

Die Volkskrankheit

**Tuberkulosebekämpfung im Nationalsozialismus und in der Besatzungszeit
im Bezirk der Landesversicherungsanstalt Oldenburg-Bremen**

Alfred Fleßner

Inhaltsverzeichnis

1	Einführung Tuberkulose und Tuberkulosebekämpfung im Nationalsozialismus und in der Besatzungszeit	3
2	Statistische Daten zur Tuberkulose in Oldenburg und Bremen während des Nationalsozialismus und der Besatzungszeit	19
2.1	Zur Problematik der Tuberkulosestatistik in den 1930er und 1940er Jahren	19
2.2	Ausweitung der Erfassung und Überwachung	22
2.3	Anstieg der Tuberkulosesterblichkeit und der schweren Erkrankungsfälle....	25
2.4	Diskrepanz von Tuberkulose-Mortalität und Tuberkulose-Morbidität.....	32
3	Lungentuberkulose in Heilstätten und Krankenanstalten	39
3.1	Zur Auswertung des historischen Krankenblattbestandes aus dem Archiv der LVA Oldenburg-Bremen (Aktenfund 2012)	39
3.2	Heilverfahren in Lungenheilstätten.....	44
3.2.1	Heilverfahrenskriterien	44
3.2.2	Einengung der Heilverfahrenskriterien seit Kriegsbeginn	46
3.2.3	Verlegung der Todkranken	51
3.2.4	Fehlende Bettenkapazitäten	53
3.2.5	Nach Kriegsende: Anstieg der Heilstättenbehandlungen.....	59
3.2.6	Neue Medikamente	62
3.3	Asylierungen	64
3.3.1	Allgemeinkrankenhäuser als Asylierungsstätten	65
3.3.2	Asylierungen im Tuberkulosekrankenhaus Kloster Blankenburg	70
3.3.3	Ausdifferenzierung der Asylierungsfälle	73
3.3.4	Verlegungen und Entlassungen aus Blankenburg.....	77
3.3.5	Arbeitstherapie in Blankenburg	80
3.3.6	Kloster Blankenburg in der Besatzungszeit	82

3.4	Arbeitstherapie und Arbeitseinsatz aus ärztlicher Sicht	85
3.5	Zwangsassylierung	89
3.5.1	Mitnutzung auswärtiger Anstalten	89
3.5.2	Die Arbeitsanstalt Benninghausen	93
3.5.3	Kontinuität nach Kriegsende	94
3.5.4	Demokratiekonforme Zwangsassylierung	97
3.6	Ausschluss tuberkulosekranker Zwangsarbeiter	99
3.6.1	Unterbringungsprobleme	100
3.6.2	Gescheiterte Pläne	102
4	Exkurs: Sonderkrankenhaus der „Aktion Brandt“ in Huntlosen	106
4.1	Krankenkartei	108
4.2	Sterbedokumente	110
4.3	Zur Frage der Patiententötungen in Huntlosen	113
5	Fazit	116
	Literatur	124

1 Einführung

Tuberkulose und Tuberkulosebekämpfung im Nationalsozialismus und in der Besatzungszeit

Das Thema dieser Studie ist die Tuberkulosebekämpfung während des Nationalsozialismus und der anschließenden Besatzungszeit im Zuständigkeits- und Verantwortungsbereich der Landesversicherungsanstalt (LVA) Oldenburg-Bremen.¹ Im Mittelpunkt stehen Maßnahmen zur stationären Unterbringung und Versorgung von Tuberkulosekranken in den Heilstätten und Krankenhäusern des Rentenversicherungsträgers.

Zur Vorklärung soll zunächst kurz auf die Krankheit Tuberkulose eingegangen werden. Darauf folgt ein zusammenfassender Überblick über die Geschichte der Tuberkulosebekämpfung in Deutschland seit den 1920er Jahren bis zum Ende des Zweiten Weltkrieges. Danach wird der Untersuchungsgang beschrieben und der Aufbau der Arbeit dargestellt.

Tuberkulose ist weltweit die häufigste zum Tode führende bakterielle Infektionskrankheit.² Sie kommt auch bei Tieren vor und kann von ihnen auf den Menschen übertragen werden. Beim Menschen tritt sie überwiegend als Lungentuberkulose auf, kann aber auch andere Organe befallen. Typische Symptome der Lungentuberkulose sind Husten, in schweren Fällen Bluthusten, außerdem Schmerzen im Brustkorb, Atemnot, Fieber und eine Schwächung des gesamten Organismus. Die Symptome sind häufig mit einer starken Gewichtsabnahme verbunden. Daher rührt die volkstümliche Bezeichnung „Schwindsucht“. Unbehandelt kann die Krankheit innerhalb

¹ Ursprünglich als Rentenversicherungsanstalt für das Gebiet des Großherzogtums und späteren Freistaates Oldenburg gegründet, wurde die LVA Oldenburg zum 01.01.1939 in LVA Oldenburg-Bremen umbenannt und ihr Zuständigkeitsbereich um die Stadt Bremen erweitert, vgl. Landesversicherungsanstalt Oldenburg-Bremen (Hg.): 100 Jahre Landesversicherungsanstalt Oldenburg-Bremen 1890-1990, Oldenburg 1991, S. 21-33, 164-173.

² Hierzu und zum Folgenden vgl. Ulrike Lindner: Gesundheitspolitik in der Nachkriegszeit. Großbritannien und die Bundesrepublik Deutschland im Vergleich, München 2004, S. 127-137; vgl. mit aktuellen Informationen: Robert Koch Institut, RKI-Ratgeber für Ärzte: Tuberkulose (https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber_Tuberkulose.html, 13.10.2016); sowie: Helmholtz Zentrum München, Deutsches Forschungszentrum für Gesundheit und Umwelt – Lungeninformationsdienst (<https://www.lungeninformationsdienst.de/krankheiten/tuberkulose/index.html>, 13.10.2016).

weniger Jahre tödlich enden. Sie kann aber auch viel länger andauern und durch immer wieder auftretende Krankheitsschübe gekennzeichnet sein. Die Krankheit tritt in unterschiedlichen Verlaufsformen in Erscheinung. Dabei kann grob zwischen der geschlossenen und der offenen Lungentuberkulose unterschieden werden. Bei der geschlossenen Tuberkulose, die nicht ansteckend ist, kann das Immunsystem die Erreger eindämmen und in kleinen Lungengeschwülsten abkapseln. Zumeist treten dann keine oder nur vorübergehende, grippeähnliche Beschwerden auf. Auf dem Röntgenbild sind die Geschwülste als kleine Knötchen erkennbar, den Tuberkeln. Früher galt die Krankheit als ausgeheilt, wenn die Erreger auf diese Weise inaktiv geworden waren. Sie können in diesem Stadium jedoch jederzeit, nicht selten auch noch nach vielen Jahren, wieder aktiv werden und in die zweite Form, die offene Lungentuberkulose, übergehen. Bei dieser Form gelingt es dem Immunsystem nicht, den Erreger unschädlich zu machen. Er breitet sich im Körper aus, greift das Lungengewebe an und zersetzt es. Über die Atemwege gelangt der Erreger nach außen und wird durch Tröpfcheninfektion übertragen. Die Symptome dieser Verlaufsform sind oft schwerwiegend. Wegen der fließenden Übergänge zwischen den Verlaufsformen wird auch von aktiver und nicht aktiver Lungentuberkulose gesprochen. Geschlossene Tuberkulosen können noch aktiv sein oder wieder aktiv werden.

Bei infizierten Erwachsenen und Jugendlichen mit guter Immunabwehr treten nur in etwa 5-10 Prozent der Fälle Krankheitssymptome auf, die behandlungsbedürftig sind. Gefährdet sind dagegen Menschen mit geschwächten Abwehrkräften. Daher ist die Tuberkulose auch heute noch in den Weltregionen verbreitet, in denen Unterernährung, schlechte Wohnverhältnisse und mangelnde Hygiene herrschen und die medizinische Versorgung unzureichend ist. Mehr als 80 Prozent der Tuberkuloseerkrankungen sind in Afrika und Asien zu verzeichnen, in Europa nur 5 Prozent.

In Deutschland und den anderen Industrieländern ging die Tuberkulosesterblichkeit seit Ende des 19. Jahrhunderts stetig zurück.³ Der langfristige Trend wurde lediglich

³ Zum Folgenden grundlegend: Lindner, Gesundheitspolitik; Christine Wolters: Tuberkulose und Menschenversuche im Nationalsozialismus. Das Netzwerk hinter den Tbc-Experimenten im Konzentrationslager Sachsenhausen, Stuttgart 2001; Sylvelyn Hähner-Rombach: Sozialgeschichte der Tuberkulose. Vom Kaiserreich bis zum Ende des Zweiten Weltkrieges unter besonderer Berücksichtigung Württembergs (Medizin, Geschichte und Gesellschaft, Jahrbuch des Instituts für Geschichte der Medizin der Robert Bosch Stiftung, Beiheft 14), Stuttgart 2000; dies.: Von

durch die beiden Weltkriege unterbrochen und ist unter anderem auf die allgemeine Wohlstandsentwicklung zurückzuführen.⁴ Dennoch war die Krankheit in Deutschland bis in die 1950er Jahre eine der verbreitetsten Volkskrankheiten. Dafür war nicht nur die Übertragung von Mensch zu Mensch verantwortlich. Auch die seinerzeit noch große Zahl infizierter Rinder barg ein großes Ansteckungspotential, da der Erreger über den Verzehr unbehandelter Milch auf den Menschen übertragbar ist.⁵ Obwohl der wichtigste Erreger der Tuberkulose, das *Mycobacterium tuberculosis*, bereits im Jahr 1882 von dem Berliner Mediziner Dr. Robert Koch identifiziert worden war, gelang erst nach der Entdeckung des Antibiotikums Streptomycin im Jahre 1944 die Entwicklung einer wirksamen Medikation.⁶ In den 1950er Jahren setzte sich eine Kombinationstherapie aus den drei Medikamenten Streptomycin, Paraaminosalicylsäure (PAS) und Isoniazid (INH) durch.⁷ Bis zur Einführung der chemotherapeutischen Behandlung mit diesen Mitteln war der Verlauf der Erkrankung im Wesentlichen davon abhängig, inwieweit es den körpereigenen Abwehrkräften gelang, die Erreger zu bekämpfen.

Mitte des 19. Jahrhunderts entstanden in Deutschland die ersten Lungenheilstätten.⁸ Die oft mehrmonatigen Kuren in diesen Einrichtungen zielten darauf ab, die körpereigenen Abwehrkräfte zu mobilisieren. Bessere Ernährung und Hygiene sowie eine „gesündere“ Umgebung konnten bei einem Teil der Patienten die Symptome lindern oder die Krankheit zum Stillstand bringen. Die Liegekur, bei der die Patienten oft

der Aufklärung zur Ausgrenzung. Folgen der bakteriologischen Krankheitserklärung am Beispiel der Tuberkulose, in: Susanne Roeßiger, Heidrun Merk (Hg.): „Hauptsache gesund!“ Gesundheitsaufklärung zwischen Disziplinierung und Emanzipation, Marburg 1998, S. 59-76; Beate Witzler: Großstadt und Hygiene. Kommunale Gesundheitspolitik in der Epoche der Urbanisierung (MedGG-Beihefte, 5), Stuttgart 1995; Alfons Labisch: „Homo Hygienicus“. Gesundheit und Medizin in der Neuzeit, Frankfurt a. M. 1992.

⁴ Vgl. Lindner, Gesundheitspolitik, S. 129-230; zu verschiedenen Erklärungsmodellen vgl. Hähner-Rombach, Sozialgeschichte, S. 74-83.

⁵ Bis in die 1950er Jahre war jedes dritte Rind mit Tuberkulose infiziert, vgl. Wolters, Menschenversuche, S. 24.

⁶ Vgl. Thomas Gorsboth, Bernhard Wagner: Die Unmöglichkeit der Therapie. Am Beispiel der Tuberkulose, in: Karl Markus Michel, Tilman Spengler (Hg.): Die Seuche, Berlin 1988, S. 123-146.

⁷ Vgl. Lindner, Gesundheitspolitik, S. 134-135; Wolters, Menschenversuche, S. 31-32; vgl. aus zeitgenössischer Sicht K[arl] Diehl: Stand der Chemotherapie der Lungentuberkulose des Erwachsenen, in: Beiträge zur Klinik der Tuberkulose und spezifischen Tuberkulose-Forschung, 1954, Bd. 11, S. 101-128.

⁸ Vgl. Hähner-Rombach, Sozialgeschichte, S. 144-145; Lindner, Gesundheitspolitik, S. 131-134; vgl. auch Andreas Daniel: Abschied von der Tuberkulose. Eine Dokumentation der Bekämpfung und Behandlung der Tuberkulose durch die LVA Westfalen, Münster 1990, S. 10-11.

mehrere Stunden im Freien oder in Liegehallen an der frischen Luft lagen, wurde zur Standardtherapie bei Lungentuberkulosen. Die Rückfallquote blieb allerdings hoch. In den folgenden Jahrzehnten wurden verschiedene Medikamente und Präparate in der Tuberkulosebehandlung eingeführt, die zum Teil mit erheblichen Nebenwirkungen verbunden waren und sich allesamt als unwirksam erwiesen.⁹ Darüber hinaus kamen seit Anfang des 20. Jahrhunderts chirurgische Therapieverfahren zur Anwendung.¹⁰ Besonders der künstliche Pneumothorax, auch „Gasbrust“ genannt, wurde eine gängige Behandlungsmethode in den Lungenheilstätten. Dabei wurde ein Gas in den Brustraum eingebracht, um einen Lungenflügel zum Kollabieren zu bringen. Dadurch konnte die Bazillenvermehrung in dem betroffenen Lungenflügel reduziert werden. Die Gasfüllung war ein relativ einfach durchzuführender Eingriff, musste aber regelmäßig erneuert werden. Häufig wurde zur Ruhigstellung eines Lungenflügels zusätzlich ein Eingriff zur Lähmung des Zwerchfellnervs vorgenommen. Eine andere chirurgische Methode war die Thorakoplastik. Dabei wurden eine oder mehrere Rippen entfernt, um die Brust und damit einen Lungenflügel einsinken zu lassen. Bei der Lungenresektion wurden der befallene Lungenflügel oder Teile desselben entfernt. Diese Verfahren waren jedoch nicht immer wirksam und führten selten zu einer dauerhaften Besserung. Eine Möglichkeit, Neugeborene erfolgreich gegen Tuberkulose zu impfen, wurde dagegen Anfang der 1920er Jahre in Frankreich entwickelt. Da ihr Einsatz in Lübeck Ende der 1920er Jahre aufgrund von Anwendungsfehlern zu einer großen Zahl von Todes- und Erkrankungsfällen führte, wurde die Methode in Deutschland zunächst verworfen und kam erst nach dem Zweiten Weltkrieg flächendeckend zum Einsatz.¹¹

Aus der Volkskrankheit Tuberkulose resultierten immense volkswirtschaftliche Kosten, da sie eine der Hauptursachen für Erwerbsminderung bzw. -unfähigkeit und Invalidität war. Deshalb engagierten sich vor allem die deutschen Rentenversicherungsträger für die Tuberkulosebekämpfung. Sie förderten die medizinische Forschung und finanzierten die Errichtung von Lungenheilstätten.¹² Seit dem ausgehen-

⁹ Vgl. Wolters, Menschenversuche, S. 28-30.

¹⁰ Vgl. dazu u.a. Lindner, Gesundheitspolitik, S. 133-134.

¹¹ Zu den Behandlungsmethoden vgl. zusammenfassend Wolters, Menschenversuche, S. 21-32.

¹² Vgl. am Beispiel der Landesversicherungsanstalt Westfalen: Daniel, Abschied, S. 12-19; vgl. auch Wolfgang Seeliger: Die „Volksheilstätten-Bewegung“ in Deutschland um 1900. Zur Ideen-

den 19. Jahrhundert bis zum Ende der 1920er Jahre gewannen auch in diesem Zusammenhang sozialhygienische Konzepte große Bedeutung. Die Erkenntnis, dass die Verbreitung von Infektionskrankheiten durch enge, schlecht belüftete und ungenügend heizbare Wohnquartiere gefördert wurde, setzte sich durch. Deshalb sollten insbesondere der Arbeiterschaft in den Großstädten durch Stadtsanierung und Wohnungsbau bessere Lebensbedingungen geboten werden.¹³ Zugleich wurde hygienisches Verhalten propagiert, um die Ansteckungswege zu begrenzen. Hygiene wurde zur sozialen Pflicht des individuellen Kranken, ihre Nichtbeachtung galt als unsozial. Tuberkulosekranke waren aufgefordert, sich zu melden und um eine Behandlung zu bemühen.¹⁴

Diese Seite des sozialhygienischen Ansatzes trug zur Stigmatisierung der Betroffenen bei und fügte sich nahtlos in die nationalsozialistische Tuberkulosebekämpfungspolitik ein,¹⁵ die vor allem auf die gesellschaftliche Isolierung der Kranken bis hin zu ihrer Unterbringung in Zwangsasylanlagen setzte. Zur Begründung der Zwangsmaßnahmen führte man an, dass diese Tuberkulösen durch ihre asoziale Lebensweise zu der Erkrankung beigetragen hätten und sie zudem durch ihre Behandlungsunwilligkeit an der Verbreitung der Krankheit Mitverantwortung trügen.¹⁶ Weitgehend ignoriert wurde, dass Kranke aus ärmeren sozialen Verhältnissen die langwierigen Kuren schon deshalb scheuten, weil der damit verbundene Arbeits- und Einkommensausfall für die betroffenen Familien nicht zu verkraften war.¹⁷ Die Beobachtung, dass nicht alle Personen erkrankten, die einer Ansteckungsgefahr ausgesetzt gewesen waren, hatte in den 1920er Jahren zur Diskussion über eine erbliche

geschichte der Sanatoriumstherapie für Tuberkulose, München 1988; Flurin Condrau: Lungenheilanstalt und Patientenschicksal, Göttingen 2000.

¹³ Vgl. Gert Kähler (Hg.): Geschichte des Wohnens, Bd. 4, 1918-1945, Reform, Reaktion, Zerstörung, Stuttgart 2000.

¹⁴ Vgl. Hähner-Rombach, Aufklärung, S. 66-68.

¹⁵ Vgl. u.a. Dirk Blasius: Die Tuberkulose im Dritten Reich, in: Nikolous Konietzko (Hg.): 100 Jahre Deutsches Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose (DZK). Der Kampf gegen die Tuberkulose, Frankfurt a. M. 1996, S. 77-85; Susanne Hahn: Ethische Grundlagen der faschistischen Medizin am Beispiel der Tuberkulosebekämpfung, in: Achim Thom, Horst Spaar (Hg.): Medizin im Faschismus. Symposium über das Schicksal der Medizin in der Zeit des Faschismus in Deutschland 1933-1945, Berlin (Ost) 1985, S. 122-131; Kristin Kelting: Das Tuberkuloseproblem im Nationalsozialismus, Kiel 1974.

¹⁶ Vgl. Karl-Heinz Roth: Das Leben an seinen „Rändern“. „Asoziale“ und nationale Minderheiten, in: Protokollendienst 31, 1983, S. 120-134.

¹⁷ Vgl. Wolters, Menschenversuche, S. 38, 78-79.

Veranlagung für die Erkrankung geführt.¹⁸ Als die „Rassenhygiene“ mit der Machtübernahme der Nationalsozialisten zur gesundheitspolitischen Leitlehre aufstieg, richteten sich deshalb die durch sie begründeten gesetzlichen Maßnahmen auch gegen Tuberkulosekranke.

Äußeres Kennzeichen dieser Entwicklung war die Übernahme der ab 1900 entstandenen und überwiegend als Vereine geführten Tuberkulosefürsorgestellen durch die 1934 neu gebildeten Gesundheitsämter, deren Kernaufgabe die Umsetzung der „rasenhygienischen“ Maßnahmen war.¹⁹ Waren die Tuberkulosefürsorgestellen bis dahin vorwiegend beratend und aufklärend tätig gewesen, hatten sie nunmehr die Funktion, die Kranken zu überwachen, ihre Arbeitsfähigkeit festzustellen und ansteckende Kranke zum Beispiel für die Isolierung in der eigenen Wohnung oder zur Asylierung in geeigneten Einrichtungen auszuwählen. Unangemeldete Hausbesuche von Fürsorgeschwestern unter den Augen der Nachbarschaft waren an der Tagesordnung und leisteten der Stigmatisierung der Betroffenen Vorschub.²⁰ Als vermeintlich Erbkrankte waren Tuberkulosekranke von Eheschließungsverboten, der Verweigerung von Ehestandsdarlehen sowie in geringerem Umfang auch von Zwangssterilisationen betroffen. Die Tuberkulose gehörte zwar nicht zu den Krankheiten, auf die das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ direkt abzielte, war aber kombiniert mit der Begleitdiagnose „angeborener Schwachsinn“ mitunter der eigentliche Hintergrund einer Zwangssterilisation.²¹

Ab 1934 entstanden Einrichtungen zur Zwangsasylierung von sogenannten „asozialen Offentuberkulösen“, die in der Regel psychiatrischen Anstalten angegliedert waren. 1941 gab es im Deutschen Reich 18 solcher Einrichtungen. Nach heutigem Forschungsstand fielen viele der dort untergebrachten Tuberkulösen spätestens nach

¹⁸ Vgl. dazu u.a. Alexander von Schwerin: *Experimentalisierung des Menschen. Der Genetiker Hans Nachtsheim und die vergleichende Erbpathologie, 1920-1945* (Geschichte der Kaiser-Wilhelm-Gesellschaft im Nationalsozialismus, Bd. 10), Göttingen 2004.

¹⁹ Vgl. Johannes Vossen: *Gesundheitsämter im Nationalsozialismus. Rassenhygiene und offene Gesundheitsfürsorge in Westfalen 1900-1950*, Düsseldorf 2001; Peter Reinicke: *Tuberkulosefürsorge. Der Kampf gegen eine Geißel der Menschheit. Dargestellt am Beispiel Berlins 1895-1945*, Weinheim 1988.

²⁰ Vgl. Hähner-Rombach, *Aufklärung*, S. 67.

²¹ Vgl. Wolters, *Menschenversuche*, S. 57.

1941 der nationalsozialistischen „Euthanasie“ zum Opfer.²² Im Übrigen galt für alle Tuberkulosekranken eine Arbeitspflicht, die seit Kriegsbeginn immer weiter verschärft wurde. In den letzten Kriegsjahren, als der Fachkräftemangel allgemein zu einem spürbaren Problem geworden war, wurden Einrichtungen geschaffen, deren Zweck es war, die Arbeitsfähigkeit vor allem der gut ausgebildeten Kranken möglichst schnell wiederherzustellen und möglichst lange zu nutzen.²³

Die Rentenversicherungsträger blieben auch unter den politischen und ideologischen Rahmenbedingungen der nationalsozialistischen Herrschaft die Hauptakteure auf dem Gebiet der Tuberkulosebekämpfung. Allerdings verloren sie 1933/34 ihren Charakter als Selbstverwaltungsorgane. Sie wurden staatlicher Aufsicht und der Regie des Reichsarbeitsministeriums unterstellt.²⁴ Zudem veränderten neue gesundheitsgesetzliche Regelungen ihre Rolle im Gefüge der Tuberkulosebekämpfungspolitik. Durch das am 1. April 1935 in Kraft getretene „Gesetz zur Vereinheitlichung des Gesundheitswesens“ (GVG) wurden die neuen Gesundheitsämter zu amtlichen Schaltstellen der Tuberkulosefürsorge. Deren Steuerungs- und Zugriffsmöglichkeiten wurden durch die „Verordnung über die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten“ vom 1. Dezember 1938 noch erweitert. Die Verordnung führte eine strenge Meldepflicht ein und schuf reichsweit die rechtliche Basis für die Zwangsabsonderung von ansteckenden Tuberkulosekranken nach Maßgabe der Gesundheitsämter. Bereits seit

²² Vgl. ebd., S. 84-93; Hähner-Rombach, Sozialgeschichte, S. 276-279; vgl. auch Götz Aly: Tuberkulose und „Euthanasie“, in: Jürgen Pfeiffer (Hg.): Menschenverachtung und Opportunismus. Zur Medizin im Dritten Reich, Tübingen 1992, S. 131-156; ders.: Krankheitsverdächtige und Bazillenausscheider. Tuberkulose und „Euthanasie“, in: Vorgänge 26, 1987, S. 62-72; Hans-Walter Schmuhl (Hg.): Rassenforschung an Kaiser-Wilhelm-Instituten vor und nach 1933, Göttingen 2003; ders.: Rassenhygiene, Nationalsozialismus, Euthanasie. Von der Verhütung bis zur Vernichtung „lebensunwerten“ Lebens 1890-1945, Göttingen 1987; vgl. auch Christoph Sachße, Florian Tennstedt: Der Wohlfahrtsstaat im Nationalsozialismus (Geschichte der Armenfürsorge in Deutschland, Bd. 3), Stuttgart u.a. 1992; Eckhard Hansen: Wohlfahrtspolitik im NS-Staat. Motivationen, Konflikte und Machtstrukturen im „Sozialismus der Tat“ des Dritten Reiches, Augsburg 1991.

²³ Vgl. Wolters, Menschenversuche, S. 80-83.

²⁴ Vgl. Lil-Christine Schlegel-Voß: Die öffentliche Rentenversicherung im Nationalsozialismus, in: Marc von Miquel (Hg.), Sozialversicherung in Diktatur und Demokratie. Begleitband zur Wanderausstellung der Arbeitsgemeinschaft „Erinnerung und Verantwortung“ der Sozialversicherungsträger in NRW, Essen 2007, S. 204-206; Christoph Sachße, Florian Tennstedt: Fürsorge und Wohlfahrtspflege in der Nachkriegszeit 1945-1953 (Geschichte der Armenfürsorge in Deutschland, Bd. 4), Stuttgart 2012, S. 43 ff.

Februar 1938 war außerdem die Schnelleinweisung in eine Heilstätte oder ein Krankenhaus auch ohne vorherige Klärung der Kostenträgerschaft möglich.²⁵

Eine wichtige Rolle bei der reichsweiten Koordinierung der Maßnahmen zur Tuberkulosebekämpfung hatte ab 1933 der Reichstuberkuloseausschuss. Er war dem Reichsinnenministerium sowie der Hauptabteilung II des Hauptamtes für Volksgesundheit der NSDAP angegliedert und sollte die Tuberkulosebekämpfung zentral leiten, Erfahrungsaustausch organisieren, Forschung initiieren sowie Richtlinien erarbeiten und gesetzliche Regelungen vorbereiten. Für seine Arbeit hatte er das Reichsgebiet in 13 Bezirke eingeteilt, in denen jeweils ein ausgewiesener Tuberkulosearzt als Bezirksleiter fungierte.²⁶

Wiewohl mit der Einführung reichsweiter Steuerungsmechanismen grundsätzlich den Forderungen entsprochen wurde, die vor allem von Medizinern seit Jahrzehnten formuliert worden waren, blieben wichtige Problembereiche der Tuberkulosebekämpfung ungelöst. Insbesondere das Fehlen einer klaren und umfassenden Regelung der Kostenträgerschaft führte zu einem Zuständigkeitschaos bei der Durchführung von Heilbehandlungen.²⁷ Hier wirkte sich nicht zuletzt das für viele Bereiche der nationalsozialistischen Herrschaft typische Neben- und Gegeneinander von konkurrierenden Herrschaftsinteressen, Machtinstanzen und Entscheidungsträgern aus.²⁸ So versuchte die Nationalsozialistische Volkswohlfahrt (NSV) ab 1934 durch die Gründung eines eigenen Tuberkulosehilfswerkes ihren Einfluss als Parteiverband bei der Organisation der Tuberkulosebekämpfung auszubauen und gegen die staatlichen Instanzen durchzusetzen. Ansatzpunkt waren Versorgungslücken, die sowohl Angehörige von Versicherten als auch Nichtversicherte betrafen. Nachdem die Landesversicherungsanstalten sich 1935 in den „Saarbrücker Richtlinien“ auf Erweiterungen des Versicherungsschutzes geeinigt und Anfang 1938 ihre Zusammenarbeit mit den

²⁵ Vgl. Hansen, Wohlfahrtspolitik, S. 291 ff.; Wolters, Menschenversuche, S. 77 ff.; Sachße/Tennstedt, Wohlfahrtsstaat, S. 170 ff.

²⁶ Vgl. Wolters, Menschenversuche, S. 74-77; der Zuschnitt der Bezirke hat sich Oldenburg und Bremen betreffend ab 1942 geändert, siehe dazu hier, Kap. 2.3.

²⁷ Vgl. Hansen, Wohlfahrtspolitik, S. 292.

²⁸ Vgl. hierzu Hans-Walter Schmuhl: Rassismus unter den Bedingungen charismatischer Herrschaft – zum Übergang von der Verfolgung zur Vernichtung gesellschaftlicher Minderheiten im Dritten Reich, in: Karl Dietrich Bracher, Manfred Funke, Hans-Adolf Jacobsen (Hg.): Politik und Gesellschaft im Dritten Reich, 2. Aufl.: Bonn 1993, S. 182 ff.; grundlegend: Schmuhl, Rassenhygiene.

kommunalen Kostenträgern verbessert hatten (Schnelleinweisungen), verlor das Engagement der NSV an Bedeutung, zumal es auch auf Reichsebene scheiterte.²⁹ Mit der am 8. September 1942 erlassenen „Verordnung über die Tuberkulosehilfe“ schließlich wurde die Frage der Behandlung nichtversicherter Tuberkulosekranker einheitlich geregelt und die Kostenträgerschaft in diesen Fällen den Landesfürsorgeverbänden übertragen.³⁰ Im Ergebnis waren die Versicherungs- und Fürsorgeleistungen seit Mitte der 1930er Jahre so erweitert worden, dass eine grundsätzliche wirtschaftliche Versorgung der von Tuberkulose betroffenen Familien gesichert war.³¹

Nach Kriegsende blieb das öffentliche Gesundheitswesen auf kommunaler Ebene im Wesentlichen von Eingriffen der Besatzungsmächte verschont. Die Entnazifizierungsverfahren in der Ärzteschaft führten anfangs zu Versorgungsengpässen, endeten aber für die meisten Ärzte recht bald entlastend.³² Die Gesundheitsämter und damit die Tuberkulosefürsorgestellen blieben in Funktion. Ihre gesetzliche Grundlage, das GVG, blieb erhalten, lediglich die „Rassenpflege“ wurde als Aufgabe der Gesundheitsämter durch die Besatzungsmächte abgeschafft. Auch die während des Nationalsozialismus entwickelten Zuständigkeitsverteilungen wie etwa die Versorgung von nichtversicherten Tuberkulosekranken durch die Landesfürsorgeverbände galten weiter.³³ Hinzu kam, dass die Rentenversicherungsträger sich sehr schnell rekonstituieren konnten. Zwar waren ihre reichszentralen Steuerungsinstanzen mit dem Ende der NS-Herrschaft aufgelöst, ihre Verwaltungsstrukturen auf lokaler und regionaler Ebene jedoch blieben handlungsfähig, auch wenn die Entnazifizierungsverfahren hier vorübergehend ebenfalls zu personellen Engpässen führten. Nicht zu-

²⁹ Vgl. Hansen, Wohlfahrtspolitik, S. 292 ff.; Sachße/Tennstedt, Wohlfahrtsstaat, S. 171 f.

³⁰ Vgl. Hansen, Wohlfahrtspolitik, S. 298.

³¹ Vgl. Wolters, Menschenversuche, S. 78-79.

³² Vgl. für die amerikanische Besatzungszone zusammenfassend Dagmar Ellerbrock: „Healing Democracy“ – Demokratie als Heilmittel. Gesundheit, Krankheit und Politik in der amerikanischen Besatzungszone 1945-1949 (Veröffentlichungen des Instituts für Sozialgeschichte e.V. Braunschweig, Bonn), Bonn 2004, S. 186-171; zur britischen Besatzungszone vgl. Ullrich Schneider: Britische Besatzungspolitik 1945. Besatzungsmacht, deutsche Exekutive und Probleme der unmittelbaren Nachkriegszeit (April-Oktober 1945), Diss. Univ. Hannover 1980; zu Oldenburg vgl. Olaf Reichert: „Wir müssen doch in die Zukunft sehen ...“. Die Entnazifizierung in der Stadt Oldenburg unter britischer Besatzungshoheit 1945-1947, Oldenburg 1998; Ingo Harms: Medizinische Verbrechen und die Entnazifizierung der Ärzte im Land Oldenburg, in: Alfred Fleßner, Uta George u.a. (Hg.): Forschungen zur Medizin im Nationalsozialismus. Vorgeschichte – Verbrechen – Nachwirkungen (Schriftenreihe der Stiftung Niedersächsische Gedenkstätten, Bd. 3), Göttingen 2014, S. 78-111.

³³ Vgl. Sachße/Tennstedt, Fürsorge, S. 156 ff.

letzt die Finanzsituation der Landesversicherungsanstalten konsolidierte sich überraschend schnell.³⁴ So konnte die Tuberkulosebekämpfung in der Besatzungszeit weitgehend auf ein seit den 1930er Jahren bewährtes Instrumentarium der Vorsorge, Früherkennung und Maßnahmenpolitik zurückgreifen.

Die vorliegende Untersuchung hatte zwei Ausgangspunkte: Der erste war ein Aktenfund in den Archivräumen der LVA Oldenburg-Bremen im Jahre 2012, durch den umfangreiches Quellenmaterial zur Bearbeitung des Forschungsthemas zur Verfügung gestellt wurde. Es handelt sich um Verwaltungs- und Patientenunterlagen aus der Zeit zwischen 1933 und 1971, in denen unter anderem zahlreiche Tuberkulosebehandlungen in Heilstätten und Krankenhäusern der LVA Oldenburg-Bremen dokumentiert sind.³⁵ Der zweite Ausgangspunkt waren Hinweise darauf, dass Einrichtungen der LVA Oldenburg-Bremen in den nationalsozialistischen Krankenterror verstrickt sein könnten. Die Hinweise beziehen sich konkret auf die Asylierung von Tuberkulosekranken im ehemaligen Kloster Blankenburg am Rande der Stadt Oldenburg, das nach seinem Umbau zu einem Sonderkrankenhaus der „Aktion Brandt“ ab Mitte 1944 bis Ende der 1950er Jahre von der LVA als Tuberkulosekrankenhaus betrieben worden ist.³⁶

Diese Vermutung sollte zunächst durch eine quantitative Auswertung der 2012 aufgefundenen Patientenunterlagen überprüft werden. Eine Kernfrage war, ob in den Tuberkuloseheilstätten und -krankenhäusern der LVA Oldenburg-Bremen unterschiedliche Sterberaten für unterschiedliche Patientengruppen zu verzeichnen waren und ob dies gegebenenfalls auf unterschiedliche Erkrankungsformen und Behandlungskonzepte zurückzuführen ist. Ausgehend von den Erkenntnissen über das Kloster Blankenburg wurde der Untersuchungszeitraum zunächst auf die Zeit von 1944, dem Jahr der Übernahme des Tuberkulosekrankenhauses durch die LVA Oldenburg-

³⁴ Vgl. ebd., S. 46 ff.; Winfried Schmähl: Sicherung bei Alter, Invalidität und für Hinterbliebene, in: Geschichte der Sozialpolitik in Deutschland seit 1945. Hrsg. v. Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung und Bundesarchiv. Bd. 2/1: Die Zeit der Besatzungszonen 1945-1949. Sozialpolitik zwischen Kriegsende und der Gründung zweier deutscher Staaten. Bandverantwortlicher: Udo Wengst, Baden-Baden 2001, S. 429 ff.

³⁵ StAO Dep 33 Akz. 2012/013 Nr. 1-127.

³⁶ Vgl. dazu Alfred Fleßner: Tuberkulose und Krankenterror in Oldenburg, in: Fleßner/George u.a., Forschungen, S. 57.

Bremen, bis zum Jahr 1955 festgelegt, in dem in Deutschland die Besatzungszeit endete.

Die LVA Oldenburg-Bremen unterhielt in der Zeit von 1944 bis 1955 insgesamt sechs Tuberkuloseheilstätten und -krankenhäuser. Eines der Krankenhäuser wurde von ihr erst 1949 übernommen. Die Einrichtungen lagen allesamt in den ländlich strukturierten Gebieten des LVA-Bezirks, also im Land Oldenburg, teilweise auch in angrenzenden Landkreisen. Daraus ergibt sich, dass die Untersuchung schwerpunktmäßig vor allem die Situation und die Entwicklung im Oldenburger Teil des Anstaltsbereichs behandelt. Nähere Angaben zur Nutzung dieser Einrichtungen und zu ihrer Funktion im institutionellen Gefüge der regionalen Tuberkulosebekämpfung ergeben sich aus der Darstellung in Kapitel 3. Die folgende Aufzählung dient der Übersicht:³⁷ Die Lungenheilstätte *Wildeshausen* in der gleichnamigen Gemeinde südöstlich der Stadt Oldenburg war 1908 vom „Oldenburger Verein zur Bekämpfung der Tuberkulose“ in Betrieb genommen worden und ging am 1. Januar 1938 in den Besitz der LVA über. Die Einrichtung hatte 1939 Platz für 280 männliche Patienten. Ebenfalls im Süden der Stadt Oldenburg, in der Nähe der Ortschaft Huntlosen, befand sich das Haus *Sannum*, ein seit 1903 von der LVA betriebenes Genesungsheim, das zu dem Zweck errichtet worden war, Lungenkranken nach der Behandlung in einer Heilstätte die Möglichkeit der weiteren Erholung zu bieten und sie durch Arbeitstherapie wieder auf den Einstieg in das Berufsleben vorzubereiten. Seit 1915 verfügte dieses Genesungsheim über rund 70 Bettenplätze. Eine im Süden etwas außerhalb des Landes Oldenburg gelegene Einrichtung, die Heilstätte *Berghof* in *Bad Essen* bei Osnabrück, wurde Mitte 1939 von der LVA erworben. Berghof war ursprünglich als Frauenheilstätte geplant, wurde dann aber als Heilstätte für Kinder genutzt. Sie verfügte über rund 90 bis 100 Betten. Für die Behandlung von weiblichen Patienten führte die LVA ab 1942 eine Heilstätte mit 42 Bettenplätzen in *Bredbeck* bei Osterholz-Scharmbeck nördlich von Bremen. Mitte 1944 kam das Tuberkulosekrankenhaus und Sonderkrankenhaus der „Aktion Brandt“ *Kloster Blankenburg* mit anfangs knapp 150 Betten hinzu. Mitte 1949 schließlich übernahm

³⁷ Vgl. zum Folgenden: Landesversicherungsanstalt Oldenburg-Bremen, 100 Jahre, S. 83-88, 153-156, 223-232; vgl. auch Verwaltungsbericht der Landesversicherungsanstalt Oldenburg-Bremen 1890-1950. 60 Jahre Landesversicherungsanstalt Oldenburg-Bremen [Hrsg. von der LVA Oldenburg-Bremen], Oldenburg 1952, S. 83-93.

die LVA Oldenburg-Bremen die Krankenhausanlage in *Huntlosen* im Ortsteil Hosüne, einige Kilometer südlich von Oldenburg, um es als Tuberkulosekrankenhaus zu führen. Die Anlage war 1944 ebenfalls als Sonderkrankenhaus der „Aktion Brandt“ in Betrieb gegangen und hatte nach Kriegsende als Krankenhaus für Displaced Persons gedient. 1949 hatte das Krankenhaus eine Kapazität von etwa 350 Betten. Die Liste wird um eine siebte Einrichtung ergänzt, die zwar nicht zu den von der LVA geführten gehört, aber wegen ihrer historischen Bedeutung als drittes ehemaliges oldenburgisches Sonderkrankenhaus der „Aktion Brandt“ bei der Untersuchung zusätzlich berücksichtigt wurde: Gemeint ist die Krankenhausanlage in *Hahn-Lehmden* etwa 20 Kilometer nördlich der Stadt Oldenburg, die wie das Krankenhaus in Huntlosen nach dem Krieg zu einem Krankenhaus für Displaced Persons umfunktioniert wurde.³⁸ Die Anlage mit zu dieser Zeit mehr als 300 Betten ging 1947 in den Besitz des Landes Niedersachsen über.³⁹ Ende der 1950er bis Anfang der 1960er Jahre gab die LVA Oldenburg-Bremen fast alle ihre Tuberkuloseheilstätten und -krankenhäuser auf, lediglich die Tuberkuloseheilstätte in Wildeshausen wurde noch bis Mitte der 1970er Jahre weitergeführt.⁴⁰

Da die quantitative Auswertung der Patientenunterlagen keine ausreichend verwertbaren Ergebnisse erbrachte (siehe dazu Kap. 3.1), wurde das Untersuchungskonzept in zeitlicher und inhaltlicher Hinsicht wie folgt erweitert:

In einem ersten Schritt werden in Kapitel 2 gesundheitsstatistische Daten ausgewertet und diskutiert. Die LVA Oldenburg-Bremen war nach dem Anschluss des Bremer Anstaltsbezirks am 1. Januar 1939 für zwei sehr unterschiedliche Teilräume zuständig geworden: auf der einen Seite das Land Oldenburg mit einer Einwohnerzahl von etwas über 577.000 als überwiegend ländlich geprägtes Gebiet, auf der anderen Seite das großstädtische Bremen mit rund 450.000 Einwohnern.⁴¹ Aus der Tuberkulosestatistik ist bekannt, dass regionale Unterschiede in der Ausbreitung der Krankheit unter

³⁸ Vgl. hierzu Katharina Hoffmann: Zwangsarbeit und ihre gesellschaftliche Akzeptanz in Oldenburg 1939-1945, Oldenburg 2001, S. 297-298.

³⁹ Ab 1. Januar 1947 unterstand die Krankenhausanlage Hahn-Lehmden dem Niedersächsischen Landesamt für Krankenanstalten in Hannover, in deren Auftrag die LVA Oldenburg-Bremen im April 1947 lediglich vorübergehend die Kassenführung übernahm (StAO Best. 137 Nr. 3188, Bl. 146 ff.); vgl. dazu mit einer diesbezüglich falschen Angabe: Fleßner, Tuberkulose, S. 58.

⁴⁰ Vgl. Landesversicherungsanstalt Oldenburg-Bremen, 100 Jahre, S. 277.

⁴¹ Vgl. Verwaltungsbericht, Landesversicherungsanstalt Oldenburg-Bremen, S. 113.

Umständen erheblich sind. Da die verfügbaren statistischen Erhebungen für diesen Zeitraum insgesamt lückenhaft sind und überwiegend als unzuverlässig gelten (Kap. 2.1), beschränkt sich die Darstellung auf Eckdaten, anhand derer grundlegende Tendenzen über einen längeren Zeitraum sichtbar gemacht werden (Kap. 2.2 - 2.4). Dazu war es erforderlich, die Untersuchung bis auf die Zeit ab Mitte der 1930er Jahre auszudehnen.

Vor diesem Hintergrund wird in Kapitel 3 dargestellt, wie die stationäre Unterbringung und Versorgung von Tuberkulosekranken im Bezirk der LVA Oldenburg-Bremen im Nationalsozialismus und in der Besatzungszeit organisiert wurde. Dazu werden drei unterschiedliche Maßnahmeformen jeweils für sich in ihrer Entwicklung seit den 1930er Jahren beschrieben: Heilverfahren in Lungenheilstätten (Kap. 3.2), Asylierungen (Kap. 3.3) und Zwangsasylierungen (Kap. 3.5). Diese drei Formen konnten sich in der Praxis überschneiden, waren aber an unterschiedliche Voraussetzungen gebunden und hatten für die Betroffenen deutlich unterscheidbare praktische Konsequenzen. Ihre Ausgestaltung veränderte sich zum einen mit dem Beginn des Zweiten Weltkrieges, zum anderen mit der Einführung neuer medikamentöser Behandlungsmöglichkeiten Ende der 1940er Jahre. Sie war aber insgesamt durch strukturelle Kontinuität gekennzeichnet. In diesem Kontext wird unter anderem geklärt, inwieweit die nahe der Stadt Oldenburg gelegene psychiatrische Anstalt, die Heil- und Pflegeanstalt Wehnen, für die Asylierung oder Zwangsasylierung von Tuberkulösen genutzt wurde.⁴² Desweiteren werden in einem eigenen Abschnitt ärztliche Stellungnahmen zur Frage der Arbeitstherapie bzw. des Arbeitseinsatzes von Tuber-

⁴² Vgl. zu dieser Fragestellung Fleßner, Tuberkulose, S. 53-54; zur Geschichte der Heil- und Pflegeanstalt Wehnen im Nationalsozialismus vgl. Ingo Harms: „Wat mööt wi hier smachten ...“. Hungertod und „Euthanasie“ in der Heil- und Pflegeanstalt Wehnen 1936-1945, Oldenburg 1996, 3. Aufl. 2008; vgl. aus erinnerungspolitischer Sicht Alfred Fleßner: Angehörigenperspektive – Impulse für die Aufarbeitung des Krankenmords im Nationalsozialismus, in: Arbeitskreis zur Erforschung der nationalsozialistischen „Euthanasie“ und Zwangssterilisation (Hg.): NS-„Euthanasie“ und lokaler Krankenmord in Oldenburg, Klingenmünster und Sachsen. Erinnerungskultur und Betroffenenperspektive (Berichte des Arbeitskreises, Bd. 6), Münster 2011, S. 87-100; ders.: Zur Aufarbeitung der NS-„Euthanasie“ in den Familien der Opfer, in: Stefanie Westermann, Richard Kühl u.a. (Hg.): NS-„Euthanasie“ und Erinnerung. Vergangenheitsaufarbeitung – Gedenkformen – Betroffenenperspektiven (Medizin und Nationalsozialismus, Bd. 3), Münster 2011, S. 195-207; ders.: Wahr-Nehmungen. Öffentliche Deutungskultur und die Aufarbeitung der NS-„Euthanasie“ in den Familien der Opfer, in: Christine Wolters, Christof Beyer, Brigitte Lohff (Hg.): Abweichung und Normalität. Psychiatrie in Deutschland vom Kaiserreich bis zur Deutschen Einheit, Bielefeld 2013, S. 219-242.

kulosekranken vorgestellt (Kap. 3.4).⁴³ Sie sind insbesondere für die Beurteilung der Asylierungspraxis in dem eingangs erwähnten Tuberkulosekrankenhaus Kloster Blankenburg von Bedeutung. Ein ebenfalls eigener Abschnitt schließlich behandelt die Versorgung bzw. Nichtversorgung tuberkulosekranker NS-Zwangsarbeiter (Kap. 3.6).⁴⁴

Drei der oben genannten Einrichtungen waren 1943/1944 als Sonderkrankenhäuser der „Aktion Brandt“ in Betrieb genommen worden. Diese unter der Leitung von Hitlers Begleitarzt Dr. Karl Brandt stehende Aktion diente offiziell als Maßnahme der Katastrophenmedizin dazu, Ausweichkrankenhäuser für luftkriegsgefährdete Städte zu schaffen. Da in diesem Kontext viele Heil- und Pflegeanstalten geräumt und ihre Patienten im Rahmen der „Euthanasie“ ermordet wurden, sehen verschiedene Forscher die „Aktion Brandt“ als Fortsetzung der „Euthanasie“ mit anderen Mitteln, die zudem im Weiteren nicht nur psychisch Kranke erfasste, sondern sich auch auf sieche Patienten, chronisch und Alters-Kranke erstreckte. Darüber hinaus ist vermutet worden, dass solche Patiententötungen auch in den Ausweichkrankenhäusern selbst stattfanden.⁴⁵ Auch deshalb war im Vorfeld dieser Arbeit angenommen worden, dass im Tuberkulosekrankenhaus Kloster Blankenburg Patiententötungen stattgefunden

⁴³ Zur Forschung über Haltungen und Verhaltensweisen von Ärzten im Nationalsozialismus vgl. zusammenfassend Winfried Süß: Medizinische Praxis. Sozialgeschichte, in: Robert Jütte, Wolfgang U. Eckart (Hg.): Medizin und Nationalsozialismus. Bilanz und Perspektiven der Forschung, Göttingen 2011, S. 181-184.

