondere gegen die Aufgabe des Versicherungsprinzips und hielten Ley Fehler in den Reformplänen zugrunde liegenden Modellrechnungen vor; Reichsarbeitsministerium, Stellungnahme zu dem Vorschlag von Staatsrat Dr. Robert Ley „Der Deutsche Volksschutz" [März/April 1939], BAB, R 41/647, Bl. 71–73.

[133] Ley, Der Deutsche Volksschutz, März 1939, BAB, R 41/647, Bl. 10–15.

[134] Nach den Berechnungen der DAF hätten Alters- und Krankenversorgung über einen gemeinsamen Beitrag von etwa sechs Prozent der Lohnsumme finanziert werden können, wobei 90 Reichsmark als durchschnittliche Altersrente ab dem fünfundsechzigsten Lebensjahr erreicht werden sollten; Ley, Der Deutsche Volksschutz, März 1939, BAB, R 41/647, Bl. 13r.

knüpften an ältere Überlegungen zur arbeitsplatzzentrierten Neuorientierung der Gesundheitsfürsorge an, die im Hauptamt für Volksgesundheit seit 1935 entwickelt wurden.[135] Eine stärkere Berücksichtigung präventivmedizinischer Elemente sollte dazu beitragen, die Kosten der Invalidenversicherung zu senken, zum anderen versprach sich Ley von neuen Methoden repressiver Krankenstandskontrolle, mit denen das Regime bereits auf den Großbaustellen in Salzgitter und Fallersleben experimentierte, daß sie auf lange Sicht die gesamtwirtschaftliche Produktivität deutlich steigern würden. Um der vermuteten Hinterziehung ihrer Arbeitskraft vorzubeugen, sollten krankgeschriebene Arbeitnehmer künftig für die Dauer ihrer Arbeitsunfähigkeit „Gesundheitsstuben" aufsuchen, die Ley bei den Ortsgruppen der NSDAP einrichten wollte. Nur Patienten, die sich in dieser Mischung aus Militärkrankenstube und Kassenambulatorium kostenfrei behandeln ließen, sollten künftig kostenfreie Heilbehandlung und Lohnersatzleistungen gewährt werden.[136] Gesundheitsfürsorge und Arbeitseinsatzpolitik waren in diesem Entwurf durch eine Zielbestimmung, die Gesundheit lediglich als Voraussetzung der Arbeitsfähigkeit begriff, eng aufeinander bezogen.[137]

Auch die Stellung der Ärzte wäre bei der Verwirklichung dieses Reformprogramms einschneidend verändert worden. Im Vorfeld der Gesundheitsstuben sollten Hausärzte, an die sich Patienten für einen längeren Zeitraum binden mußten, gemeinsam mit Betriebsärzten die medizinische Grundversorgung übernehmen. An die Stelle freier Arztwahl und vergüteter Einzelleistungen sollte ein System treten, bei dem der Arzt unabhängig vom Arbeitsaufwand pauschal für die Betreuung der ihm zugeteilten Familien entlohnt worden wäre. Gleichzeitig plante Ley, die Niederlassungslenkung der Berufsverbände durch ein System staatlich konzessionierter Arztstellen zu ersetzen. Eventuellen Widersprüchen dagegen von seiten der ärztlichen Berufsvertreter würde er „mit scharfen Maßnahmen" begegnen.[138]

Die Absichten dieser sozialpaternalistisch überformten Spielart nationalsozialistischer Arbeitseinsatzpolitik liegen auf der Hand: Die Ärzte – als akademische Berufsgruppe mit berufsständischen Eigeninteressen und professioneller Sondermoral dem sozialegalitaristischen Ley ohnehin suspekt – wären weitaus stärker als bisher in ökonomische Abhängigkeit vom nationalsozialistischen Staat geraten, da er und nicht mehr die Sozialversicherungen als Kostenträger für Gesundheitsdienstleistungen fungiert hätte. Eine vom Staat gewährte medizinische Versor-

---

[135] Roth, Public Health, S. 16.

[136] Vorbild dieser Einrichtungen waren zum einen die Krankenreviere des Heeressanitätswesens, zum anderen Krankenstuben, die unter anderem bei der medizinischen Betreuung der VW-Werksbaustellen in Fallersleben und beim Bau des „Westwalls" erprobt wurden. Nach dem Vorbild dieser Großbaustellen sollte der Krankenstand auf die Hälfte seines Durchschnittswertes von ca. 3 Prozent gesenkt werden, was einen von Leys Mitarbeitern errechneten „Gewinn" von einer halben Million Arbeitskräften ergeben hätte; Ley, Der Deutsche Volksschutz, März 1939, BAB, R 41/647, Bl. 11f.

[137] Als ausführliche Darstellung der gesundheitspolitischen Programmdebatten Recker, Sozialpolitik, S. 121–128, sowie auf breiter Quellengrundlage, allerdings mit zum Teil problematischen Wertungen Roth, Public Health.

[138] Ley, Der Deutsche Volksschutz, März 1939, BAB, R 41/647, Bl. 12.

gung, anstelle des qua Versicherungsprinzip erworbenen Rechtsanspruchs, hätte gleichzeitig die Abhängigkeit der Leistungsnehmer und damit den Druck zur Systemkonformität erheblich verstärkt. Patienten, so rechnete die DAF, wären in den Gesundheitshäusern leichter kontrollierbar und würden daher der Arbeit seltener unberechtigt aus Krankheitsgründen fernbleiben. Vor allem könne auf diesem Weg die herkömmliche Arzt-Patienten-Beziehung, die nach Leys Ansicht eine Hauptursache der steigenden Krankenstände darstellte, untergraben werden. Bisher entzog sich das sensible, vertrauensbasierte und ohne Mithilfe des Arztes nur schwer kontrollierbare Arzt-Patienten-Verhältnis weitgehend den Einflußnahmeversuchen des Regimes. Dieser Mechanismus wäre durch ein System staatlich besoldeter Ärzte außer Kraft gesetzt, zumindest jedoch stark beschädigt worden, da Ärzte durch die langfristige Bindung ihrer Patienten nicht im selben Grad wie bisher auf deren Zufriedenheit angewiesen gewesen wären.[139] Auch familienpolitisch bargen die Sozialstrategien der Deutschen Arbeitsfront brisante Veränderungspotentiale in sich: Durch die Übertragung der Krankenpflege aus der innerfamiliären Solidarität in die Hand einer öffentlichen Einrichtung wären die staatlichen Zugriffsmöglichkeiten auf die Körperlichkeit der Bevölkerung erheblich gestiegen. Für Frauen, in deren Händen die häusliche Krankenpflege zumeist lag, hätte diese Entwicklung zwar gewisse Emanzipationschancen, aber auch die stärkere Verfügbarkeit für den Arbeitsmarkt bedeutet. Langfristig zielte die Abtrennung der Krankenpflege vom Familienverbund auf die Auflösung der primären Sozialbeziehungen und somit ebenfalls darauf, die Abhängigkeit des einzelnen von der gesundheitspolitischen Leistungsbereitschaft des totalen Staates zu verstärken.

Inwieweit Einzelheiten des Memorandums mit dem erkrankten Reichsärzteführer abgestimmt waren, läßt sich im nachhinein nicht mehr ermitteln. Die Stellungnahme der ärztlichen Berufsvertreter fiel jedenfalls gespalten aus. Die KVD erhob gegen das Vorhaben nicht nur wegen erheblicher Zweifel an den Berechnungen der DAF „schwerste Bedenken".[140] Die Einführung einer allgemeinen Grundsicherung widerspreche dem nationalsozialistischen Gedanken der Selbsthilfe. Eine Intensivierung der gesundheitlichen Betreuung der Familien durch Hausärzte sei zwar wünschenswert, die Anwendung von Zwangsmaßnahmen wie die Aufhebung der freien Arztwahl hierbei jedoch nur wenig hilfreich. Besonders kritisch sah man die geplante Einführung der „Gesundheitshäuser": Es sei der Heilung abträglich, wenn dorthin verbrachte Elternteile „beunruhigt [...] sich Tag und Nacht Gedanken darüber [...] [machten] wie es wohl zuhaus inzwischen zugehen mag." Vor allem aber würde die Stellung der Familie als „gegebene Gemeinschaft, um in Fällen der Not und Krankheit einzutreten [...] in der Denkschrift völlig außer Acht gelassen."

---

[139] Geplant war unter anderem, die Familien für einen bestimmten Zeitraum (ein bis zwei Jahre) an einen Hausarzt zu binden; „Saarower Protokoll", 17. 1. 1941, BAB, R 18/3814, Bl. 420.

[140] Stellungnahme der Kassenärztlichen Vereinigung Deutschlands zu der Denkschrift von Dr. Robert Ley: „Der Deutsche Volksschutz", 3. 5. 1939, BAB, R 18/3798, Bl. 54 (Zitat) 25, 29, 40, 50, 35 (folgendes Zitat).

Das Hauptamt für Volksgesundheit urteilte deutlich positiver. Aus der Stellungnahme Friedrich Bartels' zu einer kritischen Anfrage des Reichsarbeitsministeriums ergibt sich, daß über die grundsätzliche Linie des Papiers Einvernehmen mit dem erkrankten Reichsärzteführer bestand.[141] Offen war allerdings die Haltung seines Nachfolgers. Daher bemühte sich Ley im Winter 1940/41 auf der Suche nach Verbündeten für sein ambitiöses Reformprogramm um den Schulterschluß mit Conti, obwohl die DAF wenige Monate zuvor noch dessen Ernennung zum Staatssekretär im Reichsarbeitsministerium hintertrieben hatte.[142] Auch wenn Conti als erklärter Anhänger einer familienorientierten Gesundheitsfürsorge auf der Basis freiberuflicher Ärzte galt, scheint er anfangs bereit gewesen zu sein, das Programm der DAF mitzutragen. Für die Chance, Staatssekretär im Reichsarbeitsministerium zu werden und das Gesundheitswesen unter seiner Leitung zu zentralisieren, war Conti offenbar zu erheblichen Konzessionen bereit. Im Frühjahr 1941 kolportierte man im Braunen Haus bereits vertraulich, „daß Staatssekretär Conti mit seinem gesamten Aufgabenbereich aus dem Reichsinnenministerium ausscheiden und im Rahmen des kommenden Gesundheitswerks der DAF. zu Dr. Ley übersiedeln soll".[143] Seinen Ursprung hatte das Gerücht in einer Übereinkunft zwischen Conti und Ley, die innerhalb der Parteibürokratie bekannt geworden war. Ley und Conti hatten am 17. Januar 1941 das „Saarower Protokoll" paraphiert, eine stark von Leys Diktion geprägte Vereinbarung, die für die Sozialverfassung des „Dritten Reiches" strukturprägende Richtungsentscheidungen durch einen Privatvertrag zwischen zwei konkurrierenden Herrschaftsträgern kodifizieren sollte.[144] Ley kam der Position des Reichsgesundheitsführers in wichtigen Punkten entgegen. Beide vereinbarten, das gesamte Gesundheitswesen, einschließlich der entsprechenden Teile der Sozialversicherung, in einer neuen obersten Reichsbehörde zusammenzufassen, an deren Spitze ein Arzt und damit Conti stehen sollte. Weiterhin einigte man sich darauf, daß die Krankenbehandlung im Regelfall durch niedergelassene Ärzte erfolgen sollte, die Tätigkeit der geplanten Gesundheitsstationen wurde auf die Notfallversorgung und die Gesundheitsvorsorge beschränkt. In den übrigen Punkten griff die Vereinbarung Kernpunkte der Leyschen Denkschrift vom März 1939 wieder auf: die Konstruktion des „Gesundheitswerks" als steuerfinanzierten nationalen Gesundheitsdienst, die starke Akzentuierung der vorbeugenden Gesundheitsfürsorge, die enge Verzahnung von Gesundheits- und Arbeitseinsatzpolitik und die Vernetzung des „Gesundheitswerks" mit den sozialpolitischen Reformvorhaben der DAF im Bereich

---

141 Vgl. Bartels an Krohn, 24. 3. 1939, BAB, R 41/647, Bl. 23–29.

142 Ley widersetzte sich der Ernennung Contis mit dem freilich nur vorgeschobenen Argument, daß die Ernennung eines Mediziners zum Leiter der Sozialversicherungsabteilung den berufsständischen Sonderinteressen der Ärzteschaft zu großes Gewicht geben würde. Der Reichsgesundheitsführer könne als Leiter der ärztlichen Standesorganisationen nicht „Richter und Schlichter in eigener Sache sein"; Ley an Heß, 21. 12. 1939, BAB, R 18/5572, Bl. 63.

143 Steimle an Jobst, 10. 4. 1941, BAB, NS 25/1124, Bl. 4.

144 „Saarower Protokoll", 17. 1. 1941, BAB, R 18/3814, Bl. 415–423; vgl. auch mit leicht veränderter Akzentsetzung das Ergebnisprotokoll Contis über die Besprechung, an der neben Ley auch Bockhacker und Clemens Nörpel teilnahmen, BAB, R 18/3814, Bl. 385f.

der Alterssicherung und der Freizeitpolitik. Durch eine Paraphe auf der Titelseite der Vereinbarung erklärte sich Conti mit ihren „Grundgedanken [...] einverstanden" und kündigte bald darauf seinem Minister den Übertritt in das demnächst entstehende Sozial- und Gesundheitsministerium Leys an.[145]

Die Allianz der gesundheitspolitischen Konkurrenten bestand indes nur wenige Monate. Als Conti im Mai 1941 ein innerhalb der DAF-Spitzen zirkulierender Erlaßentwurf Werner Bockhackers bekannt wurde, der den Reichsgesundheitsführer zum Ausführungsorgan eines neu zu berufenden „Reichskommissars für das Gesundheitswerk" degradiert hätte, reagierte er sofort und legte seinerseits einen Entwurf vor, der zwar an Leys Konzept eines steuerfinanzierten kostenlosen Gesundheitsdienstes festhielt, aber die Gesundheitsstationen, den Primat der präventiven Gesundheitsfürsorge und vor allem den Gedanken der Einheitsversicherung nicht mehr enthielt.[146] Was Ley und Conti bewogen hat, von der gemeinsamen Linie abzurücken, ist nicht mehr mit letzter Gewißheit festzustellen. Sicher ist, daß sowohl Mitarbeiter des Hauptamtes für Volksgesundheit wie auch der DAF zuvor versucht hatten, die Einigung zwischen Conti und Ley zu hintertreiben.[147] Sehr wahrscheinlich lag die Hauptursache für das Zerwürfnis in der ungeklärten Stellung des Gesundheitswerks im Gesamtrahmen der DAF-Sozialplanung. Die Saarower Vereinbarung war in dieser Frage sehr vage gehalten und Contis Denkschrift gingen einige Andeutungen Leys voraus, daß er selbst die Oberhoheit über das reformierte Gesundheitswesen beanspruche. Der Reichsgesundheitsführer dagegen forderte in seiner Interpretation des „Saarower Protokolls" die Federführung im gesamten Gesundheitsbereich für sich und dachte dabei an eine Stellung, ähnlich wie sie Todt im Straßenbau und Göring als Chef der Vierjahresplanbehörde innehatten.[148]

Ley beeilte sich nun seinerseits, die eigene Zuständigkeit zu reklamieren und begründete dies damit, daß man selbstverständlich „kein Altersversorgungswerk" (nur darauf bezog sich sein Führerauftrag)[149] „ohne eine vernünftige Gesundheitsführung aufbauen könne".[150] Contis Denkschrift lehnte er entschieden ab, da der Reichsgesundheitsführer das „revolutionäre Neue" seines eigenen Entwurfs

---

145 Roth, Public Health, S. 37.

146 Conti, Plan zur Entwicklung eines umfassenden Gesundheitsschutzes aus der bisherigen Sozialversicherung und privaten Krankenversicherung, 14. 5. 1941, BAB, R 18/3814, Bl. 292–294.

147 Im Hauptamt für Volksgesundheit intrigierte Kurt Blome, unterstützt von der staatsrechtlichen Abteilung der Parteikanzlei, gegen den Ausgleich zwischen Conti und Ley; Vernehmung Kosmehl, 12. 3. 1947, BAK, All. Proz. 1/LXIV A 55, S. 4447. Innerhalb der DAF war es vor allem der Leiter des Amtes für Gesundheit und Volksschutz, Werner Bockhacker, der die Einigung zu hintertreiben suchte; Röhrs an Conti, 14. 1. 1942, BAB, R 18/3814, Bl. 117.

148 Contis Interpretation des „Saarower Protokolls" in Conti an Ley, 22. 1. 1942, BAB, R 18/3814, Bl. 128f.; Conti an Bormann, 23. 1. 1941, BAB, R 18/3786.

149 Smelser, Ley, S. 269. Hitler billigte die Grundgedanken der Reformpläne, scheint ihre Details aber nicht gekannt zu haben. Auf die Nachfrage von Lammers mußte Ley zugeben, daß er zwar „die Grundgedanken des Sozialwerks", nicht aber das Gesundheitswerk mit Hitler besprochen hatte; Ley an Lammers, 1. 2. 1942, BAB, R 18/3785.

150 Ley an Conti, 10. 9. 1941, BAB, R 18/3814, Bl. 275, 278.

weggelassen habe und so das Gesundheitswesen dem Ärztestand ausliefern würde. Statt dessen präsentierte die DAF einen von Werner Bockhacker ausgearbeiteten Gesetzentwurf, in dem die Gesundheitspolitik zur Gänze der Arbeitseinsatzpolitik untergeordnet war. Das Gesundheitswerk fungierte hierin nur noch als „dienendes Arbeitsgebiet für alle anderen Sozialmaßnahmen".[151] Ley wollte den Gesundheitsbereich nun als eines von fünf Kommissariaten in das neu zu schaffende Sozialministerium einbauen und bestritt wahrheitswidrig die in Bad Saarow gegebene Zusage, daß das Gesundheitswerk einmal oberste Reichsbehörde werden solle.

Nachdem die Phase gegenseitiger machtpolitisch bedingter Rücksichtnahmen beendet war, gerieten das sozialrevolutionär konnotierte Konzept der DAF und die gesundheitspolitisch eher traditionellen Vorstellungen des Reichsgesundheitsführers mehr und mehr in Konflikt.[152] Als Ley Conti an die in Bad Saarow getroffenen Verabredungen erinnerte, rückte dieser in einem zentralen Punkt davon ab und zog seine Zusage zur Aufgabe des Versicherungsprinzips in der gesetzlichen Krankenversicherung wieder zurück, da er sich von Ley über die diesbezüglichen Vorstellungen Hitlers getäuscht fühlte.[153]

Solche angesichts der veränderten Kriegslage reichlich utopisch anmutenden Debatten basierten auf einem realen machtpolitischen Hintergrund. Die Auseinandersetzung zwischen Conti und Ley drehte sich im Kern um die Frage, wer die Führung in der nationalsozialistischen Gesundheitspolitik innehaben sollte – Mediziner oder (Sozial)politiker. Auch wenn des Führers „größter Idealist"[154] eigene Ambitionen immer wieder bestritt, vermuteten Contis Mitarbeiter zu Recht, daß bei Leys egalitaristischer Vision eines totalitären Wohlfahrtsstaats weniger soziale, sondern vor allem handfeste machtpolitische Erwägungen eine Rolle spielten.[155] Neben der von Ley angestrebten sozialpolitischen Oberbehörde wäre der Stellenwert der anderen Ministerien „nahezu bedeutungslos"[156] gewesen. Die Verwirklichung des Versorgungs- und Gesundheitswerks hätte Ley, so fürchtete ein führender Mitarbeiter des Hauptamtes für Volksgesundheit, innerhalb des nationalsozialistischen Staates eine Stellung eingeräumt, die sogar „die Macht des Führers nicht unwesentlich beschränken" und ihn „von der direkten Einwirkung auf [...] [die] Volksgesundheit abschneiden würde".

Der springende Punkt der Auseinandersetzung bestand in der Plazierung des Reichsgesundheitsführers im „Gesundheitswerk". Ley wollte ihn, analog zum

---

151 [Bockhacker], Das Gesundheitswerk des Deutschen Volkes. Entwurf zu einem Führer-Erlaß und Begründung, bearbeitet vom Amt für Gesundheit und Volksschutz der DAF [1941], BAB, R 18/3797, zit. nach Recker, Sozialpolitik, S. 125.

152 Für Einzelheiten vgl. Roth, Public Health, S. 46–51.

153 Ley an Conti, 14. 1. 1942, BAB, R 18/3814, Bl. 177. Offenbar hatte Ley gegenüber Conti behauptet, daß Hitler eine Krankenversicherung ablehne; Conti an Ley, 22. 1. 1942, ebenda, Bl. 129.

154 So Hitler über Ley, zit. nach Smelser, Ley, S. 269.

155 Röhrs an Reichert, 24. 12. 1941, BAB, R 18/3814, Bl. 197; Appaly, Bericht über die Tagung des Amtes Gesundheit und Volksschutz am 3.–5.5.1942, BAB, R 18/3814, Bl. 89.

156 So Röhrs an Conti, 14. 1. 1942, BAB, R 18/3814, Bl. 121.

RMdI, als Staatssekretär und „zweite[n] Mann nach dem Chef des Hauses“[157] in das neu zu errichtende Sozialministerium einbauen. Conti dagegen schwebte ein autonomes Gesundheitsministerium mit einem Arzt an der Spitze vor. Er lehnte es entschieden ab, die Volksgesundheit nur „als Nebenanhängsel der Fürsorge“[158] zu betrachten, und unterstrich sein „eindeutiges Weisungsrecht [...] in allen Fragen der Volksgesundheit“. Gerade diesen Anspruch auf eine gesundheitspolitische Führungsrolle der Ärzte bekämpfte die DAF energisch.[159]

Der selten einmütige Widerstand von Ministerial- und Parteibürokratie brachte die Diskussion über eine Reform der Sozialversicherung im Januar 1942 vorläufig zum Stillstand. Lammers teilte den Kontrahenten mit, daß Hitler „die bisher [...] vorgelegten Entwürfe des Altersversorgungswerkes und des Gesundheitswerkes weder gebilligt noch dazu Stellung genommen“[160] habe. Weiterhin habe der Führer erklärt, „daß er in absehbarer Zeit während des Krieges einen Vortrag über die Altersversorgung und das Gesundheitswerk nicht entgegen nehmen könne.“ Daher sei der Charakter des Sozial- und Gesundheitswerkes bis zu einer späteren Entscheidung des Führers „noch völlig offen und [...] nicht bestimmbar.“ Lammers' Mitteilung nahm zwar den Führerauftrag an Ley nicht zurück, bedeutete aber praktisch den Stopp des Projekts. Der ganze Vorgang war mit einem erheblichen Gesichtsverlust für Ley verbunden, der die bevorstehende Vollendung seines „vom Führer befohlenen Sozialwerks“[161] bereits vollmundig verkündet hatte. Ausschlaggebend für sein Scheitern war letztlich nicht der hinhaltende Widerstand des Reichsarbeitsministeriums, das Leys Pläne aus grundsätzlichen Erwägungen gegen die Aufgabe des Versicherungsprinzips ablehnte, sondern die zunehmende Gegenwehr aus den Reihen der nationalsozialistischen Unterführer. Dabei beeinflußten weniger Bedenken gegen die programmatische Neuorientierung der Gesundheitspolitik als vielmehr deren mögliche machtpolitische Folgen die Entscheidung. Der Leiter des Hauptamtes für Kommunalpolitik fürchtete, daß einer staatlichen Dienststelle Einfluß auf das Gesundheitswesen der Partei gegeben würde. Die NSV sorgte sich darum, daß ihr eben erst errungene Tätigkeitsfelder im Bereich der Gesundheitsfürsorge für Mutter und Kind wieder entzogen würden. Bormann, der die Widerstandsfront gegen Ley anführte, ging es vor allem darum, daß Ley das „Gesundheitswerk“ nicht in seine Gewalt bekam.[162]

Hitlers Entschluß, die Reform der Sozialversicherung bis zum Kriegsende hinauszuschieben, beendete zwar die Diskussion um das „Gesundheitswerk“, nicht jedoch den Konflikt zwischen Ley und Conti. Bis in den August 1942 versuchte

---

[157] Conti, Protokoll einer Besprechung mit Ley am 29. 9. [1941], BAB, R 18/3814, Bl. 251.

[158] Conti, Gesundheitsführung in Deutschland, BAB, R 18/3814, Bl. 10f. Obwohl Conti als Absender der Ley am 11. 8. 1942 übersandten Denkschrift firmierte, läßt deren Diktion auf die Urheberschaft Kauffmanns schließen.

[159] Ley an Conti, 14. 1. 1942, BAB, R 18/3814, Bl. 182.

[160] Conti, Aktenvermerk, 1. 2. 1942, BAB, R 18/3914, Bl. 133.

[161] So der Titel einer vor den Reichs- und Gauleitern der NSDAP sowie den Gauobmännern der DAF am 11./12. 12. 1940 gehaltenen Rede Leys; BayHStA, Reichsstatthalter/403.

[162] Entwurf eines Schreibens von Fiehler an Bormann [Oktober 1941], BAB, NS 25/1655, Bl. 14; Hilgenfeldt an Bormann, 19. 5. 1941, BAB, NS 18/603; Bormann an Goebbels, 19. 6. 1941, ebenda.

der Leiter der DAF durch Kooperationsangebote und unverhohlene Drohungen Contis Zustimmung zum „Gesundheitswerk" in der von ihm gewünschten Form zu erhalten,[163] auch wenn er selbst den ursprünglichen Plan einer einheitlichen, mit der Alterssicherung verzahnten Gesundheitsfürsorge während des Krieges nicht mehr für durchsetzbar hielt.[164] Leys gesundheitspolitisches Interesse verlagerte sich daher zunehmend auf das unmittelbar rüstungsrelevante Arbeitsgebiet der betrieblichen Gesundheitsfürsorge. Hier beanspruchte er mit dem Hinweis auf einen DAF-Erlaß vom 24. Oktober 1934 erneut die Zuständigkeit für die betriebsärztliche Versorgung und kündigte an, er werde alle ihm „geeignet scheinenden Maßnahmen treffen, um den eindeutigen Anspruch der Deutschen Arbeitsfront sicherzustellen".[165] Conti dagegen bestand darauf, daß die gesundheitliche Betreuung der arbeitenden Bevölkerung zu seinem Kompetenzbereich gehöre, verfügte jedoch über keine Mittel, um sein Weisungsrecht gegenüber dem DAF-Amt für Gesundheit und Volksschutz durchzusetzen.[166]

Der Reichsgesundheitsführer ging nicht gestärkt aus dieser Kontroverse hervor. Während die Auseinandersetzung um das „Gesundheitswerk" einen Großteil seiner Arbeitskraft beanspruchte, waren die praktischen Probleme im Gesundheitswesen stetig gewachsen. Infolge der knappen medizinischen Ressourcen häuften sich seit dem Frühjahr 1941 Auseinandersetzungen zwischen der Wehrmacht und dem zivilen Gesundheitswesen. Da das Militär bevorzugt auf die beschränkten Gesundheitsressourcen zugreifen konnte, traten in der zivilen Versorgung zunehmend Engpässe auf, die Conti rasch mit dem Odium der Erfolglosigkeit umgaben. Bereits um die Jahreswende 1941/42 waren die Machtverhältnisse so unübersichtlich geworden, daß seitens der Unter- und Mittelbehörden „der Ruf nach einer bevollmächtigten ordnenden Hand"[167] immer lauter wurde. Weniger denn je war der Reichsgesundheitsführer in der Lage, diese Funktion zu erfüllen. Strategisch befand sich Conti seit dem Jahresanfang 1942 in einer bedeutend ungünstigeren Position als bei Kriegsbeginn. Sein Paktieren mit Bormanns altem Rivalen Ley hatte nicht nur zu einem erheblichen Vertrauensverlust unter den eigenen Berufsgenossen geführt, sondern ihn bei der NSDAP-Spitze, insbesondere beim Leiter

---

163 Ley stellte Conti erneut seine Mithilfe bei der Ernennung zum Staatssekretär im Reichsarbeitsministerium und bei der Aufwertung der Gauämter für Volksgesundheit in Aussicht, drohte aber gleichzeitig, wenn Conti nicht auf seine Vorstellungen eingehe, könne er sich mit der NSV auf seine Kosten einigen und Hitler das Verhandlungsergebnis als Plan der Partei vorlegen; Conti, Aktennotiz über die Besprechung mit Ley am 10. 8. 1942, BAB, R 18/3814, Bl. 35–37. Dem ergebnislosen Treffen waren mehrere Vorgespräche zwischen Conti, Pohl und Marrenbach vorausgegangen, in denen die DAF-Vertreter ihre Bereitschaft zu Zugeständnissen an den Reichsgesundheitsführer signalisiert hatten.

164 Appaly, Bericht über die Tagung des Amtes Gesundheit und Volksschutz in Berlin vom 3. bis 5. Mai 1942, BAB, R 18/3814, Bl. 89; Conti, Aktennotiz über die Besprechung mit Ley am 10. 8. 1942, ebenda, Bl. 36.

165 Ley an Conti, 24. 6. 1942, BAB, R 18/3785.

166 Conti an Ley, 30. 6. 1942, BAB, R 18/3785.

167 So Conti in einer an Lammers adressierten Denkschrift, 19. 2. 1942, BAB, R 18/3814, Bl. 105.

der Parteikanzlei, diskreditiert.[168] Bormann war nach Contis kurzer Liaison mit der DAF an einer Aufwertung des Reichsgesundheitsführers vorerst nicht mehr interessiert. Ohne die Unterstützung Bormanns waren jedoch Contis Pläne zur Stärkung seiner Autorität innerhalb der NSDAP nicht zu verwirklichen. Dies erkennend, setzte der Reichsgesundheitsführer erneut auf die staatliche Option. Allerdings begegnete ihm nach der gescheiterten Allianz mit der DAF auch sein ehemaliger Förderer Frick mit einiger Vorsicht, so daß Contis Versuch, das Gesundheitswesen im staatlichen Sektor zusammenzufassen, ebenfalls mißlang.[169] Der Reichsgesundheitsführer schätzte seine Lage durchaus realistisch ein, als er sich bei Lammers im Februar 1942 darüber beklagte, sein Arbeitsgebiet sei „in unzählige Teile zerrissen, Spielball der Machtansprüche einzelner Gruppen, während der mit der Ordnung und Führung beauftragte Parteigenosse wohl einen Auftrag, nicht aber die Möglichkeit zu seiner Durchführung erhalten hat".[170]

3. Die Entstehung der Führererlasse über das Sanitäts- und Gesundheitswesen vom 28. Juli 1942, 5. September 1943 und 25. August 1944

Bis in den Sommer 1942 bemerkte der in Auseinandersetzungen mit der DAF und der Wehrmacht verstrickte Reichsgesundheitsführer die Gefahr nicht, die ihm von anderer Seite drohte. Am 28. Juli 1942 übertrug Hitler seinem Begleitarzt Karl Brandt umfassende Vollmachten für das Gesundheitswesen, von denen Conti erst aus der Zeitung erfuhr.[171] Hitlers Erlaß reagierte auf zunehmende Koordinationsdefizite des deutschen Gesundheitswesens, die den militärischen und den zivilen Sektor gleichermaßen betrafen.[172] Er ging auf einen Vorschlag Brandts zurück, dem Conti zuvor in einem privaten Gespräch von seinen Schwierigkeiten berichtet hatte.[173] Brandts Vollmacht war ohne Beteiligung der Verwaltungsjuristen aus der Reichskanzlei zustandegekommen. Seine Befugnisse waren daher ebenso umfassend wie ungenau formuliert.[174] Lammers unbeholfener Präzisierungsversuch,

---

168 Vernehmung Kosmehl, 12. 3. 1947, BAK, All. Proz. 1/LXIV A 55, S. 4494; Vernehmung Blome, 17. 4. 1947, S. 30, BAK, All. Proz. 2/FC 6067 P.

169 Conti, Gesundheitsführung in Deutschland, 11. 8. 1942, BAB, R 18/3814, Bl. 13.

170 Conti, Denkschrift für Lammers, 19. 2. 1942, BAB, R 18/3814, Bl. 107.

171 Conti, Entwurf eines Briefes an Hitler, 20. 9. 1943, BAB, R 18/3809.

172 Den Anlaß für die Neuregelung gaben die von Brandt vorgetragenen Koordinationsprobleme im Sanitätswesen der Teilstreitkräfte; [Conti], Rücksprache bei Reichsminister Lammers am 16. 2. 1943, BAB, R 18/3811.

173 Conti hatte die für ihn mißlichen Auseinandersetzungen mit Ley und der Wehrmacht im Frühsommer 1942 mit Brandt besprochen, da er sich von ihm Vortragstermin bei Hitler erhoffte; Interview Elfriede Conti, 19. 1. 1982, S. 17, ZeS, Personalakte Conti; [Conti], Rücksprache bei Reichsminister Lammers am 16. 2. 1943, BAB, R 18/3811.

174 Ein führender Verwaltungsbeamter der Gesundheitsabteilung kommentierte die Entstehungsgeschichte der Erlasse mit der Bemerkung, sie seien „verwaltungsmäßig unmöglich, die hat kein Fachmann gemacht". Vernehmung Krahn, 19. 9. 1946, S. 18, BAK, All. Proz. 2/FC 6097.

der Reichsgesundheitsführer sei Bormann innerhalb der NSDAP, Frick als Staatssekretär im RMdI und Brandt „staatlich in gewisser Weise“[175] unterstellt, zeigt, wie unbestimmt der direkt von Hitler abgeleitete Befehlsbereich Brandts selbst den führenden Interpreten des Führerwillens gewesen ist. Grundsätzlich, so die Auffassung von Lammers, sollte beim Ausgleich ziviler und militärischer Interessen die Verantwortlichkeit der leitenden Personen gewahrt bleiben.[176]

Conti versuchte, seine ungeklärte Stellung durch die Ernennung zum „Chef des zivilen Gesundheitswesens“, analog zum Chef des Wehrmachtssanitätswesens, zu präzisieren und Brandt strikt auf den Ausgleich zwischen zivilem und militärischem Gesundheitswesen zu beschränken. Hierzu forderte er die erneute Bestätigung seiner bereits bestehenden Beteiligungs- und Zustimmungsrechte in gesundheitspolitischen Angelegenheiten sowie das Recht, Verwaltungsanordnungen zu erlassen, was der Befugnis zur selbständigen, überbehördlichen Rechtsetzung gleichgekommen wäre. Darüber hinaus verlangte er als Reichsgesundheitsführer einen eigenen Etat sowie umfangreiche Planstellenvermehrungen.[177] Wie sehr Conti dabei die Stärke seiner eigenen Position überschätzte, zeigt ein Exposé für einen Vortrag bei Göring vom April 1943. Dort benannte sein engster Mitarbeiter, Oskar Kauffmann, als vorrangige Ziele nicht mehr nur die Beschränkung Brandts auf den Ausgleich zwischen Wehrmacht und zivilen Stellen, sondern auch die Aufwertung von Contis Arbeitsbereich zur obersten Reichsbehörde, einschließlich der illusorischen Möglichkeit des Immediatvortrags beim nationalsozialistischen Diktator.[178]

Während Conti und die Beamten der Gesundheitsabteilung die tägliche Kleinarbeit des Staatssekretariats erledigten, drang Brandt über Randbereiche weiter in das Zentrum der Gesundheitspolitik vor. Der Generalkommissar wurde zunächst vor allem auf dem Gebiet der Arzneimittelproduktion aktiv, das er aus dem gesundheitspolitisch isolierten Reichswirtschaftsministerium an sich ziehen konnte. Über die Bewirtschaftung von Arzneimitteln und Sanitätsmaterial dehnte er seinen Einfluß auch auf die anderen Bereiche der medizinischen Versorgung aus, indem er selektiv einzelne Teilprobleme herausgriff, ohne sich um die Koordination mit anderen Dienststellen zu kümmern.

Im Sommer 1943 festigte sich der Eindruck, „daß Prof. Brandt statt einer Ausgleichsstelle mit Entscheidungsrechten in bestimmten strittigen Fällen eine Befehlsstelle über den zivilen und militärischen Bereich anstrebt“,[179] zumal auch an-

---

175 [Conti], Rücksprache bei Reichsminister Lammers am 16. 2. 1943, BAB, R 18/3811; vgl. die Vernehmung Contis, 27. 9. 1945, S. 1, BAK, All. Proz. 2/FC 6155 P.

176 Affidavit Lammers, S. 2, BAK, All. Proz. 1/LXIV-H 2.

177 Conti an Schwerin von Krosigk, 16. 11. 1942, APK, 10107015; [Conti], Stichworte für ein Gespräch mit Reichsminister Dr. Lammers, 16. 2. 1943, BAB, R 18/3811. Ein Entwurf Kauffmanns für eine Durchführungsverordnung zum 1. Führererlaß über das Sanitäts- und Gesundheitswesen vom 16. 2. 1943, BAB, R 18/3811, sah die Festschreibung der Führerunmittelbarkeit des Reichsgesundheitsführers, seine Ernennung zum Staatssekretär im Reichsarbeitsministerium sowie eine exakte Beschreibung seiner Arbeitsgebiete vor.

178 [Kauffmann], Exposé für einen Vortrag Contis bei Göring, 21. 4. 1943, BAB, R 18/3811.

179 Conti, Aktennotiz, 18. 6. 1943 über eine Besprechung mit Bormann, Brandt und Lammers, S. 8, BAB, R 18/3811. Brandt hatte den Anwesenden zuvor ein Organigramm vorgelegt, aus dem das von ihm angestrebte Überordnungsverhältnis deutlich hervorging.

dere Dienststellen damit begannen, unter Umgehung der Zuständigkeit des Reichsgesundheitsführers direkt mit Brandts Dienststelle zusammenzuarbeiten.[180] Dem Generalkommissar war es durch den Verweis auf ihm gegenüber bekundete Willensäußerungen Hitlers gelungen, bei verschiedenen Mittelbehörden den Eindruck einer obersten Reichsbehörde zu erwecken, obwohl sich aus dem vorliegenden Erlaß dafür keine Rechtsgrundlage herleiten ließ.[181] Der aus den nichtsanktionierten Übergriffen Brandts resultierende Ansehensverlust des Reichsgesundheitsführers pflanzte sich rasch von der Spitze der Reichsbehörden an die Peripherie fort. Schon im Frühjahr 1943 erklärte ein Gauleiter seinem Gauamtsleiter für Volksgesundheit: „Dr. Conti sei mehr oder weniger ein toter Mann."[182]

Seit dem Sommer 1942 trat ein entscheidendes Problem des Reichsgesundheitsführers immer deutlicher hervor: das Fehlen geeigneter Bündnispartner. Conti ging der Ruf voraus, ehrgeizig und – seit dem zeitweiligen Pakt mit Ley – opportunistisch zu sein.[183] Die Koalition, die sich zur Eindämmung der DAF gebildet hatte, funktionierte gegen Brandt nicht mehr, da man wohl Contis Ambitionen kannte, nicht aber die des bis dahin gesundheitspolitisch kaum in Erscheinung getretenen Brandt. Zunächst nahmen weder die Parteikanzlei noch Lammers Contis Klagen besonders ernst. Conti, der wegen der damit verbundenen Außenwirkung auf einen Vortrag bei Hitler drängte, wurde von Bormann nicht vorgelassen. Auch eine Einladung an Hitlers Tischrunde auf dem Obersalzberg, von der der Reichsgesundheitsführer sich viel versprochen hatte, verlief ohne Ergebnis. Der Diktator begegnete Conti freundlich aber distanziert und mied im Gespräch gesundheitspolitische Themen.[184]

Die einst als Stärkung seiner Position gedachte Ämterhäufung erwies sich jetzt als entscheidender Nachteil des Reichsgesundheitsführers. Gerade die Kopplung von Partei- und Staatsamt machte Conti allen Seiten suspekt. Zudem hatte der Reichsgesundheitsführer durch seine überzogenen Forderungen den Argwohn der übrigen Reichsminister erweckt. Das Finanzministerium reagierte äußerst kühl auf Contis Etatanmeldung, und sein alter, inzwischen allerdings weitgehend entmachteter Förderer Frick befürchtete gar, der Reichsgesundheitsführer wolle seine Behörde „zu einer Art Überministerium"[185] entwickeln. Er war zwar im

---

[180] So z. B. die Aufforderung des Luftkriegsschädenausschusses an Brandt, ihm beizutreten und dort eine zentrale Bettenplanung zu organisieren; Berndt an Brandt, 30. 5. 1943, BAB, R 18/3788. Wegen seiner ständig abnehmenden Zuständigkeiten bat Contis Generalreferent für Luftkriegsschäden, Fritz Cropp, um seine Entlassung; Conti, Aktennotiz, 26. 8. 1943, BAB, R 18/3809-II.

[181] Zur gezielt eingesetzten Amtsanmaßung Brandts gehörte z. B. die Verwendung des Parteiadlers im Briefpapier, obwohl sich Brandts Befugnisse bis zum 3. Führererlaß über das Sanitäts- und Gesundheitswesen nur auf staatliche Dienststellen bezogen; vgl. Kauffmann an Conti, 8. 6. 1943, S. 22, BAB, R 18/3809-II.

[182] So Conti im Gespräch mit Bormann, Conti, Aktenvermerk, 12. 5. 1943, S. 5, BAB, R 18/3811.

[183] Vernehmung Blome, 2. 10. 1946, S. 1-3, BAK, All. Proz. 2/FC 6067 P.

[184] Conti, Aktenvermerk, 12. 5. 1943, BAB, R 18/3811.

[185] Protokoll einer Besprechung zwischen Lammers, Keitel, Frick u. a. über Verwaltungsver-

Interesse klarer Zuständigkeitsverhältnisse dazu bereit, Conti gegen Brandt zu unterstützen, lehnte aber dessen Wunsch nach selbständiger Befugnis zur Rechtsetzung, die auch seine eigene Autorität untergraben hätte, kategorisch ab.[186] Zudem war die Hilfe des kurz vor seiner Ablösung stehenden Reichsinnenministers nur von bedingtem Nutzen. Der Stellvertreter des Führers, Rudolf Heß, der Conti in der Auseinandersetzung mit der DAF tatkräftig unterstützt hatte, stand seit seinem Englandflug nicht mehr zur Verfügung. Sein Nachfolger Bormann war an einer Aufwertung Contis nicht besonders interessiert, da sie auch seine eigene Machtbasis im Parteisektor geschmälert hätte.[187] Bormann förderte zwar die Ernennung des Reichsgesundheitsführers zum Staatssekretär im Reichsarbeitsministerium – eine Besserstellung Contis im Staatssektor –, lehnte aber den Parteibereich berührende Änderungen wie eine Aufwertung des Hauptamtes für Volksgesundheit ab.

Gestützt auf die vage gehaltenen Formulierungen des Führererlasses, pragmatisch im Vorgehen und konziliant im Ton gegenüber seinen Kontrahenten, jedoch in der Sache unnachgiebig, vergrößerte Brandt in den folgenden Monaten seinen Einflußbereich.[188] Diese Entwicklung vollzog sich bis zum Frühjahr 1943 von Außenstehenden weitgehend unbemerkt, da er einzelne, für sich genommen scheinbar marginale Kompetenzen zusammentrug. Beispielhaft dafür ist ein auf sein Betreiben zustandegekommener Erlaß Hitlers, der das Krankentransportwesen dem DRK unterstellte. Ressortmäßig wäre dieser an sich eher unbedeutende Erlaß eindeutig in den Aufgabenbereich Contis gefallen. Brandt gelang es hierin erstmals, für die Durchführung eines ausschließlich dem zivilen Gesundheitswesen zugeordneten Arbeitsbereichs mitverantwortlich zu zeichnen.[189] Der Generalkommissar erhielt durch die Befugnis zum Erlaß von Verwaltungsanordnungen erstmalig eine behördenähnliche Stellung. Vorher war er zwar zur fachlichen Weisung an die betreffenden Staatsdienststellen befugt, mußte jedoch zur Rechtsetzung auf deren Instanzenzüge zugreifen.

Seit dem Frühsommer 1943 wuchsen in der Partei- und der Reichskanzlei allmählich die Widerstände gegen das Vorgehen Brandts. Lammers übte Kritik an der Amtsführung des Generalkommissars, die weit über die bisherige Praxis der Sonderbeauftragten hinausgehe. Bormann attackierte Brandt scharf, da dieser wiederholt „durch einseitige Unterrichtung den Führer zu Willensäußerungen veranlaßt"[190] habe, die nicht mit der Parteikanzlei abgesprochen gewesen seien.

---

einfachungen am 5. 2. 1943, APK, 10323066 (Zitat); Schwerin von Krosigk an Conti, 30. 11. 1942, APK, 10307018f.

186 Conti, Aktennotiz über eine Besprechung mit Frick am 9. 2. 1943, BAB, R 18/3811; Frick an Lammers, 28. 5. 1943, BAB, R 43-II/678d, Bl. 117–119.

187 Vgl. Kater, Conti, S. 312f.

188 Bezeichnend für diese Doppelstrategie ist ein Schreiben an Conti, in dem Brandt mit freundlichen Worten um Zusammenarbeit warb und ihn aufforderte, anstehende Streitfragen direkt zu klären, dem Reichsgesundheitsführer jedoch gleichzeitig ankündigte, egal wie er sich entscheide, „ich werde meinen Weg mit klarem Ziel weitergehen. Mich kann davon nur der Befehl des Führers abhalten." BAB, R 18/3810.

189 Führererlaß, 30. 11. 1942, BAB, R 43-II/745a, Bl. 39.

190 Conti, Aktennotiz, 18. 6. 1943 über eine Besprechung mit Bormann, Brandt und Lammers, S. 4, BAB, R 18/3811.

Beide sahen in Brandts Methode, Hitler Weisungen an Reichs- und Parteikanzlei vorbei, ohne Rücksicht auf deren verwaltungstechnische Auswirkungen, vorzulegen, eine Gefährdung der eigenen Position.[191] Weniger um Conti zu stärken, als um die weitere Expansion Brandts zu verhindern, versuchten Lammers und Bormann daher seit dem Sommer 1943, die Position des Reichsgesundheitsführers zu stützen.[192]

Das Verhalten von Partei- und Reichskanzlei demonstriert augenfällig die veränderte Stellung des Reichsgesundheitsführers im gesundheitspolitischen Kräftefeld. Bei der Auseinandersetzung mit Ley war Conti selbst Akteur im polykratischen Machtspiel, seit dem Aufstieg Brandts geriet er immer mehr in die Rolle eines Spielsteins. Anders als Ley, der regelmäßig alle Mitbeteiligten gegen sich aufzubringen verstand, gelang es Brandt bis in den Herbst 1944 immer wieder, Bündnispartner zu gewinnen. Seine wichtigsten Bundesgenossen waren Albert Speer, mit dem er seit längerem eng befreundet war, und Joseph Goebbels, der sich 1943/44 als Bevollmächtigter für den totalen Kriegseinsatz und Vorsitzender des Luftkriegsschädenausschusses auf dem Höhepunkt seiner Macht befand.

Brandt umging den Widerstand von Lammers und Bormann in bewährter Weise. Als er erfuhr, daß Reichs- und Parteikanzlei gemeinsam mit Conti an einem Erlaßentwurf arbeiteten, der die Stellung des Reichsgesundheitsführers aufgewertet und Brandts im 1. Führererlaß nur vage gefaßten Zuständigkeitsbereich auf den Ausgleich zwischen zivilen und militärischen Stellen beschränkt hätte,[193] nutzte er einen unbedeutenden Konflikt mit Conti und legte Hitler Ende Juli/Anfang August 1943 eine mit erheblichen Kompetenzerweiterungen verbundene Ergänzung des ersten Führererlasses direkt vor, ohne Reichs- und Parteikanzlei darüber zu informieren.[194] Hitler begründete seine Unterschrift unter Brandts Erlaßentwurf, die im nachhinein dessen Übergriffe auf den Arbeitsbereich des Reichsgesundheitsführers sanktionierte, in einer für den situativen Entscheidungsstil des Diktators bezeichnenden Weise: „[W]enn Eile nottue",[195] müsse sein Generalkommissar, „bei jeder Dienststelle der Wehrmacht oder des Staates eingreifen

---

[191] Lammers an Brandt, 4. 6. 1943, BAB, R 43-II/745a, Bl. 125 f. Zum Regierungsstil der Parteikanzlei, die ihre Durchschlagskraft gerade aus der „Kombination von bürokratischer Methodik und aus der Führernähe abgeleiteter Machtfülle" gewann, vgl. Longerich, Stellvertreter, hier S. 263.

[192] Vgl. Lammers an Frick, 30. 6. 1943, BAB, R 18/5572, Bl. 121. Anders als beim 1. Führererlaß informierte Bormann Conti diesmal frühzeitig über die von Brandt beabsichtigte Erweiterung seiner Befugnisse; Fernschreiben Klopfers an Conti, 25. 8. 1943, BAB, R 18/3809.

[193] Verschiedene Entwurfsfassungen aus der Hand Kauffmanns, Contis, Klopfers und Lammers' vom Juni/Juli 1943 sind im Akt BAB, R 18/3810 erhalten. Der Erlaß sollte Hitler zur Unterzeichnung vorgelegt werden, nachdem die von ihm angeordneten Einigungsverhandlungen zwischen beiden Kontrahenten gescheitert waren; Lammers an Frick, 30. 6. 1943, ebenda.

[194] Brandt hatte die Deutsche Röntgengesellschaft beauftragt, den vorhandenen Gerätebestand zu erfassen. Conti hatte ihr untersagt, dem Generalkommissar darüber zu berichten. Brandt trug diesen Fall als Beispiel für die vielfältigen Behinderungen, denen er seitens des Reichsgesundheitsführers ausgesetzt war, bei Hitler vor; Vernehmung Brandt, Protokoll des Nürnberger Ärzteprozesses, 6. 2. 1947, IfZ, MB 15/20, Bl. 2608.

[195] Fernschreiben Bormanns an Conti, 3. 8. 1943, BAB, R 18/3810.

können. Dabei sei oft blitzschnelles Handeln notwendig" und daher nicht die Einhaltung des Dienstweges entscheidend, „sondern der Gesamterfolg, der eindeutig für Dr. Brandt spreche."

Der zweite Führererlaß über das Sanitäts- und Gesundheitswesen vom 5. September 1943 ermächtigte Brandt, „zentral die Aufgaben und Interessen des gesamten Sanitäts- und Gesundheitswesens zusammenzufassen und weisungsgemäß zu steuern."[196] Zwar erreichten Lammers und Bormann Hitlers Zustimmung zu einer Interpretation, nach der der zweite Führererlaß lediglich eine Erweiterung der Durchführungsmittel, nicht jedoch der im ersten Führererlaß vom 28. Juli 1942 übertragenen Aufgaben war, gleichwohl wurde der zweite Führererlaß allgemein als Entmachtung Contis interpretiert.[197] Der Prestigeverlust Contis war so offensichtlich, daß die Auseinandersetzung die gewöhnlich sorgsam gehütete Abschirmung der internen Machtkonflikte durchbrach. Zwei Wochen nach der Verkündung des Führererlasses meldete der in Moskau ansässige „Deutsche Volkssender" die Absetzung des Reichsgesundheitsführers.[198] Ein weiteres deutliches Zeichen für das schwindende Ansehen Contis sind die Versuche der Kommunalabteilung, die bei seinem Amtsantritt verlorengegangenen gesundheitspolitischen Kompetenzen zurückzuerlangen. Nüchtern konstatierte Kauffmann im Herbst 1943: „Schon lange war unser Aufgabengebiet nicht so schlecht im Kurs wie heute. Der Ansehensverlust ist katastrophal und damit unsere Durchschlagskraft vernichtend schwach."[199] Conti zog aus dieser Entwicklung die Konsequenz und bot im Sommer 1943 mehrmals seinen Rücktritt an. Hitler jedoch beharrte auf seinem Verbleiben im Amt.[200] Bormann übermittelte Conti diese Entscheidung, empfahl dem Reichsgesundheitsführer aber dringend, Hitlers Votum nicht publik zu machen, da er sich sonst dem Verdacht aussetze, an Minderwertigkeitskomplexen zu leiden.[201]

Die folgenden Monate sind durch den Dauerkonflikt zwischen Brandt auf der einen sowie Bormann und Lammers auf der anderen Seite gekennzeichnet. Brandt strebte danach, die Macht, die er durch seinen ad personam erteilten Auftrag besaß, durch die Einrichtung einer eigenen Behörde institutionell zu verfestigen. Analog zu den obersten Dienststellen von Partei und Staat verlangte er, künftig in gesundheitspolitischen Fragen vorab am Entscheidungsbildungsprozeß beteiligt zu werden.[202] Die Politik von Reichs- und Parteikanzlei zielte dagegen darauf,

---

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

197 Lammers an Brandt, 7. 9. 1943, BAB, R 18/3812; Conti, Entwurf eines Vortrags bei Hitler, 20. 9. 1943, BAB, R 18/3809-II.

198 Sendemeldung des Reichsministeriums für Volksaufklärung und Propaganda, 17. 9. 1943, BAB, R 18/3809-II.

199 Kauffmann an Conti, 20. 10. 1943, BAB, R 18/3809-II.

200 Conti an Hitler, 25. 9. 1943, BAB, R 18/3810. In Hitlers Beharren auf dem Verbleib Contis im Amt ist kein Zeichen einer besonderen Wertschätzung für den Reichsgesundheitsführer zu sehen. Gewöhnlich hielt der Diktator so lange es eben ging an seinen Gefolgsleuten fest, da eine nach außen sichtbare Entmachtung auch ein Eingeständnis fehlerhafter Personalpolitik gewesen wäre; vgl. Mommsen, Ausnahmezustand, S. 38.

201 Bormann an Conti, 27. 9. 1943, BAB, R 18/3810.

202 Aktenvermerk der Reichskanzlei, 8. 8. 1944, BAB, R 43-II/678d.

den Befugnisbereich Brandts so eng als eben möglich einzugrenzen und den Reichsgesundheitsführer als grundsätzlich verantwortliche Stelle im öffentlichen Gesundheitswesen zu stärken. Als erstes sichtbares Ergebnis dieser Unterstützung erlangte Conti im Juli 1944 das lang erstrebte fachgebundene Weisungsrecht für alle Dienststellen des zivilen Gesundheitswesens.[203]

Bemerkenswert ist, daß in dieser durch die Erosion geordneter Verwaltungsstrukturen geprägten Phase des „Dritten Reiches" verfassungsrechtliche Argumente im Machtkampf an Bedeutung gewannen. Staatssekretär Stuckart, nach dem Ausscheiden Fricks die dominierende Figur der inneren Verwaltung, befürchtete, daß der Generalkommissar durch die Zuerkennung einer Weisungsbefugnis gegenüber sämtlichen gesundheitsrelevanten Dienststellen eine über den Reichsministern stehende Position erlangen würde.[204] Bormann begründete seinen Widerstand gegen die Erweiterung von Brandts Dienststelle damit, daß dies einen „zu starken Einbruch in die Eigenständigkeit der einzelnen staatlichen Ressorts und vor allem der Partei bedeuten" würde.[205] Kaum jemand war bereit, Brandt zu unterstützen, aus Furcht, dabei selbst Kompetenzen einzubüßen. Zumindest die letzte Stufe seiner Machtausdehnung vollzog sich gegen die Mehrzahl der einflußreichen Nationalsozialisten. Trotzdem konnte Brandt im Sommer 1944 einen dritten Führererlaß gegen eine breite Koalition von Widersachern durchsetzen.[206] Ungeachtet „einer außergewöhnlich scharf ablehnenden Stellungnahme"[207] der Parteikanzlei gelang es ihm erneut, eine Entscheidung in seinem Sinne zu erreichen.

Dieser dritte Führererlaß über das Sanitäts- und Gesundheitswesen kodifizierte im August 1944 lediglich in der Praxis längst bestehende Machtverhältnisse. Jedoch sind sein Zustandekommen und seine Konstruktion ungewöhnlich für die Herrschaftspraxis des „Dritten Reiches". Normalerweise vermied es der nationalsozialistische Diktator, direkt in Streitigkeiten seiner Untergebenen einzugreifen. Hier jedoch bestimmte er mit seiner Unterschrift bewußt den Ausgang eines polykratischen Konflikts, nachdem mehrere, auf seine Weisung hin durchgeführte

---

[203] Zum Weisungsrecht Contis vgl. das Rundschreiben Lammers an die Obersten Reichsbehörden, 12. 7. 1944, BAB, R 43-II/678d.

[204] Fernschreiben Stuckarts an Himmler, 11. 8. 1944, BAB, R 18/3812.

[205] Bormann an Himmler, 2. 11. 1944, BAB, R 18/3812.

[206] Vgl. dazu den Schriftwechsel mit dem Reichserziehungsministerium, der Reichskanzlei, der Parteikanzlei und dem Reichsinnenministerium, 16. 6.–12. 7. 1944, APK, 10117813–25. Insbesondere Bormann und Himmler erhoben jetzt Widerspruch gegen die erneute Beschneidung von Contis Kompetenzen. Sein ehemaliger Förderer Goebbels erklärte Brandt nach einer Auseinandersetzung, er müsse sich darüber klar sein, daß auf seiner Seite niemand mehr stehe außer dem Führer, und der sei „etwas dünn." Vernehmung Brandt, 26. 11. 1946, S. 16, BAK, All. Proz. 2/FC 6069 P.

[207] Kosmehl an Conti, 10. 8. 1944, BAB, R 18/3812 (Zitat); Bormann an Conti, 15. 8. 1944, BAB, R 18/3812. Die Parteikanzlei verwahrte sich insbesondere dagegen, daß Brandt ein Weisungsrecht gegenüber Parteidienststellen erhielt. Vgl. hierzu die Argumentation Bormanns in der Auseinandersetzung um die „Einsatzärzte-Brandt". Hier stützte Bormann, der Brandts Ansinnen als „aus grundsätzlichen Erwägungen heraus indiskutabel" ablehnte, sogar seinen alten Widersacher Ley, um die Integrität der Parteidienststellen gegenüber dem Zugriff überministerieller Sonderbehörden zu wahren; Bormann an Brandt, 9. 11. 1944, APK, 10113679.

Ausgleichsversuche zwischen Brandt und Conti an der mangelnden Konzessionsbereitschaft beider Rivalen gescheitert waren. Den Anlaß gab ein Versuch Contis, seinen Mitarbeitern die Kooperation mit Brandt im Rahmen des Geilenberg-Programms zum Wiederaufbau luftkriegsbeschädigter Betriebe der Treibstoffindustrie zu verbieten, worauf Brandt von Hitler abermals eine Erweiterung seiner Befugnisse erbat.[208] Von den vier durch Lammers vorbereiteten Erlaßentwürfen, wählte Hitler trotz gegenteiliger Vorstellungen seines „Reichsnotars"[209] und der Parteikanzlei bewußt diejenige Fassung, die Brandt den größten Handlungsspielraum einräumte.[210] Seine Dienststelle wurde oberste Reichsbehörde, er selber avancierte für die Dauer des Krieges vom General- zum Reichskommissar mit Weisungs- und Verordnungsrecht gegenüber allen mit medizinischen Fragen befaßten Behörden.[211] Sein Weisungsrecht umfaßte nicht nur die staatliche und militärische Administration, sondern schloß ausdrücklich Dienststellen der NSDAP mit ein. Dies war ein Novum, das Bormann zutiefst gegen Brandt aufbrachte.[212] Nach der Unterzeichnung schrieb der mächtige Leiter der Parteikanzlei einen weinerlichen Brief an seine Frau, der trotz seiner durch Selbstvorwürfe verzerrten Darstellung ein bezeichnendes Licht auf die Entscheidungsmechanismen im Führerhauptquartier wirft: „Today has been a black day for me, so upsetting, that I must write you about it. As you know, I am greatly reproaching myself because I had for years considered Brandt to be a decent man, i.e. a man with an unselfish mind [...] After he had been given plenary powers – to get them, Brandt had largely exploited my own credulousness – he [...] followed a boldly conceived plan to achieve his ambitious personal ends, assisted, of course, by Speer, Saur and Co.! And now he is going to be granted new extraordinary powers – Brandt and Saur put it to the Fuehrer that such powers were necessary in the present difficult circumstances. Today I tried my best to get Conti a hearing with the Fuehrer – so that Conti should not be slaughtered without being able to speak up for himself at least once! – and to give a true picture of the situation, which is by no means such as Brandt and his admiring associates [...] painted it. To my great distress, the Fuehrer, who believes that every good thing he has been told of and about Brandt and every bad thing he has been told about Conti is the gospel truth, got very annoyed with my lack of understanding. I told the Fuehrer that so far, wanting to spare him, I had not reported all complaints against Brandt [...] and that it was an injustice to represent Conti as completely unqualified and inefficient and to exaggerate his weaknesses. A man, who was the first physician to work in Red Berlin had not deserved to be removed in this way by a climber like Brandt and by his

---

208 Vernehmung Brandt, 29. 9. 1945, S. 8, BAK, All. Proz. 2/FC 6154.

209 So die Bezeichnung Albert Speers, ders.: „Alles was ich weiß", S. 31.

210 Die Vorgänge um die Ausfertigung des 3. Führererlasses sind dargelegt in der Aussage Lammers', 7. 2. 1947, Protokoll des Nürnberger Ärzteprozesses, IfZ, MB 15/20, Bl. 2683–2686.

211 3. Führererlaß über das Sanitäts- und Gesundheitswesen, 25. 8. 1944, BAK, Kl. Erw. 512/1, Bl. 5.

212 Bormanns Mitarbeiter hatten den Konflikt zuvor bewußt forciert, um „endlich auch seitens der Partei-Kanzlei einmal eindeutig die Grenzen der Befugnisse Prof. Dr. Brandts klarzulegen." Fernschreiben Klopfers an Bormann, 5. 7. 1944; BAB, R 18/3810.

collaborators from the years 1933 and 1937. Audiatur et altera pars! The Fuehrer thought differently; he spoke with high praise of Brandt [...] I said that in my eyes Brandt was an ambitious climber and intriguer with whom I would not like to sit down at the same table. Therefore I asked the Fuehrer repeatedly to release me and let me join the Army at the front. Unfortunatley the Fuehrer refused, though I asked his permission urgently several times [...] Brandt [...] is one of the cleverest cheats I know."[213]

Der Reichsgesundheitsführer spielte in dieser Auseinandersetzung nur noch eine Statistenrolle. Nach dem dritten Führererlaß gab er seinen Widerstand gegen Brandts Superioritätsanspruch endgültig auf und beschränkte sich fürderhin auf das gesundheitspolitische Tagesgeschäft. Darauf ließ ihn Bormann, für den er nun wertlos geworden war, endgültig fallen.[214] Brandt bewog Conti nach der endgültigen Klärung der Machtverhältnisse zum Verbleib im Amt, indem er ihm ein gemeinsames Vorgehen gegen die NSV anbot und einen Erlaß in Aussicht stellte, der Conti – unter Brandts Oberhoheit – alle Befugnisse, die er einst für sich angestrebt hatte, einschließlich des Zugriffs auf die Sozialversicherung, zugesprochen hätte. Dieser Erlaß kam jedoch aufgrund des sich abzeichnenden Zusammenbruchs des „Dritten Reiches" nicht mehr zustande.[215]

---

[213] Trevor-Roper, Bormann Letters, Brief vom 14. 8. 1944, S. 78–80.

[214] Protokoll der Unterredung zwischen Dr. Gross und Reichsleiter Rosenberg am 6. 10. 1944, APK, 12600197.

[215] Der Hitler im September/Oktober 1944 vorgelegte, wegen der Kriegsereignisse nicht mehr in Kraft gesetzte Erlaßentwurf lautete: „Der Reichsgesundheitsführer Dr. Conti leitet als Chef des zivilen Gesundheitswesens das gesamte Gesundheitswesen von Partei und Staat und ist in dieser Eigenschaft berechtigt, den obersten Dienststellen und Organisationen, die sich mit volksgesundheitlichen Aufgaben befassen, Weisungen zu erteilen. Dies gilt insbesondere auch gegenüber der Sozialversicherung. Alle obersten Dienststellen von Partei und Staat sind verpflichtet, den Chef des zivilen Gesundheitswesens in allen grundsätzlichen volksgesundheitlichen Angelegenheiten laufend zu unterrichten. Sie bedürfen zur Besetzung ihrer mit diesen Angelegenheiten befaßten leitenden Stellen seiner Zustimmung. Der Chef des zivilen Gesundheitswesens kann Veränderungen in der Besetzung dieser Stellen fordern. Zur Erfüllung seiner Aufgaben kann der Chef des zivilen Gesundheitswesens Beauftragte einsetzen, die seine Weisungen vertreten und gemeinsam mit den Gesundheitsdienststellen der Partei und des Staates durchführen. Der Chef des zivilen Gesundheitswesens erhält seine Weisungen ausschließlich durch den Reichskommissar für das Sanitäts- und Gesundheitswesen." Gemeinsamer Entwurf Brandts und Contis für einen Führererlaß, September/Oktober 1944, zitiert nach der Abschrift in Bormann an Fiehler, 3. 10. 1944, BAB, NS 25/1655, Bl. 13; Vernehmung Brandt, 9. 10. 1946, S. 20, BAK, All. Proz. 2/FC 6069 P.

IV. Strukturelemente und Determinanten gesundheitspolitischer Entscheidungen

Warum wurde das Gesundheitswesen trotz der Vereinigung von Staats- und Parteiamt in den Händen Contis weiterhin durch die polyzentrische Konkurrenz mehrerer Machtaggregate geprägt? Eine Grundbedingung dieser Konstellation war das gesundheitspolitische Desinteresse der nationalsozialistischen Führungsspitze. Gesundheitspolitik stand im „Dritten Reich" zwar im Zentrum propagandistischer Aufmerksamkeit, aber oftmals an der Peripherie der Macht. Viele gesundheitspolitisch bedeutsame Entscheidungen, zum Beispiel der Abbruch der „Aktion T4", wurden aus politischen Opportunitätserwägungen, nicht aus gesundheitsbezogenen Gründen getroffen.

Neuere Untersuchungen zu den innenpolitischen Entscheidungsprozessen der Kriegsjahre haben deutlich gemacht, daß die Vorstellung von einem „in mancher Hinsicht schwachen"[1] Diktator mißverständlich ist, denn in allen Politikfeldern, die der Diktator für sich reklamierte, traf Hitler die Entscheidungen und griff dabei teilweise bis in marginale Details des politischen Tagesgeschäfts der jeweiligen Fachministerien ein.[2] Für den Gesundheitsbereich trifft Mommsens Charakteristik dennoch zu einem Gutteil zu, da Hitler sich über weite Strecken in gesundheitspolitischer Abstinenz übte. Die Initiative zu den zentralen Kampagnen nationalsozialistischer Gesundheitspolitik wurde entweder von außen an den Diktator herangetragen, oder sie kamen, wie bei der betrieblichen Gesundheitsführung, gänzlich ohne seine Beteiligung zustande.[3] Von den Machtkämpfen Wagner contra Gütt, Ley gegen Conti und Brandt versus Conti hielt er sich in der Regel fern und übertrug seinen Unterführern die Konfliktregelung. Insofern war Hitler auf dem Gebiet der Gesundheitspolitik ein wenig präsenter Diktator.

Sein konfliktentscheidendes Eingreifen zugunsten Brandts unterstreicht freilich, daß er keineswegs ein ohnmächtiger Diktator war. Zwar zeigt der Abbruch der „Aktion T4", wie sehr seine Entscheidungen von den Informationen abhängig waren, die Unterführer an ihn herangetragen hatten, doch macht der Entscheidungsprozeß zugleich deutlich, daß Grundsatzentscheidungen allein durch den nationalsozialistischen Diktator gefällt werden konnten. Hitlers Verhalten in den Auseinandersetzungen zwischen Conti, Ley und Brandt demonstriert freilich auch das offenkundige Desinteresse des Diktators am gesundheitspolitischen Tagesgeschäft. Das Fehlen eines deutlich artikulierten gesundheitspolitischen „Führerwillens" schuf die Voraussetzung dafür, daß drittrangige NS-Größen dieses Aktionsfeld besetzen und als teilautonome politische Einheiten handeln konnten.[4] Die durch Hitlers gesundheitspolitische Zurückhaltung entstandene Lücke

---

1 Mommsen, Nationalsozialismus, Sp. 702.
2 Rebentisch, Führerstaat, S. 402–417, insbes. 403 f.
3 Vgl. Schmuhl, Rassenhygiene, S. 178–190; Ganssmüller, Erbgesundheitspolitik, S. 41 f.
4 Vgl. Hüttenberger, Polykratie, S. 431.

wurde in den ersten Jahren nach dem Regimewechsel teilweise von Frick ausgefüllt. Nach dem Rückzug des Reichsinnenministers, der sein Ministerium im Krieg nur noch sporadisch aufsuchte, vergrößerte sich das gesundheitspolitische Machtvakuum und veränderte die Struktur der Konflikte. Während die meisten Kernbereiche nationalsozialistischer Politik durch Angehörige des inneren Führungskreises der NSDAP besetzt waren, interessierte sich nach der Entmachtung Fricks bis auf den ambitionierten Ley kein führender Nationalsozialist mehr für die Gesamtheit der Gesundheitspolitik. Goebbels zeigte nur insoweit Interesse, als Belange der NSV tangiert wurden. In der Reaktion auf einen Vortrag des Reichsgesundheitsführers offenbarten sich Görings gesundheitspolitische Unkenntnis und das Desinteresse des Reichsmarschalls.[5] Lammers und Bormann, die von Hitler zu Moderatoren in der Auseinandersetzung zwischen Conti, Ley und Brandt bestimmt wurden, waren primär an der Erhaltung des machtpolitischen Status quo interessiert.[6] Himmler, der seit seiner Ernennung zum Reichsinnenminister alles daran setzte, den Einfluß der Parteikanzlei aus seinem Ministerium zurückzudrängen, verweigerte sich den Vorstellungen seines Untergebenen Conti und griff erst ein, als die Expansion Brandts den eigenen Befehlsbereich zu untergraben drohte.[7] Da Conti selbst über zu wenig eigene Machtressourcen verfügte, um das Gesundheitswesen unter seiner Führung zu zentralisieren, andere Machtzentren jedoch nur an Einzelaspekten des Gesundheitswesens interessiert waren, trat nach dem Kriegsausbruch an die Stelle eines dualistisch strukturierten Konflikts der polyzentrische Kampf aller gegen alle. Gesundheitspolitik wurde seit der Ernennung Contis zunehmend zum Handlungsfeld drittrangiger NS-Größen, die ihrerseits der Unterstützung durch Personen des inneren Führungskreises der NSDAP bedurften.[8]

Warum blieb Contis Position trotz beträchtlicher institutioneller Ressourcen so überaus labil, und warum gelang es Brandt, der nicht über solche Machtressourcen verfügte, binnen eines Jahres eine dominierende Position im Gesundheitswesen zu erlangen? Eine mögliche Erklärung besteht im Fehlen einer ver-

---

5 Conti, Aktenvermerk über eine Besprechung mit Göring am 22. 4. 1943, BAB, R 18/3811; vgl. Kater, Conti, S. 324.

6 Zur Beauftragung von Lammers und Bormann siehe Conti, Aktenvermerk, 12. 5. 1943, S. 5, BAB, R 18/3811.

7 Dort, wo Himmler für Conti Partei ergriff, etwa bei dessen Versuch, die Gesundheitsgesetzgebung des Reiches auch auf die besetzten Ostgebiete auszudehnen, spielten stets andere Interessen, etwa die Konkurrenz zwischen Himmler und Rosenberg, eine Rolle. Vgl. hierzu den Briefwechsel zwischen Stuckart und Himmler, 7.–19. 2. 1942, BAB, NS 19 neu/2393, zit. bei Schulze, Himmler, S. 16.

8 Personen der ersten Führungsebene verfügten sowohl über Zugang zu Hitler als auch über bedeutende Machtressourcen im Staats- oder Parteisektor. Hierzu zählen Bormann, Himmler, Goebbels und Speer, eingeschränkt auch Ley, Frick (bis 1938), Göring sowie die Gauleiter. Bei Personen der zweiten Führungsebene fehlt eines dieser Elemente: bei Brandt ist es die institutionelle Macht, bei Ley (ab 1942) und den übrigen Reichsleitern und Ministern der fehlende Führerzugang. Personen der dritten Führungsebene verfügten unter Umständen über bedeutende institutionelle Machtressourcen, bedurften aber zur Amtsausübung des Rückhalts bei Personen der ersten Führungsebene (hierzu zählen z. B. Conti, Gütt und Hilgenfeldt).

bindlichen Leitkonzeption nationalsozialistischer Gesundheitspolitik. Da es jenseits des diffusen biologistischen Grundkonsenses keine verbindliche Leitkonzeption nationalsozialistischer Gesundheitspolitik gab, existierte keine Position, auf die sich Conti in Abgrenzung zu seinen Konkurrenten hätte beziehen können. Der polykratische Konflikt im nationalsozialistischen Gesundheitswesen ist seit Kriegsbeginn geradezu gekennzeichnet durch die schwindende Bedeutung ideologischer Argumente. Bei der Auseinandersetzung zwischen Wagner und Gütt ging es – jenseits des rassenhygienischen Grundkonsenses – noch um die Entscheidung zwischen zwei sich gegenseitig ausschließenden Entwürfen nationalsozialistischer Gesundheitspolitik. Der Konflikt zwischen Conti und Ley drehte sich zwar ebenfalls um verschiedene Konzeptionen von Gesundheitspolitik, wurde aber von beiden Seiten mit beträchtlicher programmatischer Flexibilität geführt. Beide Kontrahenten gaben machtpolitischen Erwägungen im Zweifelsfall den Vorrang vor der gesundheitspolitischen Programmtreue. Der Kampf zwischen Conti und Brandt war nahezu gänzlich durch das Fehlen programmatischer Argumentationen und unterschiedlicher Sachaussagen bestimmt, so daß Legitimationsstrategien, die durch den Krieg bedingte Scheinnotwendigkeiten in den Vordergrund stellten, an Bedeutung gewannen.

Ein weiterer Grund für die politische Schwäche Contis bestand in der geringen Koalitionsfähigkeit des Reichsgesundheitsführers. Conti hatte es ungleich schwerer als Brandt, Bündnispartner zu finden, da er offen die Herrschaft über das gesamte Gesundheitswesen anstrebte und dabei nicht selten brüsk und geltungsbedürftig auftrat.[9] Brandt dagegen gelang es bis zum Jahresbeginn 1944 weitgehend, die Reichweite seiner Ziele zu verbergen. Während Contis potentielle Verbündete zumeist selbst Anspruch auf Teilgebiete des Gesundheitswesens erhoben, waren die Koalitionspartner Brandts damit nur am Rande befaßt. Zu seinen zeitweiligen Alliierten zählte Goebbels, der sich 1943/44 als Bevollmächtigter für den totalen Kriegseinsatz und Vorsitzender des Luftkriegsschädenausschusses auf dem Höhepunkt seiner Macht befand.[10] Vor allem aber galt der einflußreiche Rüstungsminister Speer als Vertrauter des Generalkommissars.[11] Mit dem Architekten Hitlers verbanden Brandt nicht nur lebensgeschichtliche Parallelen, sondern auch eine seit der Mitte der dreißiger Jahre andauernde Freundschaft. Beide waren erst kurz vor der Machtübernahme in die Partei eingetreten, ohne dort Ämter zu übernehmen. Ihren Einfluß leiteten sie nicht aus Verdiensten in der „Kampfzeit" der NSDAP ab, sondern ausschließlich aus dem Vertrauen Hitlers und ihren organi-

---

[9] Vgl. etwa Fröhlich, Goebbels-Tagebücher, 20. 8. 1943, Bd. II/9, S. 317.

[10] Goebbels schwankte anfangs, auf welche Seite er sich in dieser Auseinandersetzung schlagen sollte. Zunächst sympathisierte er eher mit dem Reichsgesundheitsführer, schwenkte aber im August 1943 vollends auf die Seite Brandts, bis das Kooperationsverhältnis im November 1944 aufgrund eines Streits um die Schließung der medizinischen Fakultäten auseinanderbrach; Fröhlich, Goebbels-Tagebücher, 1. 7. 1943, 10. 8. 1943 und 20. 8. 1943, Bd. II/9, S. 27, 259, 317.

[11] Zeitweilig war der Kontakt von Brandt zu Speer so dicht, daß es selbst für Eingeweihte nicht ersichtlich war, ob der Generalkommissar den mächtigen Rüstungsminister, oder ob Speer Brandt stützte. So hielt der gewöhnlich gut informierte Staatssekretär Klopfer Brandt für die Stütze von Speers Einfluß auf Hitler; Speer, Erinnerungen, S. 470.

satorischen Erfolgen. Die enge Verbindung zum Diktator brachte beide in Konflikt mit der langgedienten nationalsozialistischen Führungselite, deren Zugangsmonopol zum Machthaber sie untergruben. Vor allem Bormann war ein entschiedener Gegner dieses Kreises, seit Herbst 1943 speziell Brandts, den er als persönlichen Widersacher betrachtete.[12]

Hier deutet sich ein dritter, wohl entscheidender Unterschied zwischen Conti und Brandt an: die Grundlagen ihrer Amtsgewalt. Contis Einfluß stützte sich in erster Linie auf die Gesundheitsabteilung des Reichsinnenministeriums, er war im Kern bürokratisch fundiert. Bürokratische Herrschaft wirkt durch Verfahren, die auf Normalsituationen zugeschnitten sind. Sie ist tendenziell statisch und war daher zunehmend weniger geeignet, auf den exponentiell gesteigerten Handlungsdruck der Kriegsjahre angemessen zu reagieren. Dagegen mangelte es dem Reichsgesundheitsführer an der von Hitler abgeleiteten charismatischen Legitimation seiner Herrschaft, denn sein Verhältnis zum nationalsozialistischen Diktator blieb ausgesprochen distanziert.[13] Es müsse jedem klar sein, so beklagte sich Conti, „daß ein Reichsgesundheitsführer, der seit seiner vor mehr als 4 Jahren erfolgten Ernennung noch nie dem Führer Vortrag gehalten hat, eben keine Resonanz und Durchschlagskraft gegenüber den anderen maßgeblichen Personen und Dienststellen haben kann".[14] Conti konnte die im polykratischen Konflikt entscheidende Machtressource der Handlungslegitimation durch den nationalsozialistischen Diktator nur mittelbar von anderen Unterführern ableiten, so daß die dynamische Komponente seiner Macht höchst instabil, wenig berechenbar und extrem kontextabhängig war.[15]

Zwar gehörte Conti nicht zu Hitlers Münchner Clique, seine NSDAP-Karriere vor 1933 spielte sich ausschließlich im fernen Berlin ab. Trotzdem überrascht das distanzierte Verhältnis des Reichsgesundheitsführers zum Führer der NSDAP, denn von seiner Biographie her weist Conti alle Eigenschaften eines Trägers unmittelbar führerlegitimierter Macht auf. Sowohl seine Verdienste um die „Bewegung" als auch seine Treue zu Hitler standen seit der „Kampfzeit" außer Frage. Als erster SA-Arzt in Berlin behandelte er den sterbenden Horst Wessel.[16] An der Aufdeckung und Niederschlagung der Stennes-Revolte war Conti maßgeblich beteiligt. Ähnlich wie Brandt empfahl sich Conti durch praktische medizinische Tä-

---

[12] Speer, Erinnerungen, S. 288; Kater, Conti, S. 314, interpretiert die Auseinandersetzung Brandt-Conti vor diesem Hintergrund.

[13] [Conti], Vortrag beim Führer, 15. 9. 1943; ders., 2. Entwurf, 20. 9. 1943, BAB, R 18/3809-II. Zum Urteil Hitlers über Conti vgl. Goebbels' Tagebucheintrag vom 10. 8. 1943, Fröhlich, Goebbels-Tagebücher, Bd. II/9, S. 259.

[14] Conti an Bormann, 23. 6. 1943, S. 3, BAB, R 18/3810. Zur gleichen Einschätzung kam auch Contis engster Mitarbeiter: „Die Unmöglichkeit, Ihrerseits dem Führer Vortrag zu halten", während „Bormann, Lammers, Speer, Brandt usw. ständig das Ohr des Führers haben", resümierte er im Sommer 1943 die Entwicklung der vorangegangen Jahre, ist „sicher das Hauptmotiv für die heutige Situation". Kauffmann an Conti, 21. 8. 1944, S. 3f., BAB, R 18/3812.

[15] So konnte Conti Brandts Anordnungen noch nach dem 3. Führererlaß über das Sanitäts- und Gesundheitswesen verweigern, sofern er der Rückendeckung durch Bormann oder Himmler sicher war; Vernehmung Krahn, 19. 9. 1946, S. 19, BAK, All. Proz. 2/FC 6097.

[16] Fröhlich, Goebbels-Tagebücher, 10. 2. 1930, Bd. I/2, S. 498.

tigkeiten im Umfeld Hitlers für weitere Verwendungen.[17] Die rasche Entfernung seiner Rivalen im Hauptamt für Volksgesundheit, die geplante Ernennung zum Staatssekretär im Reichsarbeitsministerium und seine Konsultation bei der Vorbereitung der „Euthanasie" deuten darauf, daß Conti bis in den Spätsommer 1939 das uneingeschränkte Vertrauen Hitlers genoß.

Danach jedoch war seine gestörte Kommunikation mit dem nationalsozialistischen Diktator auch bei den nachgeordneten Mitarbeitern des Reichsgesundheitsführers kein Geheimnis.[18] Hitlers geringes Interesse an gesundheitspolitischen Fragen und die seit Kriegsbeginn wachsende Vernachlässigung der Innenpolitik reichen als Erklärung hierfür nicht aus. Die zeitliche Koinzidenz zwischen der Ablösung Contis von der Planung der „Euthanasie" und seinem Machtverfall legt die Vermutung nahe, daß der Grund für das gestörte Vertrauensverhältnis in Contis zögerlicher Haltung gegenüber der „Euthanasie" zu suchen ist.[19] Als führender NS-Arzt von Hitler im September 1939 mit der Organisation der Krankenmorde beauftragt, hatte der Reichsgesundheitsführer im Verein mit dem Chef der Reichskanzlei eine gesetzlich geregelte, an die Medizinalverwaltung angebundene Lösung empfohlen. Zurück in Berlin, begann Conti – der die „Euthanasie" keinesfalls ablehnte, sondern nur ihre Reglementierung befürwortete – mit der Ausarbeitung eines Programms, doch bevor erste Ergebnisse vorlagen, ließ Hitler ihm mitteilen, daß seine Mitarbeit nicht länger benötigt werde.[20] Der Diktator zog Bouhlers Verfahrensvorschlag vor, die Mordaktion ohne Rechtsgrundlage durch die Kanzlei des Führers an der Gesundheitsverwaltung vorbei zu organisieren.[21] Für Conti war der Entzug seines ersten Führerauftrags „a rather painful surprise".[22] Nach diesem Vorfall wurde der Reichsgesundheitsführer von Hitler in dienstlichen Angelegenheiten nicht mehr konsultiert.[23] Über den Fortgang der „Euthanasie" war der Reichsgesundheitsführer nur wenig informiert. Die entscheidende Führerermächtigung erging ohne sein Wissen, obwohl sich der „Eu-

---

[17] Hier sind vor allem die Speich-Affäre sowie die sportmedizinische Betreuung der Olympischen Spiele zu nennen; zur Speich-Affäre vgl. BAB, Personalakte Ketterer.

[18] Vernehmung Krahn, 19. 9. 1946, S. 15, BAK, All. Proz. 2/FC 6097. Zum für die Verfassungswirklichkeit des „Dritten Reiches" zentralen Problem des „Zugangs zum Machthaber" vgl. Schmitt, Zugang.

[19] Zum Hergang vgl. Interview Elfriede Conti, S. 16, ZeS, Personalakte Conti; Vernehmung Conti, 7. 9. 1945, S. 2f., BAK, All. Proz. 2/FC 6155 P.

[20] Vernehmung Conti, 6. 9. 1945, S. 15, BAK, All. Proz. 2/FC 6155 P.

[21] Interview Elfriede Conti, S. 16, ZeS, Personalakte Conti; Vernehmung Conti, 7. 9. 1945, S. 2, BAK, All. Proz. 2/FC 6155 P. Laut Conti äußerte Hitler schon während des Gespräches sein Mißfallen über die Absicht Contis, die „Euthanasie" gesetzlich zu regulieren.

[22] Vernehmung Conti, 7. 9. 1945, S. 4, BAK, All. Proz. 2/FC 6155 P.

[23] Conti traf während seiner gesamten Amtszeit lediglich fünfmal mit Hitler zusammen: Kurz nach seiner Ernennung wurde er als Experte zu einem neuen Mittel gegen Kinderlähmung befragt. Das zweite Treffen betraf die „Euthanasie". Im Frühjahr 1943 wurde er als Sachverständiger beim Konflikt um Dr. Morells Behandlungsmethoden hinzugezogen. In diese Zeit fällt auch die Einladung Contis auf den Berghof. Zuletzt sah er Hitler, als dieser ihn, zusammen mit anderen Unterführern, nach dem 20. 7. 1944 durch Handschlag auf sich verpflichtete; Interview Elfriede Conti, S. 19, ZeS, Personalakte Conti.

thanasie"-Komplex der ihm unterstellten Unterabteilung für Erb- und Rassenpflege bediente.[24]

Da sich Contis Macht im Gegensatz zu der Karl Brandts nicht direkt von Hitler herleitete, war er auf andere Legitimationspotentiale angewiesen. Anders als sein Vorgänger Wagner galt der Reichsgesundheitsführer nicht als Exponent der Partei. Seit der Machtergreifung hatte der ehemalige NSDÄB-Gauobmann vor allem im staatlichen Gesundheitswesen Karriere gemacht, zuerst als Ministerialbeamter, später als Stadtarzt von Berlin. Während des Krieges speiste sich sein Einfluß vor allem aus der Verfügung über die Reichsmedizinalverwaltung. Contis Macht war daher im wesentlichen bürokratisch gestützt. Die – im polykratischen Machtkampf entscheidende – dynamische Komponente seiner Macht konnte der Reichsgesundheitsführer aufgrund seiner fehlenden Führerunmittelbarkeit nur von anderen Funktionsträgern ableiten. Anders als bei Hilgenfeldt, der eine dauerhafte Stütze in Goebbels fand, blieb Contis Einfluß durch sein Parteiamt begrenzt, da Bormann ihm nur fallweise beistand. Gerade in der schwierig zu führenden Auseinandersetzung mit NSV und DAF fehlte Conti dieser Rückhalt. Von der Parteikanzlei, bemerkte Contis Adlatus Oskar Kauffmann, sei „eine wirklich aktive Unterstützung für unsere Ideen nicht zu erhoffen [...] so daß die Partei zumindest derzeit als gutes Vehikel für unsere Pläne nicht infrage kommt [...] Wollen wir unser Ziel erreichen, so müssen wir [...] nicht die Parteitour, sondern die Staatstour als ‚Vehikel' für unsere Pläne benützen."[25] Eben diese Staatsoption machte ihn dem inneren Führungskern des Nationalsozialismus suspekt.[26] Goebbels zum Beispiel, sein alter Gauleiter, hielt Conti für einen „kleine[n] rechthaberische[n] Pfiffikus"[27], auf den man achtgeben müsse, da er „die ganze Volksgesundheitspflege verbürokratisieren und in die Hände des Staates überführen" wolle. Die „Staatstour" war auch der Grund für sein distanziertes Verhältnis zu Himmler, der Staatsbeamte nicht sehr schätzte.[28] Sie machte aus Bormann, dem er durch die Rivalität mit Ley verbunden war, einen unsicheren Partner. Da der Leiter der Parteikanzlei ihn nur von Fall zu Fall unterstützte, blieb die dynamische Komponente seiner Macht unbeständig und situationsabhängig.[29] All dies beschränkte seine Handlungsfähigkeit im polykratischen Machtkampf entscheidend, da es einerseits eigenständige Initiativen Contis weitgehend verhinderte, ihn aber andererseits gegen Ambitionen möglicher Bündnispartner verwundbar

---

[24] Vernehmung Conti, 7. 9. 1945, S. 6, BAK, All. Proz. 2/FC 6155 P.

[25] Kauffmann an Conti, 30. 7. 1943, S. 5, BAB, R 18/3809-II.

[26] „They [der nationalsozialistische Führungskreis, W.S.] all thougt that I worked only for the state and left the party alone." Vernehmung Conti, 1. 9. 1945, S. 3f. (nachmittags), BAK, All. Proz. 2/FC 6155 P.

[27] Fröhlich, Goebbels-Tagebücher, 14. 11. 1940, Bd. I/8, S. 417.

[28] Contis Kontakte zu seinem neuen Vorgesetzten waren äußerst beschränkt. Er traf mit Himmler trotz dringender Vortragsankündigungen nur zweimal dienstlich zusammen. Zuerst kurz nach dessen Ernennung zum RMdI, als der Reichsführer SS Conti mitteilte, daß Brandt Reichskommissar werden sollte, und ein zweites Mal, als dieser Entschluß im Spätherbst 1943 umgesetzt werden sollte, sonst nur bei informellen Anlässen; Vernehmung Conti, 1. 9. 1945 (nachmittags), S. 2, 5f., BAK, All. Proz. 2/FC 6155 P.

[29] Vgl. Vernehmung Brandt, 1. 3. 1947, S. 16, BAK, All. Proz. 2/FC 6069 P.

machte. Der Reichsgesundheitsführer konnte im polykratischen Konkurrenzkampf immer nur als Juniorpartner in einer zweckbestimmten Ad-hoc-Koalition agieren. Gegen Ley, der durch seine Konfrontation mit den Reichsministerien und seine Gegnerschaft zu Bormann machtpolitisch isoliert war, hatte dieses Verfahren noch Erfolg, gegen die von Goebbels und Bormann unterstützte NSV schon nicht mehr.

Mit dem Eintritt Brandts in die gesundheitspolitische Arena war es mit der Waffengleichheit im polykratischen Konflikt endgültig vorbei. Gegen den Deus ex machina eines von Brandt herbeigeführten „Führerwillens" versagte auch Contis Koalition mit Lammers und Bormann. Seine Hilflosigkeit gegenüber den Attacken Brandts offenbart nicht nur die Schwäche der staatlichen Bürokratie im „Dritten Reich", sondern demonstriert die entscheidende Rolle der unmittelbaren Führerlegitimation in der nationalsozialistischen Ämterkonkurrenz. Conti schaffte es – etwa im Gegensatz zu Hilgenfeldt – nie, sich dauerhaft mittelbarer Führermacht zu versichern.

Conti saß gewissermaßen in einer polykratischen Falle gefangen: ohne von Hitler persönlich verliehene Autorität blieb dem Reichsgesundheitsführer die Einflußnahme über die NSDAP verwehrt. Die überindividuell verbürgten Machtressourcen der staatlichen Bürokratie waren jedoch im polykratischen Konkurrenzkampf eine zunehmend stumpfe Waffe. Sie konnten, wie etwa Lammers und das Reichsfinanzministerium es meisterhaft verstanden, Entscheidungen verzögern, abschwächen, jedoch kaum dauerhaft verhindern. Schon gar nicht taugten sie als Basis eigener gesundheitspolitischer Initiativen. Um Brandt erfolgreich widerstehen zu können, hätte es entweder eines eindeutigen Vertrauensbeweises von Hitler bedurft, oder Conti hätte seine Stellung innerhalb der NSDAP verstärken müssen. Als Leiter des Hauptamtes für Volksgesundheit und Reichsgesundheitsführer hätte diese Möglichkeit formal bestanden. Tatsächlich war Conti diese Option jedoch gerade durch seine erzwungene Nutzung der staatlichen Ressourcen verbaut.

Im Gegensatz zu Conti verfügte der häufig im Führerhauptquartier anwesende Brandt über direkten Zugang zum Machthaber. Sein Vermögen, gesundheitspolitische Akteure auch gegen deren Willen zum Handeln nach seinem Auftrag zu veranlassen, leitete sich direkt von Hitler ab, der einzigen verbindlichen Legitimationsquelle politischer Herrschaft im „Dritten Reich". In dieser Hinsicht war Hitler kein schwacher Diktator, sondern Angel- und Bezugspunkt der nationalsozialistischen Herrschaft, denn seine Willensäußerung allein entschied über die Positionierung in der politischen Hierarchie. Der Generalkommissar konnte sich im Konfliktfall immer wieder auf von ihm herbeigeführte Führerentscheidungen stützen. Brandts charismatisch legitimierte Herrschaft war aufgrund ihres unbestimmten Geltungsbereichs dynamisch und situativ an die rasch wechselnden Handlungskontexte der Kriegsgesellschaft adaptierbar. Im spannungsvollen Nebeneinander von bürokratischer und charismatischer Herrschaft erwiesen sich seine Machtressourcen letztlich als die wirkungsvolleren.

Wer dem aktenscheuen Diktator „das Material zubrachte, auf Grund dessen er seine Willensentschlüsse faßte ... wer aus der Menge der einlaufenden Eingänge die Auswahl traf und bestimmte, was überhaupt vorgelegt und was nicht vorge-

legt wurde",[30] präjudizierte die Entscheidung in Bereichen, denen Hitler keine Aufmerksamkeit schenkte. Dies gilt besonders für die Zeit nach Stalingrad, als sich der nationalsozialistische Diktator in der selbstgewählten Isolation des Führerhauptquartiers immer stärker von der innenpolitischen Realität des „Dritten Reiches" abkoppelte. Da sich Hitler gegenüber dem regulären Informationsfluß über den Instanzenweg der inneren Verwaltung zunehmend abschottete, besaß Brandt, der zum ständigen Personal des Führerhauptquartiers gehörte, de facto ein gesundheitspolitisches Informationsmonopol und konnte so Entscheidungen allein durch die Auswahl der vorgelegten Vorgänge maßgeblich beeinflussen.[31] Hierbei schreckte er auch vor Fehldarstellungen nicht zurück.[32] Für die durch Brandt kolportierten kriegsbedingten Unzulänglichkeiten des gesundheitspolitischen Alltags haftete der Reichsgesundheitsführer. Der Generalkommissar verstand es dagegen, partielle Besserungen als sein Verdienst darzustellen.[33] Auch Brandts Technik, dem nationalsozialistischen Diktator vorformulierte Erlasse für die Lösung genau spezifizierter Aufgaben vorzulegen, kam Hitlers Neigung, bei Problemen, denen er keine Priorität beimaß, spontan, ohne Hinzuziehung beteiligter Stellen zu entscheiden, sehr entgegen.[34]

Brandts kometenhafter Aufstieg, der mit einem Vertrauensakt Hitlers begann, demonstriert augenfällig die zentrale Bedeutung der Beziehung zum Machthaber in der nationalsozialistischen Führerdiktatur. Dies gilt in ähnlicher Weise für seinen Sturz, dem ein Vertrauensentzug Hitlers voranging. Seit Brandts Ernennung zum Reichskommissar gegen den Widerstand nahezu aller Mitglieder des inneren Führungskerns der NSDAP ließ der Leiter der Parteikanzlei nichts unversucht, um das Ansehen Brandts bei Hitler zu beschädigen.[35] Im Oktober 1944, nur wenige Wochen nach dem 3. Führererlaß über das Sanitäts- und Gesundheitswesen, wurde Brandt von seiner Funktion als Begleitarzt entbunden. Seine Absetzung

---

30 Schmitt, Zugang, S. 431.

31 Das Informationsgefälle zwischen den Reichsministerien und dem Führerhauptquartier betont insbesondere Mommsen, Stellung, S. 60. Zur Situation im Führerhauptquartier allgemein vgl. Rebentisch, Führerstaat, S. 397–402, sowie Mommsen, Ausnahmezustand, S. 39f.

32 So ging Hitler bei seiner Zustimmung zu dem von Brandt erwirkten DRK-Erlaß vom 30. 11. 1942 unzutreffend davon aus, daß darüber zuvor mit allen Beteiligten Einvernehmen erzielt worden sei; [Conti], Rücksprache bei Reichsminister Lammers am 16. 2. 1943, BAB, R 18/3811. Für ähnliche Vorgänge vgl. Conti, Aktennotiz vom 18. 6. 1943 über eine Besprechung mit Bormann, Brandt und Lammers, S. 4f., BAB, R 18/3811.

33 So nach dem verheerenden Luftangriff auf Hamburg, wo Brandt, der vor Conti am Katastrophenort eingetroffen war, sich die vom Reichsgesundheitsführer eingeleiteten Nothilfemaßnahmen gegenüber dem Gauleiter selbst zurechnete; Aufzeichnung Contis über den 2. Luftangriff auf Hamburg, 26. 8. 1943; BAB, R 18/3810; vgl. Trevor-Roper, Bormann Letters, 8.–9. 9. 1944, S. 103f.

34 Zu Hitlers Entscheidungsstil vgl. Rebentisch, Führerstaat, S. 410.

35 So versuchte Bormann, Brandt in die Nähe des 20. Juli 1944 zu rücken. Als bekannt wurde, daß Ferdinand Sauerbruch Kontakt zu den Verschwörern gehabt hatte, bemerkte Bormann, daß ihn dies angesichts dessen bekanntermaßen „höchst fragwürdig[er]" politischen Haltung nicht überrasche und ließ den Hinweis fallen, daß der Berliner Chirurg ein „Duzbruder des Herrn Generalkommissar Prof. Dr. Brandt" sei; Fernschreiben Bormanns an Passe, undatierte Abschrift [1944], IfZ, MA 146/3.

war das Ergebnis einer gemeinsamen Intrige Bormanns und des intransingenten Hitler-Leibarztes Theo Morell und ließ erkennen, daß das enge Vertrauensverhältnis zwischen Hitler und Brandt Risse bekommen hatte.[36]

Am 16. April 1945, als der sowjetische Großangriff auf Berlin begann, ordnete Bormann unter dem Vorwand, Brandt habe versucht, zu den Westalliierten überzulaufen, die Verhaftung des Reichskommissars an.[37] Vordergründig ging es dabei um dessen angebliches Zögern, seine Familie auf dem Obersalzberg unterbringen zu lassen. Offenbar bildet jedoch sein Versuch, dem Diktator Anfang April 1945 die katastrophalen Auswirkungen der jüngsten Luftangriffe auf das System der medizinischen Versorgung vor Augen zu führen, den eigentlichen Grund für Brandts Absetzung. Nach einem ungeschminkten Lagevortrag, dessen Quintessenz in der Schlußfolgerung bestand, daß die Arzneimittelversorgung Deutschlands unter den gegebenen Umständen binnen weniger Wochen zusammenbrechen würde, sah sich der Reichskommissar mit dem Vorwurf des Defätismus konfrontiert.[38]

Charismatische Herrschaft, die sich auf ein abstraktes Heilsversprechen gründet, verlangt die unbedingte Anerkennung des Führers durch seine Gefolgschaft. Zweifel am Ausgang des Krieges und damit Zweifel an der charismatischen Bewährung des Diktators mußten eine soziale Bindung, bei der die Anerkennung des Führer-Charismas die wichtigste Berufungsgrundlage des Gefolgsmannes gewesen war, noch stärker gefährden, als die offenkundig gewordene Unzulänglichkeit seines Handelns. Hitler, dem Speer in einem ähnlichen Gespräch erst wenige Tage zuvor erklärt hatte, daß der Krieg seiner Ansicht nach verloren sei, zeigte diesmal weniger Nachsicht als gegenüber seinem Lieblingsarchitekten und entzog Brandt das Vertrauen.

Ohne die schützende Hand des Diktators war Hitlers Reichskommissar den Nachstellungen seiner Gegner wehrlos ausgeliefert. Nur zwei Wochen nach seinem letzten Vortrag vor Hitler wurde Brandt verhaftet. Bereits in der ersten Vernehmung durch den Chef der Gestapo, Gruppenführer Heinrich Müller, deutete sich an, daß die gegen ihn erhobenen Vorwürfe auf seinen alten Widersacher Bormann zurückgingen. Brandts Versuche, sich im Verhör zu rechtfertigen, wurden von Hitler brüsk zurückgewiesen. Bereits einen Tag nach Brandts Verhaftung trat in Goebbels Wohnung unter dem Vorsitz des Hausherrn ein Tribunal zusammen, dem neben dem Reichspropagandaminister der SS-Obergruppenführer Berger, der Reichsjugendführer Axmann, der Berliner SA-Gruppenführer Grenz sowie ein Vertreter der Parteikanzlei angehörten.[39] Nach kurzer Verhandlung, die schon

---

[36] Vernehmung Brandt, Protokoll des Nürnberger Ärzteprozesses, 3. 2. 1947, IfZ, MB 15/20, Bl. 2368.

[37] Das Folgende nach einer Ausarbeitung Brandts vom 21. 9. 1945, BAK, Kl. Erw. 441/3, Bl. 54–59.

[38] Nach Angaben Brandts fand dieses Gespräch am 2. 4. 1945 statt; USSBS, Medical Branch Report: The Effect of Bombing on Health and Medical Care in Germany, 1945, S. 338f.; IfZ, MA 1566/5.

[39] Das Tribunal wurde ursprünglich als Gaugericht (das nur Parteistrafen aussprechen konnte) eingesetzt. Während der Verhandlung funktionierte es Goebbels zum Standgericht um.

zu Beginn erkennen ließ, auf welches Ergebnis die Veranstaltung zielte, verurteilte das Gericht Brandt zum Tode.[40] Zwei Stunden später wurde das Urteil von Hitler bestätigt und wenige Tage darauf, am 20. April 1945, die Dienststelle des Reichskommissars für das Sanitäts- und Gesundheitswesen aufgelöst.

Daß Brandt die Agonie des „Dritten Reiches" überlebte, verdankte er einer Reihe von Zufällen und dem Eingreifen Speers. Brandts Amtschef Paul Rostock sollte ebenfalls angeklagt werden, so daß die Vollstreckung des Todesurteils bis zu einer Gegenüberstellung mit ihm ausgesetzt wurde. Rostock war aber inzwischen mit einem Teil seiner Dienststelle nach Süddeutschland evakuiert und aufgrund der chaotischen Nachrichtenlage unerreichbar. Speer nutzte die zunehmend verworrenen Befehlsverhältnisse, um die Vollstreckung des Todesurteils weiter zu verzögern, und erreichte schließlich am 3. Mai 1945 die Freilassung seines Freundes, der nach mehreren Zwischenstationen zuletzt in einem Rendsburger SD-Gefängnis einsaß.[41]

[40] Später gab Brandt an, in der Gefangenschaft von Berger erfahren zu haben, daß das Todesurteil bereits bei Beginn der Verhandlung feststand; Vernehmung Brandt, 9. 10. 1946, S. 13, BAK, All. Proz. 2/FC 6069 P.

[41] Aktenvermerk Speers, 13. 5. 1945, BAB, 46.03/1003, Bl. 18.

Zweiter Teil:
„Einsatz der Ärzteschaft an der inneren Front." Gesundheitspolitische Probleme der Kriegsgesellschaft

I. Gesundheit als knappes Gut

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

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

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

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

---

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

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

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

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

5 Vgl. hierzu Borengässer/Hainbuch, Krankenpflege.

fragen zuständige Staatssekretär im Reichsinnenministerium, Hans Pfundtner, die Haltung mehrerer Regierungsbezirke, „daß die Einrichtung von Hilfskrankenhäusern nicht erforderlich sei, obwohl in diesen Bezirken ein großer Teil der vorhandenen Krankenhäuser von der Wehrmacht beschlagnahmt werde".[6] Die Zurückhaltung der mittleren und unteren Verwaltungsbehörden hatte ihre Ursache in der lange ungeklärten Kostenverteilung zwischen dem Reich und den Kommunen, die als Träger der Hilfskrankenhäuser fungieren sollten. Oftmals zeigten die Stadtverwaltungen wenig Neigung, Geld für eine ihrer Ansicht nach nicht vordringliche Maßnahme bereitzustellen, solange das Reich sich nicht an den Kosten beteiligen wollte, und hatten daher nach Kriegsbeginn bei der „Beschaffung der für den Umbau erforderlichen Rohstoffe [...] des Bedarfs an medizinisch-technischen Instrumenten und Geräten [...] bei den derzeitigen Verhältnissen ganz erhebliche Schwierigkeiten".[7] Zudem kalkulierten die meisten Planungen nicht mit der neuen Dimension des Luftkriegs. Wie sehr sich diese seit 1942/43 als wirklichkeitsfremd erwiesen, zeigt das Beispiel Berlins, wo nur ein kleiner Teil der 12000 geplanten Hilfskrankenhausbetten genutzt werden konnte, da die dafür vorgesehenen Gebäude entweder zerbombt wurden oder als hochgradig luftgefährdet galten.[8]

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

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

---

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

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

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

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

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

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

---

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

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

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

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

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

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

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

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

---

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

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

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

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

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

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

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

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

Bis zur Umstellung von der friedensähnlichen Blitzkriegswirtschaft auf die rüstungsorientierte Kommandowirtschaft der zweiten Kriegshälfte blieben steuernde Eingriffe in die Herstellung von Arzneimitteln seltene Ausnahmen. Bis weit in den Krieg hinein konnten mehr als 40000 verschiedene Präparate produziert werden. Etwa 2000 notwendige Basismedikamente, so schätzten die Mitarbeiter des Generalkommissars für das Sanitäts- und Gesundheitswesen, hätten bei erheblich geringerem Rohstoff- und Personaleinsatz den gleichen Zweck erfüllt.[22] Das Reichswirtschaftsministerium betrieb die von der Reichsgesundheitsführung geforderte Produktionsrationalisierung durch Betriebsstillegungen und die Konzentration der Fertigung auf notwendige Pharmazeutika mit Rücksicht auf die Hersteller anfangs nur sehr zurückhaltend. Noch 1941 stellte es eine Reform des Arzneimittelrechts, die die Konzentration der Produktion auf typisierte Standardmedikamente begünstigt hätte, als nicht kriegswichtig zurück.[23] Auch Fertigungsverbote und Betriebsschließungen zur Konzentration der Produktion auf kriegswichtige Erzeugnisse, wie sie aus der Rüstungsindustrie und ihren Zulieferbetrieben bekannt sind, wurden in der pharmazeutischen Industrie nur in sehr beschränktem Umfang ausgesprochen, etwa 400 bis Anfang 1943.[24] Insofern kennzeichnet der Begriff der bedingten Mobilmachung[25] die Situation der medizinisch-pharmazeutischen Produktion zutreffend.

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

---

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

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

[24] Kehrl an Conti, 20. 1. 1943, BAB, R 18/3675.

[25] Herbst, Krieg, S. 103.

[26] Vgl. ebenda, S. 111.

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

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

---

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

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

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

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

Medikamente und Sanitätsgerät bei den Zulieferern weggekauft hatten.[31] Durch Produktionssteigerungen konnte das gestörte Gleichgewicht zwischen Erzeugung und Bedarf wieder einigermaßen in Übereinstimmung zueinander gebracht und zudem eine Reserve von zwei bis sechs Monatsproduktionen der wichtigsten Arzneimittel und medizinischen Bedarfsgüter angelegt werden, auch wenn dies teilweise auf Kosten des zivilen Verbrauchs geschah.[32] Bislang hatten die meisten Betriebsleiter die negativen Folgen von Betriebsverlagerungen, insbesondere die Entfernung vom heimischen Facharbeiterpersonal, höher bewertet als die Gefahr luftkriegsbedingter Zerstörungen.[33] Die oftmals in der Nähe städtischer Ballungsräume angesiedelten pharmazeutischen Monopolbetriebe wurden nun teilweise aus luftkriegsgefährdeten Regionen verlagert und dezentralisiert, ebenso die Großhandelslager. Auch die von Conti schon lange geforderte Typisierung der Arzneimittelfabrikation machte jetzt Fortschritte, ebenso die Angleichung der zivilen Produktion an die Wehrmachtsfertigung. In mehreren Teilschritten wurde die Zahl der produzierten Arzneimittelvarianten von 37000 auf 1200 bei Kriegsende gesenkt.[34] Vor allem aber wirkte sich die starke Stellung des Generalkommissars im Herrschaftsgefüge des „Dritten Reiches" gegenüber den Ansprüchen anderer gesellschaftlicher Teilsysteme, die mit dem Gesundheitswesen um Ressourcen konkurrierten, für die Arzneimittelindustrie produktionserhaltend aus. Die meisten Arzneimittelhersteller waren im Gegensatz zu Rüstungsbetrieben nur unzureichend gegen Abzüge von Material und Personal gesichert und daher besonders von Einberufungen und Produktionsumschichtungen betroffen.[35] Unter Brandts Schirmherrschaft gelang es im Sommer 1944, die Arbeitskräfte wichtiger pharmazeutischer und medizintechnischer Betriebe in der „Sonderaktion Brandt" zusammenzufassen und vor erneuten Einberufungen zu schützen. Zuletzt standen mehr als 80000 Beschäftigte unter dem Schutz des Programms.[36] Seitens der pharmazeutischen Industrie wurde Brandts Wirken daher im nachhinein ausgesprochen positiv bewertet.[37] Zumindest in diesem Sektor war die Konzentration gesundheitspolitischer Handlungsfähigkeit in einer Zeit des zunehmend anarchischen Polyzentrismus sich wechselseitig befehdender Dienststellen und immer weniger koordinierter Einzelinitiativen mit einer Versachlichung der Entscheidungsprozesse und einem Gewinn an Effizienz verbunden.

---

[31] Protokoll der Besprechung zwischen Lammers, Keitel, Frick u.a. über Verwaltungsvereinfachungen zur Steigerung des Kriegseinsatzes am 5. 2. 1943, APK, 10323067.

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

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

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

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

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

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

2. Konflikte zwischen Wehrmacht und zivilem Gesundheitswesen

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

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

---

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

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

40 Tab. C.4

41 Tab. E.2.

42 Tab. C.3.

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

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

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

---

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

[45] Ebenda.

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

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

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

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

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

---

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

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

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

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

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

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

Die restriktive Haltung der Wehrmacht änderte sich – zögerlich – erst im Verlauf des Jahres 1942. Ein auf Drängen des Reichsgesundheitsführers zustandegekommenes „Stillhalteabkommen" vom Mai 1942 sah die Festschreibung des erreichten Status quo an eingezogenen Ärzten vor. Der Mehrbedarf der Wehrmacht sollte künftig nur noch durch die neu approbierten Medizinstudenten gedeckt werden.[54] Im Falle weiterer Einberufungen sagte die Wehrmacht zu, eine entsprechende Anzahl gedienter Ärzte an die zivilen Dienststellen zurückzugeben. Die Vereinbarung wurde Anfang 1943 dahin erweitert, daß die Leiter der Ärztekammern in Einzelfällen dringend benötigte Ärzte, insbesondere Frauen- und Kinderärzte, Betriebsärzte und Angehörige des öffentlichen Gesundheitsdienstes, gegen neu approbierte Ärzte austauschen konnten.[55] In der Praxis gebrauchte die Wehrmacht dieses Verfahren indes vielfach dazu, entweder diejenigen Ärzte auszuwechseln, die ohnehin mit einem Teil ihrer Arbeitskraft im Zivilbereich beschäftigt waren[56] oder ungeeignete und verbrauchte ältere Ärzte durch jüngere Zivilärzte zu ersetzen, so daß sich die Bedingungen im zivilen Bereich durch das Abkommen oft eher verschlechterten als verbesserten.[57] Erst als seit Herbst 1944 die Grenzen zwischen Front und Heimatkriegsgebiet zusehends unschärfer wurden, fanden nennenswerte Umverteilungen zugunsten des zivilen Sektors statt. Im Oktober 1944 gab die Wehrmacht ca. 1000 ältere Ärzte aus aufgelösten Einheiten an das zivile Gesundheitswesen ab.[58] Kurz zuvor waren ihre Sanitätsdienststellen im Reichsgebiet in die medizinische Versorgung der Zivilbevölkerung einbezogen worden, vor allem durch die Möglichkeit, ambulante Sprechstunden in den stadtnahen Lazaretten abzuhalten,[59] aber auch durch die Freistellung von heimatnah verwendeten Militärärzten zur Ausübung ihrer Kassenpraxis.[60]

---

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

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

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

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

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

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

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

3. Die Verfügbarkeit medizinischer Ressourcen

Ärzte

Trotz der Vertreibung jüdischer Mediziner zählte das Deutsche Reich Ende der dreißiger Jahre im Schnitt sieben Mediziner auf 10000 Einwohner und gehörte damit zu den europäischen Ländern mit der höchsten Ärztedichte. Diese vergleichsweise günstige Versorgungssituation veränderte sich mit der Entfesselung des Zweiten Weltkrieges spürbar. Bereits im Frühjahr 1940 führte Conti vor den Mitgliedern des Berliner NS-Ärztebundes Klage darüber, daß die ärztliche Versorgung der Zivilbevölkerung Schwierigkeiten bereite. Obwohl man sich intensiv um den Ausgleich kriegsbedingter Versorgungsdefizite bemüht habe, sei die Lage „nicht überall ideal".[61] Diese beschönigende Darstellung verweist auf eine entscheidende Rahmenbedingung nationalsozialistischer Gesundheitspolitik seit dem Herbst 1939: die zunehmende Verknappung ärztlicher Arbeitskraft, stationärer Behandlungskapazität und des Arzneimittelangebots im „Heimatkriegsgebiet". Sie bestimmten die gesundheitspolitische Praxis mindestens ebenso sehr wie der Verteilungsmodus und die Verteilungsrichtung medizinischer Ressourcen.

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

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

---

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

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

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

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

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

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

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

---

[65] So Nachtmann, Versorgung, S. 66.

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

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

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

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

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

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

Auf dem Land mehrten sich Fälle, in denen Gemeindeschwestern die Vorabdiagnose, z.T. auch die Erstbehandlung übernahmen, bevor man den Arzt hinzuzog, eine Praxis, die wegen der zumeist konfessionellen Bindung der Schwestern von der staatlichen Gesundheitsverwaltung mit erheblichem Mißtrauen beobachtet wurde.[72] Mit fortschreitender Kriegsdauer vergrößerte sich der Abstand zwischen Stadt und Land. Während die internen Berechnungen des RMdI Anfang 1943 von einer durchschnittlichen Arzt-Patienten-Relation von etwa 1:2500 ausgingen, mußten nicht wenige Parteigaue mit einem Verhältnis von 3000 bis 5000 Einwohnern auf einen Arzt auskommen.[73] In der Provinz Brandenburg, die zur Gruppe der weniger gut versorgten Regionen zählte, verschlechterte sich die Arzt-Patienten-Relation von 1:1512 im Jahr 1939 auf 1:3874 am Ende des Jahres 1943.[74] Auch wenn gelegentlich kolportierte Verhältniszahlen von bis zu 20000 Einwohnern pro Arzt im Reichsdurchschnitt wohl zu pessimistisch extrapoliert sind,[75] so existierten doch Landkreise, in denen ein Arzt mehr als 10000 Einwohner zu betreuen hatte.[76]

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

---

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

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

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

[75] So Grunberger, Reich, S. 240.

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

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

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

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

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

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

---

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

---

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

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

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

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

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

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

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

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

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

---

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

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

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

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

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

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

---

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

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

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

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

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

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

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

---

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

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

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

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

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

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

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

---

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

---

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

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

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

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

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

---

[119] Kater, Doctors, S. 89.

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

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

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

approbierten Jungärztinnen pro Semester der einzige Ausgleich für krankheits- und todesfallbedingte Ausfälle im zivilen Gesundheitswesen.[123] In Kombination mit dem seit 1936 steigenden Frauenanteil unter den Medizinstudenten bewirkte die Nachfrage der Streitkräfte nach medizinischen Experten eine beständige Feminisierung des Arztberufs. Sie war aus der Sicht des NS-Regimes höchst unerwünscht, da Ärztinnen in den Augen nationalsozialistischer Gesundheitsbürokraten als Mediziner „mit geminderter Leistungsfähigkeit"[124] galten, bei denen man Ausfälle durch Schwangerschaft und familiäre Pflichten zu gegenwärtigen hatte. Angesichts des herrschenden Ärztemangels geriet die auf ca. 2000 Personen geschätzte Gruppe der aus dem Beruf verdrängten Medizinerinnen gleichwohl zunehmend in den Blick der nationalsozialistischen Gesundheitsbehörden. Auch verheiratete Ärztinnen mit Kindern, die bislang von Notdienstverpflichtungen befreit waren, galten seit dem Frühjahr 1943 als „stille Reserve die jetzt mit einer gewissen Energie und Rücksichtslosigkeit angegriffen werden muß".[125] Bis zum Ende des Krieges erhöhte sich der Frauenanteil unter den in der zivilen Versorgung tätigen Medizinern von ca. acht Prozent (1939) auf rund 23 Prozent (1944).[126] Damit hatte sich der Anteil weiblicher Ärzte an der Gesamtzahl der praktizierenden Ärzte nahezu verdreifacht. Ähnlich ausgeprägt zeigt sich dieser Trend bei den jüngeren Ärzten. Das Verhältnis männlicher zu den weiblichen Berufsanfängern verringerte sich von fünf zu eins im Bestallungsjahr 1938/39 auf drei zu eins 1944/45.[127] In der preußischen Provinz Brandenburg war Anfang 1944 nahezu jeder zweite Arzt im Alter bis zu 30 Jahren eine Frau.[128]

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

---

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

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

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

126 Tab. C.1.

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

128 Tab. C.2.

129 Nachtmann, Versorgung, S. 67.

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

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

Arzneimittel

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

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

---

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

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

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

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

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

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

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

---

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

---

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

---

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

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

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

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

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

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

Krankenhäuser

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

---

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

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

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

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

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

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

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

---

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

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

162 Tab. C.3.

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

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

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

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

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

---

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

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

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

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

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

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

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

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

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

---

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

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

173 Tab. C.5.

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

175 Tab. C.3.

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

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

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

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

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

II. Der „Kampf gegen die Kriegsseuchen"

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

---

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

[2] Vgl. Tab. D.1.

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

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

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

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

1. Infektionskrankheiten des Kindesalters: Das Beispiel der Diphtherie

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

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

[6] Tab. D.1.

ernstes gesundheitspolitisches Problem. Für den ehemaligen Kinderarzt Conti stellten sie die unerfreulichste gesundheitliche Nebenfolge der Kriegsverhältnisse dar.[7]

Die Diphtherie war keine neue Krankheit. Im 19. Jahrhundert hatte sie zu den „großen Killern" des Kindesalters gezählt und erst seit der Entwicklung wirksamer Medikamente an der Wende zum 20. Jahrhundert allmählich ihren Schrecken verloren, ohne ganz aus dem Morbiditätspanorama zu treten. Ihre letzte große Epidemiewelle erreichte Deutschland von Skandinavien aus Ende der zwanziger Jahre. 1926 erkrankten in Deutschland noch weniger als fünf von 10000 Personen an Diphtherie. Bis 1938 vervierfachte sich die Zahl der Infektionen in mehreren Schüben auf ca. 20 Fälle pro 10000 der Bevölkerung. Das Gefährdungspotential dieser Krankheit war, obwohl sie sich in keiner Krankenstandsstatistik direkt niederschlug, beträchtlich, da sie nicht gleichmäßig verteilt, sondern in Form regionaler Epidemiezentren auftrat. Nach einem weiteren Zuwachs im vierten Kriegswinter übertraf die Zahl der Diphtherieerkrankungen mit rund 33 Fällen auf 10000 der Bevölkerung die Erkrankungsziffern des Ersten Weltkrieges deutlich.[8] Seither gehörte das nach dem Ende des Kaiserreiches kaum mehr gebrauchte Tracheotomiebesteck, mit dem im Fall einer lebensbedrohenden Rachenvereiterung der charakteristische Luftröhrenschnitt gesetzt werden konnte, wieder zum täglichen Handwerkszeug des praktischen Arztes.[9] Entscheidend dafür, daß die Diphtherie in den Kriegsjahren den gesundheitspolitischen Problemhorizont wesentlich mitbestimmte, war nicht nur ihre quantitative Zunahme von ca. 30000 (1926) über 150000 (1938) bis auf 300000 (1943) Erkrankungen pro Jahr,[10] sondern auch der Gestaltwandel, den die Krankheit durchlief. Galt sie vordem als ausgesprochene Kleinkinderkrankheit, entwickelte sich die Diphtherie seit den dreißiger Jahren immer mehr zu einer Krankheit von Schülern und jungen Erwachsenen.[11]

---

[7] Leonardo Conti, Propaganda und derzeitiger Stand der Volksgesundheit, 24. 3. 1941, S. 9, BAB, Film 14271.

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

[9] Pflanz, Wandlungen, S. 96.

[10] Unterabteilung Gesundheitssicherung, Luftterror und Seuchenverhütung, [Anfang 1945], S. 5, BAB, R 18/3686.

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

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

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

---

176; Gesundheitsamt Celle, Jahresgesundheitsbericht 1943, NdsHStA, Hann. 180 Lbg. III, XXXI/49–6.

12 H. Kleinschmidt, Kindergesundheit im Kriege, in: Gesundheitsführung 5 (1944), S. 131–134, 133 f.

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

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

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

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

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

---

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

17 Sütterlin/Klein, Seuchenbekämpfung, S. 331.

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

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

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

kann diese Entwicklung überraschen. Vor allem drei Gründe helfen, die zögerliche Haltung deutscher Mediziner zu verstehen: Erstens war die Wirkung solcher Schutzimpfungen umstritten. Vielen Ärzten standen noch die Versuche des Altmeisters der Diphtherietherapie, Emil von Behring, vor Augen, die die Gesundheit der Geimpften teilweise beeinträchtigt, jedoch keine dauerhafte Immunisierung bewirkt hatten.[21] Eine vom Reichsinnenministerium in Auftrag gegebene epidemiologische Auswertung der ersten flächendeckenden Reihenimpfung an rund 40000 Kindern im Landkreis Aachen im Winter 1933/34 war bei Kriegsbeginn noch nicht abgeschlossen, so daß ein Kieler Pädiater noch 1938 unwidersprochen davor warnen konnte, von der „allgemeinen Diphtherieschutzimpfung eine Beseitigung der Diphtherieerkrankung erwarten [zu] dürfen, wie wir das Verschwinden der Pocken durch die Kuhpockenimpfung erreicht haben!"[22] Zuvorderst seien daher nach wie vor die „bewährten Maßnahmen und Mittel: nämlich eine möglichst frühzeitige Diagnose, das Diphtherieheilserum und die heute etwas in Mißkredit geratenen sanitätspolizeilichen Maßnahmen" anzuwenden; erst in zweiter Linie kämen Schutzimpfungen in Betracht. Zweitens bestand in der Bevölkerung eine erhebliche Aversion gegen Reihenimpfungen, nachdem mehrere Impfversuche in den zwanziger Jahren von schweren, teilweise tödlichen Nebenfolgen begleitet gewesen waren.[23] Drittens, und wohl entscheidend, scheiterten flächendeckende Impfaktionen vielfach an der ungeklärten Kostenfrage. Die Finanzierung der Schutzimpfungen war zwischen den finanziellen Trägern der Gesundheitspolitik umstritten. Sowohl die Krankenkassen als auch die Kommunen zögerten, die dabei entstehenden Kosten zu übernehmen.[24] So wurden zwar in einigen besonders schwer von der Diphtherie betroffenen Kreisen West- und Mitteldeutschlands Reihenimpfungen durchgeführt (besonders seit das Reichsinnen-

---

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

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

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

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

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

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

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

---

[25] Runderlaß des Reichs- und Preußischen Ministeriums des Innern, betr. Richtlinien zur aktiven Diphtheriebekämpfung, 2. 10. 1937, RMBliV, S. 1638.

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

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

[28] Schaumberg, Diphtherie, S. 40; Vierteljahresbericht des Gauamtes für Volksgesundheit Schwaben IV/1942, StAA, NSDÄB Augsburg Land/2.

[29] F. von Bormann, Die Praxis der Diphtherieschutzimpfung, in: Medizinische Welt 16 (1942), S. 1204–1206, 1204.

derte Verteilungsspielräume als Rahmenbedingung der Gesundheitspolitik eine entscheidende Rolle. Da der wachsenden Ansteckungsgefahr infolge der Kriegsumstände nur mehr eingeschränkte Behandlungsmöglichkeiten gegenüberstanden und die überfüllten Krankenhäuser dringend einer Entlastung bedurften, erschienen Schutzimpfungen nun als geeignetes Mittel, die Ausbreitung der Krankheit zu verhindern, bevor sie die angespannten Ressourcen des deutschen Gesundheitswesens belastete.[30] Daß damit auch eine von der Diphtherie ausgehende Bedrohung der Wehrkraft abgewendet würde, war ein willkommenes, wenn auch nur vorgeschobenes Zusatzargument.[31]

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

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

---

[30] Sturm, Eine Großaktion der Diphtherieschutzimpfung im Regierungsbezirk Düsseldorf, in: ÖGD 8 A (1942), S. 169–175, 171, 175.

[31] Sebastian, Diphtheriebekämpfung im Krieg aufgrund der Erfahrungen mit der Diphtherieschutzimpfung, in: ÖGD 6 A (1940/41), S. 161–167, 166.

[32] Runderlaß des RMdI, 30. 6. 1939, RMBliV, S. 1387; Erlaß des Reichserziehungsministeriums, in: ÖGD 10 B (1942), S. 19.

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

[34] Dauer, Verlauf, S. 11; Sturm, Eine Großaktion der Diphtherieschutzimpfung im Regierungsbezirk Düsseldorf, in: ÖGD 8 A (1942), S. 169–175, 169.

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

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

---

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

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

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

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

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

Wirkungsgeschichtlich sind in bezug auf die Diphtherieschutzimpfungen eindeutigere Aussagen möglich als in vielen anderen Teilbereichen nationalsozialistischer Gesundheitspolitik. Auch wenn sie – im Reichsdurchschnitt betrachtet – die Zunahme der Diphtherieinzidenz nicht verhinderten, kann – dies zeigt die Mehrheit der lokalen und regionalen Befunde – an ihrer gesundheitsfördernden Wirkung kaum ein Zweifel bestehen. Zwei Beispiele mögen dies verdeutlichen: Im Regierungsbezirk Düsseldorf, in dem zwischen 1938 und 1941 mehr als 700000 Kinder und Jugendliche geimpft wurden, sank die Diphtheriemorbidität um mehr als die Hälfte von 41 auf 18 Erkrankungen je 10000 Einwohner. Ähnliche Zahlen liegen aus Berlin vor. Dort ging die Morbidität bei den geimpften Jahrgängen um 38 Prozent und die Letalität um rund 50 Prozent zurück.[42] Mit dem Fortschreiten

---

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

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

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

[42] Sturm, Eine Großaktion der Diphtherieschutzimpfung im Regierungsbezirk Düsseldorf,

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

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

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

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

[43] Tab. D.1.

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

[45] Vgl. Weindling, Epidemics, S. 352–363; Werther, Menschenversuche, S. 155–170.

schen Gesundheitswesens seit Kriegsbeginn eine herausgehobene Stellung einnahm.

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

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

---

[46] Otto, Fleckfieber, S. 404, 407; Schloßberger, Kriegsseuchen, S. 11.

[47] Heeressanitätsinspektion, Sanitätsbericht 1914/1918, Bd. 3, S. 113–115.

[48] In den Jahren 1936 bis 1940 dienten solche Lager vor allem zur Unterbringung von Bauarbeitern, die auf den Großbaustellen NS-Deutschlands beschäftigt waren, in den Jahren 1940/41 waren vor allem volksdeutsche Umsiedler in Lagern untergebracht. Hierzu gesellten sich seit 1943 in wachsendem Umfang Personen, die aus den luftkriegsbedrohten Städten evakuiert worden waren. In den letzten Monaten des „Dritten Reiches" zählten vor allem Flüchtlinge aus den besetzten Ostgebieten des Deutschen Reiches zu ihren Insassen.

[49] Weindling, Hintergründe, S. 129.

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

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

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

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

[51] Gärtner, Einrichtungen, S. 259.

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

[53] Zum Konzept der sozialen Konstruktion von Krankheit vgl. Dinges, Wege.

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

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

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

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

---

[56] So z. B. H. Eyer, Die durch Läuse übertragbaren Infektionskrankheiten und ihre Bekämpfung, in: Medizinische Welt 14 (1940), S. 261–264, 261.

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

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

[59] Glaevecke, Der gesundheitliche Aufbau im Generalgouvernement, in: DÄB 71 (1941), S. 42–44; Weindling, Hintergründe, S. 132.

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

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

---

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

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

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

[64] Leven, Fleckfieber, S. 148.

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

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

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

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

---

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

[67] Leven, Fleckfieber, S. 143.

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

[69] Leven, Fleckfieber, S. 143.

fleckfieberverdächtige Zivilbevölkerung voneinander zu separieren. Die Besatzungsverwaltungen gingen dabei zum Teil mit äußerster Brutalität gegen die einheimische Zivilbevölkerung vor. Um die Heeresangehörigen vor Ansteckungen zu schützen, konzentrierte man einheimische Kranke in sogenannten „Fleckfieberdörfern", wo sie ohne medizinische Betreuung sich selbst überlassen blieben. Nicht selten lieferte die Seuchengefahr den Vorwand zur Entvölkerung ganzer Landstriche. So trieben Einheiten der 9. Armee im Frühjahr 1944 mehr als 30000 arbeitsunfähige und kranke Zivilisten zwischen die feindlichen Linien, um eine seuchenfreie Zone hinter der Hauptkampflinie zu schaffen. Angeregt hatte diese Maßnahme der beratende Armeehygieniker Felix von Bormann, im Zivilberuf Leiter des Bremer Tropeninstituts. Das Resümee seines Berichts, in dem er betonte, daß die „Abschiebung der überflüssigen Esser und hygienisch schwer übersehbaren Elemente feind- oder banditenwärts [...] innerhalb der Armee zu einem Grundsatz"[70] erhoben wurde, weist darauf hin, daß diese seuchenpolizeilich motivierte Massenvertreibung kein Einzelfall war.

Noch radikaler gebärdete sich Ernst Deuschl, einst ein prominentes, nach dem Amtsantritt Contis jedoch entmachtetes Mitglied der Reichsärzteführung, der im Auftrag Himmlers Kriegsgefangenenlager im Baltikum inspizierte. Diese Lager, in denen ehemalige russische Soldaten seit dem Sommer 1941 zu Hunderttausenden unter erbärmlichsten hygienischen Bedingungen zusammengepfercht wurden, galten neben der Zivilbevölkerung als zweite hauptsächliche Infektionsquelle, denn über die Wachmannschaften, so nahm man an, würde das Fieber auf die kämpfende Truppe übertragen.[71] Deuschl schlug vor, die Hälfte der entkräfteten Lagerinsassen zu erschießen, um den Rest besser versorgen und später zur Zwangsarbeit verwenden zu können. Auf diese Weise würde auch die drohende Epidemiegefahr beseitigt. Der Tod von „500 bolschewistischen Bestien"[72] sei besser, als daß „ein deutscher Soldat, ja auch nur ein Este an einer Seuche stirbt".

Vorschläge dieser Art, die auf dem östlichen Kriegsschauplatz zumindest in Einzelfällen auch in die Praxis umgesetzt wurden,[73] sind über ihren unmittelbaren

---

[70] Von Bormann, Erfahrungsbericht des beratenden Hygienikers der 9. Armee, 31. 12. 1943-15. 5. 1944, BA-MA, RH 20/518.

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

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

[73] So sind aus dem Hinterland der 18. Armee und aus dem Generalgouvernement mehrere Fälle bekannt geworden, wo Fleckfieberkranke bzw. Fleckfieberverdächtige erschossen und diese Morde mit seuchenpolizeilichen Erwägungen gerechtfertigt wurden; Kudlien, Wehrmachtsärzte, S. 336; Dreßen/Rieß, Ausbeutung, S. 166, dort auch Hinweise auf weitere Fälle, die deutlich machen, daß die Bereitschaft zum Krankenmord wuchs, sobald die Patienten mehrere Stigmatisierungsfaktoren aufwiesen. In einem der dokumentierten Fälle handelte es sich um Insassen einer russischen Heil- und Pflegeanstalt, die mit Billigung der Wehrmacht durch ein Teilkommando der Einsatzgruppe A erschossen wurden, im anderen Fall um jüdische Zwangsarbeiter aus dem Lager Cholm, die von Angehörigen der Grenzpolizei exekutiert wurden. Dagegen wurde die von der Gesundheitsabteilung

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

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

---

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

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

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

76 Browning, Genozid, S. 325.

77 Vgl. Pohl, Judenverfolgung, S. 121 f.

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

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

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

---

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

79 Präg/Jacobmeyer, Diensttagebuch Frank, 26. 11. 1941, S. 447f., und 16. 12. 1941, S. 452f.

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

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

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

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

---

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

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

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

[86] Browning, Genozid, S. 317.

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

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

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

---

[87] Browning, Genozid, S. 321 f.; Pohl, Judenpolitik, S. 92–95.

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

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

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

---

[90] Vgl. Herbert, Europa, S. 12; zur Unterbringung vgl. Bauer, Agrarpolitik, S. 167.

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

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

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

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

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

---

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

[96] Zu den Hintergründen vgl. Herbert, Fremdarbeiter, S. 137–143.

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

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

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

Kriegswirtschaft keine Arbeitskräfte durch Quarantänemaßnahmen mehr verloren gingen.[100]

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

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

---

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

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

[102] Conti an die Parteikanzlei, 26. 1. 1942, BAB, R 18/3794.

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

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

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

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

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

---

105 Tab. D.3. Allerdings sind in der zivilen Statistik Infektionen von Zwangsarbeitern, die als Kriegsgefangene der Wehrmacht unterstanden, nicht enthalten. Conti veranschlagte deren Zahl in einem Rechenschaftsbericht an die Parteikanzlei auf ca. 15000 Fälle. Diese Angaben sind mit einer gewissen Vorsicht zu sehen, denn der Reichsgesundheitsführer versuchte, die Fleckfiebergefahr als besonders groß darzustellen, zudem sind der Bezugszeitraum und die territoriale Bezugsgrundlage seiner Daten nicht eindeutig; Conti an die Parteikanzlei, 26. 1. 1942, BAB, R 18/3794.

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

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

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

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

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

---

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

[110] Zimmermann, Richtlinien, S. 10; Cropp an die Reichsstatthalter u. a., 10. 1. 1942, ThüHStA, MdI, Abt. E/654-I; Anordnung des Hauptamtes für Volkswohlfahrt, Nr. V 15/42 vom 21. 8. 1942, ebenda.

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

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

[113] USSBS, Medical Branch Report: The Effect of Bombing on Health and Medical Care in Germany, 1945, S. 31; IfZ, MA 1566/5.

[114] Tab. D. 3 (berechnet für den Gebietsstand 1937).

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

---

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

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

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

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

[119] Zu den Lebensbedingungen in den Massenquartieren der Zwangsarbeiter vgl. Herbert, Fremdarbeiter, S. 201, 293 f., und Heusler, Ausländereinsatz, S. 243.

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

ken" für ausländische Zwangsarbeiter bewirkte letztendlich keine Verbesserung ihrer gesundheitlichen Betreuung, sondern festigte die zuvor schon etablierte Praxis der selektiven Zuteilung von Gesundheitsressourcen, indem sie die Gruppe der Infektionskranken, die bislang – wenn auch als Patientenkategorie minderen Rechts – in das allgemeine System der medizinischen Versorgung integriert war, dem notorisch unzureichenden System der Lagermedizin überwies. Im Lageralltag blieb die Fleckfieberprophylaxe mit entwürdigenden Körperkontrollen verbunden, die Beauftragte der Lagerleitung und Angestellte der Gesundheitsämter bei den Zwangsarbeitern durchführten.[121] Manche der auf deutscher Seite daran beteiligten Personen betrieben diese Aufgabe mit geradezu kulturmissionarischem Eifer. Vor allem „Ordnung und Sauberkeit im weitesten Sinne"[122] gelte es den Lagerinsassen zu vermitteln, der „Wille zur Sauberkeit" sei, „wo er bereits vorhanden ist, zu stärken, wo er noch nicht vorhanden ist, durch erzieherische Maßnahmen zu wecken".[123] Angesichts der zahlreichen hygienischen Mißstände in solchen Lagern muten Ansinnen dieser Art mehr als absonderlich an.

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

---

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

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

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

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

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

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

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

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

[127] Unterabteilung Gesundheitssicherung, Aktenvermerk betr. Fleckfieber in den Jahren 1941–1944 [1945], BAB, R 18/3646.

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

III. Gegen die „Flucht in die Krankheit": Gesundheitspolitik als Arbeitseinsatzpolitik

Mit der Rüstungskonjunktur veränderten sich die arbeitsmarktpolitischen Rahmenbedingungen der Gesundheitspolitik in der zweiten Hälfte der dreißiger Jahre grundlegend. Seit dem Übergang zur Vollbeschäftigung stand nicht mehr die Schaffung von Arbeitsplätzen im Vordergrund, sondern die Erschließung neuer Arbeitskraftressourcen für die expandierende Rüstungsindustrie. Der Medizin kam dabei die Aufgabe zu, „für eine vom gesundheitlichen Standpunkt aus möglichst restlose Ausnutzung der Arbeitskraft [...] Sorge"[1] zu tragen. Die gesundheitspolitischen Führungszirkel von Partei und Staat entwickelten etwa zeitgleich zwei miteinander konkurrierende Strategien, dieses Ziel mit den Mitteln des Gesundheitswesens zu realisieren.

Das Reichsarbeitsministerium und die ihm nachgeordneten Sozialversicherungsträger versuchten, das verfügbare Arbeitskraftpotential mit den vorhandenen Mitteln besser zu erschließen, ohne dabei die Struktur des Gesundheitswesens zu verändern. Bei diesem konservativen Reformkonzept sollten einerseits bereits bestehende kontrollmedizinische Einrichtungen bei den Sozialversicherungsträgern ausgebaut werden, zum anderen Änderungen des versicherungsrechtlichen Krankheitsbegriffs den Arbeitseinsatz Leichtkranker und Erwerbsgeminderter erleichtern. Um künftig auch „nicht mehr voll verwendungsfähige Arbeitskräfte"[2] im Betrieb einsetzen zu können, wurde die bislang in der Kranken- und Arbeitslosenversicherung maßgebliche Krankheitsdefinition, die im Interesse einer raschen Genesung strikt zwischen gesund/arbeitsfähig und krank/arbeitsunfähig bzw. ärztlicher Behandlung bedürftig unterschieden hatte,[3] zuerst in der versicherungsmedizinischen Diskussion und seit Kriegsbeginn auch in der gesundheitspolitischen Praxis durch das flexiblere Konzept der Arbeitseinsatzfähigkeit ersetzt. Dieser elastische Krankheitsbegriff wurde zuerst im Arbeitsvermittlungsrecht erprobt, bevor er 1941 in den Geltungsbereich der Krankenversicherung übernommen wurde.[4] Nun galt als gesund, „wer [...] so leistungsfähig ist,

---

1 So der Beauftragte des Reichsärzteführers beim Generalinspekteur für das deutsche Straßenwesen, Lotz, Der ärztliche Dienst bei den Westbefestigungsarbeiten, in: DÄB 68 (1938), S. 859.

2 H. Hebestreit, Gesundheitliche Betreuung der Betriebe und Gesundheitsführung des werktätigen Menschen, in: Monatshefte für NS-Sozialpolitik 4 (1937), S. 369, 372.

3 Vgl. Stier-Slomo, Reichsversicherungsordnung, S. 116f.; Gesetz über Arbeitsvermittlung und Arbeitslosigkeitsversicherung vom 16. 7. 1927, RGBl. I, S. 197ff., § 88.

4 Verordnung des Reichsarbeitsministeriums zur Verbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung, 20. 5. 1941, Reichsarbeitsblatt II, S. 197f. Die Verordnung ermöglichte Krankengeldgewährung auch über die 26. Woche hinaus, wenn vertrauensärztlich testierte Erwartung auf Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit bestand. Die Änderungen wurden mit dem ausdrücklichen Ziel der „Förderung des Arbeitseinsatzes" unternommen; P. Wittstamm, Vertrauensärztlicher Dienst und Arbeitseinsatz, in: Vertrauensarzt und Kran-

daß er die Anforderungen eines Arbeitsplatzes [...] erfüllen kann".[5] Diese abgestufte, arbeitsplatz- und tätigkeitsbezogene Definition erlaubte es, den Kranken möglichst lange in der Produktion zu halten, da Invaliden, Kranken und Genesenden nun bei Bedarf ein leichterer Ersatzarbeitsplatz zugewiesen werden konnte, wie sie vor allem in Großbetrieben eingerichtet wurden.

1. Der Ausbau des vertrauensärztlichen Dienstes

Seit der Überwindung der Weltwirtschaftskrise richtete sich das Hauptaugenmerk von Arbeitseinsatz- und Gesundheitsbehörden zunehmend auf die wiederansteigende Zahl erkrankter Arbeitnehmer.[6] Bereits seit längerem bestanden in einzelnen Zweigen der Sozialversicherung vertrauensärztliche Dienststellen, die seit Mitte der zwanziger Jahre erheblich ausgebaut worden waren. Sie sollten der ungerechtfertigten Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen vorbeugen und kamen zunächst vor allem bei Verrentungsverfahren zum Einsatz. Neben der Überprüfung ärztlicher Verordnungen gewann seit der Weltwirtschaftskrise die Kontrolle der Kranken im Aufgabenbereich der Vertrauensärzte an Gewicht. Ihre Beschäftigung hatte eine Notverordnung Brünings über Sparmaßnahmen in der Krankenversicherung bereits 1930 allen Kassen zur Pflicht gemacht.[7]

Im Frühjahr 1936 überführte das Reichsversicherungsamt die ursprünglich bei den Krankenkassen angesiedelten vertrauensärztlichen Dienste an die Landesversicherungsanstalten. Gleichzeitig wurde eine vertrauensärztliche Gemeinschaftsstelle der Landesversicherungsanstalten beim Reichsversicherungsamt eingerichtet, die das Vorgehen der Vertrauensärzte überregional koordinieren sollte. Mit Otto Walter ernannte der Arbeitsminister einen Altparteigenossen der NSDAP zu ihrem Leiter, der sich seit den zwanziger Jahren als Vertrauensarzt der Mülheimer und später der Berliner Ortskrankenkasse einen Namen gemacht hatte. Die Initiative des Reichsarbeitsministeriums reagierte auf die betriebsmedizinischen Initiativen der DAF. Ihnen sollte mit der Reform des vertrauensärztlichen Dienstes der Wind aus den Segeln genommen werden. In diesen Konfliktzusammenhang lassen sich auch die intensiven Versuche des Arbeitsministeriums einordnen, sein Vorgehen mit der Gesundheitsabteilung des Innenministeriums abzustimmen, die zu diesem Zeitpunkt den wichtigsten Widerpart des Parteigesundheitswesens bildete.[8]

---

kenkasse 10 (1942), S. 132–133. In der Praxis wurde diese lediglich auf die Krankengeldgewährung bezogene Änderung von zahlreichen Vertrauensärzten dahingehend ausgelegt, daß sie als Grundlage für die in der Reichsversicherungsordnung nicht vorgesehene Möglichkeit von teilweisen Krankschreibungen (mit Beschränkungen für bestimmte Tätigkeitsfelder) genutzt wurde.

5 G. Martineck, Der Begriff „arbeitseinsatzfähig" vom sozialmedizinischen Standpunkt, in: Reichsarbeitsblatt (1942) V, S. 423–426, 423.

6 Vgl. Tab. D.4; D.5.

7 Zur Vorgeschichte des vertrauensärztlichen Dienstes vgl. Knödler, Reform, S. 125; Hachtmann, Industriearbeit, S. 234.

8 Abteilung IV, Aktenvermerk über eine Besprechung zwischen Vertretern des Reichs- und

Durch die Überführung an die Landesversicherungsanstalten wurde der vertrauensärztliche Dienst de facto verstaatlicht. Seine neue Organisationsform fand daher weder die Zustimmung des Reichsärzteführers noch die der Krankenkassen. Wagner, der die Oberhoheit über die Vertrauensärzte für sich reklamierte, erklärte, „daß der vertrauensärztliche Dienst, so wie er heute geschaffen sei, nicht seinen Plänen entspreche", und kündigte an, den Dienst neu zu organisieren, sobald „mit Hilfe der Deutschen Ärzteschaft die gesamte deutsche Sozialversicherung umgebildet werden würde".[9] Die Kassen fürchteten, daß bei einem Neuzuschnitt des vertrauensärztlichen Dienstes in staatlicher Regie die wirtschaftlichen Interessen einzelner Kassen hinter übergeordnete gesundheitspolitische Erwägungen zurücktreten würden.[10] Auch das Reichsinnenministerium stand dem Vorhaben anfangs reserviert gegenüber, da es die neu eingerichteten Gesundheitsämter mit dem Begutachtungsmonopol für alle Zweige der Sozialversicherung ausstatten wollte.[11]

Um die Vertrauensärzte von dem üblen Odium des „Gesundschreibers" zu befreien, betonte eine neue Dienstanweisung gegenüber dem herkömmlichen, stark von wirtschaftlichen Aspekten bestimmten Aufgabenprofil auch die Bedeutung sozialmedizinischer Beratungsaufgaben im Rahmen der Sozialversicherung als gleichwertigen Aufgabenschwerpunkt neben dem Ziel der Krankenstandsminderung.[12] Trotz dieser Erweiterung des Aufgabenprofils spricht einiges dafür, daß das Reichsarbeitsministerium ursprünglich nur kosmetische Änderungen in der Krankenstandskontrolle plante. Es sei lediglich die Zusammenfassung der bislang verstreuten Einrichtungen zu einer einheitlichen Begutachtungsstelle im Dienst aller Zweige der Sozialversicherung bezweckt, ansonsten solle, so erklärte der zuständige Ministerialrat im Reichsarbeitsministerium, Maximilian Sauerborn, „möglichst alles beim alten bleiben".[13] Auch an Neueinstellungen in größerer Zahl wurde ursprünglich nicht gedacht. Von den 300 geplanten hauptamtlichen Vertrauensärzten sollten rund 250 aus bestehenden Dienststellen übergeleitet werden, für die restliche Arbeit hoffte man nebenamtliche Ärzte aus dem öffentlichen Gesundheitswesen zu gewinnen.[14]

Preußischen Ministeriums des Innern und des Reichsarbeitsministeriums am 25. 6. 1936, S. 1, 4f., BAB, R 18/3008.

[9] Wagner, Vortrag vor dem Schulungslehrgang für den vertrauensärztlichen Dienst in der Führerschule der Deutschen Ärzteschaft Alt-Rhese, 30. 8. 1937, BAB, R 89/5261, Bl. 301.

[10] Esser, Vortrag vor dem Schulungslehrgang für den vertrauensärztlichen Dienst in der Führerschule der Deutschen Ärzteschaft Alt-Rhese, 30. 8. 1937, BAB, R 89/5261, Bl. 297f.

[11] Niederschrift über die am 10. 6. 1936 im Reichs- und Preußischen Ministerium des Innern abgehaltene Besprechung über den vertrauensärztlichen Dienst in der Krankenversicherung, S. 2, BAB, R 18/3008.

[12] Dienstanweisung für den Vertrauensärztlichen Dienst, in: DÄB 68 (1938), S. 522.

[13] Protokoll einer Besprechung im Reichs- und Preußischen Ministerium des Innern über den vertrauensärztlichen Dienst in der Krankenversicherung am 10. 8. 1936, S. 3, BAB, R 18/3008.

[14] Abteilung IV, Aktenvermerk über eine Besprechung zwischen Vertretern des Reichs- und Preußischen Ministeriums des Innern und des Reichsarbeitsministeriums am 25. 6. 1936, S. 2, BAB, R 18/3008.

In den folgenden Jahren entfaltete die Entwicklung des vertrauensärztlichen Dienstes dennoch eine erhebliche Eigendynamik. Innerhalb eines Jahres nach der Reorganisation hatten sich die Aufwendungen von 1,3 auf 8,5 Millionen Reichsmark (1937) mehr als versechsfacht und sie stiegen weiter bis in den Krieg hinein.[15] Auch die Stellenpläne wurden jedes Jahr nach oben korrigiert. Aus den rund 300 hauptamtlichen Planstellen des Jahres 1936 waren ein Jahr später bereits 590 haupt- und 391 nebenamtliche Vertrauensärzte geworden, in den folgenden Jahren stieg dieser Ansatz (unter Einschluß Österreichs und des Sudetenlands) auf 939 haupt- und 426 nebenamtliche Ärzte im Jahr 1943.[16] Zusätzlich installierte das Reichsarbeitsministerium seit 1937 bei den Landesarbeitsämtern politisch besonders zuverlässige „Arbeitseinsatzärzte", deren Hauptaufgabe in der arbeitsmedizinischen Eignungsuntersuchung der zu Vermittelnden bestand.[17]

Vertrauensärzte waren staatlichen Vorgaben ungleich stärker verpflichtet als der Durchschnitt der Kassenpraktiker. Schon bald zeichnete sich ab, daß ihre Hauptaufgabe nicht in der sozialmedizinischen Beratung der Sozialversicherungsträger bestehen würde, sondern darin, der nationalsozialistischen Volkswirtschaft die Arbeitskraft der Patienten zu sichern. Vertreter der Industrie drängten angesichts steigender Krankenstände darauf, daß der „vertrauensärztliche Dienst hier in stärkerem Masse korrigierend eingreifen [müsse,] als es bisher der Fall ist".[18] Vor allem seit Kriegsbeginn war der „vertrauensärztliche Dienst [...] mit dem Arbeitseinsatz unauflösbar verbunden."[19] Er sollte „dem Versicherten gegenüber seinen Einfluß auf Hebung des Arbeitswillens geltend [...] machen"[20], was in der Praxis darauf hinauslief, möglichst viele Kranke in möglichst kurzer Zeit gesundzuschreiben.[21]

Während des Krieges wurde der Kompetenzbereich der Vertrauensärzte erheblich erweitert, während die Testatbefugnis der niedergelassenen Ärzte zugunsten staatlich alimentierter Mediziner beschnitten wurde. Durch das Verbot privatärztlicher Zeugnisse über die Arbeitsfähigkeit im Rahmen der Arbeitsvermittlung und Arbeitskräftelenkung vom 15. Dezember 1939 fiel deren Beurteilung künftig ausschließlich in den Aufgabenbereich des Vertrauensärztlichen Dienstes.[22] Im Juli 1940 dehnte eine Verordnung des Reichsarbeitsministeriums dessen ur-

---

[15] Hachtmann, Industriearbeit, S. 236. 1940 betrug der Etat des vertrauensärztlichen Dienstes 9,9 Millionen Reichsmark; Aufstellung der Gemeinschaftsstelle der Landesversicherungsanstalten, 10. 10. 1941, BAB R 89/5270.

[16] Jährliche Stärkemeldungen des vertrauensärztlichen Dienstes, BAB, R 89/5261; 5264; 5267; 5270; 5271; 5274.

