

Abschlussbericht

zum Forschungsvorhaben **„Ermordung und pflegerische Vernachlässigung von Tuberkulose-Patienten in den Kliniken der gesetzlichen Rentenversicherung im Nationalsozialismus“**

Zuwendungsempfänger: Zentrum für Zeithistorische Forschung (Projektleitung: PD Dr. Winfried Süß, Bearbeiter: Dr. Patrick Bernhard)

Förderkennzeichen: 0640-FNA-P-2014-09_____

Vorhabensbezeichnung: Forschungsprojekt „Ermordung und pflegerische Vernachlässigung von Tuberkulose-Patienten in den Kliniken der gesetzlichen Rentenversicherung im Nationalsozialismus“

Laufzeit des Vorhabens: Mai 2015 – Dezember 2017_____

Potsdam/Oslo, den 30. Januar 2018

Übersicht

I. Die Aufgabenstellung	3
II. Planung und Ablauf des Forschungsvorhabens	4
1. Präzisierung und Erweiterung der Aufgabenstellung	4
2. Der Stand der Forschung	5
3. Materialerhebung.....	7
III. Darstellung der Ergebnisse	13
1. Tuberkulosebekämpfung und Rentenversicherung in der Weimarer Republik	16
2. Tuberkulosebekämpfung und Rentenversicherung im Nationalsozialismus.....	266
3. Tuberkulosebekämpfung und Nationalsozialismus nach 1945.....	544
4. Diskussion und Ausblick	722
IV. Die Ergebnissicherung.....	77
V. Anhang	78

I. Die Aufgabenstellung

Das Projekt fokussierte auf die Behandlung von Tuberkulose-Patienten in Einrichtungen der gesetzlichen Rentenversicherung, die strukturell in erheblichem Maße in die Gesundheitspolitik des „Dritten Reichs“ eingebunden war. Die Bekämpfung der Volkskrankheit Tuberkulose zählte über lange Zeit zu einer der zentralen Aufgaben der gesetzlichen Rentenversicherung. Im Zentrum stand die Frage, inwieweit während der Kriegsjahre an Tuberkulose erkrankte Deutsche sowie ausländische Zwangsarbeiter, die als Belastung für das Gesundheitswesen wahrgenommen wurden, im Rahmen der zweiten, nach 1942 einsetzenden „Euthanasie“-Welle durch gezielte Vernachlässigung, durch Nahrungsentzug und die Verabreichung von Überdosen bestimmter Medikamente in Kranken- und Heilanstalten ermordet wurden. In der historisch interessierten Öffentlichkeit wird dieses Thema immer wieder kritisch aufgegriffen. Die historische Forschung aber verfügt – nicht zuletzt aufgrund der schwierigen Quellenüberlieferung – bislang über nur unzureichende Kenntnisse zur zweiten „Euthanasie“-Welle. Ungeklärt sind insbesondere Strukturen, Ausmaß und Praxis der Tötung von Tuberkulose-Patienten, die als wirtschaftliche und soziale Belastung für das NS-Gesundheitswesen wahrgenommen wurden. Hier setzte das Forschungsinteresse der Studie ein. Sie untersuchte zum einen die konkrete medizinische und pflegerische Behandlung von Tuberkulosepatienten in Einrichtungen und Belegkliniken der gesetzlichen Rentenversicherung, zum anderen fragte sie nach den Akteuren und Verantwortlichkeiten für eventuelle Fälle von Patientenmord und lotet deren Entscheidungsspielräume aus. Dazu nahm das Projekt erstmals umfassend das komplexe Wechselverhältnis von nationaler, regionaler und lokaler Akteursebene in den Blick. Im Ergebnis leistete das Projekt einen Beitrag a) zur Geschichte der gesetzlichen Rentenversicherung, b) zur Täterforschung im Nationalsozialismus, c) zur Alltagsgeschichte der deutschen Sozialversicherung im „Zeitalter der Extreme“.

II. Planung und Ablauf des Forschungsvorhabens

1. Präzisierung und Erweiterung der Aufgabenstellung

Die Studie untersuchte den Zusammenhang von Tbc-Bekämpfung und „Euthanasie“ im Nationalsozialismus während des Zweiten Weltkriegs und nahm erstmals umfassend das komplexe Wechselverhältnis von nationaler, regionaler und lokaler Akteursebene in den Blick. Im Kern ging es um die Frage, inwieweit während des Krieges an Tuberkulose erkrankte Deutsche sowie ausländische Zwangsarbeiter, die beide als Belastung für das Gesundheitswesen und die Kriegsanstrengungen der deutschen Gesellschaft wahrgenommen wurden, im Rahmen der zweiten, nach 1942 einsetzenden „Euthanasie“-Welle durch gezielte Vernachlässigung, durch Hunger und die Verabreichung von Überdosen bestimmter Medikamente in Kranken- und Heilanstalten ermordet wurden. Mit „Euthanasie“ und Tuberkulosebekämpfung verband das Projekt damit zwei wichtige, jedoch bis dato noch zu wenig miteinander in Beziehung gesetzte Aspekte der Medizin- und Gesellschaftsgeschichte des „Dritten Reichs“.

Das Projekt verfolgte zwei übergeordnete Erkenntnisziele: Es untersuchte 1. die konkrete medizinische und pflegerische Behandlung von Tuberkulosepatienten in Einrichtungen der Landesversicherungsanstalten (LVAen) und der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte als Träger von Tbc-Heilanstalten im Deutschen Reich. Im Zentrum stand dabei die Frage, ob man in Einrichtungen, die den LVAen gehörten oder von ihnen finanziell maßgeblich unterstützt wurden, Fälle von Patientenmisshandlung und gegebenenfalls auch -mord nachweisen kann.

Weiter ausholend untersuchte das Projekt 2. die Rolle der LVAen und ihrer MitarbeiterInnen im Gefüge der nationalsozialistischen Tuberkulosebekämpfung. Dabei ging es einerseits um die strukturelle und finanzielle Einbindung der Rentenversicherung in die Gesundheitspolitik der ersten deutschen Diktatur sowie um das Interaktionsverhältnis, das sich zwischen den LVAen als den traditionellen Hauptsäulen der öffentlichen Tuberkulosebekämpfung und dem neuen Regime in der Tbc-Politik und ihrer konkreten Umsetzung einspielte. Inwieweit trug die Rentenversicherung die sich zunehmend radikalisierte Gesundheitspolitik des NS-Staates mit, bei welchen Themen ergaben sich dagegen möglicherweise Konflikte und Bruchlinien? Andererseits fragte das Projekt nach den Akteuren und Verantwortlichkeiten für eventuelle Fälle gezielter Patientenvernachlässigung und

Patientenmord auf nationaler, regionaler und lokaler Ebene und lotet so die vorhandenen Entscheidungs- und Handlungsspielräume der Beteiligten aus. Wer innerhalb der LVAen unterstützte die nationalsozialistische Tuberkulosebekämpfung, die bald den Charakter einer Bekämpfung von Tuberkulosekranken annahm? Welche Argumente brachten die Akteure für diese Zusammenarbeit vor, welche Rückschlüsse erlauben diese wiederum auf die Motivlage der Handelnden? Nur über eine solche umfassende Fragestellung, die auf die nationalsozialistische Tuberkulosepolitik im Ganzen zielt und die ursprüngliche Aufgabenstellung des Forschungsvorhabens dahingehend erweitert, lässt sich letztlich die Bedeutung und Verantwortung der Rentenversicherung in den Jahren zwischen 1933 und 1945 vollständig ermessen.

2. Der Stand der Forschung

Historiographisch stand der Mord an Tuberkulosekranken lange Zeit im Schatten der „Euthanasie“. Das mag zunächst überraschen, kann die Medizingeschichte des „Dritten Reichs“ inzwischen doch als gut erforscht gelten.¹ Jedoch bestehen immer noch größere Forschungsdefizite. Eine besonders eklatante Forschungslücke betrifft den Zusammenhang von „Euthanasie“ und Tuberkulose. Zwar sind beide Phänomene für sich genommen eingehend untersucht worden.² Jedoch gibt es nach wie vor nur wenige Arbeiten, die danach fragen, inwieweit auch Tuberkulosepatienten dem nationalsozialistischen Mordprogramm an alten, kranken und behinderten Menschen zum Opfer fielen. Stärker systematisch haben das lediglich Götz Aly³, Ingo Harms⁴ und

¹ Einen guten Überblick über den Stand der Forschung und offene Forschungsfragen bieten Robert Jütte, Wolfgang U. Eckart, Hans-Walter Schmuhl und Winfried Süß (Hrsg.), *Medizin und Nationalsozialismus. Bilanz und Perspektiven der Forschung*, Göttingen: Wallstein, 2011 sowie Insa Eschebach und Astrid Ley, Einführung, in: dies. (Hrsg.), *Geschlecht und Rasse in der NS-Medizin*, Berlin: Metropol, 2012, S. 7-16.

² Davon zeugt eine ganze Reihe von Sammelbänden sowie quellengesättigten Einzelstudien, die in den letzten vier Jahrzehnten zu beiden Themenfeldern erschienen sind. Zur „Euthanasie“ siehe etwa Hans-Walter Schmuhl, *Rassenhygiene, Nationalsozialismus, Euthanasie: Von der Verhütung zur Vernichtung „lebensunwerten Lebens“*, 1890–1945, 2. Aufl. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 1992 sowie Christian Merkel „*Tod den Idioten.*“ Eugenik und Euthanasie in juristischer Rezeption vom Kaiserreich zur Hitlerzeit, Berlin 2007. Zum Umgang mit Tuberkulosekranken siehe Flurin Condrau, *Lungenheilstalt und Patientenschicksal: Sozialgeschichte der Tuberkulose*, Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht, 2000; Sylvelyn Hähner-Rombach, *Sozialgeschichte der Tuberkulose: Vom Kaiserreich bis zum Ende des Zweiten Weltkriegs unter besonderer Berücksichtigung Württembergs*, Stuttgart: Steiner, 2000. Als besonders verdienstvoll sind hervorzuheben die Arbeiten von Götz Aly, *Tuberkulose und „Euthanasie“*, in: Jürgen Peiffer (Hrsg.), *Menschenverachtung und Opportunismus. Zur Medizin im Dritten Reich*, Tübingen: Attempto, 1992, S. 131–156; resümierend ders., *Die Belasteten*, Frankfurt am Main: Fischer, 2013; Dirk Blasius, *Tuberkulose: Signalkrankheit deutscher Geschichte*, in: *Geschichte in Wissenschaft und Unterricht* 47 (1996), S. 300-332.

³ So vor allem Götz Aly, *Krankheitsverdächtige und Bazillenausscheider: Tuberkulose und 'Euthanasie'*, in: *Vorgänge: Zeitschrift für Gesellschaftspolitik* 26,4 (1987), S. 62-72.

Winfried Süß⁵ getan, während die meisten Spezialstudien und thematisch einschlägigen Überblicksarbeiten zum nationalsozialistischen Euthanasieprogramm die zeitgleiche Ermordung von Tuberkulosekranken allenfalls am Rande erwähnen.⁶

Diese Blindstelle hat vor allem zwei Gründe. Das liegt erstens an historiographischen Besonderheiten. So hat sich die Forschung zunächst fast vollständig auf die erste Phase der „Euthanasie“ zwischen 1939 und 1941 konzentriert, wohl vor allem, weil der Patientenmord in dieser Zeit zentral gesteuert wurde und deshalb sowohl historiographisch greifbar als auch als relevant erschien. Demgegenüber blieb die zweite, 1942 einsetzende Phase, in der der Krankenmord dezentral organisiert wurde, lange Zeit unbeachtet. Es ist bezeichnend, dass diese Phase als „wilde Euthanasie“ charakterisiert wurde; ganz augenscheinlich galt dieser Patientenmord als letztlich ungesteuert und von Tätern auf lokaler Ebene ausgeübt, die vielfach schwer greifbar waren. Die Konsequenz war, dass der in diesen zweiten Zeitraum fallende Patientenmord an Tuberkulosepatienten ebenfalls unterbelichtet blieb. Letztlich hat erst Winfried Süß hier für einen Durchbruch gesorgt, indem er auf den engen Zusammenhang zwischen beiden Phänomenen hinwies, ohne ihn in seiner Arbeit jedoch näher ausführen zu können.⁷

Erschwerend kommt zweitens das seit den 1970er Jahren einsetzende Interesse an der Aufarbeitung der eigenen Lokalgeschichte im Nationalsozialismus hinzu. Diese Fokussierung auf den Nahraum der Diktatur hat zwar wichtige Erkenntnisse zu lokalen Opfern und Tätern befördert, zugleich aber eben das Lokale übergreifende Erkenntnisse zum Funktionieren des Nationalsozialismus oft eher behindert als gefördert. Tatsächlich haben die bestehenden Arbeiten zu Tuberkulose und „Euthanasie“ oftmals einen stark begrenzten lokalen und regionalen Fokus bzw. behandeln sogar nur einzelne Heilanstalten. So berücksichtigt Götz Aly in seinen bereits genannten Studien zwar die Reichsebene und deren Koordinierungsbemühungen, nimmt aber insbesondere den Warthegau im besetzten Polen sowie das thüringische Stadtroda als Fallstudien in den Blick, wo erstmals Tuberkulosekranke zwangshospitalisiert wurden.⁸ Auch Ingo Harms

⁴ Ingo Harms, „Wat mööt wi hier smachten ...“: Hungertod und „Euthanasie“ in der Heil- und Pflegeanstalt Wehnen 1936-1945, 3. Aufl. Oldenburg: Dr.- & Verl.-Cooperative, 2008.

⁵ Winfried Süß, Der „Volkskörper“ im Krieg. Gesundheitspolitik, Gesundheitsverhältnisse und Krankenmord im nationalsozialistischen Deutschland 1939-1945, München: Oldenbourg, 2003.

⁶ Beispielhaft Wolfgang Benz, Hermann Graml und Hermann Weiß (Hrsg.), Enzyklopädie des Nationalsozialismus, München: dtv, 1997.

⁷ Süß, Der „Volkskörper“.

⁸ Götz Aly, Tuberkulose und „Euthanasie“, in: Jürgen Peiffer (Hrsg.), Menschenverachtung und Opportunismus. Zur Medizin im Dritten Reich, Tübingen 1992, S. 131-156 und Götz Aly,

und Alfred Fleßner arbeiteten bislang alleine zu Oldenburg und einzelnen Kranken- und Heilanstalten in dieser Region.⁹ Sylvelyn Hähner-Rombach wiederum konzentriert sich in ihrer empirisch gesättigten Sozialgeschichte der Tuberkulose im Wesentlichen auf Württemberg.¹⁰ Ansatzweise wissen wir schließlich von der Zwangsunterbringung und Ermordung von als „asozial“ stigmatisierten Tbc-Patienten in Eichberg bei Rüdesheim, in der als Hungeranstalt berüchtigten „Gauheilanstalt“ Tiegenhof bei Gnesen, in der Heil- und Pflegeanstalt Lüneburg und in der Anstalt Feldhof bei Graz; hierzu liegen jedoch ausgesprochen spärliche Informationen vor, die der Erweiterung, Systematisierung und Einbettung in den sozialpolitikgeschichtlichen Kontext bedürfen.¹¹ Es fehlen mithin Arbeiten, die ein Gesamtbild des Umgangs mit Tbc-kranken Menschen entwerfen, und dabei auch regionale Unterschiede wie Gemeinsamkeiten hervorheben.

3. Materialerhebung

Das Projekt konnte sich auf eine Vielzahl gedruckter wie archivalischer Quellen stützen. Zu den gedruckten Quellen zählen insbesondere renommierte Fachzeitschriften wie das *Deutsches Tuberkulose-Blatt* oder die *Zeitschrift für Tuberkulose*,¹² medizinische Dissertationen, die im Nationalsozialismus zum Thema Tuberkulosebekämpfung erschienen und intime Einblicke in das zeitgenössische Denken und Planen von Lungenfachärzten vermitteln,¹³ sowie mehrere Lehrbücher zur Tbc, die einerseits das in

Krankheitsverdächtige und Bazillenausscheider: Tuberkulose und 'Euthanasie', in: Vorgänge: Zeitschrift für Gesellschaftspolitik 26,4 (1987), S. 62-72.

⁹ Ingo Harms, „Wat mööt wi hier smachten ...“: Hungertod und „Euthanasie“ in der Heil- und Pflegeanstalt Wehnen 1936-1945, 3. Aufl. Oldenburg 2008; ders., Psychiatrie und Behindertenpolitik im Land Oldenburg unter dem Einfluss von Rassenhygiene und „Euthanasie“, Oldenburg 2007; ders., „Aktion Brandt“ und die Asylisierung Tuberkulöser: die Räumung der Bewahr- und Pflegeanstalt Kloster Blankenburg, der Umbau zum „Sonderkrankenhaus Aktion Brandt“ und die Nutzung als „Asylierungsheim“ 1941-1945, in: Matthias Hamann (Hrsg.), Halbierte Vernunft und totale Medizin: zu Grundlagen, Realgeschichte und Fortwirkungen der Psychiatrie im Nationalsozialismus, Berlin u.a. 1997, S. 149-178; Alfred Fleßner, Die Volkskrankheit. Tuberkulosebekämpfung in der NS- und in der Besatzungszeit im Bezirk Oldenburg-Bremen, Bielefeld: transcript, 2017.

¹⁰ Sylvelyn Hähner-Rombach, Sozialgeschichte der Tuberkulose: Vom Kaiserreich bis zum Ende des Zweiten Weltkriegs unter besonderer Berücksichtigung Württembergs, Stuttgart 2000.

¹¹ Aly, Krankheitsverdächtige.

¹² Ausgewertet wurden im Einzelnen: *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie; Beiträge zur Klinik der Tuberkulose; Deutsches Tuberkuloseblatt; Die Tuberkulose; Medizinische Klinik, Beihefte; Münchener Medizinische Wochenschrift; Der Öffentliche Gesundheitsdienst; Tuberkulose-Bibliothek; Tuberkulose-Fürsorgeblatt/ Reichstuberkuloseblatt, Zeitschrift für Tuberkulose; Zentralblatt für Reichsversicherung.*

¹³ Karl-Heinz Freimuth, Beitrag zum Problem der zwangsweisen Asylisierung Offenlungentuberkulöser, Dissertation Westfälische Wilhelms-Universität Münster, Münster 1938; Fritz Jarosch, Die Zwangsassylierung asozialer Offentuberkulöser in Hamburg, Dissertation Hansische Universität Hamburg, Hamburg 1939; Elisabeth Schenk, Tuberkulose in asozialen Familien, Dissertation Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität zu Bonn, Bonn 1937; Rudolf Sekera, Die Asylisierung asozialen Offentuberkulösen in

der Fachdisziplin gängige Lehrwissen widerspiegeln, andererseits aber auch wiederum das Denken und Handeln von Medizinern prägten.¹⁴ Besonderes Augenmerk wurde auf Publikationen gelegt, in denen Ärzte publizierten, die entweder in LVA-eigenen Anstalten angestellt waren oder indirekt maßgeblich von diesen finanziert wurden. Letzteres traf insbesondere für die sog. Tuberkulosefürsorgeärzte zu. Diese Mediziner arbeiteten in den sog. Fürsorgestellen, die ambulante Hilfen für Tbc-Kranke anboten und die zu einem Großteil von den LVAen finanziert, mitorganisiert und schließlich auch kontrolliert wurden. Die dort arbeitenden Fürsorgeärzte waren in einer eigenen ärztlichen Vereinigung zusammengeschlossen und brachten seit 1913 eine eigene Zeitschrift heraus, das *Tuberkulose-Fürsorgeblatt*, das ab 1933 unter dem Namen *Reichstuberkuloseblatt* firmierte. Das Blatt spiegelt die Diskussion innerhalb dieser wichtigen Gruppe von Fachmediziner wider.

Was die archivalischen Quellen betrifft, standen dem beantragten Projekt die Überlieferungen mehrerer Archive bzw. archivführender Einrichtungen auf lokaler, regionaler und nationaler Ebene zur Verfügung, von denen manche bislang erst provisorisch erschlossen wurden; die Arbeit hat hier Neuland betreten. Die dort lagernden Bestände wurden systematisch über Datenbankrecherchen in *invenio* (Bundesarchiv), *Deutsche Digitale Bibliothek* (bundesweiter Zusammenschluss deutscher Archive und Bibliotheken) und *Die Verfolgung von NS-Verbrechen durch deutsche Justizbehörden seit 1945* (einer neuen Datenbank des Instituts für Zeitgeschichte in München) erschlossen und ergänzt durch das gezielte Anschreiben einzelner, nicht an Datenbankenprojekten teilnehmender Archive (etwa das Landesarchiv Schleswig-Holstein) und archivführender Stellen, zu denen insbesondere einzelne Heilanstalten und ihre Altregistraturen zählen (etwa das Archiv der Psychiatrischen Universitätsklinik Regensburg). Außerdem hat der Bearbeiter noch einmal einzelne Landesversicherungsanstalten angeschrieben, die Herrn Tim Köhler-Rama vom FNA im Jahr 2011 schriftlich über etwaige noch in ihrem Besitz befindlichen Altakten aus der Zeit des Nationalsozialismus Auskunft gegeben hatten (document2016-11-16-114501, das Herr Jahn/FNA dem Bearbeiter freundlicherweise zur Verfügung

Bayern, Dissertation Universität München, München 1938; Alexander Rössler, Schutzverwahrung gemeinschaftswidriger Schwindsüchtiger, Medizinische Dissertation Universität Jena, Jena 1937.

¹⁴ Hermann von Hayek, *Das Tuberkulose-Problem*, Berlin-Heidelberg: Julius-Springer, 1920; Rolf Griesbach, *Die Tuberkulosebekämpfung. Grundlagen und Wege zu einer einheitlichen und erfolgreichen Durchführung*, Leipzig: Thieme, 1941; *Handbuch der Tuberkulosefürsorge*, hrsg. v. Karl Heinz Blümel, München: Lehmanns, 1926; *Die Auskunfts- und Fürsorgestelle für Lungenkranke: Wie sie ist und wie sie sein soll*, 2. Aufl. Berlin und Heidelberg: Springer, 1926;

gestellt hat). Die Nachfrage des Bearbeiters ergab jedoch, dass keine regionale Zweigstelle der DRV noch Akten verwahrt, die für das vorliegende Projekt von Relevanz sind.

Gesichtet wurden im Bundesarchiv, Zweigstellen Berlin, Koblenz und Ludwigsburg, folgende Akten-Bestände:

R 40 (Reichsverband der Deutschen Rentenversicherungsträger)

R 58 (Reichssicherheitshauptamt)

R 89 (Reichsgesundheitsamt)

R 96-II (Reichstüberkuloose-Ausschuss)

R 156 (Reichsknappschaft)

R 1501 (Reichsministerium des Innern)

B 162 (Zentrale Stelle der Landesjustizverwaltungen)

All. Proz. 7 (Alliierte Prozesse, Abt. 7).

Gesichtet wurden ferner auf der Ebene der Länder:

Brandenburgisches Landeshauptarchiv in Potsdam (Bestand Rep. 55 VIIb: Provinzialverband der Provinz Brandenburg)

Hessisches Hauptstaatsarchiv (Bestand 405: Regierungspräsidium Wiesbaden)

Staatsarchiv Hamburg (Bestand 352-3: Medizinalkollegium)

Landesarchiv Schleswig-Holstein (Bestände Abt. 374: Landesversicherungsanstalt Schleswig-Holstein; Abt. 768: Justizministerium)

Sächsisches Staatsarchiv Chemnitz (Bestand 30048: Amtshauptmannschaft Plauen)

Landesarchiv Berlin (Bestände A Pr. Br. Rep. 030: Polizeipräsidium Berlin; A Rep. 039-08: Bezirksamt Wilmersdorf; A Rep. 003-03: Städtisches Krankenhaus Moabit)

Landesarchiv Nordrhein-Westfalen, Ostwestfalen-Lippe, NW Staatsarchiv Detmold (Bestand L 113: Schriftgut von NSDAP und NS-Organisationen in Lippe; L 80: Hauptfürsorgestelle Detmold; D 21 C: Staatsanwaltschaft Paderborn)

Archiv des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe Münster (Bestand 663: Landarmen- und Arbeitshaus Benninghausen)

Staatsarchiv Ludwigsburg (Bestand E 180 II: Ministerialabteilung für Bezirks- und Körperschaftsverwaltung)

Hauptstaatsarchiv Stuttgart (Bestände E 151/54: Innenministerium, Abteilung X: Gesundheitswesen; E 397: Wirtschaftsministeriums, Abt. B – Landesernährungsamt).

Darüber hinaus wurden auf lokaler Ebene folgende Archive gesichtet:

Psychiatrische Universitätsklinik Regensburg, Archiv (Bestand historische Patientenakten)

Steiermärkische Krankenanstaltsgesellschaft, historisches Archiv in Graz (Bestand historische Patientenakten)

Besondere Beachtung verdienen im Einzelnen folgende Archive, weil sie besonders gut Aufschluss geben 1. über die Rolle der LVAen im Nationalsozialismus und 2. die Behandlung von tuberkulosekranken Menschen zwischen 1933 und 1945.

Staatsarchiv Hamburg:

Im Staatsarchiv Hamburg existiert eine sehr detaillierte Korrespondenz zwischen der dortigen Gesundheitsbehörde, Anstaltsleitern, Polizeidienststellen und der örtlichen LVA. Unter dem Vorsitz ihres damaligen Präsidenten Eduard Storck, das haben die Unterlagen deutlich gezeigt, unterstützte die LVA Hamburg das NS-Regime energisch in seinem Kampf gegen die Tuberkulose, ein Kampf, der oftmals zu einem Kampf gegen Tuberkulosekranke geriet. Storck reagierte nicht einfach nur auf staatliche Weisungen, er wurde in mehreren Fällen auch von sich aus aktiv und überwies etwa Tuberkulosepatienten, die er als „asozial“ und als „Last“ und Bedrohung für die deutsche Gesellschaft ansah, in eine der 18 Sonderanstalten, die im gesamten Reich aufgebaut wurden, um unliebsame TBC-Patienten wegzusperren, auszugrenzen und in einigen Fällen durch gezielte Nahrungsverweigerung und die Verabreichung tödlich wirkender Medikamente zu ermorden. Storck wusste, was er tat: Als hochrangiger Mitarbeiter des Reichstuberkuloseausschusses trug er maßgeblich dazu bei, die Richtlinien für den Betrieb der 18 staatlichen Sonderanstalten zu erstellen. Über diverse Berichte war er über die bedrohlichen Lebensumstände der dort untergebrachten Menschen informiert.

Archiv des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe (LWL)

Eine ebenfalls sehr gute Überlieferung bietet das Archiv des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe (LWL) in Münster. Dort hat der zuständige Archivar sogar – wenn auch mit Auflagen – erstmals Akten von Tbc-Patienten der Anstalt Benninghausen für das Forschungsvorhaben zugänglich gemacht. Benninghausen ist deshalb so interessant, weil die LVA Westfalen die Anstalt finanziell unterstützte und dort 30 Planbetten für Patienten besaß, die als asylierungsbedürftig galten. Das umfasste sowohl Kranke, die

sich freiwillig absondern ließen, als auch Patienten, die dorthin zwangseingewiesen wurden, weil ihr Verhalten angeblich die Gesundheit anderer gefährdete. Einige dieser als asozial abgestempelten Patienten wurden dort Opfer einer gezielten Hungerpolitik, außerdem wurden einige zudem mit hochdosierten Morphin-Injektionen ermordet, wie Krankenblätter relativ eindeutig belegen.

Archiv der Psychiatrischen Universitätsklinik Regensburg

Ähnlich gut ist die Überlieferungssituation im Archiv der Psychiatrischen Universitätsklinik Regensburg. Dank des Engagements von Clemens Cording, einem ehemaligen Chefarzt, konnte der Bearbeiter erstmals Akten von Tuberkulosepatienten, die in der Einrichtung untergebracht waren und etwa von Einrichtungen der LVAs dorthin überwiesen worden waren, vollständig einsehen. Der Bearbeiter hat ein repräsentatives Sample aus dem vorhandenen, etwa 400 Akten umfassenden Bestand gebildet. Die Patientenakten dokumentieren meist recht gut das pflegerische und ärztliche (Nicht-)Handeln. Anders als in Benninghausen ließen sich hier keine Fälle von aktivem Patientenmord nachweisen, jedoch erhielten etliche der dort untergebrachten Patienten keinerlei medizinische Versorgung mehr. Außerdem liegt ein Patienteneingangsbuch vor, das statistische Rückschlüsse auf Fälle von Patientenvernachlässigung erlaubte.

Hauptstaatsarchiv Stuttgart:

Ein weiteres wichtiges Archiv für das Projekt stellte das Hauptstaatsarchiv Stuttgart dar. Hier sind zwei Bestände von besonderem Interesse, zu denen erstens der umfangreiche Bestand Innenministerium, Abteilung X: Gesundheitswesen (E 151/54) zählt. In diesem Bestand finden sich Akten, die Auskunft über die Bekämpfung der Tbc durch staatliche Stellen sowie die NSDAP und ihr Tbc-Hilfswerk geben und bis in das Jahr 1945 reichen. Die regionalgeschichtliche Studie zu Württemberg von Sylvelyn Hähner-Rombach, die aufgrund von Quellenlücken im Jahr 1943 abbricht, lässt sich mit diesen Akten somit zumindest partiell ergänzen und fortführen. Der zweite relevante Bestand des Stuttgarter Hauptstaatsarchivs ist der des Wirtschaftsministeriums, Abt. B – Landesernährungsamt (E 397). Er gibt Aufschluss über die Lebensmittelversorgung von Krankenhäusern und ähnlichen Einrichtungen bis Kriegsende 1945 in Württemberg und die weiterreichenden Überlegungen auf nationaler Ebene, wie Patientenbedürfnisse vor dem Hintergrund immer knapper werdender Ressourcen zu hierarchisieren seien (siehe

etwa die Richtlinien der Deutschen Krankenhausgesellschaft zur Anpassung der Krankenanstalten an die Erfordernisse des totalen Krieges vom 25.1.1945).

Landesarchiv Schleswig-Holstein:

Das Landesarchiv Schleswig-Holstein hält einen eigenen Bestand der Landesversicherungsanstalt Schleswig-Holstein (Abt. 374). Er ist nicht nur der größte dem Bearbeiter bekannte Bestand zu einer Landesversicherungsanstalt in einem öffentlichen Archiv. Der Bestand ist zudem relativ geschlossen, d.h. die Akten scheinen weitgehend überliefert worden zu sein. Im Bestand finden sich zum einen Materialien der Verwaltungsspitze der LVA. Das schließt Korrespondenz mit anderen LVAen ein, was dem Bestand eine gewisse überregionale Bedeutung verleiht. Zum anderen enthält er, wenn auch nicht vollständig, Akten zu einzelnen Heilanstalten (etwa Tönsheide).

Nicht weiter konsultiert wurde dagegen das Staatsarchiv Oldenburg, weil deren Bestände bereits von Herrn Fleßner bearbeitet wurden. Seine Ergebnisse sind jedoch in die Studien des Bearbeiters eingeflossen.

III. Darstellung der Ergebnisse

Die Recherche hat wichtige Ergebnisse zu allen im Projektzusammenhang gestellten Fragen erbracht. Das wichtigste Resultat sei vorab genannt: Es gab erwiesenermaßen Patientenmord in mindestens einer Einrichtung der Rentenversicherung. Das war der Fall in der von der LVA-Mecklenburg betriebenen Heilstätte Amsee bei Waren/Müritz im heutigen Mecklenburg-Vorpommern, wo einer der behandelnden Ärzte kurz vor Kriegsende im April 1945 sieben seiner Patientinnen durch die Verabreichung einer hohen Dosis von Evipan, einem Narkotikum, gezielt umbrachte und diese Tat im Zuge eines staatsanwaltschaftlichen Ermittlungsverfahrens in den 1960er Jahren auch eingestand. Ähnliche und durchaus substantiierte Vorwürfe wurden nach 1945 gegenüber einer Reihe von Klinikleitern laut, darunter befand sich auch medizinisches Personal von LVA-eigenen Anstalten, so etwa des Tbc-Krankenhauses Tönsheide im heutigen Schleswig-Holstein. Es war nicht zuletzt dem mangelnden Verfolgungsinteresse der zuständigen Staatsanwaltschaften geschuldet, dass sich nach 1945 nicht mehr Täter auch in den Reihen der LVAen für die Misshandlung und Tötung von Patienten verantworten mussten. Die letztlich ausgebliebene juristische Ahndung von Gewaltverbrechen an tuberkulosekranken Menschen in beiden deutschen Nachfolgestaaten des „Dritten Reichs“ ist auch der Grund dafür, dass bis heute das öffentliche Bewusstsein für diese Taten fehlt.

Mitarbeiter der LVA trugen aber nicht nur eine direkte Verantwortung für Fälle von Patientenmisshandlung und -mord, die in Einrichtungen der Rentenversicherung begangen wurden. Im Rahmen der öffentlichen Tuberkulosebekämpfung arbeiteten sie auch eng mit staatlichen und parteiamtlichen Stellen zusammen. Deren sich zunehmend radikalisierte Tuberkulosepolitik zielte auf die Ausgrenzung, Ausbeutung und schließlich auch Ermordung von tuberkulosekranken Menschen, die als „asozial“ und damit als virulente Gefahr für die Gesundheit der „Volksgemeinschaft“ diffamiert wurden. Mitarbeiter der Rentenversicherung waren somit mitverantwortlich für diese Verbrechen, weil sie aktiv nicht nur an der Ausformulierung der rechtlichen Bestimmungen zum repressiven Umgang mit „asozialen“ Tuberkulosekranken mitarbeiteten und auf diese Weise deren sozialer Stigmatisierung weiter Vorschub leisteten, sondern sich auch an Aufbau, Finanzierung und Betrieb von 18 staatlichen

Sonderanstalten zur zwangsweisen Unterbringung von „asozialen Offentuberkulosen“ beteiligten, in deren Verantwortung schätzungsweise 30.000 Menschen Schaden an Seele, Leib und Leben zugefügt wurde. In diesen Sonderanstalten erwartete Kranke medizinische Unter- bzw. Nichtversorgung, Hunger, körperliche Misshandlungen in Form von Prügel und Folter und schließlich im Extremfall die gezielte Ermordung in Form von Medikamentenüberdosierung und/oder Verabreichung falscher Medikamente. Wie im Nachfolgenden gezeigt werden soll, kam es schließlich nicht nur in staatlichen Lungenheilstätten und -krankenhäusern, sondern auch in einigen LVA-eigenen Betrieben zu einer Ausgrenzung der besonders perfiden Art: Patienten, mit deren Pflege das Personal besondere Mühe hatte, wurden zur Arbeitsentlastung in ebendiese staatlichen Sonderanstalten verlegt, obwohl bekannt war, unter welchen horrenden Lebensumständen Kranke dort untergebracht waren.

Die Befunde des Forschungsprojektes lassen sich in drei größeren Thesen verdichten, die jeweils den argumentativen Kern der nachfolgenden drei Kapitel bilden.

1. Die soziale und räumliche Ausgrenzung und – wenn auch nur von einer radikalen Minderheit von Ärzten vorgetragen – die Tötung von als „asozial“ stigmatisierten Tuberkulosepatienten wurde diskursiv bereits weit vor der nationalsozialistischen Machteroberung vorbereitet. Die sich zunehmend verschärfende Debatte unter Lungenfachleuten und anderen mit der Krankheit betrauten Experten über den Umgang mit Patienten, die als uneinsichtig und damit als virulente Gefahr für die Volksgesundheit galten, setzte unmittelbar nach 1918 ein. Zu einem zentralen Referenzpunkt im Denken und Handeln dieser Mediziner geriet der Erste Weltkrieg, der auch als Chance begriffen wurde, um Gesellschaftskonzeptionen zum Durchbruch zu verhelfen, die auf die Tötung von „Ballastexistenzen“ zielten. Eine besonders unnachgiebige Haltung legten Tuberkulosefürsorgeärzte an den Tag. Diese Mediziner arbeiteten in den 1400 Fürsorgestellen, die ambulante Hilfen für wirtschaftlich minderbemittelte Tbc-Kranke anboten und zu einem Großteil von den LVAen finanziert, mitorganisiert und schließlich auch kontrolliert wurden. Damit zeigt sich, dass es nicht alleine Vertreter des nationalsozialistischen Regimes waren, die die Gesundheit und Leben der betroffenen Menschen zur Disposition stellten. Tatkräftige Unterstützung kam auch von arrivierten Lungenfachleuten und anderen Gesundheitsexperten, die in dem Feld oftmals bereits seit vielen Jahren arbeiteten und das neue

nationalsozialistische Regime als Chance verstanden, ihre bereits vor 1933 genährten radikalen Ideen einer reinen Gesellschaft nun endlich in die Tat umzusetzen.

2. Auch nach der nationalsozialistischen Machteroberung blieb die Rentenversicherung strukturell in erheblichem Maße in die öffentliche Gesundheitspolitik eingebunden und arbeitete eng mit den für die Tuberkulosebekämpfung zuständigen Stellen von Staat und NSDAP zusammen. Das geschah jedoch nicht ausschließlich, weil die nationalsozialistische Diktatur Druck auf die Rentenversicherung ausübte, wie nach 1945 in apologetischer Absicht zu lesen war. Neben Zwang spielten noch andere Faktoren eine entscheidende Rolle: starke institutionelle Kontinuitäten und ein spezifisches Traditionsverständnis innerhalb der Rentenversicherung, ideologische Schnittmengen im Denken von NS-Gesundheitspolitikern und leitenden Mitarbeitern der Rentenversicherung sowie Eigeninteressen von Heilanstalten, die das nationalsozialistische Zwangssystem nutzten, um sich unbequemer Tuberkulosepatienten zu entledigen.

3. Weitaus weniger noch als über die Verbrechen an Tuberkulosepatienten selbst wissen wir über den Umgang mit ihnen nach 1945. Die nach Kriegsende aufgenommene juristische Aufarbeitung, so meine dritte These, lief letztlich auf eine weitgehende Nichtahndung hinaus. Das hatte mehrere Gründe: Zunächst lag das an den erheblichen Schwierigkeiten, denen sich die Strafermittlungsbehörden bei der Beweiserhebung ausgesetzt sahen. Zu nennen ist ferner die nach 1945 unter Lungenfachärzten, aber auch Gesundheitspolitikern und Juristen weiterhin verbreitete Vorstellung, dass bestimmte Tuberkulosepatienten durch ihr angeblich rücksichtsloses Verhalten andere Menschen ansteckten und so die Gesundheit der gesamten Gesellschaft massiv bedrohten. Erschwerend hinzu kamen fehlender Mut und Konformitätsdruck, der Beteiligte nach 1945 davon abhielt, sich als Zeugen zur Verfügung zu stellen. Schließlich bestand bei einigen der ermittelnden Staatsanwaltschaften auch ein Unwillen, Verbrechen zu ahnden, die nicht in Konzentrationslagern und anderen, als genuin nationalsozialistisch begriffenen Institutionen begangen worden waren, sondern im Gegenteil in „normalen“ Anstalten und zwar von „normalen“ Medizinern. So kann man das Vorgehen der beteiligten Staatsanwaltschaften als den letztlich erfolgreichen Versuch begreifen, den Nationalsozialismus und die in seinem Namen begangenen Verbrechen einzuhegen, sie auf bestimmte Tatkomplexe, Täter und Tatorte zu begrenzen, auf diese Weise eine mehrfache Distanz zu den Geschehnissen herzustellen und somit eine bestimmte Form von Normalität in den Nachkriegsjahren zu erzeugen.