⁴⁴ Vgl. die grundlegende Arbeit von Hoffmann, Zwangsarbeit.

⁴⁵ Vgl. zum letzten Punkt: Ute Daub: Krankhaus-Sonderanlage Aktion Brandt in Köppern im Taunus. Die letzte Phase der „Euthanasie“, in *Psychologie & Gesellschaftskritik*, 62, 1992, S. 39-68; Ingo Harms: Die „Aktion Brandt“ im Lande Oldenburg 1941-1945, in: Harald Jenner (Hg.): Frühjahrstagung des Arbeitskreises zur Geschichte der „Euthanasie“ und Zwangssterilisation vom 12.-14. Mai 1995 in Schleswig, Schleswig u.a. 1996, S. 61-70; vgl. dazu Winfried Süß: Der „Volkskörper“ im Krieg. Gesundheitspolitik, Gesundheitsverhältnisse, und Krankenmord im nationalsozialistischen Deutschland 1939-1945, München 2003, S. 309-310; zur Diskussion insgesamt vgl. Hans-Walter Schmuhl: Medizinische Praxis. „Euthanasie“ und Krankenmord, in: Jütte/Eckart, *Medizin*, S. 231; Süß, *Volkskörper*, S. 280 ff.; Uwe Kaminsky: „Aktion Brandt“ – Katastrophenschutz und Vernichtung, in: Arbeitskreis zur Erforschung der nationalsozialistischen „Euthanasie“ und Zwangssterilisation (Hg.): Dokumentation der Herbsttagung 19.-21. November 1999 in Gießen, Kassel 2000, S. 68-83; ders.: Zwangssterilisation und „Euthanasie“ im Rheinland, Köln 1995; vgl. auch Ernst Klee: „Euthanasie“ im Dritten Reich. Die „Vernichtung lebensunwerten Lebens“, vollständig überarb. Neuauflage, Frankfurt a. M. 2010; Heinz Faulstich: Hungersterben in der Psychiatrie 1914-1949. Mit einer Topographie der NS-Psychiatrie, Freiburg i. B. 1998; Götz Aly: Medizin gegen Unbrauchbare, in: Götz Aly, Angelika Ebbinghaus u.a. (Hg.): *Aussonderung und Tod. Die klinische Hinrichtung der Unbrauchbaren (Beiträge zur nationalsozialistischen Gesundheits- und Sozialpolitik, Bd. 1)*, Berlin 1985, S. 56-74; Klaus-Peter Liere: *Aus den Akten der Reichskanzlei: Über Krankenhäuser, Krankenanstalten und Bäderwesen im Deutschen Reich von 1921 – 1945 mit dem Versuch einer Darstellung der „Aktion Brandt“*, med. Diss. Ruhr-Univ. Bochum 1980.

haben könnten.⁴⁶ Die hier durchgeführte Untersuchung bestätigt diesen Verdacht nicht.

Die beiden anderen ehemaligen Sonderkrankenhäuser der „Aktion Brandt“ in Huntlosen-Hosüne und Hahn-Lehmden wurden zur Zeit des Nationalsozialismus noch nicht als Tuberkulosekrankenhäuser genutzt und werden deshalb in Kapitel 3 ausführlich erst bei der Erörterung der Zeit ab Mai 1945 berücksichtigt. In dem 2012 aufgefundenen Alt-Aktenbestand der LVA Oldenburg-Bremen sind jedoch Unterlagen enthalten, aus denen sich Erkenntnisse über die Krankenversorgung in Huntlosen bis Ende April 1945 ergeben. Patiententötungen ließen sich hier ebenfalls nicht belegen. Darauf wird am Ende der Darstellung in Kapitel 4 gesondert eingegangen.

Die Arbeit basiert im Wesentlichen auf der Auswertung archivalischer Quellen. Daneben konnten mehrere Angehörige von früheren Tuberkulosepatienten und einzelne Zeitzeugen befragt werden. Daraus haben sich zum Teil wertvolle Hinweise ergeben, die in die Darstellung eingeflossen sind. Bei den archivalischen Quellen handelt es sich zunächst um die umfangreiche Aktenüberlieferung der ehemaligen LVA Oldenburg-Bremen, die im Niedersächsischen Landesarchiv, Standort Oldenburg (StAO), verwahrt wird. Zu ihr gehören unter anderem die im Jahre 2012 aufgefundenen Verwaltungs- und Patientenunterlagen. Darüber hinaus wurde umfangreiches Quellenmaterial aus verschiedenen Beständen des Oldenburgischen Innenministeriums, vor allem der Gesundheitsverwaltung herangezogen. Die Akten der Oldenburgischen Gesundheitsämter aus der Zeit des Nationalsozialismus sind zum großen Teil nicht mehr vorhanden. In den Restbeständen, vor allem des Gesundheitsamtes Wesermarsch, fand sich gleichwohl eine Vielzahl aussagekräftiger Quellen zur Praxis der regionalen Tuberkulosebekämpfung seit den 1930er Jahren. Außerdem wurden die Bestände des Bundesarchivs in Berlin (BArch) herangezogen, insbesondere die dort aufbewahrten Akten des Reichstuberkuloseausschusses. In ihnen fanden sich unter anderem die Geschäftsberichte des Ausschusses und zahlreiche Jahresberichte seiner

⁴⁶ Vgl. Fleßner, Tuberkulose, S. 45; vgl. auch Ingo Harms: Biologismus. Zur Theorie und Praxis einer wirkmächtigen Ideologie (Historische Forschungen in der Sonder- und Rehabilitationspädagogik, Bd. 1), Oldenburg 2011, S. 67-86; ders.: „Aktion Brandt“ und die Asylierung Tuberkulöser. Die Räumung der Bewahr- und Pflegeanstalt Blankenburg und der Umbau zum „Sonderkrankenhaus Aktion Brandt“, in: Mathias Haman, Hans Asbek (Hg.): Halbierete Vernunft und totale Medizin. Zur Grundlage, Realgeschichte und Fortwirkung der Psychiatrie im Nationalsozialismus, Berlin 1997, S. 149-178.

Bezirksleiter, darunter auch die aus Oldenburg und Bremen. Ihnen konnten sehr detaillierte Informationen über die Tuberkulosesituation in dieser Region und die durchgeführten Bekämpfungsmaßnahmen entnommen werden.

Die Arbeit schließt in Kapitel 5 mit einer Zusammenfassung der wesentlichen Untersuchungsergebnisse.

2 Statistische Daten zur Tuberkulose in Oldenburg und Bremen während des Nationalsozialismus und der Besatzungszeit

2.1 Zur Problematik der Tuberkulosestatistik in den 1930er und 1940er Jahren

Im April 1936 kündigte die LVA Oldenburg in einem Schreiben an die Gesundheitsämter ihres Zuständigkeitsbereichs an, sie werde ihre Zuschüsse für die Arbeit der Tuberkulosefürsorgestellen in Zukunft nach einem neuen Verteilungsschlüssel berechnen, da die bisherige Aufteilung nicht den aktuellen Erfordernissen entspreche. Als Beleg fügte sie für das Jahr 1935 eine tabellarische Übersicht über die Leistungen der Fürsorgestellen an, die sie aus deren Jahresberichten zusammengestellt habe.

hier: Tabelle

Tab. 1: Lungenfürsorge und Tuberkulose-Sterbefälle im Landesteil Oldenburg 1935¹

Die Angaben zu den Sterbefällen zeigen, wie uneinheitlich die Erfassung der Tuberkulosekranken durch die oldenburgischen Gesundheitsämter im ersten Jahr ihrer Zuständigkeit für die Tuberkulosefürsorge war. Von den im Jahr 1935 insgesamt im Oldenburger Land verzeichneten 272 Sterbefällen mit der Todesursache „Lungen- u. sonstige Tbc.“, so die Aufstellung, waren 208 „der Lungenfürsorgestelle bekannt“, also dort vor ihrem Tod als Krankheitsfälle registriert gewesen.² Während die Registrierung in der Stadt Oldenburg, in Rüstringen, in der Wesermarsch und in Vechta als nahezu vollständig erscheint, hatte sie in den anderen Gesundheitsämtern zum Teil

¹ LVA Oldenburg an die „Lungenfürsorgestellen bei den Gesundheitsämtern im Landesteil Oldenburg“, 23.04.1936, mit tabellarischer Übersicht als Anlage (StAO Rep 630 Best. 242-4 Nr. 235, Bl. 2); die oben abgedruckte Tabelle enthält Auszüge aus der tabellarischen Übersicht, letztere enthält weitere Spalten mit Angaben zu Leistungen der Fürsorgestellen wie Röntgenaufnahmen, Untersuchungen usw. sowie zu den gezahlten Zuschüssen der LVA Oldenburg, Spaltenüberschriften sind wortgenau zitiert, die Angaben in der Zeile „gesamt“ wurde vom Verfasser berechnet und hinzugefügt.

² Ebd.

noch erhebliche Lücken. In Cloppenburg hatte das Gesundheitsamt nur ein Drittel von 41 und im Ammerland keinen von 19 Sterbefällen zuvor erfasst.

Die auch in den Folgejahren hohe Dunkelziffer der Tuberkuloseerkrankungen stellt eine grundlegende Problematik der Tuberkulosestatistik dar. Waren schon die offensichtlich schweren Erkrankungsfälle nur unzureichend erfasst, so galt dies umso mehr für die leichteren. Noch Ende der 1950er Jahre wurde davon ausgegangen, dass es sich bei den Bestandszahlen und Neuzugängen „nur um unterste Werte“ handeln könne, dies liege „in der Natur der Tuberkulose begründet, deren häufig symptomarmer oder symptomloser Verlauf nur die Erfassung eines Teiles der tatsächlich Erkrankten“ ermögliche.³

Der Übersicht des Jahres 1935 ist zu entnehmen, dass am Jahresende insgesamt 6.130 Personen als in „Beobachtung u. Fürsorge der Lungenfürsorgestelle“ geführt wurden, fast die Hälfte davon allein im Gesundheitsamtsbezirk der Stadt Oldenburg.⁴ Allerdings handelt es sich dabei wohl nicht nur um Tuberkuloseerkrankungen. Abgesehen davon, dass die Zahlenangabe im Vergleich zu den folgenden Jahren ungewöhnlich hoch ist, weist auch die Verwendung des Begriffs „in Beobachtung“ darauf hin, dass hier andere Lungenerkrankungen mitgezählt wurden. In den damaligen Tuberkulosestatistiken wurde unterschieden zwischen „Fürsorge-“, „Überwachungs-“ und „Beobachtungsfällen“.⁵ Mit letzteren waren Erkrankungen gemeint, bei denen sich der Tuberkuloseverdacht nicht bestätigt hatte, die aber zur Sicherheit weiter beobachtet wurden. Zu den Überwachungsfällen dagegen zählten sogenannte Exponierte, das heißt Personen, die zwar nicht krank, aber aktuell oder in der Vergangenheit einem Ansteckungsrisiko ausgesetzt waren, zum Beispiel weil sie mit einem Tuberkulosekranken zusammenlebten. Daneben gehörten Kranke mit unentschiedenen Diagnosen zu den Überwachungsfällen, außerdem wurden jene, die behandelt und dann als geheilt entlassen worden waren, noch für einige Zeit überwacht. Als Fürsor-

³ Tuberkulose-Jahrbuch 1959. Herausgegeben von Dr. Fritz Kreuser [...] Generalsekretär des Deutschen Zentralkomitees zur Bekämpfung der Tuberkulose, Berlin u.a. 1961, S. 34.

⁴ Ebd.

⁵ Vgl. hierzu und zum Folgenden: Tuberkulose-Jahrbuch 1950/51. Zusammengestellt von Prof. Dr. Franz Ickert. Generalsekretär des Deutschen Zentralkomitees zur Bekämpfung der Tuberkulose, Berlin u.a. 1952, S. 52-53; siehe auch das Protokoll der Arbeitsgruppe Tuberkulosefürsorge des Reichstuberkuloseausschusses vom 02. u.03.07.1942 mit Erläuterungen und Empfehlungen zur Führung der Tuberkulosestatistik (BArch R 96-II/8, Bl. 36-41).

gefälle schließlich galten alle aktiven Tuberkuloseerkrankungen. Doch Unterscheidungsregeln dieser Art wurden in den Berichten der Tuberkulosefürsorgestellen nicht immer korrekt gehandhabt. Schwierigkeiten bereitete auch die Differenzierung bestimmter Krankheitstypen und -grade und die Rubrizierung von Übergängen zwischen den statistischen Gruppen. Hinzu kommt, dass die Tuberkulosefürsorgestellen ihren Berichtspflichten nicht immer vollständig und nicht immer rechtzeitig nachkamen.⁶ Bei der Interpretation zeitgenössischer statistischer Angaben zur Tuberkulosebekämpfung ist daher grundsätzlich zu berücksichtigen, dass die Datenerhebung schon aus sachlichen und technischen Gründen mit erheblichen Fehlern behaftet sein konnte.

Darüber hinaus war die Darstellung und Interpretation der Daten politischen Beeinflussungen unterworfen. Im Nationalsozialismus wurde die Ausbreitung der Krankheit aus propagandistischen Gründen heruntergespielt, während sie zum Beispiel in der unmittelbaren Nachkriegszeit in der Auseinandersetzung zwischen deutschen Gesundheitsbehörden und den Besatzungsmächten übertrieben wurde. Aus diesen Gründen gilt die deutsche Tuberkulosestatistik zwischen 1939 und 1950, teilweise schon ab 1934 als unzuverlässig und unglaubwürdig.⁷

Gleichwohl soll im Folgenden versucht werden, anhand des verfügbaren Datenmaterials über die Entwicklung der Tuberkulosekrankheit in Oldenburg und Bremen zumindest grundlegende Tendenzen deutlich zu machen.

⁶ Siehe z.B. den entsprechenden Hinweis im Bericht über den Bezirk Niedersachsen im Jahresbericht RTA 1941/42, S. 24 (BArch R 96-II/10, Bl. 184).

⁷ Vgl. mit weiteren Hinweisen Ellerbrock, *Healing*, S. 342; 357-358; 405-410; Tuberkulose-Jahrbuch 1950/51, S. 51-52, 57 ff., 84-53; vgl. auch Hähner-Rombach, *Sozialgeschichte*, S. 56-58.

2.2 Ausweitung der Erfassung und Überwachung

Die folgenden Angaben sind aus statistischen Berechnungen des Reichsgesundheitsamtes zusammengestellt, die in den Jahresberichten des Reichstuberkuloseausschusses veröffentlicht worden sind. Die Tabelle dokumentiert die Tuberkuloseentwicklung im Land Oldenburg von 1936 bis 1940. Dargestellt ist jeweils der Bestand an Fürsorge-, Überwachungs- und Sterbefällen am Ende eines Jahres. Neben den absoluten Zahlen sind Verhältniszahlen aufgeführt, nach dem seinerzeit üblichen Verfahren: je 1.000 oder je 10.000 Einwohner.

hier: Tabelle

Tab. 2: Tuberkulose (alle Formen) im Land Oldenburg 1936-1940⁸

Die Zahlenangaben beinhalten auch extrapulmonale Tuberkuloseerkrankungen wie Knochen- und Gelenktuberkulose, Drüsen oder Hauttuberkulose. Der Anteil der Lungentuberkulose ist aus den statistischen Berechnungen des Reichsgesundheitsamtes nicht durchgängig ersichtlich, überwog aber deutlich. So sind im Jahr 1939 die Diagnosen „ansteckende Tbc der Atmungsorgane“ und „nicht ansteckende aber aktive Tbc der Atmungsorgane“ bei 1.562 von 2.137 und im Jahr 1940 bei 1.777 von 2.513 Fürsorgefällen im Land Oldenburg angegeben.⁹ Das sind 73,1 und 70,7 Prozent (Deutsches Reich: 87 und 87,6 Prozent). Bei den Sterbefällen war der Anteil der Lungentuberkulose noch höher. 1939 lag er bei 86,6 Prozent, 1940 bei 86,4 Prozent

⁸ Jahresbericht RTA 1941/42, S. 91, 95, 117 (BArch R 96-II/10, Bl. 218, 220, 231); die absolute Zahl der Sterbefälle wurde vom Verfasser für die Jahre 1936-1939 nach den in der Quelle angegebenen Verhältniszahlen berechnet, für das Jahr 1940 enthält der Jahresbericht auch die absolute Zahl der Sterbefälle, die aber – offensichtlich wegen der aus dem Jahr 1939 unverändert übernommenen Einwohnerzahl – nicht mit der ebenfalls angegebenen Verhältniszahl übereinstimmt; zu den Schwankungen in der Einwohnerzahl zwischen 1936 und 1938: das Land Oldenburg verlor durch eine Gebietsreform zum 01.04.1937 die beiden Exklaven Birkenfeld und Holstein und erhielt gleichzeitig die zuvor preußische Stadt Wilhelmshaven; vgl. mit höheren Werte für Sterbefälle 1936-1938 Tuberkulose-Jahrbuch 1950/51, S. 201.

⁹ Ebd.

(Deutsches Reich: 90,1 und 89,7 Prozent).¹⁰ Die Daten der Tuberkulosestatistik re-präsentieren also vor allem Entwicklungen im Bereich der Lungentuberkulose.

Die Zahl der jährlichen Fürsorgefälle in Oldenburg blieb nach dieser Statistik seit 1936 abgesehen von einigen Schwankungen insgesamt stabil, ähnlich die Zahl der Sterbefälle. Hier ist allenfalls ein leichter Anstieg zu verzeichnen. Eine erhebliche Steigerung gab es dagegen bei den Überwachungsfällen. Ihre Zahl wuchs innerhalb von fünf Jahren um mehr als das Dreieinhalbfache.

Eine ähnliche Entwicklung bei den Überwachungsfällen und den Sterbefällen war im Land Bremen zu beobachten, wenngleich dort der Anstieg der Überwachungsfälle zwar ebenfalls erheblich, aber nicht so stark war wie in Oldenburg. Die Zahl der Fürsorgefälle dagegen nahm in Bremen zwischen 1936 und 1940 ab.

hier: Tabelle

Tab. 3: Tuberkulose (alle Formen) im Land Bremen 1936-1940¹¹

Im Verhältnis zu den Einwohnerzahlen bewegen sich die Fallzahlen im großstädtischen Bremen auf einem deutlich höheren Niveau als in Oldenburg. Sie erreichten zum Teil sogar die Verhältnisgrößen, die für die Millionenstadt Berlin angegeben wurden und lagen damit deutlich über dem Reichsdurchschnitt.¹²

Die auffällige Steigerung bei den Überwachungsfällen seit Mitte der 1930er Jahre war offensichtlich ein Ergebnis der von den Tuberkulosefürsorgestellen kontinuierlich ausgeweiteten Umgebungskontrollen und -untersuchungen, durch die immer mehr Krankheitsverdachtsfälle erfasst wurden. 1939 wurden in Oldenburg 3.186 der

¹⁰ Vgl. ebd., die Angaben zum Deutschen Reich beziehen sich auf das Reichsgebiet vor dem Anschluss Österreichs.

¹¹ Jahresbericht RTA 1941/42, S. 91, 95, 117 (BArch R 96-II/10, Bl. 218, 220, 231); die Zahl der Sterbefälle wurde vom Verfasser für die Jahre 1936-1939 nach den angegebenen Verhältnisgrößen berechnet, für das Jahr 1940 enthält der Jahresbericht auch die absolute Zahl der Sterbefälle; vgl. auch die etwas niedrigeren Werte für die Sterbefälle 1936-1938 sowie den Bestand an Tuberkulosekranken 1938 in: Tuberkulose-Jahrbuch 1950/51, S. 124, 177.

¹² Vgl. Jahresbericht RTA 1941/42, S. 90 (BArch R 96-II/10, Bl. 217).

insgesamt 4.123 Überwachungsfälle der Fallgruppe „exponierte und exponiert Gewesene“ zugeordnet (77,3 Prozent), 1940 waren es 3.532 von insgesamt 4.561 (77,4 Prozent).¹³ In Bremen war der Anteil etwas geringer, aber immer noch deutlich überwiegend: 5.962 von 9.038 (66 Prozent) im Jahre 1939 und 6.924 von 10.253 Überwachungsfällen (67,5 Prozent) im Jahre 1940.¹⁴ Als „klinisch geheilte Tbc“ wurden in Oldenburg nur 742 (1939) bzw. 832 Fälle (1940) überwacht, in Bremen 3.064 (1939) bzw. 3.315 (1940), ein kleiner Rest fiel auf die Fallgruppe „unentschiedene Diagnose“ mit lediglich 195-197 Fällen in Oldenburg und 12-14 Fällen in Bremen.¹⁵ Die meisten Überwachungsfälle waren also nicht Kranke, sondern Personen aus deren Umfeld, die überwacht wurden, weil sie einem Ansteckungsrisiko ausgesetzt waren.

Dabei war der insgesamt erfasste Personenkreis von einer hohen Fluktuation gekennzeichnet. Im Jahre 1939 zählten die Fürsorgestellen in Oldenburg 3.826 Neuzugänge (1940: 3.569) und 2.918 Abgänge (1940: 2.649).¹⁶ Von den Abgängen waren 81,6 Prozent (1940: 76,9 Prozent) solche Erkrankungs- und Verdachtsfälle, die als „nicht mehr beobachtungs- oder fürsorgebedürftig“ eingestuft wurden. Mit sehr viel geringeren Zahlen tauchen daneben nur noch die Todesfälle (siehe oben) sowie der „Wegzug“ (1939: 217, 1940: 200) und das „Entweichen aus der Beobachtung“ (1939: 6, 1940: 61) als Abgangsgründe auf.¹⁷ Die Werte aus Bremen vermitteln ein noch eindeutigeres Bild: 1939 wurden dort 5.193 Neuzugänge und 4.812 Abgänge gezählt, von letzteren galten 94,4 Prozent als „nicht mehr beobachtungs- oder fürsorgebedürftig“ (1940: 4.748 Neuzugänge, 3.542 Abgänge, davon 91,2 Prozent).¹⁸

¹³ Jahresbericht RTA 1940/41, S. 79 (BArch R 96-II/10, Bl. 162), sowie Jahresbericht RTA 1941/42, S. 105 (BArch R 96-II/10, Bl. 225); Prozentzahlen sind vom Verfasser hinzugefügt.

¹⁴ Ebd.

¹⁵ Ebd.

¹⁶ Jahresbericht RTA 1940/41, S. 73 (BArch R 96-II/10, Bl. 159), sowie Jahresbericht RTA 1941/42, S. 97 (BArch R 96-II/10, Bl. 221).

¹⁷ Ebd., Prozentzahlen vom Verfasser.

¹⁸ Ebd., Prozentzahlen vom Verfasser.

2.3 Anstieg der Tuberkulosesterblichkeit und der schweren Erkrankungsfälle

Neben den statistischen Berichten enthalten die Jahresberichte des Reichstuberkuloseausschusses bis zum Geschäftsjahr 1941/42 umfangreiche Ausführungen zum Stand der Tuberkulosebekämpfung einschließlich der gesetzlichen Grundlagen sowie Kurzberichte über die Situation in den einzelnen Ausschussbezirken. Zu Oldenburg und Bremen finden sich darin allerdings nur wenige Einzelangaben, da die beiden Länder zusammen mit dem größten Teil der Provinz Hannover und dem Land Braunschweig sowie Schaumburg-Lippe zum damaligen Ausschussbezirk Niedersachsen gehörten.¹⁹ Für seine letzten drei Geschäftsjahre legte der Reichstuberkuloseausschuss nur noch deutlich gekürzte Jahresberichte als Typoskripte vor.²⁰ Oldenburg und Bremen waren 1942 jedoch eigenständige Ausschussbezirke geworden. Als Bezirksleiter für Bremen fungierte der Leiter der Tuberkulosefürsorgestelle Bremen, Dr. Duggen. Für den Bezirk Oldenburg wurde der Leiter der Lungenheilstätte Wildeshausen, Dr. Slotty zuständig.²¹ Beide erstatteten noch für die Geschäftsjahre 1942/43 und 1943/44 ihre Einzeljahresberichte an den Reichstuberkuloseausschuss.²² Sie geben detailliert Aufschluss über Erkrankungs- und Sterbezahlen in diesen Jahren.

In seinem Bericht für das Geschäftsjahr 1942/43 stellte Slotty über die Entwicklung im Bezirk Oldenburg fest, dass die „Tuberkulose-Mortalität“ in Verhältniszahlen zu je 10.000 Einwohner gerechnet „von 7,1 im Jahre 1941 auf 8,9 im Jahre [1942] angestiegen“ sei, was eine „absolute Zunahme um 24 %“ bedeute.²³ Schon der Wert für

¹⁹ Berichterstatte für den Bezirk Niedersachsen war Landesobermedizinalrat Dr. Riemer, Hannover. Er taucht in den Jahresberichten des RTA seit 1933/34 als Bezirksleiter auf (Jahresbericht RTA 1933/34 BArch R 96-II/9). Im Jahresbericht 1941/42 berichtet er über den „frühere[n] Bezirk Niedersachsen“, Jahresbericht RTA 1941/42, S. 24 (BArch R 96-II/10, Bl. 184).

²⁰ „Die Arbeit des Reichs-Tuberkulose-Ausschusses im Jahre 1942/3“ (ohne Nennung des Verfassers), S. 1-12 (BArch R 96-II/11, Bl. 1-6); „Die Arbeit des Reichs-Tuberkulose-Ausschusses im Jahre 1943/44“, „gez.: Kayser-Petersen“, S. 1-17 (BArch R 96-II/11, Bl. 7-17); „Bericht über die Tätigkeit des Reichs-Tuberkulose-Ausschusses im Geschäftsjahr 1944/45“, „erstattet von Professor Dr. Kayser-Petersen, Generalsekretär des Reichs-Tuberkulose-Ausschusses.“, S. 1-28, (BArch R 96-II/11, Bl. 18-45).

²¹ Aufzählung der Bezirksleiter im Jahresbericht RTA 1941/42 (BArch R 96-II/10); zu Slotty siehe mit weitere Angaben Kap. 3.2.2 in dieser Arbeit.

²² BArch R 96-II/82-85.

²³ „Jahresbericht 1942/43 des Bezirksleiters für Oldenburg des Reichs-Tuberkulose-Ausschusses“, S. 1 (BArch R 96-II/82, Bl. 212), in der Quelle ist als zweite Jahreszahl „1943“ angegeben, offensichtlich ein Fehler, da der Bericht am 08.04.1943 versandt wurde, die Daten für 1943 also

1941 offenbart im Vergleich mit den statistischen Angaben des Reichstuberkuloseausschusses für die Jahre 1939 und 1940,²⁴ dass die Tuberkulosesterblichkeit in Oldenburg im Laufe des Krieges deutlich angestiegen war.²⁵ Slotty hielt die Zahlen, die ihm für seinen Jahresbericht zur Verfügung standen, für noch zu niedrig angesetzt. Sie könnten „nur sehr ungenau“ sein, erklärte er, da zwischen den Gesundheitsamtsbezirken zum Teil erhebliche Unterschiede bestünden, die nicht auf „Unterschiede der Bevölkerungsstruktur, der sozialen Verhältnisse usw.“ zurückgeführt werden könnten, sondern „nur durch eine unvollständige Erfassung zu verstehen“ seien.²⁶ So sei in Delmenhorst ein Wert von 13,7 je 10.000 Einwohner angegeben, während Wilhelmshaven nur einen Wert von 6,5 aufweise. Das Gesundheitsamt Wilhelmshaven habe dazu angegeben, dass sich „eine größere Anzahl tuberkulöser Einwohner [...] ausserhalb Wilhelmshavens“ befinde „und die Krankenhäuser und Heilstätten, die ausserhalb des Gaugebietes liegen, ihrer Meldepflicht nicht regelmässig nachkommen“ würden.²⁷ Durch die Evakuierung der Stadt werde die Zahl in Zukunft vermutlich noch ungenauer werden. Im Fall des Gesundheitsamtes Ammerland ergebe sich eine hohe Mortalitätsziffer (17,6) aus dem Umstand, dass die Heil- und Pflegeanstalt Wehnen zu ihrem Gebiet gehöre. Außerdem sei zu berücksichtigen, dass die Gesundheitsämter gewöhnlich keine Meldungen über Tuberkulosesterbefälle unter Wehrmattsangehörigen erhielten. Gerade in deren Altersklassen aber sei „die höchste Tuberkulosemortalität“ zu verzeichnen.²⁸ „Alles in allem“, so Slottys Resümee, „muß daher die wahre Tuberkulosemortalität erheblich höher angesetzt werden, als sie den Fürsorgestatistiken entspricht.“²⁹

Ähnlich beurteilte er die statistischen Angaben zur Zahl der Offentuberkulösen: Von 7.037 Neuzugängen – ebenfalls eine im Vergleich mit 1939 und 1940 erheblich angestiegene Zahl – seien 315 an offener Tuberkulose erkrankt. Ende 1942 seien in

noch nicht vorgelegen haben können, siehe das Anschreiben an den RTA vom 08.04.1943 (BArch R 96-II/82, Bl. 211).

²⁴ Siehe oben, Kap. 2.2.

²⁵ Slotty ging für das Jahr 1941 von 577. 734, für das Jahr 1942 von 586.313 Einwohnern im Land Oldenburg aus, „Jahresbericht 1942/43 des Bezirksleiters für Oldenburg des Reichstuberkulose-Ausschusses“, Anlage Tabelle (BArch R 96-II/82, Bl. 226).

²⁶ Ebd., S. 1 (BArch R 96-II/82, Bl. 212).

²⁷ Ebd.

²⁸ Ebd., S. 1-2 (BArch R 96-II/82, Bl. 212-213).

²⁹ Ebd., S. 2 (BArch R 96-II/82, Bl. 213).

seinem Bezirk insgesamt „795 offene Lungentuberkulosen bekannt“ gewesen.³⁰ Aus den Angaben der Fürsorgestellen sei jedoch zu erkennen, so Slotty, dass die angewandten Untersuchungsmethoden oft unzureichend seien. Zu vermuten sei, dass bei „stärkerer Heranziehung der Röntgenuntersuchungen und Sputumuntersuchungen“ die „Zahl der Offentuberkulösen bei den einzelnen Gesundheitsämtern nicht unwesentlich ansteigen“ werde.³¹

Im nächsten Jahresbericht monierte Slotty die unzureichende Diagnostik bei den Tuberkulosefürsorgestellen erneut. Zwar konnte er nun eine Zunahme der Röntgenuntersuchungen um 35-40 Prozent vermelden, er nahm aber gleichzeitig eine Abnahme der Sputumuntersuchungen um 20 Prozent zur Kenntnis.³² Die „Zahl der Offentuberkulösen“ sei zwar „annähernd gleich geblieben“, dagegen habe sich die Zahl der „ansteckenden Tuberkulosen ohne Bazzillennachweis [sic] und die nicht-ansteckenden, aktiven Tuberkulosen nicht unwesentlich erhöht.“³³ Er schlussfolgerte, dass ein „erheblicher Prozentsatz“ der unter den Neuzugängen diagnostizierten Fälle von „ansteckender Tuberkulose ohne Bazillennachweis [...] bei eingehender Sputumuntersuchung wahrscheinlich [...] ‚offen‘ gewesen“ wäre.³⁴ Für das Jahr 1943 seien fast gleich viele Neuzugänge wie im Vorjahr gemeldet worden, nämlich 7.099, davon 359 Offentuberkulöse. Ende 1943 seien den Gesundheitsämtern 832 Offentuberkulöse bekannt gewesen.³⁵ Slottys kritischer Bewertung zufolge sind die tatsächlichen Zahlen wahrscheinlich höher gewesen.

Wie im Vorjahr formulierte Slotty im Jahresbericht 1943/44 auch an den Angaben der Gesundheitsämter zur Entwicklung der Tuberkulosemortalität erhebliche Zweifel. Der auffällige Rückgang „von 8,9 im Berichtsjahre 1942/43 auf 5,9 in diesem Berichtsjahr“ werde „wohl den tatsächlichen Verhältnissen nicht gerecht“.³⁶ Der Bombenkrieg habe die „allgemeinen Lebensbedingungen“ eher verschlechtert und durch „Evakuierung und freiwilliges Abwandern“ der Bevölkerung als Reaktion auf

³⁰ Ebd., S. 3 (BArch R 96-II/82, Bl. 214).

³¹ Ebd.

³² „Jahresbericht 1943/44 des Bezirksleiters für Oldenburg des Reichs-Tuberkulose-Ausschusses“, S. 2-3 (BArch R 96-II/85, Bl. 35-36).

³³ Ebd., S. 2 (BArch R 96-II/85, Bl. 35).

³⁴ Ebd., S. 3 (BArch R 96-II/85, Bl. 36).

³⁵ Ebd.

³⁶ Ebd., S. 1 (BArch R 96-II/85, Bl. 34).

Luftangriffe seien zum Beispiel dem Gesundheitsamt Wilhelmshaven „sicher eine Anzahl Tuberkulose-Todesfälle [...] nicht zur Kenntnis gelangt.“³⁷ Außerdem seien die Tuberkulosesterbefälle unter Wehrmichtsangehörigen „recht erheblich“.³⁸ „Ich bezweifle stark“, so Slotty, „daß auch hier jedesmal das Gesundheitsamt unterrichtet wurde.“³⁹ Allerdings sei die Mortalität dort, „wo keine Fluktuation der Bevölkerung stattgefunden hat [...] allgemein zurückgegangen“, von daher könne gefolgert werden, dass sie „tatsächlich etwas zurückgegangen ist.“⁴⁰ Er sah darin aber eher eine Nachwirkung der Vorjahresentwicklung, insofern nämlich, als „daß es sich bei den Todesfällen im Jahre 1942 z.T. um eine Vorwegnahme der Sterblichkeit“ gehandelt habe.⁴¹

Nach den Angaben des für Bremen zuständigen Bezirksleiters Duggen gab es in seiner Stadt 1942 unter insgesamt 7.320 Neuzugängen 553 Offentuberkulöse, 1943 bei nur noch 6.227 Neuzugängen waren es 614 Offentuberkulöse. Deren Anteil an den Neuzugängen war demnach gestiegen. Die Zahl der Sterbefälle wies zwischen 1942 und 1943 einen Anstieg von 295 auf 316 auf. Die Mortalität stieg damit in einem Jahr von 6,55 je 10.000 Einwohner auf einen Wert von 7,02.⁴² Allerdings bewegt sich die von Duggen für die beiden Jahre jeweils angegebene absolute Zahl der Bremer Tuberkulosesterbefälle auf einem Niveau, das ungefähr den Werten der vorausgegangenen Jahre 1939 und 1940 entspricht, wie sie der im vorherigen Kapitel gezeigten Tabelle mit Angaben aus den Jahresberichten des Reichstuberkuloseausschusses zu entnehmen sind.⁴³ Seit Beginn des Krieges wäre demnach die Zahl der Sterbefälle trotz der Zunahme zwischen 1942 und 1943 insgesamt nicht nennenswert angestiegen. Da die Bevölkerung in Bremen gewachsen war, liegen die von Duggen angegebenen Verhältniszahlen je 10.000 Einwohner niedriger als die vom Reichstuberkuloseausschuss für 1939 und 1940 angegebenen.⁴⁴

³⁷ Ebd.

³⁸ Ebd., S. 2 (BArch R 96-II/85, Bl. 35).

³⁹ Ebd.

⁴⁰ Ebd.

⁴¹ Ebd.

⁴² „Bericht 1942/43“, d.i.: Jahresbericht 1942/43 des Bezirksleiters des RTA für Bremen, S. 1 (BArch R 96-II/83, Bl. 2); „Bericht 1943/44“, d.i.: Jahresbericht 1943/44 des Bezirksleiters des RTA für Bremen, S. 1 (BArch R 96-II/85, Bl. 48).

⁴³ Siehe oben, Kap. 2.2.

⁴⁴ Duggen nennt in seinem Bericht eine Einwohnerzahl von etwas über 450.000.

Wie verlässlich die referierten Zahlenangaben im Einzelnen sind, ist fraglich. Jedenfalls konstatierten Duggen und Slotty für die beiden Jahre 1942 und 1943 in ihren Bezirken eine Zunahme der Tuberkulosesterblichkeit. Im Jahresbericht 1943/44 merkte Duggen dazu an, dass „vorwiegend alte, ruhende Prozesse häufiger als früher eine Reaktivierung und dabei vielfach ein erhebliches und rasch fortschreitendes Krankheitsgeschehen aufweisen“.⁴⁵ Bei der ebenfalls gestiegenen Zahl von „Neuerkrankungen“ seien „die exsudativen Formen mit raschen Einschmelzungen und die Neuerkrankungen bei Kindern zu beobachten“ gewesen.⁴⁶ Auf letztere hatte er schon im Jahr zuvor hingewiesen: In Bremen sei „ein vermehrtes Auftreten von aktiver Tuberkulose bei Kindern insbesondere festgestellt“ worden, das „wohl vorwiegend durch die erhöhte Exposition bedingt“ sei.⁴⁷

Die Beobachtungen der beiden Bezirksleiter entsprachen offenbar einer reichsweiten Entwicklung, die im Geschäftsbericht des Reichstuberkuloseausschusses für das Jahr 1942/43 so zusammengefasst wurde:

„Zahlreiche Veröffentlichungen und auch einige Berichte unserer Bezirksleiter befassen sich mit der in Kriegszeiten selbstverständlichen und auf der Feindseite ebenfalls festgestellten Tatsache der Zunahme der Tuberkulose, wobei vor allem die Häufigkeit von Reaktivierungen und das Auftreten auffallend schwerer Formen beobachtet wird.“⁴⁸

Für die letzten beiden Kriegsjahre liegen nähere Zahlenangaben über die Tuberkulose im Zuständigkeitsbereich der LVA Oldenburg-Bremen nicht mehr vor. Im Geschäftsbericht 1943/44 des Reichstuberkuloseausschusses wurde insgesamt eine Abnahme der Tuberkulosesterblichkeit bei steigenden Erkrankungszahlen angedeutet:

⁴⁵ „Bericht 1943/44“, d.i.: Jahresbericht 1943/44 des Bezirksleiters des RTA für Bremen, S. 1 (BArch R 96-II/85, Bl. 48).

⁴⁶ Ebd.; exsudativ: entzündlicher Austritt von Körperflüssigkeit in umliegendes Gewebe, Einschmelzung: Verflüssigung abgestorbenen Gewebes, beides sind Kennzeichen schwererer Erkrankungsstadien.

⁴⁷ „Bericht 1942/43“, d.i.: Jahresbericht 1942/43 des Bezirksleiters des RTA für Bremen, S. 1 (BArch R 96-II/83, Bl. 2); Exposition: einer Ansteckungsgefahr ausgesetzt sein.

⁴⁸ „Die Arbeit des Reichs-Tuberkulose-Ausschusses im Jahre 1942/43“, S. 7 (BArch R 96-II/11, Bl. 4).

„Aus verschiedenen Gauen wird eine Abnahme der im Vorjahre angestiegenen Mortalität und eine Zunahme der Morbidität, besonders der aktiven geschlossenen Formen, berichtet, die z.T. auf die vermehrte Schirmbild-Reihenuntersuchung zurückgeführt wird.“⁴⁹

Allerdings wird in dem Bericht auf die unzureichende Datengrundlage hingewiesen:

„Die Berichte der Tuberkulose-Fürsorgestellen über Veränderungen der Tuberkulose-Morbidität und Mortalität sind nicht einheitlich, wobei besonders auf die grossen statistischen Schwierigkeiten infolge der Umlagerung der Bevölkerung und die Zunahme der ausländischen Arbeiter hingewiesen wird.“⁵⁰

Der letzte Geschäftsbericht des Reichstuberkuloseausschusses behandelt das Geschäftsjahr 1944/45. Der Generalsekretär des Reichstuberkuloseausschusses, Prof. Dr. Julis-Emil Kayser-Petersen,⁵¹ der auch die vorherigen Berichte seines Ausschusses erstattet hatte, legte diesen erst nach Kriegsende vor und räumte darin nun ein, dass die Tuberkulose während des Krieges angestiegen war:

„Wenn auch infolge der ungeheuren Bevölkerungsverschiebung eine genaue Tuberkulose-Statistik in der letzten Zeit nicht geführt werden konnte und aus äußeren Gründen, das, was etwa an Zahlen vorliegen sollte, uns nicht zugänglich ist, so kann doch soviel gesagt werden, daß zweifelsfrei ein gewisser Anstieg der Tuberkulose erfolgt ist.“⁵²

Der Anstieg habe aber „keineswegs das Ausmaß erreicht, wie gegen Ende des Krieges 1914/18“.⁵³

⁴⁹ Ebd.

⁵⁰ „Die Arbeit des Reichs-Tuberkulose-Ausschusses im Jahre 1943/44“, „gez.: Kayser-Petersen“, S. 8 (BArch R 96-II/11, Bl. 14).

⁵¹ Zu seiner Person siehe Christine Wolters: „Gesellschaftsunwürdige Volksgenossen“. Psychiatisierung von Tuberkulosekranken im Nationalsozialismus und in der Nachkriegszeit, in: Wolters/Beyer/Lohff, Abweichung, S. 252; Süß, Volkskörper, S. 469.

⁵² „Bericht über die Tätigkeit des Reichs-Tuberkulose-Ausschusses im Geschäftsjahr 1944/45“, „erstattet von Professor Dr. Kayser-Petersen, Generalsekretär des Reichs-Tuberkulose-Ausschusses.“, S. 27-28, (BArch R 96-II/11, Bl. 44-45); vgl. die in der Tat sehr lückenhaften Zahlenangaben ebd., S. 18-19 (BArch R 96-II/11, Bl. 35-36).

⁵³ Ebd., S. 28 (BArch R 96-II/11, Bl. 45).

Im Tuberkulosejahrbuch 1950/51, dem ersten Jahresbericht des nach dem Zweiten Weltkrieg wiedergegründeten Deutschen Zentralkomitees zur Bekämpfung der Tuberkulose,⁵⁴ wird vorbehaltlich der Lücken in der Tuberkulosestatistik von einem erheblichen Anstieg der ansteckenden Fälle von Lungentuberkulose seit dem Jahr 1944 ausgegangen. Der „Bestand und die Neumeldungen der Ia + Ib-Fälle“, das sind Fälle von ansteckender Lungentuberkulose mit und ohne Bazillennachweis,⁵⁵ sei „bereits vom Jahre 1944 an wesentlich in die Höhe“ gegangen.⁵⁶ Grundlage dieser Einschätzung waren unter anderem die statistischen Daten aus zehn deutschen Großstädten, „welche nach ihren Berichten auch für die Kriegszeit einigermaßen die statistischen Aufzeichnungen fortführen konnten.“⁵⁷ Die Tuberkulose-Sterblichkeit bei der Lungentuberkulose sei schon „seit Kriegsbeginn allmählich angestiegen [...], um in manchen deutschen Ländern 1944, in manchen erst 1946, in der Hauptsache aber 1945 ihren Höhepunkt zu erreichen“.⁵⁸

Für Oldenburg und Bremen bleibt festzuhalten, dass die zuständigen Bezirksleiter des Reichstuberkuloseausschusses nach drei Jahren Krieg unabhängig von den ihnen vorliegenden statistischen Daten zur Tuberkulosemortalität und -morbidity sowohl eine deutliche Zunahme der Todesfälle als auch der schweren Erkrankungsformen dokumentierten. Die Situation wird sich in den letzten beiden Kriegsjahren weiter verschärft haben - in welchem Umfang, lässt sich aufgrund der unzureichenden Datenlage nicht mehr im Einzelnen bestimmen.⁵⁹

⁵⁴ Seit 1906 unter dieser Bezeichnung, gegründet 1895 als „Deutsches Central-Komitee zur Errichtung von Heilstätten für Lungenkranke“, 1933 umgewandelt in „Reichs-Tuberkulose-Ausschuss“, vgl. Tuberkulose-Jahrbuch 1950/51, S. 4-9.

⁵⁵ Siehe die Fallgruppendefinition ebd., S. 52.

⁵⁶ Ebd., S. 58.

⁵⁷ Ebd.

⁵⁸ Ebd. S. 86.

⁵⁹ Vgl. bezogen auf Gesamtdeutschland mit weiteren Hinweisen auf den Tuberkuloseanstieg im Zweiten Weltkrieg: Ellerbrock, Healing, S. 342.

2.4 Diskrepanz von Tuberkulose-Mortalität und Tuberkulose-Morbidität

In seinem letzten Geschäftsbericht hatte Kayser-Petersen gewarnt, die „Gefahr eines [...] Anstieges“ der Tuberkulose wie zum Ende des Ersten Weltkrieges sei „noch nicht gebannt“, und es bedürfe „großer Anstrengungen [...], um ihn zu verhindern oder ihn wenigstens in erträglichen Grenzen zu halten.“⁶⁰ Die britischen Besatzungsbehörden in Oldenburg dagegen beurteilten den Gesundheitszustand der Bevölkerung in ihren Tätigkeitsberichten zwischen Mai und Dezember 1945 durchweg positiv.⁶¹ „Health conditions within Land Oldenburg are in a very satisfactory condition“, lautete die Einschätzung im Juli 1945, es gebe unmittelbar keine ernsthaften Gefährdungen, weder für Besatzungskräfte noch für Displaced Persons oder die deutsche Bevölkerung.⁶² Unter den Infektionskrankheiten stand für die Militärregierung nicht die Tuberkulose, sondern die Diphtherie an erster Stelle, die aber ebenfalls noch nicht als ein schwerwiegendes Problem wahrgenommen wurde: „Diphtheria remains the leading disease, but the incidence is not alarming, and deaths are few“.⁶³ Im Juni waren 78 Tuberkuloseerkrankungen (alle Formen) und 18 Tuberkulosesterbefälle in der Zivilbevölkerung gezählt worden, dazu 98 Tuberkulosepatienten in insgesamt zwei DP-Hospitals des Landes Oldenburg.⁶⁴ Zwar wurde gleichzeitig angemerkt, dass eine erschreckend hohe Zahl an Tuberkuloseerkrankungen und -sterbefällen in einem Displaced-Persons-Camp nahe der emsländischen Stadt Meppen registriert worden waren,⁶⁵ doch die Oldenburger Besatzungsbehörden stufte die Tuberkulose

⁶⁰ „Bericht über die Tätigkeit des Reichs-Tuberkulose-Ausschusses im Geschäftsjahr 1944/45“, „erstattet von Professor Dr. Kayser-Petersen, Generalsekretär des Reichs-Tuberkulose-Ausschusses.“, S. 28, (BArch R 96-II/11, Bl. 45).

⁶¹ War Diaries des 821. Mil. Gov. Det. B.A.O.R. der britischen Militärregierung in Oldenburg: wöchentliche, vierzehntägige und monatliche „Activity Reports“ mit umfangreichen Anhängen und Beilagen u.a. zum Öffentlichen Gesundheitswesen (StAO SLG 80 Best. 289 Nr. 197, 198; Kopien nach Mikrofilm aus dem Public Record Office, Bestand War Office, WO 171/8084; acc. 3/1997).