[17] Karbe, Entstehung, S. 220; Bartels, Rundschreiben Vg. 83/38, 19. 12. 1938, an die Gauamtsleitungen und Verwaltungsstellen des Amtes für Volksgesundheit, BAB, NS 20/139–4; Ärztlicher Dienst bei der Reichsanstalt, in: Dienstblatt der Reichsanstalt für Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung, 1 (1938), S. 601 f.

[18] Reichsgruppe Industrie an das Reichsversicherungsamt, 21. 7. 1939, BAB, R 89/5266, Bl. 314.

[19] Brauer an Förster (LVA Sachsen), 13. 5. 1943, SächsHStA, Stahl- und Walzwerk Riesa/20.19.

[20] Dienstanweisung für den vertrauensärztlichen Dienst, in: DÄB 68 (1938), S. 522.

[21] Exemplarisch Behnken, Sopade-Berichte, September 1937, Bd. 4, S. 1330, 1332.

[22] Blome, Mitteilung, in: DÄB 70 (1940), S. 3.

sprünglich auf die Versicherten der Ortskrankenkassen beschränkten Kompetenzbereich auf die Mitglieder von Ersatzkassen aus.[23] Zudem weichte eine Anordnung Contis die ärztliche Schweigepflicht dadurch auf, daß sie die behandelnden Ärzte verpflichtete, den Arbeitseinsatzbehörden auch ohne vorherige Zustimmung des Patienten Einsicht in dessen medizinische Unterlagen zu ermöglichen.[24]

War eine Kontrolle arbeitsunfähig Erkrankter ursprünglich nur im Falle eines begründeten Betrugsverdachts vorgesehen, wurde sie nun für die Mehrzahl der Krankenversicherten zur Norm. Seit Oktober 1940 meldeten die Betriebsleitungen Neuerkrankte automatisch dem vertrauensärztlichen Dienst zur Kontrolluntersuchung.[25] Daraus ergaben sich Regelvorladungen, zunächst nach einer Krankheitsdauer von sieben bis vierzehn Tagen, je nach Schwere der Erkrankung.[26] Diese Frist wurde Anfang 1943 generell auf drei Tage verkürzt.[27] Auf diese Weise erhöhte sich die Vorladungsquote arbeitsunfähig Erkrankter von 60 Prozent im Jahr 1939 auf 87 Prozent 1943.[28] Einige Landesversicherungsanstalten gingen noch weiter: In Hessen mußten sich seit September 1942 alle von Kassenärzten Krankgeschriebenen dem Vertrauensarzt vorstellen.[29] Die krankenstandssenkende Wirkung des vertrauensärztlichen Dienstes beruhte vor allen Dingen auf dem Abschreckungseffekt solcher Kontrolluntersuchungen. Ein bis zwei Drittel der Kranken erschien wieder am Arbeitsplatz, nachdem sie eine Vorladung erhalten hatten,[30] freilich um den Preis, daß Patienten die Arbeit wiederaufnahmen, ohne gesundheitlich wiederhergestellt zu sein, und nicht selten bald darauf erneut und womöglich schwerer als zuvor erkrankten.[31]

Die Verschärfung der Krankenstandskontrolle richtete sich nicht nur gegen den Kranken, sondern auch gegen die ihn behandelnden Ärzte.[32] Betriebe, Arbeitsein-

---

[23] Höfler-Waag, Arbeits- und Leistungsmedizin, S. 135.

[24] Anordnung des Reichsgesundheitsführers 2/43 über die Mitwirkung der Gesundheitsberufe, Krankenhäuser usw. beim Einsatz von Männern und Frauen für Aufgaben der Reichsverteidigung, 29. 1. 1943, StAB, M 30/846.

[25] Meldung arbeitsunfähig Erkrankter, in: DÄB 70 (1940), S. 417.

[26] Richtlinien für die Auswahl und Vorladung der vertrauensärztlich nachzuuntersuchenden arbeitsunfähigen Kranken [1942], BAB, R 89/5273, Bl. 229.

[27] Erlaß des Reichsarbeitsministeriums, 16. 2. 1943, in: Die Deutsche Sozialpolitik 1945, H. 1, S. 13, zit. nach Werner, Bleib' übrig, S. 312.

[28] Gesamtstatistik über den vertrauensärztlichen Dienst, 17. 4. 1944, BAB, R 12-I/271.

[29] Schnabel, Maßnahmen zur Bekämpfung des überhöhten Krankenstandes, 7. 12. 1942, BAB, R 89/5273, Bl. 43–54; LVA Württemberg an Murr, 29. 8. 1944, BAB, R 89/5275, Bl. 187f.

[30] Die Werte schwanken zwischen der wohl zu optimistischen Schätzung von Otto Walter, der eine Arbeitsaufnahmequote von 60 Prozent angibt und der LVA Hannover, die von einem knappen Drittel Arbeitsaufnahmen ausgeht; ders., Bericht über die Besprechung über den Krankenstand besonders in der Rüstungsindustrie, über die Aufgaben des vertrauensärztlichen Dienstes und seine Maßnahmen zur Abhilfe am 18. 3. 1942, ZAhdS, 500/3/764, Bl. 356.

[31] Vertrauensärztliche Dienststelle der LVA Thüringen, Abteilung Weimar, an die LVA Thüringen, 15. 4. 1941, BAB, R 89/5268, Bl. 246.

[32] Für die in etwa parallel verlaufende Entwicklung im Bergbau vgl. Geyer, Reichsknappschaft, S. 340.

satzbehörden und der SD machten für die steigenden Krankenstände eine stillschweigende Allianz arbeitsunwilliger Arbeitnehmer mit ihren Hausärzten verantwortlich, die „Hemmungen zeigt[en], von sich aus, so wie es bei der außerordentlich angespannten Arbeitsmarktlage notwendig wäre, durchzugreifen".[33] Um der „Unsitte leichtfertigen Krankschreibens"[34] entgegenzutreten, übten die ärztlichen Standesorganisationen und auch einzelne Rüstungsbetriebe beträchtlichen Druck auf die niedergelassenen Ärzte aus.[35] Vor allem in den letzten beiden Kriegsjahren beließ man es nicht bei Appellen. Im Gau Westmark wurden die Vertrauensärzte angehalten, Kassenärzte, die ihre Krankschreibung nicht stichhaltig begründen konnten, sowohl der Ärztekammer als auch dem SD zu melden.[36] In Brandenburg beschwerte sich die Direktion eines großen Chemiebetriebes bei der örtlichen Gestapostelle über die angeblich zu laxe Testatpraxis der dortigen Mediziner und bat darum, die „Ärzteschaft anzuweisen [...] mit dem Krankschreiben weniger großzügig zu verfahren".[37]

Einige der für die gesundheitspolitische Praxis bedeutsamsten Änderungen betrafen die Tätigkeit der Vertrauensärzte in den Rüstungsbetrieben. Im September 1939 gestattete die Reichsgesundheitsführung hauptamtlichen Betriebsärzten, zunächst als Ausnahmeregelung, die nebenamtliche vertrauensärztliche Tätigkeit.[38] Knapp zwei Jahre später wurde diese Praxis gegen den heftigen Widerstand der Deutschen Arbeitsfront in Großbetrieben zum Regelfall.[39] Gleichzeitig hob man die ärztliche Schweigepflicht zwischen Betriebs- und Vertrauensärzten auf. Ursprünglich waren gleichzeitige betriebs- und vertrauensärztliche Tätigkeit unvereinbar miteinander, damit nicht behandelnde und kontrollierende Tätigkeiten in den Händen des gleichen Arztes lagen.[40] Der Sinn dieser Zusammenlegung war offensichtlich: „Die starke Verbundenheit, ja die Einheit mit dem Betrieb macht es [...] möglich, Simulanten und Drückeberger leichter zu erkennen und auf diese

---

[33] Betriebskrankenkasse der Mitteldeutschen Stahlwerke GmbH an die Landesstelle Sachsen des Reichsverbands der Betriebskrankenkassen, 30. 5. 1944, SächsHStA, Stahl- und Walzwerke Riesa/20.19. Zahlreiche Beispiele für das aus der Sicht des NS-Regimes zu leichtfertige Krankschreiben finden sich in ZAhdS, 500/3/764, z.B. SD-Hauptaußenstelle Karlsruhe an das Reichssicherheitshauptamt, Abteilung III B 3, 22. 3. 1944, Bl. 27; ebenso Lagebericht des SD-Leitabschnitts München, 31. 7. 1944, ZAhdS, 500/3/330, Bl. 23.

[34] SD-Leitabschnitt Breslau an das Reichssicherheitshauptamt, Abteilung III B 3, 17. 10. 1944, ZAhdS, 500/3/764, Bl. 20.

[35] Sonderrundschreiben des Gauamtes für Volksgesundheit Bayerische Ostmark, 4. 3. 1943, StAB, M 30/846.

[36] Hachtmann, Industriearbeit, S. 239.

[37] Direktion der Zellwolle und Zellulose AG Wittenberge an die Gestapo Potsdam, 4. 2. 1942, BrLHA, Br. Pr. Rep. 75, Kurmärkische Zellwolle und Zellulose AG, Bl. 317.

[38] Blome, Rundschreiben Vg. 74/39 an die Gauamtsleitungen und Verwaltungsstellen des Hauptamtes für Volksgesundheit, 7. 9. 1939, BAB, R 89/5266, Bl. 30.

[39] Erlaß des Reichsarbeitsministeriums IIa 14288/41, 17. 10. 1941, betr. Vertrauensärzte und Betriebsärzte, DÄB 72 (1942), S. 53; Reichsverband der Betriebskrankenkassen an das Reichsversicherungsamt, 15. 12. 1942, BAB, R 89/5273, Bl. 15.

[40] Neuorganisation des Betriebsärztewesens, in: Deutsche Bergwerkszeitung, Nr. 117, 22. 5. 1937, BAB, 62.03/4495, Bl. 38.

Weise Betrieb und Kasse, also die Betriebsgemeinschaft, vor Schaden zu bewahren."[41]

Die Ausdehnung der vertrauensärztlichen Kompetenzen vollzog sich keineswegs reibungslos. Daß sie dennoch ein solches Ausmaß erreichten, zeigt den großen arbeitspolitischen Stellenwert, der der Kontrollmedizin angesichts einer Zahl von monatlich 12 Millionen (1941) durch steigende Krankenstände ausgefallener Arbeitsstunden zukam.[42] Für den in seinen Ansichten über das Arzt-Patienten-Verhältnis oftmals traditionellen Reichsgesundheitsführer Conti galten Vertrauensärzte als „notwendiges"[43], gleichwohl unerfreuliches „Übel", deren Tätigkeit sich schädlich auf das Vertrauen der Bevölkerung zum Gesundheitswesen des „Dritten Reiches" auswirke. Vor allem aber stand die Deutsche Arbeitsfront, die durch Vertrauensärzte ihren Führungsanspruch im Betriebsgesundheitswesen gefährdet sah und die Krankenkontrollen lieber in eigener Regie durchgeführt hätte, der Institutionalisierung neuer Kontrollebenen unter dem Einfluß des Reichsarbeitsministeriums ablehnend gegenüber.[44] In ihrer Haltung mischten sich antikapitalistische Rhetorik und machttaktisches Kalkül zu einem Interessenkonglomerat, das auf den Ausbau des vertrauensärztlichen Dienstes stark retardierend wirkte. Noch im Dezember 1940, als die Fehlstände in der Industrie bereits ein rüstungswirtschaftliches Problem darstellten, verkündete der Leiter des DAF-Amtes Gesundheit und Volksschutz, Werner Bockhacker, vollmundig: „Die Arbeitsfront würde nicht ruhen und rasten und dafür kämpfen, bis der vertrauensärztliche Dienst verschwunden wäre."[45] Erst angesichts steigender Krankenstände im Winter 1941/42 verlief die Zusammenarbeit zwischen dem vertrauensärztlichen Dienst und den Gauwaltungen der Deutschen Arbeitsfront reibungsloser.[46]

Nicht nur die machtpolitische Konkurrenz verhinderte den Ausbau des vertrauensärztlichen Dienstes. Daß seine Wirkung letzthin begrenzt blieb, lag auch an seiner im Vergleich zu den Zielvorgaben dürftigen Personalausstattung. Da der Posten eines Vertrauensarztes bei einer Landesversicherungsanstalt für erfahrene Ärzte finanziell wenig attraktiv war und eine Vereinbarung zwischen dem Innen- und dem Arbeitsministerium die Abwerbung von Amtsärzten untersagt hatte, erreichte der Personalbestand der vertrauensärztlichen Dienststellen vor dem Krieg nie sein angestrebtes Soll.[47] Bis zum September 1939 konnten nur 691 der geplan-

---

[41] Das Volkswagenwerk und wir, Mai/Juni 1942, S. 18, zit. nach Siegfried, Leben, S. 226.

[42] Bis 1942 erhöhte sich dieser Wert auf 22 Millionen verlorener Arbeitsstunden pro Monat; Gemeinschaftsstelle der Landesversicherungsanstalten, Übersicht über den Krankenstand in den Jahren 1941–1942; Ausfall an Arbeitsstunden infolge Erhöhung des Krankenstandes, 17. 2. 1942, ZAhdS, 500/3/764. Der Berechnung liegt eine Auswertung für den Monat Januar zugrunde.

[43] Bericht des Landesvertrauensarztes der LVA Westfalen an das Reichsversicherungsamt über eine Rede Contis auf der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin, 23. 5. 1940, BAB, R 89/5267, Bl. 188.

[44] Vgl. Geyer, Ruhrknappschaft, S. 342.

[45] Schreiben der Gemeinschaftsstelle der Landesversicherungsanstalten an den Reichsarbeitsminister, 30. 12. 1940, BAB, R 89/5268, Bl. 117f.

[46] Rundschreiben des Reichsversicherungsamts an die Leiter der Landesversicherungsanstalten, 18. 1. 1941, BAB, R 89/5270.

[47] Von den hauptamtlichen Vertrauensärzten wurden eine fünfjährige Erfahrung in der Kas-

ten 882 hauptamtlichen Stellen besetzt werden. Von diesen Ärzten wurden bei Kriegsbeginn knapp 40 Prozent eingezogen, während die Zahl der Nachuntersuchungen von sieben Millionen (1939) auf 10,5 Millionen (1941) zunahm.[48] In einigen besonders dicht besiedelten Industrieregionen wie Baden und Sachsen-Anhalt griffen die Wehrersatzinspektionen auf bis zu 70 Prozent der Vertrauensärzte zu. Steigende Krankenstände waren oftmals die direkte Folge.[49] Zudem fanden Patienten im Verlauf des Krieges Wege, sich der Kontrolle des Vertrauensarztes zu entziehen. 1944 resultierte ein erheblicher Teil des Krankenstands, in einigen Betrieben mehr als die Hälfte, aus kurzen Erkrankungen, bei denen sich Belegschaftsmitglieder die Tatsache zunutze machten, daß erst ab dem dritten Fehltag ein ärztliches Attest beigebracht werden mußte.[50] Gerade in der durch Kaufkraftüberschüsse geprägten zweiten Kriegshälfte verzichteten findige Kassenpatienten auf die ihnen zustehenden Lohnersatzleistungen und ließen sich von ihren Hausärzten privat behandeln, um so der Meldung der Krankenkasse an den vertrauensärztlichen Dienst zu entgehen.[51]

Die angestrebte flächendeckende Nachkontrolle der Krankschreibungen ließ sich auf diese Weise kaum realisieren, vielmehr steht zu vermuten, daß sich die Tätigkeit des vertrauensärztlichen Dienstes während des Krieges vor allem auf die Versicherten größerer, besonders kriegswichtiger Betriebe konzentrierte. Das Unvermögen einer engmaschigen Krankenstandskontrolle sollte dadurch überspielt werden, daß seit dem Frühjahr 1940 vertrauensärztliche Einsatzgruppen Betriebe, deren Krankenstände deutlich über dem Durchschnitt lagen, durchmusterten. Darüber hinaus sollten in allen AOK-Bezirken mit überhöhten Krankenständen Vertrauensärzte durch die Landesversicherungsanstalten überregional zusammengezogen werden, um die Krankmeldungen flächendeckend zu kontrollie-

---

senpraxis sowie gute Kenntnisse in diagnostischen Verfahren, insbesondere der Röntgentechnik, erwartet. Zu den Schwierigkeiten, geeignetes Personal zu gewinnen, vgl. das Rundschreiben des Reichsversicherungsamtes an die Leiter der Landesversicherungsanstalten, 19. 2. 1938, BAB, R 89/5261, Bl. 17.

[48] Übersicht über den Vomhundertsatz der zum Heeresdienst und zu anderen Zwecken einberufenen hauptamtlichen Vertrauensärzte (einschl. Landes- und Obervertrauensärzte) im Verhältnis zum Ist-Bestand, BAB, R 89/5270, Bl. 68; Walter, Bericht über die Besprechung über den Krankenstand besonders in der Rüstungsindustrie, über die Aufgaben des vertrauensärztlichen Dienstes und seine Maßnahmen zur Abhilfe am 18. 3. 1942, ZAhdS, 500/3/764, Bl. 356.

[49] Ebenda, Bl. 353f. In mehreren Krankenkassen des Ruhrgebiets schnellte der Krankenstand der Versicherten nach Einziehung des Vertrauensarztes um bis zu 60 Prozent in die Höhe.

[50] Lagebericht des SD-Leitabschnitts München, 31. 7. 1944, ZAhdS, 500/3/330, Bl. 19. Ein beträchtlicher Teil dieser als „Fehlstände" in den SD-Statistiken separat ausgewiesenen Abwesenheitszeiten dürfte auf die Notwendigkeit, auch während der Arbeitszeit Angelegenheiten des täglichen Bedarfs zu regeln, zurückzuführen und damit nicht gesundheitsbedingt gewesen sein. Dort, wo Betriebe ihren Belegschaftsmitgliedern die Bewältigung der täglichen Lebensführung erleichterten, etwa indem sie mit den Bezugsscheinstellen Sondertermine für berufstätige Frauen vereinbarten, waren die Fehlstände deutlich geringer.

[51] Reichsverband der Betriebskrankenkassen an das Reichsversicherungsamt, 7. 2. 1944, BAB, R 89/5275, Bl. 83.

ren.[52] Ein solches Vorgehen scheiterte jedoch vielfach an der Weigerung der Landesversicherungsanstalten, Ärzte außerhalb ihres Zuständigkeitsgebietes einzusetzen.[53] Auch war der Erfolg der durchgeführten „Stoßtruppaktionen" eher mäßig: Zwar reduzierte der Auftritt vertrauensärztlicher Musterungskommissionen die lokalen Krankenstände deutlich. Deren Senkung gelang jedoch nur kurzfristig, und die dort eingesetzten Ärzte fehlten an anderen Stellen. Dauerhaft dagegen blieb die Verstimmung der Bevölkerung, die der in ihren Augen wohl unbeliebtesten Ärztegruppe des nationalsozialistischen Gesundheitswesens mit unverhohlener Ablehnung und zum Teil auch mit offener Aggression begegnete.[54] Daß die Einsparpotentiale solcher Untersuchungen eher gering ausfielen, zeigt das Ergebnis einer im Mai 1942 durchgeführten Kontrolle bei Versicherten der Düsseldorfer Mannesmann-Betriebskrankenkasse: Nur ein Kranker konnte sofort, weitere drei in ein bis zwei Tagen gesundgeschrieben werden. 37 von 57 Unterstützten blieben dauerhaft arbeitsunfähig. „Diese Zahlen bestätigen", so ein Mitglied der Kassenleitung resignierend, „daß dem hohen Krankenstand auch mit den äußersten Mitteln nicht beizukommen ist".[55]

Seit dem Sommer 1942 häuften sich die Klagen über die mangelnde Kontrolleffizienz des vertrauensärztlichen Dienstes. Der SD empfahl dem Reichsgesundheitsführer die Einrichtung eines „fliegenden vertrauensärztlichen Dienst[es]"[56], und auch das Ministerium für Rüstung und Kriegsproduktion drängte auf eine Intensivierung der Kontrolluntersuchungen.[57] Ähnlich wie in vielen anderen Bereichen des Gesundheitssystems, in denen die herkömmlichen Akteure zunehmend an Bedeutung verloren, fand ein neuerlicher Versuch, die Effektivität der Krankenstandskontrolle zu erhöhen, unter der Schirmherrschaft Karl Brandts statt. Um die vorhandenen Kapazitäten auf die wichtigsten Rüstungsbetriebe zu kon-

---

[52] Gemeinschaftsstelle der Landesversicherungsanstalten im Reichsversicherungsamt an das Reichsarbeitsministerium/Abteilung IIa, BAB, R 89/5266, Bl. 255f.

[53] Bis März 1942 wurden solche Großaktionen in den Städten Berlin, Bremen, Frankfurt, Mannheim, München, Nürnberg, Schweinfurt und Stuttgart durchgeführt; Walter, Bericht über die Besprechung über den Krankenstand besonders in der Rüstungsindustrie, über die Aufgaben des vertrauensärztlichen Dienstes und seine Maßnahmen zur Abhilfe am 18. 3. 1942, ZAhdS, 500/3/764, Bl. 357.

[54] Aktenvermerk der vertrauensärztlichen Dienststelle Köln, 4. 7. 1944, betr. Beleidigungsklage Frl. Dr. Wilbert gegen Müller, BAB, R 89/5275, Bl. 211.

[55] Betriebskrankenkasse der Phoenix-AG, Protokoll der Beiratssitzung vom 22. 5. 1942, AMAN, R.2.10.63.

[56] Reichssicherheitshauptamt, Abteilung D 5, an die Abteilung III B, 12. 9. 1942, ZAhdS, 500/3/764, Bl. 346. Der Plan hierzu ging offenbar vom Sonderbeauftragten für den vertrauensärztlichen Dienst Otto Walter aus. Er hatte auf einer Tagung, an der Vertreter der Krankenversicherungen, der NSDAP und der Wehrmacht teilnahmen, das Heer aufgefordert, 25 gute Vertrauensärzte freizustellen und sie unter seiner Leitung dort einzusetzen, „wo der Krankenstand und der Fehlstand in den Betrieben zu grossen Besorgnissen Anlaß gibt, und wo die Lieferung wehrwichtigen Materials zu leiden droht"; Walter, Bericht über die Besprechung über den Krankenstand besonders in der Rüstungsindustrie, über die Aufgaben des vertrauensärztlichen Dienstes und seine Maßnahmen zur Abhilfe am 18. 3. 1942, ZAhdS, 500/3/764, Bl. 359.

[57] Zur Initiative Speers vgl. das Kriegstagebuch der Brandt-Behörde, Januar 1943, BAK, Kl. Erw. 512/2, Bl. 187.

zentrieren, stattete Hitlers Generalkommissar im Februar 1943 den Frankfurter Internisten Gutermuth mit weitreichenden Vollmachten aus, um in allen kriegswichtigen Betrieben Überprüfungen des Krankenstandes vorzunehmen.[58] Im Rahmen dieses Auftrages konnte er über die Einrichtungen des vertrauensärztlichen Dienstes verfügen, unterstand hierbei aber weder Conti noch dem Reichsarbeitsministerium, sondern ausschließlich dem Generalkommissar für das Sanitäts- und Gesundheitswesen, Brandt.[59] Wo immer der Fehlstand eines Betriebes 3,8 Prozent überstieg, sollten vertrauensärztliche Einsatzgruppen unter der Leitung Gutermuths „ohne Rücksicht auf sonst bestehendes Recht"[60] Maßnahmen dagegen ergreifen. Gutermuths Auftrag diene nur dem „einen Zweck, den glatten Ablauf der Rüstung zu sichern".

Wilhelm Gutermuth, ein junger, von seinen Kollegen als „rigoros und gewalttätig"[61] beschriebener Arzt, war in Sachen Krankenstandskontrolle kein unbeschriebenes Blatt. Der von der SS protegierte Arzt hatte sich bereits als energisch gegen Fehlstände vorgehender Vertrauensarzt in Frankfurt einen Namen gemacht. Das unter seinem Namen als Gutermuth-Aktion bekanntgewordene Programm vertrauensärztlicher Kontrollen verdient aus drei Gründen besondere Beachtung. Zuvorderst macht die bis dahin unerreichte Unbarmherzigkeit in der Gesundschreibungspraxis den rapide gesunkenen Stellenwert des Rationalitätskriteriums Gesundheit gegenüber dem des Arbeitseinsatzes deutlich. Zweitens verweist sie auf die zunehmend verengten Handlungsspielräume eines Regimes, das die ihm zur Verfügung stehenden Ressourcen längst bis zur Neige ausgeschöpft hatte. Drittens schließlich markiert die Gutermuth-Aktion eine weitere Eskalationsstufe im gesundheitspolitischen Kompetenzkonflikt zwischen Conti, Brandt und Ley.

Als sowohl die KVD als auch das Reichsarbeitsministerium, in dessen Kompetenzbereich Gutermuth einbrach, Brandts Sonderbeauftragten ablehnten, drohte er an, „jegliche etwaige Widerstände von Seiten der KVD, der LVA, des Arbeitsamts oder anderer einschlägiger Stellen [...] rücksichtslos zu beseitigen"[62], installierte an den bestehenden Zuständigkeiten von RMdI, RAM und DAF vorbei einen eigenen Dienstweg, der von den Landesvertrauensärzten über seinen Schreibtisch direkt zum Stab des Generalkommissars führte, und verbot den Landesvertrauensärzten die Weitergabe von Informationen an ihre vorgesetzten Behör-

---

[58] Gutermuth, Rundschreiben an die Landesvertrauensärzte, 20. 3. 1943, BAB, R 89/5273, Bl. 304 f.; Rundschreiben des Reichsversicherungsamtes an die Leiter der Landesversicherungsanstalten, 18. 2. 1943, BAB, R 89/5273, Bl. 106. Zusätzlich zur Gutermuth-Aktion wurden 1944 ähnliche Schwerpunktprogramme zur Bekämpfung der Krankenstände in der Panzer- und in der Jägerfertigung eingerichtet.

[59] Nach einem Aktenvermerk des Reichsversicherungsamtes über eine Besprechung mit Ministerialrat Sauerborn am 6. 5. 1943 hatte Gutermuth von Brandt „einen weitestgehenden Auftrag zur Kontrolle des Krankenstandes der Rüstungsbetriebe, hinter dem der Führer selbst steht" erhalten. Im Rahmen dieses Auftrages sei er nur Brandt, nicht aber Conti und dem Reichsarbeitsministerium berichtspflichtig; BAB, R 89/5274, Bl. 76.

[60] Ebenda.

[61] Vernehmung Leo Endres, 25. 11. 1946, S. 7, BAK, All. Proz. 2, FC 6075 P.

[62] Fleischmann an Endres 15. 3. 1943, Bericht über eine Tagung der an der Gutermuth-Aktion beteiligten Ärzte, BAB, R 89/5273, Bl. 295.

den.[63] Im Ergebnis führte dies zu einer selbst für die an undurchsichtigen Befehlsstrukturen nicht gerade armen Verhältnisse des NS-Gesundheitswesens kaum noch zu überbietenden Verwirrung der Kompetenzverhältnisse, zumal Gutermuths Regionalbeauftragte ihre Untersuchungen durchführten, ohne dabei Fühlung mit den örtlichen Verantwortlichen des Gesundheitswesens aufzunehmen. Der praktische Nutzen solcher Untersuchungen, beschwerte sich der badische Gauleiter Robert Wagner bei der Parteikanzlei, sei verschwindend gering, die „zahlreiche[n] Unzuträglichkeiten [...] und [...] Nachteile", die sie mit sich brächten, dagegen nach dem übereinstimmenden Urteil aller mit Gesundheitsangelegenheiten befaßten Dienststellen von Staat und Partei derartig groß, „dass ihre beschleunigte Rückgängigmachung aus mehrfachen Gründen dringend angezeigt erscheint".[64] Wagners Beschwerde waren Klagen der am Überprüfungsverfahren beteiligten Ärzte vorausgegangen, da das Vorgehen von Gutermuths Regionalbeauftragten erhebliche Störungen des Behandlungs- und Nachkontrollgeschehens verursacht hatte.

Auch wenn man die besonderen Umstände des Krieges berücksichtigt, stellten die Überprüfungen der Gutermuth-Ärzte ein Zerrbild traditioneller Maßstäbe arbeitsmedizinischer Diagnostik dar. Für die beteiligten Ärzte bestand ein Soll von 45 Untersuchungen in sieben Stunden.[65] Das entsprach einer durchschnittlichen Untersuchungsdauer von etwa neun Minuten. Ärzten, die dieses Soll überboten, wurden pro zusätzlicher Untersuchung zwei Reichsmark vergütet. „Die Praxis hat ergeben", so ein Beamter des Reichsarbeitsministeriums, „daß es Dr. Gutermuth auf diese Weise gelungen ist, die Arbeitskraft und den Arbeitseifer der Ärzte außerordentlich anzuregen".[66] Einzelne Ärzte brachten es auf diese Weise bis auf 150 Untersuchungen täglich. Der rüstungswirtschaftliche „Erfolg" dieser Maßnahme war unübersehbar: Bis Mai 1943 hatte die Aktion „schon etwa 200000 Arbeitskräfte für die kriegswichtigen Arbeiten wiedergewonnen".[67]

Den Preis dieser Politik zahlten die Arbeitnehmer, denn die Senkung der Krankenstände ließ sich nur durch die Unterordnung des für das ärztliche Handeln konstitutiven Nicht-Schaden-Prinzips unter den Primat der Rüstungswirtschaft erreichen. Bereits Ende der dreißiger Jahre hatten Vertrauensärzte Kranke zunehmend „wegen des großen Arbeitermangels und des zwingenden Bedarfs der Betriebe"[68] gesundgeschrieben, „wenn es auch in jedem Falle mit einem großen Risiko" für den Kranken verbunden war. Die Testatpraxis der an der Gutermuth-Aktion beteiligten Vertrauensärzte nahm gesundheitliche Langzeitschäden von vornherein in Kauf, um kurzfristig die schnellstmögliche Wiedereingliederung in

---

[63] Vgl. das Schreiben des Leiters der Gemeinschaftsstelle der Landesversicherungsanstalten an den Präsidenten des Reichsversicherungsamtes, 6. 7. 1944, BAB, R 89/5275, Bl. 139f.

[64] Robert Wagner an Bormann, 7. 2. 1944, ZAhdS, 500/3/330, Bl. 39.

[65] Gutermuth, Rundschreiben an die Landesvertrauensärzte, 20. 3. 1943, BAB, R 89/5273, Bl. 304f.

[66] Reichsarbeitsministerium an Conti, 27. 9. 1943, BAB, R 18/3809.

[67] Protokoll einer Besprechung im Reichsarbeitsministerium zu Fragen des vertrauensärztlichen Dienstes am 6. 5. 1943, BAB, R 89/5274, Bl. 76f.

[68] Tätigkeitsbericht der ärztlichen Dienststelle der Gutehoffnungshütte, 1. 3.–1. 7. 1939, zit. nach Hachtmann, Industriearbeit, S. 239.

den Arbeitsprozeß sicherzustellen. Magengeschwüre waren für Gutermuths Ärzte ebensowenig ein Grund zur Arbeitsunfähigkeit wie ein elektrokardiographisch festgestellter Herzschaden. Auch rheumatische Erkrankungen, die besonders im Bergbau und in der Schwerindustrie einen Hauptteil des Krankheitsaufkommens ausmachten, bei den Vertrauensärzten jedoch wegen ihrer schwierigen Diagnostizierbarkeit Simulationsverdacht erweckten, lehnte Gutermuth als Arbeitsunfähigkeitsgründe entschieden ab.[69] Daß die Aktion im Laufe des Jahres 1944 wieder eingestellt wurde, hat mehrere Ursachen: Zum einen funktionierte das Vorladungssystem aufgrund der langen Postlaufzeiten im Bombenkrieg nicht mehr, zum anderen verweigerten niedergelassene Ärzte die Zusammenarbeit mit dem vertrauensärztlichen Dienst, da inzwischen die horrenden Extrahonorare ruchbar geworden waren.[70] Schließlich spielte auch die sich zuspitzende Rivalität zwischen Brandt und Bormann eine Rolle.[71]

Der Abbruch der Gutermuth-Aktion bedeutete freilich nicht das Ende der vertrauensärztlichen Untersuchungen. Montanbetriebe wie die Penzberger Oberkohle AG gingen im Laufe des Jahres 1944 dazu über, Kontrolluntersuchungen bei häufig Kranken gleich mit Beginn der Krankmeldung einzuleiten.[72] An die Stelle der großflächigen Überwachung trat vielerorts die Kontrolle des einzelnen auf Betriebsebene durch Krankenbücher, Fehlstandslisten und individuelle Arbeitsspiegel.[73] Auf diese Weise sollten besonders häufig Kranke erfaßt und dem vertrauensärztlichen Dienst zugeführt werden. Ein Leitfaden für „Arbeitseinsatzingenieure" berichtet von der Praxis, den Besuch bei niedergelassenen Ärzten generell von der Vorlage eines Gutachtens der Betriebsführung über die Arbeitswilligkeit des Kranken abhängig zu machen.[74]

Nachdem sich medizinische Lösungsversuche als wirkungslos erwiesen hatten, suchte das Regime nach neuen Wegen aus der Krankenstandskrise. Bis zum Ende der Gutermuth-Aktion hatte man die Krankenstände immer auch unter dem gesundheitlichen Aspekt diskutiert und Ärzte maßgeblich an der Feststellung und Bekämpfung des Fehlstands beteiligt. Seit 1944 trat der gesundheitliche Aspekt vollkommen hinter die rüstungswirtschaftlichen Erfordernisse zurück. In zahlrei-

---

[69] LVA Schwaben an die Bezirksstellen der KVD, 4. 3. 1943, BAB, R 89/5273, Bl. 299f. Daß ein solches Verhalten auch außerhalb der Gutermuth-Ärzte Zustimmung fand, zeigt ein in militärischer Diktion gehaltener Beitrag des Landesvertrauensarztes O. Nitzsche, Kriegswichtiges in der ärztlichen Praxis, in: DÄB 74 (1944), S. 169–171, in dem der Autor die Ansicht vertrat, daß es „im Hinblick auf die Opfer an der Front" in Kauf genommen werden müsse, „daß der eine oder andere Volksgenosse durch die Arbeit daheim gesundheitlichen Schaden erleidet oder seine Arbeitskraft früher erschöpft".

[70] Einzelne Vertrauensärzte erzielten durch ihre Mitwirkung an der Gutermuth-Aktion Einkünfte, die dem Eineinhalbfachen ihres Jahreseinkommens entsprachen; Kolbow an das Reichsversicherungsamt, 14. 4. 1943, BAB, R 89/5274, Bl. 134.

[71] Bormann an Lammers, 19. 2. 1944, BAB, R 43-II/719, Bl. 109–112.

[72] Wirtschaftsgruppe Bergbau/Bezirksgruppe Süddeutschland, Rundschreiben, 15. 1. 1944, StAM, Oberkohle/1345; Oberkohle-AG, Aktenvermerk betr. Krankenstand, 24. 4. 1943, ebenda.

[73] Oberkohle AG, Bekämpfung des unberechtigten Krankfeierns im Kriege, 26. 1. 1944, StAM, Oberkohle/1345.

[74] Hempel, Arbeitseinsatzingenieur, S. 18f.

chen Rüstungsbetrieben übernahmen medizinisch nicht vorgebildete „Arbeitseinsatzingenieure" des Ministeriums Speer anstelle der Ärzte die Kontrolle des Krankenstands. Vor allem in den letzten Kriegsmonaten wurde das Kranksein zunehmend kriminalisiert. Vergleichsweise harmlos muten noch die Versuche der Betriebe an, des Krankfeierns Verdächtige sozial zu ächten und die Arbeitskollegen in deren Kontrolle einzubeziehen. Nicht selten hingen Unternehmen Listen individueller Fehlzeiten öffentlich aus oder forderten die Arbeitskollegen unverhohlen zu „Besuchen" bei den Erkrankten auf.[75] Gleichwohl zeigten solche Praktiken kaum Erfolg. Auch Betriebsappelle, mit denen sich die DAF an die Belegschaft wandte, erwiesen sich „als völlig zwecklos [...] weil die Arbeitskräfte für derartige Beeinflussungen heute in keiner Weise mehr zugänglich sind".[76] Daher traten immer häufiger Strafen, wie die Versetzung an einen unangenehmeren Arbeitsplatz, die Kürzung von Lebensmittelzulagen und Raucherkarten oder die Nacharbeit versäumter Arbeitstage an die Stelle medizinischer Behandlung.[77] Der Generalinspekteur der Luftwaffe, Generalfeldmarschall Milch, empfahl gar, eine „Liste der Bummelanten Himmler zu treuen Händen [zu] geben".[78] Solche Maßnahmen markieren die Folgen eines grundlegenden gesundheitspolitischen Funktionswandels: Wo individuelle Gesundheit kein Wert an sich, sondern eine von rüstungswirtschaftlichen Rationalitätskriterien abhängige Größe war, so daß nur mehr ihre „Nebenwirkung" - Produktivität – als Richtschnur des politischen Handelns galt, da blieb Gesundheit – verstanden als Zustand physischer und psychischer Integrität – auf der Strecke.

2. „Gesundheitsführung" im Betrieb

Das Konzept der betriebszentrierten Gesundheitsführung entstand Mitte der dreißiger Jahre im Umfeld der Deutschen Arbeitsfront. Im Gegensatz zum Ausbau des vertrauensärztlichen Dienstes zielte es auf eine grundsätzliche Neustrukturierung des deutschen Gesundheitswesens. Nach der Neuen Deutschen Heilkunde und der Rassenhygiene war die betriebliche Gesundheitsführung der dritte Versuch, innerhalb der nationalsozialistischen Herrschaft einen grundlegenden Wandel der medikalen Kultur herbeizuführen.[79] Die Neue Deutsche Heilkunde

---

[75] Monatshefte für NS-Sozialpolitik, August 1943, BAB, 62.03/4501, Bl. 37.

[76] Lagebericht des SD-Leitabschnitts München, 31. 7. 1944, ZAhdS, 500/3/330, Bl. 27.

[77] Dies empfahl Hempel, Arbeitseinsatzingenieur, S. 39f., als „bewährte" Maßnahmen zur Senkung der Krankenstände; vgl. auch die auf Erfahrungen der Betriebe zurückgehenden „Anregungen zum Arbeitseinsatz", Anlage zum Schreiben des Präsidenten der LVA Sachsen an den Leiter der Landesgeschäftsstelle des Reichsverbands der Betriebskrankenkassen, 5. 6. 1944, SächsHStA, Stahl- und Walzwerk Riesa/20.19, sowie Gauarbeitsamt Magdeburg-Anhalt, 2. Anordnung zur Sicherung der Ordnung in den Betrieben, 23. 9. 1944, LHSA, Rep. G 4/95, Bl. 230–232.

[78] Stenographischer Bericht der 53. Besprechung der Zentralen Planung betreffend den Arbeitseinsatz, 16. 2. 1944, IMT, Bd. 38, S. 347.

[79] Für dieses Konzept werden in der Literatur – analog zum uneinheitlichen Sprachgebrauch der Quellen – die Begriffe „Gesundheitsführung", „Arbeitsmedizin", „Leistungsmedizin"

kann als gesundheitspolitische Ordnungsidee der „Kampfzeit" und der Machtergreifungsphase der NSDAP zugeordnet werden, die Erbgesundheitspolitik war die vorherrschende Medikalisierungsstrategie in der Phase der Herrschaftsbefestigung und inneren Machtausdehnung des Nationalsozialismus. Demgegenüber stellt das Konzept der betrieblichen Gesundheitsführung die gesundheitspolitische Leitidee einer auf die größtmögliche Ausnutzung der verfügbaren Arbeitskraft abgestellten Kriegswirtschaft dar. Waren die Protagonisten der „Neuen Deutschen Heilkunde" und der Rassenhygiene überwiegend Ärzte, ging die Initiative bei der Einführung der betrieblichen Gesundheitsführung von Wirtschafts- und Sozialpolitikern aus, ferner von Ärzten, die über eine ingenieurwissenschaftliche oder arbeitsmedizinische Zusatzausbildung verfügten.

Gedanklicher Ausgangspunkt der Umbaupläne war ein von der Rüstungskonjunktur und den von ihr verursachten Engpässen auf dem deutschen Arbeitsmarkt angeregtes Krisenszenario, das sich mit der Denkfigur eines demographischen Zangengriffs beschreiben läßt. Fehlenden Geburten und einer steigenden Lebenserwartung, so warnten Bevölkerungswissenschaftler, stünde eine rückläufige Lebensarbeitszeit gegenüber.[80] Daher drohe der erwerbstätige Teil der Bevölkerung zu schrumpfen, während gleichzeitig höhere Kosten für die Altersversorgung zu erwarten seien. Für den Gedeih des Regimes war jedoch ein kontinuierlicher Arbeitskräftenachschub von entscheidender Bedeutung: Nur eine stabile Rüstungsproduktion, so die Überlegung, sichere die wirtschaftliche Grundlage der außenpolitischen Expansion. Auch innenpolitisch setzte die DAF auf Wirtschaftswachstum. Die dadurch bewirkte Steigerung des Lebensstandards nach dem gewonnenen Krieg sollte die Integration der Arbeitnehmer in die NS-Herrschaft erleichtern.[81] Daher müsse „die Summe der produktiven Lebensjahre durch besondere Maßnahmen der Krankheits- und Invaliditätsverhütung"[82] unbedingt erhöht werden.[83]

---

und „Betriebsmedizin" synonym verwendet. Mir scheinen – vor allem für die Zeit von 1939 bis 1945 – die Begriffe „betriebliche Gesundheitsführung" und „Betriebsmedizin" am angemessensten, da die Verlagerung der gesundheitlichen Betreuung an den Arbeitsplatz das entscheidende Element darstellt.

80 DAF-Amt für Gesundheit und Volksschutz, Entwurf eines Führer-Erlasses über die Errichtung des Gesundheitswerkes des deutschen Volkes, 1941/42, S. 10, AKBV, ohne Signatur.

81 „Die zur Machtentfaltung notwendige Erhöhung der seelischen Kräfte erfordert auch ganz bestimmte materielle Voraussetzungen." Sozialwirtschaftliche Bilanz des Arbeitswissenschaftlichen Institutes der DAF, Hepp/Roth, Sozialstrategien, Abt. B/2, Fiche 187 f., Bl. 2172 ff.

82 DAF-Amt für Gesundheit und Volksschutz, Entwurf eines Führer-Erlasses über die Errichtung des Gesundheitswerkes des deutschen Volkes, 1941/42, S. 13, AKBV, ohne Signatur.

83 Worauf diese Formulierung letztlich zielte, machten die Planungen für das Gesundheitswerk des deutschen Volkes deutlich: „Im strengen Sinne biologisch und deswegen ein erstrebenswertes Ziel für die Gesundheitsführung" sei „erst der Zustand, wenn der Zeitpunkt des allmählichen Kräfteschwundes kurz vor dem Zeitpunkt des physiologischen Todes" läge; DAF-Amt für Gesundheit und Volksschutz, Entwurf eines Führer-Erlasses über die Errichtung des Gesundheitswerkes des deutschen Volkes, 1941/42, S. 20, AKBV, ohne Signatur.

Wie die Erbgesundheitspolitik verfügte auch diese Variante nationalsozialistischer Gesundheitspolitik über eine für die Politikziele charismatischer Herrschaft charakteristische utopische Komponente. Die betriebliche Gesundheitsführung zielte nicht nur auf den Erhalt des bestehenden Gesundheitszustandes der Arbeitsbevölkerung, sondern war auf einen in der Zukunft zu erreichenden Optimalzustand hin orientiert.[84] Daher sollte die Eingriffsschwelle gesundheitspolitischen Handelns von der Ebene der Krankheitsbekämpfung in das Vorstadium der Krankheit verlegt werden. Präventive Strategien, die arbeitsbedingten Verschleißerkrankungen vorbeugen halfen, bildeten daher ein Zentralelement der DAF-Gesundheitspolitik. Auf lange Sicht rechneten Leys Zuarbeiter aus dem Arbeitswissenschaftlichen Institut der DAF sogar damit, daß die vorbeugende Gesundheitspflege die kurative Medizin an Bedeutung überflügeln würde.[85] Der Arzt neuen Typs, dessen Berufsverständnis die Protagonisten der betrieblichen Gesundheitsführung bewußt von dem traditioneller Ärzte, die erst nach dem Ausbruch einer Krankheit heilend eingriffen, abgrenzten, sollte in erster Linie vorbeugend tätig werden. „Nicht Krankenbehandlung" sei „die Aufgabe des Betriebsarztes, sondern er hat die Lebensweise und die Arbeit des Schaffenden so zu gestalten, daß ein Höchstmaß an dauernder Leistungsfähigkeit [...] gewährleistet wird".[86]

Das Programm der betrieblichen Gesundheitsführung umfaßte im internationalen Vergleich durchaus fortschrittliche Konzepte zur Bekämpfung von Berufskrankheiten, zur Unfallverhütung und zur ergonomischen Gestaltung von Arbeitsplätzen.[87] All das war freilich weder neu noch spezifisch nationalsozialistisch, sondern griff Gedanken auf, die – etwa in der Arbeitsphysiologie – in Deutschland bereits seit der Jahrhundertwende diskutiert wurden. Gerade die an Traditionsbestände sozialhygienisch orientierter Gewerbemedizin anknüpfenden Komponenten der betrieblichen Gesundheitsführung verfügten über eine nicht zu unterschätzende Attraktivität für Arbeitnehmer. Gleichwohl wird man die Betriebsmedizin als gesundheitspolitische Ordnungsidee sowohl hinsichtlich der verfolgten Ziele als auch im Blick auf die dazu eingesetzten Mittel, zu den modernen Elementen in der nationalsozialistischen Sozialpolitik rechnen müssen. Ob der nationalsozialistische Staat hier modernisierend gewirkt hat, ist allerdings zweifelhaft. Hierzu war die Wirkung der realisierten präventivmedizinischen Komponenten zu gering. Trotz des beträchtlichen Aufwandes, den die DAF entwickelte, gewannen präventivmedizinische Aspekte gegenüber der traditionellen Fabrikmedizin nur wenig Boden.[88] Da sie fortdauernd im Schatten rüstungswirt-

---

[84] F. Bartels, Gesundheitsführung des deutschen Volkes, in: Ziel und Weg 6 (1936), S. 516–527, 526.

[85] DAF-Amt Gesundheit und Volksschutz, Entwurf eines Führer-Erlasses über die Errichtung des Gesundheitswerkes des deutschen Volkes, 1941/42, S. 37; AKBV, ohne Signatur.

[86] Gesunde Menschen – hohe Leistung, in: Nachrichten aus der NS-Sozialpolitik, 24. 7. 1942, BAB, 62.03/4500, Bl. 31.

[87] Zur Bekämpfung der Berufskrankheiten vgl. Geyer, Sicherheit, S. 394.

[88] Vgl. z. B. Sozialbericht der Wilhelm-Gustloff-Werke, 1939, S. 25–27, ThüHStA, Gustloff-Werke/6; Zusammenstellung über die Tätigkeit der ärztlichen Abteilung seit dem Oktober 1939 bis 31. März 1940, BrLHA, Br. Pr. Rep. 75, IG-Farben Premnitz/1113.

schaftlicher Prioritäten standen, füllten sie zwar zahllose Denkschriften des Arbeitswissenschaftlichen Instituts der DAF und schufen Arbeitsplätze in neugegründeten arbeitsmedizinischen Forschungsinstituten. Häufig schmückten sie aber auch nur die Titelseiten gesundheitspolitischer Propagandabroschüren und waren damit Bestandteil einer herrschaftslegitimierenden Sozialpolitik, die versuchte, gegenwärtige Defizite durch den Verweis auf zukünftige Fortschritte zu überspielen.

Neben vorbeugenden Maßnahmen umfaßte das Konzept der betrieblichen Gesundheitsführung auch repressive Elemente wie die Aufhebung der freien Arztwahl und Versuche, die Arbeitsintensität durch objektivierbare Kriterien der Belastbarkeit zu steigern. In der Summe zielten all diese Elemente auf die rationellere Verwertung der menschlichen Arbeitskraft. Mit dem Beginn des Zweiten Weltkrieges kamen vor allem jene Aspekte der betrieblichen Gesundheitsführung zur Geltung, die einen sofortigen kriegswirtschaftlichen Nutzen versprachen. Insofern war Gesundheitspolitik „primär ein Instrument der Arbeitseinsatzpolitik mit stark repressiven Zügen".[89]

Anhand der gesundheitspolitischen Zukunftsplanung des „Dritten Reiches" läßt sich die Verknüpfung von Gesundheits- und Arbeitseinsatzpolitik noch deutlicher konturieren. In zahlreichen Denkschriften des Arbeitswissenschaftlichen Instituts sind betriebsmedizinische Projekte in ein Paket sozialpolitischer Reformen eingebunden, das modern anmutende Forderungen wie eine steuerfinanzierte Mindestrente, soziale Grundsicherung und regelmäßigen Erholungsurlaub enthielt. Ansätze dieses Programms wurden vor allem im Bergbau realisiert.[90] Dem lagen jedoch keine wohlfahrtspolitischen Überlegungen zugrunde, sondern der Versuch, das knappe Gut Arbeitskraft möglichst effizient zu nutzen. Mit der Ausweitung der „Erholungsfürsorge" im Bergbau seit dem Mai 1941 reagierte das Regime auf die durch das erhöhte Arbeitstempo wachsende Zahl der Verschleißerkrankungen unter den Arbeitern dieses Wirtschaftsbereichs. Auch die körperliche Regeneration wurde von den sozialpolitischen Zukunftsplanern in der Ideenfabrik der DAF ausdrücklich als „Teilgebiet der allgemeinen Bestrebungen zur Steigerung der nationalen Leistungskraft" begriffen.[91] Die gesundheitspolitischen Programmschriften der DAF verwendeten für den menschlichen Körper vielfach die der industriellen Welt entlehnte Metapher des Motors, der der periodischen Wartung bedürfe.[92] In dieser Metapher tritt die Ambivalenz der DAF-Politik deutlich zutage: Neben der verbesserten medizinischen Versorgung stand der Anspruch auf die uneingeschränkte Nutzung der Arbeitskraft. Der Blick auf den Körper als Maschine beinhaltete beides: seine fürsorgliche Wartung und das Recht des Regimes, über ihn zu verfügen.

---

[89] Geyer, Sicherheit, S. 383.

[90] Geyer, Ruhrknappschaft, S. 347f.

[91] Die sozialen Aufgaben nach dem Kriege. Versuch eines systematischen Überblicks über ein sozialpolitisches Programm, Hepp/Roth, Sozialstrategien, Abt. B/2, Fiche 173, Bl. 883ff.

[92] Rede Robert Leys am 11. 9. 1937 in Nürnberg, in: Franz Six (Hg.): Dokumente Deutscher Politik, Bd. 5, Berlin 1938, S. 288f., zit. nach Graessner, Gesundheitspolitik, S. 149.

Begibt man sich von der konzeptionellen Ebene auf die Ebene der Implementation, wird deutlich, daß auch bei dieser Variante nationalsozialistischer Gesundheitspolitik Anspruch und Wirklichkeit weit auseinanderfielen. Die institutionelle Umsetzung begann in enger Verbindung mit der Umwandlung der deutschen Wirtschaft in eine „Kriegswirtschaft in Friedenszeiten"[93] nach der Verkündung des ersten Vierjahresplanes. Ersten Vorgesprächen zwischen der Reichsgruppe Industrie und DAF-Vertretern im Herbst 1935 folgte im Frühjahr darauf die Gründung der DAF-Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsführung in den Betrieben.[94] Parallel dazu entstand im Mai 1936 ein gleichnamiger Arbeitskreis der Reichsgruppe Industrie. Zunächst sollten nach den Vorstellungen der DAF größere Betriebe ab zwei- bis dreitausend Beschäftigten mit Betriebsärzten ausgestattet werden, danach, Zug um Zug, auch kleinere Unternehmen.[95] Auch wenn die betriebliche Gesundheitsführung seit dem Inkrafttreten des Vierjahresplans die Erbgesundheitspolitik als zentrale Figur nationalsozialistischer Gesundheitsrhetorik ablöste, und einige größere Industriebetriebe damit begannen, von den Hausärzten verordnete Heilbehandlungen in eigens dazu eingerichteten Betriebsgesundheitsstationen durchzuführen,[96] prägten Betriebsärzte die soziale Wirklichkeit des deutschen Gesundheitswesens vor 1939 nur geringfügig. Am häufigsten waren sie in den stark industrialisierten Gauen Berlin, Brandenburg, Magdeburg-Anhalt, Thüringen, Essen und Köln-Aachen anzutreffen. Im Vergleich zum rasant expandierenden vertrauensärztlichen Dienst schritt die Einführung des Betriebsarztsystems allerdings zunächst nur schleppend voran. Anfang 1939 praktizierten weniger als 500 Betriebsärzte im Deutschen Reich, kaum 5 Prozent davon hauptamtlich.[97]

Nicht die arbeitsmedizinische Praxis bestimmte daher das öffentliche Bild der betrieblichen Gesundheitsführung, sondern eine Serie großangelegter Reihenuntersuchungen, die die DAF in Zusammenarbeit mit dem Hauptamt für Volksgesundheit zwischen 1937 und 1939 an mehr als 650000 Probanden durchführte.[98] Das bei den Reihenuntersuchungen angewandte Verfahren lehnte sich eng an militärübliche Musterungsuntersuchungen an. Die zumeist nur auf oberflächlicher Begutachtung basierenden Diagnosen wurden durch Fehlertabellen aufgeschlüsselt und mit Hilfe mechanisierter Datenverarbeitung aufbereitet.[99] Die individuellen Untersuchungsbefunde übertrug man zusätzlich auf Gesundheitspässe. Diese Pässe enthielten neben dem medizinischen Befund alle „Leistungsdaten"

---

[93] Zu den Problemen des Begriffs vgl. Herbst, Krieg, S. 95f. Das Konzept der betriebszentrierten Gesundheitsführung wurde der Fachöffentlichkeit erstmals 1936 auf einer Sondertagung des Hauptamtes für Volksgesundheit in Nürnberg vorgestellt.

[94] Karbe, Entstehung, S. 215f.

[95] Bartels, Rundschreiben an die Gau- und Kreisabteilungswalter des DAF-Amtes für Volksgesundheit, 6. 7. 1937, ThüHStA, KVD/2.

[96] Schmitt-Grandhomme, Rundschreiben an die Münchner Kassenärzte, Juli 1938, BAB, NS 20/139–4.

[97] Tab. C.8; Nationalsozialistische Korrespondenz, Nr. 48, 25. 2. 1939, BAB, 62.03/4502, Bl. 5

[98] F. Bartels, Gesundheitsführung des deutschen Volkes, in: Ziel und Weg 6 (1936), S. 516–527, 517.

[99] Graessner, Gesundheitspolitik, S. 149.

des Untersuchten sowie Empfehlungen hinsichtlich seiner Arbeitsverwendungsfähigkeit. Für die Zukunft war geplant, die so gewonnenen Daten durch periodische Kontrolluntersuchungen zu aktualisieren und sie mit massendiagnostisch gewonnenen Gesundheitsdaten der Hitlerjugend, des Reichsarbeitsdienstes und der Wehrmacht sowie den erbbiologischen Daten der Gesundheitsämter zu einer „Gesundheits- und Leistungsbilanz" des deutschen Volkes zu verknüpfen.[100] Das angestrebte Ziel eines „Gesamtüberblick[s] über das gesundheitliche Kräfteverhältnis [...] der Nation"[101] macht deutlich, daß die Veränderung der gesundheitspolitischen Bezugsgröße keineswegs auf die Erbgesundheitspolitik beschränkt war: Auch für die Betriebsgesundheitsfürsorge war nicht der einzelne kranke Körper relevant, sondern die gesundheitliche Beschaffenheit und Arbeitsfähigkeit des „Volkskörpers". Dessen Gesundheitsbilanz fiel freilich verheerend aus: Etwa 30 Prozent der Untersuchten erhielten im Anschluß den Rat, sich in medizinische Behandlung zu begeben.[102] Vermutlich ist ein Grund, warum die Reihenuntersuchungen intern als „Fiasko"[103] bewertet wurden und nach dem Ende der ersten Untersuchungsserie keine Fortsetzung fanden, in der offen zutage getretenen Diskrepanz zwischen den Möglichkeiten des Gesundheitssystems und den medizinisch begründeten Notwendigkeiten einer umfassenden arbeitsmedizinischen Betreuung zu sehen.

Die Entfesselung des Zweiten Weltkriegs veränderte das Interessengefüge bei der Institutionalisierung von Betriebsärzten grundlegend. Da das verfügbare Arbeitskräftepotential durch Einberufungen zusammenschmolz, kam der effizienten Verwertung der verbliebenen Arbeitskraft eine zunehmend größere Bedeutung zu, so daß regimeinterne Widerstände gegen die Einsetzung von Betriebsärzten an Boden verloren. Neben der Industrie hatten sich vor allem die Standesvertreter der niedergelassenen Ärzte gegen das Konzept der betrieblichen Gesundheitsführung gesträubt. Sie befürchteten zuvorderst Einkommensverluste. Darüber hinaus argwöhnten sie – nicht zu Unrecht –, daß die Pläne der DAF nicht nur den kassenärztlichen Sicherstellungsauftrag für die ambulante Versorgung aushöhlen würden, sondern strategisch auf eine Sozialisierung des Ärztestands abzielten.

Vor allem dem Widerstand der ärztlichen Standesvertreter war es geschuldet, daß den Betriebsärzten die kassenärztliche Tätigkeit in der ambulanten Praxis zunächst versagt blieb. Da die meisten Betriebsärzte ohnehin nur nebenberuflich tätig waren, bedeutete die Anstellung eines Betriebsarztes für die Mehrzahl der Industriewerke zunächst keine medizinische Vollversorgung am Arbeitsplatz. Die häufigste Praxis in den ersten Kriegsjahren bestand in einer zwei- bis dreimal wöchentlich stattfindenden Betriebsarztsprechstunde vor Arbeitsbeginn, beim

---

100 Knödler, Reform, S. 120.

101 F. Bartels, Gesundes, starkes Deutschland, (1936), BAB, 62.03/5992, Bl. 49.

102 DAF-Amt Gesundheit und Volksschutz, Entwurf eines Führer-Erlasses über die Errichtung des Gesundheitswerkes des deutschen Volkes 1941/42, S. 25f., AKBV, ohne Signatur.

103 Wagner, Rede vor dem Schulungslehrgang für den vertrauensärztlichen Dienst in der Führerschule der Deutschen Ärzteschaft Alt-Rhese, 3. 9. 1937, BAB, R 89/5261, Bl. 302.

Schichtwechsel oder in den Abendstunden.[104] In der Zwischenzeit versorgte ein „Heilgehilfe" oder ein Angehöriger des „DAF-Werkschar-Gesundheitstrupps" Bagatellfälle. Erst die Klagen des Oberkommandos des Heeres über steigende Krankenstände in größeren Rüstungsfabriken bewogen die KVD im Juni 1940 dazu, ihre Mitglieder zu ermächtigen, während des Krieges in wehrwirtschaftlich wichtigen Betrieben Revierarztsprechstunden abzuhalten, gleichzeitig wurde Betriebsärzten die ambulante Versorgung der dort arbeitenden Kassenmitglieder gestattet.[105] Bis dahin hatte sie den Einsatz der Betriebsärzte als Revierärzte entschieden abgelehnt, um das eifersüchtig verteidigte ambulante Behandlungsmonopol der niedergelassenen Ärzte nicht zu untergraben. Wichtig ist hier die Akzentsetzung: Nicht nur Betriebsärzte wurden kassenärztlich tätig, sondern auch niedergelassene Ärzte konnten ihren Arbeitsbereich in die Fabriken hinein ausdehnen. Für die Patienten in den betroffenen Betrieben bedeutete diese Maßnahme eine erhebliche Einschränkung ihrer freien Arztwahl. Seit Juni 1940 mußten sich alle gehfähigen Kranken in Betrieben mit einem Betriebsarzt zur Krankmeldung zuerst bei diesem einfinden. Er entschied dann über die Art der Weiterbehandlung. In den ersten Kriegsjahren dürfte die revierärztliche Versorgung auch in rüstungswichtigen Betrieben allerdings eher die Ausnahme als die Regel gewesen sein, im April 1942 wurde sie lediglich in 505 Betrieben praktiziert.[106]

Der Startschuß zur flächendeckenden Durchsetzung der betriebsbezogenen Gesundheitsfürsorge fiel im Dezember 1942, als eine Vereinbarung zwischen der KVD und der DAF Betriebsärzten die kassenärztliche Behandlung im Betrieb für die Kriegsdauer genehmigte.[107] Die wenige Wochen später veröffentlichten Durchführungsbestimmungen zu dieser Vereinbarung schränkten die Arztwahl der abhängig beschäftigten Patienten noch weiter ein: Neben die schon bisher geübte Praxis, den Besuch des Revierarztes während der Arbeitszeit verpflichtend zu machen, trat nun die Möglichkeit, den Revierarzt als Durchgangsarzt für alle gehfähigen Kranken des Betriebes einzusetzen sowie den Besuch betrieblicher Gesundheitsstationen generell vorzuschreiben und damit die freie Arztwahl in diesen Betrieben ganz aufzuheben.[108] Seitdem begann sich die revierärztliche

---

[104] Vgl. Boberach, SD-Berichte, 12. 8. 1940, Bd. 5, S. 1468; Ewig, Rundschreiben an die Ärzte des Gaues Baden, 1. 12. 1942, BAB, R 89/5273, Bl. 216a.

[105] Grote, Rundschreiben Nr. 16/40 an die Landes- und Bezirksstellen der KVD, 26. 6. 1940, AKBV, ohne Signatur. Als „revierärztliche Behandlung" wurde – im Gegensatz zur präventiven oder Erste Hilfe leistenden betriebsgebundenen Behandlung, für die das Unternehmen aufkam – die „kassenärztliche Behandlung aller erkrankten, aber gehfähigen Gefolgschaftsmitglieder" bezeichnet. Während die vorbeugende Tätigkeit der Betriebsärzte durch das Unternehmen pauschal vergütet wurden, erfolgte die Honorierung des revierärztlich tätigen Arztes auf der Basis der erbrachten Einzelleistungen durch die KVD; Informationsdienst des Hauptamtes für Volksgesundheit, Folge 5, November 1942, S. 65 f., BAB, NSD 28/2.

[106] Pohlkötter an Speer, 13. 4. 1942, BAB, R 36/1288.

[107] Grote, Rundschreiben Nr. 26/42 an die Landes- und Bezirksstellen der KVD, 18. 12. 1942, AKBV, ohne Signatur. Diese Regelung galt seit August 1944 für alle Arbeiter in Betrieben der Rüstungs-Schwerpunktprogramme.

[108] Karbe, Entstehung, S. 241 f.

Vollversorgung durch Betriebsärzte in Großbetrieben durchzusetzen.[109] Dabei besaßen die Gemeinschaftslager der DAF in der Nähe größerer Industriebetriebe, die im Rahmen des Rüstungsausbaus in der zweiten Hälfte der dreißiger Jahre errichtet worden waren, eine wichtige Brückenkopffunktion.[110]

Den entscheidenden Sprung machte die Zahl der Betriebsärzte zwischen 1943 und 1944, als sie von ca. 5000 auf ca. 8000 stieg, so daß jeder vierte der Zivilbevölkerung zur Verfügung stehende Arzt haupt- oder nebenamtlich als Betriebsarzt praktizierte.[111] Hinzu kamen rund 80000 nichtärztliche Hilfskräfte sowie ca. 600 ausländische Lagerärzte, die die Insassen der Zwangsarbeiterunterkünfte betreuten.[112] Zwar zeigt das Beispiel Thüringens, daß sehr früh schon zahlreiche Klein- und Mittelbetriebe in die betriebsärztliche Versorgung integriert wurden, doch wurde die revierärztliche Vollversorgung vor allem dort ausgebaut, wo Großbetriebe die Erwerbsstruktur dominierten.[113] Im Krieg arbeitete die DAF systematisch darauf hin, Kranke statt in der Familie in betriebseigenen Einrichtungen zu pflegen, um auf diese Weise die Kontrolle über sie zu verdichten.[114] In Wolfsburg, der Stadt des KdF-Wagens, übernahmen VW-Betriebsärzte die ärztliche Versorgung der gesamten Stadtbevölkerung einschließlich des Krankenhauses. Die Konkurrenz der ortsansässigen Kassenärzte wurde hier durch die Nichtverlängerung der uk-Stellungen systematisch ausgedünnt. De facto war in Wolfsburg seit 1943 die freie Arztwahl für die gesamte Bevölkerung aufgehoben.[115]

Wie veränderte sich die Qualität der medizinischen Versorgung durch Betriebsärzte? Betriebsgesundheitsstationen scheinen im Vergleich zu den Kassenpraxen gut mit Medizintechnik und Arzneimitteln ausgestattet gewesen zu sein. Während der zivile Bereich im Krieg kaum noch Ersatz für beschädigtes Gerät erhielt, waren Röntgenapparate, Elektrokardiographen und Geräte für die Licht- und Wärmetherapie in den größeren Betriebsgesundheitsstationen vorhanden.[116] Einiges

---

[109] Auch wenn fehlende Daten Aussagen für das Gebiet des Deutschen Reiches nicht zulassen, kann dies aus regionalen Befunden geschlossen werden. So verfügten die meisten Rüstungsbetriebe Badens in der zweiten Jahreshälfte 1944 über Revierärzte; vgl. die Tätigkeitsberichte der Kreisämter für Volksgesundheit Freiburg, Heidelberg, Karlsruhe, Konstanz, Lahr und Lörrach für das III. Quartal 1944, GLAK, 465d/1195.

[110] In diesen Lagern, die ca. 35000 Arbeiter beherbergten, wurde der revierärztliche Dienst bereits Ende 1940 eingeführt; Ley an Knabe, 14. 12. 1942, LHSA, Rep. J, Fahlberg-List AG/Z-148, Bl. 174; Karbe, Betriebsarztsystem, S. 89.

[111] Tab. C.8. Zum großen Teil handelte es sich dabei um nebenamtliche, aus dem Kreis der niedergelassenen Kassenärzte rekrutierte Mediziner. Im Dezember 1942 übten lediglich rund 6 Prozent aller Betriebsärzte diese Funktion hauptamtlich aus; Karbe, Entstehung, S. 238.

[112] Für die Gesundheitsführung der Schaffenden, in: Die Innere Front, Nr. 49, 4. 9. 1944, BAB, 62.03/5997, Bl. 3.

[113] Zu Thüringen vgl. Tab. C.9.

[114] Die Verlagerung der sekundären Gesundheitspflege aus dem System Hausarzt/Familienpflege bildete einen frühen Ideenkern der DAF-Gesundheitspolitik. Leys Schlüsseldenkschrift „Der deutsche Volksschutz" sah die Errichtung von „Gesundheitshäusern" bei den Ortsgruppen der Partei vor, in die arbeitsunfähig Erkrankte vom Hausarzt überwiesen werden sollten; Ley, Der Deutsche Volksschutz, März 1939, BAB, R 41/647, Bl. 12.

[115] Siegfried, Leben, S. 225.

[116] Gesunde Menschen – hohe Leistung, in: Nachrichten aus der Deutschen Sozialpolitik,

spricht jedoch dafür, daß sich die Qualität der medizinischen Versorgung spürbar verschlechterte. Seit Kriegsausbruch wurde das Arbeitsspektrum des Betriebsarztes vor allem durch kontrollierende, seltener durch heilende Tätigkeiten erweitert.[117] Während der Kassenarzt seine Entscheidung alleinverantwortlich traf, waren die Betriebsärzte dem Belegschaftsführer disziplinarisch unterstellt und fachlich an die Weisungen des Hauptamtes für Volksgesundheit und des DAF-Amtes für Gesundheit und Volksschutz gebunden. Daher liegt die Vermutung nahe, daß das Abhängigkeitsverhältnis zur Betriebsführung nicht ohne Einfluß auf die Behandlungspraxis blieb.[118] Anschaulich wird dies z. B. an den signifikant sinkenden Krankenständen nach der Einführung von Betriebsärzten. Rückgänge um mehr als 50 Prozent können ihre Ursache kaum in therapeutischen Fähigkeiten der behandelnden Ärzte gehabt haben, sondern sind wohl eher der restriktiveren Krankschreibungspraxis zuzurechnen.[119] Der Betriebsarzt war eben nicht nur seinem Patienten, sondern in erster Linie seinem Betrieb verpflichtet. Dadurch, daß die medizinische Primärversorgung von der Privat- in die Arbeitssphäre verlagert wurde, änderten sich die Bezugspunkte des Krankseins fundamental. Neben die Betrachtung der individuellen Krankheit trat der Kontext der Arbeitsumwelt und damit auch der der rüstungsorientierten Befehlswirtschaft. Da das „Dritte Reich" die Gesundheit primär als „Wirtschaftsgut"[120] betrachtete, war Krankheit keine Privatsache mehr, sondern eine öffentliche Angelegenheit, und der kranke Mensch war nicht mehr nur ein der ärztlichen Hilfe bedürftiger homo patiens, sondern – dieser Aspekt gewann in der zweiten Kriegshälfte zunehmend an Bedeutung – „Störfaktor im geordneten Ablauf der Produktion".[121] Auch der Kontext des ärztlichen Handelns veränderte sich: War das Arztzimmer vorher gleichsam ein neutraler, von der Beziehung Arzt-Patient geprägter und zugleich ein im Wortsinn nicht-alltäglicher Ort, wurde die Behandlung in den Betriebsgesundheitsstationen auch räumlich Teil des Produktionsprozesses. Diese Entwicklung ist m.E. ähnlich bedeutend wie die erbbiologische Wende des Jahres 1933, denn die Umsetzung des Konzepts der betrieblichen Gesundheitsführung strukturierte

---

24. 7. 1942, BAB, 62.03/4500, Bl. 32f.; Das ist aktive Gesundheitsführung, in: Deutsche Volkswirtschaft, Nr. 3 (1945), BAB, 62.03/4501, Bl. 5.

117 Vgl. Einzelleistungen eines Betriebsarzts im Großbetrieb, in: Der Angriff, Nr. 25, 14. 3. 1944, S. 5; Vorschläge der Deutschen Arbeitsfront für die Erzielung eines totalen Kriegs-Einsatzes, 12. 8. 1944, APK, Bl. 11708548f.

118 So wurden Betriebsärzte bei der Bekämpfung steigender Krankenstände zur „engste[n] Zusammenarbeit mit der Personalabteilung des Betriebs" angehalten; Mitteilung der DAF für haupt- und nebenamtliche Betriebsärzte, o.D., LHSA, Rep. J, Fahlberg-List AG/Z-148, Bl. 125.

119 Betriebsärztlicher Dienst der IG-Farben, Werk Premnitz, Ausführungen zum Leistungsabzeichen „Vorbildliche Sorge um die Volksgesundheit", 23. 6. 1942, S. 7, BrLHA, Br. Pr. Rep. 75, IG-Farben Premnitz/1113; Protokoll der dritten Arbeitsausschußsitzung der [DAF]-Kreiswaltung Magdeburg am 26. 5. 1943, LHSA, Rep. J, Fahlberg-List AG/Z-148, Bl. 121.

120 F. Bartels, Gesundheitsführung in den Betrieben, in: Zeitschrift für Organisation, Nr. 5, 25. 5. 1937, S. 168.

121 A. Marcus, Die Wirtschaftlichkeit betrieblicher Gesundheitsführung, in: Zentralblatt für Gewerbehygiene und Unfallverhütung N.F. 18 (1941), S. 113–119, 116f.

das gesundheitspolitische Bezugssystem zum zweiten Mal seit der nationalsozialistischen Machteroberung in entscheidender Weise um. Veränderte die Rassenhygiene den Ansatzpunkt gesundheitsbezogenen Handelns, so wurde diesmal Gesundheit als zentrales Rationalitätskriterium gesundheitspolitischen Handelns durch das systemexterne Kriterium der Produktivität überlagert.[122]

Unter den Betriebsärzten befanden sich überproportional viele jüngere, unerfahrene Mediziner, die nicht zuletzt wegen der guten Bezahlung in diese Position drängten und die im Gegensatz zu den älteren Fabrikärzten nur über geringe arbeitsmedizinische Kenntnisse verfügten.[123] Hinzu kommt, daß Betriebsärzte eine überdurchschnittliche Affinität zur NSDAP aufwiesen. Für die Lizenzierung als Betriebsarzt war die Zulassung beim Hauptamt für Volksgesundheit, also politische Zuverlässigkeit, Bedingung. Mit 81,4 Prozent NSDAP-Mitgliedern, davon 8,25 Prozent bereits vor 1931 in die Partei Eingetretener, war der Anteil an Parteibuch-Nationalsozialisten bei den thüringischen Betriebsärzten fast doppelt so hoch wie bei den übrigen Medizinern (44,8 Prozent), die ohnedies den höchsten Anteil unter allen akademischen Berufsgruppen aufwiesen.[124]

Mit Blick auf die Gesamtsituation der medizinischen Versorgung ist auch zu bedenken, daß der Ausbau des Betriebsarztwesens aus dem zivilen Ärztekontingent erfolgte, das ohnehin durch Einberufungen der Wehrmacht erheblich geschmälert war. In der Praxis bedeutete jede neue betriebsärztliche Tätigkeit die Umverteilung medizinischer Versorgung von der Gesamtheit der Zivilbevölkerung hin zu ihrem erwerbstätigen Teil.[125] Bei der Besetzung von Betriebsarztstellen galt die Richtzahl von einem Arzt auf 2000 Beschäftigte, bei der übrigen Zivilbevölkerung wurde diese Verhältniszahl nur in den seltensten Fällen erreicht. Ende 1944 waren rund 8000 der ca. 30000 praktizierenden Ärzte bevorzugt für den produzierenden Teil der Bevölkerung tätig. Stellt man in Rechnung, daß sich die Betriebsärzte größtenteils aus den niedergelassenen Ärzten rekrutierten, wird das Ausmaß der Umverteilung der medizinischen Versorgung deutlich. Mit dem

---

122 Freilich bedeutete dies nicht, daß rassistische Kriterien im Gesundheitswesen außer Kraft gesetzt wurden. Die gesundheitspolitische Behandlung der osteuropäischen Zwangsarbeiter zeigt, daß Unterschiede, die sich aus der vermeintlichen Ungleichheit von Rassen herleiten ließen, die Zuteilung von Gesundheitschancen auch dann beeinflußten, wenn dies aus rüstungswirtschaftlicher Sicht widersinnig war.

123 Zum arbeitsmedizinischen Kenntnisstand jüngerer Betriebsärzte vgl. Karbe, Entstehung, S. 212f. Hauptamtliche Betriebsärzte erhielten als Berufsanfänger Jahresgehälter zwischen 8000 und 10000 Reichsmark. Dies lag zwar deutlich unter dem durchschnittlichen Jahreseinkommen der niedergelassenen Ärzte (1938 rund 14000 Reichsmark), war aber für jüngere Ärzte ohne eingeführte Praxis sehr attraktiv. Nebenamtliche Betriebsärzte verdienten je nach Betriebsgröße zwischen 2000 und 6000 Reichsmark pro Jahr. Die Jahreseinkommen wurden aufgrund der Angaben in der Kartei der Betriebsärzte im Gau Thüringen [1943], BAB, NS 37/1065, berechnet, die Angaben für niedergelassene Ärzte einer Aufstellung des Hauptamtes für Volksgesundheit entnommen; Anlage zum Rundschreiben Contis an die Gauamtsleiter des Amtes für Volksgesundheit, 2. 9. 1941, BAB, NS 20/139–6.

124 Berechnet aufgrund der Betriebsärztekartei des Gaues Thüringen [1943], BAB, NS 37/1065; für die gesamte Ärzteschaft Kater, Doctors, S. 245.

125 Conti, Rundschreiben an die Gauämter für Volksgesundheit [Frühjahr 1942], BAB, R 18/3875.

Ausbau des revierärztlichen Dienstes häuften sich Beschwerden, daß der großzügige Umgang der Betriebsärzte mit Arzneimitteln die ohnehin angespannte Versorgungslage für die nichtarbeitende Zivilbevölkerung noch weiter verschärfte.[126] Zudem wurde ärztliche Arbeitskraft nicht nur zwischen den Patientengruppen, sondern auch von der kurativen zur kontrollierenden Tätigkeit umgeschichtet. Unterstellt man, daß nebenamtliche Betriebsärzte rund ein Viertel ihrer Zeit in den Fabriken verbrachten und dort etwa zur Hälfte kontrollierende Tätigkeiten ausübten, stand der Zivilbevölkerung die Arbeitskraft von rund 1000 Ärzten nicht mehr zur Verfügung.[127]

Die Situation auf dem Arbeitsmarkt ist wohl als Beweggrund für die Errichtung eines arbeitseinsatzorientierten Gesundheitssystems plausibel, erklärt aber nicht, warum die Deutsche Arbeitsfront den Ausbau des Betriebsärztesystems forcierte, Reichsarbeitsministerium und Industrie hingegen Vertrauensärzte bevorzugten und der Reichsgesundheitsführer beiden Varianten skeptisch gegenüberstand. Bezieht man den für die Struktur der NS-Herrschaft charakteristischen polykratischen Konflikt miteinander konkurrierender Herrschaftsträger in die Erklärung mit ein, wird deutlich, daß die Entwicklung dieses gesundheitspolitischen Handlungsfeldes in entscheidender Weise von den strukturellen Rahmenbedingungen der NS-Herrschaft geprägt wurde. Die Ernennung von Arbeitsamtsärzten und der Ausbau des vertrauensärztlichen Dienstes sind als Versuch des Reichsarbeitsministeriums zu verstehen, „der Deutschen Arbeitsfront (DAF) deren Konzept von der Fabrik als primärer Gesundheitseinrichtung zu verwässern".[128] Betriebsärzte waren Bestandteil einer Politik, die darauf abzielte, die Sozialbeziehungen der Deutschen neu, um ihren Arbeitsplatz herum, zu ordnen. Für Robert Ley ging es dabei auch darum, durch den Ausbau der betrieblichen Sozialpolitik seinen Einfluß auf die Privatindustrie zu vergrößern und gleichzeitig die Führungsrolle des bislang in Sozialversicherungsangelegenheiten bestimmenden Arbeitsministeriums anzugreifen.[129] Die „betriebliche Gesundheitsführung" bildete den zentralen Hebel einer Politik, die der Deutschen Arbeitsfront im gesamten Bereich der sozial- und wirtschaftspolitischen Entscheidungen neue Teilhaberechte erschließen sollte.[130] Indem sie den Aufgabenbereich ihrer Mediziner bewußt über die nur-ärztliche und damit nach professionsinternen Kriterien kontrollierbare Heilbehandlung zur viel unbestimmteren und damit nach Bedarf politisch instrumentalisierbaren Krankheitsprävention ausdehnte, schuf sie sich ein mächtiges Instrument der Einflußnahme.[131] Die DAF grenzte ihre Betriebsärzte sowohl gegen die niedergelassenen Kassenpraktiker wie auch gegen „den Werksarzt

---

126 Conti an das Reichswirtschaftsministerium, 22. 7. 1942, NRWHStA, Regierung Düsseldorf/54363-III, Bl. 478f.; Stellvertretender Reichsapothekerführer an das RMdI, 23. 2. 1942, BAB, R 18/3675.

127 Diese Schätzung ist eher zu niedrig angesetzt. Tatsächlich dürfte sowohl der Anteil kontrollierender Tätigkeiten als auch die für den betriebsärztlichen Dienst aufgewendete Zeit größer gewesen sein.

128 So Graessner, Gesundheitspolitik, S. 148, in Bezug auf die Arbeitseinsatzärzte.

129 Zur Frühphase dieser Auseinandersetzung vgl. Geyer, Krise.

130 Vgl. Linne, Front, S. 26.

131 Vgl. Hachtmann, Industriearbeit, S. 169.

alter Prägung"[132] ab, der in erster Linie „als Vertrauensmann des Betriebsführers seine Entscheidungen" traf. Es ist bezeichnend, daß Ley im polykratischen Konflikt seinen Anspruch auf die Vorherrschaft im Gesundheitswesen zumeist mit dem Primat der Menschenführung, selten nur – was durchaus möglich gewesen wäre – mit der sozialpolitischen Verantwortung der DAF begründete.[133] Als weisungsgebundene „Träger der Frontarbeit des Amtes innerhalb der Fabriktore",[134] sollten Betriebsärzte zum Eckpfeiler eines unter der Vorherrschaft der Deutschen Arbeitsfront neugestalteten Gesundheitswesens werden und innerhalb der Unternehmen in zwei entgegengesetzte Richtungen wirken: gleichermaßen als Fuß der DAF in der Tür zur guten Stube des Facharbeiters wie auch zum Vorstandszimmer der Unternehmensführung.

Die ultimativ vorgetragene Forderung Leys, jedem Betrieb müsse ein Betriebsarzt zugeteilt werden,[135] scheiterte anfangs am Widerstand der Industrie, die darin eine Beschneidung ihrer Kompetenzen erblickte. Zwischen der Reichsgruppe Industrie und der DAF kam es angesichts steigender Krankenstände im Sommer 1936 zu einem vorläufigen Interessenausgleich, der jedoch erst 1937 mit der Einigung über einen Musterdienstvertrag einen Abschluß fand, der Betriebsärzte in fachlicher Hinsicht dem Hauptamt für Volksgesundheit (bzw. der DAF) unterstellte, sie ansonsten aber als Gefolgschaftsmitglieder an die Weisungen des Betriebsführers band.[136]

Für den ambitiösen Ley ging es auch darum, das Feld Gesundheitspolitik in einem Bereich, in dem das tonangebende Reichsinnenministerium bisher nicht tätig geworden war, für die DAF zu besetzen. Hierin wurde er vom Reichsärzteführer Wagner unterstützt, dem ebenfalls an der Zurückdämmung des Einflusses von Innen- und Arbeitsministerium gelegen war. Bis zum Tode des Reichsärzteführers 1939 beteiligten sich das Hauptamt für Volksgesundheit und DAF-Amt für Volksgesundheit gleichgewichtig an der Einführung von Betriebsärzten. Es liegt daher nahe, in der Institutionalisierung der betrieblichen Gesundheitsführung auch einen Versuch des NSDAP-Gesundheitswesens zu sehen, gegenüber dem staatlichen Gesundheitsdienst Boden gutzumachen. Die Ernennung Contis veränderte die gesundheitspolitischen Konfliktlinien grundlegend, denn durch die Zusammenführung des parteiamtlichen und des staatlichen Gesundheitswesens wurde Leys Frontstellung obsolet. Nun instrumentalisierte die DAF die Betriebsärzte als tragende Säule des „Gesundheitswerkes des deutschen Volkes", das selbst wiederum ein zentrales Element umfassender Reformkonzeptionen bildete, bei

---

132 F. Bartels, Referat vor der DAF-Pressekonferenz, 30. 1. 1940, BAB, 62.03/5995, Bl. 2.

133 Z.B. Rundschreiben des DAF-Gauobmanns im Gau Sachsen an die Betriebsführer, 7. 6. 1944, SächsHStA, Stahl- und Walzwerk Riesa/20.19.

134 F. Bartels, Referat vor der DAF-Pressekonferenz, 30. 1. 1940, BAB, 62.03/5995, Bl. 2f.

135 Aktennotiz des Sozialbüros der IG-Farben, Werk Premnitz, 19. 6. 1936; BrLHA, Br. Pr. Rep. 75, IG-Farben Premnitz/1113.

136 Ein Exemplar dieses Musterdienstvertrages nebst den von der DAF erlassenen „Richtlinien für den Betriebsarzt" in BrLHA, Br. Pr. Rep. 75, IG-Farben Premnitz/1115. Trotz dieser Einigung berichtete der Auslandsdienst der SPD, daß der Widerstand der Unternehmer gegenüber der Einstellung von Betriebsärzten noch im Herbst 1938 spürbar gewesen sei; Behnken, Sopade-Berichte, Oktober 1938, Bd. 5, S. 1082.

deren Verwirklichung die DAF zum entscheidenden sozialpolitischen Machtzentrum des „Dritten Reiches" geworden wäre.[137]

Obwohl Hitler diese hochfliegenden Pläne im Januar 1942 auf Eis legen ließ, konnte die DAF durch den Ausbau des Betriebsarztwesens den Umbau der sozialpolitischen Ordnung unter der Hand in ihrem Sinne weitertreiben. Dabei kam ihr zu Hilfe, daß die erhöhten Krankenstände ein für das Regime überaus bedrohliches Faktum darstellten, so daß die Funktionalisierung der Gesundheits- für die Arbeitseinsatzpolitik sehr attraktiv wurde. Zudem drangen die Arbeitseinsatzbehörden ihrerseits energisch auf den Ausbau des betriebsärztlichen Dienstes.[138] Daß die höchst ideologiebeladene Frage nach der Organisation des Gesundheitswesens und seiner Stellung in der Sozialpolitik kaum mit bevölkerungspolitischen, sondern größtenteils mit rüstungswirtschaftlichen Argumenten geführt wurde, verweist einerseits auf den Funktionswandel des Gesundheitssystems innerhalb der nationalsozialistischen Herrschaft, andererseits auf die zunehmend verengten Handlungsspielräume des Regimes. Als Ley Anfang 1941 einen neuen Anlauf zur flächendeckenden Einführung der Betriebsärzte unternahm, begründete er dies mit der Einsparung von Arbeitskräften.[139] So konnte der Führer der Deutschen Arbeitsfront bei seiner Forderung nach Maßnahmen zur Senkung der Krankenstände auf breite Unterstützung bei den Trägern der NS-Herrschaft, auch unter konkurrierenden Machtzentren, rechnen. Selbst die Kassenärztliche Vereinigung und der Reichsgesundheitsführer, deren vitale Interessen von Leys Plänen betroffen waren, konnten sich diesen Argumenten nur schwer verschließen, auch wenn sich hinter Leys ökonomistischer Argumentation kaum verhüllte machtpolitische Ambitionen verbargen. Als Conti erneut seine Generalkompetenz für das Gesundheitswesen betonte, erklärte ihm Ley, er dächte „gar nicht daran, diese Betriebsärzte dem Gauamtsleiter des Amts für Volksgesundheit der NSDAP aufsichtsmäßig und disziplinär zu unterstellen" und kündigte an, er werde „alle mir geeignet scheinenden Maßnahmen treffen, um den eindeutigen Anspruch der Deutschen Arbeitsfront sicherzustellen".[140]

Conti wehrte sich vergeblich dagegen, Volksgesundheit lediglich „als Anhängsel des Arbeitseinsatzes"[141] zu betrachten. Gegenüber dem betriebsmedizinischen Radikalismus der DAF vertrat der Reichsgesundheitsführer ein wesentlich konservativeres Programm. Für Conti, dessen gesundheitspolitisches Credo trotz seiner antisemitischen und rassenhygienischen Bestandteile eher traditionalistisch anmutet, waren Betriebsärzte eine zwar notwendige, im Grunde aber unerwünschte Einrichtung. „Sollte die Absicht geltend gemacht werden, die freie

---

137 Für die Planer der DAF war das Gesundheitswerk eine unverzichtbare Voraussetzung der Reform der Altersversorgung, da man nur mit Hilfe präventivmedizinischer Konzepte eine weitere Absenkung des Renteneintrittsalters zu verhindern können glaubte; DAF-Amt für Gesundheit und Volksschutz, Entwurf eines Führer-Erlasses über die Errichtung des Gesundheitswerkes des deutschen Volkes 1941/42, S. 6; AKBV, ohne Signatur.

138 Vgl. Sauckel an Ley, 20. 12. 1943, APK, 11708820f.

139 Ley an Seldte, 12. 1. 1942, BAB, R 18/3785, mit Zweitschrift an Keitel ebenda.

140 Ley an Conti, 24. 6. 1942, BAB, R 18/3785.

141 [Conti], Memorandum [1942], BAB, R 18/3814, Bl. 112.

Arztwahl völlig aufzuheben, die Angehörigen von Rüstungsbetrieben zu zwingen, nur Betriebsärzte zur Behandlung in Anspruch zu nehmen, und gleichzeitig auch einen Zwang auszuüben, bei bettlägriger Erkrankung in einer betriebsärztlichen Revierstube sich behandeln zu lassen", erklärte er nach der Lockerung des betriebsärztlichen Behandlungsverbots, „ist dem entgegenzutreten [...] Es ist immer zu betonen, daß die kassenärztliche Behandlung im Betrieb kein Idealzustand ist, sondern eine aus den Kriegsnotwendigkeiten geborene Rationalisierungsmaßnahme."[142] Der Reichsgesundheitsführer griff zur Untermauerung seiner Position auf ältere Ideenkerne der nationalsozialistischen Gesundheitspolitik zurück. „Der Aufbau der Gesundheitsführung" müsse „bei der Erb- und Rassenlehre [beginnen], nicht bei der Leistung im Betrieb".[143] Er begegnete den Ambitionen der Deutschen Arbeitsfront mit dem Hinweis, daß die „Schwierigkeiten in der Versorgung der Frauen, insbesondere unter der Geburt, [und] der Kinder [...] bereits so groß [seien], daß es aus politischen und psychologischen Gründen der Volksstimmung, wie auch aus ärztlich-gesundheitlichen Gründen nicht verantwortet werden könnte, eine weitere größere Zahl von Ärzten einzubeziehen".[144] Nicht der Arbeitsplatz, sondern die Wohnung bildete für den Reichsgesundheitsführer den „Lebenskern" der Familie. Ärztliches Handeln sollte sich um die Familie, nicht um das Individuum am Arbeitsplatz herumgruppieren. „Für die Gesundheitsführung"[145] sei „am entscheidendsten die Frage: Wer zeugt die kommende Generation, wie wird sie geboren, wie lebt die Mutter von Kindheit an bis in die Schwangerschaft hinein, wie wird der Säugling geboren, welchen Schutz bietet ihm die Familie, wie wächst das Kleinkind auf?"

Unter den Bedingungen des totalen Krieges erwiesen sich die kriegswirtschaftlichen Argumente der DAF gegenüber der bevölkerungspolitischen Orientierung des Reichsgesundheitsführers als die zugkräftigeren. Für die Reichsgesundheitsführung bedeutete die Vereinbarung vom 16. Dezember 1942 eine empfindliche strategische Niederlage. Zwar blieb die grundsätzliche Zuständigkeit der KVD für die Sicherstellung der ambulanten Versorgung gewahrt, jeder nebenamtlich als Betriebsarzt eingesetzte Mediziner unterlag jedoch innerhalb dieser Tätigkeit der Jurisdiktion der DAF. Jeder neue Betriebsarzt, jede neue Betriebsgesundheitsstation veränderte den Status quo zu Lasten des Reichsgesundheitsführers in Richtung auf die von Ley angestrebte Gesundheitsreform nach Kriegsende. Nach dieser Regelung arbeiteten die Zeit und die rüstungswirtschaftlichen Zwänge zugunsten Leys. Seine Versuche, das Betriebsärztewesen nach der Entmachtung Contis endgültig in seine Hand zu bekommen, scheiterten gleichwohl in einer veränderten gesundheitspolitischen Machtkonstellation an den gleichgelagerten Ambitionen Brandts, der im Unterschied zu Ley direkten Zugang zum nationalsozialistischen Diktator hatte.[146] Dabei zeigte sich erneut, daß bei der Einführung gesund-

---

142 Conti, Rundschreiben an die Gauleiter und die Gauämter für Volksgesundheit, 31. 3. 1942, BAB, R 18/3785.

143 [Conti], Memorandum [1942], BAB, R 18/3814, Bl. 111.

144 Conti an Ley, 14. 1. 1942, BAB, R 18/3785.

145 [Conti], Memorandum [1942], BAB, R 18/3814, Bl. 111.

146 Ley versuchte noch zweimal, sich das Betriebsärztewesen der DAF einzuverleiben: Im

heitspolitischer Innovationen neben ideologischen Programmen und rüstungswirtschaftlichen Erfordernissen auch der situative Kontext des polykratischen Konflikts eine entscheidende Rolle spielte.

Mai 1944 verbot er allen Betriebsärzten unter Androhung von Parteigerichtsverfahren von Brandts Beauftragtem für das Jäger-Programm, Poschman, Weisungen entgegenzunehmen. Im Oktober reklamierte er erneut die Durchführungskompetenz für die DAF-Gauämter. Trotz der Intervention Bormanns zugunsten Leys mußte dieser beide Male seine Schreiben zurückziehen und das Weisungsrecht Brandts und seiner Bevollmächtigten anerkennen; Ley, Rundschreiben an die Betriebsärzte, 27. 5. 1944, BAB, R 18/3810; gemeinsame Erklärung Leys und Brandts, 20. 6. 1944, BAK, Kl. Erw. 512/2, Bl. 145.

IV. Gesundheitspolitik als Krisenmanagement: Medizin im „Totalen Krieg"

1. Auswirkungen des strategischen Luftkriegs

In den ersten Kriegsjahren kamen Luftkriegsschäden an Einrichtungen der medizinischen Infrastruktur vergleichsweise selten vor und konnten, da es sich zumeist nur um geringfügige Glasschäden oder Dachabdeckungen, seltener Volltreffer oder größere Brände handelte, verhältnismäßig rasch behoben werden. Bis zum Sommer 1941 spielte die Bedrohung aus der Luft im Denken der Gesundheitsbehörden daher nur eine untergeordnete Rolle. Krankenhäuser galten in der alliierten Luftkriegsdoktrin nicht als Bombenziel, doch waren sie durch ihre zentrale Lage in den innerstädtischen Wohngebieten und ihre häufig im Pavillonsystem ausgeführte leichte Bauweise besonders verletzbar.[1] Wie gefährdet die medizinische Infrastruktur dichtbebauter Siedlungszentren war, zeigte ein Luftangriff auf Emden, der in der zweiten Junihälfte 1941 nahezu alle im Stadtgebiet gelegenen Krankenhäuser zerstörte.[2] Seit dem Frühjahr 1942 lösten die nächtlichen Flächenbombardements der britischen Luftwaffe immer häufiger lokale Krisen in der Krankenhausversorgung Nord- und Westdeutschlands aus, z.B. in Duisburg, das im Juli 1942 rund ein Fünftel seiner 4600 Krankenhausbetten verlor.[3] Allerdings konnten auch stark vom Luftkrieg betroffene Gebiete wie die nördliche Rheinprovinz lokale Versorgungsengpässe zunächst durch Belegungsverdichtungen, die Verlegung transportfähiger Kranker in andere Städte sowie die zeitweise Mitbenutzung von Reservelazaretten ausgleichen. Die Luftangriffe wirkten anfangs daher weniger durch ihre Zerstörungen, sondern vor allem dadurch, daß sie den gesundheitspolitischen Akteuren die Verwundbarkeit der medizinischen Infrastruktur und die völlig unzureichenden Abwehrmöglichkeiten vor Augen führten.[4]

Diese Situation änderte sich im Verlauf des Jahres 1943 grundlegend. Die auf Flächenziele abgeworfene Bombenmenge vervierfachte sich gegenüber dem Vorjahr annähernd von 42 000 auf rund 151 000 Tonnen, die Zahl der Toten wuchs geradezu expotentiell von ca. 4300 auf rund 103 000. Mehr als 40 000 Personen fielen

---

1 USSBS, Medical Branch Report, The Effect of Bombing on Health and Medical Care in Germany, 1945, S. 215, IfZ, MA 1566/5.

2 Vernehmung Brandt, Protokoll des Nürnberger Ärzteprozesses, 3. 2. 1947, IfZ, MB 15/20, Bl. 2325.

3 Müller-Voigt, Bericht über Maßnahmen auf dem Gebiet der Beschaffung ausreichender Betten in den Krankenhäusern in Duisburg unter Berücksichtigung der letzten Luftangriffe und unter Beachtung des Erlasses des Herrn RdLuOBdL Nr. 360/42, 12. 8. 1942, NRWHStA, Reg. Düsseldorf/54475-I, Bl. 62.

4 Mitschrift des Vortrags von Oberstabsarzt Dr. Uckermark, Luftgaukommando Münster, vor Ärzten der Kölner Krankenhäuser am 3. 9. 1941, StadtAK, 687/29, Bl. 92–95; Essener Kinderklinik fiel Britenbomben zum Opfer, in: Essener Stadtanzeiger v. 15. 2. 1942.

allein der Angriffsserie auf Hamburg im Juli/August 1943 zum Opfer.[5] Nach einer Serie von Flächenbombardements, die zwischen März und Juli 1943 die urbane Infrastruktur des Ruhrgebiets und der nördlichen Rheinprovinz stark in Mitleidenschaft gezogen hatten, konnte in vielen Städten Westdeutschlands von einer gesicherten Gesundheitsversorgung nicht mehr die Rede sein.[6] Duisburg verlor ein weiteres Fünftel seiner Krankenhausbetten, in Düsseldorf wurden mehr als 1000 Betten durch Luftangriffe zerstört und Köln büßte bei einer Serie von Bombenangriffen im Juni/Juli 1943 mehr als 40 Prozent seiner 8600 Krankenhausbetten ein. Sechs Krankenhäuser waren völlig zerstört, große Teile der Universitätskliniken schwer getroffen. Von den 380 Arztpraxen im Kölner Stadtgebiet erlitt rund ein Drittel einen Totalschaden, ein weiteres Drittel wurde zum Teil schwer beschädigt. In der Düsseldorfer Innenstadt waren im Juni 1943 nur noch zwölf von 200 Arztpraxen betriebsfähig.[7] In den meisten Städten des Ruhrgebiets sah die Situation kaum besser aus. Hier bestand die Arbeit der Gesundheitsbehörden seit dem Frühjahr 1943 zu einem beträchtlichen Teil aus der Beseitigung der Luftkriegsschäden.[8]

Spätestens seit diesem Zeitpunkt traten die Auswirkungen der Flächenbombardements als konstitutiver Faktor der verfügbaren Gesundheitsressourcen neben den Wehrmachtsbedarf. Der entstandene Versorgungsengpaß beschränkte sich seit dem Sommer 1943 nicht mehr nur auf Großstädte, in denen etwa ein Drittel der deutschen Bevölkerung lebte. Die Bedeutung der urbanen Zentren für die medizinische Versorgung ging weit über das unmittelbare Stadtgebiet hinaus, da die Oberzentren bei der medizinischen Versorgung des Umlands eine wichtige Rolle spielten und die aus den zerstörten Stadtkliniken evakuierten Patienten die Krankenhäuser der Umlandgemeinden belasteten. Anders als im Jahr 1942 blieben die Zerstörungen nicht mehr auf die nord- und westdeutschen Städte begrenzt, sondern erfaßten in wachsendem Umfang auch andere Ballungsräume: Nach dem Schlag gegen Hamburg, bei dem die Stadt etwa 60 Prozent ihrer stationären Versorgungsmöglichkeiten einbüßte, zerstörten alliierte Bomber im Spätherbst und Winter 1943/44 mehr als ein Drittel der 27000 Berliner Krankenhausbetten. Stuttgart büßte bis Oktober 1943 fast 50 Prozent seiner stationären Versorgungskapazität ein.[9] Auch die im Rhein-Main-Gebiet ansässige Arzneimittelproduktion

---

[5] USSBS, Final Report, Tab. 1; USSBS, Medical Branch Report, The Effect of Bombing on Health and Medical Care in Germany, 1945, S. 11–33, IfZ, MA 1566/5. Für die folgenden Jahre liegen nur Schätzungen der Luftkriegstoten vor, die auf der Auswertung lückenhafter Mortalitätsstatistiken und Befragungen deutscher Gesundheitsbehörden basieren. Danach kamen im Jahr 1944 ca. 201000 Personen und 1945 etwa 110000 Personen (ohne Zwangsarbeiter, Kriegsgefangene und Wehrmachtsangehörige) durch Luftangriffe zu Tode.

[6] Zur sogenannten „Battle of the Ruhr" vgl. Boog, Luftkrieg, S. 16–21.

[7] Gesundheitsamt Duisburg an Brandt, 29. 5. 1943, StadtAD, 503/33; Regierung Köln, Zusammenfassender Bericht an den Führer über die letzten Luftangriffe auf Köln, 21. 7. 1943, NRWHStA, Reg. Düsseldorf/54495, Bl. 64; Regierung Düsseldorf an das Oberpräsidium der Rheinprovinz, 22. 6. 1943, NRWHStA, Reg. Düsseldorf/54488-II, Bl. 332f.

[8] Exemplarisch: Bericht des Kreisamtes für Volksgesundheit Bochum, III/1943, StAMü, Kreis- und Ortsgruppenleitungen der NSDAP/129.

[9] Ofterdinger an Conti, 17. 8. 1943, BAB, R 18/3791; Nachtmann, Versorgung, S. 68.

wurde durch Luftangriffe schwer getroffen.[10] Lediglich die mittel- und ostdeutschen Bezirke sowie das ehemalige Österreich konnten noch als einigermaßen luftsicher gelten.

Da die Royal Air Force ihre Flächenbombardements auf wechselnde Regionen konzentrierte, gelang es der Reichsgesundheitsführung anfangs, die punktuellen Zerstörungen mit eigenen Reserven an Ärzten und Sanitätsmaterial zu überbrükken. Daß dies zunächst auch bei großen Katastrophen noch möglich war, zeigt das rasche Eingreifen der Reichsbehörden nach der verheerenden Angriffsserie auf Hamburg im Juli/August 1943.[11] Die Fähigkeit der NS-Gesundheitsverwaltung zur kurzfristigen, wirksamen Katastrophenhilfe kann jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, daß die medizinische Infrastruktur in den Großstädten durch die Luftangriffe des Jahres 1943 bereits entscheidend getroffen wurde. Die Mittel, die man zur Beseitigung der Schäden einzelner besonders schwerer Großangriffe einsetzte, wurden aus der längst zusammengeschmolzenen medizinischen Reichsreserve zur Verfügung gestellt und gingen damit der übrigen Bevölkerung verloren. Anders als bei der Rüstungsindustrie, der es durch massiven Material- und Arbeitskräfteeinsatz vielfach gelang, die Produktion zügig wieder in Gang zu setzen, griffen die Luftkriegsschäden im medizinischen Sektor seit dem Herbst 1943 die Substanz der medizinischen Infrastruktur an. Nicht beseitigte Altschäden vermengten sich mit denen der nachfolgenden Luftangriffe, da die Instandsetzung der getroffenen Krankenhäuser infolge des Mangels an Baustoffen nur verzögert stattfinden konnte und zumeist auf notdürftige Ausbesserungsarbeiten beschränkt blieb.[12] Da Ersatz für beschädigtes medizinisches Gerät kaum mehr zu erhalten war, lebten die neu eingerichteten Ausweichkliniken weitgehend von der Ausschlachtung ausgebombter Krankenhäuser.[13]

Mit dem Übergang zum „round-the-clock-bombing" griffen anfangs regional eingegrenzte Versorgungskrisen zunehmend auf das übrige Reichsgebiet aus. Nicht mehr nur die bevorzugten Angriffsziele wie Hamburg, das Ruhrgebiet und Berlin, sondern praktisch jede deutsche Großstadt im Einzugsbereich der Bomberströme wurde zum Zielpunkt eines Luftangriffs. Bis zum Jahresende 1944 waren vier Fünftel aller Städte über 100000 Einwohnern zerstört, so daß sich deren Schadensstände nicht mehr wesentlich von denen der Rheinprovinz unterschieden haben dürften.[14] Während die Belastung der meisten noch intakten Krankenhäuser durch Bettenabgaben an die Wehrmacht und eine steigende Patientenzahl weiter zunahm, wuchs das Ausmaß der luftkriegsbedingten Zerstörungen im Herbst 1944 noch einmal beträchtlich. Nach den Oktoberangriffen 1944 waren in Essen 2940 von 5400 Betten ausgefallen, in Duisburg 2220 von 4570. In Köln war

---

[10] A. Schaffner (Fa. Merck) an die Regierung Düsseldorf, Abteilung Medizinalwesen, 4. 1. 1944, NRWHStA, Reg. Düsseldorf/54363-I, Bl. 87.

[11] Aus der Sicht eines betroffenen Mediziners: Bürger-Prinz, Psychiater, S. 145f.

[12] USSBS, Medical Branch Report, The Effect of Bombing on Health and Medical Care in Germany, 1945, S. 221, IfZ, MA 1566/5.

[13] Conti an den Reichsminister für Bewaffnung und Munition, 29. 6. 1943, BAB, R 18/3791; Forßmann, Selbstversuch, S. 264.

[14] USSBS, Area Studies Division Report, Table N; zur Intensität der Luftangriffe: USSBS, Final Report, Chart 2.

die Anzahl der verfügbaren Krankenhausbetten um vier Fünftel zurückgegangen.[15] Mit einem besonders krassen Versorgungsnotstand hatte Mülheim an der Ruhr zu kämpfen: Dort waren Ende August 1944 nur noch 55 von 1055 Friedensbetten belegbar. Ähnlich dramatisch gestaltete sich die Situation in Aachen, wo die Gesundheitsverwaltung nach dem verheerenden Aprilangriff des Jahres 1944 nur noch über ein knappes Zehntel der 2100 Krankenbetten verfügen konnte.[16] Diese Entwicklung stellt keine Besonderheit der Rheinprovinz dar. Ende 1944 hatten Städte wie Hamburg, Kassel und Frankfurt am Main nur mehr ein Drittel bzw. etwa die Hälfte ihrer Vorkriegskapazität zur Verfügung, und auch süddeutsche Städte gerieten zunehmend ins Visier der alliierten Bomberflotten.[17] Insgesamt, so schätzten Experten der US-Armee, die unmittelbar nach dem Kriegsende die deutschen Großstädte bereisten, wurden bis Mai 1945 rund 45 Prozent der Friedenskapazität an Krankenhausbetten durch Luftangriffe zerstört.[18]

Die Folgen der alliierten Luftoffensive für die medizinische Versorgung der Patienten waren beträchtlich. Das Statistische Bundesamt schätzte die Zahl der Luftkriegsverletzten auf nahezu eine Million, über die Hälfte kam im letzten Kriegsjahr zu Schaden.[19] Infolge der Bombardierungen, so bilanzierte der Reichsgesundheitsführer im November 1944 die Situation, sei eine Reihe von Großstädten „seit Wochen nicht mehr in der Lage, die täglich anfallenden Verwundeten und Kranken zu bergen".[20] Je mehr sich die Front den deutschen Grenzen näherte, desto mehr litten auch Krankenhäuser in Klein- und Mittelstädten unter taktischen Luftangriffen.[21] Nur die Entvölkerung der Städte verhinderte dort den völligen Zusammenbruch der Krankenhausversorgung. In Köln standen bei Kriegsende rund 1500 zivile Krankenhausbetten 7500 bei Kriegsbeginn gegenüber. Da die Be-

---

15 USSBS, Medical Branch Report, The Effect of Bombing on Health and Medical Care in Germany, 1945, S. 186, IfZ, MA 1566/5.

16 Niederschrift über die Tagung betreffend Luftschutzmaßnahmen in Bochum, 14. 7. 1944, NRWHStA, Reg. Düsseldorf/54488-II, Bl. 97; Gesundheitsamt Essen, Bericht über die Terrorangriffe auf Essen am 23. und 25. 10. 1944, NRWHStA, Reg. Düsseldorf/54489-III, Bl. 552.

17 USSBS, Medical Branch Report, The Effect of Bombing on Health and Medical Care in Germany, 1945, S. 186, IfZ, MA 1566/5. Augsburg büßte im Februar 1944 mehr als 60 Prozent seiner stationären Versorgungskapazität ein. München verlor bis April 1944 etwa ein Drittel seiner zivil genutzten Krankenbetten. In Freiburg wurde in der Nacht des 27. 11. 1944 die Hälfte der 20 Krankenanstalten vollkommen zerstört, nur drei Kliniken blieben unbeschädigt; Limmer an Brandt, 27. 4. 1944, StadtAM, Gesundheitsamt/197; Pöhlmann, Augsburg, S. 109; Ueberschär, Freiburg, S. 419, 423.

18 USSBS, Medical Branch Report, The Effect of Bombing on Health and Medical Care in Germany, 1945, S. 219f., IfZ, MA 1566/5.

19 Die Zahl von 955000 Luftkriegsverletzten bis Kriegsende bezieht sich auf das Deutsche Reich in den Grenzen von 1942. In ihr sind ca. 32000 verletzte Zwangsarbeiter sowie 38000 Wehrmachtsangehörige enthalten; H. Sperling, Die Luftkriegsverluste während des Zweiten Weltkrieges in Deutschland, in: Wirtschaft und Statistik N.F. 8 (1956), S. 498–500. Das Reichsinnenministerium ging Ende Mai 1944 von rund 259000 Zivilverletzten aus; Groehler, Bombenkrieg, S. 318.

20 Conti, Rundschreiben an die Reichsleiter der NSDAP u.a, 14. 11. 1944, APK, Bl. 10114002.

21 Regierung Düsseldorf an den Reichsgesundheitsführer, 23. 12. 1944, NRWHStA, Reg. Düsseldorf/54489-III, Bl. 543.

völkerung sich im gleichen Zeitraum von 750000 auf 210000 Einwohner verminderte, sank die Zahl der nutzbaren Krankenhausbetten lediglich von 10 auf 7,1 pro Tausend, zumal die kommunale Gesundheitsverwaltung inzwischen neue, weniger luftkriegsempfindliche Räumlichkeiten im Kölner Umland bereitgestellt hatte.[22]

Freilich hatte dieser Krankenhausersatz außer dem Namen nur wenig mit den Kliniken der Vorkriegszeit gemeinsam. Fahrbare Behelfspraxen, notdürftig zusammengezimmerte Behandlungsbaracken oder aber Luftschutzbunker waren die neuen Orte medizinischer Versorgung in den urbanen Zentren.[23] Gegen Kriegsende glichen die Behandlungseinrichtungen oft mehr improvisierten Feldlazaretten als den Krankenhäusern der Vorkriegszeit. Im Ruhrgebiet errichtete man Krankenstationen in aufgelassenen Bergwerksstollen. In Köln fand die Krankenhausversorgung im letzten Jahr der NS-Herrschaft praktisch nur noch an den rund 1400 Betten sogenannter „Bunkerstationen" statt, die die städtische Gesundheitsverwaltung in den feuchten, schlecht gelüfteten Kellern der ausgebombten Krankenanstalten eingerichtet hatte.[24] In den letzten Monaten des „Dritten Reiches" waren solche Krankenhausbunker auch in anderen Städten nicht mehr nur Notaufenthalt im Alarmfall, sondern dauernder Aufenthaltsort der bettlägerigen Kranken. Der Nationalsozialismus, der als Förderer der Volksgesundheit angetreten war, hinterließ auf seiner Rückmarschstraße ein weitgehend zerstörtes System der medizinischen Versorgung, das in den zerbombten Städten nur mehr als Bunker-, Baracken- und Kellermedizin funktionierte.

2. Die medizinische Bewältigung des Luftkriegs

Für die nationalsozialistischen Machthaber waren die Luftangriffe nicht nur wegen ihrer rüstungswirtschaftlichen Folgen ein entscheidender Prüfstein. Nur indem sie die Luftkriegsfolgen so rasch wie möglich beseitigten, konnten sie ihre Fähigkeit zur Problembewältigung, eine zentrale Voraussetzung der Loyalitätssicherung unter den Bedingungen charismatischer Herrschaft, unter Beweis stellen. Daher verwandte das NS-Regime einen beträchtlichen Teil der ihm verbliebenen Ressourcen darauf, den ausgebombten Bevölkerungsteilen nicht nur „seelische Betreuung und Stärkung",[25] sondern auch materielle Hilfe angedeihen zu lassen.

Wie in fast allen Bereichen nationalsozialistischer Herrschaft war die Zuständigkeit für die Bewältigung der medizinischen Folgen des Luftkrieges in viele Kompetenzstränge aufgespalten. Die passive Luftabwehr, zu der vor allem der

---

[22] Berechnet nach dem Rechenschaftsbericht des Gesundheitsamtes Köln über die Wiederaufbauarbeit seit dem 6. 3. 1945, 2. 7. 1945, StadtAK, 690/9, Bl. 8.

[23] USSBS, Final Report, S. 59.

[24] Coerper, Rundschreiben an die Chefärzte der Kölner Kliniken, 28. 4. 1944, StadtAK, 687/16; Meldung von Kellerbetten der Kölner Krankenanstalten, Mai 1944, ebenda.

[25] So die Empfehlung Görings; Erlaß des Reichsministers der Luftfahrt und Oberbefehlshabers der Luftwaffe LS Nr. 3544/42 (1 Ia) vom 17. 12. 1942, BAB, R 18/3791.

Bunkerbau zählte, gehörte zum Verantwortungsbereich des Reichsluftfahrtministeriums. Vor Ort nahmen die leitenden Luftschutzärzte der jeweiligen Kommunen als Verantwortliche für die Organisation und Durchführung der medizinischen Erstversorgung während der Luftangriffe eine Schlüsselstellung ein.[26] Sie wurden in größeren Städten aus dem Kreis der Polizeiärzte berufen, zumeist aber übte der örtliche Amtsarzt diese Funktion aus. Er unterstand dabei dem Polizeipräsidenten als Leiter des örtlichen Luftschutzwesens. Praktisch hing vieles von der Machtverteilung innerhalb der Kommunalverwaltung ab. In Köln, wo der Amtsarzt Coerper als zweiter Bürgermeister eine sehr starke Position innerhalb der städtischen Verwaltung innehatte, organisierte dieser eigenständig die medizinische Katastrophenbewältigung und der Polizeiarzt fungierte lediglich als ausführendes Organ. In den Gauhauptstädten griffen Gauleiter in ihrer Eigenschaft als Reichsverteidigungskommissare oft direkt in die Schadensbeseitigung ein bzw. übertrugen den Gaugesundheitsführern entsprechende Vollmachten.[27] Die Wiederherstellung der medizinischen Infrastruktur nach Luftangriffen und der Abtransport der Kranken oblag den Medizinaldezernenten der Regierungspräsidien. Parallel dazu entstanden im Sommer 1943 bei den Gauleitungen Luftkriegs-Einsatzstäbe, die zum Teil deren Aufgaben übernahmen.[28] Seit Januar 1943 koordinierte der unter dem Vorsitz von Joseph Goebbels tagende interministerielle Luftkriegsschädenausschuß die überregionale Schadensbewältigung, die der Chefpropagandist des „Dritten Reiches" vom „Katastropheneinsatz" zur sprachlich unverfänglicheren „Soforthilfe" umgetauft hatte.[29] Allerdings waren die gesundheitspolitischen Wirkungsmöglichkeiten des ehrgeizigen Gauleiters von Berlin geringer als etwa bei der Evakuierung der Stadtbewohner, da der Reichsgesundheitsführer im Juni 1943 ein eigenes Generalreferat für Luftkriegsschäden eingerichtet hatte, das der energische Ministerialdirektor Fritz Cropp leitete. Zudem schaltete sich Hitlers Generalkommissar für das Sanitäts- und Gesundheitswesen in die Bekämpfung der Luftkriegsfolgen ein. Brandts Beauftragte operierten bei der Bekämpfung der Luftkriegsfolgen quer zu den bestehenden Instanzenzügen, oftmals angelehnt an Goebbels' Luftkriegsschädenausschuß.[30] Trotz dieses Zuständigkeitswirrwarrs funktionierte die Kooperation zwischen den Funktionsträgern in den Gauen und Kommunen besser als zwischen den übergeordneten Hierarchieebenen, da die Kompetenzen in der Mittelebene bei den jeweiligen Reichsverteidigungskommissaren zusammenliefen und die Wehrmacht, die angewiesen war, im Katastrophenfall „mit allen verfügbaren Kräften und Mitteln Hilfe zu lei-

[26] Engel, Aktenvermerk vom 14. 7. 1943, BAB, R 18/3791; USSBS, Final Report, S. 55, 59.
[27] Engel, Aktenvermerk vom 16. 6. 1943, BAB, R 18/3791.
[28] Der Arzt im Luftkrieg [MS, 1943], S. 8, BAB, R 18/3791. Da die leitenden Medizinalbeamten der Regierungsbezirke Mitglieder dieses Gremiums waren, änderte sich lediglich die Legitimationsgrundlage ihrer Amtsführung.
[29] Rundschreiben des Reichspropagandaamtes 27/43, 19. 12. 1943, StadtAD, 503/33; zur Tätigkeit des Luftkriegsschädenausschusses vgl. die allerdings unkritische Darstellung bei Hampe, Luftschutz, S. 607–610.
[30] Müller-Voigt an die Regierung Düsseldorf, 28. 5. 1943, StadtAD, 503/33; Frick an Lammers, 8. 6. 1943, BAB, R 18/3809; Conti an Goebbels, 7. 6. 1943, ebenda.

sten"[31], ihre medizinischen Ressourcen bei der Bewältigung von Luftkriegsfolgen weitaus bereitwilliger zur Verfügung stellte, als dies im Alltag gesundheitspolitischer Verteilungskonflikte sonst der Fall war.

Die Bewältigung der medizinischen Luftkriegsfolgen konfrontierte die Gesundheitsbehörden mit Problemen, die in ihrer Art und in ihrem Ausmaß vollkommen neuartig waren. Bis zum Frühjahr 1941 hatte man die Auswirkungen von strategischen Luftangriffen auf die medizinische Infrastruktur stark unterschätzt, so daß der Luftschutz für medizinische Einrichtungen im Denken der Gesundheitsbehörden nur eine untergeordnete Rolle spielte.[32] Außer in routinisierten Trockenübungen wurde der Selbstschutz gegen Luftkriegsfolgen seitens der Gesundheitsbehörden kaum thematisiert. Passive Schutzeinrichtungen, z.B. Krankenhausbunker, standen bei Kriegsbeginn nur selten zur Verfügung. In der Mehrzahl der Fälle bestand der passive Luftschutz in den Krankenhäusern lediglich aus eilig errichteten Splitterschutzmauern und provisorisch gesicherten Klinikkellern.[33] Die Krankenhäuser mußten sich daher damit begnügen, die nicht gehfähigen Patienten soweit als möglich in den Erdgeschossen zu lagern und bei Voralarm in die behelfsmäßig hergerichteten Untergeschosse zu verbringen.[34] Auch die für die Kranken sehr belastende Praxis, alle bettlägerigen Patienten bei Einflugwetter nachts in Luftschutzräume zu schaffen, war verbreitet.[35] Jedoch reichten Art und Umfang der luftkriegssicheren Räume bei weitem nicht aus. „Es ist ein offenes Geheimnis",[36] so ein Düsseldorfer Klinikdirektor, „daß die bisherigen Maßnahmen bei Luftangriffen, d.h. die Hinunterbringung der Schwerverletzten in auch nur einigermaßen geschützte Räume, rein theoretischer Art waren". Ein im Herbst 1941 per Führererlaß eilig aufgelegtes „Luftschutzsonderprogramm" versuchte, hier wenigstens für die besonders gefährdeten Orte der Luftschutzklasse 1 Abhilfe zu schaffen, doch wurden die Bauarbeiten oftmals durch Material- und Treibstoffmangel unterbrochen.[37] Im Juni 1943 waren erst in 36 Städten Krankenhausbunker vorhanden bzw. im Rohbau fertiggestellt.[38] Einige

---

[31] Handloser an das Oberkommando der Kriegsmarine, den Reichsminister der Luftfahrt und Oberbefehlshaber der Luftwaffe u.a., 19. 7. 1943, BAB, R 18/3791.

[32] Ausarbeitung Karl Brandts, 16. 8. 1945, BAK, Kl. Erw. 441/3, Bl. 30f.; USSBS, Final Report, S. 59.

[33] Coerper an den Oberbürgermeister der Stadt Köln, 19. 6. 1943, StadtAK, 687/29.

[34] Nach dem Erlaß des Reichsministers der Luftfahrt und Oberbefehlshabers der Luftwaffe vom 13. 1. 1940, Nr. 102/39 geh., durften bettlägerige und schwer zu transportierende Kranke nur im Erdgeschoß untergebracht werden, NRWHStA, Reg. Düsseldorf/54492, Bl. 230; Der Arzt im Luftkrieg, [MS, 1943], S. 5, BAB, R 18/3791.

[35] Kroh an Coerper, 24. 6. 1940, StadtAK, 687/2, Bl. 44; Ärztliche Erfahrungen im Luftschutz, hrsg. vom Reichsminister der Luftfahrt/Chef des Sanitätswesens der Luftwaffe, Nr. 3, 29. 7. 1944, NRWHStA, Reg. Düsseldorf/54488-II, Bl. 151f.

[36] Theresienhospital an das Gesundheitsamt Düsseldorf und den Düsseldorfer Polizeipräsidenten, 8. 1. 1941, NRWHStA, Reg. Düsseldorf/54475-I, Bl. 276.

[37] Aktenvermerk des Gesundheitsamtes Köln vom 3. 2. 1943, StadtAK, 687/10, Bl. 2; Niederschrift über eine Besprechung zwischen der Gesundheitsverwaltung Köln, Kölner Chefärzten und Wehrmachtsärzten [1943], StadtAK, 687/2, Bl. 109f.; Regierung Düsseldorf an das Oberpräsidium der Rheinprovinz, 9. 11. 1942, NRWHStA, Reg. Düsseldorf/54490-I, Bl. 99.

[38] Die Zählung unterschied nicht zwischen in Betrieb genommenen und erst im Rohbau er-

dieser Bunker, vor allem solche, die mit der ersten Bautranche in Nord- und Westdeutschland errichtet worden waren, stellten komplette Krankenhäuser unter Tage dar, die bis zu 300 Patienten, in der Regel allerdings eher 100 bis 200 aufnehmen konnten und mit Operations- und Behandlungsräumen und den dazugehörigen Wirtschaftseinrichtungen ausgestattet waren.[39] Davon befanden sich drei im Gebiet der besonders luftgefährdeten nördlichen Rheinprovinz. In Süddeutschland, das als weniger luftgefährdet galt, mußten sich die Gesundheitsbehörden mit improvisierten Luftschutzräumen in den kühlen und kaum klimatisierten Kellern der Krankenhäuser begnügen.[40]

Das Reichsluftfahrtministerium versuchte, der Gefährdung durch weitestmögliche Räumung der städtischen Krankenanstalten entgegenzuwirken, ohne jedoch die daraus resultierenden Kapazitätsverminderungen in Rechnung zu stellen. Die Bestimmung, daß die oberen Stockwerke von Kranken freizuhalten seien, wurde allerdings, darauf weisen immer wiederkehrende Ermahnungen der Luftschutzleitungen hin, von den Krankenhäusern nicht allzu genau befolgt. Auch die Durchführung des als Teil eines ganzen Bündels überhasteter Reaktionen auf den Kölner Angriff vom 31. Mai 1942 verkündeten Erlasses vom 12. Juni 1942,[41] der die realitätsferne Räumung aller eingeschossigen Krankenhausbauten von nicht gehfähigen Kranken vorsah, wurde von zahlreichen Kommunen mit der Begründung verweigert, daß er „hinsichtlich der luftschutzmäßigen Unterbringung der Kranken"[42] Bestimmungen enthalte, „die einfach nicht duchführbar sind". Seine Anwendung hätte eine Verminderung der Bettenkapazität um bis zu vier Fünftel nach sich gezogen, da in den luftgefährdeten Regionen alle im Pavillonsystem erbauten Krankenhäuser (dem um die Jahrhundertwende bevorzugten Bautyp) einen Großteil ihrer Betten verloren hätten. Eine Stadt wie Essen hätte demnach nurmehr 70 Prozent ihrer Betten mit gehfähigen Leichtkranken und weniger als 20 Prozent mit nicht transportfähigen Kranken belegen können.[43]

Das Kernstück der medizinischen Katastrophenvorsorge bildeten „Luftschutzrettungsstellen", die der Luftschutzsanitätsdienst in den örtlichen Polizeirevieren

---

stellten Bunkern, so daß von den 81 betonfertig erstellten Bunkern wenigstens 50 Prozent abgezogen werden müssen. Das Bunkerbauprogramm setzte Schwerpunkte in den Nord- und Ostseestädten (17 Bauten), Süddeutschland (15), dem nördlichen Ruhrgebiet (7) und den mitteldeutschen Industriezentren (8); Liste über die geplanten bzw. fertiggestellten Krankenhausbunker, Anlage zu Brandt an Lammers, 22. 6. 1943, BAB, R 43-II/737b, Bl. 144.

[39] USSBS, Medical Branch Report, The Effect of Bombing on Health and Medical Care in Germany, 1945, S. 188–202, IfZ, MA 1566/5.

[40] Hinweise auf Todesfälle aufgrund unzureichender Entlüftung finden sich im Rundschreiben des Medizinaldezernenten der Reg. Arnsberg an die Amtsärzte des Bezirks, 31. 5. 1943, StAMü, Reg. Arnsberg/13264.

[41] Runderlaß des Reichsministers der Luftfahrt und Oberbefehlshabers der Luftwaffe Nr. 360/42 L. In. 14–1 III A, 12. 6. 1942, NRWHStA, Reg. Düsseldorf/54490-I, Bl. 69.

[42] Müller-Voigt, Bericht über Maßnahmen auf dem Gebiete der Beschaffung ausreichender Betten in den Krankenhäusern in Duisburg unter Berücksichtigung der letzten Luftangriffe, 12. 8. 1942, NRWHStA, Reg. Düsseldorf/54475-I, Bl. 64.

[43] Für Duisburg betrugen die entsprechenden Werte 47 bzw. 11 Prozent, für Düsseldorf 46 und 37 Prozent; Regierung Düsseldorf an den Oberpräsidenten der Rheinprovinz, 9. 11. 1942, NRWHStA, Reg. Düsseldorf/54490-I, Bl. 100.

für jeweils 30000 bis 40000 Personen einrichtete. Sie waren bei Luftgefahr mit drei bis vier Ärzten und ca. 15 Angehörigen des nichtärztlichen Hilfspersonals besetzt.[44] Die diensttuenden Mediziner rekrutierten sich aus der örtlichen Ärzteschaft, das nichtärztliche Personal wurde vom Roten Kreuz gestellt. Die Luftschutzrettungsstellen waren behelfsmäßig gegen Bombenschäden gesichert, und – im Idealfall – mit einer unabhängigen Wasser- und Stromversorgung ausgestattet. Sie dienten primär als Erste-Hilfe-Stationen sowie zum Zwischenaufenthalt für Verletzte bis zum Abtransport in die Krankenhäuser, ähnlich den Hauptverbandsplätzen der Wehrmacht.[45] In größeren Städten bildete der Luftschutzsanitätsdienst zusätzlich mobile Sanitätsbereitschaften, die aus einem Arzt und einigen Krankenhelfern bestanden.[46]

Nach größeren Luftangriffen bestand ein entscheidender Engpaß in der Anzahl der kurzfristig verfügbaren Krankenhausbetten.[47] Für die Krankenhäuser bedeutete das, im Katastrophenfall möglichst viele eigene Patienten, praktisch jeden der gehen konnte, nach Hause zu entlassen, um Kapazität für schwerverletzte Luftkriegsopfer zu schaffen.[48] Seit dem Sommer 1943 dienten zusätzlich die noch verbliebenen Heil- und Pflegeanstalten in der Nähe der Stadtzentren als Bettenpuffer zur Zwischenlagerung von Luftkriegsopfern. Deren Insassen sollten im Katastrophenfall bis zur Evakuierung auf einfachst ausgestatteten „Notlagern in heizbaren Gängen, Essräumen, Kapellen von Anstalten"[49] untergebracht werden.

Nachdem die Luftangriffe auf Lübeck und Rostock gezeigt hatten, daß die örtlichen Gesundheitsverwaltungen die Auswirkungen größerer Flächenbombardements allein nicht bewältigen konnten, regte die Gesundheitsabteilung des Reichsinnenministeriums die Einrichtung mobiler Ärzteteams zur Schwerpunktbildung nach Luftangriffen an und veranlaßte die Einlagerung größerer Bestände an Sanitätsmaterial zur Katastrophenvorsorge.[50] Parallel dazu stellte das Rote Kreuz motorisierte Luftschutzsanitätsbereitschaften bereit, die die Reichsverteidigungskommissare bei den DRK-Landesstellen anfordern konnten. Die Sanitätsbereitschaften verfügten über eigene Krankentransportwagen, Baracken, größere Vorräte an Sanitätsmaterial, Stromgeneratoren, Wasseraufbereitungsanlagen, Feldküchen und einen Vorrat an Feldbetten. Mit mobilen Not-Operationsräumen und transportablen Arztpraxen konnten sie luftkriegsbedingte Lücken in der Versorgung der Bevölkerung bis zur Wiederherstellung der medizinischen Infrastruktur kurzfristig überbrücken.[51] Allerdings benötigte das Regime nach den

---

[44] Zum Luftschutzsanitätsdienst vgl. Hampe, Luftschutz, S. 330ff.; USSBS, Final Report, S. 57.

[45] Ebenda, S. 61.

[46] Ebenda, S. 55.

[47] USSBS, Final Report, S. 57.

[48] Regierung Düsseldorf an das Oberpräsidium der Rheinprovinz, 22. 6. 1943, NRWHStA, Reg. Düsseldorf/54488-II, Bl. 333.

[49] Krause-Wichmann, Rundschreiben an die Gesundheitsämter des Regierungsbezirks, 22. 6. 1943, NRWHStA, Reg. Düsseldorf/54475-I, Bl. 246.

[50] Runderlaß des RMdI IV 750/42 vom 2. 5. 1942, BAB, R 18/3764; Reichsstatthalter der Westmark an die Oberbürgermeister, Polizeipräsidenten und Landräte des Gaues, 24. 6. 1942, BAB, R 18/3791; Hampe, Luftschutz, S. 613.

[51] Grawitz, Rundschreiben an die DRK-Landesstellen, 30. 6. 1943, NRWHStA, Reg. Düs-

schweren Angriffen des Jahres 1942 mehr als ein Jahr, um auf die neue Situation zu reagieren. Erst seit dem Herbst 1943 kann man von einem organisierten medizinischen Luftschutz sprechen. Etwa zu diesem Zeitpunkt wurde die Wehrmacht vermehrt in die medizinische Katastrophenbewältigung integriert.[52] Auch die mobilen Sanitätsbereitschaften standen erst seit dem Herbst 1943 flächendeckend zur Verfügung. Da deren Personal aus Ärzten der umliegenden Regionen bestand, dauerte es mehrere Stunden bis zur Einsatzbereitschaft.[53] Die Hauptlast der unmittelbaren medizinischen Katastrophenbekämpfung verblieb daher bei den örtlichen Stellen, vor allem bei den Ambulanzen der Krankenhäuser und den Ärzten der Luftschutzrettungsstellen. Gerade sie waren jedoch – oftmals selbst bombengeschädigt – damit völlig überfordert.[54]

Während alliierte Stellen dem Luftschutzsanitätsdienst Effizienz und gutes Funktionieren bescheinigten,[55] deuten die Befunde dieser Studie in eine andere Richtung. Keine der verantwortlichen Stellen sah die Dimension des strategischen Luftkriegs auch nur ansatzweise voraus. Als es im Sommer 1941 zu den ersten größeren Angriffen auf westdeutsche Großstädte kam, reagierten die Behörden geradezu panisch. In Münster ließ die Stadtverwaltung nach einem schweren Luftangriff zunächst alle Krankenhäuser evakuieren, bis sie merkte, daß die verlagerten Kapazitäten bei der medizinischen Versorgung der zurückgebliebenen Bevölkerung fehlten.[56] Bereits bei größeren lokalen Zerstörungen mit mehreren tausend Verletzten wie etwa in Freiburg im November 1944 erwiesen sich die örtlichen Rettungsstellen als „völlig unzureichend".[57] Die Folgen mehrwöchiger städteübergreifender Großangriffe, wie sie das Ruhrgebiet und die nördliche Rheinprovinz erlebten, ließen sich medizinisch kaum mehr handhaben. Und Katastrophen mit bis zu 125000 Verletzten und Zehntausenden von Toten binnen

---

seldorf/54494-II, Bl. 275; DRK-Landesstelle VI an die Regierung Düsseldorf, 25. 9. 1944, ebenda, Bl. 283; vgl. „Quer durch Köln". Großeinsatzwagen des Deutschen Roten Kreuzes, in: Kölner Stadtanzeiger Nr. 498 vom 30. 9. 1942; USSBS, Final Report, S. 65; Beer, Kriegsalltag, S. 141.

52 Regierung Düsseldorf an das Gesundheitsamt Düsseldorf, 10. 7. 1943, NRWHStA, Reg. Düsseldorf/54470-I, Bl. 170; Handloser an das Oberkommando der Kriegsmarine, den Reichsminister der Luftfahrt und Oberbefehlshaber der Luftwaffe u. a., 19. 7. 1943, BAB, R 18/3791; Handloser, Rundschreiben an die Wehrkreiskommandos, 29. 3. 1944, BA-MA, H 20/963.

53 Vogt, Aktennotiz über eine Besprechung mit MR Engel, 7. 6. 1943, NRWHStA, Reg. Düsseldorf/54494-I, Bl. 203 f.; Vogt, Niederschrift über eine Besprechung mit den Chefärzten der Düsseldorfer Krankenhäuser, 26. 5. 1943, NRWHStA, Reg. Düsseldorf/54492, Bl. 197.

54 So nach dem Juni-Angriff in Düsseldorf, als von rund 1000 Augenverletzten wegen fehlender Verbandsstoffe nur die schwersten Fälle verbunden werden konnten; Augenklinik der Medizinischen Akademie Düsseldorf an die Regierung Düsseldorf, 20. 8. 1943, NRWHStA, Reg. Düsseldorf/54488-II, Bl. 53–55.

55 USSBS, Final Report, S. 55.

56 Mitschrift des Vortrags von Oberstabsarzt Dr. Uckermark, Luftgaukommando Münster, vor Ärzten der Kölner Krankenhäuser am 3. 9. 1941, StadtAK, 687/29, Bl. 95; Hermes, Bericht über Fliegerschäden in Münster im Juli 1942, 1. 9. 1941, BAB, R 2/502.

57 Erfahrungsbericht des Freiburger Polizeipräsidenten über den Großangriff auf den LS-Ort Freiburg/Br. am 27. 11. 1944, 8. 12. 1944, Ueberschär, Freiburg, S. 405.

weniger Tage wie in Hamburg im Juli/August 1943 entzogen sich ohnehin jedem Versuch einer gesundheitspolitischen „Bewältigung".[58] Nach den großen Luftangriffen auf Köln und Hamburg fanden sich oft noch nach drei und mehr Tagen Patienten zur Erstversorgung in den Ambulanzen ein. Häufig fehlte es dort an einfachsten Dingen wie Verbandsmaterial, Schmerzmitteln oder Strohballen für die Notlager der Verwundeten. Nicht selten waren wichtige Medikamente unbrauchbar, wie eine von den Luftschutzrettungsstellen verteilte Augensalbe, die – zur Behandlung von Gasverätzungen entwickelt – den Heilungsprozeß der häufig auftretenden rauchbedingten Augenreizungen nicht förderte, sondern verzögerte.[59] Die Behauptung des Reichsgesundheitsführers, daß die Maßnahmen zur gesundheitlichen Versorgung der Zivilbevölkerung bei Luftangriffen „fast ausnahmslos [...] ausreichend"[60] gewesen seien, ist zweifellos ein Euphemismus, zumal die Zusammenarbeit mit dem Roten Kreuz, das über die Masse der kurzfristig mobilisierbaren Reserven verfügte, keineswegs reibungslos funktionierte.[61]

Schließlich wurden auch die medizinischen Folgen der Luftangriffe völlig falsch eingeschätzt. Erst sehr spät, Anfang 1944, setzten Versuche ein, die luftkriegsbedingten Verletzungen systematisch zu analysieren.[62] Ursprünglich ging die Medizinalverwaltung bei ihrer Katastrophenplanung von einem Überwiegen schwerer Verwundungen aus. Tatsächlich bestand das Krankengut nach Luftangriffen in der Mehrheit aus Leichtverletzten. Typische Verletzungen waren Schnittwunden durch Splitter, insbesondere Augenverletzungen, Prellungen und Quetschungen durch herabfallende Trümmer (insbesondere Kopfverletzungen), Schockzustände und Kreislaufversagen nach Verschüttungen sowie Kohlenmonoxidvergiftungen, vor allem aber schlecht verheilende Reizungen der Horn- und Bindehaut durch Rauchgase. Detonationsstoßwirkungen und Phosphorverbrennungen, die in der medizinischen Literatur am häufigsten diskutiert wurden, spielten dagegen nur eine geringe Rolle.[63]

---

[58] Vgl. Büttner, Hamburg, S. 280.

[59] Augenklinik des städtischen Krankenhauses an das Gesundheitsamt Dortmund, 8. 6. 1943, NRWHStA, Reg. Düsseldorf/54488-II, Bl. 43.

[60] Conti, Rundschreiben an die Reichsverteidigungskommissare, 5. 7. 1943, BAB, R 18/3791.

[61] USSBS, Final Report, S. 65.

[62] Zu diesem Zweck wurden Kommissionen gebildet, die aus Luftwaffenärzten und beratenden Fachärzten des zivilen Gesundheitswesens bestanden; Luftgauarzt VI, Richtlinien für die Untersuchungen von Personenschäden nach Luftangriffen im Luftgau VI, 25. 2. 1944, NRWHStA, Reg. Düsseldorf/54488-II, Bl. 4f.

[63] Nur 2,5 Prozent der ca. 13000 ärztlich behandelten Opfer zweier Luftangriffe auf Mönchengladbach/Rheydt am 31. 8. 1943 und 14. 9. 1943 wiesen schwere Verletzungen auf. Über 80 Prozent hatten sich leichtere Augenverletzungen zugezogen; Luftschutzsanitätsdienst Mönchengladbach-Rheydt an den Reichsminister der Luftfahrt und Oberbefehlshaber der Luftwaffe, 14. 9. 1943, NRWHStA, Reg. Düsseldorf/54495, Bl. 108. Zur Häufigkeit luftkriegstypischer Verletzungen vgl. Oberkommando der Luftwaffe/Chef des Sanitätswesens, Beobachtungen und Befunde der ärztlichen Untersuchungsgruppen zur Erfassung neuartiger Personenschäden nach Luftangriffen, 30. 10. 1944, ThüHStA, MdI, Abt. E/673; Ärztekommission zur Untersuchung von Personenschäden nach Luftangriffen im Luftgau VI, Hinweise zur Diagnose und Behandlung von nichttödlichen Personenschäden nach Luftangriffen, NRWHStA, Reg. Düsseldorf/54488-II, Bl. 108–112; Rose,

3. Von der „Todt-Aktion" zur „Aktion Brandt": Ausweichkrankenhäuser, Behelfsbauten und die Evakuierung der Patienten

Für die Bevölkerung der vom Luftkrieg bedrohten Städte bildeten Hilfs- und Ausweichkrankenhäuser einen wichtigen Bestandteil der medizinischen Regelversorgung. Im August 1944 stand jedes siebte zivile Krankenhausbett in einem Hilfskrankenhaus, knapp ein weiteres Siebtel in einem Ausweichkrankenhaus.[64] Hilfskrankenhäuser wurden seit Kriegsbeginn als Ersatz für die von der Wehrmacht beschlagnahmten Zivilkrankenhäuser eingerichtet. Hierzu griffen die betroffenen Städte zunächst vor allem auf kirchliche Einrichtungen, Gebäude der Sonderkrankenfürsorge und Schulen zurück, in geringerem Umfang auch auf Altenheime und Beherbergungsbetriebe.[65] Hilfskrankenhäuser waren entweder kleine, selten mehr als 150 Betten zählende Vollkrankenhäuser oder Spezialkrankenhäuser innerhalb des Stadtgebietes, die nur bestimmte Patienten aufnahmen, z. B. Infektions- oder Tuberkulosekranke.[66] Sie dienten vor allem dem Ausgleich der durch die Einrichtung von Lazaretten verlorengegangenen Zivilbetten. Da das Militär das alte Krankenhausinventar übernahm und auch neues bevorzugt an die Wehrmacht geliefert wurde, war die medizintechnische Ausstattung solcher Hilfskrankenhäuser in der Regel sehr viel einfacher als die regulärer Hospitäler.[67]

Ausweichkrankenhäuser entstanden auf Initiative der kommunalen Gesundheitsverwaltungen seit dem Frühjahr 1943, nach den ersten größeren Luftangriffen auf deutsche Städte. Zumeist wurden sie in ehemaligen Hotels, Schulen oder in den Gebäuden kirchlicher Träger im Einzugsbereich der Städte eingerichtet. Zudem spielte die Nutzung geräumter Heil- und Pflegeanstalten eine wichtige Rolle.[68] Anders als bei den Hilfskrankenhäusern, deren Einrichtung als Neuaufstellung durchgeführt wurde, zogen hier einzelne Abteilungen regulärer Krankenhäuser mit ihrem Personal und dem medizinischen Gerät in die ländliche Um-

---

Todesursachen und gesundheitliche Gefahren im Luftkriege (Ärztliche Erfahrungen im Luftschutz, hrsg. vom Reichsminister der Luftfahrt/Chef des Sanitätswesens der Luftwaffe, Nr. 5), 22. 10. 1944, ebenda, Bl. 161.

64 Tab. C.3.

65 Übersicht über die in den Kranken- und Hilfskrankenhäusern vorhandenen Betten sowie die darüber hinaus sichergestellten Ersatzkrankenhäuser und Hotels, 2. 2. 1940, StadtAK, 687/1, Bl. 220, 227; Aktennotiz, [April 1943], StadtAK, ZS/Kriegschronik/162, Bl. 1; Liste der im Gau Düsseldorf und im Gau Essen eingerichteten Hilfskrankenhäuser, Stand September 1943, NRWHStA, Reg. Düsseldorf/54469-I, Bl. 87, 108f.

66 Die meisten der in der zweiten Kriegshälfte errichteten Hilfskrankenhäuser dürften angesichts des Mangels an geeigneten Gebäuden allerdings kleiner gewesen sein. Eine Liste der Hilfskrankenhäuser im Regierungsbezirk Stade weist lediglich ein Hilfskrankenhaus mit 170 Betten, zwei weitere mit 80–90 Betten und sechs Krankenhäuser mit 20–50 Betten aus, die in Gaststätten oder Schulgebäuden errichtet wurden; Übersicht über die Hilfskrankenhäuser im Regierungsbezirk Stade, [Oktober 1944], NdsHStA, Hann. 180 Lbg./III/V/81.

67 RMdI an die Landesregierungen u.a, 29. 9. 1938, StadtAK, Acc. 648/51; Verwalter-Besprechung vom 9. 5. 1941, StadtAK, 687/2, Bl. 79.

68 Vgl. Tab. E.2.

gebung urbaner Zentren. Dahinter stand die Überlegung, die Kliniken in weniger gefährdete, aber trotzdem an die städtischen Ballungsräume angebundene Orte zu verlegen. In diese Krankenhäuser wurden vor allem chirurgische Patienten mit potentiell längeren Verweildauern, werdende Mütter und Infektionskranke aufgenommen.[69] Chronisch Kranke und moribunde Patienten, etwa Krebskranke, blieben von der Verlegung in reguläre Ausweichkrankenhäuser zumeist ausgeschlossen.

Eine dritte Gruppe bildeten die Ausweichkrankenhäuser der „Aktion Brandt". Im August 1941, nahezu zeitgleich mit dem von Hitler angeordneten Stopp der „Aktion T4", verkündete der bis dahin kaum bekannte Begleitarzt des Diktators sein Vorhaben, in der Nähe einiger vom Luftkrieg besonders bedrohter Städte Nordwestdeutschlands mehrere Ausweichkrankenhäuser zu errichten. „Der Führer"[70] habe „angeregt, daß bestimmte luftgefährdete Städte (Hannover, Hamburg, Bremen usw.) Ersatzbauten für beschädigte Krankenhäuser erhalten sollen und darüber hinaus diese Ersatzkrankenhäuser so groß angelegt werden, daß sie in der Lage sind, evtl. übermäßig anfallendes Krankengut aufzunehmen [...] Soweit es möglich ist, können im Gebiet der betreffenden Städte liegende Heil- und Pflegeanstalten als Grundlage für derartige Krankenhäuser herangezogen werden. Die Bereitstellung [...] erfolgt im Einverständnis mit dem Sonderbeauftragten (Dr. Linde[n]) im Reichsinnenministerium." Herbert Linden, Leiter der Unterabteilung Erb- und Rassenhygiene und ebenso wie Brandt mitverantwortlich für die erste Euthanasiephase, wurde auf Betreiben der Kanzlei des Führers wenig später zum Reichsbeauftragten für die Heil- und Pflegeanstalten ernannt, da „die sich steigernde Nachfrage nach Krankenhausbetten [...] eine Inanspruchnahme geeigneter Heil- und Pflegeanstalten [...] als Krankenhäuser oder Lazarette erforderlich"[71] mache und die allgemeine Bettenknappheit „eine planmäßige Bewirtschaftung des gesamten vorhandenen Anstaltsraumes für das ganze Reichsgebiet" verlange. Linden wird in der zweiten Phase der Krankenmorde das Bindeglied zwischen der Gesundheitsverwaltung des Reichsinnenministeriums und dem Euthanasiekomplex bilden.[72]

---

[69] USSBS, Medical Branch Report, The Effect of Bombing on Health and Medical Care in Germany, 1945, S. 204, IfZ, MA 1566/5.

[70] Brandt an Bormann, 24. 8. 1941, BAB, R 18/737b, Bl. 103.

[71] Verordnung über die Bestellung eines Reichsbeauftragten für die Heil- und Pflegeanstalten vom 23. 10. 1941, RGBl. I (1941), S. 653.

[72] Der Begriff „Euthanasiekomplex" bezeichnet das zur Durchführung der Krankenmorde errichtete, organisatorisch an die Kanzlei des Führers und das Reichsinnenministerium angebundene Geflecht von Tarnorganisationen. In der Berliner Zentraldienststelle besorgte die Reichsarbeitsgemeinschaft Heil- und Pflegeanstalten die Erfassung und Auswahl der Mordopfer. Die Gemeinnützige Stiftung für Anstaltspflege war für die organisatorische und wirtschaftliche Abwicklung der „Euthanasie" zuständig, die Gemeinnützige Krankentransportgesellschaft für den Transport der Opfer. Die Zentralverrechnungsstelle für Heil- und Pflegeanstalten bearbeitete den Verkehr mit den Fürsorgeträgern. Zum Euthanasiekomplex zählten ebenfalls der für die Kindereuthanasie verantwortliche Reichsausschuß zur Erfassung erb- und anlagebedingter Leiden, eine Tarnbezeichnung für die Abteilung II b der Kanzlei des Führers, sowie die Unterabteilung für Erb- und

Den konkreten Anlaß für dieses Bauvorhaben gab der bereits erwähnte Luftangriff auf Emden. Dieser Angriff, so berichtete Brandt vor dem Nürnberger Gericht, habe den „gesamte[n] Krankenhausraum zerschlagen. Dr. Todt, der Reparaturbau und Wiederaufbau, soweit es möglich war, in Emden leiten wollte, kam in das Führerhauptquartier mit der Forderung, daß für Emden eine neue Krankenhausanlage zu schaffen sei. Am gleichen Tage, als er diese Forderung stellte, wurde ich beauftragt, von dem Hauptquartier aus, jedenfalls zunächst planmäßig, für besonders gefährdete Städte, das schienen zunächst Bremen und Hamburg zu sein, Auswegkrankenhäuser zu planen. Diese anfangs im kleinen gedachte Planung erweiterte sich relativ rasch in den darauffolgenden Jahren".[73] Nach dem Tod Fritz Todts habe sich daraus „die umfassende Aufgabe des Baues von Krankenhaus-Sonderanlagen der Aktion Brandt" entwickelt. Obgleich Brandts Darstellung im wesentlichen zutrifft, verschweigt die Selbstläufigkeit, mit der sich das Bauprogramm in seiner Schilderung ausdehnte, den maßgeblichen Anteil, den er selbst am Zustandekommen und der Erweiterung seines Führerauftrages hatte.[74]

Die Krankenhäuser der „Aktion Brandt" wurden in der Regel als Vollkrankenhäuser mit jeweils 500 Betten, zumeist im Anschluß an eine am Stadtrand gelegene Heil- und Pflegeanstalt eingerichtet.[75] Ihre Aufgabe bestand zum einen darin, die Krankenhäuser besonders luftgefährdeter Städte von längerfristig kranken Patienten zu entlasten, um den verbliebenen Krankenhausraum innerhalb der luftgefährdeten Städte für Akutpatienten freizuhalten. Zum anderen sollte auf diesem Weg eine Katastrophenreserve bei Luftangriffen geschaffen werden.[76] Da die Krankenhäuser in einer Phase des Krieges erstellt wurden, in der geeignete Räumlichkeiten bereits sehr knapp waren, errichtete man sie nach genormten Plänen aus rohstoffsparenden, vorgefertigten Holz- und Leichtbetonteilen als einstöckige, aus Luftschutzgründen weit auseinandergezogene Krankenhausbaracken. Über deren Standorte entschied Brandt allein, zumeist allerdings in Kooperation mit dem Reichsbeauftragten für die Heil- und Pflegeanstalten und den örtlichen Bedarfsträgern. Die Bauausführung der Krankenhaus-Sonderanlagen oblag der Reichsautobahndirektion und den Baubevollmächtigten der Rüstungsinspektio-

---

Rassenhygiene des Reichsinnenministeriums; vgl. Schmuhl, Rassenhygiene, S. 192–195, 212; Noakes, Bouhler, S. 227–241.

[73] Vernehmung Brandt, Protokoll des Nürnberger Ärzteprozesses, 3. 2. 1947, IfZ, MB 15/20, Bl. 2325.

[74] Im Juli 1941 war zunächst der Sanitätschef der Organisation Todt, Aloys Poschmann, mit dem Bau der Ausweichkrankenhäuser beauftragt worden, schon im August zeichnete Brandt mitverantwortlich für die Planung und Organisation der Bauvorhaben und vertrat das Programm nach außen; Affidavit Garbe, 12. 2. 1947, IfZ, MB 15/29, Bl. 342; Brandt an Bormann, 24. 8. 1941, BAB, R 43-II/737b, Bl. 103.

[75] Eine unvollständige Liste der geplanten Ausweichkrankenhaus-Baracken auf dem Gelände der Heil- und Pflegeanstalten bei Aly, Aktion Brandt, S. 176 f.; vgl. Garbe, Übersicht über die Krankenhaus-Sonderanlagen (Organisation Todt), Stand 15. 6. 1943, BAB, R 18/3809-II. Zur wenig erforschten Lokalgeschichte der „Aktion Brandt" vgl. Kaminsky, Zwangssterilisation, S. 448–454 (Tannenhof/Lüttringhausen); Daub, Krankenhaus-Sonderanlagen (Köppern/Taunus), und Harms, Aktion Brandt (Wehnen).