1. Tuberkulosebekämpfung und Rentenversicherung in der Weimarer Republik

Bis weit ins 20. Jahrhundert hinein galt Tuberkulose als eine der größten Herausforderungen für die Gesundheit der gesamten Menschheit.¹⁵ Wirksame Therapien standen erst nach 1945 durch die Entwicklung von Antibiotika zur Verfügung, gleichzeitig beförderten ungesunde Wohnverhältnisse in den rapide wachsenden Städten und der oftmals schlechte Ernährungszustand vor allem von Arbeitern und ihren Familien die Ausbreitung der Krankheit. In Deutschland führte Tbc noch zu Beginn des 20. Jahrhunderts die Statistik der Todesursachen an: Sie verursachte mehr als die Hälfte aller Sterbefälle in der Altersgruppe der 15-40 Jährigen.¹⁶ Zwar ging die Krankheit in den folgenden Jahren durch Verbesserungen bei der Ernährung und der Wohnsituation zurück, aber der Erste Weltkrieg verschärfte die Situation erneut. In den Hunger- und Mangeljahren nach 1914 nahm neben der Grippe auch die Tuberkulose in der Zivilbevölkerung zu; wie heute kaum mehr bekannt ist, litten aber auch viele kriegsbeschädigte Soldaten an dieser Krankheit.¹⁷

Obwohl sich in der Weimarer Republik sowohl die Zahl der Neuerkrankungen als auch die Sterblichkeitsrate schnell wieder auf das Vorkriegsniveau einpendelten, geriet der Erste Weltkrieg zu einem zentralen Referenzpunkt für das Denken und Handeln von Lungenfachärzten und anderen Gesundheitsexperten, die sich mit Tuberkulose beschäftigten.¹⁸ Dazu zählten zunächst Militärärzte, die bereits im Krieg große Anstrengungen zur Bekämpfung der Seuche unternommen hatten.¹⁹ Hinzu kam das medizinische Personal, das im Auftrag der Rentenversicherung die stationäre

¹⁵ Dirk Blasius, Tuberkulose: Signalkrankheit deutscher Geschichte, in: Geschichte in Wissenschaft und Unterricht 47 (1996), S. 320-332. In internationaler Perspektive Helen Bynum, Spitting Blood: The History of Tuberculosis, Oxford: OUP, 2012 sowie Linda Bryder, Flurin Condrau und Michael Worboys, Tuberculosis and its histories: Then and now, in: Flurin Condrau und Michael Worboys (Hrsg.), Tuberculosis Then and Now: Perspectives on the History of an Infectious Disease, Montreal: McGill-Queen's University Press, 2012, S. 3-23. Die Tuberkulose ist in engem Zusammenhang mit der Geschichte von Seuchen zu sehen, die auch noch in der Spätmoderne ein erhebliches Problem darstellen. Siehe hierzu Malte Thießen (Hrsg.), Infiziertes Europa: Seuchen im langen 20. Jahrhundert, München: de Gruyter Oldenbourg, 2014.

¹⁶ Condrau, Lungenheilanstalt, S. 46.

¹⁷ Verena Pawlowsky und Harald Wendelin, Die Wunden des Staates: Kriegsoffer und Sozialstaat in Österreich 1914-1938, Wien u.a.: Böhlau, 2015, S. 48.

¹⁸ Siehe ähnlich auch Philipp Rauh, Violence and Starvation in First World War Psychiatry: Origins of the National Socialist 'Euthanasie' Program, in: Jason Crouthamel und Peter Leese (Hrsg.), Psychological Trauma and the Legacies of the First World War, Cham: Palgrave Macmillan 2017, S. 261-286.

¹⁹ Zur Mobilisierung von Medizinern durch den Ersten Weltkrieg siehe in vergleichender Perspektive Susanne Michl, Im Dienste des „Volkskörpers“: Deutsche und französische Ärzte im Ersten Weltkrieg, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 2007.

Behandlung von Tuberkulosekranken in Lungenheilstätten betrieb und auf diese Weise die Erwerbsunfähigkeit der Patienten verhindern sollte. Schließlich sind diejenigen Ärzte zu nennen, die an einer der über 2000 Tuberkulosefürsorgestellen arbeiteten, in denen im Reich Patienten ambulant versorgt wurden. Entsprechend zahlreich waren nach 1918 die Beiträge in Fachzeitschriften und Handbüchern, die sich mit den Auswirkungen des Weltkriegs auf die Entwicklung der Tuberkulose beschäftigten. Der Militärarzt Walter Bussenius, der die überbordende Literatur auswertete, sprach von mehreren Hundert Schriften.²⁰

In diesen Veröffentlichungen spiegelt sich eine doppelte Erfahrung aus den Kriegsjahren: Vor dem Hintergrund eines sprunghaften Anstiegs der Krankheit nach Kriegsbeginn argumentierten diese Mediziner, es gelte unter allen Umständen und mit allen Mitteln zu verhindern, dass sich diese Entwicklung in Zukunft wiederhole. Waren sich die meisten Mediziner in dieser Zielsetzung einig, so gab es allerdings unterschiedliche Auffassungen darüber, welche konkreten Konsequenzen hieraus für die Zukunft zu ziehen seien. Während sich Ärzte wie der Leiter der städtischen Tuberkulosefürsorgestelle in Karlsruhe, Oswald Geissler, darauf beschränkten, den alliierten Siegermächten und der neuen demokratischen Staatsform in Deutschland die Schuld für den aus ihrer Sicht katastrophalen Ausbruch der Krankheit zuzuweisen und damit der Dolchstoßlegende auch auf diesem Feld Vorschub leisteten,²¹ rechneten andere recht schonungslos mit den eigenen Defiziten ab, die der bisherige Umgang mit der Krankheit aus ihrer Sicht gezeitigt hatte. Tatsächlich geriet die Frage nach den Lehren, die aus dem Ersten Weltkrieg zu ziehen seien, zum Ausgangspunkt einer teils sehr umfassenden Kritik an der Tuberkulosebekämpfung vor 1918. Das betraf deren strategische Ausrichtung ebenso wie die Strukturen, die bis dahin in Form von stationären Einrichtungen wie Heilanstalten und ambulanten Hilfen im Reich geschaffen worden waren. So erklärte Georg Barth, Direktor einer Lungenheilanstalt in Sachsen, in einem 1922 in der Deutschen Medizinischen Wochenschrift veröffentlichten Aufsatz, der Krieg mit seinen Folgen habe „auch hier alles Bestehende“ erschüttert.²² Angesichts der

²⁰ Walter Wilhelm Ludwig Bussenius, *Die Tuberkulose im Weltkriege*. Handbuch der ärztlichen Erfahrungen im Weltkriege, Bd. 3, Leipzig: Barth, 1921. Zahlreiche Titel listet auf Arno Leipold, *Die Prognose der direkten und indirekten Lungenschussverletzungen unter besonderer Berücksichtigung der posttraumatischen Lungentuberkulose*, in: *Deutsche Zeitschrift für die gesamte gerichtliche Medizin* 11 (1928), S. 169-184.

²¹ Dagmar Ellerbrock, „Healing Democracy“ – Demokratie als Heilmittel: Gesundheit, Krankheit und Politik in der amerikanischen Besatzungszone 1945–1949, Bonn: Dietz, 2004, S. 331.

²² Georg Barth, *Über die Unterbringung der Lungentuberkulösen*, in: *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 48 (1922), S. 667-669, hier: 667.

rapiden Ausbreitung der Krankheit habe er lernen müssen, dass das „vorher immerhin achtungsgebietend dagestandenen Fundament der Tuberkulosebekämpfung“ letztlich „nur schwache Stützpfeiler“ habe. Die Sanatorien und ambulanten Einrichtungen hätten das „Zerstörungswerk an unserem „Volkskörper“ nicht aufhalten können, sie seien letztlich mit dem Problem überfordert worden.

Aber nicht nur die Strukturen und deren Kapazitäten galten Kritikern als höchst unzureichend, auch die bisherige Gesamtstrategie sahen einige Lungenfachärzte als verfehlt an. Ein vollständiges Versagen des Heilstättensystems attestierte beispielsweise Hermann von Hayek.²³ Der ursprünglich aus Österreich stammende, aber in der deutschen Tuberkulosediskussion sehr engagierte Lungenfachmann und Leiter der Landestuberkulosefürsorgestelle Innsbruck hielt die bisherige Schwerpunktsetzung auf die stationäre Therapie von Patienten, deren Krankheit bereits weit fortgeschritten war, in Sanatorien und anderen Lungenheilstätten grundsätzlich für falsch. In diesem Krankheitsstadium komme medizinische Hilfe zu spät, wie von Hayek 1920 unter anderem in einer viel beachteten Monographie erklärte.²⁴ Die riesigen Geldsummen, die man bislang vor allem in Kuren mit guter Ernährung, körperlicher Schonung, einem hygienischen Umfeld und viel frischer Luft investiert habe, seien schlicht falsch angelegt. Vor diesem Hintergrund votierte von Hayek für eine grundlegende Umorientierung der Tuberkulosepolitik. Erfolg versprach er sich nur, wenn man den Kampf gegen die Krankheit künftig viel stärker auf ihr Anfangsstadium verlegen würde.²⁵ Den ambulanten und auch kostengünstigeren Fürsorgestellen sollte demnach künftig eine zentrale Rolle als Frühwarnsystem zukommen. Sie sollten stark ausgebaut werden, wie Hayek forderte und damit wohl auch standespolitische Eigeninteressen als Fürsorgearzt verfolgte.

Tatsächlich rückten auch bei anderen Fachkollegen Früherkennung und Vorbeugung in den Fokus der Aufmerksamkeit: Zwar blieb das bisherige System der Kuren in Heilstätten weiterhin bestehen. Hinzutreten sollte jedoch neue Instrumente der Diagnose und Prävention, durch die Kranke schneller entdeckt und Neuansteckungen möglichst verhindert werden sollten. In diesem Zusammenhang entwickelte der aufstrebende Fürsorgearzt Franz Redeker bereits in den 1920er Jahren den Plan, die

²³ Hermann von Hayek, *Das Tuberkulose-Problem*, Berlin-Heidelberg: Julius-Springer, 1920, vor allem S. 32.

²⁴ Zur Rezeption des Buches siehe u.a. *Deutsches Archiv für Klinische Medizin* 134 (1920), S. 250 und *Zeitschrift für Tuberkulose* 95 (1950), S. 263.

²⁵ Von Hayek, *Das Tuberkulose-Problem*, S. 32.

deutsche Gesellschaft mithilfe von Röntgenreihenuntersuchungen vollständig zu durchleuchten. Es war Redeker, dem erstmals der radiologische Nachweis für die frühe Infiltration der Lunge mit dem Tbc-Erreger gelungen war und der damit die diagnostische Voraussetzung für derartige flächendeckende Gesundheitschecks schuf, die dann in den 1930er Jahren zumindest ansatzweise Umsetzung fanden.²⁶

Verbunden war damit jedoch zugleich auch der Anspruch auf verstärkte Kontrolle der Tuberkulosekranken. Von deren „richtiger“ Lebensweise hing ja nach Ansicht von Lungenfachärzten nun entscheidend der Erfolg der künftigen Tuberkulosepolitik ab: Sie hatten sich so verhalten, dass Ansteckungen nicht passieren konnten. Damit ging wiederum ein bestimmter Blick auf die Kranken einher. Statt als hilfsbedürftige Menschen wurden sie zunehmend als Krankheitsträger verstanden, von denen eine stete Gefahr für die Gesunden ausgehe. Dem „Kranken als Seuchenherd“ müsse künftig viel mehr Beachtung geschenkt werden, erklärte etwa Hermann Bernhard Braeuning, einer der führenden deutschen Tuberkuloseärzte, nur wenige Jahre nach Kriegsende.²⁷ Wesentlich weiter noch ging Günther Krutzsch. Der Tbc-Fürsorgearzt aus dem thüringischen Altenburg forderte 1925 eine verschärfte Haltung gegenüber Tuberkulosekranken, wenn diese durch ihre Lebensführung vermeintlich andere gefährdeten.²⁸ Wie andere seiner Kollegen sprach Krutzsch in diesem Zusammenhang vom „böswilligen Kranken“.²⁹ Durch die Aufhebung der ärztlichen Schweigepflicht sollte es zudem möglich sein, solche Kranke im Interesse der Allgemeinheit zu registrieren und zu kontrollieren, auch wenn das auf eine starke Beeinträchtigung des Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patient hinauslief. Nur durch ein rigoroses Vorgehen gegen Kranke lasse sich Gefahr der Verbreitung der Krankheit letztlich bannen. So forderte Krutzsch wenig später sogar, Tuberkulosekranke, die sich partout nicht ärztlichen Anweisungen fügen wollten, zwangsweise in geschlossenen Anstalten abzusondern.³⁰

²⁶ Siehe hierzu Dorothea Redeker, *Der Physikus. Als Public Health noch Volksgesundheit hieß*, Bensheim: Selbstverlag, 2016, besonders S. 79 und 96.

²⁷ Siehe den Aufsatz *Der planmäßige Tuberkuloseschutz durch Ausbau der Heimfürsorge*, in: *Tuberkulose-Fürsorge-Blatt* 10,3 (1923), S. 17-20.

²⁸ Sylvelyn Hähner-Rombach, *The Construction of the "Anti-social TB-Patient" in the Interwar Years in Germany and the Consequences for the Patients*, in: Iris Borowy und Wolf D. Gruner (Hrsg.), *Facing Illness in Troubled Times: Health in Europe in the Interwar Years, 1918-1939*, Oxford: Peter Lang, 2005, S. 345-363, hier: 350-351.

²⁹ Siehe etwa *Zeitschrift für Tuberkulose* 34 (1921), S. 717 und *Soziale Praxis* 30 (1921), S. 54.

³⁰ Siehe hierzu bereits Gerhard Buchwald, *Der Rückgang der Schwindsucht trotz "Schutz"-Impfung: Von der Schwindsucht (Tbc) zum Infektionsschutz-Gesetz (IfSG)*, München: Hirthammer, 2002, S. 72 sowie Ulrike Lindner, *Gesundheitspolitik in der Nachkriegszeit: Großbritannien und die Bundesrepublik im*

Es ist bemerkenswert, dass derart weitreichende Forderungen bereits zu Mitte der 1920er Jahre artikuliert wurden. Bislang ist man in der Forschung eher davon ausgegangen, dass in der Weimarer Diskussion solche negativen Rückbezüge auf den Ersten Weltkrieg erst durch die Weltwirtschaftskrise von 1929 ausgelöst worden seien. Erst die damit einhergehende dramatisch verschlechterte finanzielle Grundlage für Wohlfahrtspolitik, so die Argumentation, habe den Ton vor allem gegenüber psychiatrischen Patienten sowohl als vermeintlicher Gefahrenquelle als auch finanzielle Bürde für den Sozialstaat verschärft.³¹ Ein genauerer Blick zeigt jedoch, dass dieser Wirkungszusammenhang offensichtlich so gar nicht bestand. Vielmehr zogen Mediziner bereits unmittelbar nach 1918 die vermeintlichen Lehren aus dem verlorenen Krieg und verbreiteten sich in den frühen Jahren der deutschen Nachkriegsdemokratie über die vermeintlich massive gesundheitliche Bedrohung durch Tuberkulosekranke. Aus der Perspektive von Ärzten wie Günther Krutzsch war die Weltwirtschaftskrise offenbar lediglich ein Moment, mit dem sich scheinbar sinnfällig unterstreichen ließ, dass man schon immer Recht gehabt habe mit der eigenen Forderung nach einem harschen Vorgehen gegenüber vermeintlich uneinsichtigen Kranken. Als negativer Bezugspunkt hatte der Erste Weltkrieg damit erhebliche und langfristige Wirkungen, nicht zuletzt für die Wahrnehmung von Tuberkulosekranken.

Zugleich war der Erste Weltkrieg aber auch ein positiver Referenzpunkt für einige besonders radikal denkende Mediziner. Sie lernten, dass die Kriegs- und Krisensituation gesellschaftliche Entwicklungen begünstigten, auf die sie selbst hinsteuerten. Ein besonders eklatantes Beispiel stellte in dieser Hinsicht Berthold Kihn dar. Wie der Psychiater und spätere Leiter der Sonderanstalt für „asoziale“ Tuberkulosekranke in Stadroda 1932 in einem Aufsatz in einer der wichtigsten Zeitschriften seiner Disziplin, der Allgemeinen Zeitschrift für Psychiatrie, erklärte, habe die Mangelsituation während des Ersten Weltkriegs auch ihre guten Seiten gehabt: Die Hungerjahre hätten „in Irrenanstalten unter den Insassen gehörig aufgeräumt“.³² Kihn spielte hier auf den Umstand an, dass zwischen 1914 und 1918 in deutschen Gesundheitseinrichtungen

Vergleich, München: Oldenbourg, 2004, S. 143 und Ute Gerhard, *Nomadische Bewegungen und die Symbolik der Krise: Flucht und Wanderung in der Weimarer Republik*, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 1998, S. 138.

³¹ Hans Ludwig Siemen, *Reform und Radikalisierung. Veränderungen der Psychiatrie in der Weltwirtschaftskrise*, in: Norbert Frei (Hrsg.), *Medizin und Gesundheitspolitik in der NS-Zeit*, München: Oldenbourg, 1991, S. 191-200.

³² Berthold Kihn, *Die Ausschaltung der Minderwertigen aus der Gesellschaft*, in: *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und ihre Grenzgebiete* 98 (1932), S. 387-404.

annähernd 70.000 Psychatriepatienten verhungert waren.³³ Hintergrund war, dass die Seeblockade der Entente-Mächte zu erheblichen Versorgungsengpässen im Deutschen Reich geführt hatte, die wiederum die Schwächsten der Gesellschaft am stärksten trafen. „Irre“ galten im Kalkül der staatlichen Ernährungsämter und von Anstaltsleitern als Menschen, bei deren Versorgung man in Notfallzeiten zugunsten anderer, als wichtiger erachteter Bevölkerungsgruppen Abstriche machen konnte. Wie u.a. Belinda Davis in ihren Forschungen deutlich gemacht hat, gab es eine klare Hierarchie bei der Lebensmittelversorgung: An der Spitze stand das Militär, gefolgt von als kriegswichtig erachteten Bevölkerungsgruppen wie Industriearbeitern. Ganz am unteren Ende der Leiter rangierten die vermeintlich unnützen Insassen von Gefängnissen und anderen Zwangseinrichtungen.³⁴ Es gab somit, wie Davis das auf den Punkt gebracht hat, eine klare Scheidung in „Nahrung für die Starken und Nahrung für die Schwachen“. Hier offenbart sich weit vor der nationalsozialistischen Machtübernahme nicht nur ein Denken, das von einer unterschiedlichen Wertigkeit von Menschenleben ausging. Mehr noch, so meine These, diese Erwägungen leiteten schließlich auch das Handeln einer relativ kleinen, aber schnell in bestimmende Positionen gerückten Gruppe von Lungenfachärzten und Psychiatern an, die wie Kihn ab 1933 die Zwangsasylierung von Tuberkulosepatienten organisierten und exekutierten.

Kihn selbst wusste über das Hungersterben in deutschen Psychatrien wohl aus eigener Anschauung Bescheid; er selbst hatte jedenfalls 1922 einen Teil seiner Assistenzzeit in der Heil- und Pflegeanstalt Lohr bei Würzburg verbracht, in der Psychatriepatienten noch nach Kriegsende reihenweise an „Entkräftung“ starben.³⁵ Hinzu kam, dass er nur wenig später bei Julius Walter-Jauregg an der Niederösterreichischen Landesheil- und Pflegeanstalt für Nerven- und Geisteskranke in Wien tätig war. Der spätere Nobelpreisträger Walter-Jauregg war einer der ersten, der den Umfang des Hungersterbens in der Psychiatrie während des Ersten Weltkriegs zu berechnen suchte und hierzu auch wissenschaftlich publizierte.³⁶

³³ Folgendes, soweit nicht anders angegeben, nach Heinz Faulstich, Hungersterben in der Psychiatrie 1914–1949. Mit einer Topographie der NS-Psychiatrie, Freiburg: Lambertus, 1998.

³⁴ Belinda Davis, *Home Fires Burning: Food, Politics, and Everyday Life in World War I* Berlin, Chapel Hill: The University of North Carolina Press, 2000, S. 187.

³⁵ Kurz hierzu Raoul Posamentier, Heil- und Pflegeanstalt Lohr am Main, in: *Psychiatrie im Nationalsozialismus: Die Bayerischen Heil- und Pflegeanstalten zwischen 193 und 1945*, herausgegeben von Michael Cranach und Hans-Ludwig Siemen, 2. Aufl. München: Oldenbourg 2012, S. 55-88, hier 56.

³⁶ Julius Wagner-Jauregg, Die Krankenbewegung in den deutsch-österreichischen Irrenanstalten seit Kriegsbeginn und die Abnahme des Alkoholismus, in: *Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift* 47 (1920/21), S. 357 und 373-5. Siehe hierzu auch Faulstich, *Hungersterben in der Psychiatrie*, S. 61.

Wie Kihns eigenen Veröffentlichungen nahelegen, verstand er Hunger als ein probates Mittel der Demographie und Eugenik. Im Kampf gegen „Minderwertigkeit“ in der Gesellschaft, so seine Ansicht, seien letztlich „alle Maßnahmen“ erlaubt. Ausdrücklich sprach er in diesem Zusammenhang von einer notwendigen „Preisgabe lebensunwerten Lebens“, also von der gezielten Tötung von Menschen. Der Tod hätte für ihn sogar noch weit mehr Opfer unter Psychatriepatienten fordern können; aus seiner Sicht gab es jedenfalls noch viel zu tun, um die deutsche Gesellschaft von „Ballastexistenzen“ zu befreien.

Kihn ist schließlich auch ein herausragendes Beispiel für die Psychiatisierung, die die Tuberkulosebekämpfung in der Zwischenkriegszeit erlebte.³⁷ Um die Krankheit kümmerten sich nun nicht mehr allein Lungenfachärzte, sondern in wachsendem Maß auch Psychiater, deren Diagnosen die Debatte um den richtigen Umgang mit der Krankheit immer mehr bestimmten. Während bei Allgemeinmediziner und Hygienikern wie Rudolf Abel zunächst durchaus noch die Vorstellung bestand, dass die Volkskrankheit auch mit sozialer Misere und Wohnungsnot zu tun hatte und man durch entsprechende Sozialprogramme dem Problem Herr werden könne,³⁸ hatten Fachkollegen aus der Psychiatrie eine ganz andere Problemwahrnehmung. Zu nennen ist hier neben Kihn auch Gerhard Kloos und Heinrich Boening, die beide ebenfalls später als Leiter von Stadtroda fungierten.³⁹ Für diese Ärzte waren weniger strukturelle und ökonomische Gründe Hauptursache für die Ausbreitung der Krankheit, sondern das vermeintliche Fehlverhalten einiger Kranker selbst, das als psychopathologisch klassifiziert wurde. Das heißt, es kam zu einer Individualisierung der Krankheit, zugleich wurden ihre komplexen Ursachen simplifiziert.

Diese Sicht auf die Krankheit und ihre vermeintlichen Ursachen sprach vor allem Tuberkulosefürsorgeärzte an. Von denen zeigten sich einige zunehmend frustriert von der vermeintlichen Wirkungslosigkeit ihrer eigenen Bemühungen in den ambulanten Fürsorgestellen. Dort hatten sie es überwiegend mit finanziell schlecht gestellten

³⁷ Christine Wolters, „Gesellschaftsunwürdige Volksgenossen“: Psychiatisierung von Tuberkulosekranken im Nationalsozialismus und in der Nachkriegszeit, in: Christine Wolters, Christof Beyer und Brigitte Lohff (Hrsg.), *Abweichung und Normalität: Psychiatrie in Deutschland vom Kaiserreich bis zur deutschen Einheit*, Bielefeld: transcript, 2013, S. 244.

³⁸ Rudolf Abel, Tuberkulose und Wohnung, in: *Deutsche medizinische Wochenschrift* 47 (1921), S. 697. In der Publikation machte Abel jedoch zugleich deutlich, dass sich die Tuberkulose sich nicht allein auf den Aspekt unzureichender Wohnverhältnisse reduzieren lasse.

³⁹ Zu Boening siehe Ingrid Schuster, *Heinrich Boening (1895-1960): Gießens letzter Ordinarius für Neurologie und Psychiatrie*, Gießen: Schmitz, 1999. Zu Kloos siehe Andreas Lüddecke, *Der „Fall Saller“ und die Rassenhygiene. Eine Göttinger Fallstudie zu den Widersprüchen sozialbiologischer Ideologiebildung*, Marburg: Tectum, 1995, S. 102-103.

Menschen in schwierigen Wohnverhältnissen zu tun, die meist nicht sozialversichert waren und deshalb oftmals keine teuren Kuren, sondern lediglich kleinere Hilfsangebote in Anspruch nehmen konnten. Ihre zeitraubende Aufklärungsarbeit über hygienische Vorsichtsmaßnahmen und die diversen materiellen Hilfen für Familien mit Tuberkulose wie Wohnzuschüsse würden jedoch immer wieder durch das angeblich undisziplinierte Verhalten von etlichen ihrer Patienten unterlaufen, so die Klage. Franz Ickert, der damals Fürsorgearzt in Stettin war und bereits zu dieser Zeit als einer der führenden Tbc-Ärzte galt, sprach in seinem Grundriss der Sozialmedizin deshalb davon, dass die Betreuungstätigkeit oftmals einer „Arbeit am Danaidenfass“ gleiche.⁴⁰ Ihre Ohnmachtsgefühle artikulierte die relativ kleine, publizistisch jedoch rege Gruppe von Fürsorgeärzten um Ickerts und Krutzsch in zahlreichen wissenschaftlichen Beiträgen.⁴¹ Im Verlauf der 1920er Jahre erhielt diese Position zudem auch ein stärkeres institutionelles Gewicht innerhalb der Ärzteschaft. Ickerts und Krutzsch gehörten zu den tonangebenden Mitgliedern der 1920 ins Leben gerufenen *Gesellschaft deutscher Tuberkulosefürsorgeärzte*, die fünf Jahre später in der Dachorganisation, der *Deutschen Tuberkulose-Gesellschaft*, beiträt. Zwar bestanden noch Jahre Spannungen gegenüber den gleichfalls angeschlossenen Lungenheilanstaltsärzten, gleichwohl hatten die Fürsorgeärzte nun eine Plattform, über die sie ihre energischen Forderungen, wie am besten mit vermeintlich unverantwortlichen Tbc-Patienten umzugehen sei, verbreiten und in die gesamte Fachärzteschaft tragen konnten.

Tatsächlich radikalisierten sich diese Fürsorgeärzte seit Mitte der 1920er Jahre zusehends. Der „böswillige Tuberkulosekranke“ geriet nun zum „asozialen Offentuberkulösen“. Diese hochgradig stigmatisierende Bezeichnung popularisierte 1930 Erwin Augstein, ein ehemaliger Militärarzt aus Ostpreußen und dort engagiert in der Tbc-Fürsorge, auf der jährlichen Fachtagung der Tuberkuloseärzte in Norderney im Jahr 1930.⁴² Für die Ausbreitung der Krankheit trügen diejenigen Kranken die Hauptverantwortung, „die entweder aus Uneinsichtigkeit oder aus bösem Willen ihre Umgebung dauernd gefährden“, wie es hierzu erklärend hieß.⁴³ Das war aus Sicht von

⁴⁰ Franz Ickert und Fritz Arndts, Grundriss der sozialen Medizin, Leipzig: Barth, 1932, S. 45.

⁴¹ Siehe etwa die in folgenden Doktorarbeiten angeführten Literaturtitel: Elsbeth Schenk, Tuberkulose in asozialen Familien, Dissertation Universität Bonn 1937 und Rudolf Sekera, Die Asylierung asozialen Offentuberkulösen in Bayern, Dissertation Universität München 1938.

⁴² Erwin Augstein, Die Tuberkulose der Asozialen, in: Beiträge zur Klinik der Tuberkulose 75 (1930), S. 237-250.

⁴³ Augstein, Die Tuberkulose der Asozialen, S. 242.

⁴³ So rückblickend Zeitschrift für Tuberkulose 88 (1942), S. 66. Siehe hierzu bereits Aly Krankheitsverdächtige, S. 62-72.

Ärzten vor allem dann der Fall, wenn Patienten entweder Therapien von sich aus abbrechen oder die vorgeschriebenen hygienischen Auflagen zur Verhütung von Ansteckungen nicht oder nur ungenügend beachteten. In Aufsätzen in Fachzeitschriften rückten Lungenfachärzte und Psychiater oftmals besonders drastische Einzelfälle in den Vordergrund, in denen sich Menschen aus ihrer Sicht völlig unverantwortlich gegenüber ihrer Umwelt verhielten. Geschildert wurde etwa, wie ein Tuberkulosekranker in einem Fall Kinder angespuckt habe, um sie so zu infizieren. Dahinter stehe die fatalistische Haltung, so die mitgelieferte Erklärung, dass der Betreffende im Wissen um die Unheilbarkeit seiner eigenen Krankheit andere bewusst in den Tod habe mitreißen wollen, da er nicht als einziger habe sterben wollen.⁴⁴ Zwar wussten die Mediziner selbst, dass sich so nur eine verschwindend geringe Zahl von Kranken verhielt. Ganz augenscheinlich ging es aber darum, über die besonders plastische Schilderung solcher Übergriffe auf eine besonders schutzlose Gruppe die Notwendigkeit schnellen und vor allem rigorosen Handelns zu begründen. Tatsächlich bot sich hierzu der Hinweis auf die Gefährdung von Kindern besonders an. Wie Forschung auch auf anderen Feldern gezeigt hat, diente kindliche Unschuld oftmals als Vehikel gesellschaftlicher Interessen und als strategisches Instrument, wenn es beispielsweise darum ging, Minderheiten auszugrenzen. Das beste Beispiel ist der immer wieder gegen Juden erhobene Vorwurf des Ritualmords an christlichen Kindern.⁴⁵

Nicht viel anders verhielt es sich im Fall der Tuberkulosekranken. Wer vermeintlich selbst Kinder gefährde, der könne nur rücksichtslos, brutal und egoistisch sein, so die Erklärung. Solche Patienten seien psychisch abnorm, sie stellten sich letztlich außerhalb der Gesellschaft und seien deshalb grundsätzlich als asozial anzusehen.⁴⁶ Was die medizinische Diskussion so problematisch machte, war, dass von wenigen Extremfällen auf größere Tendenzen geschlossen wurde. Tatsächlich gerieten ganze Gruppen von Menschen ins Visier der Mediziner, die ohnehin bereits an den Rand der Gesellschaft gestellt waren: Alkoholiker, Prostituierte und Obdachlose seien es, aus denen die „asozialen Offentuberkulösen“ primär hervorgingen. Sie bildeten aus dieser Sicht gewissermaßen das gesellschaftliche Substrat der Krankheit. Ganz augenscheinlich verdichteten sich in der Figur des „asozialen Offentuberkulösen“ diffuse Vorbehalte und Ängste gegenüber bestimmten gesellschaftlichen Gruppen.

⁴⁴ Augstein, Die Tuberkulose der Asozialen, S. 242.

⁴⁵ Doris Bühler-Niederberger, Macht der Unschuld: Das Kind als Chiffre, Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften, 2005.

⁴⁶ Augstein, Die Tuberkulose der Asozialen, S. 242.

Die Psychiatrisierung der Tuberkulose und die Erfindung des „asozialen Tuberkulösen“ hatten wiederum gravierende Auswirkungen auf die Art und Weise, wie über die konkrete Bekämpfung der Krankheit nachgedacht wurde. Diese Entwicklung öffnete zum einen der in der Psychiatrie üblichen zwangsweisen Unterbringung von Tuberkulosepatienten die Tore. Die bereits von Seiten von Fürsorgeärzten seit Mitte der 1920er Jahre erhobene Forderung, Patienten mit offener Tuberkulose auch gegen deren Willen in Gesundheitseinrichtungen zu überweisen und so vom Rest der Gesellschaft zu isolieren, erhielt so eine stärkere Plausibilität innerhalb der Ärzteschaft. Die Politik müsse endlich die gesetzliche Grundlage für diese Maßnahme auf Reichsebene schaffen, forderte etwa 1930 der bereits erwähnte Hermann Bernhard Braeuning und verschaffte dieser Position erhebliches Gewicht unter seinen Kollegen. Da Therapien von solchen Patienten oftmals abgelehnt oder abgebrochen würden, sei dies die einzige Möglichkeit, die Gesellschaft zu schützen. Das bedeutet, Ärzte argumentierten mit vermeintlich objektiv gegebenen medizinischen Sachzwängen, die alternative Entscheidungsmöglichkeiten der Politik einschränken, wenn nicht gar unmöglich machen sollten.

Über die Psychiatrisierung geriet die Krankheit zum anderen in den Einflussbereich von Euthanasieüberlegungen, die in dem Bereich seit geraumer Zeit angestellt wurden. Zugegeben stellten Forderungen nach der physischen Beseitigung von als minderwertig bezeichneten Menschen damals nur eine Minderheitenposition dar; deren bedeutendste Befürworter Karl Binding und Alfred Hoche waren in akademischen Debatten der Zeit noch weitgehend isoliert. Zugleich jedoch stellten sie einen Referenzpunkt für diejenigen dar, die Extrempositionen in der Tuberkulosebekämpfung vertraten. Kihn etwa bezog sich in seinem bereits erwähnten Aufsatz von 1932 ausdrücklich auf Binding und Hoche.⁴⁷ Das heißt, deren Position stand als radikal andere Alternative im Raum und erweiterte damit den Möglichkeitshorizont auch von Tuberkulosefachärzten.

Das Argument, Tuberkulosekranke auf alle Fälle zwangsabsondern zu müssen, verfiel sich vorerst jedoch nur bedingt in der politischen Diskussion. Zumindest aus Sicht insbesondere der Tuberkulosefürsorgeärzte taten die Politiker der Weimarer Republik viel zu wenig, um dem Problem Herr zu werden. Ein entschiedenes Reichstuberkulosegesetz, das die in einigen Ländern bestehenden seuchenhygienischen

⁴⁷ Kihn, Die Ausschaltung der Minderwertigen, S. 395. Auch Ickerts lehnte sich an den Staatsrechtler Hoche an, als es darum ging, weitgehende Eingriffsrechte des Staates in die persönliche Freiheit von Tuberkulosekranken zu rechtfertigen. Siehe Ickert, Über Zwangsmaßnahmen gegen böswillige Offentuberkulöse, in: Klinische Wochenschrift (1929), S. 29-31.

Vorschriften zusammenführe und Zwangsabsonderungen die gesetzliche Grundlage verschaffe, sei bislang noch nicht auf den Weg gebracht worden. Lediglich in Thüringen, wo seit 1930 die NSDAP regierte, schicke man sich an, entsprechende seuchenhygienische Vorschriften zu erlassen, so Julius Emil Kayser-Petersen, ebenfalls ein ehemaliger Militärarzt und zu dieser Zeit leitender Arzt der Tuberkulosefürsorgestelle in Jena und Privatdozent an der dortigen Universität.⁴⁸ Aus dem Grund setzten Kayser-Petersen und einige seiner Kollegen in den frühen 1930er Jahren ihre Hoffnungen auf die nationalsozialistische Partei, die mit ihrem Programm ein energisches Vorgehen auch gegenüber „asozialen“ Tuberkulosepatienten versprach.

2. Tuberkulosebekämpfung und Rentenversicherung im Nationalsozialismus

Historisch betrachtet ist die Rentenversicherung einer der wichtigsten institutionellen Akteure des deutschen Sozialsystems im Kampf gegen die Volkskrankheit Tuberkulose, die noch zu Beginn des 20. Jahrhunderts die Statistik der Todesursachen anführte.⁴⁹ Da es sich um eine chronische Krankheit handelte und Tuberkulosepatienten meist über längere Zeit erwerbsunfähig wurden, übernahmen die jeweiligen Landesversicherungsanstalten als Träger der Gesetzlichen Rentenversicherung für Arbeiter seit Ende des 19. Jahrhunderts die Kosten für die stationäre Behandlung von Tbc-Kranken in Lungenheilstätten.⁵⁰ Dort setzte man therapeutisch neben chirurgischen Eingriffen vor allem auf gute Ernährung, körperliche Schonung, ein hygienisches Umfeld und viel frische Luft. Ziel der Rentenversicherung war es, durch solche Maßnahmen die Arbeitsfähigkeit der Patienten wiederherzustellen und auf diese Weise weitere Rentenzahlungen zu verhindern. Bald unterhielten die 30 bestehenden Landesversicherungsanstalten die Hälfte aller Lungenheilstätten und unterstützen die anderen Anstalten zu einem großen Teil finanziell. Das waren Mitte der 1920er Jahre in etwa 500 Anstalten mit zusammen 43.000 Planbetten. Darüber hinaus beteiligten sich die Landesversicherungsanstalten an den Tbc-Fürsorgestellen, um Kranke ambulant

⁴⁸ Siehe Julius Emil Kayser-Petersen, Die Tuberkulose im Entwurf eines Thüringischen Landeseseuchengesetzes. Unter Berücksichtigung der Anträge der Vereinigung der Lungenheilanstaltsärzte und der Gesellschaft Deutscher Tuberkulosefürsorgeärzte zum preußischen Tuberkulosegesetz, in: Zeitschrift für Tuberkulose 53 (1929), S. 481-489.

⁴⁹ Flurin Condrau, Lungenheilanstalt und Patientenschicksal: Sozialgeschichte der Tuberkulose, Göttingen 2000, S. 46.

⁵⁰ Ulrike Lindner, Gesundheitspolitik in der Nachkriegszeit: Großbritannien und die Bundesrepublik im Vergleich, München, 2004, S. 139-141.

und damit kostengünstig zu betreuen. Mitfinanziert, beraten und kontrolliert von der Rentenversicherung, erteilten die Fürsorgestellen u.a. Informationen über Hygienemaßnahmen und gewährten materielle Unterstützungen etwa in Form von Mietzuschüssen zur Verbesserung problematischer Wohnsituationen, die vor allem bei wirtschaftlich schwachen Familien erheblich zur Ausbreitung der Krankheit beitrugen. Auch nach der nationalsozialistischen Machteroberung blieb die Rentenversicherung strukturell in erheblichem Maß in die Gesundheitspolitik des „Dritten Reichs“ eingebunden und arbeitete eng mit den für die Tuberkulosebekämpfung zuständigen Stellen von Staat und Partei zusammen. Das geschah jedoch nicht ausschließlich, weil die nationalsozialistische Diktatur Druck auf die Rentenversicherung ausübte, wie nach 1945 in apologetischer Absicht zu lesen war. Neben Zwang spielten noch andere Faktoren eine entscheidende Rolle: institutionelle Kontinuitäten, ideologische Schnittmengen im Denken von NS-Gesundheitspolitikern und leitenden Mitarbeitern der Rentenversicherung sowie Eigeninteressen von Heilanstalten, die das nationalsozialistische Zwangssystem nutzten, um sich unbequemer Tbc-Patienten zu entledigen.

2.1 Konflikt: Die nationalsozialistischen Pläne einer Einheitshilfe für tuberkulosekranke „Volksgenossen“

Die Beziehungen zwischen neuem Regime und Rentenversicherung zeichneten sich zunächst durch Konflikt aus. Nicht nur entließen die neuen Machthaber in Berlin umgehend missliebige Arbeitnehmervertreter aus den Selbstverwaltungsgremien der Rentenversicherung; so fielen den personellen Säuberungen vor allem Gewerkschafter und Sozialdemokraten zum Opfer.⁵¹ Hinzu kam als Streitpunkt die Stellung der Rentenversicherung im Gefüge der Tuberkulosebekämpfung; damit einher gingen insbesondere Auseinandersetzungen über deren Finanzierung. Worum ging es in diesem Konflikt genau? Wie eingangs beschrieben, übernahmen die Nationalsozialisten weitgehend das seit der Jahrhundertwende bestehende System der Tuberkulosebekämpfung. Damit erbten sie auch die Unterscheidung in sozialversicherte und nichtversicherte Tuberkulosekranke. So übernahm die Rentenversicherung für versicherte Patienten sowie für deren Witwen und Kinder unter bestimmten Voraussetzungen und auf freiwilliger Basis die Kosten für die teils mehrmonatigen

⁵¹ Siehe den Beitrag von Konietzo in diesem Band.

Heilverfahren in Sanatorien. Diese Leistung war abhängig von einer günstigen Prognose: Gezahlt wurde, wenn zu erwarten war, dass durch die medizinischen Maßnahmen die Krankheit eingedämmt und so die Arbeitsfähigkeit der Betroffenen wiederhergestellt würde.⁵² Nichtversicherte Kranke waren dagegen in der Regel auf die Tuberkulosefürsorge angewiesen. Getragen wurde diese durch die öffentliche Wohlfahrt und private Fürsorgevereine, die in den Fürsorgestellen die bereits erwähnten ambulanten Hilfen anboten. Zwar wurde das Versicherungsprinzip teils aufgeweicht. So zahlten die Landesversicherungsanstalten Zuschüsse an die ambulanten Fürsorgestellen und übernahmen auch in bestimmten Fällen die Kosten der stationären Heilverfahren für Nichtversicherte.⁵³

Letztlich waren das jedoch freiwillige Sonderleistungen, die je nach Kassenlage in den einzelnen Landesversicherungsanstalten regional sehr unterschiedlich ausfielen und zudem die prinzipielle Scheidung zwischen Versicherung und Fürsorge eher festschrieben als sie aufzulösen. Diese Trennung hatte zum einen zu tun mit Kostenbegrenzung. Angesichts der sehr hohen Aufwendungen im Bereich der Tuberkulosebekämpfung glaubten die Träger der Rentenversicherung, nur in begrenzten Fällen die öffentliche Fürsorge finanziell unterstützen zu können. Zum anderen stemmten sich Versicherte selbst gegen eine allzu starke Nivellierung der Leistungen. Wie Mitarbeiter der Sozialversicherung noch in den frühen 1940er Jahren in einer gemeinsamen Besprechung mit staatlichen Stellen festhielten, hätten einige ihrer versicherten Patienten größte Vorbehalte gegenüber der Unterbringung in großen Patientensälen, wie das damals in den niedrigeren Versorgungsklassen zur Kosteneinsparung üblich war.⁵⁴ Wie sie aus Unterredungen mit Heilstättenärzten erfahren hätten, äußerten sich diese Kranken zudem abfällig über die dort untergebrachten nichtversicherten Mitpatienten; diese hätten sich die Behandlung nicht selbst durch Beitragszahlungen erarbeitet, sondern bezögen „lediglich“ staatliche Hilfen. Für Kritiker drückte sich hierin auf fatale Weise der Klassencharakter des deutschen

⁵² Gesetzliche Grundlage hierfür war § 1269 der Reichsversicherungsordnung (RVO) vom 19.07.1911 (Reichsgesetzblatt 1911, 42 Nr. 3921, S. 509-860), die bis 1922 das Kernstück des deutschen Sozialrechts darstellte. Dass die Rentenversicherungsträger aufgrund der RVO umgekehrt gesetzlich verpflichtet waren, bei unheilbaren Tuberkulosekranken die Zahlungen für Heilbehandlung zu einzustellen, wurde von leitenden Mitarbeitern der Landesversicherungsanstalten besonders hervorgehoben. Siehe Schreiben des Vorstands der LVA Brandenburg an den Landesdirektor der Provinz Brandenburg vom 20.2.1931, Brandenburgisches Landeshauptarchiv, Rep. 55, VII b, 194.