⁶² „WEEKLY ACTIVITY REPORT, PH FUNCTION (July 8th to 14th)“, S. 1 (StAO SLG 80 Best. 289 Nr. 197, o. Bl.).

⁶³ „FORTNIGHTLY REPORT, P.H. Function“, „July 15 to 25 th.“, S. 1 (StAO SLG 80 Best. 289 Nr. 197, o. Bl.).

⁶⁴ „MONTHLY PUBLIC HEALTH REPORT, June 1945“, vom 05.07.1945, S. 2 (StAO SLG 80 Best. 289 Nr. 197, o. Bl.); bei den zwei DP-Hospitals handelte es sich zu dieser Zeit um das Oldenburger Peter Friedrich Ludwigs Hospital und die Krankenhausanlage in Huntlosen, „FORTNIGHTLY P.H. REPORT“, „1 Jul 45 to 14 Jul 45“, S. 1 (StAO SLG 80 Best. 289 Nr. 197, o. Bl.).

⁶⁵ „MONTHLY PUBLIC HEALTH REPORT, June 1945“, vom 05.07.1945, S. 2 (StAO SLG 80 Best. 289 Nr. 197, o. Bl.).

nach wie vor nicht als besorgniserregend ein.⁶⁶ „Tuberculosis does not show an alarming incidents“,⁶⁷ hieß es über die erste Juli-Woche, es gebe lediglich Probleme bei der Verfügbarkeit von Heilstättenbetten, da die Hälfte von ihnen durch Wehrmachtsangehörige und Zivilpersonen von außerhalb des Landes Oldenburg belegt sei.⁶⁸ Eine Woche später hieß es über die Tuberkulose: „Chiefly a DP-Problem.“⁶⁹ Im September 1945 wurde sogar ein leichter Rückgang der Neuerkrankungen vermeldet,⁷⁰ im Oktober wiederum ein leichter Anstieg.⁷¹ In der amerikanischen Besatzungszone, zu der neben der Stadt Bremen bis Ende 1945 auch der Landkreis Wesermarsch gehörte,⁷² herrschten ganz ähnliche Einschätzungen vor, obwohl dort bereits im Oktober 1945 ein fundierter Bericht auf die zu erwartende Verschärfung der Tuberkulosesituation hingewiesen hatte.⁷³

Tatsächlich sollte die Zahl der registrierten Tuberkulosekranken in Oldenburg und Bremen in den ersten Besatzungsjahren vorübergehend ansteigen.⁷⁴ Die folgenden Tabellen vermitteln einen Eindruck von der Situation in Oldenburg und Bremen zwischen 1947 und 1950.⁷⁵

⁶⁶ Die gleiche Einschätzung herrschte auch in der amerikanischen Besatzungszone vor, obwohl dort bereits im Oktober 1945 ein fundierter Bericht auf die zu erwartende Verschärfung der Tuberkulosesituation hingewiesen hatte, vgl. dazu Ellerbrock, Healing, S. 359f., 362-367.

⁶⁷ „Weekly Activity Report – Public Health Function“, „1 Jul 45 to 8 Jul 45“, S. 1 (StAO SLG 80 Best. 289 Nr. 197, o. Bl.).

⁶⁸ Ebd.

⁶⁹ „WEEKLY ACTIVITY REPORT, PH FUNCTION (July 8th to 14th)“, S. 1 (StAO SLG 80 Best. 289 Nr. 197, o. Bl.).

⁷⁰ „Appx H“ zum „Fortnightly Report no 6“ über den Monat Sept. 1945, S 2 (StAO SLG 80 Best. 289 Nr. 198, Bl. 242).

⁷¹ „[...] MONTHLY REPORT NO 1 as at 31 Oct 45“, vom 02.11.1945, S. 4 (StAO SLG 80 Best. 289 Nr. 198, Bl. 309); ebenso im Anhang zu dem Report zum Bereich „Public Health“, datiert vom 01.11.1945, S. 2 ((StAO SLG 80 Best. 289 Nr. 198, Bl. 335).

⁷² Siehe die Anordnung der britischen Militärregierung vom 10.11.1945 betreffend die Übernahme der Landkreises Wesermarsch in britische Militärverwaltung zum 15.11.1945 (StAO SLG 80 Best. 289 Nr. 198, Bl. 301-302).

⁷³ Vgl. hierzu ausführlich Ellerbrock, Healing, S. 359f., 362-367.

⁷⁴ Zum folgenden vgl. auch Tuberkulose-Jahrbuch 1950/51, S. 77 ff.

⁷⁵ Bei den Angaben zu den nicht ansteckenden, also geschlossenen Lungentuberkulosen ist zu berücksichtigen, dass die Meldepflicht für diese Fälle in Niedersachsen schon per Erlass vom 18.10.1946, in Bremen dagegen erst durch Verordnung vom 06.08.1948 geregelt war, vgl. ebd., S. 51.

hier: TabelleTab. 4: Lungentuberkulose (Bestand und Neuzugänge) im Verwaltungsbezirk Oldenburg 1947-1950⁷⁶**hier: Tabelle**Tab. 5: Lungentuberkulose (Bestand und Neuzugänge) im Land Bremen 1947-1950⁷⁷

Nach diesen Angaben setzte der Rückgang der Lungentuberkulose in Oldenburg und Bremen etwas später als im übrigen Bundesgebiet ein. Während in Bremen insgesamt noch kein Rückgang bei den Bestandszahlen erkennbar ist, deutet sich in Oldenburg nach 1949 immerhin ein Rückgang des Bestandes an geschlossenen Tuberkulosen an. Die Neuzugänge in Bremen gehen erst nach 1949 zurück, während sie in Oldenburg offenbar 1948 ihren höchsten Stand hatten, dann aber noch schwankten. Regionale Unterschiede sind in der Tuberkulosestatistik bekannt, die Abweichungen hier können aber ebenso gut auf die Unzuverlässigkeit der Daten zurückgeführt werden. Starke Bevölkerungsbewegungen in der Nachkriegszeit und Uneinheitlichkeiten in der statistischen Erfassung ließen nur bedingt regionale Vergleiche zu.⁷⁸ Hinzu kamen die bekannten Mängel bei der Erhebung der Daten. Die Niedersächsische Landesregierung traute den Angaben der eigenen Gesundheitsämter nicht. Im Juli 1947 registrierte sie eine „derart erschreckende Zunahme“ der „Meldung von aktiver Lungentuberkulose“, dass sie bei ihnen nachfragen ließ, ob die ärztlichen Meldungen

⁷⁶ Zusammengestellt aus den Angaben in: Statistik des Gesundheitswesens 1947 bis 1949 (Veröffentlichungen des Niedersächsischen Amtes für Landesplanung und Statistik, Reihe F, Band 13, Heft 1; Medizinalstatistik Heft 1), bearb. im Niedersächsischen Sozialministerium, Abteilung Gesundheit in Verbindung mit dem Niedersächsischen Amt für Landesplanung und Statistik, Hannover 1951, S. 94-98 (dort zum Teil voneinander abweichende Angaben); „Die Tuberkulose in Niedersachsen 1950. Mit 5 Schaubildern und einem Tabellenwerk“, hg. vom Niedersächsischen Sozialminister, Abt. Gesundheit [1951], Tabellenanhang, Tab. 15, 17, 19, 20 (StAO Rep 630 Best. 242-5 Nr. 15 II); teilweise leicht abweichend Angaben in: Statistisches Handbuch für Niedersachsen 1950, hg. vom Niedersächsischen Amt für Landesplanung und Statistik, Hannover 1950, S. 155; Statistisches Jahrbuch für Niedersachsen 1952, hg. vom Niedersächsischen Amt für Landesplanung und Statistik, Hannover 1953, S. 203.

⁷⁷ Tuberkulose-Jahrbuch 1950/51, S. 122, 124, auch S. 53, 55; etwas höhere Bestandszahlen für das Jahr 1948 in: Statistisches Handbuch für das Land Freie Hansestadt Bremen 1950-1960, hg. vom Statistischen Landesamt Bremen, Bremen 1961, S. 39.

⁷⁸ Vgl. Tuberkulose-Jahrbuch 1950/51, S. III; vgl. auch die Hinweise in Ellerbrock, Healing, S 401, Fußnote 362.

dort überprüft würden.⁷⁹ Ende der 1940er Jahre gab es einen regelrechten Statistikstreit zwischen den Besatzungsmächten und den deutschen Gesundheitsbehörden, denen – offensichtlich zu Recht – vorgeworfen wurde, vielfach mehr Erkrankungen als tatsächlich vorhanden gezählt zu haben, um zum Beispiel höhere Lebensmittelrationen durchzusetzen.⁸⁰

Laut den Schätzungen im Tuberkulosejahrbuch 1950/51 lagen die Bestandszahlen bei den offenen Lungentuberkulosen in der Bundesrepublik zwar noch 1950 „ungefähr doppelt so hoch als 1938“, bei den geschlossenen Lungentuberkulosen sogar viermal so hoch.⁸¹ Letzteres sei allerdings dadurch bedingt, dass diese Fälle erst ab 1946 meldepflichtig wurden, auch sei die Zahl der „neugemeldeten“ geschlossenen Lungentuberkulosen seit 1947/48 wieder rückläufig.⁸² Ein Rückgang wurde zu dieser Zeit auch bei den Neumeldungen von offenen Lungentuberkulosen konstatiert. Deren Zahl habe bis 1947 zugenommen, um bis 1950 wieder zurückzugehen.⁸³ Bei den Bestandszahlen an Tuberkulose insgesamt sei „nach dem großen Anstieg der Zahlen während und nach dem Zweiten Weltkrieg nur erst ein kleiner Rückgang seit 1948 [...] zu verzeichnen“.⁸⁴

Ein eindeutiges Bild bietet die Entwicklung der Tuberkulosesterblichkeit nach Kriegsende. Das Tuberkulosejahrbuch 1950/51 kam zu dem Ergebnis, dass die „Tuberkulose-Mortalität nach einem Anstieg während des Zweiten Weltkrieges und einem Höchststand im Jahre 1945/46 weit unter den Vorkriegswert herabgesunken“ war, das gelte insbesondere für die Lungentuberkulose.⁸⁵ Die für Oldenburg und Bremen verfügbaren statistischen Daten entsprechen dieser Einschätzung.

⁷⁹ Nds. Minister für Aufbau, Arbeit und Gesundheit an die Nds. Regierungspräsidenten und Verwaltungsbezirke, 21.07.1947 (StAO Rep 630 Best. 242-4 Nr. 233, Bl. 91); überliefert ist nur die Antwort des Gesundheitsamtes Wesermarsch, das angab, die Meldungen würden „röntgenologisch nachuntersucht“ (ebd., Bl. 91/2).

⁸⁰ Vgl. hierzu ausführlich Ellerbrock, *Healing*, S. 405-410.

⁸¹ Tuberkulose-Jahrbuch 1950/51, S. 59; vgl. zum Folgenden auch ebd., S. 77 ff.

⁸² Ebd., S. 59

⁸³ Ebd., S. 58.

⁸⁴ Ebd., S. 59.

⁸⁵ Ebd., S. 107; vgl. ebd. S. 86-87.

hier: TabelleTab. 6: Lungentuberkulose-Sterbefälle im Verwaltungsbezirk Oldenburg 1947-1950⁸⁶**hier: Tabelle**Tab. 7: Lungentuberkulose-Sterbefälle im Land Bremen 1946-1950⁸⁷

Während also die Erkrankungszahlen nach dem Zweiten Weltkrieg weiter anstiegen und auf einem erheblich höheren Niveau lagen als vor dem zweiten Weltkrieg, hatte die Sterblichkeitsrate schon bald nach Kriegsende stetig abgenommen.⁸⁸ Diese Abnahme wurde unter anderem als ein Effekt des Umstandes interpretiert, „daß während des Krieges und nach Kriegsende viele hingefällige und alte Tuberkulöse vorzeitig weggestorben“ seien, „so daß sozusagen der Tod seine Hypothek vorweggenommen“ habe.⁸⁹ Die „Diskrepanz von Tuberkulose-Mortalität und Tuberkulose-Morbidität“,⁹⁰ so die Autoren des Tuberkulosejahrbuchs 1950/51, sei aber international zu beobachten und erkläre sich auch aus der verbesserten Erfassung der Kranken, der allgemeinen Besserung der Lebensverhältnisse und aus dem Einsatz neuer chemotherapeutischer Mittel.⁹¹ Sie erblickten darin eine grundlegende Wende:

„Die Tuberkulose hat aufgehört, ein Mortalitätsproblem zu sein, sie ist vielmehr ein Invaliditätsproblem geworden, weil viel mehr Tuberkulöse als früher längere Zeit am Leben bleiben.“⁹²

⁸⁶ Zusammengestellt aus den Angaben in: Statistik des Gesundheitswesens 1947 bis 1949, S. 94, 99-101; „Die Tuberkulose in Niedersachsen 1950 [...], Tabellenanhang, Tab. 32 (StAO Rep 630 Best. 242-5 Nr. 15 II); abweichende Angaben zu 1949 (339 Sterbefälle) in: Statistisches Handbuch für Niedersachsen 1950, S. 155.

⁸⁷ Tuberkulose-Jahrbuch 1950/51, S. 217, auch S. 88.

⁸⁸ Vgl. hierzu und zum Folgenden auch Sachße/Tennstedt, Fürsorge, S 148 ff.

⁸⁹ Tuberkulose-Jahrbuch 1950/51, S. 87.

⁹⁰ Ebd., S. 107.

⁹¹ Ebd., S. 108.

⁹² Ebd., S. 109 (im Original teilweise kursiv); vgl. auch mit einer differenzierten Bewertung [Franz] Ickert: Wende im Kampf gegen die Tuberkulose?, in: Der Landarzt. Zeitschrift für Meinungsaustausch zwischen Klinik, Stadt- und Landärzten, 29. Jg, H. 10 (10.4.1953), S. 225-227 (Sonderdruck in: StAO Rep 630 Best. 242-4 Nr. 777).

Tatsächlich sank bis 1957 die Zahl der Sterbefälle durch Lungentuberkulose im Land Bremen auf 90,⁹³ im Verwaltungsbezirk Oldenburg auf 96.⁹⁴

Aber auch die Neumeldungen und die Bestandszahlen von Lungentuberkulosen gingen im Laufe der 1950er Jahre abgesehen von zwischenzeitlichen Schwankungen weiter zurück. In Oldenburg scheint es bis 1951 noch einen Anstieg bei den Neuzugängen gegeben zu haben, ebenso bei den Bestandszahlen, dann setzte auch hier die Trendwende ein. In Bremen gab es noch bis 1953 einen Zuwachs bei den Bestandszahlen. Die folgenden Tabellen zeigen diese Entwicklung auf der Grundlage von Daten der statistischen Landesämter. Angegeben sind nur die absoluten Zahlen. Dabei ist zu bedenken, dass die Bevölkerung in Oldenburg und Bremen im Laufe der 1950er Jahre stetig wuchs. 1957 war die Bevölkerungszahl des Verwaltungsbezirks Oldenburg auf rund über 750.000 angewachsen,⁹⁵ die des Landes Bremen auf über 650.000.⁹⁶ Die Rückgänge bei den Tuberkuloseerkrankungen im Verhältnis zur jeweiligen Bevölkerungszahl fallen also noch erheblich deutlicher aus.

hier: Tabelle

Tab. 8: Lungentuberkulose im Verwaltungsbezirk Oldenburg 1950-1957⁹⁷

hier: Tabelle

Tab. 9: Lungentuberkulose im Land Bremen 1950-1957⁹⁸

⁹³ Statistisches Handbuch, Hansestadt Bremen 1950-1960, S. 36-37.

⁹⁴ Errechnet aus den Angaben in: Statistische Monatshefte für Niedersachsen, hg. vom Niedersächsischen Landesverwaltungsamt – Statistik, Jg. 11 (1957), H. 3, S. 62; H. 4, S. 92; H. 5, S. 121; H. 6, S. 148; H. 7, S. 192; H. 8, S. 230; H. 9, S. 272; H. 11, S. 348; H. 12, S. 377; sowie Jg. 12 (1958), H. 1, S. 2; H. 2, S. 24.

⁹⁵ Statistische Monatshefte für Niedersachsen, hg. vom Niedersächsischen Landesverwaltungsamt – Statistik, Jg. 12 (1958), H. 3, S. 74.

⁹⁶ Statistisches Handbuch, Hansestadt Bremen 1950-1960, S. 15.

⁹⁷ Zusammengestellt aus den Angaben in Statistisches Jahrbuch für Niedersachsen 1952, hg. v. Niedersächsischen Amt für Landesplanung und Statistik, Hannover 1953, S. 203; Statistisches Jahrbuch für Niedersachsen 1954, hg. vom Niedersächsischen Amt für Landesplanung und Statistik, Hannover 1954, S. 186; Statistisches Jahrbuch für Niedersachsen 1956. 10 Jahre Niedersachsen im Spiegel der Statistik, hg. vom Niedersächsischen Amt für Landesplanung und Statistik, Hannover 1956, S. 192; Statistisches Jahrbuch für Niedersachsen 1958, hg. vom Niedersächsischen Landesverwaltungsamt – Statistik, Hannover 1959, S. 50.

⁹⁸ Statistisches Handbuch, Hansestadt Bremen 1950-1960, S. 39.

Der in den 1950er Jahren anhaltende Rückgang bei den Tuberkuloseerkrankungen und -sterbefällen war eine allgemeine Entwicklung, die nicht nur in Deutschland, sondern auch in anderen europäischen Ländern zu beobachten war. 1959 kamen die Autoren des Tuberkulosejahrbuches deshalb zu dem Schluss:

„Eine Betrachtung der Entwicklung und der derzeitigen Situation auf dem Gebiet der Tuberkulose rechtfertigt die Feststellung, daß die Krankheit in Europa beginnt, ihren Charakter als Volksseuche einzubüßen.“⁹⁹

⁹⁹ Tuberkulose-Jahrbuch 1959. Herausgegeben von Dr. Fritz Kreuser [...] Generalsekretär des Deutschen Zentralkomitees zur Bekämpfung der Tuberkulose, Berlin u.a. 1961, S. 203.

3 Lungentuberkulose in Heilstätten und Krankenanstalten

3.1 Zur Auswertung des historischen Krankenblattbestandes aus dem Archiv der LVA Oldenburg-Bremen (Aktenfund 2012)

Der 2012 aufgefundene Alt-Aktenbestand der früheren LVA Oldenburg-Bremen enthält eine große Anzahl patientenbezogener Unterlagen, die im Folgenden zusammenfassend als „Krankenblätter“ bezeichnet werden.¹ Sie sind alphabetisch nach den Nachnamen der Patienten geordnet und bestehen aus ein oder zwei, selten mehr als vier Dokumenten je Einzelfall. Es handelt sich überwiegend um vorgedruckte Formulare, die als Erst- oder Durchschriften vorliegen. In der Regel gibt es je Einzelfall zunächst einen vierseitigen Mantelbogen, der von einer Heilstätte ausgestellt wurde. In den Rubriken des Bogens sind neben grundlegenden Angaben zu den Personalien des Patienten sowie dem Zeitraum und dem Kostenträger der Behandlung auch Angaben zu Vorbehandlungen, zur Diagnose und zu Erkrankungen im familiären Umfeld vorgesehen. Diese Angaben sind allerdings oft unvollständig. Außerdem fasst ein selten mehr als halbseitiger Bericht die Behandlungsmaßnahmen und das Behandlungsergebnis zusammen. Meist finden sich in dem Mantelbogen auch Angaben zu den behandelnden Ärzten sowie zur weiteren medizinischen Prognose und zur Einschätzung der Arbeitsfähigkeit des Patienten.

Den Mantelbögen sind oft zusätzliche ärztliche Berichte und Gutachten, auch Entlassungsberichte aus einer oder mehreren Heilstätten beigelegt. Diese enthalten zusätzliche Informationen über die Vorgeschichte der Erkrankung und über etwaige Vorbehandlungen einschließlich vorheriger Heilstättenbehandlungen. Manchmal liegt nur dieser Bericht vor, während der dazugehörige Mantelbogen fehlt. Umgekehrt liegt oft nur der Mantelbogen vor.

Zur Auswertung der Bestandes wurde im ersten Schritt eine Stichprobe im Umfang von 1.097 Fällen erhoben. Dazu wurden zunächst alle Krankenblätter durchgesehen, die unter den Buchstaben A und B abgelegt waren. Einzelfalldaten wurden dabei nur

¹ StAO Dep 33 Akz. 2012/013 Nr. 2-114.

von denjenigen Krankenblättern aufgenommen, die folgende Kriterien erfüllten:² Es handelte sich erstens um Behandlungen in der Zeit bis Ende 1955, und zweitens fanden die Behandlungen in mindestens einer von sieben Einrichtungen statt, die für die nähere Untersuchung ausgewählt worden waren.³

Auf dieser Grundlage konnten Umfang und Zusammensetzung des Gesamtbestandes abgeschätzt werden: Er enthält Unterlagen über rund 10.500 Patienten, die zwischen 1933 und 1971 wegen Tuberkulose behandelt wurden. Dabei werden über 80 verschiedene Krankenversorgungseinrichtungen benannt, die vorwiegend in der Region Oldenburg-Bremen liegen. Darunter sind sowohl Tuberkuloseheilstätten und -kliniken als auch Allgemeinkrankenhäuser und Militärlazarette. Als Kostenträger der Behandlungen werden unterschiedliche Institutionen aufgeführt. Neben der LVA Oldenburg-Bremen sind dies andere Rentenversicherungsträger, außerdem Arbeitsämter und Fürsorgeverbände oder gesetzliche und betriebliche Krankenkassen, auch „Selbstzahler“ kommen vor. Von dem Gesamtbestand entfallen rund 8.500 Fälle und damit der deutlich überwiegende Teil auf Behandlungen, die in der Zeit bis 1955 in den für die Untersuchung ausgewählten Einrichtungen durchgeführt wurden.

Die weitere Auswertung ergab nur sehr wenige Hinweise auf Behandlungen in der Zeit bis 1939 (19 Fälle) und ebenfalls wenige Hinweise auf Behandlungen bis Ende April 1945 (161). Die meisten der dokumentierten Behandlungen wurden in der Zeit ab Mai 1945 durchgeführt. Von den ausgewählten Einrichtungen taucht am häufigsten die Heilstätte Berghof, Bad Essen (344 Fälle) als Behandlungsstätte auf, an zweiter und dritter Stelle stehen die Einrichtungen in Huntlosen-Hosüne (218) und Blankenburg (214). Dann folgen die Frauenheilstätte Bredbeck (151), die Krankenhausanlage in Hahn-Lehmden (124), die Heilstätte Wildeshausen (106) und die Heilstätte Sannum (73). Die Summe der hier angegebenen Fallzahlen weicht vom Stichprobenumfang ab, weil hier nicht die Zahl der Patienten, sondern die Zahl der Be-

² Es handelt sich also hier um keine reine Zufallsstichprobe. Für deren Festlegung hätte die Grundgesamtheit bekannt sein müssen, also Umfang und Zusammensetzung des Gesamtbestandes. Beides konnte jedoch erst auf der Grundlage der hier gewählten Stichprobe eingeschätzt werden.

³ Die Einrichtungen in Sannum, Wildeshausen, Bad Essen, Bredbeck, Blankenburg, Huntlosen-Hosüne und Hahn-Lehmden. Siehe dazu Kap. 1.

handlungen gezählt wurde. Viele Patienten wurden mehrmals und in verschiedenen Heilstätten behandelt.

Geht man von den ermittelten 161 Behandlungsfällen in der Zeit von 1933 bis April 1945 aus, so ergibt sich im gesamten Krankenblattbestand eine Zahl von knapp 1.250 Behandlungen für diese Zeit. Davon wären wie in der Stichprobe die meisten nach 1939 erfolgt. Diese Fallzahl erscheint angesichts der seinerzeit vorhanden Behandlungskapazitäten und der hohen Auslastung der oldenburgischen Tuberkuloseheilstätten unrealistisch niedrig.⁴ Sie lässt auch unter Berücksichtigung möglicher Stichprobenfehler den Schluss zu, dass der Bestand erhebliche Lücken haben muss, und zwar besonders in Bezug auf Behandlungen in der Zeit des Nationalsozialismus. Die Annahme wird dadurch gestützt, dass unter den 1.097 Einzelfällen der Stichprobe lediglich drei Sterbefälle identifiziert werden konnten. Davon ereigneten sich zwei im Januar und Februar 1945 in der Einrichtung Blankenburg,⁵ ein weiterer im Jahre 1948 in der Krankenhausanlage Huntlosen.⁶ Allein unter den Sterbefällen in Huntlosen jedoch, die in einem gesonderten Quellenbestand durch Sterbedokumente nachgewiesen sind,⁷ finden sich mehr als 100 Sterbefälle ab Mai 1945, bei denen die Diagnose „Lungentuberkulose“ vermerkt ist.⁸ Für diese wurde eine erweiterte Stichprobenprüfung am Gesamtbestand der Krankenblätter vorgenommen. Dabei war festzustellen, dass die meisten dieser Sterbefälle im Krankenblattbestand nicht dokumentiert sind. Mindestens für alle 24 Sterbefälle ab Juni 1949 wäre das Gegenteil zu erwarten gewesen, denn ab dieser Zeit wurde die Krankenhausanlage Huntlosen von der LVA in eigener Regie als Tuberkulosekrankenhaus geführt. Doch auch zu diesen lagen nur in zwei Fällen Krankenblätter vor.⁹

Lücken im Krankenblattbestand zeigten sich auch beim Abgleich mit Archivbeständen aus dem Gesundheitsamt Wesermarsch, die noch Reste der von der Tuberkulose-

⁴ Vgl. dazu Kap. 3.2.4.

⁵ Patientin W. B., geb. 1924, gest. Jan. 1945 (StAO Dep 33 Akz. 2012/013 Nr. 8); Patient G. A., geb. 1903, gest. Febr. 1945 (StAO Dep 33 Akz. 2012/013 Nr. 6).

⁶ Patient R. B., geb. 1926, gest. März 1948 (StAO Dep 33 Akz. 2012/013 Nr. 10).

⁷ Siehe dazu unten die näheren Ausführungen in dem Exkurs: Zur Geschichte des Sonderkrankenhauses der „Aktion Brandt“ in Huntlosen.

⁸ StAO Dep 33 Akz. 2012/013 Nr. 117-118.

⁹ Patient M. L., geb. 1918, gest. Okt. 1949 (StAO Dep 33 Akz. 2012/013 Nr. 53); Patientin W. Z., geb. 1921, gest. Juni 1950 (StAO Dep 33 Akz. 2012/013 Nr. 100).

fürsorgestelle angelegten Einzelfallakten enthalten. Aus ihnen lassen sich Heilstättenbehandlungen von mehr als 150 Tuberkulosekranken im Zeitraum von etwa 1934 bis 1953 erschließen.¹⁰ Die stichprobenartige Prüfung ergab auch hier, dass viele dieser Heilverfahren nicht im Krankenblattbestand auftauchen. Darunter sind unter anderem solche, bei denen kein Todesfall vermerkt ist. Ein ähnliches Bild ergab sich im Übrigen bei Recherchen aufgrund der Aussagen von Zeitzeugen oder Angehörigen von Patienten, die nachweislich in Lungenheilstätten der LVA Oldenburg-Bremen behandelt worden waren, für die aber im Krankenblattbestand keine Unterlagen vorhanden sind.¹¹

Im Ergebnis ist festzustellen, dass die im Aktenfund des Jahres 2012 enthaltenen Patientenunterlagen der LVA Oldenburg-Bremen unvollständig sind. Die Höhe des Fehlbestandes ist vermutlich erheblich. Eine Erklärung könnte sein, dass die Unterlagen von anderen Kostenträgern oder von amtlichen Stellen, zum Beispiel im Zusammenhang mit Rentenberechnungen oder Entschädigungsverfahren,¹² angefordert und nicht zurückgegeben wurden. Denkbar ist ebenso, dass Krankenblätter bei Verlegungen mitgegeben wurden. Dies war aber offensichtlich keine durchgängige Praxis. Und schließlich muss damit gerechnet werden, dass ein Teil der Unterlagen im Laufe der Zeit vernichtet wurde. Dabei muss es sich nicht um die absichtliche Beseitigung von möglicherweise historisch-politisch oder juristisch belastendem Material gehandelt haben. Laut einem Aktenvermerk wurden große Teile der Patientenunterlagen aus verschiedenen Heilstätten bei der Hochwasserkatastrophe im Februar 1962 vernichtet.¹³ Aber auch die Möglichkeit, dass nur bestimmte Patientenunterlagen fehlen, das heißt, dass sie aufgrund bestimmter Kriterien nicht mehr im Krankenblattbestand enthalten sind, muss in Betracht gezogen werden. Dazu haben sich aus den verfügbaren Quellen jedoch keine näheren Hinweise ergeben. Jedenfalls fehlen sowohl Unterlagen zu Sterbefällen als auch solche zu Heilbehandlungen, die – soweit dies aus den Akten ersichtlich ist – nicht mit dem Tod der Patienten endeten.

¹⁰ Unter anderem: StAO Rep 630 Best. 242-4 Nr. 198, 295-300, 733, 736.

¹¹ Siehe hierzu die in Kap. 3.2.3 dieser Arbeit dargestellten Fälle.

¹² Vermerke und Schriftverkehr dazu u.a. in StAO Dep 33 Akz. 2012/013 Nr. 119.

¹³ Sammelvermerk in: StAO Dep 33 Akz. 2012/013 Nr. 119, Bl. 1.

Eine weitergehende, auch sozialstatistische Auswertung bezogen auf den Zeitraum 1944-1955 wurde nicht durchgeführt, da die Repräsentativität der Ergebnisse angesichts der dargestellten Quellenproblematik fraglich wäre. Unter diesem Vorbehalt sei lediglich ergänzt, dass die Zahl der Patienten innerhalb der Stichprobe, die als „geheilt“ bzw. mit günstigen Prognosen entlassen wurden, deutlich höher ist als die mit negativen Prognosen. Dabei sind zunächst keine signifikanten Häufungen im Hinblick auf Alter und Geschlecht der Patienten erkennbar. Die Repräsentativität dieser und möglicher weiterer Ergebnisse könnte anhand von detaillierten Vergleichsdaten aus der Region Oldenburg-Bremen überprüft werden,¹⁴ deren Erhebung sich im Rahmen dieser Studie jedoch nicht realisieren ließ. Dazu wären unter anderem medizinstatistische Daten der kommunalen Verwaltung und der Behörden auf Landesebene heranzuziehen, die allerdings für die Zeit zwischen 1939 und Ende 1940er Jahre ebenfalls als lückenhaft und unzuverlässig gelten.¹⁵

Festzuhalten ist, dass die Auswertung des Krankenblattbestandes im Hinblick auf die Frage nach der Verteilung von Tuberkulosesterbefällen auf unterschiedliche Krankenversorgungseinrichtungen bei der geringen Zahl ermittelter Sterbefälle keine verwertbaren Ergebnisse erbringen konnte.

¹⁴ Vgl. das Beispiel einer Gegenprüfung auf der Grundlage reichweiter Daten bei der Analyse des „T4“-Aktenbestandes von Paul Richter: Statistik und historische Forschung. Das Beispiel des DFG-Projektes zur wissenschaftlichen Erschließung des Krankenaktenbestandes der „Aktion T4“, in: Maike Rotzoll, Gerrit Hohendorf u.a. (Hg.): Die nationalsozialistische „Euthanasie“-Aktion „T4“ und ihre Opfer. Geschichte und ethische Konsequenzen für die Gegenwart, Paderborn u.a. 2010, S. 232-241.

¹⁵ Siehe Kap. 2.1 in dieser Arbeit.

3.2 Heilverfahren in Lungenheilstätten

3.2.1 Heilverfahrenskriterien

„Die große Mehrheit der Tuberkulösen war nie in einer Lungenheilstätte.“¹⁶ Diese für die deutsche Tuberkulosebekämpfung vom deutschen Kaiserreich bis zum Ende des Zweiten Weltkrieges getroffene Feststellung gilt auch für die oldenburgische Tuberkulosebekämpfung in der Zeit des Nationalsozialismus. Die Diagnose Lungentuberkulose hatte für die meisten Betroffenen in erster Linie zur Folge, dass sie fortan von der zuständigen Tuberkulosefürsorgestelle überwacht wurden. Für ansteckende Kranke, deren Wohnungs- und Familienverhältnisse dies zuließen, wurden Maßnahmen zur Isolierung in der eigenen Wohnung getroffen. War sie nicht durchführbar, kam die Asylierung in einem Krankenhaus in Betracht.¹⁷

Die Durchführung von stationären Heilbehandlungen dagegen war nicht nur im Falle von Tuberkuloseerkrankungen an enge Voraussetzungen gebunden. 1935 stellte die LVA Oldenburg in einer Mitteilung an die Gesundheitsämter grundsätzlich klar:

„Ein Heilverfahren kann nur gewährt werden zur Verhütung oder Beseitigung von Invalidität. Ausgeschlossen bleiben

1. Erkrankungen, bei denen mit der Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit für längere Zeit erfahrungsgemäß nicht gerechnet werden kann,
2. akute Erkrankungen,
3. reine Erholungsfürsorge.“¹⁸

Bei älteren Menschen musste die „Verhütung oder Beseitigung der Invalidität“ sogar „mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit“ zu erreichen sein.¹⁹

Für Tuberkulosekranke gab es Sonderregelungen:

¹⁶ Hähner-Rombach, Sozialgeschichte, S. 317.

¹⁷ Vgl. Hähner-Rombach, Aufklärung, S. 67; zur Asylierung siehe Kap. 3.3 in der vorliegenden Untersuchung.

¹⁸ LVA Oldenburg an das Gesundheitsamt Wesermarsch, 02.11.1935 (StAO Rep 630 Best 242-4 Nr. 233, Bl. 9, im Folgenden zit. nach der Abschrift in: StAO Rep 630 Best 242-4 Nr. 236, Bl. 4).

¹⁹ Ebd.

„Heilverfahren wegen Tuberkulose jeder Art (auch Lupus) werden unter erleichterten Voraussetzungen gewährt, nämlich dann, wenn die Verhütung der Invalidität oder eine Behandlung der Ansteckungsgefahr zu erwarten ist.

Bei tuberkulösen Kindern wird die Heilbehandlung dann übernommen, wenn zu erwarten ist, daß sie dadurch bei Eintritt in einen Beruf in einem ihrem Lebensalter entsprechenden Umfang arbeiten können.“²⁰

Die LVA merkte in ihrer Mitteilung an, dass die Zahl der Heilverfahrensanhträge stark zurückgegangen sei. Bei den gestellten Anträgen dagegen handele es sich häufig „um sehr schwere Fälle“, teilweise „so schwer, daß eine Heilstättenkur nicht mehr gewährt werden“ könne.²¹ Daraus sei zu schließen, dass erheblich mehr Heilverfahrensanhträge gestellt werden könnten, „wenn die Kranken rechtzeitig aufgespürt würden.“²² Die Gesundheitsämter seien angehalten, sich um die Ermittlung solcher Fälle verstärkt zu kümmern. Die LVA erinnerte außerdem daran, dass sie „vorbeugende“ Kuren in der Heilstätte Sannum gewähre. Diese seien für solche Tuberkulöse gedacht, „die nicht ansteckend und einer Heilstättenkur noch nicht bedürftig“ seien und würden auch für „tuberkuloseverdächtige oder tuberkulosegefährdete Versicherte“ empfohlen.²³

Wie aus der Mitteilung der LVA Oldenburg zu entnehmen ist, war ihr Mitte der 1930er Jahre daran gelegen, vorbeugend Kuren zu fördern und bei Tuberkulosekranken möglichst frühzeitig zu Heilverfahren zu kommen. Auf diese Weise sollte der Tendenz entgegengewirkt werden, Einweisungen erst dann vorzunehmen, wenn die Erkrankungen schon weit fortgeschritten war. Die bei Heilverfahren im Allgemeinen geltende Voraussetzung, dass die Arbeitsfähigkeit in absehbarer Zeit wiederherstellbar sein musste, galt zu dieser Zeit bei Tuberkulosekranken noch nicht. Kinder konnten vorbeugend behandelt werden. Die Behandlung offener Lungentuberkulosen war allein schon zur Beseitigung der Ansteckungsgefahr möglich. Das galt auch bei weit fortgeschrittenen Tuberkuloseerkrankungen, bei denen Heilverfahren im eigentlichen

²⁰ Ebd.

²¹ Ebd.

²² Ebd.

²³ Ebd.

Sinne nicht mehr bewilligt wurden. Die LVA sah hier zumindest eine „Fachbehandlung“ vor und drängte deshalb darauf, dass „eine größere Anzahl von Offentuberkulösen“ in die Lungenheilstätte Wildeshausen eingewiesen werde.²⁴

3.2.2 Einengung der Heilverfahrenskriterien seit Kriegsbeginn

Mit Beginn des Krieges richtete die LVA Oldenburg-Bremen ihre Heilverfahrenspolitik neu aus und vertrat eine deutlich rigidere Haltung gegenüber den Kranken. Im Mai 1940 sah sie sich veranlasst, den Gesundheitsämtern Richtlinien zu übersenden, nach denen bei der Einweisung von Tuberkulosekranken verfahren werden sollte. Sie waren vom Reichsversicherungsamt neu gefasst und bereits ein Jahr zuvor herausgegeben worden. „Es hat sich herausgestellt,“ erklärte die LVA jetzt, dass „schon seit längerer Zeit zuviel Lungenschwerkranke, bei denen auch lange Heilstättenkuren und chirurgische Therapie nicht mehr zum Ziele führen“, in die Heilstätten Wildeshausen und Neuenkirchen eingewiesen würden.²⁵ Vor dem Hintergrund militärischer Beschlagnahmen und der dadurch bedingten Verknappung der Heilstättenplätze sei das „nicht mehr tragbar“, weil den „Kranken, die noch Aussicht auf Heilung haben“ auf diese Weise „die Plätze genommen“ würden.²⁶ Daher solle ab jetzt „der Begriff der Heilstättenbehandlungsbedürftigkeit und -fähigkeit eng ausgelegt“ werden.²⁷ In der Argumentation wurde eine Konkurrenz unter den Kranken konstruiert, der zufolge die Schwerkranken den Kranken mit guten Heilungsaussichten die Bettenplätze wegnahmen. Tatsächlich aber war es das Militär, das die Betten beschlagnahmt hatte, in denen auch Schwerkranke hätten behandelt werden können.

Einen etwas anderen Tenor, aber in der Sache die gleiche Konsequenz hatte ein Rundschreiben an die Kreisärzte und vertrauensärztlichen Dienststellen vom selben Jahr. Darin forderte die LVA besondere Sorgfalt bei der Erstellung ärztlicher Gutachten im Hinblick auf etwaige Heilstättenkuren ein. Nur so könnten „alle aussichts-

²⁴ LVA Oldenburg an „die Amtsverbände und Städte I. Klasse mit Ausnahme der Amtsverbände in Vechta und Cloppenburg“, 20.04.1936 (StAO Rep 630 Best 242-4 Nr. 233, Bl. 24); vgl. dazu auch Kap. 3.3.1.

²⁵ LVA Oldenburg-Bremen an das Gesundheitsamt Wesermarsch, 09.05.1940, als Anlage: Rundschreiben des Reichsversicherungsamtes vom 02.05.1939 an die Rentenversicherungsträger mit „Richtlinien für die Auswahl zur Behandlung in Tuberkulose-Heilstätten geeigneten Kranken“ (StAO Rep 630 Best 242-4 Nr. 236, Bl. 16/1-2).

²⁶ Ebd., Bl. 16/1.

²⁷ Ebd.

reichen und heilungsfähigen Kranken“ eine Kur erhalten und „lange Wartezeiten und etwa dadurch bedingte Verschlechterungen des Lungenbefundes“ vermieden werden.²⁸ „Fehleinweisungen“ würden nicht nur zu Lasten der „aussichtsreichen Lungenkranken“ gehen, sie seien auch den „schwerkranken Tuberkulösen“ nicht zuzumuten: Für sie sei es „eine vermeidbare psychische Belastung, wenn sie bald nach Kurantritt das Heilverfahren wegen Aussichtslosigkeit abbrechen“ müssten.²⁹

In den Richtlinien des Reichsversicherungsamtes vom Mai 1939 waren die Erkrankungsformen und -stadien der Lungentuberkulose, bei denen Heilverfahren zu gewähren und jene, bei denen sie zu versagen waren, näher definiert. Heilverfahren sollten unter anderem bei offenen Lungentuberkulosen mit guten Heilungsaussichten, bei noch ausheilenden geschlossenen Tuberkulosen und bei Neuerkrankungen gewährt werden. Ausgeschlossen waren einerseits verschiedene schwerere und komplizierte Formen, andererseits ausgeheilte und inaktive Tuberkulosen. Auch für Kinder waren Heilverfahren nur bei aktiven Tuberkulosen vorgesehen. Außerdem war die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit in die Zweckbestimmung aufgenommen worden:

„Das Heilverfahren bei Tuberkulose soll dem Zweck dienen, entweder eine drohende Invalidität abzuwenden oder die bereits eingetretene Erwerbsunfähigkeit wieder zu beheben, (bei Kindern die Aussicht auf spätere Erwerbsfähigkeit zu erhalten), ferner eine etwa vorhandene Ansteckungsgefahr wieder zu beseitigen.“³⁰

Mitte 1942 leitete deshalb die Gesundheitsabteilung des Oldenburgischen Innenministeriums ein Schreiben mit dem Titel „Durchführung von Heilverfahren für Lungenkranke“ an die Gesundheitsämter weiter.³¹ Es enthielt genauere Hinweise über die Verfahrensregeln in der Lungenheilstätte Wildeshausen und war vom Chefarzt

²⁸ LVA Oldenburg-Bremen an die Kreisärzte und vertrauensärztlichen Dienststellen im LVA-Bezirk, 05.09.1940 (StAO Rep 630 Best 242-4 Nr. 235, Bl. 16).

²⁹ Ebd.

³⁰ Rundschreiben des Reichsversicherungsamtes vom 02.05.1939 an die Rentenversicherungsträger mit „Richtlinien für die Auswahl zur Behandlung in Tuberkulose-Heilstätten geeigneten Kranken“ (StAO Rep 630 Best 242-4 Nr. 236, Bl. 16/2).

³¹ Slotty an das Oldenburgische Innenministerium, Abteilung Gesundheitswesen, 06.07.1942, weitergeleitet in Abschrift an die Oldenburgischen Gesundheitsämter am 11.07.1942 (StAO Rep 630 Best 242-4 Nr. 233, Bl. 52).

der Heilstätte und Bezirksleiter des Reichstuberkuloseausschusses Dr. Slotty verfasst worden. Slotty unterstrich darin, dass nur Kranke mit guten Heilungsaussichten, „d.h. die wieder arbeitsfähig bzw. bazillenfrei werden“, aufgenommen werden könnten.³² Er betonte zwar, dass die Dauer eines Heilverfahrens, anders als „vielfach angenommen“, nicht grundsätzlich auf ein halbes Jahr begrenzt sei, räumte aber gleichzeitig ein, dass sich eine „gewisse Einschränkung [...] aus der augenblicklichen Gesamtlage“ ergebe:

„Kranke, die voraussichtlich und möglicherweise erst bei geduldiger Liegekur nach Ablauf von 1 und mehreren Jahren arbeitsfähig oder bazillenfrei werden, können wir selbstverständlich für eine so lange Zeitdauer nicht hier behalten.“³³

Wegen der immer noch vorkommenden Einweisung aussichtsloser Fälle sei jedoch „eine vorherige Prüfung der Heilverfahrensanträge“ unumgänglich geworden und zwar in der Form, „dass die Heilstätte die Entscheidung über die Durchführung eines Heilverfahrens sich selbst vorbehält.“³⁴ Noch im Mai 1944 monierte Slotty, dass „immer wieder“ Heilverfahrensanträge für Kinder gestellt würden, die nach einer überstandenen Tuberkuloseerkrankung „an keiner aktiven Tuberkulose mehr leiden“ und denen allenfalls eine „Tuberkulosegefährdung“ zugestanden werden könne.³⁵ Die Anträge würden nur wegen „des schlechten Allgemeinzustandes oder ungünstiger familiärer Verhältnisse“ gestellt, was zukünftig zu unterbleiben habe.³⁶ Für Kinder, die eine Tuberkuloseerkrankung überstanden hätten, aber noch erholungsbedürftig seien, gebe es ein Kindererholungsheim im thüringischen Bad Sachsa. Sie würden von der Nationalsozialistischen Volkswohlfahrt betreut.³⁷

Die Ausführungen zeigen, dass die Auswahlkriterien für Heilbehandlungen seit dem Beginn des Krieges verschärft und deren Einhaltung genauer überwacht wurden.

³² Ebd.

³³ Ebd.

³⁴ Ebd.

³⁵ Slotty an das Oldenburgische Innenministerium, Abteilung Gesundheitswesen, von dort „zur Kenntnisnahme und Nachachtung“ weitergeleitet an die Oldenburgischen Gesundheitsämter am 08.05.1944 (StAO Rep 630 Best 242-4 Nr. 233, Bl. 74).

³⁶ Ebd.

³⁷ Ebd.

Heilverfahren zur Regeneration wurden am Ende ebenso abgelehnt, wie Heilverfahren für schwere Erkrankungsfälle. Entscheidend war jetzt, ob der Zustand eines Kranken eine schnelle Heilung und damit Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit oder zumindest Beseitigung der Ansteckungsgefahr erwarten ließ. War eine langwierige Behandlung und Pflege mit ungewissem Erfolg zu erwarten, wurde das Heilverfahren versagt. Damit war die Krankenversorgung ganz in den Dienst der Kriegswirtschaft gestellt worden. Vorrangiges Ziel war die Bereitstellung von Arbeitskräften. Slotty selbst verwies auf die in diesem Sinne hohe Erfolgsquote in Wildeshausen und deren Bedeutung für die Arbeit in den Rüstungsbetrieben:

„Im vergangenen Jahre hatten wir durch geeignete Krankenauswahl 96 % der für ein Heilverfahren geeigneten Kranken wieder in den Arbeitsprozeß einschalten können. Dieses ist auch für die Rüstungswirtschaft, aus der unsere Kranken größtenteils als z.T. qualifizierte Facharbeiter kommen, recht beachtlich.“³⁸

Die sogenannten Fehleinweisungen blieben jedoch offensichtlich an der Tagesordnung.³⁹ Das mag auch daran gelegen haben, dass die Veränderung gegenüber der vorher geübten Praxis radikal war und es geraume Zeit dauerte, bis alle beteiligten Stellen den Kurswechsel mit vollzogen haben. Vor allem aber war der Bedarf an Heilverfahren weiter hoch. Das Gesundheitsamt Wesermarsch meldete im März 1943 auf eine Anfrage des Oldenburgischen Innenministeriums, bei der Durchführung von Heilverfahren bestünden „dauernd Schwierigkeiten, da vor 6-8 Wochen und meistens noch sehr viel später eine Unterbringung nicht möglich“ sei.⁴⁰ Der Umstand, dass Slotty und die LVA Oldenburg-Bremen sich regelmäßig genötigt sahen, die Beachtung der Heilverfahrenskriterien einzufordern, lässt darauf schließen, dass die Gesundheitsämter ihre Vorgaben immer wieder zu ignorieren versuchten. Die Gesundheitsämter waren mit ihren Tuberkulosefürsorgestellen offiziell die Schaltstellen der Tuberkulosebekämpfung und werden diese Funktion den meisten Kranken

³⁸ Slotty an das Oldenburgische Innenministerium, Abteilung Gesundheitswesen, 06.07.1942, weitergeleitet in Abschrift an die Oldenburgischen Gesundheitsämter am 11.07.1942 (StAO Rep 630 Best 242-4 Nr. 233, Bl. 52).