[76] Vernehmung Brandt, Protokoll des Nürnberger Ärzteprozesses, 3. 2. 1947, IfZ, MB 15/20, Bl. 2326; Affidavit Garbe, 12. 2. 1947, IfZ, MB 15/29, Bl. 343.

nen, seit dem Sommer 1944 der Organisation Todt.[77] Zumindest ein Teil der für die Krankenhäuser der „Aktion Brandt" verwendeten Baumaterialien wurde gegen den Widerstand der betroffenen Kommunalverwaltungen aus dem ohnehin unzulänglichen zivilen Kontingent abgeschöpft und so dem Wiederaufbau der zerstörten Krankenhäuser in den Stadtzentren entzogen. In Köln beschlagnahmte ein Vertreter Brandts Baustoffe, Personal und Benzin aus dem zur Beseitigung der Luftkriegsschäden bestimmten Kontingent und ließ damit Baracken für die Frankfurter Krankenhausanlage der „Aktion Brandt" fertigen. Gegen die Obstruktion der protestierenden Stadtverwaltung setzte er sich durch Anzeige der nichtkooperierenden Beamten bei der Geheimen Staatspolizei zur Wehr.[78]

Mit dem Bau der ersten Ausweichkrankenhäuser wurde noch im Herbst 1941 begonnen. Wie Brandt in der Vernehmung andeutete, ging es zunächst um ein begrenztes Bauprogramm von etwa sechs bis zehn Anlagen, die im Anschluß an norddeutsche Heil- und Pflegeanstalten errichtet werden sollten. Dieses Programm, das anfangs unter der Bezeichnung „Todt-Aktion" bzw. „OT-Sanitätsanlagen Nord-West"[79] firmierte, wurde Anfang 1942 in die „Krankenhaus-Sonderanlagen Aktion-Brandt" umbenannt, als nach weiteren Luftangriffen auch westdeutsche Krankenhäuser in die Bauplanungen miteinbezogen worden waren. Dabei erhöhte sich das Bauvolumen von ursprünglich etwa 6000 auf ca. 65000 geplante Betten.[80] Die veranschlagte Bausumme wurde von 30 Millionen Reichsmark auf 150 Millionen aufgestockt; das entsprach mehr als dem Vierfachen des gesamten preußischen Gesundheitshaushaltes im Jahr 1942.[81] Da die benötigten Materialkontingente trotz der rohstoffsparenden Bauweise nicht auf einmal bereitgestellt werden konnten, schlug Speer vor, die Ausweichkrankenhäuser Brandts in mehreren Wellen zu errichten. Die erste Welle, die im Frühjahr 1943 übergabereif sein sollte, umfaßte unter anderem Krankenhäuser in der Umgebung von Wilhelmshaven, Hannover, Dortmund, Düsseldorf und Berlin.[82]

Auch wenn solche Ausweichkrankenhäuser gerade in Norddeutschland die durch den Luftkrieg stark geschädigte medizinische Infrastruktur entlasten konnten, so fiel der Beitrag der „Aktion Brandt" zur Bereitstellung der dringend benötigten Krankenhausbetten gering aus. Bis zum Frühjahr 1943 waren nur knapp 4700 Betten, etwa ein Prozent der gesamten zivilen Bettenkapazität, in der Verantwortung Brandts erstellt worden. Die Baudurchführung der übrigen Anlagen ver-

---

[77] Brandt an das Reichsfinanzministerium, 14.5.[1944], BAK, Kl. Erw. 512/1, Bl. 127; Aktenvermerk der Reichsautobahnen, Bauleitung Hamburg/Abwicklungsstelle bei der Oberfinanzdirektion Hamburg, 31. 5. 1946, BAK, B 326/174.

[78] Aktenvermerk des Hochbauamts der Stadt Köln, 25. 6. 1946, StadtAK, 687/10.

[79] Behrens an den Hamburger Oberfinanzpräsidenten, 10. 8. 1945, BAK, B 326/174. Ursprünglich geplant waren Anlagen in Schwarmstedt, Wintermoor, Rotenburg, Drangstedt, Bassum, Strecknitz, Rickling, Neustadt, Emden, Blankenburg und Wittekindshof/Münster; Reichsministerium für Bewaffnung und Munition, Abteilung Rüstungsausbau, an die Leiter der Außenstellen Hamburg und Hannover, 24. 11. 1941, BAK, B 326/348.

[80] Aktenvermerk des Landrats von Uelzen über eine Besprechung mit Dr. Garbe und Vertretern der Gemeinde Bevensen, 30. 7. 1942, NdsHStA, Hann. 180 Lbg./III/V/81.

[81] Brandt an das Reichsfinanzministerium, 14.5.[1944], BAK, Kl. Erw. 512/1, Bl. 127.

[82] Speer und Brandt an Conti, 8. 10. 1942, BAK, B 326/348; eine Aufstellung der geplanten Krankenhäuser ebenda.

zögerte sich durch Baustoffknappheit erheblich, und im Juli 1944 mußte die Arbeit an den meisten Bauvorhaben deswegen eingestellt werden.[83] Bis Kriegsende wurden im Rahmen der „Aktion Brandt" 44 Ausweichkrankenhäuser errichtet, von denen im Sommer 1944 dreißig Standorte mit etwa 15000 Betten ganz oder teilweise bezugsfertig waren.[84] Das entsprach knapp einem Drittel der im gleichen Zeitraum in Ausweichkrankenhäusern aufgestellten Betten. Allerdings entstanden hierdurch kaum neue Versorgungsmöglichkeiten, da Personal und Gerät der im Luftkrieg zerstörten städtischen Krankenhäuser in die neuerrichteten Ausweichkrankenhäuser Brandts übergingen.[85]

Da das Bauprogramm von vornherein die Verwertung der Heil- und Pflegeanstalten als Ausweichkrankenhäuser einkalkulierte und der Beginn des Programms zeitlich mit der Einstellung der „Aktion T4" zusammenfiel, ist vermutet worden, daß es sich bei der „Aktion Brandt" zugleich um eine Initiative Brandts zur Fortsetzung der „Euthanasie" mit anderen Mitteln gehandelt habe.[86] Dagegen spricht allerdings, daß sich Brandt gerade wegen der zeitlichen Koinzidenz mit dem Ende der „Aktion T4" bemühte, auch bei den bisher an der Durchführung der „Euthanasie" beteiligten Behörden jede Assoziation mit dem organisierten Patientenmord zu vermeiden und gegenüber Mitgliedern der nationalsozialistischen Führungsgruppe betonte, daß die Verlegung „tatsächlich nur für die Kriegsdauer erfolgen"[87] solle. Es besteht kein Grund zu der Annahme, daß Brandt vor diesem Kreis seine wahren Absichten in bezug auf die „Euthanasie" zu verbergen hatte. Vor dem Hintergrund des eben von Hitler verfügten Abbruchs der „Aktion T4" und der zunehmenden Luftgefährdung der deutschen Großstädte läßt sich die Initiative Brandts, der durch den Stoppbefehl ein wichtiges gesundheitspolitisches Einflußgebiet verloren hatte, besser als Versuch des späteren Reichskommissars begreifen, sich durch die Kontrolle dieser strategisch wichtigen Schnittstelle zwischen Geisteskranken und körperlich Kranken einen Brückenkopf im zivilen Gesundheitswesen zu verschaffen. Insofern stellt Brandts Engagement beim Bau der Ausweichkrankenhäuser einen ersten Schritt auf dem Weg zu den umfassenden gesundheitspolitischen Vollmachten der Jahre 1943–1945 dar.

Gleichwohl besteht ein mittelbarer Zusammenhang zwischen dem Ausweichkrankenhaus-Bauprogramm Brandts und der massiven, bis hin zur aktiven Tö-

---

[83] Speer an Brandt, 11. 3. 1944, BAB, R 3/1547, Bl. 34; Speer an Brandt, 10. 7. 1944, ebenda, Bl. 37f. Von den 24 noch im Bau befindlichen Anlagen sollten lediglich Huntlosen, Hahn, Bad Rothenfelde, Wimbern, Hösel, Nörvenich und Marienheide fertiggestellt werden; Aktenvermerk der Organisation Todt/Einsatzgruppe Hansa, 31. 7. 1944, BAB, R 50-I/36, Bl. 11.

[84] Zur örtlichen Verteilung der Ausweichkrankenhäuser siehe Abb. 10.

[85] Zwar wurde das Eigentum an den mit Reichsmitteln errichteten Ausweichkrankenhäusern den jeweils nächstgelegenen Städten übertragen, doch bestand Brandt darauf, die Kliniken, inklusive des von den Städten gestellten Personals, eigenständig zu verwalten. Dies führte teilweise zu erbittertem Widerstand der betroffenen Kommunen; vgl. Poschmann an Fiehler, 6. 6. 1944; Auszug aus dem Protokoll der Dezernentenbesprechung vom 12. 6. 1944, StadtAM, Gesundheitsamt/197.

[86] So Daub, Krankenhaus-Sonderanlage, S. 43.

[87] Brandt, Rundschreiben an die Reichsleiter, Gauleiter und Verbändeführer der NSDAP, 8. 10. 1941, BAB, R 43-II/737b, Bl. 109f.

tung reichenden Verschlechterung der Lebensbedingungen der Geisteskranken. Eine der ersten Amtshandlungen des Reichsbeauftragten für die Heil- und Pflegeanstalten bestand darin, im August 1942 bei den Anstalten anzufragen, „1) wieviele Geisteskranke [...] in Katastrophenfällen durch Herrichtung von Notlagern in a) heizbaren Gängen, Gemeinschaftsräumen usw. b) in Kapellen von Anstalten noch zusätzlich aufgenommen werden können".[88] Darüber hinaus forderte Linden die zuständigen Behörden auf, ihm innerhalb von zehn Tagen zu melden, „welche Heil- und Pflegeanstalten im eingetretenen besonderen Katastrophenfall zu räumen sind, um als Hilfskrankenhaus Verwendung zu finden [...] Beim Eintreten eines Katastrophenfalls würde ich für sofortige Räumung dieser Anstalten sorgen, so daß innerhalb kürzester Frist die Überstellung der obdachlos gewordenen Kranken aus den zu räumenden Krankenhäusern in die zu schaffenden Ausweichanstalten erfolgen kann." Die Nutzung der Heil- und Pflegeanstalten als Ausweichkrankenhäuser setzte die Verlegung ihrer Insassen voraus. Diese wurden in auswärtige Heilanstalten verbracht, die wegen des kurzfristigen Stopps der „Aktion T4" zumeist überfüllt waren. Viele der dorthin abtransportierten Psychiatriepatienten wurden nach dem Wiederbeginn der „Euthanasie" im Sommer 1942 ermordet. Hier deutet sich bereits kurze Zeit nach dem „Euthanasiestopp" ein Verfahren an, das in den nächsten Jahren zu einem Grundprinzip der nationalsozialistischen Gesundheitspolitik werden sollte: die direkte und indirekte Verdrängung der Psychiatriepatienten durch körperlich Kranke.

Ein zweiter Weg, den wachsenden Zerstörungen der medizinischen Infrastruktur zu begegnen, bestand darin, Krankenhauspatienten aus den urbanen Zentren herauszuverlegen. Transporte in weniger luftgefährdete Umlandkrankenhäuser sollten strukturelle Versorgungsengpässe in den geschädigten Städten mildern und die Anpassungselastizität ihrer medizinischen Versorgungssysteme gegenüber Luftkriegskatastrophen erhöhen. Im Sommer 1942 begannen einzelne Städte damit, Krankenhauspatienten prophylaktisch zu verlegen, und nutzten diese Gelegenheit, ihre chronisch Kranken abzuschieben, indem sie sie Transporten mit Luftkriegsverletzten beimischten. Die Duisburger Medizinalverwaltung empfahl den Kliniken ihres Amtsbezirks, „in Sonderheit *chronisch Kranke*, also solche Kranke, die an einer Krankheit leiden, die eine voraussichtlich noch lange Lebensdauer vermuten läßt und die nach ärztlichem Ermessen einer erfolgreichen Behandlung nicht zugängig ist, aber trotzdem eine gewisse ärztliche Behandlung erfordern"[89] sowie „Sieche, die [...] einer besonderen Pflege bedürfen", nach aus-

---

[88] Linden, Rundschreiben vom 5. 8. 1942, BAB, R 18/5576, zit. nach Aly, Medizin, S. 56. Das folgende Zitat ebenda.

[89] Bericht des Duisburger Amtsarztes über „Maßnahmen und Erfahrungen mit der vorsorglichen, teilweisen Verlegung Kranker aus den Duisburger Krankenhäusern nach den Luftangriffen im Juli 1942", 12. 8. 1942, NRWHStA, Reg. Düsseldorf/54475-I, Bl. 58. Zwischen Juli und August 1942 verlegten Krankenhäuser der luftkriegsgeschädigten Städte in den Gauen Essen, Düsseldorf und Köln mehr als 800 alte und chronisch kranke Patienten zumeist in Reservelazarette in der näheren Umgebung; vgl. Tab. E.3; Krause, Flucht, S. 143; Oberpräsidium der Rheinprovinz an die Regierung Köln, 15. 11. 1942, NRWHStA, Reg. Düsseldorf/54474-I, Bl. 228; Aufstellung der in Reservelazaretten untergebrachten Kranken des Gaues Düsseldorf [1942], ebenda, Bl. 233ff.

wärts zu verlegen. Die Folge war, daß die anfänglich große Bereitschaft der als Ziel der Transporte in Aussicht genommenen Städte zur Nothilfe schlagartig sank. In Solingen verweigerte der Chefarzt des städtischen Krankenhauses, mit dem Hinweis, „er würde nur Bombenverletzte aufnehmen"[90], die Aufnahme eines Krankentransports mit überwiegend älteren Patienten und konnte dabei auf die Unterstützung des örtlichen Amtsarztes rechnen. Der erklärte gegenüber dem beschwerdeführenden Transportleiter des Roten Kreuzes, es könne „den Krankenanstalten nach bisherigen Erfahrungen nicht zugemutet werden, chronisch Kranke anderer Anstalten aufzunehmen, um späterhin selbst für Schwerverletzte nicht mehr aufnahmefähig zu sein",[91] zumal Duisburg schon einmal etwa 100 Kranke „auch unter dem Stichwort Verletzte durch Bombenangriffe" hierher abgeschoben habe, die nur „unter Aufbietung aller Kräfte [...] nach wochenlangen Verhandlungen" in geeignete Anstalten hätten verlegt werden können.

Noch konfliktreicher gestalteten sich Krankenevakuierungen über die Grenzen der Reichsverteidigungsbezirke hinaus, die seit dem Sommer 1943 gegenüber dem Transport in stadtnahe Ausweichkrankenhäuser zunehmend an Gewicht gewannen. Den Anfang machte die NSV, die im Sommer 1942 mehrwöchige Erholungsaufenthalte für luftkriegsverletzte Patienten aus dem Ruhrgebiet organisierte.[92] Später dienten solche Transporte vor allem der Bewältigung akuter Versorgungskrisen nach größeren Luftangriffen. Im Kontext des strategischen Luftkriegs entwickelten sie sich zu einem konstitutiven Faktor nationalsozialistischer Krisenbewältigungspolitik im Gesundheitswesen. Nur mit Hilfe solcher Evakuierungen konnte die in den Städten verbliebene Versorgungskapazität mit der Nachfrage nach medizinischer Betreuung in Deckung gebracht werden. Während Verlegungen im regionalen Bereich vor allem Infektionskranke, Kinder und Schwangere vor der Entbindung betrafen, versuchten viele Stadtverwaltungen mit Hilfe der gebietsexternen Verlegungen vor allem pflegeintensive Patienten aus ihrem Verantwortungsbereich zu entfernen. In erster Linie betraf dies chronisch Kranke und alte Patienten. Allein aus den Gauen Essen und Düsseldorf wurden in den Jahren 1943 und 1944 rund 8900 Kranke und ca. 3900 Alterssieche verlegt, wobei sich diese Schätzung aufgrund von Zuordnungsproblemen einzelner Lazarettzüge am unteren Rand der tatsächlichen Verlegungszahlen bewegt.[93] Die Masse dieser Verlegungen entfiel auf das zweite und dritte Quartal 1943 und folgte unmittelbar schweren Luftangriffen auf das südliche Ruhrgebiet und die Rheinmetropolen im Frühjahr und Frühsommer 1943 und der durch sie ausgelösten Umquartierungsaktion.[94] Eine zweite Welle im September-November 1944 reagierte auf die Bedrohung der westlichen Reichsgrenzen durch die Alliierten. Anfangs wurden die

---

[90] Der Landesführer VI des DRK an Conti, 30. 6. 1943, NRWHStA, Reg. Düsseldorf/54474-II, Bl. 269.

[91] Gesundheitsamt Solingen an die Regierung Düsseldorf, 20. 8. 1943, NRWHStA, Reg. Düsseldorf/54474-II, Bl. 278.

[92] Rundschreiben des Amtes für Volkswohlfahrt an die Kreisamtsleiter des Amtes für Volksgesundheit, 2. 7. 1942, StAMü, Gauleitung Westfalen-Nord, Gauamt für Volkswohlfahrt/648.

[93] Tab. E.4.

[94] Vgl. Klee, Luftschutzkeller, S. 125.

Kranken vor allem in weniger luftkriegsgefährdete Landstriche Mittel- und Süddeutschlands verlegt, gegen Kriegsende auch nach Schlesien.[95] Solche Transporte waren keine Besonderheit der Rheinprovinz, sondern fanden, analog zu den Verlegungen von Psychiatriepatienten, ebenfalls in anderen urbanen Ballungsräumen statt, auch wenn ihre Dimensionen hier weniger gut nachvollziehbar sind, als in den Gauen Essen und Düsseldorf. Hamburg verlegte zahlreiche Kranke in Ausweichkrankenhäuser der angrenzenden Regierungsbezirke. Berlin konnte Betten in der Mark Brandenburg und im Warthegau nutzen. Zudem verlegte es im August 1943 etwa 11 500 Kranke vornehmlich nach Sachsen und Schlesien.[96]

Mit fortschreitender Kriegsdauer bewirkten die Luftkriegszerstörungen und die durch sie verursachten Evakuierungstransporte eine zunehmende Regionalisierung gesundheitspolitischer Planungshorizonte. Beispielhaft für die Versuche einzelner Regionen, ihren Zuständigkeitsbereich gegen ortsfremde Kranke abzuschotten, sich aber gleichzeitig der eigenen pflegeintensiven Patienten zu entledigen, steht die Vorgehensweise der Gesundheitsbehörden in der nördlichen Rheinprovinz. Bereits Anfang 1941 drängte der Düsseldorfer Amtsarzt darauf, den örtlichen Hospitälern die Aufnahme auswärtiger Kranker zu untersagen, und der Gauleiter stellte sich auf den Standpunkt „dass Schwer- und Siechenkranke möglichst weit von hier wegzutransportieren sind".[97] Im Verlauf des Krieges griffen andere Regionen diese Praxis ebenfalls auf.[98] Die Aufnahmeorte, die statt der erwarteten Luftkriegsverletzten stark pflegebedürftige chronisch Kranke erhielten, versuchten ihrerseits, die Annahme solcher Transporte zu verweigern und die evakuierten Siechen, wenn sich ihre Aufnahme nicht vermeiden ließ, mit dem Hinweis auf den Vorrang anderer Patientengruppen baldmöglichst wieder aus den Krankenhäusern zu entfernen.[99]

---

[95] Verteilungsplan der Entsende- und Aufnahmegaue, Anlage zum Rundschreiben 139/44 des Hauptamtes für Volkswohlfahrt, 13. 11. 1944, StAMü, Gauleitung Westfalen-Nord, Gauamt für Volkswohlfahrt/650; Regierung Düsseldorf an den Reichsgesundheitsführer, 23. 12. 1944, NRWHStA, Reg. Düsseldorf/54489-II, Bl. 542; Fernschreiben der Regierung Düsseldorf an den leitenden Medizinalbeamten des Oberpräsidiums Breslau, 9. 11. 1944, NRWHStA, Reg. Düsseldorf/54496-I, Bl. 343.

[96] Eine nicht bekannte Zahl von Berliner Kranken wurde zudem im Raum Karlsbad/Marienbad untergebracht; Hauptgesundheitsamt Berlin an den Reichsgesundheitsführer, 21. 8. 1943, BAB, R 18/3791; Affidavit Kurt-Werner Schnelle, 30. 1. 1947, IfZ, MB 15/29, Bl. 55.

[97] Gauamt für Volksgesundheit Düsseldorf an Krause-Wichmann, 13. 7. 1943, NRWHStA, Reg. Düsseldorf/54474-II, Bl. 208 (Zitat); Gesundheitsamt Düsseldorf an die Regierung Düsseldorf, 20. 1. 1941, NRWHStA, Reg. Düsseldorf/54475-I, Bl. 242.

[98] Für das Ruhrgebiet vgl. z. B. den Aktenvermerk des Medizinaldezernats der Regierung Arnsberg, 16. 8. 1943, StAMü, Reg. Arnsberg/13273, für Norddeutschland den umfangreichen Schriftwechsel zwischen den Reichsverteidigungskommissaren für Hamburg und Ost-Hannover über die Belegung der Ausweichkrankenhäuser Bevensen und Wintermoor, Januar 1944 bis Januar 1945; NdsHStA, Hann. 180 Lbg./III/V/81, für Bayern vgl. Klee, Luftschutzkeller, S. 161.

[99] Württembergisches Ministerium des Innern an Cropp, 12. 7. 1943, NRWHStA, Reg. Düsseldorf/54494-I, Bl. 10; Reichsverteidigungskommissar Ost-Hannover an das Gauamt für Volkswohlfahrt, 24. 11. 1944, NdsHStA, Hann. 180 Lbg./III/V/81; Regierung Aussig an die Regierung Düsseldorf, 30. 12. 1944, NRWHStA, Reg. Düsseldorf/54496-I, Bl. 422.

Anfangs wurden die Evakuierungstransporte zentral durch die Gesundheitsabteilung des Reichsinnenministeriums und den Reichsbeauftragten für die Heil- und Pflegeanstalten organisiert und möglichst gleichmäßig auf die weniger vom Luftkrieg betroffenen Regionen Süd-, Mittel- und Ostdeutschlands verteilt. Mit dem Vordringen der Alliierten auf die Reichsgrenzen mußten solche Transporte, die oft mehrere hundert Kranke umfaßten, jedoch immer häufiger improvisiert werden, mit gravierenden Folgen für die Patienten, die in den unvorbereiteten Aufnahmeregionen in primitivsten Räumlichkeiten auf Strohlagern untergebracht wurden, und deren Angehörige oft ohne Nachricht über den Verbleib ihrer kranken Familienmitglieder blieben.[100] Die Unterbringung einer großen Zahl von evakuierten Kranken belastete die Gesundheitsressourcen der zumeist ländlichen Evakuierungsgebiete, die nur selten über eine entsprechende Infrastruktur verfügten, bis auf das äußerste, so daß der Reichsgesundheitsführer die Reichsverteidigungskommissare im November 1944 dringend ersuchte, „Krankentransporte in andere Reichsgebiete erst nach Ausschöpfung aller Unterbringungsmöglichkeiten im eigenen Bezirk zu veranlassen".[101] „Der Luftkrieg", so bilanzierte der Reichsgesundheitsführer die Situation, „hat in den letzten Wochen erneut zu sehr großen Verlusten an Krankenbetten geführt. Die dadurch und durch die Räumung feindbedrohter Gebiete ausgelöste Verlegung kranker und verwundeter Zivilpersonen überstieg bei weitem die Aufnahmefähigkeit der Krankenhäuser der den Entsendegebieten für die allgemeine Umquartierung zugewiesenen Aufnahmegebiete. Eine große Anzahl von Krankentransporten mußte deshalb in andere Gebiete geleitet werden, obwohl diese durch die Aufnahme Rückgeführter und durch die zahlreichen darunter befindlichen Kranken stärkstens belastet sind. Mit einer Verschärfung dieser Verhältnisse muß gerechnet werden." Daß der Reichsgesundheitsführer mit dieser Prognose nicht übertrieben hatte, zeigt ein Blick auf das von Flüchtlingen überfüllte Mecklenburg. Dort hatte man im Februar 1945 bereits mehr als 1200 auswärtige Kranke und Alterssieche aufgenommen. Obwohl das Land außer in Schwerin und Rostock nur über kleine Kreiskrankenhäuser verfügte, wurden im März/April 1945 weitere zehn Lazarettzüge mit mehr als 800 Kranken dorthin gelenkt.[102]

Erschwerend kam hinzu, daß ein Großteil dieser Transporte im Herbst/Winter 1944/45 stattfand, als die ohnehin dicht belegten Hilfskrankenhäuser durch Luftkriegsschäden und vorangegangene Evakuierungen überfüllt waren und sich neue Räumlichkeiten für Hilfs- und Ausweichkrankenhäuser praktisch nicht mehr beschaffen ließen. Dies galt umso mehr, als die Wehrmacht seit dem Sommer 1944 150000 Lazarettbetten aus dem rückwärtigen Heeresgebiet der zusammengebro-

---

100 Fernschreiben des Gaustabsamtes Ost-Hannover an die Parteikanzlei, 17. 9. 1944, NdsHStA, Hann. 180 Lbg./III/V/81; Führungsstab Volksgesundheit im Gau Niederschlesien an den Reichsverteidigungskommissar Ost-Hannover, 15. 3. 1945, ebenda.

101 Conti an die Reichsverteidigungskommissare u.a., 7. 11. 1944, NdsHStA, Hann. 180 Lbg./III/V/81.

102 Meldungen des Mecklenburgischen Staatsministeriums, Abteilung Inneres an den Reichsverteidigungskommissar vom 8. 3., 9. 3., 10. 3., 11. 3., 15. 3., 28. 3., 9. 4., 11. 4., 25. 4., 26. 4. 1945, MeckLHA, MfU/10038a.

chenen Ostfront in das Innere Deutschlands zurückverlegte,[103] und den Bedürfnissen des zivilen Gesundheitswesens bei der Zuteilung geeigneter Gebäude daher keine hohe Priorität zugemessen wurde. Das entscheidende Problem, so der medizinische Sachbearbeiter des Reichsverteidigungskommissars von Westfalen, bestünde im generellen Mangel an geeigneten Räumlichkeiten, so daß für Ausweichkrankenhäuser nur mehr „kleine und kleinste Schulen vorhanden sind, die sich schon wegen ihrer abseitigen Lage für Krankenhauszwecke nicht eignen".[104] Eine Besserung dieses Zustands könne nur dann erreicht werden, wenn „das Krankenhauswesen auf der Liste der Dringlichkeiten entschieden höher eingestuft wird". Ohne eine „klare und bindende zentrale Anweisung gegenüber den vielen widerstreitenden und ihre Sache mit Recht vertretenden übrigen Interessenten" lasse sich in dieser Angelegenheit nichts erreichen.

Die Unterbringung der evakuierten Kranken in den Ausweichgauen erfolgte auch bei den frühen Transporten nur in wenigen Fällen in Krankenhäusern der Vollversorgungsstufe. Großenteils mußten die abtransportierten Kranken in behelfsmäßig hergerichteten Hilfskrankenhäusern untergebracht werden.[105] Im günstigsten Fall bedeutete das ein Bett in einem kleinen, einfach ausgestatteten Landkrankenhaus oder dessen Erweiterungsbau. In Garmisch und in Schongau, wo zahlreiche Evakuierte aus dem Rheinland und dem Ruhrgebiet untergebracht waren, entstanden auf diese Weise mehr als doppelt soviele Betten als vor dem Krieg in den örtlichen Kreiskrankenhäusern vorhanden gewesen waren.[106] Im Gefolge zunehmend ausgeweiteter Krankenevakuierungen in den letzten Kriegsmonaten entstand mit den behelfsmäßig eingerichteten Notunterkünften für bettlägerige Kriegsopfer neben den Hilfs- und Ausweichkrankenhäusern eine weitere Form der Patientenunterbringung, die bald zur Regelform der Unterbringung „gaufremder" Kranker werden sollte.[107] In der Praxis bedeutete dies nicht selten eine Unterbringung in geräumten ehemaligen Heil- und Pflegeanstalten, oftmals auch in ungeheizten Provisorien unter primitiven hygienischen Bedingungen mit

---

[103] Vermerk zur Besprechung am 25. 7. 1944 zwischen Vertretern des Oberkommandos der Wehrmacht, der Parteikanzlei, des Generalkommissars für das Sanitäts- und Gesundheitswesen u. a., NRWHStA, Reg. Düsseldorf/54468-I, Bl. 7f. Der Lazarettbedarf wurde anteilig auf die Reichsverteidigungsbezirke umgelegt, wobei die feindbedrohten Gebiete an den West- und Ostgrenzen des Deutschen Reiches sowie besonders luftgefährdete Regionen ausgenommen waren, so daß sich die Masse des Raumbedarfs in den ländlichen Regionen Süd-, Mittel- und Norddeutschlands konzentrierte. Für den Reichsverteidigungsbezirk Magdeburg-Anhalt bedeutete dies beispielweise, daß zwischen August und November 1944 zusätzlich zu den Evakuierten und Krankentransporten aus der Rheinprovinz rund 4200 Lazarettbetten untergebracht werden mußten; Fernschreiben des Reichsverteidigungskommissars Magdeburg-Anhalt an den Generalbevollmächtigten für die Reichsverwaltung, 23. 11. 1944, LHSA, Rep. C 20 Ib/3379, Bl. 337.

[104] Reichsverteidigungskommissar Westfalen-Süd an das RMdI, 15. 1. 1945, StAMü, Reg. Arnsberg/13273.

[105] Conti an die Reichsverteidigungskommissare u. a., 7. 11. 1944, NdsHStA, Hann. 180 Lbg./III/V/81.

[106] USSBS, Medical Branch Report, The Effect of Bombing on Health and Medical Care in Germany, 1945, S. 214, IfZ, MA 1566/5.

[107] Conti, Rundschreiben an die Reichsverteidigungskommissare, 7. 11. 1944, NdsHStA, Hann. 180 Lbg./III/V/81.

Strohlagern anstelle von Krankenbetten.[108] In den letzten Wochen des Krieges mußte die Krankenunterbringung vollends improvisiert werden. Im günstigsten Fall kamen die Evakuierten in einem der vielen Wehrmachtslazarette unter, die seit Februar 1945 für Evakuierte offenstanden.[109] Oft konnten die in großer Zahl aus West- und Ostdeutschland in die noch unbesetzten Zonen des deutschen Reiches zurückströmenden Kranken jedoch nur in provisorischen Krankenstuben, die NSV und NS-Frauenschaft notdürftig in Dorfgaststätten, Privathäusern oder Schulen eingerichtet hatten, untergebracht werden.[110]

Für die Kranken bedeutete die Evakuierung nicht nur die Herauslösung aus der gewohnten Umgebung und den Verlust sozialer Bindungen. Nach den Beschwernissen eines oft mehrere Tage dauernden, medizinisch nur unzureichend betreuten Transportes fanden sich die erschöpften Evakuierten vielfach am unteren Ende der Hierarchie medizinischer Versorgung wieder.[111] Zwar wies das Innenministerium die Entsendeorte an, Ärzte in entsprechender Zahl mitzuschicken, doch wurde diese Bestimmung von den zuständigen Reichsverteidigungskommissaren weitgehend ignoriert.[112] Die Heimatstädte fühlten sich nach der Verlegung nicht mehr zuständig, die Aufnahmeorte versorgten ihre eigenen Kranken zuerst und drangen darauf, die Evakuierten baldmöglichst wieder loszuwerden. Nur über wenige Aspekte der nationalsozialistischen Gesundheitspolitik in der zweiten Kriegshälfte sind derart viele Klagen überliefert wie über die Situation der verlegten Kranken, die von den Entsende- und den Aufnahmegebieten gleichermaßen vernachlässigt wurden.[113] Fehlende medizinische Betreuung und mangelhafte Unterkünfte verschlechterten den bisherigen Zustand der durch den langen Transport geschwächten Evakuierten nicht nur, sondern fügten ihm neue Krankheitsbilder, etwa Wundeiterungen durch Schmutz- und Parasiteninfektionen, hinzu. In den Berichten der Patienten und ihrer Angehörigen finden sich zahlreiche Beschwerden „über das schlechte, um nicht zu sagen minderwertig zuberei-

---

[108] Aktenvermerk des Medizinaldezernenten der Regierung von Lüneburg, 17. 9. 1944, NdsHStA, Hann. 180 Lbg./III/V/81. Die Ausstattung dieser Notunterkünfte wurde teilweise aus Wehrmachtsbeständen bereitgestellt; Fernschreiben des Reichsinnenministeriums an die Regierung Arnsberg, 9. 11. 1944, StAMü, Reg. Arnsberg/13273.

[109] Die Wehrkreisärzte waren angewiesen, die gesundheitliche Betreuung Rückgeführter durch Transporthilfe, Sanitätsmaterial und die Bereitstellung von Lazarettbetten nach Kräften zu unterstützen; Conti an die Reichsverteidigungskommissare, 12. 2. 1945, NRWHStA, Reg. Düsseldorf/54496-I, Bl. 41.

[110] Gemeinsames Rundschreiben des Gauamtes für Volkswohlfahrt und der NS-Frauenschaft im Gau Ost-Hannover, betr. Wochenstuben und Krankenstuben im Rahmen der Nachbarschaftshilfe, 8. 3. 1945, NdsHStA, Hann. 180 Lbg./III/V/81.

[111] Gesundheitsamt Duisburg an die Regierung Düsseldorf, 16. 1. 1943, NRWHStA, Reg. Düsseldorf/54475-I, Bl. 110; Regierung Düsseldorf an das Reichsministerium des Innern, 6. 1. 1945, NRWHStA, Reg. Düsseldorf/54494, Bl. 284.

[112] Cropp an die Reichsstatthalter u. a., 4. 8. 1943, NRWHStA, Reg. Düsseldorf/54496-I, Bl. 286; Conti an die Reichsverteidigungskommissare u. a., 20. 12. 1943, ebenda, Bl. 291 ff.; Regierung Düsseldorf an das Gesundheitsamt Wuppertal, 6. 7. 1943, NRWHStA, Reg. Düsseldorf/54495-I, Bl. 44.

[113] Vgl. z. B. Gesundheitsamt Düsseldorf, Bericht über die gesundheitliche Versorgung der Zivilbevölkerung, 27. 10. 1943, NRWHStA, Reg. Düsseldorf/54489-II, Bl. 365.

tete Essen"[114] und auch Hinweise auf Mangelernährung weit unterhalb der laut Lebensmittelkarten abgegebenen Rationen.[115] Infolge der schlechten Versorgung kehrten Kranke nicht selten auf eigene Faust in ihren Heimatort zurück.[116] Der Leiter eines niederrheinischen Kreisamtes für Volksgesundheit meldete besorgt, daß Angehörige der Kranken, die im Dezember 1944 in die Nähe von Bitterfeld verlegt worden waren, „ernste Klage über die Unterbringung der Kranken erhoben haben. Nachdem der Zug nach viertägiger Fahrt am Bestimmungsort eingetroffen sei, seien die Kranken in eine Baracke auf Stroh gebettet worden. Erst am sechsten Tage nach der Verschickung habe sich ein Arzt um die z.T. schwer kranken Patienten gekümmert."[117] Ähnliche Vorkommnisse seien bereits früher moniert worden. Charakteristisch für den Vertrauensverlust, den das Regime dadurch erlitt, daß es die medizinische Versorgung der Evakuierten nicht mehr gewährleisten konnte, ist der Brief einer Angehörigen an das Gesundheitsamt der Stadt Wuppertal: „Sie werden sich noch erinnern, wie froh ich war, meine Mutter aus Schwelm mit dem Lazarettzug fortsenden zu können. Heute muß ich Ihnen aber mitteilen, daß es unverantwortlich von der zuständigen Stelle ist, die Kranken in derartige Unterkünfte hineinzuleiten. – Die Leute liegen in einem Reservelazarett, ehem. Hotel II. Ranges, das Essen ganz auf Landser eingestellt [...] *nichts* wird gesäubert, das Ganze wirkt ohne jede Übertreibung wie eine Unterkunft der Russen [...] Hier unter diesem vollkommen ungeschulten Pflegepersonal – die Schwesternhelferinnen sagen selbst, daß sie keine Ahnung von Frauenpflege haben – hier in diesem ganz unzweckmäßigen ‚Krankenhaus' lasse ich meine Mutter auf keinen Fall."[118] Noch zugespitzter formulierte ein Mülheimer Architekt nach einigen Wochen in einem oberösterreichischen Krankenhaus: Wenn er gewußt hätte, was ihn dort erwartete, wäre er lieber zuhause geblieben und hätte sich der Bombengefahr ausgesetzt, als in der Fremde zu hungern.[119] Es überrascht daher nicht, daß auch die dringenden Appelle der örtlichen Gesundheitsbehörden, sich den Evakuierungstransporten anzuschließen, nur bei den wenigsten Patienten auf Gegenliebe stießen.[120]

---

[114] K. Grünheck an die Krankenanstalten der Stadt Köln, 11. 4. 1944, StadtAK, 687/37.

[115] E. Schroer an Fr. Meuser, 24. 12. 1944, NRWHStA, Reg. Düsseldorf/54494, Bl. 70.

[116] Bericht des Duisburger Amtsarztes über Maßnahmen und Erfahrungen mit der vorsorglichen, teilweisen Verlegung Kranker aus den Duisburger Krankenhäusern nach den Luftangriffen im Juli 1942, 12. 8. 1942, NRWHStA, Reg. Düsseldorf/54475-I, Bl. 58.

[117] Regierung Düsseldorf an das RMdI, 6. 1. 1945, NRWHStA, Reg. Düsseldorf/54494, Bl. 284.

[118] Nicht gezeichnete Abschrift des Briefes einer Angehörigen an das Gesundheitsamt Wuppertal, 19. 7. 1943, NRWHStA, Reg. Düsseldorf/54405, Bl. 195.

[119] H. Hesseln an das Pflegepersonal des Mülheimer Marienhospitals, 24. 7. 1943, NRWHStA, Reg. Düsseldorf/54495, Bl. 86.

[120] Z.B. Gesundheitsamt Krefeld, Monatlicher Lagebericht, 29. 12. 1944, NRWHStA, Reg. Düsseldorf/54489-III, Bl. 492.

V. Gesundheitspolitik als Verteilungspolitik: Die Ausgrenzung chronisch kranker und alter Patienten aus der medizinischen Versorgung

Die gesundheitspolitische Ordnung des „Dritten Reiches" beruhte wesentlich auf der Ambivalenz von Inklusion und systematischer Exklusion. Das große Ausmaß gewollter Ungleichheit in der medizinischen Versorgung, das dabei entstand, kann als ein Spezifikum nationalsozialistischer Gesundheitspolitik gelten. Der NS-Staat differenzierte die Zuteilung von Gesundheitschancen nicht mehr nur nach medizinischer Bedürftigkeit, sondern zunehmend auch nach rassenbiologischen und ökonomischen Vorgaben. Für einen Teil der Bevölkerung konnte dies durchaus mit einer Verbesserung der medizinischen Betreuung verbunden sein. Seit Kriegsbeginn profitierten insbesondere Rüstungsarbeiter davon, daß das Regime Gesundheitsressourcen nach kriegswirtschaftlichen Prioritäten verteilte.[1] Zu den Gewinnern einer Gesundheitspolitik, die sich der Förderung erbbiologisch „hochstehender" Geburten verschrieben hatte, gehörten Mütter, die diesen Kriterien genügten, und ihre Kinder. Ihnen kam nicht nur die verbesserte staatliche Gesundheitsfürsorge für Schwangere, Kinder und Jugendliche zugute, sondern auch ein ganzes Bündel gesundheitsbezogener Maßnahmen, die von den Gesundheitsorganisationen der Partei, insbesondere von der NSV angeboten wurden.[2] Diese Form besonderer medizinischer Betreuung, zu der auch die Zuteilung rarer Vitamin- und Stärkungsmittel gehörte, wurde während des Krieges im Zeichen verknappter Gesundheitsressourcen fortgeführt, zum Teil sogar ausgebaut,[3] wobei sich die Akzentsetzung in der Jugendgesundheitsfürsorge von der „Erbgesundheitspflege" teilweise zur militärischen Nachwuchssicherung verschob.[4]

Auf der Verliererseite standen jene Patientengruppen, die diesen Kriterien nicht genügten. Seit Mitte der dreißiger Jahre beschränkten zahlreiche öffentliche Kran-

---

1 Vgl. S. 261–264.

2 Vgl. Hammerschmidt, Wohlfahrtsverbände, S. 401–418.

3 Runderlaß des Reichsministeriums des Innern vom 9. 11. 1939, betr. Vorbeugemaßnahmen gegen die Rachitis, RMBliV, S. 2330; Reichsministerium des Innern an die Regierungspräsidenten u. a., 19. 2. 1940, Anleitung zur Unterrichtung über den Zweck der Vitamin-C-Prophylaxe und ihre Durchführung, LHSA, Rep. C 20 Ib/3297, Bl. 79–84; K. Zimdars, Rachitisprophylaxe, in: ÖGD 6 A (1940/41), S. 72–74; H. Ertel, Die Vitamin-C-Prophylaxen im Frühjahr 1942, in: ÖGD 8 B (1942), S. 317–320.

4 In diesem Sinne erklärte Conti: „in einem Kriege wie diesem [bedeute] die Gesunderhaltung der Jugend die Sicherung des Nachwuchses für die Wehrmacht [...] Der Jugendliche von heute ist der Soldat von morgen"; Völkischer Beobachter (Berliner Ausgabe), Nr. 93, 2. 4. 1944. Besonders deutlich wird dieser Zusammenhang bei der Zahnsanierungsaktion des zur Musterung anstehenden Jahrgangs 1927; vgl. Pranschke, Die Jugendzahnpflege im Kriege und die Zahnsanierung der Jungen des Geburtsjahrgangs 1927, in: ÖGD 10 A (1943), S. 166–173; SD-Abschnitt Bayreuth, Erfahrungen nach Abschluß der Zahnsanierungsaktion des männlichen Geburtsjahrgangs 1927, 20. 9. 1943, StAB, M 30/1045.

kenhausträger die Aufnahme jüdischer Patienten.[5] Gegen die als „erbkrank" denunzierten Psychiatriepatienten inszenierten die Nationalsozialisten bereits kurz nach der Machteroberung eine bis dahin beispiellose Propagandakampagne, die die Legitimität des für geistig Behinderte aufgewendeten Anteils an den Sozialausgaben in Frage stellte und statt dessen für eine Umverteilung dieser Mittel an die „biologisch wertvollen" Teile der Sozialstaatsklientel eintrat.[6] Bei der medizinischen Versorgung der osteuropäischen Zwangsarbeiter konkurrierten ökonomische und rassistische Rationalitätskriterien. Einerseits war eine Verwertung ihrer Arbeitskraft in der deutschen Kriegswirtschaft ohne eine medizinische Grundversorgung wenig aussichtsreich, andererseits sollte sich die ihnen zugeschriebene rassische Minderwertigkeit auch im Ausmaß und in der Form der medizinischen Betreuung widerspiegeln. Daher waren die Bestimmungen der Reichsversicherungsordnung, insbesondere solche, aus denen sich Rechtsansprüche der Versicherten ableiten ließen, für diese Gruppe ausdrücklich außer Kraft gesetzt, obwohl die Zwangsarbeiter Beiträge an die Kranken- und Unfallversicherung abführen mußten. Das deutsche Sozialrecht, so die herrschende Lehre, sei „aus dem Rechtsempfinden des deutschen Blutes hervorgegangen"[7] und könne daher auf Fremdvölkische nicht übertragen werden. Eine medizinische Betreuung, so der Leiter des Amtes Gesundheit der Deutschen Arbeitsfront, käme nur insoweit in Betracht, wie sie „aus arbeitseinsatzmäßigen Gründen erforderlich" sei.[8] In der Praxis bedeutete dies, daß aufwendigere Behandlungen, etwa Krankenhausaufenthalte, nur in Ausnahmefällen genehmigt wurden, sofern das Verhältnis zwischen den Kosten des Aufenthaltes und der zu erwartenden Arbeitsleistung aus der Sicht des Regimes günstig zu sein schien.[9] War dies nicht der Fall, schob man die Patienten in ihre Heimat ab. Als die Verschlechterung der militärischen Lage diesen Weg verbaute, wurden chronisch Kranke in Sonderlagern mit minimalster medizinischer Betreuung zusammengepfercht. Psychiatriepatienten und tuberkulosekranke Zwangsarbeiter liefen Gefahr, in Tötungsanstalten der zweiten Euthanasiephase ermordet zu werden.[10]

Neben die verschiedenen Formen besonderer medizinischer Betreuung trat immer häufiger der gezielte Ausschluß auch solcher Gruppen aus der medizinischen Versorgung, die keiner rassisch oder eugenisch motivierten Diskriminierung un-

---

[5] Gruner, Wohlfahrt, S. 112f., 141f.

[6] Schmuhl, Rassenhygiene, S. 173–177; Roth, Filmpropaganda, S. 129–132; Makowski, Eugenik, S. 177ff.

[7] Hans Küppers/Rudolf Bannier, Einsatzbedingungen der Ostarbeiter. Berlin 1943, S. 30f., zit. nach Geyer, Reichsknappschaft, S. 351.

[8] Bockhacker, Rundschreiben an die Gau-Hauptabteilungen für Gesundheit und Volksschutz, 20. 5. 1941, BAB, NS 5-I/276; vgl. Decker, Versorgung, S. 103–107, sowie Heusler, Ausländereinsatz, S. 344–386.

[9] Runderlaß des RMdI, IV e 8880/40–3916, 9. 4. 1941, BAB, R 18/3809, ein ergänzender Erlaß vom 30. 6. d. J. nahm flämische, holländische und norwegische Arbeiter ausdrücklich von diesen Beschränkungen aus.

[10] In Hadamar wurden die dort eingelieferten Zwangsarbeiter, etwa 400 bis Kriegsende, „immer sofort nach ihrer Ankunft durch Einspritzungen getötet"; Affidavit der Oberschwester Irmgard H., Protokoll des Nürnberger Ärzteprozesses, Sitzung am 17. 1. 1947, IfZ, MB 15/18, vgl. Hamann, Morde, S. 158–181.

terworfen waren. Als Einfallspforten solcher Ausgrenzungsstrategien in den medizinischen Alltag dienten Krankheiten, die traditionell mit sozialen Stigmatisierungen behaftet waren. Leitete sich diese Stigmatisierung vordem, wie bei der „Proletarierkrankheit" Tuberkulose, zum Teil aus der sozialen Position des Kranken,[11] oder, wie beim Geschlechtskranken, aus der moralischen Bewertung des ihm zugeschriebenen Verhaltens ab, so kann die übersteigerte Bewertung mangelnder Arbeitsleistungen als Stigmatisierungsgrund von Kranken als Spezifikum nationalsozialistischer Gesundheitspolitik gelten.

Diese Maxime war – obwohl publizistisch seit Jahren vorbereitet – als Bestandteil der gesundheitspolitischen Praxis eine Besonderheit der Kriegsjahre. Wohin die Reise gehen sollte, hatte der Reichsärzteführer Wagner bereits 1938 deutlich gemacht, als er forderte, daß neben die Erbanlagen die „Leistungsfähigkeit des deutschen Menschen als biologischer Wert"[12] zu treten habe. Noch einen Schritt weiter ging der vielgelesene Medizinalschriftsteller Karl Kötschau: „Der Schwächliche ist nicht dazu da, geschont zu werden [...] Ist es nicht ein Gewinn für alle, wenn Sieche, die oft unter unsäglichen Leiden ihre letzten Lebensmonate verbringen müssen, bei einem letzten Versuch, ihr Lebensschicksal zu wenden, etwa vorzeitig zugrunde gehen? [...] Für einen rettungslos verlorenen Siechen eine schöne Lösung und Erlösung. Ich denke da an den Krebskranken, den Tuberkulösen, den Rheumakranken und andere chronische Leiden [...] Der Invalidisierte oder zu Invalidisierende ist [...] auf Leistungsfähigkeit und Gesundheit zu trainieren, auch wenn dadurch der ungünstige Ausgang seiner Krankheit beschleunigt werden sollte. Mit anderen Worten: [...] entweder Leistungsfähigkeit oder natürliche Ausmerze."[13]

Freilich stellte Kötschau nur eine, wenn auch besonders grelle Stimme in der gesundheitspolitischen Diskussion des „Dritten Reiches" dar. Daß der Weg von der programmatischen Fundierung zur Umsetzung exkludierender Medikalisierungsstrategien im Bereich der somatischen Medizin nicht geradlinig verlief, zeigt die Entwicklung der Tuberkulosefürsorge. Zwar war die Tuberkulosepolitik schon vor dem Krieg durch Versuche geprägt, kostenintensive Heilmaßnahmen wie Sanatoriumsaufenthalte an die erwartbare Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit zu knüpfen. Bereits 1938 genehmigten einzelne Landesversicherungsanstalten Heilverfahren nur noch dann, wenn die Aussicht bestand, „daß die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit für längere Zeit (mindestens 2–3 Jahre) gesichert"[14] war. Diese Praxis wurde kurz nach Kriegsbeginn allgemein verpflichtend gemacht. Angesichts des Mangels an geeigneten Sanatoriumsbetten sollten künftig „prognostisch günstige Fälle und solche, die durch operative Behandlung [...] be-

---

[11] Vgl. Blasius, Tuberkulose, S. 323.

[12] G. Wagner, Gesundes Leben – Frohes Schaffen, in: Ziel und Weg 8 (1938), S. 549–555, 551.

[13] K. Kötschau, Der Einfluß des Christentums auf Stellung und Einstellung des Kranken. Nürnberg 1938, S. 33–36, zit. nach Wuttke-Groneberg, Heilpraktiker, S. 128.

[14] LVA Württemberg, Durchführung der Schnelleinweisung von Tuberkulosekranken, 25. 3. 1938, in: Ärzteblatt für Württemberg und Baden 5 (1938), S. 108, zit. nach Stahl, Krankheit, S. 91.

einflußbar sind",[15] besonders bevorzugt werden. „Hingegen können solche chronischen [...] nur durch langdauernde konservative Anstaltsbehandlung beeinflußbaren Erkrankungsformen zurückgestellt werden." Gleichzeitig zog man Tuberkulosekranke, ohne Rücksicht auf die gesundheitlichen Auswirkungen körperlicher Anstrengungen, verstärkt zur Arbeit heran.[16] Als besonders gefährlich für die Patienten erwies sich, daß die zur Stabilisierung ihres Gesundheitszustandes unabdingbaren Kostzulagen während des Krieges nur arbeitsfähigen Kranken gewährt wurden, und auch dies geschah nicht immer.[17] Allem Anschein nach gingen die Restriktionen in erster Linie von den gesundheitspolitischen Mittelbehörden der NSDAP aus, die den Kranken die dringend benötigten Sonderzulagen mit dem Hinweis auf die vorrangigen Bedürfnisse der „Volksgemeinschaft" oftmals verweigerten, wie in Thüringen, wo der Ärztekammervorsitzende und Gausundheitsführer Richard Rhode persönlich die Lebensmittelatteste seines Zuständigkeitsgebietes nachkontrollierte.[18] Bezeichnend für eine Haltung, die das Recht auf Gesundheit in erster Linie aus der gesellschaftlichen Nützlichkeit des Kranken herleitete, ist die Antwort eines Württemberger Tuberkulosearztes auf eine Beschwerde über die minderwertige Verpflegung der Kranken: „Die Gewichtszunahme der Kranken, deren Krankheitszustand besserungsfähig ist"[19], sei „genügend, zumal man ja heute nicht mehr viel Wert auf eine Fettmast der Tuberkulösen" lege. Demgegenüber drängten die Verantwortlichen des Reichstuberkuloseausschusses mit medizinalpolizeilichen Argumenten auf eine ausreichende Ernährung aller Kranken, und auch die Reichsgesundheitsführung betonte, daß die Erfordernisse der Seuchenbekämpfung denen des Arbeitseinsatzes zumindest gleichwertig seien.[20] Auch die während des Krieges erreichten Verbesserungen in der Finanzierung der kostenträchtigen TBC-Heilbehandlungen sind vor diesem Hintergrund zu sehen.[21]

---

[15] Rundschreiben des NSV–Amtes für Volksgesundheit an die Gauamtsleiter der NSDAP u. a., 23. 10. 1939, BAB, NS 37/1026.

[16] Richtlinien für den Arbeitseinsatz Lungentuberkulöser, aufgestellt vom Reichs-Tuberkulose-Ausschuß, Juni 1943, StAM, Arbeitsämter/988.

[17] So beklagte der Verein für öffentliche und private Fürsorge im Oktober 1943 die überhand nehmenden „Zufälligkeiten und Planlosigkeiten" bei der Zuteilung von Lebensmitteln an Tuberkulöse. Immer wieder käme es vor, „daß Tuberkulosekranken, welche in Vollarbeit stehen, die ihnen zustehende höchste Zulage versagt wird mit der Begründung, daß es sich um eine fortschreitende Tuberkulose ohne Besserungsaussichten handelt"; Nachrichtendienst des Vereins für öffentliche und private Fürsorge, Nr. 10, Oktober 1943, BAB, 62.03/3004, Bl. 4.

[18] Rhode an die Landesversicherungsanstalt Thüringen, 13. 10. 1944, ThüHStA, KVD/179–181.

[19] Versorgungskrankenhaus Weingarten an das Hauptversorgungsamt Südwestdeutschland, 11. 4. 1944, BA-MA, H 20/731.

[20] Auerbach an die Landesversicherungsanstalt Thüringen, 30. 4. 1943, ThüHStA, KVD/179–181; Uckermark, Die Tuberkulosebekämpfung in Großschadensbereichen [1944], BAB, R 18/3143.

[21] Eine 1942 verabschiedete Verordnung des Ministerrats für die Reichsverteidigung verfügte für Personen, die ein Jahreseinkommen von weniger als 7200 Reichsmark besaßen, die Übernahme der Behandlungskosten durch das Reich. Damit wurde die Behandlung für die nicht gesetzlich Krankenversicherten aus der Zuständigkeit der Fürsorge herausge-

Ähnlich wie Tuberkulosekranke eiweißreicher Nahrung bedurften, benötigten auch Diabetiker zur Stabilisierung ihres Gesundheitszustands erhebliche Zusatzmengen rationierter Lebensmittel. Zuckerkranken standen im Rahmen der „Kriegskrankenernährung" wöchentlich bis zu 500 Gramm Fleisch, 250 Gramm Butter und 250 Gramm Käse zu, mithin mehr als die Wochenration eines Normalverbrauchers. Auch hier spielte das Argument der Arbeitsleistung bei der Gewährung der Sonderrationen eine entscheidende Rolle, denn die nationalsozialistische Kriegswirtschaft konnte auf die Arbeitskraft der rund 300000 ins Erwerbsleben integrierten Zuckerkranken kaum verzichten.[22] Wegen seiner energie- und transportintensiven Herstellung aus frischen Schlachtabfällen war Insulin bereits seit Kriegsbeginn knapp. Zunächst behalf man sich mit der Umstellung der Patienten auf das schlechter verträgliche, aber einfacher zu produzierende Depotinsulin. Nach dem Ausbruch der Ernährungskrise im Frühjahr 1942 deckte das Insulinangebot den infolge der verminderten Nahrungsqualität gestiegenen Bedarf der Diabetiker nicht mehr.[23] Die neuen Richtlinien zur Insulinrezeptur vom November 1942 enthielten daher die Empfehlung, die Insulingabe behutsam in erster Linie bei Altersdiabetikern und nicht im Arbeitsleben stehenden Personen zu reduzieren.[24] Darüber hinaus verkündeten die Internisten der Reichsgesundheitsführung, daß es unnötig sei, die völlige Zuckerfreiheit des Harns zu erreichen. Diese Form der Diabetesbehandlung ermöglichte zwar weiterhin den Arbeitseinsatz der Patienten, nahm aber schwerwiegende Langzeitschäden wie Niereninsuffizienz, Erblindung und Gefäßerkrankungen in Kauf.[25]

Eine Kürzung der Insulinbezüge um 30 Prozent im Frühjahr 1944 setzte den Trend zur produktivitätsorientierten Zuteilung von Gesundheitsressourcen an Zuckerkranke fort. Der Sachbearbeiter für Arzneimittelfragen im Arbeitsstab Brandt wies die nachgeordneten Dienststellen der Medizinalverwaltung dazu an, die Versorgung „der arbeitenden Bevölkerung [...] als besonders vordringlich" zu behandeln und „gegebenenfalls auf Kosten der Bevölkerungsschichten, die nicht mehr in den Arbeitsprozeß eingeschaltet sind",[26] aufrechtzuerhalten. Noch einen Schritt weiter ging der Ernährungsinspektor im SS-Wirtschaftsverwaltungshauptamt, Prof. Ernst Günter Schenck. Er empfahl generell, die Insulingabe bei den über Fünfzigjährigen zu reduzieren, da hier „mit dem größten Nutzen für die Allgemeinheit"[27] gespart werden könne. In dieser bei der Zusatzernährung ohnehin

löst; O. Walter, Die Tuberkulosehilfe des Reiches, in: Gesundheitsführung 3 (1942), S. 243–247.

[22] Knödler, Insulinproblem, S. 250ff.

[23] Zur Ernährungskrise im Frühjahr 1942 vgl. Herbst, Krieg, S. 189–192; Boberach, SD-Berichte, 19. 10. 1943, Bd. 15, S. 5896.

[24] Anordnung des Reichsärzteführers Nr. 11/1942 über die Ausstellung der Insulinbezugskarte 1943, DÄB 72 (1942), S. 391.

[25] Knödler, Insulinproblem, S. 259.

[26] Lüpke an die Regierung Düsseldorf, 8. 3. 1944, NRWHStA, Reg. Düsseldorf/54663-I, Bl. 240.

[27] E. Schenk, Ärztliche und organisatorische Maßnahmen zur rationellen Behandlung der Diabetiker und der Einsparung des Insulins, in: DÄB 74 (1945), S. 22.

schon benachteiligten Altersgruppe befanden sich überwiegend infolge ihrer fortgeschrittenen Diabetes arbeitsunfähige Patienten und Altersdiabetiker.

Daß alte Patienten mit bis in den Tod reichender Konsequenz aus der Gesundheitsversorgung ausgegrenzt wurden, ist bislang wenig untersucht. Zu Beginn des Zweiten Weltkrieges deutete kaum etwas darauf hin, daß diese Gruppe einmal zu den Hauptverlierern nationalsozialistischer Kriegs-Gesundheitspolitik zählen würde. Zwar erörterten Sozialpolitiker unter dem Diktat sozialpolitischer Sparzwänge beim Bau von Altenheimen die Frage, ob der Nutzen ihrer Insassen für die Volksgemeinschaft finanzielle Aufwendungen gerechtfertigt erscheinen lasse,[28] doch bildeten Alte und ihre gesundheitliche Versorgung ein eher randständiges Thema, das in der zweiten Hälfte der dreißiger Jahre primär unter dem Aspekt ihrer Integration in den Arbeitsmarkt diskutiert wurde.[29] Im Gegensatz zum Ausschluß der „Erbkranken" aus der medizinischen Regelversorgung waren offene Diskriminierungen alter und chronisch kranker Patienten vor dem Krieg nicht üblich gewesen und – im Gegensatz zur „Euthanasie" – auch im medizinischen Schrifttum nicht ernsthaft erwogen worden.[30] Im Gegenteil: Wenige Monate vor Kriegsbeginn hatte Robert Ley eine großzügige Reform der Alterssicherung in Aussicht gestellt und noch im September 1941 dehnte das Regime den Schutzbereich der gesetzlichen Krankenversicherung auf die Rentner aus.[31]

Zu diesem Zeitpunkt diskutierten die Gesundheitsbehörden der Rheinprovinz bereits seit mehreren Monaten, ob chronisch kranke und alterssieche Patienten nicht aus den luftbedrohten Städten evakuiert und in einer der durch die Krankenmorde freigewordenen Heil- und Pflegeanstalten der Provinz untergebracht werden könnten.[32] Den Anfang hatte das Düsseldorfer Gesundheitsamt gemacht, indem es anregte, für „die chronisch Kranken und Pflegebedürftigen [...] im Innern des Reiches oder in seinen östlich gelegenen Gebieten geeignete Räume zur Verfügung" zu stellen, die durch eine Zentralstelle bewirtschaftet werden sollten. Bis eine solche Regelung greife, solle die Stadt die Möglichkeit erhalten, ihre Pflege-

---

[28] So kam eine Kommission der Münchener Stadtverwaltung am Ende einer Besichtigungsreise, die sie durch Altenpflegeeinrichtungen deutscher Städte geführt hatte, zu dem Ergebnis, „daß sowohl die Verwaltung wie die ärztliche Leitung auf dem Standpunkt" stünden, „daß es insbesondere nach der Auffassung der neuen Zeit nicht angängig sei, für solche Personen, welche als wertvoll für die Volksgemeinschaft in aller Regel nicht oder nicht mehr angesehen werden können, hohe Aufwendungen zu machen". Bericht der Kommission zur Besichtigung von Siechenheimen in anderen Städten, 6. 6. 1935, S. 8, StadtAM, Krankenanstalten/199.

[29] Hahn, Alternsforschung, S. 221 f.

[30] Zur traditionellen ärztlichen Sichtweise vgl. F. Magg, Die Betreuung von unheilbaren Kranken durch den praktischen Arzt, in: Münchener Medizinische Wochenschrift 87 (1940), S. 713–715.

[31] Gesetz über die Verbesserung der Leistungen in der Rentenversicherung, 24. 7. 1941, RGBl. I, S. 443 f.

[32] Regierung Düsseldorf an den Korpsarzt im Wehrkreis VI, 13. 3. 1941, NRWHStA, Reg. Düsseldorf/54475-II, Bl. 330; vgl. den Vorschlag der Regierung Düsseldorf zur Freimachung der Krankenanstalten von chronisch Kranken [Mai 1941], NRWHStA, Reg. Düsseldorf/54492, Bl. 4.

bedürftigen im Landkreis unterzubringen.[33] Als Rechtsgrundlage für deren Umquartierung sollte ein Erlaß Görings vom Dezember 1940 dienen, der in luftgefährdeten Städten die Räumung der Krankenhäuser von schwertransportierbaren Kranken vorsah.[34] Bei diesen frühen Evakuierungsplanungen spielte zunächst weniger die Überlegung eine Rolle, knappe Gesundheitsressourcen nach Produktivitätskriterien zu verteilen, sondern vielmehr das Ziel, möglichst viele potentielle Problemgruppen aus den luftkriegsbedrohten Städten zu entfernen.

Im Frühsommer 1942 begann die Kölner Stadtverwaltung ihre Altersheiminsassen in den Heil- und Pflegeanstalten der Region unterzubringen, um den freigewordenen Raum für Hilfskrankenhäuser zu nutzen. Düsseldorf und andere Städte des Ruhrgebiets folgten im Lauf des Jahres 1942 und quartierten mehrere hundert Alte in Anstalten des Provinzialverbands um.[35] Erste Diskussionen über reichsweite Verlegungen gebrechlicher und siecher Alter fanden im Frühjahr 1943 statt.[36] Eine Regelung für die besonders luftkriegsgeschädigten nordwestdeutschen Gaue kam im Juli 1943 zustande.[37] Nach den verheerenden Luftangriffen auf Hamburg wurde das Programm kurzfristig auf die zerstörte Hansestadt sowie die Gaue Weser-Ems, Essen, Düsseldorf, Köln-Aachen und Berlin erweitert und rund 15000 Plätze in Süd- und Ostdeutschland sowie etwa 2000 Plätze in Mecklenburg, Sachsen, Thüringen und der Mark Brandenburg bereitgestellt.[38] Dorthin verlegte man vor allem solche Patienten, die aufgrund ihres Alters oder ihrer Gebrechen stark pflegebedürftig waren, als therapeutisch aussichtslos galten und zudem dauernde Arbeitsunfähigkeit erwarten ließen. Ein Großteil davon litt an typischen Alterskrankheiten: chronischer Arthritis, Lähmungen nach einem Schlaganfall, Multipler Sklerose, schlecht heilenden Knochenbrüchen und Krebs im Endstadium.[39]

---

[33] Gesundheitsamt Düsseldorf an die Regierung Düsseldorf, 20. 1. 1941, NRWHStA, Reg. Düsseldorf/54475-I, Bl. 242f.

[34] Erlaß des Reichsministers der Luftfahrt und Oberbefehlshabers der Luftwaffe, 4. 12. 1940, BAB, R 36/1741.

[35] Insgesamt wurden zwischen Juli und November 1942 etwa 900 alte und sieche Personen aus den Luftschutzorten 1. Ordnung verlegt. Ewa die Hälfte davon kam in Einrichtungen des Provinzialverbands unter; Tab. E.3; Provinzialverband der Rheinprovinz an die Regierung Düsseldorf, 7. 12. 1941, NRWHStA, Reg. Düsseldorf/54475-I, Bl. 121f. Für Hamburg vgl. Pfäfflin, Wohlfahrt, S. 108f.

[36] Krause, Flucht, S. 143.

[37] Danach sollten bis zu 4000 Alterskranke aus Hamburg, Schleswig-Holstein und Westfalen in die Gaue Bayreuth, Franken und Salzburg evakuiert werden; Fernschreiben des Hauptamtes für Volkswohlfahrt an die NSV-Gauamtsleitungen, 15. 7. 1943, StAMü, Gauleitung Westfalen-Nord, Gauamt für Volkswohlfahrt/1157.

[38] Auf die Rheinprovinz entfiel etwa ein Viertel der bereitgestellten Plätze; Fernschreiben des Hauptamtes für Volkswohlfahrt an die NSV-Gauamtsleitungen, 30. 8. 1943, StAMü, Gauleitung Westfalen-Nord, Gauamt für Volkswohlfahrt/648. Zu den Verlegungen vgl. Tab E.3 und E.4.

[39] Zusammenstellung der von den städtischen Krankenanstalten nach Solingen überwiesenen Kranken [1942], NRWHStA, Reg. Düsseldorf/54475-I, Bl. 108; Nachweisung [der nach Kolberg evakuierten Bochumer Kranken], 28.9.[1943], BrLHA, Br. Pr. Rep. 55, Abt. IX/1408, Bl. 22f.

Insbesondere kommunale Entscheidungsträger betrieben die Verlegungen. Hierunter zählen zum einen Vertreter der lokalen NSDAP, vor allem aber die städtischen Gesundheitsämter.[40] Zwei Argumentationslinien begründeten die Evakuierungsvorhaben: Die Gesundheitsbehörden wiesen in erster Linie auf Engpässe in der lokalen Krankenhausversorgung hin. Da die Kriegsumstände den Verbleib hilfsbedürftiger alter Menschen in der eigenen Wohnung immer schwieriger machten, wurden Alterskranke häufiger in Krankenhäuser eingewiesen, teils, weil sich der Gesundheitszustand ohnehin Gebrechlicher durch die Luftkriegsfolgen weiter verschlechtert hatte, teils aber auch, weil Pflegebedürftige, die sich bislang in Familienpflege befunden hatten, von ihren bombengeschädigten Angehörigen nicht mehr versorgt werden konnten.[41] „Wenn es gelänge, die alten Leute aus Wuppertal fortzuschaffen",[42] so das vielfach anzutreffende Argument kommunaler Gesundheitsverwaltungen, „würden in den Krankenanstalten sofort zahlreiche Betten frei". „Das harte Kriegsschicksal",[43] so die Gesundheitsabteilung des Reichsinnenministeriums, fordere von den behandelnden Ärzten, bei der Freimachung der Krankenhäuser „einen äusserst strengen Maßstab anzulegen, um den vorhandenen Raum möglichst für die jungen leistungsfähigen Menschen sicherzustellen".

Je weiter die Verknappung der medizinischen Ressourcen voranschritt, desto mehr standen alte, zumeist stark pflegebedürftige Langzeitpatienten in der Hierarchie der Patienten hintenan. Vor allem in den letzten beiden Kriegsjahren wurde ihnen der Zugang zu den knappen Gesundheitsressourcen mehr und mehr beschränkt. Alterskranke ohne erkennbare äußere Verletzungen durften nach einer Anweisung der Kölner Gesundheitsverwaltung „unter keinen Umständen in Krankenhäuser aufgenommen werden, sondern müssen sofort in die Riehler Heimstätten [das zentrale Alten- und Siechenheim in Köln, W.S.] transportiert werden".[44] Bei unabwendbarer Behandlungsbedürftigkeit sollten sie in den einfacher ausgestatteten Hilfskrankenhäusern untergebracht werden.[45] „Der drin-

[40] Bericht des Kölner Oberbürgermeisters an die Gauleitung Köln-Aachen über den Luftangriff vom 30./31. 5. 1942, StadtAK, ZS Kriegschronik/63; Gauamt für Volksgesundheit Köln-Aachen an den Beigeordneten Heringhaus, 7. 1. 1943, StadtAK, Acc. 673/57; Gesundheitsamt Duisburg, Monatlicher Lagebericht, 28. 8. 1942, NRWHStA Reg. Düsseldorf/54475-I, Bl. 84; Gesundheitsamt Essen, Monatlicher Lagebericht, 6. 5. 1943, NRWHStA, Reg. Düsseldorf/54489-II, Bl. 239; Niederschrift über die Besprechung zwischen dem Gauleiter Wagner, dem kommandierenden General im Wehrkreis VII, Stadtrat Leitmeyer und dem Münchner Amtsarzt Limmer vom 13. 4. 1943, StadtAM, Bürgermeister und Rat/305–10.

[41] Reichsstatthalter in Sachsen, Abteilung Allgemeine und Innere Verwaltung, Rundschreiben an die Landräte und Oberbürgermeister Sachsens, 9. 12. 1943, SächsHStA, MdI/16851, Bl. 4; Der Arzt im Luftkrieg [MS, 1943], S. 7, BAB, R 18/3791.

[42] Der Oberbürgermeister der Stadt Wuppertal an die Regierung Düsseldorf, 20. 11. 1944, NRWHStA, Reg. Düsseldorf/54494-I, Bl. 63 (Zitat); Niederschrift über die Chefarztbesprechung vom 12. 5. 1944, StadtAK, 687/16.

[43] Der Arzt im Luftkrieg [MS, 1943], S. 7, BAB, R 18/3791.

[44] Niederschrift über die Chefarztbesprechung vom 29. 7. 1944, StadtAK, 687/16; vgl. Schlüter an das Gesundheitsamt Duisburg, 22. 10. 1944, StadtAD, 503/416.

[45] Erlaß des Reichsministeriums des Innern IV 6246/40g, 27. 12. 1940, BAB, R 18/5576; Erlaß des Reichsgesundheitsführers Lu II/43, 3. 7. 1943, StadtAK, Acc. 673/12.

gende Bedarf an Krankenhausbetten", so der Reichsgesundheitsführer Conti, „schließt im totalen Krieg deren Verwendung im Sinne eines Siechen- oder Altersheimes aus".[46] Der Münchener Krankenhausdezernent Leitmeyer hatte zuvor schon aus demselben Grund die „rücksichtslose Durchfilzung"[47] der Krankenhausbetten auf Dauerpatienten empfohlen, da Soldaten in einer Zeit kriegsbedingter medizinischer Kapazitätsengpässe mehr Recht auf ein Krankenhausbett besäßen als diese Gruppe Zivilkranker. Auch in seiner Argumentation klingt deutlich der Gedanke an, daß das Mangelgut Gesundheit nach der gesellschaftlichen „Nützlichkeit" verteilt werden sollte. Dabei fielen Alterskranke durch das dreifache Raster nationalsozialistischer Kriegs-Gesundheitspolitik: Ihre militärische Bedeutung tendierte in den Augen des Regimes gegen Null, ihr Arbeitskraftpotential schien gering, und auch ihr bevölkerungspolitischer Stellenwert schlug kaum zu Buche.

Die kriegsbedingte Knappheit der Gesundheitsressourcen rechtfertigte in den Augen nationalsozialistischer Gesundheitspolitiker auch den Ausschluß todkranker Patienten aus der medizinischen Versorgung. Im Juli 1943 untersagte der Reichsgesundheitsführer Krankenhäusern „die Aufnahme hoffnungslos Kranker für ihre letzten Lebenstage".[48] Bereits anderthalb Jahre zuvor hatte der Münchner Gynäkologe Otto Eisenreich die Aufnahme von moribunden Krebspatientinnen in seiner Klinik abgelehnt und damit Beifall beim Leiter der Gesundheitsabteilung im Bayerischen Innenministerium gefunden. Ministerialdirektor Schultze erklärte: „Wir können es uns nicht leisten, daß wir Leute mit jauchigen Karzinomen in unsere Kliniken aufnehmen, nur weil es arme Teufel sind, und dadurch anderen dringenden Fällen die Betten wegnehmen. Ich stehe auf dem Standpunkt [...] für jauchige Karzinome in einem Zustand, wie Herr Prof. Eisenreich meinte, haben wir in den Kliniken heute leider keinen Platz mehr."[49] Gegen Kriegsende gipfelte der Ausschluß chronisch Kranker aus der Gesundheitsversorgung in der Einrichtung spezieller Sterbehäuser mit knappster medizinischer Betreuung für todkranke Patienten.[50]

Einige Indizien sprechen dafür, daß sich die Ausgrenzung alterskranker Patienten aus der Krankenhausversorgung bis in die ärztliche Allgemeinpraxis fortsetzte. Ende März 1944 zog der Leiter der Hauptabteilung „Deutsche Lebensgebiete" im Inlandsgeheimdienst der SS, Otto Ohlendorf, bei den Außenstellen des SD Erkundigungen über die medizinische Versorgung älterer Menschen ein. Ihm sei bekannt geworden, daß „gelegentlich alte Leute Medikamente, die ihnen ärztlich verordnet worden sind, verweigert haben, mit der Begründung, daß Ärzte

---

[46] Conti an die Reichsverteidigungskommissare, 5. 7. 1943, BAB, R 18/3791.

[47] Leitmeyer, Protokoll der Dezernentenbesprechung vom 20. 7. 1942, S. 26, StadtAM, Ratsprotokolle/715–3.

[48] Conti an die Reichsverteidigungskommissare, 5. 7. 1943, BAB, R 18/3791.

[49] Protokoll der Besprechung über die ärztliche Versorgung der Zivilbevölkerung am 23. 2. 1942, S. 15, StadtAM, Gesundheitsamt/118.

[50] So wurden z. B. im Neußer St. Josefskloster neben 150 Betten für chronisch Kranke weitere 60 Plätze für moribunde Krebskranke eingerichtet; Reichsverteidigungskommissar Düsseldorf an den Neußer Oberbürgermeister, 6. 4. 1944, NRWHStA, Reg. Düsseldorf/54474-II, Bl. 354.

von der Regierung den Auftrag bekommen hätten, invalide Leute nicht mehr zu behandeln bezw. ihren vorzeitigen Tod durch geeignete Mittel herbeizuführen".[51] Er bitte um Mitteilungen, ob den SD-Mitarbeitern ähnliche Fälle bekannt geworden seien. Auf die Nachfrage des Reichssicherheitshauptamtes meldeten im Frühjahr 1944 drei Viertel der etwa 40 angeschriebenen SD-Dienststellen entsprechende Vorkommnisse nach Berlin. Freilich erlauben diese Berichte keinen direkten Schluß auf das Vorhandensein gesundheitspolitischer Praktiken, die den Zugang älterer Patienten zur Gesundheitsversorgung beschränkten, zumal die Mehrheit der Berichterstatter nicht immer zwischen nachprüfbaren Sachverhalten, eigenen Meinungen und Gerüchten unterschied. Dennoch sind diese Berichte aufschlußreich, denn sie geben einen Einblick in die Erfahrungsgeschichte nationalsozialistischer Gesundheitspolitik, der mit anderen Quellengattungen kaum möglich ist.

Ganz offensichtlich fühlten sich alte Menschen in der zweiten Kriegshälfte auch außerhalb der Krankenhäuser nicht mehr angemessen medizinisch betreut. Im Gebiet des Leitabschnitts Dresden stellten die Zuträger des SD wiederholt fest, „daß alte Volksgenossen nach ihrer Auffassung im Falle einer notwendig werdenden ärztlichen Behandlung nicht mit der gleichen Sorgfalt und Umsicht betreut werden wie junge arbeitsfähige Volksgenossen".[52] Vor allem auf dem Land sei diese Beobachtung zu machen. Daß dies indes keine ländliche Besonderheit war, wird aus einem Bericht des Leitabschnitts Dortmund deutlich. In der Bevölkerung, so heißt es dort, sei der Eindruck verbreitet, „die Regierung habe angeordnet, dass durch Nichtausgabe von Medikamenten und Lebensmittelzusätzen an alte kranke Personen ein frühzeitiger Tod herbeigeführt werden soll. Vor allem in Arbeiterkreisen herrscht vielfach die Ansicht, dass der Staat nur ein Interesse an seinen Kindern habe, und alles tue, den Nachwuchs des deutschen Volkes gesund zu erhalten und auch durch Evakuierung in Sicherheit [zu] bringe[n]. Dagegen sei ihm das Schicksal der alten Volksgenossen völlig gleichgültig."[53] Auch hielt sich hartnäckig die Fama, daß das Regime Einschränkungen in der medizinischen Versorgung alter Menschen verfügt habe, die tatsächlich nicht bestanden. So herrschte unter der Bevölkerung des Bezirks Frankfurt/Oder große Erbitterung über eine angebliche Anordnung der Regierung, daß Personen, die älter als 60 Jahre waren, nicht mehr in ein Krankenhaus aufgenommen werden dürften.[54] Und der Leitabschnitt Stettin berichtete das Gerücht, die Gesundheitsbehörden hätten ärztliche Hausbesuche bei über fünfzigjährigen Patienten untersagt, „da der Staat an der Erhaltung des Lebens dieser Leute kein Interesse"[55] habe. In einigen Fällen steigerte sich der vermutete Ausschluß aus der medizinischen Versorgung zum konkreten Tötungsverdacht. So kursierte im Gebiet des SD-Leitabschnitts Weimar

---

[51] Ohlendorf, Rundschreiben an die SD-(Leit)Abschnitte und Hauptaußenstellen, 20. 3. 1944, ZAhdS, 500/4/330.

[52] Bericht des SD-Leitabschnitts Dresden, 4. 5. 1944, ZAhdS, 500/4/330.

[53] Bericht des SD-Leitabschnitts Dortmund, 21. 4. 1944, ZAhdS, 500/3/330 (Zitat); Bericht des SD-Leitabschnitts Schwerin, 25. 4. 1944, ebenda.

[54] Bericht des SD-Leitabschnitts Frankfurt/Oder, 24. 4. 1944, ZAhdS, 500/4/330.

[55] Bericht des SD-Abschnittes Stettin, 24. 4. 1944, ZAhdS, 500/3/330 (Zitat); Bericht des SD-Leitabschnitts Nürnberg vom 2. 6. 1944, ebenda.

die Flüsterparole, daß den Altenheiminsassen „‚Himmelfahrtsspritzen'"[56] verabreicht würden, ähnlich denen „wie sie in verschiedenen Irrenanstalten zahlreich verabreicht worden sein sollen". In der Frankfurter Gegend hielt sich hartnäckig das Ondit, daß nach den Einrichtungen für geistig Behinderte nun die Altersheime zur Räumung anstünden und dabei „auch alte Leute, die im Leben Tüchtiges geleistet hätten und jetzt im Alter etwas schwachsinnig geworden seien, mit liquidiert würden".[57] Und als der Fürsorgeausschuß des Münchener Stadtrates über die Verlegung von Altersheiminsassen nach Schönbrunn beriet, wo die Stadt in einer teilgeräumten katholischen Pflegeanstalt ein Altenheim eingerichtet hatte, mußte Oberbürgermeister Fiehler der Behauptung entgegentreten, den nach Schönbrunn verlegten Alten drohe ein ähnliches Schicksal wie den nach Eglfing-Haar verlegten Psychiatriepatienten.[58]

Obgleich solche Gerüchte eher die erweiterte Spannbreite des Denkmöglichen als vorfindliche Tatsachen widerspiegelten, basierte manches, zumindest was die unzureichende medizinische Betreuung älterer Patienten anging, durchaus auf einem realen Kern. Der Hamburger SD konstatierte die „allgemeine Tendenz, alte Volksgenossen in der Erhaltung ihres Lebens und in der ärztlichen Betreuung nicht gerade zu unterstützen"[59] gleichermaßen als erfahrbare Realität und als Gegenstand von Erörterungen in der Bevölkerung. Aus Düsseldorf berichtete der Sachbearbeiter des Leitabschnitts, daß ihm mehrere Fälle bekannt geworden seien, in denen Krankenschwestern aus eigener Initiative älteren Patienten knappe Medikamente verweigert hatten, ein Vorgang, den sein Vorgesetzter in Berlin als geradezu selbstverständliche Tatsache wertete.[60] In seinem zusammenfassenden Bericht an Conti führte der Leiter der Abteilung Volkstum und Volksgesundheit im SD, der selbst Mediziner war, die Verbreitung der oben geschilderten Gerüchte unter anderem auf die Tatsache zurück, daß einzelne Ärzte Unterschiede in der Behandlung alter und junger Patienten machten und „natürlicherweise dann, wenn ihnen bei zwei Patienten nur für einen ein Medikament zur Verfügung steht, dieses bei dem jüngeren und wichtigeren" anwendeten.[61] Diese Praxis, angesichts

---

[56] Bericht des SD-Leitabschnitts Weimar, 24. 5. 1944, ZAhdS, 500/3/330 (Zitat); Bericht des SD-Leitabschnitts Münster, 9. 5. 1944.

[57] Bericht des Oberlandesgerichts Frankfurt/M. an das Reichsjustizministerium, 16. 5. 1941, ZSL, AR-Z 7/340/1959, Bd. V, Bl. 1255.

[58] Protokoll der Sitzung des Fürsorge-Beirats am 15. 5. 1941, StadtAM, Ratsprotokolle/714-4.

[59] Bericht des SD-Leitabschnitts Hamburg, 16. 5. 1944, ZAhdS, 500/4/330 (Zitat); Bericht des SD-Leitabschnitts Frankfurt/Oder, 24. 4. 1944, ebenda.

[60] Bericht des SD-Leitabschnitts Düsseldorf, 19. 6. 1944, ZAhDS, 500/4/330. Versuche, die Versorgung alter Patienten einzuschränken, sind auch in anderen Regionen nachweisbar. So bemühte sich der Medizinaldezernent des Regierungsbezirks Braunschweig im August 1944, den Arzt der teilweise in ein Kriegssiechenheim umgewandelten Heil- und Pflegeanstalt Neuerkerode davon abzubringen, die dort untergebrachten Pflegefälle medizinisch zu betreuen, da es nicht vertretbar sei, knappe Medikamente „zur künstlichen Verlängerung des Lebens schon im Absterben befindlicher alter Menschen zu verwenden"; Staatsanwaltschaft Hannover, Verfahren 2 JS 80/50, HA, Bl. 24, zit. nach Sueße/Meyer, Abtransport, S. 198.

[61] Ehlich an Conti, 1. 9. 1944, ZAhdS, 500/3/330.

knapper werdender medizinischer Ressourcen die arbeitende Bevölkerung vordringlich zu Lasten der nicht mehr in den Arbeitsprozeß integrierten Bevölkerungsgruppen zu behandeln, lief de facto auf den Tausch einer besseren Gesundheitsversorgung der arbeitsfähigen Bevölkerungsteile gegen eine verringerte Lebenserwartung der nicht mehr Arbeitsfähigen hinaus.

Der zweite Argumentationsstrang, mit dem die Verlegung der Alten und chronisch Kranken begründet wurde, subsumierte die Siechenverlegung unter die luftkriegsbedingte „Auflockerung" der urbanen Zentren.[62] Daß sich dahinter, oft kaum verhüllt, kriegswirtschaftliche Argumente verbargen, zeigt ein Schreiben des Kölner Gauleiters Grohé an seinen sächsischen Kollegen Mutschmann. Danach sollten die Umquartierungen der Alten und Siechen vor allem deshalb erfolgen „weil diese hier keine kriegswichtigen Arbeiten leisten können",[63] weiterhin könnte dadurch „auch die Möglichkeit geschaffen werden, in den dann freiwerdenden Räumlichkeiten Rüstungsarbeiter und sonstige kriegswichtige Stellen unterzubringen". Hier stand nicht mehr wie vor 1939 das Ziel niedrigerer Fürsorgekosten im Mittelpunkt, sondern es ging darum, die im Krieg viel wichtigeren knappen Behandlungs, Pflege- und Gebäudekapazitäten einer – gemessen an den regimeinternen Rationalitätskriterien – „nutzbringenderen" Verwendung zuzuführen. Dabei griff die Zivilverwaltung extensiv auf die Altenheime zu. Bereits Ende 1941 waren in Sachsen mehr als 25 Prozent der bei Kriegsbeginn erfaßten Einrichtungen einer anderen Verwendung zugeführt worden.[64] Von den im Gebiet der Stadt Köln gelegenen 37 Altersheimen waren Anfang 1944 18 zerstört, vier beschädigt, neun mit Berufstätigen belegt und drei von der Wehrmacht bzw. der Stadtverwaltung genutzt. Nur drei Gebäude dienten weiterhin ihrem ursprünglichen Zweck.[65]

Bei den Bemühungen, die in ihren Augen gleichermaßen unproduktive wie ressourcenzehrende Gruppe der Alterssiechen möglichst weit aus ihrem Verfügungsbereich zu entfernen, nahmen die Gesundheitsbehörden der evakuierenden Gebiete einschneidende Beschränkungen in der medizinischen Versorgung der Abtransportierten billigend in Kauf. Bezeichnend für die Nichtanerkennung der Verantwortung für diese Gruppe von Kranken ist die Tatsache, daß die städtischen Wohlfahrtsbehörden zumeist große Probleme hatten, Beschwerden der Angehörigen nachzugehen, da sie selbst nicht über genaue Informationen bezüglich der Unterbringung der Evakuierten verfügten. Auch die eigentlich zuständige NSV

---

[62] Der Oberbürgermeister der Stadt Mülheim-Ruhr an die Regierung Düsseldorf, 24. 5. 1943, NRWHStA, Reg. Düsseldorf/54475-I, Bl. 113f. Dieser Tenor findet sich auch im Bericht über die Sitzung des Reichsinnenministeriums mit Vertretern des Propagandaministeriums, des Reichswirtschaftsministeriums u. a. über die Bewältigung der Luftkriegsfolgen am 20. 5. 1943, APK, 10306546.

[63] Grohé an Mutschmann, 6. 12. 1943, SächsHStA, MdI/16850, Bl. 87 (Zitat); Stuckart, Rundschreiben an die Reichsverteidigungskommissare der Reichsverteidigungsbezirke I–IV und VIII–XXI, 27. 6. 1941, BAB, R 2/12081.

[64] Hahn, Alternsforschung, S. 223f.

[65] Aufstellung der Kölner Stadtverwaltung, 15. 2. 1944, StadtAK, Acc. 673/12. Zur Zweckentfremdung von Altenheimen vgl. die instruktive Fallstudie von Hahn/Lilienthal, Totentanz.

entzog sich der Verpflichtung für diesen Personenkreis und überließ die Betreuung der umquartierten Alten und Siechen, wo immer dies möglich war, Trägern der freien Wohlfahrtspflege.[66]

Sowohl bei den Verlegten als auch bei den Angehörigen riefen die Transporte zum Teil beträchtlichen Unwillen hervor.[67] Alterskranke Patienten willigten, auch aus der Furcht, ein ähnliches Schicksal wie die Psychiatriepatienten zu erleiden, oft nur zögernd in Evakuierungen ein.[68] Zwar scheint die Mehrzahl der Verlegungen letztlich auf freiwilliger Basis durchgeführt worden zu sein, zumindest in Köln waren jedoch Zwangsevakuierungen fürsorgeabhängiger Altersheimbewohner keine Seltenheit.[69] Bei der Durchführung der Umquartierungen gebärdeten sich die Stadtverwaltungen oftmals radikaler als die beteiligten Ober- und Mittelbehörden. Während das Reichsinnenministerium aufgrund fehlender Rechtsgrundlagen für Zwangsverlegungen und auch aus psychologischen Erwägungen an der Freiwilligkeit der Transporte festhielt,[70] standen mehrere Stadtverwaltungen im Rheinland auf dem Standpunkt, „daß eine zwangsweise Evakuierung der Siechen und alten Leute nötig ist",[71] um den Erfolg der Aktion nicht in Frage zu stellen.

Die Aufnahmeorte der Evakuierten waren ihrerseits nur selten bereit, die stark pflegeintensiven Siechen zu betreuen. Zwar reagierten nicht alle neubelegten Kliniken so wie ein Krankenhaus aus dem sauerländischen Altena, das eine pflegebedürftige alte Frau, die nach einem Luftangriff aus Duisburg dorthin evakuiert

---

[66] Vereinbarung zwischen der NSV und dem Deutschen Caritasverband, 27. 8. 1943, StadtAK, Acc. 673/12, Bl. 34; Hammerschmidt, Wohlfahrtsverbände, S. 463.

[67] Gesundheitsamt Duisburg an die Regierung Düsseldorf, 12. 11. 1942, NRWHStA, Reg. Düsseldorf/54475-I, Bl. 120; vgl. Gesundheitsamt Köln an das Gauamt für Volkswohlfahrt Niederschlesien, 6. 8. 1943, StadtAK, Acc. 673/12, Bl. 62.

[68] Von 2000 zur Evakuierung anstehenden Duisburger Alten waren nur 312 bereit, sich freiwillig umquartieren zu lassen; Gesundheitsamt Duisburg an die Gauamtsleitung der NSV, 27. 7. [1943], StadtAD, 503/33.

[69] Dagegen wurden die Selbstzahler in den Riehler Heimstätten belassen. Hier spielten in erster Linie privatrechtliche Argumente eine Rolle. Die nicht der Fürsorge unterstellten Einwohner hatten sich in das Altersheim eingekauft und waren durch einen unkündbaren Vertrag mit der Verwaltung des Altersheimes geschützt; vgl. Damenheim Köln-Lindenthal an Wohlfahrtsamt Köln, 1. 10. 1943, StadtAK, Acc. 673/12, Bl. 60.

[70] Wolsegger an die Regierung Düsseldorf, 14. 1. 1943, NRWHStA, Reg. Düsseldorf/54475-I, Bl. 125. Die Rechtsgrundlagen für die Zwangsräumung von Altenheimen wurden erst durch einen Erlaß des Reichsministers der Luftfahrt und Oberbefehlshabers der Luftwaffe vom 10. 10. 1944 geschaffen; APK, 10302784 f. Allerdings konnten die von den Fürsorgeverbänden untergebrachten Alterspfleglinge schon vorher auch gegen ihren Willen verlegt werden, da die Fürsorgebehörden das Aufenthaltsbestimmungsrecht ausübten. Bei den Selbstzahlern empfahl der Krefelder Amtsarzt, das Pflegeheim zu räumen und bei den dann obdachlosen Alten, die sich keine eigene Unterkunft verschaffen konnten, vom polizeilichen Aufenthaltsbestimmungsrecht für Obdachlose Gebrauch zu machen; Gesundheitsamt Krefeld an die Regierung Düsseldorf, 14. 9. 1942, NRWHStA, Reg. Düsseldorf/54492, Bl. 113.

[71] Gesundheitsamt Mülheim/Ruhr, Monatlicher Lagebericht, 25. 3. 1943, NRWHStA, Reg. Düsseldorf/54489-II, Bl. 216. Diese Ansicht wurde einvernehmlich vom Amtsarzt, dem Polizeipräsidenten als Leiter des örtlichen Luftschutzes und dem Luftgauarzt vorgetragen.

worden war, vor der Haustür ihrer Angehörigen absetzen ließ,[72] jedoch ist dieses Verhalten nur die Spitze eines Eisberges der verweigerten Verantwortung für alterskranke Menschen. Einige Gaue, zum Beispiel Sachsen, untersagten die Aufnahme solcher Patienten grundsätzlich.[73] Dahinter stand die Furcht, dauerhaft mit der Versorgung dieser pflegeintensiven, „gaufremden" Kranken belastet zu werden. Der Düsseldorfer Gauamtsleiter für Volksgesundheit lehnte auch die nur vorübergehende Unterbringung von luftkriegsgeschädigten alten und chronisch Kranken aus dem Ruhrgebiet in den freigewordenen Heil-und Pflegeanstalten seines Zuständigkeitsbereichs ab, denn „es sei damit zu rechnen, daß die Alterspfleglinge, wenn sie einmal in den Anstalten untergebracht seien, dort blieben".[74]

Entsprach schon die Unterbringung der evakuierten „regulären" Kranken nicht immer den medizinischen Mindeststandards, galt dies umso mehr für die Alten und Siechen. Bezeichnend in dieser Hinsicht ist das Urteil des Duisburger Gesundheitsamtes, das ein als Ausweichkrankenhaus in Betracht gezogenes Gebäude mit der Begründung ablehnte, daß es sich aufgrund seines schlechten Bauzustands „höchstens für Alte, Sieche und chronisch Kranke"[75] eigne. Die Unterbringung der bettlägerigen Siechen auf Strohsäcken, ohne ausreichende Wäsche und pflegerische Betreuung, war eher die Regel als die Ausnahme. Selbst die Sammellagerung in Turnhallen ist belegt. Was sich dort „an Not und Elend darbietet",[76] so ein Mitarbeiter des Kölner Gesundheitsamtes, „sei kaum zu beschreiben".

Je länger der Krieg fortdauerte und je weiter die Patienten aus ihren Heimatstädten entfernt wurden, desto durchlässiger wurden die Grenzlinien zwischen den Alterskranken und den Psychiatriepatienten in bezug auf die pflegerische Betreuung und die Qualität der Unterkunft.[77] Als dem für die organisatorische Abwicklung der Verlegungen verantwortlichen Anstaltsdezernenten der Rheinprovinz, Professor Walter Creutz, vom Reichsstatthalter des Gaues Oberdonau Betten in der Heil- und Pflegeanstalt Baumgartenberg angeboten wurden, schlug er dem Düsseldorfer Medizinaldezernenten vor, diese Plätze für Sieche zu verwenden, da er „den dringenden und starken Bedarf an Plätzen für Siechenpfleglinge berücksichtige und davon ausgehe, daß sich die Pflegeanstalt Baumgartenberg wahrscheinlich gerade zur Unterbringung von Siechenpfleglingen besonders gut

---

[72] August Dams an das Gesundheitsamt Duisburg, 12. 9. 1942, NRWHStA, Reg. Düsseldorf/54475-I, Bl. 117f.

[73] NSV-Gauamtsleitung Sachsen an die NSV-Gauamtsleitung Köln, 22. 9. 1943, StadtAK, Acc. 673/12, Bl. 39.

[74] Vogt, Aktenvermerk, 21. 5. 1943, NRWHStA, Reg. Düsseldorf/54470-I, Bl. 16.

[75] Bericht des Duisburger Amtsarztes über „Maßnahmen und Erfahrungen mit der vorsorglichen, teilweisen Verlegung Kranker aus den Duisburger Krankenhäusern nach den Luftangriffen im Juli 1942", 12. 8. 1942, NRWHStA, Reg. Düsseldorf/54475-I, Bl. 58.

[76] Gesundheitsamt Köln an das Gauamt für Volkswohlfahrt Niederschlesien, 6. 8. 1943, StadtAK, Acc. 673/12, Bl. 62 (Zitat); Gesundheitsamt Duisburg an die Regierung Düsseldorf, 16. 1. 1943, NRWHStA, Reg. Düsseldorf/54475-I, Bl. 109; Sueße/Meyer, Abtransport, S. 188.

[77] Zu einem ähnlichen Befund gelangt Achim Thom in seiner Studie zur sächsischen Psychiatrie; ders., Kriegsopfer, S. 216.

eignen wird".[78] Hintergrund dieses Vorschlags war der gemeinsame Wunsch, durch den „rasche[n] Abbau der Belegung der Anstalt mit Siechenpfleglingen" den „durch die Verlegung der Geisteskranken freigemachten Raum der Prov. Heil- und Pflegeanstalt Galkhausen wieder in stärkerem Maße als Reserve zur Unterbringung von Krankenhauspatienten zur Verfügung zu haben".

Zum Teil wurden die in Heil- und Pflegeanstalten verbrachten Alterskranken dort nicht in eigenen Abteilungen untergebracht, sondern in den Betrieb der Anstalt integriert. Dorothee Roer hat diesen Prozeß als die „Psychiatrisierung"[79] somatisch Kranker beschrieben. Für die durch den Transport häufig desorientierten, oft gesundheitlich schwer angeschlagenen Patienten bedeutete die Zusammenlegung mit den zum Teil psychisch schwer kranken Menschen eine erhebliche Belastung.[80] Die Verpflegung in den Ausweichquartieren lag in der Regel unter den Sätzen für die Normalbevölkerung, teilweise wurden die Insassen von Ausweichquartieren in Heil- und Pflegeanstalten gemeinsam mit den Geisteskranken zu deren niedrigen Kostsätzen verpflegt.[81] Oft übernahmen die neuen Patienten nicht nur die Etagenbetten der ermordeten Geisteskranken, sondern auch gleich Wäsche und Kleidung der ehemaligen Anstaltsinsassen.[82] Eine Kölner Patientin fand in ihrem Bittbrief an Joseph Goebbels für die Zustände in einer umgewandelten Heil- und Pflegeanstalt deutliche Worte, die die Verzweiflung der evakuierten alten Frau über ihre erbarmungswürdige Lebenssituation spüren lassen: „Es sind lauter kranke Invaliden, die schon mehrere Jahre hier in Riehl waren. Väter und Mütter, deren Söhne, die im Weltkrieg waren und Mütter, deren Söhne im Weltkrieg gefallen sind, Männer die im Weltkrieg selbst ihren Mann gestanden haben. Diese armen Menschen schickt man nach Düren in das Heil- und Pflegeheim mit Gittern an den Fenstern, Klosett ohne Türen, direkt abscheulich, Säle mit 20–30 Betten, keine Kleiderschränke, nur Bett und Stuhl. Mittags und Abends immer Eintopf, nur einen Löffel. Medikamente werden keine verabreicht, richtige Irrenbehandlung. Die Leute sollen eingehn – langsam aber sicher. Es sind schon einige Selbstmörder zu verzeichnen, die Leute werden zur Verzweiflung getrieben. Ist das nicht furchtbar für die armen Invaliden, die ihr ganzes Leben gearbeitet haben, und nun ihren Lebensabend in einer früheren Irrenanstalt zu [sic] verbringen müssen."[83] Infolge dieser Bedingungen kehrten zahlreiche Alte unter größten

---

[78] Creutz an den Regierungspräsidenten der Rheinprovinz, 29. 6. 1943, NRWHStA, Reg. Düsseldorf/54470-I, Bl. 22.

[79] Roer, Psychiatrie, S. 29.

[80] Vgl. Asendorf, Hamburg, S. 194 f.

[81] Der leitende Medizinalbeamte der Provinz Sachsen an das Oberpräsidium der Provinz, 8. 1. 1943, LHSA, Rep. C 20 Ib/1605, Bl. 23; Creutz an die Direktion der Heil- und Pflegeanstalt Düren, 16. 3. 1944, ALVR/14295, Bl. 9.

[82] Frau S. an Frau M., 24. 12. 1944, NRWHStA, Reg. Düsseldorf/54494, Bl. 70.

[83] Frau Z. an Goebbels, 14. 11. 1942, StadtAK, Acc. 673/57. Die Verwaltung der Riehler Heimstätten mußte konzedieren, daß die Angaben der Beschwerdeführerin „teils zutreffend sind". Daß es sich bei den Gebäuden, in denen die Alterssiechen untergebracht waren, „um solche handelt, die darüber hinaus noch in einem gewissen Umfang mit Geisteskranken belegt sind", könne nicht geleugnet werden. Über die Beschwerde selbst war die Dienststelle keineswegs verwundert. Im Gegenteil: „Überraschenderweise sind von den bis jetzt in Düren und Hoven untergebrachten 700 Pfleglingen verhältnismäßig wenig

körperlichen Strapazen aus der Evakuierung zurück und diskreditierten so weitere Verlegungen. „Schwer erkrankt, durchgelegen",[84] so das Kölner Gesundheitsamt, „kommen die alten Frauen und Männer hier an. Wie sich dies hier bei uns, politisch gesehen, auswirkt, können Sie sich vorstellen."

In den letzten Monaten des „Dritten Reiches" wurden Alterskranke auch aus den Alten- und Pflegeheimen zunehmend verdrängt. Ein Teil der rund 150000 Lazarettbetten, die das Heer im Sommer 1944 durch den Zusammenbruch der Ostfront verloren hatte, sollte durch die Räumung von Altenpflegeheimen für Krankenhauspatienten und die Einrichtung einfachst ausgestatteter Kriegssiechenheime ersetzt werden.[85] Den dazu benötigten Raum plante man durch erneute Belegungsverdichtungen in kirchlichen Heil- und Pflegeanstalten zu gewinnen, gleichzeitig wurden Altenheiminsassen nach dem Grad ihrer Pflegebedürftigkeit sortiert und die am stärksten pflegebedürftigen Fälle in die schlechter ausgestatteten Kriegssiechenheime überwiesen, sofern aus ihren Heimen vertriebene gesündere Alte deren Platz beanspruchten. „Aufgrund der inzwischen eingetretenen Verschärfungen der Lage bei der Heimplatzvermittlung",[86] teilte der Leiter des Gauamtes für Volkswohlfahrt im Gau Ost-Hannover dem zuständigen Medizinaldezernenten mit, „ist es notwendig geworden, diese siechen Volksgenossen [gemeint waren evakuierte, stark pflegebedürftige alte Patienten aus Hamburg, W.S.] aus unseren Heimen herauszunehmen, um diese Plätze für Alte und Gebrechliche mit normalen Alterserscheinungen zu gewinnen". Die Hamburger Alterskranken seien daher in geeignete Siechenheime zu verlegen. Mit den Siechenstationen der Ausweichkrankenhäuser und den seit Herbst 1944 in Einrichtungen der geschlossenen Jugendfürsorge, ehemaligen Gutshäusern, Gastwirtschaften und Baracken eingerichteten Kriegssiechenheimen entstand eine neue Form der Unterbringung alterskranker Patienten, die sich nicht mehr unter die Rubrik Krankenhaus subsumieren läßt, weil Pfleglinge in solchen Einrichtungen kaum mehr medizinisch betreut wurden.[87] Seit November 1944 sollten in solchen Einrichtungen nicht nur chronisch Kranke untergebracht werden, sondern alle Patienten, die nicht binnen vier Wochen in Allgemeinkrankenhäusern zu heilen waren. Statt der Krankenbehandlung erwartete Langzeitkranke, so der Leipziger Medizinhistoriker Achim Thom, die Unterbringung in „Abschiebequartieren für

---

Klagen laut geworden. Ein Beweis dafür, daß sich die meisten mit dieser kriegsbedingten Lage abfinden." Stadtverwaltung Köln an die Kreisleitung Köln, 21. 12. 1942, ebenda.

[84] Gesundheitsamt Köln an das Gauamt für Volkswohlfahrt Niederschlesien, 6. 8. 1943, StadtAK, Acc. 673/12, Bl. 62.

[85] Conti, Rundschreiben an die Reichsministerien, 14. 11. 1944, BA-MA, H 20/787; Conti, Rundschreiben an die Reichsverteidigungskommissare, 22. 11. 1944, BAB, R 18/3812; Aktenvermerk zur Besprechung zwischen dem Oberkommando der Wehrmacht, der Parteikanzlei, Brandt u.a. über den Bedarf an Lazarettbetten vom 25. 7. 1944, NRWHStA, Reg. Düsseldorf/54468-I, Bl. 7; Generalbevollmächtigter für die Reichsverwaltung an die Reichsverteidigungskommissare, 12. 1. 1945, ebenda, Bl. 1.

[86] Gauamt für Volksgesundheit an die Regierung Lüneburg, 30. 1. 1945, NdsHStA, Hann. 180, Reg. Lbg. III/V/81.

[87] Reichsministerium des Innern an die Gau(Landes-)Jugendämter u.a., 27. 11. 1944, MeckLHA, MfU/10038a; Mecklenburgisches Staatsministerium, Abteilung Innere Verwaltung an das Reichsministerium des Innern, 2. 2. 1945, ebenda; Roer, Psychiatrie, S. 33.

Menschen, deren Arbeitsfähigkeit wiederherzustellen nicht mehr rasch möglich oder nicht mehr lohnend erschien".[88]

Die Frage, inwiefern die mit System betriebene Unterversorgung evakuierter Alterskranker zur aktiven Tötung gesteigert wurde, läßt sich nur mit erheblichen Restunsicherheiten beantworten, die der ausgesprochen schwierigen Quellenlage geschuldet sind.[89] Die Anklagevertretung im Nürnberger Ärzteprozeß ging ursprünglich von etwa 75000 ermordeten Alten aus, hat diesen Punkt im Verfahren jedoch nicht weiterverfolgt.[90] Um eine Antwort zu versuchen, sollen drei Formen typologisch unterschieden werden:
– die direkte Eingliederung siecher Patienten in die zweite Phase der „Euthanasie" als Strategie zur Bewältigung akuter Versorgungskrisen nach größeren Luftangriffen;
– die Ermordung evakuierter Alterskranker nach vorheriger Psychiatrisierung;
– das individualisierte Töten auf den Siechenstationen der Ausweichkrankenhäuser und Kriegssiechenheime analog zum Mord an den Psychiatriepatienten in der zweiten Phase der Krankenmorde.

Die Überführung siecher Luftkriegsopfer in Tötungsanstalten der zweiten Euthanasiephase läßt sich in wenigstens zwei Fällen nachweisen. Nach einer Serie von Luftangriffen wurden rund 150 Alterskranke aus Hamburg in die Heil- und Pflegeanstalt Neuruppin verlegt und gerieten von dort in den Mahlstrom der Geisteskrankenmorde. Ähnlich erging es etwa 500 älteren Frauen aus Stettin, die 1944 in die Anstalt Meseritz-Obrawalde verbracht und dort unmittelbar nach ihrer Ankunft ermordet wurden.[91]

Auch für die zweite Fallgruppe gibt es mehrere Belege: Ältere Hamburger Luftkriegsopfer wurden aus Hilfskrankenhäusern und Luftschutzrettungsstellen in die Psychiatrie eingewiesen, von dort zusammen mit geisteskranken Patienten in auswärtige Heil- und Pflegeanstalten verlegt und am Zielort schließlich ermordet.[92] Auch aus dem Rheinland wurden in den Jahren 1943/44 sieche und alte Pa-

---

[88] Thom, Kriegsopfer, S. 215.

[89] So hält das Kapitel „Umquartierung und Euthanasie" bei Krause, Flucht, S. 146–156, nicht, was es verspricht. Da der Abschnitt sich darauf beschränkt, einige Standardwerke zur Geschichte der Krankenmorde zu kompilieren, gelingt der Nachweis von Verbindungslinien zwischen Evakuierung und „Euthanasie" nicht.

[90] Bericht der UN-Kommission zur Erforschung von Kriegsverbrechen, Nürnberger Ärzteprozeß, Protokoll der Sitzung am 7. 1. 1947, IfZ, MB 15/19, Bl. 1819f.

[91] Aly, Medizin, S. 65–67; Asendorf, Hamburg, S. 193–196; Vernehmung Minna E., 19. 6. 1961, ZSL, Aussagenslg. Euthanasie, Ordner D-E; vgl. auch das Urteil des Schwurgerichts Berlin vom 25. 3. 1946 gegen Dr. Hilde Wernicke und Helene Wiezorek, ZSL, VI 339 AR-Z 2497/1966.

[92] Es handelt sich zum einen um 350 Insassen der Hamburger Wohlfahrtsheime, die im Mai 1943 von Hamburg in die Anstalten Schussenried, Zwiefalten und Meseritz-Obrawalde transportiert wurden, weiterhin um einen Transport von 78 Männern in die hessische Anstalt Eichberg und einen Transport von 97 Patientinnen, der am 7. 8. 1943, nur wenige Tage nach Beendigung der Angriffsserie, von Hamburg nach Hadamar abging. Zahlreiche Patienten der letzten beiden Transporte waren aus zerstörten Krankenhäusern oder Altersheimen in die Psychiatrie eingewiesen, viele davon mit den Diagnosen „bombenverwirrt" oder „alterssenil"; Pfäfflin, Wohlfahrt, S. 120; Marien-Lunderup, Anstalten, S. 309f.; Otto, Verschärfung, S. 354.

tienten in „unverhältnismäßig großer Zahl“[93] in fremde Anstalten überführt, da infolge der Luftangriffe viele Altersheime zerstört worden waren, deren Insassen „mangels anderer Unterbringungsmöglichkeit und weil gewisse geistige Schwächeerscheinungen vorlagen, in die Heil- und Pflegeanstalten verlegt wurden“. Abtransportiert wurden auch solche Patienten mit „leichten geistigen Schwächeerscheinungen“, die bis dahin bei ihren Familien gelebt hatten, nun aber, da die Familien obdachlos geworden waren, in Heil- und Pflegeanstalten untergebracht werden sollten. „Gerade diese alten Kranken mit kurzer Lebenserwartung“, so Creutz, seien von den Anstalten bevorzugt zur Verlegung ausgewählt worden, um die für psychiatrische Zwecke verbliebenen Plätze „in erster Linie den Neuaufnahmen und den heilbaren Kranken vorzubehalten, sowie denjenigen Kranken, die als Arbeitskräfte in den Anstalten tätig waren und nicht entbehrt werden konnten“. Die hohe Sterblichkeit unter den evakuierten Alterssiechen führte Creutz auf deren Gebrechlichkeit zurück. Viele der Kranken hätten „den Transport nicht gut vertragen“. In der „damaligen Zwangslage, da für wichtige Zwecke Platz geschaffen werden mußte“, seien jedoch „gewisse Härten [...] nicht vermeidbar“ gewesen. Tatsächlich zählten gerade solche Patienten in den Tötungsanstalten der zweiten Euthanasiephase zu den bevorzugten Opfern der Krankenmorde.[94]

Weitaus schwieriger ist die Frage zu beantworten, ob alte und chronisch kranke Patienten in Kriegssiechenheimen, Hilfs- und Ausweichkrankenhäusern ermordet wurden. Sicher ist, daß diese Frage im Sommer 1944 zwischen Karl Brandt und dem Betriebsarzt der Euthanasie-Zentraldienststelle, Curd A. Runckel, erörtert wurde. Anlaß des Gesprächs war die geplante Funktionsdifferenzierung der Heil- und Pflegeanstalten in gutausgestattete Heileinrichtungen mit umfangreichen Therapiemöglichkeiten für Fälle mit günstiger Prognose, Bewahranstalten für arbeitsfähige Geisteskranke und einfachst ausgestattete Anstalten für morbide Patienten. Diese Sorte sollte „das nunmehr gewaltig angestiegene Kontingent von Alterskranken aufnehmen“.[95] Eine Entscheidung über die Ausdehnung des Patientenmordes auf Alterskranke scheint jedoch nicht gefallen zu sein. „Es bleibt eine weitere Frage“, so hielt Runckel das Ergebnis seines Gespräches mit Brandt fest, „in wie weit man [...] die Sterbehilfe an den hier untergebrachten ohnehin über kurz oder lang sterbenden Patienten vornehmen will“. Aufgrund des bisherigen Kenntisstandes zur zweiten Phase der „Euthanasie“ kann nicht davon ausgegangen werden, daß diese Frage bis Kriegsende in der von Runckel gewünschten Richtung entschieden worden ist.[96] Allerdings hat Dorothee Roer in Patientenakten der mecklenburgischen Anstalt Uchtspringe Hinweise auf die aktive Ermordung der Patienten und den gezielten Abbruch der medizinischen Versorgung

---

[93] Vernehmung Walter Creutz, 21. 11. 1947, ZSL, Aussagenslg. Euthanasie, Ordner Ca–Do.

[94] Eine in der sächsischen Heil- und Pflegeanstalt Großschweidnitz tätige Krankenschwester erklärte vor Gericht, in erster Linie seien „alle festgestellt Erbkranken und die bereits sehr hinfälligen alten Personen“ umgebracht worden; Aussage Hildegard Ackermann, 21. 6. 1946, Hohmann, Euthanasie-Prozeß, S. 177.

[95] Runckel, Aktennotiz über ein Gespräch mit Brandt am 18. 7. 1944, BAB, R 96-I/7.

[96] Vgl. S. 350–369.

entnommen.[97] Zu einem ähnlichen Schluß kommt auch Ute Daub für das Ausweichkrankenhaus der „Aktion Brandt" in Köppern bei Frankfurt am Main, ohne dies allerdings stichhaltig belegen zu können. Derzeit lassen sich aktive Tötungen somatischer Patienten in einzelnen zivilen Krankenhäusern zwar mit einiger Plausibilität vermuten, sind aber nicht sicher nachgewiesen.[98]

Daß sich der direkte Nachweis von Patiententötungen nicht führen läßt, ändert nur wenig am unmenschlichen Charakter dieses Aspekts nationalsozialistischer Gesundheitspolitik. Die Mortalität auf den behelfsmäßig eingerichteten Siechenstationen war extrem hoch und legt den Schluß systematischer Reduzierung der medizinischen Betreuung, die auch das Sterben der Patienten billigend in Kauf nahm, zwingend nahe, so daß die vorsätzliche Schmälerung der Lebenschancen alter und chronisch kranker Patienten sich ebenso als integraler Bestandteil der Maßnahmen zur Aufrechterhaltung der medizinischen Versorgung der „Normalpatienten" im Zeichen verknappter Gesundheitsressourcen begreifen läßt, wie der Mord an den Geisteskranken. In Köln verstarb ein Sechstel der aus den innerstädtischen Heimen nach Riehl verlegten Patienten innerhalb weniger Wochen nach der Einweisung, und in der mit Alterssiechen belegten Anstalt Uchtspringe betrug die Sterberate nahezu 70 Prozent innerhalb eines halben Jahres. Besonders betroffen davon waren die hochgradig pflegeintensiven Patienten. Ähnliche Werte sind für 800 Hamburger Alte bekannt, die seit dem Sommer 1943 nach Österreich evakuiert wurden. Von ihnen erlebte weniger als die Hälfte das Kriegsende.[99]

---

[97] Roer, Psychiatrie, S. 34; hierzu auch Klee, Euthanasie, S. 446.

[98] Daub interpretiert einen Bericht des Frankfurter Oberbürgermeisters an Karl Brandt als Hinweis auf Krankentötungen im Köpperner Ausweichkrankenhaus. Dort wird eine Vereinbarung erwähnt, nach der Chefarzt Dr. Gutermuth die für die Klinik benötigten Medikamente aus Berlin erhalten habe. Diesen Hinweis wertet sie als Indiz für die in der zweiten Euthanasiephase verbreiteten Praxis, die zur Patiententötung benötigten Medikamente über die Berliner Euthanasie-Zentraldienststelle zu beziehen. Allerdings ist der so konstruierte Zusammenhang nicht zwingend, da Krankenhäuser der „Aktion Brandt" knappe Medikamente direkt bei der Dienststelle des Reichskommissars beziehen konnten, ohne den Weg über die üblichen Verteilerkanäle zu gehen. Daubs zweiter Beleg, das Tagebuch eines als Krankenpfleger zwangsverpflichteten holländischen Medizinstudenten, in dem von der Tötung der Köpperner Patienten durch Luftinjektionen und die Gabe von Morphium-Scopolamin die Rede sei, wird nicht nachgewiesen; Daub, Krankenhaus-Sonderanlage, S. 50–54. Mit ähnlichen Vermutungen und ähnlich ungesicherter Quellenbasis operiert Harms, Aktion Brandt, S. 68f.

[99] Sterbeliste des Provinzialverbands Rheinland, ALVR, 14295-I, Bl. 2; Roer, Psychiatrie, S. 34; Pfäfflin, Wohlfahrt, S. 118.

VI. Regionalisierter Patientenmord und Vernichtung im Osten: Die zweite Phase der Erwachsenen-„Euthanasie" 1942–1945

Obgleich die Krankenmorde inzwischen zu den am besten erforschten Untersuchungsfeldern der nationalsozialistischen Gesundheitspolitik zählen, sind gesicherte Kenntnisse über die zweite Phase der Erwachseneneuthanasie, die zwischen 72000 und 117000 Psychiatriepatienten das Leben kostete,[1] nur in geringem Umfang vorhanden. Bis Mitte der achtziger Jahre wurde sie zumeist mit einem aus den Quellen geschöpften Begriff als „wilde Euthanasie" charakterisiert.[2] Damit sollte ein Zustand bezeichnet werden, in dem Krankenmorde nach dem Abbruch der „Aktion T4" ungeregelt und überregional nicht koordiniert „ohne jede Norm und ohne jedes Verfahren"[3] durch isoliert handelnde Anstaltsärzte durchgeführt wurden. Dieser Deutung setzte Götz Aly ein breit rezipiertes Verlaufsmodell entgegen, das die Geschichte der „Euthanasie" mit der katastrophenmedizinischen Bewältigung des Luftkriegs verknüpfte, auch für die zweite Phase eine zentrale Koordination und Systematisierung der Tötungen postulierte und die entscheidende Rolle zentraler Instanzen bei der Wiederingangsetzung der Krankenmorde betonte.[4] Er beschrieb die Reinstitutionalisierung der „Euthanasie" als Prozeß, den bereits an der „Aktion T4" beteiligte Gruppierungen unter der Führung Karl Brandts initiierten.[5] Institutionengeschichtlich spielt der

---

1 Diese Schätzung basiert auf der Berechnung der Übersterblichkeit der Jahre 1942–1945 auf der Grundlage anstaltsbezogener Sterblichkeitsdaten im Vergleich zu der aufgrund der Vorkriegswerte erwartbaren Sterblichkeit. Sie umfaßt 70000 weitgehend gesicherte Tote aus staatlichen Anstalten im Gebiet des Deutschen Reiches, eine plausible Schätzung von ca. 20000 Toten aus denjenigen Ländern und Provinzen, für die keine genauen Mortalitätsstatistiken mehr erhalten sind (vor allem die Rheinprovinz, Brandenburg und Schlesien), ca. 5000 Tote aus Österreich sowie 2000 Tote aus den im Generalgouvernement gelegenen Hungeranstalten Kulparkow und Tiegenhof. Faulstich, Hungersterben, S. 582, nimmt ferner eine Zahl von schätzungsweise 20000 Toten in konfessionellen, privaten und Kreispflegeanstalten an. Selbst wenn man diesen weniger fundierten Teil der Schätzung außer acht läßt, korrigiert Faulstich die bisherigen Annahmen über die Zahl der Opfer deutlich nach oben. Die in der Literatur verbreitete Schätzung von Schmuhl, Rassenhygiene, S. 236, ging bislang lediglich von etwa 30000 Opfern aus.

2 Z.B. Richartz, Heilen, S. 174; zum Forschungsstand vgl. Süß, Krankenmord, insbes. S. 9-14, 16–19.

3 Vernehmung Friedrich Mennecke, Sitzungsprotokoll des Nürnberger Ärzteprozesses, 16. 1. 1947, IfZ, MB 15/19, Bl. 1903.

4 Aly, Medizin, insbes. S. 22, 29–31, 56f., 61f. Am entschiedensten, wenn auch weniger differenziert als bei Aly, wird die Initiative zentraler Reichsdienststellen von Michael Wunder postuliert; ders., Euthanasie, S. 12f., 17f.; ferner Schmuhl, Rassenhygiene, S. 233f., und Burleigh, Death, S. 238.

5 Gewissermaßen eine Mischform beider Interpretationen bietet Blasius, Seelenstörung, S. 181f. Er verknüpft Brandts Namen mit der „wilden Euthanasie", nimmt aber eine Planung und Lenkung der dezentralen Tötungen durch die T4-Organisation an.

Reichsbeauftragte für die Heil- und Pflegeanstalten, Herbert Linden, eine Schlüsselrolle in dieser Argumentation. Dessen Position sei durch ein zweifaches Überordnungsverhältnis bestimmt gewesen: Mit seiner Berufung, kurz nach dem offiziellen Abbruch der „Euthanasie", seien die bislang von der Kanzlei des Führers kontrollierten „Euthanasie"-Dienststellen zu „Hilfsorganisationen des Reichsinnenministeriums"[6] geworden, dessen Gesundheitsabteilung der „Euthanasie" bislang organisatorisch zugearbeitet hatte.[7] Durch die Ernennung Lindens habe der Euthanasiekomplex seine außerinstitutionelle Form abgelegt; die von Hitler bewußt neben die innere Verwaltung gesetzte Sonderbehörde sei gleichsam „verstaatlicht" worden. Linden, der durch den Erlaß de facto aus dem Unterordnungsverhältnis unter das Staatssekretariat für das Gesundheitswesen ausgeschieden und für den Bereich der Heil- und Pflegeanstalten zur eigenständigen Dienststelle geworden sei, habe nun über eine Zentralbehörde der Euthanasie geboten und zudem durch den Instanzenzug des Reichsinnenministeriums auch die an den Krankenmorden beteiligten Dienststellen der inneren Verwaltung kontrolliert. Seither, so Aly, habe Linden in der „Hierarchie des Tötens [...] über Heyde und Nitsche"[8] gestanden. Da er hierbei durch Hitlers Generalkommissar für das Sanitäts- und Gesundheitswesen, Karl Brandt, gedeckt worden sei, bezeichnet Aly das Wiederaufleben der Geisteskrankenmorde seit dem Sommer 1943 als „Aktion Brandt". Als Beleg für den unterstellten „Primat der Planungsebene"[9] wird vor allem Lindens Streben nach einer verläßlichen Datengrundlage über die Heil- und Pflegeanstalten ins Feld geführt. Eine „zentrale Anleitung"[10] der Krankenmorde während der zweiten Phase der „Euthanasie" leiten Anhänger dieses Interpretaments aus der Koordination von Patientenverlegungen durch den Reichsbeauftragten sowie mehreren Konferenzen der Euthanasiepsychiater im August 1943 und im Juli 1944 ab, auf denen die Ausweitung der Krankenmorde beschlossen worden sei.[11] Die Chronologie dieses Verlaufsmodells ist durch die Vorstellung eines fließenden Übergangs zwischen dem Stopp der „Euthanasie" und der gezielt in Gang gesetzten Wiederaufnahme der Tötungen geprägt.[12] Das dezentralisierte Töten erscheint hierbei als frühzeitig geplante Ersatzlösung für die infolge wachsender Proteste abgebrochene „Aktion T4". Dieses Verlaufsmodell wird seit geraumer Zeit von Historikern kritisiert, die demgegenüber die kumulative Radikalisierung der Mordpraxis betonen und dabei die Rolle regionaler und lokaler Handlungsträger akzentuieren, ohne daß der Charakter der zweiten Euthanasiephase bislang endgültig geklärt werden konnte.[13]

---

[6] Aly, Medizin, S. 29; Wunder, Euthanasie, S. 10f.
[7] Aly, Medizin, S. 22.
[8] Aly, Medizin, S. 27.
[9] Wunder, Euthanasie, S. 11f.
[10] Ebenda.
[11] Ebenda. Die sog. „Schoberstein-Konferenz" vom März 1944 fehlt allerdings in diesem Verlaufsmodell.
[12] Daub, Krankenhaus-Sonderanlage, S. 43.
[13] Zuerst Rönn, Paradigma, S. 50, der am Beispiel der Anstalt Langenhorn zurecht auf „empirische Diskrepanzen" in der Argumentation der Forschergruppe um Karl-Heinz Roth und Götz Aly hinweist und mit Grund vermutet, daß deren Erklärungsversuche „zu sehr

Um die These vom bruchlosen Übergang zwischen dem Ende der „Aktion T4" und der zweiten Euthanasiewelle zu prüfen, wird zunächst der Zeitraum zwischen dem „Euthanasiestopp" im August 1941 und der Wiederaufnahme der Tötungen in der Hessischen Anstalt Hadamar im August 1942 in den Blick genommen. In einem zweiten Schritt werden dann Entstehungsbedingungen und Verlauf der zweiten Euthanasiephase in drei Regionen rekonstruiert, in denen die Patiententötungen besonders früh einsetzten, wobei das Hauptaugenmerk auf die Interaktionen der an der Politikgestaltung beteiligten Dienststellen gerichtet ist. Bei einer Antwort auf die Frage, unter welchen Bedingungen gesundheitspolitische Entscheidungen zustande kamen und mit welchen Mitteln sie umgesetzt wurden, wird besonders auf die Handlungsanteile regionaler Instanzen zu achten sein. In sozialgeschichtlicher Perspektive wird die Geschichte der zweiten Euthanasiephase in engem Zusammenhang zur Geschichte der Krankenversorgung während des Zweiten Weltkrieges untersucht. Es geht an dieser Stelle also nicht um eine isolierte Teilgeschichte der nationalsozialistischen Krankenmorde, sondern um den Versuch, die Verbindungen zwischen der Aufrechterhaltung der medizinischen Versorgung der Bevölkerung und dem bis zum gezielt herbeigeführten Tod reichenden Ausschluß einzelner Teilgruppen aus der medizinischen Regelversorgung zu analysieren. Am Beispiel der nördlichen Rheinprovinz, die früher als andere Regionen unter großflächigen Bombardierungen zu leiden hatte, lassen sich die Zusammenhänge zwischen dem Luftkrieg, der eine zentrale Bestimmungsgröße des Gesundheitswesens in der zweiten Kriegshälfte bildet, und den Patientenmorden veranschaulichen, ebenso die gegenseitige Verdrängung von Krankengruppen, die durch die sozialutilitaristische Wertigkeitsideologie der Nationalsozialisten in ein Konkurrenzverhältnis zueinander gesetzt wurden. Die sozialgeschichtlichen Folgen dieses Prozesses treten in Sachsen, das als Aufnahmegebiet für die aus Westdeutschland evakuierten Patienten diente und seit dem Sommer 1943 zu einer Kernregion der Krankenmorde wurde, besonders drastisch hervor. Bayern wurde stellvertretend für die weniger vom Luftkrieg betroffenen Regionen ausgewählt. Die drei Untersuchungsregionen, in denen im Herbst 1943 rund ein Viertel aller deutschen Psychiatriepatienten untergebracht waren, decken institutionelle Unterschiede und spezifische regionale Traditionen im Umgang mit Geisteskranken ab, die der Verallgemeinerbarkeit der Untersuchungsergebnisse zugute kommen.[14] Die Psychiatrie der Rheinprovinz war dezentral organisiert und ein beträchtlicher Teil der rheinischen Psychiatrie wurde durch freigemeinnützige Träger betreut. In Sachsen prägte ein straff zentralisiertes System staatlicher Anstalten die psychiatrische Versorgungsstruktur. Während der sächsische Gauleiter und die dortigen Gesundheitsbehörden zu den eifrigsten Förderern der

---

den programmatischen Verlautbarungen der NS-Planer" aufgesessen seien; vgl. auch von Rönn/Böhme/Lohalm, Einführung zu Böhme/Lohalm, Wege, S. 20; ferner Blasius, Psychiatrie, S. 182, sowie auf breiter Quellengrundlage die Dissertation seines Schülers Kaminsky, Zwangssterilisation, insbes. S. 429f.

[14] In Bayern befanden sich rund 16000, in der Rheinprovinz ca. 10700 und in Sachsen rund 6500 der insgesamt 130842 gemeldeten Geisteskranken; Aufstellung über die von den Anstalten bis zum 28. 10. 1943 gemeldeten Geisteskranken, BAB, R 96-I/18.

Krankenmorde zählten, stand der Anstaltsreferent des rheinischen Provinzialverbands der „Euthanasie" kritisch gegenüber. In einem dritten Schritt soll schließlich nach dem Übergangspunkt regional begrenzter Euthanasiemaßnahmen auf die Reichsebene gefragt werden.

1. Der Euthanasiekomplex nach dem Abbruch der „Aktion T4": Verdichteter Zugriff auf die Heilanstalten und institutionelle Reorganisation

Der Abbruch der „Aktion T4" kam für die Verantwortlichen überraschend. Zwar liefen einige der Mordaktionen, die sich wie die „Aktion 14f13"[15] gegen spezielle Opfergruppen richteten, ungebremst weiter oder wurden, wie die unter der Ägide des Reichsausschusses zur Erfassung erb- und anlagebedingter Leiden betriebene Kindereuthanasie, in ihrer Intensität beträchtlich gesteigert. Dennoch bildet der Stopp der organisierten Massenvergasung erwachsener Psychiatriepatienten eine Zäsur in der Geschichte der nationalsozialistischen „Euthanasie". Unmittelbar nach der Abbruchentscheidung rechneten die Mitarbeiter der T4-Zentrale zunächst nur mit einer zeitlich befristeten Einschränkung der Mordaktion. Da „man mit Sicherheit annahm, der Stopp würde in Kürze wieder aufgehoben und die Aktion weiterlaufen"[16], lief die Erfassung der Anstaltsinsassen zur Vernichtung zunächst planmäßig weiter. Entgegen diesen Erwartungen blieb Hitlers Stopp-Befehl „trotz wiederholtem Herantretens von Ärzten und Anstaltsleitern an Dr. Brandt" in Kraft. Der Generalkommissar, der „mehrfach Hitler um Weiterführung der Aktion ersuchte", erhielt dabei stets eine Abfuhr, da der Diktator offenbar „im Hinblick auf die immer schwieriger werdende Kriegslage keinesfalls eine weitere Beunruhigung der Bevölkerung wünschte". Zwar blieb der Krankenmord als potentielle Handlungsalternative im Denken der T4-Planer auch in den folgenden Monaten präsent,[17] Quellen aus dem Umfeld der T4-Zentraldienststelle belegen jedoch deutlich, daß vor der Jahresmitte 1943 mit einer Wiederaufnahme der Tötungen nicht gerechnet wurde.[18] Das Handeln ihrer Mitarbeiter war im Gegen-

---

[15] Hierzu ausführlich, wenn auch mit teilweise problematischen Wertungen Grode, Sonderbehandlung.

[16] Vernehmung Richard von Hegener, 30. 3. 1949, S. 47, BAB, EVZ I/1, A. 2. Auch Bouhler ging von einer Wiederaufnahme der Krankenmorde nach Kriegsende aus; Aufzeichnung Bracks über ein Gespräch mit Bouhler im April 1942 [vor Mai 1947], S. 51, StAN, KV-Verteidigung, Handakten Fröschmann/17.

[17] In diesem Sinne etwa der T4-Arzt Robert Müller, dem die Überbelegung der bayerischen Heil- und Pflegeanstalten „nur mit Hilfe der Aktion oder eines Euthanasie-Gesetzes lösbar" erschien; Bericht über die Planung in Bayern, 17. 10. 1942, BAB, R 96-I/16.

[18] Vgl. Becker, Abschlußbericht über die Planungsfahrt Hannover, 1.–3. 6., 8.–18. 6. 1942, 24. 6. 1942, BAB, R 96-I/15; Müller, Aktenvermerk, 9. 2. 1943, BAB, R 96-I/16. Der vielfach als Beleg für das bruchlose Weiterlaufen der Patientenmorde angeführte Bericht des Idsteiner Anstaltsarztes Bodo Gorgaß (z. B. Klee, Euthanasie, S. 418; Kaminsky, Zwangssterilisation, S. 426), der über eine Anfang Dezember 1941 in der stillgelegten Tötungsanstalt Sonnenschein stattgefundene Tagung von T4-Mitarbeitern aussagte, Brack habe dort

teil stark durch die Ungewißheit über die eigene Zukunft bestimmt. Man rechnete zwar mit der Wiederaufnahme der Krankenmorde nach einem siegreichen Kriegsende,[19] zunächst ging es für die Euthanasie-Organisatoren jedoch darum, sich selbst neue Aufgabengebiete zu erschließen, um Personalbestand und psychiatrische Planungskompetenz über den Krieg hinweg zu retten. In der Zwischenphase wurden die Mitarbeiter der Euthanasie-Zentrale daher mit einer ganzen Reihe von Aufgaben beschäftigt, die vornehmlich dazu dienten, das Personal über den Krieg zusammenzuhalten. Hierzu zählten etwa der Einsatz bei der Verwundetenhilfe im Mittelabschnitt der Ostfront sowie Verlegungstransporte aus Westdeutschland und dem Hamburger Raum.[20] Dieser Hintergrund macht auch verständlich, warum der T4-Organisator Victor Brack im berüchtigten „Gaskammerbrief"[21] dem Ostministerium seine Tötungstechnologie zur Judenvernichtung andiente. Explizit wurde dieser Zusammenhang von Brack im Nürnberger Ärzteprozeß herausgestellt: „Um das durch die Einstellung freigewordene Personal zu erhalten und um die Möglichkeit zu haben, nach dem Kriege ein neues Euthanasie-Programm in die Wege zu leiten, forderte mich Bouhler [...] auf, dieses Personal [Ärzte, Verwaltungs- und technisches Personal mit Euthanasieerfahrung, W.S.] nach Lublin abzustellen, zur Verfügung des Brigadeführers Globocnik."[22]

Eine zweite Argumentationslinie, die die Kontinuität des Tötens zwischen erster und zweiter Euthanasiephase betont, weist auf die zeitliche Koinzidenz von Euthanasiestopp, Reorganisation der Verfügung über die Heil- und Pflegeanstalten und dem Bau von Ausweichkrankenhäusern hin. Da Brandts Bauprogramm in Norddeutschland die Verwertung der Heil- und Pflegeanstalten als Ausweichkrankenhäuser von vornherein einkalkulierte,[23] mit dem Reichsbeauftragten eine neue Dienststelle mit Verfügungsgewalt über die Heil- und Pflegeanstalten ge-

---

erklärt, „daß die ‚Aktion' durch den eingetretenen Stopp im August 1941 nicht beendet sei, sondern weitergehen werde", kann die These einer Kontinuität der Krankentötungen nicht belegen, da er ohne den nachfolgenden, von Klee ausgelassenen Satz „Über Zeitpunkt und Ort der Fortsetzung der ‚Aktion' sagte er nichts" mißverständlich bleibt. Gorgaß' Aussage ist daher wohl nicht mit Bezug auf die „Aktion T4" zu sehen, sondern in Verbindung zur weiterlaufenden Auswertung der Meldebögen bzw. zur KZ-Aktion 14f13, an der er als Gutachter teilnahm. In diesem Sinne äußerte sich auch Allers, der in seiner Vernehmung vom 21. 4. 1950, S. 7, angab, Gorgaß „sei nicht so zu verstehen, dass die Euthanasie damals noch durchgeführt wurde", und dessen Irrtum mit den weiterlaufenden Begutachtungen erklärte; ZSL, Aussagenslg. Euthanasie, Ordner A.

19 Vernehmung Brandt, Sitzungsprotokoll des Nürnberger Ärzteprozesses, 4. 2. 1947, IfZ, MB 15/20, Bl. 2443.

20 Vernehmung Brandt, Sitzungsprotokoll des Nürnberger Ärzteprozesses, 5. 2. 1947, IfZ, MB 15/20. Ärzte, Pflege- und Verwaltungspersonal aus der Berliner Zentraldienststelle und mehreren Tötungsanstalten nahmen von Dezember 1941 bis April 1942 im Rahmen der „Fronthilfe Mitte" an einer von Karl Brandt ins Leben gerufenen und von der Organisation Todt organisierten Hilfsaktion zur Behebung der katastrophalen Zustände beim Abtransport der Verwundeten aus dem Raum Minsk-Smolensk teil; Vernehmung Alois Poschmann, 22. 4. 1963, S. 2f., ZSL, Aussagenslg. Euthanasie, Ordner Pa-Ra; Vernehmung Allers, 2. 1. 1949, S. 6, und 6. 6. 1960, S. 14, ZSL, Aussagenslg. Euthanasie, Ordner A.

21 Wetzel an den Reichskommissar Ostland, 25. 11. 1941, Kaiser/Nowak/Schwartz, Eugenik, S. 277f., zum Kontext vgl. Schmuhl, Rassenhygiene, S. 248–260.

22 Affidavit Victor Brack, 16. 12. 1946, IfZ, MB 15/18.

23 Brandt an Bormann, 24. 8. 1941, BAK, R 43-II/737b.

schaffen wurde[24] und Hitlers Anordnung zum Beginn des Bauprogramms auf den Tag genau mit dem Ende der „Aktion T4" zusammenfiel, ist die These formuliert worden, daß es sich bei der Krankenhausbauaktion zugleich um eine Initiative zur Fortsetzung der „Euthanasie" mit anderen Mitteln gehandelt habe.[25] Die Konsequenzen einer solchen Annahme sind weitreichend, denn am erklärten Willen Hitlers, die Geisteskrankentötungen im Hinblick auf die schwankende Stimmung der Bevölkerung nach dem Beginn des Rußlandfeldzuges einzustellen, besteht kein Zweifel, und Indizien für eine eventuelle Veränderung seiner Haltung lassen sich aus keiner bekannten Quelle gewinnen. Folgt man dieser These, müßte seit Oktober 1941 jenseits der bekannten gesundheitspolitischen Dienststellen von Partei und Staat ein Machtzentrum bestanden haben, das die Richtung der Gesundheitspolitik eigenständig verändern konnte. Zwar können Teile der Chronologie und personelle Verflechtungen die These stützen, indes ist sie empirisch nicht fundierbar. Linden konnte dieses autonome Machtzentrum kaum sein. Seine Dienststelle war erst seit dem Sommer 1942 handlungsfähig, so daß das Koinzidenzargument erheblich an Zugkraft verliert.[26] Zudem war die Position des Reichsbeauftragten nur mit wenig Machtmitteln ausgestattet. Linden konnte keine Verfügungen mit finanziellen Folgewirkungen treffen und war weiterhin an die bestehenden Aufsichtsrechte der Länder über die Heil- und Pflegeanstalten gebunden. Damit blieben ihm die wichtigsten planerischen Instrumente verwehrt, insbesondere die Möglichkeit, Heil- und Pflegeanstalten aufgrund des Reichsleistungsgesetzes zu beschlagnahmen.[27] Wo man bislang ein doppeltes Überordnungsverhältnis vermutete, findet sich bei genauer Betrachtung ein Gleich- bzw. Unterordnungsverhältnis. Linden konnte kaum selbständig agieren, da er alle wesentlichen Entscheidungen im Einvernehmen mit dem Leiter der Reichsarbeitsgemeinschaft für Heil- und Pflegeanstalten treffen mußte. Auch ist seine Stellung jenseits der direkt auf den Krankenmord bezogenen Aufgaben immer eine abhängige geblieben. Wo er Verlegungen organisierte, trat er zunächst als Mitarbeiter des Reichsgesundheitsführers auf, seit dem Sommer 1943 handelte er als Beauftragter Brandts.[28] Für den vom Vertrauen des Diktators abhängigen Brandt aber

---

[24] Herbert Linden wurde im Oktober 1941 auf Betreiben der Kanzlei des Führers zum Reichsbeauftragten für die Heil- und Pflegeanstalten ernannt, da „die sich steigernde Nachfrage nach Krankenhausbetten [...] eine Inanspruchnahme geeigneter Heil- und Pflegeanstalten [...] als Krankenhäuser oder Lazarette" und deren „planmäßige Bewirtschaftung" erforderlich mache; Verordnung über die Bestellung eines Reichsbeauftragten für die Heil- und Pflegeanstalten, 23. 10. 1941, RGBl. I (1941), S. 653.

[25] Daub, Krankenhaus-Sonderanlage, S. 43, ähnlich auch Aly, Fortschritt, S. 15–17, der die Ernennung Lindens als „den ersten Teil eines Gesetzeswerkes zur staatlich institutionalisierten ‚Euthanasie'" betrachtet; kritisch dazu von Rönn, Paradigma, S. 52f.

[26] Vernehmung Allers, 8. 3. 1962, S. 3, ZSL, Aussagenslg. Euthanasie, Ordner A.

[27] Verordnung über die Bestellung eines Reichsbeauftragten für die Heil- und Pflegeanstalten, 23. 10. 1941, RGBl. I (1941), S. 653; Allers, Vermerk über eine Unterredung mit Linden, Heyde und Nitsche, 19. 11. 1941, BAB, R 96-I/3.

[28] Z.B. Linden, Fernschreiben an den Reichsstatthalter in Thüringen, 12. 10. 1942, ThüHStA, MdI, Abt. E/1076; Linden an den Leiter der Volksdeutschen Mittelstelle, 23. 9. 1943, SächsHStA, MdI/16849, Bl. 73. Insofern läßt sich die Stellung des Reichsbeauftragten für die Heil- und Pflegeanstalten institutionengeschichtlich nur schwer einordnen. Im Unter-

war es weder vorstellbar noch möglich, gegen dessen erklärten Willen zu handeln. Brandt hatte sich wegen seiner zunehmenden Aufgaben in anderen Bereichen des Gesundheitswesens nach dem Stopp der „Aktion T4" aus der Führungsgruppe des Krankenmords zurückgezogen, fungierte jedoch weiter als Kontaktperson des Euthanasiekomplexes zu Hitler.[29] Als Nitsche ihn aufforderte, die Reinstitutionalisierung der „Euthanasie" mit seiner Person zu decken, verhielt sich Hitlers Generalkommissar anfangs ausgesprochen zurückhaltend. Hinzu kommt, daß sich Brandt gerade wegen des zeitlichen Zusammentreffens des Baubeginns der Ausweichkrankenhäuser mit dem Ende der „Aktion T4" bemühte, auch bei den bisher an der Durchführung der „Euthanasie" beteiligten Dienststellen jede Assoziation mit dem organisierten Patientenmord zu vermeiden. Gegenüber Mitgliedern der nationalsozialistischen Führungsgruppe betonte er, daß die hierzu notwendigen Verlegungen „tatsächlich nur für die Kriegsdauer erfolgen"[30] sollte, und stellte den Angehörigen die Übernahme der Besuchskosten in Aussicht. Es besteht kein Grund zu der Annahme, daß Brandt gegenüber den Funktionsträgern des Regimes seine wahren Absichten in bezug auf die „Euthanasie" verbergen mußte.[31] Die erste Phase des Krankenhausbauprogramms Brandts und die spätere Wiederingangsetzung der „Euthanasie" waren zwei voneinander getrennte Maßnahmenbündel, die zwar teilweise von den gleichen Personen organisiert wurden, einen gemeinsamen Problembezug hatten und in einigen Fällen die gleichen Anstaltskomplexe betrafen, jedoch in keinem unmittelbaren Verursachungszusammenhang zueinander standen.

Die als Beleg für die bestimmende Stellung des Reichsbeauftragten angeführten Planungsreisen, die von Mitarbeitern der Reichsarbeitsgemeinschaft Heil- und Pflegeanstalten zwischen Mai 1941 und Oktober 1942 unternommen wurden, erweisen bei genauerer Betrachtung eine nur geringe Durchsetzungsfähigkeit seiner Dienststelle. Die internen Richtlinien für die Mitglieder der Kommissionen sahen vor, den regionalen Instanzen viel Raum zur Artikulation eigener Vorstellungen zu lassen, und strebten die Herstellung eines Konsenses über die künftige Nutzung von Heil- und Pflegeanstalten an. Solch ein Verhalten, das im konkurrenzbestimmten Ämterdarwinismus des „Dritten Reiches" selten anzutreffen ist, zeugt eher von der zurückhaltenden Bewertung der eigenen Durchsetzungschancen.[32] Dort, wo dieser Konsens nicht zustande kam, setzten regionale Instanzen

---

schied zu führerunmittelbaren Sonderbehörden im engeren Sinn konnte sich Linden der entscheidenden Rückendeckung des nationalsozialistischen Machthabers nur auf dem Umweg über Brandt versichern.

[29] Vernehmung Brandt, Sitzungsprotokoll des Nürnberger Ärzteprozesses, 4. 2. 1947, IfZ, MB 15/20, Bl. 2446.

[30] Brandt, Rundschreiben an die Reichsleiter, Gauleiter und Verbändeführer der NSDAP, 8. 10. 1941, BAB, R 43-II/737b, Bl. 109f.; vgl. von Rönn, Paradigma, S. 52.

[31] Gaustabsamt Thüringen an die Regierung Erfurt, 29. 6. 1942, StAG, Reg. Erfurt/19362, Bl. 63.

[32] Vgl. etwa den Vorschlag einer beginnenden Planungsarbeit für Sachsen [Ende 1941], BAB, R 96-I/15, sowie den Abschlußbericht Beckers über die Planung in Hessen–Nassau, 17. 3. 1942, BAB, R 96-I/15, die beide vom Bemühen der T4-Mitarbeiter geprägt sind, mit den Regionalinstanzen zu einer einvernehmlichen Lösung in der Frage der künftigen Verwendung der Heil- und Pflegeanstalten zu gelangen.

ihre Vorstellungen durch. Oft sahen sich die Berliner Kommissionen bei ihren Inspektionsreisen bereits vor vollendete Tatsachen gestellt, wie in Pommern, dessen Umwandlungspolitik vom Berichterstatter mit der Bemerkung kommentiert wurde, es handele sich hier um „eine Reduzierung, die nicht mehr Planung genannt werden kann, da sie ganz willkürlich und wild ohne jede rechnende Vorausschau vorgenommen worden ist".[33] Andernorts wurde den Berliner Kommissionen von regionalen Gesundheitsbehörden, die Eingriffe in ihre Verhältnisse befürchteten, mit schroffer Ablehnung begegnet. Die westfälische Provinzialverwaltung kündigte für den Fall, daß die Berliner Kommission „Anstaltsraum wegnehmen, grosse Eingriffe oder Anordnungen in ihre [...] Verwaltung machen wollte [...] Kampf und Widerstand"[34] an. In Hamburg verweigerte der Gesundheitssenator mit Verweis auf den Gauleiter jede Diskussion über die künftige Gestaltung der dortigen Psychiatrie. In der Hansestadt, so vermerkt der abschließende Bericht lakonisch, könnten daher keine neuen Planungen stattfinden.[35]

Die Planungsberichte sind in einer weiteren Hinsicht bemerkenswert, denn sie markieren einen wichtigen Perspektivenwechsel des Euthanasiekomplexes. In der Anfangsphase der „Euthanasie" hatten die Landesregierungen und Provinzverwaltungen Anstalten oftmals großzügig an externe Bedarfsträger abgegeben. Anfang 1942 wurden, allerdings mit beträchtlichen regionalen Unterschieden, mehr als zwei Fünftel aller Anstaltsbetten anderweitig genutzt.[36] Vor allem die Wehrmacht zählte zu den frühen Profiteuren des Krankenmordes. In den Gauen Pommern, Wartheland und Danzig-Westpreußen dienten die geräumten Anstalten zur Begründung einer SS-Infrastruktur. Die Mehrheit der freigemordeten Anstalten wurde zur Deckung des durch den Krieg gestiegenen Raumbedarfs herangezogen. Zu dieser Gruppe zählen in erster Linie Reservelazarette und Hilfskrankenhäuser, die Anfang 1942 gut ein Drittel bzw. ein Viertel der umgewandelten Psychiatriebetten beanspruchten. Wehrmachtseinrichtungen bildeten mit rund einem Zehntel der zweckentfremdeten Anstaltsbetten den größten nicht gesundheitsbezogenen Bedarfsträger. Daneben schob sich ein weiterer Nutzungstyp, der eher auf im Regimesinne wünschenswerte Verwendungen nach Kriegsende abzielte: Parteigliederungen sicherten sich größere Anstalten, um dort Schulungseinrichtungen unterzubringen: so die DAF in der bayerischen Heil- und Pflegeanstalt Gabersee. In Thüringen, Sachsen und Württemberg wurden in den geräumten Anstalten Adolf-Hitler-Schulen und nationalpolitische Erziehungsanstalten eingerichtet. Die zeitweilige Unterbringung von Umsiedlerlagern der Volksdeutschen Mittelstelle (insgesamt knapp acht Prozent) nimmt einen vierten Nutzungstyp vorweg, der für die späteren Jahre bestimmend war: Anstalten dienten als Raumpuffer für plötzlich auftretende Bedarfsengpässe.

---

[33] Müller, Bericht über die Planung in Pommern, 11. 12. 1942, BAB, R 96-I/16 (Zitat); vgl. Becker, Abschlußbericht über die Planung in Danzig-Westpreußen vom 26.–30. 9. 1942, 13. 10. 1942, BAB, R 96-I/15.

[34] Becker, Bericht über die Planung in Westfalen vom 2.–21. 5. 1942, 27. 5. 1942, BAB, R 96-I/15.

[35] Becker, Abschlußbericht über die Planung in Hamburg vom 14.–17. 4. 1942, BAB, R 96-I/15.

[36] Aufstellung der T4-Planungsabteilung, Stand Januar 1942, BAB R 96-I/6.

Seit dem Frühjahr 1941 bemühte sich die T4-Zentraldienststelle, der freien Verfügung regionaler Dienststellen über die Heil- und Pflegeanstalten ein Ende zu setzen.[37] Eine Planungsabteilung, die im Frühjahr unter der Leitung von Herbert Becker eingerichtet wurde, sollte verläßliches Datenmaterial über die Zweckentfremdung der Anstalten beschaffen, das später als Grundlage weiterer Planungen dienen konnte. Als vordringlich galt zunächst „die genaue Erfassung des als Reservelazarett umgenutzten Raumes [...] da bei einem evtl. Friedensschluß eine sofortige Inbesitznahme der Häuser durch alle möglichen Behörden stattfinden wird".[38] Anfangs erstreckte sich der Planungshorizont auf die Zeit nach dem bald erwarteten Kriegsende, doch bereits während der ersten Planungsreisen im Sommer 1941, als der Lazarettbedarf der deutschen Wehrmacht nach den schweren Verlusten im Krieg gegen die Sowjetunion dramatisch anwuchs, verschob sich die Perspektive stetig in Richtung Gegenwart. Der Euthanasiekomplex war nun stärker als zuvor darauf bedacht, sich weiterhin die aktuelle Verfügung über die geräumten Anstalten zu sichern, um sie für gesundheitsbezogene Zwecke zu nutzen.[39] Die durch die Kanzlei des Führers betriebene Ernennung Lindens zum Reichsbeauftragten für die Heil- und Pflegeanstalten ist in diesem Kontext zu sehen.[40] Sie zielte darauf, der Euthanasiezentraldienststelle nach dem Verlust der Tötungsermächtigung wenigstens das Planungsmonopol im Bereich der Psychiatrie zu sichern. De facto bestand die Hauptaufgabe des Reichsbeauftragten jedoch nicht darin, die psychiatrische Nachkriegsplanung zu organisieren, sondern vor allem darin, das knappe Angebot und die steigende Nachfrage nach Anstaltsplätzen miteinander zu vermitteln.

2. Der Wiederbeginn der Patientenmorde in den Regionen

Bayern

Am 30. November 1942 ordnete das Bayerische Innenministerium für die ihm unterstellten Heil- und Pflegeanstalten an, daß diejenigen Insassen „die nutzbringende Arbeit leisten, oder in therapeutischer Behandlung stehen, ferner die noch bildungsfähigen Kinder, die Kriegsbeschädigten und die an Alterspsychose Lei-

---

[37] Die Gesundheitsabteilung des Reichsinnenministeriums beklagte bereits im November 1940 die zunehmende Fremdverwertung der Heilanstalten und forderte die abgebenden regionalen Dienststellen auf, im Falle einer nicht gesundheitsbezogenen Verwendung künftig die Zustimmung des Reichsinnenministeriums einzuholen; Conti an die Landesregierungen, Reichsstatthalter und Oberpräsidien u.a., 18. 11. 1940, BAB, R 18/3768.