⁵³ Siehe etwa „Grundsätze der LVA Brandenburg für die Übernahme des Heilverfahrens“ o.D. (1930), ebenda.

⁵⁴ Niederschrift über die Sitzung der Arbeitsgruppe „Planwirtschaft im Anstaltswesen“ am 2.9.1941, in: BArch, R 96/II, 7, Bl. 78.

Gesundheitswesens aus. Wie Ernst Pütter, Vorsitzender der städtischen Armenfürsorge in Halle, bereits 1913 formulierte, zerstöre die „Klassenfürsorge“ letztlich die von ihm als notwendig erachtete „einheitliche Bekämpfung“ der Tuberkulose.⁵⁵

Nationalsozialistischen Gesundheitspolitikern war diese Trennung ebenfalls ein Dorn im Auge. Kritik an der bisher geübten Tuberkulosebekämpfung regte sich sehr früh. Exemplarisch ist der Versuch eines regionalen Vertreters der NSDAP in Schleswig-Holstein, die in seinen Augen unhaltbare Ungleichbehandlung der Patienten im LVA-eigenen Tuberkulosekrankenhaus Tönsheide nahe Neumünster zu skandalisieren.⁵⁶ Wie ihm eine „Vielzahl“ an Beschwerden u.a. von „bewährten Parteigenossen“ gezeigt habe, mache die Klinikleitung riesige Unterschiede zwischen Patienten, die auf Kosten Partei oder der öffentlichen Fürsorge dort untergebracht seien, und solchen, die durch die LVA abgesichert oder gar private Selbstzahler seien. Diese Ungerechtigkeit mache sich vor allem beim Essen bemerkbar, das, wie er gehört habe, in den unteren Versorgungsklassen qualitativ und quantitativ sehr zu wünschen übrig lasse.

Und das Regime handelte auch entsprechend: Es kam zu einem starken Ausbau der Tbc-Fürsorge für Nichtversicherte. So baute der parteieigene Wohlfahrtsverband NSV eine eigenständige Tuberkulosehilfe auf, die nicht nur in Konkurrenz trat zu den bereits etablierten Einrichtungen, sondern, so zumindest die Vorstellung des Regimes, eine dominierende Position innerhalb der gesamten Tuberkulosebekämpfung einnehmen sollte.⁵⁷ Um diese Vorrangstellung auch nach außen gegenüber der Bevölkerung sinnfällig zu unterstreichen, trat die Tuberkulosehilfe der NSV bei Patienten, deren Behandlungskosten zunächst weder die Landesversicherungsanstalten noch die öffentliche Fürsorge übernehmen wollten, bis zur endgültigen Klärung in Vorleistung.⁵⁸

Diese Neuerungen führten jedoch nicht zu der intendierten Vereinheitlichung, sondern vielmehr zu einer weiteren Zerklüftung der ohnehin schon komplexen Strukturen innerhalb der Tuberkulosebekämpfung. Unterstützt vom Deutschen Gemeindetag konterten die Träger der Rentenversicherung den Führungsanspruch der

⁵⁵ Ernst Pütter, Die Berliner Auskunfts- und Fürsorgestellen für Lungenkranke, Alkoholkranke und Krebskranke im Jahre 1912 und die Landesversicherungsanstalt Berlin, Berlin und Heidelberg: Springer-Verlag, 1913, S. 4.

⁵⁶ Schreiben des Tuberkulose-Hilfswerkes der NSDAP, Gau Schleswig-Holstein, an den Leiter der LVA Schleswig-Holstein vom 21.12.1938, SHLA, Abt. 374, 649, Bl. 81.

⁵⁷ Allgemein zu den Versuchen der NSDAP, bislang vom öffentlichen Gesundheitswesen nicht oder nur ungenügend erfasste Tätigkeitsfelder zu besetzen, siehe Süß, Volkskörper im Krieg, S. 59.

⁵⁸ Johannes Vossen, Tuberkulosekrankheit und Rassenhygiene. Die Durchführung des nationalsozialistischen „Ehegesundheitsgesetzes“ im Landkreis Herford 1935-1947, in: Andreas Wollasch (Hrsg.), Wohlfahrt und Region. Beiträge zur historischen Rekonstruktion des Wohlfahrtsstaates in westfälischer und vergleichender Perspektive. Münster, S. 125-141.

nationalsozialistischen Tuberkulosehilfe nämlich zunächst, indem sie zum einen das Versicherungsprinzip noch einmal – und zwar reichseinheitlich – festschrieben.⁵⁹ Die Saarbrücker Richtlinien von 1935 und 1938 legten fest, dass zwar mehr Menschen in den Genuss einer Heilbehandlung kommen sollten. Gedacht war in erster Linie jedoch an frisch versicherte Kranke, die nach den bislang geltenden Bestimmungen noch zu wenig eingezahlt hatten, um anspruchsberechtigt zu sein.⁶⁰ Zum anderen schob sich die Rentenversicherung auch bei der Leistungsgewährung wieder sichtbar vor die NSV: So war es ihr ab sofort möglich, Tuberkulosekranke über den Weg der Schnelleinweisung, d.h. ohne vorherige langwierige Kostenklärung, in Heilstätten zu verschicken. Das Ergebnis war, dass wieder 85% aller Tuberkulosebehandlungen von den Landesversicherungsanstalten erfasst wurden und nur 15% von der kommunalen Fürsorge, einschließlich des Wohlfahrtsverbands der NSDAP.⁶¹ Strukturell unterschied sich damit bis Kriegsbeginn im September 1939 die nationalsozialistische Tuberkulosepolitik nicht so stark von der Tuberkulosebekämpfung in der Weimarer Republik.⁶²

Der Krieg schien den Kritikern dann allerdings eine günstige Gelegenheit zu bieten, diese tradierten Strukturen aufzubrechen. Tatsächlich gerieten die Rententräger unter erheblichen Druck. Vor dem Hintergrund steigender Tbc-Fälle rief das NS-Regime zum „Großkampf gegen die Volksseuche“ auf und machte sich seit Herbst 1942 daran, Leistungsangebote stark auszuweiten und in einem neuen Anlauf die bestehende Organisation der Tuberkulosebekämpfung zu vereinheitlichen.⁶³ Während die bisher u.a. von der NSV erbrachten Leistungen für nichtversicherte Tuberkulosepatienten unter anderer Trägerschaft zur Reichs-Tuberkulosehilfe zusammengeführt wurden, hatte die Rentenversicherung ein sog. Tuberkuloseversorgungswerk für versicherte Patienten zu bilden; auf diesen beiden Säulen sollte die Bekämpfung der Seuche künftig ruhen. Verbunden war damit eine beträchtliche Leistungsausweitung auf Kosten der Rentenversicherung. Der Staat hatte nämlich die Leistungen für die Tuberkulosehilfe stark erhöht. Die Rententräger mussten nachziehen, wollten sie vermeiden, dass die bisher privilegierten versicherten Kranken gegenüber den Nichtversicherten ins

⁵⁹ Hierzu bereits Christoph Sachsse und Florian Tennstedt, *Geschichte der Armenfürsorge in Deutschland*, Bd. 3.: *Der Wohlfahrtsstaat im Nationalsozialismus*, Stuttgart: Kohlhammer, 1992, S. 171.

⁶⁰ Rundschreiben der LVA Schleswig-Holstein vom 21.2.1938, SHLA, Abt. 374, 351.

⁶¹ Eckhard Hansen, *Wohlfahrtspolitik im NS-Staat: Motivationen, Konflikte und Machtstrukturen im „Sozialismus der Tat“ des Dritten Reiches*, Augsburg: Maro-Verlag, 1991, S. 294.

⁶² Dagmar Ellerbrock, *„Healing Democracy“ – Demokratie als Heilmittel: Gesundheit, Krankheit und Politik in der amerikanischen Besatzungszone 1945–1949*, Bonn: Dietz, 2004, S. 337-338.

⁶³ *Deutschland im Kampf 113-116 (1944)*, S. 147.

Hindertreffen gerieten. Die Rentenversicherung hatte nun die Verpflichtung, in großem Umfang nicht nur wie bisher die Heilbehandlung, sondern insbesondere die wirtschaftliche Versorgung für alle an Tuberkulose Erkrankte und deren Familien sicherzustellen.⁶⁴ Damit sollte sichergestellt werden, dass diese Menschen nicht durch die meist langwierigen Kuraufenthalte in existenzielle Not gerieten. Diese Zahlungen schlugen erheblich zu Buche, wie man in der Führungsetage der Rentenversicherer besorgt vermerkte.⁶⁵ Offenbar um den staatlichen Druck zu kompensieren, erklärte die Führung der Rentenversicherung, dass sie die Neuerungen aus freien Stücken unternommen habe. Seit etlichen Jahren engagiere man sich in erheblichem Maße finanziell an der Eindämmung der Seuche, und man werde das auch weiterhin tun, wie der Präsident des Spitzenverbandes der Rentenversicherungsträger, Martin Moebius, in einem informatorischen Rundschreiben an alle Mitglieder zum bevorstehenden Aufbau des Tuberkuloseversorgungswerkes erklärte.⁶⁶ Das entspreche seit langem der gesundheitspolitischen Verpflichtung der Rentenversicherung.

Ungeachtet ihrer Bemühungen sahen sich die Rententräger gleichzeitig wachsender Kritik ausgesetzt. Den wohl massivsten Angriff auf das Selbstverständnis der Rentenversicherung startete im Frühjahr 1943 Julius Emil Kayser-Petersen. Der Lungenfacharzt hatte bis dahin eine steile Karriere hingelegt: Im Ersten Weltkrieg noch Militärarzt, danach zum leitenden Arzt der Tuberkulosefürsorgestelle in Jena und außerordentlichen Professor an der dortigen Universität aufgestiegen, war Kayser-Petersen nach 1933 Tuberkulosereferent im Reichsinnenministerium und Generalsekretär des Reichstuberkulose-Ausschusses geworden.⁶⁷ Als zentrales Beratungs- und Koordinierungsgremium vereinte der Ausschuss Vertreter von Staat und Partei, der Sozialversicherungsträger und Tuberkuloseärzte. Als maßgeblicher Mitgestalter deutscher Tuberkulosepolitik veröffentlichte Kayser-Petersen im März 1943 einen kritischen Aufsatz in „Der Öffentliche Gesundheitsdienst“, eines der wichtigsten Fachjournale und quasioffizielles Sprachrohr der NS-Gesundheitspolitik.⁶⁸ Darin stellte sich der Fürsorgearzt letztlich ganz auf die Seite des NS-Regimes. So

⁶⁴ Ministerialblatt des Reichs- und Preußischen Ministeriums des Inneren 1944 Nr. 31, S. 744, auch in: BArch, R 96/II, 1, Bl. 40.

⁶⁵ Rundschreiben des Reichsverbandes Deutscher Rentenversicherungsträger betr. Tuberkulosefürsorgebekämpfung vom 10.2.1943, gez. Moebius, SHLA, Abt. 374, 779, Bl. 17.

⁶⁶ Rundschreiben des Reichsverbandes Deutscher Rentenversicherungsträger betr. Tuberkuloseversorgungswerk vom 24.7.1943, gez. Moebius, SHLA, Abt. 374, 779, Bl. 48.

⁶⁷ Eine Kurzbiographie bietet Süß, Der „Volkskörper“ im Krieg, S. 469.

⁶⁸ Emil Kayser-Petersen, Die Aufgabe der Tuberkulosefürsorgestellen im Rahmen der neuen Tuberkulosehilfe, in: Der Öffentliche Gesundheitsdienst 6 (1943), S. 89.

unterschied er stark zwischen dem vermeintlich an Besitzständen orientierten Klassendenken der Versicherer auf der einen Seite und der angeblich modernen, auf die Gesundheit der „Volksgemeinschaft“ zielenden nationalsozialistischen Gesundheitspolitik auf der anderen Seite. Besonders in die Kritik geriet bei Kayser-Petersen der Versicherungsgedanke. Für die Landesversicherungsanstalten mit ihrer „versicherungstechnischen Sichtweise“ stehe letztlich nur die Erwerbsfähigkeit der Erkrankten im Vordergrund. Es könne nicht sein, dass Heilstättenkuren nur dann gewährt würden, wenn die Invalidität des Erkrankten mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit vermieden werden könne. Doktoren seien schließlich keine Hellseher. Eine zukunftsweisende Gesundheitsfürsorge müsse dagegen einen Perspektivwechsel vornehmen: Die Tuberkulose sei nicht mehr als versicherungsrechtliches, sondern als rein medizinisches Problem zu verstehen. Es gehe letztlich um „totale Tuberkulosebekämpfung“, d.h. die rigorose Beseitigung der Infektionsherde. Dahinter hätten andere, auch wirtschaftliche Überlegungen zurückzustehen. Letztlich war das ein Versuch Kayser-Petersens, die Rentenversicherungsträger als egoistische Kapitalisten abzustempeln und auf diese Weise in die Defensive zu drängen.

In der Führungsetage der Rentenversicherung sorgten die Auslassungen Kayser-Petersens für einen riesigen Affront. Während der Leiter der LVA Schleswig-Holstein, Wilhelm Schow, aus Angst vor möglichen staatlichen Eingriffen für eine vorsichtige und konziliante Haltung insbesondere gegenüber Reichsgesundheitsführer Leonardo Conti plädierte, war die Mehrheit seiner Amtskollegen für einen Konfrontationskurs.⁶⁹ Verärgert zeigte sich vor allem Dr. Moebius. Der Präsident des Spitzenverbandes der Rentenversicherungsträger schrieb Kayser-Petersen nicht nur einen geharnischten Brief, in dem er ihm unterstellte, von den Strukturen und Arbeitsweisen der Tuberkulosebekämpfung letztlich keine Ahnung zu haben.⁷⁰ Er intervenierte zudem bei Reichsgesundheitsführer Leonardo Conti, der daraufhin Kayser-Petersen um Stellungnahme bat. Dessen Replik ließ den Konflikt noch einmal hochkochen. Zwar zeigte sich Kayser-Petersen in seiner Diktion insgesamt versöhnlicher, er wich aber

⁶⁹ Siehe Schreiben des Leiters der LVA Schleswig-Holstein an den Leiter des Reichsverbandes Deutscher Rentenversicherungsträger vom 9.2.1943 und Schreiben des Leiters des Reichsverbandes Deutscher Rentenversicherungsträger an den Leiter der LVA Schleswig-Holstein an den vom 6.3.1943, SHLA, Abt. 374, 778, Bl. 106-107.

⁷⁰ Schreiben des Leiters des Reichsverbandes Deutscher Rentenversicherungsträger an Kayser-Petersen vom 20.5.1943, gez. Moebius, SHLA, Abt. 374, 779, Bl. 34.

letztlich inhaltlich nicht von seinem Standpunkt ab.⁷¹ Er bestand darauf, dass die Sozialversicherung mit ihren „alten“ Ansätzen letztlich Teil des Tuberkuloseproblems und nicht dessen Lösung sei.

Eine bleibende Folge dieses Konflikts war, dass das Führungspersonal der Rentenversicherung zumindest auf der ideologischen Ebene von den staatlichen und NSDAP-eigenen Einrichtungen immer stärker abrückte. In Rundschreiben an ihre Mitglieder und vor allem in der internen Korrespondenz imaginierten die Landesversicherungsanstalten sich als völlig eigenständige und traditionsreiche Akteure, die in Konkurrenz zu Staat und Partei zu treten hatten. Sie verstanden sich als die eigentlichen Träger der Tuberkulosebekämpfung und die anderen bestehenden Organisationen als lediglich subsidiär. Wie etwa Moebius in einem Rundschreiben zum geplanten Ausbau der Tuberkulosebekämpfung von Anfang 1943 den angeschlossenen Mitgliedern als selbstvergewissernde Deutung vorgab, habe die Rentenversicherung die Tuberkulosebekämpfung immer schon selbstverantwortlich geleistet, sie sei nie staatlicherseits „angeordnet“ worden.⁷² Was man somit seit 1943 beobachten kann, ist eine Absetzbewegung trotz fortlaufender faktischer Zusammenarbeit mit staatlichen und partei-eigenen Stellen.

Dieses Abrücken erleichterte schließlich den Landesversicherungsanstalten nach 1945 die Weiterarbeit in der Tuberkulosehilfe in ganz erheblichem Maße. Als etwa in der frühen Bundesrepublik der Bundestag über neue gesetzliche Bestimmungen in der Tuberkulosepolitik beriet, gerieten die Jahre des Nationalsozialismus in der Rückschau zu einer Zeit, in der von außen Dinge an die Rentenversicherung herangetragen worden seien, die letztlich eine reine Zumutung gewesen seien. Es seien ihr vom NS-Regime Leistungen „auferlegt“ worden, die zu ihrer finanziellen Überbeanspruchung geführt hätten.⁷³ Dass sich die Versicherungsträger dieser Politik bis zum bitteren Ende des „Dritten Reichs“ nicht verweigert und diese sogar als Fortführung ihrer althergebrachten gesellschaftlichen Aufgaben in der Gesundheitsfürsorge bezeichnet hatten, blieb hingegen unerwähnt.

⁷¹ Schreiben an den Reichsgesundheitsführer Conti durch die Hand von Herrn Präsident Dr. Walter o.D. (vermutlich März-April 1943), BArch, R 96-II, 20.

⁷² Rundschreiben des Leiters des Reichsverbands Deutscher Rentenversicherungsträger betr. Ausbau der Tuberkulosebekämpfung vom 17.2.1943, SHLA, Abt. 374, 778, Bl. 103.

⁷³ Schnellbrief des Bundesministers des Innern an den Präsidenten des Deutschen Bundestags betr. Anfrage Nr. 182 der Fraktion der SPD – Nr. 2189 der Durchsachen – Verschlechterung der Leistungen für Tuberkulosekranke vom 12.5.1951, Drucksache Nr. 2248, elektronisch abrufbar unter <http://dipbt.bundestag.de/doc/btd/01/022/0102248.pdf> (letzter Zugriff am 1.5.2017).

2.2 Die starken Bande des Wohlfahrtsstaates: Strukturelle Kontinuitäten

Tatsächlich war das Verhältnis zwischen Rentenversicherung und NS-Staat nicht ausschließlich konfliktgeladen. Es war auch gekennzeichnet durch etwas, das sich am besten als strukturelle Kontinuität unter veränderten politischen Rahmenbedingungen umschreiben lässt. Die Arbeit in der Tuberkulosebekämpfung prägte bei Ärzten und Pflegekräften bestimmte Handlungsroutinen und Perspektiven auf Krankheit und Kranke aus, die auch über das Jahr 1933 hinaus bestehen blieben, und zwar ungeachtet der Tatsache, dass sich allgemeine Zielsetzung und Methoden der Tuberkulosepolitik im Gefolge der nationalsozialistischen Machtübernahme teils veränderten. Das heißt, diese Menschen blieben eingebunden in ein ihnen bekanntes System und engagierten sich auch weiterhin in diesem.

Welche starken Bande in dieser Hinsicht vom Wohlfahrtsstaat ausgingen, zeigt sich eindrücklich am Beispiel der Tuberkulosefürsorgestellen. Von der Jahrhundertwende bis in die späten 1920er Jahre entstanden etwa 1.400 dieser ambulanten Einrichtungen entweder in Trägerschaft privater Vereine oder der öffentlichen Fürsorge, die die Landesversicherungsanstalten in erheblichem Maße finanziell unterstützten, berieten und kontrollierten. So trug die Rentenversicherung erstens viele der laufenden Sachkosten wie Mieten und übernahm einen Teil der Gehälter für die rund 2.000 Fürsorgeärzte und 4.000 Fürsorgeschwestern, die zum Ende der Weimarer Republik in der ambulanten Tuberkulosearbeit beschäftigt waren.⁷⁴ In Schleswig-Holstein, um nur ein Beispiel zu nennen, übernahm die regionale Landesversicherungsanstalt immerhin ein knappes Drittel der Unterhaltskosten für die Fürsorgestellen.⁷⁵ Aus diesem Grund behielten sich einige Landesversicherungsanstalten das Recht vor, bei Personalentscheidungen mitzureden. Die Rententräger nahmen zweitens auch inhaltlich Einfluss auf die konkrete Arbeit der Fürsorgestellen und versuchten die Zusammenarbeit mit anderen beteiligten Organisationen zu koordinieren und zu vereinheitlichen.⁷⁶ Da die Landesversicherungsanstalten einen Großteil der Kosten übernahmen, mussten die Fürsorgestellen schließlich drittens Rechenschaft über die

⁷⁴ H. Denker, Ergebnisse der Fürsorgestellen-Berichte im Geschäftsjahr 1930/31, in: Tuberkulose-Fürsorge-Blatt 18 (1931/32), S. 117. Vgl. dagegen das Handbuch der Tuberkulosefürsorge, hrsg. v. Karl Heinz Blümel, München: Lehmanns, 1926, S. 26, in dem teils abweichende Zahlen präsentiert werden.

⁷⁵ Schreiben der städtischen Fürsorgestelle für Lungenkrankender Stadt Kiel an den Vorstand der Landesversicherungsanstalt Schleswig-Holstein vom 31.10.1911, SHLA, Abt. 374, 795, Bl. 100.

⁷⁶ Siehe zur Zusammenarbeit zwischen der LVA Baden und anderen an der Tuberkulosebekämpfung beteiligten Stellen die Vorgänge in Landesarchiv Baden-Württemberg, Abt. Generallandesarchiv Karlsruhe, 462 Zugang 1994-38 Nr. 315.

getätigten Ausgaben ablegen. Es etablierte sich mithin ein relativ komplexes Zusammenspiel zwischen öffentlicher und privater Fürsorge, dem beteiligten medizinisch-pflegerischen Personal und der Rentenversicherung. Zwar ließ nach dem Eindruck einzelner Fürsorgeärzte die Koordination der Arbeit an mancher Stelle noch in den 1920er Jahren zu wünschen übrig.⁷⁷ Dennoch spielten sich über immerhin drei Jahrzehnte Routinen in der ambulanten Tuberkulosebekämpfung ein.

Dazu zählte neben der unentgeltlichen medizinischen Untersuchung der Kranken in regelmäßigen Sprechstunden und diversen materiellen Hilfestellungen wie Wohnzuschüssen vor allem die Aufklärungsarbeit über hygienische Vorsichtsmaßnahmen zur Vermeidung weiterer Ansteckungen mit dem Tbc-Erreger im familiären Umfeld der Betroffenen. Von den Fürsorgeschwestern, die die Kranken turnusmäßig zu Hause aufsuchten, sollten diese nicht zuletzt lernen, mit Spuckbechern umzugehen und andere nicht anzuhusten. Insgesamt hielten die Fürsorgeschwestern zu mehr Reinlichkeit in den Familien an. Darüber hinaus kontrollierten die Schwestern, ob Kranke wie angeordnet innerhalb der Wohnungen von den übrigen Familienmitgliedern abgesondert wurden und etwa ein eigenes Zimmer erhielten bzw. zumindest in einem eigenen Bett schliefen. Ließen sich die Hygiene- und Wohnverhältnisse in den betreuten Familien nicht wesentlich verbessern, empfahlen die Fürsorgeärzte den Patienten mit ansteckender Tuberkulose, sie mit finanzieller Unterstützung der Rentenversicherung in Krankenhäuser und Heilanstalten einzuweisen, wo sie zur Quarantäne auf separaten Stationen abgesondert wurden.⁷⁸ Ihrer „Asylierung“, wie das damals hieß, mussten die Betroffenen jedoch ausdrücklich zustimmen; Zwangsmaßnahmen gab es zu dieser Zeit nicht. Schließlich war es an den Fürsorgeschwestern, den Fürsorgeärzten Menschen im Umfeld der Kranken zu melden, die sie als tuberkulosekrank vermuteten.⁷⁹ Damit begriffen die Mitarbeiter der Fürsorgestellen sowohl die „Belehrung“ ihrer Patienten zur Einhaltung einer bestimmten Lebensweise als auch deren Kontrolle und, wenn nötig, ihre Entfernung aus der Gesellschaft als ihre zentralen Aufgaben.⁸⁰

Durchaus typisch für soziale Arbeit, die traditionell den Anspruch erhebt, über das Wohl ihres Klientel zu bestimmen, war auch die ambulante Tuberkulosefürsorge nicht frei von

⁷⁷ Handbuch der Tuberkulosefürsorge, S. 18.

⁷⁸ Die Rentenversicherung unterstützte die freiwillige Absonderung in Anstalten seit Ende der 1920er Jahre finanziell. Siehe Ausarbeitung der LVA Schleswig-Holstein betr. neue Maßnahmen zur Bekämpfung der Tuberkulose vom 6.11.1928, SHLA, Abt. 374, 351, Bl. 4-5.

⁷⁹ Ernst Gerhard Dresel, Adolf Gottstein, Arthur Schloßmann und Ludwig Teleky, Wohlfahrtspflege: Tuberkulose, Alkohol, Geschlechtskrankheiten, Berlin und Heidelberg: Springer, 1926, S. 302.

⁸⁰ Handbuch der Tuberkulosefürsorge, hrsg. v. Karl Heinz Blümel, München: Lehmanns, 1926, S. 7.

paternalistischem Denken.⁸¹ Es handelte sich vielmehr um einen Blick von oben herab auf vermeintlich gesellschaftlich Minderbemittelte; fälschlicherweise galt Tuberkulose damals vielen Ärzten als reine „Proletarierkrankheit“.⁸² Diese Menschen waren jedoch nicht „sozial schwach“ – ein Begriff, bei dem bis heute starke negative Wertungen mitschwingen –, sie hatten schlicht wirtschaftliche Probleme. In den Anlaufstellen für Tbc-Kranke hatten es Fürsorgeärzte und -schwestern überwiegend mit finanziell schlecht gestellten Menschen in schwierigen Wohnverhältnissen zu tun, die meist nicht sozialversichert waren und deshalb in der Regel keine teuren Kuren, sondern lediglich kleinere Hilfsangebote in Anspruch nehmen konnten. Deren oftmals problematische Lebensumstände gingen mit einer bestimmten Blickweise der Ärzte und Schwestern auf die Kranken einher. Fürsorgemitarbeitern galten diese Patienten als ausgesprochen schwierig, in einigen Fällen gar als „minderwertig“ und „asozial“. Das war vor allem dann der Fall, wenn die Betroffenen in den Augen des Fürsorgepersonals die hygienischen Vorschriften nicht bzw. nur ungenügend einhielten oder von sich aus Kuren abbrachen. Dass Tuberkulosekranke das oftmals allein aus finanzieller Not taten, weil sie den Verdienstaustausch bei den meist mehrmonatigen Sanatoriumsaufenthalten finanziell nicht schultern konnten, ignorierten Tuberkuloseexperten dabei weitgehend. Ebenso wenig Verständnis hatten sie für Menschen, die sich nicht freiwillig asylieren lassen wollten. Das war insbesondere der Fall bei kranken Müttern, die sich nicht über lange Zeit von ihren Kindern trennen wollten, wie Mitarbeiter der öffentlichen Wohlfahrt registrierten.⁸³ Tuberkuloseexperten sahen dagegen allein die Gefahr, die vermeintlich vom Verhalten der Kranken für die Gesundheit anderer ausging. Tatsächlich dachten damals in der Tuberkulosebekämpfung engagierte Ärzte wie Karl Wilhelm Jötten nicht vom kranken Individuum und dessen Bedürfnissen her, sondern vom „deutschen Volk“, dem solche angeblich unbelehrbaren Kranken wirtschaftlich und demographisch enorm schadeten. Die gesamte „Volkskraft“ werde so in Mitleidenschaft gezogen, wie Jötten in einem viel beachteten medizinischen Handbuch zu den Fürsorgestellen formulierte.⁸⁴ Kollegen von ihm wurden noch drastischer. Sie schrieben

⁸¹ Ulrich Steckmann, Paternalismus und Soziale Arbeit, in: Soziale Passagen 6 (2014), S. 191-203.

⁸² Der Begriff wurde so wirkmächtig, dass ihn selbst Gewerkschaften und Sozialdemokratie übernahmen. Bettina Hünersdorf, Der klinische Blick in der Sozialen Arbeit: Systemtheoretische Annäherungen an eine Reflexionstheorie des Hilfesystems, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 2009, S. 78.

⁸³ Schreiben des Kreisjugend- und Wohlfahrtsamtes Bad Segeberg an die LVA Schleswig-Holstein vom 14.1.1929, SHLA, Abt. 374, 351, Bl. 22.

⁸⁴ Siehe das Handbuch des Direktors des Hygienischen Instituts der Universität Münster Karl Wilhelm Jötten, Die Auskunfts- und Fürsorgestelle für Lungenkranke: Wie sie ist und wie sie sein soll, 2. Aufl. Berlin und Heidelberg: Springer, 1926, S. 2.

vom gesellschaftlichen „Sumpfboden“, auf dem Tuberkulose angeblich gedeihe.⁸⁵ Tatsächlich gerieten ganze Gruppen von Menschen ins Visier dieser Mediziner, die ohnehin bereits an den Rand der Gesellschaft gestellt waren: Alkoholiker, Prostituierte und Obdachlose seien es, aus denen die „asozialen Offentuberkulösen“ primär hervorgingen. Sie bildeten aus dieser Sicht gewissermaßen das gesellschaftliche Substrat der Krankheit.

Vor diesem Hintergrund wundert es nicht, dass bekannte Fürsorgeärzte wie Franz Ickerts und Günther Krutzsch in zahlreichen Publikationen noch vor 1933 verstärkte ärztliche Kontrollmöglichkeiten und rigide staatliche Eingriffsrechte gegenüber vermeintlich unbelehrbaren Patienten forderten und so Einfluss auf die öffentliche Debatte um die Krankheit in der Weimarer Republik nahmen. Zur reichsweiten Registrierung aller ansteckenden Tbc-Kranken verlangten sie – vorerst allerdings noch ohne Erfolg – insbesondere die Aufhebung der ärztlichen Schweigepflicht. Die Idee der Erziehung und Sozialkontrolle bestimmter, als bedrohlich wahrgenommener gesellschaftlicher Gruppen gehörte mithin von Anfang an zum Selbstverständnis derer, die sich in der Tuberkulosefürsorge engagierten.

Aus deren Perspektive führte das neue nationalsozialistische Regime ab 1933 die bisherige Fürsorgearbeit lediglich fort bzw. setzte das konsequent um, was Lungenfachärzte wie Ickerts und Krutzsch schon seit längerem gefordert hatten: die verstärkte Kontrolle und Disziplinierung von Kranken, die sich gegenüber der „Volksgemeinschaft“ vermeintlich unverantwortlich benahmen. Tatsächlich kam es unmittelbar nach 1933 lediglich zu graduellen Verschiebungen innerhalb der konkreten Tbc-Fürsorgetätigkeit. Organisatorisch wurden zwar die bislang zumeist als Vereine in unterschiedlicher Trägerschaft geführten Tuberkulosefürsorgestellen im Jahr 1934 von den neu gebildeten staatlichen Gesundheitsämtern übernommen und auf diese Weise vereinheitlicht.⁸⁶ Was jedoch die dort geleistete Arbeit anbelangte, wurde der Akzent lediglich stärker als bislang auf Überwachung und Kontrolle der Patienten und ihres sozialen Umfelds gelegt. Wie bereits seit langem von Lungenfachärzten gefordert und teils schon in der Weimarer Republik umgesetzt, spielten die Fürsorgestellen eine zentrale Rolle in der nationalsozialistischen Tuberkulosebekämpfung. Sie sollten als Frühwarnsystem dienen, um die teuren stationären Aufenthalte in Heilanstalten

⁸⁵ So die Psychiaterin Helenefriederike Stelzner, *Die psychopathischen Konstitutionen, und ihre soziologische Bedeutung*, Karger, 1911, S. 42.

⁸⁶ Hierzu bereits Flessner, *Tuberkulose*, S. 49.

möglichst zu vermeiden. Entsprechend große Bedeutung kam nach 1933 Vorbeugung und Früherkennung zu: Menschen mit Tuberkulose wollte man bereits im Frühstadium der Krankheit ausmachen und Neuansteckungen so möglichst vermeiden.⁸⁷

Zu diesem Zweck hielten Fürsorgeärzte nicht nur weiterhin Sprechstunden in den Ambulanzen ab und nahmen vor allem in Betrieben und Schulen verstärkt Röntgenreihenuntersuchungen vor, um den Erreger und seine Träger aufzuspüren.⁸⁸ Beinahe noch größere Bedeutung in der Konzeption der nationalsozialistischen Tuberkulosepolitik besaß die dem Arzt beigeordnete Tuberkulosefürsorgeschwester. Nach den Vorstellungen von Lungenfachärzten und anderen Tuberkuloseexperten stellten die Fürsorgeschwestern nicht nur ein wichtiges Bindeglied zwischen Arzt und Patienten dar; sie stünden zudem in direkterem Kontakt zu den Kranken, weil sie diese in ihren Wohnungen besuchten.⁸⁹ Aus diesem Grund setzte das NS-Regime mehr Schwestern ein. Hatten die Fürsorgestellten 1930 4.000 Schwestern beschäftigt, waren es 1938 5.000.⁹⁰ Verbunden damit war ein wachsender Kontrollanspruch des NS-Regimes. So rechneten Tuberkulosefürsorgeexperten vor, dass eine Schwester bis zu 600 Kranke „überwachen“ könne. Auf diese Weise sei es möglich, das gesamte Reichsgebiet intensiv zu beobachten.⁹¹ Tatsächlich suchten Fürsorgerinnen registrierte Tuberkulosekranke durchschnittlich sechs Mal pro Jahr in ihrem häuslichen Umfeld auf.⁹²

Damit änderte sich nach 1933 zunächst wenig an den Alltagspraktiken der Fürsorgemitarbeiter vor Ort; die Arbeit erfuhr allein eine Ausweitung und damit auch eine ideelle Aufwertung. Was sich hingegen wandelte, war der weitere Rahmen der Tuberkulosepolitik. Es kam zu einer Radikalisierung vor allem im Umgang mit als „asozial“ abgestempelten Tbc-Kranken. Bislang hatten Tuberkuloseexperten zwar ihrem Ärger über diese Menschen in zahlreichen Publikationen freien Lauf gelassen und sie als minderwertig diskriminiert; eine rechtliche Handhabe, sie etwa auch gegen ihren Willen

⁸⁷ Siehe allgemein zur Idee der Vorsorge Sylvelyn Hähner-Rombach (Hrsg.), *Geschichte der Prävention. Akteure, Praktiken, Instrumente*, Stuttgart: Franz Steiner Verlag, 2015.

⁸⁸ Sybilla Nikolow (Hrsg.), *Erkenne Dich selbst!: Strategien der Sichtbarmachung des Körpers im 20. Jahrhundert*, Böhlau: Köln, Weimar, Wien, 2015.

⁸⁹ *Zentralblatt für die gesamte Tuberkuloseforschung* 43 (1936), S. 647.

⁹⁰ Die Zahlen markieren den Höchstpunkt der personellen Entwicklung, im Krieg kam es zu einem Rückgang. Siehe Bericht des Reichstuberkulose-Ausschusses über das Berichtsjahr 1939-40, S. 49 und 67, SHLA, Abt. 374, 346.

⁹¹ Hermann Bernhard Braeuning, „Welche Mindestanforderungen müssen heute an eine planmäßige Tuberkulosebekämpfung gestellt werden,“ in: *Der Öffentliche Gesundheitsdienst* 3b (1937/38), S. 469-478, hier: 473.

⁹² *Zentralblatt für die gesamte Tuberkuloseforschung* 55 (1943), S. 706.

zu asylisieren, bestand jedoch nicht. Das änderte sich 1934. Nun war es möglich, Patienten, die sich den Weisungen der Fürsorgestellen verweigerten, zwangsweise zu internieren. Die Mitarbeiter der Fürsorgestellen meldeten solche Kranke den übergeordneten Gesundheitsämtern. Diese wiederum erwirkten bei den Polizeibehörden die zwangsweise Verbringung der Patienten in eigens aufgebaute Sonderanstalten für „asoziale“ Tuberkulosekranke, in denen Tausende nicht nur gefängnisähnliche Haftbedingungen erwarteten, sondern auch – wovon im folgenden Abschnitt noch ausführlicher die Rede sein wird – vielfach der Tod insbesondere durch gezielten Nahrungsentzug. Fürsorgeärzte und -schwestern wurden damit zu wichtigen Instrumenten im nationalsozialistischen System der Überwachung, Ausgrenzung und schließlich Tötung von Patienten im Gesundheitswesen, indem sie schlicht weiterhin ihre vertraute Arbeit taten. Patienten zu melden, die im Verdacht standen, tuberkulosekrank zu sein, war ja schon in der Weimarer Republik wichtiger Bestandteil ihrer Aufgaben gewesen.

Für einige Mitarbeiter der Rentenversicherung, die dieses System mitfinanzierte und mitorganisierte, schien ebenfalls kein gravierender Unterschied zur Weimarer Republik zu bestehen. Ausdrücklich bezeichneten hochrangige Vertreter der Rentenversicherung im Wegsperrten von Tbc-Patienten lediglich die konsequente Weiterentwicklung ihrer bereits in der Weimarer Republik erfolgten Vorstöße, Menschen mit ansteckender Tuberkulose zu isolieren und hierfür auch freiwillige Zusatzleistungen zu erbringen, die zumindest einen Teil der Kosten abdeckten.⁹³ Dass sich inzwischen Entscheidendes verändert hatte, nämlich dass das Prinzip der Patienteneinwilligung nicht mehr galt und durch staatliche Gewalt ersetzt worden war, vermochte man hingegen nicht zu sehen. Als sich die Spitzenfunktionäre der Rentenversicherung Anfang der 1940er Jahre dazu entschieden, die Zwangsassylierung sogar vollständig zu finanzieren, wurde das jedenfalls nicht als Bruch, sondern im Gegenteil als Kontinuität zu der vor 1933 geübten Praxis gesehen. So gab Wilhelm Schow, Leiter der Landesversicherungsanstalt in Schleswig-Holstein, seinen Mitarbeitern zur Orientierung vor, dass die Rentenversicherung bereits seit Ende der 1920er Jahre der Assylierung insbesondere der unheilbaren Kranken eine entscheidende Bedeutung beimesse.⁹⁴ Seit 1928 habe die

⁹³ Einige Landesversicherungsanstalten wie die von Schleswig-Holstein zahlten bereits seit Ende der 1920er Jahre Zuschüsse zur freiwilligen Assylierung von Offentuberkulösen. Siehe hierzu Ausarbeitung der LVA Schleswig-Holstein betr. neue Maßnahmen zur Bekämpfung der Tuberkulose vom 6.11.1928, SHLA, Abt. 374, 351, Bl. 4-5.

⁹⁴ Rundschreiben des Leiters der LVA Schleswig-Holstein vom 24.3.1943, SHLA, Abt. 374, 778, Bl. 117.

Reichsversicherungsordnung der Rentenversicherung die gesetzliche Möglichkeit gegeben, freiwillige Zahlungen zu leisten, um den allgemeinen Gesundheitszustand der versicherungspflichtigen Bevölkerung zu verbessern.⁹⁵ Davon habe man seitdem intensiv Gebrauch gemacht und beispielsweise Krankenhausträgern Darlehen zur Modernisierung ihrer Anstalten gewährt, wenn diese sich im Gegenzug verpflichteten, Plätze zur Absonderung von Tuberkulosekranken zu schaffen. Durch die letzten Neuerungen, wie es mit Blick auf die zwangsweise Asylierung von als asozial stigmatisierten Patienten und die volle Übernahme der hierdurch entstehenden Kosten durch die Rentenversicherung hieß, habe sich an der Situation letztlich „nichts Wesentliches“ verändert. Statt wie bisher 1,50 RM zuzuzahlen, übernehme man nun eben die gesamten Ausgaben, so die Erklärung.