³⁹ Siehe z.B. das Rundschreiben der LVA vom 28.4.1943 (StAO Rep 630 Best 242-4 Nr. 235, Bl. 23).

⁴⁰ Gesundheitsamt Wesermarsch an das Oldenburgische Innenministerium, 26.03.1943 (StAO Rep 630 Best 242-4 Nr. 233, Bl. 70/2).

gegenüber auch wahrgenommen haben. Wenn es jedoch um Heilstättenbehandlungen ging, konnte die LVA Oldenburg-Bremen zusammen mit dem Chefarzt ihrer wichtigsten Lungenheilstätte die Regeln bestimmen.

Als Chefarzt der Lungenheilstätte Wildeshausen und als Bezirksleiter des Reichstuberkuloseausschusses hatte Slotty maßgeblichen Einfluss auf die Tuberkulosebekämpfungsmaßnahmen im Zuständigkeitsbereich der LVA Oldenburg-Bremen.⁴¹ Er steuerte nach eigenen Angaben spätestens seit 1942/43 nicht nur die Einweisungen in die Heilstätte Wildeshausen, sondern auch in die Kinderheilstätte Berghof.⁴² Er war zudem „Beauftragter für die Tuberkulose-Bekämpfung im Amt für Volksgesundheit“ und wurde 1944 zum „Tuberkulose-Referenten“ beim Leiter des neu gebildeten „Ausschusses zur Bekämpfung der Tuberkulose für das gesamte Gebiet des Reichsverteidigungsbezirkes Weser-Ems“ ernannt.⁴³ Slotty ging davon aus, er werde in diesem Rahmen nicht mehr nur „Berater“ sein, sondern in Zukunft „ausübende Funktion erhalten“, dadurch habe er „die Tuberkulosebekämpfung im Gaugebiet in der Hand“.⁴⁴ Durch reichsministerielle Anordnungen und Erlasse wurden die Bezirksleiter des Reichstuberkuloseausschusses offiziell die „für alle Fragen der Tuberkulosebekämpfung in Personalunion bei Partei, Staat, Selbstverwaltung und Sozialversicherung [...] verantwortlichen Sachberater“, mit denen sich unter anderem die leitenden Ministerialbeamten auf Landesebene abzustimmen hatten.⁴⁵ Mit der Gesundheitsabteilung des Oldenburgischen Innenministeriums funktionierte diese Abstimmung bis

⁴¹ Dr. med. Gerhard Slotty, geb. am 19.11.1907 in Bad Pyrmont, seit dem 01.01.1939 Chefarzt der Lungenheilstätte Wildeshausen (Personallisten: StAO Dep 33 Akz. 2012/013 Nr. 116; StAO Best. 130 Best. 131 Nr. 727), seit dem 01.04.1942 Bezirksleiter des Reichstuberkuloseausschussbezirks Oldenburg („Jahresbericht 1942/43 des Bezirksleiters für Oldenburg des Reichstuberkulose-Ausschusses“, S. 1, BArch R 96-II/82, Bl. 212), blieb über die 1950er Jahre hinaus Chefarzt in Wildeshausen und fungierte weiter als Gutachter der LVA Oldenburg-Bremen, u.a. in Rentenversicherungs- und Entschädigungsangelegenheiten (StAO Dep 33 Akz. 2012/013 Nr. 120).

⁴² „Jahresbericht 1942/43 des Bezirksleiters für Oldenburg des Reichstuberkulose-Ausschusses“, S. 6-7 (BArch R 96-II/82, Bl. 217-218).

⁴³ NSDAP-Hauptamt München an den Reichstuberkuloseausschuss, 08.06.1944, mit Auszügen aus Tätigkeitberichten der Gauamtsleiter des Amtes für Volksgesundheit für das 1. Quartal 1944, hier: „Gauamt Weser-Ems I/44 Arbeitsgebiet ‚Tuberkulosebekämpfung‘“, S. 1-2 (BArch R 96-II/33, Bl. 34).

⁴⁴ „Jahresbericht 1943/44 des Bezirksleiters für Oldenburg des Reichstuberkulose-Ausschusses“, S. 10 (BArch R 96-II/85, Bl. 43).

⁴⁵ Reichministerium des Innern an die Reichsstatthalter und Oberpräsidenten, 30.05.1944 (A g 7535/44 – 5800), mit Anlage Rundschreiben des Reichsgesundheitsministers vom 17.03.1944 (Vg. Nr. 10/44), weitergeleitet an die oldenburgischen Gesundheitsämter am 05.06.1944 (StAO Rep 630 Best 242-4 Nr. 233, Bl. 77/1-2).

hin zur Regelung einzelner Verfahrensfragen. So erging im Juni 1944 eine ministerielle Anordnung an die Gesundheitsämter zur Verwendung eines neuen Gutachterformulars. Es sollte helfen, die Einweisung von Tuberkulosepatienten besser zu steuern. Bestimmte Fragen zur Vorgeschichte der Erkrankung, zu Krankheitssymptomen und zur Befunderhebung sollten, so heißt es in der Anordnung „auf Wunsch des Bezirksleiters des Reichs-Tuberkulose-Ausschusses für Oldenburg“ besonders sorgfältig beantwortet werden.⁴⁶ Auf eine Anfrage des Reichstuberkuloseausschusses vom Oktober 1944 meldete Slotty: „Schwierigkeiten bei der Zusammenarbeit mit allen in Frage kommenden Dienststellen sind nicht aufgetreten. Im Gegenteil, die Stellung des Bezirksleiters hat im Laufe des Jahres eine wesentliche Festigung erfahren.“⁴⁷

3.2.3 Verlegung der Todkranken

Bis 1938 noch hatte die Lungenheilstätte Wildeshausen, wie Slotty im Zusammenhang mit Überlegungen zur Asylisierung von Patienten bemerkte, „den Ruf eines Sterbehauses“ gehabt.⁴⁸ Da dort seinerzeit noch häufig schwere Fälle von Lungentuberkulose aufgenommen worden waren, die nicht selten ihrer Krankheit in der Heilstätte erlagen, war die Sterberate hoch gewesen. In der Zeit danach wurden solche Aufnahmen zwar vermieden, aber es gab neben den sogenannten Fehleinweisungen zunächst auch immer noch Altfälle. Außerdem ließ sich nicht vermeiden, dass Kranke während eines Heilverfahrens eine dramatische Verschlechterung ihres Zustandes erlitten, so dass am Ende ihr Tod unmittelbar bevorstand. Diese Kranken wurden nach Möglichkeit – mit Rücksicht auf besagten Ruf der Heilstätte – in ein örtliches Krankenhaus oder nach Hause entlassen. Das gelang jedoch nicht immer. Die im Folgenden dargestellten Fälle aus einer Jeveraner Familie dokumentieren das Vorgehen exemplarisch.⁴⁹

⁴⁶ Oldenburgisches Innenministerium, Dr. Jacobs, an die oldenburgischen Gesundheitsämter, 20.06.1944 (StAO Rep 630 Best 242-4 Nr. 233, Bl. 78).

⁴⁷ Slotty an den Reichstuberkuloseausschuss, 20.10.1944 (BArch R 96-II/44, Bl. 89).

⁴⁸ Slotty an das Oldenburgische Innenministerium, Abteilung Gesundheitswesen, 06.07.1942, weitergeleitet in Abschrift an die Oldenburgischen Gesundheitsämter am 11.07.1942 (StAO Rep 630 Best 242-4 Nr. 233, Bl. 52).

⁴⁹ Zu den dargestellten Fällen gibt es keine Unterlagen im Krankenblattbestand der LVA Oldenburg-Bremen (vgl. Kap. 3.1). Die Informationen und Dokumente wurden dem Verfasser im Herbst 2015 von Herrn W., Bremen, zur Verfügung gestellt. Von seinem Vater und seinen Brüdern ist im Folgenden die Rede.

Im Januar 1942 starb der 18-jährige Schmiedelehrling Helmut W. aus Jever in der Heilstätte Wildeshausen an Lungentuberkulose. Er war das erste Mal im Juni 1940 aufgenommen worden und musste sich im August 1941 erneut einem Heilverfahren unterziehen. Am 18. August bat Dr. Slotty als Chefarzt um die Einwilligung der Mutter zu einer Pneumothoraxbehandlung. Der Zustand ihres Sohnes habe sich „seit der letzten Kur [...] erheblich verschlechtert“. Angesichts der „sehr ernsten Erkrankung“ solle auf diese Weise versucht werden, „den Prozeß zum Stillstand zu bringen“.⁵⁰ Knapp zwei Monate später wurde die Zustimmung zu einer weiteren Operation erbeten, „um ein restloses Zusammenfallen der bestehenden Cavernen“ zu erreichen.⁵¹ Offenbar blieben die Behandlungen ohne Erfolg, denn im Dezember 1941 erhielt die Mutter von Helmut W. die Nachricht, dass sich der Zustand ihres Sohnes „plötzlich in sehr ernster Weise verschlechtert“ habe.⁵² Die Ursachen seien „einmal die ungünstigen jahreszeitlichen Einflüsse, sodann vor allen Dingen ein völliges Darniederliegen der Abwehrkräfte des Körpers“.⁵³ Von ärztlicher Seite sei keine Hilfe mehr möglich. Angesichts des nahenden Todes war auch hier eigentlich die Verlegung ins örtliche Krankenhaus geplant, die aber an der Absage des Krankenhauses scheiterte:

„Der Zustand Ihres Sohnes ist jetzt so, daß wir jederzeit mit allem rechnen müssen. Wir hatten die Absicht, Ihren Sohn in das Krankenhaus nach Jever zu verlegen, leider wurde uns von dort mitgeteilt, daß keine Möglichkeit besteht, ihn dort unterzubringen.“⁵⁴

Dagegen war die Verlegung beim Vater von Helmut W., einem Schmiedemeister mit eigenem Betrieb, und zwei von Helmut's Brüdern noch rechtzeitig gelungen. Sie waren 1938 an Lungentuberkulose erkrankt und daraufhin in Wildeshausen eingewiesen worden. Der Vater starb im Februar 1939 nicht in Wildeshausen, sondern im Krankenhaus Sophienstift in Jever, kurz nachdem er dorthin verlegt worden war. Der eine von Helmut's Brüdern starb im März 1940 ebenfalls dort. Auch er war kurze Zeit vorher von Wildeshausen aus ins Jeveraner Krankenhaus eingewiesen worden. Der

⁵⁰ Dr. Slotty, Heilstätte Wildeshausen, an Frau W., 18.08.1941 (Privatarchiv).

⁵¹ Dr. Theiler, Heilstätte Wildeshausen, an Frau W., 7.10.1941 (Privatarchiv).

⁵² Dr. Slotty, Heilstätte Wildeshausen, an Frau W., 12.10.1941 (Privatarchiv).

⁵³ Ebd.

⁵⁴ Ebd.

älteste Bruder schließlich, 32 Jahre alt, starb im Mai 1943 im Hause der Familie. Er war vier Monate zuvor aus der Heilstätte Wildeshausen entlassen worden. Noch Ende August 1942 war bei ihm in der Heilstätte ein Pneumothorax angelegt worden.

Die Praxis, bald sterbende Kranke in die Allgemeinkrankenhäuser zu überweisen, wurde nicht nur in den traditionellen Lungenheilstätten eingeführt, sondern war auch die Regel in dem 1944 in Betrieb genommenen Tuberkulosekrankenhaus Kloster Blankenburg.⁵⁵ Unabhängig davon, dass sich der historische Krankenblattbestand der LVA Oldenburg-Bremen wie dargestellt als lückenhaft erwiesen hat,⁵⁶ erklärt auch diese Praxis die geringe Zahl dokumentierter Sterbefälle in dem Bestand.

3.2.4 Fehlende Bettenkapazitäten

Hauptgrund für die Einschränkungen bei den Heilbehandlungen im Bezirk der LVA Oldenburg-Bremen war die mit Kriegsbeginn eingetretene Verknappung der Heilstättenplätze. In Bremen standen traditionell keine Lungenheilstätten zur Verfügung.⁵⁷ Ihre Behandlungskapazitäten im Land Oldenburg hatte die LVA erst Ende der 1930er Jahre durch Neuerwerbungen ausgebaut. So hatte sie Anfang 1938 die Lungenheilstätte Wildeshausen und im Jahre 1939 die Heilstätte Berghof in Bad Essen übernommen. Mitte 1938 hatte sie außerdem ihre bis dahin verpachtete Anlage in Ahlhorn, die sie schon einmal bis Mitte der 1920er als Lungenheilstätte genutzt hatte, als Lungenheilstätte für Kinder in Betrieb genommen.⁵⁸ Doch zum einen war auch die Zahl der registrierten Tuberkuloseerkrankungsfälle seit Jahren angestiegen, zum anderen wurde ein großer Teil eben dieser Heilstättenplätze bei Kriegsbeginn für militärische Zwecke in Anspruch genommen. Überall im Deutschen Reich wurden Tuberkuloseheilstätten ganz oder teilweise beschlagnahmt und die Patienten in andere Einrichtungen verlagert oder einfach nach Hause entlassen. Letzteres drohte zunächst auch den Insassen der Lungenheilstätte Wildeshausen, die nach den ersten

⁵⁵ Siehe dazu Kap. 3.3.3.

⁵⁶ Siehe Kap. 3.1.

⁵⁷ „Bericht 1942/43“, d.i.: Jahresbericht 1942/43 des Bezirksleiters des RTA für Bremen, S. 2 (BArch R 96-II/83, Bl. 3); „Bericht 1943/44“, d.i.: Jahresbericht 1943/44 des Bezirksleiters des RTA für Bremen, o. S. (BArch R 96-II/85, Bl. 49).

⁵⁸ Vgl. hierzu und zum Folgenden: Landesversicherungsanstalt Oldenburg-Bremen, 100 Jahre, S. 155-156, 224-231; Verwaltungsbericht, Landesversicherungsanstalt Oldenburg-Bremen, S. 83-91; vgl. auch Fleßner, Tuberkulose, S. 51-52.

Planungen vollständig als Reserve-Lazarett genutzt werden sollte. Die „Entlassung von etwa 280 Lungenkranken, die zum größten Teil an offener Tuberkulose leiden und daher Bazillen ausstreuen“, warnte die LVA Oldenburg-Bremen im August 1939, stelle „für die Bevölkerung eine grosse Gefahr dar“, eine Überwachung der Kranken durch die Gesundheitsämter sei erforderlich.⁵⁹ Reichsgesundheitsminister Conti reagierte Mitte September 1939 in einem Schnellbrief an die Landesregierungen mit ähnlichen Worten:

„Der durch die Kriegsverhältnisse hervorgerufene erhöhte Bettenbedarf der Wehrmacht hat zur Folge gehabt, daß Offentuberkulöse in größerer Zahl vor Abschluß der Behandlung in ihre Familien entlassen werden mußten. Diese Entlassungen bedeuten eine vermehrte Tuberkulosegefahr. Ich ersuche daher, die Gesundheitsämter anzuweisen, der gesundheitlichen Betreuung dieser Familien erhöhte Beachtung zu schenken, insbesondere alle Maßnahmen zum Schutze der Kinder zu treffen.“⁶⁰

Im Falle der Heilstätte Wildeshausen wurde eine Teillösung gefunden. „Durch Verhandlungen mit der Heeresverwaltung“, teilte der Leiter der LVA den Gesundheitsämtern im Oktober 1939 mit, sei es ihm gelungen, „einen Teil der Heilstätte – etwa 160 Betten – für Zwecke der Tuberkulose-Bekämpfung wieder freizubekommen.“⁶¹ Die erst ein Jahr zuvor in Betrieb genommene Kinder- Lungenheilstätte in Ahlhorn dagegen blieb vollständig von der Wehrmacht beschlagnahmt. Die dort behandelten Kinder wurden Mitte September 1939 nach Bad Essen in die Heilstätte Berghof verlegt.⁶² Die wiederum war eigentlich als Frauenheilstätte vorgesehen gewesen, musste diesen Betrieb nun aber einstellen.⁶³ Anfang November 1939 wurde zunächst im „Altburghaus“, einer früheren Frauenabteilung des Genesungsheims Sannum, Ersatz

⁵⁹ LVA Oldenburg-Bremen an das Oldenburgische Innenministerium, 26.08.1939 (StAO Rep 630 Best 242-4 Nr. 236, Bl. 11).

⁶⁰ Reichsminister des Innern an die Landesregierungen u. weitere Regierungsstellen, 13.09.1939 (StAO Rep 630 Best 242-4 Nr. 235, Bl. 12).

⁶¹ LVA Oldenburg-Bremen an den Bezirksfürsorgeverband Wesermarsch, 13.10.1939 (StAO Rep 630 Best 242-4 Nr. 235, Bl. 15).

⁶² Mitteilung der LVA Oldenburg-Bremen, 10.09.1939 (StAO Rep 630 Best 242-4 Nr. 236, Bl. 13).

⁶³ LVA Oldenburg-Bremen an das Gesundheitsamt Wesermarsch, 10.09.1939 (StAO Rep 630 Best 242-4 Nr. 236, Bl. 12).

geschaffen.⁶⁴ Im Mai 1940 pachtete die LVA außerdem für drei Jahre die Frauenheilstätte St. Marienheim bei Neuenkirchen.⁶⁵

Vier Jahre später zeigte sich Bezirksleiter Slotty ungeachtet offenkundiger Engpässe bei der Bereitstellung von Heilstättenplätzen durchaus zufrieden mit der Versorgungslage in den oldenburgischen Lungenheilstätten. Als er dem Reichstuberkuloseausschuss Anfang April 1943 seinen jährlichen Bericht übersandte, fügte er mehrere tabellarische Aufstellungen an, aus denen unter anderem die Zahl der 1942/43 vorhandenen Heilstättenplätze für Tuberkulosekranke hervorgeht.⁶⁶

hier: Tabelle

Tab. 1: Heilstättenplätze im Land Oldenburg 1942/43⁶⁷

Im Reichstuberkuloseausschuss-Bezirk Oldenburg standen nach dieser Aufstellung in vier Tuberkuloseheilstätten insgesamt 386 Behandlungsbetten zur Verfügung. Davon waren 72 Betten für die Behandlung der Knochentuberkulose in der Sonnenheilstätte Stenum vorgesehen,⁶⁸ so dass sich für die Behandlung der Lungentuberkulose eine Gesamtzahl von 314 Heilstättenbetten ergibt. Die Heilstätte Sannum ist in der Liste nicht aufgeführt. Sie war, wie Slotty erklärte, „für Tuberkulosekranke ausgefal-

⁶⁴ Rundschreiben der LVA Oldenburg-Bremen an die Krankenkassen des Anstaltsbezirks, 23.10.1939 (StAO Rep 630 Best 242-4 Nr. 236, Bl. 14).

⁶⁵ Die Heilstätte im Süden des Oldenburger Münsterlandes war im Jahre 1905 unter finanzieller Beteiligung der LVA Oldenburg vom Münsterländischen Volksheilstättenverein errichtet worden. Sie verfügte über rund 90 Betten, nach der Auflösung des Pachtvertrages 1943 standen der LVA Oldenburg-Bremen vertraglich 80 Betten zur Verfügung. Die Heilstätte wurde bis 1974 für Tuberkulosebehandlungen genutzt. Vgl. Landesversicherungsanstalt Oldenburg-Bremen, 100 Jahre, S. 230-231; Verwaltungsbericht, Landesversicherungsanstalt Oldenburg-Bremen, S. 83-84.

⁶⁶ „Jahresbericht 1942/43 des Bezirksleiters für Oldenburg des Reichs-Tuberkulose-Ausschusses“, S. 1-9, mit 5 Tabellen, Anschreiben vom 08.04.1943 (BArch R 96-II/82, Bl. 212-226, Anschreiben: Bl. 211).

⁶⁷ Auszug aus der tabellarischen Aufstellung in ebd., o. S. (BArch R 96-II/82, Bl. 223); Beschriftung wie im Original; einige Spalten u.a. mit Angaben zu Behandlungsformen sind weggelassen.

⁶⁸ Die Sonnenheilstätte Stenum, 5 Kilometer nördlich von Delmenhorst gelegen, wurde 1926 als Heilstätte für die Behandlung der extrapulmonalen Tuberkulose eröffnet und von einem privaten Verein getragen, vgl. Verwaltungsbericht, Landesversicherungsanstalt Oldenburg-Bremen, S. 84.

len, da dort nur noch allgemein Erholungsbedürftige aufgenommen werden.“⁶⁹ Ebenfalls nicht aufgeführt ist die für 42 Patientinnen ausgelegte Frauenheilstätte Bredbeck, die auf dem Grundstück eines ehemaligen Gutes bei Osterholz-Scharmbeck eröffnet wurde. Das Grundstück war von der LVA Oldenburg-Bremen erst im April 1942 erworben worden.⁷⁰

Von den in der Liste aufgeführten 314 Behandlungsplätzen für Lungentuberkulose waren allein 150, also knapp die Hälfte, für männliche Patienten vorgesehen. Sie wurden in der Heilstätte Wildeshausen behandelt. 140 Betten der Einrichtung sind in der Liste als von der Wehrmacht beschlagnahmt gekennzeichnet, laut Slottys Bericht waren sie „als Reservelazarett für Lungenkranke eingerichtet“ worden.⁷¹ Der Bettenausfall habe aber durch Ausnutzung der verbliebenen Einrichtungsteile „bis zum äußersten“ und durch „strenge Sichtung der Einweisungsgutachten vor der Aufnahme“ kompensiert werden können.⁷² Hier würden „seit mehreren Monaten“ keine Wartezeiten mehr entstehen, 15 Betten zusätzlich habe die Einrichtung für die Nutzung durch die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte freigeben können.⁷³ Die Heilstätte Neuenkirchen verfügte nach seiner Aufstellung über 89 Plätze für weibliche Patienten und die Heilstätte Berghof in Bad Essen über 75 Plätze für Kinder mit nicht ansteckender Tuberkulose. Für Kinder mit offener Tuberkulose gab es zu dieser Zeit offensichtlich überhaupt keine Behandlungsmöglichkeiten. Dennoch beurteilte Slotty die Bettenzahl als „von jahreszeitlichen Schwankungen abgesehen im allgemeinen bei geeigneter Auswahl ausreichend“ und stellte fest, „eine Vermehrung der Betten“ entspreche „noch keinem dringenden Bedürfnis“.⁷⁴ Behandlungsplätze für Frauen würden allerdings fehlen, hier gebe es Wartezeiten von drei bis vier Monaten.

⁶⁹ „Jahresbericht 1942/43 des Bezirksleiters für Oldenburg des Reichs-Tuberkulose-Ausschusses“, S. 3 (BArch R 96-II/82, Bl. 214).

⁷⁰ Vgl. Verwaltungsbericht, Landesversicherungsanstalt Oldenburg-Bremen, S. 89-91.

⁷¹ „Jahresbericht 1942/43 des Bezirksleiters für Oldenburg des Reichs-Tuberkulose-Ausschusses“, S. 3 (BArch R 96-II/82, Bl. 214).

⁷² Ebd.

⁷³ Ebd.

⁷⁴ Ebd., S. 4 (BArch R 96-II/82, Bl. 215); anders sei die Lage seit Jahren bei der Behandlung der Knochentuberkulose, die Einrichtung von Barackenplätzen sei geplant (ebd.).

Abhilfe sei durch die Aufstellung einer Baracke geplant.⁷⁵ Dort würden dann „auch einige Betten für offentuberkulöse Kinder“ bereitgestellt.⁷⁶

Im darauffolgenden Jahresbericht für 1943/44 konstatierte Slotty, es ergebe sich insgesamt „das erfreuliche Bild, daß die Heilbehandlung der Lungentuberkulose mit den bezirkseigenen Betten völlig gesichert ist“.⁷⁷ Die Heilstätte Wildeshausen war nach seinen Angaben inzwischen sogar unterbelegt, so dass der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte nunmehr ein Kontingent von 50 Betten zur Verfügung stehe. Auch in der Heilstätte Neuenkirchen gebe es nun „durch strengere Sichtung der Kranken“ kaum noch Wartezeiten.⁷⁸ Gleichwohl werde dort – um gegebenenfalls zusätzliche Bedarfe erfüllen und um auch offentuberkulöse Kinder unterbringen zu können – die bereits im Vorjahresbericht angekündigte Baracke „für insgesamt 27 Erwachsene und 16 Kinder“ gebaut.⁷⁹ Auch hier gab es Einschränkungen. In einem Schreiben an das Oldenburgische Innenministerium stellte Slotty im Mai 1944 klar, dass die geplante Abteilung gedacht war für Kinder mit ansteckender Tuberkulose, „die einer erfolgversprechenden Behandlung noch zugänglich“ seien.⁸⁰

Bis zum Kriegsende traten entgegen Slottys positiver Darstellung der Lage in den Heilstätten weitere Engpässe auf. Im Juli 1944 wurde im „Altburghaus“ der Heilstätte Sannum eine Abteilung für Jungen zwischen 7 und 14 Jahren eingerichtet. Als Begründung wurde angegeben, dass „die Zahl der auf Einberufung wartenden Fälle für die Kinderheilstätte ‚Berghof‘, Bad Essen, in letzter Zeit immer mehr angestiegen“ sei.⁸¹ Ende Juli erging eine Anordnung des Reichsverteidigungskommissars Weser-Ems, nach der die Heilstätten der LVA nur noch „mit Kranken aus dem eige-

⁷⁵ Ebd.

⁷⁶ Ebd.

⁷⁷ „Jahresbericht 1943/44 des Bezirksleiters für Oldenburg des Reichs-Tuberkulose-Ausschusses“, S. 4-5 (BArch R 96-II/85, Bl. 37-38).

⁷⁸ Ebd., S. 4 (BArch R 96-II/85, Bl. 37).

⁷⁹ Ebd.

⁸⁰ Slotty an das Oldenburgische Innenministerium, Abteilung Gesundheitswesen, von dort „zur Kenntnisnahme und Nachachtung“ weitergeleitet an die Oldenburgischen Gesundheitsämter am 08.05.1944 (StAO Rep 630 Best 242-4 Nr. 233, Bl. 74).

⁸¹ LVA Oldenburg-Bremen an das Gesundheitsamt Wesermarsch, 04.07.1944 (StAO Rep 630 Best 242-4 Nr. 236, Bl. 25); zwei Monate später fielen die beiden Einrichtung wegen der Zunahme von Kurabbrüchen auf, die von Eltern vorgenommen worden seien, die ihre Kinder „wegen der unsicheren Zeit lieber bei sich zu Hause“ hätten, siehe: Oldenburgisches Innenministerium, Dr. Jacobs, an das Gesundheitsamt Wesermarsch, 07.09.1944 (StAO Rep 630 Best 242-4 Nr. 236, Bl. 29).

nen Gau“ zu belegen seien.⁸² Ausnahmen könnten nur bei Eilfällen gemacht werden. Dadurch solle erreicht werden, „daß die Einweisungen in kürzerer Zeit vorgenommen werden“ könnten.⁸³ Heilverfahren für Kinder seien dagegen „weiterhin“ bei der LVA Hannover zu beantragen, da in den oldenburgischen Kinderheilstätten „in nächster Zeit alle verfügbaren Plätze belegt“ seien.⁸⁴ Ende August 1944 berichtete Slotty an den Reichstuberkuloseausschuss, er habe zur „Vermehrung der Betten für Kindertuberkulose“ ein Hotel in der Nähe der Heilstätte Berghof beschlagnahmen lassen.⁸⁵ Außerdem habe er erreicht, dass das Sonderkrankenhaus „Aktion Brandt“ in Hahn-Lehmden nach Fertigstellung einer Infektionsabteilung „8 Betten für Knochentuberkulose“ zur Verfügung stellen werde, so dass er nunmehr dort und in dem Sonderkrankenhaus in Huntlosen „insgesamt 16 Betten für chirurgische Tuberkulosen neu erworben“ habe.⁸⁶ Im September 1944 bat die LVA Oldenburg-Bremen um ein ministerielles Rundschreiben an die Gesundheitsämter mit dem Hinweis, dass die Frauenheilstätte Neuenkirchen wegen Bettenmangels nicht mehr für leichtere Krankheitsfälle vorgesehen sei, da die „Zahl der Anmeldungen von Heilverfahren“ dort „in letzter Zeit ganz ungewöhnlich zugenommen“ habe.⁸⁷ Als Alternative wurde vorgeschlagen, die Kuren soweit möglich zuhause durchzuführen.⁸⁸

In den letzten Kriegsmonaten schließlich wurden die Aufnahmekriterien in den Heilstätten erneut verschärft, weil mit dem Zuzug von Flüchtlingen auch die Zahl der Tuberkulosekranken anstieg. Im Februar 1945 versandte der Reichstuberkuloseausschuss dazu ein Rundschreiben. Das Ziel der Aufnahme in ein Tuberkulosekrankenhaus sei jetzt „in erster Linie“ die „Entseuchung der Kranken“.⁸⁹ Deshalb seien nun

⁸² Der Reichsstatthalter in Oldenburg und Bremen und Reichsverteidigungskommissar Weser-Ems an den Minister des Innern in Oldenburg, 27.07.1944 (StAO Rep 630 Best 242-4 Nr. 233, Bl. 81).

⁸³ Ebd.

⁸⁴ Ebd.

⁸⁵ Bezirksleiter Slotty an den Reichstuberkuloseausschuss, 25.08.1944, Bl. 1 (BArch R 96-II/74, Bl. 17).

⁸⁶ Ebd.

⁸⁷ LVA Oldenburg-Bremen an Oldenburgisches Innenministerium, Dr. Jacobs, 18.09.1944 (StAO Rep 630 Best 242-4 Nr. 236, Bl. 26).

⁸⁸ Ebd.

⁸⁹ Rundschreiben des RTA Nr. 10/45, 13.02.1945 (BArch R 96-II/1, Bl. 17-18).

nur noch ansteckende Kranke aufzunehmen, die operativ behandelt werden müssten oder nicht zuhause untergebracht werden könnten.⁹⁰

3.2.5 Nach Kriegsende: Anstieg der Heilstättenbehandlungen

Bei Kriegsende stellten die Lungenheilstätten der LVA Oldenburg-Bremen ihren Betrieb allenfalls für kurze Zeit ein. In Wildeshausen soll es Gebäudeschäden durch Kriegshandlungen gegeben haben.⁹¹ Sie waren aber wohl eher geringfügig, denn bereits einen Monat nach Kriegsende teilte die LVA Oldenburg-Bremen mit: „Die Tuberkuloseheilstätten der Landesversicherungsanstalt sind unbeschädigt geblieben.“⁹² Der Heilstättenbetrieb sei wieder aufgenommen worden, Schwierigkeiten gebe es nur beim Transport der Patienten.⁹³ Der Mangel an Heilstättenplätzen jedoch blieb in den ersten Nachkriegsjahren ein zentrales Problem. Die vorhandenen Kapazitäten konnten mit dem Zuzug der Flüchtlinge und dem Anstieg der Erkrankungszahlen nicht mithalten. Wie schon vor Kriegsende betraf dies vor allem weibliche Kranke. „Mit Rücksicht auf den katastrophalen Mangel an Heilstättenbetten für tuberkulöse Frauen“, teilte die LVA im Juni 1945 mit, werde in der Heilstätte Wildeshausen, die bis dahin männlichen Patienten vorbehalten war, eine Abteilung für zunächst 50 Frauen eröffnet.⁹⁴ An der angespannten Lage hatte sich drei Jahre später kaum etwas geändert. Um die „besonders für Frauen leider immer noch bestehenden erheblichen Wartezeiten bei Heilstättenkuren“ zu überbrücken, ging die LVA 1948 dazu über, die wartenden Patienten in das Tuberkulosekrankenhaus Kloster Blankenburg einzuweisen, das nun zum Teil die Funktion eines Durchgangskrankenhauses hatte.⁹⁵ 1950 standen dort 124 Betten für Männer und 112 für Frauen, also insgesamt 236 Betten zur Verfügung.⁹⁶

⁹⁰ Ebd.

⁹¹ Vgl. Verwaltungsbericht, Landesversicherungsanstalt Oldenburg-Bremen, S. 88; Landesversicherungsanstalt Oldenburg-Bremen, 100 Jahre, S. 227.

⁹² LVA Oldenburg-Bremen an das Gesundheitsamt Wesermarsch, 01.06.1945 (StAO Rep 630 Best 242-4 Nr. 235, Bl. 27).

⁹³ Ebd.

⁹⁴ LVA Oldenburg-Bremen an das Gesundheitsamt Wesermarsch, 20.06.1945 (StAO Rep 630 Best 242-4 Nr. 235, Bl. 28).

⁹⁵ LVA Oldenburg-Bremen an die Lungenfürsorgestellen der Gesundheitsämter und die Lungenfachärzte des Anstaltsbezirks, 30.12.1948 (StAO Rep 630 Best 242-4 Nr. 236, Bl. 63).

⁹⁶ Verwaltungsbericht, Landesversicherungsanstalt Oldenburg-Bremen, S. 92.

Nach der Währungsreform hatte die LVA Oldenburg-Bremen begonnen, ihre Kapazitäten für die Behandlungen von Lungentuberkulosen wieder auszubauen.⁹⁷ Die Heilstätte Wildeshausen wurde bis Ende 1950 auf 317 Betten erweitert, die Kinderheilstätte Berghof, Bad Essen, in der gleichen Zeit auf 104 Betten. Außerdem stand die Heilstätte Sannum, die von 1942 bis 1944 vorübergehend nicht zur Behandlung von Tuberkulosekranken genutzt worden war, danach ebenfalls wieder als Tuberkuloseheilstätte zur Verfügung. 1950 gab es dort 70 Bettenplätze für Kinder. Die Kapazität der Frauenheilstätten Bredbeck (42 Betten) blieb unverändert. Zu den eigenen Heilstättenplätzen kamen aufgrund vertraglicher Regelungen weitere in den Frauenheilstätten Neuenkirchen (80 Betten) und Bad Rehburg (58 Betten).⁹⁸ Wie schon in den Jahren zuvor konnte die LVA Tuberkulosekranke auch in den Allgemeinkrankenhäusern unterbringen. Dafür standen ihr 1950 im eigenen Anstaltsbezirk rund 2.000 Bettenplätze zur Verfügung. In den Nachkriegsjahren wurde zudem eine große Zahl von tuberkulosekranken ehemaligen Zwangsarbeitern und Kriegsgefangenen in den Krankenhausanlagen in Hahn-Lehmden und Huntlosen-Hosüne behandelt. Die beiden ehemaligen Sonderkrankenhäuser der „Aktion Brandt“ waren von den Besatzungsbehörden für die Versorgung von Displaced Persons requiriert worden.⁹⁹ Während die Anlage in Hahn-Lehmden in den Besitz des Landes Niedersachsen überging, wurde die Einrichtung in Huntlosen mit 350 Betten am 1. Juni 1949 von der LVA Oldenburg-Bremen übernommen.¹⁰⁰ Ab 1950 wurden dort neben den Displaced Persons auch immer mehr deutsche Patienten behandelt.¹⁰¹

Die Erweiterung der Bettenkapazitäten ermöglichte eine drastische Steigerung der Behandlungszahlen. Für das Jahr 1950 hat die LVA Oldenburg-Bremen genaue Zahlen über die jeweilige Belegung ihrer Heilstätten vorgelegt.¹⁰² Da die Zahl der behandelten Patienten je Einrichtung nicht nur von der Bettenzahl, sondern auch von der Behandlungsdauer abhängt, ergeben die Belegungszahlen eine etwas andere Ver-

⁹⁷ Zu Bettenkapazitäten und Belegungszahlen vgl. im Folgenden, soweit nicht anders angegeben, ebd., S. 84-93.

⁹⁸ Die Lungenheilstätte Bad Rehburg, ca. 40 Kilometer westlich von Hannover gelegen, war eine Heilstätte des Bremer Heilstättenvereins, vgl. ebd., S. 84.

⁹⁹ Vgl. Hoffmann, Zwangsarbeit, S. 297-298.

¹⁰⁰ Siehe dazu die Angaben in Kap. 1.

¹⁰¹ Vgl. Verwaltungsbericht, Landesversicherungsanstalt Oldenburg-Bremen, S. 84-93; vgl. auch ebd., S. 92-93.

¹⁰² Zum Folgenden vgl. ebd., S. 70-76, 84-93.

teilung als die oben dargestellten Bettenkapazitäten. Von ihren Tuberkuloseheilstätten und -krankenhäusern verzeichnete danach die Heilstätte Wildeshausen in diesem Jahr mit 1.193 Patienten die höchste Belegungszahl. Die Heilstätte Huntlosen folgte mit 577 durchgeführten Kuren, davon 285 für deutsche Patienten und 292 für Displaced Persons, dann das Tuberkulosekrankenhaus Blankenburg mit 547 behandelten Patienten und die Kinderheilstätte Berghof mit 247 Patientenaufnahmen. In Sannum wurde eine Gesamtzahl von 204 Patienten ermittelt, die Frauenheilstätte Bredbeck schließlich verzeichnete 161 aufgenommene und gepflegte Patientinnen. Insgesamt ergeben sich in den genannten Einrichtungen für das Jahr 1950 rund 3.000 Behandlungsfälle. Dabei handelt es sich allerdings nicht nur um Heilverfahren, die von der LVA Oldenburg-Bremen getragen wurden, sondern auch um die anderer Kostenträger. Auf sie entfielen in Huntlosen zum Beispiel rund die Hälfte der abgerechneten Verpflegungstage, in Bredbeck etwas weniger als die Hälfte, ebenso in der Heilstätte Berghof. Dagegen wurden die Heilverfahren in Blankenburg, Sannum und vor allem Wildeshausen ganz überwiegend von der LVA Oldenburg-Bremen getragen. Diese kam bei der Berechnung ihrer Heilverfahren in eigenen Heilstätten auf eine Gesamtzahl von 2.049 „stationären Tuberkulosebehandlungen“. ¹⁰³ Umgekehrt führte die LVA Oldenburg weitere 2.823 stationäre Verfahren in Heilstätten und Krankenhäusern anderer Träger durch, insgesamt demnach 4.872 Heilverfahren. ¹⁰⁴

Der starke Anstieg der Behandlungszahlen bis 1950 wird auch an einer Aufstellung der LVA Oldenburg-Bremen über die von 1945 bis 1950 durchgeführten Tuberkuloseheilverfahren sichtbar. Hier enthalten die Angaben nicht nur stationäre, sondern auch ambulante Behandlungen, ¹⁰⁵ außerdem auch Asylierungsmaßnahmen. Die zuvor für das Jahr 1950 angegebenen 4.872 stationären Heilverfahren machen jedoch knapp 80 Prozent der in der folgenden Aufstellung für das gleiche Jahr summierten Heilverfahren aus.

¹⁰³ Ebd., S. 84.

¹⁰⁴ Ebd.

¹⁰⁵ Vgl. ebd., S. 70-71.

hier: TabelleTab. 2: Tbc.-Heilverfahren der LVA Oldenburg-Bremen 1945-1950¹⁰⁶**3.2.6 Neue Medikamente**

Etwa 1948/49 begannen die Ärzte in den oldenburgischen Tuberkuloseheilstätten und -krankenhäusern neue Medikamente bei der Therapie der Tuberkulose einzusetzen.¹⁰⁷ Die Heilstätte Wildeshausen nahm ab Ende 1948 an einer Versuchsreihe zur Erprobung des Präparats TB I 698 teil, das später unter dem Namen Conteben vertrieben wurde.¹⁰⁸ In Blankenburg wurde es spätestens ab Februar 1949 eingesetzt.¹⁰⁹ Im Oktober 1948 wandte sich der Chefarzt des Displaced Persons-Hospitals Huntlosen an den leitenden Sanitätsoffizier der britischen Militärregierung in Oldenburg mit der Bitte, dem Krankenhaus die neuen Medikamente Streptomycin und Paraaminosalicylsäure (PAS) zur Verfügung zu stellen.¹¹⁰ Eine weitere Bitte um Zuteilung von Streptomycin folgte im März 1949.¹¹¹ Zu dieser Zeit konnte das Medikament in Huntlosen offensichtlich noch nicht eingesetzt werden, denn einem ärztlichen Bericht zufolge, sollte ein Patient Mitte März 1949 „zwecks Streptomycin-Behandlung nach Bad Rehburg“ verlegt werden.¹¹² Spätestens ab Juli 1949 kam Streptomycin in Wildeshausen zum Einsatz.¹¹³ Das Medikament war aufgrund seines hohen Preises jedoch noch nicht für alle Patienten verfügbar, so dass einige sich das Mittel selbst besorgten, um damit behandelt werden zu können.¹¹⁴ Die Deutsche Tuberkulose-Gesellschaft empfahl im August 1949, die drei Medikamente in Form einer Kombinationstherapie zu verwenden und bat unter anderem die Landesversiche-

¹⁰⁶ Auszug aus der tabellarischen Aufstellung in ebd., S. 101.

¹⁰⁷ Vgl. zum Folgenden auch Wolters, Menschenversuche, S. 31-32.

¹⁰⁸ Der Niedersächsische Minister für Arbeit, Aufbau und Gesundheit an die Niedersächsischen Verwaltungsbezirkspräsidenten, 25.11.1948 (StAO Rep 630 Best 242-4 Nr. 233, Bl. 107); TB I 698 war von dem Deutschen Mediziner Gerhard Domagk (1895-1964) entwickelt worden, vgl. Wolters, Menschenversuche, S. 31-32, Daniel, Abschied, S. 92.

¹⁰⁹ Krankenblatt zu Patient O. B., geb. 1920 (StAO Dep 33 Akz. 2012/013 Nr.106).

¹¹⁰ DP-Hospital Huntlosen, Dr. Szasz, an S.M.O. Dr. Carkarnis [Relief Det. Oldenburg 205 HQ CCG (BE)] (StAO Dep 33 Akz. 306 Nr. 171, o.Bl.).

¹¹¹ DP-Hospital Huntlosen, Dr. Puskas, an S.M.O. Dr. Carkarnis [Relief Det. Oldenburg 205 HQ CCG (BE)] (StAO Dep 33 Akz. 306 Nr. 171, o.Bl.).

¹¹² Krankenblatt zu Patient R. B., geb. 1923 (StAO Dep 33 Akz. 2012/013 Nr. 106).

¹¹³ Krankenblatt zu Patient O. B., geb. 1930 (StAO Dep 33 Akz. 2012/013 Nr. 104).

¹¹⁴ Zum Beispiel: Patient G. B., geb. 1914 (StAO Dep 33 Akz. 2012/013 Nr. 104); Patient O. B., geb. 1920 (StAO Dep 33 Akz. 2012/013 Nr. 106).

rungsanstalten um entsprechende Zulassungen.¹¹⁵ Insgesamt jedoch herrschte bei den deutschen Fachverbänden anfangs große Skepsis gegenüber der chemotherapeutischen Behandlung vor.¹¹⁶ In der Regel wurde die Medikamentierung in Verbindung mit den herkömmlichen chirurgischen Verfahren vorgenommen oder wenn alle anderen Verfahren versagt hatten. Ihre nachhaltige Wirksamkeit wurde angezweifelt. Das Streptomycin hatte überdies in höherer Dosierung schwerwiegende Nebenwirkungen wie Gleichgewichtsstörungen und Taubheit. Da die Medikamente nicht zuletzt deshalb zurückhaltend verordnet wurden, kam es in den Anfangsjahren aufgrund zu niedriger Dosierung insbesondere des Streptomycins zu häufigen Resistenzbildungen und Rückfällen. Anfang der 1950er Jahre wurde das ebenfalls mit Nebenwirkungen belastete Conteben durch Isoniazid (INH) ersetzt. Mitte der 1950er Jahre schließlich hatte sich trotz der anfänglichen Vorbehalte und Anwendungsprobleme eine Kombinationstherapie aus Streptomycin, PAS und INH durchgesetzt.¹¹⁷

Da die medikamentöse Behandlung auch ambulant möglich war und da die Erkrankungszahlen stark zurückgegangen waren, verlor das Konzept der stationären Heilbehandlung bei Lungentuberkulosen seit Mitte der 1950er Jahre viel schneller als erwartet an Bedeutung. Bereits 1957 wurde wegen der sinkenden Belegungszahlen das Tuberkulosekrankenhaus Blankenburg aufgegeben, zwei Jahre später begann die Schließung erster Abteilungen in der Heilstätte Huntlosen. Anfang der 1960er Jahre folgten die Heilstätten in Sannum und Bredbeck.¹¹⁸

¹¹⁵ Deutsche Tuberkulose-Gesellschaft an die Leitenden Medizinalbeamten der Trizone, die Präsidenten der Landesversicherungsanstalten u. weitere, 10.08.1949 (StAO Rep 630 Best 242-4 Nr. 233, Bl. 132).

¹¹⁶ Vgl. Lindner, Gesundheitspolitik, S. 175-178.

¹¹⁷ Zur deutschen Diskussion siehe exemplarisch Diehl, Chemotherapie, S. 101-128.

¹¹⁸ Vgl. Landesversicherungsanstalt Oldenburg-Bremen, 100 Jahre, S. 276-277.

3.3 Asylierungen

Im September 1943 veröffentlichte der Reichstuberkuloseausschuss seine „Richtlinien [...] über die Absonderung ansteckend Tuberkulöser“, die durch Runderlass des Reichsinnenministers und des Reichsarbeitsministers vom 8. Oktober 1943 für alle nachgeordneten Dienststellen verbindlich wurden.¹¹⁹ Darin waren grundsätzlich zwei Formen der Absonderung Tuberkulosekranker definiert, die jeweils der Anordnung des Gesundheitsamtes bzw. der Tuberkulosefürsorgestelle bedurften:

Die erste und häufigste Form war die „Belassung des Kranken in der jetzigen Umgebung“,¹²⁰ das heißt die Isolierung des Kranken in seiner eigenen Wohnung. Sie setzte voraus, dass die Betroffenen den Hygieneanweisungen der Fürsorgestelle Folge leisteten und Kontakte nach außen vermieden. Bei Familien mit Kindern oder Jugendlichen waren zu deren Schutz vor Ansteckung räumliche Abtrennungen in der Wohnung vorgesehen. War dies nicht möglich, sollten Minderjährige bei Verwandten, in einem Heim oder ähnlich untergebracht werden.¹²¹ Die Isolierung in der eigenen Wohnung, auf die im Rahmen dieser Untersuchung nicht näher eingegangen wird, war verbunden mit regelmäßigen Kontrollen durch Fürsorgerinnen und hatte für die Betroffenen und ihre Familien oft einschneidende soziale und wirtschaftliche Folgen.¹²²

Die zweite Form der „Absonderung“ war die „Verbringung in eine andere Umgebung“,¹²³ d.h. die Asylierung des Kranken in einer Krankenanstalt wie zum Beispiel einer Tuberkuloseheilstätte. Auch Krankenhäuser und Heime kamen nach den Richtlinien als Asylierungseinrichtungen in Frage. Die Maßnahme sollte dann veranlasst werden, wenn die Absonderung zuhause nicht möglich war, weil die Wohnumstände nicht dafür geeignet waren oder auch, weil die Betroffenen sich nicht an die Vorga-

¹¹⁹ Runderlass „Richtlinien über die Absonderung ansteckend Tuberkulöser“ des Reichsinnenministeriums und des Reichsarbeitsministeriums v. 08.10.1943, mit beigefügtem Exemplar der „Richtlinien des Reichs-Tuberkulose-Ausschusses über die Absonderung ansteckend Tuberkulöser“, als Sonderdruck aus: „Der Öffentliche Gesundheitsdienst“, 9. Jg. [1943], H. 17/18, Nr. 43, S. 225 B (StAO Best. 136 Nr. 22861, Bl. 19).