[38] Gedanken über den Arbeitsgang im Büro des Reichsbeauftragten, [Ende Oktober 1941], BAB, R 96-I/15.

[39] Vgl. z.B. die Anfang 1942 im Umfeld Lindens entstandenen Richtlinien des Reichsbeauftragten zur Planungsfrage, BAB, R 96-I/7.

[40] Vgl. die Vernehmung Allers, 28. 6. 1951, S. 8, ZSL, Aussagenslg. Euthanasie, Ordner A. Daß die Verordnung auf Betreiben Bouhlers, nicht auf die Initiative Brandts zustandekam, legen ein Schreiben Pfundtners an Stuckart, 13. 9. 1941, BAB, R 43-II/737b, sowie ein Aktenvermerk Lammers' vom 21. 10. 1941, ebenda, nahe.

denden [...] zu Lasten der übrigen Patienten besser verpflegt werden" sollten.[41] Dieser berüchtigte „Hungerkosterlaß" goß das Prinzip der Kategorisierung von Patienten nach ihrer aktuellen oder potentiellen Arbeitsfähigkeit in die juristische Form einer Verwaltungsanordnung und markiert damit den Wendepunkt von einem primär an der genetischen Purifizierung des deutschen „Volkskörpers" interessierten Verständnis von Psychiatriepolitik hin zu einer Konzeption, die erbbiologische Zielsetzungen zeitweilig zurückstellte, um die Heil- und Pflegeanstalten enger in die nationalsozialistische Kriegswirtschaft einzubinden. Der „Hungerkosterlaß" steht zeitlich am Anfang einer zweiten Welle von Patientenmorden. Sie setzte im Spätsommer 1942 in der Provinz Hessen-Nassau und in Bayern ein und breitete sich im Laufe des Jahres 1943 über beinahe alle Regionen des Deutschen Reiches aus. Diese neue Periode vermehrten Sterbens ist sozialgeschichtlich durch eine extreme Polarisierung der Patienten in Kategorien mit stark differierenden Lebenschancen charakterisiert. In Bayern, dessen Psychiatriepolitik sich nicht grundlegend von der Situation in anderen Teilen des Deutschen Reiches unterschied, vervierfachte sich die Anstaltsmortalität nach dem Abbruch der „Aktion T4" von 6,3 (1941) auf 24,8 Prozent (1945).[42] Dieser Anstieg übertraf die ernährungsbedingten Sterblichkeitszuwächse während des Ersten Weltkriegs bei weitem und läßt sich in seiner Dimension mit den Verlustziffern der „Aktion T4" durchaus vergleichen.[43]

Für die Psychiatriegeschichte des „Dritten Reiches" ist die Entstehung des bayerischen „Hungerkosterlasses" von exemplarischer Bedeutung, denn an seinem Beispiel läßt sich der entscheidende Anteil regionaler Initiativen für den Wiederbeginn der Tötungen in den Jahren 1942/43 herausarbeiten. Den äußeren Anlaß, wohl aber nicht den tatsächlichen Grund für den Erlaß bildeten zunehmende Schwierigkeiten bayerischer Heil- und Pflegeanstalten, eine ausreichende Ernährung ihrer Anstaltsinsassen sicherzustellen. 1942 verzeichneten die bayerischen Heil- und Pflegeanstalten den stärksten Anstieg der Sterblichkeit in den Kriegsjahren.[44] Dieser war zum Teil die Folge einer dramatischen Überbelegung der durch Fremdnutzungen in ihrer Kapazität verminderten und seit dem Abbruch der „Aktion T4" chronisch überfüllten Heil- und Pflegeanstalten.[45] Zu einem erheblichen Teil war er jedoch das Ergebnis einer gezielten Benachteiligung der

---

[41] Schreiben des Bayerischen Staatsministeriums des Innern an den Reichsstatthalter der Westmark und die bayerischen Regierungspräsidenten, 30. 11. 1942, Klee, Dokumente, S. 287. Zur Geschichte der bayerischen Psychiatrie während des „Dritten Reiches" vgl. neben den älteren Arbeiten von Schmidt und Richarz die bei von Cranach/Siemen, Psychiatrie, versammelten Anstaltsstudien, die allerdings die Rolle der bayerischen Gesundheitsbehörden weitgehend ausblenden.

[42] Siemen, Heil- und Pflegeanstalten, S. 472.

[43] So überstieg die Zahl der 1943/44 in der schwäbischen Bezirks-Heil- und Pflegeanstalt Kaufbeuren-Irsee verstorbenen Patienten mit 1076 Todesfällen die Anzahl der während der „Aktion T4" getöteten Patienten (897) deutlich; Pötzl, Sozialpsychiatrie, S. 228.

[44] Siemen, Heil- und Pflegeanstalten, S. 450.

[45] Zwischen September 1941 und Juli 1942 hatte Bayern, bei reduzierter Gesamtkapazität, mehr als 700 Patienten aus Nord- und Westdeutschland aufgenommen; Müller, Bericht über die Planung in Bayern, 17. 10. 1942, BAB, R 96-I/16; Siemen, Heil- und Pflegeanstalten, S. 470.

Psychiatriepatienten, deren Kostsätze seit der nationalsozialistischen Machtübernahme bereits mehrfach beschnitten worden waren.[46] Die Anstaltsökonomien, die traditionell einen erheblichen Beitrag zum Lebensunterhalt der psychiatrischen Krankenhäuser leisteten, hatten infolge der Belegungsverdichtungen eine immer größere Personenzahl zu versorgen, obwohl ihr Ertrag durch Einberufungen und durch die Ermordung eines großen Teils der in der Landwirtschaft beschäftigten Anstaltspatienten stetig zurückgegangen war. Diese Beschneidung ihrer Selbstversorgungsmöglichkeiten fiel in den geschlossenen Anstalten vor allem deshalb ins Gewicht, weil die Lebensmittelrationen der Psychiatriepatienten nach dem niedrigsten Bedarfssatz für Normalverbraucher berechnet wurden, ohne daß die Patienten über Möglichkeiten verfügten, auf dem freien Markt zusätzliche Lebensmittel zu erwerben.[47] Während dieser Nachteil in den Krankenanstalten für somatisch Kranke durch besondere Zuteilungen ausgeglichen wurde, gewährten die Ernährungsbehörden den Insassen der Heil- und Pflegeanstalten so gut wie keine Mehrleistungen. Selbst Sonderrationen für körperlich arbeitende Kranke wurden nur in Ausnahmefällen genehmigt, so daß die mehrfachen Kürzungen der Fett- und Fleischrationen die Insassen der Heil- und Pflegeanstalten besonders empfindlich trafen.[48]

Im Herbst 1942 wandten sich daher mehrere Anstaltsdirektoren an die Gesundheitsabteilung im bayerischen Innenministerium und machten diese auf die katastrophale Ernährungslage der Heil- und Pflegeanstalten aufmerksam. Mit der Bitte, die Lebensmittelzuteilung für die psychiatrischen Krankenhäuser zu verbessern, verbanden sie allerdings nicht die Absicht, eine neue Welle der „Euthanasie" in Gang zu setzen. Das Innenministerium lud daraufhin für den 17. November 1942 alle Anstaltsdirektoren zu einer Konferenz, auf der die drängenden Ernährungsfragen besprochen werden sollten. Die Konferenz begann mit einem Vortrag des Günzburger Anstaltsdirektors Albert Sighart über die Verpflegungsknappheit in den Heil- und Pflegeanstalten und Möglichkeiten, dagegen anzuge-

---

[46] Zahlreiche Anstalten hatten bereits seit Anfang der dreißiger Jahre ihre Verpflegungssätze reduziert. In Eglfing-Haar wurden die bereits 1931/32 stark reduzierten Verpflegungsaufwendungen pro Patient nach der nationalsozialistischen Machtübernahme etwa um ein Drittel verringert; Richarz, Heilen, S. 44. In seiner Stellungnahme zum Revisionsbericht 1938 setzte sich der neue Direktor Pfannmüller nachdrücklich für eine weitere Reduktion der Unterbringungskosten in seiner Anstalt ein; Urteil des Landgerichts München I gegen Hermann Pfannmüller, 15. 3. 1951, Justiz und NS-Verbrechen, Bd. 8, S. 285. Daß die durch Sparmaßnahmen bewirkte Verschlechterung der Lebensbedingungen in den Heil- und Pflegeanstalten nicht gleichmäßig alle Regionen des deutschen Reiches betraf, zeigen allerdings die Verhältnisse in Westfalen, wo Etatkürzungen in der Vorkriegszeit kaum auf die Lebensverhältnisse in den Anstalten durchschlugen; Walter, Psychiatrie, S. 624.

[47] Der Kaloriengehalt der auf Lebensmittelkarten erhältlichen Rationen sank früher und deutlicher als der Nährwert der durchschnittlich verfügbaren Nahrungsmittel einschließlich markenfreier Zukäufe; Ziegelmayer, Ernährung, S. 24. Einen weiteren, in seiner Auswirkung nur schwer abzuschätzenden Verursacher von Kostschmälerungen bildeten Veruntreuungen von für die Heil- und Pflegeanstalten bestimmten Nahrungsmitteln, auf die Schmidt, Selektion, S. 133, hinweist; vgl. auch Fröhlich-Thierfelder, Mainkofen, S. 241.

[48] Vernehmung Pfannmüller, Nürnberger Ärzteprozeß, Sitzungsprotokoll vom 9. 5. 1947, IfZ, MB 15/24, Bl. 7418, 7432; Schmidt, Selektion, S. 140f.

hen.[49] Seine Vorschläge wurden jedoch vom Leiter der Gesundheitsabteilung, Ministerialdirektor Prof. Walter Schultze, als undurchführbar zurückgewiesen. Als der Kaufbeurer Anstaltsleiter Valentin Faltlhauser im Anschluß an Sigharts Referat eine alte Empfehlung des Deutschen Gemeindetags aufgriff und vorschlug, die Kranken künftig nach ihrer Arbeitsfähigkeit in zwei Kategorien einzuteilen und die nicht mehr arbeitsfähigen Patienten nur mehr mit Hilfe einer sogenannten „Entzugskost" zu ernähren, um das eingesparte Essen den arbeitenden Kranken zuzuteilen, nahm die Konferenz für den Teil der Anstaltsdirektoren, der sich von ihr eine Verbesserung der Ernährungssituation in den Heil- und Pflegeanstalten erwartet hatte, eine unerwartete Wende.[50] Der Kaufbeurer Direktor berichtete über eigene Versuche mit der von ihm vorgeschlagenen Ernährungsweise und empfahl sie seinen Kollegen „als Gebot der Stunde".[51] Die von Faltlhauser propagierte Sonderkost enthielt kein Fett, kaum Fleisch und nur wenig Kohlenhydrate. Zum größten Teil bestand sie aus gekochtem Gemüse.[52] Daß mit der Hungerkost kein Beitrag zur Lösung der Ernährungsfrage angestrebt wurde, sondern eine neuerliche Reduzierung der Anstaltsbelegung, blieb kaum einem Teilnehmer verborgen.[53] Faltlhauser, so berichtet ein Teilnehmer der Sitzung, machte den versammelten Anstaltsdirektoren deutlich, daß es ihm in erster Linie um eine Fortsetzung der „Euthanasie" mit anderen Mitteln ging. Da die Transporte nun einmal abgeschafft seien, „würde man die Sache durch allmähliches Aushungern der Kranken fortsetzen können".[54] Er wende dieses Verfahren bereits bei denjenigen Patienten an, die früher unter die „Euthanasie gefallen wären", aus seiner Sicht mit einigem ‚Erfolg', denn: „Innerhalb 3er Monate gingen die Kranken daraufhin durch Hungerödem ein."[55]

---

[49] Aussage des Direktors der Heil- und Pflegeanstalt Ansbach, Hubert Schuch, Sitzungsprotokoll der 3. Strafkammer des Landgerichts München I, 16. 11. 1948, StAM, Staatsanwaltschaften/19051-1, Bl. 148.

[50] Aussage des Direktors der Heil- und Pflegeanstalt Regensburg, Paul Reiss, Sitzungsprotokoll der 3. Strafkammer des Landgerichts München I vom 16. 11. 1948, StAM, Staatsanwaltschaften/19051–1, Bl. 151; Urteil des Landgerichts München I gegen Pfannmüller, 15. 3. 1951, Justiz und NS-Verbrechen, Bd. 8, S. 295. Die Einführung einer fleischlosen Sonderkost für „hinfällige oder niedergeführte Patienten" war bereits 1936 von der Arbeitsgemeinschaft der Anstaltsdezernenten beim Deutschen Gemeindetag empfohlen worden; Thom, Kriegsopfer, S. 206.

[51] Schreiben des Oberstaatsanwalts beim Landgericht Regensburg an den Generalstaatsanwalt beim Oberlandesgericht Nürnberg, 21. 10. 1948, StAM, Staatsanwaltschaften/19051–1, Bl. 48. Faltlhauser hatte in seiner eigenen Anstalt bereits seit August 1942 mit der Hungerkost experimentiert; Faulstich, Hungersterben, S. 320.

[52] Aussage des Abteilungsarztes des „Männer–Hungerhauses" Nr. 25 in der Heil- und Pflegeanstalt Eglfing-Haar, Karl Steichele, Sitzungsprotokoll des Schwurgerichts München I, 19. 10. 1949, StAM, Staatsanwaltschaften/17460–1; vgl. auch den Speiseplan der „Hungerhäuser" in Eglfing-Haar und Kaufbeuren; Richartz, Heilen, S. 175.

[53] Aussagen Hubert Schuch, 9. 4. 1948, und Albert Sighart, o.D., StAM, Staatsanwaltschaften/19051–1, Bl. 66 u. 39.

[54] Aussage Paul Reiss, Sitzungsprotokoll der 3. Strafkammer des Landgerichts München I, 16. 11. 1948, StAM, Staatsanwaltschaften/19051–1, Bl. 151.

[55] Oberstaatsanwalt beim Landgericht Regensburg an den Generalstaatsanwalt beim Oberlandesgericht Nürnberg, 21. 10. 1948, StAM, Staatsanwaltschaften/19051–1, Bl. 48.

Das Vorgehen des Kaufbeurer Psychiaters war von langer Hand vorbereitet. Speisepläne, die die Einführung der Hungerkost in den übrigen Anstalten erleichtern sollten, lagen bereit und wurden im Anschluß an Faltlhausers Referat unter den Anwesenden verteilt. Der Leiter der Gesundheitsabteilung unterstützte die Vorschläge seines Anstaltsleiters mit Nachdruck. Schultze war offenkundig vorab über Faltlhausers Vorhaben informiert worden und hatte sich mit seinem Anstaltsreferenten Gaum darüber verständigt, daß der Ausgleich der Nahrungszuteilung ausschließlich innerhalb der Anstalten erfolgen sollte. Vermehrte Zuteilungen an die Heil- und Pflegeanstalten, so hatten bereits frühere Sondierungen ergeben, kämen dagegen nicht in Betracht.[56] Auch Schultze ließ keinen Zweifel daran, daß er an einer Verbesserung der Ernährungssituation in den Heil- und Pflegeanstalten überhaupt kein Interesse hatte. Ihm ging es in erster Linie darum, die Belegzahlen seiner Anstalten weiter zu reduzieren.[57] Einige Konferenzteilnehmer empfanden Faltlhausers Vorschläge daher – nicht zu Unrecht – als „Ersatz für die inzwischen eingestellten Verlegungen"[58] im Zuge der „Aktion T4".

Das Echo auf den Versuch Schultzes, im Anschluß an Faltlhausers Referat eine Aussprache über das weitere Vorgehen herbeizuführen, war verhalten. Nur Hermann Pfannmüller, der Direktor der Heil- und Pflegeanstalt Eglfing-Haar, setzte sich lautstark für die Hungerkost ein. Die Mehrheit der Anstaltsdirektoren reagierte auf dieses Ansinnen dagegen mit betretenem Schweigen, verhaltener, zum Teil in den Hinweis auf mögliche Durchführungsprobleme gekleideter Ablehnung und zuletzt mit dem Drängen auf eine juristische Absicherung des Verfahrens, so daß das bayerische Innenministerium auf die ursprünglich ins Auge gefaßte informelle Regelung der Hungertötungen verzichtete und die mündlich gegebene Anweisung am 30. November 1942 in Erlaßform brachte.[59]

Die je nach Anstalt sehr unterschiedliche Durchführung des „Hungerkosterlasses" verdeutlicht, daß die Verfügung der staatlichen Gesundheitsbehörden über die Heil- und Pflegeanstalten keine absolute war. Handlungen, die sich derart jenseits des rechtlich gesicherten Rahmens bewegten, setzten bei der Normübertretung zumindest einen stillschweigenden Konsens aller Tatbeteiligten voraus, der gerade aufgrund der verbreiteten Kenntnisse über die Krankenmorde nur bedingt erzwungen werden konnte. Die systematische Schmälerung der Nahrungsgrundlagen mit dem Ziel des Hungertodes wurde in Bayern zuerst in den beiden großen Anstalten Kaufbeuren-Irsee und Eglfing-Haar betrieben, wo mit rund 4200 Insas-

---

[56] Vernehmung Walter Schultze, 21. 1. 1947, StAM, Staatsanwaltschaften/19051–1, Bl. 24.

[57] Generalstaatsanwalt beim Oberlandesgericht München an den Staatsanwalt beim Landgericht München I, 20. 10. 1947, StAM, Staatsanwaltschaften/19051–1, Bl. 14.

[58] Aussage Albert Sighart, o.D., StAM Staatsanwaltschaften/19051–1, Bl. 39.

[59] Aussage des Direktors der Heil- und Pflegeanstalt Kutzenberg, Joseph Entres, 12. 3. 1948, und Rosa W., 4. 2. 1948, StAM, Staatsanwaltschaften/19051–1, Bl. 54, 38; Aussagen von Hubert Schuch und Paul Reiss, Protokoll der Sitzung der 3. Strafkammer des Landgerichts München I, 16. 11. 1948, Staatsanwaltschaften/19051–1, Bl. 148, 151; Urteil des Landgerichts München I gegen Pfannmüller, 15. 3. 1951, Justiz und NS-Verbrechen, Bd. 8, S. 295; Generalstaatsanwalt beim Oberlandesgericht München an den Oberstaatsanwalt beim Landgericht München I, 23. 11. 1948, StAM, Staatsanwaltschaften/19051–1, Bl. 48. Unzutreffend ist die Darstellung bei Schmidt, Selektion, S. 132, der von einer beratenden Mitarbeit der Anstaltsdirektoren am „Hungerkosterlaß" ausgeht.

sen (1941) etwa ein Drittel der bayerischen Psychiatriepatienten untergebracht waren.[60] Beide Anstalten richteten auf Betreiben ihrer Direktoren zwischen August/Oktober (Kaufbeuren-Irsee) und Januar 1943 (Eglfing-Haar) spezielle Hungerhäuser ein, in die man die von den Abteilungsärzten zur Tötung bestimmten Patienten verbrachte. Im Verlauf des Jahres 1943 wurde die Hungerkost auch in den Anstalten Ansbach, Erlangen, Klingenmünster und Mainkofen eingeführt, während ein entsprechender Versuch des Direktors der Heil- und Pflegeanstalt Karthaus-Prüll/Regensburg an der Weigerung der Anstaltsärzte scheiterte, auf den Hungerstationen Visiten durchzuführen.[61]

Die beiden regionalen Kristallisationskerne der zweiten Euthanasiephase in Bayern weisen bei näherer Betrachtung einige Gemeinsamkeiten auf: Sowohl in Eglfing als auch in Kaufbeuren amtierten ältere Direktoren, die durch ihren Berufsweg in der Region fest verwurzelt waren, schon bei den Zwangssterilisationen und der „Aktion T4" an vorderer Stelle mitgewirkt hatten und seitdem auf der Gehaltsliste des Reichsausschusses zur Erfassung erb- und anlagebedingter Leiden standen.[62] Beide Anstalten waren zudem durch die angeschlossenen „Kinderfachabteilungen" über den „Euthanasiestopp" hinaus kontinuierlich in den Prozeß der Ermordung von Psychiatriepatienten involviert. Zusätzlich zur Tötung durch Nahrungsentzug wurden in beiden Anstalten weitere Patienten durch überdosierte Schlafmittelgaben ermordet.[63]

In einigen kleineren bayerischen Anstalten scheinen die Patienten besser ernährt worden zu sein. Dies gilt besonders für die schrumpfende Zahl der konfessionellen Heil- und Pflegeanstalten, aber auch für manche der staatlichen Institute, wie Günzburg und Kutzenberg, deren Direktoren die Hungerkost ablehnten.[64] Der je nach Anstalt unterschiedliche Umgang mit den Psychiatriepatienten läßt beträchtliche Handlungsspielräume der einzelnen Anstalten erkennen. Die traditionell starke Stellung der Direktoren gegenüber ihren Aufsichtsbehörden, die auch nach der nationalsozialistischen Machteroberung nicht wesentlich verändert wurde, konnte – wie im Falle Eglfings und Kaufbeurens – der Radikalisierung

---

[60] Belegzahlen und Bettenkapazität nach dem Planungsbericht Müllers für Bayern, 17. 10. 1942, BAB, R 96-I/16.

[61] Faulstich, Hungersterben, S. 322; Weisenseel, Ansbach, S. 148f.; Cording, Karthaus-Prüll, S. 213–216; Fröhlich-Thierfelder, Mainkofen, S. 241.

[62] [Aufstellung der Euthanasie-]Gutachter, Anlage zum Schreiben Beckers an Nitsche, 6. 2. 1944, BAB, R 96-I/1, die Pfannmüller seit November 1939 und Faltlhauser seit September 1940 als T4-Gutachter führt. Für 1943/44 weisen die Abrechnungslisten für Weihnachtsgratifikationen des Reichsausschusses neben den Anstaltsdirektoren jeweils mehrere Angehörige des Pflegepersonals der Heil- und Pflegeanstalt Eglfing-Haar und Kaufbeuren als Gratifikationsempfänger aus; BAB, NS 51/242, Bl. 85f., 91, 92, 126, 133.

[63] Vernehmung Valentin Faltlhauser, 22. 4. 1948, S. 10f., ZSL, Aussagenslg. Euthanasie, Ordner F; Vernehmung Pfannmüller, 3. 5. 1948, StAM, Staatsanwaltschaften/19051–1, Bl. 77.

[64] Aussage Werner Leibbrand, Sitzungsprotokoll des Schwurgerichts München I, 4. 11. 1948, StAM, Staatsanwaltschaften/17460–1, Bl. 325f.; Vernehmung Albert Sighart, 9. 8. 1949, S. 4, ZSL, Aussagenslg. Euthanasie, Ordner Sa–Sz; von Cranach/Schüttler, Günzburg, S. 259. Zur Entwicklung der Sterblichkeit, die die anstaltsspezifischen Unterschiede in der Durchführung des Erlasses widerspiegelt, Siemen, Heil- und Pflegeanstalten, S. 472.

der Psychiatriepolitik Vorschub leisten, aber auch als Faktor wirken, der Patienten das Leben bewahrte. Die Leiter der Heil- und Pflegeanstalten verfügten in ihrer Doppelfunktion als leitende Ärzte und oberste Verwaltungsbeamte ihrer Einrichtungen in klinikinternen Angelegenheiten (und zu diesen zählte im zeitgenössischen Verständnis neben den Therapiemaßnahmen auch der Küchenbetrieb) über große individuelle Gestaltungsmöglichkeiten, die vor allem dann zum Tragen kamen, wenn gesundheitspolitische Vorgaben Essentiale des ärztlichen Berufsverständnisses zu tangieren drohten.[65] Ein zweiter retardierender Faktor bestand in der Zurückhaltung des gerade in Bayern oftmals konfessionell gebundenen Pflegepersonals, das den „Hungerkosterlaß" auch in solchen Anstalten unterlaufen konnte, deren Direktoren den Krankentötungen positiv gegenüberstanden.[66]

Wenn auch die Ziele der bayerischen Initiative teilidentisch mit denen der „Aktion T4" waren, so hatte sich das Koordinatensystem des Patientenmords seit dem Sommer 1942 doch in entscheidender Weise verschoben. Während die T4-Planer viel Mühe darauf verwandt hatten, den Selektions- und den Tötungsvorgang durch ein mehrstufiges, hochformalisiertes Verfahren voneinander zu trennen und die Verantwortung dafür auf mehrere Schultern zu verteilen, um so den einzelnen Arzt zu entlasten, waren die Patientenmorde der zweiten Phase unmittelbar in den Anstaltsalltag integriert. Im Unterschied zur „Aktion T4", in der die Berliner Euthanasiezentrale sowohl über die Tötungsermächtigung verfügte als auch die Selektion der Opfer kontrollierte, wurde der Patientenmord in der zweiten Phase der „Euthanasie" durch eine Regionalbehörde der Gesundheitsverwaltung organisiert, und die Auswahl der Patienten geschah in der Verantwortung der Anstaltsärzte. Dieser Versuch, Patiententötungen in bayerischer Eigenverantwortung zu organisieren, mutet angesichts der wachsenden Zentralisierungsbestrebungen im Bereich der Psychiatrie zunächst paradox an, ist aber gerade aus diesem Kontext heraus erklärbar. Seit dem Abbruch der „Aktion T4" standen überregionale Verlegungen in den Tod als Patentmittel zur Behebung von Unterbringungsproblemen nicht mehr zur Verfügung. Die bayerischen Gesundheitsbehörden, die bereits die Hälfte ihrer Psychiatriebetten anderen Zwecken zur Verfügung gestellt hatten,[67] mußten sich im Gegenteil immer häufiger gegen Versuche des Reichsbeauftragten für die Heil- und Pflegeanstalten zur Wehr setzen, sich Zugriff auf die in Bayern verbliebenen Bettenkapazitäten zu verschaffen. Hierzu zählten rund 550 Patienten aus Norddeutschland, die dort der ersten Welle der Krankenhaus-Sonderanlagen „Aktion Brandt" hatten weichen müssen, und zwischen September und November 1941 in bayerische Anstalten verlegt

---

[65] Zur Stellung der Anstaltsdirektoren Kersting, Anstaltsärzte, S. 41–60.

[66] Aussage der Köchin Elisabeth S., [1949], S. 3, ZSL, Aussagenslg. Euthanasie, Ordner Sa–Sz; Vernehmung Karl Steichele, StAM, Staatsanwaltschaften/17460–1, Bl. 279; Urteil des Landgerichts München I gegen Pfannmüller, 15. 3. 1951, Justiz und NS-Verbrechen, Bd. 8, S. 295; vgl. Mader, Sterben, S. 27–30, Plötzl, Sozialpsychiatrie, S. 239.

[67] Berechnet nach der Ausarbeitung der Reichsarbeitsgemeinschaft für Heil- und Pflegeanstalten über Anstalten, die vollständig oder teilweise einem Kriegszweck dienen, 3. 8. 1943, BAB, R 96-I/6.

wurden.[68] Angesichts der aus seiner Sicht „immer unerträglicheren Übergriffe Berlins"[69] und der grassierenden Bettennot in Bayern, war Schultze daran interessiert, freie Bettenkapazitäten in seine Hand zu bekommen, über die er eigenständig disponieren konnte. Um dies zu erreichen, schienen regional organisierte Patiententötungen begrenzten Umfanges in den Augen der bayerischen Gesundheitsverwaltung ein gangbarer Weg. Diese Tötungen betrafen insbesondere die etwa 3000 Personen zählende Gruppe von Patienten, die nach dem Abbruch der „Aktion T4" nach Bayern verlegt wurde.[70] Ihr Risiko, in einer bayerischen Heil- und Pflegeanstalt zu sterben, war deutlich höher als die ohnehin vermehrte Sterbewahrscheinlichkeit der bayerischen Anstaltsinsassen.[71]

Läßt man die Entschlußbildung zur Reinitialisierung der Patientenmorde in Bayern abschließend Revue passieren, so wird deutlich, daß es sich dabei weniger um gesundheitspolitisches policy-making nach dem Muster Programmentwicklung durch die Zentralebene, Programmdurchsetzung durch stabil in die Hierarchie eingebundene nachgeordnete Dienststellen handelte, sondern um einen mehrstufigen Prozeß, der in erster Linie durch Interaktionen zwischen der lokalen und der regionalen Führungsebene des Gesundheitswesens gekennzeichnet ist. Dagegen fehlen gesicherte Belege für ein Engagement der gesundheitspolitischen Zentralebene. Die Definition des Nahrungsmangels in den Heil- und Pflegeanstalten als gesundheitspolitisches Problem aus dem Kreis der psychiatrischen Praktiker heraus markiert den ersten Schritt auf dem Weg zum „Hungerkosterlaß". In einer zweiten Phase forcierten einige der Anstaltsdirektoren eine Lösung, die Patientenmord als Maßnahme der regionalen „Selbsthilfe"[72] in Betracht zog. Faltlhauser, der ebenso wie sein Kollege Hermann Pfannmüller bereits bei früheren Mordaktionen eng mit der Berliner Euthanasiezentrale zusammengearbeitet hatte, nutzte die Schwierigkeiten in der Nahrungsversorgung als Argument, um die Krankenmorde in Bayern erneut aufleben zu lassen, diesmal als dezentralisierte, in den Anstaltsalltag integrierte Tötungen. Der Hunger fungierte hier nur mehr als Vorwand für die gewaltsame Reduktion der bayerischen Psychiatriepatienten, er war kein politisches Problem, um dessen Lösung man sich ernsthaft bemühte. Die Mittelinstanz der Gesundheitsverwaltung, in diesem Fall das Bayerische Innenministerium, gab diesen Plänen eine Plattform, wählte aus den unterschiedlichen Lösungsansätzen die ihr genehme Variante aus und betrieb schließlich deren Umsetzung.

---

[68] Faulstich, Hungersterben, S. 326.

[69] Vernehmung Schultze, 21. 1. 1948, StAM, Staatsanwaltschaften/19051–1, Bl. 24; vgl. auch die Vernehmung Max Gaum, 15. 3. 1948, ebenda, Bl. 26.

[70] Davon entfielen rund 1900 Personen auf das Jahr 1943; Faulstich, Hungersterben, S. 326f.

[71] Dort wo sich Sterbequoten für einzelne Transporte berechnen lassen, erreichen sie Werte zwischen 63 und 75 Prozent, wobei zahlreiche Patienten bereits wenige Wochen nach der Verlegung verstarben; Walter, Psychiatrie, S. 773; Siemen, Heil- und Pflegeanstalten, S. 453.

[72] Vernehmung Faltlhauser, Sitzungsprotokoll der 3. Strafkammer des Landgerichts München I vom 16. 11. 1948, StAM, Staatsanwaltschaften/19051–1, Bl. 144.

Die Rheinprovinz

Charakteristisch für die zweite Phase der „Euthanasie" ist die Verkettung psychiatriepolitischer Entscheidungen mit übergeordneten Funktionspostulaten des allgemeinen Gesundheitswesens unter den Bedingungen eines zunehmend zerstörerischer wirkenden Luftkrieges. Dies wird besonders im Rheinland deutlich, wo bereits im August 1942, noch vor der Einführung der Hungerkost in der schwäbischen Teilanstalt Irsee, erneut Psychiatriepatienten in eine Tötungsanstalt verlegt wurden. Mit dem ersten größeren Transport über die Provinzgrenzen hinaus gelangten rund 370 Geisteskranke in die hessische Anstalt Hadamar, die schon während der „Aktion T4" als Vergasungsanstalt gedient hatte, und die auch in der zweiten Phase der Krankenmorde als überregionales Tötungszentrum fungieren sollte. Zu den auslösenden Faktoren der Verlegungen zählten in erster Linie Kapazitätsengpässe in der Krankenhausversorgung der urbanen Ballungszentren, die die gesundheitspolitischen Entscheidungsträger von Staat und Partei dadurch zu bewältigen suchten, daß sie den Lebensraum psychiatrischer Patienten zugunsten somatisch Kranker beschnitten. Dieser Prozeß der gegenseitigen Verdrängung hierarchisch differenzierter Patientengruppen, in dem Wehrmachtsangehörige die Zivilkranken, potentiell Produktive die in der Kriegswirtschaft „Unverwertbaren", und Alte und Sieche die Psychiatriepatienten beiseite schoben, ist geradezu konstitutiv für die erfahrbare Wirklichkeit der Gesundheitsversorgung in den Kriegsjahren. Er läßt sich, seit 1942 zunehmend radikalisiert, in den meisten Gebieten des Deutschen Reiches beobachten.[73] Die Hierarchisierung der Patienten läßt sich auch an der Gebäudenutzung ablesen. Sozial stigmatisierte und unproduktive Kranke wurden von moderneren in einfachere oder stärker luftkriegsgefährdete Einrichtungen ausquartiert. In die freigeräumten Gebäude verlegten die Gesundheitsbehörden in der Rangfolge der Kranken höher positionierte Patienten. Die häufigsten Verdrängungsketten sind die Nutzung ehemaliger Heil- und Pflegeanstalten durch Sieche und Alte, deren Wohnraum wiederum zur Unterbringung von Ausweichkrankenhäusern, Lazaretten oder Obdachlosen verwendet wurde bzw. die direkte Umwandlung der Heil- und Pflegeanstalten in Ausweichkrankenhäuser.[74] Für beide Formen finden sich zahlreiche Belege in der Rheinprovinz, in Norddeutschland und im Gau München-Oberbayern.[75]

Beispielhaft für die Verdrängungskette: somatisch Kranke – Alte – psychiatrisch Kranke steht die Teilevakuierung der Riehler Heimstätten, des zentralen kommunalen Alten- und Pflegeheimes der Stadt Köln, durch die dortige Stadtver-

---

[73] Für Hamburg vgl. die differenziert argumentierende Studie von Rönns, Entwicklung, S. 62, 72.

[74] In einer Aufstellung des Reichsbeauftragten für die Heil- und Pflegeanstalten findet sich folgende Prioritätenliste bei der Umwandlung von Heil- und Pflegeanstalten: 1. Krankenhäuser, 2. Tuberkuloseheilstätten, 3. Alterskrankenhäuser und Pflegeheime, 4. Altenheime; Richtlinien des Reichsbeauftragten zur Planungsfrage [Januar 1942], S. 2, BAB, R 96-I/7.

[75] Z.B. Vogt an Krause-Wichmann, 22. 6. 1943, NRWHStA, Regierung Düsseldorf/54489-II, Bl. 266; Gesundheitsamt Essen, Monatlicher Lagebericht, 9. 6. 1943, ebenda, Bl. 271; Auszug aus dem Protokoll der Stadtratssitzung vom 4. 5. 1944, StadtAM, Gesundheitsamt/118; Wunder, Transporte, S. 257.

waltung. Aufgrund der besonderen Größe der Riehler Heimstätten, in denen sich beinahe vier Fünftel aller Kölner Altenheimplätze befanden,[76] sind die dortigen Gegebenheiten nicht ohne weiteres auf die Verhältnisse in anderen deutschen Städten übertragbar, jedoch läßt sich am Kölner Beispiel das oben skizzierte Verdrängungsgeschehen, das einen sozialgeschichtlichen Basisprozeß des deutschen Gesundheitswesens während der Kriegsjahre bildet, besonders anschaulich demonstrieren. Die Verlegungen wurden mehrere Wochen vor der reichsweiten Weichenstellung für die verstärkte Einbeziehung der Heil- und Pflegeanstalten in die Beschaffung von Krankenhausbetten durchgeführt und wirkten in vieler Hinsicht als Vorbild für ähnliche lokal initiierte Verlegungen aus Städten der Rheinprovinz.

Obgleich unter dem Vorwand katastrophenmedizinischer Notmaßnahmen betrieben, und im konkreten Fall durch akute Bettenanforderung der Gauleitung ausgelöst,[77] hatten die Verlegungen aus den Riehler Heimstätten eine längere Vorgeschichte. Die Kölner Gesundheitsbehörden diskutierten die Einrichtung eines zentralen Ausweichkrankenhauses in den Riehler Heimstätten bereits im April 1941, zu einem Zeitpunkt, als von gravierenden Luftkriegsfolgen in Deutschland noch keine Rede sein konnte. Bereits seit Kriegsbeginn wurden die Insassen der kleineren Kölner Altenheime in Riehl zusammengezogen und die freigemachten Räumlichkeiten in der Innenstadt für kriegswirtschaftliche Zwecke umfunktioniert.[78] Nach den schweren Luftangriffen Ende Mai 1942 nutzte die Stadt die Gelegenheit, um die seit längerem geplante Räumungsaktion unter dem Deckmantel des bei der Beseitigung der Luftkriegsfolgen entstehenden Handlungsdrucks durchzuführen, und betrieb eine Teilräumung der Riehler Heimstätten, um dort Kölner Luftkriegsopfer unterzubringen.[79] Luftangriffe dienten den rheinischen Stadtverwaltungen seit dem Frühjahr 1941 immer wieder als willkommenes Argument, um neue Räumungen zu fordern.

Noch im Juni 1942 wurden rund 200 Alte von Köln ins badische Denkingen abtransportiert, die übrigen Bewohner des Riehler Altenheims sollten in Heil- und Pflegeanstalten des Kölner Umlandes untergebracht werden. Bereits in einer frühen Phase der Verhandlungen, die die Stadt mit der für die Geisteskrankenfürsorge zuständigen Provinzialverwaltung und freigemeinnützigen Trägern führte, kristallisierten sich zwei Anstalten als mögliche Zielorte für die Kölner Alters-

---

[76] Verwaltung der Riehler Heimstätten, Zahl der Heimplätze für alte und sieche Personen, StadtAK, Acc. 673/41, Bl. 59.

[77] Der Leiter des Kölner Gauamtes für Volksgesundheit, Hartung, forderte von der städtischen Gesundheitsverwaltung die Bereitstellung von wenigstens 1500 Krankenhausbetten für Katastrophenfälle; Aktenvermerk über eine Besprechung der Mob.-Abteilung des Kölner Gesundheitsamtes, 20. 8. 1942, StadtAK, 687/2, Bl. 126–135.

[78] Drei Kölner Altenheime dienten bereits seit Kriegsbeginn als Lazarette bzw. Hilfskrankenhäuser. Nach dem Überfall auf die Sowjetunion wurden sechs weitere Altenheime in der Kölner Innenstadt in Notquartiere umgewandelt; Aktenvermerk der Kölner Gesundheitsverwaltung, 14. 4. 1944, StadtAK, Acc. 673/43.

[79] Niederschrift über die Besprechung der Gesundheitsverwaltung am 3. 4. 1941, StadtAK, 687/2, Bl. 75. Auch nach dem großen Angriff am 31. 5. 1942 trat im Kölner Stadtgebiet kein akuter Bettenmangel auf; Niederschrift einer durch die Gauleitung einberufenen Besprechung über Erfahrungen des Luftkriegs, 5. 6. 1942, StadtAK, 687/2, Bl. 121.

heimbewohner heraus: die Provinzialanstalt Düren und die Anstalt Kloster Hoven/Marienborn, ein von Augustinerinnen geführtes Pflegeheim für weibliche Geisteskranke, das überwiegend mit Kranken des Provinzialfürsorgeverbandes belegt war.[80] Während die Hovener Augustinerinnen dem Ansuchen der Kölner Stadtverwaltung bereitwillig entgegenkamen und rund die Hälfte ihrer Anstalt zur Verfügung stellten,[81] reagierte die rheinische Provinzialverwaltung zögerlich auf die Kölner Evakuierungspläne. Zwar konnten bis Mitte Juli weitere 400 Alte in die Heil- und Pflegeanstalt Düren verlegt werden,[82] danach gerieten die Verhandlungen jedoch ins Stocken, vor allem deshalb, weil der provinzialrheinische Anstaltsdezernent Creutz sich außerstande sah, innerhalb der Provinz genügend Plätze für die zur Verlegung anstehenden Geisteskranken bereitzustellen. In dieser Situation trat die Kölner Gauleitung auf den Plan. Der Leiter des Kölner Gauamtes für Volksgesundheit, Rudolf Hartung, der zu den energischsten Verfechtern des Krankenexportes über die Provinzgrenzen hinaus zählte, nahm unter Umgehung der verwaltungsmäßigen Zuständigkeiten Kontakt mit der Reichsarbeitsgemeinschaft für Heil- und Pflegeanstalten auf und ließ sich von dieser freie Betten in der Anstalt Hadamar nachweisen, die während der T4-Aktion als Tötungsanstalt gedient hatte und nach dem Stopp der Krankenmorde nur mit wenigen Patienten belegt war.[83] Damit versehen, trat er Ende Juli 1942 an den Anstaltsdezernenten der Rheinprovinz heran, und forderte ihn auf, „zum Zwecke der Schaffung weiteren Raumes für ein Ausweichkrankenhaus der Stadt Köln den größten Teil der vom Rheinischen Landesfürsorgeverband stark in Anspruch genommenen privaten Heil- und Pflegeanstalt Klosterhoven bei Zülpich zu räumen. In Anbetracht der von Dr. Hartung geltend gemachten Dringlichkeit", teilte Creutz dem Kölner Oberbürgermeister das Ergebnis dieses Gesprächs mit, habe er sich diesem Ansuchen nicht verschließen können, „zumal Dr. Hartung imstande war, über die Reichsarbeitsgemeinschaft Heil- und Pflegeanstalten in Berlin in der Nassauischen Heil- und Pflegeanstalt Hadamar freie Plätze zur Unterbringung eines Teils der zu verlegenden Kranken anzubieten". Creutz hob jedoch ausdrücklich hervor, daß er kein Interesse daran habe, die Pfleglinge des Rheinischen Landesfürsorgeverbandes mit erheblichem Aufwand aus Kloster Hoven abtransportieren zu lassen, „wo sie bisher günstig untergebracht waren, während sie nunmehr in 6 verschiedenen und zum Teil sehr weit entfernt liegenden Anstalten zu höheren Pflegesätzen untergebracht werden sollen", und betonte, „daß die eingeleiteten Maßnahmen *im Interesse der Stadt Köln* auf Veranlassung des Leiters des Gauamts für Volksgesundheit in Köln getroffen worden sind".[84] Die Korrespondenz des rheinischen Anstaltsdezernenten macht zunächst das Verlaufsmuster des

---

[80] Düren stand seit Mitte Juni 1942 als möglicher Verlegungsort fest, Kloster Hoven seit August 1942; Aktenvermerk der Kölner Stadtverwaltung für den Beigeordneten Heringhaus, 13. 6. 1942, StadtAK, Acc. 673/57.

[81] Aktenvermerk der Mob.-Abteilung der Kölner Stadtverwaltung für den Beigeordneten Heringhaus, 18. 8. 1942, StadtAK, Acc. 673/24.

[82] Aktenvermerk für den Beigeordneten Heringhaus, 13. 6. 1942, StadtAK, Acc. 673/57.

[83] Als schematisierte Darstellung des Wirkens des Reichsbeauftragten für die Heil- und Pflegeanstalten bei den Verlegungen in den Tod vgl. Abb. 15.

[84] Creutz an den Kölner Oberbürgermeister, 10. 8. 1942, StadtAK, Acc. 673/24.

Entscheidungsbildungsprozesses deutlich, der durch unterschiedliche Handlungsanteile von Gauleitung und Provinzialverband geprägt ist: Als sich die Provinzialverwaltung gegen weitere Patientenverlegungen sträubte und dies mit fehlenden Aufnahmekapazitäten begründete, unterminierte Hartung deren Argumentationsbasis, indem er durch Vermittlung der Reichsarbeitsgemeinschaft für Heil- und Pflegeanstalten Anstaltsplätze in einer anderen Region beschaffte.[85] Der Gauamtsleiter war es auch, der mit der Gekrat, die Transportgesellschaft der Berliner Euthanasiezentrale, für die Durchführung der Evakuierungen anwarb. Die Gauleitung Köln hatte also maßgeblichen Anteil am Zustandekommen der von der Kölner Gesundheitsverwaltung gewünschten Verlegungen.

Die zögerliche Haltung der Provinzialverwaltung läßt unterschiedliche Interessenlagen zwischen Gau- und Provinzbehörden sichtbar werden. Während die Gauleitung bereits im Sommer 1942 ausschließlich in katastrophenmedizinischen Kategorien dachte, dabei primär somatisch Kranke in ihre Überlegungen einbezog und Psychiatriepatienten als beliebig disponible Restgröße betrachtete, sind die Gedankengänge des rheinischen Anstaltsdezernenten stark von den wirtschaftlichen Eigeninteressen der Provinz geprägt.[86] Ökonomisch waren Verlegungen, die nicht nur hohe Transport- und Unterbringungskosten verursachten, sondern auch Schäden an Inventar und Bausubstanz der dann anderweitig genutzten Heil- und Pflegeanstalten befürchten ließen, in der Tat sinnwidrig, solange in der eigenen Provinz genügend Anstaltsplätze zur Verfügung standen. Darüber hinaus resultierte die zögerliche Haltung von Creutz wohl auch aus den negativen Erfahrungen, die er wenige Monate zuvor mit den von der T4-Zentrale angeordneten Verlegungen gemacht hatte. Auch diese waren mit kriegsbedingten Notwendigkeiten bemäntelt worden, ohne daß für die an der Patientenselektion beteiligten Anstaltsärzte von Anfang an eine Tötungsabsicht erkennbar war. Der Anstaltsdezernent hatte während der „Aktion T4" zu den verhaltenen Euthanasiegegnern in der rheinischen Provinzialverwaltung gezählt, und – allerdings ohne sich zu exponieren und um den Preis persönlicher Verstrickung in die Maschinerie des Tötens – auf die verzögerte Abwicklung der Verlegungstransporte in die Vergasungsanstalten hingewirkt.[87]

---

[85] Diese Praxis ist auch in späterer Zeit dokumentiert. Anfang 1943 erhielt die Rheinprovinz auf Betreiben des Kölner Gauamtes für Volksgesundheit weitere 600 Betten in den polnischen bzw. ukrainischen Hungeranstalten Tworki, Kulparkow und Jaroslaw zugeteilt; Regierung Köln an die Provinzialverwaltung der Rheinprovinz, 3. 2. 1943, ALVR, 13073, Bl. 61.

[86] Es ist nicht ganz auszuschließen, daß die ökonomischen Argumente vorgeschoben wurden, um regimekonform gegen die Verlegungen zu argumentieren. Creutz gehörte zu denjenigen Anstaltsdezernenten, die der Verlegung von Psychiatriepatienten generell mit Mißtrauen begegneten. Die Haltung des provinzialrheinischen Anstaltsdezernenten zur „Aktion T4" oszillierte zwischen hinhaltendem Widerstand und verzögernder Mitwirkung. Creutz hatte Ende 1940 versucht, den Landeshauptmann der Rheinprovinz zum Widerspruch gegen die Verlegungstransporte zu bewegen, seine Verweigerungshaltung jedoch eingestellt, als Haake nach anfänglichem Zögern auf die Linie der Berliner Euthanasiezentrale einschwenkte; vgl. Werner, Rheinprovinz, S. 137, und Werner, Creutz, S. 194 f.

[87] Vor diesem Hintergrund läßt sich das oben zitierte Schreiben auch als Versuch des Provinzialpsychiaters interpretieren, angesichts des inzwischen bekannt gewordenen Schicksals

Nachdem die Unterbringungsfrage im Sinne des Gauamtes für Volksgesundheit geregelt war, wurden im August 1942 369 Riehler Alte in die Anstalt Kloster Hoven verlegt und dafür 370 Anstaltspfleglinge nach Hadamar transportiert. Der Verlegungsdruck auf die Ersatzsiechenheime in Düren und Hoven blieb auch nach der ersten Evakuierungswelle im Sommer 1942, mit der vorgeblich die unmittelbaren Luftkriegsfolgen ausgeglichen werden sollten, bestehen.[88] Nach dem Abschluß der ersten Evakuierungsaktion erklärte der Kölner Gauamtsleiter Hartung, daß die Entfernung weiterer vier- bis fünfhundert Wohnstiftler aus Riehl ins Auge gefaßt würde, da er festgestellt habe, daß in den Heil- und Pflegeanstalten noch Bettenkapazitäten zur Verlegung von Siechen vorhanden seien.[89] Die Anstalt Kloster Hoven nahm bis zum Januar 1944 rund 500 Kölner Alte auf (mehr als 300 davon noch während des laufenden Jahres). Nach Düren wurden mehr als 800 Altenheimbewohner verlegt.[90] Beide Anstalten gaben dafür sukzessive psychiatrische Fälle an Anstalten außerhalb der Rheinprovinz ab. Die Belegungsbilanz der Heil- und Pflegeanstalt Düren zeigt, wie eng die Verlegung der Riehler Siechen und der Abtransport der Geisteskranken aus diesen Anstalten miteinander zusammenhingen.[91] Verlegt wurden bei solchen Transporten vor allem Anstaltsinsassen, die in den Augen der Anstaltspsychiater „eine ‚einseitige Auslese' [...] nach der negativen Seite" darstellten, chronisch kranke, nicht mehr arbeitsfähige und hinfällige Patienten. Die therapierbaren, rüstigen und arbeitsfähigen Kranken behielten die Anstalten nach Möglichkeit zurück.[92] Von den Verlegungen während der „Aktion T4" unterschieden sich diese Transporte zum einen dadurch, daß sie nicht mehr aufgrund namentlicher Meldungen, sondern nur noch aufgrund mit den Anstalten vereinbarter Transportstärken durchgeführt wurden,[93] ferner durch die weniger berechenbaren Patientenschicksale. Bedeutete eine Verlegung in den Jahren 1940/41 für den Großteil der Abtransportierten den sicheren Tod, so waren die Transportziele der zweiten Euthanasiephase mit stark differierenden, geradezu polarisierten Lebenschancen verbunden, ohne daß die Quellen genauere Rückschlüsse auf die Gründe für die Zuordnung zum jeweiligen Transportziel zulassen.[94] Ganz deutlich zeigt sich dies bereits bei den ersten Transpor-

---

der in den Jahren 1940/41 aus dem Rheinland abtransportierten Patienten seine Nicht-Verantwortung für eine zweite Verlegungswelle zu dokumentieren.

88 Insbesondere die Kölner Gauleitung drängte auch in den folgenden Monaten weiter auf Verlegungen; auszugsweise Niederschrift einer Besprechung am 18. 11. 1942, StadtAK, 687/2.

89 Niederschrift einer durch den Leiter des Kölner Gauamtes für Volksgesundheit, Hartung, anberaumten Besprechung, 30. 11. 1942, StadtAK, 687/2, Bl. 197.

90 Aufstellung über Krankentransporte aus den Riehler Heimstätten seit Juni 1942, StadtAK, Acc. 673/12; Bericht über die vorübergehende Belegung des Pflegeheims Düren, 12. 8. 1942, StadtAK, Acc. 673/57.

91 Tab. E.6; E.7. Daß weniger Geisteskranke aus Düren abtransportiert als Alterssieche dorthin verlegt wurden, hängt vermutlich mit der weitaus höheren Sterblichkeit der Psychiatriepatienten zusammen.

92 Vernehmung Creutz, 21. 11. 1947, S. 4, ZSL, Aussagenslg. Euthanasie, Ordner Ca-Do.

93 Vernehmung Allers, 18. 8. 1949, S. 6, ZSL, Aussagenslg. Euthanasie, Ordner A.

94 Vgl. Vernehmung Creutz, 21. 11. 1947, S. 3, ZSL, Aussagenslg. Euthanasie, Ordner Ca-Do.

ten der zweiten Verlegungswelle: während die Dürener Insassen in die Pflegeanstalt Schloß Ruyff verbracht wurden und damit in der Rheinprovinz verblieben,[95] transportierte die Gekrat die Hovener Patientinnen in die hessische Anstalt Hadamar, wo ein Großteil von ihnen innerhalb weniger Wochen verstarb. Allerdings deutete zum Zeitpunkt der Verlegungen kaum etwas auf eine Wiederaufnahme der Krankenmorde hin. Die Begleitumstände der Transporte, etwa die Forderung des Wiesbadener Oberpräsidenten, daß den verlegten Kranken bestimmte Bedarfsgegenstände wie Wäsche und Geschirr aus ihren Heimatanstalten mitgegeben werden sollten, entsprachen durchaus den Gepflogenheiten regulärer Krankenverlegungen.[96] Trotzdem vermutete die rheinische Provinzialverwaltung angesichts der bekannten Vorgeschichte der hessischen Anstalt wenig Gutes für ihre Patienten, so daß Creutz sie im August 1942 in Begleitung seines Verwaltungsleiters besuchte, um sich persönlich ein Bild über die Unterbringung der rheinischen Patienten zu verschaffen.[97] Bei diesem Besuch fanden sich keine Hinweise auf eventuelle Tötungsvorhaben.[98] Noch im gleichen Monat setzten jedoch erneute Patiententötungen ein, diesmal durch überdosierte Medikamentengaben.[99] Ihnen fielen im August 1942 35 Kranke zum Opfer, mehr als 160 weitere Patienten bis Ende Oktober.[100] Zwar verneinte der hessische Anstaltsdirektor auf die besorgte Nachfrage der rheinischen Provinzialverwaltung hin eine direkte Euthanasieabsicht. Die exorbitanten Sterberaten[101] und sein Hinweis, ein Großteil der verlegten Patienten sei alt und hinfällig gewesen, daher könne er es mit seiner „nationalsozialistischen Einstellung nicht vereinbaren, irgend welche medizinischen Maßnahmen anzuwenden, seien sie medikamentöser oder sonstiger Art, damit das Leben dieser für die menschliche Gesellschaft vollkommen ausfallenden Individuen verlängert wird, ganz besonders in der jetzigen Zeit unseres Existenzkampfes, bei dem jedes Bett für die Wertvollen unseres Volkes benötigt wird",[102] ließen jedoch kaum einen Zweifel am eigentlichen Zweck der Anstalt offen.

---

[95] Schaumburg, Aktennotiz, 25. 7. 1942, ALVR, 13073, Bl. 24.

[96] Creutz an den Kölner Oberbürgermeister, 10. 8. 1942, ALVR, 13073, Bl. 31. Creutz hat später vor Gericht den „grundsätzlich anderen Charakter" dieser Verlegungen im Unterschied zu denen der „Aktion T4" betont. „Alle späteren Krankenverlegungen waren ausschließlich Evakuierungsverlegungen, die im Zuge der Freimachung von Anstaltsraum für Wehrmachtslazarette, Ausweich- und Hilfskrankenhäuser, Altersheime usw. angeordnet und vorgenommen worden sind. Der Grund dieser Krankenverlegungen war in jedem einzelnen Falle durchaus einleuchtend und zwingend. Die Verlegungsanordnungen ergingen von hierzu legitimierten Behörden, insbesondere durch den Reichsminister des Inneren. Es hat sich also alles in transporttechnischer Hinsicht in dem Rahmen abgespielt, der bei normalen Krankenverlegungen üblich ist. Diese Transporte standen auch keineswegs unter irgendwelchen Geheimhaltungsbestimmungen. Die Weisungen von Berlin ergingen völlig offen und ohne Geheimschutz, und auch die gesamten sonstigen Maßnahmen sind offen wie bei ganz normalen Transporten durchgeführt worden." Vernehmung Creutz, 21. 11. 1947, S. 2, ZSL, Aussagenslg. Euthanasie, Ordner Ca–Do.

[97] Werner, Rheinprovinz, S. 141.

[98] Aktenvermerk der Provinzialverwaltung, 5. 8. 1942, ALVR, 13073.

[99] Leipert u. a., Sterilisation, S. 94.

[100] Tab. E.10.

[101] Tab. E.10.

[102] Zit. nach Werner, Rheinprovinz, S. 141.

Die geräumten Teile der Riehler Heimstätten dienten bis zum Kriegsende als Reservekrankenhaus der Stadt Köln, auf das die Gesundheitsverwaltung vor allem dann zurückgriff, wenn durch Luftangriffe oder lokale Epidemien Kapazitätsengpässe in den städtischen Krankenhäusern entstanden. Neben seiner Funktion als Kapazitätsreserve fungierte das ehemalige städtische Altenheim in den letzten Kriegsjahren zudem als Verschiebebahnhof für Sieche und Krankenhauspatienten, die zur Evakuierung aus dem Stadtgebiet anstanden. Kranke, die nach Luftangriffen obdachlos geworden waren, wurden aus den zerstörten Hospitälern zuerst nach Riehl verlegt, dort gesammelt und, sobald ein Aufnahmeort zur Verfügung stand, von dort aus weitertransportiert. Für die Krankenbelegung der Riehler Heimstätten liegen keine exakten Zahlen mehr vor. Eine unvollständige Liste weist über 3000 Personen aus, die zwischen Juni 1942 und Januar 1944 von dort aus weiterverschickt wurden. In knapp der Hälfte der Fälle handelte es sich um Alte und Alterssieche, in den übrigen Fällen um luftkriegsverletzte Patienten.[103]

Eine zweite Welle von Verlegungen betraf vor allem Städte in der nördlichen Rheinprovinz. Sie markiert den Übergang einer lokal geübten Praxis auf die regionale Ebene und steht stärker als das Kölner Beispiel für die „Dominanz katastrophenpolitischer Verwaltungskalküle"[104], die die zweite Euthanasiephase beherrschten. Als der Regierungsbezirk Düsseldorf nach schweren Luftangriffen (allein in Duisburg waren mehr als 800 Krankenhausbetten zerstört worden) im Juli 1942 mit akuten Versorgungsproblemen im Krankenhaussektor zu kämpfen hatte, suchten die kommunalen Gesundheitsverwaltungen im Verein mit dem Regierungspräsidenten nach Verlegungsmöglichkeiten analog zum Kölner Vorgehen, die zum einen die unmittelbaren Luftkriegsfolgen ausgleichen, gleichzeitig aber auch eine Reserve für künftige Luftangriffe schaffen sollten. Die Vorstellungen, die der Düsseldorfer Medizinaldezernent gegenüber dem Anstaltsreferenten des Reichsinnenministeriums entwickelte, zeigen, wie sehr die Logik der Verdrängung in dieser Zeit das Denken der Gesundheitsbehörden bestimmte, und wie kurzfristig die Planungshorizonte wurden, innerhalb derer die Gesundheitsbehörden agierten. Vor dem Hintergrund, möglichst rasch Betten für mehrere hundert Kranke bereitstellen zu müssen, sollte die bei Düsseldorf gelegene Provinzialheilanstalt Grafenberg in ein Krankenhaus für körperlich Kranke umgewandelt werden, ferner plante der Medizinaldezernent der Bezirksregierung, alle Siechen und Altersheiminsassen in der nördlichen Rheinprovinz zu erfassen und zentral in einer weiteren geräumten Heilanstalt unterzubringen.[105] Aus dieser Anstalt seien „ebensoviel Geisteskranke zu verlegen wie Siechenhausfälle umgesetzt werden", wobei die Psychiatriepatienten möglichst so evakuiert werden sollten, „daß die aufnehmende Anstalt [keinen] Anspruch auf Pflegerinnen und Hauspersonal erhebt".[106] Zusätzlich müsse eine weitere große Heil- und Pflegeanstalt zum Katastrophenpuffer bei Luftangriffen im Regierungsbezirk umgewandelt werden. Diese Anstalt könne zunächst weiter in Betrieb bleiben, allerdings sei für einen

103 Tab. E.5.
104 Von Rönn, Paradigma, S. 51.
105 Vogt, Aktenvermerk, 29. 8. 1942, NRWHStA, Regierung Düsseldorf/54475-I, Bl. 85.
106 Vogt, Entwurf eines Schreiben an Linden, 3. 8. 1942, ebenda, Bl. 85 f.

schnellen Abtransport der Geisteskranken Vorsorge zu treffen, so daß eine Räumung der Anstalt in kürzester Zeit möglich würde.[107] Psychiatriepatienten fungierten in diesem Konzept nicht mehr als eigenständiger Bezugspunkt, der gesundheitspolitisches Handeln begründete, sondern nur mehr als „Platzhalter für den Bedarfsfall"[108], die ihre Räumlichkeiten im Zuständigkeitsbereich der Krankenversorgung halten und sie so vor dem Zugriff anderer Dienststellen sichern sollten.

Da die Versuche der Düsseldorfer Regierung, zumindest einen Teil der Kranken außerhalb des Regierungsbezirks unterzubringen, auf erhebliche Schwierigkeiten stießen, und sich der Anstaltsdezernent der Rheinprovinz zäh gegen Versuche zur Wehr setzte, weitere Provinzialanstalten in Krankenhäuser umzuwandeln,[109] wandte sich der Düsseldorfer Medizinaldezernent an den Reichsbeauftragten für die Heil- und Pflegeanstalten mit der Bitte, „daß von einer überbezirklichen Stelle die Unterbringung der Siechen und Altersheim-Insassen in die Wege geleitet wird".[110] Ganz offensichtlich war Lindens Apparat jedoch auf solche Wünsche der regionalen Dienststellen schlecht vorbereitet. Als die Gesundheitsbehörden der Rheinprovinz nach den schweren Luftangriffen auf das südliche Ruhrgebiet von Linden dringend „eine große Anstalt in Mitteldeutschland"[111] forderten, mußte dieser erklären, er habe keine Möglichkeit, weitere Geisteskranke aus der Rheinprovinz herauszuziehen.[112] Da Linden erst Mitte Dezember ein größeres Kontingent auswärtiger Anstaltsplätze bereitstellen konnte,[113] wurden die Umlegungen in reduzierter Form provinzintern vorgenommen. Ihnen fielen bis Dezember 1942 zwei kleinere Heil- und Pflegeanstalten der Diakonie zum Opfer, die jeweils in ein Siechenheim bzw. ein Ausweichkrankenhaus umgewan-

---

[107] Vogt an das Reichsministerium des Innern, 8. 9. 1942, NRWHStA, Regierung Düsseldorf/54492, Bl. 91 f.

[108] Aly, Medizin, S. 57.

[109] Creutz lehnte die Bereitstellung von Anstaltsraum für Krankenhauszwecke nicht rundweg ab, setzte aber die Prioritäten anders als die Medizinaldezernenten der rheinischen Bezirksregierungen. Während diese auf eine möglichst weitgehende Umwandlung der Heil- und Pflegeanstalten drängten, bestand Creutz darauf, daß die Funktionsfähigkeit der psychiatrischen Einrichtungen im Kern nicht angetastet werden dürfe. Dies galt insbesondere für die akademischen Lehrkrankenhäuser sowie Aufnahmeplätze für frischerkrankte und in absehbarer Zeit therapierbare Kranke; Creutz an die Regierung Köln, 25. 2. 1943, ALVR, 13073, Bl. 63 f.

[110] Vogt, Entwurf eines Schreibens an Linden, [3. 8. 1942], NRWHStA, Regierung Düsseldorf/54475-I, Bl. 85.

[111] Aktenvermerk über eine Besprechung zwischen Creutz und Vertretern der vom Luftkrieg betroffenen Städte im Regierungsbezirk Düsseldorf, 28. 7. 1942, ebenda, Bl. 33.

[112] Ebenda, Bl. 32.

[113] Linden, Fernschreiben an die Oberpräsidenten in Merseburg, Stettin, Breslau, Kattowitz, Kassel, das sächsische, thüringische und bayerische Innenministerium und die Reichsstatthalter im Sudetengau, Oberdonau, Salzburg und Wien, 12. 10. 1942, SächsHStA, MdI/16850, Bl. 15. Danach sollten auf die Provinz Sachsen, Schlesien, den Gau Wien und den Sudetengau je 300, auf Sachsen 125 und auf Hessen-Nassau und Bayern je 100 Evakuierte entfallen. Für die restlichen 125 Patienten waren Unterbringungsorte in Österreich und Thüringen vorgesehen. Die tatsächlichen Evakuierungsorte weichen erheblich von dieser Planung ab.

delt wurden.[114] Hinzu kam, daß die Belegung der schon teilweise als Hilfskrankenhaus genutzten Anstalten Galkhausen und Waldniel erneut verdichtet wurde.[115] Im Februar/März 1943 wurden rund 1300 weitere Geisteskranke aus der Rheinprovinz verlegt, gut ein Viertel davon nach Thüringen, etwa die Hälfte in zwei Anstalten der Provinz Sachsen, in denen mit hoher Wahrscheinlichkeit Patienten ermordet wurden.[116] Zwei weitere Transporte mit insgesamt 133 Patienten gingen in die pommersche Tötungsanstalt Meseritz-Obrawalde ab.[117]

Am Beginn der dritten Transportwelle im Frühsommer 1943 stand erneut eine Serie von Luftangriffen, die diesmal auf das südliche Ruhrgebiet zielte, insbesondere auf Essen, das in den ersten Apriltagen des Jahres 1943 mehrmals schwer getroffen wurde. Die Entscheidung zur Ausweitung der Verlegungen fiel in einem Klima, in dem die nord- und westdeutschen Gaue bereits seit längerem auf „Befreiung" von „Ballastexistenzen" drängten. Schon im Februar hatte der Medizinaldezernent des Regierungsbezirks Köln neue Abtransporte von Psychiatriepatienten gefordert und dafür vom Reichsbeauftragten Linden 600 Betten in polnischen und ukrainischen Anstalten zugewiesen bekommen.[118] Am Vormittag des 10. April 1943 tagten in Essen unter dem Vorsitz von Joseph Goebbels, der als Leiter des interministeriellen Luftkriegsschädenausschusses die Koordination der Schadensbekämpfung übernommen hatte, Vertreter der Berliner Ministerien, des Reichsbeauftragten für die Heil- und Pflegeanstalten sowie die Gauleiter der westdeutschen Gaue und eine Reihe von Oberbürgermeistern der luftkriegsgeschädigten Städte.[119] Eine Aufzeichnung über den Verlauf der Sitzung aus der Hand des Düsseldorfer Medizinaldezernenten macht erneut die zentrale Rolle der Reichsverteidigungskommissare bei der Ingangsetzung dieser dritten Evakuierungswelle deutlich: Fritz Schlessmann, der den erkrankten Gauleiter von Essen vertrat, und der Düsseldorfer Gauleiter Friedrich Florian drängten, von Goebbels unterstützt, nachdrücklich darauf, „alle Geisteskranken beschleunigt nach dem

---

[114] In der Heil- und Pflegeanstalt Tannenhof und dem Genesungsheim Hösel wurden ein Ausweichkrankenhaus bzw. ein Siechenheim für Essen und Düsseldorf eingerichtet. Regierung Düsseldorf, Bericht über die gesundheitliche Betreuung der Zivilbevölkerung, 21. 12. 1942, NRWHStA, Regierung Düsseldorf/54489-I, Bl. 64.

[115] Galkhausen fungierte bereits während der „Aktion T4" als Zwischenanstalt für die Patienten der Rheinprovinz. In Waldniel befand sich eine „Fachabteilung" des Reichsausschusses zur Erfassung erb- und anlagebedingter Leiden.

[116] Es handelt sich hierbei um die Anstalten Pfafferode und Altscherbitz, deren jährliche Sterberaten 1943 mit 29,4 Prozent bzw. 28 Prozent die in bayerischen Tötungsanstalten deutlich übertrafen; Faulstich, Hungersterben, S. 512, 518; zum Verdacht systematischer Patiententötungen vgl. Hirschinger, Ausmerzung, S. 155, 160, 173. In beiden Anstalten lag die Sterblichkeit der aus Westdeutschland evakuierten Patienten deutlich über der der einheimischen Anstaltsinsassen.

[117] Tab. E.3, die Transportziele nach dem sog. Levenstein-Bericht [1947], ALVR, 16968, dessen Angaben allerdings auf Meldungen der rheinischen Heilanstalten aus der Nachkriegszeit beruhen, die nicht immer zuverlässig sind.

[118] Regierung Köln an die Provinzialverwaltung der Rheinprovinz, 3. 2. 1943, ALVR, 13073, Bl. 61.

[119] Vgl. Fröhlich, Goebbels-Tagebücher, 10. 4. 1943, Bd. II/8, S. 83–88.

Osten abzutransportieren".[120] Erhalten bleiben sollten nur noch Auffangstationen für therapierbare Frischerkrankte, die Abteilungen für arbeitsfähige Kranke zur Versorgung der landwirtschaftlichen Betriebe der Anstalten sowie eine psychiatrische Abteilung in der Heil- und Pflegeanstalt Düsseldorf-Grafenberg für den Hochschulunterricht.[121] Die Gauleiter konnten bei ihrem Vorstoß auf die Forderungen der kommunalen Gesundheitsverwaltungen verweisen, die, unterstützt von der für den Luftschutz verantwortlichen Schutzpolizei und lokalen NSDAP-Dienststellen, energisch auf die Freimachung der Stadtkerne von Pflegebedürftigen insistierten.[122]

Nur eine Woche nach der Essener Sitzung stellte der Reichsbeauftragte für die Heil- und Pflegeanstalten dem Regierungsbezirk Düsseldorf zunächst 2500 Betten in auswärtigen, z.T. im Generalgouvernement gelegenen Anstalten bereit, weitere folgten in den nächsten Monaten.[123] Parallel zum Abtransport der Siechen und Luftkriegsverletzten wurden auf diese Weise allein im Zeitraum von Mai bis Juli 1943 rund 4000 Psychiatriepatienten aus dem Rheinland verlegt. Diesmal waren vor allem solche Patienten betroffen, die keinen oder nur wenig Kontakt mit ihren Angehörigen hatten.[124] Stärker als dies im Rahmen der „Aktion T4" der Fall gewesen war, wurden in die dritte Verlegungswelle auch kirchliche Anstalten miteinbezogen.[125] Die evangelische Anstalt Hephata in Mönchengladbach wurde ebenso wie die Alexianeranstalten in Neuss und Krefeld zum Ausweichkrankenhaus umfunktioniert, die beiden St. Josephs-Klöster in Neuss und Mönchengladbach zur Unterbringung von Alterspfleglingen und Krebssiechen genutzt.[126] Insgesamt hat die Zahl der 1943 aus der nördlichen Rheinprovinz verlegten Patienten 5000 überstiegen. Die meisten Patienten (etwa 1 250) wurden in die Provinz Sachsen evakuiert. Für die anderen endete der Transport in den im Osten gelegenen Hungeranstalten (ca. 950), in Bayern (ca. 500) oder in einer der Tötungsanstalten Pommerns (ca. 650) und Hessen-Nassaus (ca. 400).[127] Auch für diejenigen Patien-

---

120 Vogt, Aktenvermerk über ein Telefonat mit Linden, 13. 4. 1943, NRWHStA, Regierung Düsseldorf/54470-I, Bl. 3.

121 Übersicht über die Maßnahmen der Räumung der im Regierungsbezirk Düsseldorf gelegenen Heil- und Pflegeanstalten [Frühjahr 1943], ebenda, Bl. 10f.

122 Gesundheitsamt Duisburg, Maßnahmen auf dem Gebiete der Beschaffung ausreichender Betten in den Krankenhäusern in Duisburg unter Berücksichtigung der letzten Luftangriffe, 12. 8. 1942, NRWHStA, Regierung Düsseldorf/54475-I, Bl. 66; Creutz an den Reichsbeauftragten für die Heil- und Pflegeanstalten, 27. 8. 1942, NRWHStA, Regierung Düsseldorf/54492, Bl. 64.

123 Creutz, Aktennotiz vom 17. 4. 1943, NRWHStA, Regierung Düsseldorf/54470-I, Bl. 5.

124 Levenstein-Bericht [1947], ALVR, 16968, Bl. 95.

125 Zwischen dem 1. 4. 1943 und dem 1. 4. 1944 verminderte sich trotz erheblicher Belegungsverdichtungen die Zahl der in konfessionellen Heil- und Pflegeanstalten der Rheinprovinz untergebrachten Patienten von 3277 auf 1231; Aufstellung des Rheinischen Landesfürsorgeverbands [1946], ALVR, 16968, Bl. 114.

126 Gauamt für Volksgesundheit Düsseldorf an die Regierung Düsseldorf, 23. 7. 1943, NRWHStA, Regierung Düsseldorf/54470-I, Bl. 21; Leweling, Zwangssterilisation, S. 43f.; Baltes, „Euthanasieprogramm", S. 48; Seibert an die Pflegeanstalt St. Josephs-Haus Mönchengladbach-Hardt, 11. 5. 1943, Klee, Dokumente, S. 299f.

127 Tab. E.3; E.8. Die genaue Zahl der Abtransportierten läßt sich nicht mehr exakt bestimmen, da die erhaltenen Transportlisten teilweise voneinander abweichen. Das Schicksal

ten die nicht ermordet wurden, bedeutete die Auswahl zur Verlegung „fast immer ein elendes Leben mit aufs äußerste reduzierter Nahrung und Pflege und dem sehr wahrscheinlichen Tod".[128] In den überfüllten Zielorten der Verlegungen standen sie als „Fremdpatienten" am unteren Ende der Anstaltshierarchie und wurden bar jeder therapeutischen Zuwendung zumeist in Doppelstockbetten, Baracken oder anderen Notunterkünften verwahrt. Der Großteil der Verlegungen wurde im Sommer 1943 parallel zum Abtransport der Siechen und Luftkriegsverletzten durchgeführt, so daß sie im Unterschied zu den T4-Transporten diesmal kaum öffentliches Aufsehen erregten. Bis zum Kriegsende kamen auf diese Weise rund 6000 Psychiatriepatienten aus der Rheinprovinz ums Leben.[129]

Über die Nutzung des von seinen Patienten entleerten Anstaltsraumes kam es zu heftigen Kontroversen zwischen den regionalen Gesundheitsbehörden und dem Berliner Reichsbeauftragten für die Heil- und Pflegeanstalten. Schon die Vorbereitung dieser Transporte war von erheblichen Spannungen zwischen den Reichs- und den bezirklichen Dienststellen begleitet, die ihre Ursache in unterschiedlichen Vorstellungen über die Verwendung des freigemachten Anstaltsraumes hatten. Anders als für die Gesundheitsverwaltung des Regierungsbezirks, spielte der Aspekt der Raumnutzung für Krankenhauszwecke in den Überlegungen Lindens nur eine untergeordnete Rolle. Ihm ging es generell um die Freimachung von Gebäuden von Psychiatriepatienten. Vom Düsseldorfer Medizinaldezernenten darauf hingewiesen, daß ein Teil des freiwerdenden Raums überwiegend in privaten Heilanstalten in Luftschutzorten erster Ordnung anfallen würde und damit nicht für die Benutzung als Hilfskrankenhaus in Frage käme, entgegnete der Reichsbeauftragte, „die Anstalten würden in der heutigen Zeit in erster Linie zur Aufnahme von Obdachlosen benötigt".[130] Dagegen wollte der Anstaltsdezernent der Rheinprovinz vor allem Gebäude freimachen, „deren Räumung für das Gesundheitswesen von Vorteil ist".[131]

Vergleicht man die Evakuierungstransporte aus dem Rheinland mit der Situation in anderen Regionen, so werden drei Hauptunterschiede deutlich. Erstens stellte sich in den Jahren 1942/43 das Problem von Kapazitätsengpässen in der Krankenhausversorgung in Westdeutschland ungleich drängender als in Süddeutschland, da die preußischen Westprovinzen vergleichsweise früh zum Zielgebiet alliierter Luftangriffe wurden.

Zweitens traten im Rheinland die vom Luftkrieg betroffenen Kommunen als wirkungsmächtige gesundheitspolitische Akteure auf den Plan, während die Diskussion in Bayern zwischen dem Innenministerium und den ihm unterstellten Heil- und Pflegeanstalten geführt wurde. Anders als in Süddeutschland stellte hier

---

der 1943 in hessische Anstalten transportierten Patienten, die in der Regel nach einigen Wochen in die Tötungsanstalt Hadamar verlegt und dort ermordet wurden (vgl. die Transportaufstellungen bei Werner, Psychiatrie, S. 930–968) legt es nahe, dies auch für die mehr als 500 dorthin verlegten rheinischen Patienten anzunehmen.

128 So von Rönn, Paradigma, S. 51, mit Bezug auf Hamburger Psychiatriepatienten.

129 Werner, Rheinprovinz, S. 142.

130 Vogt, Aktenvermerk über ein Telefonat mit Linden, 13. 4. 1943, NRWHStA, Regierung Düsseldorf/54470-I, Bl. 3.

131 Creutz, Aktennotiz, 17. 4. 1943, NRWHStA, Regierung Düsseldorf/54450-I, Bl. 5.

der durch lokale Dienststellen erzeugte Verlegungsdruck im Kräftedreieck zwischen kommunalen Gesundheitsverwaltungen, Gauleitungen und dem Reichsbeauftragten für die Heil- und Pflegeanstalten das entscheidende Movens neuer Evakuierungen dar. Die Regionalisierung gesundheitspolitischer Planungshorizonte in der zweiten Kriegshälfte, strukturelle Kapazitätsengpässe auf dem Gesundheitssektor und die Auswirkungen des strategischen Luftkriegs bildeten die Rahmenbedingungen eines mehrstufigen Radikalisierungsprozesses, der die Ausgrenzung der Psychiatriepatienten aus dem System der medizinischen Versorgung weiter vorantrieb und dabei zunehmend auch andere Patientengruppen erfaßte, besonders nicht mehr arbeitsfähige Tuberkulosekranke, Alte und sieche Patienten. In mehreren westdeutschen Städten, z.B. in Köln, Düsseldorf und Duisburg, formulierten kommunale Gesundheitsverwaltungen das Faktum knapper Krankenhausbetten als gesundheitspolitischen Problembestand erster Ordnung. Dadurch, daß sie mit wachsender Intensität auf die „Freimachung" stadtnaher Anstalten von Geisteskranken drängten, um in den geräumten Heil- und Pflegeanstalten Einrichtungen der städtischen Alten- und Gesundheitspflege unterzubringen, forcierten sie einen Prozeß der wechselseitigen Verdrängung hierarchisch differenzierter Patientengruppen, der das Gesicht des deutschen Gesundheitswesens während des Krieges zunehmend prägte. Die Gauleitungen fungierten dabei als wirkungsmächtige Verstärker kommunaler Verlegungswünsche. In einigen Fällen übte die Kombination des wichtigsten Parteiamtes in der Region mit den zivilen Befugnissen des Reichsverteidigungskommissars geradezu eine katalytische Wirkung auf den Verdrängungsprozeß aus. Indem sie zunächst gegenüber den Gesundheitsbehörden luftsicherer Gaue auf die Verlegung der Kranken drangen, und sich, wenn entsprechende Vorstellungen erfolglos blieben, mit der Bitte um die Zuteilung neuer Evakuierungsmöglichkeiten an den Reichsbeauftragten für die Heil- und Pflegeanstalten wandten, transponierten sie lokale Verlegungswünsche auf die übergeordneten Entscheidungsebenen. Dienststellen der Reichsebene fungierten in diesem Verfahren, im Gegensatz zur ersten Phase der „Euthanasie", vor allem als Koordinatoren, die freie Anstaltsplätze zuwiesen und Transportkapazitäten bereitstellten. Nur selten dagegen waren sie Initiatoren der Transporte.

Drittens wurde im Rheinland offenbar kein Versuch unternommen, Kapazitätsprobleme in der Krankenhausversorgung wie in Bayern und Sachsen gleichsam vor Ort, durch die Institutionalisierung eines regionalen Euthanasiesystems zu „lösen". Statt dessen transportierte man die Geisteskranken in eine der Tötungsanstalten innerhalb Deutschlands oder in eines der neuen Tötungszentren an der östlichen Peripherie. Auch andere dichtbesiedelte Gebiete wie Hamburg und die Provinz Westfalen wählten diesen Weg.[132] Allerdings zielten die Verlegungen der Patienten aus der Rheinprovinz nicht unmittelbar auf deren Tötung ab. Die Gesundheitsbehörden der Rheinprovinz waren in erster Linie daran interessiert, über die von Psychiatriepatienten belegten Gebäudekapazitäten zu verfügen. Um die angespannte Situation in der Krankenhausversorgung Westdeutschlands zu entschärfen, versuchten die Städte, möglichst viele Kranke über die Provinzgren-

[132] Für Hamburg vgl Böhme/Lohalm, Wege; zu Westfalen Walter, Psychiatrie, S. 629–776.

zen hinaus zu verlegen. Dies betraf somatisch Kranke und Psychiatriepatienten prinzipiell in gleicher Weise. Die Zielorte der verlegten Anstaltsinsassen waren hierbei zunächst von nachgeordneter Bedeutung. Noch wenige Tage bevor der erste Transport rheinischer Psychiatriepatienten in die pommersche Tötungsanstalt Meseritz-Obrawalde verschickt wurde, verhandelte der Reichsgesundheitsführer namens der Rheinprovinz mit dem Kommissar für die besetzten Niederlande über die Aufnahme westdeutscher Psychiatriepatienten in holländischen Heil- und Pflegeanstalten.[133] In Bayern und Sachsen dagegen zielten Kostschmälerungen und erhöhte Medikamentengaben direkt auf die Ermordung eines Teils der dort untergebrachten Anstaltsinsassen.

Sachsen

Von den rund 5000 Psychiatriepatienten, die im Lauf des Jahres 1943 aus dem Rheinland evakuiert wurden, gelangte nur ein kleiner Teil (etwa 230 Personen) nach Sachsen. Allerdings wurde eine größere Anzahl von Krankenhauspatienten dorthin verlegt sowie Alte und Sieche, die die Region, in der Erwartung, Luftkriegsopfer aufzunehmen, beherbergt hatte.[134] Daß Sachsen nur wenige Psychiatriepatienten aus dem Rheinland aufnahm, obwohl es damals zu den luftsicheren Regionen zählte und über eine vergleichsweise gut ausgebaute medizinische Infrastruktur verfügte,[135] hängt mit spezifischen Entwicklungen der sächsischen Psychiatrie in den ersten Kriegsjahren zusammen. Bereits in der Vorkriegszeit beeinträchtigten Kapazitätsengpässe die psychiatrische Betreuung in den sächsischen Landesheil- und Pflegeanstalten.[136] Anders als etwa in Bayern und Hessen, wo die „Aktion T4" zeitweise für eine gewisse Entleerung der Anstalten gesorgt hatte, führte der Krankenmord in Sachsen nicht zu einer nennenswerten Reduktion der Belegdichte in den psychiatrischen Krankenhäusern, denn bis Anfang 1942 entzog die sächsische Landesregierung fast zwei Drittel ihrer Anstaltsbetten dem ursprünglichen Verwendungszweck. Sachsen wandelte damit mehr Psychia-

---

[133] Conti versuchte, Seyß-Inquart dazu zu bewegen, die bislang mit Juden belegte Anstalt Appeldorn zu räumen, um darin Psychiatriepatienten aus Westdeutschland aufzunehmen. Dies sei, so betonte Conti, „keine Fürsorge für Minderwertige [...] sondern [...] die zweckmäßigste, ja sogar einzig mögliche Maßnahme [...] um die Krankenhaus-Versorgung der westdeutschen Gaue zu bessern"; Conti, Fernschreiben an Seyß-Inquart, 23. 12. 1942, ZSL, Slg. Verschiedenes/228. Laut Creutz sind diese Verhandlungen am Widerstand des deutschen Statthalters in den Niederlanden gescheitert. Brandt habe diese Frage Hitler vorgetragen, dieser habe entschieden, daß die Evakuierung von rheinischen Geisteskranken in die westlichen Besatzungsgebiete zu unterbleiben habe; Vernehmung Creutz, 29. 11. 1947, S. 2, 7, ZSL, Aussagenslg. Euthanasie, Ordner Ca–Do.

[134] Bis zum September 1943 evakuierte allein der Gau Düsseldorf rund 2800 Sieche und Kranke nach Mitteldeutschland. Wie hoch der sächsische Anteil war, läßt sich aufgrund fehlender Angaben über die Zielorte der Evakuierungen nicht mehr bestimmen, obwohl ein beträchtlicher Teil davon auf Sachsen entfallen sein dürfte. Gesichert ist lediglich ein Transport mit 400 Essener Kranken vom März 1943 sowie ein Transport mit 60 Kölner Altenheiminsassen.

[135] Vgl.Thom, Kriegsopfer, S. 202.

[136] Thom, Kriegsopfer, S. 203.

triebetten um als die meisten anderen Flächenstaaten.[137] Gut die Hälfte der geräumten Anstalten diente der Unterbringung von Reservelazaretten. In Sachsen profitierten aber auch diejenigen Bedarfsträger, die keinen Bezug zur Gesundheitsversorgung hatten, überproportional von der Schließung der Heilanstalten, z. B. die Luftwaffe, die aus der bei Dresden gelegenen Heil- und Pflegeanstalt Hubertusburg eine Unteroffiziersvorschule machte, und Himmlers Volksdeutsche Mittelstelle, die in den Heil- und Pflegeanstalten Hubertusburg, Leipzig-Dösen, Sonnenstein und Zschadraß Lager für Umsiedler aus Bessarabien, Wolhynien und Galizien errichtete. Gerade die größeren staatlichen Heil- und Pflegeanstalten, die das Rückgrat der psychiatrischen Versorgung bildeten, fielen dieser Entwicklung zum Opfer. Sechs der acht belegstärksten Anstalten wurden Ende 1941 mehr als zur Hälfte anderweitig genutzt. Lediglich die Heil- und Pflegeanstalt Großschweidnitz sowie die kleine Anstalt Waldheim, in der vornehmlich geistesgestörte Straftäter untergebracht waren, standen weiterhin uneingeschränkt für die psychiatrische Versorgung zur Verfügung. Etwas besser gestaltete sich die Situation in den kleineren Pflegeheimen der Kreise und gemeinnütziger Träger. Allerdings stand kaum eine dieser Einrichtungen unter ärztlicher Leitung.[138]

Bis zum Frühjahr 1943 herrschte in Sachsen eine relativ große Bereitschaft, auswärtige Patienten aufzunehmen. Auf eine Anfrage des Reichsbeauftragten für die Heil- und Pflegeanstalten Linden, der den Abtransport der Geisteskranken aus der Rheinprovinz vorbereitete, meldete Sachsen im August 1942 450 freie Betten nach Berlin.[139] Die Kooperationsbereitschaft der sächsischen Behörden wurde dadurch begünstigt, daß in den zahlreichen kleineren Anstalten und Kreispflegeheimen Plätze zur Verfügung standen, die zumindest für kleinere Transporttranchen als Raumpuffer dienen konnten, bis Plätze in den größeren Landesanstalten verfügbar waren.[140] Zudem nutzten einige der neuen Bedarfsträger, insbesondere die Volksdeutsche Mittelstelle, ihre Anstaltsplätze nur teilweise.[141]

Anders als im Verlauf der „Aktion T4", wo die Euthanasiezentrale direkt auf die psychiatrischen Versorgungsstrukturen zugreifen konnte, war die mit dem Abtransport der Geisteskranken aus Westdeutschland beauftragte Reichsarbeitsgemeinschaft für Heil- und Pflegeanstalten in dieser Phase auf die Mitwirkung der

---

[137] Tab. E.11; E.2. Nur Baden, Ostpreußen und Berlin wandelten einen größeren Anteil ihrer psychiatrischen Betten um. Berlin konnte allerdings nach der Umwandlung der städtischen Heil- und Pflegeanstalten auf freie Betten in der Provinz Brandenburg zurückgreifen, die traditionell eng mit dem Berliner Gesundheitswesen vernetzt war.

[138] Bericht der T4-Planungskommission über Sachsen, 18. 2. 1943, SächsHStA, MdI/16849, Bl. 48–51.

[139] Der Reichsbeauftragte für die Heil- und Pflegeanstalten an die Landesregierungen, Oberpräsidenten, Reichsverteidigungskommissare u. a., 5. 8. 1942, SächsHStA, MdI/16850, Bl. 1 f.; Aufstellung des sächsischen Innenministeriums, Abteilung Volkspflege, 13. 8. 1942, ebenda, Bl. 12; Fernschreiben des Reichsbeauftragten für die Heil- und Pflegeanstalten an die Oberpräsidenten von Merseburg, Stettin, Breslau, Kattowitz und Kassel, die bayerischen, sächsischen, thüringischen Innenminister sowie die Reichsstatthalter im Sudetengau und den Gauen Oberdonau, Salzburg und Wien, 12. 10. 1942, ebenda, Bl. 15.

[140] Allers an Pfotenhauer, 16. 4. 1943, SächsHStA, MdI/16850, Bl. 26.

[141] Aktenvermerk des sächsischen Innenministeriums, Abteilung Volkspflege, 1. 4. 1943, SächsHStA, MdI/16850, Bl. 28.

regionalen Behörden angewiesen. Das Kommunikationsgebaren zwischen der Reichsarbeitsgemeinschaft und den sächsischen Dienststellen läßt erkennen, daß die Berliner Stellen im Frühjahr 1943 weder über genaue Kenntnisse der aktuellen Bettenkapazitäten verfügten, noch eine Möglichkeit besaßen, Verlegungen gegen den Willen der regionalen Behörden zu erzwingen.[142]

Das zweite Quartal 1943, in dem der durch die Patientenmorde gewonnene Belegungsspielraum bereits wieder aufgebraucht war, ist durch die Suche nach Mitteln gegen die neuerliche Überfüllung der sächsischen Anstalten bestimmt, ohne daß kurzfristige Lösungen erkennbar gewesen wären. Die Gesundheitsabteilung des sächsischen Innenministeriums prüfte zunächst Umschichtungen innerhalb ihres Verfügungsbereichs, um die freien Betten der kleineren Anstalten effizienter zu nutzen, und erörterte die Möglichkeit weiterer Belegungsverdichtungen durch die Aufstellung von Krankenbaracken auf dem Anstaltsgelände.[143]

Seit dem Frühsommer 1943 schottete sich Sachsen zunehmend gegen „gaufremde" Kranke jeder Art ab. Waren im April noch 400 Anstaltsbetten für auswärtige Patienten „ohne besondere Schwierigkeiten"[144] kurzfristig verfügbar gewesen, so galten die sächsischen Heil- und Pflegeanstalten im Juni als „bis auf den letzten Platz belegt".[145] Neue Transporte auswärtiger Kranker nach Sachsen, erklärte der Leiter der dortigen Gesundheitsabteilung dem Geschäftsführer der Berliner Reichsarbeitsgemeinschaft für Heil- und Pflegeanstalten, seien daher keinesfalls möglich. Für diesen Kurswechsel der sächsischen Regierung waren mehrere Gründe ausschlaggebend. Bei den ersten Meldungen nach Berlin waren die Anstaltsdirektoren offenbar von der Voraussetzung ausgegangen, daß die Kranken nur übergangsweise in Sachsen untergebracht würden und hatten daher bis zur maximalen Aufnahmefähigkeit verfügbare Betten nach Berlin gemeldet.[146] Im Falle dauernder Belegung rechnete die Gesundheitsabteilung des sächsischen Innenministeriums nun mit schweren Schäden an den für weitaus geringere Patientenzahlen ausgelegten Installationen und Versorgungseinrichtungen der Heil- und Pflegeanstalten.[147] Eine Verstetigung der Überbelegung stand jedoch zu befürchten, da nicht nur der Rücktransport westdeutscher Patienten in die Heimatorte zunehmend unwahrscheinlicher wurde, sondern im Gegenteil die Transporte aus

---

[142] So betonte der in dienstlichen Angelegenheiten sonst eher kurz angebundene Allers in einem Schreiben an das sächsische Innenministerium, in dem er neue Verlegungen in Aussicht stellte, dessen „moralische Verpflichtung", diese Patienten unterzubringen und bat um Mitteilung geeigneter Anstaltsplätze; Allers an Pfotenhauer, SächsHStA, MdI/16850, Bl. 26.

[143] Fernholz, Aktenvermerk, 17. 4. 1943, SächsHStA, MdI/16850, Bl. 34.

[144] Ebenda.

[145] Fernholz, Fernschreiben an die Reichsarbeitsgemeinschaft für Heil- und Pflegeanstalten, 19. 6. 1943, SächsHStA, MdI/16850, Bl. 48; daß Sachsen parallel dazu ein Einreiseverbot für pflegebedürftige und gebrechliche Personen verhängte, geht aus dem Schreiben des Kölner Gauleiters Grohé an den Dresdener Gauleiter Mutschmann vom 6. 12. 1943 hervor; SächsHStA, MdI/16850, Bl. 87.

[146] Aktenvermerk des sächsischen Innenministeriums, Abteilung Volkspflege, über ein Telefonat mit Linden, 17. 7. 1943, SächsHStA, MdI/16850, Bl. 65.

[147] Neefe, Entwurf eines Schreibens an den Reichsbeauftragten für die Heil- und Pflegeanstalten, 10. 7. 1943, SächsHStA, MdI/16850, Bl. 61.

der Rheinprovinz weiterhin anhielten[148] und auch andere Regionen Anspruch auf Unterbringungsgelegenheiten in Sachsen erhoben. Berlin evakuierte mehrere hundert Alterskranke in sächsische Reservelazarette, und die Provinz Westfalen stellte im Juni 1943 die Verlegung ihrer gesamten Anstaltspatienten in Aussicht.[149]

Als im Juni neue Transporte ins Haus standen, lehnte der sächsische Gaugesundheitsführer Fernholz auf Anordnung seines Gauleiters die Aufnahme weiterer „außersächsischer Geisteskranker" rundweg ab.[150] Die Versuche der sächsischen Gesundheitsverwaltung, den Verlegungsstopp durchzusetzen, waren indes wenig erfolgreich. Bis zum Herbst 1943 gelang es ihr weder, neue Transporte von Alten und Siechen zu verhindern, noch die Verlegung von Psychiatriepatienten nach Sachsen zu stoppen. Als sie einen für die Heil- und Pflegeanstalt Arnsdorf bestimmten Transport Neußer Psychiatriepatienten aufzuhalten versuchte, erzwang die Reichsarbeitsgemeinschaft für Heil- und Pflegeanstalten via Brandt eine Anweisung des Generalbevollmächtigten für die Reichsverwaltung an den als Reichsstatthalter dem Reichsinnenministerium dienstrechtlich unterstellten sächsischen Gauleiter, den Transport passieren zu lassen, da „die Plätze in den freizumachenden Anstalten im durch Bombenangriffe heimgesuchten Westen dringendst für die Unterbringung von Kranken und ortsgebundenen kriegswichtigen Industriearbeitern usw. gebraucht"[151] würden. Sollte eine Unterbringung in festen Gebäuden nicht möglich sein, so seien die Geisteskranken notfalls in Baracken unterzubringen, die vom Reich zur Verfügung gestellt würden, allerdings von den Anstalten in Eigenregie errichtet werden müßten.[152]

Der Vorfall ist nicht nur deshalb bemerkenswert, weil er das Ende einer anfänglichen Phase überregionaler Solidarität mit den vom Luftkrieg besonders schwer betroffenen Gebieten Westdeutschlands markiert. Er verdeutlicht, daß die gesundheitspolitische Problemdefinition und die „Lösungsversuche" zunächst aus den Regionen heraus erfolgten, in diesem Fall über das Begriffspaar Evakuierung und Abschottung. Die Reichsarbeitsgemeinschaft für die Heil- und Pflegeanstalten (und nicht der zu diesem Zweck berufene Reichsbeauftragte für Heil- und Pflegeanstalten) agierte dabei als überregionale Clearingstelle für die oft gegenläufigen Interessen von Evakuierungs- und potentiellen Aufnahmegebieten, wobei ihr Durchsetzungsvermögen gegenüber den Regionen wechselhaft blieb. Gerade der beschriebene Konflikt läßt die vergleichsweise schwache Stellung der Reichs-

---

148 Offenbar war Sachsen für seine Bereitschaft, somatisch Kranke aufzunehmen, zugesichert worden, daß keine weiteren Geisteskranken dorthin verbracht würden; Allers an Pfotenhauer, 16. 4. 1943, SächsHStA, MdI/16850, Bl. 26.

149 Thom, Kriegsopfer, S. 215.

150 Fernholz, Fernschreiben an den Reichsbeauftragten für die Heil- und Pflegeanstalten, 19. 6. 1943, SächsHStA, MdI/16850, Bl. 40.

151 Stuckart an Mutschmann, 25. 6. 1943, SächsHStA, MdI/16850, Bl. 57; Aktenvermerk des sächsischen Innenministeriums, Abteilung Volkspflege, 23. 6. 1943, ebenda, Bl. 54; Plange, Telegramm an den Reichsbeauftragten für die Heil- und Pflegeanstalten, 16. 7. 1943, ebenda, Bl. 64, sowie die telegraphische Antwort Allers an Plange vom gleichen Tag, ebenda, o.P.

152 Linden an das Sächsische Staatsministerium des Innern, 7. 7. 1943, SächsHStA, MdI/16850, Bl. 59. Linden wies den Sächsischen Heil- und Pflegeanstalten insgesamt 15 Baracken zu, in denen bis zu 900 Geisteskranke untergebracht werden konnten.

arbeitsgemeinschaft deutlich hervortreten. Die Befehlsgewalt der Berliner Euthanasiezentrale wurde nur dort anerkannt, wo sie gegen die Psychiatriepatienten wirksam wurde und die Regionen von den vermeintlichen „Ballastexistenzen" befreite, stieß aber schnell an Grenzen, sobald sie Eigeninteressen der Regionen tangierte. Erst der Rückgriff auf Hitlers Generalkommissar für das Sanitäts- und Gesundheitswesen, der sich im Juni 1943 erstmals in Konflikte um Patientenverlegungen einschaltete, verschaffte der Reichsarbeitsgemeinschaft genügend Autorität, um die Transporte durchzuführen.[153] Seitdem sie die Aufnahme von Geisteskranken auch gegen den Willen der sächsischen Behörden erzwang, verschlechterte sich das vordem kooperative Verhältnis zwischen der Reichsarbeitsgemeinschaft und den sächsischen Gesundheitsbehörden spürbar.[154] Bis zum Herbst kam es mehrfach zu Konflikten mit sächsischen Dienststellen, in die sich Hitlers Generalkommissar Brandt als weisungsgebende Stelle auf seiten der Zentralinstanzen einschaltete. Wo die Mitarbeiter der Berliner Reichsarbeitsgemeinschaft vordem um die Bereitstellung von Anstaltsplätzen baten, ordneten sie deren Zurverfügungstellung nunmehr unter Berufung auf eine entsprechende Weisung Brandts an. Ein eindeutiger Sieger im Machtkampf zwischen Region und Zentralbehörde ist jedoch nicht erkennbar. Zwar wurden mehrere Transporte an der sächsischen Grenze zurückgewiesen, doch deutet eine Anordnung des Dresdener Gauleiters, nach der „außersächsische Geisteskranke unter keinen Umständen nach Sachsen verlegt werden dürfen"[155] und er die Referenten persönlich für die strikte Einhaltung dieser Anweisung verantwortlich macht, darauf hin, daß solche Transporte im Sommer 1943 weiterhin stattfanden.[156] Auch die – allerdings nur bruchstückhaften – Zahlenangaben über Verlegungen nach Sachsen stützen diesen Befund. Die Heil- und Pflegeanstalt Großschweidnitz, die als Sammelanstalt für Transporte aus Sachsen und anderen Regionen diente, nahm im Laufe des Jahres 1943 mehr als 900 zusätzliche Kranke auf.[157] Ähnliche Belegungsverdichtungen betra-

---

153 Seit Juni 1943 fungierte Brandt in den Schreiben der Reichsarbeitsgemeinschaft für Heil- und Pflegeanstalten als anordnende Instanz der Verlegungen; Siebert an die Heil- und Pflegeanstalt Dösen, 29. 6. 1943; Siebert an die Heil- und Pflegeanstalt Arnsdorf, 13. 7. 1943; SächsHStA, MdI/16850, Bl. 63; zur Rolle Brandts vgl. auch den Aktenvermerk des sächsischen Innenministeriums, Abteilung Volkspflege vom 17. 7. 1943, ebenda, Bl. 65.

154 Z.B. manipulierten die sächsischen Gesundheitsbehörden die Anzahl der freien Anstaltsbetten, indem sie anstelle der üblichen kriegsmäßigen Belegungsdichte die günstigeren Vorkriegswerte als Berechnungsgrundlage heranzogen; undatierte Abschrift eines Schreibens des sächsischen Innenministeriums, Abteilung Volkspflege, an die Heil- und Pflegeanstalt Leipzig-Dösen, [1943], StAL, Heil- und Pflegeanstalt Dösen/214, Bl. 6.

155 Fernholz, Aktenvermerk über einen Vortrag beim Reichsstatthalter am 29. 10. 1943, SächsHStA, MdI/16850, Bl. 81.

156 So wurden im Sommer 1943 rund 400 Berliner Alterskranke provisorisch in sächsischen Wehrmachtslazaretten untergebracht, die Militärverwaltung drängte jedoch nach einer Übergangszeit auf die Überführung dieser Kranken in zivile Einrichtungen; Standortarzt Dresden an die Gauamtsleitung der NSV Sachsen, 2. 11. 1943, SächsHStA, MdI/16850, Bl. 85; Fernholz an die Gauamtsleitung der sächsischen NSV, 4. 11. 1943, ebenda, Bl. 86.

157 Vgl. Tab. E.9. In dieser Zahl sind die im Laufe des Jahres wieder aus Großschweidnitz verlegten Patienten berücksichtigt. Da die Aufnahmebücher sächsischer Anstalten unvollständig überliefert sind, läßt sich nicht exakt klären, woher die 1943 nach Großschweidnitz verlegten Patienten stammten. Von den knapp 1800 mit Sammeltransporten

fen sowohl die zahlreichen kleinen Anstalten, die nicht zuletzt auch durch den Verlegungsdruck auswärtiger Patienten, zwischen November 1941 und August 1943 mehr als 900 Betten an Siechenheime, Hilfskrankenhäuser und Reservelazarette abgeben mußten und damit den Grad ihrer Fremdnutzung beinahe verdoppelten,[158] aber auch die großen Landesanstalten. So mußte die nahe bei Leipzig gelegene Anstalt Dösen im September/Oktober 1943 kurzfristig fünf Anstaltsgebäude mit zusammen rund 550 Betten für städtische Krankenhäuser räumen und im Dezember noch einmal weitere 260 Betten.[159]

Zieht man im Sommer 1943 eine Zwischenbilanz der psychiatrischen Versorgung in Sachsen, wird deutlich, daß sich die Lebensumstände der Psychiatriepatienten in den sächsischen Landesanstalten durch das Zusammenwirken überregionaler und regional motivierter Ansprüche an den Anstaltsraum in beinahe allen Bereichen dramatisch verschlechtert hatten. Der wachsenden Menge der Psychiatriepatienten stand eine stetig abnehmende Zahl von Ärzten und Krankenpflegern gegenüber, so daß auch diejenigen Fälle, die im zeitgenössischen Verständnis als therapierbar galten (in erster Linie Neuaufnahmen) kaum mehr behandelt wurden.[160] Der therapeutische Funktionsverlust der Heil- und Pflegeanstalten traf vor allen Dingen die Neuerkrankten. Für die Lebenschancen der meisten Psychiatriepatienten war allerdings weniger die Funktionsentleerung der psychiatrischen Krankenhäuser bestimmend, als die zunehmende Schmälerung des Lebensraumes, der ihnen zugestanden wurde. Raum ist hier in einem durchaus wörtlichen Sinn zu verstehen. Verlegungen aus anderen Regionen beschnitten ihn unmittelbar, indem sie die ohnehin nicht sehr zahlreichen Plätze in sächsischen Landesanstalten verringerten, mehr aber noch mittelbar dadurch, daß sie die „Entmischung" der kleineren, bislang von Psychiatriepatienten, Alten und Alterskranken gemeinsam genutzten Fürsorgeeinrichtungen, die das sächsische Innenministerium seit dem Abbruch der „Aktion T4" forciert hatte, weiter vorantrieben.[161] Die Ansprüche gaufremder Bedarfsträger wurden seit dem Frühjahr 1943

---

dorthin verlegten Psychiatriepatienten kamen rund 1200 aus Sachsen. Sicher ist lediglich, daß die restlichen Patienten zu einem geringen Teil aus der Rheinprovinz kamen, kaum aus Westfalen und ebenfalls nicht aus Hamburg. Auch für eine Herkunft aus Berlin, von wo im Laufe des Jahres 1943 eine größere Anzahl von Psychiatriepatienten verlegt wurde, finden sich keine Indizien. Denkbar ist allerdings, daß ein Teil der Berliner Kranken über brandenburgische Zwischenanstalten nach Sachsen transportiert wurde; Tab. E.8; Krumpold, Auswirkungen, Tab. 12; Böhme/Lohalm, Wege, S. 492f.; Beddies/Dörries, Patienten, S. 142.

158 Tab. E.2.

159 Aufstellung über die von der Heil- und Pflegeanstalt Leipzig-Dösen zur Verfügung gestellten Betten, StAL, Heil- und Pflegeanstalt Dösen/30, Bl. 219.

160 Für eine größere Anstalt wie Leipzig-Dösen bedeutete dies, daß sie 1942 zwar noch über 40 Prozent ihrer Patienten, aber nur mehr über ein Viertel ihrer früheren Ärzte verfügte; Fragebogen der Heil- und Pflegeanstalt Dösen zur Arbeitskräftebilanz, StAL, Heil- und Pflegeanstalt Dösen/104.

161 Der Effekt, daß Verlegungen von außerhalb weitere gauinterne Verlegungsketten nach sich zogen, läßt sich auch in anderen Regionen beobachten. So forderte die Reichsarbeitsgemeinschaft für Heil- und Pflegeanstalten die Mecklenburgische Gesundheitsverwaltung auf, innerhalb des Landes Kranke so zu verlegen, daß die in mehreren Anstalten

zunehmend von Raumanforderungen regionaler Stellen überlagert, insbesondere von Städten, die wie Leipzig auf die Verlagerung eines Teils ihrer luftkriegsgefährdeten oder luftkriegszerstörten Krankenhäuser, Alten- und Siechenheime aus den urbanen Ballungsräumen drängten. All dies hatte weitere Transporte in die ohnehin schon überfüllten Landesanstalten zur Folge, denen keine entsprechenden Kapazitätsausweitungen gegenüberstanden. Im Gegenteil: Innerhalb der Heil- und Pflegeanstalten rivalisierte die wachsende Gruppe der evakuierten Krankenhauspatienten, Alterssiechen und chronisch Kranken mit den Geisteskranken um die verbliebenen Unterbringungsmöglichkeiten und die in den psychiatrischen Rumpfabteilungen zusammengedrängten Patienten konkurrierten untereinander um ein abnehmendes Quantum an Nahrung, Wäsche und Pflegepersonal. Um in den Anstalten weiteren Raum für somatisch Kranke zu gewinnen, insistierte der Reichsbeauftragte Linden darauf, daß deren Belegung „mit allen Mitteln gesteigert"[162] werde. Er empfahl, Psychiatriepatienten, wo immer dies möglich war, in Doppelstockbetten unterzubringen, da es „zu den vordringlichsten Aufgaben" der Anstalten gehöre, „alles zu tun, um die Not der vorübergehend erkrankten, aber sonst leistungsfähigen Bevölkerung zu lindern, insbesondere die vorhandenen Betten zur vorübergehenden Belegung mit Verletzten oder körperlich Kranken zur Verfügung zu halten". Dieser Erlaß, der die psychiatrischen Krankenhäuser zu bloßen Bewahranstalten degradierte, markiert einen grundlegenden Funktionswandel der deutschen Anstaltspsychiatrie: Die Heil- und Pflegeanstalten hatten sich von einer Hilfseinrichtung für psychisch Kranke zur Verfügungsreserve für somatische Patienten gewandelt. Extrem hohe Sterblichkeitsraten unter den Psychiatriepatienten, die sich nicht nur in Sachsen, sondern in beinahe allen Regionen des Deutschen Reiches finden lassen, waren die Folge dieser Entwicklung.[163]

In der Gemengelage von örtlichen Versorgungsproblemen, dem Druck auswärtiger Verlegungen und der Erwartung weiterer Transporte, entstand in Sachsen ein Klima, das durch zunehmende Schwierigkeiten bei der Versorgung der Kranken, wachsende Überforderung des Anstaltspersonals und den Zwang zu immer kurzfristigeren Lösungen in der Unterbringungsfrage gekennzeichnet war.[164] Dieses Klima bildet den Rahmen für das Wiederaufleben der Patientenmorde im Sommer/Herbst 1943. Im August 1943 ermächtigte die Gesundheitsabteilung des sächsischen Innenministeriums den Großschweidnitzer Direktor Alfred Schulz und den leitenden Arzt der Heil- und Pflegeanstalt Waldheim, Gerhard Wischer, Patienten nach eigenem Ermessen durch die Gabe hochdosierter Sedativa zu er-

---

nachgewiesenen freien Plätze in einer Anstalt zusammengefaßt und mit auswärtigen Kranken belegt werden konnten; Allers an Marung, 25. 6. 1943, MeckLHA, MfU/10063.

[162] Linden, Rundschreiben an die Landesregierungen u.a., 14. 3. 1943, ThüHStA, MdI, Abt. E/1076.

[163] Faulstich, Hungersterben, S. 583 f.

[164] Thom, Kriegsopfer, S. 215, akzentuiert demgegenüber als Beweggrund für Wiederingangsetzung der Erwachseneneuthanasie Überfüllungsprobleme, die durch den Transport von bis zu 23 000 westfälischen Geisteskranken nach Sachsen im Sommer 1943 ausgelöst worden seien. Empirisch ist diese These nicht zu stützen, da, entgegen den Planungen, keiner der Transporte tatsächlich nach Sachsen abging; vgl. Tab. E.8.

morden.[165] Bereits wenige Wochen später begannen in den Sächsischen Landesanstalten Tötungen durch hohe Dosierungen der Schlafmittel Veronal, Luminal und Morphium-Scopolamin.[166] Im September berichtete Wischer erstmals über den Beginn der Medikamententötungen nach Berlin.[167] Noch deutlicher wurde er einige Wochen darauf: Seine Anstalt müsse einen Großteil der Neuaufnahmen aus der Gegend zwischen Leipzig, Chemnitz und Meißen aufnehmen. Er könne diese Aufnahmen niemals unterbringen, wenn er „nicht entsprechende Maßnahmen zur Freimachung von Plätzen durchführen würde, was ganz reibungslos geht".[168] Großschweidnitz und Zschadraß folgten ihm darin spätestens im Januar 1944.[169] In Großschweidnitz starben auf diese Weise zwischen Mitte 1943 und September 1944 etwa 2400 Patienten durch gezielte Euthanasiemaßnahmen. Rund 80 Prozent davon (1943) waren im Zuge überregionaler Evakuierungsmaßnahmen dorthin verlegt worden.[170]

Ähnlich wie im Rheinland zeigt das sächsische Beispiel, daß die zweite Welle der Krankenmorde in enger Beziehung zur katastrophenmedizinischen Bewältigung des Luftkriegs und der durch ihn verursachten Schädigung der medizinischen Infrastruktur stand. Es ist bezeichnend für die gewandelte Zielsetzung der zweiten Phase, daß die Tötungen vielfach eine direkte Reaktion auf Transportwellen waren, die unmittelbar durch Kriegsfolgen ausgelöst wurden.[171] Anders als bei der „Aktion T4", die den beteiligten Anstaltsärzten nur wenig Handlungsspielraum gelassen hatte, erteilte das sächsische Innenministerium diesmal lediglich eine Tötungsermächtigung,[172] mit der die Verantwortung für die Anzahl und Art

---

[165] Anklageschrift gegen Hermann Paul Nitsche u.a., 17. 1. 1947, SächsHStA, Staatsanwaltschaft beim Landgericht Dresden/2519, Bl. 12.

[166] Die Dosierung der Medikamente variierte in den einzelnen Anstalten. Üblich war die einmalige Gabe von 0,1–0,2 Gramm Luminal in der Abendkost zur Sedierung von unruhigen Patienten. In Großschweidnitz wurden mehrere Tage hintereinander Tagesdosen von 0,9 Gramm Luminal (etwa das Dreifache der zulässigen Höchstdosis), bzw. einem Gramm Veronal, vermischt mit dem Schlafmittel Paraldehyd, verabreicht, bis der Tod der Patienten absehbar war; Vernehmung der Krankenschwester Hildegard A., 21. 6. 1946, SächsHStA, Staatsanwaltschaft beim Landgericht Dresden/2512, Bl. 247.

[167] Wischer an Nitsche, 13. 9. 1943, BAB, R 96-I/18.

[168] Wischer an Nitsche, 4. 11. 1943, BAB, R 96-I/18.

[169] Vernehmung der Oberschwester Elsa S., 24. 7. 1946, SächsHStA, Staatsanwaltschaft beim Landgericht Dresden/2513, Bl. 380; Bericht der Direktion der Heil- und Pflegeanstalt Zschadraß an das Amtsgericht Grimma, 2. 11. 1946; Aussage der Apothekenschwester Gertrud G., 1. 11. 1946, beide StAL, Heil- und Pflegeanstalt Zschadraß/1045. Dagegen bestritt der Direktor der Heil- und Pflegeanstalt Arnsdorf, Ernst Leonhardt, trotz dringenden Tatverdachts seine Beteiligung an der Patiententötung durch Medikamente; Vernehmung Leonhardt, 15. 4. 1946, SächsHStA, Staatsanwaltschaft beim Landgericht Dresden/2511, Bl. 81.

[170] Krumpolt, Auswirkungen, S. 98.

[171] In diesem Sinne z.B. Wischer an Nitsche, 29. 12. 1943, BAB, R 96-I/18: „Die Arbeit in der Anstalt ist reichlich, sehr viele Zugänge, vor allem nach dem Terrorangriff auf Leipzig [...] desgleichen viele Abgänge, die ganz reibungslos sich erledigen."

[172] Daß die Mitwirkung an den Patiententötungen der zweiten Euthanasiephase freiwillig war, wurde von mehreren beteiligten Ärzten betont, z.B. in der Vernehmung der Großschweidnitzer Anstaltsärztin Elfriede Ochsenfahrt vom 13. 6. 1946, SächsHStA, Staatsanwaltschaft beim Landgericht Dresden/2512, Bl. 177; ebenso in der Vernehmung Ger-

der zur Tötung selektierten Kranken in die Hand der behandelnden Ärzte gegeben wurde. Auch nach Rückfrage blieben die Vorgaben des sächsischen Gaugesundheitsführers in punkto Selektionskriterien ausgesprochen vage. In Frage kämen in erster Linie „ganz schwere Endzustände von Geisteskranken".[173] Diese machten jedoch nur einen geringen Teil der Anstaltsbevölkerung aus, weitaus weniger, als während der zweiten Euthanasiephase ums Leben kamen. De facto wurden vor allem therapieresistente und besonders pflegeintensive Kranke zur Tötung ausgewählt, also diejenigen Patientengruppen, die bereits überproportional in der Gruppe der T4-Opfer vertreten waren und die nach dem Abbruch der Aktion bevorzugt in andere Anstalten verlegt wurden.[174] Am Zweck der Tötungen ließ das sächsische Innenministerium dagegen keinen Zweifel: Es „war nur die Aufgabe gestellt", so einer der 1947 in Dresden angeklagten Psychiater, „daß es unbedingt erforderlich ist, die Räume von Unheilbaren zu befreien".[175]

Auch wenn der wachsende Raumbedarf ziviler und militärischer Stellen zweifellos eine zentrale Rahmenbedingung für den Wiederbeginn der „Euthanasie" in Sachsen darstellt, läßt sich dieser nicht allein aus den Schwierigkeiten bei der Bewältigung des Bombenkriegs erklären. Die Überfüllung der sächsischen Heil- und Pflegeanstalten war das Ergebnis großzügiger Abtretungen an externe Bedarfsträger, so daß die Luftkriegsfolgen das Problem fehlender Kapazitätspuffer zwar verschärften, es aber nicht verursachten. Zudem stellen die Tötungsermächtigungen vom Sommer 1943 in Sachsen – ähnlich wie in Bayern – keine gleichermaßen scharfe Zäsur dar wie bei der Wiederaufnahme der Tötungen in Hadamar, der die Patienten aus der Rheinprovinz zum Opfer fielen. Der Übergang von der systematischen Schmälerung der Lebensgrundlagen von Psychiatriepatienten zu einer Politik, die die gezielte Ermordung der Anstaltsinsassen als Mittel gesundheitspolitischen Handelns einkalkulierte, verlief in Sachsen und in Bayern fließend. Betrachtet man die jährliche Sterblichkeit in der Heil- und Pflegeanstalt Großschweidnitz, die als Zentrum der sächsischen Restpsychiatrie Anfang 1942 über ein Viertel der sächsischen Anstaltsbetten verfügte, fällt ins Auge, daß die Sterblichkeit ihren stärksten Anstieg bereits in den Jahren 1941/1942 hatte.[176] Diese

---

hard Wischers vom 12. 6. 1950, BAB, EVZ I/27, A. 8, Bl. 17. Wischer hob hervor, daß es sich bei dieser Anordnung „wirklich um eine Ermächtigung", die den beteiligten Medizinern Handlungsspielräume einräumte, gehandelt habe „während uns Anstaltsärzten die Ausführung der Anordnung des Reichsverteidigungskommissars bezüglich der Krankentransporte [der „Aktion T4", W.S.] als ein ganz klarer Befehl mitgeteilt wurde".

173 Vernehmung Wischer, 12. 6. 1950, BAB, EVZ I/27, A. 8, Bl. 17.

174 Vernehmung der Krankenschwester Hildegard A., 21. 6. 1946, SächsHStA, Staatsanwaltschaft beim Landgericht Dresden/2512, Bl. 247; Vernehmung Elsa S., 24. 7. 1946, SächsHStA, Staatsanwaltschaft beim Landgericht Dresden/2513, Bl. 380.

175 Vernehmung Artur Mittag, auszugsweise Abschrift und Übersetzung aus dem russischen Protokoll [1946], SächsHStA, Staatsanwaltschaft beim Landgericht Dresden/2511, Bl. 9 (Zitat); Vernehmung der Oberschwester Elsa S., 24. 7. 1946, SächsHStA, Staatsanwaltschaft beim Landgericht Dresden/2513, Bl. 380.

176 Faulstich, Hungersterben, S. 584. Auch in den Anstalten Arnsdorf und Untergöltzsch nahm die Sterblichkeit in diesem Zeitraum signifikant zu, so daß der Planungsbericht des T4-Psychiaters Müller vom 10. 9. 1942 für die sächsischen Anstalten insgesamt eine „besonders hohe Mortalität" feststellte; BAB, R 96-I/16.

Verdoppelung der Sterblichkeit (von knapp 20 auf mehr als 40 Prozent) war zum Teil eine direkte Folge der Mangelernährung, die in sächsischen Anstalten eine bis in die Vorkriegszeit zurückreichende Tradition hatte. Die sächsische Landesregierung, die in diesen Fragen durch zwei ausgesprochene Euthanasiebefürworter, den Gauleiter Mutschmann und den Innenminister Fritsch beeinflußt wurde,[177] hatte die Kostsätze der Heil- und Pflegeanstalten bereits vor 1939 mehrfach reduziert und damit die Lebenschancen der Psychiatriepatienten früher und radikaler als in anderen Regionen des Deutschen Reiches durch die Art und den Umfang der ihnen zugeteilten Nahrung hierarchisiert. Im Frühjahr 1938 führten die Landesanstalten nach dem Vorbild der von Hermann Nitsche, dem späteren Obergutachter der „Aktion T4" geleiteten Heil- und Pflegeanstalt Pirna/Sonnenstein, für einen Teil der nicht mehr arbeitsfähigen Patienten eine fleisch- und nährstoffarme Breikost ein, die überwiegend aus zerkochten Kartoffeln und Gemüse bestand. Bis 1940 stieg der Anteil der durch diese „Sonderkost" ernährten Kranken auf 50 Prozent.[178] Läßt sich die Reduktion der Kostsätze noch aus dem Kontext allgemeiner Sparmaßnahmen im Bereich der Psychiatrie erklären, so legen weitere Kostschmälerungen, die das sächsische Innenministerium bei Kriegsbeginn in Kraft setzte, und die weit über die allgemein üblichen Beschränkungen hinausgingen, die kaum verhohlene Absicht nahe, die Nahrungsgrundlagen der Psychiatriepatienten zugunsten anderer Personengruppen erheblich zu beschneiden. Insbesondere hochwertige Nahrungsmittel wie Butter, Obstkonserven, Milch und Teigwaren, durften sächsischen Anstaltspatienten fortan nicht mehr verabreicht werden.[179] Von dort war es nur ein kleiner Schritt zur Großschweidnitzer „Vitaminkost"[180], die spätestens seit 1943 mit dem erklärten Ziel der Tötung verabreicht wurde.

Im Rheinland dagegen unterschritten die Nahrungsgrundlagen der Anstaltsinsassen trotz kriegsbedingter Schmälerungen das existenzsichernde Niveau nicht.[181] Insbesondere fehlen dort Hinweise auf eine regional initiierte Diskrimi-

---

[177] Im September bzw. im November 1939 waren Mutschmann bzw. Fritsch an den Direktor der Heil- und Pflegeanstalt Arnsdorf herangetreten, um ihn zur Tötung seiner Anstaltsinsassen zu bewegen, dieser lehnte jedoch eine Mitwirkung ab; Vernehmung Wilhelm Sagel, 3. 5. 1946, SächsHStA, Staatsanwaltschaft beim Landgericht Dresden/2511, Bl. 95; die treibende Rolle Mutschmanns bei der Reinitialisierung der zweiten Euthanasiephase läßt sich aus einer Vernehmung von Dietrich Allers am 3. 4. 1963, S. 4, ZSL, Aussagenslg. Euthanasie, Ordner A, erschließen. Allers gab an, von Nitsche erfahren zu haben, daß in Sachsen auf Weisung Mutschmanns erneut Krankentötungen eingesetzt hätten.

[178] Thom, Kriegsopfer, S. 209.

[179] Verordnung des Sächsischen Staatsministeriums des Innern, 13. 4. 1938, SächsHStA, MdI/16830; Rundschreiben Pfotenhauers an die Direktoren der Landesanstalten, 22. 9. 1939, ebenda. Im Gefolge beider Verordnungen verfügte das sächsische Innenministerium mehrmalige Pflegesatzsenkungen, so daß die Verpflegungsaufwendungen zwischen 1938 und 1940 nahezu halbiert wurden; zur Ernährungssituation in den sächsischen Heil- und Pflegeanstalten vgl. Krumpolt, Auswirkungen, S. 67, 71.

[180] Heinze an Nitsche, 20. 1. 1944, BAB, R 96-I/18. Der medizinische Chefgutachter der Kindereuthanasie wandte sich in seinem Schreiben gegen den „Wahnsinn", der in Großschweidnitz ohne Rückbindung an den Euthanasiekomplex praktizierten Hungereuthanasie und plädierte entschieden für eine Rezentralisierung der Tötungskompetenz.

[181] Kaminsky, Zwangssterilisationen, S. 500–504; Faulstich, Hungersterben, S. 583.

nierung der Psychiatriepatienten bei der Nahrungszuteilung.[182] Auch die Sterblichkeit der dortigen Anstalten erreichte nicht die erschreckende Dimension der sächsischen Anstalten. In der Anstalt Grafenberg, um ein Beispiel zu nennen, erreichte sie 1944 ihren Höchststand mit knapp 21 Prozent, während sie in den meisten Anstalten der nördlichen Rheinprovinz zwischen acht und 18 Prozent pendelte. Insbesondere in den Anstalten der Inneren Mission stieg die Sterblichkeit im Vergleich zu den Vorkriegsjahren nur mäßig an.[183] Vergleicht man die Lebensbedingungen der sächsischen Psychiatriepatienten mit denen der im Rheinland verbliebenen, wird deutlich, daß hinsichtlich der Behandlung der Geisteskranken große Handlungsspielräume der regionalen Gesundheitsverwaltung bestanden, die in der Rheinprovinz eher zu Gunsten der Psychiatriepatienten und in Sachsen entschieden zu deren Lasten genutzt wurden.

Dies zeigt sich am deutlichsten bei dem zweiten Grund für die erhöhte Sterblichkeit in den sächsischen Anstalten: einer bis in die ersten Kriegstage zurückreichenden Praxis überdosierter Medikamentengaben. Bereits im August 1939, als das Ausmaß der Krankenmorde auch für die späteren Tatbeteiligten noch nicht abzusehen war, rief der damalige sächsische Landespsychiater und spätere Chefgutachter der „Aktion T4" die Anstaltsdirektoren zu einer Konferenz im Innenministerium zusammen und wies sie an, pflegeaufwendige Patienten mit erhöhten Medikamentengaben ruhigzustellen, um auf diese Weise Personal und Nahrungsmittel einzusparen. Die Aussagen mehrerer Teilnehmer dieser Konferenz belegen deutlich, daß Nitsche von dieser Maßnahme eine starke Erhöhung der Sterbeziffern erwartete und dies billigend in Kauf nahm. Man sei sich darüber „im Klaren"[184] gewesen, „dass man dadurch eine starke Erhöhung der Sterbeziffern herbeiführen würde, besonders, da die Lebensmittelzuteilung für Geisteskranke gekürzt wurde". Diese Praxis erlebte nach dem Abbruch der „Aktion T4" einen neuen Aufschwung. Auf die Vorhaltungen von Anstaltsdirektoren, die sich über die unhaltbar gewordenen Zustände in den Landesanstalten beklagten, reagierte die Gesundheitsabteilung des sächsischen Innenministeriums mit der Empfeh-

---

[182] Im Dezember 1942 bilanzierte der Leiter der Anstalt Hephata den Stand der Nahrungsmittelversorgung mit den Worten „Dankbar sind wir, daß die behördlichen Stellen den Schwachen und Kranken die gleichen Lebensmittelrationen zuweisen wie den Gesunden draußen. Damit ist auch die Ernährungsfrage für unsere Anstaltsgemeinde immer noch befriedigend gelöst." Bericht für die Verwaltungsratssitzung am 9. 12. 1942, zit. nach Kaminsky, Zwangssterilisationen, S. 503.

[183] Faulstich, Hungersterben, S. 583.

[184] Vernehmung Alfred Schulz (Direktor der Heil- und Pflegeanstalt Großschweidnitz), Auszug und Übersetzung aus dem russischen Protokoll [1946], SächsHStA, Staatsanwaltschaft beim Landgericht Dresden/2511, Bl. 5. Daß es dabei um mehr als nur die Inkaufnahme steigender Sterblichkeitsziffern ging, klingt verklausuliert in der Vernehmung an. Auf der Sitzung sei die „Frage der Sterbefälle bei chronisch Psychischkranken [...] im Hinblick auf das Euthanasieproblem erörtert" worden. Nitsche empfahl, die Patienten zu sedieren. Obgleich er auf die damit verbundenen Gesundheitsrisiken hingewiesen habe, habe der damalige Leiter der sächsischen Gesundheitsabteilung, Haunstein, „geraten, größere Dosen zu geben"; Vernehmung Nitsches, Auszug und Übersetzung aus dem russischen Protokoll [1946], SächsHStA, Staatsanwaltschaft beim Landgericht Dresden/2511, Bl. 7; vgl. auch die Vernehmung Wischers, 12. 6. 1950, BAB, EVZ-I/27, A. 8, Bl. 16.

lung, „in erhöhtem Umfange Beruhigungsmittel zu verabreichen".[185] Zuvor schon hatten einzelne Ärzte Patienten überdosierte Sedativa mit direkter Tötungsabsicht verabreicht.[186]

Alles in allem läßt der Wiederbeginn der Erwachsenen-„Euthanasie" in Sachsen einen hohen Anteil regionaler Kontinuitäten und regionaler Initiativen erkennen. Die sächsische Entwicklung verweist auf ein Bündel regionaler Spezifika, die allesamt fördernd auf den Wiederbeginn der „Euthanasie" gewirkt haben und die erklären können, warum sie in Sachsen früher begann als in anderen Regionen, deren medizinische Versorgungssituation vergleichbar war. Die Hierarchisierung der Psychiatriepatienten und die damit verbundene selektive Zuteilung von Lebenschancen als Teil der anstaltspsychiatrischen Praxis waren in Sachsen stärker ausgeprägt als in anderen Regionen. Ebenso müssen das Ausmaß der systematischen Unterernährung und die Praxis, Anstaltsinsassen durch hochdosierte Medikamentengabe zu sedieren, als sächsische Spezifika gelten. Typologisch ist die Behandlung sächsischer Anstaltspatienten, die in der Zwischenphase zwischen erster und zweiter Euthanasiewelle von der Schmälerung der Lebensgrundlagen bis hin zur direkten Tötung reichte, als landesspezifischer Stil im Umgang mit den psychisch Kranken vom individualisierten Töten zu trennen, das „einzelne positiv eingestellte aktive Psychiater in ihren Anstalten in völlig unauffälliger Form ausgiebig schon vor der Aktion [T4]"[187] praktiziert hatten.

3. Versuche zur Rezentralisierung der „Euthanasie" und die Ausweitung der Tötungen im Sommer/Herbst 1944

Der „Euthanasiestopp" hatte zwar die Dimensionen der Tötungen deutlich reduziert, jedoch den Mord an den Psychiatriepatienten nicht beendet. Die gegen arbeitsunfähige Konzentrationslagerhäftlinge gerichtete „Aktion 14f13" lief nach dem Abbruch der „Aktion T4" ebenso ununterbrochen weiter wie der Mord an minderjährigen Psychiatriepatienten. In mehr als 20 sogenannten „Kinderfachabteilungen", die der Reichsausschuß zur Erfassung erb- und anlagebedingter Leiden in ausgewählten Anstalten eingerichtet hatte, kamen bis Kriegsende wenigstens 5000 geistig behinderte Kinder und Jugendliche durch überdosierte Schlafmittelgaben ums Leben.[188] Auf die gleiche Weise setzten einige Anstaltsärzte auch den Mord an erwachsenen Psychiatriepatienten fort. In Sachsenberg, einer mit 600

---

[185] Anklageschrift gegen Nitsche u.a., 17. 1. 1947, SächsHStA, Staatsanwaltschaft beim Landgericht Dresden/2519, Bl. 13.

[186] Der Arzt der Großschweidnitzer Frauenabteilung, Robert Herzer, verabreichte seit 1941 überdosierte Schlafmittel; Anklageschrift gegen Nitsche u.a., 17. 1. 1947, SächsHStA, Staatsanwaltschaft beim Landgericht Dresden/2519, Bl. 19, ebenso der auf der Männerstation tätige Günter Langer; auszugsweise Abschrift und Übersetzung aus dem russischen Protokoll der Vernehmung [1946], SächsHStA, Staatsanwaltschaft beim Landgericht Dresden/2511, Bl. 10.

[187] Müller, Bericht über die Planung Baden, Juli 1942, 15. 9. 1942, S. 3, BAB, R 96-I/16.

[188] Zur Kindereuthanasie vgl. Schmuhl, Rassenhygiene, S. 182–189.

Betten eher kleinen Anstalt in der Nähe von Schwerin, die schon beinahe die Hälfte ihrer Kranken durch die „Aktion T4" verloren hatte, ermordete der Stationsarzt Alfred Leu seit dem Frühjahr 1941 rund 500 weitere Patienten mit Hilfe hoher Dosen der Schlafmittel Luminal und Veronal.[189] Auch wenn die Tötungen hier auf den Widerstand der übrigen Anstaltsärzte stießen, so sind die Vorgänge in Sachsenberg kein Einzelfall geblieben.[190] Aus anderen Regionen ist bekannt, daß Anstaltsdezernenten und Leiter der zuständigen Gesundheitsabteilungen die ihnen unterstellen Ärzte nach dem Abbruch der „Aktion T4" nachdrücklich zur Fortsetzung der Mordaktion innerhalb der Anstaltsmauern ermunterten.[191]

Der genaue Anteil der T4-Zentraldienststelle an den dezentralen Tötungen von erwachsenen Psychiatriepatienten läßt sich nur schwierig fassen. Der Modus des individualisierten Tötens durch Schlafmittelinjektionen innerhalb der Heil- und Pflegeanstalten war bereits in der Planungsphase der Erwachseneneuthanasie diskutiert worden, wurde aber seinerzeit verworfen, da die Organisatoren der Krankenmorde ihn angesichts einer geschätzten Opferzahl von etwa 100000 Psychiatriepatienten für zu wenig effizient erachteten.[192] Nach dem Abbruch der „Aktion T4" stärkte der Euthanasiekomplex, dort wo er von Tötungen erfuhr, die Anstaltsärzte in eigener Initiative verübten, diesen Medizinern den Rücken und versuchte gleichzeitig, sie stärker an Vorgaben aus Berlin zu binden. Die gegen die Anstaltsmorde in Sachsenberg protestierenden Ärzte Medow und Bornebusch wurden in die Reichshauptstadt zitiert, wo sie der Organisator der Kindereuthanasie, Hans Hefelmann, unter Androhung schwerster Folgen zum Stillschweigen verpflichtete.[193] Leu, so führte Hefelmann aus, habe zwar eigenmächtig, ansonsten jedoch durchaus im Sinne der Berliner Dienststellen gehandelt. Er „sei der Mann ihres Vertrauens"[194], allerdings solle er künftig nicht mehr „von sich alleine aus, sondern nur auf Anordnung der Berliner Dienststellen handeln".

Insgesamt gesehen bestimmten indes weder lokale Täter noch zentrale Instanzen das Geschehen der zweiten Euthanasiephase, sondern regionale Akteure. Im Falle Bayerns und Sachsens wurde die Wiederaufnahme der Erwachsenentötun-

---

189 Urteil des Schwurgerichts Schwerin gegen Hans-Heinrich Braunroth u.a., 16. 8. 1946, ZSL, 449 AR 424/92; Aussage Dr. Frankenberg, 17. 11. 1951, S. 2, ZSL, Aussagenslg. Euthanasie, Ordner F.

190 Zur internen Auseinandersetzung um die Sachsenberger Anstaltsmorde vgl. die Vernehmung Braunroths durch das Landgericht Schwerin, 2. 11. 1951, S. 2, ZSL, Aussagenslg. Euthanasie, Ordner Bra–Bz, und die Vernehmung Walter Medows, 5. 11. 1951, S. 1, ZSL, Aussagenslg. Euthanasie, Ordner Ma-Me.

191 Nach der Einstellung der Tötungen in Grafeneck habe der Leiter der Medizinalabteilung im Württembergischen Innenministerium den Anstaltsleitern erklärt, „sie möchten auf eigene Faust weitere Tötungen durchführen. Er sei bereit und in der Lage, ihnen jede Menge eines geeigneten Injektionspräparates zu liefern"; Vernehmung Otto Mauthe, 15. 11. 1961, S. 4, ZSL, Aussagenslg. Euthanasie, Ordner Ma–Me; weitere Belege für Thüringen bei Schmuhl, Rassenhygiene, S. 230. Daß dieser Aufforderung zumindest in der württembergischen Anstalt Zwiefalten Folge geleistet wurde, zeigt Faulstich, Hungersterben, S. 356f.

192 Vernehmung Richard von Hegener, 30. 3. 1949, S. 46, BAB, EVZ I/1, A. 2.

193 Urteil des Schwurgerichts Schwerin gegen Braunroth u.a., 16. 8. 1946, S. 28, ZSL, 449 AR 424/92.

194 Vernehmung Medow, 5. 11. 1951, S. 1, ZSL, Aussagenslg. Euthanasie, Ordner Ma-Me.

gen durch die Gesundheitsabteilungen der jeweiligen Landesregierungen eingeleitet, zumindest in Sachsen hat die Gauleitung dies nach Kräften gefördert. In der Provinz Hessen-Nassau ging die Initiative von einem engen Vertrauten des Gauleiters Jakob Sprenger aus.[195] Der Anstaltsdezernent Fritz Bernotat veranlaßte unmittelbar nachdem die Anstalt im August 1942 von der Berliner Euthanasiezentrale in die Verfügung des Wiesbadener Bezirksverbandes zurückgegeben wurde, die Ermordung dorthin verlegter Patienten aus der Rheinprovinz.[196] Ein ähnliches Verlaufsmuster ist auch für die Einrichtung der Vernichtungsanstalt Meseritz-Obrawalde wahrscheinlich, die neben Großschweidnitz und Hadamar den dritten Zentralort des Tötens in der zweiten Euthanasiephase bildet. Hier, an der Ostgrenze Pommerns, begannen die Morde mit einiger Wahrscheinlichkeit im Spätsommer 1942, nachdem mit dem ehemaligen Kreisleiter Walter Grabowski ein Vertrauensmann des Gauleiters Franz Schwede die Verwaltungsleiterstelle der Anstalt übernommen hatte und ähnlich wie Alfons Klein in Hadamar die Geschicke der Tötungsanstalt bestimmte.[197] Bis Kriegsende kamen in Meseritz nachweislich wenigstens 6691 Menschen zu Tode, vorsichtige Schätzungen der bundesdeutschen Justiz gehen allerdings von mehr als 10000 Ermordeten aus.[198]

Daß die Morde in Hadamar und Meseritz-Obrawalde mit Wissen der T4-Zentraldienststelle geschahen, kann mit einiger Sicherheit angenommen werden. Durch die Anstaltsbesuche der Planungskommission, deren Berichte später durch Transportaufstellungen und Kapazitätsberechnungen des Reichsbeauftragten für die Heil- und Pflegeanstalten ergänzt wurden, waren die Planer des Krankenmords über die Belegungs- und Sterblichkeitsverhältnisse in den Anstalten genau informiert. Zudem hatten mehrere Protagonisten der zweiten Euthanasiephase bereits an der ersten Welle der Krankenmorde mitgewirkt und diesen Kontakt

---

[195] Daß Bernotat in dessen Auftrag, zumindest aber mit Wissen des Gauleiters handelte, kann als sicher angenommenen werden. In einer vergleichbaren Entscheidungssituation – der Ermordung tuberkulosekranker Zwangsarbeiter – läßt sich die vom Gauleiter über Bernotat und den Verwaltungsleiter der Anstalt, Alfons Klein, bis zum Anstaltsarzt Adolf Wahlmann reichende Befehlskette präzis rekonstruieren; Vernehmung Klein, 11. 10. 1945, BAK, All. Proz. 8/FC 6216 P, Bl. 180, 211; Vernehmung Wahlmann, 11. 10. 1945, BAK, All. Proz. 8/FC 6218 P, Bl. 322.

[196] Aussage des Personaldezerenten beim Oberpräsidium Hessen-Nassau, Max Kranseuhler, 11. 10. 1045, BAK, All. Proz. 8/FC 6216 P, Bl. 302; Vernehmung Klein, 12. 5. 1945, BAK, All. Proz. 8/FC 6218 P, Bl. 242; Vernehmung des Pflegers Heinrich R., 29. 8. 1945, ebenda, Bl. 252; Urteil des Landgerichts Frankfurt/M. gegen Adolf Wahlmann u. a., 21. 3. 1947, Justiz und NS-Verbrechen, Bd. 1, S. a-21; zum Anstieg der Sterblichkeit vgl. Tab. E.10.

[197] Beddies, Heil- und Pflegeanstalt, S. 106; Vernehmung der Schwester Margarete B., 4. 12. 1964, S. 1, ZSL, Aussagenslg. Euthanasie, Ordner Bra-Bz; Vernehmung des Pflegers Otto S., 1945, ZSL, AR-Z 340/1959, Bd. XI, Bl. 2564; Anklageschrift der Staatsanwaltschaft München I gegen Luise E. u. a., 1964, S. 19, ZSL, 439 AR 1631/61; Stellungnahme der Stationsärztin Hilde Wernicke zur Anklage, 30. 9. 1945, ZSL, VI 449 AR-Z 497/66; Vernehmung Wahlmann,17. 9. 1945, BAK, All. Proz. 8/FC 6218 P, Bl. 56, 59; 11. 10. 1945, BAK, All. Proz. 8/FC 6216, Bl. 320.

[198] Anklageschrift der Staatsanwaltschaft Hamburg gegen Friedrich Lensch und Kurt Struve, 24. 4. 1973, S. 363, ZSL, Sammelakte ASA 60. Zu einem ähnlichen Ergebnis (6558 Tote) gelangt Hirschinger, Ausmerze, S. 170. Zur Geschichte der Anstalt vgl. Beddies/Dörries, Patienten, S. 149–158.

auch nach dem Abbruch der „Aktion T4" aufrechterhalten.[199] Auch daß die T4-Zentrale kurz vor dem Wiederbeginn der Krankenmorde mit der Patiententötung vertrautes Pflegepersonal nach Hadamar versetzte, spricht für deren Einbindung.[200] Aufgrund fehlender Quellen kann jedoch die für das Verhältnis von Zentrum und Peripherie in der zweiten Phase der „Euthanasie" entscheidende Frage, ob diese Anstalten von Beginn als überregionale Tötungszentren konzipiert wurden, oder ob der Wiederbeginn des Patientenmords dem gewaltsamen Abbau regionaler Überbelegungen dienen sollte und eher der Initiative einzelner Gauleitungen zuzurechnen ist, nicht mit letzter Sicherheit beantwortet werden, zumal sich für beide Varianten Indizien finden.

In Hadamar ist die enge Beziehung zwischen dem Abtransport von Psychiatriepatienten aus den luftkriegsgefährdeten Regionen Westdeutschlands und dem Wiederbeginn der Tötungen evident, auch wenn die Bettenknappheit für den radikalsten Protagonisten der Vernichtungspsychiatrie in Hessen-Nassau wohl nur ein willkommener Anlaß war. Gegenüber dem neuberufenen Anstaltsarzt verband Bernotat seine Ankündigung, die weitgehend leere Anstalt mit Kranken zu belegen, mit der ausdrücklichen Aufforderung, Patienten zu ermorden, sofern der Anstaltsraum knapp würde.[201] Für die Integration Meseritz-Obrawaldes in ein überregionales System von Patiententötungen spricht, daß sie bereits seit 1942 zum Ziel von Evakuierungstransporten aus anderen Provinzen wurde.[202] Allerdings nahmen an einer Tagung führender Euthanasieärzte, die vom 30. September bis 1. Oktober 1942 in Heidelberg stattfand, zwar Valentin Faltlhauser/Kaufbeuren, Hermann Pfannmüller/Eglfing und Alfred Schulz/Großschweidnitz teil, jedoch keine Vertreter der Provinzen Hessen-Nassau und Pommern.[203] Als Indiz für eine anfangs eher regionale Orientierung der Tötungen spricht zudem, daß sie in Meseritz-Obrawalde bereits zu einem Zeitpunkt einsetzten, wo an der Gültigkeit von Hitlers Entscheidung, die überregionalen Verlegungstransporte in den Tod zu beenden, nicht zu zweifeln war. Die Anzahl der Todesfälle, die in Meseritz

---

[199] So fungierte der bayerische Anstaltsdirektor Hermann Pfannmüller als Gutachter der „Aktion T4" und richtete später in seiner Anstalt eine Kinderfachabteilung ein. Alfons Klein, der Verwaltungsleiter der Anstalt Hadamar, war längere Zeit zur Gemeinnützigen Stiftung für Anstaltspflege, einer Tarnorganisation der T4-Zentrale, abgeordnet.

[200] Vernehmungen der Pflegerinnen Emmi B., 5. 9. 1945, BAK, All. Proz. 8/FC 6218 P, Bl. 192, und Käthe H., 5. 9. 1945, BAK, All. Proz. 8/FC 6216, Bl. 131,135.

[201] Vernehmung Wahlmann, 11. 4. 1945, BAK, All. Proz. 8/FC 6218 P, Bl. 547.

[202] Unter anderem wurden Psychiatriepatienten aus Hamburg, Berlin, Bremen und Westfalen nach Obrawalde verlegt; Faulstich, Hungersterben, S. 460.

[203] An der Tagung nahmen neben den oben Genannten Vertreter der T4-Zentrale sowie mehrere leitende Ärzte teil, an deren Anstalten Kinderfachabteilungen bestanden, u. a. H. Heinze/Görden und Prof. C. Schneider/Heidelberg nebst Mitarbeitern, V. Ratka/Tiegenhof, E. Wischer/Waldheim, Th. Steinmeyer/Pfafferode; Liste der an der Heidelberger Tagung teilnehmenden Ärzte, 30.9.–1.10.1942, ZSL, Heidelberger Dokumente, Ordner 133. Der Zweck der Tagung läßt sich nicht mehr ermitteln. Da ein Großteil der Teilnehmer, einschließlich Pfannmüller und Faltlhauser, an der Kindereuthanasie mitwirkte, wäre dieser Bezug denkbar, zumal zwei Wochen später eine weitere Konferenz stattfand, die der weiteren „Abstimmung" der Gutachtertätigkeit dienen sollte. Eine Tagung mit beinahe identischem Teilnehmerkreis hatte bereits am 11. und 12. Mai 1942 stattgefunden.

1942 mit 1,5 Sterbefällen pro Tag anfangs noch nicht die Dimension expliziter Tötungsanstalten erreichte, deutet ebenfalls auf ein allmähliches Hineingleiten in den systematisch betriebenen Patientenmord. Ein Jahr später, als die Anstalt mit Patienten aus nahezu allen Reichsteilen gezielt überfüllt wurde, vervierfachte sich die Zahl der gestorbenen Patienten auf durchschnittlich 6,2 Tote pro Tag. Nach dieser sehr konservativen Schätzung starben jeden Monat mehr als 10 Prozent der durchschnittlichen Anstaltsbevölkerung.[204] Mehrere Organisatoren des Krankenmords haben unabhängig voneinander eine Vernetzung Obrawaldes mit dem Euthanasiekomplex bestritten, ohne daß dafür prozeßtaktische Gründe erkennbar sind. Der Leiter der Arbeitsgemeinschaft für Heil- und Pflegeanstalten betonte auf die Nachfrage des vernehmenden Staatsanwalts ausdrücklich, daß die Anstalt mit „der von der RAG durchgeführten Euthanasie–Aktion nichts zu tun"[205] gehabt habe, so daß die Aussage des T4-Betriebsarztes Curd Runckel, der von einem Mitarbeiter erfahren haben will, daß der Leiter der Heil- und Pflegeanstalt Meseritz–Obrawalde „die Anstalt von sich aus ‚leer gemacht' habe"[206], nicht ohne weiteres von der Hand zu weisen ist.

Auch wenn mit Kaufbeuren im Süden, Hadamar im Westen und Meseritz-Obrawalde an der östlichen Peripherie wenigstens drei Heil- und Pflegeanstalten im Spätsommer 1942 erneut damit begonnen hatten, Patienten aus anderen Regionen des Deutschen Reiches zu ermorden, lassen sich erst seit Anfang 1943 Anhaltspunkte dafür finden, daß die Berliner Euthanasiezentrale gezielt auf eine Wiederingangsetzung der Krankenmorde hinarbeitete. Den ersten noch vagen Hinweis liefert eine Bemerkung Nitsches, der im Januar 1943 ein Treffen mit dem Reichsgesundheitsführer Conti vorbereitete. Allerdings deutet ihr beiläufiger Charakter zu diesem Zeitpunkt auf den nachgeordneten Stellenwert dieser Problematik.[207] Hauptsächlich ging es bei dem geplanten Treffen um die Vorbereitung einer Imagekampagne, die der durch die Mordaktion arg in Verruf geratenen Psychiatrie zu neuem Ansehen verhelfen sollte, ferner um den Versuch, den Zugriff der Zentralinstanzen auf die Heil- und Pflegeanstalten zu verdichten.[208] Im Verlauf des Frühjahrs 1943 nahm der Plan, das Mordgeschehen in die einzelnen

---

[204] Berechnet nach der Auszählung der allerdings nicht vollständig erhaltenen Sterbebücher der Anstalt, die in der Inhaltsangabe eines polnischen Berichts aus dem Jahr 1945 über die Vorgänge in Meseritz–Obrawalde mitgeteilt werden; ZSL, 117 AR-Z 161/69, Bl. 7f.

[205] Vernehmung Allers, 21. 4. 1950, S. 10, ZSL, Aussagenslg. Euthanasie, Ordner A.

[206] Vernehmung Curt A. Runckel, 22. 1. 1963, S. 20, ZSL, Aussagenslg. Euthanasie, Ordner Re–Rz.

[207] Nitsche an Schneider, 14. 1. 1943, BAB, R 96-I/2. Nitsche schloß sein Schreiben mit dem Hinweis, er glaube „im übrigen, dass die Besprechung mit C. auch für die Euthanasiefrage [wer]tvoll sein wird". Daß das „Wiederaufleben der Euthanasie" zu diesem Zeitpunkt unter den Organisatoren der Krankenmorde als unsicher galt, zeigt der Aktenvermerk des T4-Arztes Robert Müller, Zur Planung, 9. 2. 1943, BAB, R 96-I/16.

[208] Ein für Nitsche bestimmter Aktenvermerk Robert Müllers über „Vorschläge zu einer Besprechung Dr. Conti/Dr. Linden v. 14. 1. 1943", der viele Gedanken der Psychiatriereform-Denkschrift vom Juni 1943 (BAB, R 96-I/9) vorwegnimmt, formulierte als Gesprächslinie: „1. Das Irrenwesen braucht eine zentrale leitende Stelle, die wissenschaftliche Anregungen gibt und jederzeit ein Instrument in der Hand haben muß, um über die Belegungen der Anstalten – auch der kleinsten – Bescheid zu wissen"; BAB, R 96-I/7.

Heil- und Pflegeanstalten zurückzuverlagern, konkretere Formen an. Da damit zu rechnen sei, „daß die von der Reichsarbeitsgemeinschaft durchgeführten Maßnahmen zu gegebener Zeit wieder aufleben werden [...] wobei es vielleicht nötig sein wird, die öffentlichen Heil- und Pflegeanstalten in größerem Umfange in den Vollzug der Maßnahmen einzuschalten"[209], bemühte sich der Reichsbeauftragte Linden, Befürworter der Krankenmorde auf freie Direktorenposten zu lancieren.