Das stark standardisierte und formalisierte Verwaltungshandeln trug offenbar sein Übriges dazu bei, dass Mitarbeiter der Rentenversicherung insbesondere auf der mittleren und unteren Ebene die zwangsweise und illegale Verbringung von Menschen in Anstalten gar nicht als solche wahrnahmen. So gab es beispielsweise neben dem Formular zur Kostenabrechnung der freiwilligen Asylierung von „normalen“ Tuberkulosepatienten in Krankenhäusern ein beinahe gleichlautendes Formular für „asoziale“ Kranke; die beiden Vordrucke unterschieden sich letztlich allein in der Höhe der Tageskosten, die die Rentenversicherung in beiden Fällen für den einzelnen Patienten erstattete.⁹⁶ Das bedeutet, in beiden Fällen handelten die zuständigen Sachbearbeiter nach den gleichen administrativen Grundsätzen. Darüber hinaus ist zu vermuten, dass das verwaltungsmäßige und rechtsförmige Handeln gegenüber „normalen“ Patienten das Agieren gegenüber „asozialen“ Kranken als ebenfalls rechtens erschienen ließ und damit verdeckte, dass es sich bei der nationalsozialistischen Zwangsassylierung grundsätzlich um eine eklatante Verletzung von Freiheitsrechten handelte, die mit Misshandlungen und in einigen Fällen sogar mit Mord einherging. Letztlich kann man hier im Kleinen nicht nur das Nebeneinander von Normenstaat und Maßnahmenstaat beobachten, das das nationalsozialistische Regime insgesamt auszeichnete. Es zeigt sich zudem, dass für Handelnde im Bereich der

⁹⁵ Diese Sicht war nicht ganz falsch. So formulierte der Leiter der LVA in Hessen-Nassau 1930, man habe sich „über den Rahmen ihrer Pflichtaufgaben hinaus“ die Asylierung der Unheilbaren zu Pflicht gemacht. Siehe Verhandlungsbericht über die 29. Vorstandssitzung der Arbeitsgemeinschaft Sozialversicherung und Wohlfahrtspflege für Hessen-Nassau am 10.10.1930, SHLA, Abt. 374, 351, Bl. 85.

⁹⁶ Das ergeht indirekt aus den Unterlagen der Fürsorgebehörden in der Provinz Brandenburg, die die LVA-Vordrucke zur Kostenerstattung auszufüllen hatten. Siehe Richtlinien für die Absonderung von offentuberkulösen Asozialen in der Abteilung Zarowmühle der Landesheilanstalt Ückermünde von 1938, Brandenburgisches Landeshauptarchiv, Rep. 55 VIIb, 267.

Tuberkulosebekämpfung der Maßnahmenstaat nicht immer vom Normenstaat unterscheidbar war und diese offensichtlichen Blindstellen letztlich auf das starke Traditionsverständnis, das innerhalb der Rentenversicherung gepflegt wurde, zurückzuführen sind.

2.3 Wegsperrern, strafen, den frühen Tod herbeiführen: Ideologische Affinitäten zwischen Regime und Vertretern der Rentenversicherung im Umgang mit Tuberkulosekranken

Zwischen einigen Mitarbeitern der Rentenversicherung, Lungenfachärzten und NS-Gesundheitspolitikern kam es aber auch zur bewussten und freiwilligen Zusammenarbeit, die auf ideologischen Affinitäten mit dem Nationalsozialismus gründete. Es bestand ein größeres Maß an Einigkeit unter den Beteiligten darüber, Tuberkulosekranke, die durch ihr „asoziales“ Verhalten die deutsche Gesellschaft vermeintlich gesundheitlich gefährdeten, zwangsweise in staatliche Sonderanstalten mit Gefängnischarakter zu verbringen. Leitende Tuberkuloseärzte, von denen einige in Anstalten der Landesversicherungsanstalten arbeiteten, wurden sogar von sich aus aktiv und drängten Vertreter des NS-Regimes regelrecht, rigoros gegen diese Menschen vorzugehen. Dass deren Unterbringung in Sonderanstalten zudem Strafcharakter haben sollte, war ebenfalls weitgehend Konsens. Schließlich weist viel darauf hin, dass zumindest leitende Mitarbeiter der Rentenversicherung vom frühen Tod von Patienten in diesen Anstalten insbesondere durch bewusste Vernachlässigung wussten und diesen billigend in Kauf nahmen.

Die Zusammenarbeit zwischen Regime und Rentenversicherung bei der Bekämpfung von „asozialen“ Tuberkulosekranken nahm dabei unterschiedliche Formen an. Leiter der regionalen Landesversicherungsanstalten, aber auch Chefärzte in den LVA-eigenen Heilanstalten halfen zunächst mit, die bestehenden gesetzlichen Bestimmungen über den Umgang mit Tuberkulosekranken zu verschärfen. Das betraf insbesondere das Wegsperrern von Kranken mit offener Tuberkulose, die sich angeblich nicht an die hygienischen Vorschriften hielten, deshalb ein hohes Ansteckungsrisiko für andere darstellten und in den Augen von Medizinern letztlich die Gesundheit der gesamten deutschen Bevölkerung massiv gefährdeten. Die Forderung nach Zwangsyasylierung von „böartigen“ und „asozialen“ Tuberkulosekranken war bereits in den frühen Tagen der Weimarer Republik vor allem von Tuberkulosefürsorgeärzten um Franz Ickert und Günther Krutzsch erhoben worden. Aber auch Lungenfachärzte, die in Heilanstalten der

Rentenversicherungsträger arbeiteten, beteiligten sich an führender Stelle an dieser Debatte. Ein gutes Beispiel ist Felix Lommel. Lommel war langjähriger medizinischer Direktor der Tuberkuloseklinik der Landesversicherungsanstalt Thüringen, als Verfasser gewichtiger Handbucheinträge zur Inneren Medizin zweifelsohne einer der einflussreichsten Fachärzte für Tuberkulose und darüber hinaus auch als Eugeniker publizistisch tätig.⁹⁷ Zusammen mit seinem akademischen Schüler, dem bereits erwähnten Julius Emil Kayser-Petersen, machte Lommel immer wieder Druck auf die Politik, endlich eine gesetzliche Handhabe zur zwangsweisen Asylierung von offentuberkulösen Kranken zu schaffen. Im Interesse der Allgemeinheit, so die Argumentation, bleibe aus medizinischer Sicht letztlich keine andere Wahl, als solche Menschen wegzusperren.

Das Argument der Alternativlosigkeit verfiel sich vorerst jedoch nur bedingt in der politischen Diskussion. Zumindest aus Sicht der Lungenfachärzte taten die Politiker der Weimarer Republik viel zu wenig, um dem Problem Herr zu werden. Ein entschiedenes Reichstuberkulosegesetz, das die in einigen Ländern bestehenden seuchenhygienischen Vorschriften zusammenführe und Zwangsabsonderungen die gesetzliche Grundlage verschaffe, sei bislang noch nicht auf den Weg gebracht worden, so Kayser-Petersen.⁹⁸ Lediglich in Thüringen, wo seit 1930 die NSDAP regierte, schickte man sich an, entsprechende seuchenhygienische Vorschriften erlassen. Aus dem Grund setzten Kayser-Petersen und einige seiner Kollegen in den frühen 1930er Jahren ihre Hoffnungen auf die nationalsozialistische Partei, die mit ihrem Programm ein energisches Vorgehen auch gegenüber „asozialen“ Tuberkulosepatienten versprach.

Diese Hoffnungen gingen jedoch zunächst nur teilweise in Erfüllung. Zwar baute das neue nationalsozialistische Regime nur ein Jahr nach der Machtübernahme in Stadtroda nahe Jena eine Modellanstalt auf, in der als asozial stigmatisierte Patienten unter gefängnisähnlichen Bedingungen eingesperrt waren. So waren die Räumlichkeiten der Anstalt vergittert, es gab bewaffnete Wärter und bei Verstößen gegen die strikte Hausdisziplin hatten Patienten mit Einzelhaft und Nahrungsentzug zu rechnen. Zudem wurden die Insassen dort auch sehr schnell Opfer einer gezielten Politik der Vernachlässigung, die den Tod der Patienten zumindest billigend in Kauf nahm. Wie wir

⁹⁷ Felix Lommel, Die Wohlgeborenen. Ein Vorschlag zur Eugenik, in: Wacht im Osten 1 (1933), S. 111-117.

⁹⁸ Siehe Julius Emil Kayser-Petersen, Die Tuberkulose im Entwurf eines Thüringischen Landeseseuchengesetzes. Unter Berücksichtigung der Anträge der Vereinigung der Lungenheilanstaltsärzte und der Gesellschaft Deutscher Tuberkulosefürsorgeärzte zum preußischen Tuberkulosegesetz, in: Zeitschrift für Tuberkulose 53 (1929), S. 481-489.

durch neuere Studien wissen, erhielten zu hoffnungslosen Fällen abgestempelte Tuberkuloseranke dort nicht mehr die zusätzlichen Lebensmittelrationen, die notwendig gewesen wären, um ihrem körperlichen Verfall infolge der Krankheit entgegenzuwirken; die Krankheit hieß im Volksmund auch Schwindsucht, weil die betroffenen Menschen stark an Gewicht abnahmen. Die Folge dieser absichtlichen Unterversorgung mit Essen war, dass sich in Stadtroda bereits ab 1935 die Zahl der Todesfälle verdoppelte.⁹⁹ Unter Tuberkuloseexperten war das durchaus bekannt. Manchmal nur wenig verklausuliert, berichteten zum einen Thüringische Fürsorgeärzte in den einschlägigen Fachjournalen für Tuberkulose von den Lebensbedingungen der Patienten in Stadtroda. Der Lungenfacharzt Franz Heisig, der die Kranken dort fachmedizinisch betreute, machte jedenfalls 1934 im Tuberkulosefürsorgeblatt klar, dass es nicht mehr um eine Behandlung, sondern allein um die Verwahrung der „Schädlinge“ gehe. Es seien alle Maßnahmen zu unterlassen, „die den schicksalsmäßigen Ablauf der Tuberkulose hemmen“, wie er formulierte. Das bedeutete, dass beispielsweise nur mehr symptomlindernde Medikamente wie Hustentabletten zur Verteilung kamen.¹⁰⁰ Lungenoperationen und andere echte therapeutische Maßnahmen fanden dagegen nicht mehr statt. Besser noch als durch die Fachpublikationen wurden Ärzte, Anstaltsleiter und Mitarbeiter der Landesversicherungsanstalten zum anderen durch Studienreisen nach Stadtroda über die dort herrschenden Zustände unterrichtet.¹⁰¹ Die Unterbringung von „asozialen Patienten“ in Stadtroda sei „im Allgemeinen endgültig“, wie Wilhelm Roloff, Oberarzt im Landeskrankenhaus Treuenbrietzen in Brandenburg, in seinem Bericht für seinen Vorgesetzten in der öffentlichen Fürsorge schrieb und damit andeutete, dass die Patienten dort zum Sterben bestimmt waren.¹⁰²

Das war einigen besonders radikal denkenden Tuberkulosefachleuten jedoch immer noch nicht genug. Ein für das gesamte Reich geltendes Gesetz, das als Grundlage zum Aufbau weiterer solcher Sonderanstalten dienen könne, lasse noch auf sich warten, so

⁹⁹ Renate Renner, Zur Geschichte der Thüringer Landesheilanstalten/des Thüringer Landeskrankenhauses Stadtroda 1933 bis 1945 unter besonderer Berücksichtigung der nationalsozialistischen „Euthanasie“, Medizinische Dissertation Universität Jena 2004, S. 2 und 24. Siehe gleichlautend Heinz Faulstich, Hungersterben in der Psychiatrie 1914–1949. Mit einer Topographie der NS-Psychiatrie, Freiburg: Lambertus, 1998.

¹⁰⁰ Franz Heisig, Zur Errichtung einer Abteilung für zwangsweise Absonderung Offentuberkulöser in Stadtroda i. Thür., in: Tuberkulosefürsorgeblatt 21 (1934), S. 106-108.

¹⁰¹ Siehe beispielsweise „Bericht über die Besichtigung der Asozialenabteilung in der Thüringischen Landesheilanstalt Stadtroda vom 28.11.1940“, Archiv LWL Münster, Bestand 663, D 8 Nr. 53.

¹⁰² „Bericht über die Besichtigung der Abteilung für asoziale Offentuberkulöse in den Landesheilanstalten Stadtroda“ vom 12.10.1936, Brandenburgisches Landeshauptarchiv, Rep. 55 VII b, 267.

der Vorwurf. Unverhohlen kritisierten Lungenfachärzte die vermeintliche Passivität des NS-Regimes. Recht unverblümt sprach etwa Joachim Hein, langjähriger Chefarzt des Tuberkulosekrankenhauses Tönsheide der Landesversicherungsanstalt Schleswig-Holstein, von einer „kühlen Reserve“, die der Staat in dieser Frage an den Tag lege und die es abzulegen gelte.¹⁰³

Lommel und Kayser-Petersen gingen noch einen Schritt weiter. Sie trugen sehr konkrete juristische Vorschläge an den nationalsozialistischen Gesetzgeber heran.¹⁰⁴ Im Jahr 1935 setzten die beiden einen ihrer Doktoranden auf das Thema an. Dieser beschäftigte sich in seiner Arbeit weniger mit medizinischen Fragen der Tuberkulosebekämpfung; vielmehr erarbeitete er einen Entwurf für ein eigenes Gesetz zur Bekämpfung „asozialer“ Tuberkulosekranker. Um mögliche Zweifler ganz von der vermeintlichen Notwendigkeit einer gesetzlichen Verschärfung zu überzeugen, ging der Doktorand auch auf die gesundheitspolitischen und insbesondere ökonomischen Auswirkungen der Gesetzesreform ein: So bezifferte seine Arbeit sowohl den volkswirtschaftlichen Schaden, den die Krankheit angeblich verursachte, als auch die zu erwartenden Einsparungseffekte. So stellte der Doktorand einem geschätzten Gesamtschaden von 5 Milliarden RM durch Berufsunfähigkeit die errechneten Unterbringungskosten für „asoziale Tuberkulosekranke“ von weniger als 10 Millionen RM pro Jahr gegenüber.¹⁰⁵ Ganz offenbar war die Strategie Lommels und Kayser-Petersens, dem NS-Regime nicht einfach nur ihr medizinisches Wissen zur Verfügung zu stellen. Vielmehr unterbreiteten sie selbst dezidierte politische Handlungsvorschläge und untermauerten diese mit vermeintlich harten wirtschaftlichen Fakten.

Diesmal war der Vorstoß von Erfolg gekrönt. Im Dezember 1938 verabschiedete das nationalsozialistische Regime eine Verordnung zur Bekämpfung übertragbarer Krankheiten, in der die Vorschläge Lommels und Kayser-Petersens zumindest in ihren Grundzügen einfließen. Damit war die rechtliche Grundlage dafür gelegt, dass neben der Modelleinrichtung in Stadtroda noch andere Abteilungen aufgebaut werden konnten.

¹⁰³ Joachim Hein, Aufgaben und Ziele der Arbeitsbehandlung und ihre Durchführungsmöglichkeit unter Berücksichtigung zu erwartender Sondergesetze für den Tuberkulösen, in: Beiträge zur Klinik der Tuberkulose 89 (1938), S. 774-787.

¹⁰⁴ Siehe etwa den Überblick über den Stand der Diskussion bei Heinz Kalk, Zwangsverwahrung der Tuberkulösen?, in: Deutsches Tuberkulose-Blatt 8 (1934), S. 185-189. Kalk war Professor für Innere Medizin und Direktor der II. Inneren Abteilung im Krankenhaus im Friedrichshain.

¹⁰⁵ Alexander Rössler, Schutzverwahrung gemeinschaftswidriger Schwindsüchtiger, Medizinische Dissertation der Universität Jena 1937. Die Hauptergebnisse der Arbeit wurde zusammengefasst veröffentlicht in einem der wichtigsten Fachjournale: Zeitschrift für Tuberkulose 73 (1935), S. 359-366.

Wie gleich noch ausführlicher geschildert wird, entstanden auf diese Weise bis 1942 insgesamt 18 solcher Sonderanstalten.

Die Verordnung vom Dezember 1938 zeitigte aber noch andere Effekte. Sie sorgte insbesondere für eine Normalisierung von Gewalt gegenüber Tuberkulosepatienten. Zwang stellte ab sofort eine legitime, ja sogar staatlicherseits gebotene Option für Mediziner in der Bekämpfung der Krankheit dar. Entscheidend ist hier, dass diese Vorgaben auch nicht mehr in Frage gestellt wurden, sondern im Gegenteil nach 1938 der kollektiven Orientierung unter deutschen Lungenfachärzten dienten und somit Handlungssicherheit herstellten. Tatsächlich rekurrten in den bald folgenden Kriegsjahren Ärzte, Anstaltsvorstände und Leiter von Gesundheitsbehörden, die mit der Tuberkulosebekämpfung befasst waren, in ihren Entscheidungen über die Behandlung einzelner Patienten in Regelmäßigkeit auf die Verordnung und die hierzu erlassenen ausführenden Richtlinien.¹⁰⁶

Hochrangige Vertreter der Rentenversicherung waren es auch, die diese Ausführungsbestimmungen mit erarbeiteten und so letztlich die Vorgehensmöglichkeiten gegen Tuberkulosekranke weiter verschärften. Zu nennen ist hier insbesondere Eduard Storck. Storck war zunächst leitendes Mitglied im Deutschen Verein für öffentliche und private Fürsorge gewesen, einem der wichtigsten sozialpolitischen Austauschforen für Kommunen, Wohlfahrtsorganisationen und Wissenschaftler, bevor er 1933 von den neuen nationalsozialistischen Machthabern zum Präsidenten der Landesversicherungsanstalt der Hansestädte ernannt wurde.¹⁰⁷ Während andere wie der Leiter der AOK in Hamburg den personellen Säuberungen der Nationalsozialisten zum Opfer fielen, galt Storck allem Anschein nach als politisch verlässlich.¹⁰⁸ Tatsächlich half Storck an leitender Stelle und mit viel Verve, die rechtlichen Vorschriften für den Umgang mit als asozial stigmatisierten Tuberkulosekranken weiter zu verschärfen und deren Leben damit noch schwieriger zu

¹⁰⁶ Beispielhaft sind hier die vollständig erhaltenen Patientenakten der damaligen Heil- und Pflegeanstalt Karthaus bei Regensburg, die eine der 18 Sonderanstalten war, und die systematisch ausgewertet werden durften. Siehe etwa Vermerk der Direktion der Heil- und Pflegeanstalt Regensburg, Asyl für Tuberkulose, vom 11.9.1941, Archiv der Psychiatrischen Universitätsklinik Regensburg, historische Patientenakten, Patientenakte von M. B.; Verfügung des Oberbürgermeisters der Stadt Nürnberg vom 29.10.1943, ebenda, Patientenakte von F. M.; Schreiben des Landrats von Amberg an die Heil- und Pflegeanstalt Regensburg betr. Vollzug des Gesetzes zur Bekämpfung übertragbarer Krankheiten vom 8.8.1951, ebenda, Patientenakte von J. R..

¹⁰⁷ Florian Tennstedt, Fürsorgegeschichte und Vereinsgeschichte: 100 Jahre Deutscher Verein in der Geschichte der deutschen Fürsorge, in: Zeitschrift für Sozialreform 27 (1981), S. 72-100.

¹⁰⁸ Uwe Lohalm, Garant nationalsozialistischer Herrschaft: Der öffentliche Dienst, in: Forschungsstelle für Zeitgeschichte in Hamburg (Hrsg.), Hamburg im „Dritten Reich“, Göttingen: Wallstein, 2005, S. 164.

machen. So war Storck Leiter der „Arbeitsgruppe Absonderung“ im Reichstuberkulose-Ausschuss, das zentrale Koordinationsforum für alle mit Fragen der Tuberkulosebekämpfung befasste Stellen im „Dritten Reich“. Durchaus typisch für das nationalsozialistische Regime und seine antagonistischen Formen der Konfliktaustragung geriet das Gremium zum Ort teils heftiger Querelen, die seine Arbeit in nicht wenigen Bereichen lähmten. In der Frage, was mit den als asozial bezeichneten Tuberkulosekranken zu geschehen habe, herrschte jedoch weitgehend Einigkeit. In der eigens eingerichteten Arbeitsgruppe Absonderung verständigte man sich jedenfalls nach mehreren Jahren intensiver Beschäftigung mit dem Thema im Januar 1943 über allgemeine „Richtlinien für die Absonderung der Offentuberkulösen“, die den Ärzten für ihre Therapieentscheidungen an die Hand zu geben waren.¹⁰⁹

Über das Schicksal dieser Patienten sollte anhand zweier zentraler Kriterien entschieden werden: ihre Arbeitsfähigkeit sowie ihr Verhalten gegenüber der Gesellschaft. „Mit allen Mitteln“ sei die Heilung bei den „sozial gutartigen, heilfähigen Tuberkulösen“ anzustreben, die nach der Therapie wieder in den Arbeitsprozess, wenn auch nur eingeschränkt, integriert werden könnten und damit einen Aktivposten im Krieg darstellten. Dagegen solle der Arzt bei denen, die weder zur Arbeit noch zur Gemeinschaft fähig seien, „alle Maßnahmen unterlassen, die den schicksalsmäßigen Ablauf der Tuberkulose aufhalten könnten.“ Die Richtlinien sprechen es nicht direkt aus, aber aus dem Kontext der Quelle ergeht, dass solche Patienten nur mehr eine stark reduzierte medizinische und pflegerische Betreuung erhalten sollten. Ausdrücklich hieß es etwa an anderer Stelle, dass für die vermeintlich aussichtslosen Fälle nicht eigens ein ausgebildeter Lungenfacharzt abzustellen sei, wie das bisher der Fall war; es sollte genügen, wenn ein externer Arzt sich nebenher um die Kranken kümmerte.¹¹⁰ Damit sprach sich der Ausschuss für die gezielte Vernachlässigung von Patienten aus und legitimierte diese auf höchster Ebene. Die Richtlinien dienten damit letztlich auch der kollektiven Rückendeckung und Selbstvergewisserung unter den Praktikern vor Ort, die auch in die Erarbeitung der Richtlinien eingebunden worden waren. So fanden die Beratungen des Ausschusses wechselnd in Lungenheilstätten und Tuberkulosekliniken

¹⁰⁹ Richtlinien für die Absonderung (Asylierung) der Offentuberkulösen, dem Reichstuberkulose-Ausschuss vorgelegt von der Arbeitsgruppe Arbeitstherapie und Asylierung o.D., in: BArch, R 96/II, 6, Bl. 39.

¹¹⁰ Ebenda, Bl. 39.

wie der Heilstätte Tönsheide statt, die von der Landesversicherungsanstalt Schleswig-Holstein unterhalten wurde.¹¹¹

Hochrangige Vertreter der Landesversicherungsanstalten halfen schließlich, diese Politik gegenüber sogenannte asozialen Tuberkulosekranken Realität werden zu lassen. Hier tut sich ein weites Feld auf. Erstens wirkten leitende Mitarbeiter der Rentenversicherung mit am Aufbau der Sonderanstalten, in die diese Patienten verbracht wurden. Während die Initiative hierzu in Regionen wie Westfalen von Vertretern der öffentlichen Fürsorge und der Partei ausging und in Mecklenburg der örtliche Rententräger sich aus Sicht der NSDAP sehr passiv in der Frage verhielt,¹¹² waren in anderen Landesteilen die örtlichen Landesversicherungsanstalten sogar treibende Kräfte. Ansatzweise wissen wir etwa, dass sich die Thüringische LVA materiell am Aufbau von Stadtroda beteiligte; eine Hilfe, für die sich der örtliche Anstaltsarzt ausdrücklich bedankte.¹¹³ Aber auch in Pommern arbeitete der dortige Rententräger sehr eng mit den örtlichen Wohlfahrtsbehörden zusammen, um in der Provinz eine eigene Anstalt zur zwangsweisen Absonderung von vermeintlich renitenten Tuberkulosepatienten zu schaffen.¹¹⁴ Wie der Oberpräsident Pommerns als Vertreter der öffentlichen Fürsorge zu den Gründen für die Kooperation mit der örtlichen Landesversicherungsanstalt erklärte, gebe es derzeit nur die Anstalt in Stadtroda und die sei inzwischen voll besetzt.¹¹⁵ Überstellungen von Patienten nach Thüringen seien deshalb auf absehbare Zeit nicht möglich. Auf Anregung von Hermann Bernhard Braeuning, dem damaligen Direktor des städtischen Tuberkulose-Krankenhauses Hohenkrug bei Stettin, habe er sich zusammen mit dem Leiter der LVA in Pommern dazu entschieden, das Problem unzureichender Unterbringungsmöglichkeiten ein für alle Mal selbst aus der Welt zu schaffen. Die Beteiligten rühmten sich sogar, bereits vor dem Erlass der Verordnung vom Dezember 1938, die ja erst die rechtliche Grundlage für den

¹¹¹ Richtlinien u.a. für Planwirtschaft im Anstaltswesen und die Eingliederung der Absonderung in die Maßnahmen zur verstärkten Tuberkulosekampfes vom Januar 1942, BArch, R 96/II, 6, Bl. 5.

¹¹² Rundschreiben des Oberpräsidenten der Provinz Westfalen betr. Zwangsassylierung asozialer offentuberkulöser Personen vom 29.7.1939, SHLA, Abt. 374, 351; Tätigkeitsbericht der NSDAP Mecklenburg, Amt für Kommunalpolitik, für den Monat Dezember 1936, BArch Berlin, NS 25, 291, Bl. 137-138. Ich danke Aline Munkewitz für den Hinweis auf letztere Quelle.

¹¹³ Franz Heisig, Zur Errichtung einer Abteilung für zwangsweise Absonderung Offentuberkulöser in Stadtroda i. Thür., in: Tuberkulosefürsorgeblatt 21 (1934), S. 107.

¹¹⁴ Schreiben des Leiters der LVA Pommern an den Leiter der LVA Schleswig-Holstein vom 12.3.1938, SHLA, Abt. 374, 351.

¹¹⁵ Schreiben des Oberpräsidenten, Verwaltung des Provinzialverbandes Pommern, an die Regierungspräsidenten in Stettin, Köslin und Schneidemühl vom 29.12.1938, SHLA, Abt. 374, 351.

Aufbau der Sonderanstalten schuf, die ersten Schritte hierzu eingeleitet zu haben.¹¹⁶ Von einem erzwungenen Mitmachen an den Untaten der neuen Machthaber in Berlin, wie das nach 1945 gerne angeführte Argument lautete, kann hier also nicht die Rede sein. Ganz im Gegenteil zeigten sowohl der Chef der Provinzialbehörde als auch der Leiter der LVA ein gerütteltes Maß an lokaler Eigeninitiative.

Insgesamt wurden neben Stadtroda und Ueckermünde noch 16 weitere Anstalten dieser Art im gesamten Reichsgebiet aufgebaut. Deren organisatorischer Aufbau sollte ausdrücklich „nach dem Muster von Stadtroda“ erfolgen.¹¹⁷ Das bedeutet, dass Tuberkulosekranke ähnlich repressiven Maßnahmen ausgesetzt waren wie in Thüringen. Nach den an Stadtroda angelehnten Hausordnungen hatten die Patienten zum einen den Anordnungen des Arztes und des Pflegepersonals „unbedingt und widerspruchslos Folge zu leisten“. Verstöße ahndete man ähnlich wie in Thüringen mit Nahrungsentzug und Einzelhaft.¹¹⁸ Zum anderen gab es einen Zwang zur Arbeit in den Anstalten, soweit die Patienten nicht bettlägerig waren. Das umfasste anfangs leichte Arbeiten im Bereich Versorgung und Pflege, später im Krieg, als die Militärindustrie immer mehr Ressourcen verschlang, aber zunehmend auch Akkordarbeit für Betriebe, die sogar die Gesundheit der betroffenen Patienten beeinträchtigte, wie die Landesversicherungsanstalten von staatlichen Stellen erfuhren.¹¹⁹ Damit war die Rentenversicherung in das System der nationalsozialistischen Zwangsarbeit eingebunden.

Die Sonderanstalten, die die Landesversicherungsanstalten mit aufzubauen geholfen hatten und die sie ab den frühen 1940er Jahren vollständig finanzierten, wurden schließlich auch Orte des Patientenmords. Wir wissen inzwischen, dass nach Kriegsbeginn einige dieser Anstalten nicht nur weiterhin Patienten gezielt vernachlässigten und ihren Tod insbesondere durch die Unterversorgung mit Nahrungsmitteln billigend in Kauf nahmen.¹²⁰ Einige Anstalten gingen zudem dazu über, Tuberkulosekranke durch Medikamentenüberdosierung zu töten. Während beispielsweise in der Anstalt Feldberg bei Graz das medizinische Personal das Beruhigungsmittel Luminal einsetzte, um Patienten in einem andauernden

¹¹⁶ Ibid.

¹¹⁷ Ibid.

¹¹⁸ Hausordnung der Anstalt Zarowmühle in Ueckermünde, undatiert (1938/39), *ibid.* Siehe auch die Ausführungen zu Benninghausen in Bernhard, *In the Shadow*.

¹¹⁹ Rundschreiben des Reichsversicherungsamts an die Leiter der Landesversicherungsanstalten vom 18.2.1943, SHLA, Abt. 374, 720, Bl. 30.

¹²⁰ Demnächst hierzu Patrick Bernhard, *In the Shadow of 'Euthanasia': On the Murder of Tuberculosis Patients under National Socialism*, German History 2018.

Dämmerzustand zu halten, der ihren Tod begünstigte, verabreichten die Ärzte im Westfälischen Benninghausen in hohen Dosen Morphin. Beide Medikamente waren bei Lungenkranken ausdrücklich kontraindiziert, weil sie zu Atemdepressionen und im schlimmsten Fall zum Erstickungstod führen.¹²¹

Der Umfang von gezielter Patientenvernachlässigung und -mord in den Tuberkulosesonderanstalten war allem Anschein nach beträchtlich. Wir müssen davon ausgehen, dass von den schätzungsweise über 30.000 Menschen, die in eine der 18 Anstalten zwangseingewiesen wurden, beinahe jeder Zehnte an den Folgen der dortigen Behandlung verstarb.¹²² Mitarbeiter der Rentenversicherung tragen damit eine nicht unbeträchtliche Mitverantwortung an diesen Verbrechen, weil sie aktiv nicht nur an der Ausformulierung der rechtlichen Bestimmungen zum repressiven Umgang mit „asozialen“ Tuberkulosekranken mitarbeiteten und auf diese Weise deren sozialer Stigmatisierung weiter Vorschub leisteten, sondern sich auch an Aufbau, Finanzierung und Betrieb der Sonderanstalten beteiligten, in deren Verantwortung tausenden Menschen Schaden an Leib und Leben zugefügt wurde.

2.4 Das System nutzen: Zur Abschiebung von Tuberkulosepatienten aus Anstalten der LVA

Schließlich lernten Mitarbeiter in LVA-eigenen Heilanstalten, das bestehende System der Zwangsassylierungen für ihre eigenen Interessen zu nutzen, ohne dass sie selbst zwingend glühende Nationalsozialisten gewesen wären oder deren Ideologie teilten. Die staatlichen Sonderanstalten dienten u.a. der Einschüchterung der eigenen Patienten und der Aufrechterhaltung dessen, was damals als Anstaltsordnung bezeichnet wurde.¹²³ Patienten, die sich nicht der strikten Disziplin in den von den LVAs betriebenen Heilstätten fügen wollten oder medizinische Anordnungen ablehnten, drohten Ärzte und Pflegepersonal immer wieder mit der Verbringung in eine dieser Sonderanstalten und taten das in Einzelfällen auch. Patienten hätten den Anweisungen des Personals in Krankenhäusern und anderen Gesundheitseinrichtungen kritiklos Folge zu leisten, so die verbreitete Vorstellung. Dabei hatten Kranke nicht nur die Hygieneregeln strikt einzuhalten, auch Verstöße gegen die jeweiligen Hausordnungen wie Alkoholkonsum

¹²¹ Die damals geltenden Standards wurden etwa diskutiert in: Medizinische Monatsschrift: Zeitschrift für allgemeine Medizin (1951), S. 836.

¹²² Ebenda.

¹²³ Zu vergleichbaren Einschätzungen gelangt Flessner, Tuberkulose, S. 53.

oder die Überschreitung der Bettruhe sollten so ebenfalls geahndet werden. Auch Patienten, die etwa „dauernd unverschämt in der Anstalt umherlärmt“, fielen unter diese Kategorie, weil sich das Verhalten solcher „renitenter“ Patienten „sehr ungünstig auf die gesamte Disziplin der übrigen Patienten“ auswirke.¹²⁴

Heilanstalten und NS-Regime arbeiteten hier Hand in Hand. Tatsächlich gehörten für den NS-Staat Abschreckung und Einschüchterung von Tuberkulosekranken zu den erklärten gesellschaftspolitischen Zielsetzungen, die hinter dem Aufbau der Sondereinrichtungen standen. Die Anstalten wollten durch die Zwangsassylierung nicht nur verhindern, dass Krankheitsträger weitere Menschen ansteckten. Es ging auch darum, über die Drohung mit Einweisung in eine solche Sonderanstalt *jeden* Tbc-Patienten gefügig zu machen und zu einem konformen Verhalten, „das die Erfordernisse der Gemeinschaft beachtet“, zu motivieren. Ausdrücklich waren Patienten gemeint, die sich in einer normalen Tbc-Behandlung in einer ambulanten Einrichtung oder Kurheilstätte befanden. Damit kam diesen Sondereinrichtungen, obgleich sie immer nur eine kleine Minderheit aller Tbc-Kranken beherbergten, eine eminente Bedeutung zu: Sie sollten zeigen, was Menschen drohte, wenn sie die gesetzten Regeln überschritten. Ein großer Effekt der Zwangsunterbringung sei ihre „Fernwirkung“ auf alle ärztlich betreuten Tuberkulösen, formulierte sichtlich befriedigt der Thüringische Tuberkulosefürsorgearzt Heisig in diesem Zusammenhang. Ganz anders als noch in der Weimarer Republik habe die nun bestehende landesweite Möglichkeit der Zwangseinweisung die Achtung vor den Anordnungen der Fürsorgestellten erheblich gesteigert, und bei widerspenstigen, schwierigen Heilstättenpatienten genüge „meist schon die bloße Androhung [der Verlegung] in eine geschlossene Abteilung, um sie zu einem ordentlichen Verhalten zu bewegen“.¹²⁵ Erklärtes Ziel war mithin die Schaffung des „disziplinierten Menschen“; es ging um Verhaltensregulierung durch Terror.¹²⁶ Insbesondere Stadtroda kam damit eine ähnliche Funktion wie Dachau zu: Über das erste große deutsche Konzentrationslager drang ja bewusst so viel Schlimmes an die deutsche Bevölkerung, dass sich die Drohung mit Dachau zur Einschüchterung all derer

¹²⁴ Schreiben des Direktors der Lungenheilstätte Grabowsee der LVA-Brandenburg an den Oberpräsidenten der Provinz Brandenburg, Tuberkulosefürsorge, vom 5.6.1934, Brandenburgisches Landeshauptarchiv, Rep. 55 VII b, 267.

¹²⁵ Deutsches Tuberkulose-Blatt 16 (1942,) S. 225 und 250.

¹²⁶ Entwurf eines Übereinkommens zwischen der Gemeindeverwaltung Hamburg und dem Polizeipräsidium, S. 2, Staatsarchiv Hamburg, Bestand Medizinkollegium, 352-3_VI_33.

nutzen ließ, die den neuen Machthabern ablehnend gegenüber standen.¹²⁷ Tatsächlich zogen Mediziner damals selbst die Parallele zu Dachau. Wie der damalige Direktor von Stadtroda, Berthold Kihn, in einem Fachaufsatz erklärte, sei seine Anstalt „nach Art der Konzentrationslager“ geschaffen worden und gründe auf den „Prinzipien des Gebotes und Verbotes“.¹²⁸ Als Anstaltsleiter habe er kein Interesse daran, bei uneinsichtigen, unheilbar kranken Patienten „das Leben zu verlängern“. In letzter Konsequenz gerieten auf diese Weise auch die Lungenheilanstalten der Rentenversicherung zu einem Teil des nationalsozialistischen Terrorapparates, weil sie zum einen dem Regime dabei halfen, eine Drohkulisse aufzubauen, zum anderen weil sie Menschen aus eigener Initiative in die staatlichen Sonderanstalten zwangsweise überwiesen und so unter Beweis stellten, dass das System auch funktionierte.

Wie rigide und unbarmherzig Mitarbeiter der Rentenversicherung in den Heilstätten gegen Patienten vorgingen, beweisen eindrucksvoll die Akten der LVA-Lungenklinik Tönsheide, die durch einen glücklichen Zufall in größerem Umfang überliefert sind. So gab ein dort tätiger Oberarzt unumwunden zu, dass er seinen Patienten regelmäßig mit der zwangsweisen Verbringung in eine Sonderanstalt drohte, wenn diese aus seiner Sicht auf eine „Unterminierung der Anstaltsdisziplin“ hinarbeiteten.¹²⁹ Dabei spielte der Oberarzt seine ganze Macht aus und geriet offenbar regelrecht in Rage, wenn Kranke und ihre Angehörigen es wagten, sich seinen Anordnungen zu widersetzen. Als etwa die Eltern einer jungen Patientin ihre Tochter trotz ihrer ansteckenden Tbc mit nach Hause nehmen wollten, um sie dort zu pflegen, schrie der Oberarzt diese an. Er drohte der gesamten Familie damit, sofort die Polizei zu verständigen und sie alle einsperren zu lassen, wie der Vater der Betroffenen in einem Beschwerdebrief an den Anstaltsleiter schrieb.¹³⁰ Erst eine seiner Assistenzärztinnen habe den aufgebracht Mediziner wieder zur Ruhe bringen können. Wie der Oberarzt in seiner Stellungnahme gegenüber dem Anstaltsleiter zu seinem Vorgehen in solchen Fällen erklärte, gehe er meist sogar noch einen Schritt weiter: Er würde grundsätzlich auch bei noch heilungsfähigen

¹²⁷ Paul Rose, „Noch nicht mal zu Bismarcks Zeiten“: Deutsche Populärmeinung und der Terror gegen die Linke, in: Nikolaus Wachsmann und Sybille Steinbacher (Hrsg.), Die Linke im Visier. Zur Errichtung der Konzentrationslager 1933, Göttingen: Wallstein, 2014, S. 168-190.

¹²⁸ Bertold Kihn, Zur Frage der Unterbringung asozialer Kranker, in: Der Öffentliche Gesundheitsdienst 3b (1937/38), S. 415-420.

¹²⁹ Schreiben von Kruse, Landeskrankenhauses Neustadt i.H., an Hein, Direktor des Krankenhauses Tönsheide, vom 15.3.1944, SHLA, Abt. 374, 649, Bl. 134.

¹³⁰ Schreiben von Johannes J. an die LVA Schleswig-Holstein vom 5.2.1944, SHLA, Abt. 374, 649, Bl. 132.

Patienten, die sich uneinsichtig verhielten, „auf den drohenden Tod hinweisen“.¹³¹ Das sei im Interesse der Heilung. Das bedeutet, Ärzte im Dienst der Rentenversicherung drohten Patienten mit gefängnisähnlicher Haft, in einigen Fällen versetzten sie diese sogar in Todesangst, um sie gefügig zu machen.

Deren Vorgesetzte in den Führungsetagen der Rentenversicherung schoben einem solchen Verhalten keinen Riegel vor, sondern bestärkten in einigen Fällen Ärzte und Pflegepersonal sogar noch in ihrem Handeln. So sprach sich beispielsweise der Vorstand der LVA Brandenburg ausdrücklich dafür aus, „asoziale Elemente“ zu bestrafen.¹³² Strafen gehöre zwar nicht zu den Aufgaben von Ärzten; um aber zu verhindern, dass einem solche Patienten über den Kopf wüchsen, müsse man handeln.¹³³ Immerhin gehe es um „Ruhe und Frieden“ der Anstalt.

Als besonders rücksichtslos zeigte sich in dieser Frage der Leiter der Hamburgischen LVA, der bereits erwähnte Eduard Storck. Auch Storck legte ein gehöriges Maß an Eigeninitiative an den Tag, wenn es darum ging, die staatlichen Sonderanstalten zu nutzen. So stellte dieser in einigen Fällen persönlich Anträge auf Zwangsabsonderung. Ganz augenscheinlich tat er das nicht, weil er dazu gezwungen wurde, ganz im Gegenteil. In einem Fall focht Storck sogar die Entscheidung einer anderen Behörde an, die den betreffenden Tbc-Kranken ursprünglich hatte zu Hause wohnen lassen wollen.¹³⁴ Storck hätte die Sache also einfach auf sich beruhen lassen können, tat das aber nicht. Wie er stattdessen erklärte, müsse der Patient zwingend wegen seines Verhaltens in eine Sonderanstalt verbracht werden. Storck setzte sich schließlich durch: Der betroffene Patient wurde zwangsasyliert.