¹²⁰ Ebd., Richtlinien, Abschn. A.

¹²¹ Ebd., Richtlinien, Abschn. C.II.

¹²² Zur Situation von zuhause überwachten Tuberkulosekranken vgl. u.a. Hähner-Rombach, Aufklärung, S. 67; dies., Sozialgeschichte, S. 317 f., 364 ff.

¹²³ Ebd., Richtlinien, Abschn. A.

ben der Tuberkulosefürsorgestelle hielten.¹²⁴ Dabei galt die Asylierung solange als freiwillig, solange der Kranke der Zuweisung in eine Asylierungsanstalt nachkam und den weiteren Anordnungen der Tuberkulosefürsorgestelle Folge leistete. Erst wenn das Gesundheitsamt eine polizeiliche Anordnung erwirken musste, um die Asylierung durchzusetzen, galt sie als Zwangsmaßnahme.¹²⁵

3.3.1 Allgemeinkrankenhäuser als Asylierungsstätten

1936 hatte die LVA Oldenburg ihre Zuschüsse für die Durchführung von Asylierungen aufgestockt, um die in ihren Augen zu geringe Zahl solcher Maßnahmen in ihrem Zuständigkeitsbereich zu erhöhen. 40 Reichsmark sollte es für Asylierung in Form der „Invalidenhauspflege“ geben und 30 Reichsmark bei „sonstigen Fällen von Asylierungen“, letztere aber nur, wenn die Asylierung in der Heilstätte Wildeshausen durchgeführt werde.¹²⁶ Für die Unterbringung in anderen Anstalten würden keine Zuschüsse mehr gezahlt, weil die Maßnahme nicht nur der Absonderung sondern auch der „Fachbehandlung“ dienen solle, um die „Ansteckungsfähigkeit zu beseitigen“.¹²⁷ Deshalb würde sie begrüßen, so die LVA, wenn in Zukunft „eine größere Anzahl von Offentuberkulösen“ in Wildeshausen untergebracht werde.¹²⁸ Zu dieser Zeit noch waren Allgemeinkrankenhäuser demnach aus Sicht der LVA für die Unterbringung von ansteckenden Tuberkulosekranken ungeeignet, weil sie dort nicht angemessen ärztlich versorgt und behandelt werden konnten. Dennoch war eben diese Form der Unterbringung in den folgenden Jahren die gängige Praxis.

Im Jahre 1938 suchte das Oldenburgische Innenministerium nach zusätzlichen Asylierungsmöglichkeiten in den ländlichen Gebieten des Landes. Zwölf Landkrankenhäuser meldeten daraufhin insgesamt 38 Betten.¹²⁹ Im gesamten Land Oldenburg einschließlich der Stadtbezirke wurden 1940/41 von 15 Krankenhäusern 118 Betten

¹²⁴ Ebd., Richtlinien, Abschn. C.II.d).

¹²⁵ Ebd., Richtlinien, Abschn. B.III.

¹²⁶ LVA Oldenburg an „die Amtsverbände und Städte I. Klasse mit Ausnahme der Amtsverbände in Vechta und Cloppenburg“, 20.04.1936 (StAO Rep 630 Best 242-4 Nr. 233, Bl. 24).

¹²⁷ Ebd.

¹²⁸ Ebd.

¹²⁹ Antworten der Oldenburgischen Gesundheitsämter (außer Oldenburg und Delmenhorst) auf eine Anfrage des Oldenburgischen Innenministeriums, Aug. 1938 (StAO Best. 136 Nr. 22861, Bl. 10).

gemeldet.¹³⁰ Anfragen nach Betten in Allgemeinkrankenhäusern, um Asylierungsfälle unterbringen zu können, und entsprechende Erhebungen gab es in den folgenden Jahren immer wieder.¹³¹ Ein Schlaglicht auf die unzureichende medizinische Versorgung der dort asylierten Tuberkulosekranken wirft ein internes Schreiben des Gesundheitsamtes Wesermarsch vom 20. August 1943. Darin berichtete der Leiter der Nebenstelle in Nordenham, Dr. Neeser, von regelmäßigen und „sehr lebhaften Klagen“ über den Umgang mit den im St. Bernhards-Hospital in Brake asylierten Tuberkulosekranken und bat seinen Vorgesetzten in Brake um Rücksprache mit der Krankenhausleitung.¹³² „Die Erkrankten“, erklärte er, „fühlen sich zwar von den Schwestern gut umsorgt und aufs Beste, soweit es die Verhältnisse zulassen können, gepflegt, sind aber seelisch sehr niedergeschlagen, da ihnen ärztlicherseits keine Betreuung zuteil wird.“¹³³ Er verwies auf die aktuelle Beschwerde einer 50-jährigen, an offener Lungentuberkulose leidenden Patientin, die drei Monate in dem Krankenhaus verbracht habe und gerade entlassen worden sei. Nach eigenen Angaben sei sie „während der ganzen Zeit der Unterbringung [...] nicht einmal vor den Röntgenschirm gestellt“ worden, lediglich einmal habe man bei ihr eine Blutsenkung vorgenommen.¹³⁴ Erst nach sechs Wochen sei sie vom Arzt untersucht worden, weil eine Mitpatientin darauf insistiert habe. „Dies sei die einzige Untersuchung gewesen während der ganzen Zeit im Krankenhaus.“¹³⁵ Aufschlussreich ist auch die folgende Passage seines Schreibens:

„Frau S[...], gibt an, dass sie deswegen ihre Zustimmung für die Aufnahme ins Krankenhaus gegeben habe, weil sie gehofft habe, dass sie gelegentlich auch ärztlich untersucht würde und, dass ein Arzt Anweisungen für ihre Gesundung erteilen würde. Aus Empörung über diese Art der Betreuung hat sie dann alles daran gesetzt, wieder entlassen zu werden.

¹³⁰ Umfrageergebnis des Oldenburgischen Innenministeriums auf Anfrage des Reichstuberkuloseausschusses v. 14.12.1940 (StAO Best. 136 Nr. 22861, Bl. 13).

¹³¹ Zum Beispiel: Oldenburgisches Innenministerium, Dr. Jacobs, an die Gesundheitsämter, 27.10.1942 (StAO Rep 630 Best 242-4 Nr. 233, Bl. 54), diverse weitere Anfragen 1940-1943 (StAO Best. 136 Nr. 22861, Bl. 14-18).

¹³² Dr. Neeser, Nordenham, an Medizinalrat Dr. Fortmann, Gesundheitsamt in Brake, 20.08.1943 (StAO Rep 630 Best 242-4 Nr. 78, Bl. 19).

¹³³ Ebd.

¹³⁴ Ebd.

¹³⁵ Ebd.

Ähnlich wie sie seelisch wegen der unzureichen[den] ärztlichen Betreuung niedergedrückt, seien alle dort wegen der Tuberkulose asylierten Männer und Frauen.“¹³⁶

Der Bericht lässt nicht nur erkennen, dass die Tuberkulosepatienten in dem Krankenhaus medizinisch unterversorgt waren. Er zeigt auch, dass die Asylierung eine Maßnahme war, die den Kranken Handlungsspielräume ließ. Sie war zwar amtlich angeordnet, setzte aber auf die Zustimmung der Kranken. In diesem Fall konnte die Patientin anscheinend sogar ihre Entlassung durchsetzen. Auch wenn die Zustimmung zur Asylierung nicht selten durch die Androhung weitergehender Zwangsmaßnahmen mehr oder weniger erzwungen worden sein mag, hatte sie für die Betroffenen den Vorteil, dass sie weniger einschneidenden Eingriffen in ihre persönliche Freiheit ausgesetzt waren als bei einer Zwangasylierung im engeren Sinne. Auch wurden sie nicht in eine weit entfernt liegende Anstalt verbracht, sondern blieben in der Nähe ihres sozialen Umfeldes und konnten Besuche von Angehörigen empfangen.¹³⁷

Ob Dr. Neesers Initiative eine ärztlich motivierte Parteinahme für die Belange der Tuberkulosepatienten war, sei dahingestellt. Sie kann auch einfach in der Sorge um den Ruf der Asylierung als solcher begründet gewesen sein. Aus Sicht der Gesundheitsämter, die ja die Anordnungen dazu zu treffen hatten, war eine hohe Zustimmungsrates zu den Maßnahmen sicherlich allein deshalb wünschenswert, weil Zwangasylierungen aufgrund der wenigen dafür im Deutschen Reich zur Verfügung stehenden Plätze nur in einem beschränkten Umfang umsetzbar waren. Beschwerden wie die aus dem St. Bernhards-Hospital liefen Gefahr, in der Bevölkerung verbreitet zu werden, und hätten sich negativ auf die Bereitschaft von Tuberkulosekranken auswirken können, in eine Asylierung einzuwilligen.

Welche Auswirkungen die Beschwerden auf die medizinische Versorgung von asylierten Tuberkulosekranken im Braker Krankenhaus hatten, ist nicht bekannt. Die beschriebenen Zustände werden sich jedoch bis zum Kriegsende kaum verbessert haben; denn die Behandlungskapazitäten der Allgemeinkrankenhäuser wurden im

¹³⁶ Ebd.

¹³⁷ Vgl. hierzu Hähner-Rombach, Sozialgeschichte, S. 272.

Laufe des Krieges durch zivile Kriegsopfer und durch die Teilnutzung als Militärlazarette zusätzlich beansprucht. Gleichzeitig stieg die Zahl der Asylierungsfälle an, da wie bereits dargestellt die Durchführung von Heilverfahren seit Kriegsbeginn strenger an das Kriterium Heilungsaussicht und Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit gebunden war. Schwere Erkrankungsfälle blieben mehr und mehr außen vor und wurden, wenn sie nicht zuhause versorgt werden konnten, zu Asylierungsfällen. In der Folge gab es einen laufend steigenden Bedarf an Asylierungsplätzen bei gleichzeitig knapper werdenden Bettenkapazitäten. Im Juni 1944 sollte der Reichsinnenminister vor diesem Hintergrund anordnen, für die Asylierung von Tuberkulosekranken auch solche Krankenanstalten zu nutzen, die zuvor aus Luftschutzgründen geräumt worden waren.¹³⁸ 1943 konnte das Gesundheitsamt Wesermarsch für seine Asylierungsmaßnahmen noch auf Krankenhäuser außerhalb des eigenen Landkreises, so in der Stadt Delmenhorst und im benachbarten Wesermünde, ausweichen.¹³⁹ Auch die Errichtung von Baracken zur Vergrößerung des Bettenraums für Tuberkulosekranke wurde erwogen, in der Wesermarsch allerdings verworfen.¹⁴⁰

Sloty als Bezirksleiter des Reichstuberkuloseausschusses kritisierte in dieser Zeit die Asylierung in den Landkrankenhäusern seines Bezirks als „absolut unzureichend“.¹⁴¹ Allerdings bemängelte er dort nicht die medizinische Versorgung der Kranken, sondern deren nach seiner Ansicht unzureichende Abschottung von der Umwelt. In den Landkrankenhäusern mangle es an Isoliermöglichkeiten und an „Aufsicht“ über die Kranken, die nicht nur mit anderen Kranken, sondern auch mit Personen aus der übrigen Bevölkerung in Kontakt kämen.¹⁴² Außerdem müssten alle Landkrankenhäuser als Ausweichkrankenhäuser für „Luftkatastrophenfälle“ gegebenenfalls Kranke aus Katastrophengebieten aufnehmen. Nach seiner Aufstellung gab es 1942/43 in 20

¹³⁸ Zu prüfen sei aber, ob diese mit „unheilbaren Geisteskranken“ belegt werden könnten, so dass in den Heil- und Pflegeanstalten Bettenraum für Tuberkulose frei werde, Reichsinnenministerium an die Reichsverteidigungskommissare u.a., A 2168/44, 05.06.1944 (StAO Rep 630 Best 242-4 Nr. 233, Bl. 79).

¹³⁹ Antwort des Gesundheitsamtes Wesermarsch v. 26.03.1943 auf eine Anfrage des Oldenburgischen Innenministeriums, Dr. Jacobs, vom 10.03.1943 (StAO Rep 630 Best 242-4 Nr. 233, Bl. 70/1 und 2).

¹⁴⁰ Antwort des Gesundheitsamtes Wesermarsch auf eine Anfrage des Reichstuberkuloseausschusses v. 20.07.1943 (StAO Rep 630 Best 242-4 Nr. 233, Bl. 71).

¹⁴¹ „Jahresbericht 1942/43 des Bezirksleiters für Oldenburg des Reichs-Tuberkulose-Ausschusses“, S. 4 (BArch R 96-II/82, Bl. 215).

¹⁴² Ebd.

städtischen und ländlichen Krankenhäusern seines Bezirks insgesamt 166 Betten für die Unterbringung von Kranken mit ansteckender Tuberkulose, davon in 15 dieser Krankenhäuser 140 Betten für Kranke mit Lungentuberkulose.¹⁴³ Der Bremer Bezirksleiter zählte 1942/43 in verschiedenen Bremer Krankenhäusern insgesamt 145 Betten,¹⁴⁴ im nächsten Geschäftsjahr 142 Betten für „ansteckungsfähige Lungentuberkulose“, darunter keine Betten für Kinder.¹⁴⁵ Vermutlich handelte es sich um Bettenplätze zur notdürftigen Versorgung von Tuberkulösen, bei denen wie in den Oldenburger Landkrankenhäusern Isolierungsmöglichkeiten fehlten, denn er gab in seinen Berichten gleichzeitig zu Protokoll, in Bremen gebe es weder Tuberkuloseheilstätten noch „Unterbringungsmöglichkeiten für freiwillige und für zwangsweise Absonderung“.¹⁴⁶

Im April 1943 konnte Slotty dagegen zunächst über zusätzlichen Bettenraum für Asylisierungsfälle in der Heil- und Pflegeanstalt Wehnen berichten. Die Anstalt habe „ein Haus mit 40 Betten für Tuberkulosekranke aus Wilhelmshaven“ zur Verfügung gestellt.¹⁴⁷ Er unterstrich, dass dort „nur aussichtslose Fälle“ zur Aufnahme kämen, weil Tuberkulose in der Heil- und Pflegeanstalt nicht therapiert werden könne, zumal dort keine Röntgenaufnahmen möglich seien.¹⁴⁸ Die Asylisierung in Wehnen war aber nur als vorübergehende Lösung gedacht und sollte wieder beendet werden, sobald die ehemalige Pflegeanstalt Kloster Blankenburg ihren Betrieb als Tuberkulosekrankenhaus aufgenommen habe.¹⁴⁹ Auf diese Einrichtung richteten sich auch die Hoffnungen des Bremer Bezirksleiters:

„In dem Nachbarbezirk Oldenburg ist ein Tuberkulose-Krankenhaus, das vorwiegend für Asylisierungsfälle gedacht ist, im Entstehen, in das wir auch durch Vereinbarung mit dem Leitenden Medizinalbeamten vom Gau Weser-Ems Fälle werden abgeben können, so daß eine geringe Erleichterung

¹⁴³ Ebd., Tabellenanhang (BArch R 96-II/82, Bl. 222).

¹⁴⁴ „Bericht 1942/43“, d.i.: Jahresbericht 1942/43 des Bezirksleiters des RTA für Bremen, S. 2 (BArch R 96-II/83, Bl. 3).

¹⁴⁵ „Bericht 1943/44“, d.i.: Jahresbericht 1943/44 des Bezirksleiters des RTA für Bremen, o. S. (BArch R 96-II/85, Bl. 49).

¹⁴⁶ Ebd.

¹⁴⁷ „Jahresbericht 1942/43 des Bezirksleiters für Oldenburg des Reichs-Tuberkulose-Ausschusses“, S. 5 (BArch R 96-II/82, Bl. 216).

¹⁴⁸ Ebd.

¹⁴⁹ Ebd., S. 6 (BArch R 96-II/82, Bl. 217).

für unsere stark überbelegten Tuberkulose-Stationen in Aussicht steht.“¹⁵⁰

3.3.2 Asylierungen im Tuberkulosekrankenhaus Kloster Blankenburg

Das Tuberkulosekrankenhaus Kloster Blankenburg sollte vor allem der Asylierung von Tuberkulosekranken dienen: „Sobald Kloster Blankenburg in Betrieb genommen ist,“ schrieb Slotty im April 1944, „ist auch das Problem der Unterbringung nicht mehr heilungsfähiger Tuberkulöser gelöst.“¹⁵¹ Zur gleichen Zeit stellte er gegenüber dem Landesfürsorgeverband Oldenburg klar, die Anlage solle vorerst keine Kranken aufnehmen, „die noch einer erfolgversprechenden Behandlung zugänglich sind“.¹⁵² Schon ein Jahr zuvor hatte Slotty außerdem hervorgehoben, dass die Anlage „zugleich auch in hervorragender Weise für Arbeitstherapie eingerichtet werden“ könne, da sie „über einen großen landwirtschaftlichen Betrieb mit mehreren Werkstätten“ verfüge.¹⁵³

Kloster Blankenburg war seit 1941 für Krankenhauszwecke umgebaut worden und sollte eigentlich als Ausweichkrankenhaus im Rahmen der „Aktion Brandt“ dienen. Nachdem im Juli 1942 bei einem Fliegerangriff auf einen nahegelegenen Scheinflughafen Klostergebäude beschädigt worden waren, war der Plan wegen Luftgefährdung aufgegeben worden. Die ehemalige Pflegeanstalt war im Zusammenhang mit den Umbauplänen unter anderem von Reichsgesundheitsführer Leonardo Conti und Hitlers Begleitarzt Karl Brandt, seit Juli 1942 Generalkommissar für das Sanitäts- und Gesundheitswesen, besichtigt worden.¹⁵⁴ Slotty berichtete, dass er an diesen Treffen teilgenommen und die beiden von dem Plan, Blankenburg als Tuberkulosekrankenhaus zu nutzen, überzeugt habe.¹⁵⁵ Bereits Ende 1942 hatte er sich mit dem

¹⁵⁰ „Bericht 1943/44“, d.i.: Jahresbericht 1943/44 des Bezirksleiters des RTA für Bremen, o. S. (BArch R 96-II/85, Bl. 49).

¹⁵¹ „Jahresbericht 1943/44 des Bezirksleiters für Oldenburg des Reichs-Tuberkulose-Ausschusses“, S. 6 (BArch R 96-II/85, Bl. 39).

¹⁵² Slotty an den Landesfürsorgeverband Oldenburg, 17.04.1944 (BVA 202/F-5X III, Bl. 1/4); vgl. Fleßner, Tuberkulose, S. 57.

¹⁵³ „Jahresbericht 1942/43 des Bezirksleiters für Oldenburg des Reichs-Tuberkulose-Ausschusses“, S. 5 (BArch R 96-II/82, Bl. 216).

¹⁵⁴ Vgl. hierzu und zur Vorgeschichte Harms, Biologismus, S. 67 ff.

¹⁵⁵ „Jahresbericht 1942/43 des Bezirksleiters für Oldenburg des Reichs-Tuberkulose-Ausschusses“, S. 5 (BArch R 96-II/82, Bl. 216), nachträglich als gestrichen gekennzeichnete Passage im Bericht.

Landesfürsorgeverband Oldenburg und dem Oldenburgischen Landesarzt verständigt und seine Vorschläge dem Reichstuberkuloseausschuss in Berlin unterbreitet. Die Nutzung Blankenburgs als Tuberkulosekrankenhaus sei angesichts der Dringlichkeit der Asylierungsproblematik trotz der Luftgefährdung annehmbar, hatte er argumentiert, schließlich handele es sich bei den dort unterzubringenden Kranken um solche, bei denen ohnehin keine Heilung mehr zu erwarten sei.¹⁵⁶

Auf den ersten Blick erwecken Slottys Aussagen den Eindruck, dass die Tuberkulosekranken in Blankenburg ohne ärztliche Versorgung auskommen sollten. Doch der Eindruck täuscht. Zumindest eine ärztliche Grundversorgung war vorgesehen. So kritisierte Slotty schon im April 1944, als mit der Aufnahme von Tuberkulosekranken begonnen wurde, dass die medizinisch-technische Ausstattung noch völlig unzureichend sei:

„Ohne ärztliche Einrichtung – es ist nicht das Geringste, z.B. Sputumbecher, Sputumkocher bzw. Desinfektionsapparat, Spritzen, Blut-senkungsapparate usw. vorhanden –, ist ein ärztliches Arbeiten und die Anstellung eines Arztes, der ebenfalls schon jetzt namentlich feststeht, nicht möglich.“¹⁵⁷

Zur Überbrückung werde er die fehlende Ausstattung, auch einen Röntgenapparat und ein Mikroskop, über den Reichstuberkuloseausschuss besorgen.¹⁵⁸ Hintergrund der Probleme waren Streitigkeiten bei der Abwicklung der Eigentumsverhältnisse zwischen der Organisation Todt, die die Anlage umgebaut hatte, und dem Landesfürsorgeverband Oldenburg als dem ursprünglichen Eigentümer.¹⁵⁹

Am 1. Juni 1944 wurde die Anlage mit der offiziellen Bezeichnung „Krankenhaus-sonderanlage Aktion Brandt, Kloster Blankenburg (Oldbg.), Gau-Tuberkulose-Krankenhaus“ von der LVA Oldenburg-Bremen gepachtet.¹⁶⁰ Einige Tage davor

¹⁵⁶ Vgl. die ausführliche Wiedergabe des Schreibens in Fleßner, Tuberkulose, S. 56; Harms, Biologismus, S. 70-71.

¹⁵⁷ „Jahresbericht 1943/44 des Bezirksleiters für Oldenburg des Reichs-Tuberkulose-Ausschusses“, S. 6 (BArch R 96-II/85, Bl. 39).

¹⁵⁸ Ebd.

¹⁵⁹ Ebd.; vgl. Harms, Biologismus, S. 75-77.

¹⁶⁰ Harms, Biologismus, S. 81-82; die Anlage war bereits seit Ende Nov. 1943 teilweise in Betrieb und wurde in dieser Zeit vorübergehend mit Patienten aus Bremen belegt, vgl. ebd., S. 80.

hatten sich leitende Vertreter der LVA und des Landesfürsorgeverbandes Oldenburg zu einem Ortstermin getroffen.¹⁶¹ Nach ihrem Bericht waren die Baumaßnahmen noch nicht beendet, der bauliche Zustand aber so weit fortgeschritten, dass die Anlage als Tuberkulosekrankenhaus genutzt werden konnte. Zwar fanden sie mehrere massive Krankenhausbaracken noch im Rohbau befindlich vor, die Umbauten an den schon bestehenden Gebäuden der ehemaligen Pflgeanstalt seien aber weitgehend fertiggestellt. Nach den Angaben des „leitenden Arztes, Ass. Arzt Dr. Taufkirch“, so der Bericht, eignete sich die Altanlage zu diesem Zeitpunkt für „die Unterbringung von etwa 200 Kranken, sowie Schwestern und Personal“.¹⁶² Die Küchenanlage und die Isolierstation seien erneuert worden, ebenso die Krankenzimmer- und Säle. Die Wäscherei befinde sich noch im Ausbau, das „riesige Heizungs- und Waschhaus“ verfüge über „drei gewaltige Hochdruckdampfkessel“, von denen zwei betriebsbereit seien.¹⁶³ Auch wenn die sogenannte Arbeitstherapie in dem Bericht nicht explizit angesprochen wurde, so wird doch deutlich, dass die Voraussetzungen dafür geprüft wurden. So wurde vermerkt, dass in einem Gebäudeflügel Werkstätten geschaffen werden könnten. Außerdem seien die landwirtschaftlichen Gebäude „in sehr gutem Zustande“, große „geräumige Viehställe“ böten Platz für „83 Teile Hornvieh, davon 28 Milchkühe“. An Werkstätten, Gerätschaften usw. gebe es „eine Schlosserei, Getreidescheune, Wagenschuppen, Gebäude für Transformator, Kreissäge und landw. Maschinen“. Der Verwalter habe die landwirtschaftliche Fläche mit „22 ha Wald, 35 ha verpachtetes z. T. weit abgelegenes Weideland, 13 ha Ackerland und ca. 85 ha Weideland in eigener Bewirtschaftung“ angegeben.¹⁶⁴

Ebenfalls geprüft wurde, ob Freiluftliegekuren möglich waren: Ein „vorzüglicher, windgeschützter, nach Osten und Süden blickender Freiplatz“ würde durch die „Errichtung einer Glaswand“ entstehen, außerdem könnten durch die „Anlegung von Ziergärten“ in den Innenhöfen der Altanlage „sehr schöne windgeschützte Plätze für die Kranken“ geschaffen werden. Der Bericht endet mit dem Hinweis auf die Verpflegung der Kranken. Sie sei „nach Aussage des Arztes in der letzten Zeit ausrei-

¹⁶¹ Interner Vermerk der LVA Oldenburg-Bremen, 26.05.1944 (StAO Dep 33 Akz. 306 Nr. 201, o. Bl.).

¹⁶² Ebd.

¹⁶³ Ebd.

¹⁶⁴ Ebd.

chend“, die Besichtigung der „Küche und Vorratskammer mit den Zuteilungsportionen“ habe einen „guten Eindruck“ hinterlassen.¹⁶⁵

Das Tuberkulosekrankenhaus Blankenburg hatte nach der Übernahme durch die LVA weiter mit Versorgungsengpässen zu kämpfen. Ausstattungs- und Einrichtungsgegenstände konnten nicht wie geplant beschafft werden. Auch die noch ausstehenden Baumaßnahmen verzögerten sich immer wieder, insbesondere der Weiterbau der neuen massiven Baracken,¹⁶⁶ die erst in den Nachkriegsjahren fertiggestellt werden sollten.¹⁶⁷ Dennoch beherbergte die Anlage nach den Angaben Slottys bereits im August 1944 „102 Schwertuberkulöse“ bei einer Kapazität von zu dieser Zeit 130 Betten.¹⁶⁸ Das Gauamt Weser-Ems berichtete im Februar 1945, Blankenburg habe inzwischen 150 Betten und sei „voll belegt“.¹⁶⁹ Die medizinische Versorgung war laut diesem Bericht inzwischen in Gang gekommen, wenn auch mit offensichtlicher Verspätung:

„Ein brauchbares Röntgengerät konnte nun endlich aufgestellt und in Betrieb genommen worden werden. Eine Operationsabteilung ist im Ausbau begriffen. Als stellvertretender leitender Arzt ist ein Lungenfacharzt tätig, der auch die Tuberkuloseberatungsstelle Oldenburg versieht. Weiterhin ist im Tuberkulosekrankenhaus ein leicht lungenkranker Zahnarzt tätig, der als Angestellter die Kranken versorgt.“¹⁷⁰

Bis Ende April 1945 war die Bettenzahl auf 236 gestiegen.¹⁷¹

3.3.3 Ausdifferenzierung der Asylierungsfälle

Trotz seiner großen Aufnahmekapazität sollte das Tuberkulosekrankenhaus Blankenburg nicht die bis dahin genutzten Asylierungsstätten ersetzen. Im Gegenteil:

¹⁶⁵ Ebd.

¹⁶⁶ Interne Vermerke der LVA Oldenburg-Bremen v. 01.06. und 19.06.1944 (StAO Dep 33 Akz. 306 Nr. 201, o. Bl.); vgl. auch Harms, *Biologismus*, S. 77.

¹⁶⁷ Verwaltungsbericht, Landesversicherungsanstalt Oldenburg-Bremen, S. 92.

¹⁶⁸ Bezirksleiter Slotty an den Reichstuberkuloseausschuss, 25.08.1944, Bl. 1 (BArch R 96-II/74, Bl. 17).

¹⁶⁹ „Auszug aus dem Tätigkeitsbericht des Gauamtes Weser-Ems vom 1.2.1945“ (BArch R 96-II/74, Bl. 2).

¹⁷⁰ Ebd.

¹⁷¹ Vgl. Harms, *Biologismus*, S. 77; Landesversicherungsanstalt Oldenburg-Bremen, 100 Jahre, S. 231.

Nach der Maßgabe Slottys war Blankenburg „vorwiegend für die grösseren luftbedrohten Städte“ gedacht.¹⁷² Er bestand darauf, dass „die Tuberkulosebetten in den kleinen Krankenhäusern unter allen Umständen erhalten“ blieben und ihre Zahl nicht „zu Ungunsten von Blankenburg verringert“ würde.¹⁷³ Außerdem regte er an, die Landkrankenhäuser dahingehend zu überprüfen, ob deren Asylierungsplätze bestimmungsgemäß belegt seien. Er habe beobachtet, dass dort Bettenraum durch Tuberkulosekranke in Anspruch genommen werde, die „z.T. bereits wieder arbeitsfähig“ gewesen seien oder „durch ein entsprechendes Heilverfahren entseucht und wieder arbeitsfähig gemacht“ werden könnten.¹⁷⁴ Bereits Mitte 1942 hatte er für „eine gewisse Dezentralisierung durch Schaffung verschiedener Asylisierungsstätten [sic]“ plädiert, um „Ausweichmöglichkeiten“ zu haben.¹⁷⁵ Eine „einzige zentrale Asylierungsstelle [sic]“ lehnte er ab, da sie schnell Gefahr laufe, durch die „erhöhte Mortalität in solchen Häusern bald in den Ruf eines Sterbehauses“ zu kommen.¹⁷⁶

Slottys Überlegungen entsprachen den Festlegungen, die der Reichstuberkuloseausschuss ein Jahr später in seinen „Richtlinien [...] über die Absonderung ansteckend Tuberkulöser“ traf.¹⁷⁷ Diese verlangten eine Ausdifferenzierung der Asylierungsfälle: Anders als die noch arbeitsfähigen unter den ansteckender Tuberkulosekranken sollten jene, die sich bereits in einem sehr fortgeschrittenen Erkrankungsstadium befanden, in die Allgemeinkrankenhäuser eingewiesen werden:

„a) Durch[sic] freiwillige Absonderung schwerkranker, dauernd bettlägeriger und sterbender Tuberkulöser ist möglichst in allgemeinen Kranken-

¹⁷² Slotty als Bezirksleiter des Reichstuberkuloseausschusses an den „Leitenden Medizinalbeamten beim Reichsverteidigungskommissar Herrn Präsidenten Dr. Wex“, 22.07.1944 (BArch R 96-II/74, Bl. 18).

¹⁷³ Ebd.

¹⁷⁴ Bezirksleiter Slotty an den Reichstuberkuloseausschuss, 25.08.1944, Bl. 2 (BArch R 96-II/74, Bl. 19); die Überprüfung erfolgte durch die Gesundheitsämter auf Anfrage des Reichsstatthalters für Oldenburg und Bremen und Reichsverteidigungskommissars Weser-Ems, weitergeleitet durch das Oldenburgische Innenministerium mit Schreiben v. 28.07.1944 (StAO Rep 630 Best 242-4 Nr. 233, Bl. 80/1).

¹⁷⁵ Slotty an das Oldenburgische Innenministerium, Abteilung Gesundheitswesen, 06.07.1942, weitergeleitet in Abschrift an die Oldenburgischen Gesundheitsämter am 11.07.1942 (StAO Rep 630 Best 242-4 Nr. 233, Bl. 52).

¹⁷⁶ Ebd.

¹⁷⁷ „Richtlinien des Reichs-Tuberkulose-Ausschusses über die Absonderung ansteckend Tuberkulöser“, als Sonderdruck aus: „Der Öffentliche Gesundheitsdienst“, 9. Jg. [1943], H. 17/18, Nr. 43, S. 225 B (StAO Best. 136 Nr. 22861, Bl. 19).

häusern des Heimatortes oder in der Nähe des Heimatortes vorzunehmen.“¹⁷⁸

In den Aufnahmerichtlinien des Tuberkulosekrankenhauses Kloster Blankenburg vom Juni 1944 war diese Vorgabe umgesetzt worden. Sie sahen ausdrücklich keine Aufnahme vor für „solche Kranke, die dauernd bettlägerig sind und mit deren Ableben in kürzerer Zeit zu rechnen ist“, ebenfalls ausgeschlossen waren „Asoziale“ und „Ausländer“.¹⁷⁹ Weiter hieß es unmissverständlich:

„Das Tuberkulose-Krankenhaus darf nicht zu einem Sterbehaus werden. Derartige Fälle sind nach wie vor in den örtlichen Krankenhäusern unterzubringen und müssen gegebenenfalls auch von Blankenburg aus dorthin verlegt werden können.“¹⁸⁰

Hier zeigt sich, warum Slotty auf die Asylisierungsbetten in den Allgemeinkrankenhäusern nicht verzichten wollte. Sie wurden für die Übernahme von Tuberkulosekranken aus Blankenburg benötigt, deren Zustand sich so verschlechtert hatte, dass ihr baldiger Tod zu erwarten war. Viele Schwerkranke werden gar nicht erst in Blankenburg, sondern gleich in einem Allgemeinkrankenhaus untergekommen sein.

Bei den Asylisierungsfällen, die nach Blankenburg eingewiesen wurden, sollte nach Möglichkeit verschleiert werden, dass Heilbehandlungen wie in einer Lungenheilstätte bei ihnen nicht vorgesehen waren. In den Richtlinien des Reichstuberkuloseausschusses ist unverblümt von Tarnung die Rede:

„b) Die freiwillige Absonderung ansteckender Tuberkulöser mit einer gewissen Bewegungs- und Leistungsfähigkeit ist grundsätzlich getarnt vorzunehmen. Die Abzusondernden sind möglichst nicht in besonderen ausschließlich für Abzusondernde bestimmte Anstalten (in sogenannten Asylierungsheimen oder gar in großen provinziellen

¹⁷⁸ Ebd., Abschn. C III a.

¹⁷⁹ „Richtlinien“ der LVA Oldenburg-Bremen „für die Einweisung in das Tuberkulose-Krankenhaus Blankenburg (Oldb) (Krankenhaus-Sonderanlage Aktion Brandt)“, 26.06.1944 (StAO Rep 630 Best 242-4 Nr. 236, Bl. 24).

¹⁸⁰ Ebd.; vgl. mit ähnlichem Tenor die Anweisungen Slottys vom April 1994, zit. in Fleßner, Tuberkulose, S. 57.

Bezirksasylierheimen) unterzubringen. Die ideale Forderung wäre, sie in Tuberkuloseheilanstalten (Tuberkuloseheilstätten, Tuberkulosekrankenhäusern, Tuberkulosekliniken, Arbeitsheilstätten, Nachfürsorgeheimen in Angliederung an eine Tuberkulosemutteranstalt) den noch heilfähigen Kranken unterzumischen. Soweit dies bei der derzeitigen Bettenknappheit nicht möglich ist, muß auf jeden Fall der therapeutische Charakter der Anstalt deutlich betont und dafür gesorgt werden, daß auch Fälle mit Heilaussichten (z.B. solche, die durch Liegekur operationsreif werden sollen) aufgenommen werden. ¹⁸¹

Die hier formulierte „ideale Forderung“ hinsichtlich der Unterbringung von noch nicht todgeweihten Asylierungsfällen – ihre dezentrale und getarnte Unterbringung inmitten der „heilfähigen“ Kranken in den bestehenden Tuberkuloseheilstätten – wurde mit der Neueröffnung eines Tuberkulosekrankenhauses für Asylierungsfälle nicht erfüllt. Angesichts der Zahl der in Blankenburg aufgenommenen Kranken ist klar, dass ihre Unterbringung in den oldenburgischen Lungenheilstätten nur möglich gewesen wäre, wenn die LVA den Bettenraum dort erheblich erweitert hätte. Das aber war im fünften Kriegsjahr nach den militärischen Beschlagnahmen nicht zu erwarten. Außerdem hatte die LVA ihre Aufnahmebedingungen in den Lungenheilstätten ganz auf die Behandlung von Patienten mit guten Heilungsaussichten abgestellt. Sie gemeinsam mit Asylierungsfällen aufzunehmen, hätte eine Kehrtwende bedeutet.

Ansonsten entsprach das Blankenburger Konzept voll und ganz den Richtlinien des Reichstuberkuloseausschusses, auch im Hinblick darauf, dass der „therapeutische Charakter“ der Asylierungseinrichtung „betont“ werden sollte. Nach den Richtlinien sollte keine bloße Verwahrung der Kranken stattfinden. Sie sahen zwar keine Heilbehandlung im eigentlichen Sinne vor, aber doch eine tuberkulosespezifische Betreuung der Asylierten:

„c) Die Absonderung kann in Krankenhäusern oder in Heimen erfolgen, wenn diese Anstalten über Isolierzimmer, Liegehallen und ausreichende

¹⁸¹ Abschn. C.III. b) der „Richtlinien des Reichs-Tuberkulose-Ausschusses über die Absonderung ansteckend Tuberkulöser“, als Sonderdruck aus: „Der Öffentliche Gesundheitsdienst“, 9. Jg. [1943], H. 17/18, Nr. 43, S. 225 B (StAO Best. 136 Nr. 22861, Bl. 19).

Bewegungsmöglichkeiten verfügen. Bei solcher Unterbringung sind die Erfahrungen, die in den Tuberkulosekrankenhäusern und Heilstätten gemacht sind, zu verwenden (Trennung von den übrigen Kranken, Schutzmaßnahmen für das Personal, lungenfachärztliche Betreuung, verständnisvolle pflegerische Betreuung, Urlaubsregelung usw.)“¹⁸²

Blankenburg erfüllte diese Anforderungen. Eine ärztliche Grundversorgung war offensichtlich gewährleistet, ebenso die Durchführung von Liegekuren. In der Hausordnung des Krankenhauses waren sie neben den „allgemeinen ärztlichen Massnahmen“ und der Arbeitstherapie als Teil des Behandlungskonzepts ausdrücklich aufgeführt.¹⁸³

3.3.4 Verlegungen und Entlassungen aus Blankenburg

In den Aufnahme Richtlinien des Tuberkulosekrankenhauses Blankenburg war der Kreis der aufzunehmenden Kranken dazu wie folgt definiert:

- „a) alle zweifelhaften Fälle, bei denen die Art ihrer weiteren Behandlung (Heilverfahren oder Absonderung) noch nicht einwandfrei ermittelt ist (Beobachtungsabteilung)
- b) Kranke, für die ein Heilverfahren in einer Heilstätte nicht in Frage kommt, die aber aus Gründen der Bekämpfung der Tuberkulose absondert werden müssen (Absonderungsabteilung).
- c) Über die Aufnahme von Kindern entscheidet im Einzelfall der Chefarzt.“¹⁸⁴

Die Asylisierung in Blankenburg konnte also für einen Kranken bedeuten, zunächst über einen gewissen Zeitraum ärztlich betreut und beobachtet zu werden, um dann bei entsprechender positiver Beurteilung doch noch zur Heilbehandlung in eine Heilstätte verlegt zu werden. Denkbar ist auch, dass Kranke, die zunächst in der „Abson-

¹⁸² Ebd., Abschn. C.III.c).

¹⁸³ „Hausordnung für das Gau-Tuberkulose-Krankenhaus Blankenburg (Oldb)“, von der LVA Oldenburg-Bremen mit Schreiben vom 23.01.1945 übersandt an das Gesundheitsamt in Brake (StAO Rep 630 Best 242-4 Nr. 236, Bl. 35).

¹⁸⁴ „Richtlinien“ der LVA Oldenburg-Bremen „für die Einweisung in das Tuberkulose-Krankenhaus Blankenburg (Oldb) (Krankenhaus-Sonderanlage Aktion Brandt)“, 26.06.1944 (StAO Rep 630 Best 242-4 Nr. 236, Bl. 24).

derungsabteilung“ untergebracht worden waren, später in die „Beobachtungsabteilung“ verlegt wurden, weil ihr Zustand sich gebessert hatte. Die folgenden Fallbeispiele sind dem Krankenblattbestand der LVA Oldenburg-Bremen entnommen. Die Quellen sind oft unvollständig und enthalten nicht selten spärliche Angaben, so dass nur eine sehr skizzenhafte Darstellung möglich ist.

Ein 1921 geborener Arbeiter aus Wilhelmshaven, seit 1942 arbeitsunfähig, war mehrmals wegen Tuberkulose in Hamburg und Umgebung behandelt worden. Vermutlich war dort bei ihm ein linksseitiger Pneumothorax angelegt worden. Am 18. Dezember 1944 wurde er in Blankenburg aufgenommen. Hier wurde bei einer Probepunktion am 15. Februar 1945 ein aktiver Tuberkuloseprozess im rechten Lungenflügel festgestellt. Am 23. März 1945 wurde er zur Behandlung nach Wildeshausen verlegt.¹⁸⁵

Eine 24-jährige Patientin aus dem Landkreis Friesland wurde am 26. Mai 1944 in Blankenburg aufgenommen und am 5. Oktober 1944 als „gut gebessert“, aber „noch nicht arbeitsf[ähig]“ nach Hause entlassen. Ihre weitere Arbeitsfähigkeit wurde mit 50 Prozent und dem Hinweis „leichtere Arbeit“ angegeben. Obwohl die Behandlung mit einem Pneumothorax bei ihr fehlschlug, war die Tuberkuloseinfektion in der rechten Lunge zurückgegangen. Zur Nachsorge wurde „häusliche Absonderung“ vorgeschlagen, außerdem später „nochmals eine Kur“.¹⁸⁶

1942 war bei einem Wilhelmshavener Verwaltungsgehilfen eine offene Lungentuberkulose festgestellt worden. Im folgenden Jahr wurde er fünf Monate in der Heilstätte Wildeshausen behandelt. Von dort wurde er mit einer noch immer offenen Tuberkulose als arbeitsunfähig entlassen. Im März 1944 folgte die Asylierung in der für Wilhelmshavener Tuberkulosepatienten eingerichteten Abteilung in der Heil- und Pflegeanstalt Wehnen, von wo er im August 1944 nach Blankenburg verlegt wurde. Er war zu dieser Zeit 34 Jahre alt. Der Patient litt neben seiner Tuberkuloseerkrankung an einer „hochgradigen Kyphoskoliose“, einer Verkrümmung der Wirbelsäule mit Buckelbildung, „sowie Lähmungen und Versteifungen an den unteren Extremitäten“. Er blieb in Blankenburg bis zu seiner Entlassung im November 1947. Seine

¹⁸⁵ Krankenblatt zu Patient J. B., geb. 1921 (StAO Dep 33 Akz. 2012/013 Nr. 13).

¹⁸⁶ Krankenblatt zu Patientin G. B., geb. 1920 (StAO Dep 33 Akz. 2012/013 Nr. 12).

Tuberkuloseerkrankung war bis dahin nicht abgeheilt und nach wie vor ansteckend. Sein „Allgemeinbefinden ist jetzt aber wieder völlig ungestört“, hieß es im Entlassungsbericht. Er wurde „zur geschlossenen Asylierung nach Ruttelerfeld“ bei Zetel verlegt.¹⁸⁷

Am 23. März 1945 wurde ein 32-jähriger, in Kroatien geborener Patient von Blankenburg nach Wildeshausen verlegt. Als sein Beruf war „Händler“ angegeben. Er hatte seit 1938 Lungentuberkulose, und war 1940 im Tuberkulosekrankenhaus Tönsheide bei Neumünster in Schleswig-Holstein chirurgisch behandelt worden. Von Juni bis August 1944 war er in Blankenburg untergebracht gewesen, dann erneut in Tönsheide operiert und im Februar 1945 nach Blankenburg zurückverlegt worden.¹⁸⁸

Eine 17-jährige Patientin wurde am 28. Oktober 1944 in Blankenburg aufgenommen und im Februar 1946 entlassen. Im Entlassungsbericht ist vermerkt, dass sie in diesem Jahr schwanger geworden sei. Ihr Verhalten wurde als „dem Alter entsprechend uneinsichtig, sonst einwandfrei“ beurteilt.¹⁸⁹

Bei einem 1922 in Belgien geborenen Patienten, von Beruf Frisör, wurde im Juli 1944 der Verdacht auf Lungentuberkulose diagnostiziert. Er wohnte zu dieser Zeit bei seinem Arbeitgeber in Brake. Der Patient wurde offenbar zunächst in die Heil- und Pflegeanstalt Wehnen verlegt und kam von dort am 4. August 1944 nach Blankenburg. Die Tuberkulose konnte nie eindeutig nachgewiesen werden, er hatte offenbar nur eine schwere Lungenentzündung. Am 27. Januar 1945 wurde er als „voll arbeitsfähig“ entlassen.¹⁹⁰

Am 27. September 1944 wurde eine 20 Jahre alte Bremerin in Blankenburg aufgenommen. Sie war seit Mai 1944 arbeitsunfähig gewesen. Am 23. November 1944 wurde sie in Wildeshausen chirurgisch behandelt. Als gebessert und zur Weiterbehandlung wurde sie von Blankenburg aus am 17. Februar 1945 in eine Lungenheil-

¹⁸⁷ Krankenblatt zu Patient A. B., geb. 1909 (StAO Dep 33 Akz. 2012/013 Nr. 8).

¹⁸⁸ Krankenblatt zu Patient W. B., geb. 1912 (StAO Dep 33 Akz. 2012/013 Nr. 104).

¹⁸⁹ Krankenblatt zu Patientin C. B., geb. 1926 (StAO Dep 33 Akz. 2012/013 Nr. 104).

¹⁹⁰ Krankenblatt zu Patient G. v. A., geb. 1922 (StAO Dep 33 Akz. 2012/013 Nr. 102).

stätte in Schleswig-Holstein verlegt. Sie war in den Jahren zuvor bereits in Jena und Thüringen behandelt worden.¹⁹¹

Bei den dargestellten Fällen handelt es sich durchweg um jüngere Patienten. Der Älteste war bei seiner Aufnahme in Blankenburg 34 Jahre alt. Diese Häufung könnte die Folge einer ärztlichen Auswahlstrategie sein, durch die vor allem jüngere Patienten verlegt und entlassen worden sind. Bei der geringen Fallzahl kann diese Interpretation jedoch nur eine Vermutung sein. Da der historische Krankenblattbestand der LVA Oldenburg-Bremen insgesamt lückenhaft ist, kann aus seiner Auswertung keine belastbare Aussage darüber abgeleitet werden, ob hier bestimmte Patientengruppen anderen vorgezogen wurden.

Die dargestellten Fälle belegen jedenfalls, dass in der Zeit zwischen April 1944 und Mai 1945, also in der Zeit des Betriebes der Klosteranlage als Sonderkrankenhaus „Aktion Brandt“ und „Gau-Tuberkulose-Krankenhaus“, tatsächlich immer wieder Patienten von Blankenburg aus zur Behandlung in eine Lungenheilstätte verlegt oder nach Hause entlassen wurden.

3.3.5 Arbeitstherapie in Blankenburg

Tuberkulosekranke konnten in Blankenburg zur Arbeitstherapie verpflichtet werden. Welches Ausmaß die Arbeitseinsätze hatten, ist nicht im Einzelnen dokumentiert. Es gab in Blankenburg jedoch quasi eine Stammebelegschaft für die anfallenden Arbeiten. Der weiter oben zitierte Besichtigungsbericht vom Mai 1944 enthält den Hinweis, dass „ca. 35 Pfleglinge des ehemaligen Gertrudenheims [...] im landwirtschaftlichen Betrieb und in der Nähstube beschäftigt“ und in einer alten Baracke „notdürftig untergebracht“ seien.¹⁹² Daran änderte sich unter dem neuen Betreiber anscheinend nichts. Am Tag der Übernahme durch die LVA wird in einem längeren Vermerk dazu unter Berufung auf einen mit der Bauausführung beauftragten Architekten festgehalten, dass ein „früher vorgesehener Neubau für die in der Landwirtschaft beschäftigten Schwachsinnigen [...] von Berlin strikte [sic] abgelehnt“ worden sei und

¹⁹¹ Krankenblatt zu Patient L. A., geb. 1923 (StAO Dep 33 Akz. 2012/013 Nr. 102).