In den folgenden Monaten gewann das Problem knapper Psychiatriebetten erheblich an Bedeutung, denn nach schweren Luftangriffen auf Hamburg und die Industriestädte Südwestfalens begannen auch diese Regionen seit dem Juli/August 1943, die in den dortigen Heil- und Pflegeanstalten verbliebenen Psychiatriepatienten zu entfernen, um die Räumlichkeiten als Ausweichkrankenhäuser und Notunterkünfte für Luftkriegsgeschädigte zu nutzen. Allein aus Hamburg und der Provinz Westfalen wurden in der zweiten Jahreshälfte 1943 rund 5000 Geisteskranke abtransportiert, hinzu kamen eine nicht näher bekannte Zahl von somatisch Kranken sowie etwa 3000 Berliner Anstaltsinsassen, von denen ein Teil in sächsische Anstalten, der Großteil aber wohl nach Meseritz-Obrawalde verlegt wurde.[210] Im Gegensatz zu Bayern und Sachsen, die der steigenden Überfüllung der Heil- und Pflegeanstalten durch die Errichtung regionaler Tötungsanstalten begegneten, externalisierten diese mehrheitlich urban geprägten Regionen ihr Überfüllungsproblem durch den Abtransport der Anstaltsinsassen über die Provinzgrenzen hinaus. Die von Brandt geforderte Evakuierung von rund 23000 Psychiatriepatienten aus dem Rheinland überstieg jedoch die Möglichkeiten der Heil- und Pflegeanstalten in den anderen Teilen des Deutschen Reiches bei weitem. Daran konnten auch eilig organisierte Programme zur Belegungsverdichtung in den psychiatrischen Krankenhäusern kaum etwas ändern. Ein Brief Lindens an den Reichsstatthalter in Thüringen macht den Problemdruck deutlich, der auf den mitteldeutschen Heilanstalten lastete: „Die Durchführung des mir von dem Reichsgesundheitsführer und dem Generalkommissar für das Sanitäts- und Ge-

---

[209] Linden an den Medizinaldezernenten der Provinz Hannover, 4. 3. 1943, zit. nach Aly, Medizin, S. 59. Daß es sich bei der Anfrage Lindens an die Provinz Hannover um keinen Einzelfall handelte, zeigt der erhaltene Entwurf einer ähnlichen Bitte an den Präsidenten des Bezirksverbands der bayerischen Pfalz, Richard Imbt [1943]; BAB, R 96-I/18. Für die künftige Entwicklung der Psychiatrie sei es von grundlegender Bedeutung, „dass die Psychiater immer mehr aus innerer persönlicher Überzeugung sich der Euthanasie-Idee zuwenden". Die Mehrheit der Anstaltsärzte lasse allerdings „in dieser Hinsicht z.Zt. noch viel zu wünschen übrig". Daher sei es gerade jetzt „besonders wichtig, euthanasiezuverlässige Psychiater in Direktorenstellen zu bringen".

[210] Zu den Verlegungen aus Hamburg und der Provinz Westfalen vgl. Tab. E.8, allgemein Schmuhl, Rassenhygiene, S. 234; Aly, Medizin, S. 60. Über die Dimension der Verlegungen der Berliner Patienten, die zumeist in Brandenburger Umlandanstalten untergebracht wurden, ist wenig bekannt. Sicher scheint nur, daß sie mehrheitlich im 4. Quartal 1943 stattfanden. Aus der Anstalt Neuruppin wurden beispielsweise zwischen September und November 1943 735 Patienten unter anderem nach Meseritz-Obrawalde, Hadamar, Uchtspringe und Altscherbitz verlegt, die Anstalt Eberswalde gab rund 1000 Patienten in Anstalten im ganzen Reichsgebiet ab; Faulstich, Hungersterben, S. 471–473. Zu den Transporten Berliner Anstaltspfleglinge nach Sachsen vgl. den Aktenvermerk des sächsischen Innenministeriums, Abteilung Volkspflege über einen Telefonanruf des Pg. Glade, 3. 11. 1943, SächsHStA, MdI/16850, Bl. 82.

sundheitswesen gestellten Auftrags, die Heil- und Pflegeanstalten der Provinzen Rheinland und Westfalen sofort zu räumen",[211] stoße auf Schwierigkeiten, da die Aufnahmefähigkeit der in Betracht gezogenen Verlegungsanstalten erschöpft sei. Daher müsse auch in den thüringischen Anstalten die Erweiterung der Belegfähigkeit durch den Bau zusätzlicher Barackenunterkünfte bis an die Grenze der Wirtschaftskapazität vorangetrieben werden. Im benachbarten Sachsen lehnte der Gauleiter Mutschmann Lindens Pläne zur Aufstellung der Baracken ab, da die Wirtschaftsanlagen der Anstalten durch die zahlreichen Fremdnutzungen bis zur Grenze der Leistungsfähigkeit belastet seien und bei weiterer Überlastung Betriebsstörungen zu erwarten seien.[212]

Vor dem Hintergrund zunehmender Kapazitätsprobleme in den verbliebenen Heil- und Pflegeanstalten bei gleichzeitig steigenden Belegungsforderungen sind die gemeinsamen Versuche Nitsches und de Crinis' zu sehen, die verschiedenen regionalen „Euthanasie"-Initiativen unter ihrer Führung zu einem einheitlichen Strang zusammenzuflechten und dabei den Umfang der Tötungen auszuweiten.[213] Ende Juni 1943, wenige Tage, nachdem die Reichsarbeitsgemeinschaft für Heil- und Pflegeanstalten auf Anweisung Brandts mit der Ausarbeitung von Verlegungsplänen für die westdeutschen Psychiatriepatienten begonnen hatte,[214] machte Nitsche, wahrscheinlich von sächsischen Kollegen dazu ermuntert, Hitlers Generalkommissar „einen ganz konkreten Vorschlag in der E[uthanasie, W.S.].-Frage".[215] Brandt nahm diesen Vorschlag nach einiger Bedenkzeit an, wohl nicht nur deshalb, weil Nitsches Bitte seinen gesundheitspolitischen Superioritätsanspruch zu einer Zeit unterstrich, als dieser von Conti noch heftig bestritten wurde, sondern vor allem, weil sich ihm eine Gelegenheit bot, die Verlegung der westdeutschen Psychiatriepatienten auf den Weg zu bringen, so daß Nitsche einen Monat nach dem Gesprächstermin an de Crinis berichten konnte: „Was unsere Aktion bei Prof. Br. anlangt, so [...] hat er mir durch Herrn Blankenburg die Ermächtigung erteilt, im Sinne meines ihm mündlich gemachten E.-Vorschlags vor-

---

211 Linden an Sauckel, 7. 7. 1943, ThüHStA, MdI, Abt. E/1076.

212 Fernholz an den Reichsbeauftragten für Heil- und Pflegeanstalten, 10. 7. 1943, SächsHStA, MdI/16850, Bl. 61.

213 Max de Crinis Rolle in der zweiten Euthanasiephase ist nach wie vor nicht hinreichend geklärt, zumal sein Biograph Hinrich Jasper diese Phase kaum beleuchtet. Obwohl de Crinis kein offizielles Amt in der Bürokratie der Krankenmorde bekleidete, wird aus den erhaltenen Schriftwechseln seine führende Rolle bei der Wiederingangsetzung der Krankenmorde deutlich. Seit 1941 übte der Berliner Psychiatrieordinarius, der durch seine Nebentätigkeiten als einflußreicher Referent für medizinische Berufungsangelegenheiten im Reichserziehungsministerium und als Mitarbeiter des SD über gute Kontakte zu den Berliner Ministerien und zur SS verfügte, die Funktion einer Kontaktperson des Euthanasiekomplexes zu anderen Reichsbehörden aus; vgl. die Vernehmung Ernst Wentzler, 11. 10. 1963, S. 10, ZSL, Aussagenslg. Euthanasie, Ordner Uta–We; Vernehmung von Hegener, 9. 5. 1960, S. 8, ZSL, Aussagenslg. Euthanasie, Ordner He; Vernehmung Karl Genzken, Sitzungsprotokoll des Nürnberger Ärzteprozesses, 3. 3. 1947, IfZ, MB 15/21, Bl. 3912; Nitsche an Rüdin, 17. 1. 1944, BAB, R 96-I/18.

214 Allers an Pfotenhauer, 17. 6. 1943, SächsHStA, MdI/16850, Bl. 46.

215 Nitsche an de Crinis, 30. 10. 1943, BAB, R 96-I/18. Das Gespräch fand anläßlich eines Treffens statt, bei dem Brandt Vorschläge führender Psychiater zur Reform der Heil- und Pflegeanstalten überreicht wurden.

zugehen."[216] Dieses Gespräch, dessen Ergebnis im internen Schriftverkehr von Nitsche rasch zum „E-Auftrag"[217] erweitert wurde, ist als Beleg für eine umfassende Wiederaufnahme der Patiententötungen unter der Schirmherrschaft Karl Brandts gewertet worden.[218] Dabei liegt die unzureichende empirische Fundierung dieser Vermutung auf der Hand. Schon die Formulierung „konkreter Vorschlag" deutet eher auf eine Begrenzung der Aktion, während die Ermächtigungsverfügung der „Aktion T4" gerade durch die Unbestimmtheit ihrer Formulierung charakterisiert ist.[219] Weiterhin läßt sich aus einer Notiz, die das Ergebnis einer Dienstbesprechung zwischen Nitsche, Allers und Siebert vom 12. August 1943 protokollierte, schließen, daß Brandts Antwort von den Euthanasie-Planern keinesfalls als generelle Tötungsermächtigung verstanden wurde, denn ein Ergebnis dieser Besprechung bestand darin, die Heil- und Pflegeanstalten an die Beachtung ihrer Berichtspflicht zu erinnern, „um bei einer evtl. Aufhebung des ‚Stopp' in der Lage zu sein, mit den Arbeiten beginnen zu können".[220] Daher gehen Interpretationen fehl, die in einer Konferenz, die Nitsche wenige Tage später für den 17. August 1943 nach Berlin einberufen hatte, den Auftakt zur regionenübergreifenden, zentral organisierten Tötungspraxis sehen wollen.[221] Von diesem Treffen ist lediglich bekannt, daß dort einer „Anzahl besonders ausgewählte(r) Psychiater"[222] die Ermächtigung zum Patientenmord nach eigenem Ermessen erteilt wurde und ihnen die zur Tötung „evtl. erforderlichen Medikamente"[223] in Aussicht gestellt wurden, ohne daß diese jedoch bis zum Jahresende geliefert werden konnten.[224] Die genaue Zusammensetzung der Konferenzteilnehmer kennen wir nicht. Von den führenden Euthanasie-Psychiatern fehlten Max de Crinis und Carl Schneider, so daß die Planungsgruppe offenbar allein durch Nitsche vertreten wurde. Bei den übrigen scheint es sich um etwa zehn Anstaltsdirektoren gehandelt zu haben, wobei Vertreter der bereits etablierten Tötungszentren Kaufbeuren, Eglfing-Haar

---

216 Nitsche an de Crinis, 25. 8. 1943, BAB, Personalakte de Crinis.

217 Nitsche an Allers, 2. 12. 1943, BAB, R 96-I/18.

218 Schmuhl, Rassenhygiene, S. 232f.; Aly, Medizin, S. 61.

219 Auch die Formulierung Nitsches, er habe im August 1943 „durch Vermittlung des Prof. Brandt die nunmehr ausdrückliche Zustimmung Hitlers erreicht [...] gewisse zuverlässige Ärzte zu ermächtigen, in einzelnen Fällen Sterbehilfe durch Medikamente zu leisten", deutet darauf, daß es sich nicht um eine generelle, sondern eine begrenzte „Euthanasie"-Ermächtigung gehandelt hat; Anklageschrift gegen Nitsche u.a., 17. 1. 1947, SächsHStA, Staatsanwaltschaft beim Landgericht Dresden/2519, Bl. 12.

220 Aktenvermerk über eine Dienstbesprechung zwischen Allers, Nitsche und Siebert zur Arbeit der Abteilung IIa, 12. 8. 1943, BAB, R 96-I/1.

221 So Aly, der die Ansicht vertritt, auf dieser Besprechung sei die bedarfsorientierte „dezentralisierte lautlose Tötungspraxis der Überdosen per Injektion festgelegt worden"; Aly, Medizin, S. 57; zur Berliner Konferenz vgl. Schmuhl, Rassenhygiene, S. 232; differenzierter argumentiert Kaminsky, Zwangssterilisation, S. 428.

222 Nitsche an de Crinis, 30. 10. 1943, BAB, R 96-I/18.

223 Wischer an Nitsche, 13. 9. 1943, BAB, R 96-I/18.

224 Nitsche drang unter Bezugnahme auf ein Schreiben Wischers darauf, die bislang ausstehenden Medikamentenlieferungen in Gang zu bringen, und empfahl, den betroffenen Psychiatern einen Zwischenbescheid zukommen zu lassen, da „sonst [...] ein irriger Eindruck" entstünde; Nitsche an Allers, 6. 12. 1943, BAB, R 96-I/18.

und Hadamar wohl nicht anwesend waren.[225] Lediglich die Anwesenheit von Ärzten aus dem Land und der Provinz Sachsen läßt sich mit einiger Sicherheit belegen.[226] Die Begrenzung der Euthanasieermächtigung auf „ausgewählte Ärzte", der Teilnehmerkreis der Besprechung und der zeitliche Zusammenhang mit bereits durchgeführten und geplanten Verlegungen nach Mitteldeutschland sprechen allesamt für eine begrenzte Euthanasieermächtigung, die dazu diente, den durch die Transporte aus Westdeutschland ausgelösten Überfüllungsdruck auf die in Mitteldeutschland gelegenen Anstalten mit den erprobten Mitteln per Krankenmord zu mindern und gleichzeitig Platz für neue Verlegungen zu erhalten, um auf diese Weise katastrophenpolitischen Handlungsspielraum zurückzugewinnen[227] – also auch hier eine Form regionalisierter „Euthanasie" als „Lösung" für ein Problem, das man anders nicht bewältigen zu können glaubte oder nicht anders bewältigen wollte.[228] Ein weiterer Grund für diese begrenzte Verlagerung der Tötungskompetenz von der Zentralebene auf einzelne Anstaltsärzte bestand mit einiger Wahrscheinlichkeit in den Informationsdefiziten des Berliner Euthanasie-

---

225 Der Zwischenbericht der Staatsanwaltschaft Frankfurt/M., o.D., aus dem Verfahren gegen den Stellvertreter Bracks, Werner Blankenburg, ZSL, AR-Z 340/1959, Bd. 1, Bl. 282, zitiert eine in den Prozeßakten nicht auffindbare Aussage Nitsches im Verf. gegen Gerhard Bohne, wonach Brandt im Sommer 1943 „etwa 10 Ärzte zur Tötung ‚in einzelnen besonders dringenden Fällen'" ermächtigt habe.

226 Mit hinreichender Sicherheit gilt dies für die Anstaltsdirektoren Beese (Uchtspringe/Provinz Sachsen) und Wischer (Waldheim/Sachsen); Vernehmung des Pflegers H. durch den Untersuchungsrichter des Landgerichts Hildesheim, 7. 8. 1952, S. 2f., ZSL, Aussagenslg. Euthanasie, Ordner Hu–Jz; Wischer an Nitsche, 13. 8. 1943, BAB, R 96-I/18. Auf die Teilnahme von Ärzten aus den Anstalten Kalmenhof/Idstein, Görden, Ansbach, Großschweidnitz, Tiegenhof und Meseritz-Obrawalde ist indirekt aufgrund der bruchstückhaft überlieferten Medikamentenanforderungen beim Kriminaltechnischen Institut des Reichssicherheitshauptamtes geschlossen worden, allerdings beziehen sich die meisten dieser Meldungen auf das Jahr 1944, so daß zwar auf eine Beteiligung dieser Anstalten an den Patientenmorden, nicht jedoch auf den Zeitpunkt ihrer Integration in ein System koordinierter Tötungen geschlossen werden kann; BAB, R 58/1059, sowie die Empfangsbestätigungen der Morphium-Skopolamin- und Luminalsendungen in BAB, R 96-I/2.

227 Daß das Problem schwindender katastrophenpolitischer Handlungsspielräume im Denken der Euthanasieplaner eine zentrale Rolle spielte, zeigt ein Schreiben Lindens, in dem er sich darüber beklagte, daß aus allen Reichsteilen Anträge bei ihm eingingen, die die Freimachung der Heil- und Pflegeanstalten und insbesondere die Verlegung „gaufremder" Geisteskranker forderten. Es sei ihm jedoch „unmöglich jeder Großstadt die ihr zunächst gelegene Anstalt als Ausweichkrankenhaus zur Verfügung zu stellen und dazu noch die Geisteskranken aus den besonders schwer getroffenen Gebieten zu entfernen, um die dadurch gewonnenen Räume für Krankenhäuser oder sonstige Zwecke abzugeben". Möglich sei „entweder nur das eine oder das andere". Infolge der Räumungen aus Westdeutschland, Hamburg und Brandenburg seien „die Anstalten aller Gaue so gefüllt, daß Verlegungen, abgesehen von den laufenden Sonderaktionen nicht mehr möglich sind"; Linden an die Landesregierungen, Reichsstatthalter und Oberpräsidenten, 24. 9. 1943, NRWHStA, Regierung Düsseldorf/54475-I, Bl. 140.

228 So mußten die in der Provinz Sachsen gelegenen Anstalten Altscherbitz und Pfafferode bis Juni 1943 rund 1080 rheinische Patienten aufnehmen. Dies entsprach etwa einem Drittel der in der Provinz insgesamt verfügbaren Bettenkapazität; Ankerstein, Heilen, S. 106–109. Die sächsischen Anstalten Arnsdorf, Großschweidnitz und Leipzig waren als Aufnahmeorte für einen Teil der aus dem Rheinland zu evakuierenden Patienten vorgesehen; Allers an Pfotenhauer, 17. 6. 1943, SächsHStA, MdI/16850, Bl. 46.

komplexes, dem es angesichts des exponentiell anschwellenden Transportaufkommens, der steigenden Sterblichkeit in den Anstalten und der fortdauernden Fremdverwendung von Psychiatriebetten an einer aktuellen Übersicht über den Belegungsstand der einzelnen Heilanstalten mangelte.[229]

In den folgenden anderthalb Jahren fanden sich in mehr als 30 Anstalten Ärzte, die Teils auf Ermunterung durch die regionale Gesundheitsbürokratie, teils aber auch ohne offiziellen Auftrag in eigener Initiative bereit waren, solche Patientenmorde durchzuführen.[230] Dabei veränderte sich der Charakter der ärztlichen Beteiligung am Krankenmord im Vergleich zu den Tötungen der Jahre 1940/41 grundlegend. Während der „Aktion T4" hatte ein ausgeklügeltes Verfahren die Vorselektion in der Heimatanstalt, die Auswahl der zu Tötenden durch externe „Gutachter" und die Ermordung in den Vernichtungsanstalten räumlich voneinander separiert. Diese Aufspaltung des Krankenmords in mehrere Einzelschritte wirkte für die beteiligten Ärzte in mehrfacher Hinsicht entlastend. Sie differenzierte den Kreis der beteiligten Ärzte in eine Gruppe von Mittätern an der Peripherie, zu der die an der Ausfüllung der Meldebögen mitwirkende Mehrheit der deutschen Anstaltspsychiater zählte,[231] eine etwa 30 Personen umfassende Gruppe von Gutachtern mit der Befugnis, im Dreierkollegium über die Tötung von Patienten zu entscheiden, und die kleine Gruppe der eigentlichen Vergasungsärzte. Über die Tötung konnte nach Aktenlage entschieden werden, der Transport und die Tötung der Selektierten erfolgte in Gruppen, so daß die Ermordeten kaum als Individuen in Erscheinung traten. Vor allem aber bewirkte der Modus des Tötens, daß kein Arzt die Verantwortung für ein ausgelöschtes Leben allein trug, so daß ein breiter Raum für individuelle Exkulpationsstrategien entstand, von denen die Behauptung, über den eigentlichen Zweck der Verlegungen nicht informiert zu sein, für den äußeren Kreis der Tatbeteiligten die wichtigste war. Demgegenüber verengte sich der Täterkreis in der zweiten Phase auf die Direktoren, Stationsärzte und Pfleger der beteiligten Anstalten. Der Modus des individualisierten Tötens, das in der zweiten Welle der Krankenmorde innerhalb des normalen Anstaltsbetriebs stattfand, ließ jedoch für eine distanzierende Differen-

---

229 Die an der Uchtspringer Kinderfachabteilung beschäftigte Ärztin Hildegard Wesse berichtet, daß ihr Beese, nachdem er von der Berliner Tagung zurückgekommen war, mitgeteilt habe, daß die Anstalt den Auftrag bekommen habe, „die Schwerkranken zu euthanasieren. In Berlin war offenbar die Ordnung nicht mehr so erhalten, deshalb sagte er die Auswahl müssen wir selbst treffen"; Vernehmung Dr. Hildegard Wesse, 24. 7. 1952, ZSL, 439 AR-Z 37/66, Bl. 372.

230 Die Zahl bezieht sich auf die Aufstellung gerichtsbekannter bzw. in hohem Maße der Medikamententötung verdächtigter Anstalten bei Klee, Dokumente, S. 2f. Allerdings läßt sich nur in wenigen Fällen der genaue Zeitpunkt der Aufnahme der Medikamententötungen bestimmen. Während die Praxis der Hungertötungen durch die Zweiteilung der Anstaltskost schon 1943 weit verbreitet war, scheint die Zahl der Anstalten mit Medikamententötungen erst im zweiten Halbjahr 1944 deutlich zugenommen zu haben; vgl. Runckel an Nitsche, 30. 6. 1944, BAB, R 96-I/2.

231 Zum Aspekt der Mittäterschaft qua Dienststellung vgl. Kersting, Anstaltsärzte, S. 332f. Kategorische Weigerungen von Ärzten, an der Auswahl zur Verlegung mitzuwirken, wie sie etwa der Münsteraner Oberarzt Ferdinand Hegemann formulierte, blieben demgegenüber eine Ausnahme.

zierung der Tatbeteiligung ebenso wenig Raum wie für eine Anonymisierung der Opfer, die nun den Abteilungen der jeweiligen Ärzte entstammten. Insofern waren mehr Ärzte enger in den Mordvorgang integriert als während der „Aktion T4", und der Akt des Tötens der auf einfachen medizinischen Grundtechniken wie Injektionen und Medikamentenverabreichungen basierte, war stärker medikalisiert als in der ersten Phase.[232] Die Begutachtungsbögen der ersten Phase wurden auch von Ärzten angefertigt, die oftmals erkennbar widerwillig kooperierten. Das individualisierte Töten der zweiten Phase erforderte von den beteiligten Ärzten ungleich größeres Engagement. Die Opfer begegneten den Ärzten nun nicht mehr nur in der Form anonymisierter Aktenvorgänge, sondern waren Psychiatriepatienten aus der ihnen anvertrauten Gruppe von Kranken. Selektion und Tötung lagen in der Hand der behandelnden Stationsärzte, die die Opfer ausgewählten Stationspflegern bezeichneten, sofern sie die tödliche Spritze nicht selbst setzten. Bei den am Patientenmord beteiligten Ärzten und Pflegekräften begünstigten der Verweis auf die Verantwortung für die vorrangige Versorgung anderer Patientengruppen, die Salvationsformel der widrigen Kriegsumstände, vor allem aber ihre zunehmende Überforderung durch die katastrophalen Lebensverhältnisse in den Anstalten die persönliche Entschlußbildung zur Beteiligung am Krankenmord.[233]

Das Verhalten Nitsches in den folgenden Monaten läßt darauf schließen, daß ihn das Ergebnis der Berliner Konferenz keineswegs zufriedenstellte. In den folgenden Monaten setzte er alle ihm verfügbaren Hebel in Bewegung, um sein Ziel flächendeckend durchgeführter und von der Zentraldienststelle koordinierter Anstaltsmorde zu erreichen. Seine rastlos anmutende Aktivität in dieser Angelegenheit wurde nur durch zwei Faktoren eingeschränkt: die Folgen einer Prostataoperation und den immer noch bestehenden Stopp-Befehl Hitlers für die „Aktion T4", der Brandts Handlungsspielraum in dieser Angelegenheit klar begrenzte. Mehrmals versuchte Nitsche, der die Zeit zwischen September 1943 und Januar 1944 größtenteils im Krankenbett verbringen mußte, Brandt über seine Berliner Kontaktleute Allers und de Crinis zu einer Erweiterung der im August erteilten Tötungsermächtigungen zu bewegen. Hitlers Generalkommissar, der damals kurz vor einer entscheidenden Erweiterung seiner Machtbefugnisse stand, hielt sich in dieser Frage jedoch außerordentlich bedeckt. Einige Tage nach der Berliner Euthanasiekonferenz war es de Crinis „nicht möglich", Brandt „für unsere gemeinsame Sache zu fixieren". Er hoffe jedoch, ihn bei einer anderen Gelegenheit „zu einer Stellungnahme in der Angelegenheit, so wie wir sie besprochen haben, zu bringen".[234] Daß dem nicht so war, mußte der Geschäftsführer der „Aktion T4" erleben. Brandt, so berichtet Allers über ein Treffen Anfang Januar 1944,

---

[232] Vgl. Lifton, Ärzte, S. 115.

[233] So versuchte eine leitende Pflegekraft der Anstalt Großschweidnitz den „objektiv gesehen furchtbar[en] Entschluß", die ihr anvertrauten Patienten zu ermorden, durch den Hinweis auf „unüberwindbare Schwierigkeiten" in einer infolge massiver Überbelegung, andauernder ministerieller Raumforderungen und akutem Personalmangel „nicht zu bewältigenden Situation" zu rechtfertigen; Vernehmung Elsa S., 24. 7. 1946, SächsHStA, Staatsanwaltschaft beim Landgericht Dresden/2513, Bl. 381.

[234] De Crinis an Nitsche, 31. 8. 1943, BAB, R 96-I/18.

scheine am Euthanasieproblem zwar sehr interessiert zu sein „sagte aber, daß er nichts aussprechen könne; vielmehr wegen seiner Dienststellung praktisch ja nur noch das Gegenteil sagen könne [...] Er hat ausdrücklich betont, daß die Wiederaufnahme der Arbeit im großen Stil kommen müsse, daß allerdings im Kriege nicht mehr damit zu rechnen sei."[235]

Auch ohne Rückendeckung Brandts arbeitete Nitsche beharrlich an der Ausweitung der Patientenmorde. Für den Februar 1944 plante er, die Teilnehmer der Berliner Konferenz zu einem zweiten Treffen zusammenzurufen, „um die Angelegenheit weiter zu fördern und ihren gegenwärtigen Stand festzustellen".[236] Daß es bei diesem Treffen auch darum gehen sollte, die Verfügungsgewalt der Zentraldienststelle über das dezentralisierte Töten zurückzuerlangen, legt ein Schreiben nahe, mit dem der medizinische Chefgutachter der Kindereuthanasie, Hans Heinze, auf einen vorbereitenden Brief Nitsches anwortete. Heinze, Direktor der Anstalt Brandenburg-Görden, zweifelte daran, „dass man das E.-Problem auch auf Grund Ihrer geplanten Besprechung in irgendwelche geordneten Bahnen lenken kann".[237] Er habe sich stets „gegen diese wilden E.-Maßnahmen, die keiner zentralen Kontrolle unterliegen, deutlich genug ausgesprochen [...] Diese Dinge wären nur in richtige Bahnen zu lenken, wenn man während dieses illegalen Interims die Reichsausschuß-6rfahrungen zum Vorbild nehmen würde und dann auf jeden Fall wieder eine zentrale Steuerung erreicht hätte. Diese Zentrale aber müsste die Machtbefugnisse haben, mit eisernem Besen zu kehren und jeden zu bestrafen, der auf eigene Faust zu handeln wagt. Wenn wir das nicht erreichen, hilft unser ganzes Bemühen um die Hebung des Ansehens der Psychiatrie einen Dreck."

Die von Nitsche geplante Konferenz fand schließlich nach mehreren Terminverschiebungen am 29./30. März 1944 in der Ausweichstelle der T4-Zentrale in Schoberstein am Attersee statt. Gegenüber der Berliner Tagung hatte sich der Kreis der Teilnehmer erweitert. Neben dem T4-Psychiater Friedrich Mennecke waren diesmal mit dem Direktor der südhessischen Anstalt Eichberg, dem badischen Anstaltsreferenten Gustav Schneider und Valentin Faltlhauser auch süddeutsche Anstaltspsychiater angereist, allerdings fehlte Brandt, um dessen Teilnahme man sich im Vorfeld intensiv bemüht hatte.[238] Es gelang Nitsche in Schoberstein nicht, eine zentrale Steuerung der Krankenmorde, wie sie Heinze gefordert hatte, zu etablieren, wohl aber bewirkte die Tagung eine stärkere Anbindung der süddeutschen Anstalten an die Zielsetzungen der Zentraldienststelle. Offen-

---

235 Allers an Nitsche, 15. 1. 1944, BAB, R 96-I/1.

236 Nitsche an de Crinis, Januar 1944, zit. nach Aly, Medizin, S. 63.

237 Heinze an Nitsche, 20. 1. 1944, BAB, R 96-I/18.

238 Auch nach dem Treffen der Euthanasiepsychiater in Attersee zögerte Brandt mit einer klaren Stellungnahme gegenüber den Plänen von de Crinis und Nitsche. Es sei leider nicht möglich gewesen, so berichtet de Crinis über ein Gespräch, das am Rande einer Tagung von Wehrmachtsärzten zustandekam, „Prof. Brandt für unsere Angelegenheit zu fixieren. Er gab mir lediglich die kurze Antwort, daß er über die Angelegenheit großzügiger denke. Ich schließe daraus, dass er meint, wieder eine größere Verantwortung übernehmen zu können. Prof. Brandt war in Hohenlychen so blockiert, daß ich eine Aussprache mit Prof. Schneider nicht vereinbaren konnte. Vielleicht haben wir in der nächste[n] Zeit mehr Glück." De Crinis an Nitsche, 26. 5. 1944, BAB, R 96-I/18.

bar konnte Nitsche zumindest in einigen Anstalten die Wiedereinführung der Oberbegutachtung der zur Tötung vorgesehenen Patienten durch die T4-Zentrale durchsetzen.[239] Zumindest im Falle Kaufbeurens war dies mit einer massiven Ausweitung der Morde verbunden. Mitte April 1944, zwei Wochen nach dem Treffen in Schoberstein, wurde eine zuvor bereits in den Tötungsanstalten Grafeneck und Hadamar beschäftigte Pflegerin „mit dem Auftrag an die Heil- und Pflegeanstalt Kaufbeuren versetzt, dort Geisteskranke zu euthanasieren".[240] Faltlhauser hatte sie vom Reichsausschuß zur Erfassung erb- und anlagebedingter Leiden angefordert und übertrug ihr eine eigene Abteilung in der Zweiganstalt Irsee, die sie zur Tötungsstation umfunktionierte. Dort wurde nicht mehr in bayerischer Eigenregie durch Nahrungsmittelentzug, sondern in Abstimmung mit dem Reichsausschuß „in derselben Weise wie bei Kindern, nur mit höheren Dosen"[241] von Luminal und Veronal getötet. Welche Auswirkungen das Treffen in Schoberstein auf Anstalten in anderen Regionen hatte und ob daraus ein Anstieg der Tötungen folgte, läßt sich indes schwer übersehen. Runckel, der von Nitsche offenbar beauftragt war, die Haltung derjenigen Anstaltsdirektoren, die bislang nicht mit dem Euthanasiekomplex zusammenarbeiteten, zu sondieren, zog am Ende einer Reise, die ihn im Juni 1944 nach Hessen, Schleswig-Holstein, Ostpreußen, Schlesien und in den Warthegau führte, eine eher nüchterne Bilanz. Zwar sehe man überall ein, „daß die Not der Zeit dem psychiatrischen Betrieb Einschränkungen auferlegen muß"[242] und kooperiere daher bei Raumanforderungen der Reichsarbeitsgemeinschaft bereitwillig, „indem man die Abteilungen vollpfropft"; die Haltung der meisten Anstaltdirektoren „zu den vom Reichsausschuß behandelten Problemen" sei dagegen bedauerlich. Er habe in zahlreichen Anstalten erlebt, „daß man schwer marantische geisteskranke Dauerinsassen durch alle möglichen Mittelchen am Leben zu erhalten versucht". In bezug auf die „Euthanasie" habe er dagegen „bisher, außer in den Anstalten, mit denen wir zusammenarbeiten, für eine aktive Tätigkeit in dieser Richtung keine Liebe gefunden [...] Die bloße Erwähnung macht die Leute deutlich verschnupft. Ja es geht sogar so weit, daß man eine deutliche Stimmungsänderung bemerkt, sobald die Leute auf den Verdacht kommen, daß wir mit der Reichsarbeitsgemeinschaft, die ja von den Verlegungen her überall bekannt ist, in irgendwelchem Zusammenhang stehen [...] Positiv dem Problem der Euthanasie gegenüber stehen eigentlich von den Anstaltsdirektoren, die ich bis jetzt besucht habe, nur der Leiter von Ansbach, Tiegenhof (Dr. Ratka) und betr. des Reichsausschusses die Anstalten, die bereits eine Reichsausschußabteilung haben. Nirgendwo ist es mir begegnet, daß sich ein Anstaltsdirektor darüber beklagte, ihm seien die Hände gebunden, um irgendwel-

---

[239] Vgl. z.B. das Schreiben Faltlhausers an Nitsche, 27. 9. 1944, BAB, R 96-I/18, in dem Faltlhauser Nitsche „eine Liste der Kranken der Eglfinger Anstalt, die meiner Anschauung nach behandlungsbedürftig sind" übersandte.

[240] Vernehmung der Krankenschwester Pauline K. durch das Landgericht Kempten, 15. 6. 1948, S. 2, ZSL, Aussagenslg. Euthanasie, Ordner Kn–Kz.

[241] Vernehmung Faltlhauser, 22. 4. 1948, S. 10f., ZSL, Aussagenslg. Euthanasie, Ordner F. Die Zahl der in Kaufbeuren Verstorbenen stieg von 261 im Jahr 1943 auf 815 Patienten 1944; Faulstich, Hungersterben, S. 337.

[242] Runckel an Nitsche, 30. 6. 1944, BAB, R 96-I/2.

che Eu.–Arbeiten zu verrichten. [...] Was mich immer wieder erstaunt, ist die einerseits ablehnende Haltung vieler Direktoren gegenüber der Sterbehilfe, andererseits die selbstverständliche Billigung der verminderten Ernährung unheilbarer Geisteskranker, die auf manchen Anstalten wirklich unschöne Formen zeigt."

Kurze Zeit nach Runckels Reise scheint Brandt seine Zurückhaltung in der Euthanasiefrage allerdings aufgegeben zu haben. Da er bei seinem Versuch, in den zweckentfremdeten Heil- und Pflegeanstalten Krankenhausraum für das zivile Gesundheitswesen zurückzugewinnen, auf kaum überwindbare Schwierigkeiten stieß, suchte er nun offenbar selbst den Kontakt zum Euthanasiekomplex und lud den mit Planungsangelegenheiten beauftragten Betriebsarzt der T4-Zentraldienststelle, Kurt Runckel, für den 18. Juli 1944 zu einem Gespräch nach Berlin. Anläßlich dieses Treffens, bei dem die Gewinnung von Gebäuden für Krankenhauszwecke im Mittelpunkt stand, stellte Nitsches Vertrauter zwei nicht mit der T4-Zentrale abgestimmte Möglichkeiten zur Gewinnung von Krankenhausbetten zur Diskussion. Sein erster Vorschlag zielte darauf, die vorhandenen Anstalten in drei Kategorien einzuteilen, von denen nur die erste weiterhin als Heilanstalt zur Behandlung von Akutpatienten mit therapeutischen Möglichkeiten ausgestattet bleiben sollte, während die beiden anderen Kategorien als reine Pflege- und Sterbeanstalten die Masse der nicht therapierbaren Patienten aufnehmen sollten. Der zweite Vorschlag sah einen verstärkten Zugriff auf Einrichtungen der geschlossenen Jugendfürsorge vor, wobei Runckel damit rechnete, auf diese Weise etwa 60 Prozent der von Fürsorgezöglingen in Anspruch genommenen Gebäudekapazität für Zwecke des Gesundheitswesens freizubekommen.[243] Brandt zeigte sich beiden Plänen gegenüber aufgeschlossen. Aus der Sicht des Generalkommissars hatten sie jedoch den gravierenden Nachteil, daß sie umfangreiche und zeitraubende Abstimmungen mit den betroffenen Instanzen erforderlich machten. Im Falle der Fürsorgeeinrichtungen war das zuständige Reichsinnenministerium zu beteiligen und die organisatorische Neugliederung der Heil- und Pflegeanstalten hätte weitreichende Eingriffe in die Rechte der regionalen Träger erfordert. Beide Maßnahmenpakete ließen sich unter den gegebenen Bedingungen kaum zügig durchsetzen. Vermutlich hat dieses Mißverhältnis zwischen dem akuten, durch neue Bettenforderungen der Wehrmacht noch verstärkten Handlungsdruck und der Zeitdimension potentieller Lösungen Brandt bewegt, Runckel zu bitten, Nitsche gegenüber „eine Andeutung fallen [zu] lassen, ob es ihnen möglich wäre, eine Aktivierung unserer spezifischen Therapie unauffällig in die Wege zu leiten".[244]

---

[243] Aufzeichnung Runckels über ein Treffen mit Brandt am 18. 7. 1944, BAB, R 96-II/7, sowie Nitsche an Blankenburg, 30. 7. 1944, ebenda.

[244] Runckel an Nitsche, 24. 7. 1944, BAB, R 96-I/7. Hierbei erweist es sich als grundsätzliches Problem, daß die Haltung Brandts nur durch Mitteilungen von Nitsche, Runckel und Allers überliefert ist. Alle drei waren jedoch an der Ausdehnung der Patientenmorde interessiert, so daß ihre Wiedergabe der Haltung Brandts erkennbar von dem Bemühen geprägt ist, auch aus vagen Willensäußerungen des Generalkommissars dessen Zustimmung zur „Euthanasie" herauszulesen. Brandt, der im Nürnberger Ärzteprozeß rückhaltloser aussagte als jeder seiner Mitangeklagten, hat jedoch diesen Punkt entschieden bestritten. Als er 1944/45 durch den SD davon Kenntnis erhalten habe, „daß in 2 Fällen in Sachsen und 1 Fall in Pommern in Heil- und Pflegeanstalten noch oder wieder Euthana-

Bereits einige Wochen zuvor hatte Nitsche für den 3.–5. Juli 1944 eine dritte Konferenz der Euthanasiepsychiater einberufen. Die Tagung fand in Wien statt und war offenbar nicht mit Brandt abgestimmt. Neben Nitsche und Blankenburg nahmen daran eine nicht näher bezeichnete Reihe von T4-Psychiatern, der Wiener Anstaltsdirektor Jekelius, der badische Anstaltsdezernent Schneider sowie Hefelmann und Heinze als Vertreter des Reichsausschusses zur Erfassung erb- und anlagebedingter Leiden teil, ferner der aus Auschwitz abkommandierte ehemalige Leiter der Vernichtungsanstalt Sonnenstein/Pirna, Horst Schumann. Die Beteiligung Schumanns legt den Schluß nahe, daß in Wien auch über die Ermordung tuberkulosekranker Zwangsarbeiter beraten wurde. Dieser Aktion, die im September 1944 in die Wege geleitet wurde, fielen bis Kriegsende allein in Hadamar 465 Patienten zum Opfer, wobei die hessische Anstalt nur eine von neun über das gesamte Reichsgebiet verteilten Sammelanstalten war.[245]

Die Tötung arbeitsunfähiger Zwangsarbeiter machte freilich nur einen kleinen Teil der Wiener Agenda aus. Ihr eigentliches Ziel sahen Nitsche und Blankenburg darin, „die T 4–Aktion wieder in vollem Umfange aufleben zu lassen"[246], diesmal nicht als zentralisierte Vergasung von Psychiatriepatienten, sondern als dezentralisiertes, aber durch die T4-Zentraldienststelle überregional koordiniertes Morden mittels überdosierter Betäubungsmittel innerhalb der Anstaltsmauern. In Wien scheint es zu heftigen internen Auseinandersetzungen über Ausmaß und Modus der geplanten Ausweitung gekommen zu sein. Schenkt man dem im allgemeinen recht zuverlässigen Hans Hefelmann Glauben, hat sich vor allem Heinze gegen eine Wiederaufnahme unter der Ägide der Zentraldienststelle ausgesprochen. Er begründete seinen Widerstand mit dem Hinweis, „daß eine Wiederaufnahme durch T4 dem ausdrücklichen Befehl Hitlers vom August 1941 [...] widerspreche".[247] Aus dem Kontext der Vernehmung wird deutlich, daß es sich bei dem an sich zutreffenden Einwand vermutlich um ein vorgeschobenes Argument handelte. Hefelmanns verfahrenstaktisch motivierter Erklärung, Heinze habe ver-

---

sie durchgeführt werde", habe er „sofort die Dienststelle Bouhler unterrichtet, habe an den Führer Meldung gegeben und auch an Reichsleiter Martin Bormann, da beide Fälle in Sachsen offenbar auf eine Beteiligung des Gauleiters hinwiesen". Daraufhin habe Hitler Bormann die Weisung erteilt, „sofort diese Maßnahmen dort abstellen zu lassen"; Vernehmung Brandt, Sitzungsprotokoll des Nürnberger Ärzteprozesses, 4. 2. 1947, IfZ, MB 15/20, Bl. 2433.

[245] Klee, Euthanasie, S. 365, dort auch ein Schreiben Steinmeyers an Mennecke vom 4. 11. 1944, aus dem hervorgeht, daß Schumann Mitteldeutschland bereiste, um die Einrichtung von Sonderabteilungen für tuberkulosekranke Zwangsarbeiter zu erreichen. Der entsprechende Erlaß vom 6. 7. 1944 sah die Einrichtung solcher Abteilungen in Tiegenhof, Lüben, Landberg/Warthe, Schleswig, Lüneburg, Schussenried, Kaufbeuren, Hadamar, Pfafferode und Mauer-Öhling vor; zur Ermordung tuberkulosekranker Zwangsarbeiter vgl. Friedlander, Weg, S. 265f., sowie Hamann, Morde.

[246] Aussage Hans Hefelmann, zit. nach der Vernehmung Hans Heinzes durch die Staatsanwaltschaft bei dem Landgericht Hannover, 27. 9. 1961, S. 47, ZSL, Aussagenslg. Euthanasie, Ordner Hea–Hes, vgl. auch die Vernehmung Hefelmann (Fortsetzung), 1. 9. 1960, S. 34, ZSL, Aussagenslg. Euthanasie, Ordner Hefelmann.

[247] Vernehmung Hefelmann durch das Landgericht Hannover, 7. 12. 1960, S. 19f., ZSL, Aussagenslg. Euthanasie, Ordner Hefelmann.

sucht, damit eine Wiederaufnahme der Tötungen zu verhindern, wird man nur wenig Glauben schenken können. Plausibler scheint dagegen, daß der Chefgutachter der Kindereuthanasie, der zu den Vertretern eines „engeren", aus zeitgenössischer Sicht „wissenschaftlich" legitimierten Euthanasiebegriffs zählte, dort noch einmal jene Bedenken gegen den Modus der kriegswirtschaftlich legitimierten Patientenmorde vortrug, die er bereits in seinem Schreiben an Nitsche vom 20. Januar 1944 formuliert hatte. Das Ergebnis der Auseinandersetzungen war ambivalent. Die Mehrheit der Anwesenden stimmte für eine Ausweitung der Tötungen, übertrug die Verantwortung dafür aber nicht Blankenburg und Nitsche, sondern dem Reichsausschuß als dem „Träger des Euthanasiegedankens"[248] und letzter arbeitsfähiger Euthanasieorganisation. Heinze, der zusammen mit Hefelmann das Leitgespann des Reichsausschusses bildete, hat sich nach dem Krieg zugute gehalten, die Angelegenheit damit „auf Eis"[249] gelegt zu haben. Offensichtlich hat er dieses Verdienst zu Unrecht für sich in Anspruch genommen, denn mehrere Anstalten, die bereits vorher Medikamententötungen praktiziert hatten, weiteten diese seit dem Herbst 1944 erheblich aus.[250] Ob diese Entwicklung mit einer Rezentralisierung der „Euthanasie" verbunden war, bleibt indes fraglich, da die Verteilung der T4-Dienststellen auf mehrere Standorte im Verein mit der wachsenden Schwierigkeit, den aktuellen Informationsstand über die Anstaltsbelegung an die mit der Verlagerung der Luftkriegsschwerpunkte rasch wechselnden gesundheitspolitischen Krisenszenarien anzupassen, die Steuerungsfähigkeit der Euthanasiedienststellen erheblich herabsetzte.[251] Nicht nur Kommunikationsprobleme erschwerten die Arbeit des Euthanasiekomplexes. Da der Modus der Anstaltstötungen anders als bei der „Aktion T4" auf die Kooperation aller Beteiligten angewiesen war, ließ sich die Ausweitung der Tötungen gegen den Willen der Anstaltsärzte nicht erzwingen. Zumindest in Baden haben Psychiater das An-

---

248 Fortsetzung der Vernehmung Hefelmanns am 1. 9. 1960, S. 34, ZSL, Aussagenslg. Euthanasie, Ordner Hefelmann.

249 Vernehmung Heinze, 9. 11. 1961, S. 3f., ZSL, Aussagenslg. Euthanasie, Ordner Hea–Hes.

250 Dies läßt sich zumindest für die Anstalten Großschweidnitz, Kaufbeuren und Uchtspringe nachweisen; Vernehmung Ester W., 14. 6. 1946, SächsHStA, Staatsanwaltschaft beim Landgericht Dresden/2512, Bl. 189; Vernehmung Hildegard A., 2. 4. 1947, SächsHStA, Staatsanwaltschaft beim Landgericht Dresden/2514, Bl. 203; Vernehmung Faltlhauser, 22. 4. 1948, S. 11f., ZSL, Aussagenslg. Euthanasie, Ordner F; Vernehmung Paul B., 8. 1. 1946, S. 8, ZSL, Aussagenslg. Euthanasie, Ordner Ba–Bh; Vernehmung Karl S., 8. 1. 1946, Anlage zur Vernehmung Michael F., S. 17, ZSL, Aussagenslg. Euthanasie, Ordner F.

251 Vier Wochen nach der Wiener Konferenz begründete Linden eine erneute Umfrage der Reichsarbeitsgemeinschaft für die Heil- und Pflegeanstalten damit, daß ihm infolge „der zahlreichen Änderungen [...] eine Übersicht über die gegenwärtige Belegung der Heil- und Pflegeanstalten kaum noch möglich" sei. „Die gegenwärtige Lage" erfordere aber „dringend ausreichende Unterlagen für rasch zu fassende Entscheidungen"; Linden, Rundschreiben an die Heil- und Pflegeanstalten, 3. 8. 1944, MeckLHA, MfU/10063. Infolge der Verteilung der T4-Zentraldienststelle auf die Standorte Hartheim, Schoberstein/Attersee und Berlin seit August 1943 wurde die Kommunikation innerhalb des Euthanasiekomplexes zusätzlich erschwert, vgl. Nitsche an de Crinis, 20. 4. 1944, BAB, R 96-I/18, zur Geschäftsverteilung innerhalb des Euthanasiekomplexes vgl. Abb. 10.

sinnen des dortigen Anstaltsdezernenten, Nitsches „Luminalschema" einzuführen, verweigert.[252]

War die erste Phase der „Euthanasie" noch stark durch die biologistische Utopie einer gesunden, weil von ihren Schwachen „befreiten" Gesellschaft geprägt, bestimmen konkrete Nützlichkeitserwägungen und schrumpfende gesundheitspolitische Handlungsspielräume die zweite Phase. Ihre Genese zeigt, daß die Versorgung der somatisch Kranken und die Vernichtung von Psychiatriepatienten als integrale Bestandteile derselben Politik betrachtet werden können. Jedoch sind Interpretationen, die unter dem Schlagwort „Aktion Brandt" die Initiative zentraler Dienststellen zum Krankenmord betonen und versuchen, die zweite Phase der „Euthanasie" in das Paradigma einer „Endlösung der Sozialen Frage"[253] einzuordnen, durch die Quellen nicht gedeckt. Ein Hauptargument für die entscheidende Rolle der Zentralbehörden, die hektische Aktivität des Reichsbeauftragten für die Heil- und Pflegeanstalten seit dem Sommer 1942,[254] läßt sich überzeugender als Reaktion auf die Nachfrage kommunaler Gesundheitsverwaltungen nach Bettenkapazität in bislang vom Luftkrieg noch nicht betroffenen Regionen werten. Sein oft spätes Eingreifen geschah nicht zuletzt auch deshalb, um die eigene Planungskompetenz gegenüber den regionalen Instanzen zu erhalten. Linden reagierte bis zum Frühjahr 1943 mehr auf die Nachfrage durch die Kommunen, als daß er selbst aktiv wurde.[255] Sowohl Lindens Runderlaß vom August 1942, mit dem er die Heranziehung der Heil- und Pflegeanstalten als Ausweichkrankenhäuser einleitete, wie auch die unter seiner Federführung betriebene Ausweitung der Verlegungen im Herbst 1943 sanktionierten nachträglich eine in der Rheinprovinz längst geübte Praxis.[256] Wie am Beispiel der Evakuierungsforderungen aus dem Regierungsbezirk Düsseldorf deutlich geworden ist, war der Reichsbeauftragte oft nicht imstande, den seitens der Regionen artikulierten Verlegungswünschen nachzukommen. Der gleiche Vorgang wiederholte sich wenige Monate später, als sich Linden kurze Zeit nach der Ausdehnung der Evakuierungen auf Westfalen dazu genötigt sah, lokale Forderungen nach weiteren Räumungstransporten zurückzuweisen, da die in Frage kommenden Anstalten so überfüllt seien, „daß Verlegungen, abgesehen von laufenden Sonderaktionen nicht mehr möglich sind".[257] Der Gegenbegriff „wilde Euthanasie" trifft nicht den Kern des Problems, denn die Radikalisierung der Gesundheitspolitik folgte einem präzis beschreibbaren

---

252 Aussage Dr. Kuhn im Freiburger Euthanasieprozeß, 8. 9. 1947, zit. nach Faulstich, Irrenfürsorge, S. 355.

253 So z. B. Wunder, Euthanasie, S. 147.

254 Wunder, Euthanasie, S. 12.

255 Der Reichsbeauftragte für die Heil- und Pflegeanstalten wies nur auf Nachfrage Plätze in auswärtigen Anstalten nach; Landgericht Düsseldorf, Urteil im Verfahren gegen Walter Creutz u. a., 24. 11. 1948, Justiz und NS-Verbrechen, Bd. 3, Nr. 102, S. 465–529, 487.

256 Linden an die Landesregierungen u. a., 5. 8. 1942, BAB, R 18/5576. Die Empfehlung des Reichsinnenministeriums, analog zum Kölner Beispiel zu verfahren, datiert ebenfalls erst vom 23. 9. 1942, Cropp an die Landesregierungen u. a., BayHStA, MA/106387.

257 Der Reichsbeauftragte für die Heil- und Pflegeanstalten an die Landesregierungen, Reichsstatthalter und Oberpräsidenten u. a., 24. 9. 1943, NRWHStA, Regierung Düsseldorf/54475-I. Mit den „Sonderaktionen" sind vermutlich die Verlegungen aus Hamburg und Westfalen gemeint.

Verlaufsmuster. Seit 1943 – im Rheinland schon ein Jahr zuvor – wurden gesundheitspolitische Entscheidungen zunehmend unter dem Zwang getroffen, lokal die medizinische Versorgung der Bevölkerung luftkriegszerstörter Städte zu gewährleisten.[258] Am Anfang der zweiten Euthanasiephase stand der Wunsch zahlreicher, durch die Luftangriffe tief verunsicherter Stadtverwaltungen, möglichst viele tatsächlich oder potentiell medizinischer Betreuung Bedürftige aus dem eigenen Verantwortungsbereich zu entfernen. Hauptzielgruppe waren zunächst die Alten und die chronisch Kranken. Die Geisteskranken in der Rheinprovinz waren zu dieser Zeit ein eher nachrangiges Problem, in den Augen der Gesundheitsverwaltung eine bis zur letzten Konsequenz vernachlässigbare Größe. Die Verlegungen aus den Riehler Heimstätten in die ehemaligen Heilanstalten setzten ein, nachdem die Suche des Kölner Gesundheitsamtes nach alternativen Räumlichkeiten, etwa in Wehrmachtslazaretten, gescheitert war.[259] Für die Stadtverwaltungen bestand die entscheidende Frage nicht darin, die Psychiatriepatienten zu ermorden oder am Leben zu lassen, wichtig war lediglich der durch ihren Abtransport freigewordene Raum.[260] Für sie spielte es kaum eine Rolle, ob der Zielort der Verlegungen eine der vergleichsweise sicheren kleineren Privatanstalten war, oder eine polnische Hungeranstalt. Die Insassen der Heil- und Pflegeanstalten, zunehmend auch die Alterssiechen, wurden in diesem System zur Verfügungsmasse, zur letzten Reserve eines zunehmend überlasteten Gesundheitssystems, das den Lebensraum der „Unproduktiven" mit dem Verweis auf angebliche Kriegsnotwendigkeiten immer weiter beschränkte. Der „Abtransport nach Osten" wurde ebenso wie der „überbezirkliche Ausgleich" zur Chiffre für eine auf Komplexitätsreduktion bedachte Strategie der städtischen Sozialverwaltungen, die den Tod der Verlegten zumindest billigend in Kauf nahmen. Es bedurfte hierzu gar keines besonderen Anstoßes seitens irgendwelcher Zentraldienststellen, da quer durch die Instanzen ein breiter Konsens der gesundheitspolitischen Entscheidungsträger darüber bestand, daß sowohl die gezielte Schmälerung der Gesundheit „Unproduktiver" wie auch deren systematische Tötung integraler Bestandteil der Aufrechterhaltung medizinischer Regelversorgung war.

Die große gesundheitspolitische Bewegungsfreiheit der Mittelinstanzen in diesem Zeitraum hing eng mit den Machtverschiebungen auf der Reichsebene zusammen. Die Entscheidungen zum Abtransport der Psychiatriepatienten wurden zwischen dem Juni 1942 und dem Juli 1943 getroffen, in einer Phase, in der der Einfluß der zentralen Dienststellen des Gesundheitswesens durch den manifest werdenden Machtverlust Contis erheblich zurückgegangen war, ohne daß die entstandene Lücke bereits durch neue Institutionen gefüllt werden konnte. Da die traditionellen gesundheitspolitischen Machtzentren durch den Autoritätsverlust Contis und die Entmachtung der Führerkanzlei, die bislang die politische Verant-

---

[258] Vgl. von Rönn, Marginalisierung, S. 280.

[259] Stadtverwaltung Köln, Amt 61-Mob., an den Reichsverteidigungskommissar Köln, 6. 6. 1942, StadtAK, Acc. 673/43.

[260] Der Provinzialverband Rheinland bemühte sich z. B. intensiv um die Verlegung von Patienten nach Belgien und Frankreich; Creutz an Kölner Regierungspräsidenten, 25. 2. 1943, ALVR, 13073, Bl. 63; vgl. Böhme/Lohalm, Wege, S. 20.

wortung für die Patientenmorde getragen hatte, in ihrer Handlungsfähigkeit stark beschränkt waren, und der Reichsbeauftragte für die Heil- und Pflegeanstalten Linden dieses Machtvakuum nicht vollständig ausfüllen konnte, kam den gesundheitspolitischen Mittelinstanzen sowohl bei der Bewältigung des Luftkriegs als auch bei der Radikalisierung der Psychiatriepolitik eine entscheidende Rolle zu. Sie griffen Anregungen der lokalen Gesundheitsbürokratie auf, bündelten sie und transformierten sie bei Bedarf auf die Reichsebene. Die Reichsverteidigungskommissare hatten aufgrund ihrer Doppelfunktion als Mitglieder der nationalsozialistischen Führungselite und regionale Machtträger im komplexen Herrschaftsgefüge des „Dritten Reiches" eine Schlüsselstellung zwischen der Regional- und der Zentralebene inne. Gauleiter radikalisierten eigenständig die Psychiatriepolitik und wirkten als Verstärker der stetig wachsenden Forderungen ihrer Städte. Im Warthegau[261], in Pommern[262], in der nördlichen Rheinprovinz/bzw. Hessen-Nassau und vor allem in Sachsen, trugen die Gauleitungen die Hauptverantwortung für die Ingangsetzung der Krankenmorde. Die Gaugesundheitsführer, dies zeigen die Vorgänge in den Gauen Köln und Sachsen, hatten als organisatorische Schnittstelle zwischen der Gauleitung und der inneren Verwaltung entscheidenden Anteil am Verlegungsgeschehen. Das in mehrere Gaue aufgeteilte Bayern mit seiner verhältnismäßig starken staatlichen Gesundheitsbürokratie scheint hier eher ein Sonderfall gewesen zu sein. Diese Betrachtungsweise legt es nahe, den Kreis der Verantwortlichen weiter zu ziehen, als dies der Blick aus der Perspektive der Zentralbehörden erlaubt. Die Mitwirkenden auf der mittleren und unteren Funktionärsebene, städtische Amtsärzte, Anstaltsdirektoren, die Medizinaldezernenten der Bezirksregierungen und Psychiatriedezernenten der preußischen Provinzialverbände, vor allem aber die Gauamtsleiter des Amtes für Volksgesundheit der NSDAP, beteiligten sich aktiv an der Reduktion der Lebenschancen psychisch Kranker.

Insgesamt gesehen, lassen sich die Befunde idealtypisch zu einem Verlaufsmodell verdichten, in dem Machtträger auf der Mittelebene der Verwaltung, insbesondere die Gauleiter und Reichsverteidigungskommissare, den Anstaltsärzten vor Ort breite Spielräume für die gewaltsame „Lösung" von regional wahrgenommenen psychiatrischen Überfüllungskrisen einräumten. Diese regionalen Initiativen wurden von einer Gruppe ehemaliger T4-Psychiater um Hermann Nitsche und Max de Crinis aufgegriffen, um den Massenmord an den geistig Behinderten neu aufleben zu lassen. Diese Entwicklung läßt sich jedoch kaum mit dem Begriff der Zentralisierung fassen, denn der Euthanasiekomplex verfügte lediglich – und auch nicht uneingeschränkt – über die Verlegungstransporte. Sein Einfluß auf die Behandlung der Patienten innerhalb der Anstalten, die nicht zu den expliziten Tötungsanstalten zählten, blieb dagegen begrenzt.

Es scheint daher sinnvoll, die zweite Welle der Krankenmorde als regionalisierte „Euthanasie" in zweifacher Hinsicht abzugrenzen: Erstens von Begrifflichkeiten, die unter dem Stichwort „wilde Euthanasie" die Bedeutung einzelner Akteure aus den Reihen der Anstaltsärzte als einzige Quelle, aus der sich die zweite

261 Dazu Rieß, Anfänge.
262 Bernhardt, Anstaltspsychiatrie, S. 11.

Mordwelle speiste, in unzulässiger Weise betonen und dabei die Koordination von Verlegungen und Tötungen auf der regionalen Ebene zu wenig beachten, und zweitens auch von empirisch unzureichend fundierten Interpretamenten, die unter dem Schlagwort „Aktion Brandt" Handlungsmöglichkeiten zentraler Dienststellen überbewerten und so die Bedeutung der Regionen als entscheidendem Handlungsraum der Krankenmorde in der zweiten Euthanasiephase analytisch nicht fassen können.[263]

Verlaufsgeschichtlich erscheinen die Geisteskrankenmorde der zweiten Euthanasiephase als zunehmend radikalisierte Improvisationen, deren wichtigste Determinante im Konsens aller Handlungsträger bestand, das Funktionieren des Gesundheitssystems unter den Bedingungen des Luftkriegs durch den Zugriff auf die Ressourcen der Psychiatrie aufrecht zu erhalten. Die Spannweite der möglichen Lösungen reichte von der Verlegung der Anstaltsinsassen über die Schmälerung ihrer Lebenschancen bis hin zur gezielten Tötung. Im Gegensatz zur „Aktion T4" war diese zweite Euthanasie-Phase nicht durch eine einheitliche Strategie und zentrale Anleitung, sondern durch das Nebeneinander zentraler Lenkungsversuche, regionaler Initiativen und lokaler, durch den Euthanasiekomplex im nachhinein sanktionierter Einzelaktionen geprägt, bei denen die Geisteskranken zwischen den verschiedenartigen Interessen der Handlungsträger förmlich zerrieben wurden.

[263] Blasius, Seelenstörung, S. 182, hat zur Kennzeichnung der zweiten Phase das Begriffspaar „‚Euthanasie' von ‚oben'" vs. „‚Euthanasie' von ‚unten'" vorgeschlagen, das mit der von mir verwendeten Begrifflichkeit in seiner Skepsis gegenüber zentralistischen Interpretamenten übereinstimmt. Allerdings scheint es mir die entscheidende Mittelebene der Verwaltung nicht genügend zu konturieren. Die „Euthanasie von unten" umfaßt nur den wichtigen Handlungsstrang der Anstaltspsychiater.

VII. Normen und Praxis ärztlichen Handelns

Die Beziehungen zwischen Ärzten und ihren Patienten sind für die Beschaffenheit einer medikalen Kultur ähnlich bedeutsam wie die Menge der verfügbaren medizinischen Ressourcen und der Modus ihrer Verteilung. Die Frage nach Kontinuität und Wandel in diesen Beziehungen lenkt den Blick auf das Feld des medizinischen Alltagshandelns, desjenigen Bereichs ärztlicher Tätigkeit, der als „Normalmedizin" von weiten Teilen der Bevölkerung erfahren werden konnte. Auch wenn man einwenden kann, daß immer dann, wenn im „Dritten Reich" von „Normalmedizin" die Rede ist, auch diejenigen Kranken mitzudenken sind, für die es keine reguläre medizinische Behandlung mehr gab – Juden, als „erbkrank" verfemte, Zwangsarbeiter und in den letzten Kriegsjahren zunehmend auch alte und chronisch kranke Patienten[1] –, ist der Blick auf das ärztliche Alltagshandeln unerläßlich, denn Medizin war nicht nur als Element des nationalsozialistischen Terrorregimes in den Herrschaftsalltag des „Dritten Reiches" eingebunden, sondern auch als Bestandteil einer Normalität, die das Funktionieren und Weiterbestehen dieser Herrschaft erst ermöglichte. Hier trafen nationalsozialistischer Umgestaltungswille und ein festgefügtes ärztliches Rollenverständnis aufeinander. Die Frage nach Kontinuität und Wandel in den Arzt-Patienten-Beziehungen ist daher auch eine Frage nach der Eindringtiefe des Nationalsozialismus in die deutsche Gesellschaft.

Daß man bislang nur wenig über die Arzt-Patienten-Beziehungen während der NS-Herrschaft weiß, resultiert zum Teil daraus, daß sich dieser intime Bereich dem Historiker ungleich schwerer erschließt als die politisch gesetzten Standards der medizinischen Versorgung. Zwar fehlt es nicht an Belegen für den Willen des Regimes, gerade diesem Bereich seinen Stempel aufzuprägen,[2] doch sind Quellen, die einen direkten Einblick in die Praxis ärztlichen Handelns erlauben, ausgesprochen selten.[3] Einige Hinweise, wie Patienten in der NS-Zeit ärztliches Handeln wahrnahmen, geben die Berichte des Sicherheitsdienstes der SS, der ein wachsames Auge darauf hatte, wie die Deutschen über ihr Gesundheitswesen dachten. Die meisten ärztlichen Selbstzeugnisse aus der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts blenden diesen Aspekt medizinischer Berufsausübung dagegen aus. Dort, wo die Arzt-Patienten-Beziehung zum Gegenstand von Verwaltungshandeln wurde und sich in Behördenakten niederschlug, hat man es zumeist mit Extremfällen zu tun, etwa dann, wenn sich ein Patient beschwerdeführend an die Medizinalverwaltung wandte, einen Arzt, was sehr selten vorkam, juristisch belangte, oder wenn ärztliches Handeln aus der Sicht des Regimes tadelnswürdig war.

---

1 Vgl. Jäckle, Pflicht, S. 59f.; für die jüdischen Patienten Kater, Medicine, S. 409f.; für die Zwangsarbeiter Heusler, Ausländereinsatz, S. 344–386.

2 So etwa das als Programmschrift angelegte Buch des Schulungsreferenten im Hauptamt für Volksgesundheit, Rudolf Ramm, Rechts- und Standeskunde, das „dem Studierenden der Medizin und dem Jungarzt Weggenosse und Wegweiser" (S. VI) sein wollte.

3 Kudlien, Fürsorge, S. 99f.

Ein Versuch, ärztliches Handeln in den Jahren der nationalsozialistischen Herrschaft zu erfassen, sollte drei Problemebenen unterscheiden: die intentionale Ebene medizinethischer und professioneller Normen, die die Zielrichtung der vom NS-Regime angestrebten Veränderungen markierten, die Ebene tatsächlich realisierter Veränderungen in der medizinischen Praxis und die Ebene der Wahrnehmung und Verarbeitung ärztlichen Handelns durch die Patienten.

Die angestrebten Veränderungen auf der intentionalen Ebene medizinethischer und professioneller Normen sind leicht zu greifen. „Der deutsche Arzt soll Volksführer sein!"[4] Dieses Postulat des Reichsärzteführers Wagner konnten sich viele der in der Zwischenkriegszeit arg gebeutelten Mediziner leicht zu eigen machen. Das nationalsozialistische Konzept der Gesundheitsführung rückte den Arzt als erbbiologischen Experten eng in die Nähe der Staatsmacht, unterstrich seine bevorzugte Stellung gegenüber anderen Heilberufen und gab seiner ins Wanken geratenen Autorität gegenüber dem Patienten neuen Halt.[5] Der neue deutsche Arzt sollte, so der Reichsärzteführer Wagner auf dem Parteitag 1937, „den deutschen Menschen nicht nur körperlich betreuen, sondern auch seelisch [...] führen nach den Glaubenssätzen unserer nationalsozialistischen Weltanschauung".[6] Der entscheidende Punkt liegt weniger im Entwurf einer hierarchischen Arzt-Patienten-Beziehung, die in den Reden Wagners zum Ausdruck kommt. Diese Vorstellung war durchaus zeitgenössisch. Vielmehr markiert die Unterordnung der Arzt-Patienten-Beziehung unter die Glaubenssätze der nationalsozialistischen Weltanschauung den Kern der angestrebten Veränderung eines Verhältnisses, das Ärzte bislang gerade durch seinen apolitischen Charakter definiert hatten.[7] Gegen den „Wahn von der Gleichheit"[8] und die am medizinischen Bedarf orientierte Gesundheitsversorgung setzten die Nationalsozialisten ein Konzept medizinischer Versorgung, das auf der „naturgegebenen Ungleichheit der Menschen" basierte und Gesundheitsressourcen nach rassistischen Wertigkeitskriterien und gesellschaftlichen Nützlichkeitskalkülen zuteilte. Nicht mehr der einzelne Mensch und sein kranker Körper standen im Mittelpunkt dieser Medizin, sondern „das Recht und die Notwendigkeiten des gesamten Volkes".[9] Die Heiler-Identität des Arztes wurde auf diese Weise durch neue, machtvolle Attribute erweitert und teilweise beiseite geschoben. Ärztliches Handeln sollte nicht mehr von medizinischen Rationalitätskriterien geleitet werden, sondern in erster Linie von den Vorgaben des nationalsozialistischen Staates. Der „Gesundheitsoffizier", der „Priesterarzt" der Neuen Deutschen Heilkunde, der „Erbheger" im Gesundheitsamt und der

---

[4] G. Wagner, Die Stellung des Arztes im Neuen Deutschland. Vortrag auf dem 3. Internationalen Kongress für das ärztliche Fortbildungswesen in Berlin, in: Ziel und Weg 7 (1937), S. 394–397, 396.

[5] Zur sogenannten „Krise der Medizin" vgl. Wolf, Interessen, S. 124–130.

[6] G. Wagner, Ziele der nationalsozialistischen Gesundheitspolitik. Rede Wagners auf dem Reichsparteitag der NSDAP 1937, in: Ziel und Weg 7 (1937), S. 493.

[7] Thomsen, Ärzte, S. 63.

[8] Unser Reichsärzteführer spricht. Rede Gerhard Wagners auf dem Reichsparteitag 1935, in: Ziel und Weg 5 (1935), S. 431–438, 431.

[9] Unser Reichsärzteführer spricht. Rede Gerhard Wagners auf dem Reichsparteitag 1936, in: Ziel und Weg 6 (1936), S. 509–515, 512.

„Volksarzt", der an die Stelle des überholten Individualarztes treten sollte[10] – alle diese Begriffe sind Chiffren für ein gesundheitspolitisches Konzept, das den Arzt über den Patienten stellte und ihn gleichzeitig zum Werkzeug eines Gesundheitssystems machte, das das Wohl des einzelnen Kranken den Interessen der nationalsozialistischen „Volksgemeinschaft" unterordnete. Von diesem Standpunkt aus konnte auch ärztliches Handeln gerechtfertigt sein, das nicht mehr der Hilfe für den einzelnen Kranken diente, sondern den übergeordneten Zwecken des „Volkskörpers" nützlich war, so daß der Arzt bei einer Kollision beider Zielsetzungen leicht zum Täter an seinem Patienten werden konnte.[11] Bei Bedarf, so ein Vertreter der Rüstungswirtschaft, hätte der Arzt „den Arbeiter auch einmal gegen sein medizinisches Gewissen davon zu überzeugen, daß er stark genug für die Arbeit sei".[12] Und in letzter Konsequenz konnte eine am „Volkskörper" orientierte medizinische Standesethik während des Krieges unter Ärzten für die Krankenmorde werben, indem sie die wirtschaftliche Belastung der Allgemeinheit durch Geisteskranke herausstellte.[13]

Die hier skizzierten Veränderungen auf der Ebene der standespolitischen und medizinethischen Diskussion lassen freilich nur sehr bedingt Schlüsse darüber zu, wieweit solche Konzepte in die tägliche Praxis ärztlichen Handelns vordrangen. Gerade die Behandlung der Fälle, in denen Mediziner erkennbar gegen tradierte ärztliche Standespflichten verstießen, zeigt, daß sich das Arzt-Patienten-Verhältnis nicht ohne weiteres unter das Diktat des Politischen stellen ließ. Wenige Monate vor dem Beginn des Zweiten Weltkrieges verurteilte der Reichsärztegerichtshof einen Arzt, der einen schwer mißhandelten Arbeitslagerinsassen nur oberflächlich untersucht hatte, zu einer empfindlichen Geldstrafe. Der Urteilstenor rügte den „erschreckenden Mangel an Pflichtgefühl und Verantwortungsbewußtsein" des verurteilten Arztes. Dieser sei „wie nur irgendeines geeignet [...] das Ansehen des ärztlichen Standes und das Vertrauen zur Ärzteschaft zu untergraben".[14]

Seit September 1939 prägten kriegsbedingte Veränderungen die Arzt-Patienten-Beziehung. Zuvorderst wurde ärztlicher Rat knapper und damit wertvoller. Anfang 1944 standen der Zivilbevölkerung im Durchschnitt etwa halb so viele Ärzte zur Verfügung wie vor Kriegsbeginn, wobei der Ärztemangel in den ländlichen Gebieten teilweise noch weitaus gravierendere Formen annahm als in dichter

---

[10] Ramm, Rechts- und Standeskunde, S. 80.

[11] Bei den hier zugespitzt markierten Veränderungslinien darf freilich nicht außer acht gelassen werden, daß zentrale Bereiche des ärztlichen Verhaltenskodex weiterhin Bestand hatten. Auch nationalsozialistische Programmschriften betonten die konstitutive Bedeutung der Vertrauensbasis für die Arzt-Patienten-Beziehung, seine Sorgfaltspflichten gegenüber dem Patienten und die Bedeutung der ärztlichen Schweigepflicht; Ramm, Rechts- und Standeskunde, S. 96, 100, 112f.

[12] Aktenvermerk vom 13. 4. 1937, BA-MA, Wi I F 5/1223–1, Bl. 2., zit. nach Wuttke, Ideologien, S. 170.

[13] Ramm, Rechts- und Standeskunde, S. 103f.; dagegen allerdings entschieden der aus einer Einführungsvorlesung entstandene Abriß des Göttinger Klinikers Gruber, Ethik, S. 27–29; für diese Position vgl. auch Kersting, Anstaltsärzte, S. 322f.

[14] Urteil des Ärztegerichtshofes gegen Hans F., 13. 1. 1939, AKBV/135.

besiedelten Regionen.[15] Vor allem jedoch gewann das ärztliche Urteil Einfluß auf immer größere Lebensbereiche, da Wirtschaftsämter und Händler die Zuteilung knapper Güter in zunehmendem Maße von einem medizinisch begründeten Bedarf abhängig machten und „jede kriegsnotwendige Einschränkung auf irgendeinem Gebiet sofort dazu führ[t]e, daß die Bevölkerung"[16] sich „zur Umgehung der Einschränkung [...] zwecks Ausstellung von Bescheinigungen an die Ärzte" wandte. Anfangs wurden nur gesundheitsrelevante Sonderleistungen, besonders Lebensmittelzulagen, von ärztlichen Bescheinigungen abhängig gemacht, später immer häufiger auch Transportmöglichkeiten und der Erwerb von Gegenständen des täglichen Bedarfs wie Schuhwerk und Kleidung.[17] Im November 1944 stellten deutsche Ärzte allein für zusätzliche Nahrungsmittel mehr als eine halbe Million Bescheinigungen aus.[18]

Darüber, wie Ärzte ihren kranken Patienten unter diesen Bedingungen gegenübertraten, wissen wir wenig. Auch wenn Hinweise dafür vorliegen, daß einige Ärzte, z.B. bei der Behandlung von Tuberkulosekranken und Alten, auf eigene Faust zwischen volkswirtschaftlich „nützlichen" und in ihren Augen weniger „nützlichen" Patienten unterschieden,[19] scheint die Mehrzahl der Mediziner weiterhin „normal" - d.h. im Sinne herkömmlicher ärztlicher Heilkunst – behandelt zu haben. Ein Großteil der Fälle, in denen sich Patienten über das Gesundheitswesen beklagten, kam dadurch zustande, daß zu wenig Ärzte verfügbar waren. Die Wartezeiten in überfüllten Sprechzimmern im Verein mit einer spürbar reduzierten Dauer des Arztkontaktes erzeugte bei vielen Patienten das Gefühl, schlechter als zuvor behandelt zu werden. Seit 1941 stieg die Zahl der überlastungsbedingten Kunstfehler deutlich, zudem führte das Fernbleiben von Ärzten auch bei akut behandlungsbedürftigen Krankheiten zu erheblicher Unruhe unter der Bevölkerung.[20] Trotzdem prägte Normalität unter den eingeschränkten Bedingungen des Krieges die Mehrheit der Arzt-Patienten-Kontakte. Zwei Handlungsfelder, in denen die Funktionserwartungen des nationalsozialistischen Staates an Ärzte und Patienten mit deren traditionellen Verhaltensmustern in Konflikt gerieten, sind besonders geeignet, diese These zu überprüfen: die Einbindung von Medizinern in die Rassenpolitik des „Dritten Reiches" und die Testatpraxis niedergelassener Ärzte.

Während sich ein erheblicher Teil der nicht katholisch gebundenen Ärzte bereitwillig an der Durchsetzung der nationalsozialistischen Erbgesundheitspolitik beteiligte, entzogen sich viele Mediziner den Versuchen des Regimes, den Zugang

---

15 Vgl. Tab. C.2; S. 192–200.

16 Boberach, SD-Berichte, 30. 4. 1942, Bd. 10, S. 3692f.

17 Conti an Wächtler, 30. 4. 1942, StAB, M 30/846; Boberach, SD-Berichte, 6. 10. 1941, Bd. 8, S. 2832; 19. 1. 1942, Bd. 9, S. 3227f.

18 Berechnet anhand der Kostenaufstellungen der Ärztekammern Baden, Westfalen-Nord und Westfalen-Süd für November 1944, BAB, R 18/3817 (ohne die Ärztekammern Sudetenland und Wartheland).

19 Vgl. S. 295, 300–304.

20 Exemplarisch: die Urteile des Ärztegerichtshofes gegen Dr. Helmut A. und Dr. Willi O., 10. 10. 1941, AKBV/134, die die bei Ohnmacht vorgeschriebenen Hausbesuche verweigert hatten; Boberach, SD-Berichte, 6. 10. 1941, Bd. 8, S. 2831; vgl. S. 196.

zur Gesundheitsversorgung nach rassistischen Wertigkeitskriterien zu hierarchisieren.[21] Zahlreiche Ärzte, in einigen Fällen auch prononcierte Nationalsozialisten, behandelten ihre jüdischen Patienten auch nach der nationalsozialistischen Machtergreifung, teilweise bis in die Kriegsjahre hinein.[22] Umgekehrt hielten viele nichtjüdische Patienten an ihren jüdischen Ärzten fest, auch wenn sie deswegen, etwa als Beamte, erhebliche Nachteile zu befüchten hatten.[23] Offenbar bildeten langfristig gewachsene Bindungen zwischen Ärzten und Patienten eine Barriere gegen das Eindringen nationalsozialistischer Maximen in das medizinische Alltagshandeln. Als während des Krieges feste Arztbezirke eingerichtet werden sollten, um das knappe Benzinkontingent der Landärzte rationeller zu nutzen, reagierte die Bevölkerung empört. Die „Einschränkung der freien Arztwahl und damit auch die Vernichtung des Gedankens des Hausarztes"[24], so ein SD-Bericht vom Dezember 1942, habe „in der Bevölkerung starken Unwillen hervorgerufen", und zu „einer unaufhörlichen Kette des Mißtrauens, der Unzufriedenheit und der Meckerei" geführt, da „durch eine solche Maßnahme eine in vielen Fällen schon seit Jahrzehnten bestehende familiäre Betreuung durch den Hausarzt, wie sie gerade auf dem Lande und in den kleineren Städten auch heute noch üblich sei, unmöglich gemacht werde". Auch dieser Protest kann als Indiz für das Weiterbestehen tradierter Arzt-Patienten-Bindungen gewertet werden.

Daß sich ärztliches Handeln damit allein nicht hinreichend erklären läßt, zeigt allerdings das Beispiel der Zwangsarbeiter, zu denen solche Solidarbeziehungen nicht bestanden. Auch wenn die Richtlinien des Regimes die medizinische Diskriminierung der Zwangsarbeiter vorschrieben und Patienten sich über deren Anwesenheit in den Sprechzimmern und Krankensälen beschwerten,[25] scheint die große Mehrheit der Ärzte in Einrichtungen des zivilen Gesundheitswesens solche Vorschriften nicht befolgt und diese Patientengruppe nach den Regeln der ärztlichen Kunst behandelt zu haben.[26] Charakteristisch dafür, wie Amtsinhaber des nationalsozialistischen Gesundheitswesens auf solche Nachrichten reagierten, sind die Äußerungen des thüringischen KVD-Funktionärs und Gaugesundheits-

---

[21] Etwa ein Siebtel der Sterilisationsanzeigen nach dem Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses erfolgte durch Ärzte, die nicht im öffentlichen Gesundheitsdienst beschäftigt waren; Vossen, Gesundheitsämter, S. 244 f., dagegen finden sich bei Kersting, Anstaltsärzte, S. 265 f., Hinweise auf Formen passiver Verweigerung westfälischer Ärzte gegen die Mitwirkung an Zwangssterilisationen.

[22] Zimmermann, Jena, S. 99 f.; Forßmann, Selbstversuch, S. 211 f.; Urteil des Ärztegerichtshofes gegen Dr. Gustav F., 15. 11. 1940, AKBV/135; Spruchkammerverfahren Prof. Hermann W., BayHStA, MSo/1240.

[23] Behnken, Sopade-Berichte 1935, Bd. 2, S. 115; Drecoll/Schleusener/Winstel, Verfolgung, S. 51 f.

[24] Boberach, SD-Berichte, 17. 12. 1942, Bd. 12, S. 4579.

[25] Stimmungsbericht der NS–Frauenschaft, Gau Essen, Anhang zum Tätigkeitsbericht der Reichsfrauenführung, Februar/März 1941, S. 46, BAB, NS 22/925. Unmittelbar davor war die gemeinsame Behandlung osteuropäischer Zwangsarbeiter mit deutschen Patienten aufgrund von Beschwerden aus der Bevölkerung untersagt worden; BAB, Conti, Rundschreiben an die Ober- und Regierungspräsidenten, 27. 1. 1941, BAB, R 18/5576.

[26] Boberach, SD-Berichte, 5. 3. 1942, Bd. 9, S. 3415; 30. 7. 1942, Bd. 11, S. 4026 f.; Bericht des SD-Leitabschnitts Breslau, 17. 10. 1944, ZAhdS, 500/3/764; Heusler, Arbeitseinsatz, S. 367.

führers Rhode. Dieser beklagte, „daß verschiedene Berufskameraden bei der Behandlung von Kriegsgefangenen eine völlig unverständliche Haltung einnehmen".[27] Eine medizinische Vollversorgung dieser Patienten durch deutsche Ärzte sei nicht angängig, Krankenhausbehandlung käme nur bei Lebensgefahr in Frage. „Es müßte für jeden deutschen Arzt eine Selbstverständlichkeit sein, daß die ärztliche Behandlung bei Kriegsgefangenen auf das Maß des unbedingt Notwendigen zu beschränken ist." Noch stärker trat der Konflikt zwischen traditionellen berufsethischen Vorstellungen und den rassenpolitischen Postulaten des „Dritten Reiches" bei der Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen an russischen und polnischen Zwangsarbeiterinnen zu Tage. Da aufgrund des Arbeitskräftebedarfs schwangere Ostarbeiterinnen nicht mehr wie bisher in ihre Heimatgebiete zurücktransportiert werden sollten, hatte das NS-Regime im Frühjahr 1943 das bis dahin strikte Abtreibungsverbot gelockert und die Durchführung der Abbrüche in die Hände der regionalen Ärztekammern gelegt.[28] Schwangerschaftsabbrüche galten jedoch für die Mehrzahl der Ärzte als berufsethisch nicht vertretbar.[29] Daher hatte das Regime nicht nur in katholischen Regionen Schwierigkeiten, Ärzte zu finden, die den Eingriff durchführten.[30]

Ein zweites, aus der Sicht des Regimes womöglich noch wichtigeres Konfliktfeld bildete die medizinische Definitionsgewalt über die Scheidelinie zwischen krank und gesund und die daraus resultierenden Folgen. Die Politik der Reichsärzteführung war in diesem Punkt von erheblichem Mißtrauen gegenüber ihren in der Allgemeinpraxis tätigen Standeskollegen geprägt, sofern sich aus dem ärztlichen Urteil Folgen für die Zuteilung knapper Lebensmittel oder die Arbeitsfähigkeit der Patienten ergaben. Testate über medizinisch begründete Lebensmittelzulagen bedurften seit Kriegsbeginn der Gegenprüfung durch die Reichsärztekammer, die diese Aufgabe an ausgewählte Ärzte, zumeist örtliche Mitarbeiter des Hauptamtes für Volksgesundheit und Funktionäre der ärztlichen Bezirksvereinigungen, übertrug.[31] Die wiederholten Reglementierungsanstrengungen und Verurteilungen von Ärzten, die gegen diese Bestimmungen verstoßen und teilweise ohne eingehende Untersuchungen zusätzliche Lebensmittel verordnet hatten, weisen jedoch darauf hin, daß Ärzte die vom NS-Regime vorgegebenen Beurteilungskriterien keineswegs durchgängig befolgten und auch Gefälligkeitsatteste

---

[27] Rundschreiben der KVD-Landesstelle Thüringen 6/41 vom 25. 9. 1941, ThüHStA, KVD/6.

[28] Conti an die Gauämter für Volksgesundheit, 11. 3. 1943, StAA, NSDÄB Augsburg-Land/1; Rundschreiben des RMdI an die leitenden Medizinalbeamten, 8. 7. 1943, NRWHStA, Regierung Düsseldorf/55185-II, Bl. 441.

[29] Aus der Sicht der zeitgenössischen Medizinethik Ramm, Rechts- und Standeskunde, S. 101; Gruber, Ethik, S. 28f.

[30] Monatsbericht des Regierungspräsidenten von Oberbayern, 7. 6. 1944, S. 17, BayHStA, MA/106695; Flugplatzkommando Finsterwalde an das Gesundheitsamt Luckau, 22. 10. 1943, BrLHA, Br. Pr. Rep. 45 D/185.

[31] Von 20 Prüfungsbeauftragten für Atteste über Zusatzlebensmittel im Gebiet der Ärztekammer Thüringen waren 11 Mitarbeiter der NSDAP-Ämter für Volksgesundheit, vier amtierten als Vorsitzende der ärztlichen Bezirksvereinigungen; Verzeichnis der Genehmigungsstellen für die Gewährung von Lebensmittel-Zulagen wegen Krankheit im Bereich der Ärztekammer Thüringen, September 1939, ThüHStA, KVD/170–72.

nicht eben selten waren.[32] Deutlicher noch gilt dies für den zentralen Bereich der gesundheitsbedingten Arbeitsunfähigkeit. Vertreter der Rüstungswirtschaft, der Arbeitseinsatzbehörden und des SD sahen in der „reichlich weiche(n) Beurteilung seitens der meisten Ärzte"[33] die Hauptursache der seit Kriegsbeginn steigenden Krankenstände. Besonders Ärzte in der freien Praxis, so die Beschwerde, zögen sich hinter ihre Verantwortung für die Gesundheit der Patienten zurück und zeigten „Hemmungen [...] von sich aus, so wie es bei der außerordentlich angespannten Arbeitsmarktlage notwendig wäre, durchzugreifen".[34] „Jeder der sich um die Arbeit drücken will", so klagte die Leitung eines chemischen Großbetriebs in Brandenburg, „läuft zum Arzt, weil er genau weiss, dass ihm der Arzt alles bescheinigt, was er für seine Drückerei braucht".[35] Insbesondere Frauen könnten mit Bestimmtheit damit rechnen, krank geschrieben zu werden oder einige Tage Schonung verordnet zu bekommen.[36] Zur Behebung dieses aus ihrer Sicht unhaltbaren Zustands begnügte sich die Reichsärzteführung nicht mit kollegialen Appellen. In zunehmend kürzeren Abständen, seit 1943 bereits drei Tage nach der Krankschreibung, überprüften Vertrauensärzte das Urteil des behandelnden Arztes.[37] Gauamtsleiter des Hauptamtes für Volksgesundheit bedrohten Mediziner, die bei der Ausstellung von Attesten nicht die „notwendige Härte"[38] an den Tag legen wollten, mit Approbationsentzug, Geld- und Freiheitsstrafen. Trotzdem, so klagte ein Vertreter der Landesversicherungsanstalt Oberbayern, zeigten alle Versuche, die Einstellung der Ärzte zu ändern, „leider nur vorübergehende Erfolge".[39]

Insgesamt deuten diese Befunde eher auf eine niedrige Eindringtiefe nationalsozialistischen Gedankengutes in die ärztliche Praxis hin. Dies läßt sich nur schwer mit der bekanntermaßen hohen Affinität von Medizinern zur Hitlerpartei und der großen Zahl der NS-Verbrechen, an denen Ärzte beteiligt waren, in Einklang

---

[32] Urteil des Ärztegerichtshofes gegen Dr. Hugo R., 21. 10. 1942, AKBV/134; Urteil des Ärztegerichtshofes gegen Dr. Josef B., 3. 6. 1943, ebenda. In beiden Fällen wurden Ärzte wegen der leichtfertigen Ausstellung von Zeugnissen für Lebensmittelzulagen für Schwangere verwarnt.

[33] Bericht des Referenten des Beauftragten des Reichsministeriums für Bewaffnung und Munition im Wehrkreis XII, o.D., Abschrift als Anlage zum Schreiben der KVD Baden-Elsaß an das Hauptamt für Volksgesundheit, 11. 5. 1942, BAB, R 18/3758.

[34] Betriebskrankenkasse der Mitteldeutschen Stahlwerke AG an die Landesstelle Sachsen des Reichsverbandes der Betriebskrankenkassen, 30. 5. 1944, SächsHStA, Stahl- und Walzwerk Riesa/20.19 (Zitat); SD-Leitabschnitt München, Bericht über Produktionsausfall durch Krankheit und Urlaub, 31. 7. 1944, ZAhdS, 500/3/764.

[35] Aktenvermerk der kaufmännischen Abteilung der Kurmärkischen Zellwolle u. Zellulose AG/Wittenberge, 25. 5. 1940, BrLHA, Br. Pr. Rep. 75/53.

[36] Bericht des SD-Leitabschnitts Breslau, 17. 10. 1944, ZAhdS, 500/4/74; SD-Leitabschnitt München, Bericht über Produktionsausfall durch Krankheit und Urlaub, 31. 7. 1944, ebenda.

[37] Vgl. S. 246.

[38] Klinger, Wege, S. 100 (Zitat); Rundschreiben des Gauamtes für Volksgesundheit Bayerische Ostmark, I. Vierteljahr 1943, abgedruckt im Bericht des SD-Abschnitts Bayreuth vom 27. 4. 1943, StAB, M 30/1043.

[39] Landesversicherungsanstalt-Oberbayern an das Reichsversicherungsamt, Abteilung Kranken- und Invalidenversicherung, 14. 11. 1942, BAB, R 89/5372, Bl. 135.

bringen. Eine mögliche Erklärung für diese Diskrepanz besteht darin, daß vielen Ärzten die Nagelprobe der Aufgabe des Nicht-Schaden-Prinzips schlichtweg erspart blieb. Der von Ernst Fraenkel beschriebene „Doppelstaat" in seiner Verschränkung von nationalsozialistisch durchdrungenen, kriminalisierten Lebensbereichen und Zonen der Normalität, die zur Stabilisierung der Herrschaftsordnung unerläßlich waren, war auch im Gesundheitswesen anzutreffen. Spezifisch nationalsozialistische Medikalisierungsstrategien wie die Zwangssterilisationen oblagen zumeist dem öffentlichen Gesundheitsdienst und waren als Maßnahmemedizin dem Handlungsfeld des praktischen Arztes weitgehend entzogen.

Eine weitere mögliche Erklärung für die Stabilität des Arzt-Patienten-Verhältnisses über den politischen Umbruch hinweg gründet in der fortgesetzten Bedeutung merkantiler Erwägungen für das ärztliche Handeln. Solange ein halbwegs freier Markt für medizinische Dienstleistungen bestand, waren niedergelassene Ärzte auf die Zufriedenheit der Behandelten, auf die Wiederkehr ihrer Patienten angewiesen. Gerade die spezifisch nationalsozialistischen Ausprägungen der Medizin, etwa die „Neue Deutsche Heilkunde", wurden von der Bevölkerung nicht akzeptiert und Ärzte, die dezidiert im Sinne des Regimes praktizierten, wenn irgend möglich, von den Kranken gemieden.[40]

Der nationalsozialistische Umgestaltungsanspruch wurde zudem entscheidend begrenzt durch das aus der Sicht des Regimes ungünstige Verhältnis zwischen seiner Fähigkeit, kurzfristige Veränderungen herbeizuführen, und dem stabilen beruflichen Selbstbild der praktizierenden Ärzte, die ausgesprochen sensibel auf Versuche medizinfremder Instanzen reagierten, Zugriff auf die individualisierte Beziehung zwischen Arzt und Patient zu erlangen. Der alltägliche Umgang des Arztes mit seinem kranken Patienten war das Produkt einer professionellen Sozialisation von hoher Prägekraft, die sich schnell wirksamen Umgestaltungsversuchen weitgehend entzog. Das hohe Durchschnittsalter der im Zivilleben verbliebenen Mediziner wirkte den vom NS-Regime beabsichtigten Veränderungen entgegen, so daß der Krieg hier nicht als Katalysator von Veränderungen, sondern eher als Ursache der Beharrung wirkte. Etwa die Hälfte der während des Krieges in Deutschland praktizierenden Ärzte hatte das 50. Lebensjahr bereits überschritten und war noch im Kaiserreich und den Anfangsjahren der Weimarer Republik professionell sozialisiert worden.[41] Gerade diese „älteren Herren der Ärzteschaft"[42] galten als besonders entgegenkommend gegenüber ihren Patienten. Ihr berufliches Selbstverständnis basierte zwar auf dem Modell einer stark hierarchisch geprägten Arzt-Patienten-Beziehung, diese blieb allerdings weiterhin an das Ideal ärztlicher Hilfe für den einzelnen Kranken gebunden und dem Zugriff des Staates weitgehend entzogen. Die Krankenhilfe orientierte sich an einem über Jahrzehnte hinweg eingeschliffenen medizinischen Erfahrungswissen, das festge-

---

[40] Kudlien, Fürsorge, S. 103; Rüther, Standeswesen, S. 187.

[41] Tab. C.2.

[42] Landesversicherungsanstalt Sachsen an die Landesgeschäftsstelle Sachsen des Reichsverbandes der Betriebskrankenkassen, 5. 6. 1944, Anlage C, Anregungen zum Krankenstand, SächsHStA, Stahl- und Walzwerk Riesa/20.19 (Zitat); Bericht des SD-Leitabschnitts Breslau, 17. 10. 1944, ZAhdS, 500/4/74.

fügte Vorstellungen über angemessene Therapien, erforderliche Schonungszeiten für Kranke und medizinisch begründete Diätvorschriften enthielt, und sich gegenüber nationalsozialistischen Abänderungsversuchen als weitgehend resistent erwies. Die traditionell hohe, in den Kassenkämpfen der Weimarer Republik politisierte Bedeutung, die Ärzte ihrer professionellen Autonomie beimaßen, stabilisierte den etablierten Kanon medizinischer Therapie.[43] Bei jüngeren Ärzten, die ihre berufliche Sozialisation in den späten zwanziger und frühen dreißiger Jahren durchliefen, als sich die ökonomische Depravation der Ärzteschaft mit einer Krise des beruflichen Selbstverständnisses paarte, scheint die Bereitschaft, sich auf den vom Nationalsozialismus propagierten Wandel einzulassen, und diese Art der Behandlung auch auf den Normalpatienten zu übertragen, im Durchschnitt größer gewesen zu sein. Entsprechend häufiger waren die Klagen der Patienten über Angehörige dieser Alterskohorte.

Insgesamt gesehen also kaum nennenswerte Veränderungen? Wohl eher nicht. Längst nicht alle Ärzte entzogen sich den nationalsozialistischen Umgestaltungsplänen. Die universitäre Forschung zeigte sich zum Beispiel sehr empfänglich für die neuen politischen Vorgaben, indem sie immer mehr Krankheiten erbbiologisch interpretierte.[44] Inwieweit solche Konzepte aus der medizinischen Diskussion in die Praxis der Normalmedizin vordrangen, läßt sich nur schwer bestimmen. Sicher ist, daß ihr Eindringen in die vom staatlichen Gesundheitswesen betriebene „Medizin gegen Unbrauchbare"[45] zur hunderttausendfachen Verletzung des für die Arzt-Patienten-Beziehung konstitutiven Nicht-Schaden-Prinzips geführt hat. Die mehr als 360000 Zwangssterilisationen wurden in der Regel gegen den Willen der Patienten ausgeführt und hatten besonders bei Frauen nicht selten den Tod der Operierten zur Folge. Die Operateure waren in der Mehrzahl Ärzte der Approbationsjahrgänge nach 1930, für die der Eingriff zu den Routinetätigkeiten im Rahmen ihrer medizinischen Ausbildung gehörte.[46]

Daß sich das Verhältnis zum Arzt im Verlauf des Krieges für die Patienten spürbar wandelte, hängt vor allem mit zwei vom NS-Regime gezielt herbeigeführten Veränderungen zusammen, die das Gesicht der zweiten Kriegshälfte prägten: dem Ausbau der Kontrollmedizin und der Verlagerung der medizinischen Primärversorgung von den niedergelassenen Ärzten zu Betriebsärzten und Ärzten des öffentlichen Gesundheitsdienstes. In den Gesundheitsämtern, den vertrauensärztlichen Dienststellen und besonders bei den Betriebsärzten war der Anteil jüngerer, nationalsozialistisch engagierter und im Sinne des Regimes praktizierender Ärzte besonders groß.[47] Hierdurch erhöhte sich für den Kranken das Risiko, von einem nicht mehr zum Wohle des Patienten praktizierenden Arzt behandelt zu werden,

---

[43] Kater, Professionalisation, S. 680, 684; Thomsen, Ärzte, S. 59, 63; Wolf, Interessen, S. 109.
[44] Hahn, Entwicklungstrends, S. 116; zum Gesamtproblem vgl. Kater, Doctors, S. 111–150.
[45] In Anlehnung an Aly, Medizin.
[46] Pfäfflin u. a., Krankenversorgung, S. 286; Zimmermann, Jena, S. 146–155.
[47] Für den vertrauensärztlichen Dienst vgl. Behnken, Sopade-Berichte 1936, Bd. 3, S. 637f. Der NSDAP-Anteil unter den Betriebsärzten war mit 81,5 Prozent erheblich höher als der des Gesamtdurchschnitts aller Ärzte (44,8 Prozent); Namenskartei der Betriebsärzte im Gau Thüringen [1943], BAB, NS 37/1065; Kater, Doctors, S. 245.

erheblich. Die meisten bekannten Fälle ärztlicher Insensibilität und eindeutig patientenschädigenden Verhaltens stammen aus diesen Bereichen.

Schließlich veränderte sich das gesundheitspolitische Bezugssystem, in das die Arzt-Patienten-Beziehungen eingebettet waren, während des Krieges entscheidend, denn auch das medizinische Alltagshandeln fand in einem zunehmend verbrecherischen gesundheitspolitischen Kontext statt, dessen Umrisse seit dem Sommer 1941 zusehends erkennbar wurden. Dies wird deutlich, wenn man den Blick auf die Bewertung des Gesundheitssystems durch die Patienten richtet. Bei einer Umfrage, die die Gesellschaft für Konsumforschung in den Jahren 1938/39 bei etwa 10000 Personen durchgeführt hatte, gaben rund 70 Prozent aller Befragten an, daß sie Vertrauen zu ihrem Hausarzt hätten. Rechnet man aus diesem Ergebnis die Anhänger alternativer Heilmethoden heraus, so ergibt sich für die Zeit vor dem Beginn des Zweiten Weltkrieges eine hohe Zustimmung der Bevölkerung zu ihren Ärzten. Die Anzahl der „Arztgegner aus Erfahrung", also derjenigen Personen, die Negativerlebnisse mit dem Gesundheitswesen gemacht hatten, war demgegenüber mit etwa einem Prozent der Befragten vergleichsweise gering.[48]

Für die Kriegszeit fehlen vergleichbare Umfragen, doch deuten zahlreiche Indizien darauf, daß das Vertrauen der Bevölkerung zu ihren Ärzten rapide schwand.[49] Dieser Vertrauensschwund war eingebettet in einen allgemeinen Ansehensverlust gesundheitspolitischer Einrichtungen, der in einem unmittelbaren Zusammenhang zu der Ausgrenzung von Teilen der Bevölkerung aus der medizinischen Versorgung und dem massenhaften Mord an den Insassen der Heil- und Pflegeanstalten stand. Waren die Zwangssterilisationen als Maßnahme gegen eine vergleichsweise klar umrissene Gruppe der Bevölkerung außerhalb des katholischen Milieus kaum auf Widerstand gestoßen, so verbreitete sich nach dem Bekanntwerden der „Euthanasie"-Morde zunehmend die Sorge, daß nicht nur Geisteskranke, sondern prinzipiell jeder Arbeitsunfähige von solchen Maßnahmen betroffen sein könne. Zunächst richtete sich das Mißtrauen der Bevölkerung gegen die Heil- und Pflegeanstalten, deren Klienten sich kaum mehr freiwillig in ihre Obhut begaben und dort, wo die Möglichkeit bestand, vermehrt auf konfessionelle Anstalten auswichen.[50] In einem zweiten Schritt gerieten auch diejenigen Angebote der Gesundheitsfürsorge unter Verdacht, die als besonders parteinah galten. In Baden und in Westfalen weigerten sich Teile der Bevölkerung, an der vom Hauptamt für Volksgesundheit mit Personal der SS durchgeführten Röntgen-Reihen-Untersuchung zur Tuberkulosefrüherkennung teilzunehmen, da sie befürchteten, im Falle eines positiven Befundes ebenfalls ermordet zu werden.[51]

---

[48] Schultz/Bergler/Michl, Vertrauen, S. 34f.

[49] Boberach, SD-Berichte, 6. 10. 1941, Bd. 8, S. 2831.

[50] Reichsarbeitsgemeinschaft für Heil- und Pflegeanstalten, Zusammenfassender Bericht über das Ergebnis der Berichte der Oberpräsidenten, Landesregierungen usw. zum Rundschreiben des Reichsinnenministeriums vom 6. 1. 1942 IV g 8410/41 – 5114, 11. 7. 1942, BAB, R 96-I/2.

[51] Stimmungsbericht der NS-Frauenschaft, Gau Baden, Februar/März 1941, S. 30, Anhang zum Tätigkeitsbericht der Reichsfrauenführung, BAB, NS 22/925; Kreisleitung Tecklenburg an den Stellvertretenden Gauleiter des Gaues Westfalen-Nord, 11. 9. 1941, StAMü, Kreis- und Ortsgruppenleitungen/125.

Zuletzt schließlich sprang die Vertrauenskrise der gesundheitspolitischen Institutionen auch auf die niedergelassenen Ärzte über. Im Frühjahr 1944 liefen in der Berliner Zentrale des SD aus dem ganzen Reichsgebiet Meldungen zusammen, die auf eine zunehmende Zerrüttung des Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patient durch die medizinischen Staatsverbrechen des „Dritten Reiches" schließen lassen. Vor allem ältere Patienten vermieden Arztbesuche oder verweigerten die Einnahme verordneter Arzneien, da sie fürchteten, Ärzte würden im Regierungsauftrag auf ihren vorzeitigen Tod hinwirken.[52]

[52] Ohlendorf, Rundschreiben an die SD-(Leit)Abschnitte und Hauptaußenstellen, 20. 3. 1944, ZAhdS, 500/4/330.

VIII. Der Gesundheitszustand der Bevölkerung

1. Entwicklungstrends der Morbidität und Mortalität

Aus der Ferne besehen erscheinen die ersten sechs Jahre des „Dritten Reiches" gegenüber der Zeit der Weltwirtschaftskrise als eine Periode der Normalisierung und Konsolidierung der Gesundheitsverhältnisse. Der Krankenstand in der gesetzlichen Krankenversicherung, einer der wichtigsten, allerdings gegenüber politischen Setzungen empfindlichen Indikatoren für den Gesundheitszustand der Arbeitsbevölkerung, sank nach der Machteroberung der Nationalsozialisten spürbar unter das hohe Niveau der späten zwanziger Jahre. Insbesondere der mit Spitzen in den Jahren 1936 und 1938 um drei Prozent schwankende Krankenstand in der gesetzlichen Krankenversicherung deutet auf einen bis etwa 1941 stabilen gesundheitlichen Allgemeinzustand der Arbeitsbevölkerung. In den Ortskrankenkassen des Ruhrgebietes stabilisierte sich der Krankenstand, der 1928 auf über fünf Prozent gestiegen war, in den frühen dreißiger Jahren auf etwa drei Prozent und behielt diesen niedrigen Wert auch bei, nachdem die krisenhafte Wirtschaftslage einer arbeitskräftezehrenden Rüstungskonjunktur gewichen war. Die durchschnittliche Krankheitsdauer pro Erkrankungsfall, die während der Weltwirtschaftskrise ebenfalls stark zugenommen hatte, sank deutlich: so etwa bei der Essener Ortskrankenkasse von 19 Tagen im Jahr 1933 bis auf 15 Tage 1939.[1]

Ebenfalls in diese Richtung deutet die Entwicklung zweier Indikatoren, die weniger direkt auf politische Einflüsse reagierten als die Krankenstandsrate. Die Zahl der an Tuberkulose Erkrankten – ein sensibler Kombinationsindikator für die Ernährungs- und Gesundheitsverhältnisse – sank in Bayern zwischen 1936 und 1939 um ein Fünftel, nachdem sie in den vorangegangenen Jahren stagniert hatte. Dabei glichen sich städtische und ländliche Gesundheitsverhältnisse aneinander

---

[1] Tab. D.4; D.5; D.6. Die historische Gesundheitsforschung argumentiert in der Regel auf der Basis statistischer Quellen zur Mortalitäts- und Morbiditätsentwicklung. Da solche Daten für die Zeit ab 1942, in der die stärksten Veränderungen der Gesundheitsverhältnisse stattfanden, kaum zur Verfügung stehen, werden zusätzlich Berichte der Medizinalverwaltungen ausgewertet, insbesondere die in vollständigen Serien erhaltenen Jahresberichte der Gesundheitsämter aus Mecklenburg und den Regierungsbezirken Lüneburg, Brandenburg, Düsseldorf und Oberbayern. Sie informieren nach einem einheitlichen Schema über die Entwicklung des Gesundheitszustands, alters- und geschlechtsspezifische Veränderungen sowie Gesundheitsbeeinträchtigungen, die – wie z.B. Geschlechtskrankheiten und psychosomatische Leiden – in der Medizinalstatistik unzureichend repräsentiert sind. Zu den Meßproblemen der historischen Gesundheitsforschung vgl. Spree, Ungleichheit, S. 22–30; Riley, Morbidity, S. 235; Dinkel, Mortalitätsindikatoren, S. 570; Zweifel/Zysset-Pedroni, Gesundheit, S. 47f. sowie aus zeitgenössischer Sicht F. Reichert, Auslese in der Krankenversicherung, in: Gesundheitsführung 5 (1944), S. 156–161.

an.[2] Der von der Tuberkulose verursachte Sterblichkeitsüberhang der kreisfreien Städte verminderte sich, bei insgesamt rückläufiger Mortalität, von 23,7 Prozent im Jahr 1932 bis auf zehn Prozent im Jahr 1938.[3] Die Säuglingssterblichkeit, ein weiteres indirektes Maß für die Gesundheitsverhältnisse einer Bevölkerung, zeigt einen ähnlichen Verlauf.[4] Sie sank bis zum Kriegsausbruch stetig, im Durchschnitt des Deutschen Reiches von 7,9 Prozent 1932 auf sechs Prozent im Jahr 1938. Regional differenzierte Daten aus Bayern deuten auch hier auf eine zunehmende Angleichung der Gesundheitsverhältnisse zwischen Stadt und Land. In den bayerischen Regierungsbezirken verringerte sich die Abweichung der Säuglingssterblichkeit vom gesamtbayerischen Mittelwert seit der Mitte der dreißiger Jahre deutlich, vor allem, weil die gesundheitlichen Problemzonen Nordostbayerns einen Teil ihres Rückstands gegenüber den fränkischen und schwäbischen Landesteilen aufholen konnten.[5]

Zusammen können diese Indikatoren vorderhand den Eindruck einer eher positiven Gesundheitsbilanz der ersten sechs Jahre der nationalsozialistischen Diktatur erwecken. Eine solche Sichtweise würde jedoch außer acht lassen, daß die hier skizzierten Veränderungen vor allem eine Rückkehr in den säkularen, durch die Weltwirtschaftskrise zeitweise unterbrochenen Trend der Mortalitäts- und Morbiditätsentwicklung bedeuteten. Die sinkende Zahl der Tuberkulosetoten bewegte sich durchaus in der Dimension vorangegangener Jahre, und die Säuglingssterblichkeit sank seit Mitte der dreißiger Jahre sogar etwas langsamer, als sie in den Jahren der Weimarer Republik gesunken war, obwohl die nationalsozialistischen Machthaber gerade diesem Problem aus bevölkerungspolitischen Erwägungen besondere Aufmerksamkeit geschenkt hatten. Ein Vergleich mit der Säuglingssterblichkeit des europäischen Auslands zeigt zudem, daß der Rückgang sich durchaus im Rahmen der westeuropäischen Entwicklung bewegte und daher kaum auf Maßnahmen der NS-Gesundheitspolitik zurückgeführt werden kann.[6]

Lenkt man den Blick von den quantifizierenden Indikatoren auf qualitative Faktoren, erhält das Trugbild einer positiven Gesundheitsbilanz weitere Risse. Zwar betonte die Mehrheit der ausgewerteten Berichte, daß sich die Gesundheitsverhältnisse seit der Weltwirtschaftskrise insgesamt gebessert hätten, doch mehrten sich schon 1936/37 Stimmen, die auf Verschlechterungen im Gesundheitszustand einzelner Teilgruppen der Bevölkerung hinwiesen und dafür in erster Linie die durch die Autarkiepolitik des „Dritten Reiches" bedingten Ernährungsdefizite, teilweise auch eine Steigerung der Arbeitsbelastung seit dem Inkrafttreten des Vierjahresplans verantwortlich machten.[7] Zudem zeigte sich, daß die Ein-

---

[2] Beiträge zur Statistik Bayerns, H. 144 (1948), S. 23. Die hier verwendeten bayerischen Werte weichen nur geringfügig von den erst ab 1938 vorliegenden Zahlen für das Reichsgebiet ab. Zur Tuberkulose als Indikator für Gesundheitsverhältnisse vgl. Werner, Bleib übrig, S. 160.

[3] Tab. D.18.

[4] Vgl. Spree, Ungleichheit, S. 49–55.

[5] Tab. D.15.

[6] Tab. D.14.

[7] Boberach, SD-Berichte, Vierteljahresbericht des Reichssicherheitshauptamts II/1939,

dringtiefe nationalsozialistischer Gesundheitspolitik auch nach der Errichtung einer flächendeckenden Infrastruktur des öffentlichen Gesundheitsdienstes begrenzt blieb, sobald sie das Feld der Erbgesundheitspolitik verließ. Nach wie vor beobachteten die Amtsärzte in den ländlichen Problemzonen Ernährungsmangelkrankheiten bei Kindern und Jugendlichen.[8] Und auch das Gesundheitsverhalten der Landbevölkerung änderte sich zunächst nur wenig. Dies zeigen kontinuierliche Hinweise der Gesundheitsämter auf regionalspezifische Defizite in der persönlichen Hygiene und das Fortbestehen gesundheitsabträglicher Ernährungsgewohnheiten bei den Neugeborenen.[9] Die Klage darüber, daß die Landbevölkerung, trotz „unermüdliche(r)" Aufklärungsarbeit der Säuglingsfürsorge „hinsichtlich der Säuglingsernährung sehr schwer zu belehren ist und als Säuglingskost Milch und Brei bevorzugt, hingegen Gemüseernährung bei älteren Säuglingen zum großen Teil ablehnt", durchzieht die Berichte aus ländlichen Amtsarztbezirken wie ein roter Faden. Im bayerischen Pfaffenhofen, so die NSV, sei zwar „in den letzten Jahren eine fortwährende, wenn auch geringe, Besserung erzielt worden, aber immer wieder läßt sich bei den zahlreichen Hausbesuchen feststellen, daß auch ausführliche und häufige Belehrung von vielen Müttern nicht gebührend beachtet wird", da „viele der Mütter in unserem Bezirk schon bald nach der Entbindung gezwungen sind, in der Landwirtschaft schwer zu arbeiten, so daß die Pflege und Ernährung der Säuglinge vielfach in den Händen ganz alter Frauen (Großmütter) oder kleiner Geschwister liegt".[10]

In dieser Situation angespannter Normalität bedeutete der Beginn des Zweiten Weltkriegs zunächst keinen tiefen Einschnitt. Die meisten statistischen Indikatoren weisen anfangs nur geringe Veränderungen auf. Die Krankenstände der gesetzlichen Krankenkassen blieben zwischen 1939 und 1941 nahezu konstant, obwohl die ersten drei Kriegswinter zu den kältesten des Jahrhunderts gehörten.[11] Der Blick auf das Ruhrgebiet zeigt ein ähnliches Bild, wobei der Krankenstand in den Betrieben der metallverarbeitenden Industrie sogar leicht zurückging.[12] Auch die Säuglingssterblichkeit, ein zwar grobes, aber doch zuverlässiges Maß für den Gesundheitszustand einer Bevölkerung, veränderte sich bis 1941 nur geringfügig. Sie stieg im Durchschnitt des Deutschen Reiches von sechs Prozent 1938 auf 6,7 Prozent im Jahr 1941 und in Bayern von 7,3 auf 7,5 Prozent.[13] Für sich genommen bedeutete dies keinen Grund zur Besorgnis, doch markiert dieser leichte Anstieg

---

Bd. 2, S. 271; Bericht über das bayerische Gesundheitswesen 56 (1937), S. 6; Gumpert, Hunger, S. 23.

[8] Bericht über das bayerische Gesundheitswesen 57 (1938), S. 5.

[9] Gesundheitsamt Pfaffenhofen, Jahresgesundheitsbericht 1935, StAM, Gesundheitsämter/157.

[10] Bericht der NSV-Kreisleitung Pfaffenhofen als Anlage zum Jahresgesundheitsbericht 1937 des Gesundheitsamtes Pfaffenhofen, StAM, Gesundheitsämter/157. In ähnlicher Weise bemerkte der Gifhorner Amtsarzt in seinem Jahresgesundheitsbericht 1942 lakonisch: „Gegen die veralteten Ansichten der Großmütter kommen weder vernünftige, bereits geschulte junge Mütter an, noch die Beratungsstunden oder sonstige Aufklärung.", NdsHStA, Hann. 180 Lbg. III/XXXI/49–5.

[11] Tab. D.4; Nachtmann, Versorgung, S. 65.

[12] Tab. D.5; Rüther, Arbeiterschaft, S. 467.

[13] Tab. D.14.

eine Unterbrechung des säkularen Trends rückläufiger Säuglingssterblichkeit, wie man ihn zuletzt auf dem Höhepunkt der Weltwirtschaftskrise beobachtet hatte. Ein anderer feinfühliger Indikator für den gesundheitlichen Allgemeinzustand sozial schwächerer und körperlich stark belasteter Bevölkerungsteile weist in die gleiche Richtung. Im Gegensatz zum fallenden Trend der Vorkriegszeit, stieg die Zahl der neu an Tuberkulose erkrankten Personen zwischen 1938 und 1940 deutlich von 8,9 auf 13,3 Erkrankungen je 10000 Einwohner, wobei Großstädte von diesem Anstieg zunächst weniger betroffen waren als die übrigen Regionen, da die gesundheitliche Betreuung gefährdeter Personengruppen in Orten mit einer gut ausgebauten Infrastruktur des öffentlichen Gesundheitswesens eher gesichert war als in den Dörfern und Kleinstädten des flachen Landes.[14] Zeitgenössische Berichterstatter machten hierfür vor allem das verschlechterte Nahrungsangebot und die erhöhte Arbeitsbelastung verantwortlich.[15] So argumentiert jedenfalls die Mehrheit der Amtsärzte, die den gesundheitlichen Allgemeinzustand der erwachsenen Bevölkerung in den ersten Kriegsjahren überwiegend günstig beurteilte und kriegsbedingte Veränderungen vor allem bei Personengruppen konstatierte, die aufgrund ihrer Armut ein höheres Expositionsrisiko oder andere Zusatzbelastungen zu tragen hatten, etwa Pendler mit längeren Anfahrtszeiten, Nebenerwerbslandwirte und Arbeiter, die in Barackenlagern der expandierenden Rüstungsindustrie unzureichend untergebracht waren.[16]

Auch im Jahr 1942 ist auf den ersten Blick keine gravierende Veränderung festzustellen. Die Krankenstände lagen mit einem Jahresdurchschnitt von 3,4 Prozent bei den gesetzlichen Krankenkassen und Vonhundertsätzen zwischen fünf und sieben bei Schwerarbeitern im Bergbau und der Hüttenindustrie zwar höher als in den vorhergehenden Jahren, sie bewegten sich aber immer noch auf dem Niveau der späten zwanziger Jahre. Wenn man in Rechnung stellt, daß viele „gute Risiken", d.h. junge und im Durchschnitt gesündere Arbeitnehmer durch Einberufungen aus der Zählung herausgefallen, dagegen mit Zwangsarbeitern, arbeitsunerfahrenen Frauen und älteren Arbeitnehmern viele im versicherungstechnischen Sinne „schlechte Risiken" hinzugekommen waren, ist man zunächst versucht, den Gesundheitszustand der erwachsenen Zivilbevölkerung als im wesentlichen unverändert zu bewerten. Dies läßt jedoch außer acht, daß Krankenstände infolge der verschärften Testatpraxis der vertrauensärztlichen Dienste den tatsächlichen Gesundheitszustand ungenauer abbildeten als vor dem Krieg.[17]

---

[14] Tab. D.1; D.10.

[15] Jahresgesundheitsberichte 1940 der Gesundheitsämter Düsseldorf, NRWHStA, Reg. Düsseldorf/54295-I, Bl. 3f. und Remscheid ebenda, Bl. 17f.

[16] Jahresgesundheitsberichte der Gesundheitsämter Celle (1939), NdsHStA, Hann. 180 Lbg. III/XXXI/49–2; Remscheid (1940), NRWHStA, Reg. Düsseldorf/54289-I, Bl. 17f. und Gifhorn (1940), NdsHStA, Hann. 180 Lbg. III/ XXXI/49–3.

[17] In der Ruhrknappschaft erhöhte sich zwischen 1941 und 1942 die Zahl der Krankheitsfälle pro Mitglied um 27,9 Prozent, der Krankenstand jedoch nur um 18,3 Prozent; Tab. D.5. Ferner ist in Rechnung zu stellen, daß der Krankenstand durch die teilweise Einbeziehung der Zwangsarbeiter in die Versicherungsstatistik gegenüber den Vorkriegsjahren niedriger ausfiel, da kranke Zwangsarbeiter im Vergleich zu den deutschen Beschäftigten strengeren Maßstäben der Arbeitsunfähigkeit unterlagen; vgl. Werner, Bleib übrig, S. 160.

Drei Gründe stützen die Vermutung, daß sich spätestens seit 1942 hinter den niedrigen Krankenständen einschneidende Verschlechterungen des Gesundheitszustands verbargen. Die zwei Jahre lang stabile Zahl der neu an Tuberkulose Erkrankten stieg 1941/42 um mehr als 20 Prozentpunkte auf 16,1 Fälle je 10000 Einwohner.[18] Damit korrespondierten seit der zweiten Jahreshälfte 1942 zunehmend Stellungnahmen, die teils verhalten, teils in deutlicher Sprache auf eine Verschlechterung der Situation aufmerksam machten,[19] nachdem die Mehrzahl der Amtsärzte den gesundheitlichen Allgemeinzustand der erwachsenen Bevölkerung trotz aller kriegsbedingten Probleme bislang als gut bis zufriedenstellend bewertet hatte.[20] Vor allem das Land und die Kleinstädte mit industrieller Umgebung galten zunehmend als gesundheitliche Problemzonen.[21] Zudem mehrten sich Berichte, die über den reduzierten Ernährungszustand der erwachsenen Bevölkerung Klage führten. Bei amts- und vertrauensärztlichen Untersuchungen stellten Gesundheitsämter häufig Untergewichte von mehr als 15, in Einzelfällen auch Gewichtsabnahmen bis zu 25 Kilogramm fest.[22] Schließlich konstatierten die Amtsarztberichte in wachsendem Ausmaß Beeinträchtigungen, die sich nur mittelbar in der Krankenstatistik spiegeln, zuvorderst einen wachsenden Verfall der Körperkräfte, ferner nachlassende Widerstandskraft gegenüber Infektionskrankheiten und verlängerte Rekonvaleszenzzeiten,[23] so daß Himmlers Sicherheitsdienst, bei dem viele dieser Meldungen zusammenliefen, im Spätsommer 1943 „mit allem Ernst" darauf hinwies „daß das Absinken des allgemeinen Gesundheitszustandes ständige Beachtung verdiene und nicht durch Hinweise abgetan werden könne, daß objektiv nachweisbare Krankheiten ernsterer Natur vielfach noch nicht beobachtet werden könnten".[24] Die Ursache für diese Entwicklungen, die allesamt auf einen im Durchschnitt deutlich reduzierten gesundheitlichen Allgemeinzustand hindeuten, wurde einmütig in der „starke[n] Anspannung im Arbeitsprozeß"[25] und der seit dem Frühjahr 1942 dramatisch verschlechterten Ernährungslage gesehen.

---

[18] Tab. D.1.

[19] Jahresgesundheitsberichte 1942 der Gesundheitsämter Opladen, NRWHStA, Reg. Düsseldorf/54291-I, Bl. 88f.; Uelzen, NdsHStA Hann. 180 Lbg. III/XXXI/49–5; Wismar, MeckLHA, MfU/9683, und Brandenburg-Havel, BrLHA, Br. Pr. Rep. 2 A, Abt. I Med./48; Conti, Der Stand der Volksgesundheit im 5. Kriegsjahr (Rede vor den Regierungspräsidenten in Breslau), 1944, S. 17, BAB, R 18/3805.

[20] Jahresgesundheitsberichte 1941 der Regierung Lüneburg, NdsHStA, Hann. 180 Lbg. III/XXXI/49–4, und des Gesundheitsamts Potsdam-Stadt, BrLHA, Br. Pr. Rep. 2 A, Abt. I Med./48.

[21] Conti an Bormann, 3. 7. 1942, APK, 10201293f.

[22] Jahresgesundheitsberichte 1942 der Gesundheitsämter Düsseldorf, NRWHStA, Reg. Düsseldorf/54291-I, Bl. 128; Celle, NdsHStA, Hann. 180 Lbg. III/XXXI/49–5, und Güstrow, MeckLHA, MfU/9683.

[23] Jahresgesundheitsberichte 1942 der Gesundheitsämter Dannenberg, Soltau, NdsHStA, Hann. 180 Lbg. III/XXXI/95–5, und Neustrelitz, MeckLHA, MfU/9683.

[24] Boberach, SD-Berichte, 27. 9. 1943, Bd. 15, S. 5814.

[25] Jahresgesundheitsberichte 1942 der Gesundheitsämter Moers, NRWHStA, Reg. Düsseldorf/54291-I, Bl. 92f. (Zitat) und Solingen, ebenda, Bl. 110.

Das Jahr 1943 brachte nach der Überwindung der Ernährungskrise des Vorjahres zunächst eine gewisse Stabilisierung des Gesundheitszustands der Arbeitsbevölkerung. Der Krankenstand im Bergbau und der Metallindustrie, über den wir am genauesten Bescheid wissen, stagnierte auf dem hohen Niveau von 1942[26] und in den übrigen Branchen stieg er offenbar nur geringfügig an. Da seit Februar 1943 im Rahmen der „Gutermuth-Aktion" vertrauensärztliche Einsatzgruppen arbeitsunfähig Erkrankte in Gebieten mit überdurchschnittlichen Krankenständen rigoros gesundschrieben, wird man die Konsolidierung der Krankenstände allein nicht zu stark gewichten dürfen. Für eine zeitweise Stabilisierung des angeschlagenen Gesundheitszustands auf vermindertem Niveau spricht jedoch auch die stagnierende, in einigen Fällen sogar leicht rückläufige Gefährdung durch Infektionskrankheiten.[27] Dem steht allerdings die ansteigende Zahl neuer Tuberkuloseerkrankungen entgegen. Hiervon waren besonders junge Männer zwischen 15 und 25 Jahren betroffen.[28] Ein SD-Bericht übertrieb daher nicht, als er feststellte, daß sich „der Gesundheitszustand der Volksgenossen seit der Einführung des verstärkten Arbeitseinsatzes [...] ständig verschlechtere und nicht mehr als gut anzusehen sei".[29] Dieses Auseinanderdriften verschiedener gesundheitsstatistischer Indikatoren mit unterschiedlichen Meßbereichen weist auf eine Entwicklung hin, die charakteristisch für die Gesundheitsverhältnisse in den Kriegsjahren ist: Während sie in der Zwischenkriegszeit durch eine zunehmende Homogenisierung gekennzeichnet waren, fächerten sich die Gesundheitsverhältnisse seit September 1939 zunehmend auf.

Für das Jahr 1944 dürfte ein Krankenstand von durchschnittlich fünf Prozent eine realistische Schätzung sein, wobei in einzelnen Branchen und Regionen deutlich höhere Werte verzeichnet wurden.[30] Die rüstungswirtschaftlichen Konsequenzen dieser Entwicklung waren gravierend, bedeutete doch jeder Prozentpunkt mehr Krankenstand, übers Jahr gerechnet, einen Verlust von rund 300 000 Arbeitskräften.[31] Daß die Krankenstandsrate trotz der verschärften vertrauensärztlichen Maßnahmen gerade in Rüstungsbetrieben und im medizinisch gut versorgten Bergbau immer wieder Werte zwischen 10 und 12 Prozent erreichte, deutet einerseits auf den wachsenden gesundheitspolitischen Kontrollverlust des NS-Regimes hin, vor allem jedoch auf eine weitere Verschlechterung des Gesundheitszustands gerade der körperlich stark belasteten Bevölkerungsteile. Angesichts einer Vielzahl gleichgerichteter Befunde kam auch der Reichsgesundheitsführer Leonardo Conti nicht umhin, in einer Geheimrede vor den Regierungspräsidenten zuzugeben, daß seine Dienststelle, entgegen den offiziellen Verlautba-

---

[26] Tab. D.5; Fernschreiben der Oberkohle AG Penzberg an die Oberkohle-AG Hausham, 1. 3. 1944, StAM, Oberkohle/1345; Rüther, Arbeiterschaft, S. 467.
[27] Tab. D.1; D.2.
[28] Tab. D.1; Conti, Der Stand der Volksgesundheit im 5. Kriegsjahr, S. 7, BAB, R 18/3805.
[29] Boberach, SD-Berichte, 27. 9. 1943, Bd. 15, S. 5811 (Zitat); Gesundheitsamt Düsseldorf, Jahresgesundheitsbericht 1943, NRWHStA, Reg. Düsseldorf/54281-II, Bl. 420.
[30] Tab. D.4; Prinz, Mittelstand, S. 269; Hachtmann, Industriearbeiterinnen, S. 366.
[31] Als Basis der Verlustschätzung wurde die Arbeitsbevölkerung von 1942 (31,3 Millionen) zugrundegelegt.

rungen, intern von einer „tatsächlichen Verschlechterung des Gesundheitszustands"[32] der Arbeitsbevölkerung ausging.

Monatliche Aufstellungen über die Krankenstände größerer Industriebetriebe zeigen, daß das NS-Regime in den letzten Kriegsmonaten die Kontrolle über die gesundheitlichen Folgen seiner Politik weitgehend verloren hatte. Ähnlich wie im Jahr 1942 trugen Einbrüche in der Lebensmittelversorgung entscheidend zur Verschlechterung der Gesundheitsverhältnisse bei. Der Referent für Ernährungsfragen im Hauptamt für Volksgesundheit, Ernst Günter Schenck, konstatierte seit November 1944 einen „ganz erheblich" verschlechterten Gesundheitszustand der Zivilbevölkerung und prognostizierte weitere drastische Einbrüche der körperlichen Leistungsfähigkeit in kurzer Zeit. Für diese Entwicklung, so Schenk, seien in erster Linie Kürzungen der Lebensmittelzuteilungen verantwortlich, die auf die Gebietsverluste im Osten Deutschlands gefolgt waren und dazu geführt hätten, daß die auf Lebensmittelkarten beziehbaren Rationensätze für Normalverbraucher 30 bis 50 Prozent unter dem Existenzminimum lagen.[33] Während es 1942/43 gelang, die Nahrungsmittelversorgung durch die Ausbeutung der besetzten Gebiete zu stabilisieren, und so die Morbiditätskrise zu überwinden, fand die dramatische Aufwärtsentwicklung der Krankenstände im letzten Quartal 1944 erst mit dem Ende der nationalsozialistischen Herrschaft einen Abschluß.[34] Diese Trendaussage verstetigt sich, wenn man das Feld der nicht lebensbedrohenden Gesundheitsstörungen verläßt und den Blick auf die Entwicklung der Sterblichkeit richtet. Auch die Mortalitätsentwicklung legt es nahe, im Jahr 1944 eine Zäsur zu setzen. In den Großstädten des Deutschen Reiches nahm die bislang nur wenig vermehrte Säuglingssterblichkeit um rund 45 Prozent gegenüber dem Vorjahr zu, so daß jeder zehnte nach Goebbels' Proklamation des „totalen Krieges" geborene Säugling seinen ersten Geburtstag nicht mehr erlebte.[35] In Bayern erhöhte sich die bislang konstante Gesamtsterblichkeit 1943/44 um ein Fünftel und im nächsten Jahr um weitere 25 Prozent bis auf 19,6‰ (1945), wobei die Mehrzahl der Todesfälle auf den Zeitraum Februar-April 1945 entfiel. Dabei fächerte sich die bis 1944 im wesentlichen stabile Verteilung der Todesursachen auf. Den größten Anteil am Sterblichkeitszuwachs hatte die Todesfallgruppe der äußeren Einwirkungen, zu denen auch die Toten durch Kriegsfolgen gerechnet wurden.[36]

---

[32] Conti, Der Stand der Volksgesundheit im 5. Kriegsjahr, 1944, S. 17, BAB, R 18/3805. Der These Nachtmanns, Versorgung, S. 69, daß der Krieg zu keiner wesentlichen Beeinträchtigung des Gesundheitszustandes der Zivilbevölkerung geführt habe, wird daher mit Skepsis zu begegnen sein.

[33] Schenck, Bericht über den allgemeinen Gesundheitszustand des deutschen Volkes zu Beginn des 6. Kriegsjahres, 1. 11. 1944, Nachtrag vom Februar 1945, BAK, NL 1329/3.

[34] So wiesen monatliche Aufstellungen der Essener Krupp-Betriebskrankenkasse für die Monate Oktober 1944 bis Januar 1945 eine Steigerung von 5,4 auf 11 Prozent auf; USSBS, Medical Branch Report: The Effect of Bombing on Health and Medical Care in Germany, 1945, S. 109, IfZ, MA 1566/5.

[35] Tab. D.14.

[36] In diesem Zeitraum stieg die monatliche Sterblichkeit in Bayern von 25 auf 38 Sterbefälle je 1000 Einwohner. Das entsprach mehr als dem Dreifachen der durchschnittlichen Sterblichkeit vor dem Krieg; K. Krieger, Krankheit und Tod nach dem Zusammenbruch, in:

Wichtiger noch als die bloße Zunahme ist die regionale Differenzierung der Sterblichkeit. 1944 verloren die Städte, die im allgemeinen über günstigere Mortalitätsraten verfügten, diese Position an die Landkreise. Spätestens seit diesem Zeitpunkt kann von einer Fragmentierung der Gesundheitsverhältnisse in Stadt und Land ausgegangen werden. Bis 1945 vergrößerte sich der städtische Sterblichkeitsüberhang in Bayern auf mehr als 60 Prozent.[37] Zur Erklärung dieser Entwicklung bietet es sich an, die Auswirkungen des Luftkriegs miteinzubeziehen. Viele Meldungen über eine Verschlechterung des Gesundheitszustands stammten aus Städten, die wie Düsseldorf und Duisburg stark durch Luftangriffe getroffen worden waren.[38] Der Duisburger Amtsarzt führte denn auch eine „gewisse Erholung"[39] des Gesundheitszustands in der zweiten Jahreshälfte 1943 dezidiert auf weniger Luftangriffe zurück. Auch die gesundheitliche Situation in Oberbayern spricht dafür, daß die Entfernung von den Schauplätzen des Luftkriegs als Bestimmungsfaktor der Gesundheitsverhältnisse an Bedeutung gewann. Der Regierungspräsident des von Kriegseinwirkungen vergleichsweise unberührten Bezirks konnte noch im November 1944 einen im allgemeinen guten Gesundheitszustand seiner Bevölkerung melden.[40] Berichte, die den günstigeren Gesundheitszustand der Landbevölkerung mit der besseren Ernährungssituation erklärten, deuten in eine ähnliche Richtung.[41] Dies verweist auf eine Entwicklung, die sich auch in anderen Regionen abzeichnete. Das Stadt-Land-Gefälle in den Gesundheitsverhältnissen kehrte sich zugunsten der Landbevölkerung um. Nicht jedoch, weil die Landbevölkerung übers Jahr gesünder wurde, sondern weil sich der Gesundheitszustand in weniger industrialisierten und geringer vom Luftkrieg betroffenen Regionen langsamer und weniger stark verschlechterte als in den urbanen Zentren.

2. Zur Entwicklung einzelner Krankheiten

Vor allem drei Gruppen von Krankheiten bestimmten das Morbiditätspanorama der deutschen Bevölkerung in den Kriegsjahren: Erkältungskrankheiten, Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes und entzündliche Hautkrankheiten. Im Laufe des Jahres 1942 erkrankten fast ein Viertel aller Versicherten der Ruhrknappschaft

---

Zeitschrift des Bayerischen Statistischen Landesamtes 80 (1948), H. 1–2, S. 2-9, 3; Tab. D.13; D.16.

37 Tab. D.13. Da der Trend der bayerischen Sterblichkeitsentwicklung im Zeitraum bis 1943, für den gemeinsame Daten vorliegen, im wesentlichen parallel zum übrigen Deutschland verlief, scheint die Übertragung zulässig. In den stark luftgefährdeten Regionen Nord- und Westdeutschlands begann die hier geschilderte Entwicklung möglicherweise einige Monate früher.

38 Z.B. Gesundheitsamt Düsseldorf, Jahresgesundheitsbericht 1943, NRWHStA, Reg. Düsseldorf/54281-II, Bl. 420.

39 Gesundheitsamt Duisburg, Jahresgesundheitsbericht 1943, NRWHStA, Reg. Düsseldorf/54291-II, Bl. 428.

40 Monatsbericht der Regierung von Oberbayern, 8. 11. 1944, S. 6, BayHStA, MA/106695.

41 Politischer Lagebericht der Kreisleitung Aachen-Land, Februar 1943, NRWHStA, RW/23–1; vgl. Erker, Ernährungskrise, S. 23–36.

an Angina, Bronchitis, Grippe, Lungenentzündung oder einer anderen Erkrankung der Atmungsorgane.[42] Gegenüber dem letzten Vorkriegsjahr bedeutete dies eine Steigerung von knapp 70 Prozent, wobei ein Teil der Zunahme den strengen Wintern, der größere Anteil aber, vor allem in der zweiten Kriegshälfte, den Kriegsumständen zuzurechnen ist.[43]

Im vierten Kriegsjahr hatte sich die Zahl der Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes mehr als verdreifacht. 1942 litt jeder siebte Ruhrbergarbeiter zeitweise an Beschwerden dieser Art. Die wachsende Zahl der Erkrankungen des Verdauungsapparats war kein Spezifikum der Bergarbeiter. Sie erfaßten seit 1942 ebenso ländliche wie städtische Gebiete.[44] Ein Teil dieser Erkrankungen läßt sich auf psychosomatische Ursachen zurückführen, von denen zunehmend auch jüngere Patienten betroffen waren. Dies gilt insbesondere für die stetig wachsende Zahl der gastritischen Erkrankungen, die etwa ein Siebtel aller Erkrankungen des Verdauungsapparats ausmachten.[45] Die Mehrzahl der „immer häufiger auftretenden Magen- und Darmerkrankungen" resultierte jedoch nach Ansicht der meisten Ärzte aus der verminderten Qualität der Nahrung, insbesondere aus der Beschaffenheit des Brotes, das aus zu stark ausgemahlenem Mehl gebacken wurde und daher oft schwer verdaulich war.[46] Im letzten Kriegsjahr manifestierte sich die abnehmende Qualität der Nahrung in einer signifikanten Erhöhung des Anteils von Ernährungsstörungen an den Todesursachen.[47]

Eine ähnlich hohe Steigerungsrate wie die Erkältungskrankheiten (176 Prozentpunkte gegenüber dem Stand von 1938) wiesen die entzündlichen Hauterkrankungen auf.[48] Bergleute und Industriearbeiter litten vermehrt unter der Furunkulose, einer oft sehr langwierigen Erkrankung, die besonders Menschen mit geschwächter Immunabwehr befällt. Im vierten Kriegsjahr erkrankte jeder neunte Versicherte der Ruhrknappschaft daran.[49] Da Bergarbeiter über ein medizinisches Sonderversorgungssystem verfügten, im Schnitt besser ernährt waren als der Durchschnitt der Bevölkerung und spezifische, berufsbedingte Morbiditätsrisiken zu tragen hatten,[50] sind diese Zahlen nicht ohne weiteres auf die übrige Bevöl-

---

[42] Tab. D.12.

[43] In diese Richtung argumentierte der Medizinaldezernent der Düsseldorfer Regierung, als er die Zunahme der grippalen Infekte und Lungenentzündungen im sechsten Kriegsjahr auf die häufigen Bunkeraufenthalte zurückführte; Regierung Düsseldorf an das Reichsministerium des Innern, Verluste im Gesundheitswesen durch feindliche Einwirkungen seit dem 1. 10. 1944, 23. 12. 1944, NRWHStA, Reg. Düsseldorf/54489-III, Bl. 541.

[44] Kreisamt für Volksgesundheit Augsburg-Land, Vierteljahresbericht IV/1942, StAA, NSDÄB Augsburg-Land/2; Gesundheitsamt Wismar, Jahresgesundheitsbericht 1942, MeckLHA, MfU/9683.

[45] Tab. D.12; W. Brühl, Die Behandlung des Ulkus und der Gastritis im Kriege, in: Klinische Wochenschrift 21 (1942), S. 43; Schultz an Geronne, 4. 3. 1942, BAB, Personalakte Conti.

[46] Gesundheitsamt Weilheim an R. Olbrich, 29. 1. 1943, StAM, Gesundheitsämter/496; Kriegstagebuch der Rüstungsinspektion VI, 1. 1.–31. 3. 1944; BA-MA, RW 20–6/12.

[47] Tab. D.16.

[48] Tab. D.12.

[49] Berechnet nach Tab. D.12.

[50] Die Furunkulose trat z. B. unter den Arbeitsbedingungen des Bergbaus besonders häufig auf.

kerung übertragbar. Jedoch zeigen die Jahresberichte der Gesundheitsämter deutlich, daß die Bergarbeiter keinen Sonderfall darstellten. Bereits seit 1940 verzeichneten einzelne Gesundheitsämter eine Zunahme von entzündlichen Hautveränderungen. Kleinkinder litten vermehrt unter bakteriellen Hauterkrankungen, Schulkinder und Erwachsene unter einer steigenden Zahl von Krätzeerkrankungen. Die Ausbreitung dieser durch Milben verursachten Hautkrankheit wurde vor allem durch ungünstige hygienische Verhältnisse begünstigt. In den ersten Kriegsjahren befielen Krätzmilben vor allem Kinder und Jugendliche in den Agrargebieten Nord- und Ostdeutschlands, in einigen Fällen auch die Insassen von Zwangsarbeiterlagern.[51] Analog zur Entwicklung der Furunkulose nahm die Erkrankungshäufigkeit 1941/42 deutlich zu. Dabei verlor die Krätze den Charakter einer regional, schicht- und altersgruppenspezifisch klar abgrenzbaren Krankheit. Während Berichte über das Auftreten von Krätzmilben bis 1941 eher eine Ausnahme waren, meldete 1942 mehr als ein Drittel der ausgewerteten Gesundheitsämter teilweise drastische Zunahmen von Hauterkrankungen. Sie betrafen nicht mehr nur den Nordosten des Deutschen Reiches, sondern in zunehmendem Maße auch Landstriche in West- und Mitteldeutschland, wobei die Milben immer häufiger auch Stadtbewohner befielen.[52] Spätestens seit 1943 griff die Krankheit auch auf Süddeutschland über.[53] Mit der zunehmenden Verbreitung mehrten sich die Fälle, in denen der Krätzebefall in Kombination mit anderen Parasiten, etwa Kopfläusen, auftrat, oder von weiteren ekzematischen Hautkrankheiten begleitet wurde.[54] Ebenso wie die Erkrankungen des Verdauungsapparates gehen die entzündlichen Hautleiden eindeutig auf das Konto kriegsbedingter Versorgungsmängel, denn für das massierte Auftreten der Schmutzkrankheiten waren primär der durch die Fettknappheit verursachte Seifenmangel und die kriegsbedingt verschlechterten Wohnverhältnisse verantwortlich.[55]

Anders als im Ersten Weltkrieg, wo 1917/18 Typhus- und Ruhrerkrankungen vielerorts signifikant zugenommen hatten, spielten diese „klassischen" Kriegsseuchen, ebenso wie das Fleckfieber, in den ersten Jahren des Zweiten Weltkrieges nur eine geringe Rolle.[56] Wohl erhöhte sich die Zahl der Ruhr- und Typhusinfi-

---

[51] Jahresgesundheitsberichte 1941 der Gesundheitsämter Fallingbostel, NdsHStA, Hann. 180 Lbg. III/XXXI/49–4; Neustrelitz, MeckLHA, MfU/9682, und Ludwigslust, MeckLHA, MfU/9683; Gesundheitsamt Oberbarnim, Jahresgesundheitsbericht 1940, BrLHA, Br. Pr. Rep. 2A, Abt. I Med./47.

[52] Jahresgesundheitsberichte 1942 des Regierungspräsidiums Lüneburg, der Gesundheitsämter Lüneburg, NdsHStA, Hann. 180 Lbg. III/XXXI/49–5; Düsseldorf NRWHStA, Reg. Düsseldorf/54291-I, Bl. 128, und Erfurt-Stadt, StAG, Reg. Erfurt/19411.

[53] Regierung Niederbayern an das Reichsministerium des Innern, 11. 4. 1943, IfZ, MA 300, Bl. 3057; Gesundheitsamt Weilheim, Monatsgesundheitsbericht Januar 1943, StAM, Gesundheitsämter/605; Kreisamt für Volksgesundheit Pforzheim, Vierteljahresbericht III/1944, GLAK, 465d/1011.

[54] Jahresgesundheitsberichte 1942 der Gesundheitsämter Mühlhausen-Stadt, StAG, Reg. Erfurt/19411, und Lüneburg, NdsHStA, Hann. 180 Lbg. III/XXXI/49–4.

[55] Schütz an Ziegler, 23. 2. 1942, BAB, Personalakte Conti; Jahresgesundheitsberichte der Gesundheitsämter Angermünde, BrLHA, Br. Pr. Rep. 2 A, Abt. I Med./49, und Harburg-Land, NdsHStA, Hann. 180 Lbg. III/XXXI/49–6.

[56] Zur Ätiologie und zeitgenössischen Therapie dieser Krankheiten vgl. H. Curschmann,

zierten in den ersten drei Kriegsjahren in etwa auf das Doppelte des Vorkriegsstandes, doch erreichte die Dimension der Seuche mit weniger als zwei Erkrankten auf 10000 Einwohner bis in den Herbst 1944 hinein niemals bedrohliche Ausmaße.[57] Daran hat auch die Zerstörung der gesundheitsbezogenen Infrastruktur durch die Luftangriffe der Alliierten kaum etwas geändert. Im Gegenteil: die erhaltenen Morbiditätsstatistiken größerer Städte weisen im Schnitt bis in das Jahr 1944 günstigere Infektionsraten aus als der Durchschnitt des Deutschen Reiches.[58] Selbst nach schweren Bombardements blieben die befürchteten Epidemien in der Regel aus. Hamburg, das hier für die Mehrzahl der dokumentierten Fälle steht, zählte nach der Angriffsserie im Juli/August 1943 kaum mehr als 100 Ruhr- und rund 20 Typhuserkrankungen im Monat. Und selbst dort, wo wie in Köln nach Luftangriffen kleinere Epidemiekerne entstanden, konnte die Ausbreitung der Krankheit verhindert und die lokale Epidemie innerhalb weniger Wochen eingedämmt werden.[59] Da Luftangriffe einen geradezu idealen Nährboden für die Ausbreitung übertragbarer Krankheiten schufen, indem sie die gesundheitsbezogene Infrastruktur zerstörten, Verseuchungen im Trinkwasser hervorriefen und die Zahl der Menschen, die in überfüllten Notunterkünften untergebracht werden mußten, vermehrten, mutet dieser Befund erstaunlich an. Daß Infektionen nach Luftangriffen nicht immer vollständig an die Gesundheitsbehörden weitergemeldet wurden, kann diesen Umstand ebenso wenig erklären, wie die seit 1943 abnehmende Einwohnerdichte in den Großstädten. Ein Untersuchungsbericht der US-Streitkräfte behalf sich einigermaßen ratlos mit dem Verweis auf den deutschen Nationalcharakter. Er sei durch eine besondere, auch in Krisenzeiten beibehaltene Affinität zur Reinlichkeit gekennzeichnet, zudem begünstige die autoritäre Persönlichkeitsstruktur der Deutschen das Befolgen von Hygienevorschriften und Anordnungen der Gesundheitsbehörden. Daß eine solche Erklärung wenig befriedigend war, hatten bereits die Autoren des Berichts erkannt und die Leistungsfähigkeit des öffentlichen Gesundheitsdienstes als zusätzliche Ursache benannt.[60] Allerdings basierte dessen Effektivität auf einer seuchenmedizinischen Strategie, die das Erkrankungsrisiko zielgruppenspezifisch verteilte. Typhus und Ruhr wurden durch Kontaktinfektionen übertragen und galten ebenso wie das Fleckfieber als ausgesprochene Lagerkrankheiten. Zwar förderten unzureichende Trink- und Abwasserverhältnisse die Ansteckungsgefahr, doch blieben Infektionen auf diesem Weg eine Ausnahme, die vereinzelt vor allem in ländlichen Gebieten auftra-

---

Über Typhus im Kriege, in: Die medizinische Welt 13 (1939), S. 1351–1353; C. Hegeler, Die Ruhr, ebenda, S. 1428–1431.

57 Tab. D.1.

58 Tab. D.1; D.7; D.8.

59 Nur in Bochum und Köln läßt sich ein eindeutiger Zusammenhang von Luftkrieg und Typhus-Inzidenz erkennen, jedoch blieb die Zahl der Neuerkrankten in Bochum unter 120, in Köln unter 70 im Monat. Im Falle der Ruhr ist der Zusammenhang etwas stärker ausgeprägt, gleichwohl ebenfalls nicht signifikant; USSBS, Medical Branch Report: The Effect of Bombing on Health and Medical Care in Germany, 1945, S. 74–79, IfZ, MA 1566/5.

60 USSBS, Medical Branch Report: The Effect of Bombing on Health and Medical Care in Germany, 1945, S. 82, IfZ, MA 1566/5.

ten. Solange das seuchenpolizeiliche Konzept der Isolierung von Krankheitsüberträgern funktionierte, und dies war trotz aller gesundheitspolitischen Probleme, die der Zwangsarbeiterseinsatz mit sich brachte, bis in das letzte Quartal 1944 weitgehend der Fall, gefährdeten die „Kriegsseuchen" vor allem Zwangsarbeiterlager, in denen unterernährte Kriegsgefangene und Deportierte unter völlig unzureichenden hygienischen Verhältnissen zusammengepfercht waren. Die Insassen dieser Lager wurden bei drohender Seuchengefahr streng von der deutschen Bevölkerung separiert, einzelne Personen, z. B. Wachmannschaften, die sich im Kontakt mit den Lagerinsassen infiziert hatten, ebenfalls in Quarantäne genommen.[61] Nur dort, wo dieser Seuchenkordon, etwa als Folge eines schweren Luftangriffs oder ungesteuerter Bevölkerungsverschiebungen, durchbrochen wurde, entstand ein Infektionsrisiko für die deutsche Zivilbevölkerung.[62] Das Prinzip der Trennung von Gesunden und potentiellen Krankheitsüberträgern erhielt erste Lücken, als nach dem Zusammenbruch der Heeresgruppe Mitte im Sommer 1944 Wehrmachtseinheiten ohne vorherige Desinfektion von der Front zurückverlegt wurden. Von den seit der Jahreswende 1944/45 in das „Altreichsgebiet" zurückströmenden Flüchtlingstrecks aus Ostpreußen und Pommern konnten nur noch die wenigsten seuchenprophylaktisch behandelt werden. Da durch diese Entwicklung immer mehr Deutsche selbst in Lagern lebten und sich als Folge der zunehmenden Wanderungsbewegungen innerhalb des Deutschen Reiches der Wirkungsradius potentieller Krankheitsüberträger rapide vermehrte, veränderte sich der Stellenwert der Kriegsseuchen im Aufgabenprofil des öffentlichen Gesundheitsdienstes grundlegend. Nun traten nicht mehr nur Zwangsarbeiter, sondern auch Flüchtlinge und Evakuierte als Überträger dieser Krankheiten in Erscheinung.[63] Zahlen aus Süddeutschland können helfen, den Bedeutungsgewinn dieser Gruppe von Krankheiten zu illustrieren: Im letzten Kriegsjahr verdoppelte sich im von Flüchtlingen überlaufenen Bayern die relative Häufigkeit von Fleckfiebererkrankungen gegenüber dem ohnehin schon hohen Vorjahreswert, wobei mit rund 1100 Infizierten mehr als 40 Prozent der gesamten Erkrankungszahl auf den Februar 1945 entfielen.[64] Die Anzahl der Ruhrerkrankungen verdreifachte, die der Typhuserkrankungen verneunfachte sich.[65] Auch wenn differenzierte Morbiditätsstatistiken aus dieser Zeit fehlen, blieb das Erkrankungsrisiko allem An-

---

61 Aus der Sicht des Praktikers: R. Lemke, Die Ärztliche Betreuung der Zivilbevölkerung Pommerns während der Evakuierung und der Flucht [1956], Bl. 4, 7, BAK, Ost.-Dok. 8/692; vgl. Teil 2, Kapitel II.2.

62 USSBS, Medical Branch Report: The Effect of Bombing on Health and Medical Care in Germany, 1945, S. 31, IfZ, MA 1566/5.

63 Gesundheitsamt Oschersleben, Bericht über die gesundheitliche Betreuung der Zivilbevölkerung, 9. 1. 1945, LHSA, Rep. C 28 Ig/66a, Bl. 170f.; Gesundheitsamt Weilheim, Monatsgesundheitsbericht Februar 1945, 31. 3. 1945, StAM, Gesundheitsämter/605.

64 Die übertragbaren Krankheiten im Jahre 1945, Mitteilungen des Bayerischen Statistischen Landesamtes 2 (1946), H. 6, S. 2f.; vgl. Tab. D.2.