Zudem kam es in einigen LVA Anstalten zu einem Outsourcing der besonders perfiden Art: Patienten, mit deren Pflege das Personal besondere Mühe hatte, wurden zur Arbeitsentlastung ebenfalls in die Sonderanstalten verlegt, obwohl diese für die Verwahrung reiner Pflegefälle gar nicht vorgesehen waren.¹³⁵ Gut belegt ist dieses

¹³¹ Schreiben von Kruse, Landeskrankenhauses Neustadt i.H., an Hein, Direktor des Krankenhauses Tönsheide, vom 15.3.1944, SHLA, Abt. 374, 649, Bl. 134.

¹³² Schreiben des Vorstandes der LVA Brandenburg an den Oberpräsidenten der Provinz Brandenburg, vom 13.7.1934, Brandenburgisches Landeshauptarchiv, Rep. 55 VII b, 267.

¹³³ Siehe sehr ähnlich auch das Schreiben des Direktors der Lungenheilstätte Vollmarstiftung in Trebschen an den Rathenower Heilstätten-Verein vom 15.7.1934, Brandenburgisches Landeshauptarchiv, Rep. 55 VII b, 267.

¹³⁴ Schreiben des Präsidenten der LVA Hansestadt Hamburg, Eduard Storck, an das Hamburgische Gesundheitsamt vom 12.7.1943, Staatsarchiv Hamburg, Bestand Medizinkollegium, 352-3_VI_33.

¹³⁵ Richtlinien für die Absonderung von offentuberkulösen Asozialen in der Abteilung Zarowmühle der Landesheilanstalt Ückeründe von 1938, Brandenburgisches Landeshauptarchiv, Rep. 55 VIIb, 267.

Vorgehen für Lungenheilstätten in kommunaler und staatlicher Regie.¹³⁶ Es gibt jedoch Hinweise darauf, dass das auch in Tuberkuloseeinrichtungen der Rentenversicherung der Fall war. Auffallend ist jedenfalls, wie oft in den Begründungen für die Überweisungen darauf hingewiesen wurde, dass der betreffende Patient die eigene Körperhygiene vernachlässige und so dem Pflegepersonal enorm Arbeit mache. „E. ist ein sehr schmutziger und schmieriger Patient“, hieß es etwa hierzu kurz und bündig über einen Patienten, den man in die Sonderanstalt im westfälischen Benninghausen abgeschoben hatte.¹³⁷ Die vermeintliche Asozialität des Patienten wurde dagegen als Erklärung lediglich nachgeschoben.

Ärzte und Schwestern begründeten dieses Vorgehen in einigen besonders eklatanten Fällen mit der vermeintlich großen finanziellen Bürde, die diese Kranken insgesamt für die „Volksgemeinschaft“ darstellten. Beispielhaft ist der Beschwerdebrief einer tuberkulosekranken Patientin von Anfang 1944, die zu dieser Zeit eine Heilbehandlung im Tuberkulosekrankenhaus Tönsheide mitmachte. In ihrem Schreiben an die Anstaltsleitung erhob die Patientin massive Vorwürfe gegenüber einer dort beschäftigten Oberschwester. Diese hatte offensichtlich ihr im Zusammenhang mit den alliierten Luftangriffen auf norddeutsche Städte, die zu diesem Zeitpunkt ihren traurigen Höhepunkt erreichten, erklärt: „Wenn der Engländer wirklich mal eine Bombe hier reinsetzt, ist auch nicht schade, Ihr liegt ja doch nur dem Staat zur Last“.¹³⁸ Ob die Oberschwester wirklich selbst daran glaubte, dass die betreffende Patientin letztlich entbehrlich war, mag dahingestellt sein. Was sich hier jedoch offenbart, ist, dass sich gewisse, vom NS-Regime verbreitete Parolen wie die von der vermeintlichen Minderwertigkeit von Menschen zumindest als Argument nutzen ließen, um ein

¹³⁶ Bernhard, *In the Shadow*.

¹³⁷ So die zusammenfassende Auskunft der überweisenden LVA-Anstalt. Siehe Besonderer Fragebogen zur Aufnahme von Kranken in das Asylheim für Tbc-Kranke in Benninghausen, Archiv LWL Münster, Bestand 663, Akte 2871.

¹³⁸ Schreiben des Krankenhauses Tönsheide an Frau Altsohn vom 9.2.1944, SHLA, Abt. 374, 649, Bl. 117. Es ist nicht unwahrscheinlich, dass die Worte so gefallen sind. Dass Tuberkulosekranke nur mehr sehr eingeschränkt Schutz vor den alliierten Bombardements erhalten sollten, war ein durchaus verbreiteter Gedanke. So erklärten die für die medizinische Notfallversorgung der Zivilbevölkerung im Bombenkrieg damals zuständigen sog. Luftgauärzte im Sommer 1944, man müsse in erster Linie hochschwängere Frauen und Säuglinge aus den gefährdeten Gebieten evakuieren; für ansteckende Tuberkulosepatienten könnten dagegen „nicht die gleichen Gesichtspunkte hinsichtlich der Luftsicherheit gelten“. Sie galten demnach als entbehrlich. Nur wenn durch die Ermordung von geistig Behinderten Plätze in Heilanstalten frei würden, könnten diese von Tuberkulosekranken besetzt werden. Das bedeutet, dass Tbc-Patienten in der nationalsozialistischen Wertigkeit nur knapp über dieser Gruppe rangierten. Siehe Vertrauliches Rundschreiben des Reichsinnenministeriums an die Reichsverteidigungskommissare (mit Überdrucken für die Leitenden Medizinalbeamten – Medizinaldezernenten) und die Gesundheitsämter durch die Regierungspräsidenten betr. Unterbringung Offentuberkulöser vom 5.6.1944, auch in: BArch, R 96/II, 1, Bl. 44.

unbarmherziges Vorgehen gegen unbequeme und arbeitsaufwendige Patienten zu rechtfertigen – vor dem nationalsozialistischen Regime und stärker wohl noch vor sich selbst.

Das Argument, unheilbare Patienten fielen der Gemeinschaft doch nur zur Last, diente in der Spätphase des Krieges schließlich Mitarbeitern in einigen LVA-Anstalten als Vorwand, selbst Patienten zu töten. Entsprechende Vorwürfe wurden etwa gegenüber dem Direktor und Schwestern des TB-Krankenhauses Tönsheide laut;¹³⁹ im Fall der von der LVA-Mecklenburg betriebenen Heilstätte Amsee bei Waren/Müritz im heutigen Mecklenburg-Vorpommern gab der beschuldigte Arzt in den 1960er Jahren vor den ermittelnden Polizeibeamten sogar unumwunden zu Protokoll, dass er in den letzten Kriegstagen sieben seiner Patientinnen durch die Verabreichung einer hohen Dosis von Evipan, einem Narkotikum, gezielt umgebracht hatte. Die zuständige Staatsanwaltschaft machte sich kritiklos seine Rechtfertigungsstrategie zu eigen, wonach die Kranken ohnehin bald gestorben wären und er sie nur habe vor der drohenden Vergewaltigung durch Soldaten der heranrückenden Roten Armee habe bewahren wollen.¹⁴⁰ Der betreffende Arzt ging – wie auch die wenigen anderen Mediziner, gegen die überhaupt in der Bundesrepublik und der DDR Ermittlungen wegen der Misshandlung und Tötung von Tuberkulosepatienten anliefen – völlig straffrei aus.

3. Tuberkulosebekämpfung und Nationalsozialismus nach 1945

Zu den wenig beachteten Opfern der nationalsozialistischen Diktatur zählen tuberkulosekranke Menschen. Als „asozial“, nutzlos oder gar virulente Gefahr für die „Volksgemeinschaft“ abgestempelt, erlitten Zehntausende in Heilanstalten und anderen Einrichtungen schwere körperliche und seelische Misshandlungen, viele mussten zudem im Zweiten Weltkrieg Zwangsarbeit für die Rüstungsindustrie leisten, etliche wurden schließlich Opfer von gezieltem Patientenmord in den bestehenden NS-Euthanasieeinrichtungen oder eigens errichteten Sonderanstalten zur zwangsweisen Absonderung von Tuberkulosekranken. Zu den Opfern zählten nicht nur ausländische Zivilisten in den von Deutschland besetzten Gebieten und ins *Reich* verschleppte

¹³⁹ Schreiben des Leitenden Oberstaatsanwalts in Kiel an den Justizminister von Schleswig-Holstein betr. Ermittlungsverfahren gegen Prof. Dr. Joachim Hein und andere wegen Durchführung von Euthanasiemaßnahmen im Krankenhaus Bergfeld-Tönsheide vom 1.4.1977, SHLA, Abt. 786 Nr. 2579.

¹⁴⁰ Protokoll der Vernehmung des Beschuldigten Werner Sick durch die Landespolizei von Schleswig-Holstein am 24.1.1967, SHLA, Abt. 352.4 Nr. 551, Bl. 74.

Zwangsarbeiter, sondern auch Deutsche, die in den Augen von Regimevertretern, Regierungsbeamten, Anstaltsleitern, Lungenfachärzten und anderen Gesundheitsexperten eine finanzielle wie gesundheitliche Belastung für die deutsche Kriegsgesellschaft darstellten.

Weitaus weniger noch als über die Verbrechen selbst wissen wir über den Umgang mit ihnen nach 1945. Die nach Kriegsende aufgenommene juristische Aufarbeitung, so die zentrale These, lief letztlich auf eine weitgehende Nichtahndung hinaus. Zwar nahmen die Alliierten in den ersten Nachkriegsjahren und später auch deutsche Gerichte Verfahren gegen Deutsche auf, die Verbrechen an tuberkulosekranken ausländischen Zivilisten und nach Deutschland verschleppten Zwangsarbeitern verübt hatten. Im Zuge dessen kam es auch zu mehreren Verurteilungen. Das betraf vor allem das Anstaltspersonal von Hadamar, einer der zentralen Einrichtungen nicht nur des nationalsozialistischen Mordens an psychisch kranken und behinderten Menschen, sondern in den letzten Kriegsjahren auch Hinrichtungsstätte für andere, als minderwertig erachtete Menschen.¹⁴¹

Hingegen gingen beinahe alle deutschen Täter, die Verbrechen an deutschen Tuberkulosekranken verübt hatten, straffrei aus. Zwischen 1945 und heute leiteten deutsche Staatsanwaltschaften nach bisherigen Erkenntnissen in weniger als einem Dutzend Fällen Ermittlungen ein, rechtskräftig verurteilt wurde kein einziger Täter.¹⁴² Das lag nicht nur an erheblichen Schwierigkeiten bei der Beweiserhebung; Polizei und Staatsanwaltschaften mussten manchmal Jahrzehnte zurückliegende Ereignisse in beweiskräftiger Form rekonstruieren, zudem konnten einige der Täter Beweismaterial zurückhalten bzw. belastendes Aktenmaterial vernichten, weil sie als Mediziner oder Regierungsbeamte auch über das Jahr 1945 hinaus an den früheren Tatorten angestellt blieben. Daneben spielten auch noch andere Faktoren eine entscheidende Rolle: Zu nennen ist hier erstens die nach 1945 unter Lungenfachärzten, aber auch Gesundheitspolitikern und Juristen weiterhin verbreitete Vorstellung, dass bestimmte

¹⁴¹ Hierzu insbesondere Patricia Heberer, *The Hadamar Murder Factory Trial*, in: dies. und Jürgen Matthäus (Hrsg.), *Atrocities on Trial: Historical Perspectives on the Politics of Prosecuting War Crimes*, Lincoln 2008, S. 25-48.

¹⁴² Diese Zahlen basieren auf den Ergebnissen einer Auswertung der Datenbank „Die Verfolgung von NS-Verbrechen durch deutsche Justizbehörden seit 1945“, die das Institut für Zeitgeschichte in München aufgebaut hat. Berücksichtigt wurden alle Treffer, die die Suchbegriffe „Tuberkulose“, „Tbc“, „TB“ und „Schwindsucht“ ergaben. Zur Datenbank, ihrer empirischen Grundlage und ihrem Aufbau siehe allgemein Andreas Eichmüller, *Die Verfolgung von NS-Verbrechen durch westdeutsche Justizbehörden seit 1945 – Inventarisierung und Teilverfilmung der Verfahrensakten*. Ein neues Projekt des Instituts für Zeitgeschichte, in: VfZ 50 (2002), S. 507-516.

Tuberkulosepatienten durch ihr angeblich rücksichtsloses Verhalten andere Menschen ansteckten und so die Gesundheit der gesamten Gesellschaft massiv bedrohten. Tatsächlich bestand die Kategorie „asoziale Tuberkulosekranke“ über Jahrzehnte fort und findet sich teils heute noch, wie zu zeigen sein wird, im offiziellen Sprachgebrauch von Behörden.

Erschwerend kamen zweitens fehlender Mut und Konformitätsdruck hinzu. So schreckten selbst Zeugen, die von den Verbrechen wussten und sie ausdrücklich verurteilten, nachweislich davor zurück, die Täter bei den Behörden anzuzeigen. Hier griff offensichtlich derselbe Mechanismus, der viele Menschen grundsätzlich davon abhält, zu Whistleblowern zu werden: die Angst, soziale und berufliche Nachteile zu erleiden, wenn sie gegen kriminelle Machenschaften von Kollegen, Vorgesetzten, Nachbarn oder Firmen vorgehen.¹⁴³ Schweigen schien gerade nach 1945 ein gebotenes Verhalten, wollte man auch weiterhin mit den vielen ehemaligen Mitgliedern der „Volksgemeinschaft“ ohne größere Schwierigkeiten zusammenleben und sich nicht selbst aus der entstehenden „Erfolgsgemeinschaft des Wirtschaftswunders“ ausgrenzen.¹⁴⁴

Schließlich bestand drittens, so ein Forschungsbefund des Projekts, bei einigen der ermittelnden Staatsanwaltschaften auch ein Unwillen, Verbrechen zu ahnden, die nicht in Konzentrationslagern und anderen, als genuin nationalsozialistisch begriffenen Institutionen begangen worden waren, sondern im Gegenteil in „normalen“ Anstalten und zwar von „normalen“ Medizinern. So kann man das Vorgehen der beteiligten Staatsanwaltschaften als den letztlich erfolgreichen Versuch begreifen, den Nationalsozialismus und die in seinem Namen begangenen Verbrechen einzuhegen, sie auf bestimmte Tatkomplexe, Täter und Tatorte zu begrenzen, auf diese Weise eine mehrfache Distanz zu den Geschehnissen herzustellen und somit eine bestimmte Form von Normalität zu erzeugen. Tatsächlich war es die Aufgabe der ermittelnden Staatsanwaltschaften, darüber zu entscheiden, ob die begangenen Taten als „Nationalsozialistische Gewaltverbrechen“ – so der eingeführte juristische Terminus –

¹⁴³ Zu den gravierenden Nachteilen, die Whistleblower tatsächlich oftmals erleiden, siehe C. Fred Alford, *Whistleblowers: Broken Lives and Organizational Power*; grundsätzlich auch David Lewis, A. J. Brown und Richard Moberly, *Whistleblowing, its Importance and the State of the Research*, in: A. J. Brown ua. (Hrsg.), *International Handbook on Whistleblowing Research*, S. 1-34.

¹⁴⁴ Zu den Umdeutungen, die die Idee der „Volksgemeinschaft“ nach 1945 erfuhr, siehe die ausgesprochen anregenden Studien von Malte Thießen, *Schöne Zeiten? Erinnerungen an die „Volksgemeinschaft“ nach 1945*, in: Bajohr/Wildt (Hrsg.), *Volksgemeinschaft*, S. 165-187; ders., *Erinnerungen an die „Volksgemeinschaft“*. *Integration und Exklusion im kommunalen und kommunikativen Gedächtnis*, in: Schmiechen-Ackermann (Hrsg.), *„Volksgemeinschaft“*, S. 319-334.

zu werten waren und dementsprechend verfolgt werden sollten oder ob es sich hierbei um noch legales, wenn nicht sogar gebotenes medizinisches Handeln handelte. Kurzum, am Einzelfall musste immer wieder entschieden werden, wo die Grenzen zwischen Diktatur und deutscher „Normalität“ zu ziehen waren und was den Nationalsozialismus eigentlich ausgemacht hatte. Von 1945 in die 1970er Jahre hinein, als die letzten Ermittlungen wegen Verbrechen an deutschen Tuberkulosekranken liefen, zogen Staatsanwaltschaften diese Grenze immer sehr eng und scharf.

Um diese strikte Trennung aufrecht erhalten zu können, führten die beteiligten Polizisten und Staatsanwälte in den meisten Fällen recht oberflächliche Ermittlungen durch, zogen Aussagen vor allem von nichtdeutschen Zeugen stark in Zweifel und verfolgten Hinweise auf ganze Tatkomplexe wie das gezielte Aushungern von Tuberkulosepatienten nicht. Schließlich machten sich Richter und Staatsanwälte in den wenigen Ermittlungsverfahren und abgehaltenen Prozessen die Rechtfertigungsstrategien der Angeklagten weitestgehend zu eigen: Prügelstrafen an Tuberkulosekranken werteten sie etwa als minder schwere Form der Körperverletzung, die die Opfer durch ihr angeblich uneinsichtige und amoralische Verhaltensweisen selbst begünstigt hätten. Im Extremfall wurde ein angeklagter Lungenfacharzt, der die Tötung von Patienten selbst eingestanden, hierfür jedoch außerordentliche Umstände geltend gemacht hatte, nicht wegen eines Tötungsverbrechens belangt. Der Arzt habe seinen ohnehin totgeweihten Patientinnen lediglich den Gnadentod gewährt, so die Begründung. Seine Taten stufte das Gericht damit als letztlich humanitär motiviertes medizinisches Handeln ein, das gänzlich außerhalb der barbarischen Euthanasielogik eines zutiefst verbrecherischen Regimes gestanden habe.

3.1 Die Macht des Beharrens: Das Konstrukt des „asozialen Offentuberkulösen“ nach 1945

Der juristische Umgang mit den nationalsozialistischen Verbrechen an Tbc-Patienten nach 1945 war durch zwei Umstände mitbestimmt: durch die unvermindert anhaltende Ausbreitung der Krankheit auch in den unmittelbaren Nachkriegsjahren¹⁴⁵ sowie durch die unter Lungenfachärzten, aber auch Gesundheitspolitikern und Juristen weiterhin verbreitete Vorstellung, dass die Seuche letztlich nur durch rigoros umgesetzte

¹⁴⁵ Tuberkulose gilt bis heute fälschlicherweise als reines Nachkriegsphänomen. Tatsächlich breitete sich die Seuche bereits während des Zweiten Weltkriegs erneut aus. Diese Tatsache wurde jedoch von der nationalsozialistischen Propaganda verschleiert. Siehe Ellerbrock, *Healing Democracy*, S. 342.

Zwangsmaßnahmen gegenüber „asozialen“ Kranken eingedämmt werden könne. Das bedeutet, die Verwahrung dieser Patienten in medizinischen Einrichtungen auch gegen ihren erklärten Willen, die ja den Kern der nationalsozialistischen Tuberkulosebekämpfung ausgemacht hatte, galt weiterhin als legitime, ja sogar staatlicherseits in höchstem Maße gebotene seuchenhygienische Maßnahme zum Schutz der Allgemeinheit. Das Denken der Experten war mithin in starkem Maß von inhaltlichen Kontinuitäten geprägt.

Daran vermochten auch medizinische Innovationen vorerst wenig zu ändern. Zwar war im Jahr 1944 in den USA mit Streptomycin ein erstes wirksames Antibiotikum zur vollständigen Heilung der Krankheit auf dem Markt gekommen. Doch dauerte es nach einigen herben klinischen Rückschlägen bis in die 1950er Jahre, bis sich die neue Therapieform auch im besetzten Nachkriegsdeutschland durchsetzte.¹⁴⁶ Bis dahin mussten Lungenfachleute wie schon vor 1945 primär auf Prävention und Eindämmung der Krankheit setzen. Das hieß aus Sicht der Praktiker vor Ort, dass Tuberkulosekranke und ihr soziales Umfeld nicht nur weiterhin strikt zu überwachen waren. Zudem schien es ihnen nach wie vor unerlässlich, vermeintliches Fehlverhalten von Patienten hart zu sanktionieren. Das galt insbesondere für den Abbruch von Therapien und die Nichtbeachtung hygienischer Vorschriften im häuslichen Umfeld. In Anbetracht fehlender therapeutischer Möglichkeiten hielt aus Sicht von Lungenfachleuten und anderen mit der Krankheit betrauten Experten der Erfolg der öffentlichen Tuberkulosebekämpfung immer noch von der „richtigen“ Lebensweise der Kranken ab. Sie hatten sich schlicht den medizinischen Anweisungen zu Prävention und Eindämmung zu fügen. Diejenigen, die das nicht taten, bezeichneten etliche Lungenfachleute weiterhin als „asozial“. Wie bisherige Forschungen ansatzweise gezeigt haben, waren das nicht nur ältere Fürsorge- und Anstaltsärzte der Rentenversicherung wie Franz Ickert und Joachim Hein, die ihre beruflichen Karrieren zum Teil noch im Kaiserreich begonnen hatten, im Nationalsozialismus oftmals von sich aus an der brutalen Tuberkulosepolitik des Regimes mitarbeiteten und nach 1945 in Amt und Würden blieben.¹⁴⁷ Auch jüngere Ärzte, die ja von ebendiesen älteren Medizinern ausgebildet wurden, stimmten in den Nachkriegsjahren in den Tenor ein, dass man notfalls auf das vermeintlich bewährte Instrument der Zwangsisolierung zurückgreifen

¹⁴⁶ Allgemein Wolfgang U. Eckart, *Geschichte der Medizin*, S. 279.

¹⁴⁷ Siehe beispielhaft Joachim Hein (Hrsg.), *Handbuch der Tuberkulose*, Band 1: *Allgemeine Grundlagen*, Stuttgart: Thieme, 1958, S. 693.

müsse, um derart „unbelehrbare“ Patienten unschädlich zu machen.¹⁴⁸ Das verlange der Schutz der Gesellschaft.

Selbst die nach 1945 grundlegend gewandelten politisch-rechtlichen Rahmenbedingungen änderten an dieser Art des Denkens nur sehr bedingt etwas. Zwar hatten im westlichen Nachkriegsdeutschland die individuellen Grundrechte im Grundgesetz einen starken Schutz erfahren, zugleich waren staatliche Eingriffsrechte stark beschnitten worden. Das galt nicht zuletzt für Beschränkungen von Freiheitsrechten. So schrieben die Väter und wenigen Mütter des Grundgesetzes in Artikel 104 fest, dass über Dauer und Zulässigkeit eines Freiheitsentzugs allein ein Richter zu entscheiden habe; die Polizei hingegen dürfe „aus eigener Machtvollkommenheit“ Menschen nur einen Tag festhalten. Erklärtermaßen zogen die Delegierten des Parlamentarischen Rates damit die Konsequenz aus der willkürlichen Inhaftierung und Verschleppung von Menschen in rechtsfreie Räume wie Konzentrationslager, wie das unter anderem die Gestapo getan hatte. Wie die Parlamentarier ausdrücklich festhielten, würden die neuen Schutzbestimmungen künftig jedoch nicht nur für Menschen gelten, die einer Straftat verdächtigt würden, sondern auch für „Geisteskranke und entlaufene Kinder“, das heißt Personen, für deren Wohlergehen Fürsorgebehörden und medizinische Einrichtungen zuständig waren.¹⁴⁹ Der Gesetzgeber hatte somit eine große Bandbreite an schutzbedürftigen Menschen im Blick.

So klar und eindeutig diese Frage auch geregelt schien, ergaben sich in den folgenden Jahren doch ernsthafte Probleme bei der praktischen Umsetzung. Zuallererst blieben nähere Bestimmungen zum genauen Verfahren des Freiheitsentzugs einem Ausführungsgesetz überlassen, das bis 1956 auf sich warten ließ.¹⁵⁰ In der Zwischenzeit stellten sich einige Gerichte und die Innenminister der Länder auf den Standpunkt, dass Richter bis zum Erlass von Ausführungsbestimmungen letztlich nicht zuständig seien. Das führte dazu, dass Freiheitsentziehungen in einigen Bundesländern gar nicht oder in offener Verletzung des Grundgesetzes wie bisher durch die Strafverfolgungsbehörden vollstreckt wurden. Auch wenn die Zahl der Betroffenen gering blieb, wurden doch

¹⁴⁸ Ansatzweise jedenfalls bei Wolters, „Gesellschaftsunwürdige Volksgenossen“.

¹⁴⁹ So die Wortmeldung von Wilhelm Laforet von der CSU während der 25. Sitzung des Hauptausschusses des Parlamentarischen Rates am 9. Dezember 1948, in: Kurt Georg Wernicke, Hans Booms und Walter Vogel (Hrsg.), *Der Parlamentarische Rat, 1948-1949: Akten und Protokolle*, Band 14: Hauptausschuss, Boppard am Rhein: Boldt, 2009, S. 747.

¹⁵⁰ Bastian Daniell, *Westdeutsches Polizeirecht unter alliierter Besatzung (1945-1955)*, Tübingen: Mohr-Siebeck 2010, S. 105-106.

Tuberkulosekranke wegen Körperverletzung angezeigt und wie schon vor 1945 in geschlossene Tbc-Einrichtungen zwangseingewiesen, von denen einige schon im Nationalsozialismus zur Verwahrung „Asozialer“ gedient hatten, bzw. wie im Fall von Penzberg in der Oberpfalz in unmittelbarer Nähe einer ehemaligen staatlichen Sonderanstalt neu entstanden. Zudem überlegte etwa das Innenministerium von Württemberg-Baden, gewissermaßen Schandstrafen einzuführen, indem man die Wohnungen von ansteckenden Patienten entsprechend markieren und auf diese Weise erheblichen sozialen Druck ausüben wollte.¹⁵¹

Massive Unterstützung in ihrem Vorgehen erhielten die betreffenden Gerichte und Ländervertreter von Lungenfachleuten sowie anderen interessierten Medizinern. In zahlreichen Publikationen liefen sie Sturm gegen die Bestimmungen des neuen Grundgesetzes.¹⁵² An herausragender Stelle sind hier zu nennen Carl Ludwig Paul Trüb und Hans Joachim Femmer, zwei Medizinalbeamte, die zu dieser Zeit für die öffentliche Seuchenbekämpfung in Nordrhein-Westfalen zuständig waren.¹⁵³ Nicht nur beriefen sich die beiden in einem in der Fachwelt viel zitierten Aufsatz in der Fachzeitschrift „Der Tuberkulosearzt“ auf Franz Ickert, der bei renitenten Tuberkulosepatienten die Anwendung „diktatorischer“ Maßnahmen empfohlen hatte.¹⁵⁴ Zudem stellten sie darin schlicht die Kernbestimmung von Artikel 104 des Grundgesetzes in Abrede, indem sie erklärten, dass Zwangsalylierungen wie schon im Nationalsozialismus rechtmäßige Verwaltungsakte darstellten. Schützenhilfe erhielten Lungenfachärzte dabei von Kollegen aus der Psychiatrie, von denen ebenfalls einige ein Interesse an möglichst umfassenden Eingriffsrechten in die Freiheitsrechte ihrer PatientInnen besaßen und in Fachpublikationen zugleich ihre Vorstellungen von dem, was den Nationalsozialismus ausgemacht habe und welche Lehren aus ihm zu ziehen seien, zementierten. Ein Beispiel hierfür sind die Ausführungen von Helmut Ehrhardt und Werner Villinger. Wie die beiden in einem wichtigen Handbuch zur Psychiatrie noch 1961 erklärten, werde der

¹⁵¹ Schreiben des Innenministeriums Württemberg-Baden an die staatlichen Gesundheitsämter vom 24.1.1951, Staatsarchiv Ludwigsburg, E 180 II, Bü 1431.

¹⁵² Siehe Wolters, „Gesellschaftsunwürdige Volksgenossen“, S. 270.

¹⁵³ Carl Ludwig Paul Trüb und Hans Joachim Femmer, Das Recht der Zwangsalylierung von Tuberkulösen, in: Der Tuberkulosearzt 11 (1954), S. 657-668. Siehe ähnlich die Kritik von Rolf Griesbach, Tuberkulose-Jahrbuch 1953/54, Berlin: Springer, 1956, S. 9. Die von den Lungenfachleuten Trüb, Femmer und Griesbach geäußerte Kritik fand wiederum positive Resonanz in wichtigen allgemeinen Zeitschriften zu Gesundheitspolitik. Siehe etwa: Der Öffentliche Gesundheitsdienst 17-18 (1956), S. 30.

¹⁵⁴ Siehe hierzu Dorothee Romberg, Die Röntgenreihenuntersuchung (RRU) als Mittel der Tuberkuloseprävention in Deutschland nach 1945, Köln: Medizinische Dissertation, 2011, S. 93.

Grundgedanke des Artikels 104 falsch verstanden.¹⁵⁵ Den Parlamentariern sei es seinerzeit bei der Abfassung des Grundgesetzes vorrangig darum gegangen, die nationalsozialistische „Schutzhaft“ für politische Gegner abzuschaffen; der Rechtsschutz für „Geistesranke und Rauschgiftsüchtige“ sei dagegen nur „peripher“ diskutiert worden. Es mache jedoch einen „wesentlichen“ Unterschied, wie die beiden fortführen, ob man aus politischen Gründen jemanden der Freiheit beraube oder Personen, die sich selbst oder andere gefährdeten. „Wenn ich einen normalen Menschen einsperre, weil er mir politisch unbequem bzw. gefährlich ist, oder wenn ich einen Geisteskranken ‚einsperre‘, weil er sich selbst und andere gefährdet, so handelt sich beide Male um eine Freiheitsentziehung, aber um eine jeweils nach Grund, Sinn und Zweck wesentlich verschiedene.“

Was Ehrhardt und Villinger hier unternahmen, war nichts weniger als den Nationalsozialismus und seine Verbrechen auf einige wenige Aspekte zu reduzieren und im gleichen Atemzug eine weitgehende Normalität und damit Legalität medizinischen Handeln in der Diktatur zu postulieren und eben diese Normalität und Legalität auch für die Gegenwart zu reklamieren. Es ging mithin darum, eine fundamentale Trennlinie zu ziehen sowohl zwischen Regime und Medizin als auch zwischen „echten“ NS-Opfern und solchen Personengruppen, deren Freiheitsentzug letztlich rechtmäßig und sogar geboten sei. Das ist nicht nur bemerkenswert, weil Ehrhardt und Villinger schlicht ignorierten, dass die Delegierten des Parlamentarischen Rats in ihren Beratungen ausdrücklich eine Vielzahl von schutzwürdigen Personengruppen genannt und zwischen diesen eben keine Unterschiede gemacht hatten; die Lehren aus der NS-Vergangenheit galt es vielmehr für alle gleichermaßen zu ziehen. Hinzu kam, dass es ja gerade Mediziner gewesen waren, die im Nationalsozialismus selbst die Parallele zwischen der zwangsweisen Unterbringung von „asozialen“ Tuberkulosekranken in staatlichen Sonderanstalten und Dachau gezogen hatten. So hatte beispielsweise der damalige Direktor von Stadtroda, Berthold Kihn, in einem Fachaufsatz in den 1930er Jahren erklärt, seine Anstalt sei „nach Art der Konzentrationslager“ geschaffen worden, um den Erfordernissen Rechnung zu tragen, die sich aus der von den „asozialen Offentuberkulösen“ ausgehenden Gefahr ergeben würden.¹⁵⁶ Während somit Mediziner

¹⁵⁵ Helmut Ehrhardt und Werner Villinger, Forensische und administrative Psychiatrie, in: H. W. Gruhle (Hrsg.), Psychiatrie der Gegenwart: Forschung und Praxis, Bd. 3: Soziale und angewandte Psychiatrie, Berlin und Heidelberg: Springer, 1961, S. 181-350, hier: 289.

¹⁵⁶ Bertold Kihn, Zur Frage der Unterbringung asozialer Kranker, in: Der Öffentliche Gesundheitsdienst 3b (1937/38), S. 415-420.

im Nationalsozialismus die Nähe zum Regime postuliert hatten, ging es nach 1945 gerade darum, die Unterschiede so groß wie möglich erscheinen zu lassen. Gleichzeitig galt es, die eigenen im Nationalsozialismus praktizierten Vorgehensweisen in die Demokratie hinüberzuretten und gegenüber einem vermeintlich viel zu liberalen Gesetzgeber zu verteidigen. So schlossen Villinger und Ehrhardt ihre Ausführungen mit dem bemerkenswerten Verdikt, dass die Begrenzung des Freiheitsentzugs, wie ihn Artikel 104 festlege, letztlich eine „wirklichkeitsfremde Formalie“ sei, „die von ärztlicher und juristischer Seite immer wieder moniert wurde“.¹⁵⁷ Hier wurde somit eine Frontstellung aufgemacht zwischen Medizinern und Juristen als den vermeintlich erfahrenen Praktikern mit der nötigen Expertise auf der einen Seite und angeblich rein idealistisch denkenden und letztlich lebensunerfahrenen Politikern auf der anderen Seite.

Dieser Selbstinszenierung war allem Anschein nach durchaus mit Erfolg beschieden. Die gegenseitige Wertschätzung, die Juristen und Mediziner einander über die Disziplingrenzen hinweg entgegenbrachten, zeigte sich jedenfalls zum einen darin, dass Ärzte wie Trüb, Villinger und Ehrhardt als Gutachter in Anhörungen des Bundestags und in juristischen Verfahren auftraten, in denen es um die Frage der Entschädigung von Opfern nationalsozialistischer Medizinverbrechen wie Sterilisierungen ging, und auf diese Weise das Wiedergutmachungsrecht entscheidend mitgestalteten.¹⁵⁸ Zum anderen machten sich Juristen das von Lungenfachleuten bereits in der Weimarer Republik geprägte Konstrukt des „asozialen Offentuberkulösen“ zu eigen. Zwar wurde der Begriff in den späteren Jahren der Bundesrepublik in der medizinischen Diskussion zunehmend durch die harmloser klingende Formulierung „uneinsichtige Patienten“ ersetzt.¹⁵⁹ Zudem erkannten einige Ärzte, dass hinter vermeintlich asozialen Verhaltensweisen von Tuberkulosekranken, die etwa von sich aus eingeleitete Therapien abbrachen, oftmals familiäre Schwierigkeiten steckten und die Betroffenen von Kollegen vorschnell als unbelehrbar „abgestempelt“ würden.¹⁶⁰ Doch sollte man derartige Äußerungen nicht als

¹⁵⁷ Helmut Ehrhardt und Werner Villinger, Forensische und administrative Psychiatrie, in: H. W. Gruhle (Hrsg.), Psychiatrie der Gegenwart: Forschung und Praxis, Bd. 3: Soziale und angewandte Psychiatrie, Berlin und Heidelberg: Springer, 1961, S. 181-350, hier: 291.

¹⁵⁸ Hans-Walter Schmuhl, Die Gesellschaft Deutscher Neurologen und Psychiater im Nationalsozialismus, S. 6; Thomas Röder, Volker Kubillus, Anthony Burwell (Hrsg.), Psychiatrists, Freedom Pub., 1995, S. 115 und 125; Christian Pross, Wiedergutmachung: Der Kleinkrieg gegen die Opfer, 1988, S. 192-193.

¹⁵⁹ Siehe etwa die gebrauchten Formulierungen in den nachfolgenden Fachzeitschriften: Zeitschrift für Tuberkulose 8 (1951), S. 87; Zentralblatt für die gesamte Tuberkuloseforschung 70 (1956), S. 131 sowie ebenda, 75 (1961), S. 238 und ebenda, 77 (1963), S. 210; Blätter der Wohlfahrtspflege 112 (1965), S. 165.

¹⁶⁰ Das Öffentliche Gesundheitswesen 33 (1971), S. 56.

Ausdruck einer umfassenden gesellschaftlichen Liberalisierung überbewerten. Auch bei Lungenfachleuten, die das Wort „asozial“ ablegten und sich der neuen Sprachregelung bedienten, blieben die mit dem früheren Begriff verbundenen starken gesellschaftlichen Wertungen und Vorverurteilungen bestehen.¹⁶¹ Nach wie vor stellten Pneumologen auf ihren offiziellen Jahrestagungen beispielsweise die Verbindung her zwischen Tuberkulose und Alkoholismus und Psychopathie als den vermeintlichen gesellschaftlichen Substraten der Krankheit.¹⁶² Gravierender noch ist, dass der Begriff „asozial“ selbst, obgleich er in anderen Politikfeldern mit einem deutlichen Tabu belegt wurde, im Bereich der Tuberkulosebekämpfung bis heute nie ganz verschwand.¹⁶³ Das gilt selbst für das Verwaltungsrecht. Im aktuellen Bayerischen als auch Nordrhein-Westfälischen Besoldungsrecht, um nur zwei besonders eklatante Beispiele zu nennen, findet sich jeweils ein Passus, wonach Beamte und Beamtinnen, die im Krankenpflagedienst in „Abteilungen für zwangsassylierte asoziale Tuberkulosekranke“ tätig sind, eine Zulage erhalten.¹⁶⁴ Ganz offensichtlich zeigen sich hier längere Traditionslinien, die möglicherweise in den letzten Jahren sogar noch einmal verstärkt und aktualisiert wurden durch die neuerliche Verschärfung der Tuberkuloseproblematik: Durch das Aufkommen multiresistenter Tbc-Keime wurden bisher gängige Antibiotikatherapien wieder wirkungslos. Die alte, bereits seit der Kaiserzeit diskutierte Problematik, wie mit Patienten zu verfahren ist, die trotz offener Tuberkulose ihre Behandlungen abbrechen, stellt jedenfalls sich angesichts sehr schwieriger therapeutischer Möglichkeiten mit neuer Vehemenz.

¹⁶¹ „Uneinsichtig“ und „asozial“ wurde dann auch von einigen Lungenfachleuten in der Übergangsphase gleichzeitig und als Synonym gebraucht. Siehe Hellmuth Deist, C. Arold und Hermann Krauss; Die Tuberkulose: ihre Erkennung und Behandlung 1951, S. 321 und Willi Eckert, Spätergebnisse von 152 Lungenresektionen wegen Tuberkulose, 1961, S. 10.

¹⁶² Siehe die Redebeiträge während der Deutschen Tuberkulosekonferenz 1966, in: E. Gaubatz u.a. (Hrsg.), Verhandlungsbericht der Deutschen Tuberkulose-Konferenz 1966, Heidelberg: Springer, 1967, S. 55; Th. Johannes, Der Tuberkulose im Strafvollzug, Heidelberg: Springer, 1964, S. 72.

¹⁶³ Beispielhaft: Zentralblatt für die gesamte Tuberkuloseforschung 106 (1969), S. 41; Bibliotheca Tuberculosea 25 (1969), S. 30; Zeitschrift für Erkrankungen der Atmungsorgane (1981), S. 181.

¹⁶⁴ So § 13 (Krankenpflegezulage) der Verordnung über die Gewährung von Zulagen (Bayerische Zulagenverordnung – BayZulV) vom 16. November 2010, Gesetz- und Verordnungsblatt, S. 747, BayRS 2032-2-11-F, online abrufbar unter <http://www.gesetze-bayern.de/Content/Document/BayZulV> (zuletzt aufgerufen am 5.1.2018) und Horst Deinert, Beamtenrecht in NRW: 2. erweiterte Auflage 2017, S. 27.

3.2 Verfolgungsprobleme und Verfolgungsunwillen: Der juristische Umgang mit Verbrechen an Tuberkulosekranken nach 1945

Dass Tuberkulosekranke auch über das Jahr 1945 hinaus als gesellschaftlich minderwertig und sogar gefährlich galten, stellte den größeren ordnenden Rahmen dar, innerhalb dessen sich die juristische Aufarbeitung von Verbrechen an Tuberkulosekranken im Nationalsozialismus bewegte. Weitere Faktoren kamen hinzu, die erklären helfen, warum so wenige Verfahren gegen die Täter eingeleitet und warum noch weniger rechtskräftig verurteilt wurden: Probleme, die sich bei der Beweiserhebung ergaben; die Sorge potenzieller Zeugen, Kollegen anzuschwärzen; sowie schließlich das bereits angedeutete Interesse der beteiligten Staatsanwaltschaften, die – wie zuvor schon Mediziner wie Helmut Ehrhardt und Werner Villinger – nationalsozialistische Verbrechen möglichst einzuhegen versuchten. Exemplarisch sei das im Folgenden an drei Fällen verdeutlicht: an den Überlegungen, gegen ehemalige Mitarbeiter der hessischen Arbeitsverwaltung wegen deren Beteiligung an der Deportation und anschließender Ermordung polnischer und russischer Zwangsarbeiter in Hadamar Ermittlungen einzuleiten; am Prozess, der gegen den damaligen Anstaltsleiter von Benninghausen wegen Körperverletzung lief; sowie schließlich an den staatsanwaltschaftlichen Ermittlungen gegen den Arzt Werner Sick, der sieben seiner Patientinnen in einer LVA-eigenen Tuberkuloseeinrichtung in den allerletzten Kriegstagen ermordet hatte.