¹⁹² Interner Vermerk der LVA Oldenburg-Bremen, 26.05.1944 (StAO Dep 33 Akz. 306 Nr. 201, o. Bl.); siehe Kap. 3.3.2 in dieser Arbeit.

die „Pfleglingsbaracke [...] der Anstalt verbleiben“ solle.¹⁹³ Offensichtlich wurden weiter Pfleglinge in der Landwirtschaft eingesetzt, und zwar lange über die Zeit des Nationalsozialismus hinaus. Noch 1950 forderte die LVA Oldenburg-Bremen „arbeitsfähige Pfleglinge“ aus der Anstalt in Wehnen für die Landwirtschaft seines Tuberkulosekrankenhauses an.¹⁹⁴ Denkbar ist, dass die körperlich anstrengenden Arbeiten von ihnen ausgeführt wurden, während die Tuberkulosekranken in Blankenburg je nach Leistungsfähigkeit nur bei zusätzlichem Bedarf oder zur Ausführung bestimmter handwerklicher Tätigkeiten herangezogen wurden. Darauf deutet ein Schreiben des Oldenburgischen Innenministeriums vom Oktober 1944 hin. In ihm werden die Gesundheitsämter gebeten, für Blankenburg bei der Anordnung von Asylierungsmaßnahmen „geeignete Handwerker“ auszuwählen, besonders „Schuhmacher, Friseure und Friseurinnen, Maler (Anstreicher), Schneider, Schneiderinnen, Flickfrauen, Elektriker, Schlosser oder Klempner, Tischler oder Zimmerer“ würden benötigt.¹⁹⁵ „Selbstverständlich“ werde ihnen „ein angemessenes Entgelt“ gezahlt, versicherte das Ministerium und erläuterte:

„Der Zweck der Asylierung von Tuberkulosekranken, der durch ihre Einweisung in das Tuberkulose-Krankenhaus erreicht werden soll, würde vereitelt werden, wenn die Patienten zu zahlreichen Besorgungen nach Oldenburg oder zu ihren Verwandten und Bekannten fahren, beispielsweise stundenlang zur Herstellung einer Dauerwelle in Friseurläden sitzen. Auf der anderen Seite erweist es sich als notwendig und zweckmäßig, den Patienten über tote Stunden dadurch hinwegzuhelfen, dass man ihnen irgendeine Beschäftigung gibt, sie z.B. bei kleineren Arbeiten in den Häusern, im Garten und in den Anlagen einsetzt, soweit sie dafür Neigung haben und gesundheitlich dazu in der Lage sind. In diesem Sin-

¹⁹³ Interner Vermerk der LVA Oldenburg-Bremen, 01.06.1944 (StAO Dep 33 Akz. 306 Nr. 201, o. Bl.).

¹⁹⁴ LVA Oldenburg-Bremen an den Landesfürsorgeverband Oldenburg, 16.11.1950 (BVA III-3K.48).

¹⁹⁵ Oldenburgisches Innenministerium, Dr. Jacobs, 13.10.1944 an die Gesundheitsämter (StAO Rep 630 Best 242-4 Nr. 236, Bl. 27).

ne muss auch in Asylierungskrankenhäusern von einer Arbeitstherapie gesprochen werden.“¹⁹⁶

Die ausführliche Begründung vermittelt den Eindruck, dass den Gesundheitsämtern der Sinn und Nutzen von Arbeitseinsätzen bei Asylierungsfällen erst noch plausibel gemacht werden musste und das Ministerium von vornherein Bedenken ausräumen wollte, die Arbeit könnte die Kranken überfordern. In der Tat gab es von ärztlicher Seite – unter anderem von Seiten Slottys – Bedenken dieser Art.¹⁹⁷ Kaum anzunehmen ist, dass das Ministerium meinte, die Verhältnisse in Blankenburg gegenüber den Gesundheitsämtern auf Dauer beschönigen zu können. Insofern können die Ausführungen des Ministeriums als Beleg dafür gewertet werden, dass die Arbeitstherapie in Blankenburg einen eher beschränkten Umfang hatte.

3.3.6 Kloster Blankenburg in der Besatzungszeit

Das Tuberkulosekrankenhaus Blankenburg blieb über das Kriegsende hinaus in Funktion. Eine Unterbrechung gab es allenfalls wenige Wochen nach dem Zusammenbruch der NS-Herrschaft. Schon am 1. Juni 1945 jedoch teilte die LVA Oldenburg-Bremen den Gesundheitsämtern mit, dass Blankenburg „auch weiterhin zur Aufnahme von Asylierungsfällen“ bereit stehe.¹⁹⁸ Im Dezember 1945 gab die LVA Oldenburg-Bremen Einweisungsrichtlinien heraus, die in wesentlichen Punkten denen von 1944 entsprachen. „Bewahrungsfälle zur dauernden Asylierung“ sollten wieder ebenso wie „Beobachtungsfälle“ aufgenommen werden, neu war die Definition sogenannter „Durchgangsfälle“, das heißt die Aufnahme von Patienten, die eine Einweisung zur Heilstättenbehandlung hatten, aber noch auf freie Behandlungsplätze warten mussten.¹⁹⁹ Nach wie vor nicht aufgenommen wurden „Asoziale“ und „Kranke, mit deren Ableben in kürzerer Zeit zu rechnen ist oder die dauernd bettlägerig sind“.²⁰⁰ Weggefallen war dagegen der Ausschluss von Ausländern. Im Übrigen

¹⁹⁶ Ebd.

¹⁹⁷ Siehe hierzu Kap. 3.4.

¹⁹⁸ LVA Oldenburg-Bremen an das Gesundheitsamt Wesermarsch, 01.06.1945 (StAO Rep 630 Best 242-4 Nr. 235, Bl. 27).

¹⁹⁹ „Richtlinien für die Einweisung in das Tuberkulose-Krankenhaus Kloster Blankenburg der Landesversicherungsanstalt Oldenburg-Bremen, 20.12.1945 (StAO Rep 630 Best 242-4 Nr. 236, Bl. 43).

²⁰⁰ Ebd.

zwang die Nachkriegssituation zu Anpassungen insbesondere im Umgang mit den Schwerkranken. In den Richtlinien wurde darauf hingewiesen, dass die „Zahl der ansteckungsfähigen Tuberkulösen“ durch die Zunahme der Flüchtlinge erheblich angestiegen und dadurch „eine geschlossene Asylierung in den örtlichen Krankenhäusern“ kaum noch möglich sei.²⁰¹ Dennoch dürften diese Kranken „erst bei Erschöpfung aller örtlichen Möglichkeiten“ nach Blankenburg eingewiesen werden.²⁰² Wieder wurde aber davor gewarnt, Blankenburg „in den Ruf eines Sterbehauses“ kommen zu lassen:

„Es muß daher unbedingt darauf gesehen werden, daß die Zahl der Todesfälle im Kloster Blankenburg auf alle Fälle in erträglichen Grenzen bleibt, die Einweisung von Schwerstkranken also auf ein Mindestmaß beschränkt wird. Derartige Fälle sind daher nach wie vor in den örtlichen Krankenhäusern unterzubringen und müssen gegebenenfalls auch von Blankenburg aus dorthin verlegt werden.“²⁰³

Ungeachtet der grundsätzlichen Regelung konnte die Aufnahme von Schwerkranken nicht mehr so konsequent wie vor Kriegsende verweigert werden. Zeitzeugen berichteten von vielen Sterbefällen in den ersten Jahren nach Kriegsende: „Die starben wie die Fliegen“, berichtete die Ehefrau eines Tuberkulosepatienten, der ab September 1948 für zwei Monate in Blankenburg untergebracht war.²⁰⁴ Ende der 1940er Jahre scheint sich die Situation in Blankenburg aber verbessert zu haben. Mit Ablauf des Jahres 1948 gab die LVA Oldenburg-Bremen erneut geänderte Aufnahmereglungen für Blankenburg bekannt und stellte klar, dass bald sterbende oder dauerhaft bettlägerige Kranke „in Zukunft nicht mehr in Blankenburg aufgenommen“ würden.²⁰⁵ Im Übrigen sollte die Funktion der Beobachtungsabteilung Vorrang vor der Asylierung von Tuberkulosekranken bekommen:

²⁰¹ Ebd.

²⁰² Ebd.

²⁰³ Ebd.

²⁰⁴ Telefonat mit Frau B. am 09.09.2014; Krankenblatt zu Patient K.B., geb. 1919 (StAO Dep 33 Akz. 2012/013 Nr. 10).

²⁰⁵ LVA Oldenburg-Bremen an die Gesundheitsämter und Lungenfachärzte des Anstaltsbezirks, 30.12.1948 (StAO Rep 630 Best 242-4 Nr. 236, Bl. 63).

In erster Linie soll es [das Tuberkulosekrankenhaus Blankenburg, A.F.] fortan dem Zwecke dienen, Tuberkulosekranke vorübergehend aufzunehmen, sei es zur Überweisung in die für sie bestimmten Heilstätten, sei es zur Durchführung genauerer Beobachtungen zwecks Entscheidung über die für sie geeignete stationäre Behandlung (Heilstättenkur oder Krankenhausbehandlung).

Neben den vorgenannten Aufgaben soll das Tuberkulose-Krankenhaus Kloster Blankenburg auch weiterhin der Aufnahme von Dauerfällen offener Tuberkulose dienen [...] Die Aufnahme solcher Dauerpatienten kann nur in beschränktem Umfange erfolgen.“²⁰⁶

Immer noch aber – ganz im Sinne der Richtlinien des Reichstuberkuloseausschusses von 1943 – sollte die Asylierung verdeckt durchgeführt werden. Die Unterbringung besagter Dauerfälle sei den anderen Patienten, „zweckmässig nicht mitzuteilen“, so die Anweisung.²⁰⁷

Die Asylierung von Tuberkulosepatienten als Alternative zu einem Heilverfahren verlor in den 1950er Jahren immer mehr an Bedeutung. Dies lag zum einen am allgemeinen Rückgang der Lungentuberkulose, zum anderen an der Einführung der neuen chemotherapeutischen Verfahren. Mit den neuen Medikamenten waren die Ärzte in der Lage, auch schwere Erkrankungsfälle mit Erfolg zu behandeln, die früher nur asyliert worden wären. Dadurch verwischten zunehmend die Grenzen zwischen Asylierung und Heilbehandlung.

²⁰⁶ Ebd.

²⁰⁷ Ebd.

3.4 Arbeitstherapie und Arbeitseinsatz aus ärztlicher Sicht

In seinem Jahresbericht 1942/43 wies Bezirksleiter Slotty darauf hin, dass eine „Arbeitstherapie [...] in beschränktem Umfange bisher nur in der Heilstätte Wildeshausen“ stattfinde.²⁰⁸ Die LVA Oldenburg-Bremen habe ursprünglich die Heilstätte Sannum als „Arbeitsheilstätte im Anschluß an die Heilstätte Wildeshausen“ einrichten wollen, diese Pläne aber nach Kriegsbeginn zurückstellen müssen.²⁰⁹ Im darauf folgenden Jahresbericht kritisierte er die Situation erneut. Eine „Arbeitsbehandlung“ sei in seinem Bezirk „immer noch nicht in wünschenswertem Maße“ durchführbar.²¹⁰ Aufgrund der Raumnot in den Heilstätten bestehe, wie er formulierte: „keine Möglichkeit, Arbeitstherapie industriellen Charakters zu betreiben“.²¹¹ In Wildeshausen seien nur „Garten- und Forstarbeiten, Reparaturen in der Tischlerwerkstatt und Klebearbeiten“ möglich.²¹² Nachdem er sich vergeblich um eine „Baracke für Zwecke der Arbeitstherapie“ bemüht habe, hoffe er nun, dass im Tuberkulosekrankenhaus Blankenburg „Arbeitstherapie in größerem Maße“ möglich werde.²¹³

Slottys Äußerungen ist zu entnehmen, dass von den oldenburgischen Lungenheilstätten Anfang der 1940er Jahre nur die Heilstätte Wildeshausen ihre Tuberkulosekranken zu Arbeiten heranzog. Dabei handelte es sich offensichtlich um betriebsinterne bzw. betriebsnahe Beschäftigungen in einem beschränkten Umfang. Deutlich ist auch, dass Slotty die Arbeitstherapie für Tuberkulosekranke nicht nur grundsätzlich befürwortete, sondern ausweiten wollte. Die Formulierung „industriellen Charakters“ verrät, dass er dabei nicht so sehr an therapeutische Ziele, sondern vielmehr an eine systematische Arbeitskraftnutzung dachte.

Andererseits hatte Slotty wiederholt klargestellt, dass er Arbeitseinsätze von Tuberkulosekranken aus medizinischer Sicht für kontraproduktiv hielt, wenn die Kranken

²⁰⁸ „Jahresbericht 1942/43 des Bezirksleiters für Oldenburg des Reichs-Tuberkulose-Ausschusses“, S. 7 (BArch R 96-II/82, Bl. 218).

²⁰⁹ Ebd.

²¹⁰ „Jahresbericht 1943/44 des Bezirksleiters für Oldenburg des Reichs-Tuberkulose-Ausschusses“, S. 7 (BArch R 96-II/85, Bl. 40).

²¹¹ Ebd.

²¹² Ebd.

²¹³ Ebd.

dadurch gesundheitlich überfordert würden. Bereits 1941 hatte er einen Bericht dazu verfasst, der von der LVA Oldenburg-Bremen in einem Schreiben an die Gesundheitsämter zitiert wurde. Darin hieß es:

„In der letzten Zeit sind mir die besonders zahlreichen Wiederholungskuren bei Kranken aufgefallen, die erst in den letzten Jahren hier zur Kur waren. Ich habe den Eindruck, dass es vielfach daran liegt, dass die Kranken eine zu anstrengende Tätigkeit haben. Wir legen unser besonderes Augenmerk darauf, dass die zur Entlassung kommenden Kranken einen geeigneten Arbeitsplatz erhalten [...]. Für den Tuberkuloseablauf bei dem einzelnen Kranken ist es sehr wesentlich, dass seine Arbeitskräfte nur soweit beansprucht werden, wie es in Betracht der jeweiligen Tuberkuloseform [sic], ohne Gefahr einer Überbeanspruchung, verantwortet werden kann. Der ganze Erfolg der Heilstättenkur, einschließlich Arbeitstherapie, ist illusorisch, wenn der Kranke beruflich überbelastet wird und dadurch der Lungenprozess in kurzer Zeit schon wieder eine Verschlechterung erfährt.“²¹⁴

Für die Vermittlung des Arbeitsplatzes war, wie Slotty ausführte, das Arbeitsamt bzw. bei größeren Betrieben der Betriebsarzt oder der Betriebsführer zuständig. Von Seiten der Lungenheilstätte aber könne nicht kontrolliert werden, „ob die Kranken nun tatsächlich einen ihrer verminderten Leistungsfähigkeit entsprechenden Arbeitsplatz“ erhielten.²¹⁵ Er regte daher eine Kontrolle durch die Gesundheitsämter an:

„Es ist meiner Meinung nach Aufgabe der Gesundheitsämter – und lässt sich auch von diesen am leichtesten durchführen, – dass sie neben der Überwachung des Kranken selbst, seiner Angehörigen und der Wohnungsverhältnisse, sich über die Schwere der Arbeit, der Arbeitszeit und über die hygienischen Bedingungen des Arbeitsplatzes unterrichten, damit sofort bei ungünstigen Arbeitsbedingungen mit Hilfe des Arbeitsam-

²¹⁴ LVA Oldenburg-Bremen an das Gesundheitsamt Wesermarsch, 26.07.1941 (StAO Rep 630 Best 242-4 Nr. 235, Bl. 17/1).

²¹⁵ Ebd.

tes, des Betriebsarztes oder des Betriebsführers, Abhilfe geschaffen werden kann.“²¹⁶

Der Leiter des Gesundheitsamtes Wesermarsch entgegnete in seiner Stellungnahme, die Arbeitsbedingungen Tuberkulosekranker würden schon immer in Zusammenarbeit mit dem Arbeitsamt überwacht, die Probleme lägen aber zum Teil bei den Betrieben, zum Teil bei den Tuberkulosekranken selbst. Denn auf der einen Seite würden viele Betriebe den Einsatz ansteckender Tuberkulöser ablehnen, auf der anderen Seite würden Tuberkulosekranke ihre Kräfte nach einer Kur häufig überschätzen und, um mehr Geld zu verdienen, zu viel arbeiten. Hier sei eine Kontrolle schwierig.²¹⁷ Inwieweit sich der Gesundheitsamtsleiter mit dieser Stellungnahme gegen eine Einmischung in die eigenen Zuständigkeiten verwahren wollte, sei dahingestellt. In der Sache waren sich Slotty und der Braker Amtsarzt einig. Im Jahresgesundheitsbericht 1943 meldete auch das Gesundheitsamt Wesermarsch, dass der dortige Anstieg der Erkrankungszahlen und die Zunahme schwerer Erkrankungsverläufe unter anderem auf erschwerte Arbeitsbedingungen zurückzuführen seien. In der entsprechenden Rubrik des Jahresgesundheitsberichts für das vorausgegangene Jahr lautete die Formulierung: „Für Tuberkulose nicht ausreichende Ernährung trotz Zulage. Vermehrte Arbeitszeit. Erhöhte Anforderungen.“²¹⁸ Abhilfe solle durch mehr Heilstättenkuren und die „Herabsetzung der Arbeitszeiten und leichtere Arbeitsstätten“ geschaffen werden.²¹⁹

Slotty thematisierte die aus seiner Sicht problematischen Formen des Arbeitseinsatzes von Tuberkulosekranken in den Jahren 1943 und 1944 auch in seinen Jahresberichten an den Reichstuberkuloseausschuss. Hier kritisierte er besonders die Vermittlung von Arbeitsplätzen durch die Betriebsärzte, die zumeist „keine besonderen Kenntnisse der Tuberkulosekrankheit“ hätten, die Vorschläge der Heilstättenärzte aber oft als unbefugte Einmischung ablehnen würden.²²⁰ So käme es „trotz aller Bemühungen der Heilstätten“ dazu, dass Tuberkulosekranke „am ungeeigneten Ar-

²¹⁶ Ebd.

²¹⁷ Ebd., Bl. 17/2.

²¹⁸ Jahresgesundheitsbericht 1943 des Landkreises Wesermarsch, 12.02.1944, Abschnitt II. B. (StAO Rep 630 Best 242-4 Nr. 133, Bl. 7).

²¹⁹ Ebd.

²²⁰ „Jahresbericht 1942/43 des Bezirksleiters für Oldenburg des Reichs-Tuberkulose-Ausschusses“, S. 7 (BArch R 96-II/82, Bl. 218).

beitsplatz“ eingesetzt würden. Der Einsatz erfolge, wie ihm Kranke selbst mitgeteilt hätten, „oft nicht nach ärztlichen, sondern nach betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten.“²²¹ Wie schon in seinem Bericht aus dem Jahre 1941 schlug er gegenüber dem Reichstuberkuloseausschuss vor, den Arbeitseinsatz Tuberkulosekranker durch die Gesundheitsämter überprüfen zu lassen. Maßgeblich sollten die Vorschläge der Heilstätten sein. In Wildeshausen habe sich die Praxis bewährt, „in jedem Falle den künftigen Arbeitseinsatz bereits während der Heilstättenkur“ zu vermitteln.²²²

²²¹ Ebd.

²²² „Jahresbericht 1943/44 des Bezirksleiters für Oldenburg des Reichs-Tuberkulose-Ausschusses“, S. 9 (BArch R 96-II/85, Bl. 42).

3.5 Zwangsassylierung

Nach den „Richtlinien des Reichs-Tuberkulose-Ausschusses über die Absonderung ansteckend Tuberkulöser“ vom September 1943 waren Zwangsassylierungen in Einrichtungen durchzuführen, die eine Unterbringung unter Haftbedingungen ermöglichten: „Getrennte ausbruchssichere Unterkünfte für Männer und Frauen, gegen Entweichung gesicherter Freiraum [...], zur Durchführung von Hausstrafen ausbruchssichere Einzelräume nach Art von Gefängniszellen“.²²³ Die reichsweit einheitliche gesetzliche Grundlage für diese Maßnahme war durch die am 1. Januar 1938 in Kraft getretene Verordnung zur Bekämpfung übertragbarer Krankheiten geschaffen worden.²²⁴ Auf Länderebene hatte es schon vorher ähnliche gesetzliche Regelungen gegeben. Die erste Zwangsassylierungseinrichtung für sogenannte „asoziale Offentuberkulose“ war im Jahre 1934 als eine Abteilung der Thüringischen Landesheilstalten Stadtroda eröffnet worden. Allein der Hinweis auf die Möglichkeit einer Unterbringung in Stadtroda wirkte auf Tuberkulosekranke disziplinierend. Die Kranken waren dort harten Unterdrückungsmaßnahmen ausgesetzt. Sie mussten arbeiten, wurden nur unzureichend ärztlich behandelt und wurden bei Verstößen gegen die Hausordnung oder den Anordnungen der Ärzte oder des Pflegepersonals mit drakonischen Strafen wie Lebensmittelentzug und Einzelhaft belegt.

3.5.1 Mitnutzung auswärtiger Anstalten

Mit dem Hinweis auf das Vorbild Stadtroda wandte sich der Leiter der LVA Oldenburg im März 1936 an das Oldenburgische Innenministerium und regte eine vergleichbare gesetzliche Regelung für das Land Oldenburg an.²²⁵ Zur Begründung führte er aus, dass hier keine ausreichenden Möglichkeiten zur Asylierung von ansteckenden Tuberkulösen vorhanden seien. Die Asylierung scheitere zum einen an Kostenfragen, zum anderen aber auch am „Widerstreben“ der Kranken, bei denen es sich

²²³ Abschn. C.IV.b) der „Richtlinien des Reichs-Tuberkulose-Ausschusses über die Absonderung ansteckend Tuberkulöser“, als Sonderdruck aus: „Der Öffentliche Gesundheitsdienst“, 9. Jg. [1943], H. 17/18, Nr. 43, S. 225 B (StAO Best. 136 Nr. 22861, Bl. 19).

²²⁴ Reichsgesetzblatt 1938, Teil I, S. 1721-1724; vgl. hierzu und zum Folgenden: Wolters, Menschenversuche, S. 68-71, 86-90; dies., Gesellschaftsunwürdige, S. 243-278; Hähner-Rombach, Sozialgeschichte, S. 268-279.

²²⁵ LVA Oldenburg an das Oldenburgische Innenministerium, 27.03.1936 (StAO Best. 136 Nr. 22861, Bl. 2).

häufig um „asoziale Elemente“ handele.²²⁶ Er schlug die Mitnutzung der Einrichtung in Stadtroda vor, da die geringen Fallzahlen in Oldenburg nicht die Schaffung einer eigenen Anstalt zur Zwangsassylierung rechtfertigten.

Das Ministerium startete daraufhin eine Umfrage bei den Gesundheitsämtern, um den Bedarf für ein solches Verfahren zu ermitteln. Positive Rückmeldungen mit Angabe der Fallzahlen kamen aus den Gesundheitsämtern Oldenburg (3), Ammerland (5), Friesland (5), Vechta (6), Cloppenburg (2), Rüstringen (2), Delmenhorst (5).²²⁷ Die Heilstätte Wildeshausen steuerte einen eigenen Bericht „über zwei gemeinschaftswidrige ansteckend tuberkulosekranke Männer“ bei, die sich den ärztlichen Anordnungen widersetzt hätten.²²⁸ Die darauf folgende ministerielle Anfrage in Thüringen, ob Tuberkulosekranke aus Oldenburg in Stadtroda untergebracht werden könnten, wurde positiv beantwortet.²²⁹ Am 30. März 1937 schließlich erließ das Oldenburgische Staatsministerium die „Verordnung über die Bekämpfung der Tuberkulose“, in der die Zwangsassylierung geregelt war.²³⁰

1938 regte die LVA die Schaffung einer eigenen Zwangsassylierungseinrichtung in Oldenburg an, da es Probleme bei der Belegung in den auswärtigen Anstalten gegeben habe.²³¹ Der Plan wurde aus wirtschaftlichen Gründen sehr schnell wieder verworfen.²³² Im Bericht des Reichstuberkuloseausschusses für das Geschäftsjahr 1941/1942 meldete der Bezirksleiter des bis dahin auch die Länder Bremen und Oldenburg umfassenden Bezirks Niedersachsen: „Anstalten für Zwangsassylierung liegen nicht im Bezirk.“²³³ Der dann für Oldenburg zuständige Bezirksleiter Slotty ging in seinen Jahresberichten auf Zwangsassylierungen nicht explizit ein. Er erwähnte lediglich an einer Stelle, dass die „von der Tuberkulosehilfe betreuten Kranken [...]“

²²⁶ Ebd.

²²⁷ Oldenburgisches Innenministerium an die Gesundheitsämter, 08.06.1936 (StAO Rep 630 Best 242-4 Nr. 233, Bl. 21); Liste mit Zahlenangaben der Gesundheitsämter (StAO Best. 136 Nr. 22861, Bl. zu 4).

²²⁸ Bericht der Lungenheilstätte Wildeshausen, 23.06.1936 (StAO Best. 136 Nr. 22861, Bl. 3).

²²⁹ Oldenburgisches Innenministerium an die Thüringische Landesregierung, 23.10.1936 (StAO Best. 136 Nr. 22861, Bl. 6).

²³⁰ StAO Best. 136 Nr. 22861, Bl. zu 7.

²³¹ LVA Oldenburg an das Oldenburgische Innenministerium, 15.07.1938 (StAO Best. 136 Nr. 22861, Bl. zu 8).

²³² Interner Vermerk des Oldenburgischen Innenministeriums, Carl Ballin an Ministerialrat Eilers, 21.07.1938 (StAO Best. 136 Nr. 22861, Bl. zu 8).

²³³ Jahresbericht RTA 1941/42, S. 25 (BArch R 96-II/10, Bl. 185).

zumeist in Anstalten ausserhalb“ seines Bezirks untergebracht würden und dass der Landesfürsorgeverband Oldenburg für entsprechende vertragliche Regelungen mit diesen Anstalten zuständig sei.²³⁴ Wenn es sich dabei um Zwangsassylierungsfälle gehandelt hat, war Slotty sicherlich an der Entscheidung über die Maßnahmen beteiligt. Nach eigener Auskunft begutachtete er Einzelfälle für den Landesfürsorgeverband und erhielt dafür eine Vergütung.²³⁵

1943 meldete der für Bremen zuständige Bezirksleiter, dass dort „Unterbringungsmöglichkeiten für freiwillige und für zwangsweise Absonderung“ nicht vorhanden seien.²³⁶ Ein Jahr später machte er die gleiche Feststellung, allerdings mit der Ergänzung: „Die vorübergehende evtl. auch zwangsweise Isolierung erfolgt auf der Abteilung für Offentuberkulose im Hilfskrankenhaus St. Magnus, da die örtlichen Verhältnisse dafür am günstigsten sind.“²³⁷ Wahrscheinlich wurden Kranke, die asyliert werden sollten, darunter auch solche, bei denen eine zwangsweise Asylierung angeordnet war, in dem genannten Krankenhaus kurzfristig bis zu ihrer Weiterverlegung untergebracht.

Zumindest ein Teil der Bremer Asylierungsfälle sollte seinem Bericht zufolge in das neue Tuberkulosekrankenhaus Kloster Blankenburg abgegeben werden. Dessen Aufnahme Richtlinien vom Juni 1944 bestimmten jedoch, dass unter anderem „Asoziale“ von der Aufnahme ausgeschlossen waren.²³⁸ Im August 1944 stellte die LVA Oldenburg-Bremen unmissverständlich klar, dass das gerade als Tuberkulosekrankenhaus in Betrieb genommene Kloster Blankenburg nicht für Zwangsassylierungen zur Verfügung stand: „Ein Sonderfall gibt Veranlassung darauf hinzuweisen“, so heißt es in dem Schreiben, „dass eine Zwangsassylierung von Tuberkulösen im Tuberkulose-Krankenhaus Blankenburg unter gar keinen Umständen durchgeführt werden kann.“

²³⁴ „Jahresbericht 1943/44 des Bezirksleiters für Oldenburg des Reichs-Tuberkulose-Ausschusses“, S. 12 (BArch R 96-II/85, Bl. 45).

²³⁵ Antwortbogen Slottys auf eine Umfrage des Reichstuberkuloseausschusses, 24.10.1944 (BArch R 96-II/44, Bl. 40).

²³⁶ „Bericht 1942/43“, d.i.: Jahresbericht 1942/43 des Bezirksleiters des RTA für Bremen, S. 2 (BArch R 96-II/83, Bl. 3).

²³⁷ „Bericht 1943/44“, d.i.: Jahresbericht 1943/44 des Bezirksleiters des RTA für Bremen, o. S. (BArch R 96-II/85, Bl. 49).

²³⁸ „Richtlinien“ der LVA Oldenburg-Bremen „für die Einweisung in das Tuberkulose-Krankenhaus Blankenburg (Oldb) (Krankenhaus-Sonderanlage Aktion Brandt)“, 26.06.1944 (StAO Rep 630 Best 242-4 Nr. 236, Bl. 24).

Solche Fälle müssen nach wie vor in Anstalten für asoziale Tuberkulöse, wie Benninghausen usw., eingewiesen werden.“²³⁹

Die Heil- und Pflegeanstalt Wehnen wird in den Quellen an keiner Stelle als ein möglicher Unterbringungsort für Zwangsasylierte genannt. In Wehnen gab es Isoliermöglichkeiten für die eigenen Patienten, die an Tuberkulose erkrankt waren,²⁴⁰ außerdem zeitweise eine Asylierungsabteilung für ansteckende Tuberkulosekranke aus Wilhelmshaven.²⁴¹ Doch für Zwangsasylierungen war auch diese Einrichtung nicht vorgesehen.²⁴²

Julius-Emil Kayser-Petersen resümierte als Generalsekretär des Reichstuberkuloseausschusses in seinem nach dem Krieg vorgelegten, letzten Geschäftsbericht: „Während die Schaffung von Betten zur freiwilligen Absonderung Tuberkulöser von den einzelnen Bezirken im Lauf der letzten Jahre mit Nachdruck und Erfolg betrieben worden war, beschränkte sich die Zwangsabsonderung auf wenige Anstalten im Reichsgebiet, sodaß eine übergebietliche Regelung notwendig war.“²⁴³ Der LVA Oldenburg-Bremen stand in ihrem eigenen Zuständigkeitsbereich keine Einrichtung zur zwangsweisen Asylierung von Tuberkulosekranken zur Verfügung. Sie nutzte dazu auswärtige Anstalten. Es handelte sich in der ersten Zeit um die Anstalt Stadtroda sowie um die Landesanstalten Untergöltzsch in Sachsen und Grasleben bei Braunschweig.²⁴⁴ 1939 kam Bennighausen bei Lippstadt als weitere Einrichtung hinzu.

²³⁹ LVA Oldenburg-Bremen an das Gesundheitsamt Wesermarsch, 07.08.1944 (StAO Rep 630 Best 242-4 Nr. 235, Bl.26/1).

²⁴⁰ Vgl. Fleßner, Tuberkulose, S. 53.

²⁴¹ Siehe hierzu Kap. 3.3.1.

²⁴² Vgl. dazu Fleßner, Tuberkulose, S. 53-54, wo dagegen Wehnen als mögliche Zwangsasylierungseinrichtung noch in Betracht gezogen wurde.

²⁴³ „Bericht über die Tätigkeit des Reichs-Tuberkulose-Ausschusses im Geschäftsjahr 1944/45“, „erstattet von Professor Dr. Kayser-Petersen, Generalsekretär des Reichs-Tuberkulose-Ausschusses.“, S. 12-13, Unterstreichungen im Original (BArch R 96-II/11, Bl. 29-30).

²⁴⁴ LVA Oldenburg an das Oldenburgische Innenministerium, 15.07.1938 (StAO Best. 136 Nr. 22861, Bl. zu 8); Träger der „Heilstätte Waldheim Grasleben“ war die „Braunschweigische Arbeitsgemeinschaft für Volksgesundheitspflege“; 1942 wurden dort freie Betten gemeldet, die aber ausdrücklich nicht für „asoziale“ Asylierungskranke zu vergeben seien, LVA Oldenburg-Bremen an den Oldenburgischen Landesarzt, 04.04.1942 (StAO Rep 630 Best 242-4 Nr. 233, Bl. 51); zu Untergöltzsch vgl. Wolters, Menschenversuche, S. 89; vgl. auch Hähner-Rombach, Sozialgeschichte, S. 272.

3.5.2 Die Arbeitsanstalt Benninghausen

Im August 1939 wurde in der westfälischen Provinzial-Arbeitsanstalt Benninghausen bei Lippstadt eine Abteilung für die Zwangsassylierung von Männern eröffnet. Später sollten auch Frauen aufgenommen werden.²⁴⁵ Im Vorfeld hatte die LVA Oldenburg eine Anfrage des westfälischen Oberpräsidenten erhalten, ob die geplante Einrichtung von Oldenburg aus genutzt werden würde. In ihrer Antwort hatte die LVA das zugesichert und dringenden Bedarf formuliert. Für das hiesige Gebiet müsse eine derartige Einrichtung „möglichst bald“ geschaffen werden.²⁴⁶

Anscheinend musste die neue Einrichtung dem Belegungsdrang gewisse Einschränkungen entgegenstellen. So wurde in den Aufnahmeleitlinien unmissverständlich klargestellt, dass nicht jede Form widerständigen Verhaltens eines Kranken mit einer Zwangseinweisung geahndet werden sollte:

„Nur wirklich ernste Verstöße gegen Zucht und Ordnung dürfen Veranlassung zur Zwangsverwahrung sein. Geringfügige Verstöße gegen die Anordnungen des Gesundheitsamtes oder des Krankenhauses können noch nicht Anlaß zur Einweisung bieten.“²⁴⁷

Außerdem wollte die Anstalt keine Todkranken aufnehmen: „Hoffnungslose Krankheitsfälle, die voraussichtlich in kurzer Zeit zum Tode führen, gehören gleichfalls nicht in das Haus.“²⁴⁸ Im Übrigen gehörte das Vorliegen einer polizeilichen Einweisungsverfügung zu den zwingenden Voraussetzungen für die Aufnahme.²⁴⁹ Das Oldenburgische Innenministerium informierte seine Gesundheitsämter Ende August

²⁴⁵ Der Oberpräsident der Provinz Westfalen an die Bezirksfürsorgeverbände u.a., 29.07.1939 (StAO Rep 630 Best 242-4 Nr. 235, Bl. 9/2); die Abteilung hieß ab Anfang 1942 „Asylierheim für Tbc.-Kranke“, Mitteilung des westfälischen Oberpräsidenten, 24.02.1942, weitergeleitet vom Oldenburgischen Innenministerium, Dr. Jacobs, an die Gesundheitsämter, 04.03.1942 (StAO Rep 630 Best 242-4 Nr. 235, Bl. 19); zur Geschichte der Anstalt vgl. Elisabeth Elling-Ruhwinkel: Sichern und Strafen. Das Arbeitshaus Benninghausen (1871-1945) (Forschungen zur Regionalgeschichte, Bd. 51), Paderborn 2005.

²⁴⁶ LVA Oldenburg an den westfälischen Oberpräsidenten, 15.08.1936 (StAO Best. 136 Nr. 22861, Bl. 10).

²⁴⁷ „Richtlinien des Oberpräsidenten der Provinz Westfalen [...] über die Aufnahme und Zwangsverwahrung asozialer offentuberkulöser Personen in der Prov. Arbeitsanstalt Benninghausen bei Lippstadt“ (StAO Rep 630 Best 242-4 Nr. 235, Bl. 9/3).

²⁴⁸ Ebd.

²⁴⁹ Der Oberpräsident der Provinz Westfalen an die Bezirksfürsorgeverbände u.a., 29.07.1939 (StAO Rep 630 Best 242-4 Nr. 235, Bl. 9/2).

1939 in einem Rundschreiben über die neue Möglichkeit zur zwangsweisen Asylisierung von Tuberkulosekranken.²⁵⁰ Bei Kriegsbeginn wurde die gerade in Betrieb genommene Abteilung vorübergehend für vermutlich militärische Zwecke in Anspruch genommen,²⁵¹ konnte aber nach wenigen Wochen wieder für Zwangsassylierte genutzt werden. Die Abteilung sei „bei dem starken Bedürfnis auf Unterbringung solcher Personen für diesen Zweck wieder frei gemacht“ worden, hieß es in einer Mitteilung des westfälischen Oberpräsidenten.²⁵²

Vermutlich wurde Benninghausen aufgrund seiner geographischen Nähe in den folgenden Jahren von Oldenburg und Bremen aus bevorzugt belegt. Aber auch die anderen genannten Anstalten werden, abgesehen von kriegsbedingten Unterbrechungen,²⁵³ bis zum Ende des Nationalsozialismus fortlaufend mit genutzt worden sein. In welchem zahlenmäßigen Umfang Tuberkulosekranke aus Oldenburg und Bremen von der Verlegung zur Zwangsassylierung betroffen waren, konnte auf der Grundlage der hier untersuchten Archivmaterialien nicht ermittelt werden.

3.5.3 Kontinuität nach Kriegsende

Die zwangsweise Asylisierung von Tuberkulosekranken war über das Kriegsende hinaus Praxis.²⁵⁴ Im November 1947 meldete das Gesundheitsamt Wesermarsch auf eine Anfrage des Niedersächsischen Ministers für Arbeit, Aufbau und Gesundheit, dass 40 Tuberkulosekranke des Landkreises „stationär abgesondert werden“ müssten.²⁵⁵ Drei von ihnen hätten nicht in die Maßnahme eingewilligt, diese müssten „zwangs-

²⁵⁰ Oldenburgisches Innenministerium an die Gesundheitsämter, 29.08.1939 (StAO Rep 630 Best 242-4 Nr. 235, Bl. 9/1.)

²⁵¹ Der Oberpräsident der Provinz Westfalen an die Bezirksfürsorgeverbände u.a., 06.09.1939 (StAO Rep 630 Best 242-4 Nr. 235, Bl. 10).

²⁵² Der Oberpräsident der Provinz Westfalen an die Bezirksfürsorgeverbände u.a., 26.10.1939 (StAO Rep 630 Best 242-4 Nr. 235, Bl. 13).

²⁵³ 1944/45 waren die Anstalten in Stadroda und Untergöltzsch vorübergehend nicht in Betrieb bzw. für Belegungen von auswärts gesperrt, standen aber Ende Februar 1945 mit zum Teil erweiterter Kapazität wieder zur Verfügung, siehe das Rundschreiben des RTA Nr. 15/45 vom 26.02.1945 (BArch R 96-II 48, Bl. 13); siehe auch diesbezüglichen Hinweis in „Bericht über die Tätigkeit des Reichs-Tuberkulose-Ausschusses im Geschäftsjahr 1944/45“, „erstattet von Professor Dr. Kayser-Petersen, Generalsekretär des Reichs-Tuberkulose-Ausschusses.“, S. 12-13 (BArch R 96-II/11, Bl. 29-30).

²⁵⁴ Zum Folgenden und zur Entwicklung in den 1960er Jahren vgl. Wolters, Gesellschaftsunwürdige, S. 264-278.

²⁵⁵ Gesundheitsamt Wesermarsch an den Nds. Minister für Arbeit, Aufbau und Gesundheit, 14.11.1947 (StAO Rep 630 Best 242-4 Nr. 233, Bl. 94).

weise abgesondert“ werden.²⁵⁶ Etwa zur gleichen Zeit wurde ein Patient aus dem Tuberkulosekrankenhaus Blankenburg „zur geschlossenen Asylierung nach Ruttelerfeld“ bei Zetel verlegt.²⁵⁷ 1948 und 1949 wurde in einer Heilstätte der LVA Oldenburg-Bremen, vermutlich in Wildeshausen, zweimal ein Anfang 1947 erkrankter Siebzehnjähriger aufgenommen, der laut ärztlichem Bericht nach dem Versuch, illegal in die USA auszuwandern, von Januar bis Mai 1948 „im Tbc.-Krankenhaus Bremen-Oberneuland als Zwangsisolierter“ untergebracht und behandelt worden war.²⁵⁸ In der Wesermarsch reichte das Gesundheitsamt 1952 ein Gutachten beim Landkreis ein, dass eine Zwangsassylierung für einen in Brake wohnenden Tuberkulosekranken verlangte.²⁵⁹

Mit der Verabschiedung des Grundgesetzes jedoch hatte sich Verunsicherung über die Rechtmäßigkeit dieser Maßnahmen breitgemacht. Zwei Monate nach dessen Inkrafttreten erkundigte sich das Niedersächsische Landesozialamt beim Landesfürsorgeverband Oldenburg nach dem derzeitigen Vorgehen vor Ort. Es bat um Mitteilung „ob und mit welchen Mitteln“ Tuberkulosekranke in Oldenburg „einer evtl. Zwangsbehandlung zugeführt“ würden und ob die Verordnung zur Bekämpfung übertragbarer Krankheiten von 1938 „noch als genügende Rechtsgrundlage“ angesichts der „entsprechenden Bestimmungen des Grundgesetzes“ betrachtet werde.²⁶⁰ Das Amt wollte zudem die Zahl der betreffenden Fälle wissen. Der Landesfürsorgeverband gab an, er habe bislang noch von keinem Fall Kenntnis erhalten.²⁶¹ Ähnlich äußerte sich das Gesundheitsamt Wesermarsch. Dort kämen zwei Kranke zwar in Frage, sie seien aber bislang noch durch die bloße Androhung der Zwangsassylierung zu überzeugen gewesen.²⁶² In der Tat war die Zwangseinweisung zwar weiter möglich, als freiheitsberaubende Maßnahme waren ihr aber durch das Grundgesetz nun engere

²⁵⁶ Ebd.

²⁵⁷ Krankenblatt zu Patient A.B., geb. 1909 (StAO Dep 33 Akz. 2012/013 Nr. 8).

²⁵⁸ Ärztlicher Bericht ohne Briefkopf (vermutlich aus der Heilstätte Wildeshausen) an das Krankenhaus Bad-Münder, Patient O. B., geb. 1930 (StAO Dep 33 Akz. 2012/013 Nr. 104).

²⁵⁹ Gesundheitsamt Wesermarsch an Landkreis Wesermarsch, 28.10.1952 (StAO Rep 630 Best 242-4 Nr. 233, Bl. 230a).

²⁶⁰ Nds. Landesozialamt an den Landesfürsorgeverband Oldenburg, 29.07.1949 (StAO Rep 630 Best 242-4 Nr. 233, Bl. 133).

²⁶¹ Landesfürsorgeverband Oldenburg an die oldenburgischen Gesundheitsämter, 10.08.1949 (StAO Rep 630 Best 242-4 Nr. 233, Bl. 133).

²⁶² Gesundheitsamt Wesermarsch an den Landesfürsorgeverband Oldenburg, 20.08.1949 (StAO Rep 630 Best 242-4 Nr. 233, Bl. 134).

Grenzen gesteckt als zuvor. So konnte zum Beispiel die Bewegungsfreiheit der Betroffenen in einer Einrichtung nicht mehr wie früher nach Belieben eingeschränkt werden. Tuberkuloseärzte reagierten mit deutlichem Unmut, da die Maßnahme auf diese Weise ihren Zweck verfehle.²⁶³ Das folgende Schreiben eines Lungenfacharztes aus Bad Rehbürg vom April 1948 an einen Kollegen in Huntlosen veranschaulicht diese Haltung. Es zeigt, dass sich Ärzte untereinander ganz unverhohlen darüber verständigten, wie sehr sie sich in dieser Beziehung die Möglichkeiten zurückwünschten, die sie in der Zeit des Nationalsozialismus gehabt hatten:

„Sehr geehrter Herr Kollege!

Auf Ihre Anfrage bezüglich einer Strafabteilung für disziplinelose Tbc.Kranke muss ich leider mitteilen, dass die Verhältnisse doch nicht so ideal sind, wie wir sie uns wohl wünschten. Wir erhielten vor längerer Zeit die Mitteilung, dass in Bad Münden eine solche Abteilung geschaffen sei, mit entsprechend strengen Ueberwachungen und haben auch eine Anzahl Kranker nach dort verlegt. Ich habe mich jetzt nach dem Gespräch mit Ihrem Mitarbeiter Dr. P[...] aber nochmals nach den Verhältnissen erkundigt und leider gelehrt [sic], dass das Rote Kreuz bzw. die Militärregierung die Zustimmung zur Führung [sic] einer [...] solchen Abtkg. [sic] für ausgesprochen Asoziale nicht genehmigt hat. Die Patienten geniessen dort in Münden die gleichen Freiheiten wie hier. Es bleibt uns also nichts übrig, als zu sehen, diese Leute einfach in ein anderes Sanatorium abzuschieben. Eine entsprechende Anfrage bei den deutschen Dienststellen hat ergeben, dass auch im deutschen Sektor diese Zwangsanstalten mit Kriegsende aufgelehrt [sic] haben zu bestehen. Es sind aber Bestrebungen im Gange, etwas Aehnliches wieder zu schaffen, sobald die gesetzlichen Grundlagen gegeben sind, [sic] Es ist dies ja eine sehr delikate Frage, an die der Gesetzgeber nur ungern herangeht, da alles,

²⁶³ Vgl. Lindner, Gesundheitspolitik, S. 170-171.

was mit persönlicher Freiheitsberaubung zusammenhängt, bei der Allgemeinheit sofort als nazistisch angesehen wird.“²⁶⁴

Dabei war der für eine Zwangsasylie in Frage kommende Personenkreis im Vergleich zur Zahl der Erkrankten vergleichsweise klein. Es ging den Ärzten also nicht zuletzt um das Drohpotential einer möglichen Zwangseinweisung, um Druck auf behandlungsunwillige Kranke ausüben zu können.²⁶⁵

3.5.4 Demokratiekonforme Zwangsasylie

Die Behörden fanden schnell rechtliche Alternativen zur Begründung einer Zwangsasylie. Mitte 1948 informierte das Niedersächsische Arbeits-, Aufbau- und Gesundheitsministerium über den Plan, „im Rahmen der Heil- und Pflegeanstalt Lüneburg ein Haus für die Unterbringung asozialer Tuberkulöser“ einzurichten – ein offenbar als dringlich empfundenes Vorhaben, denn das Ministerium fügte hinzu, die Einrichtung werde „mit allen Mittel von hier gefördert“.²⁶⁶ Im März 1949 meldete das Ministerium, die neue Einrichtung stehe für die „Unterbringung von asozialen Offentuberkulösen“ zur Verfügung.²⁶⁷ Als rechtliche Grundlage für eine Einweisung wurden nicht mehr die Gesetzesgrundlagen aus der Zeit des Nationalsozialismus herangezogen. Vielmehr sei nun ein amtsärztliches Zeugnis vorzulegen, aus dem, wie das Ministerium im Einzelnen erläuterte, hervorzugehen habe, „daß bei dem Kranken eine schwere Psychopathie vorliegt, welche die Ursache seines asozialen oder antisozialen Verhaltens ist“ und dass „die Anstaltspflege wegen schwerer Psychopathie und Störung der öffentlichen Sicherheit in einer geschlossenen Anstalt erforderlich“ sei.²⁶⁸ Leiste der Betreffende der Einberufung in die Anstalt nicht freiwillig folge, sei er auf polizeiverwaltungsgesetzlicher Grundlage „kurzfristig durch Verwaltungsverfügung des Kreises [...] aufzufordern“, komme er dem wiederum nicht nach, sei „unmittelbarer Zwang“ anzuwenden.²⁶⁹ Damit war ein „Modell des

²⁶⁴ Dr. Klaus W., Bad Rehburg, an den Chefarzt Dr. S., Huntlosen, 03.04.1948 (StAO Dep 33 Akz. 306 Nr 171), im Original einzelne Sperrungen.