65 Tab. D.2. Die tatsächliche Steigerungsrate in den letzten beiden Kriegsjahren ist vermutlich noch höher, da die für die Befundfeststellung bei Infektionskrankheiten zuständige bakteriologische Untersuchungsanstalt München infolge von Luftkriegsschäden nicht mehr regelmäßig beschickt werden konnte; Gesundheitsamt Weilheim, Monatsgesundheitsbericht Juli 1944, StAM, Gesundheitsämter/605.

schein nach weiterhin gruppenspezifisch ungleich verteilt. Neben den Zwangsarbeitern waren nun vor allem Flüchtlinge einem überdurchschnittlichen Infektionsrisiko ausgesetzt, während Ansteckungen der ortsansässigen Bevölkerung vergleichsweise selten blieben.[66]

Ein weitaus drängenderes Problem als die mit großem Aufwand bekämpften Seuchen stellten die Infektionskrankheiten des Kindesalters dar. Diphtherie und Scharlach pendelten in den ersten beiden Kriegsjahren um den hohen Wert von etwa 20 Neuerkrankungen auf 10000 Einwohner. Bis 1942 erreichte die Zahl der Infektionen trotz vermehrter Impfungen die Zahl von 48,7 bzw. 33,4 Erkrankungen je 10000 Einwohner.[67] Das entsprach einem Zuwachs von rund 169 bzw. 54 Prozentpunkten gegenüber dem Vorkriegsstand, oder – in absoluten Zahlen ausgedrückt – im Falle der Diphtherie einer Summe von ca. 300000 Neuerkrankungen im Jahr. Legt man eine durchschnittliche Behandlungsdauer von drei Wochen zugrunde, bedeutete dies für eine Stadt wie München, daß rund 100 Betten, mithin ein halbes Krankenhaus, permanent mit Diphtheriekranken belegt waren.[68] Während der Scharlach zumeist milde verlief, nahmen Diphtherieerkrankungen oftmals einen unerwartet schweren Verlauf. Der Anteil der Fälle mit tödlichem Ausgang stieg von 4,6 Prozent im letzten Vorkriegsjahr bis auf 7,1 Prozent 1944, gleichzeitig mehrten sich Komplikationen wie z.B. Herzmuskelschädigungen.[69]

Seit 1943 stagnierte die Zahl der Neuerkrankungen an Diphtherie im Reichsdurchschnitt, die Scharlachinzidenz war sogar leicht rückläufig.[70] Dies galt allerdings nicht für die Mehrheit der Großstädte, deren Diphtherieinzidenz vor dem Krieg über dem Reichsdurchschnitt gelegen hatte und 1940 bis 1943 langsamer gestiegen war, als in den weniger urbanisierten Regionen. 1944 dagegen weisen sechs von sieben Städten eine signifikante Erhöhung der Diphtheriemorbidität gegenüber dem Vorjahr auf, wobei eine Auswertung der monatlichen Infektionszahlen zeigt, daß die Zahl der Erkrankungen nach schweren Luftangriffen rapide in die Höhe schnellte. Daher liegt der Schluß nahe, daß zumindest ein mittelbarer Zusammenhang zwischen Luftangriffen und einer erhöhten Diphtheriemorbidität

---

66 Daß sich in den überfüllten und medizinisch kaum versorgten Lagern der pommerschen Treckteilnehmer eine „Ruhrepidemie sehr erheblichen Grades" ausbreitete, die zahlreiche Opfer vor allem unter den körperlich geschwächten Alten forderte, berichtet der mit der medizinischen Betreuung der Evakuierten betraute Medizinaldezernent der Provinz, dort auch der Hinweis auf die Beschränkung der Ansteckungen auf Flüchtlinge; R. Lemke, Die Ärztliche Betreuung der Zivilbevölkerung Pommerns während der Evakuierung und der Flucht [1956], Bl. 9f., BAK, Ost.-Dok. 8/692.

67 Tab D. 1.

68 Der Rechnung liegt ein Durchschnitt von 34 Erkrankungen auf 10000 Einwohner und die Annahme, daß die Hälfte der diagnostizierten Fälle im Krankenhaus behandelt wurden, zugrunde.

69 Die Gründe für diese Entwicklung sind nicht geklärt. Die Mehrheit der deutschen Mediziner lehnte die These einer gesteigerten Erregervirulenz ab, und argumentierte stattdessen, daß der reduzierte Ernährungszustand der Bevölkerung die Immunabwehr geschwächt habe; USSBS, Medical Branch Report: The Effect of Bombing on Health and Medical Care in Germany, 1945, S. 35, 41ff., IfZ, MA 1566/5.

70 Tab. D.1.

besteht.[71] Eine mögliche Erklärung könnte darin bestehen, daß die Exposition gegenüber Infektionskrankheiten, und damit die Chance, angesteckt zu werden, während der Luftangriffe erheblich zunahm. Die Bestimmung, daß an meldepflichtigen Infektionen Erkrankte nur in speziell gekennzeichneten Luftschutzräumen Eintritt erhalten sollten, wurde während der Luftangriffe kaum befolgt, so daß die überfüllten Bunker geradezu zu Umschlagplätzen für Krankheitskeime wurden.

Ein Krankheitsbild, das die Auflösung sozialer Strukturen während des Krieges augenfällig demonstriert, sind die Geschlechtskrankheiten. Zwar liegen, bedingt durch die Eigentümlichkeiten der deutschen Morbiditätsstatistik, die keine zentrale Registrierung dieser Krankheiten kennt,[72] nur wenig gesundheitsstatistische Daten über die Entwicklung dieser Krankheitsgruppe vor, doch erlauben die vorhandenen Quellen zumindest einige Trendaussagen. Abgesehen von einem leichten und auch nicht in allen Regionen anzutreffenden Anstieg unmittelbar nach Kriegsbeginn, nahm die Zahl der an Gonorrhöe und Syphilis Erkrankten bis in das Jahr 1942 nur mäßig zu,[73] wobei ein Teil des Zuwachses möglicherweise auch auf die verbesserte Erfassung durch die Gesundheitsämter zurückging.[74] Es überrascht daher nicht, daß die Gesundheitsbehörden des nationalsozialistischen Staates, die wenige Wochen nach der Entfesselung des Zweiten Weltkrieges die gesundheitspolizeilichen Maßnahmen zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten erheblich verschärft hatten, in diesem Punkt eine positive Bilanz ihrer Arbeit zogen.[75] Bedrohlicher als die Zahl der Erkrankten mußte dagegen scheinen, daß luetische Erkrankungen überproportional zunahmen. Die Syphilis machte zwar nur ein Sechstel der Geschlechtskrankheiten aus, galt jedoch aufgrund ihrer Spätfolgen als besonders gefährlich. In Hamburg betrug der Zuwachs zwischen 1939 und 1943 mehr als 170 Prozentpunkte, während die Gonorrhöe lediglich um rund 10 Prozentpunkte zunahm.[76] Hinzu kam, daß der Anteil weiblicher Erkrankter

---

[71] USSBS, Medical Branch Report: The Effect of Bombing on Health and Medical Care in Germany, 1945, S. 34, IfZ, MA 1566/5.

[72] Lediglich für die Jahre 1927, 1934 und 1940 existieren Zahlen für das Deutsche Reich; USSBS, Medical Branch Report: The Effect of Bombing on Health and Medical Care in Germany, 1945, S. 95, IfZ, MA 1566/5.

[73] 1939 meldete etwa die Hälfte, 1940 rund ein Fünftel, 1941 ein gutes Drittel und 1942 ein Sechstel der ausgewerteten Gesundheitsämter eine Zunahme von Geschlechtskranken.

[74] So schrieb ein thüringisches Gesundheitsamt einen Teil der Zunahme der gestiegenen Zahl der Untersuchungen zu, die ihre Ursache in verstärkten Überwachungen von Personen mit häufig wechselndem Geschlechtsverkehr sowie „vermehrte(n) Razzien und Streifen zum Schutze der Wehrmacht" hatten; Gesundheitsamt Erfurt-Stadt, Jahresgesundheitsbericht 1941, StAG, Reg. Erfurt/20961.

[75] Keine Zunahme der Geschlechtskrankheiten im Krieg, in: DÄB 71 (1941), S. 188; sowie L. Conti, Gesundheitspflicht und Geschlechtskrankheiten. Bilanz einer erfolgreichen Bekämpfung, in: Gesundheitsführung 3 (1942), S. 293–303, dort auch eine Darstellung der wichtigsten gesetzlichen Veränderungen bis 1942, von denen v.a. die 1939 eingeführte Verpflichtung der Ärzte zur Ausforschung der Infektionsquellen und die Erweiterung der Behandlungspflicht zu nennen sind.

[76] Tab. D.11. Eine ähnliche Tendenz zeigt die Entwicklung in München. Ein möglicher Grund für diese Entwicklung könnte darin bestanden haben, daß die Gonorrhöe durch die Mitte der dreißiger Jahre auf den Markt gebrachten Sulfonamide einer – nach dem Ge-

seit Kriegsbeginn rapide in die Höhe schnellte. 1939 zählten die Gesundheitsämter drei männliche auf zwei weibliche Geschlechtskranke. 1942 hatte sich das Verhältnis umgekehrt: in Frankfurt, wo geschlechtsdifferenzierte Statistiken erhalten sind, betrug das Verhältnis von männlichen zu weiblichen Erkrankten etwa 1:4,4.[77]

Noch bedeutsamer ist möglicherweise eine dritte Veränderung: Waren Geschlechtskrankheiten vor dem Krieg vor allem ein städtisches Problem, verbreiteten sie sich mit Kriegsausbruch zunehmend auch auf dem flachen Land. Es scheint sogar, daß der Zuwachs vor allem auf Veränderungen in agrarisch geprägten Regionen zurückzuführen ist.[78] Hierbei spielt die mit Kriegsbeginn erhöhte berufliche und regionale Mobilität eine wichtige Rolle. In den Städten galt „häufig wechselnder Geschlechtsverkehr von Wehrmachtsangehörigen"[79] neben dem Zuzug von in die Rüstungsindustrie dienstverpflichteten Arbeitern als wichtigste Ursache der steigenden Erkrankungszahlen. In den Agrarregionen ist der Zusammenhang von berufsbedingter räumlicher Mobilität und der Zunahme der Geschlechtskrankheiten noch ausgeprägter.[80] Zwar erscheinen auch hier Soldaten und in zunehmendem Maße auch Zwangsarbeiter als wichtige Infektionsquellen.[81] Die Mehrzahl der ausgewerteten Berichte bringt steigende Erkrankungsziffern jedoch in einen unmittelbaren Zusammenhang mit der „starken Massierung von fremden Arbeitskräften im Kreise"[82] und unterscheidet dabei zwischen der einheimischen, meist bäuerlichen Bevölkerung und den zugewanderten, aus ihren sozialen Bindungen gelösten, vielerorts auf dem Betriebsgelände kasernierten oder in Lagern untergebrachten Arbeitern neu errichteter oder vergrößerter Rüstungsbetriebe.[83]

---

setz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten von 1927 strikt untersagten – Selbstbehandlung zugänglich war. Von dieser Möglichkeit machten vor allem Prostituierte Gebrauch; USSBS, Medical Branch Report: The Effect of Bombing on Health and Medical Care in Germany, 1945, S. 96f., IfZ, MA 1566/5.

77 USSBS, Medical Branch Report: The Effect of Bombing on Health and Medical Care in Germany, 1945, S. 96, IfZ, MA 1566/5. Daß der steigende Anteil weiblicher Erkrankter nicht ausschließlich mit der zunehmenden Prostitution in den Städten erklärt werden kann, zeigen gleichlautende Berichte aus agrarischen Regionen; z.B. Gesundheitsamt Rostock-Land, Jahresgesundheitsbericht 1943, MeckLHA, MfU/9684; Gesundheitsamt Eberswalde, Jahresgesundheitsbericht 1943, BrLHA, Br. Pr. Rep. 2 A, Abt. I Med./49.

78 Von den Gesundheitsämtern, die bereits 1939/40 über eine Zunahme der Erkrankungen berichteten, waren nur ein Drittel (Düsseldorf, Erfurt, Mühlhausen) städtisch, die übrigen Amtsarztbezirke (Beskow, Burgdorf, Celle, Dannenberg, Fallingbostel, Harburg-Land) waren ländlich geprägt.

79 Jahresgesundheitsberichte 1941 der Gesundheitsämter Rostock-Stadt, MeckLHA, MfU/9682 (Zitat), und Neustrelitz, ebenda.

80 Gesundheitsamt Pfaffenhofen, Jahresgesundheitsbericht 1941, StAM, Gesundheitsämter/165.

81 Gesundheitsamt Celle, Jahresgesundheitsbericht 1942, NdsHStA, Hann. 180 Lbg. III/XXXI/49–5.

82 Gesundheitsamt Fallingbostel, Jahresgesundheitsbericht 1941, NdsHStA, Hann. 180 Lbg. III/XXXI/49–4 (Zitat); Gesundheitsamt Soltau, Jahresgesundheitsbericht 1939, NdsHStA, Hann. 180 Lbg. III/XXXI/49–2.

83 Gesundheitsamt Celle, Jahresgesundheitsbericht 1940, NdsHStA, Hann. 180 Lbg. III/XXXI/49–3.

Nach einer Schätzung des Reichsinnenministeriums vervierfachte sich die Zahl der gemeldeten Ansteckungsquellen zwischen 1938 und 1943, wobei die Dunkelziffer wesentlich höher gelegen haben dürfte und die Daten auch in der zweiten Kriegshälfte auf einen erheblichen Zuwachs der Erkrankungen hinweisen. Das Jahr 1943, in dem beinahe die Hälfte aller ausgewerteten Gesundheitsämter einen spürbaren Anstieg der Erkrankungszahlen meldete, markiert hier einen deutlichen Einschnitt. In Sachsen stieg die Zahl der weiblichen Geschlechtskranken zwischen September 1942 und Februar 1943 um rund 47 Prozent und im darauffolgenden Halbjahr noch einmal um etwa 88 Prozent.[84] Daß dies kein Sonderfall war, zeigen Amtsarztberichte aus anderen Regionen, die im gleichen Zeitraum von Zuwächsen von mehr als 40 Prozent und in einem Fall sogar von einer Steigerung um 500 Prozent (!) berichten.[85] Dieser Anstieg wurde aus mehreren Quellen gespeist. Ein kleiner Teil läßt sich auf das Konto von Zwangsarbeitern buchen, deren Erkrankung man vor der Verschleppung nach Deutschland nicht erkannt hatte. Für einen weiteren Teil waren Wehrmachtsurlauber verantwortlich, die sich in der Etappe angesteckt hatten und infiziert zurückkehrten, in der zweiten Kriegshälfte ging ein Teil der Infektionen offenbar auch von den Evakuierten und Bombengeschädigten aus.[86] Auch diese Gruppe verblieb im herkömmlichen Rahmen der Geschlechtskrankenfürsorge, die diese Krankheiten vor allem als Problem klar definierbarer Randgruppen – in diesem Falle Ortsfremder – begriff. Neu war jedoch, daß unter den Evakuierten Frauen bei weitem überwogen. Hier deutet sich eine Veränderung an, die auf eine fortschreitende Erosion der tradierten Sexualmoral schließen läßt, wenn nicht unter der Hand sogar auf eine temporäre Neudefinition der Geschlechterverhältnisse unter den Bedingungen des totalen Krieges. Sieht man von der gewerblich betriebenen Prostitution einmal ab, galten nach zeitgenössischen Moralvorstellungen wechselnde Geschlechtspartner und promiskuitive Sexualität als Sache von Männern, die, vor allem solange sie noch unverheiratet waren, eine deutlich erhöhte Infektionsrate aufwiesen.[87] In der zweiten Kriegshälfte nahm die Zahl der geschlechtskranken jungen Frauen zu,

---

[84] Staatssekretariat für das Gesundheitswesen/Referat A 11, Aktenvermerk betr. Geschlechtskrankheiten, 3. 1. 1945, BAB, R 18/3755.

[85] Jahresgesundheitsberichte 1943 der Regierung Erfurt, StAG, Reg. Erfurt/19411, und des Gesundheitsamtes Neustrelitz, MeckLHA, MfU/9684.

[86] Jahresgesundheitsberichte 1943 der Gesundheitsämter Erfurt-Stadt, StAG, Reg. Erfurt/19411, und Rostock-Land, MeckLHA, MfU/9684. Der genaue Anteil von Soldaten und Zwangsarbeitern läßt sich im nachhinein nicht mehr exakt bestimmen. Die Amtsarztberichte tendieren generell dazu, die Bedeutung von Zwangsarbeitern als Infektionsquelle überzubewerten. Eine Ausarbeitung des Reichsinnenministeriums schätzte aufgrund von Zahlenmaterial aus einer nicht näher bezeichneten deutschen Großstadt den Anteil der Wehrmachtsangehörigen auf ein Drittel der Erkrankten im Jahr 1943, den der Zwangsarbeiter auf ein Viertel; Staatssekretariat für das Gesundheitswesen/Referat A 11, Aktenvermerk betr. Geschlechtskrankheiten, 3. 1. 1945, BAB, R 18/3755; Werr, Stellungnahme zum Bericht des Chefs der Sicherheitspolizei und des SD vom 5. 11. 1944, ebenda.

[87] In diesem Sinne machte etwa der Rostocker Amtsarzt für die Zunahme der Geschlechtskrankheiten in seinem Bezirk unter anderem die „Trennung der Ehegatten durch Arbeitseinsatz des Mannes in der hiesigen Industrie" verantwortlich; Gesundheitsamt Rostock-Stadt, Jahresgesundheitsbericht 1941, MeckLHA, MfU/9682.

ohne daß diese eindeutig einer besonders exponierten Gruppe zugeordnet werden konnten.[88] Daß die Prostitution inzwischen vielfach heimlich, oft auch im Nebenerwerb betrieben wurde, kann nur einen Teil dieser Zunahme erklären.[89] Einiges spricht dafür, daß ein Großteil des Zuwachses auf die zunehmende Promiskuität von bereits an einen Partner gebundenen Frauen zurückgeht. „Bemerkenswert", so der Leiter des bei Lüneburg gelegenen Gesundheitsamtes Dannenberg, sei vor allem „daß von den Neuzugekommenen im Berichtsjahr nicht mehr die ausländischen Arbeiter, sondern die einheimischen Volksgenossen den überwiegenden Anteil stellten (meist Frauen)".[90] Noch drastischer konstatierte der Erfurter Medizinaldezernent, der Anstieg der Geschlechtskrankheiten in seinem Bezirk sei auf „die Ansteckung von Urlaubern und die Zunahme ausserehelichen Verkehrs von Soldatenfrauen und -bräuten zurückzuführen".[91]

Auf die Entwicklung der meisten chronisch-degenerativen Erkrankungen hatte der Krieg offenbar nur wenig Einfluß. Die Anzahl der Krebstoten variierte nach 1939 nur geringfügig. Gegen Kriegsende ging sie sogar leicht zurück.[92] Auch die Zahl der an Diabetes Verstorbenen sank bis 1944. Allerdings ist gerade in diesem Fall die Argumentation mit Mortalitätsdaten problematisch, da die gesundheitlichen Folgen der Erkrankung für den einzelnen aufgrund der herrschenden Insulinknappheit seit 1944 dramatisch zunahmen.[93]

Auch stellten psychosomatische Erkrankungen ein ernsthaftes gesundheitliches Problem dar. Bereits in den ersten Kriegsjahren deutete der teilweise bis zur Sucht erhöhte Verbrauch von Schlaftabletten und Schmerzmitteln sowie die Häufung

---

88 Z.B. Gesundheitsamt Eberswalde, Jahresgesundheitsbericht 1943, BrLHA, Br. Pr. Rep. 2 A, Abt. I Med./49.

89 Staatssekretariat für das Gesundheitswesen, Referat A 11, Die Entwicklung der Geschlechtskrankheiten seit Kriegsbeginn, 3. 1. 1945, BAB, R 18/3755.

90 Jahresgesundheitsberichte 1943 der Gesundheitsämter Dannenberg, NdsHStA, Hann. 180 Lbg. III/XXXI/49–6 (Zitat), und Rostock-Land, Jahresgesundheitsbericht 1943, MeckLHA, MfU/9684.

91 Regierung Erfurt, Jahresgesundheitsbericht 1943, StAG, Reg. Erfurt/19411, ferner der Jahresgesundheitsbericht des Gesundheitsamtes Neustrelitz 1941, MeckLHA, MfU/9682, in dem der Amtsarzt von einem „guten Dutzend" Fällen berichtet, „wo die Ehefrau ihren in Urlaub gekommenen Mann angesteckt hat".

92 Zur Entwicklung der Krebssterblichkeit in Bayern Tab. D.16. Allerdings basiert der Rückgang möglicherweise auf einem Meßfehler: Da die Leichenschau bei Kriegsende zunehmend nachlässiger ausgeführt wurde, dürften nicht diagnostizierte Krebs-Todesfälle auch in der stark vermehrten Fallgruppe der unbestimmten Todesursachen zu finden sein. In den bayerischen Großstädten, wo die meisten Krebspatienten in Krankenhäusern starben, nahm die Krebssterblichkeit, dem Trend der Vorkriegsjahre folgend, leicht zu; Bayern in Zahlen 1 (1947), H. 3, S. 70.

93 Da zur Insulingewinnung seit Herbst 1941 auf Schlachtabfälle aus den besetzten Teilen der Sowjetunion zurückgegriffen werden konnte, wurden krankheitsbedingte Nahrungsmittelzuteilungen (z.B. fett- und eiweißhaltige Produkte) an Diabetiker zugunsten kohlenhydratreicher Nährmittel sukzessive gestrichen, während man die Insulinrationen gleichzeitig erhöhte. Als 1944 nach dem Verlust eines Großteils der besetzten Ostgebiete die Insulinrationen stark gekürzt wurden, stand dem keine entsprechende Neuzuteilung geeigneter Lebensmittel gegenüber; E. Gräfe, Die Kriegskost der Zuckerkranken, in: DÄB 74 (1944), S. 154; vgl. USSBS, Medical Branch Report: The Effect of Bombing on Health and Medical Care in Germany, 1945, S. 300, IfZ, MA 1566/5.

chronischer Magenschäden durch die im Aspirin enthaltene Acetyl-Salicylsäure auf erhebliche Störungen des subjektiven Wohlbefindens hin.[94] Seit dem Jahreswechsel 1942/43 spiegelt sich die wachsende Differenz zwischen den tatsächlichen und den durch Krankenstandsraten meßbaren Veränderungen des Gesundheitszustands in der auffällig erhöhten Zahl psychosomatisch bedingter Beschwerden, deren Häufung auf die überhandnehmende gesundheitliche Belastung weiter Bevölkerungskreise verweist.[95]

Hinter solchen Sammeldiagnosen wie „Nervosität"[96] und „neuropathischen Erscheinungen"[97] verbargen sich oftmals charakteristische Streßindikatoren wie eine „allgemein zunehmende Reizbarkeit der Bevölkerung; aber auch mehr Fälle von nervöser Erschöpfung"[98], Müdigkeit und Konzentrationsschwierigkeiten.[99] In weit größerem Umfang als bisher diagnostizierten die Ärzte aber auch organische Manifestationen psychosomatischer Leiden, sei es in der Form von Regelbeschwerden, Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems vor allem jüngerer Patienten[100] oder von psychisch bedingten Erkrankungen des Magen-Darm-Trakts. Bei den Versicherten der Ruhrknappschaft, für die als einzige Gruppe differenzierte Morbiditätsstatistiken vorliegen, nahm die Zahl der Magen- und Zwölffingerdarmgeschwüre zwischen 1938 und 1942 um rund 140 Prozentpunkte zu.[101] Ob die Zunahme dieser Krankheiten vor allem eine Luftkriegsfolge gewesen ist, wie dies deutsche Universitätsmediziner vermuteten, die nach dem Krieg von US-Armeeärzten hierzu befragt wurden, scheint jedoch zweifelhaft.[102] Zwar finden sich in den Jahresberichten der Gesundheitsämter Hinweise auf einen Zusammenhang zwischen einer „Verschärfung der Luftlage" und der Zunahme nervöser Erkrankungen, die in geringerem Umfang Jugendliche, vor allem aber die evakuierte Bevölkerung betrafen. So berichtete das Gesundheitsamt Celle, daß „Bombengeschädigte, besonders hier auch jüngere [...] sehr zu nervösen Erscheinungen" neigten und schnell ermüdeten. Zudem habe „die allgemeine Frische [...] bei diesen besonders auffällig abgenommen".[103] Jedoch sind diese Befunde nicht immer signifikant. Zum Teil stammen sie aus Gegenden, die kaum vom Luftkrieg betrof-

---

94 Gesundheitsamt Rostock, Jahresgesundheitsbericht 1939; Boberach, SD-Berichte, 24. 2. 1941, Bd. 6, S. 2026f.; Boberach, SD-Berichte, 21. 9. 1942, Bd. 11, S. 4225.

95 Boberach, SD-Berichte, 27. 9. 1943, Bd. 15, S. 5812f.

96 Z.B. Gesundheitsamt Wismar, Jahresgesundheitsbericht 1940, MeckLHA, MfU/9681.

97 Gesundheitsamt Erfurt-Stadt, Jahresgesundheitsbericht 1941, StAG, Reg. Erfurt/19411.

98 Gesundheitsamt Neustrelitz, Jahresgesundheitsbericht 1941, MeckLHA, MfU/9682 (Zitat); Gesundheitsamt Duisburg, Jahresgesundheitsbericht 1940, NRWHStA, Reg. Düsseldorf/54295-I, Bl. 1f.

99 SD-Berichte, 27. 9. 1943, Bd. 15, S. 5814; vgl. Conti, Der Stand der Volksgesundheit im 5. Kriegsjahr, S. 3, BAB, R 18/3805.

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

101 Tab. D.12; vgl. W. Brühl, Die Behandlung des Ulkus und der Gastritis im Kriege, in: Klinische Wochenschrift 21 (1942), S. 43.

102 USSBS, Medical Branch Report: The Effect of Bombing on Health and Medical Care in Germany, 1945, S. 99, IfZ, MA 1566/5.

103 Gesundheitsamt Celle, Jahresgesundheitsbericht 1943, NdsHStA, Hann. 180 Lbg. III/XXXI/49–5 (Zitat); Gesundheitsamt Brandenburg, Jahresgesundheitsbericht 1940, BrLHA, Br. Pr. Rep. 2 A, Abt. I Med./47.

fen waren, zum Teil schätzten Ärzte diese Erscheinungen lediglich als vorübergehende Phänomene ein. Vor allem spricht gegen einen solchen Zusammenhang, daß die Amtsarztberichte bereits in den ersten Kriegsmonaten eine deutliche Zunahme psychosomatischer Beschwerden feststellten.[104] Da der stärkste Anstieg in der Berichtshäufigkeit über nervöse Störungen in das Jahr 1942 fällt und die Zunahme ländliche wie städtische Regionen gleichermaßen betraf, kann kein unmittelbarer Zusammenhang zu den Luftangriffen gegeben sein.[105] Die meisten Berichte leiteten die Zunahme der Erkrankungen entweder aus den allgemeinen Begleitumständen des Krieges ab, wie ein Mecklenburger Amtsarzt, der die Häufung psychosomatischer Auffälligkeiten in seinem Bezirk damit zu erklären suchte, daß „die Verantwortung des Einzelnen größer geworden ist und die Ereignisse an der Front eine erhebliche seelische Belastung der Bevölkerung bedeuten",[106] oder brachten sie – dies war die Regel – mit Bevölkerungsgruppen in Verbindung, die durch ihre berufliche Situation besonderen Belastungen ausgesetzt waren, so daß die Hauptursache wohl am ehesten in der „Verschärfung des Arbeitstempos und Verlängerung der Arbeitszeit"[107] zu sehen ist. Ein „ernsteres Nachlassen der Leistungsfähigkeit" wurde vor allem bei solchen Berufsgruppen beobachtet, „die zum Teil erhebliche Mehr- und Sonntagsarbeit leisten, ohne in den Besitz einer zusätzlichen Versorgung zu gelangen",[108] insbesondere bei den Angestellten.

3. Alters- und geschlechtsspezifische Differenzen

„Der Gesundheitszustand der Erwachsenen läßt am deutlichsten die im Kriege unvermeidlichen Nachteile erkennen."[109] Dagegen sei der von Jugendlichen „gemessen am 5. Kriegsjahr, verhältnismäßig gut" geblieben. Mit diesem Befund für das Jahr 1943 wies das Gesundheitsamt der Stadt Duisburg auf einen sozialgeschichtlichen Basisprozeß hin, der die Gesundheitsverhältnisse während des Zweiten Weltkriegs maßgeblich prägte. Vor dem Krieg hatte sich der Gesundheitszustand der einzelnen Altersgruppen im wesentlichen gleichgerichtet entwickelt. Während des Krieges traten die Gesundheitsverhältnisse dagegen zuneh-

---

[104] Jahresgesundheitsberichte 1939 der Gesundheitsämter Dannenberg, NdsHStA, Hann. 180 Lbg. III/XXXI/49–2; Güstrow, Parchim, MeckLHA, MfU/9680, und Erfurt-Stadt, StAG, Reg. Erfurt/20691.

[105] 1942 stieg der Anteil der Amtsarztberichte, die unter der Rubrik „Nervosität" Auffälligkeiten meldeten, von 22 (1941) auf 60 Prozent.

[106] Gesundheitsamt Waren, Jahresgesundheitsbericht 1942, MeckLHA, MfU/9683. In ähnlicher Weise vermutete das thüringische Gesundheitsamt Schleusingen, daß die „Trauer um ihre gefallenen Angehörigen" die Hauptursache der psychosomatischen Beschwerden sei; Jahresgesundheitsbericht 1942, StAG, Reg. Erfurt/19411.

[107] Regierung Erfurt, Jahresgesundheitsbericht 1942, StAG, Reg. Erfurt/19411 (Zitat); Jahresgesundheitsberichte 1943 der Gesundheitsämter Rathenow und Westhavelland, BrLHA, Br. Pr. Rep. 2 A, Abt. I Med./49.

[108] Gesundheitsamt Solingen, Jahresgesundheitsbericht 1942, NRWHStA, Reg. Düsseldorf/54291-II, Bl. 110.

[109] Gesundheitsamt Duisburg, Jahresgesundheitsbericht 1943, NRWHStA, Reg. Düsseldorf/54291-II, Bl. 428.

mend auseinander. Dabei wird eine enge Korrelation zwischen dem Gesundheitszustand und dem Lebensalter deutlich. Cum grano salis gilt, daß das Risiko, krank zu werden, mit zunehmendem Lebensalter weit stärker stieg, als dies vor 1939 der Fall gewesen ist.

Trotz einer zum Teil verlangsamten körperlichen Entwicklung und der gestiegenen Anfälligkeit für Infektionskrankheiten des Kindesalters, beurteilten die meisten Gesundheitsämter den Gesundheitszustand von Säuglingen und Kleinkindern bis 1943 als gut bis zufriedenstellend. Nur wenige Gesundheitsämter glaubten, kriegsbedingte Veränderungen in dieser Altersgruppe zu erkennen.[110] Dort, wo Amtsarztberichte auch für das Jahr 1944 vorliegen, blieb diese positive Einschätzung zumeist erhalten.[111] Diese günstige Entwicklung kam nicht von ungefähr. Gerade die Säuglinge, Klein- und jüngere Schulkinder gehörten zu den medizinisch besonders gut betreuten Teilen der Bevölkerung. Ein dichtes Netz besonderer Fürsorgeeinrichtungen, das von den staatlichen Gesundheitsämtern über die Gauämter für Volksgesundheit bis zur NSV geknüpft war, sorgte für die Prävention und frühzeitige Diagnose gesundheitlicher Schäden. Für Klein- und jüngere Schulkinder standen, um nur ein Beispiel zu nennen, synthetisch hergestellte Vitamine bereit, die die kriegsbedingten Mangelerscheinungen ausgleichen konnten.[112] Was für die beiden jüngsten Altersgruppen galt, traf auf ältere Schulkinder und vor allem auf Jugendliche zwischen 14 und 18 Jahren bereits nicht mehr uneingeschränkt zu. Auch hier markiert das Jahr 1942 einen Wendepunkt der Gesundheitsverhältnisse. Besonders in den früh vom Luftkrieg betroffenen Städten entwickelte sich der Gesundheitszustand von Schülern und Jugendlichen seitdem zunehmend ungünstiger. Der für den schulärztlichen Dienst zuständige Amtsarzt von Düsseldorf konstatierte in diesem Jahr erstmals eine deutliche Minderung des Gesundheitszustands quer durch alle Altersgruppen, mit Ausnahme der Säuglinge. Der Ernährungsstatus und die Widerstandsfähigkeit gegen Infektionskrankheiten hätten sich durchgehend ungünstig entwickelt und psychosomatisch bedingte Störungen, z.B. das Bettnässen, zugenommen. Insbesondere die Schulkinder „machen im allgemeinen einen zarten und zeitweise recht elenden Eindruck".[113] Bei den schulpflichtigen Jugendlichen wirkte sich der Krieg seit dem Jahr 1942 zudem durch Wachstumsstörungen und den verzögerten Eintritt

---

110 Dieser Befund wird durch die Berichtsserien der städtischen Gesundheitsämter Erfurt, Mühlhausen, Celle und Lüneburg sowie der in Landkreisen gelegenen Gesundheitsämter Gifhorn, Uelzen, Soltau, Fallingbostel, Harburg-Land, Prenzlau, Schleusingen und Pfaffenhofen gestützt.

111 Z.B. Regierung Lüneburg, Jahresgesundheitsbericht 1944, NdsHStA, Hann. 180 Lbg. III/XXXI/49–7.

112 Vgl. z.B. K. Hofmeier, Über die allgemeine Rachitisprophylaxe, in: ÖGD 6 B (1940/41), S. 118–124.

113 Gesundheitsamt Düsseldorf, Jahresgesundheitsbericht 1942, NRWHStA, Reg. Düsseldorf/54291-I, Bl. 128 (Zitat); Jahresgesundheitsberichte 1943 der Gesundheitsämter Harburg-Land und Fallingbostel, NdsHStA, Hann. 180 Lbg. III/XXXI/49–6. Beide Gesundheitsämter, in deren Bezirk Evakuierte aus Hamburg untergebracht waren, berichteten über die Zunahme psychosomatischer Störungen bei evakuierten Kindern und Jugendlichen.

der Pubertät aus.[114] Bis 1941 hatten Heranwachsende im Durchschnitt mit jedem neuen Jahrgang Zuwächse an Gewicht und Körpergröße verbucht. Dieser Prozeß kehrte sich 1942 um. 1945 maß ein männlicher, vierzehn- bis fünfzehnjähriger Jugendlicher durchschnittlich zwei Zentimeter weniger als ein Angehöriger der gleichen Altersgruppe bei Kriegsbeginn.[115] Nutzt man Körpergröße und Gewicht Heranwachsender als „indicator of exposure to disease and of health in general"[116], läßt sich auch dieser Befund als Hinweis auf eine Verschlechterung des Gesundheitszustands werten.[117] In die gleiche Richtung deutet, daß sich bei der Musterung des Geburtsjahrganges 1926 (1943) die Fälle mehrten, in denen Jugendliche infolge von Unterernährung und gesundheitlichen Schäden vom Wehrdienst zurückgestellt werden mußten.[118]

In der Gruppe der Erwachsenen waren alte Menschen besonders stark von der Verschlechterung des Gesundheitszustands betroffen. Bereits seit Kriegsbeginn, und damit früher als in anderen Altersgruppen, diagnostizierten Ärzte bei den über Sechzigjährigen Anzeichen für eine nachlassende Widerstandskraft gegenüber Krankheiten,[119] zunehmende Schädigungen des Kreislaufsystems,[120] vor allem aber einen vorzeitigen, im Vergleich zu anderen Altersgruppen überproportionalen Verfall der Körperkräfte.[121] Der konstitutionelle Verfall der Alten war nicht nur ein Prozeß schleichender Auszehrung, sondern vollzog sich nicht selten in plötzlichen Schüben. Oftmals, so das Gesundheitsamt im mecklenburgischen Neustrelitz, seien ältere Leute nach einigen Monaten nicht mehr wiederzuerkennen.[122]

Zuerst waren es vor allem Landwirte und ältere Arbeitnehmer, bei denen die vermehrte Arbeitsbelastung gesundheitliche Beeinträchtigungen verursachte.[123] Spätestens seit 1942 war der überwiegende Teil der älteren Bevölkerung hiervon

---

[114] Jahresgesundheitsberichte 1943 der Gesundheitsämter Prenzlau, BrLHA, Br. Pr. Rep. 2 A, Abt. I Med./49, und Parchim 1943, MeckLHA, MfU/9684.

[115] Paschlau/Paschlau, Größe, S. 4, 8. Bei der Störung der Akzeleration sind keine signifikanten schichtspezifischen Differenzierungen erkennbar. Die Größenabnahme der zehn- bis fünfzehnjährigen Volksschüler (1,9 cm) entspricht in etwa der der gleichaltrigen Oberschüler (1,98 cm).

[116] Komlos, Stature, S. 239.

[117] Vgl. E. G. Schenck, Bericht über den allgemeinen Gesundheitszustand des deutschen Volkes zu Beginn des 6. Kriegsjahres, 1. 11. 1944, S. 5, BAK, NL 1329/3.

[118] Jahresgesundheitsbericht 1943 der Gesundheitsämter Brandenburg und Zauch-Belzing, BrLHA, Br. Pr. Rep. 2 A, Abt. I Med./49.

[119] Jahresgesundheitsberichte der Gesundheitsämter Lüneburg (1939), NdsHStA, Hann. 180 Lbg. III/XXXI/49–2; Eberswalde (1941), BrLHA, Br. Pr. Rep. 2 A, Abt. I Med./48; Schwerin (1940), MeckLHA, MfU/9681.

[120] Jahresgesundheitsberichte 1942 der Gesundheitsämter Dannenberg und Harburg-Land, NdsHStA, Hann. 180 Lbg. III/XXXI/49–5.

[121] Jahresgesundheitsberichte der Gesundheitsämter Parchim (1941), MeckLHA, MfU/9682, und Erfurt-Stadt (1942), StAG, Reg. Erfurt/19411.

[122] Gesundheitsamt Neustrelitz, Jahresgesundheitsbericht 1942, MeckLHA, MfU/9683.

[123] Jahresgesundheitsberichte der Gesundheitsämter Burgdorf (1939), Lüneburg (1939), NdsHStA, Hann. 180 Lbg. III/XXXI/49–2; Angermünde (1940) und Beskow-Storkow (1940), BrLHA, Br. Pr. Rep. 2 A, Abt. I Med./47.

betroffen.[124] Beinahe die Hälfte aller ausgewerteten Gesundheitsämter berichtete über die Zunahme gesundheitlicher Beeinträchtigungen und bezog diese Befunde immer seltener auf bestimmte Teile der Alten, sondern auf die Gesamtheit der Altersgruppe. Die Folgen dieser Entwicklung schlugen sich auch in den Sterblichkeitsverhältnissen nieder. Während sich punktuelle Hinweise auf einen Anstieg der Altersterblichkeit in den ersten Kriegsjahren nicht verallgemeinern lassen,[125] verbarg sich hinter der unspezifischen Sammeldiagnose Altersschwäche, die 1944 in Bayern gegenüber dem Vorjahr um ein Drittel, 1945 noch einmal um rund 60 Prozent anstieg, eine massive Übersterblichkeit weniger widerstandsfähiger älterer Personen.[126]

Neben der gestiegenen Arbeitsbelastung bestand eine Hauptursache dieser Entwicklung in der unzureichenden Ernährungssituation. Alte Menschen waren von den Kürzungen der Lebensmittelrationen in dreifacher Weise betroffen: die kriegsbedingten Einschränkungen der Ernährungsgrundlage betrafen vor allem solche Lebensmittel, die eine wichtige Rolle in der Ernährung älterer Menschen spielten, z. B. feinere Fleischsorten und Milchprodukte. Dagegen waren gerade diejenigen Lebensmittel, die wie z. B. Hülsenfrüchte in größeren Mengen zur Verfügung standen, für ältere Menschen oft nur mit Einschränkungen geeignet.[127] Zweitens gehörten Alte als „Normalverbraucher" einer Versorgungsklasse an, die am unteren Ende der Verteilungshierarchie stand und besonders unter Kürzungen der Lebensmittelrationen zu leiden hatte.[128] Dies wog umso schwerer, weil Angehörige dieser Altersgruppe nur in sehr geringem Umfang über Möglichkeiten verfügten, sich außerhalb der auf Lebensmittelkarten ausgegebenen Rationen zu versorgen. Gerade ältere Alleinlebende litten daher besonders unter den Versorgungsproblemen des Krieges. Drittens wurde offenbar auch innerhalb der Familien Nahrung zu Lasten der Alten umverteilt, so daß der Ernährungsstatus alter Menschen sich seit 1942 durchweg und dauerhaft verschlechterte, wobei Gewichtsverluste von 30–40, in Einzelfällen auch bis zu 60 Pfund keine Seltenheit

---

[124] In den ersten Kriegsjahren berichteten zwischen 10 (1939) und 25 Prozent (1941) der ausgewerteten Gesundheitsämter über Gesundheitsschäden in dieser Altersgruppe, 1942 stieg dieser Wert auf 48 Prozent.

[125] Gesundheitsamt Rostock-Land 1940, MeckLHA, MfU/9681; Gesundheitsamt Ruppin 1942, BrLHA, Br. Pr. Rep. 2 A, Abt. I Med./48. Diese punktuellen Ergebnisse sind allerdings nur bedingt verallgemeinerbar, da für die Kriegszeit keine altersmäßig aufgegliederten Sterblichkeitsziffern verfügbar sind.

[126] Tab. D.16.

[127] E. G. Schenck, Bericht über den allgemeinen Gesundheitszustand des deutschen Volkes zu Beginn des 6. Kriegsjahres, 1. 11. 1944, S. 7, BAK, NL 1329/3.

[128] Dies betraf insbesondere die Kürzung der Fett- und Fleischrationen seit dem Januar 1942; vgl. USSBS, Medical Branch Report: The Effect of Bombing on Health and Medical Care in Germany, 1945, S. 278, IfZ, MA 1566/5. Nach den Berechnungen Wilhelm Ziegelmayers, einer zeitgenössischen Autorität auf dem Gebiet der Ernährungswissenschaften, sank der Nährwert der auf Karten erhältlichen Lebensmittel für Normalverbraucher zwischen Sommer 1941 und Frühherbst 1942 auf 1500 Kilokalorien ab, die Anzahl der insgesamt pro Kopf der Bevölkerung verfügbaren Kalorien (einschließlich Zukäufe auf dem freien Markt) sank dagegen erst im Frühsommer 1942 von 2400 auf ca. 2000, stieg aber bereits im Herbst wieder auf ca. 2200 Kilokalorien; Ziegelmayer, Ernährung, S. 24; zum Gesamtzusammenhang vgl. auch Erker, Ernährungskrise, S. 24 f.

blieben.[129] Nicht zu Unrecht konstatierte der Internist Ernst Günter Schenck, der als Ernährungsinspekteur der SS und Referent im Hauptamt für Volksgesundheit wie nur wenige Einblick in die Verteilung der Nahrungsmittel im nationalsozialistischen Deutschland hatte, in einem Bericht für Himmler, daß die „alten Menschen in hohem Maße zu den Opfern dieses Krieges"[130] gehörten.

Während die ersten Kriegsjahre für Kinder und Jugendliche nur wenig gesundheitliche Veränderungen mit sich brachten, stellten die Ärzte bei deren Müttern vielerorts einen erheblich reduzierten Gesundheitszustand fest.[131] Nicht nur Schwerarbeiter, sondern „vor allem [...] kinderreiche Mütter in den Arbeiterfamilien" seien häufig krank und „früh in ihrer Volleistungsfähigkeit beschränkt".[132] Die geschlechtsbezogene „Mehrbelastung, wie sie die Führung des Haushalts neben der Berufsarbeit mit sich bringt"[133] schlug sich in einer Zunahme nervöser Beschwerden unter den berufstätigen Müttern in einem Ausmaß nieder „wie dies in den früheren Jahren nicht der Fall war". Bei einem Teil der Frauen entwickelten sich daraus psychosomatisch bedingte Erkrankungen des Kreislaufsystems. Vor allem aber bewirkte die Doppelbelastung durch die kriegsbedingt erschwerte Erwerbs- und Familienarbeit ein vorzeitiges Einsetzen des Alterungsprozesses, der insbesondere Frauen im mittleren Lebensalter betraf.[134]

Einiges spricht dafür, daß das Jahr 1942 auch den Frauen eine deutliche Verschlechterung der Gesundheitsverhältnisse brachte. So gibt es Hinweise darauf, daß die Stillfähigkeit der Mütter aufgrund psychosomatischer Beschwerden abnahm.[135] Auch die saisonalen Spitzen der Krankenstände weisen auf spezifische Verschlechterungen des Gesundheitszustands hin. In der südwestdeutschen Rüstungsindustrie erreichten die Krankenstände im Winter 1942 bis zu 15 Prozent, in Betrieben, die besonders viele Frauen beschäftigten, vereinzelt bis zu 35 Prozent.[136] Diese Werte übersteigen das jährliche Mittel zu sehr, als daß sie allein mit

---

[129] Jahresgesundheitsberichte 1942 der Gesundheitsämter Lüneburg, NdsHStA, Hann. 180 Lbg. III/XXXI/49–5, und Mühlhausen-Land, StAG, Reg. Erfurt/19411.

[130] E. G. Schenck, Bericht über den allgemeinen Gesundheitszustand des deutschen Volkes zu Beginn des 6. Kriegsjahres, 1. 11. 1944, S. 7, BAK, NL 1329/3.

[131] Gesundheitsamt Düsseldorf, Jahresgesundheitsbericht 1940, NRWHStA, Reg. Düsseldorf/54341, Bl. 38f.

[132] Gesundheitsamt Oberhausen, Jahresgesundheitsbericht 1940, NRWHStA, Reg. Düsseldorf/54295-I, Bl. 16.

[133] Gesundheitsamt Prenzlau, Jahresgesundheitsbericht 1943, BrLHA, Br. Pr. Rep. 2 A, Abt. I Med./49 (Zitat); Jahresgesundheitsberichte der Gesundheitsämter Stargard (1940), MeckLHA, MfU/9681, und Waren (1941), MeckLHA, MfU/9682.

[134] Jahresgesundheitsberichte der Gesundheitsämter Beskow-Storkow (1941), BrLHA, Br. Pr. Rep. 2 A, Abt. I Med./48, und Essen (1943), NRWHStA, Reg. Düsseldorf/54281-II, Bl. 431.

[135] Gesundheitsamt Düsseldorf, Jahresgesundheitsbericht 1942, NRWHStA, Reg. Düsseldorf/54291-I; Boberach, SD-Berichte, 9. 4. 1942, Bd. 10, S. 3604.

[136] Nachtmann, Versorgung, S. 67; Bericht des Referenten des Beauftragten des Ministeriums für Bewaffnung und Munition im Wehrkreis XII, o.D., Abschrift als Anlage zum Schreiben der KVD Baden an das Hauptamt für Volksgesundheit, 11. 2. 1942, BAB, R 18/3758. Dem steht allerdings der Befund von Rüdiger Hachtmann, Industriearbeiterinnen, S. 346f. und 355, entgegen, daß die Krankenstände weiblicher Beschäftigter in den letzten beiden Kriegsjahren gesunken seien. Er führt dies in erster Linie auf die Verbreitung der

jahreszeitlichen Schwankungen oder einem besonders strengen Winter erklärt werden könnten. Zunächst lassen sie auf eine allgemein stark erhöhte Krankheitsanfälligkeit schließen, darüber hinaus deuten sie auf einen überproportional geschwächten Gesundheitszustand der weiblichen Arbeitsbevölkerung hin, der vor allem Frauen mittleren Alters betraf, die bisher noch nicht, oder lange nicht mehr im Berufsleben standen.[137]

Nicht nur berufstätige Mütter aus Arbeiterfamilien zählten zu den frühen Opfern nationalsozialistischer Gesundheitspolitik im Krieg. Auch auf dem Land, wo Produktions- und Reproduktionssphäre weniger scharf getrennt waren als in Arbeiterhaushalten, gewann das Problem der Doppelbelastung durch Erwerbs- und Familienarbeit mit der Dauer des Krieges an Schärfe. Hierfür spricht z.B. die wachsende Zahl der Fehlgeburten überarbeiteter Bäuerinnen.[138] In Mecklenburg registrierten Amtsärzte bereits 1939 eine Zunahme von Gesundheitsschäden namentlich bei den Frauen kleiner Landwirte.[139] Mit zunehmender Kriegsdauer mache sich bei Bauersfrauen „die zusätzliche Belastung durch die Führung des Betriebes und die Beschäftigung von ausländischen Arbeitskräften unangenehm bemerkbar, wie überhaupt Frauen, die in der Landwirtschaft tätig sind, früh verbraucht sind", resümierte das niedersächsische Gesundheitsamt Gifhorn die Entwicklung des vierten Kriegsjahres.[140]

In einem einzigen wesentlichem Punkt veränderten sich die Gesundheitsverhältnisse zugunsten der Frauen. Das Risiko, im Wochenbett zu sterben, verminderte sich seit 1938 deutlich (von 38,5 auf 36,6 Sterbefälle je 10000 Lebendgeburten 1944), ohne daß dieser Trend durch den Krieg beeinflußt wurde. Der Grund dafür ist systemindifferent: Die häufigste Geburtskomplikation, das Kindbettfieber, konnte durch die Ende der dreißiger Jahre verfügbar gewordenen Sulfonamidpräparate besser beherrscht werden.[141]

Teilzeitarbeit und die Ausweitung betrieblicher Sozialleistungen für Frauen zurück. Das Ergebnis ist insofern interessant, als es auf funktionierende arbeits- und gesundheitspolitische Rückkopplungsmechanismen hindeutet. Allerdings stützt sich Hachtmann notgedrungen auf eine schmale Quellenbasis, da geschlechtsspezifisch differenzierte Krankenstandsstatistiken nur selten überliefert sind. Demgegenüber zeigen die Amtsarztberichte ein anderes Bild. Sie diagnostizierten gesundheitliche Schäden gerade bei den „durch den Kriegseinsatz zu ganz- oder halbtägiger Arbeit verpflichteten Frauen der Geburtsjahrgänge um 1900"; Gesundheitsamt Wittenberge 1943, BrLHA, Br. Pr. Rep. 2 A, Abt. I Med./49.

137 Boberach, SD-Berichte, 27. 9. 1943, Bd. 15, S. 5812f.

138 Conti an Bormann, 3. 7. 1942, IfZ, MA 3/7, Folder 46.

139 Gesundheitsamt Ludwigslust, Jahresgesundheitsbericht 1939, MeckLHA, MfU/9680; vgl. auch Gesundheitsamt Harburg-Land, Jahresgesundheitsbericht 1940, NdsHStA, Hann. 180 Lbg. III/XXXI/49–3.

140 Jahresgesundheitsberichte 1942 der Gesundheitsämter Gifhorn (Zitat) und Harburg-Land, NdsHStA, Hann. 180 Lbg. III/XXXI/49–5; Gesundheitsamt Weilheim an das Landratsamt Weilheim, 23. 7. 1943, StAM, Gesundheitsämter/605.

141 Tab. D.17; Conti, Aktenvermerk, 15. 12. 1943, BAB, R 18/3810.

Resümee: Krieg und Gesundheitspolitik im nationalsozialistischen Deutschland

Was veränderte der Krieg? Zuerst bewirkte er tiefgreifende Einschnitte in die medizinische Versorgung. Die Kriegsvorbereitungen der deutschen Gesundheitsbehörden hatten sich auf die Sicherstellung des medizinischen Bedarfs der Streitkräfte konzentriert, kaum jedoch auf die Gesundheitsversorgung der Zivilbevölkerung in einer mehrjährigen militärischen Auseinandersetzung. Die Entscheidung des Regimes, knappe medizinische Güter und Dienstleistungen bevorzugt der Wehrmacht zuzuteilen, bildet eine erste Bestimmungsgröße nationalsozialistischer Gesundheitspolitik in der Kriegszeit, die die Auswirkungen bestehender Verteilungsmodi gesundheitsbezogener Ressourcen deutlich verschärfte. Bis zum Frühjahr 1942 konnte das Militär nahezu unbegrenzt auf die Einrichtungen des zivilen Gesundheitswesens zugreifen und auch danach hatten seine Bedürfnisse Vorrang vor zivilen Belangen. Hierdurch verminderte sich die Menge der für die Zivilbevölkerung bereitstehenden Ressourcen des Gesundheitswesens derart, daß deren Versorgung nur mehr eingeschränkt gewährleistet war. 1943 nutzte die Wehrmacht etwa ein Fünftel der zivilen Krankenhausbetten und ein Viertel der Plätze in den Heil- und Pflegeanstalten für ihre Zwecke. Der vordringliche Bedarf der Streitkräfte verringerte die Zahl der Zivilärzte auf knapp 60 Prozent des Vorkriegsstands und ließ medizinische Betreuung zunehmend zu einem Mangelgut werden. Durch die Einberufungen veränderte sich die Sozialstruktur der Ärzteschaft in zwei wesentlichen Punkten. Der Altersdurchschnitt der im Zivilleben verbliebenen Mediziner erhöhte sich deutlich, da besonders erfahrene jüngere Zivilärzte eingezogen wurden und frisch bestallte Mediziner fast ausschließlich der Wehrmacht zugute kamen. Vor dem Krieg war etwa ein Drittel der Ärzte älter als fünfzig Jahre, bis zum Frühjahr 1944 verdoppelte sich der Anteil dieser Altersgruppe bei den im zivilen Gesundheitswesen verbliebenen Medizinern. Gleichzeitig kam es zu einer vom NS-Regime nicht gewollten Feminisierung des Arztberufs. Da viele der nach der nationalsozialistischen Machtergreifung aus dem Beruf gedrängten Ärztinnen in ihr altes Arbeitsfeld zurückkehrten, und die neu approbierten Medizinerinnen nahezu die einzige Quelle bildeten, aus der das zivile Gesundheitswesen seine Verluste ergänzen konnte, verdreifachte sich der Frauenanteil unter den in der zivilen Versorgung praktizierenden Ärzten gegenüber der Vorkriegszeit bis 1944 auf rund 23 Prozent.

Schon vor dem Krieg hatten die Nationalsozialisten damit begonnen, das am medizinischen Bedarf orientierte System der Gesundheitsversorgung durch eine Medizin der Ungleichheit zu ersetzen, die Gesundheitsressourcen nach rassistischen Wertigkeitskriterien und gesellschaftlichen Nützlichkeitskalkülen zuteilte. Nicht mehr der einzelne Kranke, sondern die Interessen des „Volkskörpers" sollten die Richtschnur ärztlichen Handelns bilden. Auch wenn zahlreiche Hinweise dafür vorliegen, daß Ärzte sich – zum Beispiel bei der Behandlung von Tuberkulosekranken, Diabetikern und alten Patienten – diese Sichtweise zu eigen machten,

deutet ein Großteil der Befunde darauf, daß der Primat des „Volkskörpers" im alltäglichen Umgang von Ärzten und Patienten kaum durchgesetzt werden konnte. Die Mehrzahl der Ärzte behandelte ihre Patienten weiterhin nach den traditionellen Regeln ärztlicher Heilkunst, so daß Normalität unter den eingeschränkten Bedingungen des Krieges die meisten Arzt-Patienten-Kontakte in der zivilen Praxis prägte.

Der Gesundheitszustand der Zivilbevölkerung in den Jahren 1939 bis 1945 wurde vor allem durch die Zunahme mangel- und erschöpfungsbedingter, nichttödlicher Krankheiten beeinflußt, insbesondere durch Erkrankungen des Verdauungsapparats, entzündliche Hautleiden und psychosomatische Befindlichkeitsstörungen. Darin kamen in erster Linie Begleitumstände des Krieges, wie die verschlechterte Ernährungssituation, die erhöhte Arbeitsbelastung und der Mangel an Reinigungsmitteln zum Ausdruck. Anders als im Ersten Weltkrieg spielten übertragbare Krankheiten wie Typhus und Ruhr bis zum Winter 1944/1945 nur eine untergeordnete Rolle. Der gesundheitliche Allgemeinzustand verschlechterte sich zuerst bei durch den Krieg besonders stark belasteten Bevölkerungsgruppen, vor allem bei alten Menschen und Frauen, während der Großteil der deutschen Bevölkerung in den Jahren 1939–1941 nur geringfügig unter Gesundheitsbeeinträchtigungen zu leiden hatte. Die Jahre 1942–1943 sind durch das zeitweise Ausscheren einzelner Morbiditätsindikatoren aus der allgemeinen Entwicklung, z.B. durch die starke Zunahme neuer Tuberkulosefälle, und eine zunehmende Differenzierung des Krankheitsrisikos nach Alter, Geschlecht und Wohnort bestimmt. Im Verlauf des Jahres 1942 griff die Verschlechterung des Gesundheitszustands auf die körperlich stärker belasteten Teile der Arbeitsbevölkerung über, später auch auf Jugendliche und schulpflichtige Kinder, zuletzt auf Kleinkinder und Säuglinge. Im Herbst/Winter 1942–1943, als eine Krise der medizinischen Versorgung mit der bislang umfangreichsten Kürzung der Lebensmittelrationen zusammenfiel, verdichteten sich gruppen-und regionalspezifische Gesundheitsbeeinträchtigungen zu einer Morbiditätskrise, die weite Bevölkerungskreise erfaßte. Das letzte Kriegsjahr ist durch eine signifikante Erhöhung der Morbiditäts- und Mortalitätsraten und trotz verschärfter Zwangsmaßnahmen weiter steigende Krankenstände charakterisiert. Die Mehrzahl dieser Veränderungen fand in den letzten sechs Monaten der nationalsozialistischen Herrschaft statt. Hiervon waren die Bevölkerung der zerstörten Städte und die wachsende Zahl der in dürftigen Notunterkünften untergebrachten Flüchtlinge und Evakuierten besonders betroffen.

In vielen Bereichen veränderte der Krieg die Schwerpunktsetzungen des Regimes. Rüstungswirtschaftliche Kalküle traten neben gesundheitspolitische Essentiale, wie die eugenische „Aufartung" des deutschen Volkes, und drängten diese teilweise in den Hintergrund. In dieser Hinsicht markiert der Euthanasiestopp im August 1941, den Hitler anordnete, als der Protest des Bischofs von Münster die Legitimationsgrundlagen seiner Herrschaft zu gefährden drohte, den Wechsel von einer vorrangig durch biologistische Utopien geleiteten Gesundheitspolitik zu einem Verständnis gesundheitsbezogenen Handelns, das aktuelle Problembezüge in der Konkurrenz zum Fernziel eines genetisch purifizierten „Volkskörpers" stärker gewichtete und das Gesundheitswesen eng an die kurz-

und mittelfristigen Prioritätsvorgaben der Kriegsführung band. Im Zuge dieser Schwerpunktverlagerung veränderte sich der Charakter der Gesundheitspolitik von einer auf die Umgestaltung der medikalen Kultur in ihrer Gesamtheit abzielenden Konzeption zum Krisenmanagement, das vor allem kurzfristige Wirkungen bezweckte. Die „Sonderaktion" – etwa als propagandistisch hervorgehobene Verteilung von Vitamintabletten an Rüstungsarbeiter, als vertrauensärztlicher „Stoßtrupp", als „Krankenhaus-Sonderanlage" der „Aktion Brandt" oder als kurzfristig anberaumte Krankenverlegung – wurde vor allem in der zweiten Kriegshälfte zum wichtigsten Instrument nationalsozialistischer Gesundheitspolitik.

Die Auswirkungen des Bedeutungsgewinns kriegswirtschaftlicher Effizienzerwägungen waren ambivalent. Auf der einen Seite gewannen traditionelle gesundheitspolitische Handlungsfelder wie die Seuchenprophylaxe und die Gesundheitsfürsorge im Aufgabenprofil des öffentlichen Gesundheitsdienstes an Bedeutung, während Tätigkeiten in der rassenhygienischen Begutachtung für die Kriegsdauer an Gewicht verloren. An manchen Stellen, etwa in der Frage der Diphtherie-Schutzimpfungen, löste der Krieg vordem bestehende Modernisierungsblockaden. Bei der Einführung der Schutzimpfungen spielte nicht deren veränderte wissenschaftliche Bewertung die entscheidende Rolle, sondern der schrumpfende gesundheitspolitische Handlungsspielraum. Er ließ es angeraten erscheinen, die Ausbreitung der Krankheit einzudämmen, bevor deren Folgen die knappen Ressourcen des Gesundheitswesens belasten konnten. Daß mit der Hinwendung zu traditionellen Aufgabenfeldern des öffentlichen Gesundheitsdienstes allerdings keine Rückkehr zur gesundheitspolitischen Normalität verbunden war, zeigen die Maßnahmen zur Fleckfieberprophylaxe. Hier mündete die Kombination herkömmlicher seuchenpolizeilicher Strategien der Isolierung und Überträgerbekämpfung mit traditionellen, durch militärärztliche Erfahrungen aus dem Ersten Weltkrieg verstärkten soziokulturellen Vorurteilen gegenüber der Bevölkerung Osteuropas in ein gesundheitspolitisches Konzept, das vor dem Hintergrund der rassistischen Wertehierarchie des „Dritten Reiches" darauf abzielte, das Erkrankungsrisiko zu Lasten der Zwangsarbeiter von der deutschen Bevölkerung fernzuhalten. In den okkupierten Ostgebieten trug dies erheblich zur Radikalisierung der Besatzungspolitik bei.

Seit Mitte der dreißiger Jahre ergänzte die produktionsorientierte Betriebsmedizin als neue Leitidee das gesundheitspolitische Ordnungskonzept biologistischer Gesellschaftsformung. Sie war innerhalb der gesundheitspolitischen Führungsriege des „Dritten Reiches" keineswegs unumstritten. Vor allem Reichsgesundheitsführer Conti, der selbst einem rassenhygienisch orientierten Konzept familienzentrierter Gesundheitsfürsorge anhing, stand einer Sichtweise reserviert gegenüber, die Gesundheitspolitik in erster Linie als abgeleitete Größe der Arbeitseinsatzpolitik verstand, zumal die DAF die produktionsorientierte Reorganisation des Gesundheitswesens offen mit dem Ziel ihres eigenen sozialpolitischen Kompetenzzuwachses betrieb. Als Bestandteil der gesundheitspolitischen Praxis war die Betriebsmedizin ein Phänomen der Kriegsjahre. Anstelle krankheitsverhütender Maßnahmen am Arbeitsplatz, die mit erheblichem propagandistischem Aufwand angekündigt worden waren, kamen indes vor allem solche Elemente

zum Tragen, die dem Leistungserhalt und der kurzfristigen Leistungssteigerung der Arbeitsbevölkerung dienen sollten. In der Praxis bedeutete dies, daß knappe Gesundheitsressourcen von der Gesamtheit der Bevölkerung hin zu ihrem arbeitsfähigen Teil umgeschichtet wurden. Gleichzeitig sahen sich Arbeitnehmer einem mit medizinischen Mitteln verdichteten Verfügungsanspruch des Regimes auf ihre Arbeitskraft ausgesetzt. Die Einschränkung der freien Arztwahl durch den revierärztlichen Dienst in Industriebetrieben seit dem Winter 1942 und die nur wenige Wochen später einsetzende „Gutermuth-Aktion" vertrauensärztlicher Kontrollen in Rüstungsbetrieben mit überdurchschnittlichen Krankenständen demonstrierten augenfällig, wie sehr gesundheitspolitisches Handeln rüstungswirtschaftlichen Belangen untergeordnet und das individuelle Recht auf körperliche Unversehrtheit mit dem Verweis auf übergeordnete Interessen des „Volkskörpers" in Frage gestellt wurde. Die Praxis der vertrauensärztlichen Nachuntersuchungen verweist allerdings auch auf die Grenzen einer als Herrschaftsmittel instrumentalisierten Medizin. Obwohl die Kompetenzen des vertrauensärztlichen Dienstes während des Krieges mehrfach erweitert wurden, war das Regime zu keinem Zeitpunkt imstande, seinen Kontrollanspruch gegenüber der Arbeitsbevölkerung und den Ärzten flächendeckend durchzusetzen. Dies lag einerseits an der begrenzten Zahl erfahrener Vertrauensärzte, vor allem aber daran, daß sich die Mehrzahl der Ärzte in den Krankenhäusern und in der Kassenpraxis nur sehr zögerlich an medizinischen Praktiken beteiligte, die erkennbar gegen die Interessen der Kranken gerichtet waren.

Bei Kriegsbeginn hatten die Verantwortlichen des deutschen Gesundheitswesens kaum Vorkehrungen gegen die Auswirkungen strategischer Luftangriffe getroffen. Wie schon frühe Bombardierungen durch die Royal Air Force zeigten, stellte die in den Stadtzentren konzentrierte medizinische Infrastruktur ein überaus verletzliches Ziel dar. Seit dem Frühjahr 1942 verursachten Luftangriffe immer wieder lokale Krisen in der medizinischen Versorgung Nord- und Westdeutschlands, und spätestens in der zweiten Jahreshälfte 1943 entwickelte sich der Luftkrieg neben dem Wehrmachtsbedarf zur zweiten Bestimmungsgröße der verfügbaren Gesundheitsressourcen. Die Hauptlast der medizinischen Schadensbewältigung oblag örtlichen Luftschutzrettungsstellen und Krankenhäusern, die gerade bei größeren Angriffen oftmals selbst bombengeschädigt und daher deutlich überfordert waren. Mehrtägige stadtübergreifende Angriffe, wie sie das Ruhrgebiet, die nördliche Rheinprovinz und andere Ballungsräume erlebten, entzogen sich trotz der Fähigkeit des Regimes zur punktuellen Ressourcenkonzentration ohnedies weitgehend den Versuchen medizinischer Katastrophenbewältigung.

Im Verein mit der Schwäche der gesundheitspolitischen Zentralinstanzen bewirkte der Druck luftkriegsbedingter Versorgungskrisen eine zunehmende Regionalisierung der gesundheitspolitischen Entscheidungshorizonte. Seit Sommer 1942 avancierten die Gauamtsleiter des Amtes für Volksgesundheit zu Gaugesundheitsführern. Damit entstand eine auf die Reichsverteidigungsbezirke orientierte Mittelinstanz, die analog zu den Reichsverteidigungskommissaren über umfassende politisch-administrative Vollmachten für das Gesundheitswesen verfügte. Diese Entwicklung bildete eine Voraussetzung für die spätere Wiederaufnahme der „Euthanasie", an der Gaugesundheitsführer entscheidenden Anteil

hatten. Der Bau von Krankenhausbunkern und Ausweichkrankenhäusern in weniger gefährdeten Gebieten als Ersatz für die zerstörte medizinische Infrastruktur der Städte kam infolge Baustoffmangels über bescheidene Ansätze nicht hinaus, so daß die Umwandlung stadtnaher Einrichtungen der Alten- und Geisteskrankenfürsorge für Krankenhauszwecke zunehmend in das Blickfeld lokaler und regionaler Entscheidungsträger trat.

Kommunale und regionale Gesundheitsbehörden begegneten der Überforderung der örtlichen Gesundheitssysteme, indem sie Kranke, vor allem solche mit chronischen Leiden, aus dem eigenen Zuständigkeitsbereich abschoben und sich gleichzeitig gegen Verlegungen von außerhalb abschotteten. Wenn Patienten aus den bombenzerstörten Städten in weniger luftkriegsgefährdete Regionen evakuiert werden konnten, was seit dem Sommer 1943 zunehmend schwieriger wurde, erhielten sie nur selten Plätze in regulären Krankenhäusern, sondern zumeist in einfach ausgestatteten Hilfskrankenhäusern und behelfsmäßig hergerichteten Notunterkünften, oft ohne ausreichende medizinische Betreuung. Ihre Abschiebung, die auch eine Schmälerung ihres Gesundheitszustandes billigend in Kauf nahm, wurde im Verlauf des Jahres 1943 zum allgemein akzeptierten Mittel gesundheitspolitischer Krisenbewältigung in den luftkriegszerstörten Städten.

Die Spannung zwischen Inklusion und gezielter Exklusion aus der medizinischen Versorgung bildet ein wesentliches Element nationalsozialistischer Gesundheitspolitik. Gerade in diesem Punkt radikalisierte der Krieg gesundheitsbezogenes Handeln, indem er Legitimationsmöglichkeiten für Maßnahmen bereitstellte, die gegen Leib und Leben der Kranken gerichtet waren. Daß Patienten klassifiziert und hierarchisiert wurden, zählte seit der nationalsozialistischen Machteroberung zu den konstitutiven Prinzipien der deutschen Gesundheitspolitik. Hier entgrenzte der Krieg potentielle Folgen einer ungünstigen Einstufung in der Wertigkeitshierarchie. Vor dem Krieg zog dies in der Regel den Ausschluß aus gesundheitsbezogenen Förderprogrammen nach sich, nicht selten allerdings auch die Zwangssterilisation. Seit der Entfesselung des Zweiten Weltkriegs konnten die Konsequenzen viel weiter reichen: von der Schmälerung der medizinischen Betreuung in graduell unterschiedlichen Formen bis hin zur organisierten Vernichtung des Lebens eines Großteils der Psychiatriepatienten. Ein solches Mordprogramm ließ sich, so hoffte Hitler, leichter in einer auf den Krieg hin orientierten Gesellschaft verwirklichen. Auch die Selektionskriterien veränderten sich. Wurde der Zugang zu den Gesundheitsressourcen bis zum Spätsommer 1939 vornehmlich nach erbbiologischen Kriterien gefiltert, so trat nach einer Phase der extremen Bedeutungssteigerung dieses Merkmals im Zuge der „Aktion T4" in der zweiten Kriegshälfte die Verwertbarkeit im Produktionsprozeß als Richtmaß gesundheitsbezogener Chancenverteilung hinzu. Dies hatte zur Folge, daß die bislang auf „Erbkranke" und rassisch Verfolgte beschränkte Ausgrenzung aus der medizinischen Versorgung immer häufiger auch zuvor nicht diskriminierte Gruppen körperlich kranker Patienten traf. Dort, wo die Hierarchisierung der Kranken nach kriegswirtschaftlicher Verwertbarkeit an Bedeutung gewann, etwa beim Zugang zur knappen Krankenhausversorgung, entwickelte sich geradezu ein Verdrängungswettbewerb, bei dem – idealtypisch gesprochen – Wehrfähige die Zivilkranken, potentiell Produktive die in der Kriegswirtschaft „Unverwertbaren", und

Sieche und Alterskranke die Psychiatriepatienten beiseite schoben. Dieser Entwicklung fielen besonders chronisch kranke und alte Patienten zum Opfer, die immer häufiger aus der medizinischen Regelversorgung herausgenommen wurden. Vor allem, wenn sie im Zuge luftkriegsbedingter Evakuierungen aus ihren Heimatorten fortgeschafft worden waren, näherte sich ihre medizinische und pflegerische Betreuung in der letzten Kriegsphase nicht selten an die der mit System vernachlässigten Psychiatriepatienten an, allerdings ohne daß Alterskranke wie diese geplanten Mordaktionen zum Opfer fielen.

Kriegswirtschaftliche Nützlichkeitskalküle auf der Basis der nationalsozialistischen Ungleichwertigkeitsdoktrin spielten eine zentrale Rolle bei der Ingangsetzung einer zweiten Welle von Krankenmorden. Ihr fielen im Sommer 1942 zuerst rheinische Psychiatriepatienten zum Opfer, die nach Hadamar verschickt worden waren. Die neue Periode vermehrten Sterbens ging im Sommer 1942 von Hessen und Pommern aus, erreichte bald darauf Bayern und verbreitete sich im darauffolgenden Jahr über weite Teile Mittel- und Norddeutschlands. Die zweite Phase der „Euthanasie" war durch eine extreme Polarisierung der Lebenschancen von Psychiatriepatienten und die Integration ihrer Ermordung in den Betrieb der Heil- und Pflegeanstalten gekennzeichnet. Ihre Verlaufsgeschichte in Bayern, Sachsen und dem Rheinland zeigt, daß dies in erster Linie auf die Initiative regionaler Instanzen zurückging, die zum damaligen Zeitpunkt über bedeutende gesundheitspolitische Handlungsspielräume verfügten, die sie in unterschiedlicher Weise nutzten. Zwei der wichtigsten Tötungsanstalten in der Phase der regionalisierten „Euthanasie", Hadamar und Meseritz-Obrawalde, wurden von engen Vertrauten der jeweiligen Gauleiter eigens zu diesem Zweck umfunktioniert. Im Rheinland fungierten die Gauleitungen als Sprachrohr der Kommunalverwaltungen, die mit Verweis auf die Luftlage teilweise bereits seit dem Frühjahr 1941 auf die weitmöglichste „Freimachung" der stadtnahen psychiatrischen Kliniken drängten, um diese Bauten als Hilfskrankenhäuser und Altenheime zu nutzen. Die Gesundheitsabteilung des bayerischen Innenministeriums versuchte durch ein begrenztes Mordprogramm, mit dem sie im November 1942 auf die Überfüllung ihrer psychiatrischen Anstalten reagierte, gesundheitspolitische Handlungsfreiheit zurückzugewinnen. In Sachsen ging die Initiative zum Patientenmord von der Gauleitung aus, deren Gaugesundheitsführer gleichzeitig eine Leitungsfunktion in der Gesundheitsabteilung des Innenministeriums innehatte. Hier förderten die durch die Aufnahme „gaufremder" Kranker entstandenen Kapazitätsengpässe im Anstaltsbereich im Zusammenspiel mit regionalen psychiatriepolitischen Traditionen die Entscheidung zum Krankenmord. Das Land hatte seit den frühen dreißiger Jahren immer wieder Kosteinsparungen in den Heil- und Pflegeanstalten vorgenommen und zudem bereits seit Beginn des Krieges Patienten durch gefährlich hohe Medikamentendosen ruhiggestellt, so daß der Übergang zwischen einer Politik, die die Lebensgrundlagen der Patienten schmälerte, und ihrer Ermordung beinahe fließend war. Die Überbelegung der psychiatrischen Krankenhäuser wurde zwar durch Luftkriegsfolgen verschärft, war jedoch zu einem erheblichen Teil eigenverantwortet, da die regionalen Gesundheitsbehörden den freigemordeten Anstaltsraum zunächst großzügig an externe Bedarfsträger, insbesondere Wehrmachtseinrichtungen, abgegeben hatten.

Der Wiederbeginn des Tötens im Sommer 1943 war zwischen dem sächsischen Innenministerium, Brandt und der Berliner Euthanasiezentrale abgestimmt. Deren Einfluß auf die zweite Welle von Patiententötungen wird man dennoch nicht zu hoch veranschlagen dürfen. Die Entwicklung der Euthanasie-Zentraldienststelle nach dem Abbruch der „Aktion T4" verdeutlicht, daß zwischen Hitlers Stoppentscheid und dem Wiederbeginn der Krankenmorde ein markanter Bruch lag. Der Krankenmord blieb bei den T4-Verantwortlichen zwar weiterhin als Handlungsoption präsent, jedoch nur als Zukunftsprojekt nach einem siegreichen Kriegsende. In der Zwischenphase 1941/1942 waren die in der Euthanasiezentrale verbliebenen Akteure vor allem damit beschäftigt, sich die Verfügung über die Heil- und Pflegeanstalten, die in wachsendem Umfang durch Bedarfsträger von außerhalb des Gesundheitssystems beansprucht wurden, zu sichern und ihr psychiatrisches Planungsmonopol für die Nachkriegszeit zu bewahren. Der Reichsbeauftragte für die Heil- und Pflegeanstalten Linden reagierte zu Beginn der Verlegungstransporte im Sommer 1942 und Frühjahr 1943 mehr auf Verlegungswünsche regionaler Instanzen, als daß er selbst aktiv wurde. Erst seit dem Frühjahr/Sommer 1943, als die Morde in Kaufbeuren-Irsee, Eglfing-Haar, Meseritz-Obrawalde und Hadamar bereits in vollem Gange waren, entwickelten sich die Reichsarbeitsgemeinschaft und der Reichsbeauftragte für die Heil- und Pflegeanstalten mit der Rückendeckung Brandts zu Clearing-Stellen überregionaler Patientenverlegungen.[1] Zwar versuchten die Euthanasie-Psychiater Nitsche und de Crinis seit Anfang 1943 – teilweise mit Billigung Brandts, teilweise auch ohne Abstimmung mit ihm – den Wiederbeginn der Patiententötungen im gesamten Deutschen Reich voranzutreiben. Hitlers Generalkommissar verhielt sich in dieser Frage jedoch zögernd. Auch sind keine direkten Verbindungslinien zwischen dem Krankenmord und dem Krankenhaus-Bauprogramm Brandts sichtbar geworden. Bei der von Nitsche einberufenen Euthanasiekonferenz im August 1943, die vielfach als Übergangspunkt des Krankenmords auf die Reichsebene gedeutet wurde, ging es mit einiger Sicherheit nicht um einen flächendeckenden Wiederbeginn der Krankenmorde, sondern um ein regionales Euthanasieprojekt im Land und in der Provinz Sachsen, mit dem diese Regionen auf die wachsende Überfüllung ihrer Anstalten durch Patienten aus Nord- und Westdeutschland reagierten.

Karl Brandt, der spätestens seit dem Sommer 1943 das wichtigste gesundheitspolitische Machtzentrum des „Dritten Reiches" bildete, erweist sich in mehrfacher Hinsicht als Schlüsselfigur für das Verständnis nationalsozialistischer Gesundheitspolitik in den Jahren 1939–1945. Kein anderer Akteur hat deren Entwicklung in der Kriegszeit stärker geprägt, als der von Hitler bevollmächtigte General- und Reichskommissar für das Sanitäts- und Gesundheitswesen. Brandt verband medizinische Professionalität und bisweilen brutale Durchsetzungskraft mit einem bis zur Inhumanität übersteigerten Pflichtethos, das die Interessen des „Volkskörpers" als zentralen Wertbezug verabsolutierte. Seine Dienststelle stellt den exemplarischen Fall einer führerunmittelbaren Sonderbehörde dar, die den Informationsverarbeitungs- und den Entscheidungsbedarf einer hochdifferen-

[1] Zum Ablauf dieser Verlegungen vgl. Abb. 9.

zierten Industriegesellschaft mit dem Allmachtanspruch des nationalsozialistischen Diktators vermittelte.

Brandts Ernennung zum Generalkommissar für das Sanitäts- und Gesundheitswesen stand im Zusammenhang mit spezifischen Problemen der Kriegs-Gesundheitspolitik, die von Beginn an durch knappe Ressourcen und Verteilungskonflikte zwischen Wehrmacht und Zivilbevölkerung bestimmt wurde. Der nationalsozialistische Staat verfügte vor der Ernennung Brandts über keine Instanz zum Ausgleich miteinander konkurrierender gesundheitspolitischer Ansprüche außer dem Diktator selbst. Hitler jedoch interessierte sich seit Kriegsbeginn für Fragen der Innenpolitik im allgemeinen und speziell für die Gesundheitspolitik nur wenig. Die Initiativen zu den zentralen Kampagnen nationalsozialistischer Gesundheitspolitik wurden entweder von außen an den Diktator herangetragen oder sie kamen, wie bei der Gesundheitsführung im Betrieb, gänzlich ohne seine Beteiligung zustande. Zwar zeigt die Entschlußbildung beim Abbruch der „Aktion T4", daß er dort, wo er dies für sich in Anspruch nahm, allein und unbestritten entschied. Der Euthanasiestopp verweist zugleich darauf, wie sehr solche Entscheidungen von den Informationen seiner Unterführer und den Zufälligkeiten der Nachrichtenübermittlung beeinflußt wurden. Hitlers gesundheitsbezogenen Entscheidungen lagen, auch dies zeigt die Genese des Abbruchbefehls, nur selten gesundheitspolitische Erwägungen zugrunde. In diesem Fall leiteten die Erfordernisse des entfesselten Rassenkriegs sein Handeln.

Jenseits des rassistischen Basiskonsenses wirkten gegenläufige Ziele rivalisierender Herrschaftszentren in erheblichem Umfang auf die nationalsozialistische Gesundheitspolitik ein. Contis Ernennung zum Nachfolger des Reichsärzteführers Wagner und zum Leiter der Gesundheitsabteilung im Reichsinnenministerium sollte den Dualismus zwischen der staatlichen Medizinalverwaltung und dem Gesundheitswesen der NSDAP überwinden. Auch wenn seine parallel dazu geplante Ernennung zum Staatssekretär im Reichsarbeitsministerium am Widerspruch Leys und Seldtes scheiterte, verfügte er nach seinem Amtsantritt als Staatssekretär des Reichsinnenministeriums im September 1939 über erhebliche gesundheitspolitische Einflußmöglichkeiten. Diese gründeten sich in erster Linie auf den bis hinab in die Kreisebene ausgebauten Instanzenzug der Medizinalverwaltung, weniger hingegen auf das Hauptamt für Volksgesundheit, dessen Arbeit durch die schwache Personal- und Finanzausstattung in der Mittelebene der Parteigaue erheblich behindert wurde. Die Gesundheitsabteilung und der ihr nachgeordnete Instanzenzug der Medizinaldezernenten bei den Bezirksregierungen verfügte über einen gut ausgebildeten, erfahrenen und politisch loyalen Beamtenapparat, dessen Rekrutierungsmuster sich durch den politischen Umbruch von 1933 nur wenig änderten. Die meisten Medizinalbeamten arbeiteten bereitwillig an der rassenhygienischen Neuausrichtung des Gesundheitswesens mit, und da das für eine Tätigkeit im öffentlichen Gesundheitsdienst erforderliche Spezialwissen nur begrenzt verfügbar war, eröffnete die Expansion des Gesundheitssektors für sie neue Karrierechancen. Neben einer kleinen Gruppe nationalsozialistischer Parteiaktivisten auf der Leitungsebene und ostentativen Neu-Nationalsozialisten, bei denen eine Kombination aus professioneller Kompetenz, demonstrativer Anpassung und rassenhygienischem Engagement die Karriere beförderte, dominierten

Beamte der durch den Ersten Weltkrieg geprägten Approbationsjahrgänge 1914–1923 mit langjähriger Erfahrung im öffentlichen Gesundheitsdienst und Parteibeitritten nach 1933 den Personalstamm der Abteilung. Durch den höheren Anteil nach der Jahrhundertwende Geborener waren die Angehörigen des Parteigesundheitswesens im Schnitt etwas jünger als die Medizinalbeamten. Sie waren zudem durch vielfältigere berufliche Vorerfahrungen geprägt, insbesondere durch die wirtschaftlich oftmals prekäre Tätigkeit in der freien Praxis. Vor allem aber waren sie, für Angehörige eines Parteiverbands kaum überraschend, weitaus stärker politisiert. Im Gegensatz zu den oft konservativ oder nationalliberal orientierten Medizinalbeamten engagierte sich ein Großteil der Mitarbeiter und Gauamtsleiter des Hauptamtes für Volksgesundheit früh in Wehrverbänden und völkisch-nationalistischen Organisationen gegen die Weimarer Demokratie und fand spätestens in der Expansionsphase der Jahre 1929–1932 zur NSDAP.

Das gesundheitspolitische Desinteresse der nationalsozialistischen Führungsspitze, einschließlich des Diktators selbst, schuf die Voraussetzung dafür, daß DAF und NSV als teilautonome politische Einheiten handeln und sich gegen den Reichsgesundheitsführer profilieren konnten. Die Jahre 1940–1942 sind durch das Fehlen eines durchsetzungsfähigen gesundheitspolitischen Entscheidungszentrums und wechselnde Koalitionen gesundheitspolitisch interessierter Unterführer bestimmt. Entscheidungen einzelner Dienststellen wurden seit dem Amtsantritt Contis immer seltener untereinander abgestimmt, so daß das NS-Regime zunehmend die Fähigkeit zur gesundheitspolitischen Globalsteuerung einbüßte. Der Reichsgesundheitsführer verlor im Verlauf dieses Prozesses Kompetenzen an die expandierenden Gesundheitsdienste von NSV und DAF, die den Krieg, gestützt auf ihre Finanzkraft und dichte Organisationsstrukturen in den Gauapparaten, dazu nutzten, um sich aus der Aufsicht des Hauptamtes für Volksgesundheit zu lösen und auf Kosten des staatlichen Gesundheitswesens zu expandieren. Beide erreichten dies in gesundheitspolitischen Handlungsfeldern, die durch den Krieg an praktischer Bedeutung gewannen. Die definitorische Kompetenz Contis in Grundsatzfragen kam dagegen während des Krieges kaum zu Geltung.

Nach dem Zerwürfnis mit Conti trieb Ley seine Pläne zum Umbau des sozialen Sicherungssystems zunächst weiter voran. Sie zielten im Kern auf eine völlige Unterordnung der Gesundheits- unter die Arbeitseinsatzpolitik. Als dieses Projekt von einer breiten Abwehrkoalition ausgebremst wurde, die vom Reichsarbeitsministerium über die Reichskanzlei bis zur Parteikanzlei reichte, reklamierte er erfolgreich die Zuständigkeit für das expandierende Feld der Betriebsgesundheitsfürsorge für die DAF. Das Beispiel der Betriebsmedizin macht die entscheidende Rolle herrschaftsinterner Rivalitäten für die Entwicklung des Gesundheitswesens deutlich. Der Konflikt zwischen Conti und Ley trieb den Ausbau dieses bislang unbesetzten gesundheitspolitischen Aktionsfeldes entscheidend voran. Die Gesundheitspolitik der DAF veranschaulicht aber auch die Grenzen sozialpolitischer Innovationen im „Dritten Reich". Wenn der nationalsozialistische Diktator nicht selbst für ein solches Projekt gewonnen werden konnte, versandeten Reformpläne in der gegenseitigen Blockade rivalisierender Dienststellen. Vom umfassenden gesundheitspolitischen Reformkonzept der DAF wurde nur der Teil verwirklicht, der sofortigen kriegswirtschaftlichen Nutzen versprach. Dabei kam

Ley zugute, daß er seine Vorhaben mit kriegswirtschaftlichen Notwendigkeiten begründen konnte, während der Verweis Contis auf die bevölkerungspolitischen Fernziele des „Dritten Reiches" ins Leere lief.

Die wachsende Differenz zwischen den nicht durchsetzbaren Führungskompetenzen in der Hand des Reichsgesundheitsführers und der Allokation von Durchführungsmitteln in den Gesundheitsorganisationen der Parteiverbände führte dazu, daß letzten Endes keine Stelle mehr verbindlich über die gesundheitspolitischen Ziele und die damit verbundene Verteilung von Ressourcen entscheiden und diese Kriterien gegenüber konkurrierenden Ansprüchen von außerhalb des Gesundheitswesens vertreten konnte. Mit Brandts Ernennung reagierte Hitler auf dieses seit dem Winter 1941/1942 immer deutlicher sichtbare Defizit in der Organisation des zivilen Gesundheitswesens. In herrschaftsgeschichtlicher Perspektive verweisen die machtpolitische Schwäche des Reichsgesundheitsführers Conti ebenso wie der kometenhafte Aufstieg und spätere Fall Brandts nachdrücklich auf die konfliktentscheidende Bedeutung der Fähigkeit, bei Bedarf Willensäußerungen des nationalsozialistischen Diktators herbeizuführen. In dieser Hinsicht ist Hitler zu keinem Zeitpunkt ein „schwacher Diktator" gewesen, sondern der Bezugspunkt der nationalsozialistischen Herrschaft. Conti mangelte es vor allem an der von Hitler abgeleiteten charismatischen Legitimation seiner Herrschaft. Sein Wirkungsradius blieb daher auf die Gesundheitsabteilung des Reichsinnenministeriums begrenzt. Deren bürokratisch fundierte Verfahren der Einflußnahme waren an Normalsituationen orientiert und daher nur bedingt geeignet, auf die rasch wechselnden Handlungsanforderungen der Kriegsjahre zu reagieren. Im Gegensatz zu Conti verfügte Brandt über direkten Zugang zum Machthaber. Seine unmittelbar vom nationalsozialistischen Diktator abgeleitete und daher charismatisch legitimierte Befehlsgewalt war aufgrund ihres unbestimmten Geltungsbereichs dynamisch und konnte flexibel auf die rasch wechselnden Handlungskontexte der Kriegsgesellschaft reagieren. Die Ausdehnung seines Einflußbereichs entwickelte sich daher oftmals sprunghaft in Reaktion auf gesundheitspolitische Probleme der Krieges.

Auch in institutionengeschichtlicher Perspektive ist die Entwicklung seines schlanken, überwiegend mit Fachleuten aus der Wissenschaft, dem Militär und der Wirtschaftsverwaltung besetzten Arbeitsstabes aufschlußreich. Gemeinhin gelten die Entinstitutionalisierung von Rationalitätskriterien im Dienste der Ideologieverwirklichung und eine schwindende Fähigkeit zur Koordination funktional differenzierter gesellschaftlicher Teilsysteme als Charakteristika der nationalsozialistischen Herrschaftsordnung. Führerunmittelbare Sondergewalten, die „fern von bürokratischen Hemmungen und formellen Bedenken in nationalsozialistischer Entschluß- und Verantwortungsfreudigkeit"[2] operierten, sind bisher vor allem als Agenten der administrativen Selbstzerstörung des NS-Regimes analysiert worden, da sie die Auflösung bürokratischer Herrschaftsstrukturen nachhaltig beschleunigten. Dagegen zeigt das Beispiel Brandts, daß die von Hitler ge-

[2] So die Selbstbeschreibung eines Vertreters der Kanzlei des Führers vor dem Obersten Parteigericht der NSDAP, 1942, Urteil des Obersten Parteigerichts der NSDAP gegen Heinz Wittig und Kurt Jaitz, 25. 4. 1942, zit. nach Noakes, Bouhler, S. 208.

förderte Personalisierung bereichsspezifischer Kompetenzen in einer Herrschaftsordnung, die über keine institutionell geregelten Verfahren verfügte, mit denen die Rationalitätskriterien verschiedener gesellschaftlicher Teilsysteme untereinander und mit den Interessen des Gesamtsystems vermittelt werden konnten, nahezu die einzige system- und ideologiekonforme Möglichkeit darstellte, einem vordringlichen Wertbezug – und einen solchen Wertbezug stellte die Sicherstellung der medizinischen Versorgung der Zivilbevölkerung schon aufgrund ihrer engen Beziehung zum Arbeitskräftepotential ohne Zweifel dar – Geltung zu verschaffen.

Dank seiner Immediatstellung zum Diktator gelang es Brandt mehrfach, ressortübergreifende Entscheidungen, die bislang von rivalisierenden Dienststellen blockiert wurden, durchzusetzen und das zivile Gesundheitswesen gegen Übergriffe anderer Bedarfsträger – etwa der Wehrmacht – zu sichern. Allein der Verweis auf einen artikulierten „Führerwillen" verschaffte in der Knappheitsökonomie der nationalsozialistischen Kriegsgesellschaft genügend Macht, um einen Handlungskontext zu definieren, innerhalb dessen ein spezifisches Rationalitätskriterium verhaltensbestimmend werden konnte, und diesen Aktionsraum gegenüber konkurrierenden Ansprüchen abzusichern. Daß die Personalisierung der Entscheidungsstrukturen innerhalb solcher Geltungskontexte nicht notwendig negative Rückkopplungseffekte zur Folge haben mußte, sondern durchaus mit der Einspeisung professioneller Expertise, einer Versachlichung des politischen Handelns und Effizienzgewinnen verbunden sein konnte, zeigt das Wirken Brandts auf dem Gebiet der pharmazeutischen Produktion. Zumindest in einigen gesundheitspolitischen Handlungsfeldern konnte die besonders für die letzten Kriegsjahre konstatierte „Entsachlichung der Entscheidungsprozesse auf allen Ebenen des Systems"[3] aufgehalten und zum Teil auch rückgängig gemacht werden.

In sozialgeschichtlicher Perspektive zeigt Brandts Wirken freilich auch, wohin die effiziente Organisation der medizinischen Versorgung auf der Basis des barbarischen Wertbezugs der nationalsozialistischen Ungleichwertigkeitsideologie führen konnte. Die Prämisse, die zusammengeschmolzenen Mittel des Gesundheitswesens vordringlich für die Wehrmacht und die Arbeitsbevölkerung zu erhalten, führte letztlich dazu, daß Gesundheitsressourcen nicht nur nach rassistischen, sondern in wachsendem Umfang auch nach sozialutilitaristischen Wertigkeitskriterien zugeteilt wurden. Hierdurch wurden zuerst die Psychiatriepatienten zur beliebig disponiblen Verfügungsmasse, später auch alte und chronisch kranke Patienten. An der Verschickung von mehreren zehntausend Psychiatriepatienten in den Tod hatte Brandt als politische Bezugsperson des Reichsbeauftragten für die Heil- und Pflegeanstalten beträchtlichen Anteil. Als Verantwortlicher für die Evakuierung von somatisch und psychiatrisch Kranken aus Nord- und Westdeutschland agierte Hitlers Generalkommissar an der Schnittstelle zwischen den nationalsozialistischen Patientenmorden und den Bemühungen des Regimes, die medizinische Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten. In dieser Hinsicht steht er

[3] Mommsen, Nationalsozialismus, Sp. 702.

beispielhaft für die Verschränkung von Heilen und Vernichten, die ein zentrales Charakteristikum deutscher Gesundheitspolitik in den Kriegsjahren ausmachte. Es bezeichnet die inhumane Ambivalenz des nationalsozialistischen Gesundheitswesens, in dem Normalität und Kriminalität eng miteinander verflochten waren, daß sich der Auftrag des Kommissars für die medizinische Versorgung aus dem Mandat für den Krankenmord entwickelt hatte.

Abkürzungen

Abb.	Abbildung
Abt.	Abteilung
AKBV	Archiv der Kassenärztlichen Bundesvereinigung
ALVR	Archiv des Landschaftsverbandes Rheinland
AMAN	Archiv der Mannesmann-AG
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
a.o. Prof.	außerordentlicher Professor
APK	Akten der Parteikanzlei der NSDAP
AssistenzA	Assistenzarzt
Aussagenslg.	Aussagensammlung
BA-MA	Bundesarchiv-Militärarchiv
BAB	Bundesarchiv Berlin
BAD	Bundesarchiv-Zwischenarchiv, Dahlwitz-Hoppegarten
BAK	Bundesarchiv Koblenz
BayHStA	Bayerisches Hauptstaatsarchiv
BriA	Brigadearzt
BriF	Brigadeführer
BrLHA	Brandenburgisches Landeshauptarchiv
BVP	Bayerische Volkspartei
ChefWSan	Chef des Wehrmachtssanitätswesens
DÄB	Deutsches Ärzteblatt
DAF	Deutsche Arbeitsfront
DNVP	Deutschnationale Volkspartei
DRK	Deutsches Rotes Kreuz
DVFP	Deutsch-Völkische Freiheitspartei
DVP	Deutsche Volkspartei
FeldhilfsA	Feldhilfsarzt
FeldunterA	Feldunterarzt
FGM	Amtsgericht München, Familiengericht
GAVW	Gavamt für Volkswohlfahrt
Gekrat	Gemeinnützige Krankentransportgesellschaft m.b.H.
GLAK	Generallandesarchiv Karlsruhe
GruF	Gruppenführer
HAVG	Hauptamt für Volksgesundheit der NSDAP
Hptm.	Hauptmann

HNO	Hals-Nasen-Ohren
HStuF	Hauptsturmführer
IfZ	Institut für Zeitgeschichte
IMT	International Military Tribunal
Jg.	Jahrgang
KAVG	Kreisamt für Volksgesundheit
KdF	Kanzlei des Führers
KVD	Kassenärztliche Vereinigung Deutschlands
LHSA	Landeshauptarchiv Sachsen-Anhalt
Lt.	Leutnant
LVA	Landesversicherungsanstalt
MCC	Ministerial Collecting Center
MD	Ministerialdirektor
MDi	Ministerialdirigent
MdI	Ministerium des Innern
MdL	Mitglied des Landtags
MdR	Mitglied des Reichstags
MeckLHA	Mecklenburgisches Landeshauptarchiv
MeckStM	Mecklenburgisches Staatsministerium
MedR	Medizinalrat
MF	Mikrofilm
MfU	Mecklenburgisches Ministerium für Unterricht, Kultus und Gesundheit
MR	Ministerialrat
MS	Manuskript
NdsHStA	Niedersächsisches Hauptstaatsarchiv
NL	Nachlaß
NRWHStA	Nordrheinwestfälisches Hauptstaatsarchiv
NSBO	Nationalsozialistische Betriebszellenorganisation
NSDÄB	Nationalsozialistischer Deutscher Ärztebund
NSFB	Nationalsozialistische Freiheitsbewegung
NSV	Nationalsozialistische Volkswohlfahrt
O.D.	Ohne Datum
O.J.	Ohne Jahr
O.O.	Ohne Ort
OberA	Oberarzt
OberstA	Oberstarzt
OberstabsA	Oberstabsarzt
OF	Oberführer

OGruF	Obergruppenführer
OKW	Oberkommando der Wehrmacht
OLt.	Oberleutnant
OMedR	Obermedizinalrat
ORR	Oberregierungsrat
ORuMR	Oberregierungs- und Medizinalrat
OStubF	Obersturmbannführer
OStuF	Obersturmführer
OT	Organisation Todt
ÖGD	Der Öffentliche Gesundheitsdienst
Pg.	Parteigenosse
PrGBl.	Preußisches Gesetzblatt
PrMdI	Preußisches Ministerium des Innern
PrMVW	Preußisches Ministerium für Volkswohlfahrt
RAD	Reichsarbeitsdienst
RAGHPA	Reichsarbeitsgemeinschaft für Heil- und Pflegeanstalten
RÄK	Reichsärztekammer
RAM	Reichsarbeitsministerium
RD	Regierungsdirektor
Reg.	Regierung
RGBl.	Reichsgesetzblatt
RMBliV	Reichsministerialblatt für die innere Verwaltung
RMD	Regierungsmedizinaldirektor
RMdI	Reichsministerium des Innern
RMF	Reichsministerium der Finanzen
RR	Regierungsrat
RStH	Reichsstatthalter
RuMR	Regierungs- und Medizinalrat
RuPrMdI	Reichs- und Preußisches Ministerium des Innern
SA	Sturmabteilung
SanBriF	Sanitäts-Brigadeführer
SanGruF	Sanitäts-Gruppenführer
SanHStuF	Sanitäts-Hauptsturmführer
SanOF	Sanitäts-Oberführer
SanOStubF	Sanitäts-Obersturmbannführer
SanOStuF	Sanitäts-Obersturmführer
SanStaF	Sanitäts-Standartenführer
SanStuF	Sanitäts-Sturmführer
SächsHStA	Sächsisches Hauptstaatsarchiv
SächsMdI	Sächsisches Staatsministerium des Innern
SD	Sicherheitsdienst der SS
SS	Schutzstaffel
StAA	Staatsarchiv Augsburg

StAB	Staatsarchiv Bamberg
StabsA	Stabsarzt
StadtAD	Stadtarchiv Duisburg
StadtAK	Stadtarchiv Köln
StadtAM	Stadtarchiv München
StaF	Standartenführer
StAG	Staatsarchiv Gotha
StAL	Staatsarchiv Leipzig
StAM	Staatsarchiv München
StAMü	Staatsarchiv Münster
StAN	Staatsarchiv Nürnberg
StandartenA	Standartenarzt
StGB	Strafgesetzbuch
StubF	Sturmbannführer
StuF	Sturmführer
Tab.	Tabelle
ThüHStA	Thüringisches Hauptstaatsarchiv
ThüMdI	Thüringisches Staatsministerium des Innern
UnterA	Unterarzt
USSBS	United States Strategic Bombing Survey
UStuF	Untersturmführer
VÄD	Vertrauensärztlicher Dienst
Wifo	Amt für Wissenschaft und Forschung
ZAhdS	Zentrum zur Aufbewahrung historisch-dokumentarischer Sammlungen
ZeS	Zentrum für Sozialpolitik
ZSL	Zentrale Stelle der Landesjustizverwaltungen zur Verfolgung nationalsozialistischer Verbrechen

Verzeichnis der Abbildungen und Tabellen

Abb. 1 Organisation des staatlichen Gesundheitswesens
Abb. 2 Organisation des Staatssekretariats für das Gesundheitswesen (1943)
Abb. 3 Organisation des DAF-Amtes für Gesundheit und Volksschutz (1940)
Abb. 4 Organisation der Dienststelle des Generalkommissars für das Sanitäts- und Gesundheitswesen (1943)
Abb. 5 Geschäftsverteilung in der T4-Zentraldienststelle (August 1943)
Abb. 6 Administrativer Aufbau des Gesundheitswesens (1933)
Abb. 7 Administrativer Aufbau des Gesundheitswesens (1940)
Abb. 8 Administrativer Aufbau des Gesundheitswesens (1944)
Abb. 9 Funktion des Reichsbeauftragten für die Heil-und Pflegeanstalten (1943)
Abb. 10 Ausweichkrankenhäuser der „Aktion Brandt" (1944)

Tab. A.1 Aufwendungen für das öffentliche Gesundheitswesen im Haushalt des Reichsministeriums des Innern 1932–1942
Tab. A.2 Aufwendungen für das öffentliche Gesundheitswesen in Preußen 1932–1944
Tab. A.3 Ausgaben der Krankenkassen für medizinische Leistungen 1928–1941

Tab. B.1 Konfessionszugehörigkeit der Medizinalbeamten des Reichsministeriums des Innern, der Referenten und der Gauamtsleiter des Hauptamtes für Volksgesundheit
Tab. B.2 Soziale Herkunft der preußischen Medizinaldezernenten und der Gauamtsleiter des Hauptamtes für Volksgesundheit
Tab. B.3 Geburtskohorten der Medizinalbeamten des Reichsministeriums des Innern, der preußischen Medizinaldezernenten, der Referenten und der Gauamtsleiter des Hauptamtes für Volksgesundheit
Tab. B.4 Approbationsdatum der Medizinalbeamten des Reichsministeriums des Innern, der preußischen Medizinaldezernenten, der Referenten und der Gauamtsleiter des Hauptamtes für Volksgesundheit
Tab. B.5 NSDAP-Beitritt der Medizinalbeamten des Reichsministeriums des Innern, der preußischen Medizinaldezernenten, der Referenten und der Gauamtsleiter des Hauptamtes für Volksgesundheit

Tab. C.1 Ärzte im Deutschen Reich 1939–1945
Tab. C.2 Altersgliederung der Ärzte im Deutschen Reich (1937) und in der Provinz Brandenburg (1944)
Tab. C.3 Krankenhausbetten im Deutschen Reich, in Thüringen und den Provinzen Hannover und Westfalen 1943–1945
Tab. C.4 In Wehrmachtslazarette umgewandelte Gebäude 1940–1944
Tab. C.5 Betten in Hilfs- und Ausweichkrankenhäusern der Stadt München 1939–1945
Tab. C.6 Quartalsproduktion der umsatzstärksten pharmazeutischen Produkte der IG-Farben-Werke Hoechst 1939–1945
Tab. C.7 Jahresproduktion ausgewählter Impfstoffe und Antiseren der IG-Farben Werke Behringwerke Marburg-Lahn 1939–1944
Tab. C.8 Entwicklung des Betriebsärztlichen Dienstes 1939–1944
Tab. C.9 Betriebsärzte im Gau Thüringen 1938–1943

Tab. D.1 Erkrankungen an meldepflichtigen Infektionskrankheiten im Deutschen Reich 1914–1918, 1925–1930 und 1938–1944

Tab. D.2 Erkrankungen an meldepflichtigen Infektionskrankheiten in Bayern 1938–1945
Tab. D.3 Fleckfiebererkrankungen der Zivilbevölkerung im Deutschen Reich und den annektierten Gebieten 1939–1945
Tab. D.4 Krankenstand der Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung 1935–1944
Tab. D.5 Krankenstand der Krankenversicherten im Ruhrgebiet 1928–1943
Tab. D.6 Krankheitsdauer im Ruhrgebiet 1928–1943
Tab. D.7 Typhuserkrankungen in Großstädten des Deutschen Reiches 1938–1944
Tab. D.8 Ruhrerkrankungen in Großstädten des Deutschen Reiches 1938–1944
Tab. D.9 Erkrankungen an Magen-Darm-Katarrh in Großstädten des Deutschen Reiches 1938–1944
Tab. D.10 Erkrankungen an Tuberkulose in Großstädten des Deutschen Reiches 1938–1944
Tab. D.11 Erkrankungen von Hamburger Frauen an Geschlechtskrankheiten 1939–1943
Tab. D.12 Erkrankungen von Versicherten der Ruhrknappschaft 1938–1943
Tab. D.13 Sterblichkeit im Deutschen Reich und in Bayern 1928–1945
Tab. D.14 Säuglingssterblichkeit im Deutschen Reich und im europäischen Ausland 1928–1945
Tab. D.15 Säuglingssterblichkeit in Bayern 1930–1945
Tab. D.16 Todesursachen in Bayern 1939–1945
Tab. D.17 Sterbefälle durch Schwangerschaft, Entbindung und Wochenbett in Bayern 1930–1945
Tab. D.18 Sterblichkeit an Tuberkulose in Bayern im Stadt-Land-Vergleich 1928–1942
Tab. D.19 Sterblichkeit an Tuberkulose in Großstädten des Deutschen Reiches 1938–1945

Tab. E.1 Hinweise auf die „Euthanasie" in den Berichten der SD-Abschnitte und Hauptaußenstellen 1941/1942
Tab. E.2 Nutzung deutscher Heil- und Pflegeanstalten im Sommer 1943
Tab. E.3 Patientenverlegungen in und aus der Rheinprovinz 1942–1944
Tab. E.4 Verlegungsräume evakuierter Kranker aus dem Regierungsbezirk Düsseldorf 1943–1944
Tab. E.5 Verlegungen aus den Riehler Heimstätten 1942–1944
Tab. E.6 Belegungsbilanz der Heil- und Pflegeanstalt Düren 1942–1943
Tab. E.7 Verlegung von Psychiatriepatienten 1942–1944
Tab. E.8 Zielorte der 1943 aus Hamburg, der Rheinprovinz und der Provinz Westfalen verlegten Insassen der Heil- und Pflegeanstalten
Tab. E.9 Belegung der Heil- und Pflegeanstalt Großschweidnitz/Sachsen 1939–1945
Tab. E.10 Patientenbewegung und Mortalität in der Heil- und Pflegeanstalt Hadamar 1942–1945
Tab. E.11 Belegung und Verwendung der sächsischen Heil- und Pflegeanstalten Ende 1941–1944

Abbildungen und Tabellen

Abb. 1 Organisation des staatlichen Gesundheitswesens

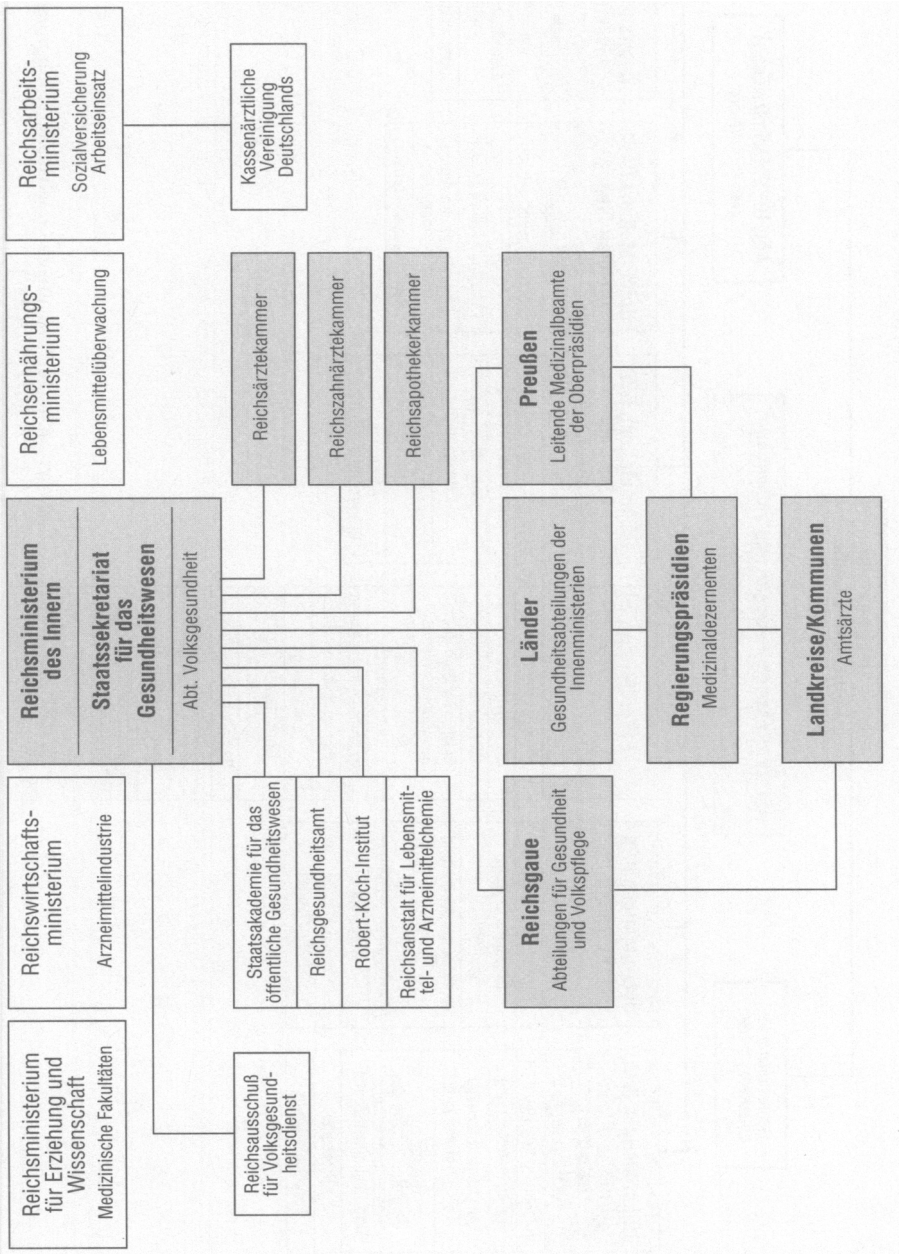


Abb. 2 Organisation des Staatssekretariats für das Gesundheitswesen (1943)

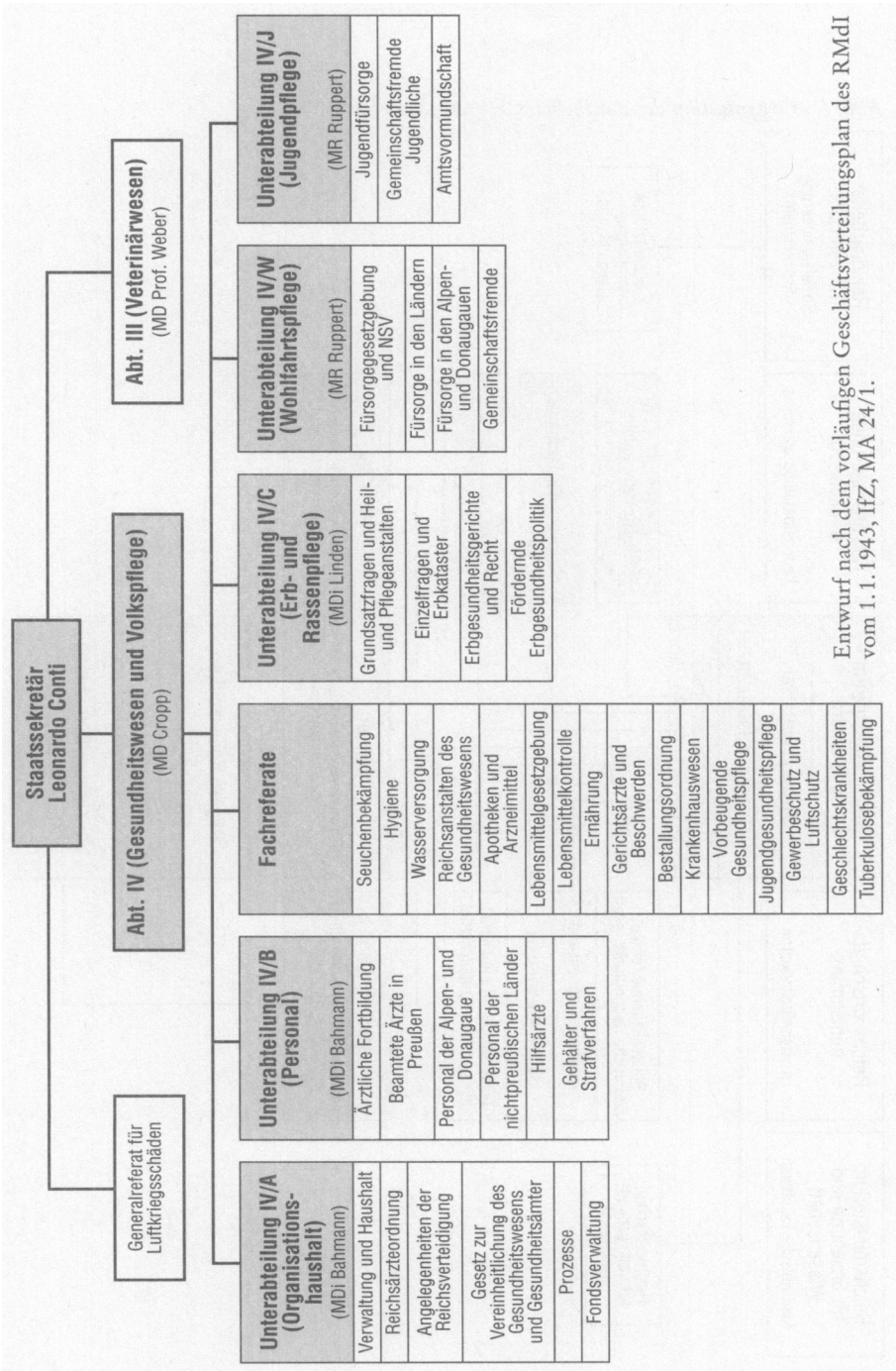
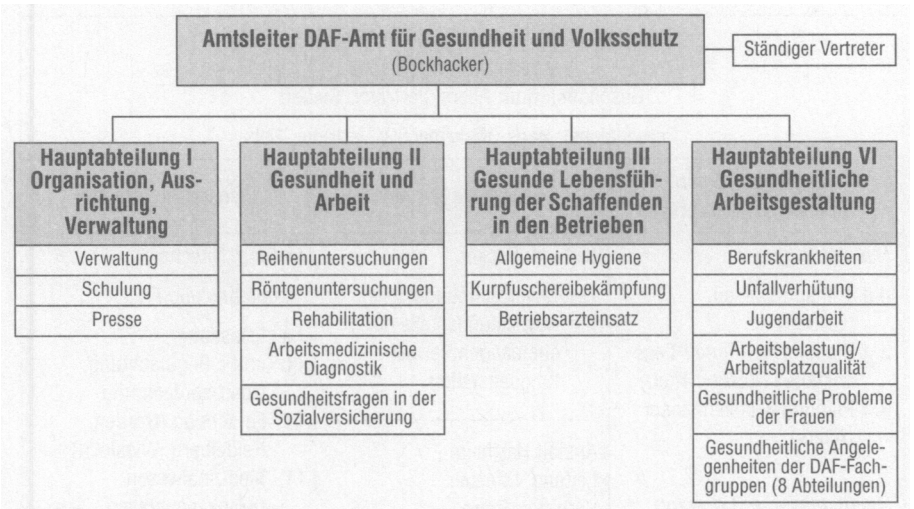


Abb. 3 Organisation des DAF-Amtes für Gesundheit und Volksschutz (1940)



Entwurf nach dem Organisationsplan des DAF-Amtes für Gesundheit und Volksschutz, BAB, 62.03/5992. Der besseren Übersicht wegen wurden nur die wichtigsten Arbeitsgebiete aufgenommen.

Abb. 4 Organisation der Dienststelle des Generalkommissars für das Sanitäts- und Gesundheitswesen (1943)

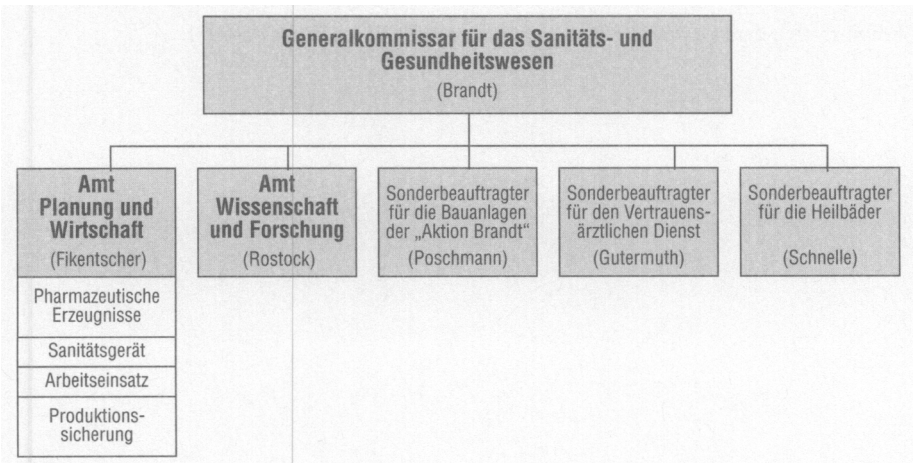
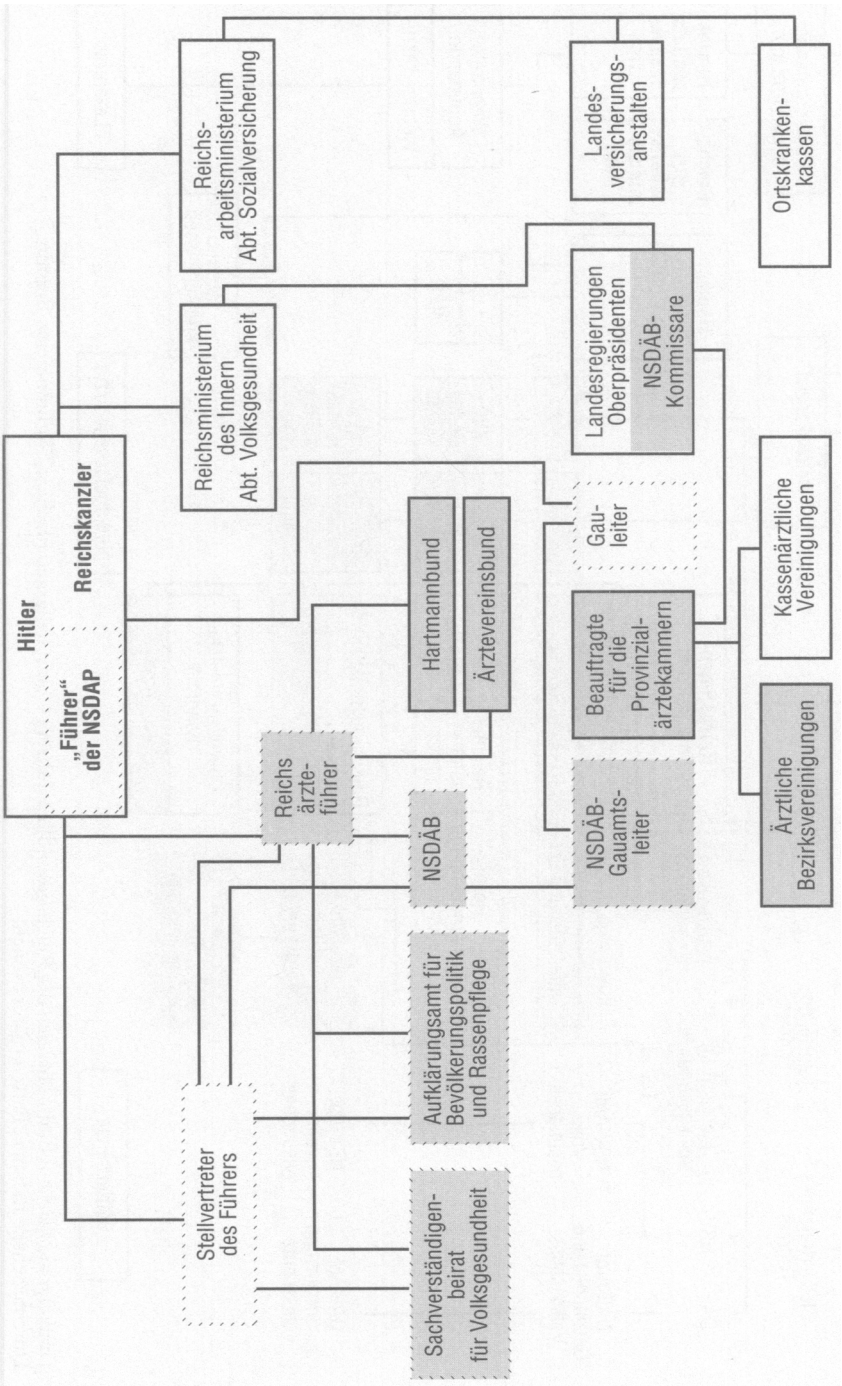


Abb. 5 Geschäftsverteilung in der T4-Zentraldienststelle (August 1943)

Leitung: Brack (Wehrmacht); Vertreter: Blankenburg Vertreter im Amt: Nitsche Geschäftsführer: Allers; Vertreter: Siebert Personalchef: Haus (Wehrmacht); Vertreter: Oels		
Dienststelle Berlin (Kanzlei des Führers)	Dienststelle Hartheim	Dienststelle Attersee
Hauptabteilung II II d Transportwesen (Siebert) II g Planung Heil- und Pflegeanstalten (Becker, Trieb) II h Planung Krankenhäuser (Allers) *Hauptabteilung III (Lorent)* Hauptwirtschaftsleitung Finanzaufsicht (Lorent) Revision (Creutz) Wirtschaftsabteilung/Berlin (Börner)	Leitung: Becker Zentralverrechnungsstelle II e Abwicklungsstelle der ehemaligen Vernichtungsanstalten Anstalt Hartheim Leitung: Lonauer Vertreter: Renno Abt. I: Pflegewesen, Forschung, „Desinfektionswesen" (Lonauer) Abt. II: Verwaltung (Becker) Abt. III: Wirtschaftsleitung (Walter)	Leitung: Nitsche *Hauptabteilung I* I a Erfassung I b und c Begutachtung, Oberbegutachtung I e Forschung (Görden, Heidelberg, Wiesloch) I f Medizinalwesen (Krankenanstalten, „Desinfektionen") *aus Hauptabteilung II* II a technische Bearbeitung der Gutachten II b Kontrolle II c Zentralkartei Wirtschaftsabteilung/ Schoberstein

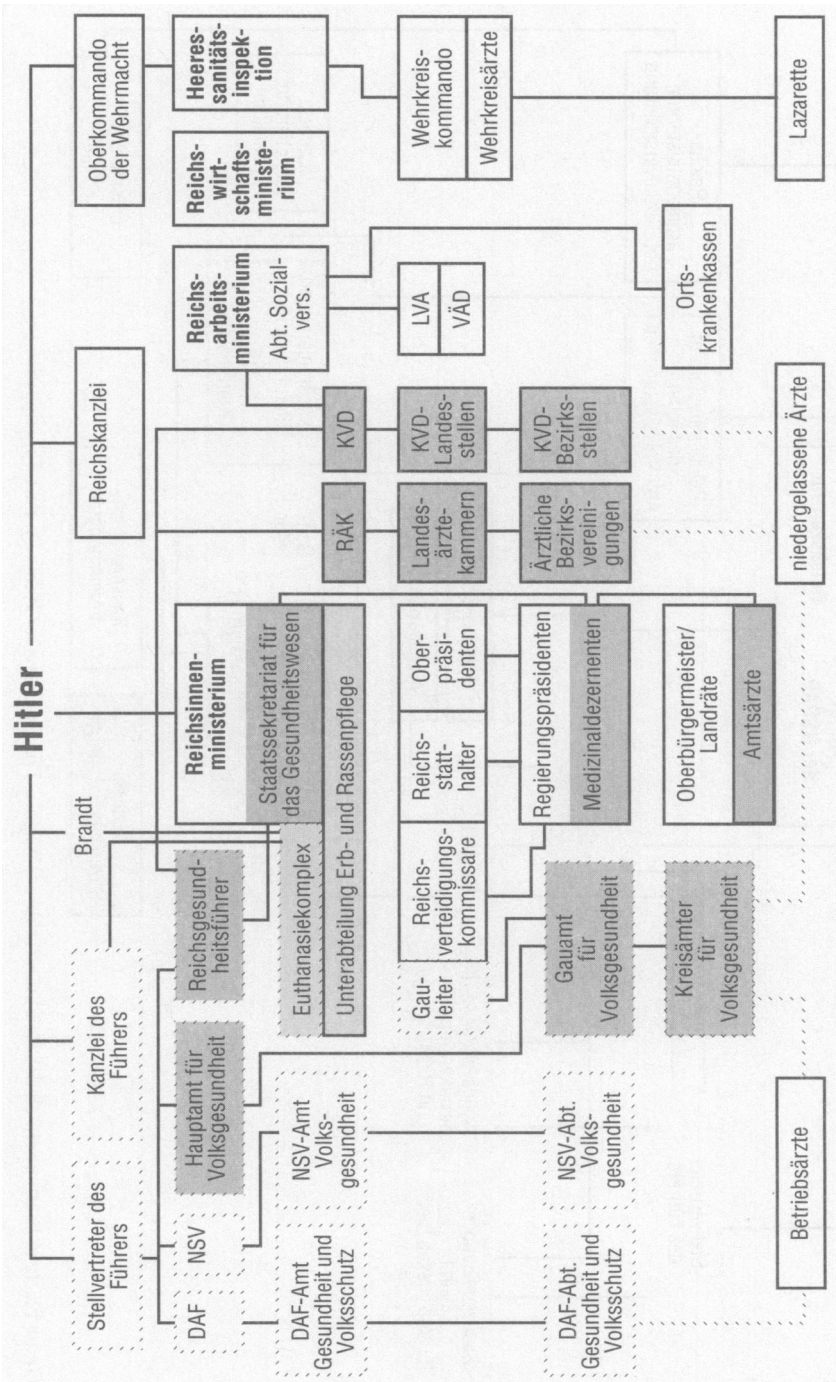
Entwurf nach dem Geschäftsverteilungsplan vom 8.8.1943, BAB, R 96-I/1.

Abb. 6 Administrativer Aufbau des Gesundheitswesens (1933)



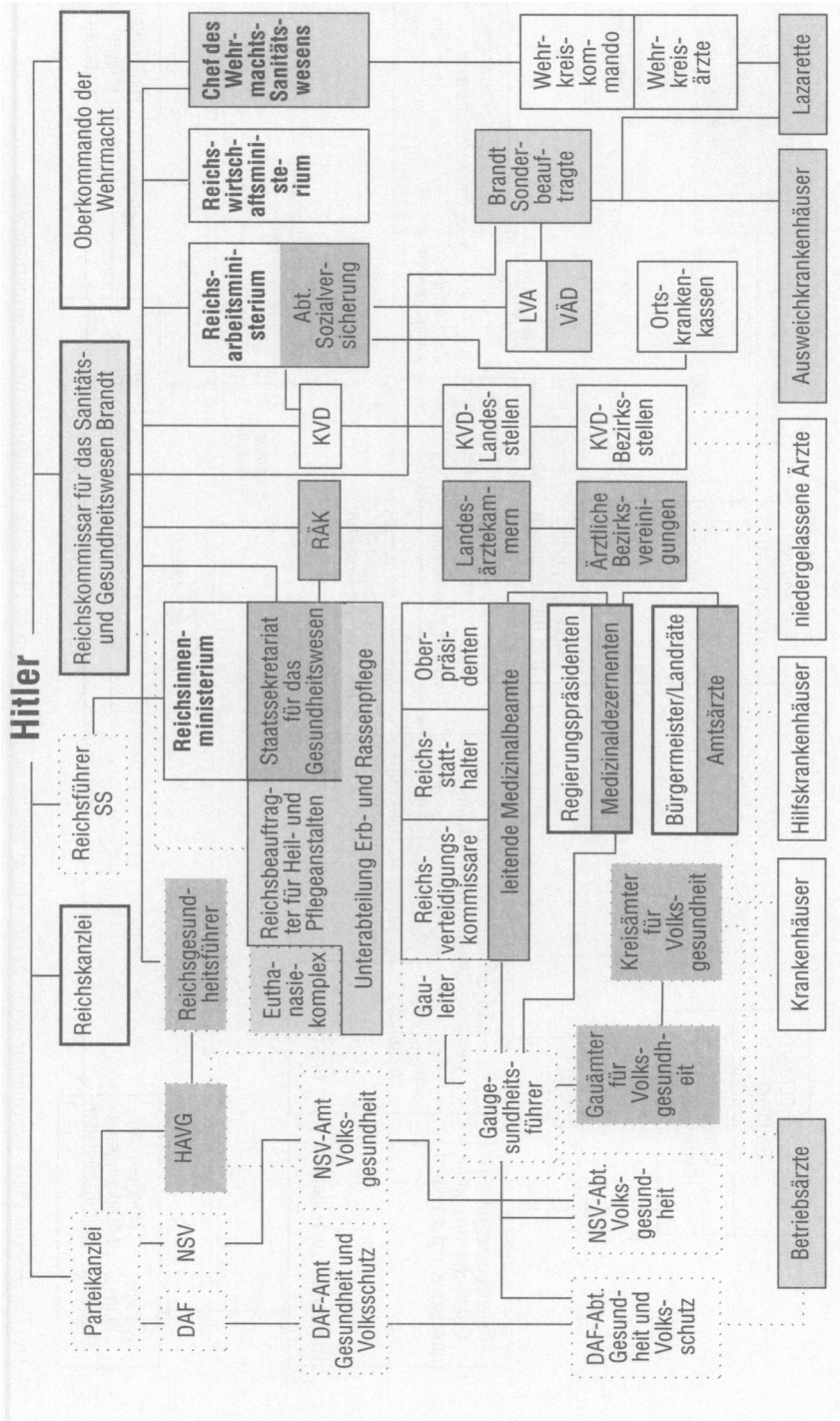
Graue Flächen: Einflußbereich des Reichsärzteführers Wagner. Durchbrochener Rahmen: Parteiorganisationen.

Abb. 7 Administrativer Aufbau des Gesundheitswesens (1940)



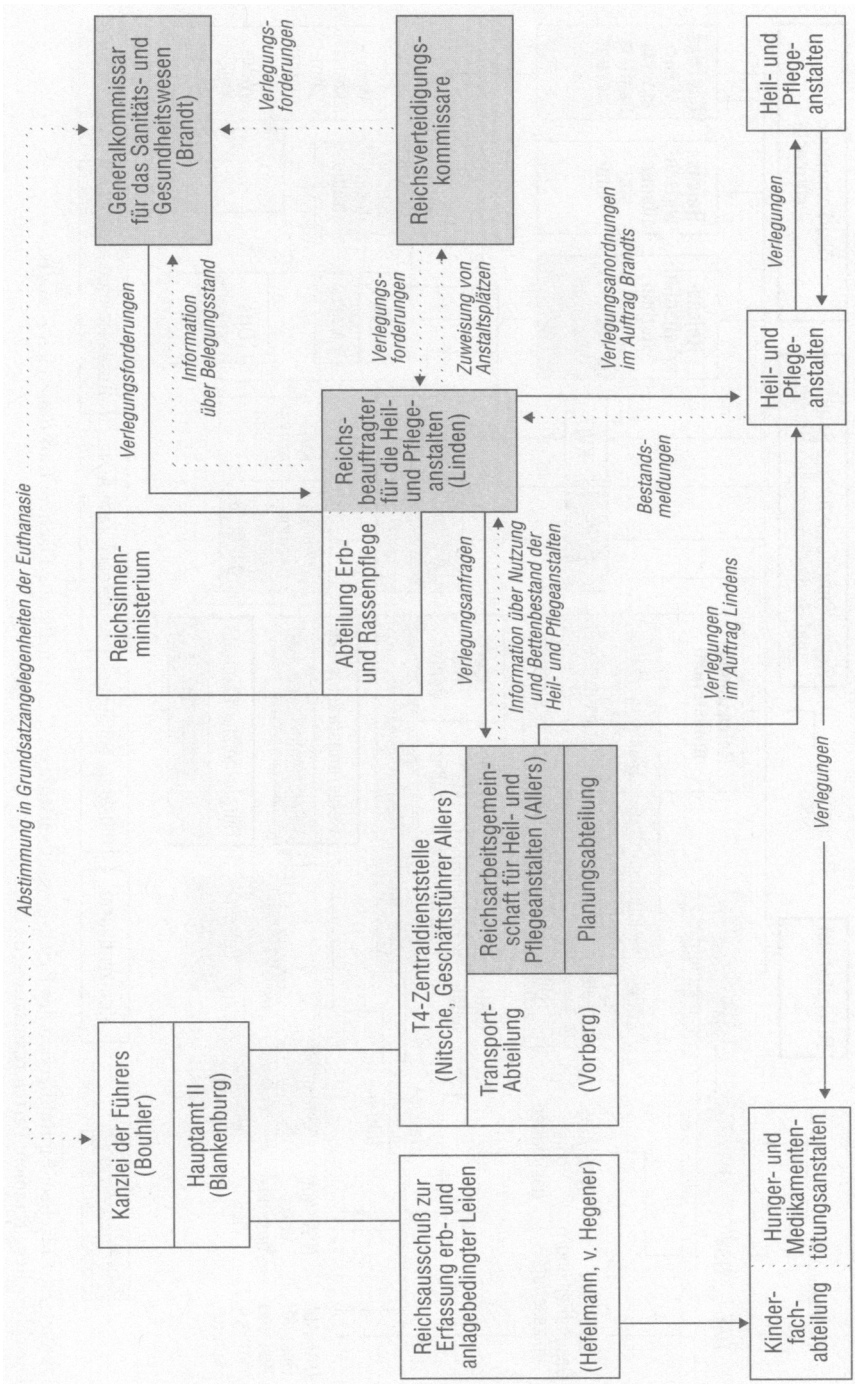
Dunkelgraue Flächen: Einflußbereich des Reichsgesundheitsführers Conti; hellgraue Flächen: Einflußbereich Brandts. Durchbrochene Rahmen: Parteiorganisationen.

Abb. 8 Administrativer Aufbau des Gesundheitswesens (1944)



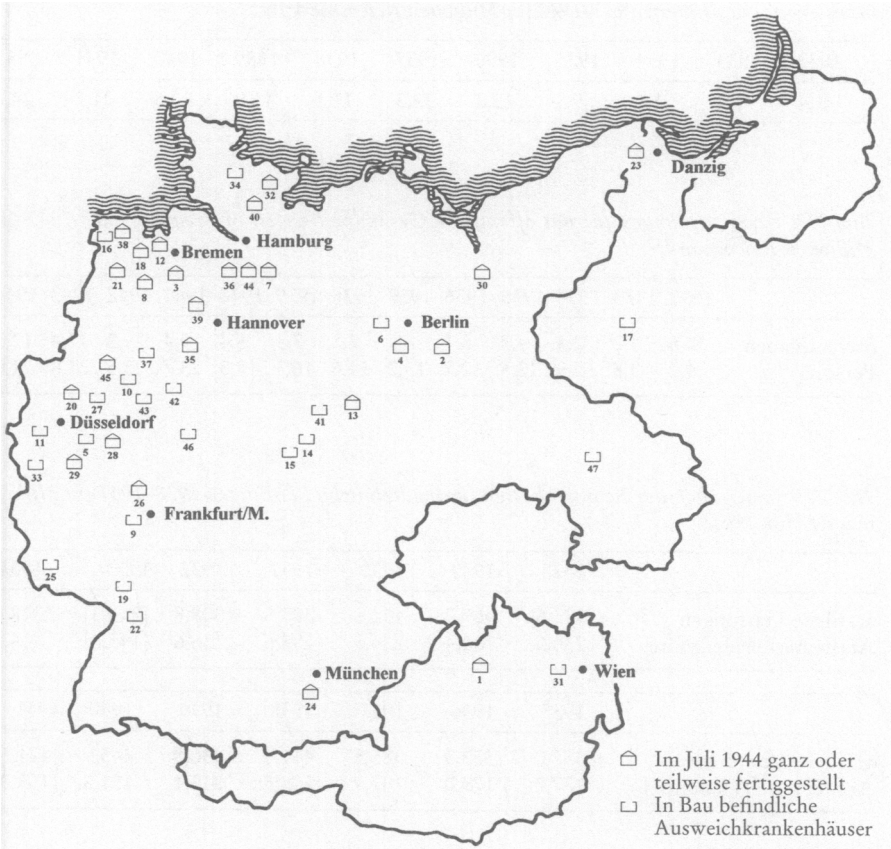
Dunkelgraue Flächen: Einflußbereich des Reichsgesundheitsführers Conti; hellgraue Flächen: Einflußbereich Brandts. Durchbrochene Rahmen: Parteiorganisationen.

Abb. 9 Funktion des Reichsbeauftragten für die Heil- und Pflegeanstalten (1943)



Durchgezogene Pfeile bezeichnen ein Unterstellungsverhältnis, durchbrochene Pfeile die Richtung eines Informationswegs.

Abb. 10 Ausweichkrankenhäuser der „Aktion Brandt" (1944)[1]



1. Bad Hall
2. Bad Saarow
3. Bassum (OT)[2]
4. Beelitz
5. Bergisch-Born
6. Berlin-Hohengatow
7. Bevensen
8. Blankenburg (OT)
9. Bleidenstadt
10. Bornefeld
11. Dahlheim
12. Drangstedt (OT)
13. Düben
14. Eibern
15. Eisenberg
16. Emden (OT)
17. Gräz
18. Hahn
19. Hensbach
20. Hösel
21. Huntlosen
22. Ittersbach
23. Karthaus
24. Kempfenhausen (Reservelazarett)
25. Kirkel
26. Köppern
27. Lintorf
28. Lüttringhausen
29. Marienheide
30. Neu Zarnow
31. Neulengbach
32. Neustadt (OT)
33. Nörvenich
34. Rickling
35. Rinteln (Reservelazarett)
36. Rotenburg I-III (OT)
37. Rothenfelde
38. Sandhorst
39. Schwarmstedt (OT)
40. Strecknitz (OT)
41. Weißenfels
42. Westheim
43. Wimbern
44. Wintermoor I+II (OT)
45. Wittekindshof (Reservelazarett) (OT)
46. Ziegenhain
47. Zirlau

[1] Zusammengestellt anhand der Aufstellung der Krankenhaus-Sonderanlagen der Aktion Brandt, 28.7.1944; Reichsministerium für Rüstung und Kriegsproduktion, Abteilung Rüstungsbau an die Außenstelle Hamburg und Hannover, 24.11.1941, BAK, B 326/348; Aufstellung der KVD über die Krankenhaussonderanlagen der „Aktion Brandt", [nach 1945], AKBV/142.

[2] OT-Sanitätsanlagen Nordwest.

Tab. A. 1 Aufwendungen für das öffentliche Gesundheitswesen im Haushalt des Reichsministeriums des Innern 1932–1942 (in Millionen Reichsmark)[1]

1932	1933	1934	1935	1936	1937	1938	1939	1940	1941	1942
1,4	1,2	1,2	9,3	12,3	12,3	11,1	11,9	20,6	21,7	24,1

Tab. A. 2 Aufwendungen für das öffentliche Gesundheitswesen in Preußen 1932–1942 (in Millionen Reichsmark)[2]

	1932	1933	1934	1935	1936	1937	1938	1939	1940	1941	1942	1943	1944
Sachausgaben	2,6	1,2	2,4	4,7	5,1	6,1	7,1	7,3	8,4	9,4	9,2	12,4	12,5
Personal	4,2	3,8	3,9	12,8	12,7	13,0	14,6	16,3	18,3	23,7	23,5	21,8	21,0

Tab. A. 3 Ausgaben der Krankenkassen für medizinische Leistungen 1928–1941 (in Millionen Reichsmark)[3]

	1928	1929	1930	1931	1932	1933	1934
ärztliche Leistungen	433,6	467,7	452,6	383,6	308,8	[313,3]	318,0
Arzneimittel/Heilmittel	236,0	266,4	234,7	188,6	136,6	[145,6]	154,8

	1935	1936	1937	1938	1939	1940	1941
ärztliche Leistungen	357,0	373,3	385,5	411,4	430,8	445,9	[421,3]
Arzneimittel/Heilmittel	177,7	179,0	187,9	204,5	213,1	151,8	[153,3]

[1] Max Schmidt, Entwicklung der Haushaltsführung im Reich vom Rechnungsjahr 1932 bis zum Kriegsende, S. 17, BAB, R 2-Anhang/23.

[2] Haushaltsplan des Preußischen Staates, Einnahmen Kapitel 31/38, Ausgaben Kapitel 94/95, BAB, PD 8/1 (1933–1942). Nicht eingerechnet wurden die mit ca. zwei Millionen RM pro Jahr konstanten Ausgaben für die Medizinaluntersuchungsämter und wissenschaftlichen Institute (Kapitel 96–102); Haushaltsrechnung für 1932, Kapitel 201 im Etat des Preußischen Ministeriums für Volkswohlfahrt, BAB, PD 8/1 (1932).

[3] Einschließlich Betriebs- und Ersatzkassen. Die Werte für 1933 wurden extrapoliert, die für 1941 auf der Basis des ersten Halbjahres geschätzt; Statistische Jahrbücher des Deutschen Reiches 1933–1941/42.

Tab. B.1 Konfessionszugehörigkeit der Medizinalbeamten des Reichsministeriums des Innern, der Referenten und der Gauamtsleiter des Hauptamtes für Volksgesundheit[1]

	katholisch	evangelisch	gottgläubig/ konfessionslos	davon ehemals katholisch	davon ehemals evangelisch	k.A.
Beamte des RMdI (51)	6	26	12	2	4	7
in Prozent	*13,6*	*59,1*	*27,3*	*kath. gesamt 18,2*	*ev. gesamt 68,2*	
Mitarbeiter des HAVG (59)	6	16	22	3	10	15
in Prozent	*13,6*	*36,4*	*50,0*	*kath. gesamt 20,5*	*ev. gesamt 59,1*	
Gauamtsleiter (73)	8	26	23	1	14	16
in Prozent	*14*	*45,6*	*40,4*	*kath. gesamt 15,8*	*ev. gesamt 70,2*	

Tab. B.2 Soziale Herkunft der preußischen Medizinaldezernenten und der Gauamtsleiter des Hauptamtes für Volksgesundheit[2]

	Oberschicht	Obere Mittelschicht	Untere Mittelschicht	Unterschicht	k.A.
Medizinaldezernenten (73)	4	25	7		37
in Prozent	*11,1*	*69,4*	*19,4*		
Gauamtsleiter (73)	3	14	9	1	46
in Prozent	*11,1*	*51,9*	*33,3*	*3,7*	

[1] Quelle: BIOMED, die Prozentuierung erfolgt ohne fehlende Werte.

[2] Quelle: BIOMED, Oberschicht: Stabsoffiziere, Professoren, Richter an Obergerichten, obere Mittelschicht: leitende kaufmännische Angestellte, akademische Berufe, Ärzte, Lehrer, evangelische Pfarrer, untere Mittelschicht: mittlere und untere Beamte, Angestellte, Bauern, Unterschicht: sonstige handarbeitende Berufe.

Tab. B.3 Geburtskohorten der Medizinalbeamten des Reichsministeriums des Innern, der preußischen Medizinaldezernenten, der Referenten und der Gauamtsleiter des Hauptamtes für Volksgesundheit[1]

Geburtsjahr	bis 1880	1881–1885	1886–1890	1891–1895	1896–1900	seit 1901	k. A.
Beamte des RMdI (51)	4	4	10	12	8	8	5
in Prozent	*8,7*	*8,7*	*21,7*	*26,1*	*17,3*	*17,4*	
Medizinal-dezernenten (73)	14	9	13	21	9	3	4
in Prozent	*20,3*	*13,0*	*18,8*	*30,4*	*13,0*	*4,3*	
Mitarbeiter des HAVG (59)		3	6	10	5	9	26
in Prozent		*9,1*	*15,1*	*30,9*	*15,2*	*27,3*	
Gauamts-leiter (73)	1	6	9	23	19	7	8
in Prozent	*1,5*	*9,2*	*13,8*	*35,4*	*29,2*	*10,8*	

Tab. B.4 Approbationsdatum der Medizinalbeamten des Reichsministeriums des Innern, der preußischen Medizinaldezernenten, der Referenten und der Gauamtsleiter des Hauptamtes für Volksgesundheit[2]

	vor 1914	1914–1918	1919–1923	1924–1928	ab 1928	k. A.
Beamte des RMdI (51)	8	3	12	4	2	22
in Prozent	*27,6*	*10,3*	*41,4*	*13,8*	*6,9*	
Medizinal-dezernenten (73)	27	8	22	7	1	8
in Prozent	*41,5*	*12,3*	*33,8*	*10,8*	*1,5*	
Mitarbeiter des HAVG (59)	4	2	10	3	3	37
in Prozent	*18,2*	*9,1*	*45,5*	*13,6*	*13,6*	
Gauamts-leiter (73)	10	12	21	15	4	11
in Prozent	*16,1*	*19,4*	*33,9*	*24,2*	*6,5*	

[1] Quelle: BIOMED.
[2] Quelle: BIOMED.

Tab. B.5 NSDAP-Beitritt der Medizinalbeamten des Reichsministeriums des Innern, der preußischen Medizinaldezernenten, der Referenten und der Gauamtsleiter des Hauptamtes für Volksgesundheit[1]

	1925/26	1927/28	1929/30	1931/32	1933/45	kein Beitritt	k.A.
Beamte des RMdI (51)	1	1	4	8	22[2]	6	9
in Prozent	*2,4*	*2,4*	*9,5*	*19,0*	*52,4*	*14,3*	
Medizinal-dezernenten (73)					1	46[3]	20 6
in Prozent				*1,5*	*68,7*	*29,9*	
Mitarbeiter des HAVG (59)	4	4	8	10	4		29
in Prozent	*13,3*	*13,3*	*26,7*	*33,3*	*13,3*		
Gauamts-leiter (73)	7	6	19	24	8		9
in Prozent	*10,9*	*9,3*	*29,7*	*37,5*	*12,5*		

[1] Quelle: BIOMED.

[2] Davon 7 Beamte seit 1937 beigetreten sowie NSDAP-Mitgliedschaften ohne Beitrittsdatum.

[3] Davon 19 Beamte seit 1937 beigetreten sowie NSDAP-Mitgliedschaften ohne Beitrittsdatum.

Tab. C.1 Ärzte im Deutschen Reich 1939–1945[1]

	1939[2]	1940	1942	1943	1944[3]
Ärzte insgesamt[4]	54389	57708	66878	74500	ca. 73500
davon eingezogen		*19178*	*28480*	*ca. 33000*	*ca. 33000*
Ärztinnen	4341	k.A.	7356	k.A.	ca. 9400
Öffentlicher Gesundheitsdienst[5]	6286	k.A.	5769	ca. 5500	ca. 5000
Betriebsärzte	971	ca. 2100	ca. 3850	ca. 5000	ca. 8000

Tab. C.2 Altersgliederung der Ärzte im Deutschen Reich (1937) und in der Provinz Brandenburg (1944)[6]

	bis 30	31–35	36–40	41–45	46–50	51–55	56–60	61–65	66–70	71–75	über 75
Deutsches Reich 1937 (Prozent)	16,4	11,0	14,0	14,6	12,5	7,3	6,9	6,5	5,1	3,8	1,9
Brandenburg 1944 (Prozent)	3,3	11,5	10,7	12,0	17,3	16,8	10,1	4,7	6,8	4,7	2,0
davon Frauen (Prozent)	*40,0*	*26,1*	*24,4*	*21,7*	*10,6*	*5,4*	*2,6*	*0*	*0*	*2,8*	0

1 E. van Kann, Die Zahl der Ärzte und ihre Gliederung im Jahre 1939, in: DÄB 70 (1940), S. 283–285; ders., Die Zahl der Ärzte 1942 und ein Rückblick bis 1937, in: DÄB 72 (1942), S. 300–303; Fischer, Sanitätsdienst, Bd. 4, S. 3029; Statistisches Reichsamt, Abteilung VI, Volkswirtschaftliche Kräftebilanz Gesundheitswesen, Stand 31. 5. 1940, BAB, R 18/3715; Holm, Gedanken zur ärztlichen Planwirtschaft, 12. 10. 1943, S. 2, BAB, R 18/3809; USSBS, Medical Branch Report: The Effect of Bombing on Health and Medical Care in Germany, 1945, S. 164, IfZ, MA 1566/5, Tab. C.

2 1939 und 1940 ohne Österreich und das Sudetenland.

3 Einschließlich Österreichs, des Sudetenlands und der eingegliederten Ostgebiete.

4 Ohne berufslose Ärzte.

5 Einschließlich Ärzte in Formationen (Reichsarbeitsdienst, Organisation Todt, Polizei usw.).

6 E. van Kann, Der Altersaufbau der deutschen Ärzteschaft im Jahre 1937, in: DÄB 68 (1938), S. 208–211; Übersicht der Gesundheitsämter über die für die Zivilbevölkerung zur Verfügung stehenden Ärzte, Stand 1. 1. 1944, BrLHA, Rep. 1/1684, Bl. 1–45 (763 Ärzte).

Tab. C.3 Krankenhausbetten im Deutschen Reich, in Thüringen und den Provinzen Hannover und Westfalen 1943–1945[1]

	Deutsches Reich 4/1943	Deutsches Reich 8/1944	Thüringen 4/1943	Provinz Hannover 4/1943	Regierungsbezirk Münster 11/1943	Regierungsbezirk Münster 9/1944	Regierungsbezirk Arnsberg 12/1943	Regierungsbezirk Arnsberg 12/1944	Regierungsbezirk Minden 11/1943	Regierungsbezirk Minden 9/1944
1) Friedensbestand	521608[2]	518226	8398	19718	16119	16119	22442	22442	5194	5194
2) an Wehrmacht abgegeben	98906	88758	2053	2368	1685	1784	2377	2405	663	663
3) durch Luftangriff zerstört	8343	67848	0	789	1001	2331	3913	6021	0	0
4) aus Luftschutzgründen geräumt	ca. 21000[3]	21246	k.A.	k.A.	k.A.	1183	k.A.	k.A.	k.A.	633
5) Betten in Hilfskrankenhäusern	53679	62031	1278	973	805	1475	513	743	385	385
6) Betten in Ausweichkrankenhäusern	39650	59034	960	3100[4]	1050	2215	832	1287	0	464
7) Verfügbare Betten in Prozent des Friedensbestandes[5]	*85,5*	*77,8*	*90,0*	*88,9*	*88,3*	*76,3*	*74,3*	*65,8*	*94,6*	*82,5*
8) Verfügbare Betten einschließlich Ausweichkrankenhäusern[6]	*93,3*	*89,0*	*102,2*	*104,6*	*94,8*	*90,0*	*78,0*	*71,5*	*94,6*	*91,4*
9) Umwandlung in Militär lazarette in Prozent	*19,0*	*17,1*	*24,4*	*12,0*	*10,5*	*11,1*	*10,6*	*10,7*	*12,8*	*12,8*
10) Luftkriegszerstörungen in Prozent	*1,6*	*13,1*	*0*	*4,0*	*6,2*	*14,5*	*17,4*	*26,8*	*0*	*0*

1 Krankenhausstatistik, Stand 24. 4. 1943, BAB, R 18/3809; Hauptzusammenstellung Krankenhausversorgung, 31. 8. 1944, BAB, R 18/3678; Thüringisches Staatsministerium des Innern an das Reichsministerium des Innern, 24. 4. 1943, ThüHStA, Abt. E/975; Nachweisung der Krankenhaus-Bettenzahl der Provinz Hannover nach dem Stande vom 24. 4. 1943, NdsHStA, Hann. 122a/3272, Bl. 268f.; Aufstellungen des Reichsverteidigungskommissars Westfalen-Nord, 30. 11. 1943, 31. 12. 1943, 21. 9. 1944, 31. 12. 1944, StAMü, Regierung Arnsberg/13270.

2 Einschließlich des Sudetenlands, Österreichs und der ins Deutsche Reich eingegliederten Ostgebiete.

3 Eigene Schätzung.

4 Nicht eingerechnet wurden 1000 Notplätze auf Strohsäcken.

5 Zeile 7 = Zeile 1- (Zeile 2+3+4) + Zeile 5.

6 Ausweichkrankenhäuser hatten bis Mitte 1943 überwiegend den Charakter von kurzfristigen Notunterkünften bei Luftangriffen, seit 1944 dienten sie teilweise auch der Regelversorgung.