In der Hessisch-Nassauischen Landesheil- und Pflegeanstalt Hadamar waren bis Kriegsende knapp 500 polnische und russische Zwangsarbeiter mit offener Tuberkulose, wie zuvor schon tausende psychisch kranke und behinderte Menschen, unmittelbar nach ihrer Einlieferung ermordet worden. Diese waren zuvor von der hessischen Arbeitsverwaltung, die die Zwangsarbeit in der Region maßgeblich organisierte, wegen ihrer Erkrankung als nicht mehr arbeitsfähig eingestuft und in die Anstalt deportiert worden.¹⁶⁵ Zwischen 1945 und 1948 strengten zuerst die amerikanischen Besatzungsbehörden und danach auch deutsche Gerichte mehrere Prozesse gegen das Anstaltspersonal von Hadamar an, im Zuge derer auch 25 Täter verurteilt wurden.¹⁶⁶ Dabei handelte es sich fast ausschließlich um Verwaltungsleiter, Ärzte und Pflegepersonal der Anstalt. Auf diese Prozesse und Täter hat sich die

¹⁶⁵ Süß, Der „Volkskörper“ im Krieg, S. 364.

¹⁶⁶ Das waren der sog. amerikanische Hadamar-Prozess sowie die von deutschen Gerichten betriebenen sog. Hadamar-, Eichberg- und Kalmenhof-Prozesse. Zahlen nach Heberer, The Hadamar Murder, S. 39.

Forschung bislang vorrangig konzentriert. Weniger Beachtung haben dagegen die Mitarbeiter der Arbeitsverwaltung gefunden, obwohl sie es ja gewesen waren, die Zwangsarbeiter als nicht mehr arbeitsfähig nach Hadamar überstellt hatten, und obwohl gegen diese Personen nach 1945 auch polizeiliche Ermittlungen liefen.¹⁶⁷ Angestoßen wurden diese von Gottfried Binder, der von der amerikanischen Militärregierung eingesetzte Präsident des Landesarbeitsamts Hessen und baldige „Staatsminister für Wiederaufbau und Politische Bereinigung“, sowie von Ferdinand Mührdel, bis zu seiner Absetzung durch die Nationalsozialisten im Jahre 1933 Leiter der Frankfurter politischen Polizei und nach dem Krieg erster Polizeipräsident Frankfurts. Die Untersuchungen verliefen, obwohl sie eindeutige Hinweise auf die Beteiligung leitender Mitarbeiter der Arbeitsverwaltung an der Deportation von Hunderten von kranken Ausländern lieferten, jedoch letztlich im Sande. Das hatte zuallererst damit zu tun, dass die inkriminierenden Akten der Arbeitsverwaltung nach Abschluss der Ermittlungen „in Verlust“ gerieten, so die Formulierung des Oberstaatsanwalts beim Landgericht Frankfurt, der damit beauftragt worden war zu prüfen, ob die Untersuchungen im Rahmen eines offiziellen Ermittlungsverfahrens fortgesetzt werden sollten.¹⁶⁸ Wie Valentin Siebrecht, langjähriger Mitarbeiter der Arbeitsverwaltung und zu dieser Zeit Referent für Arbeitsvermittlung im neu geschaffenen Landesarbeitsamt, verbittert vermerkte, habe ihm gegenüber der Untersuchungsleiter erklärt, die Akten, auf denen seine Ermittlungsergebnisse beruhten, seien im Nachfolgenden in der Behörde „mehrfach verschlampt oder verlegt, die ganze Sache in dem Durcheinander des ständigen Personalwechsels vergessen worden“.¹⁶⁹ Dieser sorglose Umgang mit dem Beweismaterial lässt vermuten – um es vorsichtig zu formulieren –, dass die Belangung von Kollegen innerhalb der Behörde zumindest keine sonderliche Priorität genoss. Aber auch noch andere Faktoren sind für das Scheitern der Ermittlungen in Anschlag zu bringen. So wollte auch Valentin Siebrecht, der zuvor noch in einem Schreiben an den hessischen Justizminister auf eine Strafverfolgung von besonders kompromittierten

¹⁶⁷ Zu den ebenfalls bislang wenig untersuchten deutschen Ermittlungen gegen den damaligen Präsidenten des Landesarbeitsamtes Hessen, Ernst Kretschmann, siehe Hessisches Hauptstaatsarchiv, Abt. 461, Nr. 32061 21 und ebenda, 770 (Kriminalpolizeiliche Sammlungen), Nr. 1. Der Fall wird geschildert in Bernhard, Die Ausgebliebene Aufarbeitung.

¹⁶⁸ Schreiben des Oberstaatsanwalts beim Landgericht Frankfurt, i.V. Dr. Tomforde, an den Justizminister und den Generalstaatsanwalt vom 31.7.1947, HHStAW, 461 (Staatsanwaltschaft), 31584.

¹⁶⁹ Schreiben von Dr. Valentin Siebrecht an den Justizminister vom 12.1.1947, HHStAW, 461 (Staatsanwaltschaft), 31584, Bl. 1.

Kollegen gedrungen hatte,¹⁷⁰ bald selbst nichts mehr mit den Ermittlungen zu tun haben. Tatsächlich hatte Valentin vor allem auf die Rolle von Alfred Kohl hingewiesen. Kohl war einer derjenigen Amtsärzte der hessischen Arbeitsämter gewesen, die kranke Zwangsarbeiter auf Grundlage ihrer ärztlichen Untersuchung zur Einweisung nach Hadamar vorgeschlagen hatten, die daraufhin durch den leitenden Arzt des früheren Landesarbeitsamtes eingewiesen und in Hadamar umgebracht worden waren. Diese Tätigkeit sei auch der Grund dafür gewesen, warum „wir damals Herrn Dr. Kohl nahegelegt haben, aus den Diensten der Arbeitsverwaltung auszuschneiden“. Als sein Vorgesetzter habe er Kohl nach 1945 auch deswegen zur Rede gestellt: Auf seine Frage, ob er gewusst habe, dass die von ihm zur Überstellung nach Hadamar vorgeschlagenen Ausländer dort umgebracht würden, habe Kohl nur ausweichend geantwortet; nach dem Eindruck Valentins schien er „jedoch nicht ahnungslos“ zu sein. Für seine Vermutung habe auch gesprochen, dass Kohl während des Gesprächs „fürchterlich aufgebracht und ständig dem Weinen nahe“ gewesen sei. Schließlich, so Valentins Argumentation, hätten selbst untergeordnete Mitarbeiter der Arbeitsverwaltung nachweislich von den Morden gewusst. So habe der Transportbegleiter eines kleinen Transports von kranken Ausländern, ein früherer Angestellter des Arbeitsamts Frankfurt, während der Ermittlungen zu den Akten gegeben, dass, „wer nach Hadamar kam, ein Kind des Todes war.“ Dass Kohl, der eine deutlich höhere Position eingenommen habe, von den Morden nichts gewusst haben solle, schließe er daher aus, so Valentin.

Als es jedoch darum ging, Strafanzeige gegen Kohl zu stellen, bekam Valentin die sprichwörtlichen kalten Füße. Gegenüber dem ermittelnden Staatsanwalt gab während seiner Zeugenbefragung zu Protokoll, dass sein früherer Brief an den hessischen Justizminister nicht als Anzeige insbesondere von Kohl zu verstehen sei, sondern vielmehr als allgemeiner Aufruf, die Beteiligung der Arbeitsverwaltung stärker in den Blick zu nehmen.¹⁷¹ Ganz offenbar ging Valentin die direkte Attacke auf eine bestimmte Person dann doch zu weit, mit der er sich ja auch selbst exponiert hätte. Es lässt sich nur vermuten, dass Valentin vor allem deswegen von einer Anzeige Abstand nahm, weil er mit seinen Kollegen halbwegs friedlich auskommen wollte. Immerhin arbeitete Valentin noch bis 1954 im hessischen Landesarbeitsamt, bevor er in die Bundesanstalt für Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung wechselte, um schließlich das

¹⁷⁰ Schreiben von Dr. Valentin Siebrecht an den Justizminister vom 12.1.1947, HHStAW, 461 (Staatsanwaltschaft), 31584, Bl. 1.

¹⁷¹ Handschriftliche Niederschrift von Siebrecht für den Oberstaatsanwalt vom 29.1.1947, HHStAW, 461 (Staatsanwaltschaft), 31584, Bl. 10.

Landesarbeitsamt Südbayern zu leiten. Damit lag es letztlich aber auch an ihm selbst, dass sein Aufruf nach personeller Säuberung ungehört verhallte. Die von ihm geforderte „innere Selbstreinigung“ blieb aus, obwohl er gerade „dem späteren Vorwurf hatte vorbeugen wollen, „dass etwas versäumt worden wäre“.¹⁷²

Fahrlässiger Umgang mit Beweismaterial und die Angst von Zeugen, sich zu exponieren, waren nicht der einzige Grund für die mangelhafte juristische Ahndung von Verbrechen an Tuberkulosekranken. Auf Seiten der beteiligten Staatsanwaltschaften fehlte allem Anschein nach auch der Wille, den begangenen Straftaten ganz auf den Grund zu gehen. Das zeigen die Ermittlungen gegen den Anstaltsleiter Heinrich Müller und fünf weitere Mitarbeiter von Benninghausen, eine von 18 staatlichen Sonderanstalten zur zwangsweisen Verwahrung von sog. asozialen Tuberkulosekranken. Obwohl Tuberkulosepatienten in der westfälischen Provinzial-Arbeitsanstalt Benninghausen gezielt ausgehungert und teils wohl auch durch die Verabreichung einer Überdosis Morphinum umgebracht worden, lautete die 1946 gegen die Mitarbeiter erhobene Anklage der zuständigen Staatsanwaltschaft Paderborn lediglich auf Körperverletzung durch das Anordnen bzw. Exekutieren der Prügelstrafe; im Kern wurde den Angeklagten zur Last gelegt, mehrere Patienten entgegen den bestehenden Anstaltsvorschriften mit einer Peitsche traktiert zu haben.¹⁷³

Das ist bemerkenswert, weil der Staatsanwaltschaft durchaus Anhaltspunkte für die ungleich schwereren Gewaltverbrechen Aushungern und Mord vorlagen; diese Hinweise wurden aber als reine Erfindung der Opfer abgetan. Die Aussagen von ehemaligen Insassen, die etwa nach 1945 Anklage wegen Aushungerns der Patienten erhoben, tat Staatsanwalt Jaene als völlig unglaubwürdig ab. Er verließ sich hierbei ganz auf die Gegenaussagen der Anstaltsmitarbeiter, die die Ankläger ihrerseits als „Quertreiber“ bezeichneten.¹⁷⁴ Diese Bekundungen des Pflegepersonals galten den Ermittlern wiederum als völlig überzeugend. Dabei hätte bereits ein kurzer Blick in die vorhandenen Patientenakten gezeigt, dass Tuberkulosepatienten zur Strafe über Monate hinweg die lebenswichtigen Sonderzulagen vorenthalten wurden; es war damals jedoch therapeutischer Standard, Tbc-Kranken besonders eiweiß- und fettreiche Kost zu

¹⁷² Schreiben von Dr. Valentin Siebrecht an den Justizminister vom 12.1.1947, HHStAW, 461 (Staatsanwaltschaft), 31584, Bl. 1.

¹⁷³ Nachtragsanklage der Oberstaatsanwaltschaft Paderborn vom 7.7.1946, Landesarchiv Nordrhein-Westfalen, Ostwestfalen-Lippe, NW Staatsarchiv Detmold, D 21 C Nr. 618, Bl. 70.

¹⁷⁴ Polizeiliche Aussage von Jakob Robbe vom 24.10.1945, Landesarchiv Nordrhein-Westfalen, Ostwestfalen-Lippe, NW Staatsarchiv Detmold, D 21 C Nr. 618, Bl. 10.

verabreichen, um dem krankheitsbedingten körperlichen Abbau entgegenzuwirken.¹⁷⁵ Eine Analyse der Patientenakten hätte aber nicht nur bei einigen Kranken einen teils drastischen Gewichtsabfall als weiteres Indiz für körperliche Misshandlungen zum Vorschein gebracht. Auch die Verabreichung von hoch überdosierten Morphiumspritzen, die in den Unterlagen recht deutlich dokumentiert sind, hätte dann auffallen müssen. Letztlich verzichtete die Staatsanwaltschaft jedoch auf die Einsicht in diese für die Ermittlungen zentralen Akten. Gleiches galt für Exhumierungen. War die Untersuchung der Leichen etwa bei den amerikanischen Ermittlungen im Falle Hadamars ein gängiges Verfahren, um Aufschlüsse über die eigentliche Todesursache verstorbener Tuberkulosekranker zu erlangen,¹⁷⁶ zog die Staatsanwaltschaft Paderborn das im Fall Benninghausens nicht einmal in Betracht.

Als einziger Anklagepunkt blieb Körperverletzung im Amt übrig. Anfangs wollte der zuständige Staatsanwalt Rudolf Jaene nicht deswegen ermitteln, sondern das Verfahren vielmehr sofort einstellen. Unterstützung kam vom Amtrichter in Lippstadt, der ebenfalls für die sofortige Niederschlagung des Verfahrens plädierte.¹⁷⁷ Wie beide argumentierten, sei die Schuld der Angeklagten minderschwer. Nicht nur hätten die Opfer keine bleibenden körperlichen Schäden davongetragen. Wie der Staatsanwalt in Paderborn zudem argumentierte, könne er sich zudem keine „Erziehungsmaßregel“ vorstellen, die „humaner“ sei als die Prügelstrafe“.¹⁷⁸ Immerhin, so seine Argumentation, handle es sich bei den Insassen von Benninghausen um „unbotmäßige“ Kranke gehandelt. Hier zeigt sich, dass die Vorstellung, es habe sich bei den zwangsassylierten Tuberkulosepatienten letztlich um „Asoziale“ gehandelt, die die Gesellschaft gefährdeten und deshalb ihrerseits kein Recht auf Schutz verdienten, über den Zusammenbruch des Nationalsozialismus hinaus fortbestand und juristisches Denken und Handeln bestimmte.

Es bedurfte der Intervention des Oberpräsidenten der Provinz Westfalen, um die staatsanwaltschaftlichen Ermittlungen weiterzuführen. Wie dieser argumentierte, sei das Auspeitschen mit einer siebenschwänzigen Lederkopffeitsche potenziell dazu geeignet gewesen, den Opfern „erhebliche Körperverletzungen beizubringen“; dass

¹⁷⁵ Dieses und Nachfolgendes, soweit nicht anders angegeben, nach Bernhard, *In the Shadow*.

¹⁷⁶ Heberer, *The Hadamar Murder* S. 35.

¹⁷⁷ Vfg. Amtsgerichtsrat in Lippstadt vom 29.11.1945, Landesarchiv Nordrhein-Westfalen, Ostwestfalen-Lippe, NW Staatsarchiv Detmold, D 21 C Nr. 618, Bl. 24.

¹⁷⁸ Schreiben des Staatsanwaltes Jaene an den Oberpräsidenten der Provinz Westfalen vom 4.12.1945, Landesarchiv Nordrhein-Westfalen, Ostwestfalen-Lippe, NW Staatsarchiv Detmold, D 21 C Nr. 618, Bl. 25.

diese nicht eingetreten seien, sei kein Grund, die Anklagen fallen zu lassen.¹⁷⁹ Aber auch nach dem formellen Einspruch seines Dienstvorgesetzten blieb der Staatsanwalt bei seiner Linie, die Bedeutung der Prügelstrafe zu relativieren. Dabei übernahm er fast vollständig die Argumentation des Hauptangeklagten Müller, wonach die Prügelstrafe vorrangig wegen homosexueller Handlungen der Insassen vollzogen worden sei und diese beim „Abschaum“ der Menschheit, wie er die Tuberkulosekranken in seiner Obhut bezeichnete, als der einzige gangbare Weg gewesen sei, Zucht und Ordnung aufrechtzuerhalten.¹⁸⁰ Wie Staatsanwalt Jaene räsionierte, hätte jede andere denkbare Form der Strafe schwerere Schäden nach sich gezogen als die Prügelstrafe. Einzelhaft beispielsweise hätte die Kranken nicht nur depressiv gemacht, sondern „bei dem starken Sexualdrang der Häftlinge sicher auch zu starker Masturbation geführt“.¹⁸¹ Das bedeutet mithin, der Staatsanwalt attestierte dem Angeklagten, als Anstaltsleiter richtig gehandelt zu haben. Müllers Argument der Alternativlosigkeit seines Handelns verfiel sich somit relativ leicht. Die Sichtweise des Angeklagten übernahm schließlich zu einem guten Teil auch der vorsitzende Richter. Wie schon zuvor der Staatsanwalt legte er das Vorgehen gegen vermeintlich homosexuellen Handlungen unter den Tuberkulosepatienten als strafmildernd aus und sprach in diesem Zusammenhang davon, dass sich die Insassen „in widerlicher Weise gleichgeschlechtlich vergangen“ hätten.¹⁸² In seinem Urteil hob der Richter ferner hervor, dass es in Benninghausen sehr schwer für den Angeklagten gewesen sei, die Disziplin aufrecht zu erhalten. Schließlich gelte es zu beachten, so das formaljuristische Argument, dass die Überstellung von „Asozialen“ dorthin „rechtlich einwandfrei“ gewesen sei. Dieses weitgehende Verständnis gegenüber den Tätern und das durchgehend fehlende Verständnis für die Opfer drückte sich auch im Ausgang des Prozesses aus. Der Richter stellte das Verfahren wegen Geringfügigkeit ein und verhängte lediglich Geldstrafen gegen vier der Angeklagten, allen voran gegen den ehemaligen Anstaltsleiter Müller.

Ein ähnliches Muster lässt sich auch im dritten Fall beobachten: den staatsanwaltschaftlichen Ermittlungen gegen den Tuberkulosearzt Werner Sick. Sick,

¹⁷⁹ Schreiben des Oberpräsidenten der Provinz Westfalen an den des Oberstaatsanwalt in Paderborn vom 8.1.1946, Landesarchiv Nordrhein-Westfalen, Ostwestfalen-Lippe, NW Staatsarchiv Detmold, D 21 C Nr. 618, Bl. 26.

¹⁸⁰ Schreiben des ehemaligen Direktors H. Müller an den Landesrat vom 26.11.1945, Landesarchiv Nordrhein-Westfalen, Ostwestfalen-Lippe, NW Staatsarchiv Detmold, D 21 C Nr. 618, Bl. 29-31.

¹⁸¹ Schreiben des Ersten Staatsanwaltes in Paderborn an das Staatliche Gesundheitsamt vom 27.3.1946, Landesarchiv Nordrhein-Westfalen, Ostwestfalen-Lippe, NW Staatsarchiv Detmold, D 21 C Nr. 618, Bl. 46.

¹⁸² Urteil der Strafkammer des Landgerichts Paderborn vom 6.11.1946, Landesarchiv Nordrhein-Westfalen, Ostwestfalen-Lippe, NW Staatsarchiv Detmold, D 21 C Nr. 618, Bl. 97.

der zu dieser Zeit für die Rentenversicherung in Schleswig-Holstein arbeitete, wurde verdächtigt, Ende April 1945 kurz vor dem Heranrücken von Einheiten der Roten Armee in der LVA-eigenen Anstalt Amsee bei Waren/Müritz im heutigen Mecklenburg-Vorpommern mehrere seiner ihm anvertrauten Patientinnen durch die Verabreichung von Medikamenten ermordet zu haben. Wie im Fall Benninghausen glaubte – erstens – die zuständige Staatsanwaltschaft in Lübeck zunächst den Beteuerungen ehemaliger Ärzte als den vermeintlichen Autoritätspersonen, dass es in der Anstalt unter keinen Umständen zu Patientenmord gekommen sein könne. Es sei schlicht ausgeschlossen, dass sie von solchen Vorfällen nichts erfahren hätten, erklärten gleich mehrere, im Zuge der Ermittlungen befragten Mediziner, die entweder selbst in der Anstalt oder in der Nähe als niedergelassene Ärzte gearbeitet hatten.¹⁸³

Gleichzeitig legten die Strafermittlungsbehörden – zweitens – auch hier ein starkes Misstrauen gegenüber dem anklagenden Zeugen an den Tag. Obwohl Vertreter der Strafermittlungsbehörden grundsätzlich gehalten sind, allein die Glaubwürdigkeit der Aussage von Zeugen zu überprüfen und nicht deren Charakter, hielt sich der zuständige Beamte nicht mit entsprechenden Wertungen zurück. Den Zeugen bezeichnete der Polizist, der die Anzeige aufnahm, als „Querulanten und Nörgler, der sich in alle Dinge einmischt, die ihn nichts angehen“. Obwohl das ebenso wenig zur Sache selbst beitrug, erklärte er, dass der Zeuge im Nationalsozialismus zwangssterilisiert und diese Maßnahme nachträglich als rechtens eingestuft worden sei. Ohne rechtes Verständnis für die Situation des Mannes zu zeigen, der damit ja selbst Opfer des Regimes geworden war, fügte der Polizist schließlich hinzu, dass dieser „auch kein Vertrauen zur deutschen Justiz habe“.¹⁸⁴

Schließlich machte sich die Staatsanwaltschaft - drittens – auch hier weitgehend die Sichtweise des Verdächtigen zu eigen. Das ist deswegen so bemerkenswert, weil sich zu Überraschung der vernehmenden Beamten die Tötung von sieben seiner Patientinnen sogar zugab, dafür allerdings besondere Umstände geltend machte. Die Kranken habe er nur deswegen mit einer Überdosis des Narkotikums Evipan umgebracht, so seine Argumentationslinie während der Befragung durch die Staatsanwaltschaft, um sie vor Schlimmeren zu bewahren. Schließlich habe er „diese so-wie-so sterbenden

¹⁸³ Zeugenvernehmungsniederschrift des Landeskriminalamtes NW mit Helmut F. vom 30.1.1967; Zeugenvernehmungsniederschrift des Landeskriminalamtes NW mit Emil N. vom 20.12.1964; Protokoll der Vernehmung des Zeugen Paul Rohwedder durch die Landespolizei von Schleswig-Holstein am 27.1.1967SHLA, Abt. 352.4 Nr. 551, Bl. 59, 79 und 82.

¹⁸⁴ Bericht von Kriminalmeister Felkel, KA Lüdinghausen, vom 1.8.1963, SHLA, Abt. 352.4 Nr. 551, Bl. 5.

Patientinnen nicht ihrem erwartungsgemäß grausigen Schicksal zu überlassen“ können. Da die Soldaten der Roten Armee kurz vor Einnahme der Anstalt gestanden seien, wären die Frauen ohne Zweifel während der zu erwartenden Kampfhandlungen durch einen „Direktbeschuss“ oder „Brand des Hauses“ umgekommen. Er habe es als seine „menschliche Aufgabe“ angesehen, die Frauen, die, wie er versicherte, in wenigen Tagen ohnehin gestorben wären, hiervon zu bewahren. Wie Sick betonte, habe er sich hierzu erst nach „vielstündigen Widerstreit in mir selbst“ und „nach schwersten inneren Kämpfen“ durchgerungen. Es habe keinen wie auch immer gearteten Zusammenhang zu den nationalsozialistischen Euthanasiemaßnahmen gegeben. Er habe die Entscheidung vielmehr ganz allein getroffen.¹⁸⁵

Die Staatsanwaltschaft übernahm seine Argumentation nicht nur weitestgehend, sondern machte sogar von sich aus noch weitere entlastende Momente geltend. Wie die Ermittlungen gezeigt hätten, habe der angeklagte Sick durch Militärärzte zuvor von den „Grausamkeiten, die sich beim Einmarsch der russischen Truppen zu ereignen pflegten,“ erfahren. Ohne es eigens auszusprechen, zog der Staatsanwalt die mögliche Vergewaltigung der sieben Patientinnen durch Angehörige der Roten Armee als zu berücksichtigendes Moment heran.¹⁸⁶ Diese Berichte hätten den Beschuldigten Dr. Sick, schließlich dazu veranlasst, die Frauen zu töten. Dabei hatten selbst einige Polizeibeamte Zweifel an dieser Version der Geschichte. Im Zuge der Ermittlungen stellte sich nämlich heraus, dass einige der Anstaltsärzte sich kurz nach der Tötung der sieben Frauen mit einigen anderen weniger kranken Patientinnen in einem Zug nach Westen abgesetzt hatten.¹⁸⁷ Der Verdacht lag für die ermittelnden Polizeibeamten nahe, dass Sick die sieben schwer kranken Frauen möglicherweise ermordet hatte, um sich auf der Flucht nicht mit ihnen belasten zu müssen. Die Staatsanwaltschaft hingegen glaubte Sick bis aufs letzte Wort. Sie unternahm auch – viertens – keine weiteren Nachforschungen. Möglichen Verstrickungen Sicks und der Lungenheilstätte Amsee in die nationalsozialistische Euthanasiepolitik, die ja der Beschuldigte selbst ins Spiel gebracht hatte, gingen die Strafverfolgungsbehörden weder in Lübeck noch in Ludwigsburg nach, wo die Zentralen Stelle der Landesjustizverwaltungen eigentlich für

¹⁸⁵ Protokoll der Vernehmung des Beschuldigten Werner Sick durch die Landespolizei von Schleswig-Holstein am 24.1.1967, SHLA, Abt. 352.4 Nr. 551, Bl. 75.

¹⁸⁶ Vfg. des Oberstaatsanwalts beim Schleswig-Holsteinischen Oberlandesgericht in Lübeck, Hildebrand, vom 11.4.1967, SHLA, Abt. 352.4 Nr. 551, Bl. 116.

¹⁸⁷ Schreiben des Landeskriminalamtes Baden-Württemberg an die Zentrale Stelle der Landesjustizverwaltungen Ludwigsburg betr. Ersuchen der Zentralen Stelle vom 20.1.1967, SHLA, Abt. 352.4 Nr. 551, Bl. 88-90.

die überregionale Informationsbeschaffung und Koordinierung der Untersuchungen zuständig war. Vielmehr stellte die Staatsanwaltschaft Lübeck das Verfahren ein. Sick habe keinen Mord begangen, so die abschließende Einschätzung, weil er nicht aus niederen, sondern gerade aus höheren Beweggründen gehandelt habe. Auch wegen Totschlags mochte die Staatsanwaltschaft ihn nicht belangen; tatsächlich war die Tat inzwischen verjährt.¹⁸⁸ Sick verließ im April 1967 die Räume der Staatsanwaltschaft Lübeck als freier Mann und arbeitete bis zu seiner Pensionierung weiter als Lungenfacharzt für die Rentenversicherung.

4. Diskussion und Ausblick

4.1 Die Bedeutung der Ergebnisse und ihre Einordnung in den Forschungszusammenhang

Der Befund einer weitreichenden, wenn auch durch unterschiedliche Faktoren bedingten Kooperation zwischen Rentenversicherung und NS-Regime birgt erhebliche Brisanz, weil Tuberkulosebekämpfung im „Dritten Reich“ nicht einfach nur als die ungebrochene Fortentwicklung einer sich zwischen Kaiserreich und Weimarer Republik verfestigenden modernen Leistungsmedizin verstanden werden kann, wie das in manchen medizinhistorischen Arbeiten immer noch zu lesen ist.¹⁸⁹ Tatsächlich beinhaltete die nationalsozialistische Tuberkulosepolitik nicht allein die Ausweitung von Leistungen für Kranke und diagnostische Innovationen wie Röntgenreihenuntersuchungen, die das Aufspüren des Erregers zu einem frühen Stadium der Krankheit ermöglichten. Das ist nur die eine Seite der gesundheitspolitischen Medaille. Die andere Seite ist, dass der nationalsozialistische Kampf gegen die Tuberkulose oftmals den Charakter eines Kampfs gegen Tuberkulosekranke annahm.¹⁹⁰ Das schloss genuine Verbrechen an Patienten mit ein.

¹⁸⁸ Vfg. des Oberstaatsanwalts beim Schleswig-Holsteinischen Oberlandesgericht in Lübeck vom 11.4.1967, SHLA, Abt. 352.4 Nr. 551, Bl. 116.

¹⁸⁹ Beispielhaft Andreas Schmitt, „Leuchten wir mal hinein...“: Das Waldhaus Charlottenburg in Sommerfeld/Osthavelland 1905-1945. Ein Stück Berliner Tuberkulosemedizin, Dissertation FU Berlin 1999, online abrufbar unter http://www.diss.fu-berlin.de/diss/receive/FUDISS_thesis_00000001516 (zuletzt abgerufen am 8. Januar 2018). Der Autor spricht von einer Entideologisierung der nationalsozialistischen Tuberkulosepolitik in der Spätphase des Zweiten Weltkriegs, als man sich ganz auf das vermeintlich medizinisch Notwendige zur Bekämpfung der Seuche konzentriert habe. Zur Kritik an solchen Sichtweisen siehe auch Martin Höfler-Waag, Die Arbeits- und Leistungsmedizin im Nationalsozialismus von 1939-1945, Husum: Matthiesen 1994.

¹⁹⁰ Ähnlich Fleßner, Tuberkulose, S. 45.

Wie die im Projektrahmen durchgeführten Forschungen gezeigt haben, ging das NS-Regime mit Unterstützung von Lungenfachärzten und anderen Tuberkuloseexperten unerbittlich gegen all die vor, die aus Sicht von Medizinern und Gesundheitspolitikern durch ihr angeblich rücksichtsloses Verhalten die Gesundheit anderer gefährdeten und so die imaginierte neue „Volksgemeinschaft“ als Ganzes zu bedrohen schienen. Als asozial abgestempelt, wurden diese Patienten zwangsweise in gefängnisähnlichen Sonderanstalten abgesondert, wo sie bereits vor Kriegsbeginn 1939 einen raschen Tod durch die bewusste Mangelversorgung mit Lebensmitteln finden sollten. Im Krieg schließlich trat noch Patientenmord durch Medikamentenüberdosierung hinzu. Ungeachtet aller Konflikte über die Stellung der Rentenversicherung im Gefüge der nationalsozialistischen Tuberkulosebekämpfung und trotz aller Finanzierungsquerelen trugen die Landesversicherungsanstalten diese Politik mit.

Die bisherigen Ergebnisse zeigen zudem, dass ganz offensichtlich einige Ärzte und Schwestern in LVA-eigenen Anstalten noch einen entscheidenden Schritt weitergingen. In mindestens einem Fall tötete ein Mediziner von sich aus als unbequem oder lästig angesehene Tuberkulosepatienten, um, das ist zumindest zu vermuten, sich bei der Evakuierung seiner Einrichtung in der Endphase des Zweiten Weltkriegs nicht mit ihnen „belasten“ zu müssen. Gegen andere Tuberkuloseärzte wurden ähnliche Anschuldigungen erhoben, die dann allerdings von den zuständigen Staatsanwaltschaften nicht weiter verfolgt wurden. Es bedarf deshalb noch weiterer Forschung, um den Umfang dieses Patientenmords näher auszuloten.

Eines jedoch haben die bisherigen Studien allemal gezeigt: Tuberkulosebekämpfung war keine reine Erfolgsgeschichte, wie Festschriften der Rentenversicherung in der unmittelbaren Nachkriegszeit gerne suggerierten. Die Landesversicherungsanstalten bekämpften an vorderster Stelle eine der tödlichsten Seuchen und retteten damit Menschenleben, allerdings um den Preis, dafür andere Menschenleben zu opfern. Tod und Rente standen damit in einem doppelsinnigen Verhältnis zueinander: Die Rentenversicherung verhinderte weitere Tuberkuloseopfer, zugleich wirkte sie jedoch mittelbar mit an der nationalsozialistischen Mordpraxis an Tbc-Kranken, schließlich töteten einige ihrer Mitarbeiter auch von sich aus Patienten, die in ihrer Obhut standen. Die im Projektrahmen durchgeführte Studie schließt damit eine größere Lücke in der Erforschung der nationalsozialistischen Tuberkulosepolitik sowohl in Deutschland als auch im Ausland. Von den bislang vorliegenden Arbeiten hat sich keine systematisch und umfassend mit der Rolle der Rentenversicherung und ihrer jeweiligen Träger

beschäftigt, obwohl die DRV strukturell gesehen über beinahe 100 Jahre eine der tragenden Hauptsäulen der öffentlichen Tuberkulosebekämpfung darstellte. Bei allen Verdiensten, die den Arbeiten von Sylvelyn Hähner-Rombach,¹⁹¹ Christine Wolters,¹⁹² Götz Aly,¹⁹³ Dirk Blasius¹⁹⁴ und Michael Burleigh¹⁹⁵ zukommt, lag deren Hauptaugenmerk doch eindeutig entweder auf dem Handeln staatlicher und parteiamtlicher Akteure bzw. dem Denken und Handeln von Tuberkuloseärzten. Ingo Harms und Alfred Fleßner haben sich zwar auf die Beteiligung einzelner Landesversicherungsanstalten an der NS-Tuberkulosepolitik fokussiert; bedingt durch den regionalen bzw. lokalen Zuschnitt ihrer Arbeiten ließen sich bislang jedoch nur sehr bedingt Gesamtaussagen zur Rolle der Rentensicherung im Gefüge nationalsozialistischer Tuberkulosepolitik treffen.

4.2 Für die Projektdurchführung förderliche und hinderliche Faktoren

Mehrere Faktoren kamen zusammen, die sich für das Projekt als förderlich erwiesen. Allen voran ist die Ansiedlung des Projektes am Zentrum für Zeithistorische Forschung zu nennen. Mit Winfried Süß, Rüdiger Hachtmann, Thomas Schaarschmidt und Thoms Etzemüller verfügt das ZZF nicht nur über eine ganze Reihe ausgewiesener Kenner des Nationalsozialismus und der deutschen wie internationalen Gesundheitspolitik im 20. Jahrhundert, denen der Bearbeiter wertvolle inhaltliche Anregungen, sondern auch zahlreiche forschungspraktische Tipps verdankt. Es ergab sich zudem ein intensiver und enger wissenschaftlicher Austausch mit anderen Wissenschaftlern am Haus, die an ähnlichen Themen arbeiteten. Dieser Gedankenaustausch wird am ZZF durch regelmäßig stattfindende Besprechungen und Vorträge im Rahmen von Abteilungs- und Institutstreffen gepflegt. So hat der Bearbeiter seine Zwischenergebnisse in kleinerer wie größerer Runde vorgestellt, die bisher erstellten Texte sind vorab auf Abteilungsebene zirkuliert und wurden von den Kollegen kommentiert. Ferner konnte der Bearbeiter durch die Anbindung am ZZF von der Lage des Instituts im Großraum Berlin profitieren. Die Bestände des Bundesarchivs konnten so bequem konsultiert werden, außerdem stand dem Bearbeiter eine Vielzahl größerer Bibliotheken zur

¹⁹¹ Hähner-Rombach, *The Construction*; dies., *Sozialgeschichte*.

¹⁹² Wolters, „Gesellschaftsunwürdige Volksgenossen“.

¹⁹³ Aly, *Tuberkulose und „Euthanasie“*; ders., *Krankheitsverdächtige*. Zuletzt zusammenfassend ders., *Die Belasteten: „Euthanasie“ 1939-1945; eine Gesellschaftsgeschichte*, Frankfurt am Main: Fischer, 2013.

¹⁹⁴ Blasius, *Signalkrankheit*.

¹⁹⁵ Michael Burleigh, *Death and Deliverance. „Euthanasia“ in Germany 1900-1945*, Cambridge: CUP, 1994.

Verfügung. Viel verdankt der Bearbeiter außerdem dem regen Interesse der Mitarbeiter des FNA an dem Projekt: Es ist immer sehr hilfreich, wenn ForscherInnen das Gefühl bekommen, dass ihre Forschung auch außerhalb eines meist engen Expertenzirkels auf Interesse stößt. Schließlich erhielt der Bearbeiter die Unterstützung von besonders engagierten Archivaren (im Archiv des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe Münster; im historischen Archiv der Steiermärkischen Krankenanstaltsgesellschaft; im Landesarchiv Schleswig-Holstein) und auch eines ehemaligen Chefarztes, Clemens Cording, der im Archiv der Psychiatrischen Universitätsklinik Regensburg die Einsichtnahme in historische Patientenakten ermöglichte und bestehende Probleme unkompliziert überwand.

Tatsächlich bestand eine Reihe von hindernden Faktoren. Zunächst ist die insgesamt schwierige Quellenlage zu nennen: Da bislang das Hauptaugenmerk der Forschung nicht auf der Rentenversicherung als einem der Hauptträger der Tuberkulosebekämpfung lag, mussten einschlägige Aktenbestände erst einmal zeitaufwändig erschlossen werden. Wie die Recherchen ergaben, lagern einschlägige Quellenbestände weit verstreut, nicht nur in diversen deutschen Archiven auf lokaler und regionaler Ebene, sondern auch in Archiven im Ausland; dazu zählen Österreich, das seit 1938 Teil des Deutschen Reiches war, sowie die von Deutschland besetzten Gebiete Polens. Zudem hat sich erwiesen, dass die vorhandenen Datenbanken teils bereits veraltet waren. In der vom Institut für Zeitgeschichte in München unterhaltenen Datenbank zu nationalsozialistischen Gewaltverbrechen zeigte sich, dass durch den Umzug eines französischen Archives nach Paris wichtige Bezüge verloren gegangen sind. Schließlich kam es in einem Fall auch zur Vernichtung von Akten, die an sich bereits für die historische Forschung erschlossen waren. Wie die Staatsanwaltschaft Köln dem Bearbeiter mitteilte, sind staatsanwaltschaftliche Vorgänge im Zusammenhang mit Ermittlungen wegen medizinischer Experimente an Patienten, die in einem Kölner Krankenhaus angestellt wurden, im Zuge einer Altregistraturbereinigung vernichtet worden.

4.3 Künftige Forschungsfragen

Durch die im Projektzusammenhang durchgeführten Forschungen haben sich auch weiterführende Fragen ergeben. Zwei Problembereiche verdienen hier besondere Beachtung. Künftige Forschungen könnten zum einen die in Deutschland betriebene Tuberkulosebekämpfung stärker in ihren internationalen Zusammenhängen

untersuchen. Bedingt durch das Erkenntnisinteresse des Projektes (die Rolle der Deutschen Rentenversicherung) hat der Bearbeiter einen ausschließlich nationalen Untersuchungsrahmen gewählt. Wie jedoch bei den Recherchen immer wieder deutlich geworden ist, scheint das Ausland in mehrfacher Hinsicht eine wichtige Rolle gespielt zu haben. Der vor 1945 immer wieder geübte Verweis auf vermeintliche ähnliche Vorgehensweisen in der Tuberkulosebekämpfung in anderen europäischen und nordamerikanischen Ländern diente offenbar in der deutschen Diskussion als Legitimitätsressource, um die vermeintliche Richtigkeit bestimmter Forderungen in der Tuberkulosepolitik zu beglaubigen. Im Nationalsozialismus scheint vor allem das faschistische Italien, seit Mussolinis Machteroberung 1922 ein stark beobachtetes und zugleich imitiertes Vorbild für die NS-Bewegung, in dieser Hinsicht eine herausgehobene Stellung besessen zu haben. Das rigide Vorgehen gegen als asozial stigmatisierte Patienten auch in Italien sollte offenbar den eigenen Maßnahmen den Anschein internationaler Normalität verleihen und damit das Regime gerade von Kritik aus dem Ausland immunisieren. Umgekehrt diente nach 1945 das von deutschen Lungenfachleuten immer wieder vorgebrachte Argument, dass schließlich auch Österreich und die Schweiz eine gegen „Asoziale“ gerichtete Tuberkulosepolitik betrieben, dazu, den Bezug zum Nationalsozialismus aufzulösen und keine Diskussion über das Fortbestehen bestimmter Denkmuster aufkommen zu lassen.

Zum anderen könnte künftige Forschung verstärkt auf die Frage fokussieren, wie die Rentenversicherung selbst nach 1945 mit dem Problem der Kontinuität deutscher Tuberkulosepolitik und hier speziell mit der Rolle der eigenen Organisation im Nationalsozialismus umging. Die Frage zielt somit auf das Problem der historischen Selbstreflektion einer Institution. Das vorliegende Projekt hat hierzu bereits einige Ergebnisse geliefert. So hat sich ansatzweise gezeigt, dass das sehr starke Traditionsverständnis innerhalb der Rentenversicherung letztlich eine kritische Auseinandersetzung mit dem NS-Regime stark behinderte. Zu fragen wäre weiter, wie man innerhalb der Rentenversicherung mit dem Problem personeller Kontinuitäten umging.

IV. Die Ergebnissicherung

Die Ergebnisse der Forschungen wurden auf Fachtagungen und internen Veranstaltungen des ZZF mit Fachkollegen diskutiert und in bislang drei größeren Aufsätzen zusammengefasst, die alle 2018 zur Veröffentlichung kommen werden:

1. *In the Shadow of 'Euthanasia': On the Murder of Tuberculosis Patients under National Socialism*, eingereicht und im Herbst 2017 zum Druck angenommen von *German History*, einer der führenden englischsprachigen Fachzeitschriften für deutsche Geschichte. Die Gutachten der beiden externen Reviewer waren sehr positiv, der Text wird voraussichtlich 2018 erscheinen.