²⁶⁵ Vgl. Lindner, Gesundheitspolitik, S. 170-171.

²⁶⁶ Nds. Minister für Arbeit, Aufbau und Gesundheit an den Nds. Verwaltungsbezirkspräsidenten in Oldenburg, 06.09.1948 (StAO Rep 630 Best 242-4 Nr. 236, Bl. 61).

²⁶⁷ Nds. Minister für Arbeit, Aufbau und Gesundheit an die Nds. Regierungspräsidenten und Verwaltungsbezirke, 07.03.1949 (StAO Rep 630 Best 242-4 Nr. 233, Bl. 114).

²⁶⁸ Ebd.

²⁶⁹ Ebd.

pragmatischen Umgangs mit den therapieverweigernden Tuberkulosekranken“ gefunden worden, das „rechtsstaatlich abgesichert“ war, indem es auf „der psychiatrischen Diagnose abweichenden, dissozialen Verhaltens“ beruhte.²⁷⁰

Laut einer Mitteilung des Niedersächsischen Landesozialamtes wurde die Zwangsassylierungsabteilung in Lüneburg Mitte 1953 geschlossen.²⁷¹ Die dort noch untergebrachten Kranken fanden in „einer gleichartigen Sonderabteilung in der Provinzial-Arbeitsanstalt Benninghausen“ Platz, wo zudem noch weitere Betten für diesen Zweck freigemacht werden sollten.²⁷² Unbeschadet der veränderten rechtlichen Rahmenbedingungen wurde demnach die bereits ab 1939 zur Zwangsassylierung dienende Einrichtung noch in den 1950er Jahren als solche genutzt. Der oben erwähnte Fall einer Zwangsassylierung in Bremen-Oberneuland im Jahre 1948 lässt die Vermutung zu, dass solche Maßnahmen zumindest in Einzelfällen auch in Krankenanstalten im näheren Umfeld durchgeführt wurden. Dies könnte etwa für die Krankenhausanlage in Hahn-Lehmden zutreffen. Darauf deutet der Vermerk einer Fürsorgerin vom Dezember 1954 hin. Sie gab an, dass die Anlage in Hahn nach der Schließung der Lüneburger Abteilung als Zwangsassylierungseinrichtung für den Verwaltungsbezirk Oldenburg gelte.²⁷³

²⁷⁰ Wolters, Gesellschaftsunwürdige, S. 277.

²⁷¹ Sie wurde aber offensichtlich Ende der 1950er Jahre wieder genutzt, vgl. ebd, S. 276.

²⁷² Nds. Landesozialamt an die Kommunen des ehemaligen Landes Hannover einschließlich Schaumburg-Lippe, 18.07.1953, den oldenburgischen Kommunen zur Kenntnis mit Schreiben des Landesfürsorgeverbandes Oldenburg, 23.07.1953 (KJKA 20-04-01, Bl. 58).

²⁷³ Fürsorgeakte des Gesundheitsamtes Wilhelmshaven (StAO Rep 630 Best. 242-8 Nr. 22).

3.6 Ausschluss tuberkulosekranker Zwangsarbeiter

Im Laufe des Zweiten Weltkrieges wuchs die Zahl der Zwangsarbeiter im Bezirk der LVA Oldenburg-Bremen stetig an. Genaue Zahlen liegen nur über Teilregionen und nur für bestimmte Zeiträume vor. Nach der Untersuchung von Katharina Hoffmann arbeiteten im November 1943 allein im Arbeitsamtsbezirk Oldenburg, der die Stadt und den Landkreis Oldenburg sowie den größten Teil des Landkreises Ammerland umfasste, etwas mehr als 12.000 Ausländer und Kriegsgefangene, im August 1944 war die Zahl auf fast 14.000 angestiegen.²⁷⁴ Die meisten von ihnen kamen aus Polen und der Sowjetunion. Sie arbeiteten in der Landwirtschaft, aber auch in Rüstungsbetrieben oder wurden zum Beispiel bei Straßenbauprojekten eingesetzt.²⁷⁵ In den Lagern, in denen sie untergebracht waren, gab es für sie nur eine eingeschränkte medizinische Versorgung. Konnte die Arbeitskraft der Kranken nicht rasch wiederhergestellt werden, wurden sie in den ersten Kriegsjahren ohne weitere Behandlung in die besetzten Ostgebiete abgeschoben. Dies betraf vor allem auch Zwangsarbeiter, die an Tuberkulose erkrankt waren.²⁷⁶ Ab 1943 war diese Praxis aufgrund des Kriegsverlaufes im Osten nicht mehr möglich. Die Unterbringung von tuberkulösen Zwangsarbeitern, insbesondere „Ostarbeitern“, wurde zu einem drängenden Problem für die oldenburgischen Gesundheitsbehörden, für das in der Folgezeit immer wieder neu Lösungen gesucht wurden. Da man sich der Kranken nicht mehr durch Abschiebungen entledigen konnte, stieg ihre Zahl in den Lagern und damit die Gefahr, dass sie die noch arbeitsfähigen Zwangsarbeiter ansteckten. Das Gesundheitsamt Wesermarsch meldete im März 1943 auf eine Anfrage des Oldenburgischen Innenministeriums, dass es „die größten Schwierigkeiten“ bei der Unterbringung „lungenkranker Ostarbeiter“ gebe, im Lager Ritzenbüttel seien „bereits 10 Russen an Tuberkulose gestorben“.²⁷⁷

²⁷⁴ Vgl. Hoffmann, Zwangsarbeit, S. 53.

²⁷⁵ Vgl. ebd., S. 55-60, 83-92, 314.

²⁷⁶ Vgl. ebd., S. 224-229.

²⁷⁷ Gesundheitsamt Wesermarsch an das Oldenburgische Innenministerium, Dr. Jacobs, 26.03.1943 (StAO Rep 630 Best 242-4 Nr. 233, Bl. 70/2); Ritzenbüttel ist heute ein Ortsteil der Gemeinde Lemwerder im Landkreis Wesermarsch.

3.6.1 Unterbringungsprobleme

Der Reichstuberkuloseausschuss instruierte seine Bezirksleiter Anfang März 1943 über das weitere Vorgehen im Umgang mit den Zwangsarbeitern aus dem Osten. Da „seit Dezember 42 die Rücktransporte kranker Ostarbeiter“ hätten eingestellt werden müssen, würden „auch tuberkulosekranke Ostarbeiter vorläufig hierbleiben“ müssen.²⁷⁸ Für ihre Unterbringung seien die Baracken zu nutzen, die im Jahr davor bei bestehenden Krankenhäusern errichtet worden seien.²⁷⁹ Diese Maßnahme war getroffen worden, als sich abzeichnete, dass die Krankenabteilungen in den Zwangsarbeiterlagern für die ohnehin steigenden Krankenzahlen nicht ausreichen würden. Insbesondere russische Zwangsarbeiter sollten auf keinen Fall zusammen mit Deutschen in den normalen Krankenhäusern behandelt werden.²⁸⁰ In Oldenburg gab es beim Peter Friedrich Ludwigs Hospital eine Krankenbaracke für Zwangsarbeiter. Weitere Baracken im Anschluss an andere Krankenhäuser waren zumindest in Planung.²⁸¹ Doch der Umgang mit den tuberkulösen Zwangsarbeitern wich in Oldenburg anscheinend von der Anweisung des Reichstuberkuloseausschusses ab. Die von Hoffmann vorgenommene Auswertung der Aufnahme- und Entlassungsbücher des Peter Friedrich Ludwigs Hospitals für die Monate September bis November 1944 ergab, dass unter den dort behandelten Zwangsarbeitern kaum Tuberkulosekranke waren. Für ihre Unterbringung wurde vor allem ein Zwangsarbeiter-Durchgangslager im Stadtnorden genutzt.²⁸² Das Lager diente nach Hoffmanns Einschätzung als „Sammel- und Sterbelager für schwerkranke und tuberkulöse Zwangsarbeiter und Zwangsarbeiterinnen“.²⁸³

Einige wenige tuberkulosekranke Zwangsarbeiter sollen auch an anderen Stellen, unter anderem im Kloster Blankenburg untergebracht worden sein.²⁸⁴ Bei diesen dürfte es sich jedoch um Belegungen gehandelt haben, die vor der Übernahme der Krankenhausanlage durch die LVA Oldenburg-Bremen stattfanden. Denn die Richt-

²⁷⁸ Rundschreiben des RTA an die Bezirksleiter, 08.03.1943, (BArch R 96-II/46, Bl. 61).

²⁷⁹ Ebd.

²⁸⁰ Vgl. Hoffmann, Zwangsarbeit, S. 240-243.

²⁸¹ Vgl. ebd.

²⁸² Vgl. ebd., S. 243-247.

²⁸³ Ebd., S. 153.

²⁸⁴ Vgl. ebd., S. 247; außerdem habe die Lungenheilstätte Wildeshausen über die Behandlung lediglich eines polnischen Patienten im Jahre 1941 berichtet (ebd., Fußnote 1095); zu Blankenburg vgl. Harms, Aktion Brandt, S. 165-166; ders., Biologismus, S. 79.

linien des Tuberkulosekrankenhauses Kloster Blankenburg vom Juni 1944 schlossen, auch wenn es vorübergehend andere Pläne gegeben haben mag,²⁸⁵ die Aufnahme ausländischer Kranker aus.²⁸⁶ In diesem Sinne hatte Bezirksleiter Slotty, als er im April 1943 dem Reichstuberkuloseausschuss seinen Bericht erstattete, zwischen der „Unterbringung der schwertuberkulösen Asylierungsfälle“ und der „Unterbringung der tuberkulösen Ostarbeiter“ unterschieden.²⁸⁷ Erstere sah er durch die zu dieser Zeit schon geplante Einrichtung des Blankenburger Krankenhauses geregelt. Im Falle der „Ostarbeiter“ sei die Unterbringung aber „inzwischen ebenfalls zufriedenstellend geklärt“: „In der Nähe von Oldenburg stehende Baracken“ würden „für diesen Zweck demnächst in Betrieb genommen“.²⁸⁸ Ob es dazu kam und um welche Baracken es sich dabei handelte, ist unklar. Das Gleiche gilt für den Plan, in Wehnen Baracken für „ausländische Arbeitskräfte, insbesondere ‚Sowjetrussen‘, mit ansteckenden Krankheiten“ aufzustellen.²⁸⁹

Im April des nächsten Jahres bezog Slotty die Heil- und Pflegeanstalt Wehnen erneut in seine Überlegung ein, diesmal die dort eröffnete Asylierungsabteilung der Stadt Wilhelmshaven. Wenn Kloster Blankenburg als Asylierungseinrichtung vollständig in Betrieb genommen sei, so Slotty, solle besagte Abteilung in Wehnen „der Unterbringung tuberkulöser Ausländer dienen“.²⁹⁰ Auch hier ist aber unklar, ob der Plan so umgesetzt wurde. Im Hinblick auf die „Unterbringung tuberkulöser Ost-Arbeiter“ gab Slotty jetzt an, sie sei geklärt, „nachdem ein Teil der Krankenhäuser Ostarbeiter-Baracken“ habe und „ausserdem Betten in mehreren Ostarbeiterlagern“ vorhanden seien.²⁹¹ Seine Differenzierung zwischen „Ausländern“ und „Ostarbeitern“ spiegelt die von den Nationalsozialisten definierte Ausländerhierarchie, in der „Ostarbeiter“, vor allem Russen, Weißrussen und Ukrainer aus dem sogenannten altsowjetischen

²⁸⁵ Vgl. Hoffman, Zwangsarbeit, S. 247, Fußnote 1095; Harms, Aktion Brandt, S. 168; Harms, Biologismus, S. 82.

²⁸⁶ „Richtlinien“ der LVA Oldenburg-Bremen „für die Einweisung in das Tuberkulose-Krankenhaus Blankenburg (Oldb) (Krankenhaus-Sonderanlage Aktion Brandt)“, 26.06.1944 (StAO Rep 630 Best 242-4 Nr. 236, Bl. 24).

²⁸⁷ „Jahresbericht 1942/43 des Bezirksleiters für Oldenburg des Reichs-Tuberkulose-Ausschusses“, S. 6, BArch R 96-II/82, Bl. 217).

²⁸⁸ Ebd.

²⁸⁹ Vgl. Hoffmann, Zwangsarbeit, S. 248.

²⁹⁰ „Jahresbericht 1943/44 des Bezirksleiters für Oldenburg des Reichs-Tuberkulose-Ausschusses“, S. 6 (BArch R 96-II/85, Bl. 39).

²⁹¹ Ebd., S. 7 (BArch R 96-II/85, Bl. 40).

Gebiet, auf der untersten Stufe standen. Besonders diskriminiert wurden auch Zwangsarbeiter aus Polen, während jene aus nord- und westeuropäischen Ländern besser gestellt waren.²⁹²

3.6.2 Gescheiterte Pläne

Angesichts der Wortwahl Slottys in seinem 1944 erstatteten Bericht, die der herrschenden Ausländerdifferenzierung angepasst war, ist fraglich, ob er neben anderen Ausländern auch „Ostarbeiter“ im Sinn hatte, als er dem Reichstuberkuloseausschuss im darauf folgenden August seine Überlegungen zur „Frage der tuberkulösen ausländischen Arbeiter“ vorlegte.²⁹³ Er schlug vor, sie zunächst durch eine „in Anlehnung an das Tuberkulosekrankenhaus zu errichtende Beobachtungsabteilung in Blankenburg“ schleusen zu lassen: dort könnten dann „Asylierungsfälle“ von den „einer erfolversprechenden Heilbehandlung noch zugänglichen tuberkulösen Arbeitern [sic]“ getrennt werden, Asylierungsfälle sollten dann in das „Krankensammellager Spieka/Knill“ verlegt werden, während die anderen „in Baracken in Anlehnung an die Heilstätte Wildeshausen“ untergebracht und ärztlich versorgt werden sollten.²⁹⁴ Eine weitere Baracke, „ebenfalls in Anlehnung an die Heilstätte, aber räumlich genügend getrennt“, plante er für erkrankte ausländische Kinder.²⁹⁵ Zu dieser Zeit existierte in Blankenburg bereits eine Beobachtungsabteilung. Hier wollte Slotty also zusätzlich und getrennt von der Behandlung deutscher Patienten eine Beobachtungsabteilung für Ausländer schaffen, entsprechend in Wildeshausen abgesonderte Behandlungsbaracken für Ausländer. Den Zweck seiner Pläne, die vom Arbeitsamt und von der LVA vollständig unterstützt würden, formulierte Slotty so:

„Auf diese Weise ist eine sachgemäße Behandlung der ausländischen Arbeiter und ihre rechtzeitige Wiedereingliederung in der [sic] Arbeitsprozess gewährleistet.“²⁹⁶

²⁹² Vgl. Hoffmann, Zwangsarbeit, S. 64-65, 76-83.

²⁹³ Bezirksleiter Slotty an den Reichstuberkuloseausschuss, 25.08.1944, Bl. 1 (BArch R 96-II/74, Bl. 17).

²⁹⁴ Ebd., Spieka liegt 15 km südlich von Cuxhaven und ist heute Teil der Einheitsgemeinde Wurster Nordseeküste.

²⁹⁵ Ebd., Bl. 2 (BArch R 96-II/74, Bl. 19).

²⁹⁶ Ebd.

Doch die Umsetzung seiner Pläne verzögerte sich. Im Dezember 1944 berichtete er dem Reichstuberkuloseausschuss über den Stand der Verhandlungen in Oldenburg, die bislang ergebnislos verlaufen seien.²⁹⁷ Die Zuständigkeit für die Tuberkulosebekämpfung bei ausländischen Arbeitern liege aufgrund der Neuregelung des Reichsinnenministeriums vom 16. Oktober 1944 hauptsächlich beim Landesfürsorgeverband.²⁹⁸ Der aber sei aufgrund fehlender Durchführungsverordnungen noch nicht aktiv geworden. Außerdem sei in diesem Zusammenhang die Gründung eines Gaufürsorgeverbandes geplant. Das Arbeitsamt vertrete überdies unrealistische Vorstellungen: „Aktive oder nicht sicher inaktive Lungentuberkulosen“ seien nicht mehr für den Arbeitseinsatz vorgesehen, da der „Aufwand für kostspielige langwierige und in ihrem Erfolg nicht vorauszusehende Behandlungsmethoden“ nach Auffassung des Arbeitsamtes nicht zu verantworten sei.²⁹⁹ Slotty hielt dagegen, dass „ein wesentlich höherer Bettenbedarf“ als bislang angenommen entstehen würde, wenn nach dieser Vorgabe verfahren würde:

„Wenn jede nicht sicher inaktive Tuberkulose auf unbegrenzte Zeit asyliert werden soll, so führt das meiner Überzeugung nach zu unmöglichen Zuständen. Der natürliche Abgang durch Tod in den Unterbringungsheimen wird relativ gering sein, da besonders unter den Leichtkranken eine grosse Anzahl eine noch lange Lebenserwartung haben.“³⁰⁰

Zumindest seien dann, wie Slotty weiter ausführte, regelmäßige Röntgenuntersuchungen erforderlich, um diejenigen zur Arbeit heranziehen zu können, deren Erkrankung wieder inaktiv geworden sei. Außerdem machte er wirtschaftliche Gründe geltend:

„Vom wirtschaftlichen Standpunkt aus erscheint es mir nicht gerechtfertigt, dass man geschlossene, stationäre, aber noch aktive Tuberkulosen ohne Gegenleistung in einem Lager auf unbestimmte Zeiten ernährt.“³⁰¹

²⁹⁷ Slotty an den Reichstuberkuloseausschuss, 14.12.1944, Bl. 1 (BArch R 96-II/74, Bl. 11).

²⁹⁸ Runderlass des Reichsinnenministeriums über die „Betreuung nichteinsatzfähiger Ausländer einschließlich Staatenloser“ v. 16.10.1944, Abdruck (BArch R 96-II/1, Bl. 31).

²⁹⁹ Slotty an den Reichstuberkuloseausschuss, 14.12.1944, Bl. 1 (BArch R 96-II/74, Bl. 11).

³⁰⁰ Ebd.

³⁰¹ Ebd.

Er schlug dagegen vor, wenigstens einfache chirurgische Eingriffe auch bei tuberkulosekranken Ausländern vorzunehmen, da die Ansteckungsfähigkeit bei rund 70 Prozent der Fälle auf diese Weise beseitigt werden könne. In diesem Sinne wiederholte er seinen Vorschlag zur Errichtung einer Beobachtungsabteilung für ausländische Kranke in Blankenburg und die Vornahme von Heilbehandlungen in aussichtsreichen Fällen.

Offensichtlich konnte Slotty seine Vorschläge bis Kriegsende nicht mehr durchsetzen. Als der Reichstuberkuloseausschuss sich bei ihm Anfang Februar 1945 nach dem Stand der Dinge erkundigte, konnte er erneut nur Verzögerungen melden. Die Maßnahmen zur „Bekämpfung der Tuberkulose bei den Ausländern“ seien von der immer noch ausstehenden Gründung eines Gaufürsorgeverbandes abhängig.³⁰² Zwei Wochen später trug er nach, dass eine Anfrage „bei dem leitenden Medizinalbeamten des Reichsverteidigungskommissars“ endgültig ergeben habe, dass mit der Gründung des Gaufürsorgeverbandes „für die Dauer des gegenwärtigen Krieges“ nicht mehr zu rechnen sei.³⁰³

Die Zuständigkeit des Gaufürsorgeverbandes hätte sich auch auf die „Ostarbeiter“ erstreckt. So meldete das Gauamt Weser-Ems Anfang Februar 1945:

„Die Unterbringung der tuberkulösen Ostarbeiter ist noch nicht recht weitergekommen. [...] Für unseren Gau ist die Schaffung eines Gaufürsorgeverbandes erst geplant. Solange dieser Gaufürsorgeverband nicht aufgestellt ist, besteht auch keine Hoffnung, in dieser Frage weiterzukommen. Wir müssen uns daher zunächst mit den bisherigen Unterbringungsmöglichkeiten behelfen.“³⁰⁴

So blieben Zwangsarbeiter bis zum Zusammenbruch des Nationalsozialismus von einer Teilhabe an der Krankenversorgung in der für deutsche Tuberkulosekranke im Land Oldenburg geschaffenen Infrastruktur an Heilstätten und Asylierungseinrichtungen ausgeschlossen. Denkbar ist, dass in einzelnen Fällen, und zwar eher bei

³⁰² Slotty an den Reichstuberkuloseausschuss, 03.02.1945 (BArch R 96-II/74, Bl. 6).

³⁰³ Slotty an den Reichstuberkuloseausschuss, 16.02.1945 (BArch R 96-II/74, Bl. 5).

³⁰⁴ „Auszug aus dem Tätigkeitsbericht des Gauamtes Weser-Ems vom 1.2.1945“ (BArch R 96-II/74, Bl. 2).

Zwangsarbeitern aus West- und Nordeuropa hiervon abgewichen wurde. Doch der größte Teil von ihnen kam aus osteuropäischen Ländern. Sie wurden ab 1943, wenn sie an Tuberkulose erkrankten und nicht mehr arbeiten konnten, ohne nennenswerte medizinische Versorgung in den Zwangsarbeiterlagern abgesondert und unzureichend ernährt. Sich selbst und der Krankheit überlassen starben die meisten.³⁰⁵ Die Überlebenden fanden nach Ende des Krieges Aufnahme in den umgehend von der britischen Militärregierung in Oldenburg requirierten Krankenhäusern, ab November 1945 in erster Linie in den Krankenhausanlagen in Hahn-Lehmden und Huntlosen-Hosüne.³⁰⁶

³⁰⁵ Vgl. Hoffmann, Zwangsarbeit, S. 153-155.

³⁰⁶ Vgl. ebd., S. 297-298.

4 Exkurs: Sonderkrankenhaus der „Aktion Brandt“ in Huntlosen

Die vorliegende Untersuchung hat ergeben, dass in den beiden Krankenhausanlagen, die während des Zweiten Weltkrieges in Huntlosen-Hosüne und Hahn-Lehmden als Sonderkrankenhäuser der „Aktion Brandt“ errichtet worden waren, Tuberkulosekranke erst nach dem Zusammenbruch des Nationalsozialismus in größerer Zahl untergebracht und behandelt wurden. Es handelte sich bei ihnen zum größten Teil um ehemalige Zwangsarbeiter und Kriegsgefangene, für deren Behandlung die beiden Krankenhausanlagen nach dem Krieg auf Anordnung der Besatzungsbehörden reserviert waren.¹ In der Zeit davor waren tuberkulosekranke Zwangsarbeiter und Kriegsgefangene weitgehend von der regulären Krankenversorgung ausgeschlossen.² Die beiden Krankenhausanlagen waren während der Zeit des Nationalsozialismus als Ausweichkrankenhäuser für die einheimische Bevölkerung aus Wilhelmshaven, Bremen und Oldenburg vorgesehen. Das schließt nicht aus, dass in Einzelfällen auch Patienten nichtdeutscher Nationalität dort behandelt wurden. So ist die Verlegung von 36 ausländischen Patienten im Herbst 1944 aus dem Oldenburger Peter Friedrich Ludwigs Hospital nach Huntlosen belegt. Diese wurden aber nicht wegen Tuberkulose behandelt.³ Für Tuberkulosekranke wurden einem Bericht Slottys zufolge im Jahre 1944, als dringend Bettenplätze für Tuberkulosekranke gesucht wurden, sowohl in Hahn als auch in Huntlosen nur einige wenige Bettenplätze bereitgestellt.⁴

Im Rahmen dieser Arbeit hat daher die Krankenversorgung in den beiden genannten Krankenhausanlagen während der Zeit ihres Betriebes als Sonderkrankenhäuser der „Aktion Brandt“ eine nachrangige Bedeutung. Der 2012 aufgefundene Alt-Aktenbestand der früheren LVA Oldenburg-Bremen enthält jedoch Quellen, die über diesen Aspekt näheren Aufschluss geben und insbesondere der Vermutung widersprechen, dass im Sonderkrankenhaus „Aktion Brandt“ in Huntlosen Patiententötun-

¹ Siehe Kap. 3.2.5.

² Siehe Kap. 3.6.

³ Vgl. Hoffmann, Zwangsarbeit, S. 249-250.

⁴ Nach Slottys Angaben handelte es sich um jeweils 8 Betten für Tuberkulosekranke, wovon mindestens die Plätze in Hahn-Lehmden für Fälle von Knochentuberkulose vorgesehen waren, Bezirksleiter Slotty an den Reichstuberkuloseausschuss, 25.08.1944, Bl. 1 (BArch R 96-II/74, Bl. 17); vgl. dazu Kap. 3.2.4.

gen vorgenommen worden seien. Die Quellen und die daraus gewonnenen Erkenntnisse werden im Folgenden vorgestellt.

4.1 Krankenkartei

Es handelt sich zunächst um einen Restbestand an Krankenkarteikarten der Krankenhausanlage Huntlosen im Umfang von etwa 2.500 Karten.⁵ Die mit vorgedruckten Rubriken versehenen Karten haben im Wesentlichen die Funktion von Kostenaufstellungen. Sie enthalten Angaben zu den Personalien der Patienten, zum Aufnahme- und Entlassungsdatum, zu Pflegesatz, Verpflegungsklasse und Kostenträger sowie zu den Kosten der Behandlung, aufgeschlüsselt nach Ausgaben und Einnahmen. Angaben zur Art der Erkrankung sind in der Regel nicht und wenn, dann erst ab etwa Februar 1945 auf den Karten vermerkt. Die Art der ärztlichen Behandlung ist nur ersichtlich, wenn es sich um diagnostische und therapeutische Maßnahmen wie Röntgenaufnahmen, Höhensonne oder Kurzwellenbestrahlung handelte, die gesondert abgerechnet wurden. Einige Karten enthalten einen Hinweis darauf, dass der Patient verstorben ist, teilweise durch handschriftliche Kennzeichnung mit einem lateinischen Kreuz oder einem Krückenkreuz hinter dem Entlassungsdatum.

Auf den Karteikarten sind fortlaufende Aufnahmeummern vermerkt. Die Zählung begann jeweils mit Beginn eines Jahres neu. Unter dem Vorbehalt, dass eine gewisse Zahl von Patienten nicht nur einmal, sondern mehrmals in Huntlosen aufgenommen worden sein mag – die Zahl der Patienten also etwas geringer sein dürfte, als die Zahl der Aufnahmen – lässt sich anhand dieser Nummern abschätzen, wie viele Patienten in Huntlosen in den Monaten seit der Inbetriebnahme der Krankenhausanlage behandelt worden sind.⁶ Bis Ende 1958 dürften es demnach insgesamt rund 7.500 Patienten gewesen sein. Knapp die Hälfte davon wurden in der Zeit des Nationalsozialismus in Huntlosen aufgenommen. So wurden von Anfang Februar bis Ende Dezember 1944 knapp 2.100 Aufnahmen und bis Ende April 1945 weitere rund 1.500 Aufnahmen registriert. Das ergibt eine Gesamtzahl von rund 3.600 Patientenaufnahmen in den 15 Monaten, in denen die Krankenhausanlage während des Nationalsozialismus in Betrieb war. Danach wurde sie als Krankenhaus für Displaced Persons genutzt. Ende 1945 hatte die Zahl der Aufnahmen in diesem Jahr knapp 3.400 er-

⁵ StAO Dep 33 Akz. 2012/013 Nr. 121-127.

⁶ Herangezogen wurden Karteikarten mit Aufnahmedaten, die möglichst nahe am Monatsbeginn oder Monatsende der folgenden Zeiträume lagen: Anfang Februar und Ende Dezember 1944, Anfang Januar, Ende April und Ende Dezember 1945 sowie jeweils Anfang Januar und Ende Dezember des Jahres 1946 und der folgenden Jahre.

reicht. In den folgenden Jahren sanken die Belegungszahlen deutlich. 1946 wurden noch etwa 1.100 Patienten aufgenommen, 1947 und 1948 jeweils nur noch weniger als 350.

4.2 Sterbedokumente

Zwei Einzelakten bilden ein Konvolut an Sterbedokumenten, aus denen zusammen 381 Todesfälle unter den Patienten der Krankenhausanlage Huntlosen im Zeitraum zwischen Anfang Juni 1944 und Anfang Juli 1953 hervorgehen.⁷ Die Dokumente liegen als Erst- oder Durchschriften vor.

Die erste Akte besteht aus einer Sammlung von Sterbefallanzeigen, Sterbeurkunden und Totenscheinen, durch die 367 Todesfälle dokumentiert sind.⁸ Bei den Dokumenten handelt es sich um vorgedruckte Formulare, teilweise mit beigefügtem ergänzenden Schriftverkehr wie zum Beispiel der Korrespondenz mit Angehörigen. Die von einem Arzt ausgestellten Totenscheine enthalten neben den Angaben zur Person des Verstorbenen sowie zum Todeszeitpunkt und -ort auch die Angabe der Todesursache. Letztere fehlt dagegen in der Regel in den standesamtlichen Sterbeurkunden. Bei den Sterbefallanzeigen handelt es sich um Formulare der statistischen Landesbehörden zur Erfassung von Sterbefällen. Sie sind nicht unterzeichnet, wurden aber vermutlich von einem Arzt ausgefüllt und enthalten meist differenzierte Angaben zu Erkrankungen und Todesursachen. Beisetzungsorte sind aus den Dokumenten nicht zu entnehmen.

In der zweiten Akte sind Beerdigungsmitteilungen der Krankenhausverwaltung zusammengestellt, aus denen insgesamt 231 Todesfälle hervorgehen.⁹ Sie sind adressiert an die zuständige Friedhofsverwaltung, einen Pfarrer sowie an die Aufnahme- und Entlassungsabteilung des Krankenhauses und beziehen sich fast ausnahmslos auf Bestattungen zwischen Anfang April 1945 und Ende März 1952 auf dem sogenannten „Waldfriedhof“. Dieser Friedhof wurde im März 1945 auf einem nahe gelegenen Wald- und Heidegelände zwischen den Ortschaften Hosüne und Sannum angelegt.¹⁰

⁷ Frühester Sterbefall: 02.06.1944, spätester Sterbefall: 06.07.1953 (StAO Dep 33 Akz. 2012/013 Nr. 118).

⁸ StAO Dep 33 Akz. 2012/013 Nr. 117.

⁹ StAO Dep 33 Akz. 2012/013 Nr. 118.

¹⁰ Laut einem Vermerk des Verwaltungsleiters des Hospitals Huntlosen, Dr. Bolze, vom 15.08.1945 wurde der Waldfriedhof auf Anordnung des Oldenburgischen Landesarztes Dr. Jacobs errichtet, nachdem die Kirchengemeinde Huntlosen sich „wegen Platzmangels“ geweigert hatte, „die Toten des Krankenhauses aufzunehmen“ (StAO Best. 137 Nr. 3188, Bl. 33), siehe auch das Schreiben Dr. Bolzes an das Oldenburgische Staatsministerium vom 28.11.1945 (ebd., Bl. 85); abweichende Bestattungen: 1 x Gemeindefriedhof Huntlosen (02.04.1945), 1 x Neuer

Neben den Angaben zur Person des Verstorbenen sowie dem Sterbezeitpunkt und -ort sind Tag und Uhrzeit der Beerdigung und die genaue Bezeichnung der Grabstelle angegeben, manchmal mit zusätzlichen Hinweisen auf die Art der Bestattung, zum Beispiel eine Bestattung mit oder ohne Sarg. Angaben zu Todesursachen oder Erkrankungen tauchen nur vereinzelt auf. Die Mitteilungen erfolgten nicht auf vorgedruckten Formularen, aber durchweg nach dem gleichen Muster, darunter auch Sammelmeldungen, d. h. die Meldung von mehreren Beerdigungen an einem Tag oder an aufeinander folgenden Tagen. Solche Sammelmeldungen häuften sich bis Ende 1945.

Aus beiden Sammlungen ergeben sich insgesamt 381 Todesfälle. Davon sind 150 nur durch Sterbefallanzeigen, Sterbeurkunden und Totenscheine belegt, 14 nur durch Beerdigungsmitteilungen. Für die übrigen liegen Dokumente in beiden Sammlungen vor.

Ein Abgleich mit dem standesamtlichen Sterberegister der Gemeinde Großenkneten ergab, dass die beschriebenen Dokumente nur für einen Teil der Todesfälle unter den Patienten der Krankenhausanlage vorliegen. Unter anderem fehlen sie für 7 Sterbefälle in den Monaten Februar bis Mai 1944. Größere Lücken gibt es in den Monaten August bis November 1944 (40 Fälle) sowie im Januar (22 Fälle) und März 1945 (14 Fälle). Laut dem standesamtlichen Sterberegister sind in der Krankenhausanlage Huntlosen im Zeitraum von Anfang Februar 1944 bis Ende April 1945 insgesamt 225 Patienten verstorben.¹¹ Für nur 127 von ihnen enthalten die beiden oben genannten Quellensammlungen entsprechende Dokumente.

Die weitere Auswertung der Sterbedokumente ergab, dass es sich bei den bis Ende April 1945 Verstorbenen ganz überwiegend um Deutsche handelt und sich die Herkunftsverteilung ab Mai 1945 umkehrt. Ab dieser Zeit tauchen Deutsche nur noch vereinzelt in den Dokumenten auf. Die meisten Verstorbenen sind jetzt Russen und Polen, ab 1946 vor allem Polen und Letten. Insgesamt ist der Frauenanteil unter den Sterbefällen deutlich geringer als der Anteil von Männern. Zudem ist erkennbar, dass

Friedhof Oldenburg (1947), 1 x Verlegung nach Lingen/Ems (1950); in einer ca. 2005 erstellten Gräberliste des Friedhofes sind 249 Gräber aufgeführt, siehe Dirk Faß: Kriegsgräberstätte/Ausländer-Ehrenfriedhof Huntlosen-Sannum. Eine Dokumentation, Großenkneten [2005].

¹¹ Vgl. mit abweichender Zählung (215): Harms, Die „Aktion Brandt“, S. 64.

die Zahl der Sterbefälle nach 1945 rasch zurückging. Ab den 1950er Jahren gibt es nur noch einstellige Sterbefallzahlen. Auch wenn die Angaben über Krankheitsdiagnosen und Todesursachen in vielen Fällen unvollständig sind, lässt sich feststellen, dass die Zahl der Tuberkulosekranken unter den Todesfällen bis Ende April 1945 sehr gering war. Nur bei 12 Fällen finden sich in dieser Zeit Hinweise auf eine Tuberkuloseerkrankung, davon 10 Fälle mit Lungentuberkulose. Ab Mai 1945 ändert sich das. Tuberkuloseerkrankungen, und zwar vor allem Lungentuberkulosen, werden deutlich häufiger genannt und sind ab 1946 die häufigste Erkrankung bei den Sterbefällen.

Die Befunde stimmen mit den oben getroffenen Feststellungen überein, dass die Krankenhausanlage bis Ende April 1945 in erster Linie der deutschen Bevölkerung, nicht aber Tuberkulosekranken vorbehalten war und dass ausländische Patienten, darunter dann viele Tuberkulosekranke, in größerer Zahl erst danach in Huntlosen behandelt wurden.

4.3 Zur Frage der Patiententötungen in Huntlosen

Ausgehend von den anhand der Krankenkartei ermittelten 3.600 Patientenaufnahmen zwischen Anfang Februar 1944 und Ende April 1945 ergibt sich unter Berücksichtigung der im standesamtlichen Sterberegister verzeichneten 225 Sterbefälle eine Sterberate von 6,25 Prozent. Ingo Harms ging von wesentlich höheren Sterberaten in Huntlosen aus und hat die Vermutung geäußert, dass die Krankenhausanlage eine „Sterbeanstalt“ gewesen sei,¹² „deren originäre Aufgabe mit größter Wahrscheinlichkeit in der Selektion und Vernichtung der für die NS-Wirtschaft Unbrauchbaren“ bestanden habe.¹³ Er stützte seine Vermutung unter anderem darauf, dass sich bei den Todesursachenangaben im standesamtlichen Sterberegister der Gemeinde Großenkneten solche häufen, die aus dem Krankenmord an psychisch Kranken in den Heil- und Pflegeanstalten im Rahmen der Hunger-„Euthanasie“ bekannt sind.¹⁴ Gemeint sind Angaben wie Kreislaufschwäche, Herz- und Kreislaufschwäche, Herzmuskelschwäche und ähnliche Herzerkrankungssymptome, Lungenentzündung sowie einige Male auch Hinweise auf Abmagerung oder körperlichen Verfall. Diese Angaben stehen allerdings oft in Kombination mit Diagnosen wie etwa Schlaganfall, Blutvergiftung, Krebs, Diphtherie, Scharlach, Ruhr, Unfallverletzungen, Verletzungen aus Kriegseinwirkungen usw. Beim Vergleich der Eintragungen des Sterberegisters mit den Sterbedokumenten aus dem Aktenbestand der LVA Oldenburg zeigte sich, dass besonders in den Sterbefallanzeigen neben dem Grundleiden des Verstorbenen auch Begleit- und Folgeerkrankungen angegeben wurden. Davon wurden die Symptome unterschieden, die letztendlich zum Tode geführt haben. Bei letzteren handelt es sich häufig um die oben bezeichneten Angaben wie Kreislaufschwäche, Herzsymptome usw. Im standesamtlichen Sterberegister wurden die verschiedenen Angaben offensichtlich nicht nach einem einheitlichen Muster übernommen. Manchmal wurden alle Angaben in Form einer einfachen Aufzählung zusammengeführt, manchmal nur ein Teil der Angaben. Die Häufung der von Harms hervorgehobenen Todesursachenangaben im Sterberegister dürfte auch dieser Eintragungspraxis ge-

¹² Harms, Die „Aktion Brandt“, S. 65.

¹³ Ebd., S. 69.

¹⁴ Vgl. ebd. S. 68.

schuldet sein. So sind Folgeerkrankungen und unmittelbare Todesursachen tendenziell häufiger vermerkt als die Grundleiden der Verstorbenen.

Davon abgesehen ist der Vergleich mit den fingierten Todesursachen beim Krankenmord an psychisch Kranken problematisch. Denn Symptome wie Kreislaufschwäche, Abmagerung oder körperlicher Verfall gehören bei psychisch Kranken nicht zum originären Krankheitsbild und lassen von daher auf Mangelversorgung und Vernachlässigung schließen. Bei somatisch Kranken liegt der Sachverhalt anders. Vor allen Dingen bei schwereren somatischen Erkrankungen sind solche Symptome nicht selten und durchaus aus der Erkrankung erklärbar. Die Ausweichkrankenhäuser der „Aktion Brandt“ hatten erklärtermaßen die Aufgabe, unter anderem Infektionskranke, chronisch Kranke und chirurgische Patienten aufzunehmen.¹⁵ Im Laufe des Krieges kamen vermehrt Opfer von Bombenangriffen hinzu. In Huntlosen wurde nach schweren Bombenangriffen auf Bremen im August 1944 eine große Zahl Bremer Patienten aufgenommen.¹⁶ In den Monaten danach stieg die Sterberate an, um dann zum Jahresende wieder abzunehmen.¹⁷

Die ärztliche Leitung der Krankenhausanlage Huntlosen wurde schon am 22. April 1945 zunächst für drei Monate von dem jüdischen Arzt Dr. Fritz Spanier übernommen.¹⁸ Er war aufgrund einer Vereinbarung, die am 15. April mit einem Vertreter der kanadischen Besatzungstruppen getroffen worden war, zusammen mit vier weiteren jüdischen Ärzten, einem Apotheker sowie mehreren Schwestern und Pflegern aus dem niederländischen Lager Westerbork nach Huntlosen befördert worden.¹⁹

Westerbork ist als Durchgangslager für niederländische Juden bekannt, von dem aus ab Mitte 1942 mehr als 100.000 Menschen in die deutschen Vernichtungslager,

¹⁵ Vgl. Süß, Volkskörper, S. 280 ff.

¹⁶ Der Chefarzt des Sonderkrankenhauses Huntlosen meldete Ende August 1944, die Anlage sei „über den Rand hinaus mit Schwerverletzten aus Bremen belegt“ und versuche, „die Folgen der Bremer Katastrophe zu lindern“, Dr. Drossart an das Arbeitsamt Oldenburg, Nebenstelle Wildeshausen, 31.08.1944 (StAO Dep 33 Akz. 306 Nr. 115).

¹⁷ Vgl. Harms, Die „Aktion Brandt“, S. 65.

¹⁸ Siehe die an Dr. Spanier als „Medizinischen Leiter des Krankenhauses“ adressierte schriftliche Bestätigung vom 21.05.1945 (StAO Best. 137 Nr. 3188, Bl. 20); Spanier blieb bis Ende 1945 Chefarzt in Huntlosen, siehe die bis Dez. 1945 von ihm ausgestellten Zeugnisse für Ärzte, Schwestern und Pflegern (StAO Dep 33 Akz. 306 Nr. 150); in einer Gehaltsliste vom Nov. 1945 ist die ursprünglich aus 17 Personen bestehende „Gruppe Westerbork“ mit 11 Personen aufgeführt (StAO Dep 33 Akz. 306 Nr. 177).

¹⁹ Die Gruppe wird in den Gehaltslisten des Krankenhauses als „Gruppe Westerbork“ geführt. (z.B.: StAO Best. 137 Nr. 3188, Bl. 18).

überwiegend nach Auschwitz und Sobibor deportiert worden sind. Dr. Spanier hatte das Krankenhaus des Lagers geleitet.²⁰

Festzuhalten bleibt, dass die in dieser Untersuchung ausgewerteten Quellen die Vermutung, in Huntlosen sei während des Nationalsozialismus eine Sterbeklinik betrieben worden, nicht bestätigen. Gegen die Vermutung spricht nicht zuletzt die für diese Zeit ermittelte Sterberate von etwas über 6 Prozent, die angesichts der Kriegsbedingungen vergleichsweise moderat ist.

²⁰ Im Durchgangslager Westerbork wurde den Internierten, zu ihnen gehörten Anne Frank und ihre Familie, ein normales Alltagsleben vorgetäuscht. Es gab z.B. Sport- und Kulturveranstaltungen, Schulunterricht und ein gut ausgestattetes Krankenhaus. Zur Geschichte Westerborks siehe u.a. Anna Hájková: Das Polizeiliche Durchgangslager Westerbork [2004], Academia. 08.10.2015. https://www.academia.edu/455726/Das_Polizeiliche_Durchgangslager_Westerbork_The_Police_Transit_Camp_Westerbork; Nanda van der Zee: „Um Schlimmeres zu verhindern ...“. Die Ermordung der niederländischen Juden: Kollaboration und Widerstand. Aus dem Niederländischen von Bram Opstelten, München und Wien 1999, S. 298-306; vgl. auch Sandra Ziegler: Gedächtnis und Identität der KZ-Erfahrung. Niederländische und deutsche Augenzeugenberichte des Holocaust (Epistemata. Würzburger Wissenschaftliche Schriften. Reihe Literaturwissenschaft, Bd. 543), Würzburg 2006; Philip Mechanicus: Im Depot. Tagebuch aus Westerbork. Mit einem Vorwort von Eike Geisel. Aus dem Niederländischen von Jürgen Hillner, Berlin 1993.

5 Fazit

Der erste Effekt nationalsozialistischer Tuberkulosebekämpfungspolitik war ein administrativer. Durch die Arbeit der Tuberkulosefürsorgestellen bei den Gesundheitsämtern wurde die Erfassung und Überwachung der Tuberkulosekranken ab Mitte der 1930er Jahre stark ausgeweitet. Die meisten von denen, die dabei registriert wurden, waren aber nicht krank. Sie wurden präventiv überwacht, weil sie im Umfeld eines Tuberkulosekranken lebten und dadurch einem erhöhten Ansteckungsrisiko ausgesetzt waren. Der untersuchte Zeitraum ist zu kurz, um überprüfen zu können, ob sich die mit erheblichem personellen und finanziellen Aufwand betriebenen Umgebungsuntersuchungen nennenswert auf die Ausbreitung der Tuberkulose ausgewirkt haben könnten. Jedenfalls gab es bis Ende der 1930er Jahre nur geringe Veränderungen bei der Zahl der registrierten Tuberkuloseerkrankungen und -sterbefälle im Bezirk der LVA Oldenburg-Bremen. Grundsätzliche Zweifel sind auch deswegen angebracht, weil die Infektion mit dem Tuberkuloseerreger in den wenigsten Fällen zu einem Krankheitsausbruch führt. Die meisten Menschen haben die Krankheit bei ausreichender Immunabwehr kurze Zeit nach der Infektion überwunden. Insofern liefen die im großen Stil durchgeführten Umgebungsuntersuchungen weitgehend ins Leere. Außerdem wurden dabei Ansteckungsmöglichkeiten jenseits des unmittelbaren Lebensumfeldes außer Acht gelassen und unterschätzt, zum Beispiel Kontakte bei Bus- und Bahnfahrten, bei Einkäufen oder anderen Zufallsbegegnungen. Vor allem aber konnte eine Erfassung der Kranken nur Sinn machen, wenn auch die entsprechenden Behandlungsmöglichkeiten bereitgestellt worden wären. Zwar waren die damaligen Heilverfahren nicht nachhaltig wirksam, konnten aber oft eine Linderung der Symptome erreichen und die Krankheit zumindest für eine gewisse Zeit, manchmal auch für Jahre, zum Stillstand bringen.

Der Beginn des Zweiten Weltkrieges setzte in dieser Hinsicht eine Zäsur, durch die die Politik der systematischen Erfassung von Tuberkulosekranken und -verdachtsfällen ad absurdum geführt wurde. Die ohnehin knappen Bettenplätze in den Lungenheilstätten wurden bei Kriegsbeginn durch militärische Beschlagnahmungen erheblich reduziert. Der dadurch erzeugte Mangel an Behandlungskapazitäten für Tu-

berkultosekranke hielt bis über das Kriegsende hinaus an. Die Rentenversicherung reagierte auf die veränderte Situation mit einer Verschärfung ihrer Heilverfahrensrichtlinien, so auch die LVA Oldenburg-Bremen. Hatte sie noch Mitte der 1930er Jahre nicht nur vorbeugende Kuren und Nachkuren, sondern auch Heilverfahren für Tuberkulosekranke mit einer fortgeschrittenen Erkrankung gefördert, damit auch diese fachgerecht behandelt wurden, so führte sie im Laufe des Zweiten Weltkrieges eine strenge Patientenauswahl ein. Das Vehikel dieser Auswahl war vor allem eine engere Definition der „Heilfähigkeit“, eine als Eigenschaft des Kranken verstandene „Fähigkeit“, Heilung zu erfahren. Über diese Fähigkeit urteilten Ärzte in den Lungenheilstätten. Als weitere Begründung für Heilbehandlungen galt die „Ansteckungsgefahr“. Ihr war im Zweifelsfall auch durch die bloße Isolierung oder Asylisierung des Kranken zu begegnen. So wurden bei den Heilbehandlungen die Kranken vorgezogen, die nach ärztlicher Einschätzung gute Aussichten hatten, rasch zu genesen, das heißt: nach der Behandlung nicht mehr ansteckend zu sein und schnell wieder als Arbeitskraft – nicht zuletzt in den Rüstungsbetrieben – zur Verfügung zu stehen. Die Krankenversorgung in den Heilstätten richtete sich an den Erfordernissen der Kriegswirtschaft aus. Bei Kindern wurden Heilverfahren nur noch bei einer aktiven Erkrankung gewährt. Ältere und voraussichtlich dauerhaft Arbeitsunfähige wurden aus den Heilstätten verdrängt, Todkranke in die Allgemeinkrankenhäuser verlegt.