Tab. C.4 In Wehrmachtslazarette umgewandelte Gebäude 1940–1944[1]

	Kranken-häuser	Heil- und Pflege-anstalten	Kirchliche Gebäude	Jugend-fürsorge	Schulen	sonstige öffentliche Gebäude	Fremden-verkehrsein-richtungen	Sonstige Fürsorge einrichtungen	Wehrmachts-einrichtungen	Vorherige Nutzung unklar	gesamt:
Wehrkreis I 12/1940	545	920	300	100	215	342	0	3401	0	75	5898
in Prozent	*9,2*	*15,6*	*5,1*	*1,7*	*3,6*	*5,8*	*0*	*57,7*	*0*	*1,3*	*100*
Wehrkreis IV 1/1940	7744	1240	0	410	240	337	1258	1726	1381	1347	15683
in Prozent	*49,4*	*7,9*	*0*	*2,6*	*1,5*	*2,1*	*8,0*	*11,0*	*8,8*	*8,6*	*100*
Wehrkreis VI 1/1940	12959	4835	7658		2755			5240			33447
in Prozent	*38,7*	*14,6*	*22,9*		*8,2*			*15,8*			*100*
Wehrkreis VII 10/1940	1997	0	1491	0	160	270	397	570	583	52	5520
in Prozent	*36,2*	*0*	*27,0*	*0*	*2,9*	*4,9*	*7,2*	*10,3*	*10,6*	*0,9*	*100*
Wehrkreis VIII 10/1940	4235	500	3740	280	1026	791	805	1636	460	360	13833
in Prozent	*30,6*	*3,6*	*27,0*	*2,0*	*7,4*	*5,7*	*5,8*	*11,8*	*3,3*	*2,6*	*100*
Wehrkreis IV 7/1941	9381	2445	0	410	740	132	1850	1539	1085	4055	21637
in Prozent	*43,4*	*11,3*	*0*	*1,9*	*3,4*	*0,6*	*8,6*	*7,1*	*5,0*	*18,7*	*100*
Wehrkreis IV 5/1943	10200	5545	13280	360	4165	1465	3165	1180	5510	8470	53340
in Prozent	*19,1*	*10,4*	*24,9*	*0,7*	*7,8*	*2,7*	*5,9*	*2,2*	*10,3*	*15,9*	*100*
Wehrkreis VI 10/1944	9048	4290	7361		6754			13339			40792
in Prozent	*22,2*	*10,5*	*18,0*		*16,6*			*32,7*			*100*
Wehrkreis VII 12/1944	2365	1710	7515		3215			12505			27310
in Prozent	*8,7*	*6,3*	*27,5*		*11,8*			*45,8*			*100*

[1] Berechnet nach den Aufstellungen der Heeressanitätsinspektion, BA-MA, H. 20–380, Bl. 3–7; 18–28; 31–44; 80–82; 113–115, BA-MA, RH 53/7 v. 502, Bl. 2–67, RH 12–23/77, Bl. 6–81, und der Aufstellung des Wehrkreiskommandos VI vom 22. 5. 1943, StAMü, Reg. Arnsberg/13270. Bei den kirchlichen Gebäuden ist eine zweifelsfreie funktionale Zuordnung nicht immer möglich.

Tab. C.5 Betten in Hilfs- und Ausweichkrankenhäusern der Stadt München 1939–1945[1]

	IV/ 1939	I/ 1940	II/ 1940	III/ 1940	IV/ 1940	I/ 1941	II/ 1941	III/ 1941	IV/ 1941
Hilfskrankenhäuser	584	584	951	951	951	951	1151	1151	1151
Ausweichkrankenhäuser									

	I/ 1942	II/ 1942	III/ 1942	IV/ 1942	I/ 1943	II/ 1943	III/ 1943	IV/ 1943	I/ 1944
Hilfskrankenhäuser	1151	1151	1151	1151	1151	1151	1151	1151	1382
Ausweichkrankenhäuser							870	1365	1496

	II/ 1944	III/ 1944	IV/ 1944	I/ 1945
Hilfskrankenhäuser	1550	1550	1710	1838
Ausweichkrankenhäuser	1530	2661	2661	2661

[1] Aufstellung über die Krankenhäuser der Stadt München [März 1947], StadtAM, Bürgermeister und Rat/2521; Limmer, Rundschreiben betr. die Organisation der Ausweichkrankenhäuser, 12. 10. 1944, StadtAM, Gesundheitsamt/197.

Tab. C.6 Quartalsproduktion der umsatzstärksten pharmazeutischen Produkte der IG-Farben-Werke Hoechst 1939–1945 (in Tonnen)[1]

	Ascorbinsäure	Anesthesin	Novocain	Neosalvarsan	Salygran[2]
I/1939	0,3	0	0	1,1	2127
II/1939	0,3	0	0	0,4	2273
III/1939	0,2	2,6	0,5	1,5	1253
IV/1939	0,2	6,4	2,2	1,0	1789
I/1940	0,3	6,8	2,7	1,9	864
II/1940	0,1	9,8	2,4	1,9	432
III/1940	0,5	8,7	3,0	1,4	864
IV/1940	0,2	5,7	1,5	1,3	1242
I/1941	0,1	5,7	0,8	1,4	1026
II/1941	<0,1	4,3	0,8	1,9	648
III/1941	<0,1	3,9	3,1	2,2	551
IV/1941	2,6	7,8	2,8	1,7	432
I/1942	2,8	10,1	1,8	0,6	1080
II/1942	2,4	9,3	1,8	1,3	1134
III/1942	3,0	10,2	3,3	2,5	1401
IV/1942	3,1	8,2	2,3	2,2	1944
I/1943	3,3	10,6	3,2	2,1	1350
II/1943	2,0	7,2	1,5	2,2	1890
III/1943	2,9	11,5	2,7	2,2	1998
IV/1943	2,4	10,4	2,1	2,2	1705
I/1944	3,0	10,5	2,2	1,9	1440
II/1944	2,5	8,0	2,2	2,1	2160
III/1944	1,6	11,6	2,7	2,2	1512
IV/1944	0,1	4,6	2,1	1,8	1872
I/1945	0	1,7	1,1	0,4	1872

Tab. C.7 Jahresproduktion ausgewählter Impfstoffe (I) und Antiseren (A) der IG-Farben Werke Behringwerke Marburg-Lahn (in Litern) 1939–1944[3]

	Diphtherie (A)	Diphtherie (I)	Typhus (I)	Diphtherie/Scharlach Kombinationsimpfstoff	Fleck-fieber (I)
1939	19584	1216	3410		
1940	17696	1582	1722		
1941	23094	5125	k.A.		
1942	24528	11268	5263		193
1943	23623	13988	1986	12425	1128
1944	26461	13866	5963	12730	2017

[1] USSBS, Medical Branch Report: The Effect of Bombing on Health and Medical Care in Germany, 1945, S. 304, IfZ, MA 1566/5.

[2] Liter zwangzigprozentige Lösung.

[3] USSBS, Medical Branch Report: The Effect of Bombing on Health and Medical Care in Germany, 1945, S. 306, IfZ, MA 1566/5.

Tab. C.8 Entwicklung des betriebsärztlichen Dienstes 1939–1944[1]

1/1939	7/1939	12/1940	12/1941	12/1942	12/1943	10/1944
365	972	ca. 2100	4100	4337	5000	8000

Tab. C.9 Betriebsärzte im Gau Thüringen 1938–1943[2]

Betriebe	1938	1939	1940	1941	1942	1943
bis 100 Beschäftigte	7	26	26	27	27	27
bis 500 Beschäftigte	11	29	32	37	43	46
bis 1000 Beschäftigte	2	6	7	10	11	12
über 1000 Beschäftigte	2	8	9	10	12	12

[1] Karbe, Entstehung, S. 238.
[2] Namenskartei der Betriebsärzte im Gau Thüringen [1943], BAB, NS 37/1065.

Tab. D.1 Erkrankungen an meldepflichtigen Infektionskrankheiten im Deutschen Reich 1914–1918, 1925–1930, 1938–1944 (auf 10 000 Einwohner)[1]

	1914	1915	1916	1917	1918	1925	1926	1927	1928	1929	1930
Typhus	2,6	3,2	2,2	4,6	3,7	2,8	2,7	1,8	1,9	2,0	1,5
Ruhr	0,9	1,2	1,5	10,5	4,8	0,7	0,7	0,5	0,5	0,5	0,4
Diphtherie	19,2	26,1	29,9	26,7	24,8	5,9	4,8	5,4	7,4	7,9	11,0
Scharlach	15,8	22,7	14,3	7,4	6,0	6,5	8,9	14,5	19,2	15,0	11,0
Lungen-tuberkulose											
Fleckfieber	0,0	1,0	<0,1	<0,1	<0,1						

	1938	1939	1940	1941	1942	1943	1944
Typhus	0,9	0,8	1,0	1,9	1,8	1,9	1,3
Ruhr	0,8	0,9	1,8	1,2	1,7	0,8	0,8
Diphtherie	21,8	20,6	19,6	24,1	33,4	33,5	33,6
Scharlach	16,1	18,5	19,2	34,3	48,7	48,4	32,2
Lungentuberkulose	8,9	10,5	13,3	13,4	16,1	17,4	17,1
Fleckfieber	0,0	0,0	<0,1	0,1	0,3	0,4	1,8

Tab. D.2 Erkrankungen an meldepflichtigen Infektionskrankheiten in Bayern 1938–1945 (auf 10 000 Einwohner)[2]

	1938	1942	1943	1944	1945
Typhus	0,2	0,5	0,4	0,6	5,2
Ruhr	1,2	1,5	0,7	0,6	1,9
Diphtherie	16,8	37,0	39,5	28,6	22,5
Lungentuberkulose	9,3	11,5	12,6	13,1	10,3
Fleckfieber		0,3	0,2	1,4	3,3

1 Bevölkerung und Wirtschaft, S. 119; Aufstellungen der Gesundheitsabteilung des Reichsinnenministeriums, BAB, R 18/3794, unter Zugrundelegung der mittleren Wohnbevölkerung.

2 Mitteilungen des Bayerischen Statistischen Landesamtes, 2 (1946), H. 6, S. 3.

Tab. D.3 Fleckfiebererkrankungen der Zivilbevölkerung im Deutschen Reich und den annektierten Gebieten 1939–1945[1]

Deutsches Reich (Gebietsstand 1937)	Deutsche	Juden	Ausländer	Gesamt	Eingegliederte Gebiete[2]	Deutsche	Juden	Ausländer	Gesamt	Deutsches Reich und eingegliederte Gebiete
1939								12	12	12
1940	2	k.A.	5	7		47	513		560	567
1941	211	43	319	573		663	2524	370	3557	4130
1942	258	164	1991	2413		179	2512	1809	4500	6913
1943	227	1	2870	3098		42	140	410	592	3690
1944[3]	1130	32	11513	12675		485	5	1203	1694	14368
1945[4]				ca. 16000						

Tab. D.4 Krankenstand der Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung 1935–1944 (in Prozent)[5]

1935	1936	1937	1938	1939	1940	1941	1942	1943	1944
2,9	3,6	2,9	3,4	2,8	2,9	2,9	3,4	ca. 3,6	ca. 5

1 Unterabteilung Gesundheitssicherung, Aktenvermerk betr. Fleckfieber in den Jahren 1941–1944, 18. 1. 1945, BAB, R 18/3646; Aufstellungen der Unterabteilung Gesundheitssicherung, [Ende 1944], BAB, R 18/3794, darin nicht enthalten sind die Fleckfieberkranken der Wehrmacht, Waffen-SS und Polizei sowie die Erkrankungen in Kriegsgefangenenlagern und im Generalgouvernement.

2 Österreich, Sudetengau, Regierungsbezirke Kattowitz und Zichenau.

3 Ohne Dezember.

4 Brandlmeier, Einfluß, S. 13 (nur westliche Besatzungszonen).

5 Statistisches Jahrbuch für das Deutsche Reich 1936–1941/42; Gesamtstatistik über den Vertrauensärztlichen Dienst für das Jahr 1942, BAB, R 42-I/26; 1943: geschätzt aufgrund der Werte Januar-Juli 1943, ebenda; 1944: geschätzt auf der Basis der Krankenstände der Ortskrankenkassen München, Hamburg, Köln, Düsseldorf, Leipzig, Stuttgart, Breslau in den monatlichen Rundschreiben der Gemeinschaftsstelle der Landesversicherungsanstalten an die Leiter der Landesversicherungsanstalten betr. die Durchführung des vertrauensärztlichen Dienstes, ebenda.

Tab. D.5 Krankenstand der Krankenversicherten im Ruhrgebiet 1928–1943 (in Prozent)[1]

	1928	1929	1930	1931	1932	1933	1934	1935	1936	1937	1938	1939	1940	1941	1942	1943
Ruhrknappschaft	5,7	6,3	4,8	4,3	3,5	3,7	3,5	3,4	4,1	4,5	5,4	5,7	4,8	6,0	7,1	6,9
Krupp-Betriebskrankenkasse	4,3	4,0	3,8	3,3	2,6	2,4	2,7	2,8	2,7	3,0	3,6	3,8	2,9	4,0	5,0	
Verband der Ortskrankenkassen	5,2	5,2	3,7	2,9	3,2	3,2	2,9	2,9	3,1	2,7	2,9	3,0	2,9	3,3	3,8	

Tab. D.6 Krankheitsdauer im Ruhrgebiet 1928–1943 (Tage pro Erkankungsfall)[2]

	1928	1929	1930	1931	1932	1933	1934	1935	1936	1937	1938	1939	1940	1941	1942	1943
Ruhrknappschaft	33,8	29,7	36,5	39,4	41,2	34,5	33,7	33,6	32,6	31,7	31,1	29,1	24,1	24,2	23,6	22,1
Ortskrankenkasse Essen	19,0	20,0	23,9	19,0	19,0	19,0	17,5	17,0	15,4	16,1	15,5	15,0	14,8	15,1	15,2	

[1] Odenthal, Gesundheitszustand, S. 19.
[2] Odenthal, Gesundheitszustand, S. 19.

Tab. D.7 Typhuserkrankungen in Großstädten des Deutschen Reiches 1938–1944 (auf 10000 Einwohner)[1]

	1938	1940	1942	1943	1944
Bochum	0,8	0,8	0,7	4,3	1,6
Duisburg	0,7	0,6	2,8	1,5	0,2
Frankfurt a.M.	0,7	0,2	1,0	0,9	0,2
Hamburg	0,8	0,6	0,9	0,7	0,7
Magdeburg	0,4	0,4	0,6	0,4	0,7
Nürnberg	1,1	0,5	0,5	0,4	1,2
Durchschnitt:	*0,9*	*0,7*	*1,0*	*1,1*	*0,7*

Tab. D.8 Ruhrerkrankungen in Großstädten des Deutschen Reiches 1938–1944 (auf 10000 Einwohner)[2]

	1938	1940	1942	1943	1944
Bochum	0,5	0,8	0,8	0,8	0,7
Duisburg	0,6	1,3	5,0	3,8	3,3
Frankfurt a.M.	1,3	1,2	0,6	1,3	0,3
Hamburg	2,0	3,8	2,6	1,7	0,9
Magdeburg	0,5	2,6	4,6	2,0	2,0
Nürnberg	0,5	2,9	2,0	2,0	1,7
Durchschnitt:	*1,3*	*2,7*	*2,5*	*1,8*	*1,3*

Tab. D.9 Erkrankungen an Magen-Darm-Katarrh in Großstädten des Deutschen Reiches 1938–1944 (auf 10000 Einwohner)[3]

	1938	1940	1942	1943	1944
Bochum	1,6	1,6	1,4	5,1	2,3
Duisburg	2,1	2,7	8,1	6,5	3,7
Frankfurt a.M.	1,9	2,1	1,8	2,2	0,5
Hamburg	3,0	4,5	3,6	2,5	1,7
Magdeburg	1,1	3,1	5,1	2,4	2,7
Nürnberg	1,6	3,5	2,6	2,5	3,4
Durchschnitt:	*2,3*	*3,6*	*3,6*	*3,1*	*2,1*

[1] Einschließlich Paratyphus. USSBS, Medical Branch Report: The Effect of Bombing on Health and Medical Care in Germany, 1945, S. 72f., IfZ, MA 1566/5.

[2] USSBS, Medical Branch Report: The Effect of Bombing on Health and Medical Care in Germany, 1945, S. 72, IfZ, MA 1566/5.

[3] USSBS, Medical Branch Report: The Effect of Bombing on Health and Medical Care in Germany, 1945, S. 71, IfZ, MA 1566/5.

Tab. D.10 Erkrankungen an Tuberkulose in Großstädten des Deutschen Reiches 1938–1944 (auf 10000 Einwohner)[1]

	1938	1940	1942	1943	1944
Bochum	11,3	14,0	19,8	21,4	23,7
Duisburg	12,3	18,5	28,0	21,9	25,3
Frankfurt a.M.	9,0	16,1	18,9		19,2
Hamburg	12,8	10,7	11,1	11,1	16,1
Kiel	20,8	17,3	21,9	33,1	26,0
Magdeburg	24,4	27,1	21,6	32,0	10,5
Nürnberg	10,3	8,6	11,1	10.5	11,2
Durchschnitt:	*13,3*	*14,1*	*17,1*	*17,2*	*20,7*

Tab. D.11 Erkrankungen von Hamburger Frauen an Geschlechtskrankheiten 1939–1943 (auf 10000 Einwohner)[2]

	1939	1940	1941	1942	1943
Syphilis	6,4	6,8	9,3	12,3	17,3
Gonorhöe	18,0	18,7	22,1	19,9	20,6

Tab. D.12 Erkrankungen von Versicherten der Ruhrknappschaft 1938–1943 (auf 100 Mitglieder)[3]

	1938	1939	1940	1941	1942	1943
Lungenentzündung	0,4	0,4	0,4	0,5	0,7	0,6
Angina, Halsentzündung	2,1	2,4	2,7	2,8	4,6	3,7
Bronchitis	4,0	4,6	4,4	5,4	6,8	5,4
Sonstige Krankheiten der Atmungsorgane	0,5	1,4	1,7	2,7	3,7	3,0
Grippe	6,9	9,6	6,2	7,7	7,7	7,9
Magen- und Zwölffingerdarmgeschwüre	0,8	1,1	1,1	1,5	1,9	1,5
Darmkatarrh	1,3	0,7	1,0	1,5	4,5	2,9
sonstige Magenkrankheiten	2,4	3,1	3,4	4,5	7,7	5,6
Furunkel, Abszesse	3,7	3,8	4,5	6,4	11,1	11,7
Muskelrheuma	5,7	6,3	5,9	7,1	8,0	6,2

1 USSBS, Medical Branch Report: The Effect of Bombing on Health and Medical Care in Germany, 1945, S. 85, IfZ, MA 1566/5.

2 1943 nur I. Quartal. USSBS, Medical Branch Report: The Effect of Bombing on Health and Medical Care in Germany, 1945, S. 97, IfZ, MA 1566/5.

3 Odenthal, Gesundheitszustand, S. 50–101.

Tab. D.13 Sterblichkeit im Deutschen Reich und in Bayern 1928–1945 (Gestorbene auf 10 000 Einwohner)[1]

	1928	1929	1930	1931	1932	1933	1934	1935	1936	1937	1938	1939	1940	1941	1942	1943	1944	1945
Gesamtsterblichkeit	116	126	111	112	108	112	109	118	118	117	116	123	127	120	120	121		
Bayern	127	134	122	123	118	118	115	129	126	124	124	131	126	124	122	129	156	196
bayerische Stadtkreise	126	136	123	123	120	111	109	121	119	119	119	128	124	123	122	122	191	260
bayerische Landkreise	127	132	121	123	117	122	118	133	130	127	126	133	131	128	122	127	145	162

Tab. D.14 Säuglingssterblichkeit im Deutschen Reich und im europäischen Ausland 1928–1945 (in Prozent der Lebendgeborenen)[2]

	1928	1929	1930	1931	1932	1933	1934	1935	1936	1937	1938	1939	1940	1941	1942	1943	1944	1945
Deutsches Reich	8,9	9,6	8,5	8,3	7,9	7,7	6,8	7,1	6,8	6,4	6,0	6,3	6,5	6,7				
Bayern	11,2	11,7	10,9	10,3	9,8	9,8	8,2	8,6	8,3	8,0	7,3	7,6	7,8	7,5	8,2	9,4	10,8	16,6
Deutsche Großstädte												7,0	7,3	6,7	7,8	7,3	10,6	
Dänemark	8,1	8,3	8,2	8,1	7,2	6,8	6,4	7,1	6,6	6,9	5,9	5,8	5,0	5,5	4,7	4,5	4,8	4,8
Schweiz	5,4	5,2	5,1	4,9	5,1	4,8	4,8	4,8	4,7	4,7	4,3	4,3	4,6	4,1	3,8	4,0	4,2	4,1
England & Wales	6,5	7,4	6,0	6,6	6,4	6,3	5,9	5,7	5,9	5,8	5,3	5,1	5,7	6,0	5,1	4,9	4,5	4,6

[1] Petzina u.a, Arbeitsbuch, S. 32; Bayern in Zahlen 2 (1949), H. 3, S. 57.

[2] Statistisches Jahrbuch für das Deutsche Reich 1925–1941/42; Bericht über das bayerische Gesundheitswesen 1928–1950/51; Reichsgesundheitsblatt 16 (1941), S. 854; 20 (1945), S. 30; Mitchell, Statistics, S. 130. Die Säuglingssterblichkeit der deutschen Großstädte wurde auf der Basis der summierten Werte für die 1.–44. Berichtswoche zuzüglich eines jahreszeitlich bedingten Übersterblichkeitszuschlags von 2,3 Prozent für die beiden Wintermonate geschätzt.

Tab. D.15 Säuglingssterblichkeit in Bayern 1930–1945[1] *(in Prozent der Lebendgeborenen)*[2]

	1930	1935	1936	1937	1938	1939	1940	1941	1942	1943	1944	1945
Oberbayern	10,6	8,6	8,5	8,0	7,1	7,4	7,6	7,0	7,5	8,1	9,5	13,7
Niederbayern	16,9	12,7	11,4	11,1	10,1	9,9	10,6	10,3	9,8	12,6	14,9	20,8
Oberpfalz	14,5	12,4	11,5	10,9	10,2	10,5	10,6	9,7	9,3	11,9	11,7	20,5
Oberfranken	9,2	7,5	8,1	6,7	6,1	7,0	6,8	6,3	6,8	7,0	8,6	17,4
Mittelfranken	9,0	6,7	6,1	6,1	5,4	5,9	6,1	6,3	6,6	6,8	9,1	15,4
Unterfranken	8,9	7,2	7,2	7,5	6,4	7,0	7,7	8,2	8,7	11,0	13,1	17,0
Schwaben	10,3	7,7	7,1	7,5	6,9	7,1	6,9	6,7	7,4	11,1	10,4	14,4
Variations-koeffizient	*0,27*	*0,28*	*0,25*	*0,24*	*0,26*	*0,22*	*0,23*	*0,21*	*0,15*	*0,24*	*0,20*	*0,14*

Tab. D.16 Todesursachen in Bayern 1939–1945 (Gestorbene auf 10 000 Einwohner)[3]

	1939	1940	1941	1942	1943	1944	1945
Kinderkrankheiten	68,2	67,5	59,3	48,4	55,2	84,7	98,0
Krankheiten der Atmungsorgane	16,2	16,3	14,4	13,0	13,8	16,3	14,0
davon Lungenentzündung	*10,3*	*9,9*	*9,4*	*8,4*	*10,0*	*10,1*	*9,7*
Krankheiten der Verdauungsorgane	9,2	9,9	8,9	9,9	9,4	10,4	15,1
davon Darmkatarrh	*2,8*	*3,3*	*2,8*	*3,3*	*3,3*	*3,9*	*7,8*
Kreislaufkrankheiten	20,2	22,1	20,6	19,0	19,3	25,1	20,3
davon Herzmuskelerkrankungen	*5,6*	*5,9*	*6,5*	*5,7*	*6,4*	*6,5*	*4,5*
Lungentuberkulose	5,1	5,8	5,7	6,0	7,5	7,1	8,0
Typhus				0,1	0,1	0,1	0,6
Fleckfieber				<0,1	<0,1	0,1	0,4
Diphtherie				2,4	2,5	1,8	1,7
Nerven- und Gehirnkrankheiten	14,4	15,4	15,0	15,1	15,2	17,4	15,4
Krebs	18,0	17,4	17,7	18,0	17,1	18,6	14,7
Altersschwäche	9,1	9,7	9,6	9,4	10,0	13,3	21,1
Äußere Einwirkungen	7,4	6,1	6,0	6,5	7,1	18,0	39,1
Unbestimmte Todesursachen	3,9	3,2	2,8	2,9	3,4	5,1	18,9

Tab. D.17 Sterbefälle durch Schwangerschaft, Entbindung und Wochenbett in Bayern 1930–1945 (Gestorbene auf 10 000 Lebendgeborene)[4]

1930	1934	1938	1940	1941	1942	1943	1944	1945
39,9	46,0	38,5	36,4	37,9	41,3	38,4	36,6	30,2

[1] Ohne bayerische Pfalz.
[2] Bericht über das bayerische Gesundheitswesen 1930/31–1950.
[3] Mitteilungen des Bayerischen Statistischen Landesamtes, 2 (1946), H. 6, S. 3; Bayern in Zahlen 1 (1947), H. 11–12, S. 239f.
[4] Bericht über das bayerische Gesundheitswesen 1953, S. 11f., Mitteilungen des Bayerischen Statistischen Landesamtes, 2 (1946), H. 10, S. 11–13.

Tab. D.18 Sterblichkeit an Tuberkulose in Bayern im Stadt-Land-Vergleich 1928–1942 (Gestorbene auf 10 000 Einwohner)[1]

	1928	1930	1932	1934	1936	1938	1940	1942
Bayern	7,2	6,7	6,4	6,0	5,9	5,5		5,9
Kreisfreie Städte	8,4	7,7	7,3	6,8	6,4	5,5	6,3	6,8
Bezirksämter	6,5	6,1	5,9	5,6	5,6	5,0	5,3	5,5

Tab. D.19 Sterblichkeit an Tuberkulose in Großstädten des Deutschen Reiches 1938–1945 (Gestorbene auf 10 000 Einwohner)[2]

	1938	1940	1942	1943	1944
Augsburg	4,8	5,4	5,4	5,9	7,7
Bochum	7,1	9,4	11,4	10,8	11,3
Bremen	7,0	7,9	8,2	8,3	8,1
Köln	6,1	6,9	7,9	11,5	8,9
Dortmund	6,1	8,0	8,7	8,2	11,9
Duisburg	7,1	7,8	10,8	10,1	12,4
Düsseldorf	5,9	5,6	6,5	7,8	7,3
Hamburg	5,6	5,9	6,7	6,1	6,7
Kiel	5,3	4,9	4,0	4,0	2,7
Magdeburg	5,7	5,5	8,0	8,2	7,9
Mülheim	5,8	5,6	5,5	1,7	1,9
Nürnberg	6,2	8,3	8,7	8,12	8,1
Solingen	4,4	5,6	7,2	6,9	8,2
Durchschnitt:	*6,1*	*6,7*	*7,6*	*7,7*	*8,1*

[1] Ohne Knochen- und Kehlkopftuberkulose. Bericht über das bayerische Gesundheitswesen 1928–1937; Bayern in Zahlen 3 (1949), H. 4, S. 86; Mitteilungen des Bayerischen Statistischen Landesamtes, 2 (1946), H. 10, S. 3.

[2] USSBS, Medical Branch Report: The Effect of Bombing on Health and Medical Care in Germany, 1945, S. 87, IfZ, MA 1566/5.

Tab. E.1 Hinweise auf die „Euthanasie" in den Berichten der SD-Abschnitte und Hauptaußenstellen 1941/1942[1]

	1/1941	2/1941	3/1941	4/1941	5/1941	6/1941	7/1941	8/1941	9/1941
Ermordung von Geisteskranken		2	5	1		4		1	7
„Verlegung" von Geisteskranken	1	1	6	6	3	6	1	2	5
Unzureichende Unterbringung von verwundeten Soldaten in Heil- und Pflegeanstalten				1					1
Diskussion des Films „Ich klage an"									1

	10/1941	11/1941	12/1941	1/1942	2/1942	3/1942	4/1942	5/1942	6/1942
Ermordung von Geisteskranken	6	4	1	2		2		1	
„Verlegung" von Geisteskranken	4	2							
Unzureichende Unterbringung von verwundeten Soldaten in Heil- und Pflegeanstalten	1	1	12	7	1				
Diskussion des Films „Ich klage an"	10	13	6	6	6	1			

[1] Zusammengestellt aus den Übersichten der SD-Stellen und Leitstellen für die Abteilung III B 3 des Reichssicherheitshauptamtes, 1941–1942, ZAhdS, 500/3/763. Berücksichtigt wurden nur eindeutig zurechenbare Hinweise.

Tab. E.2 Nutzung deutscher Heil- und Pflegeanstalten im Sommer 1943[1]

	Betten 1939	Hilfs- und Ausweich-krankenhäuser	Tuberkulose-Heilstätten	Reservelazarette	Einrichtungen der Altenpflege	Fürsorgeeinrichtungen	HJ und Reichsarbeitsdienst	Schulen	Volksdeutsche Mittelstelle	Kriegsgefangene	Wehrmacht	SS	Rüstungsarbeiter	Sonstige	ges.	*in % v. 1939*
Anhalt	710					160									160	*22,5*
Baden	6044	395	120	260				1975	100		400			700	3950	*65,4*
Bayern	21361		559	3694	250	243		200	1365		850			3327	10488	*49,1*
Berlin	12212	6499	155	1063	950										8667	*71,0*
Brandenburg	16366	1499		5169											6668	*40,7*
Braunschweig	2030	75		186									200		461	*22,7*
Bremen	1169			40							144			111	295	*25,2*
Danzig-Westpreußen	2859	370	240						345		742				1697	*59,4*
Hamburg	7172	3468											121		3589	*50,5*
Hannover	8142		61	1884								51	229		2225	*19,6*
Hessen	4607	165	108	2060						719			75		3127	*47,6*
Hessen-Nassau	10860	110	34	5014				300						26	5484	*50,0*
Lippe	1115	69	0	150											219	*27,3*
Mecklenburg	1930	197	300	272									150		919	*67,9*
Oldenburg	880	43	23	0											66	*7,5*
Ostpreußen	7542		1145	2787								2281		50	6263	*83,1*
Pommern	7600			1220								2215		945	4380	*57,6*
Rheinprovinz	18920	2222		5555										172	7949	*42,0*
Sachsen	14587	592		2420		1000	344	600	600	405	1560		25	953	8499	*58,3*
Sachsen (Provinz)	6122	99	103	2195	77									685	3159	*51,6*
Schlesien	14658	1345	119	4264					700					3090	8312	*56,7*
Schleswig-Holstein	5556	1870		900											2770	*49,9*
Thüringen	2691	99		426			52	50							627	*23,3*
Westfalen	17755	1486		4460										20	5966	*33,6*
Westmark	5133	26		1815							750			1523	4114	*80,1*
Württemberg	6655	181	30	1313			83				750			2027	4384	*65,9*
ges.	204676	20810	2977	47147	1277	1403	479	3125	3110	1124	5196	4547	800	13629	105644	*51,6*
in Prozent[2]		*19,7*	*2,8*	*44,6*	*1,2*	*1,3*	*0,5*	*3,0*	*2,9*	*1,2*	*4,9*	*4,3*	*0,8*	*12,9*		

[1] Zusammengestellt aufgrund der Übersichten über „Ausgeschiedene Anstalten" und „Anstalten, die vollständig oder teilweise einem Kriegszweck dienen", 3. 8. 1943, BAB, R 96-I/6.

[2] Der insgesamt fremdgenutzten Psychiatriebetten.

Tab. E.3 Patientenverlegungen in und aus der Rheinprovinz 1942–1944[1]

	6/ 1942	7/ 1942	8/ 1942	9/ 1942	10/ 1942	11/ 1942	1/ 1943	2/ 1943	3 1943	4/ 1943	5/ 1943	6/ 1943	7/ 1943	8/ 1943
Sieche innerhalb der Provinz		415	26	401	64	30	35		47	43	16	572	352	64
Kranke innerhalb der Provinz											175	100	904	116
Geisteskranke außerhalb der Provinz	386		16				47	457	886	300	1 347	242	2 474	86
Sieche außerhalb der Provinz	72	19	10								12	460	809	335
Kranke außerhalb der Provinz												1 527	4 003	8

	9/ 1943	10/ 1943	11/ 1943	12/ 1943	1/ 1944	2/ 1944	3/ 1944	4/ 1944	5/ 1944	6/ 1944	9/ 1944	10/ 1944	11/ 1944	12/ 1944
Sieche innerhalb der Provinz	292	201	33	32	19							960		
Kranke innerhalb der Provinz	105						244	321		89	800	1 364	500	
Geisteskranke außerhalb der Provinz	145	75	49	87	84	70			493				361	
Sieche außerhalb der Provinz	440	10	731	6									731	326
Kranke außerhalb der Provinz							321	424			1 027	664	500	400

[1] Aus Platzgründen wurden nur die Monate aufgenommen, in denen Transporte stattfanden. Berechnet nach den Transportaufstellungen in ALVR, 14295-II, 16968; NRWHStA, Regierung Düsseldorf/54494-I, 54489-I und II; Ankerstein, Heilen, S. 106–112. In der Aufstellung sind nur Sieche enthalten, die im Verantwortungsbereich der Medizinalverwaltung verlegt wurden. Vor allem aus Köln fehlen Transportmeldungen. Differenzen zu Tab. E.4 ergeben sich aus der unterschiedlichen Zurechenbarkeit einzelner Transporte.

Tab. E.4 Verlegungsräume evakuierter Kranker aus dem Regierungsbezirk Düsseldorf 1943–1944[1]

	Rhein-provinz	Mittel-deutsch-land	Süd-deutsch-land	Alpen- und Donaugaue	Sudeten-land/ Protektorat	Schlesien	General-gouvernement/ Warthegau[2]
Somatisch Kranke	1851	1747	3139	1323	326	900	
Sieche	1793		2376	334			
Psychiatrie-patienten	1447	3350	1012	418	367	119	2179

Tab. E.5 Verlegungen aus den Riehler Heimstätten 1942–1944[3]

	III/1942	IV/1942	I/1943	II/1943	III/1943	IV/1943	I/1944
Sieche innerhalb der Rheinprovinz	777	161	117	113	228	100	30
Kranke aus der Rheinprovinz				234	1355	6	

Tab. E.6 Belegungsbilanz der Heil- und Pflegeanstalt Düren 1942–1943[4]

	II/1942	III/1942	IV/1942	I/1943	II/1943	III/1943	IV/1943
Nach Düren verlegte Alterssieche		420	495	531	633	682	694
Abtransportierte Dürener Anstaltsinsassen	200	200	200	305	405	405	483

[1] Berechnet nach den Transportaufstellungen in ALVR, 14295-II, 16968; NRWHStA, Regierung Düsseldorf/54494-I, 54489-I und II; Ankerstein, Heilen, S. 106–112. Die Zahlen spiegeln nur das ungefähre Ausmaß der Transportströme wider, da nur Transportmeldungen aufgenommen wurden, bei denen sich Abfahrtsort, Abfahrtsdatum und die Art der Erkrankung bestimmen ließen.

[2] Einschließlich der in Pommern unmittelbar an der ehemaligen polnischen Grenze gelegenen Heil- und Pflegeanstalt Meseritz-Obrawalde, die typologisch zu den in den besetzten Ostgebieten eingerichteten Tötungsanstalten zu rechnen ist.

[3] Berechnet nach der Aufstellung über „Krankentransporte aus den Riehler Heimstätten" der Stadtverwaltung Köln [1944], StadtAK, Acc. 673/12.

[4] Berechnet nach der Aufstellung über „Krankentransporte aus den Riehler Heimstätten" der Stadtverwaltung Köln [1944], StadtAK, Acc. 673/12, und der Liste sämtlicher während des Krieges durchgeführter Krankentransporte der rheinischen Krankenanstalten, [1945], ALVR, 16968.

Tab. E.7 Verlegung von Psychiatriepatienten 1942–1944[1]

	6/42	7/42	8/42	10/42	11/42	1/43	2/43	3/43	4/43	5/43	6/43	7/43	8/43
Rheinprovinz	386		16			47	457	886	300	1347	242	2474	86
Hamburg	57	30	65	20	32	59	40	50	150	60	212	151	490
Provinz Westfalen											946	652	

	9/43	10/43	11/43	12/43	1/44	2/44	4/44	5/44	6/44	8/44	9/44	10/44	11/44
Rheinprovinz	145	75	49	87	84	70		493					361
Hamburg		50	50	21	50	50	40	50	50	2	100		12
Provinz Westfalen	319	624	304										

[1] Rheinprovinz: Transportaufstellungen in ALVR, 14295-II, 16968; NRWHStA, Regierung Düsseldorf/54494-I, 54489-I und II; Ankerstein, Heilen, S. 106–112; Hamburg: Böhme/Lohalm, Wege, S. 492 f.; Westfalen: Walter, Psychiatrie, S. 930–968.

Tab. E.8 Zielorte der 1943 aus Hamburg, der Rheinprovinz und der Provinz Westfalen verlegten Insassen der Heil- und Pflegeanstalten[1]

	Hamburg	Rheinprovinz	Provinz Westfalen
Kulparkow/Generalgouvernement		150	
unbekannte Anstalt im Generalgouvernement		100	
Tworki/Generalgouvernement		249	
Tiegenhof/Warthegau		350	100
Wartha/Warthegau			299
Meseritz-Obrawalde/Pommern	357	482	253
Ueckermünde/Pommern		176	
Plagnitz/Schlesien		119	
Lüben/Schlesien		100	76
Wiesengrund/Sudetenland		280	
Brandenburgische Anstalten		207	
Hamburger Umlandanstalten[2]	135		
Lüneburg/Hannover	20	38	
Bernburg/Anhalt			200
Uchtspringe/Provinz Sachsen	59	246	
Altscherbitz/Provinz Sachsen		730	
Pfafferode/Provinz Sachsen		297	88
Arnsdorf/Sachsen		75	
Großschweidnitz/Sachsen		125	
Leipzig-Dösen/Sachsen		30	
Thüringische Anstalten		39	
Erlangen/Bayern		99	110
Kaufbeuren/Bayern			120
Eglfing-Haar/Bayern			219
Günzburg/Bayern			53
Regensburg/Bayern		75	299
Ansbach/Bayern		246	
Klingenmünster/Bayern		100	
Österreichische Anstalten	72	358	
Hadamar/Hessen-Nassau	502		174
Weilmünster/Hessen-Nassau	155	80	470
Scheuern/Hessen-Nassau	99	160	112
Idstein/Hessen-Nassau		156	
Eichberg/Hessen-Nassau	78		223
Gießen/Hessen			50
Goddelau/Hessen		140	
gesamt:	1477	5207	2846

[1] Berechnet nach den Transportlisten des Provinzialverbands Rheinland, ALVR, 16968, Bl. 104–112; Walter, Psychiatrie, S. 930–968; Böhme/Lohalm, Wege, S. 259, 365, 381, 425.

[2] Rickling, Ilten, Königslutter.

Tab. E.9 Belegung der Heil- und Pflegeanstalt Großschweidnitz/Sachsen 1939–1945[1]

	Bestand am 1.1.	Zugänge	davon durch Verlegungen	Abgänge durch Verlegungen	Todesfälle (aus Verlegungstransporten)
1939[2]	912				140 (31)
1940	1053		1834	1356	603 (347)
1941	767	2296	1929	1317	557 (484)
1942	925	992	649	23	828 (679)
1943	876	2155	1780	600	1096 (912)
1944	1903	1804	601	84	975[3] (602)
1945	1452	1812	1319	1006	603

[1] Patientenstatistik der Heil- und Pflegeanstalt Großschweidnitz, ZSL, Slg. Verschiedenes, 232, Bl. 133–148, ergänzt durch Krumpolt, Auswirkungen, Tab.1, 6, 8, 13.
[2] Stand 1. 4. 1939.
[3] Bis 9/1944.

Tab. E.10 Patientenbewegung und Mortalität in der Heil- und Pflegeanstalt Hadamar 1942–1945[1]

	5/1942	6/1942	7/1942	8/1942	9/1942	10/1942	11/1942	12/1942
Aufnahmen	4	4		495	3	2	234	
Bestand am Monatsende	93	94	93	552	463	383	409	315
Todesfälle			1	35	91	75	206	93
in Prozent	*0,0*	*0,0*	*1,1*	*6,3*	*19,7*	*19,6*	*50,4*	*29,5*

	1/1943	2/1943	3/1943	4/1943	5/1943	6/1943	7/1943	8/1943	9/1943	10/1943	11/1943	12/1943
Aufnahmen	196	174	117	187	36	125	327	170	60	236	162	
Bestand am Monatsende	358	398	325	356	260	338	534	557	505	553	556	463
Todesfälle	150	12	187	156	127	47	126	143	106	176	149	88
in Prozent	*41,9*	*3,0*	*57,5*	*43,8*	*48,8*	*13,9*	*22,4*	*25,7*	*21,0*	*31,8*	*26,8*	*19,0*

	1/1944	2/1944	3/1944	4/1944	5/1944	6/1944	7/1944	8/1944	9/1944	10/1944	11/1944	12/1944
Aufnahmen	100	151	107	41	92	214	108	267	449	242	238	39
Bestand am Monatsende	494	505	468	425	367	433	462	554	723	732	715	578
Todesfälle	67	138	143	84	148	144	79	174	270	231	253	172
in Prozent	*13,6*	*27,3*	*30,6*	*19,8*	*40,3*	*33,3*	*17,1*	*31,4*	*37,3*	*31,6*	*35,4*	*29,8*

	1/1945	2/1945	3/1945
Aufnahmen	25	77	143
Bestand am Monatsende	437	366	383
Todesfälle	162	148	120
in Prozent	*37,1*	*40,4*	*31,3*

[1] Roer/Henkel, Psychiatrie, S. 369–372.

Tab. E.11 Belegung und Verwendung der sächsischen Heil- und Pflegeanstalten Ende 1941–1944[1]

Anstalt	Betten 8/1939	Ärzte 12/1938	Belegung 11/1941	Belegung 10/1943	Belegung 9/1944	Ärzte 11/1941	Ärzte 10/1943	Ärzte 9/1944	Pfleger 11/1941	Pfleger 10/1943	Pfleger 9/1944	Verwendung 11/1941	Verwendung 8/1943	Verwendung 9/1944
Arnsdorf	1647	11	695[2]	536	397		4	3		97	69	Reservelazarett 1400	Reservelazarett 1400	Reservelazarett 1400 Ausweichkrankenhaus 600 Siechenhaus 56 Kinderheim 160
Colditz	366	1										Kriegsgefangene 360	Kriegsgefangene 360	Kriegsgefangene 360
Großschweidnitz	942	6	1053	1353	1441	6	4	4	145	153	139	Hilfskrankenhaus 50	Hilfskrankenhaus 50	Hilfskrankenhaus 50 Sonstige 60
Hochschweitzen	1066	6	553	244	211	3	2	1	81	62	44	Reservelazarett 470	Reservelazarett 470	Ausweichkrankenhaus 846
Hubertusburg	1848	10	66			–	–		8			Unteroffiziersschule 762 Volksdeutsche Mittelstelle 400	Unteroffiziersschule 1500	Unteroffiziersschule 1500
Leipzig-Dösen	1600	12	598	695	226	3	3	1	104	100	35	Reservelazarett 208 Ausweichkrankenhaus 451 Jüdisches Krankenhaus 75 Volksdeutsche Mittelstelle 220	Ausweichkrankenhaus 337 Jüdisches Krankenhaus 26	Ausweichkrankenhaus 1418
Sonnenstein	965	6										Adolf-Hitler-Schule 80 Reichsverwaltungsschule 280 Volksdeutsche Mittelstelle 326 HJ 344	Adolf-Hitler-Schule, Reichsverwaltungsschule, Volksdeutsche Mittelstelle zus. 800 Betten	Adolf-Hitler-Schule, Reichsverwaltungsschule, Volksdeutsche Mittelstelle zus. 800 Betten
Untergöltzsch	900	7	772	407	411	5	4	4	91	70	62	Kriegsgefangene 30	Reservelazarett 272 Altenheim 200	Reservelazarett 800 Ausweichkrankenhaus 47 Alten- und Pflegeheim 80
Waldheim	290	3	333	313	272	2	1	1	70	37	36			
Zschadrass	1100	8	544	328	282	4	1	2	108	62	46	Reservelazarett 230 Volksdeutsche Mittelstelle 125 Tuberkulose-Krankenhaus 200	Tuberkulose-Krankenhaus	Tuberkulose-Krankenhaus 600 Volksdeutsche Mittelstelle 159
ges.	10724	69	4614	3876	3240	23	19	16	607	581	431			

1 1938: Thom, Kriegsopfer, S. 202; 1941: Übersicht über die Verwendung der Heil- und Pflegeanstalten in Sachsen, SächsHStA, MdI/16849, Bl. 12, 14, 16, 18, 19, 20, 22; Entwurf eines Schreibens des Sächsischen MdI, Abteilung Volkspflege an Dr. Ullrich, 7. 1. 1942, ebenda, Bl. 29; 1943: Aktenvermerk des Sächsischen MdI, Abteilung Volkspflege, Übersicht über die am 15. 10. 1943 in den sächsischen Landesanstalten vorhandenen Geisteskranken und der sie betreuenden Ärzte und Pflegepersonen, 2. 11. 1943, ebenda, Bl. 100; 1944: Vortragsnotiz der Abteilung Volkspflege, 30. 9. 1944, ebenda, Bl. 115.

2 2/1942.

Biographischer Anhang[1]

Annecke, *1902, Pharmaziestudium, Assistent an der Technischen Hochschule Braunschweig, Referent im Reichsgesundheitsamt, 1939 als ORR Übertritt ins RMdI, Referent für Arzneimittelfragen, 1943 MR; Freikorps-Mitglied, NSDAP-Mitglied seit 1931, Sachbearbeiter für Apothekenfragen beim NSDÄB Süd-Hannover/Braunschweig.

Appaly, Norbert, Dr., *16. 9. 1893, Approbation 1919, Allgemeinpraktiker; NSDAP-Mitglied seit 5/1930, Leiter der Ärztekammer Danzig-Westpreußen, Gauobmann des NSDÄB und Leiter der NSV-Abteilung Volksgesundheit.

Bach, Ernst, Prof. Dr., *20. 9. 1899, †26. 9. 1944, Militärdienst (Lt.), Approbation 1925, 1930 Facharzt für Frauenheilkunde, 1931 Oberarzt an der Universitätsfrauenklinik München, 1933 Leiter der Ärztekammer München-Oberbayern, 1938 a.o. Prof. für Frauenheilkunde, Fachreferent für medizinische Hochschulangelegenheiten im Reichserziehungsministerium, 1940 Prof. an der Universität Marburg; 1919–1923 Angehöriger mehrerer Freikorps, NSDAP-Mitglied seit 12/1931, 1933 NSDÄB-Gauobmann, 1935 Leiter des Gauamtes für Volksgesundheit München, 1938 wegen Untätigkeit abberufen, Beitritt zur SA 1933 (1939 SanOF).

Bahmann, Oskar, *14. 5. 1881, Jurastudium, 1913 Staatsanwalt, 1914–1918 in der Militärjustiz und Militärverwaltung tätig, 1920 RR, 1923 Übertritt ins RMdI, 1938 als MR Haushaltsreferent der Gesundheitsabteilung, 1942 MDi, 1945 als MD Generalreferent des Staatssekretariats für das Gesundheitswesen und stellvertretender Leiter der Abteilung A (Gesundheitssicherung); NSDAP-Mitglied seit 4/1933.

Bahmes, Ernst, Prof. Dr., *10. 6. 1880, †15. 2. 1944, MR im RMdI, Referent für Ernährungsangelegenheiten.

Bartels, Friedrich, Dr., *21. 7. 1892, 1914–1918 Militärdienst (Lt.), Approbation 1921, 1922 Allgemeinpraktiker, 1923 Kreiskommunalarzt des Kreises Lennep, 1927 Leiter des städtischen Gesundheitsamtes Eisenach, 1933 ORR im RMdI, 1933 MR, 1938 Gründungsvorsitzender des Reichstuberkuloseausschusses, 1940 zur Wehrmacht einberufen; 1920–1924 Mitglied in verschiedenen Freikorps und völkischen Verbänden, Mitgründer des Hochschulringes deutscher Art, 1925–1930 DNVP-Mitglied, seit 7/1931 NSDAP-Mitglied, Ortsgruppenleiter und Stadtratsmitglied in Eisenach, 1934 Amtsleiter im Stab des Stellvertreters des Führers und stellvertretender Reichsärzteführer, Amtsleiter im HAVG und DAF-Amt Gesundheit und Volksschutz, 1939 von Conti entlassen, SA-Mitglied (1938 BriF).

Bartels, Walter, Dr., *27. 9. 1894, 1913–1918 Militärdienst (FeldhilfsA), Kriegsgefangenschaft, Studium an der Kaiser-Wilhelm-Akademie in Berlin, Approbation 1920, 1937 als OMedR Amtsarzt des Gesundheitsamtes Braunschweig und medizinischer Sachbearbeiter der Braunschweigischen Landesregierung.

Bauer, Michael, Prof. Dr. phil. et med., *27. 6. 1886, 1910 Promotion zum Dr. phil., danach Medizinstudium, Approbation 1914, 1914–1919 Militärdienst, 1919–1920 als RuMR im Versorgungswesen der Reichswehr tätig, 1920 als ärztlicher Referent für die Heilbehandlung der Kriegsbeschädigten in das Reichsarbeitsministerium einberufen, später Über-

---

[1] Die Biographien verzeichnen zuerst persönliche Lebensdaten zum Bildungsgang und zur Berufskarriere, dann Stationen der politischen Entwicklung, Ämter und Ränge in der NSDAP und ihren Gliederungen sowie Tätigkeiten, die unmittelbar damit in Verbindung standen. Jahreszahlen in Klammern geben das Jahr an, in dem eine Person erstmals in einer Funktion nachweisbar ist. Bei militärischen Rängen und Positionen in SA und SS ist jeweils der höchste erreichte Dienstgrad angegeben.

nahme des Referats Arbeitsmedizin, MR, 1936 Privatdozent für Arbeitsmedizin an der Universität Berlin, dort 1941 a.o. Prof.; Beitritt zur NSDAP 1938.

Baumgartner, Hans, Dr., *4. 10. 1900, Militärdienst (FeldunterA), Approbation 1926, 1929 Allgemeinpraktiker, 1933 Gemeindearzt, 1938 Leiter der Kassenärztlichen Vereinigung, der Ärztekammer Oberdonau und leitender Medizinalbeamter beim Reichsstatthalter, 1942 Militärdienst; NSDAP-Mitglied seit 5/1933, 1932–1935 Bezirksobmann des NSDÄB, 1938 Leiter des Gauamtes für Volksgesundheit.

Behrens, Carl Heinz, Dr., *23. 9. 1889, †8/1940, Militärdienst, Leiter der Ärztekammer Hessen-Nassau, 1939 Reserveoffizier; NSDAP-Mitglied seit 1925, NSDÄB-Mitglied, Leiter des Gauamtes für Volksgesundheit (1936), der DAF-Abteilung Gesundheit und der NSV-Abteilung Volksgesundheit Hessen-Nassau (1937), Beitritt zur SA vor 1933 (StaF).

Bernhard, Wilhelm, Dr. med. habil., *12. 6. 1894, 1914–1920 Militärdienst und Kriegsgefangenschaft (Lt.), Approbation 1922, 1922 Allgemeinpraktiker in Oberhausen, seit 1925 in Duisburg-Hamborn, 1938 Facharzt für Frauenheilkunde, Chefarzt der gynäkologischen Abteilung des evangelischen Krankenhauses Duisburg-Hamborn, 1939 Militärdienst als Chefarzt eines Reservelazaretts, 1942 Habilitation in Jena, 1943 dort Dozent, 1944 Beauftragter für ärztliche Planwirtschaft des Reichsgesundheitsführers; Mitglied des Stahlhelm, NSDAP-Mitglied seit 4/1932, Mitglied des NSDÄB, SA-Mitglied (1944 StaF).

Beyreis, Otto, Dr., *21. 5. 1888, Approbation 1912, 1919–1922 Stadtassistenzarzt, danach Kreisarzt und 1935 Amtsarzt in Mülheim/Ruhr, 1936 in das RMdI abgeordnet, 1938 ORR, 1943 Amtsarzt in Koblenz; NSDAP-Mitglied seit 5/1937.

Bieber, Walter, Prof. Dr., *23. 6. 1890, Studium an der Kaiser-Wilhelm-Akademie, Approbation 1916, 1914–1918 Militärdienst, 1919–1923 Oberarzt am Institut für Hygiene und experimentelle Therapie der Universität Marburg, 1924 Kreisarzt in Nienburg, 1933 Medizinaldezernent der Regierung Potsdam, 1934 ins RMdI abgeordnet, dort 1935–1944 Leiter des Seuchenreferats, 1935 ORR, 1937 MR, 1942 Prof. an der Staatsmedizinischen Akademie Berlin, 1944 Leiter der Unterabteilung Hygiene und Seuchenbekämpfung; Mitglied des Alldeutschen Verbands, 1919–1933 DNVP-Mitglied, NSDAP-Mitglied seit 5/1933.

Blome, Kurt, Prof. Dr., *31. 1. 1895, 1914–1918 Militärdienst (Lt.), Approbation 1921, Facharzt für Haut- und Blasenleiden, 1933/1934 medizinischer Sachbearbeiter der mecklenburgischen Landesregierung; Mitglied der Organisation Escherich, der Brigade Ehardt und der Organisation Consul, Mitgründer der DVFP in Mecklenburg, nach Teilnahme am Kapp-Putsch 1923 vorbestraft wegen unerlaubten Waffenbesitzes, NSDAP-Mitglied seit 7/1931, 1932 Gauobmann des NSDÄB, stellvertretender NSDÄB-Vorsitzender, 1934–1937 Leiter des Gauamtes für Volksgesundheit Mecklenburg-Lübeck, 1936 Amtsleiter für die ärztliche Fortbildung im HAVG, Honorarprof. an der Universität Berlin (1942), MdR (1944), Beitritt zur SA 1931 (1941 GruF).

Blumenstein, Fritz, *28. 6. 1898, 1917–1919 Militärdienst, Dentist, 1939 Reichsdentistenführer, 1940 Leiter der Kassendentistischen Vereinigung Deutschlands; Angehöriger völkischer Wehrverbände, 1922 Mitgründer der Mitteldeutschen Arbeiterpartei, nach dem NSDAP-Verbot Mitglied der DVFP, 9/1929 NSDAP-Mitglied, Mitarbeiter des HAVG, Beitritt zur SA 1930 (StaF).

Bockhacker, Werner, Dr., *11. 11. 1893, Militärdienst, Approbation 1919, 1920 Allgemeinpraktiker; NSDAP-Mitglied seit 9/1932, Mitglied des NSDÄB, Leiter der DAF-Abteilung Gesundheit im Gau Berlin, 1939 Leiter des Zentralamtes im HAVG und Amtsleiter im neugegründeten DAF-Amt Gesundheit und Volksschutz.

Bode, Theodor, Oberstleutnant, *1899, Mitarbeiter des Wehrwirtschafts- und Rüstungsamtes, 1945 Leiter des Referats Noli in der Dienststelle des Reichskommissars für das Sanitäts- und Gesundheitswesen.

Boehm, Hermann, Prof. Dr., *27. 10. 1884, Approbation 1910, 1915–1919 Militärdienst als Lazarettarzt, Facharzt für Pathologie, 1937 Vorstand des erbbiologischen Forschungsinstituts der deutschen Ärzteschaft in Alt-Rhese, Beauftragter des Reichsärzteführers für die rassenhygienische Schulung, Honorarprof. für Rassenpflege an der Universität Leipzig,

Direktor des pathologischen Instituts des Rudolf-Heß-Krankenhauses, Prof. für Erb- und Rassenpflege an der Universität Rostock; NSDAP-Mitglied seit 3/1925, 1931–1933 Referent für Rassenhygiene im NSDÄB, 1932 Mitarbeiter der Abteilung Volksgesundheit bei der Reichsleitung der NSDAP, Mitglied des Sachverständigenbeirats für Volksgesundheit, 1935 Sachbearbeiter für Rassefragen im HAVG, 1931 Beitritt zur SA (1942 SanGruF).

Brandt, Karl, Prof. Dr., * 8. 1. 1904, † 2. 6. 1948, Approbation 1929, Assistenzarzt in Bochum und Berlin, 1932 Facharzt für Chirurgie, Oberarzt der Universitätsklinik Berlin/Ziegelstraße, seit Herbst 1939 an der Planung der Kinder- und Erwachseneneuthanasie beteiligt, 1942 Bevollmächtigter und Generalkommissar für das Sanitäts- und Gesundheitswesen, 1944 Reichskommissar; NSDAP-Mitglied seit 3/1932, Mitglied des NSDÄB, Beitritt zur SA 1933, 1934 Übernahme in die SS (1944 GruF und Generalleutnant der Waffen-SS).

Brauneck, Hermann, Dr., * 19. 12. 1894, † 9/1942, 1913–1918 Militärdienst (OLt.), Approbation 1922, 1920–1930 Assistenzarzt in Bremen, 1930–1933 niedergelassener Facharzt für Chirurgie, 1933 Staatskommissar für das Gesundheitswesen in Bremen, 1933–1935 Präsident der Bremer Landesgesundheitsbehörde, 1936–1937 MR im RMdI (von dort zur SA abgestellt), stellvertretender Vorsitzender des Reichsausschusses zum Schutze des deutschen Blutes, Mitglied des Beirats der RÄK, 1939–1940 und 1942 Wehrdienst; NSDAP-Mitglied seit 3/1930, 1934 Gauobmann des NSDÄB, 1935–1936 Leiter des Gauamtes für Volksgesundheit, Mitglied der Reichsleitung des Rassenpolitischen Amtes, 1936 Hauptstellenleiter im HAVG, Beitritt zur SA 1931, 1937 Chef des Gesundheitshauptamtes der SA, 1942 Inspekteur des SA-Sanitätswesens.

Breßler, Wilhelm, Dr., * 22. 6. 1891, 1915–1918 Militärdienst (AssistenzA), Approbation 1917, 1921 Allgemeinpraktiker in Waren, 1938 in Rostock, 1935–1939 Leiter der Ärztekammer Mecklenburg, 1939–1940 Militärdienst, 1941–1945 Geschäftsführer der Ärztekammer Bayern; 1919 Arzt der Gardekavallerie-Schützendivision, NSDAP-Mitglied seit 4/1932, Mitglied des NSDÄB seit 1932, 1935–1939 Stellvertreter Blomes als Gauamtsleiter des Amtes für Volksgesundheit Mecklenburg, 1939 Gauamtsleiter, 1937 Leiter der DAF-Abteilung Gesundheit, Beitritt zur SA 1932 (1936 SanOStubF).

Brünig, Helmuth, Dr., * 4. 8. 1897, 1916–1918 Militärdienst (Lt.), Approbation 1928, seitdem Allgemeinpraktiker, Leiter der Ärztekammer Schlesien, 1943 leitender Medizinalbeamter beim Oberpräsidium der Provinz Niederschlesien; nach 1918 in verschiedenen völkischen Organisationen tätig, u. a. im Wiking-Bund, NSDAP-Mitglied seit 5/1933, 1935 Leiter des Gauamtes für Volksgesundheit Schlesien, 1937 Leiter des Gauamtes für Rassenpolitik, nach der Teilung des Gaues 1943 Leiter des Gauamtes für Volksgesundheit und der Ärztekammer Niederschlesien.

Bruns, Erich, Dr., * 21. 3. 1889, Approbation 1914, 1914–1921 Militärdienst (StabsA), 1921 Allgemeinpraktiker und Sportarzt in Hannover, 1933 Staatskommissar für das Gesundheitswesen in Braunschweig, 1934 Leiter der KVD-Landesstelle, 1935 Leiter der Ärztekammer Niedersachsen; 1919 Mitglied im Deutsch-Völkischen Schutz- und Trutzbund und im Alldeutschen Verband, 1923 Beitritt zur NSFB, später Mitglied der DNVP, 5/1925 NSDAP-Mitglied, 1930 Gauobmann des NSDÄB, 1933 MdL in Braunschweig, 1934 Leiter des Gauamtes für Volksgesundheit Südhannover-Braunschweig und der NSV-Abteilung Volksgesundheit, 1936 als Sachbearbeiter für Genußgifte in das HAVG berufen, 1942 Gaugesundheitsführer, 1944 amtsenthoben, Beitritt zur SA 1931 (1938 SanGruF).

Christensen, Heinz, * 1911, StabsA an der Militärärztlichen Akademie, 1944 Mitarbeiter im Referat Wissenschaft und Forschung der Dienststelle des Generalkommissars für das Sanitäts- und Gesundheitswesen.

Christiansen, Werner, Dr. med. et phil., * 13. 8. 1900, 1918 Militärdienst, Studium der Mathematik, Chemie und Biologie, 1924 Dr. phil., 1924 Mitarbeiter am Bakteriologischen Institut der Preußischen Versuchs- und Forschungsanstalt für Milchwirtschaft, 1931 Mitarbeiter der Landesstelle für öffentliche Gesundheitspflege in Dresden, Medizinstudium, Approbation 1932, 1937 wissenschaftlicher Mitarbeiter des Robert-Koch-Instituts, 1939 Direktor des Medizinaluntersuchungsamtes Hannover, 1940 als ORR in das Seuchenreferat des RMdI eingetreten; NSDAP-Mitglied seit 5/1937.

Conti, Leonardo, Dr., *24. 8. 1900 in Lugano/Schweiz, †6. 10. 1945, 1918 Militärdienst, 1925 Approbation, seitdem Allgemeinpraktiker in Berlin, Absolvent der sozialhygienischen Akademie Berlin Charlottenburg, danach kommunaler Säuglings- und Kinderfürsorgearzt, 1931 Mitglied der Ärztekammer Berlin, 1932 Mitglied des Preußischen Landesgesundheitsrates, 1933 als Kommissar z.b.V. ins PrMdI berufen, 1933 MR, 1934 preußischer Staatsrat, 1936 Leiter des Berliner Hauptgesundheitsamtes als Stadtmedizinalrat und Beigeordneter, 1939 als Staatssekretär Leiter der Gesundheitsabteilung im RMdI; seit 1918 in völkischen Verbänden aktiv, bis 1922 DNVP-Mitglied, 1923–1926 Ortsgruppenleiter der DVFP, NSDAP-Mitglied seit 12/1927, Gründer und Gauobmann des Berliner NSDÄB, 1932 stellvertretender NSDÄB-Vorsitzender, 1932 MdL in Preußen, 1936 Leiter des Gauamtes für Volksgesundheit Berlin, Leiter der DAF-Abteilung Gesundheit, 1939 Leiter des Hauptamtes für Volksgesundheit der NSDAP, 1941 MdR, SA-Beitritt 1923, 1927–1930 SA-Arzt in Berlin, SS-Beitritt 1930 (1944 OGruF).

Cropp, Fritz, Dr., *25. 10. 1887, Approbation 1912, 1914–1918 Militärdienst (AssistenzA), Allgemeinpraktiker, 1920–1933 Stadtarzt in Delmenhorst, 1933 Landesmedizinalrat in Oldenburg, 1934 Übertritt ins RMdI, 1934 ORR, 1935 MR, 1939 bei der Neuordnung der Gesundheitsabteilung zum MD und Abteilungsleiter ernannt, 1944 nach Differenzen mit Conti ausgeschieden; 1923–1932 Mitglied des Alldeutschen Verbandes, 1919–1923 Mitglied der DNVP, NSDAP-Mitglied seit 6/1931, 1932–1933 MdL in Oldenburg, 1933–1934 Leiter des Sachverständigenbeirates für Volksgesundheit, Mitglied des NSDÄB, Beitritt zur SA 1931 (1932 SanStaF).

Czermak, Hans, Dr., *21. 4. 1892, Approbation 1916, 1914–1918 Militärdienst (AssistenzA), 1918 Assistenzarzt am anatomischen Institut der Universität Graz, bis 1925 Assistenzarzt an der chirurgischen Universitätsklinik Innsbruck, 1925–1938 niedergelassener HNO-Facharzt, 1938 kommissarischer Landessanitätsdirektor, 1940 Leiter der Abteilung Volkspflege beim Reichsstatthalter in Tirol-Vorarlberg, 1938 ORuMR, 1940 RD; NSDAP-Mitglied seit 3/1933, 1938 Leiter des Gauamtes für Volksgesundheit, Mitglied des NSDÄB seit 1940, SA-Mitglied, Arzt der illegalen SS (1937 SanStaF).

Daum, Reinhold, Dr., *13. 10. 1892, 1914–1918 Militärdienst (FeldunterA), Approbation 1920, nach 1933 Leiter der KVD-Landesstelle Rheinpfalz; NSDAP-Mitglied seit 7/1926, 1929–1932 Kreisleiter in Oppenheim, 1932 Gauobmann des NSDÄB, 1941 Leiter des Gauamtes für Volksgesundheit Koblenz/Trier, SS-Beitritt 1933 (1939 OStubF).

Deuschl, Hans, Dr., *21. 6. 1891, 1914–1915 und 1939–1940 Militärdienst, Approbation 1920, 1919–1923 Arzt an der Heil- und Pflegeanstalt Regensburg, 1925–1928 Allgemeinpraktiker, 1928–1931 Assistenzarzt am Münchener Klinikum Rechts der Isar, 1931 Facharzt für Röntgenologie, Mitglied im Beirat der RÄK (1939), Leiter der Führerschule der Deutschen Ärzteschaft in Alt-Rhese, Bürgermeister von Starnberg; Mitglied des Freikorps Chiemgau, 1914–1928 Ortsgruppenleiter des Völkischen Blocks, NSDAP-Mitglied seit 9/1929, 1931 NSDÄB-Geschäftsführer, stellvertretender NSDÄB-Vorsitzender, 1935 Amtsleiter im HAVG, von Conti als stellvertretender NSDÄB-Vorsitzender abgesetzt, SS-Beitritt 1931 (1937 OF).

Dingeldey, Richard, Dr., *19. 5. 1893, Militärdienst (FeldhilfsA), Approbation 1920, 1922–1936 wissenschaftlicher Mitarbeiter in der chemischen Industrie, seitdem Referent für Jungärzte in der RÄK, als Leiter der Führerschule der Deutschen Ärzteschaft auf eigenen Wunsch abgelöst; nach 1918 in verschiedenen völkischen Wehrverbänden aktiv, 1919–1920 Mitglied der DNVP, seit 1922 NSDAP-Mitglied, 1937 Referent für Jungärzte im HAVG und in der RÄK, leitet seit 1942 das neuerrichtete Archiv der NS-Gesundheitsführung im HAVG, Gründungsmitglied des NSDÄB, Beitritt zur SA 1932 (1941 SanO-StubF).

Domsick, Heinz, Prof. Dr., StabsA, *1901, Mitarbeiter im Referat Wifo in der Dienststelle des Generalkommissars für das Sanitäts- und Gesundheitswesen.

Dyckerhoff, Helmuth, Dr., *31. 8. 1890, Approbation 1914, 1914–1917 Militärdienst, (OberA), 1922 Allgemeinpraktiker, 1939 Wehrdienst; 1930 Mitglied des Stahlhelm, NSDAP-Mitglied seit 4/1931, 1935 Leiter des Gauamtes für Volksgesundheit Weser-Ems

und der DAF-Abteilung Gesundheit (1937–1939), Mitglied des NSDÄB, SA-Beitritt 1931 (1933 SanStaF).

Dyk, Anton, Dr., *2. 10. 1904, Allgemeinpraktiker; in Österreich wegen nationalsozialistischer Betätigung in Haft, Verlust der Kassenpraxis, 1936 Flucht nach Deutschland, 1937 Niederlassung in Schwäbisch-Gmünd, 1939 Niederlassung in Krems, NSDAP-Mitglied seit 3/1931, Leiter des Gauamtes für Volksgesundheit Wien (1942), SA-Mitglied.

Ebner, Gregor, Dr., *24. 6. 1892, 1914–1918 Militärdienst (FeldhilfsA), Approbation 1920, 1920–1937 Allgemeinpraktiker in Kirchseeon; 1919 Mitglied des Freikorps Epp, NSDAP-Mitglied seit 11/1930, Mitglied des NSDÄB seit 1934, Vorsitzender des Disziplinarhofs des NSDÄB, Mitarbeiter des HAVG, SS-Beitritt 1931 (1939 OF), 1936 ärztlicher Leiter des Gesundheitswesens in der Organisation „Lebensborn".

Eckhardt, Walter, Dr., *15. 2. 1886, Approbation 1914, Allgemeinpraktiker (1920), 1944 Leiter des Gauamtes für Volksgesundheit Wien und der Abteilung Volkspflege beim Reichsstatthalter.

Ehlich, Hans Rudolf, Dr., *1. 7. 1901, Approbation 1927, Allgemeinpraktiker, 1935 Mitarbeiter im SächsMdI, 1936 RuMR, 1937–1945 zum SD beurlaubt, dort Leiter der Abteilung Volkstum und Volksgesundheit, 1943 MR; 1923 Angehöriger der Reichsflagge, später Mitglied des Stahlhelms, NSDAP-Mitglied seit 12/1931, SS-Beitritt 1932 (1941 StaF).

Eimer, Karl, Prof. Dr., *11. 7. 1893, 1914–1918 Militärdienst (OberA), Approbation 1921, Facharzt für Innere Medizin, Allgemeinpraktiker, Chefarzt der Inneren Abteilung im städtischen Krankenhaus Stettin, seit 1935 bzw. 1936 Leiter der KVD-Landesstelle, der Ärztekammer und des Gauamtes für Volksgesundheit Pommern; Mitglied in völkischen Wehrverbänden, NSDAP-Mitglied seit 6/1932, Mitglied des NSDÄB, Beitritt zur SA 1933 (1937 SanHStuF).

Eisenmenger, Richard, Dr., *4. 11. 1899, Militärdienst (UnterA), Approbation 1925, Allgemeinpraktiker, Gemeindearzt, Leiter der Ärztlichen Bezirksvereinigung Niederdonau und leitender Medizinalbeamter beim Reichsstatthalter Niederdonau (1939), 1941 RMD, Militärdienst; NSDAP-Mitglied seit 8/1932, 1938 Gauobmann des NSDÄB und Leiter des Gauamtes für Volksgesundheit, SA-Mitglied.

Ende, Gottfried, Dr., *3. 7. 1891, Approbation 1919, bis 1920 Militärdienst (FeldhilfsA), seitdem Allgemeinpraktiker in Kirchbrombach/Odenwald, 1934 Leiter der KVD-Landesstelle Hessen, 1936 Leiter der KVD Ostpreußen, 1936 Leiter der KVD und der Ärztekammer Pommern; NSDAP-Mitglied seit 6/1930, 1931–1934 Gauobmann des NSDÄB Hessen, Leiter der NSV-Abteilung Volksgesundheit Ostpreußen, 1936–1939 und seit 1941 Leiter des Gauamtes für Volksgesundheit und des Gauamtes für Rassenpolitik in Pommern, 1937–1941 Gauamtsleiter der DAF-Abteilung Gesundheit, Beitritt zur SA 1932 (1937 SanBriF).

Engel, Bruno Walter, Dr., *4. 3. 1893, 1915–1918 Militärdienst (FeldhilfsA), Approbation 1919, bis 1924 Allgemeinpraktiker, 1925 Kreisarzt des Kreises Reichenbach, 1935–1937 Amtsarzt in Trier, 1937 an die Regierung Trier abgeordnet, dort 1938 Medizinaldezernent, 1939 als MR im RMdI zuständig für die Krankenhausfragen, Luftschutzangelegenheiten und die Körperbehindertenfürsorge, 1942 leitender Medizinalbeamter beim Oberpräsidium der Provinz Brandenburg; 1929 DVP-Mitglied, NSDAP-Mitglied seit 4/1933, Mitglied des NSDÄB, SS-Beitritt 1934 (1943 OStuF), SA-Mitglied.

Engel, Hans, Dr. jur., *17. 11. 1887, Militärdienst (OLt.), Jurastudium, Staatsprüfung 1914, 1920 RR im RAM, 1924 ORR, 1929 MR, 1933 als MD Leiter der Sozialversicherungsabteilung; Mitglied des Stahlhelm, NSDAP-Mitglied seit 4/1936.

Engels, Eugen, Dr., *12. 12. 1876, Approbation 1900, 1901 Assistenzarzt am Hygiene-Institut Marburg, 1903 Assistenzarzt am Hygiene-Institut Posen, 1904 Leiter des bakteriologischen Laboratoriums der Regierung Stralsund, 1905 Kreisarzt in Gummersbach, anschließend in Saarbrücken, 1915 Kreis- und Stadtarzt in Buer, 1920 als ORuMR Medizinaldezernent der Regierung Münster, 1933 Zwangsversetzung und Herabstufung zum RuMR an der Regierung Osnabrück, 1934 zwangsweise in den Ruhestand versetzt.

Ernst, Heinrich, Dr., * 28. 8. 1895, 1915–1918 Militärdienst, Approbation 1920, 1920 Assistenzarzt, 1925 Forschungsauftrag an der Deutschen Forschungsanstalt für Psychiatrie, 1926 Stadtschul- und Fürsorgearzt in Frankfurt/Oder, 1928 Kreisarzt in Bartenstein, 1933 an das Polizeipräsidium Berlin versetzt, 1934 RuMR, 1935 Übertritt ins RMdI, 1936 ORR, 1938 MR, bearbeitet die Angelegenheiten der Gesundheitsämter und der Sozialversicherung; NSDAP-Mitglied seit 5/1937, Mitglied des NSDÄB seit 1938.

Ertel, Hermann, Dr., * 22. 6. 1905, Chemiestudium, 1935 RR, 1941 MR im RMdI, zuständig für Ernährungsfragen, 1943 Militärdienst; 1923–1934 Jungdeutscher Orden, NSDAP-Mitglied seit 12/1931, SS-Beitritt 1933 (1944 OStuF).

Ertl, Adolf, Dr., * 24. 4. 1880, Approbation 1905, 1914–1918 Militärdienst (AssistenzA), Allgemeinpraktiker; NSDAP-Mitglied seit 12/1930, Mitglied des NSDÄB seit 1930, 1931 Gauobmann des NSDÄB Weser-Ems, 1934 Leiter des Gauamtes für Volksgesundheit, 1935 Entlassung, Ermittlungsverfahren wegen des Verdachts auf Verstoß gegen das Abtreibungsverbot, SS-Beitritt 1933 (1936 HStuF), 1938 Ausschluß aus der SS.

Ewig, Wilhelm, Prof. Dr., * 24. 8. 1893, Approbation 1920, 1930 Facharzt für Innere Medizin, Chefarzt des städtischen Krankenhauses Ludwigshafen; NSDAP-Mitglied, Mitglied des NSDÄB, 1942 Leiter des Gauamtes für Volksgesundheit und Gaugesundheitsführer Westmark.

Fabian, Georg, * 12. 8. 1894, Approbation 1920, Arzt im Reichsgesundheitsamt Berlin, 1936 ins RMdI versetzt, ORR, 1939 Militärdienst.

Feitenhansl, Karl, Dr., * 30. 7. 1891, 1914–1918 Militärdienst, Approbation 1919, Allgemeinpraktiker in Teplitz-Schönau und Rumberg, 1929–1934 Chefarzt der Ortskrankenkasse, 1938 leitender Medizinalbeamter, MD, Leiter des Gauamtes für Volksgesundheit, des Gauamtes für Rassenpolitik und der DAF-Abteilung Gesundheit Sudetenland; NSDAP-Mitglied seit 11/1938, 1937 mehrmonatige U-Haft wegen nationalsozialistischer Betätigung, Mitglied des NSDÄB, MdR, SS-Beitritt 1939 (1942 OStubF).

Fenner, Franz, Dr., * 5. 9. 1880, 1914–1918 Militärdienst, Approbation 1907, 1910 Facharzt für Chirurgie und Oberarzt in Dortmund, Chefarzt in Münster; NSDAP-Mitglied seit 12/1931, 1931–1941 Kreisobmann des NSDÄB und Leiter des Kreisamtes für Volksgesundheit Münster-Warendorf, 1941 Gauobmann des NSDÄB und Leiter des Gauamtes für Volksgesundheit Westfalen-Nord, 1942 Gaugesundheitsführer, 1943 Leiter der Ärztekammer Westfalen-Lippe.

Fernholz, Alfred, Dr., * 7. 11. 1904, Approbation 1930, 1930 Hilfsarzt an der Heil- und Pflegeanstalt Zschadrass, 1933 Facharzt für Psychiatrie, 1934 Amtsarzt in Großenhain, 1937 Leiter der Abteilung Volksgesundheit im SächsMdI, 1938 OMedR, 1939 RMD, Beisitzer am Erbgesundheitsobergericht Dresden; NSDAP-Mitglied seit 8/1931, Leiter des Kreisamtes für Volksgesundheit Großenhain, Mitarbeiter des Gauamtes für Rassenpolitik, 1939 HJ-Gebietsarzt, 1942 Leiter des Gauamtes für Volksgesundheit Sachsen, Mitglied des NSDÄB, SS-Beitritt 1931 (1943 OStubF).

Fikentscher, Alfred, Prof. Dr., * 1888, 1914–1918 Militärdienst als aktiver Sanitätsoffizier, 1939 Admiraloberarzt, Chef des Marinesanitätswesens, 1943 Leiter des Amtes Planung und Wirtschaft in der Dienststelle des Generalkommissars für das Sanitäts- und Gesundheitswesen.

Fink, Max, Dr., * 6. 7. 1900, Chefarzt des städtischen Krankenhauses Finsterwalde; 1936 Leiter des Gauamtes für Volksgesundheit Kurmark und Leiter der DAF-Abteilung Gesundheit, 1937 auf eigenen Antrag ausgeschieden.

Fischer, Hermann, Prof. Dr., * 25. 3. 1890, 1934 Prof. für Chirurgie an der Universität Erlangen; NSDAP-Mitglied seit 5/1937, NSDÄB-Gauamtsleiter Mittelfranken (1935).

Focke, Fritz, Dr., * 20. 5. 1900 als Sohn eines Arztes, 1918–1919 Militärdienst, Approbation 1925, 1925–1929 Assistenzarzt an den Pathologischen Instituten der Universitäten Freiburg und Basel, 1929–1935 Assistent am Anatomischen Institut der Universität Rostock, Facharzt für Chirurgie und Röntgenologie, 1935 Leiter der Ärztekammer Mecklenburg, 1939–1940 Militärdienst; NSDAP-Mitglied seit 12/1931, 1935 Leiter des Fachamtes Gesundheit der DAF, 1940 Gauobmann des NSDÄB und Leiter des Gauamtes für Volksgesundheit Mecklenburg, SA-Beitritt 1931 (StubF).

Franke, Wilhelm, * 9. 8. 1886, † 15. 1. 1945, 1904 Postgehilfe, 1917 Postsekretär, 1922 Wechsel ins RMdI, 1927 Regierungsinspektor, 1934 Ministerialamtmann, 1942 als RR im RMdI Hilfsreferent im Referat Lindens, bearbeitet Angelegenheiten der fördernden Bevölkerungspolitik, Zigeunerfragen und „Einzelmaßnahmen auf dem Gebiete des Irrenwesens"; NSDAP-Mitglied seit 5/1933, NSDÄB-Vertrauensmann für die Gesundheitsabteilung des RMdI.

Frercks, Rudolf, Dr., * 31. 3. 1908, 1935 Hauptstellenleiter im Rassenpolitischen Amt, Verbindungsmann des HAVG zum SD; NSDAP-Mitglied, SS-Mitglied (1938 UStuF).

Frey, Gottfried, Dr., * 27. 7. 1871, Approbation 1894, 1901 Kreisassistenzarzt in Beuthen und Oppeln, 1906 Kreisarzt in Lublinitz, 1912 in Tarnowitz, 1914–1918 Leiter der Medizinalabteilung beim Chef der deutschen Zivilverwaltung in Polen, 1918–1920 Medizinaldezernent der Regierung Frankfurt/Oder, 1920–1933 Direktor der medizinischen Abteilung im Reichsgesundheitsamt, 1933 MD und Leiter der Medizinalabteilung im PrMdI, Präsident des Preußischen Landesgesundheitsrates; NSDAP-Mitglied seit 12/1931.

Friedel, Horst, Dr., * 10. 12. 1903, Approbation 1927, 1929–1932 Assistenzarzt in Rabenstein/Saar und Berlin, 1933 MedR am Medizinaluntersuchungsamt Saarbrücken, 1936–1938 Amtsarzt Saarbrücken-Land, 1938 Amtsarzt Saarbrücken-Stadt, 1942 Leiter der Ärztekammer und der KVD-Landesstelle Westmark; NSDAP-Mitglied seit 2/1932, Leiter des Gauamtes für Volksgesundheit (1944), SA-Mitglied (SanOStuF).

Gaum, Max, * 3. 7. 1898, bis 1914 Hotelportier, 1916–1918 Militärdienst, 1919–1923 Verwaltungsangestellter beim Kommunalverband Mindelheim, der AOK Waal und beim Bezirksamt Schrobenhausen, 1923 Übertritt in den mittleren Verwaltungsdienst der Regierung von Oberbayern, 1933 Versetzung in das Bayerische MdI, dort 1936 Referent für Jugend-, Säuglings- und Kleinkinder-Fürsorge sowie Angelegenheiten der Heil- und Pflegeanstalten, 1939 RR, 1942 ORR, Leiter des Landesjugendamtes; 1921–1929 Mitglied des Freikorps und des Bundes Oberland, NSDAP-Mitglied seit 8/1930, 1937 vertraulicher Mitarbeiter des SD, 1937 SS-Beitritt (1943 StubF).

Geist, Kurt, Assessor, * 1909, Mitarbeiter der Wirtschaftsgruppe Feinmechanik als Referent für Medizintechnik, 1943 Referent, später Stellvertreter des Amtsleiters im Referat Planung und Wirtschaft in der Dienststelle des Generalkommissars für das Sanitäts- und Gesundheitswesen.

Gemsjäger, Karl, Dr., * 18. 2. 1897, 1914–1918 Militärdienst (Lt.), Approbation 1922, Volontärarzt, Assistent und Oberarzt in Berlin-Buch, Facharzt für Innere Medizin, 1927–1941 Kreiskommunalarzt und Amtsarzt in Calau, Stormarn, Wandsbek, und Neustettin, 1941 RR im RMdI, bearbeitet dort Fragen der Jugendgesundheitspflege, 1942 ORR, zuständig für die Angelegenheiten der Volks- und Gesundheitspflegerinnen; nach 1918 kurzzeitig Mitglied der DNVP, NSDAP-Mitglied seit 5/1933, 1935 Leiter des Kreisamtes für Volksgesundheit Wandsbek, Bannarzt der HJ, Mitglied des NSDÄB.

Grawitz, Ernst Robert, Dr., * 8. 5. 1899, 1917–1918 Militärdienst (Lt.), Approbation 1925, 1924–1929 Assistenzarzt in Berlin, 1929 Facharzt für Innere Medizin, Mitglied im Beirat der RÄK, 1937 Präsident des DRK; Teilnahme am Kapp-Putsch, NSDAP-Mitglied seit 5/1932, Mitglied des NSDÄB, SS-Beitritt 1931, 1935 Reichsarzt SS, 1940 Sanitätsinspekteur der Waffen-SS, 1942 Reichsarzt SS und Polizei (1941 GruF und Generalleutnant der Waffen-SS).

Groß, Walter, Prof. Dr., * 21. 10. 1904, Approbation 1929, Assistenzarzt in Oldenburg, Göttingen und Braunschweig, nach 1933 Honorarprof. für Rassenkunde; NSDAP-Mitglied seit 3/1925, seit Sommer 1932 hauptamtlicher Mitarbeiter in der Reichsleitung des NSDÄB, 1933 Gründer und Leiter des Aufklärungsamtes für Bevölkerungs- und Rassenpolitik, des späteren Rassenpolitischen Amtes der NSDAP, 1936 MdR, Beitritt zur SA 1922.

Großmann, Hans Erich, * 14. 3. 1895, Approbation 1926, 1937 Senator für das Gesundheitswesen und Bevölkerungspolitik in Danzig, 1938 Leiter des Hygieneinstituts Landsberg/Warthe, 1940 Leiter des Hygieneinstituts Litzmannstadt, 1941 Leiter des Medizinaluntersuchungsamtes Posen, Leiter der Abteilung Gesundheitswesen und Volkspflege beim

Reichsstatthalter in Danzig-Westpreußen; NSDAP-Mitglied seit 5/1933, Leiter des Gauamtes für Volksgesundheit (1936), des Gauamtes für Rassenpolitik und der DAF-Abteilung Gesundheit.

Grote, Heinrich, Dr., *29. 2. 1888, 1907–1919 Militärdienst (StabsA), Approbation 1913, 1919–1933 Allgemeinpraktiker in Osterwald, 1928 Mitglied der Ärztekammer Hannover, 1929 Ausschußmitglied im Hartmannbund, 1933 Beauftragter des Reichsärzteführers in Berlin, Brandenburg und Niedersachsen, 1934 Stellvertreter des Reichsärzteführers in der Leitung der KVD; NSDAP-Mitglied seit 8/1932, 1935 Leiter der Hauptstelle Sozialversicherung im HAVG, Verbindungsmann des HAVG zur SS, Mitglied des NSDÄB, SS-Beitritt 1932 (1938 OF).

Grunwald, Joseph, Dr., *8. 5. 1895, 1914–1918 Militärdienst (FeldhilfsA), Approbation 1920, 1921–1924 Assistenzarzt und praktischer Arzt, 1924–1928 Kreisassistenzarzt und Kreisarzt in Heilsberg/Ostpreußen, 1928 2. Medizinaldezernent der Regierung Königsberg, 1929 als RuMR Medizinaldezernent der Regierung Aachen, 1935 Medizinaldezernent der Regierung Arnsberg, 1935 ORuMR, 1937 ins RMdI einberufen, 1937 ORR, 1939 MR im Referat Apothekenwesen, Leiter der Planungsstelle für den Gesundheitsbedarf beim Reichsgesundheitsführer; NSDAP-Mitglied seit 5/1933, Mitglied des NSDÄB seit 1936, Mitarbeiter des Rassenpolitischen Amtes, Beitritt zur SS 1933 (1940 HStuF).

Gundel, Max, Prof. Dr. med. et phil., *7. 2. 1901, 1918 Militärdienst, Studium an der Sozialmedizinischen Akademie Berlin-Charlottenburg, Dr. phil., Approbation 1925, 1925–1927 Assistenzarzt, 1928 Privatdozent an der Universität Heidelberg und Assistenzarzt am Hygienischen Institut der Universität, 1934 Mitarbeiter am Robert-Koch-Institut, dort 1936 Leiter der Seuchenabteilung, 1936–1940 Leiter des Hygienischen Instituts des Ruhrgebiets in Gelsenkirchen, 1940 Stadtrat und Leiter des Gesundheitsamts der Stadt Wien, Leiter der Hauptabteilung Gesundheitswesen beim Reichsstatthalter in Wien; NSDAP-Mitglied seit 5/1933.

Gutermuth, Wilhelm, Dr., *31. 3. 1905, 1939 Oberarzt der medizinischen Universitätsklinik Frankfurt a.M., 1942 Leiter der vertrauensärztlichen „Aktion Gutermuth", 1943 Chefarzt der Krankenhaus-Sonderanlagen der „Aktion Brandt"; NSDAP-Mitglied seit 5/1933, SS-Beitritt 1933 (1941 UStuF).

Gütt, Arthur, Dr., *14. 8. 1891, 1914–1917 Militärdienst (AssistenzA), Kriegsgefangenschaft, Approbation 1918, 1918 Allgemeinpraktiker in Popelken, ab 1925 Kreisassistenzarzt und Kreisarzt in Waldenburg, Marienwerder, Wandsbek und Stormarn, 1933 Versetzung ins RMdI als Ministerialrat und Referent für Bevölkerungspolitik, 1934 MD und Leiter der neugegründeten Abteilung IV (Volksgesundheit), Präsident des Preußischen Landesgesundheitsrates, Leiter der Staatsmedizinischen Akademie, 1939 krankheitshalber beurlaubt, 1940 als Staatssekretär pensioniert; seit 1919 Mitglied in verschiedenen völkischen Organisationen, u.a. in der NSFB, NSDAP-Mitglied seit 9/1932, Berater der NSDAP-Reichsleitung für Angelegenheiten des öffentlichen Gesundheitswesens und der Rassenhygiene, SS-Beitritt 1933 (1938 SS-BriF), 1935 Leiter des Amtes für Bevölkerungspolitik und Erbgesundheitspflege im Stab des Reichsführers SS, Vertraulicher Mitarbeiter des SD.

Guttenberg, Walter, Dr., *19. 11. 1898, 1915–1918 Militärdienst (Fähnrich), Approbation 1924, Allgemeinpraktiker; 1920–1924 Mitglied des Freikorps Oberland und des Antisemitenbundes, NSDAP-Mitglied seit 10/1930, 1932 Stellvertreter des Salzburger NSDÄB-Führers, wegen nationalsozialistischer Betätigung Geld- und Haftstrafen, 1922 SA-Mitglied (1938 StaF), Leiter des Gauamtes für Volksgesundheit Salzburg.

Haack, Kurt, Dr. med. et phil., *2. 4. 1901, Approbation 1928, Abteilungsleiter im Hauptgesundheitsamt Berlin, 1941 ins RMdI versetzt, ORR ebenda (1943), bearbeitet Angelegenheiten der Luft- und Wasserhygiene; NSDAP-Mitglied seit 5/1933, Mitarbeiter des Rassenpolitischen Amtes, Kreisamtsleiter für Volksgesundheit, Mitglied des NSDÄB, SS-Beitritt 1937 (1944 OStuF), SA-Mitglied.

Haedenkamp, Karl, Dr., *26. 2. 1889, Militärdienst (OberstabsA), Approbation 1914, Geschäftsführer und Vorsitzender des Hartmannbundes, nach 1933 Geschäftsführer der

RÄK und KVD, 1939 nach Konflikten mit Conti zurückgetreten und als Marinearzt reaktiviert; DNVP, NSDAP-Mitglied seit 1934, SA-Mitglied (SanOStuF).

Hagelstein, Hans, Dr., *1896, 1943 Leiter des Referats Noli in der Dienststelle des Generalkommissars für das Sanitäts- und Gesundheitswesen.

Hahn, Carl Friedrich, Dr., *14. 10. 1899, Militärdienst (AssistenzA), Approbation 1926, 1930 niedergelassener Facharzt für Hautkrankheiten, 1933 Leiter der Ärztekammer und Kassenärztlichen Vereinigung Weser-Ems; 1919 Mitglied der Landesschützenbrigade, 1919–1931 Mitglied des Stahlhelm, NSDAP-Mitglied seit 1/1932, Mitglied des NSDÄB, Leiter des Gauamtes für Volksgesundheit, Beitritt zur SA 1933 (1936 SanOStuF).

Hamann, Erhardt, Dr., *13. 1. 1900, 1914–1918 Militärdienst, Approbation 1924, 1925–1945 Allgemeinpraktiker in Halle, 1934 Leiter der Ärztekammer und Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt, Stadtrat in Halle; 1920 Mitglied des Freikorps Kapp, 1924–1925 DVFP, NSDAP-Mitglied seit 12/1929, 1929 Gauobmann des NSDÄB, 1932 stellvertretender NSDÄB-Vorsitzender, 1933 MdL in Preußen, 1934 Leiter des Gauamtes für Volksgesundheit Halle-Merseburg, 1938 mit der Organisation des Gauamtes für Volksgesundheit Sudetenland beauftragt, 1943 Gaugesundheitsführer, SS-Beitritt 1940 (StaF).

Handloser, Siegfried, Prof. Dr., *25. 3. 1885, Generaloberstabsarzt, Heeressanitätsinspekteur, 1942 Chef des Wehrmachtssanitätswesens.

Hanstein, Thilo von, Hptm., *1913, Mitarbeiter im Reichsministerium für Rüstung und Kriegsproduktion, 1944 Mitarbeiter im Referat Planung und Wirtschaft der Dienststelle des Generalkommissars für das Sanitäts- und Gesundheitswesen.

Harff, Joachim, Dr., *1910, Arzt an der Universitätsklinik Berlin/Ziegelstr., 1944 Mitarbeiter im Referat Wissenschaft und Forschung in der Dienststelle des Generalkommissars für das Sanitäts- und Gesundheitswesen.

Harnack, Otto, Dr., *17. 10. 1893, Militärdienst (AssistenzA), Approbation 1919, 1928 Allgemeinpraktiker in Rhein, 1929 Medizinalassistent in Celle, 1931 Kreisarzt in Dannenberg, 1935 Versetzung nach Stolp, 1937 Amtsarzt in Koblenz, 1940 als ORuMR ins RMdI versetzt, dort für die Ärzteausbildung zuständig; NSDAP-Mitglied seit 5/1933, SA-Beitritt 1934 (1943 StuF).

Harrfeldt, Hans-Heinrich, Dr., *21. 4. 1891, 1914–1918 Militärdienst (AssistenzA), Approbation 1917, 1920 Allgemeinpraktiker, nach 1933 Leiter der Ärztekammer Rheinland, 1939 Leiter der Ärztekammer Bayern; NSDAP-Mitglied seit 2/1932, 1932 Gauobmann des NSDÄB Kurhessen, 1932–1935 Leiter des Gauamtes für Volksgesundheit Kurhessen, 1940 Leiter der DAF-Abteilung Gesundheit München-Oberbayern, 1941 Leiter des Gauamtes für Volksgesundheit.

Hartung, Rudolf, Dr., *24. 10. 1891, Militärdienst, Approbation 1915, 1921 Allgemeinpraktiker, nebenamtlicher Vertrauensarzt der Reichspost und Reichsbahn, nach 1933 Leiter der Ärztekammer und KVD-Landesstelle Rheinland; NSDAP-Mitglied seit 1930, 1932 Gauobmann des NSDÄB, 1934 Leiter des Gauamtes für Volksgesundheit Köln-Aachen und der DAF-Abteilung Gesundheit.

Haubold, Helmuth, Prof. Dr., *2. 10. 1905, Beauftragter des Reichsgesundheitsführers für die gesundheitliche Betreuung der volksdeutschen Rückwanderer, 1939 Leiter der Auslandsabteilung der RÄK; NSDAP-Mitglied, SS-Mitglied (1944 OStubF).

Hebestreit, Hermann, Dr. med. et rer. techn., *23. 3. 1904, Approbation 1929, Mitglied im Sachverständigenbeirat für Volksgesundheit, Referent im HAVG, 1939 Hauptabteilungsleiter im DAF-Amt für Volksgesundheit; NSDAP-Mitglied seit 5/1933, SS-Mitglied, SA-Mitglied.

Hegeman, Gert, Dr., *1912, StabsA an der Militärärztlichen Akademie, 1944 Mitarbeiter im Referat Wissenschaft und Forschung in der Dienststelle des Generalkommissars für das Sanitäts- und Gesundheitswesen.

Heinz, Herbert, Dr., *18. 3. 1899, 1914–1918 Militärdienst, Approbation 1924, 1926 Allgemeinpraktiker, Leiter der Ärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung Essen (1944), 1938 Leiter des Gauamtes für Volksgesundheit und der DAF-Abteilung Gesundheit; NSDAP-Mitglied seit 4/1932, Gauamtsleiter des NSDÄB, SA-Mitglied.

Hermann, Arno, Dr., *20. 9. 1888, 1914–1918 Militärdienst (StabsA), Approbation 1914, ärztlicher Geschäftsführer der KVD, Mob.-Beauftragter des Reichsgesundheitsführers und der RÄK, Beauftragter des Reichsgesundheitsführers für die gesundheitliche Betreuung beim Generalbevollmächtigten für den Arbeitseinsatz; NSDAP-Mitglied seit 11/1931, Mitglied des NSDÄB, SS-Beitritt 1931 (1942 StaF).

Herrmann, Arno, Dr., *9. 11. 1892 in Nikolsburg/Österreich, 1914–1918 Militärdienst als Militärapotheker, 1919–1922 im Volksgesundheitsamt Wien, 1922 Wechsel zum Ministerium für soziale Angelegenheiten, dort 1932–1939 Sektionsrat, 1939 ORR im RMdI, 1942 MR als Apotheken- und Arzneimittelreferent; NSDAP-Mitglied seit 4/1940.

Heßler, Eugen, Dr., Sanitätsrat, *14. 1. 1882, 1914–1915 Militärdienst (OberA), Approbation 1906, seitdem Allgemeinpraktiker, 1933–1937 Amtsarzt in Schwarzenbach, 1937 Leiter der Kassenärztlichen Vereinigung und der Ärztekammer Oberfranken; 1923 Mitglied in verschiedenen völkischen Organisationen, NSDAP-Mitglied seit 4/1927, Gauobmann des NSDÄB, 1934 Leiter des Gauamtes für Volksgesundheit Bayerische Ostmark, 1937 Leiter der DAF-Abteilung Gesundheit, Beitritt zur SA 1927 (1938 SanBriF).

Holfelder, Hans, Prof. Dr., *22. 4. 1891, †12/1944, 1914–1919 Militärdienst (FeldunterA), Approbation 1916, 1923 Habilitation an der Universität Frankfurt, 1928 Direktor des Röntgeninstituts, 1929 Prof., 1941 Leiter des SS-Röntgensturmbannes; Mitglied verschiedener Freikorps und völkischer Vereine, u. a. des Deutsch-Völkischen Schutz- und Trutzbundes, NSDAP-Mitglied seit 5/1933, SS-Beitritt 1933 (1944 OF).

Holzmann, Wilhelm, Prof. Dr., *30. 11. 1878, Approbation 1908, seitdem Allgemeinpraktiker, 1912 Facharzt für Nervenheilkunde, Leiter der Ärztekammer Hamburg, 1934 Honorarprof. an der dortigen Universität; NSDAP-Mitglied seit 10/1927, 1931 Stadtverordneter, Gauobmann des NSDÄB, 1935 Leiter des Gauamtes für Volksgesundheit, des Gauamtes für Rassenpolitik und der DAF-Abteilung Gesundheit (1937).

Hördemann, Robert, Dr., *14. 3. 1900, 1918 Militärdienst, Approbation 1925, 1930 Allgemeinpraktiker in Kassel und Betriebsarzt der Henschel-Werke, 1939 Reichsarzt der HJ, Mitglied im Beirat der RÄK, 1942 nach Rücktritt aus der Reichsjugendführung Arzt bei der Militärregierung für Belgien und Nordfrankreich; 1920 Mitglied des Freikorps Selchow, NSDAP-Mitglied seit 5/1933, SS-Beitritt 1940 (1943 StaF), Mitglied des NSDÄB, SA-Mitglied (1933 HStuF).

Hörmann, Bernhard, Dr., *20. 9. 1898, Militärdienst (Sanitätsunteroffizier), Studium der Medizin, Zahnmedizin und Betriebswirtschaft, Approbation 1925, seitdem Allgemeinpraktiker, 1933 Reichskommissar für das Heil- und Heilmittelwesen im RMdI, 1937 hauptamtlicher Mitarbeiter der RÄK und Leiter des Anzeigenprüfungsausschusses, 1942 beratender Hygieniker der Organisation Todt; Mitglied im Deutsch-Völkischen Schutz- und Trutzbund, NSDAP-Mitglied 1920–1923, ehrenamtlicher Geschäftsführer des NSDÄB, 1932 Leiter der Abteilung Volksgesundheit bei der Reichsleitung der NSDAP, Mitglied des Sachverständigenbeirats für Volksgesundheit, 1935 Leiter der Abteilung Heilmittelwesen im HAVG, 1939 zudem Leiter der Reichsstelle gegen Mißstände im Gesundheitswesen, 1942 Leiter der neu eingerichteten Hauptstelle Okkultismus, Beitritt zur SA 1920.

Hummel, Leonhardt, Dr., Sanitätsrat, *19. 10. 1872, †3. 10. 1944, 1914–1918 Militärdienst (StabsA), Approbation 1904, Allgemeinpraktiker, beamteter Reichsbahnarzt; 1919 Mitglied im Deutsch-Völkischen Schutz- und Trutzbund und weiteren völkischen Vereinigungen, NSDAP-Mitglied seit 9/1925, 1934 Leiter des Gauamtes für Volksgesundheit Franken, der DAF-Abteilung Gesundheit (1937) und des Gauamtes für Rassenpolitik (1939), Mitglied des NSDÄB.

Ideler, Franz, Dr., *27. 7. 1883, †24. 2. 1945, 1918 Militärdienst (UnterA), Approbation 1911, Allgemeinpraktiker, 1933 Leiter der KVD-Landesstelle und der Ärztekammer Mark Brandenburg/Kurmark; 1924–1928 Mitglied der DVFP, NSDAP-Mitglied seit 7/1928, 1933 MdR, 1937 Leiter des Gauamtes für Volksgesundheit Kurmark, Beitritt zur SA 1929 (BriA).

Josten, Artur, Dr., *6. 12. 1890, 1914 Notapprobation, 1914–1919 Sanitätsoffizier, 1919 Übernahme der väterlichen Praxis, 1923–1925 Kreisassistenzarzt und Kreisarzt des Krei-

ses Wiedenbrück, 1925 2. Medizinaldezernent der Regierung Arnsberg, 1927 2. Medizinaldezernent der Regierung Trier, 1929 2. Medizinaldezernent im Polizeipräsidium Berlin, 1934 Medizinaldezernent der Regierung Osnabrück, seit 1937 in gleicher Funktion an der Regierung Arnsberg tätig, 1941 Versetzung ins RMdI, bearbeitet dort Personalangelegenheiten der beamteten Ärzte außerpreußischer Altreichsländer, 1943 auf eigenen Wunsch als Amtsarzt an das Gesundheitsamt Bonn-Land versetzt; NSDAP-Mitglied seit 5/1937.

Kauffmann, Oskar, Dr., *13. 8. 1898, 1916–1918 Militärdienst (Lt.), Approbation 1922, 1922–1927 Assistenzarzt am pathologisch-anatomischen Institut der Universität Graz, 1927 Niederlassung als Facharzt für Nervenheilkunde, später Chefarzt der Ortskrankenkasse, 1939–1940 Wehrdienst, 1940 Leiter der Abteilung Volkspflege beim Reichsstatthalter Kärnten, RMD, 1942 als MD ins RMdI versetzt, Leiter der Abteilung B (Gesundheitspflege), Vertreter Contis als Staatssekretär; NSDAP-Mitglied seit 1/1932, 1931–1932 Mitarbeiter der NSDAP-Bezirksleitung Villach, 1932–1933 Stadtrat, 1934–1937 Gauärzteführer und NSDÄB-Obmann Kärnten, 1937–1938 Landesärzteführer Österreich, 1938–1942 Leiter des Gauamtes für Volksgesundheit Kärnten und Leiter der Ärztekammer, SS-Beitritt 1942 (1944 StaF).

Kayser-Petersen, Julian, Prof. Dr., *23. 7. 1886, 1914–1918 Militärdienst, Approbation 1912, 1914 und 1918 Assistenzarzt, 1919 Oberarzt an der Medizinischen Klinik des Heilig-Geist-Hospitals in Frankfurt a.M., 1923 leitender Arzt der Tuberkulosefürsorgestelle Jena, 1925 Oberarzt an der Jenaer Universitätsklinik für innere Medizin, 1930 Privatdozent, 1936 a.o. Prof., 1940–1945 Vizepräsident und Generalsekretär des Reichstuberkuloseausschusses, gleichzeitig Sachbearbeiter für Tuberkulosefragen im RMdI; 1924 Mitglied des Stahlhelm, NSDAP-Mitglied seit 4/1936.

Kees, Ernst, *27. 05. 1892, kaufmännische Lehre, 1915–1918 Militärdienst, 1919–1925 Kaufmann, seitdem Heilpraktiker, 1934 Leiter des NS-Heilpraktikerbundes, Kommissar des RMdI für die Gleichschaltung der Heilpraktikerverbände, Leiter der Unterabteilung Heilpraktiker in der Fachgruppe Gesundheit der DAF; NSDAP-Mitglied seit 10/1931, 1934 Mitglied des Sachverständigenbeirats für Volksgesundheit, 1936 Hauptstellenleiter im HAVG, SA-Mitglied.

Ketterer, Emil, Dr., *6. 8. 1883, Approbation 1913, 1914–1917 Militärdienst als Regimentsarzt, Allgemeinpraktiker, 1933 Stadtrat für Krankenanstalten in München, Leiter der Abteilung Berufsgerichtsbarkeit und Approbationswesen der RÄK; 1918 BVP-Mitglied, Mitglied in verschiedenen Freikorps, NSDAP-Mitglied seit 4/1925, Mitglied des NSDÄB, 1929–1934 Vorsitzender des NSDÄB-Disziplinargerichtshofes, Beitritt zur SA 1924 (1933 SanGruF), 1933 Chef des SA-Sanitätswesens, scheidet 1937 auf eigenen Antrag aus dem hauptamtlichen SA-Dienst aus.

Kiermayr, Heinrich, Dr., *5. 9. 1891, Approbation 1916, Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten und Knappschaftsarzt; NSDAP-Mitglied seit 10/1931, bis 1934 Gauobmann des NSDÄB im Gau Westfalen-Süd.

Kirchert, Werner, Dr., *4. 10. 1906, Approbation 1933, 1935 Assistenzarzt an der Universitätsnervenklinik Halle; 1923 Mitglied der Organisation Escherich, NSDAP-Mitglied seit 5/1937, Mitglied des NSDÄB seit 1934, SS-Beitritt 1934, 1936 Übertritt zur Waffen-SS, 1936 Lagerarzt im Konzentrationslager Sachsenburg, 1937–1940 Lagerarzt in Dachau und Buchenwald, 1940 und 1942–1943 Militärdienst bei der Waffen-SS, 1941–1942 persönlicher Referent Contis, 1943–1944 leitender Arzt im Reichssicherheitshauptamt und stellvertretender Leiter des Kriminalbiologischen Instituts, 1944–1945 Arzt in der Einsatzgruppe H, Vertraulicher Mitarbeiter des SD (1942 OStubF).

Klare, Kurt, Dr., *10. 10. 1885, Approbation 1912, Tuberkulose-Facharzt, 1918 Chefarzt der Heilstätte Scheidegg, Beauftragter der RÄK für die medizinische Fachpresse, Vorstand des Reichstuberkuloseausschusses, Honorarprof. an den Universitäten München (1935) und Münster (1940); 1920–1922 DNVP-Mitglied, NSDAP-Mitglied seit 3/1927, 1935 Schrifttumsbeauftragter des HAVG, Gründungsmitglied des NSDÄB.

Klause, Karl, Dr., *16. 7. 1882, Approbation 1911, Militärdienst als Sanitätsoffizier, 1919 niedergelassener Facharzt für Hautkrankheiten, 1941 Leiter der Ärztekammer Oberschlesien

und der Kassenärztlichen Vereinigung Kattowitz; NSDAP-Mitglied seit 9/1931, Leiter des Gauamtes für Volksgesundheit Oberschlesien (1941), Mitglied des NSDÄB.

Klipp, Karl Oskar, Dr., * 28. 5. 1898, 1917–1919 Militärdienst, Approbation 1923, Allgemeinpraktiker in Gräfentonna, Staatskommissar für das Gesundheitswesen in Thüringen, 1933 MR und Leiter der Abteilung Wohlfahrt und Gesundheit im ThüMdI, Leiter der Ärztekammer und der KVD-Landesstelle Thüringen, nach seiner Absetzung kurzzeitig Landesärzteführer in Bayern, danach Leiter der Reichsarbeitsgemeinschaft für Heilpflanzenkunde und Hauptabteilungsleiter im HAVG; NSDAP-Mitglied seit 8/1930, NSDÄB-Gauobmann, 1933 MdR, 1935 Leiter des Gauamtes für Volksgesundheit Thüringen, 1936 amtsenthoben, 1940 Militärdienst, 1930 SS-Mitglied.

Kluck, Hellmuth, Prof. Dr., * 25. 9. 1895, Approbation 1920, 1922 Kreisassistenzarzt, Kreisarzt und Hafenarzt in Danzig, 1935 Senator für Gesundheitswesen und Bevölkerungspolitik, Prof. für Rassenpflege und Bevölkerungspolitik, Leiter des Gauamtes für Volksgesundheit, 1936 vom Dienst suspendiert, 1937 aus der NSDAP ausgeschlossen und zur Emigration gezwungen, in Brasilien als Mitarbeiter pharmazeutischer Firmen tätig, 1939 Rückkehr nach Deutschland als Mitarbeiter der Schering A.G.; Zentrums-Mitglied, NSDAP-Mitglied seit 11/1931, Mitglied des NSDÄB, SS-Beitritt 1932 (1936 StaF).

Koenig, Wilhelm, Dr., * 1. 9. 1871, †1939, Approbation 1896, 1895–1899 Assistenzarzt in Eisleben, 1900 Allgemeinpraktiker, 1902 Kreisassistenzarzt in Schwetz, 1903 Kreisarzt in Konitz, 1914 Medizinaldezernent der Regierung Arnsberg, 1920–1935 MR im PrMVW bzw. im PrMdI, SA-Beitritt 1933.

Kondeyne, Karl Walter, Dr., * 14. 7. 1903, Approbation 1929, 1932 Facharzt für Chirurgie, bis 1939 Allgemeinpraktiker, 1940 Militärdienst; 1919–1923 Angehöriger des Freikorps Yorck, 1924 Mitglied der Schwarzen Reichswehr, NSDAP-Mitglied, 1936 Hauptstellenleiter im HAVG, Verbindungsmann zur HJ, Reichsarzt der HJ, SA-Mitglied.

Kosmehl, Herbert, Dr. jur., * 5. 6. 1903, Jurastudium, Syndikus der RÄK; NSDAP-Mitglied seit 8/1931, 1935 Hauptstellenleiter im HAVG.

Krahn, Johannes, Dr., * 2. 4. 1901, Approbation 1925, wissenschaftlicher Mitarbeiter im Reichsgesundheitsamt, 1935 ORuMR im RuPrMdI, 1937 MR im RMdI, 1945 MD und Leiter der Abteilung A (Gesundheitssicherung); NSDAP-Mitglied, SS-Beitritt 1933 (1939 HStuF).

Krause-Wichmann, Ludwig, Dr., * 21. 10. 1892, 1914–1918 Militärdienst, Approbation 1919, 1928–1935 Kreisarzt in Bernkastel und Köln-Süd, 2. Medizinaldezernent der Regierung Kassel, ab 1935 Hilfsarbeiter im Personalreferat des RuPrMdI, 1936–1938 RuMR im Polizeipräsidium Berlin, 1938 Medizinaldezernent der Regierung Düsseldorf, 1942 als RMD leitender Medizinalbeamter der Rheinprovinz; NSDAP-Mitglied seit 4/1933, Mitglied des NSDÄB seit 1938, SA-Mitglied.

Kreglinger, Gustav Albert, Dr., * 12. 5. 1882, Approbation 1912, Militärdienst (OberA), 1919 niedergelassener Facharzt für Chirurgie, Vertrauensarzt und Durchgangsarzt der Berufsgenossenschaft, Gauarbeitsarzt, 1940 aus dem RAD ausgeschieden und erneute Niederlassung; NSDAP-Mitglied seit 9/1929, Gauobmann des NSDÄB, bis 1939 Leiter des Gauamtes für Volksgesundheit Koblenz-Trier, der DAF-Abteilung Gesundheit und der NSV-Abteilung Volksgesundheit.

Krohn, Johannes, Dr. jur., * 4. 7. 1884, Jurastudium, 1914–1918 Militärdienst (Hptm.), 1914 Stadtrat in Staßfurth, 1920 RR im Reichsversicherungsamt, im gleichen Jahr an das RAM versetzt, 1921 ORR, 1923 MR, 1928 Abteilungsleiter, 1932 MD und Leiter der Abteilung Sozialversicherung, 1933–1939 Staatssekretär.

Kronabetter, Felix, Dr. jur., * 26. 11. 1892, 1915–1918 Militärdienst (Lt.), Jurastudium, ORR und MR im RMdI; 1918–1919 Mitglied der Studentenwehr Graz, 1929–1933 Angehöriger des Steirischen Heimatschutzes, Mitglied der illegalen NSBO, NSDAP-Mitglied seit 3/1933, SS-Beitritt 1938 (1942 UStuF).

Krug, Werner, Dr., * 24. 11. 1898, 1916–1918 Militärdienst, Approbation 1924, 1925 Assistenzarzt, 1928 Allgemeinpraktiker, 1935 Leiter der Ärztekammer und KVD-Landesstelle Pommern, ab 1939 Betriebsarzt der Heeresmunitionsanstalt Jüterborg; NSDAP-Mitglied

seit 1922, Angehöriger des „Stoßtrupp Hitler", 1930 Kreisleiter in Usedom und 1932 in Eckernförde, 1935 Leiter des Gauamtes für Volksgesundheit Pommern, SS-Beitritt 1930 (1936 StubF), 1937 Ausschluß aus der NSDAP.

Krüger, Heinrich, * 19. 6. 1887, Jurastudium, Oberverwaltungsgerichtsrat am Reichsdienststrafhof, 1940 als Reichsrichter ins RMdI abgeordnet, bearbeitet in der Abteilung IV Angelegenheiten der Fürsorge, der NSV und der freien Wohlfahrtsträger; NSDAP-Mitglied seit 5/1933.

Lehmkuhl, Heinrich, Dr., * 27. 3. 1901, Approbation 1925, 1929 Facharzt für Kinderheilkunde, 1931 Kreisassistenzarzt am gerichtsärztlichen Institut der Universität Münster, 1934 Kreisarzt in Lippstadt, 1935 Amtsarzt, 1937 2. Medizinaldezernent an der Regierung Köln, in gleicher Funktion an die Regierung Marienwerder versetzt, 1938 ORuMR und 1. Medizinaldezernent der Regierung Marienwerder, 1939 Versetzung ins RMdI, 1940 zum Reichsstatthalter in Kärnten abgeordnet, 1942 1. Medizinaldezernent der Regierung Oppeln; NSDAP-Mitglied seit 5/1933, Mitglied des NSDÄB, SA-Mitglied.

Lemke, Rudolf, Dr., * 4. 5. 1892, Militärdienst, Approbation 1919, Amtsarzt in Randow, 1939 Amtsarzt des Gesundheitsamtes Halle-Land, 1942 als RD leitender Medizinalbeamter beim Oberpräsidium der Provinz Pommern; NSDAP-Mitglied seit 5/1933, 1940–1941 Leiter des Gauamtes für Volksgesundheit Pommern, Mitglied des NSDÄB.

Lettel, Hans, Dr., * 1910, StabsA, 1944 Mitarbeiter im Referat Wissenschaft und Forschung in der Dienststelle des Generalkommissars für das Sanitäts- und Gesundheitswesen.

Liebenow, Richard, Prof. Dr., * 25. 10. 1898, Approbation 1927, MR im RMdI (1943), bearbeitet Angelegenheiten der Jugendgesundheitspflege; NSDAP-Mitglied seit 5/1937, 1941 Leiter des Amtes Gesundheit der HJ, vorher seit 1933 in gleicher Funktion im Gau Berlin tätig, Mitglied des NSDÄB seit 1940.

Liebl, Ludwig, Dr., Sanitätsrat, * 1875, Allgemeinpraktiker und Geburtshelfer; seit 1910 Stadtrat in Ingolstadt, NSDAP-Mitglied seit 1923, 1929 NSDÄB-Gründungsvorsitzender, Rücktritt 1932, seitdem Ehrenvorsitzender.

Linden, Herbert, Dr., * 14. 9. 1899, 1917–1919 Militärdienst, Approbation 1925, seitdem Assistenzarzt in Heidelberg, u. a. am Hygienischen Institut der Universität, 1931 wissenschaftlicher Mitarbeiter im Reichsgesundheitsamt, 1933 RR, 1933 Versetzung ins RMdI, 1934 ORR, 1936 MR, 1942 MDi, Leiter der Unterabteilung Erb- und Rassenhygiene, 1941 Reichsbeauftragter für die Heil- und Pflegeanstalten; NSDAP-Mitglied seit 11/1925, Mitglied des NSDÄB, Schöffe am Volksgerichtshof.

Löhr, Hans, Prof. Dr., * 10. 9. 1891, † 4. 10. 1941, 1914–1919 Militärdienst (FeldhilfsA), Approbation 1919, 1919–1925 Volontär- und Assistenzarzt an der medizinischen Klinik der Universität Kiel, 1925 Habilitation, 1925 Chefarzt der Diakonissenanstalt Bethel, Prof. für Innere Medizin an der Universität Kiel; NSDAP-Mitglied seit 3/1931, 1932–1934 Kreisleiter Bielefeld-Land, 1935 NS-Dozentenbundführer im Gau Schleswig-Holstein, 1935 Leiter des Gauamtes für Rassenpolitik, 1937 Leiter des Gauamtes für Volksgesundheit, SS-Beitritt 1936 (1936 BriF), Beitritt zur SA 1931 (1932 SanGruF).

Löllke, Hans, Dr., * 22. 9. 1898, 1917–1918 und 1939–1941 Militärdienst (AssistenzA), Approbation 1923, Allgemeinpraktiker, 1927 HNO-Facharzt; NSDAP-Mitglied seit 3/1932, 1941 Nachfolger Contis als NSDÄB-Vorsitzender und Leiter des Gauamtes für Volksgesundheit Berlin, Leiter der KVD-Landesstelle und Ärztekammer Berlin, SA-Mitglied 1933 (SanOStubF).

Lotz, Karl, Dr., * 19. 9. 1896, 1914–1918 Militärdienst (Lt.), Approbation 1922, 1924 Allgemeinpraktiker, 1933 Knappschaftsarzt, 1934 Leiter der Ärztekammer und der KVD-Landesstelle Westfalen-Lippe; NSDAP-Mitglied seit 4/1930, 1931 NSDÄB-Gauobmann, 1934 Leiter des Gauamtes für Volksgesundheit Westfalen-Süd und Leiter der DAF-Abteilung Gesundheit (1937–1941), Stadtrat in Dortmund, SS-Beitritt 1932 (1939 HStuF).

Lüpke, Hellmuth, Dr., * 1911, Pharmaziestudium, Fachreferent für Arzneimittelfragen bei der Reichsstelle Chemie, 1943 Mitarbeiter im Referat Planung und Wirtschaft in der Dienststelle des Generalkommissars für das Sanitäts- und Gesundheitswesen.

Luther, Hans, Dr., *21. 3. 1895, 1914–1918 Militärdienst, Approbation 1923, 1925 Allgemeinpraktiker, 1933 Leiter der Ärztlichen Bezirksvereinigung und der Kassenärztlichen Vereinigung Augsburg; 1919 Mitglied des Freikorps Epp, 1921 Vorsitzender des Hochschulrings deutscher Art, bis 1929 DNVP-Mitglied, NSDAP-Mitglied seit 11/1931, 1934 NSDÄB-Vorsitzender, 1936 Leiter des Gauamtes für Volksgesundheit Schwaben und der DAF-Abteilung Gesundheit (1937).

Maier, Friedrich, *21. 12. 1896, 1914–1918 Militärdienst (StabsA), Approbation 1923, Kinder- und Fürsorgearzt in München, 1932 Hilfsarbeiter im Medizinalreferat der Regierung von Oberbayern, 1933 Versetzung an die Gesundheitsabteilung des BayMdI, 1937 Medizinaldezernent der Regierung von Oberbayern, 1938 als ORR ins RMdI versetzt, bearbeitet dort Angelegenheiten der Gewerbehygiene, des Luftschutzes und des Rettungswesens, 1939–1941 Militärdienst, 1943 MR, als Amtsarzt nach Würzburg versetz; NSDAP-Mitglied seit 1923, Vertrauensarzt der NSDAP-Reichsleitung, Mitglied des NSDÄB, förderndes SS-Mitglied.

Malfatti, Josef, Dr., Sanitätsrat, *4. 2. 1894, Militärdienst, Approbation 1920, 1930 Facharzt für Frauenheilkunde, 1940 Leiter der Ärztekammer Tirol-Vorarlberg; NSDAP-Mitglied seit 2/1933, 1938 Leiter des Gauamtes für Volksgesundheit Tirol, Mitglied des NSDÄB seit 1940, SA-Mitglied.

Martineck, Otto, Prof. Dr., *16. 9. 1874, Approbation 1900, 1900–1921 Sanitätsoffizier, 1911–1919 ärztlicher Referent im Kriegsministerium für das Ersatz- und Versorgungswesen, seit 1919 im Reichsarbeitsministeriums tätig, dort zuständig für die Kriegsbeschädigtenfürsorge, 1920–1944 Leiter der ärztlichen Abteilung des Ministeriums, MD.

Melior, Karl-Wilhelm, *9. 8. 1883, Jurastudium, 1909 2. Staatsexamen, 1915 Kreisamtmann, seit 1919 im RMdI tätig, bearbeitet dort Angelegenheiten der Lebensmittelgesetzgebung, MR, 1926–1934 ständiger Vertreter des Leiters der Medizinalabteilung.

Meyenn, Carl-Joachim von, *8. 10. 1907, Versicherungslehre; 1921–1923 Freikorps Rostock, NSDAP-Mitglied seit 12/1931, 1934 Referent im Sozialamt der DAF, 1937 Referent im Hauptamt für Volkswohlfahrt, Abteilung Heilverschickung, bearbeitet das gleiche Aufgabenfeld im HAVG, SS-Mitglied, Vertraulicher Mitarbeiter des SD, SA-Mitglied 1931–1941.

Moerchen, Wilhelm, Dr., *5. 3. 1891, 1914–1918 Militärdienst (FeldhilfsA), Approbation 1919, 1920–1933 Allgemeinpraktiker in Frankfurt a.M., 1933 hauptamtlicher Vertrauensarzt der LVA Hessen-Nassau, 1937 Landesvertrauensarzt, 1939 Wehrdienst (OberstabsA), 1942 Leiter der Kassenärztlichen Vereinigung und der Ärztekammer Hessen-Nassau; NSDAP-Mitglied seit 1931, 1935 Leiter des Kreisamtes für Volksgesundheit Frankfurt a.M., 1937 Leiter des Kreisamtes für Volksgesundheit Kassel, 1942 Leiter des Gauamtes für Volksgesundheit und Gaugesundheitsführer Hessen-Nassau, Mitglied des NSDÄB seit 1931, Beitritt zur SA 1931 (1933 SanGruF).

Müller, Herbert, Dr., Leiter des Gauamtes für Volksgesundheit Mainfranken (1936).

Muthesius, Hans, Dr., *2. 10. 1885, Jurastudium, besoldeter Stadtrat in Berlin, bearbeitet im RMdI Angelegenheiten der Jugend-Fürsorge, Kriegshilfe, Fürsorge für Umsiedler- und Flüchtlinge und Maßnahmen gegen „Gemeinschaftsfremde"; NSDAP-Mitglied seit 1/1940.

Ofterdinger, Friedrich, Dr., *16. 5. 1896, 1914–1919 Militärdienst, Approbation 1924, 1925–1926 Assistenzarzt im Krankenhaus Hamburg-Eppendorf, 1926–1933 Allgemeinpraktiker, 1931–1933 Mitglied der Hamburger Bürgerschaft, 1938 Präsident der Hamburger Gesundheitsbehörde; 1919 Angehöriger der Bahrenfelder Jäger, NSDAP-Mitglied seit 9/1929, Kreisleiter, Mitglied des NSDÄB.

Pakheiser, Theodor, Prof. Dr., *6. 1. 1898, 1914–1919 Militärdienst (Sanitätssoldat), Approbation 1922, 1922–1925 Volontär- und Assistenzarzt an der Hautklinik Heidelberg, 1925–1933 Facharzt für Hautkrankheiten (bis 1930 ohne Kassenpraxis), 1933 Staatskommissar für das Gesundheitswesen und Leiter der Gesundheitsabteilung im Badischen Innenministerium, 1934 OMedR, 1935 MR, Honorarprof. der Universität Heidelberg, Leiter der KVD-Landesstelle Baden, 1936 wissenschaftlicher Leiter des Deutschen Hygienemuseums Dresden, 1936 Wechsel in die RÄK und das HAVG, 1943 Lazarettarzt der

Waffen-SS; 1920–1924 DNVP-Mitglied, NSDAP-Mitglied seit 9/1930, Mitglied des NSDÄB, 1934–1936 Leiter des Gauamtes für Volksgesundheit Baden, SS-Beitritt 1930 (1937 OStubF).

Papke, Kurt A., Dr., *9. 1. 1901, Approbation 1929, 1932 Allgemeinpraktiker in Landeck, 1932–1933 Arzt des freiwilligen Arbeitsdienstes, 1933 Adjutant Contis als Staatskommissar für das Gesundheitswesen, 1933–1934 Leiter der Gesundheitsabteilung im HAVW, Vertrauensarzt der LVA Berlin, 1936 Betriebsarzt; Mitglied in Freikorps und völkischen Organisationen, u.a. im Deutsch-Völkischen Schutz- und Trutzbund und der DVFP, NSDAP-Mitglied seit 10/1931, Leiter des Kreisamtes für Volksgesundheit Spandau (1935) und Köpenick (1936), Mitglied des NSDÄB seit 1931, Beitritt zur SA 1931 (1933 SanStaF).

Peltret, Johannes, Dr., *28. 3. 1890, 1908–1935 Sanitätsoffizier (OberstA), Approbation 1914, 1936–1940 Abteilungsleiter in der RÄK und im HAVG, 1939 Reaktivierung als Divisionsarzt, 1940 Leiter der Führerschule der deutschen Ärzteschaft Alt-Rhese, dort 1942 Chef des Reservelazaretts; NSDAP-Mitglied seit 5/1937, Mitglied des NSDÄB, SS-Beitritt 1941 (StaF).

Peschke, Karl, Dr., *12. 9. 1882, Approbation 1908, 1910–1921 Allgemeinpraktiker, 1914–1918 Militärdienst (OberA), 1921–1933 Allgemeinpraktiker in Neumarkt, 1933 Vertrauensarzt des Provinzialverbandes, Leiter der Ärztekammer Schlesien und der KVD-Landesstelle Schlesien; Mitglied im Bund Schlesierland, 1919 Mitglied der DNVP, Gründungsmitglied der DVFP, 1924 Mitglied der NSFB, NSDAP-Mitglied seit 4/1925, Kreisleiter und stellvertretender Gauleiter, 1931 NSDÄB-Gauobmann Schlesien, 1935 Leiter des Gauamtes für Volksgesundheit (ab 1941 Niederschlesien), 1942 auf eigenen Wunsch aus dem Amt geschieden, 1933 MdR, SS-Beitritt 1931 (StandartenA), 1929/1930 SA-Mitglied (SanStaF).

Peters, Cuno, Dr., *12. 1. 1893, 1914–1918 Militärdienst, Approbation 1920, 1923 Facharzt für Nervenkrankheiten, Chefarzt des Hüfferstifts in Münster; NSDAP Beitritt 12/1931, 1937–1941 Leiter der NSV-Abteilung Volksgesundheit, 1941 Leiter des Gauamtes für Volksgesundheit und Gauobmann des NSDÄB Westfalen-Nord, 1933 SS-Mitglied (1936 HStuF).

Petersilie, Paul, Dr., *15. 1. 1897, Militärdienst, Approbation 1920, seitdem Allgemeinpraktiker, Geschäftsführer der KVD; NSDAP-Mitglied seit 5/1937, Mitglied des NSDÄB seit 1939, förderndes SS-Mitglied, SA-Mitglied.

Petzelt, Kurt, Dr., *29. 2. 1908, Approbation 1933, Leiter des Medizinaluntersuchungsamtes Breslau, 1942 Hilfsreferent im RMdI (MedR), bearbeitet Impfangelegenheiten; NSDAP-Mitglied seit 5/1937, Mitglied des NSDÄB, SS-Beitritt 1933 (1944 OStuF).

Planner-Plann, Otto, Dr., *10. 7. 1893, 1914–1918 Militärdienst (Sanitätsleutnant), Approbation 1919, 1928 Facharzt für Frauenheilkunde, Chefarzt der Frauenabteilung des Krankenhauses der Wiener Kaufmannschaft, Geschäftsführer der Kassenärztlichen Vereinigung Wien; NSDAP-Mitglied seit 5/1933, 1937 NSDÄB-Gauobmann, 1938 Leiter des Gauamtes für Volksgesundheit Wien, SS-Beitritt 1934 (1941 HStuF).

Plato, Fritz, Dr. Dr., *31. 7. 1899, Approbation 1924, 1924–1928 Assistenzarzt in Berlin, Essen, Rinteln und Bethel, 1928 Stadtarzt in Dortmund, dort 1929 Medizinalassessor, 1931 Kreisarzt in Schneidemühl, 1933 Kreisarzt in Berlin-Mitte, 1935 2. Medizinaldezernent der Regierung Wiesbaden, 1936 1. Medizinaldezernent der Regierung Marienwerder, RuMR, Hilfsreferent im RMdI, 1937 1. Medizinaldezernent der Regierung Erfurt, 1938 zum Reichsbeauftragten für Österreich abgeordnet, ORuMR, 1939 leitender Medizinalbeamter und Leiter der Gruppe Gesundheitswesen beim Reichsprotektor für Böhmen und Mähren in Prag, MR; Mitglied in Freikorps und völkischen Verbänden, u.a. im Alldeutschen Verband, NSDAP-Mitglied seit 5/1933.

Poschmann, Aloys, Dr., *19. 2. 1909, Studium des Berg- und Hüttenwesens und der Medizin, Approbation 1937, 1938 Assistenzarzt an der Heil- und Pflegeanstalt Merzig-Saar, 1939 Arzt beim Generalbauinspektor für das Straßenwesen, 1941 Arzt im Sanitätswesen der Organisation Todt, in dieser Funktion am Bau der Krankenhaus-Sonderanlagen der „Aktion Brandt" beteiligt, 1943 Chef des Sanitätsamtes der Organisation Todt; NSDAP-Mit-

glied seit 7/1937, Mitglied des NSDÄB, Leiter des Kreisamtes für Volksgesundheit Trier, SS-Beitritt 1936 (1941 StubF), SA-Mitglied.

Pychlau, Waldemar, Dr., *6. 11. 1887, Approbation 1923, 1924 Facharzt für Chirurgie, Leiter der Kassenärztlichen Vereinigung Heidelberg; NSDAP-Mitglied seit 4/1931, Leiter des Kreisamtes für Volksgesundheit Heidelberg, 1936 Leiter des Gauamtes für Volksgesundheit Baden, 1939–1941 Leiter der NSV-Abteilung Volksgesundheit, SA-Mitglied.

Radvan, Hans, Dr., *5. 10. 1900, Militärdienst, Approbation 1926, 1931 Allgemeinpraktiker, 1936 Beisitzer am Erbgesundheitsgericht Stade, 1941 Militärdienst; 1920–1922 Mitglied des Deutsch-Völkischen Schutz- und Trutzbundes, 1920–1924 Führer im Hochschulring deutscher Art, NSDAP-Mitglied seit 8/1929, 1932 Kreisobmann des NSDÄB, 1935 NSDÄB-Gauobmann, Leiter des Gauamtes für Volksgesundheit Osthannover-Braunschweig und der DAF-Abteilung Gesundheit (1937), Beitritt zur SA 1931 (SanStuF).

Ramm, Rudolf, Dr., *23. 10. 1887, Militärdienst, Approbation 1920, 1921 Allgemeinpraktiker, Leiter der Ärztekammer Saarpfalz; NSDAP-Mitglied seit 2/1930, 1932–1933 MdR, 1932–1936 Kreisleiter, 1934–1937 Oberbürgermeister von Pirmasens, 1932–1941 Gauobmann des NSDÄB, 1934–1941 Leiter des Gauamtes für Volksgesundheit Saarpfalz/Westmark, der DAF-Abteilung Gesundheit und der NSV-Abteilung Volksgesundheit (1937), 1938 Beauftragter des Reichsärzteführers für die Ostmark, 1939 Beauftragter der RÄK für die ärztliche Fortbildung und Leiter des Amtes Schulung und Propaganda im HAVG.

Reichert, Franz, Prof. Dr., *20. 8. 1888, Approbation 1914, 1939 Leiter der Abteilung Statistik im HAVG, Leiter der Arbeitsgemeinschaft für Statistik beim Reichsgesundheitsführer; NSDAP-Mitglied seit 5/1933, Mitglied des NSDÄB.

Reinhardt, Heinrich, Dr., Sanitätsrat, Allgemeinpraktiker in Melsungen, Leiter der Ärztekammer Kurhessen, Leiter des Gauamtes für Volksgesundheit (1936) und der DAF-Abteilung Gesundheit Kurhessen (1937).

Reiter, Hans, Prof. Dr., *26. 2. 1881, Ausbildung am St. Marys Hospital/London und am Institut Pasteur/Paris, Approbation 1906, Assistenzarzt an der Universitätspoliklinik Berlin und am Hygienischen Institut der Universität Königsberg, dort 1911 Habilitation, 1914–1918 Militärdienst (OberA), 1919 a.o. Prof. am Hygienischen Institut der Universität Rostock, 1926 Präsident des Landesgesundheitsamtes Mecklenburg-Schwerin, 1933 Präsident des Reichsgesundheitsamtes; 1921–1926 DVP-Mitglied, NSDAP-Mitglied seit 8/1931, 1932 MdL in Mecklenburg, Mitglied des Sachverständigenbeirats für Volksgesundheit, 1935 Hauptstellenleiter im HAVG, Mitglied des NSDÄB seit 1932, Beitritt zur SA 1941 (StaF).

Rhode, Richard, Dr., *13. 3. 1882, Approbation 1910, 1908–1918 Sanitätsoffizier (StabsA), seitdem Allgemeinpraktiker in Föhrenbach, Breitungen und Oberweimar, MD in der Gesundheitsabteilung des ThüMdI, 1936 Leiter der Ärztekammer, der KVD-Landesstelle Thüringen und des Gauamtes für Volksgesundheit, 1937–1939 Leiter der NSV-Abteilung Volksgesundheit, 1939 Leiter der DAF-Abteilung Gesundheit; NSDAP-Mitglied seit 3/1930.

Riedl, Franz, Dr., *14. 3. 1906, Approbation 1930, 1935 Facharzt für Augenkrankheiten, Leiter der Ärztekammer Steiermark, 1939–1944 Militärdienst; 1919 Mitglied des steirischen Heimatschutzes und des Alldeutschen Verbands, NSDAP-Mitglied seit 9/1928, 1935–1938 Fachschaftsleiter der NSBO in Graz, 1938 Leiter des Gauamtes für Volksgesundheit Steiermark, 1944 Leiter der Abteilung Gesundheitspolitik im HAVG, Beitritt zur SA 1933.

Rinne, Hans, Dr., *11. 2. 1888, 1914–1918 Militärdienst (StabsA), Approbation 1914, 1923 Facharzt für Chirurgie und Inhaber einer Privatklinik, nach 1933 Leiter der Ärztekammer Schleswig-Holstein; NSDAP-Mitglied seit 7/1931, 1935 Gauobmann des NSDÄB, 1936 Leiter des Gauamtes für Volksgesundheit Schleswig-Holstein, 1939–1941 Leiter der DAF-Abteilung Gesundheit, SS-Beitritt 1932 (StaF).

Röhrs, Hans Dietrich, Dr., *15. 9. 1901, Approbation 1927, Allgemeinpraktiker, Geschäftsführer der Ärztekammer und Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg; 1919–1920 Angehöriger der Bahrenfelder Jäger, NSDAP-Mitglied seit 1/1931, bis 1937 Kreisamtsleiter

für Volksgesundheit, Leiter des Amtes Gesundheitspolitik im HAVG und der Verbindungsstelle des Reichsgesundheitsführers, Mitglied des NSDÄB, SA-Beitritt 1931 (1937 SanOF), 1944 zur Waffen-SS einberufen.

Rostock, Paul, Prof. Dr., * 18. 1. 1892, 1908–1913 Kadettenkorps, 1915–1919 Militärdienst (OLt.), Approbation 1922, 1922–1927 Assistenzarzt an der chirurgischen Klinik Weimar, 1926 Facharzt für Chirurgie, 1927–1933 Oberarzt am Krankenhaus Bergmannsheil/Bochum, 1933 Oberarzt der Chirurgischen Universitätsklinik Berlin, 1941 Prof. für Chirurgie an der Universität Berlin, 1943 Leiter des Amtes Wissenschaft und Forschung beim Generalkommissar für das Sanitäts- und Gesundheitswesen; 1919 DNVP-Mitglied, NSDAP-Mitglied seit 5/1937.

Ruppert, Fritz, Dr. jur., * 16. 11. 1887, 1914–1918 Militärdienst, 1919 Eintritt ins RMdI, 1927 MR, Leiter des Wohlfahrts- und des Jugendpflegereferats.

Ruppin, Walter, Dr., * 22. 6. 1885, 1934 Leiter der Ärztekammer und der KVD-Landesstelle Mark Brandenburg, 1935 Mitarbeiter des Reichszulassungsausschusses der KVD; NSDAP-Mitglied seit 6/1926, 1929–1934 Gauobmann des NSDÄB, 1934 Leiter des Gauamtes für Volksgesundheit Mark Brandenburg, 1934 durch den Gauleiter amtsenthoben, 1932 MdR, SS-Mitglied (1934 StubF), Beitritt zur SA vor 1933.

Ruttke, Falk, Prof. Dr. jur., * 11. 11. 1897, 1914–1918 Militärdienst (Lt.), 1922 Syndikus beim Provinzialverband rheinisch-westfälischer Mietervereine in Essen, 1923 Syndikus des Arbeitgeber-Verbandes Eisenberg/Thüringen, 1927 Leiter der sozialpolitischen Abteilung des Reichsverbandes der Deutschen Fleischwarenindustrie, 1933 Geschäftsführer des Reichsausschusses für Volksgesundheitsdienst und der Reichszentrale für Gesundheitsführung, Mitglied des Sachverständigenbeirats für Bevölkerungs- und Rassenpolitik beim RMdI, 1935–1936 Dozent an der Hochschule für Politik, 1936 Hilfsreferent im RMdI, RR, 1938 ORR, 1941 Prof. an der Universität Jena; Mitglied in völkischen Vereinigungen und Freikorps, u. a. im Freikorps Halle, 1919–1932 Mitglied der DNVP, 1925–1927 Stadtrat, NSDAP-Mitglied seit 5/1932, Lektor der Parteiamtlichen Prüfungskommission für das NS-Schrifttum, SS-Beitritt 1934 (1938 StubF), Vertraulicher Mitarbeiter des SD.

Sachweh, Fritz, Dr., * 19. 11. 1894, 1914–1918 Militärdienst (Sanitätsvizefeldwebel), Approbation 1922, 1927 Facharzt für Frauenheilkunde, 1937 Leiter des Stadtkrankenhauses Darmstadt, 1940 Wehrmacht; 1920 Mitglied der Akademischen Wehr Münster, NSDAP-Mitglied seit 11/1929, Mitglied des NSDÄB seit 1931, 1934–1937 Gauobmann des NSDÄB Essen, Leiter des Gauamtes für Volksgesundheit und Leiter der NSV-Abteilung Volksgesundheit, 1937 Leiter des Kreisamtes für Volksgesundheit Darmstadt, SS-Mitglied, (1939 UStuF).

Samitz, Adolf, Dr., * 27. 1. 1900, 1918 Militärdienst, Approbation 1926, Assistenzarzt an der Lungenheilstätte Grafenhof/Salzburg, 1928 Assistenzarzt am Landeskrankenhaus Salzburg, 1930 Allgemeinpraktiker, 1939–1942 Militärdienst, 1942 Facharzt für Innere Medizin, Leiter der Ärztlichen Bezirksvereinigung Salzburg, Leiter der Gesundheitsabteilung beim Reichsstatthalter, ORuMR; 1919 Mitglied der Kärntner Legion, NSDAP-Mitglied seit 1931, 1931 Gauobmann des NSDÄB, 1932 und 1937 wegen nationalsozialistischer Betätigung verhaftet, 1938 Leiter des Gauamtes für Volksgesundheit Salzburg, SS-Beitritt 1932 (1943 StubF).

Schaeffer, Karl, Dentist, 1935 Hauptstellenleiter im HAVG, Reichsdentistenführer, 1939 Dienstenthebung nach Parteigerichtsverfahren.

Schenck, Ernst Günter, Dr. med. et phil., * 3. 8. 1904, Oberarzt im Klinikum Schwabing, Arbeiten zur Eiweißchemie und zu Ernährungsfragen, Leitung des Verbandes für Krankenernährung in der Reichsarbeitsgemeinschaft für Volksernährung, a.o. Prof. an der Universität München (1942); NSDAP-Mitglied seit 5/1937, 1939 Referent im HAVG für Ernährungsfragen, SA-Mitglied, SS-Mitglied (1944 OStubF), Ernährungsinspekteur der SS.

Schlinke, Wolfgang, * 26. 6. 1910, Jurastudium, RR im RMdI, Mitarbeiter der Reichsjugendführung, 1943 Militärdienst; NSDAP-Mitglied seit 9/1931.

Schmid-Sachsenstamm, Walter, Dr., * 11. 12. 1891, 1916–1918 Militärdienst (OberA), Approbation 1916, 1923 Facharzt für Tuberkuloseerkrankungen, 1919–1938 Arzt der Kärntner

Landeswohltätigkeitsanstalten, 1927 Primararzt, 1938 Direktor der Gau-Kranken-Heil- und Pflegeanstalten Klagenfurt, 1942–1944 leitender Medizinalbeamter beim Reichsstatthalter in Kärnten, RD; stellvertretender Leiter der Kassenärztlichen Vereinigung und der Ärztekammer Kärnten; NSDAP-Mitglied seit 4/1933, 1942–1944 Leiter des Gauamtes für Volksgesundheit, nach Parteigerichtsverfahren amtsenthoben, SS-Beitritt 1938.

Schmierer, Albert, *28. 11. 1899, 1918 Militärdienst, Approbation 1923, Apotheker in Freudenstadt, 1933 Apothekerführer des Bezirks Württemberg, 1933 Standesführer der Standesgemeinschaft Deutscher Apotheker, 1934 Reichsapothekerführer, 1937 Leiter der Reichsapothekerkammer, 1939 Leiter Reichsarbeitsgemeinschaft für Heilpflanzenkunde und Heilpflanzenbeschaffung; Mitglied mehrerer Freikorps, u.a. des Studentenbataillons von Jagow, NSDAP-Mitglied seit 12/1929, Mitglied im Sachverständigenbeirat für Volksgesundheit, Beitritt zur SA 1929 (1941 GruF).

Schmischke, Gustav, Dr., *19. 12. 1883, Militärdienst, Approbation 1910, 1913 Allgemeinpraktiker; NSDAP-Mitglied seit 7/1925, Gauleiter in Anhalt, 1927 wegen Differenzen mit dem Gaugeschäftsführer zurückgetreten, Mitglied des NSDÄB, 1935 Leiter des Gauamtes für Volksgesundheit, des Gauamtes für Rassenpolitik und der DAF-Abteilung Gesundheit Sachsen-Anhalt, 1942 Gaugesundheitsführer Magdeburg-Anhalt.

Scholten, Gustav, Prof. Dr., *21. 4. 1891, †1944, Approbation 1919, 1926 Facharzt für Frauenheilkunde, 1936 Chefarzt am Krankenhaus rechts der Isar/München, Mitglied im Beirat der RÄK (1939); NSDAP-Mitglied seit 12/1931, 1935 Hauptstellenleiter für allgemeine ärztliche Angelegenheiten im HAVG, Mitglied des NSDÄB seit 1931, 1934–1938 Vorsitzender des Disziplinargerichtshofes bei der Reichsleitung des NSDÄB.

Schönleben, Eduard, Dr., *28. 9. 1897, 1916–1918 Militärdienst, Ingenieurstudium, seit 1925 im bayerischen Staatsdienst beschäftigt, 1933 zum Generalinspekteur für das deutsche Straßenwesen als Leiter der Abteilung Reichsautobahnen abgeordnet, MD, 1939 Leiter der Abteilung Rüstungsausbau beim Reichsministerium für Bewaffnung und Munition, dort verantwortlich für den Krankenhausbau der „Aktion Brandt"; Mitglied des Freikorps Würzburg, der Reichsflagge und der Zeitfreiwilligenkompanie München, NSDAP-Mitglied seit 5/1933, SA-Beitritt 1933.

Schopohl, Heinrich, Dr., *3. 7. 1877, Approbation 1904, 1904 Assistenzarzt am Krankenhaus Groß-Lichterfelde/Berlin, 1908 Allgemeinpraktiker in Warburg, 1911 Kreisassistenzarzt in Breslau, 1913 Kreisarzt in Malmedy, 1919 Kreisarzt der Kreise Fulda und Gersfeld, 1924 in die Medizinalabteilung des Preußischen Wohlfahrtsministeriums einberufen, bearbeitet dort u.a. Angelegenheiten der Säuglingspflege, Kleinkinder- und Krüppelfürsorge und der Medizinalstatistik, 1926 Mitglied des Preußischen Landesgesundheitsrats, ORR, 1927 Personalreferent der Medizinalabteilung, 1928 MR, 1929 MD und Leiter der Medizinalabteilung, 1932 nach Auflösung des Ministeriums in das PrMdI versetzt, 1933 Versetzung in den Ruhestand.

Schött, Willi, Dr., *10. 6. 1892, 1914–1918 Militärdienst (FeldhilfsA), Approbation 1920, Assistenzarzt in Elbing, Castrop-Rauxel und Bochum, 1924 Stadtarzt in Bochum, 1938 als Hilfsarbeiter an die Regierung Düsseldorf einberufen, RuMR, im gleichen Jahr ins RMdI versetzt, 1940 ORuMR, 1939 Militärdienst (StabsA), 1944 Rückkehr ins RMdI; NSDAP-Mitglied seit 5/1933, Mitglied des NSDÄB.

Schröder, Hermann Otto, Dr. phil. et med. habil., *1. 11. 1902, Apothekergehilfe, Approbation und pharmazeutisches Staatsexamen 1925, Carl Duisberg-Stipendiat an der Universität Maryland, 1929–1930 Dozent am Krankenhaus Bad Homburg, 1930–1933 Dozent an der Universität Baltimore, 1931–1933 an der McGill Universität Montreal, 1933 Volontärassistent an der Universität Breslau, 1934 Assistenzarzt am Münchener Krankenhaus links der Isar, 1938 Habilitation; NSDAP-Mitglied seit 9/1930, Mitglied des NSDÄB, Mitarbeiter des HAVG.

Schultz, Hans, Dr., *15. 8. 1894, 1915–1918 Militärdienst (Lt.), Approbation 1921, seitdem niedergelassener Zahnarzt, 1932 MdL in Preußen, 1933 Stadtrat in Schwelm, Leiter der KVD-Landesstelle Rheinland; 1919–1921 Angehöriger des Freikorps Maercker, des Freikorps Halle und der Organisation Consul, 1924 Mitglied des Völkisch-sozialen Blocks,

NSDAP-Mitglied seit 1924, 1930 NSDÄB-Gauobmann Westfalen-Süd, 1934 Leiter des Gauamtes für Volksgesundheit Düsseldorf, SA-Beitritt 1925 (StaF).

Schultze, Walter, Prof. Dr., * 1. 1. 1894, Militärdienst (OLt.), Approbation 1919, 1926 Amtsarzt der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaft Speyer, 1931 in gleicher Position im Bezirk München-Oberbayern tätig, 1932–1933 MdL in Bayern, 1933 ins BayMdI berufen, Staatskommissar für das Gesundheitswesen, MD, Leiter der Gesundheitsabteilung im BayMdI, 1934 Honorarprof. an der Universität München; Mitglied des Freikorps Epp, 1919 Mitglied der Deutschen Arbeiterpartei, NSDAP-Mitglied seit 1920, 1931–1933 Stadtrat in Speyer, 1935–1944 Reichsdozentenführer, 1938 MdR, SS-Beitritt 1935 (1943 GruF), SA-Mitglied, Oberster SA-Arzt bis 1923 (1933 GruF).

Schütz, Walter, Dr. med. habil., * 2. 8. 1907, Approbation 1931, 1933 Assistenzarzt an der Universitätsnervenklinik Marburg, 1934–1937 Assistenzarzt an der dortigen HNO-Klinik, 1935 HNO-Facharzt, 1937 Assistenzarzt an der Universität Berlin, Dozent, 1939 Wehrdienst, 1941 persönlicher Referent Contis, 1944 beratender HNO-Arzt einer Heeresgruppe, 1945 a.o. Prof.; stellvertretender Vorsitzender des Hochschulrings deutscher Art in Heidelberg, NSDAP-Mitglied seit 1/1931, 1943 Referent im HAVG, Mitglied des NSDÄB, SS-Beitritt 1931 (1943 StubF), Verbindungsmann des HAVG zur Gestapo.

Sett, Erwin, Dr., * 26. 8. 1889, Militärdienst, Approbation 1914, 1923 niedergelassener Internist, 1936 Leiter der Ärztekammer Ostpreußen; NSDAP-Mitglied seit 5/1933, 1939 Leiter des Gauamtes für Volksgesundheit Ostpreußen und der DAF-Abteilung Gesundheit und Volksschutz, Mitglied des NSDÄB.

Spanuth, Robert, Dr., * 10. 10. 1892, 1914–1918 Militärdienst (FeldhilfsA), Approbation 1920, 1933–1937 Geschäftsführer der Kassenärztlichen Vereinigung und Leiter der Ärztekammer Pommern, 1938 Allgemeinpraktiker; 1924–1930 Stahlhelm, NSDAP-Mitglied seit 1929, 1930 NSDÄB Gauobmann, später Leiter des Gauamtes für Volksgesundheit Pommern, Beitritt zur SA 1929 (SanStaF).

Sperling, Paul W., Dr., * 2. 4. 1889, Approbation 1917, 1919 Allgemeinpraktiker, 1927 Geschäftsführer des Württembergischen Ärzteverbandes, 1933 Leiter der KVD-Landesstelle Bayern, 1934 Leiter der Ärztekammer Bayern, 1936–1944 Referent in der RÄK; NSDAP-Mitglied seit 1931, Mitglied im Sachverständigenbeirat für Volksgesundheit, 1934–1939 Hauptstellenleiter im HAVG für Fragen der Sozialversicherung, Mitglied des NSDÄB.

Sprauer, Ludwig, Dr., * 19. 10. 1884, Militärdienst (OberA), Approbation 1908, MR, Leiter der Gesundheitsabteilung im Badischen MdI; NSDAP-Mitglied seit 1932, 1933 Mitglied des NSDÄB.