2. *Der Tod und die Rente: Tuberkulosebekämpfung und Sozialversicherung im Nationalsozialismus*, erscheint im März 2018 in dem von Nikolaus Konietzko herausgegebenen Sammelband *Die Deutsche Gesellschaft für Pneumologie im Nationalsozialismus*. Der Sammelband wird zusammen mit einer kleinen Begleitausstellung auf dem Kongress der Pneumologen der Öffentlichkeit präsentiert, der vom 14.-17. März 2018 in Dresden stattfinden wird. Der Sammelband richtet sich an Medizinhistoriker und mehr noch an Lungenfachärzte. Die Publikation besitzt damit nicht nur einen akademischen Wert, sondern hat auch eine größere gesellschaftliche Relevanz, weil sie zur historischen Aufklärung und Vergegenwärtigung medizinisch-ethischer Fragen unter denjenigen beiträgt, die in der Tuberkulosebekämpfung tätig und mit Problemlagen konfrontiert sind, die der Beitrag aus historischer Perspektive thematisiert (vor allem der Umgang mit Patienten mit offener Tuberkulose, die Therapien verweigern).

3. *Die ausgebliebene Aufarbeitung: Nationalsozialistische Verbrechen an Tuberkulosekranken und ihre weitgehende Nichtahndung nach 1945*. Der Aufsatz wird im Februar 2018 fertiggestellt und vermutlich im *Potsdamer Almanach* des ZZF 2018/19 publiziert. Da der Almanach sich nicht nur an professionelle Historiker, sondern an eine größere interessierte Öffentlichkeit richtet, ist die weitere Verbreitung der wissenschaftlichen Ergebnisse gesichert. Der Aufsatz wird die ersten beiden Aufsätze zusammenführen, zugleich aber ein Augenmerk auf die Zeit nach 1945 richten. Konkret soll der Frage nachgegangen werden, wie Fälle von Patientenvernachlässigung und Patientenmord aufgearbeitet wurden und vor allem warum diese lange Zeit nicht im Zusammenhang mit der „Euthanasie“ an geistig behinderten Menschen verstanden wurden.

Das druckfertige Manuskript bzw. die Druckfahne der Texte 1 und 2 sind dem Bericht im Anhang beigelegt.

V. Anhang

In the Shadow of ‘Euthanasia’: On the Murder of Tuberculosis Patients under National Socialism

Helga M. was 63 years old as she was admitted to the psychiatric care and nursing institution *Am Feldhof* near Graz.ⁱ Her case was notable because her doctors had not diagnosed any psychiatric illness. Rather, the local health authority had involuntarily committed Helga M. because of her open, infectious tuberculosis. Once she arrived at the psychiatric facility, Helga M. was immediately placed in the *Siechenabteilung* (infirm unit), which had responsibility for those patients requiring high levels of care. Although severely ill, she received no medical treatment of any kind in the following weeks, for she was considered a hopeless case. As with other patients suffering from tuberculosis who were involuntarily committed to the facility, the physician in charge of the department instead administered Luminal (phenobarbital), a strong sedative.ⁱⁱ By contemporary medical standards, Luminal was contraindicated in persons with lung disease, since at higher doses, it could cause respiratory depression and thereby lead to death by asphyxia. Moreover, patients often became so somnolent that they ate virtually nothing. The Feldhof nursing records reveal that in many cases where patients were administered Luminal, they simply starved to death.ⁱⁱⁱ Helga M. shared this fate; she died only a month after her admission to the facility, as tersely confirmed by the nursing staff in her medical record.

Helga M. and the other tuberculosis patients at the Feldhof were not exceptional cases. Quite to the contrary: In the later phase of the Second World War, it is estimated that many thousands of patients with tuberculosis died from negligent care and

deliberate drug overdoses. In fact, the *Am Feldhof* facility was only one of a total of 18 special facilities in the German Reich to which persons with open tuberculosis were involuntarily committed. It is significant to note that every one of these was a facility that participated in the murder of persons with psychiatric illnesses.

There was not only a close geographic and temporal connection between the murder of patients with mental disabilities and of tuberculosis patients. They were based on similar motivations: both groups were increasingly viewed as an economic and social burden for the health care system as well as for German society as a whole. Given the backdrop of dwindling medical resources after the start of the Second World War, this argument had fatal consequences. Yet there were also major differences. Tuberculosis was seen as a far more direct and acute threat to public health. Whereas doctors and demographers believed that inherited psychiatric illnesses would rise in frequency across generations and then become truly virulent, tuberculosis was a contagious disease. Accordingly, the need to act seemed more urgent for tuberculosis than for persons with psychiatric illnesses. A further difference was that in the eyes of the regime, most persons with tuberculosis did not occupy the imagined margins of German society, but were 'normal Germans' who were afflicted with an illness that at the time, could overtake anyone. Thus, tuberculosis extended into the center of the society. In fact, tuberculosis was regarded at the time as a *Volkskrankheit* [national disease], which posed an internal threat to one of the regime's central visions, namely to build a new 'pure' and healthy *Volksgemeinschaft* [national community].^{iv}

Thus, tuberculosis and the *Volksgemeinschaft* were intimately related. The principal thesis of my paper is that two primary factors were critical in determining the further destiny of tuberculosis patients: their behavior toward the *Volksgemeinschaft*, and their capacity for work, that is, their economic utility to this same national

community. On the one hand, an individual with open (that is, contagious) tuberculosis had the duty to conduct his life in such a way as not to endanger other 'national comrades' [*Volksgenosse*]. In this point, there came a radicalization of thinking and action; starting in the late 1930s, any violation of this duty was regarded as 'antisocial', that is, as behavior directed against the 'vital interests' of German society. Here, we can observe a broad expansion of the meaning of 'a-social' or 'antisocial'. At the same time, the regime integrated open tuberculosis patients in the *Volksgemeinschaft* so long as they could work and thereby represent a factor in productivity. This point took on special importance starting from the early 1940s, because the war led to a great shortage of labour. Thus, a thin line developed between dangerousness and social utility, and the fate of people with tuberculosis was decided along this line.

From the perspective of historiography, the murder of people with tuberculosis stood for a long time in the shadow of 'euthanasia'. At first, this might seem surprising, for the medical history of the Third Reich can by now be viewed as well-researched.^v However, large gaps in scholarship still remain. A particularly blatant oversight relates to the connection between 'euthanasia' and tuberculosis. It is true that each of these phenomena, taken by itself, has been thoroughly researched.^{vi} Yet to this day only a few studies have examined the degree to which tuberculosis patients also became victims of the National Socialist program of murdering the old, the sick, and the disabled. A systematic exploration of this connection has been attempted only by Götz Aly,^{vii} Ingo Harms^{viii} und Winfried Süß,^{ix} whereas most specialized studies and comprehensive thematic surveys of the National Socialist euthanasia program make only marginal mention of the temporally coexistent murder of people with tuberculosis.^x

My paper is divided in three parts. The first part describes the ideas and actions affecting people with tuberculosis during the inter-war period. How these patients were

dealt with was largely determined by two factors: the experience of the First World War, and what we might call the 'psychiatrization' of the disease. Thus, experts cited the post-1914 epidemic spread of tuberculosis to justify an intransigent attitude toward those afflicted with the disease. Harsh measures were also made more palatable by the fact that in many cases, physicians no longer interpreted tuberculosis as a purely somatic illness, but instead, as the manifestation of socially pathological behavior. Patients who did not comply with medical recommendations were quickly viewed as 'psychologically abnormal' and 'inferior'. Accordingly, in the 1920s, the battle against tuberculosis became a field of activity shared by pulmonary doctors *and* psychiatrists. They actively promoted the compulsory separation of 'antisocial' tuberculosis patients and, in extreme cases, even their elimination. This tells us that it was not only representatives of the National Socialist regime whose notions threatened the health and lives of people with tuberculosis. They had powerful support from recognized experts, including physicians and other health professionals, many of whom had worked in the field for years and saw in the new regime an opportunity to finally put into practice the radical ideas of a 'pure' society they had been cultivating well before 1933. In fact, starting as early as 1934, physicians began to experiment with deliberately neglecting tuberculosis patients and thereby hastening their rapid demise at the 'model facility' Stadtroda near Jena.

The second part of my paper addresses the systematic neglect and murder of persons ill with tuberculosis that began after the start of the Second World War. My focus is on the structures created to combat tuberculosis in which physicians and nurses operated. This relates especially to the 18 'special facilities' built throughout the Reich for the forcible separation of patients with tuberculosis. For one thing, the special facilities were intended to serve as an educational tool: their existence would discipline those tuberculosis patients still able to work and to be integrated in society were to be

so they would no longer represent (in the eyes of the regime or professionals) a risk to the health of the *Volksgemeinschaft*. Such discipline came along with regulation of behavior. However, for any persons with tuberculosis who failed to meet these requirements, the facilities were purely intended as a deportation site; the death of the patients was a deliberate part of the calculus. This is evident when we look at the practice on site through selected examples. In four of the special facilities examined, patients not only received deliberately negligent care. In not a few instances, neglect was followed by the murder of patients through the administration of the wrong medication or through overdose.

The third and concluding part of my paper summarizes the implications of the history presented here for judging National Socialist health policy and the Nazi regime as a whole, and how to integrate these judgments into the broader lines of 20th century German history.

Hunger, War, and Psychiatrization: Ideas and Actions affecting People with Tuberculosis in the Interwar Period

Until well into the 20th century, tuberculosis ranked as one of the greatest health challenges faced by humanity.^{xi} Effective therapies only became available with the development of antibiotics after 1945, and meanwhile, unhealthy living conditions in rapidly growing cities coupled with poor nutrition, especially of workers and their families, contributed to the spread of the disease. In Germany, tuberculosis remained the leading cause of death at the beginning of the 20th century, accounting for more than half of all deaths in the age group of 15 to 40 year olds.^{xii} Although in the years that followed, the disease waned as a result of improvements in nutrition and housing, the First World

War acutely exacerbated the situation once again. In the years of hunger and hardship after 1914, tuberculosis increased in the civil population alongside influenza; as few persons understand today, large numbers of war-wounded soldiers also suffered from this disease.^{xiii}

Despite the fact that the number new illnesses and the mortality rate rapidly returned to pre-War levels in the Weimar Republic, the First World War became a central point of reference for the thinking and actions of lung specialists and other health experts concerned with tuberculosis.^{xiv} At first, these experts included military doctors, who had already made great efforts to combat the epidemic during the war.^{xv} They were joined by medical personnel engaged in inpatient care for people with tuberculosis in lung sanatoria on behalf of German social security insurance, and thereby prevent patients from becoming unable to work. Finally, we should mention those physicians who were working at the more than 2,000 tuberculosis dispensaries (*Fürsorgestelle*) caring for ambulatory patients throughout the nation. After 1918, there were similarly large numbers of papers in professional journals and handbooks dealing with the impact of the World War on the development of tuberculosis. The military doctor Walter Bussenius, who analyzed the burgeoning quantity of literature, spoke of many hundreds of papers.^{xvi}

These publications reflect a double experience from the war years: against the backdrop of a rapid rise in the incidence of the disease after the start of the war, these doctors argued that it would be important with all means and at any cost to prevent a repetition of such an event in the future. Although most doctors shared this objective, they expressed different opinions about the concrete implications for the future that should be drawn from this experience. Some doctors, such as the director of the local tuberculosis infirmary in Karlsruhe, Oswald Geissler, limited themselves to blaming

what the catastrophic outbreak of the disease on the victorious Allied forces and the new democratic government in Germany, thereby adding tuberculosis to the 'stab-in-the-back' legend in this area.^{xvii} Other doctors dealt quite unsparingly with what they say as Germany's own deficits in past attempts to deal with the illness. In fact, the lessons to be drawn from the First World War became the point of departure for a comprehensive critique of pre-1918 attempts to combat tuberculosis. This critique related both to their strategic orientation as well as the structures previously created in the form of inpatient facilities such as sanatoria and ambulatory centres in the nation. In this vein, Georg Barth, director of a lung sanatorium in Saxony, stated in a 1922 article in the *German Medical Weekly* that the war and its consequences had shaken up 'everything that existed previously in this realm'.^{xviii} Given the rapid spread of the disease, he had been forced to learn that the 'previously persuasive, universally accepted foundation for combating tuberculosis' ultimately had 'only weak supporting columns'. The sanatoria and ambulatory facilities were unable, he said, to halt the 'gradual destruction of our *Volkskörper* [nation's body]' and they had ultimately been overwhelmed by the problem.

However, critics did not consider merely the structures and their capacity as being terribly inadequate; some lung specialists also regarded the prior strategy as a whole as flawed. For example, Hermann von Hayek attested to the complete failure of the whole sanatorium system.^{xix} A lung specialist and director of the local tuberculosis dispensary in Innsbruck, he claimed that the previous focus on inpatient therapy in sanatoria and other pulmonary tuberculosis dispensaries facilities for patients whose disease was already far advanced was fundamentally mistaken. It was too late for medical care at this stage of the illness, Hayek declared in 1920, among others, in a much-read monograph published by the renowned Springer Verlag.^{xx} He claimed that the huge sums of money previously invested with a focus on cures with good nutrition,

physical rest, a hygienic environment, and lots of fresh air had been utterly wasted. Against this backdrop, Hayek proposed a fundamental reorientation of tuberculosis policy. He suggested that future success could only be achieved if one shifted the battle against the disease with a much greater emphasis on an earlier stage.^{xxi} In his view, ambulatory centres and much more economical dispensaries should play a central role in the future as an early warning system. They should be broadly expanded, as Hayek suggested, which also favoured his personal economic interests as a tuberculosis medical officer.

In fact, other experts also shifted their emphasis to early recognition and prevention: of course, the earlier system of cures in sanatoria remained largely in place. However, in addition, there were new diagnostic and preventive tools, intended to identify patients more rapidly and prevent new infections to the greatest degree possible. In this context, the ambitious medical officer Franz Redeker had developed a plan back in the 1920s to fully screen the German population by means of X-ray testing. It was Redeker who had first succeeded in documenting the radiological evidence for early pulmonary infiltration by the tuberculosis pathogen, thereby creating the diagnostic preconditions for this kind of comprehensive health check, which was implemented, at least in part, during the 1930s.^{xxii}

Associated with the notion of screening was the simultaneous demand for intensified control of tuberculosis patients. As the lung specialists saw it, the patients' 'correct' lifestyle was critical to the success of future tuberculosis policy: patients must behave in such a way as to prevent any contagious transmission of the disease. This change of emphasis came along with a particular way of regarding those who were ill. Rather than seeing them as human beings needing care, they were regarded more and more as disease carriers who were a constant threat to healthy persons. As Hermann

Bernhard Braeuning, one of Germany's leading tuberculosis doctors, declared only a few years after the end of the war, far greater attention must be paid to the 'sick person as the center of the epidemic'.^{xxiii} Günther Krutzsch went substantially further. In 1925, the tuberculosis medical officer from Altenburg in Thuringia advocated a harsher attitude towards people with tuberculosis if they supposedly endangered others by their lifestyle.^{xxiv} Similar to other colleagues, Krutzsch spoke in this regard about 'malicious sick persons'.^{xxv} By abrogating the duty of medical confidentiality, he thought it should be possible to register such patients in the interests of the community and to control them, even if this resulted in major interference in the relationship of trust between physician and patient. Ultimately, only a rigorous approach to sick persons could avert the risk of spreading the disease, he claimed. Only a little later, Krutzsch would propose forcibly segregating people with tuberculosis who would not heed medical advice in locked institutions.^{xxvi}

It is worth noting that such sweeping recommendations were already being articulated in the mid-1920s. Until now, researchers have tended to assume that in the Weimar Republic, such negative back references to the First World War first became triggered by the Great Depression of 1929. They have argued that it was the dramatic deterioration of the financial underpinnings of social welfare policies resulting from the economic crisis that triggered a deeper negative attitude toward psychiatric patients as a source of supposed social danger and a financial burden to the welfare state.^{xxvii}

However, a closer look shows the total absence of any such causal relationship. Instead, starting right after 1918, the medical community drew lessons from the from the lost war and spread the word in the early years of German post-war democracy about the major health risk allegedly posed by people suffering from tuberculosis. From the perspective of doctors such as Günther Krutzsch, the Great Depression merely

provided a clear and reasonable opportunity to underscore that they had always been right to advocate a harsh approach to deal with these supposedly intransigent persons with tuberculosis. The First World War had a major and persistent impact as a negative point of reference, not least for the perception of people with tuberculosis.

In addition, the First World War was also a positive reference point for some particularly radical thinking doctors. They learned that the situation of war and crisis favoured those social developments that they advocated. A particularly striking example of this is represented by Berthold Kihn. In 1932 the psychiatrist and later director of the Special Facility for 'antisocial' tuberculosis patients in Stradtroda wrote a paper published in a major psychiatric journal, the *Allgemeinen Zeitschrift für Psychiatrie* (*General Journal of Psychiatry*). He claimed that the condition of shortages during the First World War also had its good side: the Hunger Years 'truly cleaned out things among inmates of insane asylums'.^{xxviii} Here, Kihn was alluding positively to the fact that between 1914 and 1918 in German health facilities, nearly 70,000 psychiatric patients starved to death.^{xxix} The backdrop for mass starvation was that the naval blockade by the Entente powers had led to major supply bottlenecks in the German Reich, which had most affected the weakest members of the society. According to the calculus of the government food officials and facility directors, the 'insane' were people whose supplies could be diverted in times of emergency toward other social groups regarded as more important. Belinda Davis, among others, has clearly shown in her research that there was a definite hierarchy in the food supply: at the top stood the military, followed by population groups regarded as important to the war effort, such as industrial workers. At the very bottom of the ladder were the 'useless' inmates of prisons and other penal institutions.^{xxx} Thus, as Davis aptly shows, there was a sharp divide between 'food for the strong and food for the weak'. This reveals much more than

a philosophy, well before the Nazi takeover of power, that was based on a differential valuation of human life. Much more, and this is my thesis, such considerations ultimately led to the actions of a relatively small group of lung doctors and psychiatrists who rapidly rose to leading positions, who like Kihn, starting from 1933, organized and implemented the forced incarceration of tuberculosis patients.

Kihn was personally familiar with death from starvation in German psychiatric facilities based on his own experience; in 1922, he spent part of his residency in the Lohr Sanitarium in Würzburg, where psychiatric patients were dying by the dozen from 'debilitation' even after the end of the war.^{xxxii} In addition, just a little later, he worked with Julius Walter-Jauregg at the Lower Austria State Institution for Nervous and Mental Diseases in Vienna. Walter Jauregg, a later Nobel Prize recipient, was among the first doctors who tried to calculate the scope of death by starvation in psychiatric institutions during the First World War and to publish this work in scientific journals.^{xxxiii}

As Kihn's own publications reveal, he regarded hunger as a proven method of demography and eugenics. In the war against 'inferiority' in society, as he viewed it, 'all measures' were ultimately permissible. In this regard, he spoke explicitly of the necessity of allowing 'the destruction of life unworthy of life', that is, the targeted killing of human beings. As he saw it, death could still claim many more victims among psychiatric patients; there was still lots to do in order to free German society from 'ballast lives'.

Finally, Kihn is also an outstanding example of the psychiatrization that took place in the fight against tuberculosis during the inter-war period.^{xxxiii} Now, lung specialists were not alone in their involvement with the disease, but were joined by growing numbers of psychiatrists, whose diagnoses steadily came to dominate the discourse on the right way to deal with the illness. Whereas among general practitioners

and hygienists, such as Rudolf Abel, the idea persisted that the *Volkskrankheit* was related to social misery and lack of housing, and that the problem could be overcome through appropriate social welfare programs,^{xxxiv} his psychiatric colleagues saw the problem quite differently. Alongside Kihn, we should also mention Gerhard Kloos and Heinrich Boening, who each later served as directors at Stadtroda.^{xxxv} For these doctors, it was not structural and economic reasons that were the principal cause for the spread of the disease, but rather the alleged misbehaviour of some of the sick persons themselves, which they classified as psychopathological. This shift in classification implied a personalization of the illness while also over-simplifying its complex societal and economic causes.

This view of the disease and its putative causes appealed primarily to the medical officers at tuberculosis dispensaries. Some of them were frustrated by the apparent ineffectiveness of their own efforts in the ambulatory dispensaries. They mostly had to deal with people in poor financial circumstances in bad housing situations, most of them lacking social security insurance, who were unable to afford expensive sanatorium cures, and only could take advantage of smaller treatment efforts. The doctors' time-consuming work of educating patients about hygienic preventive measures and the diverse material assistance for families with tuberculosis, such as housing supplements, seemed relentlessly sabotaged by the supposedly undisciplined behavior of so many of the patients, or so they complained.

Franz Ickert, a medical officer in Stettin at the time, and already one of the leading TB doctors of his time, compared the work of caring for tuberculosis patients in his *Outline of Social Medicine* with the 'sieve of the Danaids'.^{xxxvi} The relatively small but vocal group of tuberculosis dispensary doctors around Ickerts and Krutzsch articulated their sense of impotence in numerous scientific papers.^{xxxvii} Over the course of the

1920s, their position acquired greater institutional weight in the medical community. Ickerts and Krutzsch were among the leading members of the *Society of German Tuberculosis Care Physicians* founded in 1920, which five years later became part of the umbrella organization, the *German Tuberculosis Society*. Of course, tensions persisted for years with the lung sanatorium physicians, who were also associated with the Society, but in any case, the tuberculosis dispensary physicians now had a platform to disseminate their energetic demands for how to deal with allegedly irresponsible TBC patients and brought their case to the larger medical community.

In fact, these medical officers had become observably radicalized starting from the mid-1920s. The ‘miscreant persons with tuberculosis’ went on to be called ‘antisocial open persons with tuberculosis’. This highly stigmatizing term was first popularized in 1930 by Erwin Augstein, a former military doctor from East Prussia involved in caring for tuberculosis patients, at the annual professional meeting of tuberculosis physicians in Nordeney in 1930.^{xxxviii} The persons with tuberculosis assigned principal culpability for spreading the disease where those, ‘who either from unreasonableness or bad faith permanently endangered their environment,’ as he explained.^{xxxix} From the doctors’ perspective, this primarily occurred when patients stopped treatments on their own initiative or failed to follow or did not adequately follow hygienic requirements for preventing contagion. In professional journal articles, lung specialists and psychiatrists often cited especially tragic examples, where they saw individuals as having acted completely irresponsibly toward the people around them. For example, they described that a tuberculosis patient had spat on children in order to infect them. Behind such reports was a fatalistic attitude among those afflicted, as they explained it, who were conscious of the incurability of their own illness and deliberately wanted to drag others along to their deaths so as not to be the only ones to die.^{xl} Of

course, the doctors themselves knew that only an infinitesimal number of patients actually behaved in this way. What is quite evident is that their aim was to use the dramatic depiction of such assaults on a uniquely helpless group as justification for the need for quick and radical action. The reference to endangering children was perfectly suited for this purpose. As research in other areas has shown, the innocence of childhood often served as a vehicle for societal interests and as a strategic instrument, as, for example, when the aim was the exclusion of minorities. The best example is the recurrent charge against Jews of the ritual murder of Christian children.^{xii}

Things were not much different in the case of people with tuberculosis. Anyone allegedly responsible for personally endangering children must be reckless, brutal and egotistical, or so it was claimed. Such patients were psychologically abnormal, and ultimately, put themselves beyond the bounds of society and were therefore justifiably seen as antisocial outsiders.^{xiii} What made the medical discourse so problematic was that conclusions about major trends were drawn from a few extreme cases. Actually, large groups of people came into the doctor's purview who were already cast at the margins of society: alcoholics, prostitutes and the homeless were said to be the primary source for 'antisocial open tuberculosis cases'. According to this point of view, they made up the societal substrate of the disease. It is quite apparent that, the figure of the 'antisocial open tuberculosis case' crystallized a host of prejudices and anxieties against certain social groups.

The psychiatrization of tuberculosis and the invention of the 'antisocial tuberculosis cases' went on in turn to have a serious impact on the ways that doctors thought about the day-to-day battle against the disease. For one thing, this development opened the door to the forced confinement of tuberculosis patients, a practice already routine in psychiatry. The demand by medical officers since the mid-1920s to commit

open tuberculosis patients to health facilities, even against their will, and thus isolate them from the rest of society, thus achieved greater plausibility in the medical community. Around 1930, Hermann Bernhard Braeuning, who was mentioned earlier, demanded that politicians create the legal groundwork for this intervention at the legislative level, and he gained significant support for this position among his colleagues. Since such patients often refused or interrupted treatment, he insisted that forced commitment was the only option for protecting society. This means that doctors were arguing from a position of supposedly objective medical necessity, which was intended to limit or eliminate any alternatives for the politicians.

Through psychiatrization, tuberculosis made its way into the deliberations about euthanasia that had already been an element in psychiatric discourse for some time. Admittedly, the call to physically eliminate human beings considered inferior was still a minority position at the time. Its most important proponents, Karl Binding and Alfred Hoche, were still largely isolated in contemporary academic discourse. However, at the same time, the euthanasia debate became a reference point for advocates of extreme positions in combatting tuberculosis. For example, Kihn explicitly referred to Binding and Hoche in his 1932 paper cited earlier.^{xliii} This meant that their position entered the room as a radical alternative, and thus expanded the range of options, including for doctors at tuberculosis dispensaries.

At first, the argument that people with tuberculosis should all be forcibly separated found a limited place in political discussion. From the perspective of the tuberculosis dispensary doctors in particular, the politicians of the Weimar Republic were doing far too little to tackle the problem. No definitive national tuberculosis law, which would combine the infectious disease provisions that existed in some states and create a legal basis for forced separation was in process. Only in Thuringia, where the

NSDAP had ruled since 1930, was there an initiative to enact such epidemic public health regulations, complained Julius Emil Kayser-Peterson, also a former military doctor and, at the time, chief doctor at the local tuberculosis dispensary and lecturer at the university in Jena.^{xliv} From the start, Kayser-Peterson and a few of his colleagues in the early 1930s placed their hopes in the National Socialist Party, whose program promised energetic action, including against 'antisocial' tuberculosis patients.

These doctors' expectations were not disappointed. In fact, Hitler's seizure of power made possible what had only been debated and suggested before: the forced incarceration of persons with tuberculosis in a model locked facility, on a trial basis. Only a year later, the department for 'antisocial persons with open tuberculosis' opened its doors in Stadtroda near Jena. Connected to a psychiatric sanatorium, the inmates lived there under prison-like conditions; their rooms had barred windows, there were armed guards, and in case of violations of the strict house rules, patients faced solitary confinement and deprivation of food. Very soon thereafter, the inmates became victims of a policy of deliberate neglect, which, at the very least, regarded the death of the patients as a matter of course. For example, Franz Heisig, a tuberculosis medical officer who helped build Stadtroda and was thus quite familiar with the conditions there, simply stated that many patients there were hopeless cases. Medical and nursing care measures otherwise typical in lung sanatoria were no longer applied to these patients. Specifically, this meant that patients were no longer given protein-rich foods such as milk or adequate amounts of fat, which were necessary to counteract the breakdown of the body caused by the illness.^{xlv} We can see how differently patients in Stadtroda were treated by looking at the daily ration sheets. A patient with a prospect of cure was assigned to so-called First-Class Board; he received daily rations costing 1.25 RM (Reichsmark). A tuberculosis patients labelled as 'antisocial' was assigned to so-called

Second-Class Board and had to make do with only one-third of that amount. As a result, the sum spent on food for tuberculosis patients fell below even what was being spent to feed the mentally handicapped and psychiatrically ill patients housed there.^{xlvi}

The meagre rations are noteworthy, given that the economic situation in the Reich had improved since 1933, and that unlike in the earlier war years, food was by no means so scarce a commodity that there would not be enough for all. As Renate Renner has pointed out in her local study of Stadtroda, starvation rations were not dictated by any considerations of budgetary restraint, but instead, based on a deliberate decision on the part of the competent Thuringian Ministry of the Interior and Stadtroda management, who wanted to precipitate the rapid death of these patients.^{xlvii} Indeed, drawing on his experiences during the First World War, Berthold Kihn, the administrative director of Stadtroda, already spoke openly about the targeted killing of patients in 1932. And some of his managers spoke in similar terms. Margret Hielscher, for example, who was director of the so-called pediatrics department in Stadtroda and later responsible for the murder of mentally handicapped children, had also argued in 1930 for the 'extermination of life unworthy of life'.^{xlviii}

Finally, the mortality rate for TBC patients in Stadtroda already began to rise rapidly as of 1935.^{xlix} The number of deaths doubled from the year before, and remained very high in 1936, only to level off gradually in the years that followed. For Renate Renner, there is no conclusive explanation based on the illness itself for such a steep rise in the number of deaths. Tuberculosis was a chronic disease and often, patients survived with it for many years. Thus, in peacetime, the course of the illness varies from person to person, and this provides no explanation of such a sharp rise in the mortality rate only a year after the forced incarceration of the first tuberculosis patient. The overall mortality rate was higher in the tuberculosis department than the average mortality for

psychiatric patients committed to Stadtroda, who were somewhat better supplied with food and thus form a good comparison group. These differing outcomes did not remain hidden from outsiders. The local parish council, which was responsible for burials, complained that since the commitment of people with tuberculosis, the number of deaths in the facility had risen sharply.^l

A parallel history is evident for the special facility set up in 1938 in Rodewisch Saxony, better known as the Untergöltzch mental hospital. Here as well, 'antisocial' tuberculosis patients thought to have a poor prognosis were deprived of life-sustaining supplemental food rations, as revealed in the facility's annual report.^{li} This means, at least in some institutions of the German Reich, routine patient neglect was already implemented in peacetime. Thus, deliberate underfeeding of patients became an instrument in the hands of a few, especially radically minded doctors. This is important, because it shows that medical neglect had already begun before 1939, when the Second World War created new supply shortages. My thesis is that the wave of patient murders starting launched with the war should not be seen as a pure response to a crisis situation. Instead, the situation of lack, at least for some actors, merely served as justification for a policy directed at social 'purification'. There is extensive evidence for such a view. For example, extant records reveal that Stadtroda facility director Kihn, in a lecture delivered shortly before the outbreak of war, asserted that it was intolerable for the state to be weighed down by persons with tuberculosis and other patients. In a future war, the necessity for which Kihn fully believed in, this would have to change.^{lii}

A new war, new opportunities: the campaign against persons with tuberculosis after 1939

The Second World War changed many things. For one thing, it placed great pressure on the health care system. In fact, resources rapidly became scarce. Regions severely affected by the fighting on the Western front, such as Baden, where the bed capacity barely sufficed to provide care for the population before the start of the war, rapidly reached their limits in materials and personnel due to large numbers of war-wounded soldiers and civilians.^{liii}

For another thing, the war opened new opportunities for those actors who sought to use it to legitimize ever crueller ways of dealing with unwanted people with tuberculosis. We should also not forget that the economic pressure now facing the regime was created generated by that very regime. Thus, Mark Roseman recently argued against over-rating the role of the war in such respects. With regard to the Holocaust, he said that the war was not a by-product but rather the logical consequence of Nazi policy as a whole, which had repeatedly hardened before 1939. From this perspective, it was the expectation of war that was radicalizing, not only war itself.^{liv}

The same argument applies to the treatment of people with tuberculosis. There is clear evidence that the new onset of war also offered new opportunities and pretexts for treating psychiatric patients even more harshly than before, and along with them, involuntarily incarcerated and unwanted persons with TBC, and to hasten their slow death by undersupplying them with food. A good example is provided by the recollections of Ludwig Schlaichs, then director of a Protestant institution for the mentally handicapped. In an interview that took place before September 1939, officials from the Berlin Reich Ministry of the Interior had sent feelers out to him and his colleagues asking how the protestant Home Mission might react if the state, in the event of war, imposed sharply reduced food rationing to the inmates of the institutions.^{lv}

It was only a little time later that food rations were, in fact, cut back once again. The driving forces were not only the regional and national representatives of the responsible Ministry of the Interior. As illustrated by the example of the special facility in Stadtroda just described, the impetus for such actions also came from below. Institute Director Kloos told the Thuringian Ministry of the Interior that even before the outbreak of war, he had implemented the idea of skimping at his own initiative.^{lvi}

In the context of this history, it was not a great stretch to further exclude people with tuberculosis from medical care and thus leave them to die, because they were only a burden to the *Volksgemeinschaft* in wartime. Between 1940 and 1942, the Nazi regime vigorously expanded the structures for the exclusion and ultimate murder of ‘antisocial persons with tuberculosis’. Ultimately, alongside Stadtroda and Untergöltzsch, they created 16 additional special facilities spread all across Germany for people with tuberculosis who resisted treatment.^{lvii} As Otto Walker, President of the National Tuberculosis Committee, the umbrella organization for all entities involved in combatting tuberculosis, stated with satisfaction in 1944, now every region could easily ‘rid itself’ of patients who were allegedly behaving recklessly.^{lviii} These special facilities included the Benninghausen provincial workhouse in Westphalia, the Phillips Hospital in Hessian Goddelau, the earlier cited Gau Treatment and Care Facility for Mental Patients Am Feldhof near Graz, the Upper Silesia State Sanitarium in Ziegenhals, the Oberaltenallee Care Facility in Hamburg, the State Hospital in Homburg an der Saar, the Department of Tuberculosis of the Klagenfurt Gau Hospital, the forced commitment center at the Lüben Sanitarium in Silesia, the Ottersweier Sanitarium near Bühl in Baden, the Karthaus Sanitarium in Regensburg, the Lehen Sanitarium for Depressive Patients near Salzburg, the Gau Sanitarium Tiegenhof in the former Gniezno, the Ueckermünde Provincial Sanitarium in Western Pomerania, the Bumgartnerhöhe

Sanitarium and Department for involuntarily committed tuberculosis men in the Lainz Nursing Home in Vienna, and the Gasten Gau Sanitarium in what was known as Reichsgau Wartheland, the latter two facilities primarily intended for Polish persons with tuberculosis. Overall, these facilities had over 4,500 beds for 'antisocial persons with tuberculosis'. From this, we can conclude that over 30,000 persons were forcibly committed to special facilities.^{lix}

These special facilities were all similarly constructed as Stadtroda, which served as an explicit model.^{lx} Thus, a large proportion of them were connected of psychiatric facilities that later became part of the Nazi's murder of psychologically ill and mentally impaired persons.^{lxi} Experience had shown – this was the justification of the structural affiliation – that mental hospitals were the optimal places for dealing with 'psychologically abnormal people', a category in which they included 'antisocial persons with tuberculosis'. These institutions had the required expertise, they thought. As in Stadtroda, persons with tuberculosis at these special facilities were confined to locked sections, and in addition, there were restrictive visitation rules, post-surveillance, and detention cells to enforce internal punishment, which included, among others, withholding all food for up to five days. Clearly, Stadtroda was meant to serve as a model. In any case, there was an exchange of experience between the 18 special facilities. Personal visits to Stadtroda let the other facility directors have an accurate picture of the kinds of engagement with TBC patients practiced there, and to learn from the experiences of the model facility.^{lxii}

Some facility directors even went beyond the practices in Stadtroda. In Hamburg, for example, the local health authority and the director of the Oberaltenallee city facility agreed to broad repressive measures in the event that the tuberculosis patients incarcerated there failed to yield to the strict disciplinary practices. After 1942, in such

cases, patients faced the threat of deportation to a concentration camp.^{lxiii} It is noteworthy that the initiative for this measure stemmed from the welfare authorities and not from the police. The police department actually expressed some initial reservations.^{lxiv} It argued that sick persons could only be interred in a concentration camp if they were fit to undergo detention and to work. However, as the Hamburg Health Department's senior medical officer Hans Schmidt countered, this regulation could be 'broad-heartedly' interpreted to fall within the intent of the National Socialist regime. At any rate, every concentration camp had a medical barracks, where persons with tuberculosis could be admitted. This reveals how the language of National Socialism altered things to such an extent that a term such as 'broad-hearted', originally meant to express Christian charity, could serve as the basis for a new policy targeted at exclusion and oppression. In addition, the dictatorship could count on the independent initiative of people who were ready to help implement the idea of a new, 'pure' society, even against the objections and resistance of other officeholders. Indeed, they went as far as to be the first to flesh out and bring life to this idea. Schmidt, who soon after became culpable for murdering mentally handicapped children,^{lxv} ultimately found a way to implement his demands for a drastic escalation of policies for managing people with tuberculosis, and now, they began to be deported to concentration camps.^{lxvi}

In this way, the special facilities for 'anti-social people with open tuberculosis' finally became part of the Nazi terror apparatus. In fact, the deterrence and intimidation of persons with tuberculosis was part of the declared social policy goals behind the development of the 'special facilities'. The fight against tuberculosis had turned into a fight against people with tuberculosis. Through forced incarceration, the facilities aimed at something well beyond preventing carriers of the illness from infecting other persons. The aim was to use the threat of commitment to such a special facility to turn *every* TBC

patient compliant and ready to keep their behavior 'in concert with society's needs'. The explicit targets were patients receiving normal treatment for tuberculosis at an ambulatory facility or sanatorium. In this way, the special facilities, although they housed only a small minority of all TBC patients, took on eminent importance: their existence was meant to show people what they risked if they overstepped legal bounds. An additional intended effect of forced commitment was its 'remote effect' on all persons under medical care for tuberculosis, as enunciated with satisfaction by tuberculosis medical officer Heisig. In stark contrast to the situation that prevailed in the Weimar Republic, the current nationwide option for forced commitment significantly boosted compliance with the orders of the tuberculosis dispensaries, and as regards the more refractory, seriously ill sanatorium patients, 'for most of them, the mere threat of commitment to a locked facility' was sufficient 'to impel them to proper behavior'.^{lxvii}

The notion was that patients had to follow all instructions of personnel in hospitals and other health facilities uncritically. This meant that patients must strictly comply with the hygienic rules, and beyond this, that any violation of house rules, such as consumption of alcohol or transgression of bed rest, would also be punished. Non-compliance meant threat of commitment to a 'special facility', and in case of severe 'lack of discipline', transfer to a concentration camp. The declared aim was to create 'disciplined persons'; it was part and parcel of behavioural regulation through terror.^{lxviii}

To make the threats credible, the special facilities openly leaked information to the public. Friends and relatives of forcibly interned patients found out about their prison-like conditions of life from their letters. Of course, the correspondence was censored, and any information considered compromising to the facility was deleted, but basically, quite shocking reports penetrated beyond the gates of the facility. Stadtroda took on a function similar to that of Dachau. The German population was deliberately

given just enough distressing information about the first large German concentration camp to make the threat of Dachau enough to intimidate anyone who might want reject the new powers that be.^{lxix}

To all appearances, the threats of commitment to a facility for ‘antisocial persons with tuberculosis’ achieved their desired effect. At any rate, doctors reported with satisfaction that the very word ‘Stadtroda’ instilled fear and terror in the population well beyond Jena. In Graz and the surrounding area, the Feldhof was similarly notorious. For example, one patient began to weep as soon she realized where she had been brought. Benninghausen, the workhouse located in the Westphalian town of the same name, was known among those affected as an ‘extermination facility’. As the wife of one patient testified after 1945, her husband died as a result of the injections he received in Benninghausen during his forced commitment.^{lxx} Accusations of this kind were by no means an exaggeration, but described the essential character of these facilities. In the four special facilities from which we have patient records preserved, there was evidence of neglect by nurses and of medical malpractice, as well as active patient murder by administering overdoses or improper medications. In Karthaus near Regensburg, for example, the withholding of medical treatment is well documented. The ‘prescriptions’ column in patient medical treatment records was often left blank, as a random sample of the 391 preserved patient records reveals. Of 109 records examined, only 42 included any information about treatments received.^{lxxi} Further compounding the lack of treatment was that when doctors did prescribe anything, it was often limited to ordinary medicines like cough tablets, which only relieved a few symptoms of the illness.