Die Folgen des Politikwechsels in der stationären Versorgung der Tuberkulosekranken zeigten sich schon in den ersten Kriegsjahren. Unabhängig von der offiziellen Tuberkulosestatistik vermitteln die Berichte des Oldenburger und des Bremer Bezirksleiters des Reichstuberkuloseausschusses ein plastisches Bild von der Situation vor Ort. Danach war in ihren Bezirken bereits 1942 ein spürbarer Anstieg der Tuberkulosesterbefälle und der schweren Tuberkuloseerkrankungen zu verzeichnen. Zu dieser Zeit hatte es in Bremen zwar schon die ersten Bombenangriffe gegeben, doch Oldenburg war kaum betroffen. Die allgemeinen Lebensverhältnisse waren durch den Krieg noch nicht in dem Maße beeinträchtigt, dass sie den Anstieg erklären könnten. Er war vielmehr darauf zurückzuführen, dass immer mehr Tuberkulosekranke in fortgeschrittenen Erkrankungsstadien ohne fachgerechte Behandlung blieben. Wenn sie wegen der Ansteckungsgefahr nicht zuhause versorgt werden konnten,

wurden sie zu Asylierungsfällen. In der Regel wurden sie in Allgemeinkrankenhäusern untergebracht, die jedoch oft nicht über die notwendigen Vorkehrungen zur Isolierung der Kranken verfügten und vor allem keine ausreichende ärztliche Versorgung boten. Im Laufe des Krieges verschärfte sich die Situation durch die Verschlechterung der allgemeinen Lebensbedingungen, in der Endphase des Krieges zusätzlich durch die großen Flüchtlingsströme. Der weitere Anstieg der Tuberkulosesterbefälle wirkte noch bis 1945/46 nach.

Die Asylierung wurde vom zuständigen Gesundheitsamt angeordnet und war insofern eine Zwangsmaßnahme. Wenn der Betroffene der Maßnahme aber zustimmte bzw. sich ihr nicht widersetzte, galt sie als freiwillig. Auch wenn die Zustimmung in vielen Fällen erst durch die Androhung weitergehender Zwangsmaßnahmen erreicht worden sein dürfte, unterschied sich die „freiwillige“ Asylierung in der Praxis entscheidend von einer Zwangsassylierung im eigentlichen Sinne. Die „freiwillig“ Assylierten waren wesentlich besser gestellt. Sie waren in einem Krankenhaus in der Nähe ihres sozialen Umfeldes untergebracht und konnten auf die Unterstützung durch ihre Familien zurückgreifen. Wie der geschilderte Fall in einem Krankenhaus in Brake zeigt, konnten sie unter Umständen sogar durch Beschwerden auf ihre Entlassung hinwirken. Die Zwangsassylierung dagegen beruhte auf einer polizeilichen Verfügung, die gegebenenfalls mit unmittelbarem Zwang durchgesetzt wurde. Zwangsassylierte galten als asozial und wurden unter gefängnisähnlichen Bedingungen in einer von insgesamt 18 Einrichtungen untergebracht, die im Deutschen Reich für diesen Personenkreis geschaffen worden waren. Die LVA Oldenburg-Bremen hatte sich frühzeitig für eine gesetzliche Regelung auf Landesebene eingesetzt und außerdem die Schaffung einer Zwangsassylierungsabteilung in der westfälischen Arbeitsanstalt Benninghausen unterstützt. Sie verfügte in ihrem eigenen Bezirk aber über keine Einrichtung zur Zwangsassylierung von Tuberkulosekranken.

Als die Zahl der Asylierungsfälle in Oldenburg und Bremen im Laufe des Krieges stetig zunahm, mussten immer wieder neue Unterbringungsmöglichkeiten für sie bereitgestellt werden. Daraus resultierte unter anderem die Einrichtung einer Abteilung für Asylierungsfälle aus Wilhelmshaven in der Heil- und Pflegeanstalt Wehnen, ebenso die Unterbringung von einzelnen Tuberkulosekranken in den Sonderkranken-

häusern der „Aktion Brandt“ in Hahn-Lehmden und Huntlosen-Hosüne, die im Übrigen nicht für die Versorgung von Tuberkulosekranken ausgelegt waren. In diesem Kontext ist die Eröffnung des Tuberkulosekrankenhauses Kloster Blankenburg zu sehen. Das Krankenhaus ermöglichte ab Mitte 1944 nicht nur die Unterbringung einer größeren Zahl von Asylierungsfällen, sondern darüber hinaus die Einführung eines weiteren Mechanismus zur Auswahl der Kranken. Er bestand in einer mehrstufigen Ausdifferenzierung: Für todkranke Asylierungsfälle blieben die Allgemeinkrankenhäuser zuständig, während für die anderen nun Blankenburg vorgesehen war. Hier wiederum war eine Beobachtungsabteilung eingerichtet worden, so dass in Zweifelsfällen erneut über die Einweisung in eine Heilstätte entschieden werden konnte. Auf diese Weise konnte das unter den Asylierungsfällen verborgene Arbeitskräftepotential herausgefiltert und durch anschließende Heilstättenbehandlung für die Kriegswirtschaft nutzbar gemacht werden. Das Tuberkulosekrankenhaus Blankenburg selbst diente dagegen nur in einem beschränkten Umfang als Arbeitsstätte für Tuberkulosekranke. In dieser Frage scheinen sich medizinische Gesichtspunkte durchgesetzt zu haben. Aus den wenigen ärztlichen Stellungnahmen zum Arbeitseinsatz von Tuberkulosekranken ist ersichtlich, dass Lungenärzte bei diesem Thema durchaus kritisch Position bezogen. Sie konnten den Ausbau der Arbeitstherapie in den Heilstätten grundsätzlich befürworten, gleichzeitig aber den Arbeitseinsatz von Tuberkulosekranken dann kritisieren, wenn er nicht die verminderte Leistungsfähigkeit der Kranken berücksichtigte und so den Erfolg ärztlicher Heilbehandlungen zunichtemachte.

Maßgeblichen Einfluss auf die Ausgestaltung dieser Infrastruktur zur Unterbringung und Versorgung von Tuberkulosekranken hatte die LVA Oldenburg-Bremen zusammen mit dem Leiter der LVA-eigenen Lungenheilstätte Wildeshausen und Bezirksleiter des Reichstuberkuloseausschusses Dr. Gerhard Slotty. Er bestimmte nicht nur die Einweisungspraxis in den Heilstätten, sondern darüber hinaus den Gesamtrahmen der stationären Krankenversorgung für Tuberkulosekranke im Bezirk der LVA Oldenburg-Bremen. Die LVA und Slotty konnten ihre Vorstellungen auch gegen die offiziell als Schaltstellen der Tuberkulosebekämpfung fungierenden Gesundheitsämter durchsetzen, die offenbar immer wieder auch solche Tuberkulosekranke in die Heilstätten einweisen wollten, die diese erklärtermaßen nicht mehr aufzuneh-

men bereit waren. Slotty setzte sich Mitte des Jahres 1944 dafür ein, das bis dahin entwickelte Versorgungssystem analog auch auf zumindest einen Teil der tuberkulosekranken Zwangsarbeiter anzuwenden. Er fand jedoch keine Unterstützung seitens der Arbeitsverwaltung und des Landesfürsorgeverbandes, so dass diese Pläne scheiterten. Zwangsarbeiter, die an Tuberkulose erkrankt waren, blieben bis zum Ende des Krieges ohne nennenswerte ärztliche Versorgungen. Für sie gab es nicht einmal die Grundversorgung, die deutsche Tuberkulosekranke als Asylierungsfälle erhielten.

Der Übergang von der Kriegs- in die Nachkriegszeit war bei der stationären Unterbringung und Versorgung von Tuberkulosekranken im Bezirk der LVA Oldenburg-Bremen von äußerem Wandel einerseits und struktureller Kontinuität andererseits gekennzeichnet. Die markanteste Veränderung war unmittelbar nach Kriegsende die von der britischen Besatzungsmacht durchgesetzte Krankenversorgung für ehemalige Zwangsarbeiter. Die meisten Tuberkulosekranken unter ihnen wurden in den speziell für Displaced Persons bereitgestellten Krankenhausanlagen in Hahn-Lehmden und Huntlosen-Hosüne behandelt. Ansonsten wurden die gesetzlichen Grundlagen und behördlichen Zuständigkeiten in der Tuberkulosebekämpfung von den Besatzungsmächten nicht angetastet. Die LVA Oldenburg-Bremen konnte ihre Tuberkuloseheilstätten und -krankenhäuser, die so gut wie unbeschädigt aus den Kriegshandlungen hervorgegangen waren, nach kurzer Unterbrechung wieder in Betrieb nehmen und die Behandlungskapazitäten in den Jahren nach der Währungsreform wieder ausbauen. Die Funktion des Tuberkulosekrankenhauses Kloster Blankenburg als Asylierungseinrichtung mit Beobachtungsabteilung blieb dabei im Wesentlichen unverändert. Modifikationen an dem überkommenen Konzept mussten lediglich dahingehend vorgenommen werden, dass Ausländer nun ebenso wie Deutsche Aufnahme finden konnten, in den ersten Nachkriegsjahren außerdem auch schwerstkranke Patienten, die aber grundsätzlich weiter in den Allgemeinkrankenhäusern untergebracht werden sollten. Das im Nationalsozialismus entwickelte System der Ausdifferenzierung von Tuberkulosekranken verlor seine Bedeutung erst durch die Einführung wirksamer Medikamente ab Ende der 1940er Jahre. Mit ihnen konnten auch die sonst als aussichtslos angesehen Fälle erfolgreich behandelt werden. Praktisch jeder Kranke war nun „heilfähig“. Dadurch verwischten die Grenzen zwischen Asylierung und Heilbehandlung. Außerdem war die medikamentöse Behandlung auch ambulant möglich.

Zusammen mit dem gleichzeitig einsetzenden Rückgang der Erkrankungszahlen führte diese Entwicklung zur Schließung der meisten Tuberkuloseheilstätten und -krankenhäuser bis Anfang der 1960er Jahre.

Dagegen blieb die Zwangsasylierung als Möglichkeit, gegen behandlungsunwillige Tuberkulosekranke vorzugehen, über die 1950er Jahre hinaus bestehen. Sie wurde von ärztlicher Seite auch deshalb gewünscht, weil sie ihnen die Möglichkeit gab, gegebenenfalls Druck auf Patienten auszuüben. Da der freiheitsberaubende Charakter der Maßnahme nicht mehr mit den gesetzlichen Regelungen des Nationalsozialismus legitimiert werden konnte, waren schon bald nach der Verabschiedung des Grundgesetzes neue rechtliche Grundlagen entwickelt worden, die auf eine Psychiatrisierung der Betroffenen hinausliefen. Die Zahl der Zwangsasylierten aus Oldenburg und Bremen konnte im Rahmen dieser Studie nicht ermittelt werden. Hierfür wären weitergehende Recherchen und Untersuchungen durchzuführen, die unter anderem die Quellenüberlieferungen der betreffenden Zwangsasylierungseinrichtungen einbeziehen sollte.

Die ärztlichen Berichte in den Patientenunterlagen sind durchweg kurz gefasst und beschränken sich auf die nüchterne Darstellung von Diagnosen, Therapien und Prognosen. Sie enthalten so gut wie keine Hinweise auf die Haltungen der Ärzte, weder zu den getroffenen Maßnahmen noch zu den von ihnen behandelten Patienten. Abgesehen von der steuernden Rolle, die der Wildeshausener Chefarzt Dr. Gerhard Slotty in den 1940er Jahren einnahm, konnte daher in dieser Studie nur wenig beleuchtet werden, wie die in die Tuberkulosebekämpfung involvierten Ärzte zu den Rahmenbedingungen und praktischen Auswirkungen ihrer Arbeit eingestellt waren. Hinweise darauf, dass Slotty mit seinen Initiativen „rassenhygienischen“ Motiven gefolgt wäre, haben sich nicht ergeben. Insgesamt scheinen sich in der oldenburgisch-bremischen Tuberkulosebekämpfung während des Nationalsozialismus vor allem kriegswirtschaftliche und medizinische Gesichtspunkte durchgesetzt zu haben. Bei den ärztlichen Stellungnahmen zum Arbeitseinsatz und zur Zwangsasylierung Tuberkulosekranker wird eher ein ärztliches Eigeninteresse sichtbar. Auch die Einschränkung der Heilverfahren auf Fälle, die gute Aussichten auf einen Behandlungserfolg hatten, dürfte dem Bedürfnis der Tuberkuloseärzte entgegengekommen sein, ihre eigene

Arbeit als erfolgreich erleben und darstellen zu können. In gleicher Weise profitierten sie davon, dass todkranke Patienten in die Allgemeinkrankenhäuser abgeschoben wurden. Insgesamt konnten sich Tuberkuloseärzte im Nationalsozialismus wie in der Besatzungszeit den jeweils vor Ort gegebenen Rahmenbedingungen ihrer Arbeit weitestgehend ohne Widerspruch unterordnen und anpassen.

Zu Beginn dieser Arbeit war davon ausgegangen worden, dass Tuberkuloseärzte sich vor allem in der Zeit des Nationalsozialismus bei der Auswahl von Patienten und der Priorisierung medizinischer Hilfeleistungen vor ethisch schwierige Entscheidungssituationen gestellt sahen, die mit einem aus der Militärmedizin entlehnten Begriff als Triage gekennzeichnet werden könnten. Die Untersuchung der Maßnahmen zur stationären Versorgung von Tuberkulosekranken im Bezirk der LVA Oldenburg-Bremen ergibt ein anderes Bild. Ärzte in den Tuberkuloseheilstätten und -krankenhäusern agierten als Teil eines gut organisierten Systems der Ausdifferenzierung, Unterbringung und Versorgung von Patienten, das selbst bei Kriegsende nur kurzzeitig aussetzte. Sie konnten sich an vorgegebenen Kriterien orientieren und waren anders als in militärischen Notfallkonstellationen nicht mit unmittelbar drängenden Entscheidungszwängen konfrontiert. Ihre Situation bei der Auswahl von Patienten als Triage zu kennzeichnen, wäre eine Übertreibung.

Aus dem gleichen Grunde wurde in dieser Arbeit der Begriff „Selektion“ vermieden. Er trifft vom Wortinhalt her zwar auf die Praxis der Auswahl von Patienten zu, ist aber in der Forschung zum Nationalsozialismus mit der Ausmusterung von Menschen zum Zwecke der Tötung konnotiert. In dieser Bedeutung trifft der Begriff auf die Gruppe der Tuberkulosekranken zu, die im Nationalsozialismus als Insassen von Zwangsassylierungseinrichtungen in die „Euthanasie“-Aktionen einbezogen wurden. Die gesundheitsamtliche Anordnung der Maßnahme in den Heimatorten der Betroffenen bezweckte aber in erster Linie die Durchsetzung der Assylierung und die Disziplinierung der Kranken. Für die meisten deutschen Tuberkulosekranken im Nationalsozialismus gilt – anders als für die komplett von der Krankenversorgung ausgeschlossenen tuberkulosekranken Zwangsarbeiter – dass sie immerhin eine ärztliche Grundversorgung erhalten konnten. Eine systematische Mangelversorgung hat es nach den hier durchgeführten Recherchen auch im Tuberkulosekrankenhaus

Blankenburg nicht gegeben. Die Asylierung von Tuberkulosekranken dort und in den Allgemeinkrankenhäusern zielte nicht auf die Tötung der Patienten ab.

Das im Bezirk der LVA Oldenburg-Bremen während des Zweiten Weltkrieges eingeführte System der Ausdifferenzierung bei der Unterbringung und Versorgung von Tuberkulosekranken in Krankenhäusern und Heilstätten ließ die Zahl der schweren Erkrankungen und der Sterbefälle steigen. Die Betroffenen waren Opfer eines Verdrängungsprozesses in der Gesundheitsversorgung, der nicht mit den Patiententötungen im Rahmen der nationalsozialistischen Krankenmordaktionen gleichzusetzen ist. Er ist eher vergleichbar mit heutigen Formen sozialer Ausgrenzung und Benachteiligung, die für bestimmte Bevölkerungsgruppen fatale Folgen haben können – zum Beispiel wenn Marktmechanismen und die ungerechte Verteilung gesellschaftlicher Ressourcen dazu führen, dass alte Menschen in Pflegeheimen schwer vernachlässigt und unterversorgt werden.

Die Tuberkulose war in Deutschland bis über die 1950er Jahre hinaus eine der großen Volkskrankheiten. Sie durchdrang alle Bevölkerungs- und Altersschichten. Zwar wurden die Betroffenen vor allem im Nationalsozialismus stigmatisiert, unterlagen staatlicher Kontrolle und waren zum Teil harten Repressionen ausgesetzt. Von einer breit angelegten Selektion ansteckender Tuberkulosekranker mit dem Ziel, sie zu töten, ist aber nicht auszugehen. Für viele Tuberkulosekranke hatte der Ausschluss aus der Heilstättenbehandlung dennoch mittelbar den Tod zur Folge, weil eine ärztliche Grundversorgung für sie nicht ausreichte. Auf der Strecke blieben dabei vor allem die schwer Erkrankten, denen eine langfristige Pflege und Behandlung auch bei dem seinerzeit noch unzureichenden Stand der medizinischen Kenntnisse möglicherweise hätte helfen können.

Literatur

- Aly, Götz: Krankheitsverdächtige und Bazillenausscheider. Tuberkulose und „Euthanasie“, in: Vorgänge 26, 1987, S. 62-72.
- Aly, Götz: Medizin gegen Unbrauchbare, in: Aly, Götz; Ebbinghaus, Angelika u.a. (Hg.): Aussonderung und Tod. Die klinische Hinrichtung der Unbrauchbaren (Beiträge zur nationalsozialistischen Gesundheits- und Sozialpolitik, Bd. 1), Berlin 1985, S. 9-74.
- Aly, Götz: Tuberkulose und „Euthanasie“, in: Pfeiffer, Jürgen (Hg.): Menschenverachtung und Opportunismus. Zur Medizin im Dritten Reich, Tübingen 1992, S. 131-156.
- Aly, Götz; Ebbinghaus, Angelika u.a. (Hg.): Aussonderung und Tod. Die klinische Hinrichtung der Unbrauchbaren (Beiträge zur nationalsozialistischen Gesundheits- und Sozialpolitik, Bd. 1), Berlin 1985.
- Arbeitskreis zur Erforschung der nationalsozialistischen „Euthanasie“ und Zwangssterilisation (Hg.): Dokumentation der Herbsttagung 19.-21. November 1999 in Gießen, Kassel 2000.
- Arbeitskreis zur Erforschung der nationalsozialistischen „Euthanasie“ und Zwangssterilisation (Hg.): NS-„Euthanasie“ und lokaler Krankenmord in Oldenburg, Klingenmünster und Sachsen. Erinnerungskultur und Betroffenenperspektive (Berichte des Arbeitskreises, Bd. 6), Münster 2011.
- Blasius, Dirk: Die Tuberkulose im Dritten Reich, in: Konietzko, Nikolous (Hg.): 100 Jahre Deutsches Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose (DZK). Der Kampf gegen die Tuberkulose, Frankfurt a. M. 1996, S. 77-85.
- Bracher, Karl Dietrich; Funke, Manfred; Jacobsen, Hans-Adolf (Hg.): Politik und Gesellschaft im Dritten Reich, 2. Aufl.: Bonn 1993.
- Condrau, Flurin: Lungenheilanstalt und Patientenschicksal, Göttingen 2000.
- Daniel, Andreas: Abschied von der Tuberkulose. Eine Dokumentation der Bekämpfung und Behandlung der Tuberkulose durch die LVA Westfalen, Münster 1990.
- Daub, Ute: Krankenhaus-Sonderanlage Aktion Brandt in Köppern im Taunus. Die letzte Phase der „Euthanasie“, in: Psychologie & Gesellschaftskritik, 62, 1992, S. 39-68.
- Diehl, K[arl]: Stand der Chemotherapie der Lungentuberkulose des Erwachsenen, in: Beiträge zur Klinik der Tuberkulose und spezifischen Tuberkulose-Forschung, 1954, Bd. 11, S. 101-128.
- Ellerbrock, Dagmar: „Healing Democracy“ – Demokratie als Heilmittel. Gesundheit, Krankheit und Politik in der amerikanischen Besatzungszone 1945-1949 (Veröffentlichungen des Instituts für Sozialgeschichte e.V. Braunschweig, Bonn), Bonn 2004.

- Elling-Ruhwinkel, Elisabeth: Sichern und Strafen. Das Arbeitshaus Benninghausen (1871-1945) (Forschungen zur Regionalgeschichte, Bd. 51), Paderborn 2005.
- Faß, Dirk: Kriegsgräberstätte/Ausländer-Ehrenfriedhof Huntlosen-Sannum. Eine Dokumentation, Großenkneten [2005].
- Faulstich, Heinz: Hungersterben in der Psychiatrie 1914-1949. Mit einer Topographie der NS-Psychiatrie, Freiburg i. B. 1998.
- Fleßner, Alfred: Angehörigenperspektive – Impulse für die Aufarbeitung des Krankenmords im Nationalsozialismus, in: Arbeitskreis zur Erforschung der nationalsozialistischen „Euthanasie“ und Zwangssterilisation (Hg.): NS-„Euthanasie“ und lokaler Krankenmord in Oldenburg, Klingenmünster und Sachsen. Erinnerungskultur und Betroffenenperspektive (Berichte des Arbeitskreises, Bd. 6), Münster 2011, S. 87-100.
- Fleßner, Alfred: Tuberkulose und Krankenmord in Oldenburg, in: Fleßner Alfred; George, Uta u.a. (Hg.): Forschungen zur Medizin im Nationalsozialismus. Vorgeschichte – Verbrechen – Nachwirkungen (Schriftenreihe der Stiftung Niedersächsische Gedenkstätten, Bd. 3), Göttingen 2014, S. 45-58.
- Fleßner, Alfred: Wahr-Nehmungen. Öffentliche Deutungskultur und die Aufarbeitung der NS-„Euthanasie“ in den Familien der Opfer, in: Wolters, Christine; Beyer, Christof; Lohff, Brigitte (Hg.): Abweichung und Normalität. Psychiatrie in Deutschland vom Kaiserreich bis zur Deutschen Einheit, Bielefeld 2013, S. 219-242.
- Fleßner, Alfred: Zur Aufarbeitung der NS-„Euthanasie“ in den Familien der Opfer, in: Westermann, Stefanie; Kühl, Richard u.a. (Hg.): NS-„Euthanasie“ und Erinnerung. Vergangenheitsaufarbeitung – Gedenkformen – Betroffenenperspektiven (Medizin und Nationalsozialismus, Bd. 3), Münster 2011, S. 195-207.
- Fleßner Alfred; George, Uta u.a. (Hg.): Forschungen zur Medizin im Nationalsozialismus. Vorgeschichte – Verbrechen – Nachwirkungen (Schriftenreihe der Stiftung Niedersächsische Gedenkstätten, Bd. 3), Göttingen 2014.
- Geschichte der Sozialpolitik in Deutschland seit 1945. Hrsg. v. Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung und Bundesarchiv. Bd. 2/1: Die Zeit der Besatzungszonen 1945-1949. Sozialpolitik zwischen Kriegsende und der Gründung zweier deutscher Staaten. Bandverantwortlicher: Udo Wengst, Baden-Baden 2001.
- Gorsboth, Thomas; Wagner, Bernhard: Die Unmöglichkeit der Therapie. Am Beispiel der Tuberkulose, in: Michel, Karl Markus; Spengler, Tilman (Hg.): Die Seuche, Berlin 1988, S. 123-146.
- Hahn, Susanne: Ethische Grundlagen der faschistischen Medizin am Beispiel der Tuberkulosebekämpfung, in: Thom, Achim; Spaar, Horst (Hg.): Medizin im Faschismus. Symposium über das Schicksal der Medizin in der Zeit des Faschismus in Deutschland 1933-1945, Berlin (Ost) 1985, S. 122-131.
- Hähner-Rombach, Sylvelyn: Sozialgeschichte der Tuberkulose. Vom Kaiserreich bis zum Ende des Zweiten Weltkrieges unter besonderer Berücksichtigung Würt-

- tembergs (Medizin, Geschichte und Gesellschaft, Jahrbuch des Instituts für Geschichte der Medizin der Robert Bosch Stiftung, Beiheft 14), Stuttgart 2000.
- Hähner-Rombach, Sylvelyn: Von der Aufklärung zur Ausgrenzung. Folgen der bakteriologischen Krankheitserklärung am Beispiel der Tuberkulose, in: Roeßiger, Susanne; Merk, Heidrun (Hg.): „Hauptsache gesund!“ Gesundheitsaufklärung zwischen Disziplinierung und Emanzipation, Marburg 1998, S. 59-76.
- Hájková, Anna: Das Polizeiliche Durchgangslager Westerbork [2004], Academia. 08.10.2015.
https://www.academia.edu/455726/Das_Polizeiliche_Durchgangslager_Westerbork_The_Police_Transit_Camp_Westerbork.
- Haman, Mathias; Asbek, Hans (Hg.): Halbierte Vernunft und totale Medizin. Zur Grundlage, Realgeschichte und Fortwirkung der Psychiatrie im Nationalsozialismus, Berlin 1997.
- Hansen, Eckhard: Wohlfahrtspolitik im NS-Staat. Motivationen, Konflikte und Machtstrukturen im „Sozialismus der Tat“ des Dritten Reiches, Augsburg 1991.
- Harms, Ingo: „Aktion Brandt“ und die Asylisierung Tuberkulöser. Die Räumung der Bewahr- und Pflegeanstalt Blankenburg und der Umbau zum „Sonderkrankenhaus Aktion Brandt“, in: Haman, Mathias; Asbek, Hans (Hg.): Halbierte Vernunft und totale Medizin. Zur Grundlage, Realgeschichte und Fortwirkung der Psychiatrie im Nationalsozialismus, Berlin 1997, S. 149-178.
- Harms, Ingo: Biologismus. Zur Theorie und Praxis einer wirkmächtigen Ideologie (Historische Forschungen in der Sonder- und Rehabilitationspädagogik, Bd. 1), Oldenburg 2011.
- Harms, Ingo: Die „Aktion Brandt“ im Lande Oldenburg 1941-1945, in: Jenner, Harald (Hg.): 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: Medizinische Verbrechen und die Entnazifizierung der Ärzte im Land Oldenburg, in: Fleßner, Alfred; George, Uta u.a. (Hg.): Forschungen zur Medizin im Nationalsozialismus. Vorgeschichte – Verbrechen – Nachwirkungen (Schriftenreihe der Stiftung Niedersächsische Gedenkstätten, Bd. 3), Göttingen 2014, S. 78-111.
- Harms, Ingo: „Wat mööt wi hier smachten ...“. Hungertod und „Euthanasie“ in der Heil- und Pflegeanstalt Wehnen 1936-1945, Oldenburg 1996, 3. Aufl. 2008.
- Helmholtz Zentrum München – Deutsches Forschungszentrum für Gesundheit und Umwelt, Lungeninformationsdienst
 (<https://www.lungeninformationsdienst.de/krankheiten/tuberkulose/index.html>, 13.10.2016)
- Hoffmann, Katharina: Zwangsarbeit und ihre gesellschaftliche Akzeptanz in Oldenburg 1939-1945, Oldenburg 2001.

- Ickert, [Franz]: Wende im Kampf gegen die Tuberkulose?, in: Der Landarzt. Zeitschrift für Meinungsaustausch zwischen Klinik, Stadt- und Landärzten, 29. Jg, H. 10 (10.4.1953), S. 225-227.
- Jenner, Harald (Hg.): Frühjahrstagung des Arbeitskreises zur Geschichte der „Euthanasie“ und Zwangssterilisation vom 12.-14. Mai 1995 in Schleswig, Schleswig u.a. 1996.
- Jütte, Robert; Eckart, Wolfgang U. (Hg.): Medizin und Nationalsozialismus. Bilanz und Perspektiven der Forschung, Göttingen 2011.
- Kähler, Gert (Hg.): Geschichte des Wohnens, Bd. 4, 1918-1945, Reform, Reaktion, Zerstörung, Stuttgart 2000.
- Kaminsky, Uwe: „Aktion Brandt“ – Katastrophenschutz und Vernichtung, in: Arbeitskreis zur Erforschung der nationalsozialistischen „Euthanasie“ und Zwangssterilisation (Hg.): Dokumentation der Herbsttagung 19.-21. November 1999 in Gießen, Kassel 2000, S. 68-83.
- Kaminsky, Uwe: Zwangssterilisation und „Euthanasie“ im Rheinland, Köln 1995.
- Kelting, Kristin: Das Tuberkuloseproblem im Nationalsozialismus, Kiel 1974.
- Klee, Ernst: „Euthanasie“ im Dritten Reich. Die „Vernichtung lebensunwerten Lebens“, vollständig überarb. Neuausgabe, Frankfurt a. M. 2010.
- Konietzko, Nikolous (Hg.): 100 Jahre Deutsches Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose (DZK). Der Kampf gegen die Tuberkulose, Frankfurt a. M. 1996.
- Labisch, Alfons: „Homo Hygienicus“. Gesundheit und Medizin in der Neuzeit, Frankfurt a. M. 1992.
- Landesversicherungsanstalt Oldenburg-Bremen (Hg.): 100 Jahre Landesversicherungsanstalt Oldenburg-Bremen 1890-1990, Oldenburg 1991.
- Liere, Klaus-Peter: Aus den Akten der Reichskanzlei: Über Krankenhäuser, Krankenanstalten und Bäderwesen im Deutschen Reich von 1921 – 1945 mit dem Versuch einer Darstellung der „Aktion Brandt“, med. Diss. Ruhr-Univ. Bochum 1980.
- Lindner, Ulrike: Gesundheitspolitik in der Nachkriegszeit. Großbritannien und die Bundesrepublik Deutschland im Vergleich, München 2004.
- Mechanicus, Philip: Im Depot. Tagebuch aus Westerbork. Mit einem Vorwort von Eike Geisel. Aus dem Niederländischen von Jürgen Hillner, Berlin 1993.
- Michel, Karl Markus; Spengler, Tilman (Hg.): Die Seuche, Berlin 1988.
- Miquel, Marc von (Hg.), Sozialversicherung in Diktatur und Demokratie. Begleitband zur Wanderausstellung der Arbeitsgemeinschaft „Erinnerung und Verantwortung“ der Sozialversicherungsträger in NRW, Essen 2007.
- Pfeiffer, Jürgen (Hg.): Menschenverachtung und Opportunismus. Zur Medizin im Dritten Reich, Tübingen 1992.

- Reichert, Olaf: „Wir müssen doch in die Zukunft sehen ...“. Die Entnazifizierung in der Stadt Oldenburg unter britischer Besatzungshoheit 1945-1947, Oldenburg 1998.
- Reinicke, Peter: Tuberkulosefürsorge. Der Kampf gegen eine Geißel der Menschheit. Dargestellt am Beispiel Berlins 1895-1945, Weinheim 1988.
- Richter, Paul: Statistik und historische Forschung. Das Beispiel des DFG-Projektes zur wissenschaftlichen Erschließung des Krankenaktenbestandes der „Aktion T4“, in: Rotzoll, Maike; Hohendorf, Gerrit u.a. (Hg.): Die nationalsozialistische „Euthanasie“-Aktion „T4“ und ihre Opfer. Geschichte und ethische Konsequenzen für die Gegenwart, Paderborn u.a. 2010, S. 232-241.
- Robert Koch Institut, RKI-Ratgeber für Ärzte: Tuberkulose (https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber_Tuberkulose.html, 13.10.2016).
- Roeßiger, Susanne; Merk, Heidrun (Hg.): „Hauptsache gesund!“ Gesundheitsaufklärung zwischen Disziplinierung und Emanzipation, Marburg 1998.
- Roth, Karl-Heinz: Das Leben an seinen „Rändern“. „Asoziale“ und nationale Minderheiten, in: Protokolldienst 31, 1983, S. 120-134.
- Rotzoll, Maike; Hohendorf, Gerrit u.a. (Hg.): Die nationalsozialistische „Euthanasie“-Aktion „T4“ und ihre Opfer. Geschichte und ethische Konsequenzen für die Gegenwart, Paderborn u.a. 2010.
- Sachße, Christoph; Tennstedt, Florian: Der Wohlfahrtsstaat im Nationalsozialismus (Geschichte der Armenfürsorge in Deutschland, Bd. 3), Stuttgart u.a. 1992.
- Sachße, Christoph; Tennstedt, Florian: Fürsorge und Wohlfahrtspflege in der Nachkriegszeit 1945-1953 (Geschichte der Armenfürsorge in Deutschland, Bd. 4), Stuttgart 2012.
- Schlegel-Voß, Lil-Christine: Die öffentliche Rentenversicherung im Nationalsozialismus, in: Miquel, Marc von (Hg.), Sozialversicherung in Diktatur und Demokratie. Begleitband zur Wanderausstellung der Arbeitsgemeinschaft „Erinnerung und Verantwortung“ der Sozialversicherungsträger in NRW, Essen 2007, S. 204-206.
- Schmähl, Winfried: Sicherung bei Alter, Invalidität und für Hinterbliebene, in: Geschichte der Sozialpolitik in Deutschland seit 1945. Hrsg. v. Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung und Bundesarchiv. Bd. 2/1: Die Zeit der Besatzungszonen 1945-1949. Sozialpolitik zwischen Kriegsende und der Gründung zweier deutscher Staaten. Bandverantwortlicher: Udo Wengst, Baden-Baden 2001, S. 401-459.
- Schmuhl, Hans-Walter: Medizinische Praxis. „Euthanasie“ und Krankenmord, in: Jütte, Robert; Eckart, Wolfgang U. (Hg.): Medizin und Nationalsozialismus. Bilanz und Perspektiven der Forschung, Göttingen 2011, S. 214-255.
- Schmuhl, Hans-Walter (Hg.): Rassenforschung an Kaiser-Wilhelm-Instituten vor und nach 1933, Göttingen 2003.

- Schmuhl, Hans-Walter (Hg.): Rassenhygiene, Nationalsozialismus, Euthanasie. Von der Verhütung bis zur Vernichtung „lebensunwerten“ Lebens 1890-1945, Göttingen 1987.
- Schmuhl, Hans-Walter: Rassismus unter den Bedingungen charismatischer Herrschaft – zum Übergang von der Verfolgung zur Vernichtung gesellschaftlicher Minderheiten im Dritten Reich, in: Bracher, Karl Dietrich; Funke, Manfred; Jacobsen, Hans-Adolf (Hg.): Politik und Gesellschaft im Dritten Reich, 2. Aufl.: Bonn 1993, S. 182-197.
- Schneider, Ullrich: Britische Besatzungspolitik 1945. Besatzungsmacht, deutsche Exekutive und Probleme der unmittelbaren Nachkriegszeit (April-Oktober 1945), Diss. Univ. Hannover 1980.
- Schwerin, Alexander von: Experimentalisierung des Menschen. Der Genetiker Hans Nachtsheim und die vergleichende Erbpathologie, 1920-1945 (Geschichte der Kaiser-Wilhelm-Gesellschaft im Nationalsozialismus, Bd. 10), Göttingen 2004.
- Seeliger, Wolfgang: Die „Volksheilstätten-Bewegung“ in Deutschland um 1900. Zur Ideengeschichte der Sanatoriumstherapie für Tuberkulose, München 1988.
- Statistik des Gesundheitswesens 1947 bis 1949 (Veröffentlichungen des Niedersächsischen Amtes für Landesplanung und Statistik, Reihe F, Band 13, Heft 1; Medizinalstatistik Heft 1), bearb. im Niedersächsischen Sozialministerium, Abteilung Gesundheit in Verbindung mit dem Niedersächsischen Amt für Landesplanung und Statistik, Hannover 1951.
- Statistische Monatshefte für Niedersachsen, hg. vom Niedersächsischen Landesverwaltungsamt – Statistik, Jg. 11 (1957), H. 3-9, 11, 12, Jg. 12 (1958), H. 1, 2, 3.
- Statistisches Handbuch für das Land Freie Hansestadt Bremen 1950-1960, hg. vom Statistischen Landesamt Bremen, Bremen 1961.
- Statistisches Handbuch für Niedersachsen 1950, hg. vom Niedersächsischen Amt für Landesplanung und Statistik, Hannover 1950.
- Statistisches Jahrbuch für Niedersachsen 1952, hg. vom Niedersächsischen Amt für Landesplanung und Statistik, Hannover 1953.
- Statistisches Jahrbuch für Niedersachsen 1954, hg. vom Niedersächsischen Amt für Landesplanung und Statistik, Hannover 1954.
- Statistisches Jahrbuch für Niedersachsen 1956. 10 Jahre Niedersachsen im Spiegel der Statistik, hg. vom Niedersächsischen Amt für Landesplanung und Statistik, Hannover 1956.
- Statistisches Jahrbuch für Niedersachsen 1958, hg. vom Niedersächsischen Landesverwaltungsamt – Statistik, Hannover 1959.
- Süß, Winfried: Der „Volkskörper“ im Krieg. Gesundheitspolitik, Gesundheitsverhältnisse, und Krankenmord im nationalsozialistischen Deutschland 1939-1945, München 2003.
- Süß, Winfried: Medizinische Praxis. Sozialgeschichte, in: Jütte, Robert; Eckart, Wolfgang U. (Hg.): Medizin und Nationalsozialismus. Bilanz und Perspektiven der Forschung, Göttingen 2011, S. 179-189.

- Thom, Achim; Spaar, Horst (Hg.): Medizin im Faschismus. Symposium über das Schicksal der Medizin in der Zeit des Faschismus in Deutschland 1933-1945, Berlin (Ost) 1985.
- „Die Tuberkulose in Niedersachsen 1950. Mit 5 Schaubildern und einem Tabellenwerk“, hg. vom Niedersächsischen Sozialminister, Abt. Gesundheit [1951].
- Tuberkulose-Jahrbuch 1950/51. Zusammengestellt von Prof. Dr. Franz Ickert. Generalsekretär des Deutschen Zentralkomitees zur Bekämpfung der Tuberkulose, Berlin u.a. 1952.
- Tuberkulose-Jahrbuch 1959. Herausgegeben von Dr. Fritz Kreuser [...] Generalsekretär des Deutschen Zentralkomitees zur Bekämpfung der Tuberkulose, Berlin u.a. 1961.
- Verwaltungsbericht der Landesversicherungsanstalt Oldenburg-Bremen 1890-1950. 60 Jahre Landesversicherungsanstalt Oldenburg-Bremen [Hrsg. von der LVA Oldenburg-Bremen], Oldenburg 1952.
- Vossen, Johannes: Gesundheitsämter im Nationalsozialismus. Rassenhygiene und offene Gesundheitsfürsorge in Westfalen 1900-1950, Düsseldorf 2001.
- Westermann, Stefanie; Kühl, Richard u.a. (Hg.): NS-„Euthanasie“ und Erinnerung. Vergangenheitsaufarbeitung – Gedenkformen – Betroffenenperspektiven (Medizin und Nationalsozialismus, Bd. 3), Münster 2011.
- Witzler, Beate: Großstadt und Hygiene. Kommunale Gesundheitspolitik in der Epoche der Urbanisierung (MedGG-Beihefte, 5), Stuttgart 1995.
- Wolters, Christine: „Gesellschaftsunwürdige Volksgenossen“. Psychiatrisierung von Tuberkulosekranken im Nationalsozialismus und in der Nachkriegszeit, in: Wolters, Christine; Beyer, Christof; Lohff, Brigitte (Hg.): Abweichung und Normalität. Psychiatrie in Deutschland vom Kaiserreich bis zur Deutschen Einheit, Bielefeld 2013, S. 243-278.
- Wolters, Christine: Tuberkulose und Menschenversuche im Nationalsozialismus. Das Netzwerk hinter den Tbc-Experimenten im Konzentrationslager Sachsenhausen, Stuttgart 2001.
- Wolters, Christine; Beyer, Christof; Lohff, Brigitte (Hg.): Abweichung und Normalität. Psychiatrie in Deutschland vom Kaiserreich bis zur Deutschen Einheit, Bielefeld 2013.
- Zee, Nanda van der: „Um Schlimmeres zu verhindern ...“. Die Ermordung der niederländischen Juden: Kollaboration und Widerstand. Aus dem Niederländischen von Bram Opstelten, München und Wien 1999.
- Ziegler, Sandra: Gedächtnis und Identität der KZ-Erfahrung. Niederländische und deutsche Augenzeugenberichte des Holocaust (Epistemata. Würzburger Wissenschaftliche Schriften. Reihe Literaturwissenschaft, Bd. 543), Würzburg 2006.

Tabellen

Lfd. Nr.	Gesundheitsämter im Landesteil Oldenburg	Einwohnerzahl	In Beobachtung u. Fürsorge der Lungenfürsorgestelle am Schluss des Jahres 1935	Sterbefälle	
				Lungen- u. sonstige Tbc.	davon der Fürsorgestelle bekannt
1	Stadt Oldenburg	70.304	3.030	52	52
2	Stadt Rüstringen	49.888	684	27	27
3	Stadt Delmenhorst	32.827	256	19	10
4	Amt Oldenburg	33.253	324	16	12
5	Amt Ammerland	44.753	4	19	-
6	Amt Friesland	54.942	253	20	17
7	Amt Wesermarsch	68.033	633	34	33
8	Amt Vechta	49.427	895	44	43
9	Amt Cloppenburg	61.958	51	41	14
gesamt		465.385	6.130	272	208

Tab. 1: Lungenfürsorge und Tuberkulose-Sterbefälle im Landesteil Oldenburg 1935

	Einwohner Land Oldenburg	Fürsorgefälle		Überwachungsfälle		Sterbefälle	
			je 1.000 E.		je 1.000 E.		je 10.000 E.
1936	593.206	2.564	4,35	1.243	2,10	299	5,04
1937	573.853	2.243	3,91	2.592	4,52	272	4,74
1938	528.063	2.515	4,76	3.995	7,57	300	5,68
1939	577.648	2.137	3,70	4.123	7,14	314	5,44
1940	577.648	2.513	4,35	4.561	7,90	354	(5,16)

Tab. 2: Tuberkulose (alle Formen) im Land Oldenburg 1936-1940

	Einwohner Land Bremen	Fürsorgefälle		Überwachungsfälle		Sterbefälle	
			je 1.000 E.		je 1.000 E		je 10.000 E.
1936	354.852	3.114	8,78	6.515	18,40	293	8,26
1937	371.115	3.238	8,72	6.874	18,50	316	8,51
1938	383.893	3.231	8,42	8.510	22,20	295	7,69
1939	414.323	2.657	6,41	9.038	21,80	291	7,02
1940	414.323	2.632	6,35	10.253	24,70	333	8,04

Tab. 3: Tuberkulose (alle Formen) im Land Bremen 1936-1940

	Verwaltungsbezirk Oldenburg: aktive Lungentuberkulose							
	Bestand				Neuzugänge			
	ansteckend		nicht ansteckend		ansteckend		nicht ansteckend	
		je 10.000 E.		je 10.000 E.		je 10.000 E		je 10.000 E.
1947	2.410	32,2	6.024	80,5	717		2.235	
1948	2.613	31,6	8.043	97,0	775		3.442	
1949	2.802	33,8	8.018	96,7	714		2.242	
1950	2.926	36,0	7.697	94,8	763	9,4	2.345	28,9

Tab. 4: Lungentuberkulose (Bestand und Neuzugänge) im Verwaltungsbezirk Oldenburg 1947-1950

	Land Bremen: aktive Lungentuberkulose							
	Bestand				Neuzugänge			
	ansteckend		nicht ansteckend		ansteckend		nicht ansteckend	
		je 10.000 E.		je 10.000 E.		je 10.000 E.		je 10.000 E.
1947	1.585	39,1	3.249	80,0	379	9,4	1.594	39,3
1948	1.563	36,7	3.990	93,8	322	7,7	1.658	39,7
1949	1.898	34,2	5.449	98,2	449	8,3	1.915	35,2
1950	2.222	39,8	6.165	110,5	420	7,6	1.852	33,3

Tab. 5: Lungentuberkulose (Bestand und Neuzugänge) im Land Bremen 1947-1950

	Verwaltungsbezirk Oldenburg: Lungentuberkulose-Sterbefälle	
		je 10.000 E.
1947	468	6,3
1948	459	5,6
1949	355	4,3
1950	269	3,3

Tab. 6: Lungentuberkulose-Sterbefälle im Verwaltungsbezirk Oldenburg 1947-1950

	Land Bremen: Lungentuberkulose-Sterbefälle	
		je 10.000 E.
1946	410	8,5
1947	325	6,6
1948	324	6,3
1949	273	5,1
1950	192	3,5

Tab. 7: Lungentuberkulose-Sterbefälle im Land Bremen 1946-1950

	Verwaltungsbezirk Oldenburg: aktive Lungentuberkulose			
	Bestand		Neuzugänge	
	ansteckend	nicht ansteckend.	ansteckend	nicht ansteckend
1950	2.926	7.697	815*	2.419*
1951	3.101	6.309	933	2.485
1952	2.920	5.255	495	1.042
1953	2.412	3.748	433	853
1954	2.119	3.876	442	900
1955	2.063	4.162	430	1.113
1956	1.658	3.967	287	671
1957	1.431	3.658	279	752

* von Tab. 4 abweichende Angaben lt. Quelle

Tab. 8: Lungentuberkulose im Verwaltungsbezirk Oldenburg 1950-1957

	Land Bremen: aktive Lungentuberkulose			
	Bestand		Neuzugänge	
	ansteckend	nicht ansteckend.	ansteckend	nicht ansteckend
1950	2.222	6.165	420	1.852
1951	2.457	5.800	401	1.299
1952	2.505	5.634	316	1.163
1953	2.688	5.630	371	937
1954	2.582	5.310	345	756
1955	2.556	5.313	315	812
1956	2.342	5.188	279	701
1957	2.096	4.993	245	630

Tab. 9: Lungentuberkulose im Land Bremen 1950-1957

Name der Anstalt	Besitzer	Betten für Tuberkulöse (nach Abzug d. v. d. Wehrm. beschlagnahmten)	M.	Fr.	Ki.	Lungen- tuberkulose	Knochen- tuberkulose	v. d. Wehrmacht beschlagnahmte Betten
Heilstätte: Wildeshausen	LVA. Oldenburg- Bremen	150 (mit 20 Notbetten)	150	-	-	150	-	140
Neuenkirchen	desgl.	89	-	89	-	89	-	-
Kinderheilstätte Berghof, Bad Essen	desgl.	75	-	-	75	75 (mit Einschrän- kung, keine an- steckungsfähigen Fälle)	-	-
Sonnenheilstätte Stenum, Schierbrok	Private Vereinigung	72 (mit 5 Notbetten)	27 + 5	18	22	-	72	-
Gesamt:		386	182	107	99	314	72	140

Tab. 10: Heilstättenplätze im Land Oldenburg 1942/43

Jahr	Zahl der durchgeführten Tbc.-Heilverfahren einschl. Asylierungen		
	Erw.	Kinder.	insgesamt
1945	1.309	340	1.649
1946	1.638	606	2.244
1947	2.080	1.047	3.127
1948	3.666	745	4.411
1949	4.317	962	5.279
1950	5.113	986	6.099

Tab. 11: Tbc.-Heilverfahren der LVA Oldenburg-Bremen 1945-1950