Sprenger, Emil, Dr., * 24. 6. 1893 in Feldkirch/Österreich, 1914–1918 Militärdienst (Sanitätsleutnant), Approbation 1921, 1921 Sprengelarzt in Lamprechtshausen/Österreich, 1935 Lagerarzt im Flüchtlingshilfswerk der NSDAP/München, 1938 Arzt am Gesundheitsamt München, Medizinaldezernent der Regierung von Oberbayern, 1939 ORR, 1943 RMD; Mitglied der Großdeutschen Partei, NSDAP-Mitglied seit 5/1931, 1934 Gefängnisstrafe wegen nationalsozialistischer Betätigung, Berufsverbot in Österreich, 1935 Flucht nach Deutschland, Mitglied des NSDÄB seit 1931, SS-Beitritt 1935 (1940 OStubF).

Stadler, Hans, Dr., * 16. 5. 1883, 1915–1919 Militärdienst, 1910 niedergelassener Facharzt für Frauenheilkunde, Leiter der Gutachterstelle der Ärztekammer für Schwangerschaftsabbrüche und der Arbeitsgemeinschaft für Fruchtbarkeit in der Ehe; NSDAP-Mitglied seit 2/1932, Mitarbeiter des HAVG, Beitritt zur SA 1932.

Stähle, Eugen, Dr., * 17. 10. 1890, 1914–1918 Militärdienst (StabsA), Approbation 1914, 1933 Facharzt für Innere Medizin und Nervenheilkunde, 1919–1924 Chefarzt der Versorgungskuranstalt Waldeck-Nagold, 1931 Chefarzt des Genesungsheims Bad Röthenbach-Nagold, 1933 Vorsitzender des Württembergischen Ärztevereinbunds, Leiter der KVD-Landesstelle und der Ärztekammer Württemberg, 1933 MR im Württembergischen MdI; 1919 Freikorpsangehöriger, NSDAP-Mitglied seit 8/1927, 1930 Gauobmann des NSDÄB Württemberg-Hohenzollern, 1932 stellvertretender NSDÄB-Vorsitzender, 1936 Leiter des Gauamtes für Volksgesundheit und der DAF-Abteilung Gesundheit Württemberg (1938–1941), 1933 MdR.

Stawenow, Gustav, Dr., * 10. 7. 1874, RR im RMdI (1943), als Hilfsreferent zuständig für das Desinfektionswesen und die Schädlingsbekämpfung.

Streck, Arnulf, Dr., * 7. 6. 1891, † 1. 11. 1936, Militärdienst, 1931 niedergelassener Facharzt für Frauenheilkunde in Fürth; Mitglied im Bund Oberland, NSDAP-Mitglied seit 12/1931, 1935 Amtsleiter im HAVG, NSDÄB-Mitglied, 1933–1936 zuständig für die medizinische Betreuung des Reichsparteitags, SA-Beitritt 1931 (1933 SanBriF).

Strohschneider, Harald, Dr., * 1. 6. 1907, Approbation 1935, Krankenhausarzt im Burgenland und in Wien, 1938–1939 Mitarbeiter der Gesundheitsabteilung im Ministerium des Landes Österreich (Adjutant des Sozialministers Jury) und Referent für das öffentliche Gesundheitswesen und Erb- und Rassenpflege im Ministerium für innere und kulturelle Angelegenheiten, nach Auflösung des Ministeriums Arzt an der Staatsmedizinischen Akademie Berlin, 1941 persönlicher Referent Contis, 1941 Leiter des Amtes Gesundheit im HAVW und der NSV-Abteilung Volksgesundheit; 1926–1934 Mitglied der Akademischen Legion und des Steirischen Heimatschutzes, zeitweise stellvertretender Gauleiter der Steiermark, NSDAP-Mitglied, 1934 während seiner Teilnahme am Putschversuch der NSDAP verhaftet, 1935–1936 Gauleiter Burgenland, SS-Mitglied (1944 OStubF), 1939 Arzt der Waffen-SS, 1943 kurzzeitige Kriegsgefangenschaft.

Stuck, Ernst, Dr. med. dent., * 19. 12. 1893, Approbation 1921; NSDAP-Mitglied seit 9/1930, Mitglied des NSDÄB, 1931 Reichsfachberater für Zahnheilkunde bei der Reichsleitung der NSDAP, Mitglied des Sachverständigenbeirats für Volksgesundheit, 1933 Reichszahnärzteführer, Mitarbeiter des HAVG (1939), Beitritt zur SA 1933.

Taute, Max, Dr., * 22. 10. 1878, † 8. 11. 1934, seit 1901 Sanitätsoffizier, 1907–1919 Arzt der Schutztruppe für Deutsch-Ostafrika (StabsA), 1919 Übertritt ins RMdI, 1920 ORR, 1924 MR, zuständig für das ärztliche Bildungswesen, die Seuchenbekämpfung und die Pflege internationaler Wissenschaftsbeziehungen.

Tepe, Werner, * 8. 1. 1909, NSDAP-Mitglied seit 6/1931, 1938 Pressereferent des HAVG, 1941 Wehrberichterstatter einer Propagandakompanie, 1943 vermißt.

Tschammer-Quaritz, Johann Freiherr von, * 14. 12. 1876, Jurastudium, in der Gesundheitsabteilung des RMdI als Rechtsreferent tätig, 1937 als MR pensioniert, 1939 reaktiviert.

Väth, Oskar, Dr., * 12. 3. 1881, 1914–1918 Militärdienst, Allgemeinpraktiker, Besitzer eines naturheilkundlichen Sanatoriums, Leiter des Verbandes der Naturärzte; NSDAP-Mitglied seit 9/1925, Mitglied des Sachverständigenbeirates für Volksgesundheit, Leiter der Heilpraktikerschaft bis zum Amtsantritt Contis, 1942 Parteiausschluß.

Vellguth, Hermann, Dr., * 4. 2. 1906, Approbation 1930, Allgemeinpraktiker, 1933 Leiter der Abteilung für Erb- und Rassenkunde im Deutschen Hygienemuseum Dresden, 1936 Hilfsarzt an der Regierung Hannover, 1937 Amtsarzt in Preußisch-Holland, im selben Jahr als MedR in das RMdI versetzt, 1939 Leiter des Wiener Hauptgesundheitsamtes, 1943 zur Waffen-SS eingezogen, 1944 vermißt; NSDAP-Mitglied seit 2/1932, 1934–1935 Leiter des Gauamtes für Rassenpolitik Sachsen, 1942 Leiter des Gauamtes für Rassenpolitik Wien, Mitglied des NSDÄB, SS-Beitritt 1932 (1941 StubF), Vertraulicher Mitarbeiter des SD.

Vogt, Josef, Dr., * 22. 5. 1896, Approbation 1923, Assistenzarzt, 1926 Kreisfürsorgearzt im Landkreis Düsseldorf-Mettmann und Stadtfürsorgearzt in Düsseldorf, 1930–1937 Kreisarzt in Schleiden, 1937 an die Regierung Düsseldorf versetzt, dort als 2. und 1942 als 1. Medizinaldezernent tätig; NSDAP-Mitglied seit 5/1933, SA-Arzt.

Vonnegut, Franz, Dr., Sanitätsrat, * 20. 9. 1869, † 25. 6. 1941, Allgemeinpraktiker in Münster; NSDÄB-Gauobmann Westfalen-Nord, Leiter des Gauamtes für Volksgesundheit (1936) und der DAF-Abteilung Gesundheit (1937).

Wagner, Gerhard, Dr., * 18. 8. 1888, † 25. 3. 1939, 1914–1918 Militärdienst, Approbation 1919, seitdem Allgemeinpraktiker, Facharzt für Frauenheilkunde, 1933 Kommissar der ärztlichen Spitzenverbände, Leiter der KVD und RÄK, Reichsärzteführer; 1919–1924 Mitglied der Freikorps Epp und Oberland, NSDAP-Mitglied seit 5/1929, 1929 NSDÄB-Mitbegründer, 1932 NSDÄB-Vorsitzender, 1933 Vertrauensmann für Fragen der Volksgesundheit im Stab des Stellvertreters des Führers, 1934 Leiter des HAVG und des DAF-Amtes für Volksgesundheit, 1936 MdR, SA-Mitglied (GruF).

Wähner, Willibald, * 27. 2. 1891, 1914–1920 Militärdienst (OLt.), Jurastudium, 1924 2. Staatsprüfung, 1930 RR an der Regierung Merseburg, 1933 an der Regierung Breslau, 1934 ORR im Polizeipräsidium Breslau, 1938 in die Gesundheitsabteilung des RMdI versetzt, 1942 MR, bearbeitet Reichsverteidigungsangelegenheiten; NSDAP-Mitglied seit 5/1933.

Waitzer, Josef, * 5/1884, Militärdienst (Lt.), Bankangestellter, Olympiatrainer; NSDAP-Mitglied seit 4/1933, 1937 Referent für Sport und Leibesübungen im HAVG.

Walter, Otto, Dr., * 12. 12. 1890, Militärdienst als Offizier, Approbation 1920, im selben Jahr städtischer Fürsorgearzt in Mülheim/Ruhr, 1924–1931 hauptamtlicher Vertrauensarzt der dortigen Ortskrankenkasse, seitdem Allgemeinpraktiker, 1933 Kommissar für ärztliche Angelegenheiten in Berlin, 1936 Leiter des Vertrauensärztlichen Dienstes bei der Reichsführung der KVD, 1939 Sonderbeauftragter für den Vertrauensärztlichen Dienst im RAM, Präsident des Reichstuberkuloseausschusses; Angehöriger des Freikorps Epp, Mitglied der DNVP, NSDAP-Mitglied seit 10/1931, 1935 Hauptstellenleiter im HAVG, 1934–1941 Leiter des Amtes Volksgesundheit im HAVW.

Weber, Ludwig, Hptm., * 1898, 1943 Adjutant Karl Brandts.

Wegner, Ernst, Dr., * 16. 1. 1900, 1918 Militärdienst, Approbation 1925, seitdem Allgemeinpraktiker in Kirchberg, 1933 Staatskommissar für das Gesundheitswesen im SächsMdI, 1933 MR, 1937 auf Antrag des Reichsärzteführers dort ausgeschieden, seitdem Leiter der Ärztekammer Sachsen und Mitglied der RÄK, 1933 Leiter der KVD-Landesstelle Sachsen; Angehöriger der Brigade Ehardt und der Eisernen Division, NSDAP-Mitglied seit 5/1930, 1930 Gauobmann des NSDÄB Sachsen, 1932 stellvertretender NSDÄB-Vorsitzender, 1932–1933 MdR, 1934 Leiter des Gauamtes für Volksgesundheit Sachsen und der DAF-Abteilung Gesundheit (1939), 1941 Wechsel als Hauptstellenleiter ins HAVG, SA-Beitritt 1930 (1938 SanBriF).

Werr, Florian, Dr., * 15. 3. 1888, Approbation 1913, Militärdienst (OberA), Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten, Geschäftsführer des Reichsausschusses für Erbgesundheitsdienst beim RMdI, 1940 Sachbearbeiter für Angelegenheiten der Geschlechtskrankenfürsorge im RMdI; NSDAP-Mitglied seit 10/1929, Mitglied des NSDÄB.

Wex, Hellmut, Dr., * 9. 6. 1891, 1914–1918 Militärdienst, Approbation 1917, 1919 Assistenzarzt in Gelsenkirchen, 1920 Stadtarzt in Mönchengladbach, 1921 Kreisassistenzarzt in Monschau, 1926 Kreisarzt des Landkreises Düsseldorf-Mettmann, 1935 Amtsarzt in Düsseldorf-Mettmann, 1936 Medizinaldezernent der Regierung Düsseldorf, RuMR, 1938 geschäftsführender Direktor der Staatsmedizinischen Akademie Berlin, 1940 Leiter des Bremer Hauptgesundheitsamtes und leitender Medizinalbeamter des Landes Bremen; NSDAP-Mitglied seit 5/1933, Mitglied des NSDÄB, SS-Mitglied seit 1936 (1939 UStuF).

Will, Otto, Dr., * 5. 3. 1901, Approbation 1927; 1919–1920 Angehöriger des Freikorps Epp und des Bundes Oberland, 1927 Gründer des Nationalsozialistischen Studentenbundes in Erlangen, NSDAP-Mitglied seit 1929, 1931–1935 Gauobmann NSDÄB und Leiter des Gauamtes für Volksgesundheit Franken, 1936 Leiter des Gauamtes für Rassenpolitik, SA-Mitglied (1934 StubF).

Wirz, Franz G.W., Prof. Dr., * 10. 4. 1889, Militärdienst (OberA), Approbation 1916, 1920 Assistenzarzt an der Hautklinik der Universität München, 1923 Dozent, 1927–1934 a.o. Prof., 1938 Prof. an der Universität München; 1935 Leiter der Hauptstelle für Hochschulfragen im HAVG, Beauftragter des Reichsärzteführers für die Neue Deutsche Heilkunde, Leiter der Hochschulkommission im Stab des Stellvertreters des Führers, 1933–1937 Mitglied des Sachverständigenbeirats für Volksgesundheit, Ernährungsberater in der Dienststelle des Vierjahresplans; NSDAP-Mitglied seit 5/1933, Mitglied des NSDÄB, förderndes SS-Mitglied 1934–1939, SA-Mitglied 1933–1934.

Wittmann, Adolf, * 30. 5. 1906, Kaufmann, Versicherungsangestellter, seit 1930 Verwaltungssachbearbeiter beim NSDÄB, 1937–1945 in gleicher Funktion in der RÄK und im HAVG beschäftigt; NSDAP-Mitglied seit 5/1928, SA-Mitglied 1923 und 1928–1931.

Wolsegger, Wolfgang, Dr., * 10. 10. 1885, Approbation 1909, Militärdienst als Sanitätsoffizier, 1918 Arzt im Staatsamt für Volksgesundheit Wien, nach dessen Auflösung im Ministerium für innere und kulturelle Angelegenheiten beschäftigt, 1930 MR im Bundesministerium

für soziale Verwaltung, 1939 Versetzung zum RMdI, dort zuständig für Krankenhausfragen und Angelegenheiten der ärztlichen Hilfsberufe, zeitweilige Abordnung ins Generalgouvernement; NSDAP-Mitglied seit 5/1938, SA-Mitglied (1938 StuF).

Zimdars, Kurt, Dr., *7. 1. 1887, Approbation 1911, Psychiater an der Universitätsklinik in Greifswald und den Heil- und Pflegeanstalten Landsberg/Warthe und Lübben, 1921 Kreisassistenzarzt in Altena, 1923 Kreisarzt in Belgrad, 1934 Hilfsarbeiter (MedR) im Polizeipräsidium Berlin, 1935 RuMR an der Regierung Stade, 1935 in gleicher Funktion an die Regierung Merseburg versetzt, 1936 als ORuMR Medizinaldezernent der Regierung Oppeln, im gleichen Jahr Versetzung in das RMdI, dort zuständig für Teilbereiche der Gesundheitsfürsorge,1938 MR; NSDAP-Mitglied seit 5/1933, Mitglied des NSDÄB, SA-Mitglied 1934–1936.

Quellen und Literatur

Ungedruckte Quellen

1. Bundesarchiv, Koblenz (BAK)

All. Proz. 1	Nürnberger Prozesse (Verfahren gegen Karl Brandt u. a.)
All. Proz. 2	Nürnberger Prozesse, Materialien der Anklage (Pretrial Interrogations)
All. Proz. 8	Verfahren gegen Alfons Klein u. a.
B 326	Abwicklungsstelle bei der Oberfinanzdirektion Hamburg
Kl. Erw. 441	Teilnachlaß Percy Ernst Schramm
Kl. Erw. 512, 883	Reichskommissar für das Sanitäts- und Gesundheitswesen
NL 1329	Nachlaß Ernst Günter Schenck
Ost-Dok.	Ostdokumentation

2. Bundesarchiv, Berlin (BAB)

DQ 1	Ministerium für Gesundheitswesen
EVZ	Euthanasieakten des Ministeriums für Staatssicherheit
Filme	Bestandsergänzungs-Mikrofilme des ehemaligen Zentralen Staatsarchivs der DDR
NS 1	Reichsschatzmeister
NS 5–I	Deutsche Arbeitsfront
NS 6	Parteikanzlei der NSDAP
NS 18	Reichspropagandaleiter der NSDAP
NS 19	Persönlicher Stab Reichsführer SS
NS 20	Kleine Erwerbungen NSDAP
NS 22	Reichsorganisationsleiter
NS 25	Hauptamt für Kommunalpolitik
NS 26	NSDAP Hauptarchiv
NS 37	Nationalsozialistische Volkswohlfahrt
R 2	Reichsfinanzministerium
R 2–Anhang	Abwicklungsstelle des Reichsfinanzministeriums
R 3	Reichsministerium für Rüstung und Kriegsproduktion
R 12–I	Reichsgruppe Industrie
R 13–XII	Wirtschaftsgruppe chemische Industrie
R 13–XIV	Wirtschaftsgruppe Textilindustrie
R 18	Reichsministerium des Innern
R 18–Anhang	Ministerial Collecting Center
R 25	Reichsamt für Wirtschaftsausbau
R 36	Deutscher Gemeindetag
R 41	Reichsarbeitsministerium
R 42–I	Reichsverband der Ortskrankenkassen
R 43–II	Reichskanzlei
R 50–I	Organisation Todt
R 55	Reichsministerium für Volksaufklärung und Propaganda
R 58	Reichssicherheitshauptamt
R 89	Reichsversicherungsamt
R 96–I	Reichsarbeitsgemeinschaft für Heil- und Pflegeanstalten

15.01 Pers.	Personalakten des Reichsministeriums des Innern
46.03	Reichsministerium für Rüstung und Kriegsproduktion
50.01	Reichsministerium für die kirchlichen Angelegenheiten
62.03	Deutsche Arbeitsfront (Zeitungsausschnittsammlung des Arbeitswissenschaftlichen Instituts)

Bestände des ehemaligen Berlin Document Center im BAB (zit. als Personalakten)
MCC (Ministerial Collecting Center)
Oberstes Parteigericht der NSDAP
Partei-Correspondence
Reichsärztekammer
Research
O
SS-Offiziere
SL

Druckschriftensammlung

NSD	Drucksachen der NSDAP
PD	Preußische Drucksachen
RD	Drucksachen des Deutschen Reiches

3. Bundesarchiv Berlin, Abteilung Filmarchiv

Filmarchiv der Persönlichkeiten: Leonardo Conti

4. Bundesarchiv-Zwischenarchiv, Dahlwitz-Hoppegarten (BAD)

ZA, ZM, ZB	(personenbezogene Mischbestände)

5. Bundesarchiv-Militärarchiv, Freiburg i. Br. (BA-MA)

RH 12–23, H 20	Heeressanitätsinspektion
RH 55	Lazarette
RH 53–7	Wehrkreiskommando VII (München)
RW 20, 21	Rüstungsdienststellen im Reichsgebiet

6. Institut für Zeitgeschichte, München (IfZ)

ED 66	Nachlaß Wilhelm Hagen
ED 1158	Walter Tießler, Licht und Schatten (MS)
Db	Druckschriftensammlung
Fa	Kopiensammlung
MA	Mikrofilmsammlung
MB 15	Nürnberger Ärzteprozeß
NO	Nürnberger Dokumente
ZS 2327	Zeugenschrifttum Walter Tießler

7. Archiv der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Köln (AKBV)

Akten der KVD
Paul Sperling, PG Aesculap (MS)
Rundschreiben der Reichsärztekammer
Rundschreiben der Reichsleitung der KVD
Urteilssammlung Reichsärztegerichtshof

8. Zentrale Stelle der Landesjustizverwaltungen zur Verfolgung nationalsozialistischer Verbrechen, Ludwigsburg (ZSL)

Sammelakten

426	Urteile des Landgerichts Frankfurt a.M. Ks 2/66 und des Bundesgerichtshofs 2 StR 105/70 gegen Reinhold Vorberg u.a.
435	Urteile des Landgerichts Frankfurt a.M. Ks 1/69 gegen Hans-Joachim Becker u.a.
ASA 50	Anklageschrift der Generalstaatsanwaltschaft Frankfurt a.M. gegen Werner Heyde u.a., Js 17/59
ASA 60	Anklageschrift der Staatsanwaltschaft Hamburg gegen Friedrich Lensch u.a., 147 Js 58/67

Ermittlungsverfahren

7 AR-Z 340/1959	Ermittlungen gegen Werner Blankenburg
117 AR-Z 161/69	Ermittlungen gegen unbekannt, Tatort Brätz, Kreis Meseritz
439 AR 1631/61	Ermittlungen der Staatsanwaltschaft München I gegen Luise Erdmann u.a.
439 AR 1412/64	Ermittlungen der Staatsanwaltschaft Köln gegen Alfred Leu u.a.
439 AR-Z 37/66	Ermittlungen gegen das Personal der Heil- und Pflegeanstalt Uchtspringe
439 AR 412/67	Ermittlungen gegen Gerhard Wenzel
449 AR 2497/1966	Ermittlungen der Staatsanwaltschaft Berlin gegen Hilde Wernicke u.a.
449 AR 424/92	Ermittlungen gegen das Personal der Kinderfachabteilungen

Sammlung Verschiedenes
Heidelberger Dokumente
Aussagensammlung Euthanasie

9. Zentrum zur Aufbewahrung historisch-dokumentarischer Sammlungen, Moskau (ZAhdS)

Fond 500	Reichssicherheitshauptamt

10. Zentrum für Sozialpolitik, Bremen (ZeS)

Ordner Conti

11. Bayerisches Hauptstaatsarchiv, München (BayHStA)

MA Staatskanzlei
MSo Ministerium für Sonderaufgaben
Reichsstatthalter

12. Brandenburgisches Landeshauptarchiv, Potsdam (BrLHA)

Br. Pr. Rep. 1, Abt. XIII	Leitender Medizinalbeamter beim Oberpräsidenten
Br. Pr. Rep. 2 A, Abt. I Med.	Regierung Potsdam, Medizinalangelegenheiten
Br. Pr. Rep. 3 B, Abt. I Med.	Regierung Frankfurt/Oder, Medizinalangelegenheiten
Br. Pr. Rep. 45 D	Kreisärzte
Br. Pr. Rep. 55, Abt. IX	Brandenburgischer Provinzialverband, Wirtschaftsabteilung
Br. Pr. Rep. 75	IG-Farben AG, Werk Premnitz; Kurmärkische Zellwolle und Zellulose AG Wittenberge

13. Landeshauptarchiv Sachsen-Anhalt, Magdeburg (LHSA)

Rep. C 28 Ig	Regierung Magdeburg, Medizinalabteilung
Rep. C 20 Ib	Oberpräsidium der Provinz Sachsen
Rep. C 30	Landratsamt Wanzleben
Rep. G 4	Gauarbeitsämter
Rep. J	Kapitalistische Wirtschaft

14. Niedersächsisches Hauptstaatsarchiv, Hannover (NdsHStA)

Hann. 122a	Oberpräsidium Hannover
Hann. 180 Lbg.	Regierung Lüneburg
Nds. 120 Lbg.	Regierung Lüneburg
Nds. 171 Hann.	Spruchkammer Hannover
Nds. 171 Hild.	Spruchkammer Hildesheim
Nds. 171 Lbg.	Spruchkammer Lüneburg

15. Nordrheinwestfälisches Hauptstaatsarchiv, Düsseldorf (NRWHStA)

BR	Behördenarchiv Rheinland
NW 130	Innenministerium Nordrhein-Westfalen, Einzelentscheide nach dem Gesetz zu Artikel 131 GG
NW 1000–1128	Entnazifizierungsausschüsse
Regierung Düsseldorf	

16. Mecklenburgisches Landeshauptarchiv, Schwerin (MeckLHA)

Ministerium des Innern
Ministerium für Unterricht, Kunst, geistliche Angelegenheiten und Medizinalangelegenheiten
Ministerium für Sozialwesen

17. Sächsisches Hauptstaatsarchiv, Dresden (SächsHStA)

Ministerium des Innern
Staatsanwaltschaft beim Landgericht Dresden
Stahl- und Walzwerk Riesa

18. Thüringisches Hauptstaatsarchiv, Weimar (ThüHStA)

Thüringisches Innenministerium, Abt. E. (Wohlfahrts- und Gesundheitswesen)
KVD, Landesstelle Thüringen
Gustloff-Werke Weimar

19. Generallandesarchiv Karlsruhe (GLAK)

465d	NSDAP, Verbände, Polizei

20. Staatsarchiv Augsburg (StAA)

NSDÄB Augsburg-Land

21. Staatsarchiv Bamberg (StAB)

M 30	Gauleitung Bayerische Ostmark

22. Staatsarchiv Gotha (StAG)

Regierung Erfurt

23. Staatsarchiv Leipzig (StAL)

Heil- und Pflegeanstalt Dösen
Heil- und Pflegeanstalt Zschadraß

24. Staatsarchiv München (StAM)

Gesundheitsämter
NSDAP
Oberkohle AG
Staatsanwaltschaften

25. Staatsarchiv Münster (StAMü)

Gauleitung Westfalen-Nord, Hauptleitung
Gauleitung Westfalen-Nord, Gauamt für Volkswohlfahrt
Kreis- und Ortsgruppenleitungen
Oberpräsidium Münster
Personalakten
Regierung Arnsberg

26. Staatsarchiv Nürnberg (StAN)

KV-Verteidigung

27. Archiv des Landschaftsverbandes Rheinland (ALVR)

Heilanstalten und erweiterte Armenpflege

28. Amtsgericht München, Familiengericht (FGM)[1]

Sonderregistratur S (Spruchkammerakten)

29. Stadtarchiv Duisburg (StadtAD)

503	Gesundheitsamt

30. Historisches Archiv der Stadt Köln (StadtAK)

Acc. 648	Amt für Krankenanstalten
Acc. 673	Riehler Heimstätten
687	Gesundheitsamt, Abteilung 61 Mob.
690	Krankenanstalten
ZS/Kriegschronik	

[1] Die Spruchkammerakten wurden inzwischen an die bayerischen Staatsarchive abgegeben.

31. Stadtarchiv München (StadtAM)

Bürgermeister und Rat
Gesundheitsamt
Krankenanstalten
Ratsprotokolle

32. Archiv der Mannesmann-AG, Düsseldorf (AMAN)

R 2 Betriebliche Sozialfürsorge, Betriebskrankenkassen

Gedruckte Quellen[2]

Ackermann, Wilhelm: Der ärztliche Nachwuchs zwischen Weltkrieg und nationalsozialistischer Erhebung. Med. Diss. Köln 1940.
Behnken, Klaus (Hrsg.): Deutschland-Berichte der Sozialdemokratischen Partei Deutschlands (SoPaDe) 1934–1940, 7 Bde. Frankfurt a. M. 1980.
Behring, Emil von: Einführung in die Lehre von der Bekämpfung der Infektionskrankheiten. Berlin 1912.
Below, Nicolaus von: Als Hitlers Adjutant 1937–1945. Mainz 1980.
Berger, Hermann: Kleiner Kulturspiegel des heutigen Arzttums nach Zeitschriftenstimmen des letzten Jahrzehnts. Jena 1940.
Bericht über das bayerische Gesundheitswesen, hrsg. vom Bayerischen Staatsministerium des Innern, bearb. vom Bayerischen Statistischen Landesamt 1928–1953. München 1930–1955.
Bevölkerung und Wirtschaft 1872–1972, hrsg. vom Statistischen Bundesamt. Wiesbaden 1972.
Blome, Kurt: Arzt im Kampf. Erlebnisse und Gedanken. Leipzig 1942.
Boberach, Heinz (Hrsg.): Meldungen aus dem Reich 1938–1945. Die geheimen Lageberichte des Sicherheitsdienstes der SS, 17 Bde. Herrsching 1984.
Boelcke, Willi A. (Hrsg.): Kriegspropaganda 1939–1941. Geheime Ministerkonferenzen im Reichspropagandaministerium. Stuttgart 1966.
Brahm, Klaus: Die Diphtherie-Erkrankungen in der Medizinischen Klinik der Universität Würzburg während der Jahre 1934–1943. Med. Diss. Würzburg 1947.
Bürger-Prinz, Hans: Ein Psychiater berichtet. München/Zürich 1973.
Dauer, Max: Der Verlauf der Diphtherie in Erlangen-Stadt in den Jahren 1920–1941 (mit einem Bericht über die im Jahre 1940 durchgeführten aktiven Diphtherieschutzimpfungen). Med. Diss. Erlangen 1942.
Dörner, Klaus/Ebbinghaus, Angelika/Linne, Carsten (Hrsg.): Der Nürnberger Ärzteprozeß 1946/47. Wortprotokolle, Anklage- und Verteidigungsmaterial, Quellen zum Umfeld (MF). München u. a. 1999.
Forßmann, Werner: Selbstversuch. Erinnerungen eines Chirurgen. Düsseldorf 1972.
Fröhlich, Elke (Hrsg.): Die Tagebücher von Joseph Goebbels. Teil I: Aufzeichnungen 1923–1941, Teil II: Diktate 1941–1945, 9 und 15 Bde. München 1997–2000, 1993–1996.
Gärtner, August: Einrichtung und Hygiene der Kriegsgefangenenlager, in: Wilhelm Hoffmann (Hrsg.): Hygiene. Leipzig 1922, S. 162–265.
Goetze, Fritz/Meeske, Hellmuth (Hrsg.): Reichsgesundheitswesen. Eine Sammlung der wichtigeren Gesetze, Verordnungen und Verwaltungsvorschriften des Reichsrechts über das Gesundheitswesen. München 1937.
Gumpert, Martin: Heil Hunger. Health under Hitler. London 1940.
Gruber, Georg B.: Von ärztlicher Ethik. Stuttgart 1937.

[2] Bis 1945 erschienene Zeitschriftenbeiträge sind in den Fußnoten nachgewiesen.

Hamburger Stiftung für Sozialgeschichte des 20. Jahrhunderts (Hrsg.): Sozialstrategien der Deutschen Arbeitsfront, bearb. von Michael Hepp und Karl Heinz Roth. Hamburg 1986–1987.

Hase, Albrecht: Ungeziefer, in: Wilhelm Hoffmann (Hrsg.): Hygiene. Leipzig 1922, S. 306–326.

Heiber, Helmut/Longerich, Peter (Bearb.): Akten der Partei-Kanzlei der NSDAP. Rekonstruktion eines verlorengegangenen Bestandes, 4 Bde. und 4 Registerbde. München u.a. 1983/1992.

Hempel, K. (Bearb.): Der Arbeitseinsatzingenieur. Sammlung aller Bestimmungen und Richtlinien in laufender Folge, hrsg. vom Rüstungsamt-Reichs-Arbeitseinsatzingenieur unter Mitwirkung des Zentralamts des Reichsministeriums für Rüstung und Kriegsproduktion. Leipzig o.J. [1944].

Hitler, Adolf: Mein Kampf. München [41]1933.

Hoffmann, Wilhelm (Hrsg.): Hygiene (= Otto v. Schjerning (Hrsg.): Handbuch der ärztlichen Erfahrungen im Weltkriege 1914/1918, Bd. 7). Leipzig 1922.

Hohmann, Joachim S.: Der „Euthanasie"-Prozeß Dresden 1947. Eine zeitgeschichtliche Dokumentation. Frankfurt a.M. u.a. 1993.

Internationaler Militärgerichtshof (Hrsg.): Der Prozeß gegen die Hauptkriegsverbrecher vor dem Internationalen Militärgerichtshof Nürnberg, 14. 11. 1945–1. 10. 1946, 42 Bde. Nürnberg 1947–1949.

Kaiser, Jochen-Christoph/Nowak, Kurt /Schwartz, Michael (Hrsg.): Eugenik, Sterilisation, Euthanasie. Politische Biologie in Deutschland 1895–1945. Berlin 1992.

Klee, Ernst (Hrsg.): Dokumente zur „Euthanasie". Frankfurt a.M. 1985.

Klein, Wilhelm (Hrsg.): Der Amtsarzt. Ein Nachschlagewerk für Medizinalbeamte. Jena [2]1943.

Klinger, Heinz: Wege und Nebenwege. Erinnerungen eines Hamburger Arztes. Hamburg 1976.

Kotze, Hildegard von (Hrsg.): Heeresadjutant bei Hitler 1938–1945. Aufzeichnungen des Majors Engel. Stuttgart 1974.

Kuropka, Joachim (Hrsg.): Meldungen aus Münster 1924 – 1944. Geheime und vertrauliche Berichte von Polizei, Gestapo, NSDAP und ihren Gliederungen, staatlicher Verwaltung, Gerichtsbarkeit und Wehrmacht über die politische und gesellschaftliche Situation in Münster. Münster 1991.

Liek, Erwin: Gedanken eines Arztes. Berlin [3]1942.

Löffler, Ludwig (Bearb.): Clemens August Graf von Galen. Akten, Briefe, Predigten 1933–1946, 2 Bde. Mainz 1988.

Mayr, Richard: Das Fleckfieber in der Geschichte und seine Bekämpfung unter besonderer Berücksichtigung der Heißluftentwesung. Med. Diss. Würzburg 1943.

Medicus, Franz A.: Das Reichsministerium des Inneren. Berlin 1940.

Mitchell, Brian R.: European Historical Statistics 1950–1970. London u.a. 1975.

Moll, Martin (Hrsg.): Führer-Erlasse 1939–1945. Edition sämtlicher überlieferter, nicht im Reichsgesetzblatt abgedruckter, von Hitler während des Zweiten Weltkrieges schriftlich erteilter Direktiven aus den Bereichen Staat, Partei, Wirtschaft, Besatzungspolitik und Militärverwaltung. Stuttgart 1997.

Müller, Berthold: Ärztliche Gesetzeskunde einschließlich der Versicherungsmedizin. München 1939.

Otto, Richard: Fleckfieber, in: Wilhelm Hoffmann (Hrsg.): Hygiene. Leipzig 1922, S. 403–460.

Parteistatistik der NSDAP, Stand 1. 1. 1935, 4 Bde., hrsg. vom Reichsorganisationsleiter der NSDAP, bearbeitet vom Hauptorganisationsamt/Amt Statistik. o.O. [München] o.J. [1938].

Petzina, Dietmar/Abelshauser, Werner/Faust, Anselm: Sozialgeschichtliches Arbeitsbuch, Bd. III: Materialien zur Statistik des Deutschen Reiches 1914–1945. München 1978.

Picker, Henry: Hitlers Tischgespräche im Führerhauptquartier 1941–1942, bearb. von Gerhard Ritter. Bonn 1951.

Portmann, Heinrich: Der Bischof von Münster. Das Echo eines Kampfes für Gottesrecht und Menschenrecht. Münster 1946.
Präg, Werner/Jacobmeyer, Wolfgang (Hrsg.): Das Diensttagebuch des deutschen Generalgouverneurs in Polen 1939–1945. Stuttgart 1975.
Puntigam, Franz/Breymesser, Hermann/Bernfus, Erich: Blausäuregaskammern zur Fleckfieberabwehr. Grundlagen, Planung und Betrieb. Berlin 1943.
Ramm, Rudolf: Ärztliche Rechts- und Standeskunde. Der Arzt als Gesundheitserzieher. Berlin 1942.
Reichsorganisationsleiter der NSDAP (Hrsg.): Organisationsbuch der NSDAP. München ^{5}1938.
Reichsorganisationsleiter der NSDAP (Hrsg.): Wege zur Gesundheitsführung, bearb. vom Amt Gesundheits- und Volksschutz der DAF. Berlin 1940.
Rieker, Elisabeth: Die bisherigen Ergebnisse der Diphtherieschutzimpfung in München. Med. Diss. München 1944.
Rüter, C.F./Rüter-Ehlermann, Adelheid (Hrsg.): Justiz und NS-Verbrechen. Sammlung deutscher Strafurteile wegen nationalsozialistischer Tötungsverbrechen 1945–1966, 26 Bde. Amsterdam 1968–2001.
Sanitätsbericht über das deutsche Heer im Weltkriege 1914/18, bearb. in der Heeressanitätsinspektion des Reichswehrministeriums, 3 Bde. Berlin 1938.
Schaumberg, Rupprecht: Der Verlauf der Diphtherie in den letzten 10 Jahren an der medizinischen Universitätsklinik Erlangen. Med. Diss. Erlangen 1943.
Schloßberger, Hans: Kriegsseuchen. Historischer Überblick über ihr Auftreten und ihre Bekämpfung. Jena 1945.
Schultz, J. H./Bergler, G./Michl, W.: Vertrauen zum Arzt. Medizinisch-psychologische Auswertung einer Erhebung der Gesellschaft für Konsumforschung durch das Reichsinstitut für Psychologische Forschung und Psychotherapie im Reichsforschungsrat. Stuttgart u. a. 1944.
Seldte, Franz: Sozialpolitik im Dritten Reich 1933–1938. München u. a. 1939.
Speer, Albert: Erinnerungen. Frankfurt a. M. 1969.
Speer, Albert: „Alles was ich weiß." Aus unbekannten Geheimdienstprotokollen vom Sommer 1945, hrsg. von Ulrich Schlie. München 1999.
Statistisches Handbuch von Deutschland 1928–1944, hrsg. vom Länderrat des Amerikanischen Besatzungsgebiets. München 1949.
Statistisches Jahrbuch für das Deutsche Reich 1925–1941/1942. Berlin 1926–1942.
Stier-Slomo, Fritz: Reichsversicherungsordnung. Handkommentar. München/Berlin 1929.
Sütterlin, Theobald/Klein, Wilhelm: Seuchenbekämpfung, in: Arthur Gütt (Bearb.): Der Amtsarzt. Ein Nachschlagewerk für Medizinal- und Verwaltungsbeamte. Jena 1936, S. 291–376.
Trials of War Criminals before Nuernberg: Military Tribunals under Control Council Law No. 10. Nuernberg October 1946–April 1949. The Medical Case. Washington 1949–1957.
United States Strategic Bombing Survey, Area Studies Report. Washington 1947.
United States Strategic Bombing Survey, Civilian Defense Division. Final Report. Washington 1947.
Volk, Ludwig (Hrsg.): Akten Deutscher Bischöfe über die Lage der Kirche 1933–1945, Bd. V: 1940–1942. Mainz 1983.
Wagner, Gerhard: Reden und Aufrufe, hrsg. von Leonardo Conti. Berlin u. a. 1943.
Walbaum, Jost (Hrsg.): Kampf den Seuchen! Deutscher Ärzte-Einsatz im Osten. Die Aufbauarbeit im Gesundheitswesen des Generalgouvernements. Krakau 1941.
Zimmermann, Friedrich: Über ärztliche und hygienische Richtlinien und Erfahrungen in Ostarbeiterlagern. Med. Diss. München 1945.
Zschucke, Martin: Das Reichsarbeitsministerium. Berlin 1940.

Literatur

Alexander, Leo: Medical Science under Dictatorship, in: The New England Journal of Medicine 241 (1949), S. 39–47.

Alexander, Leo: Moralism and Morality from the Viewpoint of the Psychiatrist, in: Jago Galdston (Hrsg.): Ministry and Medicine in Human Relations. New York 1955, S. 81–99.

Alltagsgeschichte der NS-Zeit. Neue Perspektive oder Trivialisierung? München 1984.

Aly, Götz: Medizin gegen Unbrauchbare, in: Beiträge zur nationalsozialistischen Gesundheits- und Sozialpolitik 1 (1985), S. 9–74.

Aly, Götz: Der saubere und der schmutzige Fortschritt, in: Beiträge zur nationalsozialistischen Gesundheits- und Sozialpolitik 2 (1985), S. 9–79.

Aly, Götz: Die „Aktion Brandt", in: Ders. (Hrsg.): Aktion T4, 1939–1945. Berlin 1987, S. 168–182.

Aly, Götz (Hrsg.): Aktion T4, 1939–1945. Die „Euthanasie"-Zentrale in der Tiergartenstraße 4. Berlin 1987.

Aly, Götz: Tuberkulose und Euthanasie, in: Jürgen Pfeiffer (Hrsg.): Menschenverachtung und Opportunismus. Zur Medizin im Dritten Reich. Tübingen 1992, S. 131–147.

Aly, Götz: Hinweise für die weitere Erforschung der NS-Gesundheitspolitik und der „Euthanasie"-Verbrechen, in: Beiträge zur nationalsozialistischen Gesundheits- und Sozialpolitik 11 (1993), S. 195–204.

Aly, Götz: Endlösung. Völkerverschiebung und der Mord an den europäischen Juden. Frankfurt a. M. 1995.

Aly, Götz/Heim, Susanne: Vordenker der Vernichtung. Auschwitz und die deutschen Pläne für eine neue europäische Ordnung. Hamburg 1991.

Aly, Götz/Heim, Susanne: Das Zentrale Staatsarchiv in Moskau („Sonderarchiv"). Rekonstruktion und Bestandsverzeichnis verschollen geglaubten Schriftguts aus der NS-Zeit. Düsseldorf 1993.

Aly, Götz/Roth, Karl Heinz: Die restlose Erfassung. Volkszählen, Identifizieren, Aussondern im Nationalsozialismus. Berlin 1984.

Ankerstein, Hilmar S. u. a. (Bearb.): Heilen und Vernichten im Nationalsozialismus. Köln und das Rheinland (Ausstellungskatalog). Köln 1985.

Arbeitsgruppe zur Erforschung der Geschichte der Karl-Bonhoeffer-Nervenklinik (Hrsg.): Totgeschwiegen 1933–1945. Zur Geschichte der Wittenauer Heilstätten. Seit 1957 Karl-Bonhoeffer-Nervenklinik. Wiss. Beratung: Götz Aly. Berlin ²1989.

Arens, Christoph: Zeitzeugen berichten 1991 über Verbreitung und Wirkung der Predigten des Bischofs von Münster, Clemens August Graf von Galen, im Sommer 1941, in: Joachim Kuropka (Hrsg.): Clemens August Graf von Galen. Neue Forschungen zum Leben und Wirken des Bischofs von Münster. Münster 1992, S. 391–402.

Ärztekammer Berlin (Hrsg.): Der Wert des Menschen. Medizin in Deutschland 1918–1945. Redaktion: Christian Pross/Götz Aly. Berlin 1989.

Asendorf, Manfred: Als Hamburg in Schutt und Asche fiel und wie der NS-Staat die Krise bewältigte, in: Angelika Ebbinghaus/Heidrun Kaupen-Haas/Karl Heinz Roth (Hrsg.): Heilen und Vernichten im Mustergau Hamburg. Bevölkerungs- und Gesundheitspolitik im Dritten Reich. Hamburg 1984, S. 188–197.

Ayaß, Wolfgang: „Asoziale" im Nationalsozialismus. Stuttgart 1995.

Aziz, Philippe: Doctors of Death, 4 Bde. Genf 1976.

Baader, Gerhard/Schultz, Ulrich (Hrsg.): Medizin und Nationalsozialismus. Tabuisierte Vergangenheit – ungebrochene Tradition? Frankfurt a. M. ³1987.

Baeyer, Walter von: Die Bestätigung der NS-Ideologie in der Medizin unter besonderer Berücksichtigung der Euthanasie, in: Universitätstage 1966. Nationalsozialismus und die deutsche Universität. Berlin 1966, S. 63–75.

Bajohr, Frank/Johe, Werner/Lohalm, Uwe (Hrsg.): Zivilisation und Barbarei. Die widersprüchlichen Potentiale der Moderne. Gedenkschrift für Detlev Peukert. Hamburg 1991.

Baltes, Bernd: Das „Euthanasieprogramm" in Mönchengladbach am Beispiel des St. Josefshauses in Hardt, in: Ralf Seidel/Wolfgang Franz Werner (Hrsg.): Psychiatrie im Abgrund. Spurensuche und Standortbestimmung nach den NS-Psychiatrie-Verbrechen. Köln 1991, S. 46–52.

Bauer, Theresia: Nationalsozialistische Agrarpolitik und bäuerliches Verhalten im Zweiten Weltkrieg. Eine Regionalstudie zur ländlichen Gesellschaft in Bayern. Frankfurt a.M. 1996.

Bayle, François: Croix gammée contre caducée. Les expériences humaines en Allemagne pendant la deuxième guerre mondiale. Berlin 1950.

Beck, Christoph: Sozialdarwinismus, Rassenhygiene, Zwangssterilisation und Vernichtung „lebensunwerten" Lebens. Bonn ²1995.

Beck, Earl Ray: Under the Bombs. The German Home Front 1942–1945. Lexington 1986.

Becker, Peter Emil: Zur Geschichte der Rassenhygiene. Wege ins Dritte Reich, 2 Bde. Stuttgart 1988/1990.

Beddies, Thomas: Die pommersche Heil- und Pflegeanstalt im brandenburgischen Obrawalde bei Meseritz, in: Baltische Studien. Pommersche Jahrbücher für Landesgeschichte N.F. 84, 130 (1998), S. 85–114.

Beddies, Thomas/Dörries, Andrea (Hrsg.): Die Patienten der Wittenauer Heilstätten in Berlin 1919–1960. Husum 1999.

Beer, Wilfried: Kriegsalltag an der Heimatfront. Alliierter Luftkrieg und deutsche Gegenmaßnahmen zur Abwehr und Schadensbegrenzung, dargestellt für den Raum Münster. Bremen 1990.

Bender, Wolfgang: Tuberkulosefürsorge in Lippe 1919–1945. Eine verwaltungsgeschichtliche Fallstudie, in: Andreas Wollasch (Hrsg.): Wohlfahrtspflege in der Region. Westfalen-Lippe während des 19. und 20. Jahrhunderts im historischen Vergleich. Paderborn 1997, S. 95–109.

Bernhardt, Heike: Anstaltspsychiatrie und „Euthanasie" in Pommern 1933–1945. Die Krankenmorde an Kindern und Erwachsenen am Beispiel der Landesheilanstalt Ueckermünde. Frankfurt a.M. 1994.

Bernhardt, Heike: „Euthanasie" und Kriegsbeginn. Die frühen Morde an Patienten aus Pommern, in: Zeitschrift für Geschichtswissenschaft 44 (1996), S. 773–788.

Berning, Cornelia: Die Einbindung der Ärztinnen in das frauenpolitische Konzept des Nationalsozialismus unter besonderer Berücksichtigung ihrer Studien- und Berufssituation. Med. Diss. Münster 1995.

Billhardt, Marc/Dahmen, Georg: Statistische Gesamtauswertung der Patientendaten, in: Klaus Böhme/Uwe Lohalm (Hrsg.): Wege in den Tod. Hamburgs Anstalt Langenhorn und die Euthanasie in der Zeit des Nationalsozialismus. Hamburg 1993, S. 471–491.

Birn, Ruth Bettina: Die höheren SS- und Polizeiführer. Himmlers Vertreter im Reich und in den besetzten Gebieten. Düsseldorf 1986.

Blanke, Bernhard: „Governance" im Gesundheitswesen, in: Ders. (Hrsg.): Krankheit und Gemeinwohl. Gesundheitspolitik zwischen Staat, Sozialversicherung und Medizin. Opladen 1994, S. 13–35.

Blasius, Dirk: Psychiatrischer Alltag im Nationalsozialismus, in: Detlev J. K. Peukert/Jürgen Reulecke (Hrsg.): Die Reihen fast geschlossen. Beiträge zur Geschichte des Alltags unterm Nationalsozialismus. Wuppertal 1981, S. 367–380.

Blasius, Dirk: „Einfache Seelenstörung". Geschichte der deutschen Psychiatrie 1800–1945. Frankfurt a.M. 1994.

Blasius, Dirk: Tuberkulose: Signalkrankheit deutscher Geschichte, in: Geschichte in Wissenschaft und Unterricht 47 (1996), S. 300–332.

Blasius, Dirk: Sucht und Suchthilfe in der deutschen Geschichte, in: Geschichte in Wissenschaft und Unterricht 51 (2000), S. 464–472.

Bleker, Johanna: Medizin im Dienst des Krieges – Krieg im Dienst der Medizin. Zur Frage nach der Kontinuität des ärztlichen Auftrags und ärztlicher Werthaltungen im Angesicht des Krieges, in: Dies./Heinz-Peter Schmiedebach (Hrsg.): Medizin und Krieg. Frankfurt a.M. 1987, S. 7–22.

Bleker, Johanna: Anerkennung durch Unterordnung? Ärztinnen und Nationalsozialismus, in: Eva Brinkschulte (Hrsg.): Weibliche Ärzte. Die Durchsetzung des Berufsbildes in Deutschland. Berlin 1994, S. 126–135.

Bleker, Johanna/Jachertz, Norbert (Hrsg.): Medizin im Dritten Reich. Köln 1989.

Bleker, Johanna/Schmiedebach, Heinz-Peter (Hrsg.): Medizin und Krieg. Vom Dilemma der Heilberufe 1865–1985. Frankfurt a. M. 1987.

Bock, Gisela: Zwangssterilisationen im Nationalsozialismus. Studien zur Rassenpolitik und Frauenpolitik. Opladen 1986.

Bock, Gisela: Rassenpolitik, Medizin und Massenmord im Nationalsozialismus, in: Archiv für Sozialgeschichte 30 (1990), S. 422–453.

Bock, Gisela: Krankenmord, Judenmord und nationalsozialistische Rassenpolitik. Überlegungen zu einigen neueren Forschungshypothesen, in: Frank Bajohr/Werner Johe/Uwe Lohalm (Hrsg.): Zivilisation und Barbarei. Hamburg 1991, S. 285–306.

Bock, Gisela: Gleichheit und Differenz in der nationalsozialistischen Rassenpolitik, in: Geschichte und Gesellschaft 19 (1993), S. 277–310.

Böhm, Boris/Rellecke, Werner (Red.): Nationalsozialistische Euthanasie-Verbrechen in Sachsen. Beiträge zu ihrer Aufarbeitung. Pirna 1993.

Böhme, Klaus/Lohalm, Uwe (Hrsg.): Wege in den Tod. Hamburgs Anstalt Langenhorn und die Euthanasie in der Zeit des Nationalsozialismus. Hamburg 1993.

Borengässer, Norbert M./Hainbuch, Friedrich (Hrsg.): Krankenpflege im Kriegsfall. Die Verhandlungen des deutschen Episkopats mit der Reichsregierung 1936 bis 1940. Bonn 1987.

Borsdorf, Ulrich/Jamin, Mathilde (Hrsg.): Über Leben im Krieg. Kriegserfahrungen in einer Industrieregion (Katalog zur Ausstellung „Über Leben im Krieg". Kriegserfahrungen im Ruhrgebiet 1939–1945 im Ruhrlandmuseum Essen). Reinbek 1989.

Bracher, Karl Dietrich: Die deutsche Diktatur. Entstehung, Struktur, Folgen des Nationalsozialismus. Köln ^{6}1969.

Bracher, Karl Dietrich/Sauer, Wolfgang/Schulz, Gerhard: Die Nationalsozialistische Machtergreifung. Köln u. a. 1962.

Brandlmeier, Paul: Über den Einfluß der Seuchen auf Geschichte und Kriege, in: Wehrdienst und Gesundheit 6 (1962), S. 1–72.

Breiding, Birgit: Die Braunen Schwestern. Ideologie – Struktur – Funktion einer nationalsozialistischen Elite. Stuttgart 1998.

Broszat, Martin: Der Staat Hitlers. Grundlegung und Entwicklung seiner inneren Verfassung. München ^{11}1986.

Browning, Christopher: Genozid und Gesundheitswesen. Deutsche Ärzte und polnische Juden 1939–1941, in: Ärztekammer Berlin (Hrsg.): Der Wert des Menschen. Medizin in Deutschland 1918–1945. Redaktion: Christian Pross/Götz Aly. Berlin 1989, S. 316–328.

Büttner, Ursula: Hamburg im Luftkrieg. Die politischen und wirtschaftlichen Folgen des „Unternehmens Gomorrha", in: Marlene P. Hiller/Eberhard Jäckel/Jürgen Rohwehr (Hrsg.): Städte im Zweiten Weltkrieg. Ein internationaler Vergleich. Essen 1991, S. 272–298.

Burleigh, Michael: Death and Deliverance. „Euthanasia" in Germany 1900–1945. Cambridge 1994.

Burleigh, Michael: Between enthusiasm, compliance and protest. The churches, eugenics and the nazi „Euthanasia" program, in: Central European History 3 (1994), S. 253–263.

Burleigh, Michael: Die Zeit des Nationalsozialismus. Eine Gesamtdarstellung. Frankfurt a. M. 2000.

Burleigh, Michael/Wippermann, Wolfgang: The Racial State. Germany 1933–1945. Cambridge u. a. 1991.

Conrad-Martius, Hedwig: Utopien der Menschenzüchtung. Der Sozialdarwinismus und seine Folgen. München 1955.

Conway, John S.: Die nationalsozialistische Kirchenpolitik 1933–1945. Ihre Ziele, Widersprüche und Fehlschläge. München 1969.

Cording, Clemens: Die Regensburger Heil- und Pflegeanstalt Karthaus-Prüll im „Dritten Reich". Eine Studie zur Geschichte der Psychiatrie im Nationalsozialismus. Würzburg 2000.

Cranach, Michael von/Siemen, Hans-Ludwig: Psychiatrie im Nationalsozialismus. Die Bayerischen Heil- und Pflegeanstalten zwischen 1933 und 1945. München 1999.

Daub, Ute: „Krankenhaus-Sonderanlage Aktion Brandt in Köppern im Taunus" – Die letzte Phase der „Euthanasie" in Frankfurt am Main. Zur politischen und historiographischen Rezeption der „Aktion Brandt", in: Psychiatrie und Gesellschaftskritik 16 (1992)/H. 2, S. 39–67.

Decker, Natalija: Zur medizinischen Versorgung polnischer Zwangsarbeiter in Deutschland, in: Sabine Fahrenbach/Achim Thom (Hrsg.): Der Arzt als Gesundheitsführer. Ärztliches Wirken zwischen Ressourcenerschließung und humanitärer Hilfe im Zweiten Weltkrieg. Frankfurt a. M. 1991, S. 99–107.

Dinges, Martin: Neue Wege in der Seuchengeschichte, in: Ders./Thomas Schlich (Hrsg.): Neue Wege in der Seuchengeschichte. Stuttgart 1995, S. 7–25.

Dinkel, Reiner: Mortalitätsindikatoren und ihre Eignung zur Beurteilung der Effizienz von Gesundheitsmaßnahmen, in: Gérard Gäfgen (Hrsg.): Ökonomie des Gesundheitswesens. Berlin 1986.

Doeleke, Werner: Alfred Ploetz (1860–1940). Sozialdarwinist und Gesellschaftsbiologe. Med. Diss. Frankfurt a. M. 1975.

Dörner, Klaus: Nationalsozialismus und Lebensvernichtung, in: Vierteljahrshefte für Zeitgeschichte 15 (1967), S. 121–152.

Dörner, Klaus: Psychiatrie und soziale Frage. Plädoyer für eine erweiterte Psychiatrie-Geschichtsschreibung, in: Norbert Frei (Hrsg.): Medizin und Gesundheitspolitik in der NS-Zeit. München 1991, S. 287–295.

Dörner, Klaus: „Euthanasie" im Kontext der Endlösung der sozialen Frage im nationalsozialistischen Deutschland, in: Wolfgang Jantzen (Hrsg.): „Euthanasie" – Krieg – Gemeinsinn. Solidarisch handeln, demokratisch verantworten: für ein humanes Leben aller! Münster 1995, S. 42–46.

Drecoll, Axel/Schleusener, Jan/Winstel, Tobias: Nationalsozialistische Verfolgung der jüdischen Ärzte in Bayern. Die berufliche Entrechtung durch die Vierte Verordnung zum Reichsbürgergesetz von 1938. München 1998.

Dreßen, Willi: Mord, Totschlag, Verbotsirrtum. Zum Wandel der bundesrepublikanischen Rechtsprechung in NS-"Euthanasie"-Prozessen, in: Beiträge zur nationalsozialistischen Gesundheits- und Sozialpolitik 13 (1997), S. 179–198.

Dreßen, Willi/Rieß, Volker: Ausbeutung und Vernichtung. Gesundheitspolitik im Generalgouvernement, in: Norbert Frei (Hrsg.): Medizin und Gesundheitspolitik in der NS-Zeit. München 1991, S. 157–172.

Ebbinghaus, Angelika/Kaupen-Haas, Heidrun/Roth, Karl Heinz (Hrsg.): Heilen und Vernichten im Mustergau Hamburg. Bevölkerungs- und Gesundheitspolitik im Dritten Reich. Hamburg 1984.

Ebbinghaus, Angelika/Dörner, Klaus (Hrsg.): Vernichten und Heilen. Der Nürnberger Ärzteprozeß und seine Folgen. Berlin 2001.

Eckart, Wolfgang U.: SS-Gruppenführer und Generalleutnant der Waffen-SS Prof. Dr. med. Karl Brandt, in: Gerd R. Ueberschär (Hrsg.): Hitlers militärische Elite, Bd. 2: Vom Kriegsbeginn bis zum Weltkriegsende. Darmstadt 1998, S. 12–19.

Eckelmann, Christine: Ärztinnen in der Weimarer Zeit und im Nationalsozialismus. Eine Untersuchung über den Bund Deutscher Ärztinnen. Wermelskirchen 1992.

Eckelmann, Christine/Hoesch, Kristin: Ärztinnen – Emanzipation durch den Krieg?, in: Johanna Bleker/Heinz-Peter Schmiedebach (Hrsg.): Medizin und Krieg. Frankfurt a. M. 1987, S. 153–191.

Erker, Paul: Ernährungskrise und Nachkriegsgesellschaft. Bauern und Arbeiterschaft in Bayern 1943–1953. Stuttgart 1990.

Fahrenbach, Sabine: Ausgegrenzt und vertrieben – Jüdische Ärzte 1933–1941, in: Werner

Röhr (Hrsg.): Faschismus und Rassismus. Kontroversen um Ideologie und Opfer. Berlin 1992, S. 168–178.
Fahrenbach, Sabine/Thom, Achim (Hrsg.): Der Arzt als Gesundheitsführer. Ärztliches Wirken zwischen Ressourcenerschließung und humanitärer Hilfe im Zweiten Weltkrieg. Frankfurt a.M. 1991.
Faulstich, Heinz: Von der Irrenfürsorge zur „Euthanasie". Geschichte der badischen Psychiatrie bis 1945. Freiburg i.Br. 1993.
Faulstich, Heinz: Hungersterben in der Psychiatrie. Mit einer Topographie der NS-Psychiatrie. Freiburg i.Br. 1998.
Faure, Olivier: The Social History of Health in France. A Survey of Recent Developments, in: Social History of Medicine 3 (1990), S. 437–451.
Fischer, Hubert: Der Deutsche Sanitätsdienst 1921–1945. Organisation, Dokumente und persönliche Erfahrungen, 5 Bde. Osnabrück 1982–1988.
Föllmer, Moritz: Der kranke „Volkskörper". Industrielle, hohe Beamte und der Diskurs der nationalen Regeneration in der Weimarer Republik, in: Geschichte und Gesellschaft 27 (2001), S. 41–67.
Fraenkel, Ernst: Der Doppelstaat. Recht und Justiz im Dritten Reich. Frankfurt a.M. 1984.
Frei, Norbert: Der Führerstaat. Nationalsozialistische Herrschaft 1933–1945. München 1987.
Frei, Norbert: Wie modern war der Nationalsozialismus?, in: Geschichte und Gesellschaft 19 (1993), S. 367–387.
Frei, Norbert (Hrsg.): Medizin und Gesundheitspolitik in der NS-Zeit. München 1991.
Frerich, Johannes/Frey, Martin: Handbuch der Geschichte der Sozialpolitik in Deutschland, Band 1: Von der vorindustriellen Zeit bis zum Ende des Dritten Reiches. München/Wien 1993.
Friedlander, Henry: Der Weg zum NS-Genozid. Von der Euthanasie zur Endlösung. Berlin 1997.
Friedlander, Henry: Victor Brack. Parteimann, SS-Mann und Mordmanager, in: Ronald Smelser, /Enrico Syring (Hrsg.): Die SS. Elite unterm Totenkopf. 30 Lebensläufe. Paderborn 2000, S. 88–99.
Friedrich, Hannes/Matzow, Wolfgang (Hrsg.): Dienstbare Medizin. Ärzte betrachten ihr Fach im Nationalsozialismus. Göttingen 1992.
Ganssmüller, Christian: Die Erbgesundheitspolitik des Dritten Reiches. Planung, Durchführung und Durchsetzung. Köln u.a. 1987.
Gerst, Thomas: „Nürnberger Ärzteprozeß" und ärztliche Standespolitik. Der Auftrag der Ärztekammern an Alexander Mitscherlich zur Beobachtung und Dokumentation des Prozeßverlaufs, in: Deutsches Ärzteblatt 91 (1994), S. A 1606–1622.
Geyer, Martin: Die Reichsknappschaft. Versicherungsformen und Sozialpolitik im Bergbau 1900–1945. München 1987.
Geyer, Martin: Soziale Sicherheit und wirtschaftlicher Fortschritt. Überlegungen zum Verhältnis von Arbeitsideologie und Sozialpolitik im „Dritten Reich", in: Geschichte und Gesellschaft 15 (1989), S. 382–406.
Geyer, Martin: Soziale Rechte im Sozialstaat. Wiederaufbau, Krise und konservative Stabilisierung der deutschen Rentenversicherung 1924–1937, in: Klaus Tenfelde (Hrsg.): Arbeiter im 20. Jahrhundert. Stuttgart 1991, S. 406–435.
Geyer, Michael: Krieg als Gesellschaftspolitik. Anmerkungen zu neueren Arbeiten über das Dritte Reich im Zweiten Weltkrieg, in: Archiv für Sozialgeschichte 26 (1986), S. 557–601.
Graessner, Sepp: Neue Soziale Kontrolltechniken durch Arbeits- und Leistungsmedizin, in: Gerhard Baader/Ulrich Schultz (Hrsg.): Medizin und Nationalsozialismus. Tabuisierte Vergangenheit – ungebrochene Tradition? Frankfurt a.M. ^{3}1987, S. 145–152.
Graham, Loren R.: Science and Values. The Eugenics Movement in Germany and Russia in the 1920s, in: American Historical Review 82 (1977), S. 1133–1164.
Grau, Günter/Schneck, Peter (Hrsg.): Akademische Karrieren im „Dritten Reich". Beiträge zur Personal- und Berufungspolitik an medizinischen Fakultäten. Berlin 1993.

Greve, Michael: Die organisierte Vernichtung „lebensunwerten Lebens" im Rahmen der „Aktion T4". Dargestellt am Beispiel des Wirkens und der strafrechtlichen Verfolgung ausgewählter Tötungsärzte. Pfaffenweiler 1998.

Grode, Walter: Die Sonderbehandlung 14f13 in den Konzentrationslagern des Dritten Reiches. Ein Beitrag zur Dynamik faschistischer Vernichtungspolitik. Frankfurt a.M. 1987.

Groehler, Olaf: Bombenkrieg gegen Deutschland. Berlin 1990.

Grossmann, Atina: Berliner Ärztinnen und Volksgesundheit in der Weimarer Republik. Zwischen Sexualreform und Eugenik, in: Ärztekammer Berlin (Hrsg.): Der Wert des Menschen. Medizin in Deutschland 1918–1945. Redaktion: Christian Pross/Götz Aly. Berlin 1989, S. 100–120.

Gruchmann, Lothar: Euthanasie und Justiz im Dritten Reich, in: Vierteljahrshefte für Zeitgeschichte 20 (1972), S. 235–279.

Gruchmann, Lothar: Justiz im Dritten Reich 1933–1940. Anpassung und Unterwerfung in der Ära Gürtner. München 1988.

Grunberger, Richard: Das zwölfjährige Reich. Eine Sozialgeschichte des nationalsozialistischen Deutschland. Wien 1971.

Gruner, Wolf: Öffentliche Wohlfahrt und Judenverfolgung. Wechselwirkungen lokaler und zentraler Politik im NS-Staat (1933–1942). München 2002.

Grunwald, Erhard: Die Gliederung der Sanitätstruppe und die personelle Ergänzung der Sanitätsoffiziere im Heer 1914/18 und 1934/36, in: Wehrmedizinische Monatsschrift 27 (1983), S. 430–433, 474–477.

Grüttner, Michael: Studenten im Dritten Reich. Paderborn 1995.

Guth, Ekkehart: Militärärzte und Sanitätsdienst im „Dritten Reich". Ein Überblick, in: Norbert Frei (Hrsg.): Medizin und Gesundheitspolitik in der NS-Zeit. München 1991, S. 173–187.

Guth, Ekkehart (Hrsg.): Sanitätswesen im Zweiten Weltkrieg. Herford u.a. 1990.

Hachtmann, Rüdiger: Industriearbeit im Dritten Reich. Untersuchungen zu den Lohn- und Arbeitsbedingungen in Deutschland 1933 bis 1945. Göttingen 1989.

Hachtmann, Rüdiger: Industriearbeiterinnen in der deutschen Kriegswirtschaft 1936–1944/45, in: Geschichte und Gesellschaft 19 (1993), S. 332–366.

Hahn, Susanne: Entwicklungstrends der Betreuung chronisch Kranker im Rahmen der faschistischen Gesundheitspolitik, in: Achim Thom/Genadij I. Caregorodcev (Hrsg.): Medizin unterm Hakenkreuz. Berlin 1989, S. 111–126.

Hahn, Susanne: Nun wächst zusammen, was zusammengehört ... Biologistische Tendenzen im Real existierenden Sozialismus, in: 1999 7 (1992)/H.1, S. 44–53.

Hahn, Susanne: Alternsforschung und Altenpflege im Nationalsozialismus, in: Christoph Meinel/Peter Voswinckel (Hrsg.): Medizin, Naturwissenschaft, Technik und Nationalsozialismus. Kontinuitäten und Diskontinuitäten. Stuttgart 1994, S. 221–229.

Hahn, Susanne: Alte Menschen im Krieg und der Krieg gegen sie. Eine Geschichte mit Zukunft?, in: Wolfgang Jantzen: „Euthanasie" – Krieg – Gemeinsinn. Solidarisch handeln, demokratisch verantworten: für ein humanes Leben aller! Münster 1995, S. 56–67.

Hahn, Susanne: „Der Lübecker Totentanz". Zur rechtlichen und ethischen Problematik der Katastrophe bei der Erprobung der Tuberkuloseimpfung 1930 in Deutschland, in: Medizinhistorisches Journal 30 (1995), S. 61–79.

Hahn, Susanne/Lilienthal Georg: Totentanz und Lebensborn. Zur Geschichte des Alters- und Pflegeheimes in Kohren-Sahlis bei Leipzig (1939–1945), in: Medizinhistorisches Journal 27 (1992), S. 340–361.

Hamann, Matthias: Die Morde an polnischen und sowjetischen Zwangsarbeitern in deutschen Anstalten, in: Beiträge zur nationalsozialistischen Gesundheits- und Sozialpolitik 1 (1985), S. 121–181.

Hammerschmidt, Peter: Die Wohlfahrtsverbände im NS-Staat. Die NSV und die konfessionellen Verbände Caritas und Innere Mission im Gefüge der Wohlfahrtspflege des Nationalsozialismus. Opladen 1999.

Hampe, Erich (Bearb.): Der zivile Luftschutz im Zweiten Weltkrieg. Dokumentation und Erfahrungsberichte über Aufbau und Einsatz. Frankfurt a.M. 1963.
Hansen, Eckhard: Wohlfahrtspolitik im NS-Staat. Motivation, Konflikte und Machtstrukturen im „Sozialismus der Tat" des Dritten Reiches. Augsburg 1991.
Hansen, Eckhard u.a. (Hrsg.): Seit über einem Jahrhundert: Verschüttete Alternativen in der Sozialpolitik. Sozialer Fortschritt, organisierte Dienstleistermacht und nationalsozialistische Machtergreifung: Der Fall der Ambulatorien in den Unterweserstädten und Berlin. Köln 1981.
Harms, Ingo: Die „Aktion Brandt" im Lande Oldenburg 1941–1945, in: Harald Jenner (Hrsg.): Frühjahrstagung des Arbeitskreises zur Geschichte der „Euthanasie" und Zwangssterilisation vom 12.–14. Mai 1995 in Schleswig. Schleswig u.a. 1996, S. 61–70.
Harms, Ingo: „Aktion Brandt" und die Asylierung Tuberkulöser. Die Räumung der Bewahr- und Pflegeanstalt Blankenburg und der Umbau zum „Sonderkrankenhaus Aktion Brandt", in: Beiträge zur nationalsozialistischen Gesundheits- und Sozialpolitik 13 (1997), S. 149–178.
Hartleben, Hans: Die organisatorische Entwicklung des Heeres-Sanitätswesens von 1930–1943, in: Wehrmedizin und Wehrpharmazie 1 (1977), S. 40.
Haug, Alfred: Die Führerschule der deutschen Ärzteschaft in Alt-Rhese, in: Fridolf Kudlien (Hrsg.): Ärzte im Nationalsozialismus. Köln 1985, S. 122–129.
Haug, Alfred: Der Lehrstuhl für biologische Medizin in Jena, in: Fridolf Kudlien (Hrsg.): Ärzte im Nationalsozialismus. Köln 1985, S. 130–137.
Haug, Alfred: Die Reichsarbeitsgemeinschaft für eine Neue Deutsche Heilkunde (1935/1936). Ein Beitrag zum Verhältnis von Schulmedizin, Naturheilkunde und Nationalsozialismus. Husum 1985.
Herbert, Ulrich: Fremdarbeiter. Politik und Praxis des „Ausländer-Einsatzes" in der Kriegswirtschaft des Dritten Reiches. Berlin u.a. 1985.
Herbert, Ulrich: Rassismus und rationales Kalkül. Zum Stellenwert utilitaristisch verbrämter Legitimationsstrategien in der nationalsozialistischen „Weltanschauung", in: Wolfgang Schneider (Hrsg.): „Vernichtungspolitik". Eine Debatte über den Zusammenhang von Sozialpolitik und Genozid im nationalsozialistischen Deutschland, Hamburg 1991, S. 25–35.
Herbert, Ulrich: Best. Biographische Studien über Radikalismus, Weltanschauung und Vernunft 1903–1989. Bonn 1996.
Herbert, Ulrich (Hrsg.): Europa und der „Reichseinsatz". Ausländische Zivilarbeiter, Kriegsgefangene und KZ-Häftlinge in Deutschland 1938–1945. Essen 1991.
Herbst, Ludolf: Der totale Krieg und die Ordnung der Wirtschaft. Die Kriegswirtschaft des Dritten Reiches. München 1985.
Herbst, Ludolf: Das nationalsozialistische Deutschland 1933–1945. Die Entfesselung der Gewalt. Rassismus und Krieg. Frankfurt a.M. 1996.
Heusler, Andreas: Ausländereinsatz. Zwangsarbeit für die Münchner Kriegswirtschaft 1939–1945. München 1996.
Hintze, Otto: Der Commissarius und seine Bedeutung in der allgemeinen Verwaltungsgeschichte. Eine vergleichende Studie, in: Ders.: Staat und Verfassung. Gesammelte Abhandlungen zur allgemeinen Verfassungsgeschichte, hrsg. von Gerhard Oestreich. Göttingen [2]1962, S. 242–274.
Hirschfeld, Gerhard/Kettenacker, Lothar (Hrsg.): Der Führerstaat. Mythos oder Realität. Stuttgart 1981.
Hirschinger, Frank: „Zur Ausmerzung freigegeben". Halle und die Landesheilanstalt Altscherbitz 1933–1945. Köln u.a. 2001.
Hochmuth, Anneliese: Spurensuche. Eugenik, Sterilisation, Patientenmorde und die von Bodelschwinghschen Anstalten Bethel 1929–1945. Bielefeld 1997.
Hockerts, Hans Günter: Die Goebbels-Tagebücher 1932–1941. Eine neue Hauptquelle zur Erforschung der nationalsozialistischen Kirchenpolitik, in: Dieter Albrecht/Hans Günter Hockerts u.a. (Hrsg.): Politik und Konfession (FS für Konrad Repgen zum 60. Geburtstag). Berlin u.a. 1983, S. 359–392.

Hockerts, Hans Günter (Hrsg.): Drei Wege deutscher Sozialstaatlichkeit. NS-Diktatur, Bundesrepublik und DDR im Vergleich. München 1998.
Höfler-Waag, Martin: Die Arbeits- und Leistungsmedizin im Nationalsozialismus von 1939–1945. Husum 1994.
Hohendorf, Gerrit/Magull-Seltenreich, Achim (Hrsg.): Von der Heilkunde zur Massentötung. Medizin im Nationalsozialismus. Heidelberg 1990.
Hohmann, Joachim S.: Die nationalsozialistische „Euthanasie" in sächsischen Anstalten und ihre strafrechtliche Ahndung in der SBZ, in: Historical Social Research 20 (1995)/H. 4, S. 31–60.
Hubenstorf, Michael: Ende einer Tradition und Fortsetzung als Provinz. Die Medizinischen Fakultäten der Universitäten Berlin und Wien 1925–1950, in: Christoph Meinel/Peter Voswinckel (Hrsg.): Medizin, Naturwissenschaft, Technik und Nationalsozialismus. Kontinuitäten und Diskontinuitäten. Stuttgart 1994, S. 33–53.
Hürten, Heinz: Clemens August Graf von Galen, Bischof von Münster. Zu den Grundlagen seiner politischen Positionsbestimmung, in: Winfried Becker/Werner Chrobak (Hrsg.): Staat, Kultur, Politik. Beiträge zur Geschichte Bayerns und des Katholizismus (FS Dieter Albrecht). Kallmünz 1992, S. 389–396.
Hürten, Heinz: Deutsche Katholiken 1918–1945. Paderborn u. a. 1992.
Hürten, Heinz: Fragen an die Galen-Forschung, in: Joachim Kuropka (Hrsg.): Clemens August Graf von Galen. Menschenrechte – Widerstand – Euthanasie – Neubeginn. Münster 1998, S. 23–31.
Hüser, Karl/Reinhard, Otto: Das Stammlager 326 (VI K) Senne 1941–1945. Sowjetische Kriegsgefangene als Opfer des nationalsozialistischen Weltanschauungskrieges. Bielefeld 1992.
Hüttenberger, Peter: Die Gauleiter. Studien zum Wandel des Machtgefüges innerhalb der NSDAP. Stuttgart 1969.
Hüttenberger, Peter: Nationalsozialistische Polykratie, in: Geschichte und Gesellschaft 2 (1976), S. 417–442.
Jäckle, Renate: Die Ärzte und die Politik. 1930 bis heute. München 1988.
Jäckle, Renate: „Pflicht zur Gesundheit" und „Ausmerze", in: Dachauer Hefte 4 (1988), S. 59–77.
Jakobi, Helga u. a.: Aeskulap und Hakenkreuz. Zur Geschichte der Medizinischen Fakultät in Gießen zwischen 1933 und 1945. Gießen 1982.
Jantzen, Wolfgang (Hrsg.): „Euthanasie" – Krieg – Gemeinsinn. Solidarisch handeln, demokratisch verantworten: für ein humanes Leben aller! Münster 1995.
Jasper, Hinrich: Maximinian de Crinis (1889–1945). Eine Studie zur Psychiatrie im Nationalsozialismus. Husum 1991.
Jenner, Harald (Hrsg.): Frühjahrstagung des Arbeitskreises zur Geschichte der „Euthanasie" und Zwangssterilisation vom 12.–14. Mai 1995 in Schleswig. Schleswig u. a. 1996.
Jensen, Brigitte: Karl Astel. „Ein Kämpfer für die deutsche Volksgesundheit", in: Barbara Danckworth/Thorsten Querg/Claudia Schönigh (Hrsg.): Historische Rassismusforschung. Ideologen – Täter – Opfer. Hamburg 1995, S. 152–178.
Jütte, Robert: Sozialgeschichte der Medizin: Inhalte – Methoden – Ziele, in: Medizin in Geschichte und Gesellschaft 9 (1990), S. 149–164.
Jütte, Robert (Hrsg.): Geschichte der deutschen Ärzteschaft. Organisierte Berufs- und Gesundheitspolitik im 19. und 20. Jahrhundert. Köln 1997.
Kaminsky, Uwe: Zwangssterilisation und „Euthanasie" im Rheinland. Evangelische Erziehungsanstalten sowie Heil- und Pflegeanstalten 1933–1945. Köln 1995.
Karbe, Karl-Heinz: Entstehung und Ausbau des faschistischen Betriebsarztsystems und dessen Funktion bei der Ausbeutung der deutschen Arbeiter und ausländischen Zwangsarbeiter, in: Achim Thom/Genadij I. Caregorodcev (Hrsg.): Medizin unterm Hakenkreuz. Berlin 1989, S. 205–233.
Karbe, Karl-Heinz: Das faschistische Betriebsarztsystem als Werkzeug rücksichtsloser Kriegsführung an der „inneren Front", in: Sabine Fahrenbach/Achim Thom (Hrsg.): Der

Arzt als Gesundheitsführer. Ärztliches Wirken zwischen Ressourcenerschließung und humanitärer Hilfe im 2. Weltkrieg. Frankfurt a. M. 1991, S. 85–92.
Kästner, Ingrid: Pharmakologische Forschung in Deutschland 1939–1945, in: Christoph Meinel/Peter Voswinckel (Hrsg.): Medizin, Naturwissenschaft, Technik und Nationalsozialismus. Kontinuitäten und Diskontinuitäten. Stuttgart 1994, S. 136–141.
Kater, Michael H.: Die „Gesundheitsführung" des Deutschen Volkes, in: Medizinhistorisches Journal 18 (1983), S. 349–375.
Kater, Michael H.: Doctor Leonardo Conti and his Nemesis: The Failure of Centralised Medicine in the Third Reich, in: Central European History 18 (1985), S. 299–325.
Kater, Michael H.: Professionalization and Socialization of Physicians in Wilhelmine and Weimar Germany, in: Journal of Contemporary History 20 (1985), S. 677–701.
Kater, Michael H.: The Nazi Physicians' League of 1929. Causes and Consequences, in: Thomas Childers (Hrsg.): The Formation of the Nazi Constituency. London 1986, S. 147–181.
Kater, Michael H.: Physicians in Crisis at the End of the Weimar Republic, in: Peter D. Stachura (Hrsg.): Unemployment and the Great Depression at the End of the Weimar Republik. London 1986, S. 49–79.
Kater, Michael H.: Ärzte und Politik in Deutschland 1848–1945, in: Jahrbuch des Instituts für Geschichte der Medizin der Robert-Bosch-Stiftung 5 (1987), S. 34–48.
Kater, Michael H.: The Burden of the Past. Problems of a Modern Historiography of Physicians and Medicine in Nazi Germany, in: German Studies Review 10 (1987), S. 31–56.
Kater, Michael H.: Hitler's Early Doctors. Nazi Physicians in Predepression Germany, in: Journal of Modern History 59 (1987), S. 25–52.
Kater, Michael H.: Medizin und Mediziner im Dritten Reich. Eine Bestandsaufnahme, in: Historische Zeitschrift 244 (1987), S. 298–352.
Kater, Michael H.: Doctors under Hitler. Chapel Hill/London 1989.
Kater, Michael H.: Unresolved Questions of German Medicine and Medical History in the Past and Present, in: Central European History 25 (1992), S. 407–423.
Kelting, Kirsten: Das Tuberkuloseproblem im Nationalsozialismus. Med. Diss. Kiel 1974.
Kershaw, Ian: Hitlers Macht. Das Profil der NS-Herrschaft. München 1992.
Kershaw, Ian: Hitler, Bd. 1: 1889–1936, Bd. 2: 1936–1945. Stuttgart 1998/2000.
Kersting, Franz-Werner: Anstaltsärzte zwischen Kaiserreich und Bundesrepublik. Das Beispiel Westfalen. Paderborn 1996.
Kersting, Franz-Werner: Ärzteschaft und NS-„Euthanasie" im Kontext des Galen-Protestes, in: Joachim Kuropka (Hrsg.): Clemens August Graf von Galen. Menschenrechte – Widerstand – Euthanasie – Neubeginn. Münster 1998, S. 205–220.
Kißener, Michael/Scholtyseck, Joachim (Hrsg.): Die Führer der Provinz. NS-Biographien in Baden und Württemberg. Konstanz 1999.
Kitchen, Martin: Nazi Germany at War. London u. a. 1995.
Klee, Ernst: „Euthanasie" im NS-Staat. Die „Vernichtung lebensunwerten Lebens". Frankfurt a. M. 1983.
Klee, Katja, Im „Luftschutzkeller des Reiches". Evakuierte in Bayern 1939–1953: Politik, soziale Lage, Erfahrungen. München 1999.
Kleßmann, Christoph (Hrsg.): Nicht nur Hitlers Krieg. Der Zweite Weltkrieg und die Deutschen. Düsseldorf 1989.
Knödler, Ulrich: Das Insulinproblem. Eine Studie zum Zusammenbruch der Arzneimittelversorgung der Zivilbevölkerung im Zweiten Weltkrieg, in: Ärztekammer Berlin (Hrsg.): Der Wert des Menschen. Medizin in Deutschland 1918–1945. Redaktion: Christian Pross/Götz Aly. Berlin 1989, S. 250–261.
Knödler, Ulrich: Von der Reform zum Raubbau. Arbeitsmedizin, Leistungsmedizin, Kontrollmedizin, in: Norbert Frei (Hrsg.): Medizin und Gesundheitspolitik in der NS-Zeit. München 1991, S. 113–136.
Komlos, John: Stature and Health, in: Kenneth F. Kiple (Hrsg.): The Cambridge World History of Human Disease. Cambridge 1993, S. 238–243.
Kramer, Sabine: „Ein ehrenhafter Verzicht auf Nachkommenschaft". Theoretische Grund-

lagen und Praxis der Zwangssterilisation im Dritten Reich am Beispiel der Rechtsprechung des Erbgesundheitsgerichts Celle. Baden-Baden 1999.
Krause, Michael: Flucht vor dem Bombenkrieg. „Umquartierungen" im Zweiten Weltkrieg und die Wiedereingliederung der Evakuierten in Deutschland 1943–1963. Düsseldorf 1997.
Kraut, Heinrich/Bramsel, Herbert: Körpergewichtsentwicklung des deutschen Arbeiters 1937–1947, in: Arbeitsphysiologie 14 (1951), S. 394–406.
Kroener, Berhard R.: Die personellen Ressourcen des Dritten Reiches im Spannungsfeld zwischen Wehrmacht, Bürokratie und Kriegswirtschaft, in: Ders./Rolf-Dieter Müller/Hans Umbreit: Organisation und Mobilisierung des deutschen Machtbereichs. Kriegsverwaltung, Wirtschaft und personelle Ressourcen, Bd. 1: 1939–1942. Stuttgart 1988, S. 693–1001.
Kroener, Berhard R.: „Menschenbewirtschaftung", Bevölkerungsverteilung und personelle Rüstung in der zweiten Kriegshälfte, in: Ders./Rolf-Dieter Müller/Hans Umbreit: Organisation und Mobilisierung des deutschen Machtbereichs. Kriegsverwaltung, Wirtschaft und personelle Ressourcen, Bd. 2: 1942–1944/45. Stuttgart 1999, S. 777–1001.
Kroll, Jürgen: Zur Entstehung und Institutionalisierung einer naturwissenschaftlichen und sozialpolitischen Bewegung. Die Entwicklung der Eugenik/Rassenhygiene bis zum Jahre 1933. Phil. Diss. Tübingen 1983.
Krumpolt, Holm: Die Auswirkungen der nationalsozialistischen Psychiatriepolitik auf die sächsische Landesheilanstalt Großschweidnitz im Zeitraum 1939–1945. Med. Diss. Leipzig 1995.
Kudlien, Fridolf (Hrsg.): Ärzte im Nationalsozialismus. Köln 1985.
Kudlien, Fridolf: Begingen Wehrmachtsärzte im Rußlandkrieg Verbrechen gegen die Menschlichkeit?, in: Ärztekammer Berlin (Hrsg.): Der Wert des Menschen. Medizin in Deutschland 1918–1945. Redaktion: Christian Pross/Götz Aly. Berlin 1989, S. 333–352.
Kudlien, Fridolf: Fürsorge und Rigorismus. Überlegungen zur ärztlichen Normaltätigkeit im Dritten Reich, in: Norbert Frei (Hrsg.): Medizin und Gesundheitspolitik in der NS-Zeit. München 1991, S. 99–111.
Kühne, Thomas: Der nationalsozialistische Vernichtungskrieg und die „ganz normalen Deutschen". Forschungsprobleme und Forschungstendenzen der Gesellschaftsgeschichte des Zweiten Weltkrieges, Teil I, in: Archiv für Sozialgeschichte 39 (1999), S. 580–662.
Kühne, Thomas: Der nationalsozialistische Vernichtungskrieg im kulturellen Kontinuum des 20. Jahrhunderts. Forschungsprobleme und Forschungstendenzen der Gesellschaftsgeschichte des Zweiten Weltkrieges, Teil II, in: Archiv für Sozialgeschichte 40 (2000), S. 440–486.
Kümmel, Werner F.: Die Ausschaltung rassisch und politisch mißliebiger Ärzte, in: Fridolf Kudlien (Hrsg.): Ärzte im Nationalsozialismus. Köln 1985, S. 56–81.
Kümmel, Werner F.: Nachruf auf Gunter Mann, in: Nachrichtenblatt der Deutschen Gesellschaft für Geschichte der Medizin, Naturwissenschaft und Technik 42 (1992), S. 20–25.
Kundrus, Birte: Kriegerfrauen. Familienpolitik und Geschlechterverhältnisse im Ersten und Zweiten Weltkrieg. Hamburg 1995.
Kuropka, Joachim: Clemens August Graf von Galen im politischen Umbruch der Jahre 1929 bis 1934, in: Ders. (Hrsg.): Clemens August Graf von Galen. Neue Forschungen zum Leben und Wirken des Bischofs von Münster. Münster 1992, S. 61–100.
Kuropka, Joachim: Leistete Clemens August Graf von Galen Widerstand gegen den Nationalsozialismus?, in: Ders. (Hrsg.): Clemens August Graf von Galen. Neue Forschungen zum Leben und Wirken des Bischofs von Münster. Münster 1992, S. 371–390.
Kuropka, Joachim: Zur Frage der handlungsleitenden Grundsätze des Pfarrers und Bischofs Clemens August Graf von Galen, in: Ders. (Hrsg.): Clemens August Graf von Galen. Menschenrechte – Widerstand – Euthanasie – Neubeginn. Münster 1998, S. 31–51.
Kuropka, Joachim (Hrsg.): Clemens August Graf von Galen. Neue Forschungen zum Leben und Wirken des Bischofs von Münster. Münster 1992.
Kuropka, Joachim (Hrsg.): Clemens August Graf von Galen. Menschenrechte – Widerstand – Euthanasie – Neubeginn. Münster 1998.

Labisch, Alfons/Tennstedt, Florian: Der Weg zum „Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens" vom 3. Juli 1934: Entwicklungslinien und -momente des staatlichen und kommunalen Gesundheitswesens in Deutschland, 2 Bde. Düsseldorf 1985.

Labisch, Alfons/Tennstedt, Florian: Gesundheitsamt oder Amt für Volksgesundheit? Zur Entwicklung des öffentlichen Gesundheitsdienstes seit 1933, in: Norbert Frei (Hrsg.): Medizin und Gesundheitspolitik in der NS-Zeit. München 1991, S. 35–66.

Ladinig, Maria: Das Gesundheitswesen, das Erb- und das Blutschutzgesetz, die Vorgaben der NS-Rassenpolitik und ihre Umsetzung im Gau Steiermark, in: Wolfgang Freidl u.a. (Hrsg.): Medizin und Nationalsozialismus in der Steiermark. Innsbruck 2001, S. 58–85.

Leibfried, Stephan: Stationen der Abwehr. Berufsverbote für Ärzte im Deutschen Reich und die Zerstörung des sozialen Asyls durch die organisierten Ärzteschaften des Auslands, in: Leo Baeck Institute Bulletin 62 (1982), S. 3–39.

Leibfried, Stephan/Tennstedt, Florian: Berufsverbote und Sozialpolitik 1933. Bremen ²1980.

Leipert, Matthias/Styrnal, Rudolf/Schwarzer, Winfried: Verlegt nach unbekannt. Sterilisation und Euthanasie in Galkhausen 1933–1945. Köln u.a. 1987.

Lepsius, Rainer M.: Über die Institutionalisierung von Kriterien der Rationalität und die Rolle der Intellektuellen, in: Ders.: Interessen, Ideen und Institutionen. Opladen 1990, S. 44–52.

Lepsius, Rainer M.: Das Modell der charismatischen Herrschaft und seine Anwendbarkeit auf den „Führerstaat" Adolf Hitlers, in: Ders.: Demokratie in Deutschland. Soziologisch-historische Konstellationsanalysen. Göttingen 1993, S. 95–118.

Lepsius, Rainer M.: Institutionenanalyse und Institutionenpolitik, in: Birgitta Nedelmann (Hrsg.): Politische Institutionen im Wandel. Opladen 1995, S. 392–403.

Leven, Karl-Heinz: Fleckfieber beim deutschen Heer während des Krieges gegen die Sowjetunion (1941–1945), in: Ekkehart Guth (Hrsg.): Sanitätswesen im Zweiten Weltkrieg. Herford u.a. 1990, S. 127–165.

Leven, Karl-Heinz: Quellen zur Geschichte des Sanitätswesens der deutschen Wehrmacht im Bundesarchiv-Militärarchiv Freiburg, in: Ekkehart Guth (Hrsg.): Sanitätswesen im Zweiten Weltkrieg. Herford u.a. 1990, S. 25–33.

Leweling, Horst: Zwangssterilisation, „Euthanasie" und die Anstalt „Hephata" in Mönchengladbach, in: Ralf Seidel/Wolfgang Franz Werner (Hrsg.): Psychiatrie im Abgrund. Spurensuche und Standortbestimmung nach den NS-Psychiatrie-Verbrechen. Köln 1991, S. 40–45.

Leyendecker, Brigitte/Klapp, Burghard F.: Deutsche Hepatitisforschung im Zweiten Weltkrieg, in: Ärztekammer Berlin (Hrsg.): Der Wert des Menschen. Medizin in Deutschland 1918–1945. Redaktion: Christian Pross/Götz Aly. Berlin 1989, S. 261–315.

Lifton, Robert Jay: Ärzte im Dritten Reich. Stuttgart 1988.

Lilienthal, Georg: Rassenhygiene im Dritten Reich. Krise und Wende, in: Medizinhistorisches Journal 14 (1979), S. 114–134.

Lilienthal, Georg: Ärzte und Rassenpolitik. Der „Lebensborn e.V.", in: Fridolf Kudlien (Hrsg.): Ärzte im Nationalsozialismus. Köln 1985, S. 153–166.

Lilienthal, Georg: Der Nationalsozialistische Deutsche Ärztebund (1929–1943/1945): Wege zur Gleichschaltung und Führung der deutschen Ärzteschaft, in: Fridolf Kudlien (Hrsg.): Ärzte im Nationalsozialismus. Köln 1985, S. 105–121.

Linne, Karsten: Die „innere Front". Deutsche Arbeitsfront und staatliche Sozialpolitik, in: Zeitschrift für Geschichtswissenschaft 43 (1995), S. 15–67.

Longerich, Peter: Die braunen Bataillone. Geschichte der SA. München 1989.

Longerich, Peter: Hitlers Stellvertreter. Führung der Partei und Kontrolle des Staatsapparats durch den Stab Heß und die Parteikanzlei Bormann. München u.a. 1992.

Lorentz, Bernhard: Industrieelite und Wirtschaftspolitik 1928–1950. Heinrich Dräger und das Drägerwerk. Paderborn u.a. 2001.

Mader, Ernst T.: Das erzwungene Sterben von Patienten der Heil- und Pflegeanstalt Kaufbeuren-Irsee zwischen 1940 und 1945 nach Dokumenten und Berichten von Augenzeugen. Blöcktach 1982.

Mann, Gunter: Rassenhygiene – Sozialdarwinismus, in: Ders. (Hrsg.): Biologismus im 19. Jahrhundert. Vorträge eines Symposiums vom 30. bis 31. Oktober 1970 in Frankfurt a. M. Stuttgart 1973, S. 73–93.

Marien-Lunderup, Regina: Die Anstalten Eichberg und Weilmünster, in: Klaus Böhme/Uwe Lohalm (Hrsg.): Wege in den Tod. Hamburgs Anstalt Langenhorn und die Euthanasie in der Zeit des Nationalsozialismus. Hamburg 1993, S. 305–319.

Mason, Tim: Arbeiterklasse und Volksgemeinschaft. Dokumente und Materialien zur deutschen Arbeiterpolitik 1936–1939. Düsseldorf 1975.

Matthias, Katja: Der Bombenkrieg in Köln von 1940 bis 1945, in: Geschichte in Köln 45 (1999), S. 71–96.

Maurer, Trude: Medizinalpolizei und Antisemitismus. Die deutsche Politik der Grenzsperre gegen Ostjuden im Ersten Weltkrieg, in: Jahrbuch für Geschichte Osteuropas 33 (1985), S. 205–230.

McFarland-Icke, Bronwyn Rebekah: Nurses in Nazi Germany. Moral Choice in History. Princeton 1999.

Medizin im Nationalsozialismus. München 1988.

Meinel, Christoph/Voswinckel, Peter (Hrsg.): Medizin, Naturwissenschaft, Technik und Nationalsozialismus. Kontinuitäten und Diskontinuitäten. Stuttgart 1994.

Mitscherlich, Alexander/Mielke, Fred (Hrsg.): Diktat der Menschenverachtung. Eine Dokumentation. Heidelberg 1947.

Mitscherlich, Alexander/Mielke, Fred (Hrsg.): Medizin ohne Menschlichkeit. Dokumente des Nürnberger Ärzteprozesses. Frankfurt a. M. 1967.

Mokry, Gisela: Der Bestand der „Euthanasie"-Akten im Bundesarchiv, Abteilungen Potsdam (Außenstelle Dahlwitz-Hoppegarten), in: Harald Jenner (Hrsg.): Frühjahrstagung des Arbeitskreises zur Geschichte der „Euthanasie" und Zwangssterilisation vom 12.–14. Mai 1995 in Schleswig. Schleswig u. a. 1996, S. 75–78.

Möller, Horst/Wirsching, Andreas/Ziegler, Walter (Hrsg.): Nationalsozialismus in der Region. Beiträge zur regionalen und lokalen Forschung und zum internationalen Vergleich. München 1996.

Mommsen, Hans: Beamtentum im Dritten Reich. Mit ausgewählten Quellen zur nationalsozialistischen Beamtenpolitik. Stuttgart 1966.

Mommsen, Hans: Nationalsozialismus, in: Claus D. Kernig (Hrsg.): Sowjetsystem und Demokratische Gesellschaft. Eine vergleichende Enzyklopädie, Bd. 4. Freiburg u. a. 1971, Sp. 695–713.

Mommsen, Hans: Ausnahmezustand als Herrschaftstechnik des NS-Regimes, in: Manfred Funke (Hrsg.): Hitler, Deutschland und die Mächte, Düsseldorf 1976, S. 30–45.

Mommsen, Hans: Hitlers Stellung im nationalsozialistischen Herrschaftssystem, in: Gerhard Hirschfeld/Lothar Kettenacker (Hrsg.): Der „Führerstaat": Mythos und Realität. Stuttgart 1981, S. 43–71.

Mommsen, Hans/Willems, Susanne (Hrsg.): Herrschaftsalltag im Dritten Reich. Studien und Texte. Düsseldorf 1988.

Morsey, Rudolf: Clemens August Graf von Galen, in: Ders. (Hrsg.): Zeitgeschichte in Lebensbildern. Aus dem deutschen Katholizismus des 19. und 20. Jahrhunderts, Bd. 2. Mainz 1975, S. 37–47.

Müller, Rolf-Dieter: Die Konsequenzen der Volksgemeinschaft: Ernährung, Ausbeutung und Vernichtung, in: Wolfgang Michalka (Hrsg.): Der Zweite Weltkrieg. München u. a. 1989, S. 240–248.

Müller, Rolf-Dieter/Ueberschär, Gerd R.: Kriegsende 1945. Die Zerstörung des Deutschen Reiches. Frankfurt a. M. 1994.

Murswieck, Axel: Politische Steuerung des Gesundheitswesens, in: Klaus v. Beyme/Manfred G. Schmidt. (Hrsg.): Politik in der Bundesrepublik Deutschland. Opladen 1990, S. 150–176.

Naasner, Walter: Neue Machtzentren in der deutschen Kriegswirtschaft 1942–1945. Die Wirtschaftsorganisation der SS, das Amt des Generalbevollmächtigten für den Arbeitseinsatz und das Reichsministerium für Bewaffnung und Munition/Reichsministerium für

Rüstung und Kriegsproduktion im nationalsozialistischen Herrschaftssystem. Boppard 1994.
Nachtmann, Walter: Die medizinische Versorgung der Stuttgarter Bevölkerung im Zweiten Weltkrieg, in: Marlene P. Hiller (Hrsg.): Stuttgart im Zweiten Weltkrieg (Ausstellungskatalog). Stuttgart 1989, S. 63–70.
Neliba, Günter: Wilhelm Frick. Der Legalist des Unrechtsstaats. Eine politische Biographie. Paderborn 1992.
Neumann, Franz: Behemoth. Struktur und Praxis des Nationalsozialismus 1933–1944. Frankfurt a.M. u.a. 1974.
Nitschke, Asmus: Die „Erbpolizei" im Nationalsozialismus. Zur Alltagsgeschichte der Gesundheitsämter im Dritten Reich. Das Beispiel Bremen. Opladen u.a. 1999.
Noakes, Jeremy: Philipp Bouhler und die Kanzlei des Führers der NSDAP, in: Dieter Rebentisch/Karl Teppe (Hrsg.): Verwaltung contra Menschenführung im Staat Hitlers. Göttingen 1986, S. 208–236.
Nowak, Kurt: „Euthanasie" und Sterilisierung im „Dritten Reich". Die Konfrontation der evangelischen und katholischen Kirche mit dem „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses" und der „Euthanasie". Göttingen 1980.
Nowak, Kurt: Widerstand, Zustimmung, Hinnahme. Das Verhalten der Bevölkerung zur „Euthanasie", in: Norbert Frei (Hrsg.): Medizin und Gesundheitspolitik in der NS-Zeit. München 1991, S. 235–252.
Odenthal, Matthias: Der Gesundheitszustand der Ruhrknappschaftsmitglieder in dem Zeitraum 1913–1943. Essen 1945.
Olschewski, Christa: Ausrichtung und Stabilisierung des Unterführercorps der NSDAP in der Konsolidierungsphase der faschistischen Diktatur, in: Jahrbuch für Geschichte 27 (1983), S. 63–74.
Orlow, Dietrich: The History of the Nazi Party, 2 Bde. Pittsburg 1969/1973.
Otto, Renate: Verschärfung der Katastrophenpolitik – Transporte in die Tötungsanstalt Hadamar, in: Klaus Böhme/Uwe Lohalm (Hrsg.): Wege in den Tod. Hamburgs Anstalt Langenhorn und die Euthanasie in der Zeit des Nationalsozialismus. Hamburg 1993, S. 335–376.
Paschlau, Rosemarie und Günter: Die Größen- und Gewichtsentwicklung Stuttgarter Schulkinder von 1913–1958, in: Wilhelm Hagen/Dies.: Wachstum und Gestalt. Vergleichende Untersuchungen an deutschen und japanischen Schulkindern zum Thema der Akzeleration und des Habitus. Stuttgart 1961, S. 1–25.
Paul, Gerhard: Ganz normale Akademiker. Eine Fallstudie zur regionalen staatspolizeilichen Funktionselite, in: Ders./Klaus Michael Mallmann (Hrsg.): Die Gestapo. Mythos und Realität. Darmstadt 1995, S. 236–254.
Paulus, Julia: Kommunale Wohlfahrtspolitik in Leipzig 1930 bis 1945. Autoritäres Krisenmanagement zwischen Selbstbehauptung und Vereinnahmung. Köln u.a. 1998.
Peter, Antonio: Das Thüringische Landesamt für Rassewesen, in: Detlev Heiden/Gunter Mai (Hrsg.): Nationalsozialismus in Thüringen. Weimar u.a. 1995, S. 313–332.
Peter, Jürgen: Die Berichterstattung der Deutschen Ärztekommission zum Nürnberger Ärzteprozeß, in: Christoph Meinel/Peter Voswinckel (Hrsg.): Medizin, Naturwissenschaft, Technik und Nationalsozialismus. Kontinuitäten und Diskontinuitäten. Stuttgart 1994, S. 252–264.
Peterson, Edward N.: The Limits of Hitler's Power. Princeton 1969.
Peukert, Detlev J. K.: Die Genesis der „Endlösung" aus dem Geist der Wissenschaft, in: Ders.: Max Webers Diagnose der Moderne. Göttingen 1989, S. 102–121.
Peukert, Detlev J. K.: Das Janusgesicht der Moderne, in: Ders.: Max Webers Diagnose der Moderne. Göttingen 1989, S. 55–69.
Peukert, Detlev J. K.: Rassismus und „Endlösungs"-Utopie. Thesen zur Entwicklung und Struktur der nationalsozialistischen Vernichtungspolitik, in: Christoph Kleßmann (Hrsg.): Nicht nur Hitlers Krieg. Der Zweite Weltkrieg und die Deutschen. Düsseldorf 1989, S. 71–81.

Peukert, Detlev J. K.: „Rationalisierung" zwischen utopischem Entwurf und krisenhafter Zurücknahme, in: Ders.: Max Webers Diagnose der Moderne. Göttingen 1989, S. 92–101.
Pfäfflin, Friedemann: Hamburger Wohlfahrt. Die würdigen und die unwürdigen Insassen der Fürsorgeheime, in: Beiträge zur nationalsozialistischen Gesundheits- und Sozialpolitik 1 (1985), S. 108–121.
Pfäfflin, Friedemann u. a.: Die Krankenversorgung, in: Hendrik van den Bussche (Hrsg.): Medizinische Wissenschaft im „Dritten Reich". Berlin u. a. 1989, S. 267–380.
Pfeiffer, Jürgen (Hrsg.): Menschenverachtung und Opportunismus. Zur Medizin im Dritten Reich. Tübingen 1992.
Pflanz, Manfred: Wandlungen wichtiger Krankheitsbilder und die kulturelle Entwicklung, in: Ders. (Hrsg.): Die soziale Dimension der Medizin. Stuttgart 1975, S. 94–101.
Platen-Hallermund, Alice: Die Tötung Geisteskranker in Deutschland. Aus der Ärztekommission beim Amerikanischen Militärgericht. Frankfurt a. M. 1948.
Pohl, Dieter: Von der „Judenpolitik" zum Judenmord. Der Distrikt Lublin des Generalgouvernements 1939–1944. Frankfurt a. M. 1993.
Pohl, Dieter: Nationalsozialistische Judenverfolgung in Ostgalizien 1941–1944. Organisation und Durchführung eines staatlichen Massenverbrechens. München 1996.
Pöhlmann, Markus: „Es war, als würde alles bersten ...". Die Stadt Augsburg im Bombenkrieg 1939–1945. Augsburg 1994.
Pötzl, Ulrich: Sozialpsychiatrie, Erbbiologie und Lebensvernichtung. Valentin Faltlhauser, Direktor der Heil- und Pflegeanstalt Kaufbeuren-Irsee in der Zeit des Nationalsozialismus. Husum 1995.
Prinz, Michael: Vom neuen Mittelstand zum Volksgenossen. Die Entwicklung des sozialen Status der Angestellten von der Weimarer Republik bis zum Ende der NS-Zeit. München 1986.
Proctor, Robert: Racial Hygiene: Medicine under the Nazis. Cambridge/Mass. 1988.
Rebentisch, Dieter: Persönlichkeitsprofil und Karriereverlauf der nationalsozialistischen Führungskader in Hessen 1928–1945, in: Hessisches Jahrbuch für Landesgeschichte 33 (1983), S. 293–332.
Rebentisch, Dieter: Führerstaat und Verwaltung im Zweiten Weltkrieg. Verfassungsentwicklung und Verwaltungspolitik 1939–1945. Wiesbaden 1989.
Recker, Marie-Luise: Nationalsozialistische Sozialpolitik im Zweiten Weltkrieg. München 1985.
Reeg, Karl-Peter: Friedrich Georg Christian Bartels (1892–1968). Ein Beitrag zur Entwicklung der Leistungsmedizin im Nationalsozialismus. Husum 1989.
Reiter, Raimond: Psychiatrie im Dritten Reich in Niedersachsen. Hannover 1997.
Repgen, Konrad: Die Deutschen Bischöfe und der Zweite Weltkrieg, in: Historisches Jahrbuch 115 (1995), S. 410–452.
Rich, Paul: The long Victorian Sunset: Anthropology, Eugenics and Race in Britain 1900–1948, in: Patterns of Prejudice 18 (1984)/H.3, S. 4–17.
Richarz, Bernhard: Heilen, Pflegen, Töten. Zur Alltagsgeschichte einer Heil- und Pflegeanstalt bis zum Ende des Nationalsozialismus. Göttingen 1987.
Richter, Ingrid: Der deutsche Episkopat zur Eugenik, Zwangssterilisation und „Euthanasie" im NS-Regime, in: Joachim Kuropka (Hrsg.): Clemens August Graf von Galen. Menschenrechte – Widerstand – Euthanasie – Neubeginn. Münster 1998, S. 185–203.
Richter, Ingrid: Katholizismus und Eugenik in der Weimarer Republik und im Dritten Reich zwischen Sittlichkeitsreform und Rassenhygiene. Paderborn 2001.
Rieß, Volker: Die Anfänge der Vernichtung „lebensunwerten Lebens" in den Reichsgauen Danzig-Westpreußen und Wartheland 1939/40. Frankfurt a. M. 1995.
Riley, James C.: Measuring Morbidity and Mortality, in: Kenneth F. Kiple (Hrsg.): The Cambridge World History of Human Disease. Cambridge 1993, S. 230–237.
Rissom, Renate: Fritz Lenz und die Rassenhygiene. Husum 1983.
Ritter, Gerhard A.: Der Sozialstaat. Entstehung und Entwicklung im internationalen Vergleich. München 1989.

Roelcke, Volker/Hohendorf, Geritt: Akten der „Euthanasie"-Aktion T4 gefunden, in: Vierteljahrshefte für Zeitgeschichte 41 (1993), S. 479–481.
Roer, Dorothee: Psychiatrie in Deutschland 1933–1945: Ihr Beitrag zur „Endlösung der sozialen Frage" am Beispiel der Heilanstalt Uchtspringe, in: Psychiatrie und Gesellschaftskritik 16 (1992)/H.2, S. 15–37.
Roer, Dorothee/Henkel, Dieter (Hrsg.): Psychiatrie im Faschismus. Die Anstalt Hadamar 1933–1945. Frankfurt a. M. 1986.
Röhrs, Hans Dietrich: Hitlers Krankheit: Tatsachen und Legenden. Medizinische und psychische Grundlagen seines Zusammenbruchs. Neckargemünd 1966.
Rönn, Peter von: Von der gesundheitspolitischen Marginalisierung zur „Euthanasie". Die Anstalt Langenhorn und ihre Patienten im NS-Staat, in: Frank Bajohr/Werner Johe/Uwe Lohalm (Hrsg.): Zivilisation und Barbarei. Hamburg 1991, S. 269–284.
Rönn, Peter von: Zum indirekten Nachweis von Tötungsaktivitäten in der zweiten Phase der NS-„Euthanasie", in: Recht und Psychiatrie 1 (1991), S. 8–13.
Rönn, Peter von: Auf der Suche nach einem anderen Paradigma. Überlegungen zum Verlauf der NS-„Euthanasie" am Beispiel der Anstalt Langenhorn, in: Recht und Psychiatrie 2 (1991), S. 50–56.
Rönn, Peter von: Die Entwicklung der Anstalt Langenhorn in der Zeit des Nationalsozialismus, in: Klaus Böhme/Uwe Lohalm (Hrsg.): Wege in den Tod. Hamburgs Anstalt Langenhorn und die Euthanasie in der Zeit des Nationalsozialismus. Hamburg 1993, S. 27–135.
Rosenbrock, Rolf: Gesundheitspolitik. Berlin 1992.
Roth, Karl Heinz: Filmpropaganda für die Vernichtung der Geisteskranken und Behinderten im Dritten Reich, in: Beiträge zur nationalsozialistischen Gesundheits- und Sozialpolitik 2 (1985), S. 125–193.
Roth, Karl Heinz: Leistungsmedizin: Das Beispiel Pervitin, in: Fridolf Kudlien (Hrsg.): Ärzte im Nationalsozialismus. Köln 1985, S. 167–174.
Roth, Karl Heinz: Intelligenz und Sozialpolitik im „Dritten Reich". Eine methodisch-historische Studie am Beispiel des Arbeitswissenschaftlichen Instituts der Deutschen Arbeitsfront. München u. a. 1993.
Roth, Karl Heinz: Public Health – Nazi Style: Gesundheitspolitische Kontroversen in der NS-Diktatur (1935–44), in: 1999 10 (1995)/H.2, S. 13–56.
Roth, Karl Heinz/Aly, Götz: Das „Gesetz über die Sterbehilfe bei unheilbar Kranken". Protokolle der Diskussion über die Legalisierung der nationalsozialistischen Anstaltsmorde in den Jahren 1938–1941, in: Ders. (Hrsg.): Erfassung zur Vernichtung. Von der Sozialhygiene zum „Gesetz über Sterbehilfe". Berlin 1984, S. 101–180.
Rothenbacher, Franz: Die Entwicklung der Gesundheitsverhältnisse in Deutschland seit der Industrialisierung, in: Erich Wiegand/Wolfgang Zapf (Hrsg.): Wandel der Lebensbedingungen in Deutschland. Wohlfahrtsentwicklung seit der Industrialisierung. Frankfurt a. M. 1982, S. 335–425.
Ruck, Michael: Korpsgeist und Staatsbewußtsein. Beamte im deutschen Südwesten 1928–1972. München 1996.
Ruck, Michael: Zentralismus und Regionalgewalten im Herrschaftsgefüge des NS-Staates, in: Horst Möller/Andreas Wirsching/Walter Ziegler (Hrsg.): Nationalsozialismus in der Region. München 1996, S. 99–122.
Rusinek, Bernd A: Vernehmungsprotokolle, in: Ders. (Hrsg.): Einführung in die Interpretation historischer Quellen. Schwerpunkt Neuzeit. Paderborn u. a. 1992, S. 111–131.
Rüther, Martin: Arbeiterschaft in Köln 1928–1945. Köln 1990.
Rüther, Martin: Ärztliches Standeswesen im Nationalsozialismus 1933–1945, in: Robert Jütte (Hrsg.): Geschichte der deutschen Ärzteschaft. Organisierte Berufs- und Gesundheitspolitik im 19. und 20. Jahrhundert. Köln 1997, S. 143–193.
Sachse, Christoph/Tennstedt, Florian: Der Wohlfahrtsstaat im Nationalsozialismus. Stuttgart u. a. 1992.
Sandmann, Jürgen: Der Bruch mit der humanitären Tradition. Die Biologisierung der Ethik bei Ernst Haeckel und anderen Darwinisten seiner Zeit. Stuttgart u. a. 1990.

Schimitschek, Erwin/Werner, Günter T.: Malaria, Fleckfieber, Pest. Auswirkungen auf Kultur und Geschichte, medizinische Fortschritte. Stuttgart 1985.
Schleunes, Karl A.: Nationalsozialistische Entschlußbildung und die Aktion T4, in: Eberhard Jäckel/Jürgen Rohwehr (Hrsg.): Der Mord an den Juden im Zweiten Weltkrieg. Frankfurt a. M. 1987, S. 70–84.
Schmidt, Gerhard: Selektion in der Heilanstalt 1939–1945. Stuttgart 1965.
Schmidt, Ulf: Reassessing the Beginning of the „Euthanasia" Programme, in: German History 17 (1999), S. 541–548.
Schmidt, Ulf: Kriegsausbruch und Euthanasie: Neue Forschungsergebnisse zum „Knauer Kind" im Jahre 1939, in: Andreas Frewer/Clemens Eickhoff (Hrsg.): „Euthanasie" und die aktuelle Sterbehilfe-Debatte. Die historischen Hintergründe medizinischer Ethik. Frankfurt a. M. u. a. 2000, S. 113–129.
Schmidt, Ulf: Die Angeklagten Fritz Fischer, Hans W. Romberg und Karl Brandt aus der Sicht des medizinischen Sachverständigen Leo Alexander, in: Angelika Ebbinghaus/Klaus Dörner (Hrsg.): Vernichten und Heilen. Der Nürnberger Ärzteprozeß und seine Folgen. Berlin 2001, S. 374–404.
Schmitt, Carl: Der Zugang zum Machthaber, ein zentrales verfassungsrechtliches Problem, in: Ders.: Verfassungsrechtliche Aufsätze aus den Jahren 1924–1954. Materialien zu einer Verfassungslehre. Berlin 1954, S. 430–439.
Schmitz-Berning, Cornelia: Vokabular des Nationalsozialismus. Berlin ²2000.
Schmuhl, Hans-Walter: Rassenhygiene, Nationalsozialismus, Euthanasie. Von der Verhütung zur Vernichtung „lebensunwerten Lebens" 1890–1945. Göttingen 1987.
Schmuhl, Hans-Walter: Philipp Bouhler – Ein Vorreiter des Massenmords, in: Ronald Smelser/Enrico Syring/Rainer Zitelmann (Hrsg.): Die braune Elite II. Darmstadt 1990, S. 39–50.
Schneck, Peter: Wider den „Biologischen Hochverrat": Frauenheilkunde und Rassenhygiene im Nationalsozialismus, in: Christoph Meinel/Peter Voswinckel (Hrsg.): Medizin, Naturwissenschaft, Technik und Nationalsozialismus. Kontinuitäten und Diskontinuitäten. Stuttgart 1994, S. 120–128.
Schneider, William: Toward the improvement of the human race: The history of eugenics in France in: Journal of Modern History 54 (1982), S. 268–291.
Schrapper, Christian: Hans Muthesius (1885–1977). Ein deutscher Fürsorgejurist und Sozialpolitiker zwischen Kaiserreich und Bundesrepublik. Münster 1993.
Schröder, Wilhelm Heinz: Kollektive Biographien in der historischen Sozialforschung. Eine Einführung, in: Ders. (Hrsg.): Lebenslauf und Gesellschaft. Zum Einsatz von kollektiven Biographien in der historischen Sozialforschung. Stuttgart 1985, S. 7–17.
Schröter, Sonja: Psychiatrie in Waldheim/Sachsen von ihren Anfängen bis zum Ende des Zweiten Weltkriegs (1716–1946). Ein Beitrag zur Geschichte der Forensischen Psychiatrie in Deutschland. Leipzig 1994.
Schulz, Günter: Soziale Sicherung von Frauen und Familien, in: Hans Günter Hockerts (Hrsg.): Drei Wege deutscher Sozialstaatlichkeit. NS-Diktatur, Bundesrepublik und DDR im Vergleich. München 1998, S. 117–149.
Schulze, Birgit: Heinrich Himmler, das Reichsministerium des Innern und das Verhältnis von Staat und Partei 1943–1945, in: Klaus Möltgen (Hrsg.): Kriegswirtschaft und öffentliche Verwaltung im Ruhrgebiet 1939–1945. Gelsenkirchen 1990, S. 9–32.
Schwartz, Michael: „Proletarier" und „Lumpen". Sozialistische Ursprünge eugenischen Denkens, in: Vierteljahrshefte für Zeitgeschichte 42 (1994), S. 537–570.
Schwartz, Michael: Konfessionelle Milieus und Weimarer Eugenik, in: Historische Zeitschrift 261 (1995), S. 403–448.
Schwartz, Michael: Sozialistische Eugenik. Eugenische Sozialtechnologien in Debatten und Politik der deutschen Sozialdemokratie 1890–1933. Bonn 1995.
Schwartz, Michael: Rassenhygiene, Nationalsozialismus, Euthanasie? Kritische Anfragen an eine These Hans-Walter Schmuhls, in: Westfälische Forschungen 46 (1996), S. 604–622.
Seidel, Ralf/Sueße, Thorsten: Werkzeuge der Vernichtung. Zum Verhalten von Verwaltungs-

beamten und Ärzten bei der „Euthanasie", in: Norbert Frei (Hrsg.): Medizin und Gesundheitspolitik in der NS-Zeit. München 1991, S. 253–264.
Seidel, Ralf/Werner, Wolfgang Franz: Psychiatrie im Abgrund. Spurensuche und Standortbestimmung nach den NS-Psychiatrie-Verbrechen. Köln 1991.
Sereny, Gitta: Das Ringen mit der Wahrheit. Albert Speer und das deutsche Trauma. München 1995.
Shorter, Edward: Bedside Manners. The Troubled History of Doctors and Patients. New York 1985.
Siegfried, Klaus-Jörg: Das Leben der Zwangsarbeiter im Volkswagenwerk 1939–1945. Frankfurt a. M. u. a. 1988.
Smelser, Ronald: Robert Ley: Hitlers Mann an der „Arbeitsfront". Eine Biographie. Paderborn 1989.
Smelser, Ronald: Eine „braune Revolution"? Robert Ley, Deutsche Arbeitsfront und sozialrevolutionäre Konzepte, in: Wolfgang Michalka (Hrsg.): Der Zweite Weltkrieg. München u. a. 1989, S. 418–429.
Smelser, Ronald: Robert Ley – Der braune Kollektivist, in: Ders./Rainer Zitelmann (Hrsg.): Die braune Elite. 22 biographische Skizzen. Darmstadt ²1990, S. 173–188.
Smelser, Ronald: Die Sozialplanung der Deutschen Arbeitsfront, in: Michael Prinz/Rainer Zitelmann (Hrsg.): Nationalsozialismus und Modernisierung. Darmstadt 1991, S. 71–93.
Spree, Reinhard: Soziale Ungleichheit vor Krankheit und Tod. Zur Sozialgeschichte des Gesundheitsbereichs im Deutschen Kaiserreich. Göttingen 1981.
Spree, Reinhard: Der Rückzug des Todes. Der epidemiologische Übergang in Deutschland während des 19. und 20. Jahrhunderts. Konstanz 1992.
Stahl, Maria: Krankheit und Politik am Beispiel der Tuberkulose, in: Volk und Gesundheit: Heilen und Vernichten im Nationalsozialismus. Frankfurt a. M. 1988, S. 85–100.
Steinert, Marlis G.: Hitlers Krieg und die Deutschen. Stimmung und Haltung der deutschen Bevölkerung im Zweiten Weltkrieg. Düsseldorf u. a. 1970.
Streit, Christian: Die Behandlung der verwundeten sowjetischen Kriegsgefangenen, in: Hannes Heer/Klaus Naumann (Hrsg.): Vernichtungskrieg. Verbrechen der Wehrmacht 1941–1944. Hamburg 1995, S. 78–91.
Sueße, Thomas/Meyer, Heinrich: Abtransport der „Lebensunwerten". Die Konfrontation niedersächsischer Anstalten mit der NS-"Euthanasie". Hannover 1988.
Süß, Winfried: Gesundheitspolitik, in: Hans Günter Hockerts (Hrsg.): Drei Wege deutscher Sozialstaatlichkeit. NS-Diktatur, Bundesrepublik und DDR im Vergleich. München 1998, S. 55–100.
Süß, Winfried: Krankenmord. Forschungsstand und Forschungsfragen zur Geschichte der nationalsozialistischen „Euthanasie", in: Theresia Bauer/Winfried Süß (Hrsg.): NS-Diktatur, DDR, Bundesrepublik. Drei Zeitgeschichten des vereinigten Deutschland. Werkstattberichte. Neuried 2000, S. 47–86.
Süß, Winfried: Von der Gesundheitspolitik zum Krankenmord. Medizin im Zeichen der Rassenhygiene, in: Clemens Vollnhals (Hrsg.): Sachsen in der NS-Zeit. Dresden 2002, S. 155–169, 269–273.
Szöllösi-Janze, Margit: Von der Mehlmotte zum Holocaust. Fritz Haber und die Schädlingsbekämpfung während und nach dem ersten Weltkrieg, in: Jürgen Kocka/Hans-Jürgen Puhle/Klaus Tenfelde (Hrsg.): Von der Arbeiterbewegung zum modernen Sozialstaat (FS Gerhard A. Ritter). München 1995, S. 658–682.
Tennstedt, Florian: Sozialgeschichte der Sozialversicherung, in: Maria Blohmke u. a. (Hrsg.): Handbuch der Sozialmedizin, Bd. 3: Sozialmedizin in der Praxis. Stuttgart 1976, S. 385–492.
Tennstedt, Florian: Geschichte der Selbstverwaltung in der Krankenversicherung von der Mitte des 19. Jahrhunderts bis zur Gründung der Bundesrepublik Deutschland. Bonn 1977.
Teppe, Karl: Zur Sozialpolitik des Dritten Reiches am Beispiel der Sozialversicherung, in: Archiv für Sozialgeschichte 17 (1977), S. 195–250.
Thamer, Hans-Ulrich: Verführung und Gewalt. Deutschland 1933–1945. Berlin 1986.

Thom, Achim: Zur Mitwirkung der deutschen Ärzteschaft bei der Vorbereitung und Absicherung des Zweiten Weltkrieges (1933–1941), in: Ludwig Nestler u. a. (Hrsg.): Der Weg deutscher Eliten in den Zweiten Weltkrieg. Nachtrag zu einer verhinderten deutsch-deutschen Publikation. Berlin 1990, S. 279–325.

Thom, Achim: Formen der Mitwirkung der deutschen Ärzteschaft bei der Kriegsvorbereitung durch das faschistische Regime in den Jahren 1933 bis 1939, in: Ders./Sabine Fehrenbach (Hrsg.): Der Arzt als „Gesundheitsführer". Ärztliches Wirken zwischen Ressourcenerschließung und humanitärer Hilfe im Zweiten Weltkrieg. Berlin 1991, S. 11–24.

Thom, Achim: Kriegsopfer der Psychiatrie. Das Beispiel der Heil- und Pflegeanstalten Sachsens, in: Norbert Frei (Hrsg.): Medizin und Gesundheitspolitik in der NS-Zeit. München 1991, S. 201–216.

Thom, Achim: „Aufbauarbeit im Osten". Zur Tätigkeit deutscher Ärzte in den Gesundheitsverwaltungsbehörden und Ostforschungsinstitutionen in den besetzten Territorien Polens und der UdSSR während der Jahre von 1939 bis 1945, in: Christoph Meinel/Peter Voswinckel (Hrsg.): Medizin, Naturwissenschaft, Technik und Nationalsozialismus. Kontinuitäten und Diskontinuitäten. Stuttgart 1994, S. 62–70.

Thom, Achim/Caregorodcev, Genadij I. (Hrsg.): Medizin unterm Hakenkreuz. Berlin 1989.

Thomann, Klaus-Dieter: „Krüppel sind nicht minderwertig." Körperbehinderte im Nationalsozialismus, in: Christoph Meinel/Peter Voswinckel (Hrsg.): Medizin, Naturwissenschaft, Technik und Nationalsozialismus. Kontinuitäten und Diskontinuitäten. Stuttgart 1994, S. 208–220.

Thomsen, Peter: Ärzte auf dem Weg ins „Dritte Reich". Studien zur Arbeitsmarktsituation, zum Selbstverständnis und zur Standespolitik der Ärzteschaft gegenüber der staatlichen Sozialversicherung während der Weimarer Republik. Husum 1996.

Titze, Hartmut: Die zyklische Überproduktion von Akademikern im 19. und 20. Jahrhundert, in: Geschichte und Gesellschaft 10 (1984), S. 92–121.

Ueberschär, Gerd R.: Freiburg im Luftkrieg 1939–1945. Freiburg 1990.

Unger, Frank: Das Institut für allgemeine und Wehrphysiologie an der Militärärztlichen Akademie in Berlin (1937–1945). Med. Diss. Hannover 1993.

Vanja, Christina/Vogt, Martin (Bearb.): Euthanasie in Hadamar. Die Nationalsozialistische Vernichtungspolitik in hessischen Anstalten. Begleitband zur Ausstellung des Landeswohlfahrtsverbandes Hessen. Kassel 1991.

Venzlaff, Ulrich: Psychische Dauerschäden bei Opfern der NS-Verfolgung, in: Hannes Friedrich/Wolfgang Matzow (Hrsg.): Dienstbare Medizin. Ärzte betrachten ihr Fach im Nationalsozialismus. Göttingen 1992, S. 101–119.

Volk, Ludwig: Schweigen oder Bekennen? Der Gewissensentscheid des Bischofs von Münster im Sommer 1941, in: Stimmen der Zeit 194 (1976), S. 219–224.

Volk, Ludwig: Nationalsozialistischer Kirchenkampf und deutscher Episkopat, in: Klaus Gotto/Konrad Repgen (Hrsg.): Die Katholiken und das Dritte Reich. Mainz ^{3}1990, S. 49–91.

Vorländer, Herwart: Die NSV. Darstellung und Dokumentation einer nationalsozialistischen Organisation. Boppard 1988.

Vorländer, Herwart: Erich Hilgenfeld – Reichswalter der NSV, in: Ronald Smelser/Enrico Syring/Rainer Zitelmann (Hrsg.): Die braune Elite II. 21 weitere biographische Skizzen. Darmstadt 1993, S. 166–178.

Vossen, Johannes: Tuberkulosekrankheit und Rassenhygiene. Die Durchführung des nationalsozialistischen „Ehegesundheitsgesetzes" im Landkreis Herford 1935–1947, in: Andreas Wollasch (Hrsg.): Wohlfahrt und Region. Beiträge zur historischen Rekonstruktion des Wohlfahrtsstaates in westfälischer und vergleichender Perspektive. Münster 1995, S. 125–141.

Vossen, Johannes: Gesundheitsämter im Nationalsozialismus. Offene Gesundheitsfürsorge und Rassenhygiene in Westfalen zwischen Kaiserreich und Bundesrepublik (1900 bis 1950). Phil. Diss. Bielefeld 1999.

Walter, Bernd: Psychiatrie und Gesellschaft in der Moderne. Geisteskrankenfürsorge in der Provinz Westfalen zwischen Kaiserreich und NS-Regime. Paderborn 1996.
Weber, Max: Wirtschaft und Gesellschaft. Tübingen ^{5}1980.
Werther, Thomas: Menschenversuche in der Fleckfieberforschung, in: Angelika Ebbinghaus/Klaus Dörner (Hrsg.): Vernichten und Heilen. Der Nürnberger Ärzteprozeß und seine Folgen. Berlin 2001, S. 152–173.
Weindling, Paul: Die Preußische Medizinalverwaltung und die „Rassenhygiene". Anmerkungen zur Gesundheitspolitik der Jahre 1905–1933, in: Zeitschrift für Sozialreform 11 (1984), S. 675–687.
Weindling, Paul: Die Verbreitung rassenhygienischen Gedankenguts in bürgerlichen und sozialistischen Kreisen der Weimarer Republik, in: Medizinhistorisches Journal 22 (1987), S. 351–368.
Weindling, Paul: The Rockefeller Foundation and German Biomedical Sciences 1920–1940: from Educational Philantropy to International Science Policy, in: Nicholas Rupke (Hrsg.): Science, Politics and the Public Good. London 1988, S. 119–140.
Weindling, Paul: Health, Race and German Politics between National Unification and Nazism 1879–1945. Cambridge 1989.
Weindling, Paul: „Mustergau" Thüringen. Rassenhygiene zwischen Ideologie und Machtpolitik, in: Norbert Frei (Hrsg.): Medizin und Gesundheitspolitik in der NS-Zeit. München 1991, S. 81–97.
Weindling, Paul: Die weltanschaulichen Hintergründe der Fleckfieberbekämpfung im Zweiten Weltkrieg, in: Christoph Meinel/Peter Voswinckel (Hrsg.): Medizin, Naturwissenschaft, Technik und Nationalsozialismus. Kontinuitäten und Diskontinuitäten. Stuttgart 1994, S. 129–135.
Weingart, Peter/Bayerz, Kurt/Kroll, Jürgen: Rasse, Blut und Gene. Geschichte der Eugenik und Rassenhygiene in Deutschland. Frankfurt a. M. 1988.
Welskopp, Thomas: Der Mensch und die Verhältnisse. „Handeln" und „Struktur" bei Max Weber und Anthony Giddens, in: Ders./Thomas Mergel (Hrsg.): Geschichte zwischen Kultur und Gesellschaft. Beiträge zur Theoriedebatte. München 1997, S. 39–70.
Werner, Wolfgang Franz: Bleib übrig! Deutsche Arbeiter in der nationalsozialistischen Kriegswirtschaft. Düsseldorf 1983.
Werner, Wolfgang Franz: „Euthanasie" und Widerstand in der Rheinprovinz, in: Anselm Faust (Hrsg.): Verfolgung und Widerstand im Rheinland und in Westfalen 1933–1945. Köln 1992, S. 224–233.
Werner, Wolfgang Franz: Walter Creutz – Widerstandskämpfer?, in: Ders./Wolfgang Schaffer: Folgen der Ausgrenzung. Studien zur Geschichte der NS-Psychiatrie in der Rheinprovinz, Köln 1995, S. 173–195.
Wette, Wolfram: Aspekte des sozialen Wandels in Deutschland 1943–1948, in: Blätter für deutsche und internationale Politik 40 (1995), 1123–1133.
Wirsching, Andreas: Nationalsozialismus in der Region. Tendenzen der Forschung und methodische Probleme, in: Horst Möller/Andreas Wirsching/Walter Ziegler (Hrsg.): Nationalsozialismus in der Region. München 1996, S. 25–46.
Wolff, Eberhard: Mehr als nur materielle Interessen: Die organisierte Ärzteschaft im Ersten Weltkrieg und in der Weimarer Republik 1914–1933, in: Robert Jütte (Hrsg.): Geschichte der deutschen Ärzteschaft. Organisierte Berufs- und Gesundheitspolitik im 19. und 20. Jahrhundert. Köln 1997, S. 97–142.
Wunder, Michael u. a.: Auf dieser schiefen Ebene gibt es kein Halten mehr. Die Alsterdorfer Anstalten im Nationalsozialismus. Hamburg 1987.
Wunder, Michael: Euthanasie in den letzten Kriegsjahren. Die Jahre 1944 und 1945 in der Heil- und Pflegeanstalt Langenhorn. Husum 1992.
Wunder, Michael: Die Spätzeit der Euthanasie: in: Klaus Böhme/Uwe Lohalm (Hrsg.): Wege in den Tod. Hamburgs Anstalt Langenhorn und die Euthanasie in der Zeit des Nationalsozialismus. Hamburg 1993, S. 397–424.
Wunder, Michael: Die Transporte in die Heil- und Pflegeanstalt Meseritz-Obrawalde,

in: Klaus Böhme/Uwe Lohalm (Hrsg.): Wege in den Tod. Hamburgs Anstalt Langenhorn und die Euthanasie in der Zeit des Nationalsozialismus. Hamburg 1993, S. 377–396.

Wunder, Michael: Die Transporte in die Ricklinger Anstalten, in: Klaus Böhme/Uwe Lohalm (Hrsg.): Wege in den Tod. Hamburgs Anstalt Langenhorn und die Euthanasie in der Zeit des Nationalsozialismus. Hamburg 1993, S. 256–267.

Wuttke, Walter: Ideologien der NS-Medizin, in: Jürgen Pfeiffer (Hrsg.): Menschenverachtung und Opportunismus. Zur Medizin im Dritten Reich. Tübingen 1992, S. 157–171.

Wuttke-Groneberg, Walter: Medizin im Nationalsozialismus. Ein Arbeitsbuch. Tübingen 1980.

Wuttke-Groneberg, Walter: Heilpraktiker im Nationalsozialismus, in: Manfred Brinkmann (Hrsg.): Nachtschatten im weißen Land. Betrachtungen zu alten und neuen Heilsystemen. Berlin 1982, S. 127–147.

Wysocki, Gerd: Arbeit für den Krieg. Herrschaftsmechanismen in der Rüstungsindustrie des „Dritten Reiches". Arbeitseinsatz, Sozialpolitik und staatspolizeiliche Repression bei den Reichswerken „Hermann Göring" im Salzgitter-Gebiet 1937/38 bis 1945. Braunschweig 1992.

Zapp, Albert: Untersuchungen zum Nationalsozialistischen Deutschen Ärztebund (NSDÄB). Med. Diss. Kiel 1979.

Ziegelmayer, Wilhelm: Die Ernährung des deutschen Volkes – Ein Beitrag zur Erhöhung der deutschen Nahrungsmittelproduktion. Dresden [5]1947.

Ziegler, Herbert F.: Elite Recruitment and National Socialism. The SS-Führercorps, 1925–33, in: Heinrich Best (Hrsg.): Politik und Milieu. Wahl- und Elitenforschung im historischen und interkulturellen Vergleich. St. Katharinen 1989, S. 223–238.

Zimmermann, Susanne: Berührungspunkte zwischen dem Konzentrationslager Buchenwald und der medizinischen Fakultät der Universität Jena, in: Christoph Meinel/Peter Voswinckel (Hrsg.): Medizin, Naturwissenschaft, Technik und Nationalsozialismus. Kontinuitäten und Diskontinuitäten. Stuttgart 1994, S. 54–61.

Zimmermann, Susanne: Die Medizinische Fakultät der Universität Jena während der Zeit des Nationalsozialismus. Berlin 2000.

Zmarzlik, Hans-Günter: Der Sozialdarwinismus in Deutschland als geschichtliches Problem, in: Vierteljahrshefte für Zeitgeschichte 11 (1963), S. 246–273.

Zumholz, Maria Anna: „Die Tradition meines Hauses". Zur Prägung Clemens August Graf von Galens in Elternhaus, Schule und Universität, in: Joachim Kuropka (Hrsg.): Clemens August Graf von Galen. Neue Forschungen zum Leben und Wirken des Bischofs von Münster. Münster 1992, S. 11–30.

Zumholz, Maria Anna: Clemens August Graf von Galen und der deutsche Episkopat 1933–1945, in: Joachim Kuropka (Hrsg.): Clemens August Graf von Galen. Neue Forschungen zum Leben und Wirken des Bischofs von Münster. Münster 1992, S. 179–220.

Zunke, Peter: Der erste Reichsärzteführer Dr. med. Gerhard Wagner. Med. Diss. Kiel 1972.

Zweifel, Peter/Zysset-Pedroni, Gabriella: Was ist Gesundheit und wie läßt sie sich messen?, in: Hanfried H. Andersen u. a. (Hrsg.): Basiswissen Gesundheitsökonomie, Bd. 1. Berlin 1992, S. 39–63.

Personenregister

Alexander, Leo 91f., 94
Allers, Dietrich 341, 357, 426, 430
Annecke 105, 459
Appaly, Norbert 459
Astel, Karl 125f.
Axmann, Arthur 177

Bach, Ernst 459
Bahmann, Oskar 107, 424, 459
Bahmes, Ernst 107, 459
Bartels, Friedrich 58, 62, 69f., 97, 105, 111, 114, 118, 121, 155, 459
Bartels, Walter 459
Bauer, Michael 97, 459f.
Baumgartner, Hans 118, 460
Becker, Hans Joachim 426
Becker, Herbert 319, 426
Beese 358
Behrens, Carl Heinz 460
Behring, Emil von 218
Berger, Gottlob 177
Berndt, Alfred-Ingemar 139
Bernhard, Wilhelm 460
Berning, Wilhelm 132
Bernotat, Fritz 352f.
Bertram, Adolf 131–133, 135, 145
Beyer, Alfred 98
Beyreis, Otto 104, 460
Bieber, Walter 101, 104, 107, 460
Blankenburg, Werner 30, 356, 364, 426, 430
Blome, Kurt 57, 61–63, 91, 114, 116f., 119, 123, 156, 460
Blumenstein, Fritz 460
Bockhacker, Werner 57, 70, 91, 114, 155–157, 248, 293, 425, 460
Bode, Theodor 460
Bodelschwingh, Friedrich von 93f.
Boehm, Hermann 55, 113, 460f.
Bormann, Felix von 229
Bormann, Martin 47f., 61–63, 75, 114, 121, 129, 131f., 140–143, 146f., 150, 158–161, 163–168, 170, 172, 174–177, 253, 364
Bornebusch 351
Bouhler, Philipp 81f., 90, 128f., 151, 173, 314f., 319, 364, 430
Brack,Victor 25, 90, 149, 196, 314f.
Braeckow, Ernst 140, 146
Brandt, Karl 14–17, 27, 29, 76, 78–94, 128, 149, 160–178, 184, 186f., 250f., 253, 274, 280–284, 309–312, 314–317, 319, 339, 342f., 355–358, 360f., 363f., 366, 369, 411f., 414f., 421, 425, 428–431, 461
Braune, Paul Gerhard 142, 150
Brauneck, Hermann 118–120, 124, 461
Breßler, Wilhelm 119, 461
Brückner, Wilhelm 80
Brünig, Helmuth 118, 120, 461
Brüning, Heinrich 243
Bruns, Erich 119, 122, 124, 461

Catel, Werner 81
Christensen, Heinz 461
Christiansen, Werner 461
Conti, Leonardo 14, 16, 27, 29, 32, 44f., 47, 49–52, 54, 61–63, 66–68, 70, 72, 75, 78–80, 82f., 85, 88f., 93, 97, 100, 105, 112, 114, 117–122, 124, 155–176, 184, 186f., 192, 196, 215, 229, 236–238, 251, 264–267, 279, 288, 292, 300, 302, 339, 354, 356, 367, 386, 407, 412–414, 424, 428f., 462
Creutz 426
Creutz, Walter 309, 329f., 332, 334, 337
Crinis, Max de 356f., 360, 367, 411
Cropp, Fritz 100, 105, 274, 424, 462
Czermak, Hans 116, 118f., 462

Daum, Reinhold 120, 462
Deuschl, Hans 113f., 229, 462
Dingeldey, Richard 111, 113f., 462
Döllner, Max 102
Domsick, Heinz 462
Dyckerhoff, Helmuth 119, 462f.
Dyk, Anton 463

Ebner, Gregor 98f., 107, 113, 463
Eckhardt, Walter 463
Ehlich, Hans Rudolf 302, 463
Eimer, Karl 117, 463
Eisenmenger, Richard 463
Eisenreich, Otto 300
Ende, Gottfried 119, 463
Engel, Bruno Walter 106, 463
Engel, Hans 52, 463
Engels, Eugen 102, 463

Ernst, Heinrich 119, 464
Ernst, Walter 119
Ertel, Hermann 464
Ertl, Adolf 464
Ewig, Wilhelm 66, 464

Fabian, Georg 108, 464
Faltlhauser, Valentin 322–324, 326, 353, 361f.
Faulhaber, Michael von 131
Feitenhansl, Karl 116, 118, 124, 464
Fenner, Franz 120, 464
Fernholz, Alfred 120, 342, 464
Fiehler, Karl 158, 302
Fikentscher, Alfred 88, 425, 464
Fink, Max 464
Fischer, Hermann 464
Florian, Friedrich Karl 188, 335
Focke, Fritz 119, 464
Frank, Hans 233
Franke, Wilhelm 107, 465
Frercks, Rudolf 465
Frey, Gottfried 98, 108, 226, 465
Frick, Wilhelm 48, 62f., 75, 160f., 166, 170
Friedel, Horst 120, 465
Fritsch, Karl 348

Galen, Clemens August Graf von 93, 130–150
Gaum, Max 16, 106f., 323, 465
Gebhardt, Karl 62
Geist, Kurt 88, 465
Gemsjäger, Karl 104, 465
Gerstenmaier, Eugen 93
Gisbertz, August 109
Globocnik, Odilo 315
Goebbels, Joseph 47, 75f., 85, 131, 133, 140–151, 164, 166, 170f., 174f., 177, 196, 274, 306, 335, 387
Goldmann, Franz 97
Gorgaß, Bodo 314f.
Göring, Hermann 47, 62, 75, 86, 97, 100, 143, 156, 161, 170, 298
Grabowski, Walter 352
Grawitz, Ernst Robert 465
Grenz 177
Grohé, Josef 303
Groß, Walter 55
Großmann, Hans Erich 118, 465f.
Grote, Heinrich 62, 112, 122, 466
Grunwald, Joseph 466
Gundel, Max 220, 466
Gürtner, Franz 151
Gutermuth, Wilhelm 86, 89, 251–253, 408, 425, 466
Gütt, Arthur 45, 47, 63, 75, 97, 100, 121, 169f., 181, 466
Guttenberg, Walter 117, 466

Haack, Kurt 109, 466
Haake, Heinz 330
Haase, Ludolf 119
Haber, Fritz 227
Haedenkamp, Karl 466f.
Hagelstein, Hans 467
Hagen, Wilhelm 232
Hahn, Carl Friedrich 467
Hamann, Erhardt 117, 122, 467
Handloser, Siegfried 83, 428f., 467
Hanstein, Thilo von 467
Harff, Joachim 467
Harnack, Otto 467
Harrfeldt, Hans-Heinrich 122f., 467
Hartung, Rudolf 122, 328–331, 467
Hase, Albrecht 226f.
Haubold, Helmuth 467
Haus, Friedrich 425
Haunstein 349
Hebestreit, Hermann 467
Hefelmann, Hans 81, 351, 364f., 430
Hegeman, Gert 467
Hegemann, Ferdinand 368, 467
Hegener, Richard von 30, 430
Heinz, Herbert 118, 467
Heinze, Hans 348, 353, 361, 364f.
Hellmuth, Otto 119
Hermann, Arno 468
Herrmann, Arno 113, 468
Herzer, Robert 350
Heß, Rudolf 48, 56, 59, 61f., 64, 111f., 128, 163, 427
Hesse, Erich 98f.
Heßler, Eugen 117, 119f., 122, 467
Heyde, Werner 312
Heydrich, Reinhard 142
Hierl, Konstantin 46
Hilgenfeldt, Erich 72, 75, 158, 170, 175
Himmler, Heinrich 46, 61f., 75, 87, 90f., 113, 124, 128f., 166, 170, 172, 174, 229, 254, 403, 429
Hitler, Adolf 32, 38, 62, 64, 74, 76, 79–87, 93, 127, 131–133, 139f., 143, 145, 147–151, 156–158, 160–162, 164f., 167–173, 175–178, 190, 235, 281, 284, 312, 314, 316, 339, 360, 364, 409, 411f., 414f., 427–429
Hoffmann, Wilhelm 226

Hoffs, Leo 102
Holfelder, Hans 468
Holm 201
Holzmann, Wilhelm 122, 468
Hördemann, Robert 468
Hörmann, Bernhard 55, 113, 468
Hummel, Leonhardt 118, 468

Ideler, Franz 119, 468

Jekelius, Erwin 364
Josten, Artur 104, 468f.

Kahler 97
Kauffmann, Oskar 27, 66, 116f., 121, 123, 158, 165, 174, 469
Kayser-Petersen, Julian 105, 469
Kees, Ernst 101, 469
Kehrl, Hans 186
Keitel, Wilhelm 140
Kerrl, Hans 133, 139
Ketterer, Emil 469
Kiermayr, Heinrich 118, 469
Kirchert, Werner 469
Klabunde, Kurt 102
Klare, Kurt 469
Klause, Karl 469f.
Klein, Alfons 352f.
Klein, Wilhelm 47
Klipp, Karl Oskar 100, 113, 119f., 124–126, 470
Kluck, Hellmuth 470
Koch, Robert 81, 217
Koenig, Wilhelm 470
Kolbow, Karl Friedrich 65, 142
Kondeyne, Karl Walter 112, 470
Kosmehl, Herbert 113, 470
Kötschau, Karl 33, 294
Krahn, Johannes 106, 470
Krause-Wichmann, Ludwig 470
Kreglinger, Gustav Albert 470
Kretschmar, Gerhard (gen. Knauer) 81
Krohn, Johannes 52, 96, 470
Kronabetter, Felix 470
Krug, Werner 120, 125, 470f.
Krüger, Heinrich 107, 471
Kube, Wilhelm 100, 125

Lammers, Hans Heinrich 85, 128f., 139, 148f., 158, 160–165, 167, 172, 175f.
Langer, Günter 350
Lehmkuhl, Heinrich 106, 471
Leitmeyer, Karl 300
Lemke, Rudolf 118, 120, 471
Leonhardt, Ernst 346
Lettel, Hans 471
Leu, Alfred 351
Ley, Robert 16, 48, 51f., 56, 59, 62–64, 70, 76, 87, 152–160, 164, 166, 169–171, 174f., 251, 264–267, 297, 412–414
Liebenow, Richard 121, 471
Liebl, Ludwig 471
Linden, Herbert 29, 49, 84, 105, 107, 281, 312, 316f., 319, 323, 334, 336f., 340, 342, 345, 355f., 358, 365f., 368, 411, 424, 430, 471
Löhr, Hans 119f., 471
Löllke, Hans 122, 471
Lonauer, Rudolf 426
Lorent, Friedrich Robert 426
Lösener, Bernhard 97
Lotz, Karl 65, 119, 122, 471
Lüpke, Hellmuth 88, 471
Luther, Hans 117, 472

Magnus, Georg 78
Maier, Friedrich 471
Malfatti, Josef 471
Marrenbach, Otto 159
Martineck, Otto 96, 472
Mathar, Tilmann 102
Medow, Walter 351
Melior, Karl-Wilhelm 97, 107, 472
Mennecke, Friedrich 361
Meyenn, Carl-Joachim von 472
Meyer 124
Meyer, Alfred 134, 137, 142f.
Milch, Erhard 254
Moerchen, Wilhelm 472
Morell, Theo 81, 91, 173, 177, 227
Moses, Julius 218
Müller, Heinrich 177
Müller, Herbert 472
Müller, Robert 314
Muthesius, Hans 110, 472
Mutschmann, Martin 342, 348, 356

Nicolai, Georg Friedrich 46
Niemöller, Martin 133
Nitsche, Hermann Paul 30, 312, 317, 348f., 354, 356f., 360–364, 368, 411, 426, 430
Nörpel, Clemens 155

Oels, Arnold 426
Ofterdinger, Friedrich 472
Ohlendorf, Otto 300f.
Ostermann, Artur 98

Pakheiser, Theodor 100, 114, 119f., 124, 472f.
Papke, Kurt A. 72, 473
Peltret, Johannes 473
Peschke, Karl 119f., 122, 124, 473
Peters, Cuno 473
Petersilie, Paul 473
Petzelt, Kurt 473
Pfannmüller, Hermann 321, 323f., 326, 353
Pfundtner, Hans 182
Planner-Plann, Otto 118, 473
Plato, Fritz 102, 473
Pohl 159
Popp, Friedrich 124
Poschmann, Aloys 89, 282, 425, 473f.
Preysing, Konrad von 132
Pusch, Hans 98
Pychlau, Waldemar 474

Radtka, Victor 353, 362
Radvan, Hans 119, 474
Ramm, Rudolf 57, 112, 120, 124, 370, 474
Rehborn, Anni 80
Reichert, Franz 474
Reinhardt, Heinrich 474
Reiter, Hans 113, 474
Renno, Georg 426
Rheyer 116
Rhode, Richard 120, 295, 375, 474
Riedl, Franz 117, 124, 474
Rinne, Hans 119, 474
Rodenwaldt, Ernst 226
Rohlfing, Hans 102
Röhrs, Hans Dietrich 474f.
Rosenberg, Alfred 75
Rostock, Paul 86, 88, 90, 178, 425, 475
Runckel, Curd A. 309, 354, 362f.
Ruppert, Fritz 97, 110, 424, 475
Ruppin, Walter 119, 125, 475
Ruttke, Falk 105, 475

Sachweh, Fritz 117, 124, 475
Samitz, Adolf 117, 119, 475
Sauckel, Fritz 125
Sauerbruch, Ferdinand 176
Saur, Karl Otto 167
Schaeffer, Karl 475
Schenck, Ernst Günter 113, 296, 387, 403, 475
Schlessmann, Fritz 335
Schlinke, Wolfgang 475
Schmid-Sachsenstamm, Walter 118, 125, 475f.
Schmierer, Albert 476
Schmischke, Gustav 119f., 122, 476
Schmitt, Carl 94
Schneider, Carl 353, 357, 361
Schneider, Gustav 361, 364
Schnelle, Kurt 425
Scholten, Gustav 476
Schönleben, Eduard 476
Schopohl, Heinrich 98, 476
Schött, Willi 476
Schramm, Percy Ernst 27
Schröder, Hermann Otto 476
Schultz, Hans 476f.
Schultze, Walter 30, 100, 120, 123, 200, 300, 322f., 326, 477
Schulz, Alfred 345, 353
Schütz, Walter 477
Schwede-Coburg, Franz 352
Schweitzer, Albert 79
Seldte, Franz 48, 52, 152, 412
Sett, Erwin 117f., 477
Seyß-Inquart, Artur 339
Siebert, Gerhard 357, 426
Sighart, Albert 321f.
Spanuth, Robert 119f., 477
Speer, Albert 164, 167, 170–172, 177f., 185, 250, 254, 283
Sperling, Paul W. 477
Sprauer, Ludwig 477
Sprenger, Emil 104, 477
Sprenger, Jakob 352
Sproll, Johannes Baptista 144
Stadler, Hans 477
Stähle, Eugen 26, 100, 117, 120, 122, 477
Stawenow, Gustav 478
Steinmeyer, Theodor 353
Stennes, Walter 47, 62, 172
Streck, Arnulf 113, 478
Strohschneider, Harald 72, 478
Stuck, Ernst 478
Stuckart, Wilhelm 166

Taute, Max 97, 478
Tepe, Werner 478
Tießler,Walter 133, 140–143, 147
Todt, Fritz 77, 87, 156, 280, 282
Tschammer-Quaritz, Johann von 105, 107, 478

Väth, Oskar 478
Vellguth, Hermann 109, 478
Viereck, Heinrich 102
Vogt, Josef 333f., 337, 478
Vonnegut, Franz 64, 478
Vorberg, Reinhold 430

Wächtler, Fritz 125
Wagner, Adolf 145, 148
Wagner, Gerhard 14, 33, 36, 38, 43, 45, 47, 56, 58f., 61–66, 69f., 97, 100, 112–114, 121, 123, 126, 152, 155, 174, 181, 265, 294, 371, 427, 479
Wagner, Robert 252
Wahlmann, Adolf 352
Wähner, Willibald 480
Waitzer, Josef 479
Walter, Otto 72, 243, 246, 250, 479
Weber, Ludwig 479
Wegner, Ernst 100, 113, 117, 119f., 124, 479
Wentzler, Ernst 25
Wernicke, Hilde 308
Werr, Florian 479
Wessel, Horst 172
Wex, Hellmut 479
Wiezorek, Helene 308
Wildenrath, Robert 102
Will, Otto 117, 119, 479
Willführ, Gustav 102
Wirz, Franz 111, 479
Wischer, Gerhard 30, 345–347, 358
Wittmann, Adolf 112, 479
Wolsegger, Wolfgang 479f.
Wreschner, Rose 106

Zimdars, Kurt 102,479