An even more striking fact emerges when one looks in the Regensburg sample at just those patients who died in Karthaus. Among 62 patients, only 15 had received prescriptions for medications. This means that three quarters of these patients were no

longer receiving any medical treatment. Since all of them were regarded as hopeless cases, these patients often were no longer given the special tuberculosis rations of milk cited earlier. In Stadtroda, for example, the standard practice to group such patients in the lowest ration class.^{lxxii}

Scant rations and hunger were used by facility directors as a deliberate instrument to punish patients. For example, patients in Benninghausen stopped receiving the regular, thin facility diet because, as was explained in one case, they had 'behaved badly and cheekily toward the Director'.^{lxxiii} Another patient was forced to perform 'continuous work' for the same reason. Only after the transgressor had demonstrated 'good conduct' five months later, as judged by the nursing staff, was he put back on a TBC diet.^{lxxiv}

The consequences of such treatment were sometimes drastic. As doctors and nursing staff regularly documented in the medical records, such patients had severe weight loss over weeks or months before they starved to death. Weight loss of seven kilos over only a few weeks was not uncommon. In one case, a female patient lost 14 kilos in just seven months.^{lxxv} It is important to recall that most of these patients were already very thin when they were committed. Some of the autopsy reports after the death of the patients documented severe wasting as the cause of death.^{lxxvi}

In most cases, the starving patients experienced their body's physical collapse while remaining fully conscious. One female patient, who later died of malnutrition, complained to the nursing staff that she was hungry.^{lxxvii} And in letters to friends and relatives, patient also reported the life-threatening conditions in the facilities. So, in a letter confiscated by the special facility, Armin H., a 36-year-old worker, entreated his family to get him out of Benninghausen immediately; otherwise, he would 'fall apart' there. By now, he was only 'skin and bones'.^{lxxviii} One of his fellow patients, Fritz H.,

wrote his legal guardian to tell him he had lost a great deal of weight since his admission, because he was only getting 'bad and meagre' food to eat.^{lxxxix} The treatment he was experiencing in Benninghausen was 'cruel and inhumane,' he concluded.^{lxxx}

Some facilities even took matters a step further. Their doctors did not stop at withholding therapies and life-sustaining special rations; they actually killed some of the patients directly with drugs. This is well documented for the Benninghausen workhouse and the Am Feldberg facility near Graz. Whereas in Graz, as described earlier, the medical personnel used Luminal (phenobarbital) to keep patients in a permanent twilight state, thereby hastening their death, the doctors in Benninghausen administered morphine. According to the medical records, the expensive pain-relieving opiate was employed on the record to quiet restless patients. But similar to Luminal, morphine was contraindicated for use in patients with impaired lung function by contemporary standards because it impaired their breathing and, at worst, led to death by asphyxiation. In Benninghausen, though, the treating physician administered morphine even to those patients who had major respiratory problems documented at the time of their admission examination. So, the affected patient, who was already in a debilitated state when admitted, complained of severe shortness of breath and a harsh cough with sputum. Not long afterward, the patient died.^{lxxxix} One suspects that death was precisely what was intended. In any event, it is striking that all such patients died only a few days after the administration of morphine. One patient died within a day, while in the other cases, it took four to six days before death intervened.^{lxxxii}

Further evidence of an intent to kill is that the morphine was administered in very high dosages. Patients were given a single dose of a whole 1cc ampoule by intravenous injection. At the time, such a high dose would only be used in cancer patients to relieve the 'most severe pain'.^{lxxxiii} This principle is still valid today, and is

meant explicitly to prevent doctors from 'deliberately causing the death of the patient' by administering morphine, thereby making the doctors criminally liable for homicide.^{lxxxiv} According to the medical standard in effect at the time, the doctors in Benninghausen would have had to administer lower doses for sedation. For example, the recommendation at the time was to divide one ampoule over a day in order to minimize potential side effects such as respiratory depression.^{lxxxv} That morphine was probably used to murder patients in Benninghausen and at other special facilities is made credible by the fact that at the same time, the drug was also being used by the National Socialist regime in several euthanasia facilities for the purpose of killing.^{lxxxvi} Since most of the special facilities for 'antisocial' tuberculosis patients were attached to institutions engaged in murdering psychiatric and mentally handicapped persons, it is entirely plausible that there was an exchange of knowledge between the lung specialists and the psychiatrists regarding effective ways to kill patients.

We do not know precisely how many tuberculosis patients lost their lives to negligent care and patient murder. For obvious reasons, the special facilities did not maintain separate statistics about this. In addition, there are large gaps in the available records. For this reason, once again, we must use estimates. Through the closed files preserved from Karthaus, for example, we know that of the 391 persons with tuberculosis committed to that special facility, about 20% failed to survive. However, this figure includes those instances where the patients died of the illness. What we can say, however, is that this number, in turn, was much larger than the death rate in peacetime among psychiatric inmates. According to official medical statistics, the annual mortality rate prior to the First World War and in the inter-war period was 7 to 8% of those admitted.^{lxxxvii} Therefore, it makes sense to conclude that between 1933 and 1945, a considerable proportion of forcibly interned persons with tuberculosis died as a

specific result of deliberate starvation. If compared to peacetime mortality rates, we assume 12% excess mortality, this would mean that of the approx. 30,000 patients interned in the special facilities, up to 4,000 died due to the conditions of their detention rather than their disease.

Attitudes and approaches to patients with tuberculosis changed once again as the war continued and was progressively understood as total war. Two contrary trends are apparent. On the one hand, the category of 'antisocial' expanded, while on the other hand, what the regime saw as an ever-more critical shortage of labour forced it to return even open tuberculosis cases to the workforce and thereby integrate them in society.

In 1933, the Reich Tuberculosis Committee was founded as the central body to advise and coordinate the tuberculosis campaign. The Committee included representatives from the state and party, social insurance companies and tuberculosis doctors, including the by then highly esteemed Kayser-Petersen. Quite typical for the National Socialist regime and its antagonistic forms of conflict resolution, the Committee sometimes engaged in major quarrels at its meetings, crippling its work in many areas. However, wide-ranging unity prevailed on the question of what to do with those persons with tuberculosis termed antisocial. They created an 'asylum commitment' subcommittee, and after many years of intense debate, it decided in January 1943 on 'General guidelines for the separation of open tuberculosis patients', which was to be handed out to doctors to help them make therapy decisions.^{lxxxviii}

Two central criteria would form the basis for deciding the fate of persons with tuberculosis: their capacity to work and their behavior toward society. Curing the 'socially benign, curable' tuberculosis patients who could be at least partially reintegrated in the working world after treatment, and thus represented an asset to the war effort, should be pursued 'by all means'. On the other hand, for those fit for neither

work nor society, the doctor should 'refrain from taking any measure that might halt the inevitable, predestined course of the tuberculosis'. The guidelines did not say it in so many words, but from the context of the sources it is clear that such patients were meant to receive even less medical and nursing care than before. In other places, it was explicitly stated that supposedly hopeless cases should not even be seen by a trained lung specialist, as had been the practice before; it should be enough for an outside doctor to take note of the patient.^{lxxxix} The new guidelines thus confirmed the by then tried and true local practice of patient neglect, legitimating it at the highest level. The guidelines ultimately served, in addition, as collective self-affirmation for the local practitioners.

The guidelines, in turn, had a range of different effects on local practices. In particular, the expansion of the 'antisocial' category had consequences: the records still available suggest that this was a nationwide pattern. Actors of very different kinds found ways to use the expanded possibilities for action they provided to their own ends. First and foremost among them was the Gestapo. As recent research in Austria has persuasively shown, the special facilities were used by the Gestapo in Klagenfurt to get rid of unwanted persons who were a burden in operating the concentration camp.^{xc} This was especially the case for persons considered too old and too sick to be incarcerated in concentration camps. As shown here, such persons were remanded not only to the known killing facilities of the T-4 Euthanasia Action, such as Hadamar, but also to the special tuberculosis facilities, whose importance for the Nazi regime once again becomes clear. For example, a tuberculosis patient born in 1872, considered as a 'professional and habitual offender' because of various prior convictions, had been convicted again for a new violation at the Hagen District Court, and was remanded for this reason not to Sachsenhausen but to Benninghausen.^{xc1} There is some suggestion that in Saxony as

well, the local Gestapo used the Untergöltzsch facility for the same purposes. A local oven-maker, for example, who was arrested in February 1945 for 'speech harmful to the war effort', went directly from pretrial detention to Untergöltzsch, even though for such cases, the prescribed punishment was political imprisonment.^{xcii} Other regime functionaries also recognized the utility of the special facilities as a seamless way to eliminate undesirables. In Detmold, it was the mayor, Hans Keller, who would commit opponents of the regime there.^{xciii} In this way, the special facilities served the Nazi persecutory authorities and functionaries as 'ersatz' concentration camps. Finally, this is also evidenced by the fact that the Düsseldorf Gestapo would threaten prisoners not only with transfer to one of the regular concentration camps, but also with deportation to the Lehen Special Facility near Salzburg.^{xciv}

Nursing and medical staff in hospitals and other health care facilities also adopted this route to get rid of what they viewed as unpleasant and rebellious patients. This might happen if patients would not follow the strict house regulations in their facilities and perhaps drank alcohol or did not stick to bed rest. Sometimes, talking back to a doctor or nurse or a dispute between patients would be sufficient grounds for a referral to a special facility. This was especially the case if the affected patients were homeless and could not simply be discharged home on account of lack of discipline.^{xcv} The managers at a hospital in Lower Bavaria primarily justified the involuntary commitment of one of their patients to the nearby Karthaus Special Facility on the basis that this patient was a 'source of trouble for his environment, since he is extremely irritable, sensitive, and stubborn'. In addition, the patient was displeased with everything, and he criticized and annoyed the nurses. Of somewhat secondary importance in the justification sent along with the patient was that the individual supposedly also 'behaved hygienically in a very unreasonable way'.^{xcvi} This is notable

because the health risk to others had been the central argument sine qua non for the forced asylum commitment of allegedly antisocial patients. Although very weakly justified, the forced commitment was not rescinded, but quite the contrary, affirmed by the Health Officer. In such cases, the special facilities were merely serving as places to detain difficult patients.

It would seem, however, that patients who had manifested consistently compliant behavior were also transferred from hospitals to special care facilities. This was particularly the case for patients with tuberculosis whose illness was far advanced and who required more intensive care. Although the management at Benninghausen had excluded bedridden, febrile, care-dependent patients from forced confinement, it seems that as the war entered its later stages, more and more such patients ended up at the special facilities. Patient Helga M., cited at the beginning of the paper, who was sent to the Am Feldhof special facility in 1943, where she died after only a few weeks, is a good example.^{xcvii} It is reasonable to suspect that in her case, the primary aim was to decrease the burden on nursing personnel in hospitals and similar facilities. It is striking how often the justification for the transfer mentions that the patient did not maintain personal hygiene, creating extra work for the nursing staff. 'E. is a very filthy and dirty patient', was the short and pithy description of a patient transferred to Benninghausen.^{xcviii} The Lüneburg hospital went into greater detail about another patient. At the time of transfer, this was a patient who often soiled his pants and shirt during coughing spells, and he exuded a 'repulsive smell'.^{xcix} This tells us that toward the end of the war, the special facilities, initially created as 'educational' and isolation units for 'antisocial persons with tuberculosis', took on more of the character of detention facilities and death houses for moribund patients requiring extensive care –

and indeed, regardless of whether these patients posed a health risk for the *Volksgemeinschaft* or not.

However, it would be too narrow an interpretation to conclude that it was only official representatives of the regime and other functionaries who exploited the opportunities afforded by the special facilities. Family members, friends and acquaintances of tuberculosis patients also learned to play the system to their advantage. Thus, exclusion and persecution were not initiated exclusively by the regime. Rather, the dictatorship found support from the population, even if the various actors may have had different motivations. Thus – not unlike the case of psychiatric patients – family disagreements, animosities and even blatantly financial motivations played a part. Some cases have been recorded of landlords seeking to rid themselves of unwanted tenants by reporting them to the competent health authority for allegedly open tuberculosis and endangerment of the common good. For example, this happened to Anna B., but fortunately for her, her cough was ultimately shown to be harmless so the landlord had no pretext for throwing her out.^c

For other tuberculosis patients, the struggle about their forced commitment took on an even more personal aspect. It is evident that many persons with tuberculosis were denounced as ‘antisocial’ by their wives. The wife would tell the health authorities that the sick man was endangering his family (and especially his children) by his lifestyle and ignorant behavior.^{ci} Representatives of the health authorities presumed that some of these cases were really related to marital conflicts. In one case, the competent medical officer believed that the wife wanted to end the disrupted marriage so she could move in with another man. In other cases, women simply had no other recourse than to resort to a denunciation as a way to protect themselves from their violent husbands.^{cii} In fact, some of the tuberculosis patients did have criminal records, not infrequently on account

of domestic violence. The very broadly conceived category of 'antisocial' made it easy for the authorities to intervene in such cases and order a forced commitment.

Whereas we can see a radicalization of attitudes and actions toward TBC patients, not least through the expansion of the 'antisocial' category, the war also opened greater possibilities for people with tuberculosis themselves. The war created an ever-increasing labour shortage, which was only partly compensated by foreign forced-labour and the mobilization of German women. Given the labour shortage, doctors and regime representatives began to rethink the question of incarcerating persons with tuberculosis. TBC patients, even those with open tuberculosis, now seemed more appealing as a potential work force; their previous worries about possible endangerment of the general population, supposedly associated with this patient group, were relegated to the sidelines. This was even true of Kayser-Petersen, up to this point an agitator for radical action in the debate on the correct way to deal with tuberculosis patients. In a speech on 'Germany's wartime battle against tuberculosis', probably dating from early 1943, the Chairman of the Reich Tuberculosis Committee focused on the 'reintegrating persons with tuberculosis' in the labour force. He assured his audience that 'under normal environmental and working conditions, the disciplined person with open tuberculosis is practically free of any risk of contagion'. In collaboration with tuberculosis dispensaries and the employment office, it should be possible to 'match tuberculosis patients capable of working with jobs that are appropriate for them and return them to being full-fledged members of society'.^{ciii}

Subsequently, the regime set a policy targeting partial integration, for economic reasons. A few cities, such as Hamburg, built hostels that would maintain physical separation of persons with open tuberculosis but at the same time let them engage in light work.^{civ} This shift went so far that even tuberculosis patients labelled as antisocial

and committed to special facilities (which ceased to provide treatment) were released back to society.^{cv}

Inmates of the special facilities quickly realized that this new situation gave them an opportunity: in their discharge petitions and affidavits to facility management and the health authorities, they emphasized their capacity and willingness to work.^{cv} They explained that beyond having learned how to behave responsibly toward the *Volksgemeinschaft* in the future, they could also engage in important jobs in its service.^{cvii} Such arguments were considered by the staff in the competent health offices. This was especially the case when families and the manager of the special facility vouched for the patient's 'reformation'.^{cviii} In sum, this meant that under conditions of total war, under certain circumstances, greater chances of survival opened up for people with open tuberculosis. Ultimately, though, the campaign against certain TBC patients, which had increasingly taken on the character of a battle during the war, only came to an end after Germany's defeat in war.

Smooth transitions instead of sharp caesuras: a brief concluding remark

One of the most important insights in my paper relates to the issue of caesuras. First and foremost, I argue that we need to understand the history of how persons with tuberculosis were treated – more than before – in a broader time frame, which includes but is not restricted to the years from 1933 to 1945. As my paper has shown, the discourse engaged in since the beginning of the Weimar Republic by doctors and other experts responsible for the fight against tuberculosis proved critically important during

the post-1933 period. In light of their experiences during the First World War, these professionals set the discursive stage for later decisions and actions. In journal articles and at professional congresses they opened the door to jeopardizing the personal freedom, health and, in extreme cases, the very lives of those people with tuberculosis. Based on this earlier discourse, virtually all the ideas that took hold after 1933 were already on the table. They included comprehensive supervision of persons with tuberculosis, forcibly committing them to 'special facilities', and ultimately, killing patients through deliberate neglect, especially through starvation. In this way, it was these experts who had ultimately legitimized government action. Certainly, National Socialist health policy-makers never tired of making references that their measures for combating tuberculosis were scientifically supported nor were they shy of drawing comparisons with other countries. For instance, they would claim to have consistently striven to 'harness the great successes of medical science to benefit the whole nation'.^{cix} In this regard, they reserve special praise for the intense interdisciplinary collaboration that they claimed had occurred between lung specialists and psychiatrists. Early on, they had helped illuminate the diverse sides of the complex problem of tuberculosis.^{cx} This is yet another example of how National Socialism employed politics and science as reciprocal resources.^{cx}

I do not mean to claim that the earlier historical path inevitably led to the persecution and murder of tuberculosis patients, but this history was certainly not a chain of coincidences. The intense discussion of drastic steps to combat the disease before 1933 ultimately helps to explain how these steps could be implemented so rapidly and so openly and in relative consensus after 1933. Stadtroda was opened as an exemplary model facility only a year after the National Socialist takeover of power, and not coincidentally, it was run by psychiatrists, some of whom had years earlier

promoted an unrelenting approach to people with tuberculosis, and now were given the green light to put their ideas into practice.

Closely related to this plea for a broader historical view is my suggestion to relativize the interpretation of the Second World War as a caesura. Of course, there was a fundamental change in the framework conditions for German health policies. However, those explanations that solely attribute the National Socialist regime's decisions to war-related constraints run the risk of uncritically reproducing the self-justifying strategies used by the actors of that period. The states of emergency and the supposed lack of alternatives resulting from them ultimately turn into an explanatory trope, an attempt to evade personal responsibility, and even to explain the war itself as a fatalistic actor. The argument is that the war had ultimate control and broadly dictated action. The problematic nature of such attempts at explanation has been recently demonstrated by military historiography. For example, historians have rationalized and even justified, albeit not intentionally, the brutal occupation policy in Eastern Europe as a result of 'practical military constraints'.^{cxii} According to this view, it was the geographic size of the area that had specifically compelled a harsh occupation regime. Only through harsh action could such a territory be controlled. However, this was the same argument previously put forward by the German generals. Here historians risk transferring the 'matrix of war' established by the military into a 'matrix of military historiography', taking on the specific viewpoints of those who were acting at the time along with the narrowness of their vision and value judgments.

The same caveats apply to the wartime battle against tuberculosis. We can now see that even before the war began, there was a view promulgated claiming that in the expected future conflict, persons with tuberculosis labelled as antisocial who were presumed to have an unfavourable prognosis should be given more meagre food rations.

Given that tuberculosis patients actually need a more generous diet with high-quality foods, this plan clearly implied their gradual deaths. The acts of war merely served to camouflage this policy; in this instance, it is important not to reverse cause and effect. Ultimately, what lay behind this cruel policy toward persons with tuberculosis was the belief in a difference in the value of human life. Facility directors and other doctors had previously experienced the impact of such beliefs in dealing with psychiatric patients between 1914 and 1918, and they may well have internalized them.

Thus, there is a need for integrative perspectives. Until today, studies that encompass both world wars are rare, especially those that inquire about the influential experiences of the persons who were involved.^{cxiii} Future research should start at this point and, to a greater extent than has been done to date, inquire about the imprints from the systemic changes of 1918, 1933 and 1945 that determined the thinking and actions of practitioners on the ground. This approach would include a broader contextualization of National Socialism within 20th century history, and to a greater extent than before, would try to describe more of a history of continuities and smooth transitions and less a history of sharp caesuras.

ⁱ Steiermärkische Krankenanstaltsgesellschaft, historisches Archiv, Feldhof-Archiv, Bestand Siechenabteilung, 1943, AZ 50377. The name of this patient – and that of all other patients – has been changed for reasons of data privacy.

ⁱⁱ Entry of 25.1.1942 in the Krankenblatt, *ibid*, Bestand Patientenakten, Jänner-Juni 1942, AZ 3290.

ⁱⁱⁱ By way of example, see Patientenakte AZ 50359, *ibid*, Bestand Siechenabteilung, 1943.

^{iv} My project takes a cue from recent research that places a key focus on the *Volksgemeinschaft*. The current state of research is presented in Martina Steber and Bernhard Gotto (eds.), *Visions of Community in Nazi Germany: Social Engineering and Private Lives* (Oxford: OUP, 2014).

^v A good overview of the current state of research and open questions is provided by Robert Robert Jütte, Wolfgang U. Eckart, Hans-Walter Schmuhl and Winfried Süß (eds.), *Medizin und Nationalsozialismus. Bilanz und Perspektiven der Forschung* (Göttingen: Wallstein, 2011) as well as by Insa Eschebach and Astrid Ley, Einführung, in Insa Eschebach and Astrid Ley (eds.), *Geschlecht und Rasse in der NS-Medizin* (Berlin: Metropol, 2012), pp. 7-16.

^{vi} This is demonstrated by the numerous collected works and elaborately researched individual studies that have appeared over the last four decades. On the topic of ‘euthanasia’ see, for example, Hans-Walter Schmuhl, *Rassenhygiene, Nationalsozialismus, Euthanasie: Von der Verhütung zur Vernichtung „lebensunwerten Lebens“, 1890–1945* (2nd ed. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 1992). On the treatment of tuberculosis patients, see Flurin Condrau, *Lungenheilstalt und Patientenschicksal:*

- Sozialgeschichte der Tuberkulose* (Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht, 2000) and Sylvelyn Hähner-Rombach, *Sozialgeschichte der Tuberkulose: Vom Kaiserreich bis zum Ende des Zweiten Weltkriegs unter besonderer Berücksichtigung Württembergs* (Stuttgart: Steiner, 2000). Particularly valuable work has been undertaken by Götz Aly, 'Tuberkulose und „Euthanasie“', in Jürgen Peiffer (ed.), *Menschenverachtung und Opportunismus: Zur Medizin im Dritten Reich* (Tübingen: Attempto, 1992), pp. 131–156, summarizing Aly, *Die Belasteten* (Frankfurt am Main: Fischer, 2013), Dirk Blasius, 'Tuberkulose: Signalkrankheit deutscher Geschichte,' *Geschichte in Wissenschaft und Unterricht* 47 (1996), pp. 300–332.
- vii This is asserted first and foremost by Götz Aly, 'Krankheitsverdächtige und Bazillenausscheider: Tuberkulose und 'Euthanasie'', *Vorgänge: Zeitschrift für Gesellschaftspolitik* 26,4 (1987), pp. 62–72.
- viii Ingo Harms "Wat mööt wi hier smachten ...": *Hungertod und "Euthanasie" in der Heil- und Pflegeanstalt Wehnen 1936-1945* (3rd ed. Oldenburg: Dr.- & Verl.-Cooperative, 2008).
- ix Winfried Süß, *Der "Volkkörper" im Krieg: Gesundheitspolitik, Gesundheitsverhältnisse und Krankenmord im nationalsozialistischen Deutschland 1939-1945* (München: Oldenbourg, 2003).
- x Beispielhaft Wolfgang Benz, Hermann Graml and Hermann Weiß (eds.), *Enzyklopädie des Nationalsozialismus* (München: dtv, 1997).
- xi Dirk Blasius, 'Tuberkulose: Signalkrankheit deutscher Geschichte,' *Geschichte in Wissenschaft und Unterricht* 47 (1996), pp. 320-332. For an international perspective, see Helen Bynum, *Spitting Blood: The History of Tuberculosis* (Oxford: OUP, 2012) and Linda Bryder, Flurin Condrau and Michael Worboys, 'Tuberculosis and its histories: Then and now,' in Flurin Condrau and Michael Worboys (eds.), *Tuberculosis Then and Now: Perspectives on the History of an Infectious Disease* (Montreal: McGill-Queen's University Press, 2012), pp. 3-23. Tuberculosis must be viewed in the context of the history of plagues, which have presented a major problem into the late modern era. In this regard, see, for example, Malte Thießen (eds.), *Infiziertes Europa: Seuchen im langen 20. Jahrhundert* (München: de Gruyter Oldenbourg, 2014).
- xii Condrau, *Lungenheilanstalt*, p. 46.
- xiii Verena Pawlowsky and Harald Wendelin, *Die Wunden des Staates: Kriegsoffer und Sozialstaat in Österreich 1914–1938* (Wien u.a.: Böhlau, 2015), p. 48.
- xiv See also Philipp Rauh, 'Violence and Starvation in First World War Psychiatry: Origins of the National Socialist "Euthanasie" Program,' in: Jason Crouthamel and Peter Leese (eds.), *Psychological Trauma and the Legacies of the First World War* (Cham: Palgrave Macmillan 2017), pp. 261–286.
- xv For a comparative perspective on the First World War's mobilization of medical practitioners, see Susanne Michl, *Im Dienste des "Volkkörpers": Deutsche und französische Ärzte im Ersten Weltkrieg* (Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 2007).
- xvi Walter Wilhelm Ludwig Bussenius, *Die Tuberkulose im Weltkriege: Handbuch der ärztlichen Erfahrungen im Weltkriege*, vol. 3 (Leipzig: Barth, 1921). Numerous titles refer to Arno Leipold, 'Die Prognose der direkten und indirekten Lungenschussverletzungen unter besonderer Berücksichtigung der posttraumatischen Lungentuberkulose,' in *Deutsche Zeitschrift für die gesamte gerichtliche Medizin* 11 (1928), pp. 169–184.
- xvii Dagmar Ellerbrock, "Healing Democracy" – *Demokratie als Heilmittel: Gesundheit, Krankheit und Politik in der amerikanischen Besatzungszone 1945–1949* (Bonn: Dietz, 2004), pp. 331.
- xviii Georg Barth, 'Über die Unterbringung der Lungentuberkulösen,' in *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 48 (1922), pp. 667–669, hier: 667.
- xix Hermann von Hayek, *Das Tuberkulose-Problem* (Berlin-Heidelberg: Julius-Springer, 1920), particularly p. 32.
- xx On the reception of this book, see, among others, *Deutsches Archiv für Klinische Medizin* 134 (1920), p. 250 und *Zeitschrift für Tuberkulose* 95 (1950), p. 263.
- xxi Von Hayek, *Das Tuberkulose-Problem*, p. 32.
- xxii In this regard, see Dorothea Redeker, *Der Physikus: Als Public Health noch Volksgesundheit hieß* (Bensheim: Selbstverlag, 2016), particularly pp. 79 and 96.
- xxiii See the paper 'Der planmäßige Tuberkuloseschutz durch Ausbau der Heimfürsorge,' in *Tuberkulose-Fürsorge-Blatt* 10,3 (1923), pp. 17–20.
- xxiv Sylvelyn Hähner-Rombach, The Construction of the "Anti-social TB-Patient" in the Interwar Years in Germany and the Consequences for the Patients, in: Iris Borowy and Wolf D. Gruner (eds.), *Facing Illness in Troubled Times: Health in Europe in the Interwar Years, 1918-1939* (Oxford: Peter Lang, 2005), pp. 345–363, here: 350–351.
- xxv See, for example, the *Zeitschrift für Tuberkulose* 34 (1921), p. 717 and *Soziale Praxis* 30 (1921), p. 54.
- xxvi See Gerhard Buchwald, *Der Rückgang der Schwindsucht trotz "Schutz"-Impfung: Von der Schwindsucht (Tbc) zum Infektionsschutz-Gesetz (IfSG)* (München: Hirthammer, 2002), p. 72 as well as Ulrike Lindner, *Gesundheitspolitik in der Nachkriegszeit: Großbritannien und die Bundesrepublik im Vergleich* (München:

- Oldenbourg, 2004), p. 143 and Ute Gerhard, *Nomadische Bewegungen und die Symbolik der Krise: Flucht und Wanderung in der Weimarer Republik* (Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 1998), p. 138.
- ^{xxvii} Hans Ludwig Siemen, 'Reform und Radikalisierung. Veränderungen der Psychiatrie in der Weltwirtschaftskrise,' in Norbert Frei (ed.), *Medizin und Gesundheitspolitik in der NS-Zeit* (München: Oldenbourg, 1991), pp. 191–200.
- ^{xxviii} Berthold Kihn, 'Die Ausschaltung der Minderwertigen aus der Gesellschaft,' *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und ihre Grenzgebiete* 98 (1932), pp. 387–404.
- ^{xxix} Unless otherwise indicated, the following is from Heinz Faulstich, *Hungersterben in der Psychiatrie 1914–1949. Mit einer Topographie der NS-Psychiatrie* (Freiburg: Lambertus, 1998).
- ^{xxx} Belinda Davis, *Home Fires Burning: Food, Politics, and Everyday Life in World War I Berlin* (Chapel Hill: The University of North Carolina Press, 2000), p. 187.
- ^{xxxi} In this regard, see Raoul Posamentier, 'Heil- und Pflegeanstalt Lohr am Main,' in Michael Cranach and Hans-Ludwig Siemen (eds.), *Psychiatrie im Nationalsozialismus: Die Bayerischen Heil- und Pflegeanstalten zwischen 193 und 1945* (2. Auflage München: Oldenbourg 2012), pp. 55–88, here 56.
- ^{xxxii} Julius Wagner-Jauregg, 'Die Krankenbewegung in den deutsch-österreichischen Irrenanstalten seit Kriegsbeginn und die Abnahme des Alkoholismus,' in *Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift* 47 (1920/21), pp. 357 and 373–5. On this issue, see also Faulstich, *Hungersterben in der Psychiatrie*, p. 61.
- ^{xxxiii} Christine Wolters, "'Gesellschaftsunwürdige Volksgenossen": Psychiatrisierung von Tuberkulosekranken im Nationalsozialismus und in der Nachkriegszeit,' in Christine Wolters, Christof Beyer and Brigitte Lohff (eds.), *Abweichung und Normalität: Psychiatrie in Deutschland vom Kaiserreich bis zur deutschen Einheit* (Bielefeld: transcript, 2013), p. 244.
- ^{xxxiv} Rudolf Abel, 'Tuberkulose und Wohnung,' *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 47 (1921), p. 697. In the publication Abel does make clear, however, that tuberculosis cannot be reduced to the factor of poor living circumstances.
- ^{xxxv} On Boening, see Ingrid Schuster, *Heinrich Boening (1895-1960): Gießens letzter Ordinarius für Neurologie und Psychiatrie* (Gießen: Schmitz, 1999). On Kloos, see Andreas Lüddecke, *Der „Fall Saller“ und die Rassenhygiene. Eine Göttinger Fallstudie zu den Widersprüchen sozialbiologischer Ideologiebildung* (Marburg: Tectum, 1995), pp. 102-103.
- ^{xxxvi} Franz Ickert and Fritz Arndts, *Grundriss der sozialen Medizin* (Leipzig: Barth, 1932), p. 45.
- ^{xxxvii} See, for example, the literature referenced in the following doctoral dissertations: Elsbeth Schenk, *Tuberkulose in asozialen Familien* (PhD thesis, Universität Bonn 1937) and Rudolf Sekera, *Die Asylierung asozialen Offentuberkulösen in Bayern* (PhD thesis, Universität München 1938).
- ^{xxxviii} Erwin Augstein, 'Die Tuberkulose der Asozialen,' *Beiträge zur Klinik der Tuberkulose* 75 (1930), pp. 237–250.
- ^{xxxix} See for example *Zeitschrift für Tuberkulose* 88 (1942), p. 66 and Aly 'Krankheitsverdächtige,' p. 62–72.
- ^{xl} Augstein, 'Die Tuberkulose der Asozialen,' p. 242.
- ^{xli} Doris Bühler-Niederberger, *Macht der Unschuld: Das Kind als Chiffre* (Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften, 2005).
- ^{xlii} Augstein, 'Die Tuberkulose der Asozialen,' p. 242.
- ^{xliii} Kihn, 'Die Ausschaltung der Minderwertigen,' p. 395. Ickert, among others, appealed to the line of argument advanced by the legal expert Hoche to justify restricting the personal freedom of tuberculosis patients. See Ickert, 'Über Zwangsmaßnahmen gegen böswillige Offentuberkulöse,' in *Klinische Wochenschrift* (1929), pp. 29–31.
- ^{xliv} See Julius Emil Kayser-Petersen, 'Die Tuberkulose im Entwurf eines Thüringischen Landeseseuchengesetzes. Unter Berücksichtigung der Anträge der Vereinigung der Lungenheilstättenärzte und der Gesellschaft Deutscher Tuberkulosefürsorgeärzte zum preußischen Tuberkulosegesetz,' in *Zeitschrift für Tuberkulose* 53 (1929), pp. 481–9.
- ^{xlv} We know this from conversations with officials who visited Stadtroda some years later and gained insight into the methods used there. See Bericht über die Besichtigung der Asozialenabteilung in der Thüringischen Landesheilanstalt Stadtroda vom 28.11.1940, Archiv LWL Münster, Bestand 663, D 8 Nr. 53.
- ^{xlvi} Renate Renner, *Zur Geschichte der Thüringer Landesheilanstalten/des Thüringer Landeskrankenhauses Stadtroda 1933 bis 1945 unter besonderer Berücksichtigung der nationalsozialistischen "Euthanasie"* (PhD Universität Jena 2004), p. 24.
- ^{xlvii} Ibid, p. 2. See *Traditionen, Brüche, Wandlungen: die Universität Jena 1850-1995* (Köln: u.a., Böhlau, 2009), p. 504.
- ^{xlviii} Renner, *Zur Geschichte der Thüringer Landesheilanstalten*, p. 22.
- ^{xlix} Ebd., p. 50.
- ¹ Faulstich, *Hungersterben in der Psychiatrie*, p. 212.

-
- ^{li} Christine Wagner, *Psychiatrie und Nationalsozialismus in der Sächsischen Landesheil- und Pflegeanstalt Untergöltzsch* (PhD dissertation, Technische Universität Dresden, 2003), pp. 93–7.
- ^{lii} Renner, *Zur Geschichte der Thüringer Landesheilanstalten*, p. 16.
- ^{liii} Sylvelyn Hähner-Rombach, *Sozialgeschichte der Tuberkulose: Vom Kaiserreich bis zum Ende des Zweiten Weltkriegs unter besonderer Berücksichtigung Württembergs* (Stuttgart: Steiner, 2000).
- ^{liv} Mark Roseman, 'The Holocaust in European History,' in: Nicholas Doumanis (ed.) *Oxford Handbook of Modern Europe 1914–1945* (Oxford: OUP, 2016), pp. 518–36, particularly p. 530.
- ^{lv} Faulstich, *Hungersterben in der Psychiatrie*, p. 244.
- ^{lvi} Renner, *Zur Geschichte der Thüringer Landesheilanstalten*, p. 27.
- ^{lvii} See Gerhard Kloos, 'Anstalten zur zwangsweisen Unterbringung von Offentuberkulösen,' *Der Öffentliche Gesundheitsdienst* 8 (1942), pp. 84–5.
- ^{lviii} Letter from Otto Walters, president of the Reichstuberkulose-Ausschuss, to the Berliner Ausschuss, dated 29.3.1944, BAArch, R 96/II, 30.
- ^{lix} This estimate is based on a number of known statistics: the planned number of beds for "asocial" tuberculosis patients at these facilities (approximately 4500) and the actual occupation of these beds at Karthaus, which is known from incoming patient records (391 incoming patients between December 1940 and April 1945, in relation to 57 planned beds). The multiplier for this estimate is thus 6.85. The estimate is of course based on the assumption that the remaining facilities had a similar occupancy rate and were in operation over a similar time frame as Karthaus. Regarding these figures, see Kloos, 'Anstalten zur zwangsweisen Unterbringung,' p. 85 (1942), Patienteneingangsbuch "Verzeichnis der Pfleglinge im Asyl für asoziale Tuberkulose", Archiv der Psychiatrischen Universitätsklinik Regensburg, as well as the statistical survey conducted by Clemens Cording, head physician in Regensburg, based on the historical patient records he assembled. See e-mail of 27.7.2016 from Clemens Cording to the author. I would like to express my sincere thanks to Dr. Cording for providing me with access to the material.
- ^{lx} Letter from Otto Walters, president of the Reichstuberkulose-Ausschuss, to the Berliner Ausschuss, dated 29.3.1944, BAArch, R 96/II, 30..
- ^{lxi} On the role of the Landeskrankenhaus Homburg in the second phase of "euthanasia", see for example Christoph Brass, *Zwangssterilisation und "Euthanasie" im Saarland 1935-1945* (Paderborn u.a.: Schöningh, 2004), p. 11; regarding the Gaukrankenhaus Klagenfurt, see Helge Stromberger, *Die Ärzte, die Schwestern, die SS und der Tod: Kärnten und das produzierte Sterben* (Klagenfurt: Drava-Verlag 2002); on Karthaus, see Clemens Cording, *Die Regensburger Heil- und Pflegeanstalt Karthaus-Prüll im „Dritten Reich“: eine Studie zur Geschichte der Psychiatrie im Nationalsozialismus* (Würzburg: Dt. Wiss.-Verl., 2000).
- ^{lxii} Bericht über die Besichtigung der Asozialenabteilung in der Thüringischen Landesheilstadtrodta vom 28.11.1940, Archiv LWL Münster, Bestand 663, D 8 Nr. 53.
- ^{lxiii} Memo of 26.10.1942 and attached Übereinkommen zwischen Gesundheitsverwaltung, Sozialverwaltung und Polizeipräsidium, Staatsarchiv Hamburg, Bestand Medizinkollegium, 352-3_VI_33.
- ^{lxiv} Memo of 23.5.1942, Staatsarchiv Hamburg, Bestand Medizinkollegium, 352-3_VI_33.
- ^{lxv} On Hans Schmidt, see the biographic entry by Katharina Tenti, in www.hamburg.de/clp/dabeigewesene-begriffserklaerungen/clp1/ns-dabeigewesene/onepage.php?BIOID=157&cM=8.
- ^{lxvi} Letter from Gesundheitsamt Hamburg, 20a, to Prof. Biemann, dated 28.10.1941, Staatsarchiv Hamburg, Bestand Medizinkollegium, 352-3_VI_33.
- ^{lxvii} *Deutsches Tuberkulose-Blatt* 16 (1942,) pp. 225 and 250.
- ^{lxviii} Draft copy of an Übereinkommen zwischen der Gemeindeverwaltung Hamburg und dem Polizeipräsidium, p. 2, Staatsarchiv Hamburg, Bestand Medizinkollegium, 352-3_VI_33.
- ^{lxix} Paul Rose, "'Noch nicht mal zu Bismarcks Zeiten': Deutsche Populärmeinung und der Terror gegen die Linke,' in Nikolaus Wachsmann and Sybille Steinbacher (eds.), *Die Linke im Visier. Zur Errichtung der Konzentrationslager 1933* (Göttingen: Wallstein, 2014), pp. 168-90.
- ^{lxx} Letter from Otto Mueller to the Asyliranstalt, dated 28.11.1948, Archiv LWL Münster, Bestand 663, Akte 5666.
- ^{lxxi} Every third file was inspected. The sample comprises a total of 130 patient records, 21 of which no longer contained a *Krankenblatt*.
- ^{lxxii} Bericht über die Besichtigung der Asozialenabteilung in der Thüringischen Landesheilstadtrodta vom 28.11.1940, Archiv LWL Münster, Bestand 663, D 8 Nr. 53.
- ^{lxxiii} Verlaufsborgen „Krankheitsgeschichte“, Archiv LWL Münster, Bestand 663, Akte 1939.
- ^{lxxiv} Verlaufsborgen „Krankheitsgeschichte“, Einträge vom 29.7.1942 und 22.12.1942, Archiv LWL Münster, Bestand 663, Akte 1893.

-
- ^{lxxv} See the weight tables as well as the entries in the *Krankenblätter*, Steiermärkische Krankenanstaltsgesellschaft, historisches Archiv, Feldhof-Archiv, Siechenabteilung, 1943, Patientenakten AZ 50401 und AZ 50359.
- ^{lxxvi} Entry in the *Krankenblatt* of 14.10.1945, *ibid.*
- ^{lxxvii} See entries of 23.3.1945 and 5.8.1945 in the *Krankenblatt*, Steiermärkische Krankenanstaltsgesellschaft, historisches Archiv, Feldhof-Archiv, Siechenabteilung, 1943, Patientenakte AZ 50359.
- ^{lxxviii} Letter of 18.4.1943 to his parents, Archiv LWL Münster, Bestand 663, Akte 4300.
- ^{lxxix} Letter of 16.11.1941 to his guardian, Archiv LWL Münster, Bestand 663, Akte 9629.
- ^{lxxx} Letter of 7.12.1941 to his guardian, *ibid.*
- ^{lxxxi} See the *Krankenblatt* entries of 7, 20 and 22 August 1942, Archiv LWL Münster, Bestand 663, Akte 12370.
- ^{lxxxii} See the *Krankenblatt* entries in Archiv LWL Münster, Bestand 663, D 8 Nr. 109, 111 and 1999.
- ^{lxxxiii} *Beispielhaft Medizinische Monatsschrift: Zeitschrift für allgemeine Medizin* (1951), S. 836.
- ^{lxxxiv} See Michael Zenz, *Der Einsatz von Morphium: Zwischen Pflicht und Strafe*, in: *Deutsches Ärzteblatt* 108 (2011), pp. A-641 / B-518 / C-518.
- ^{lxxxv} *Medizinische Monatsschrift: Zeitschrift für allgemeine Medizin* (1951), p. 836.
- ^{lxxxvi} Thomas Oelschläger, *Beiträge zur NS-„Euthanasie“-Forschung 2002* (Ulm: Klemm & Oelschläger: 2003), p. 68.
- ^{lxxxvii} For a representative example, see Karl Freudenberg (director of the seminar for medical statistics at FU Berlin), 'Morbidity and Mortality at Tuberculosis in a Clinic for Mental Patients,' in *Bundesgesundheitsblatt* 4 (1961), pp. 217–20. See also Geheimes Preussisches Staatsarchiv, VI. HA, NL Karl Freudenberg, Nr. 66.
- ^{lxxxviii} Directive for quarantine (Asylierung) open tuberculosis patients, presented by the Arbeitsgruppe Arbeitstherapie und Asylierung (no date) to the Reichststuberkulose-Ausschuss, in: BArch, R 96/II, 6, Bl. 39.
- ^{lxxxix} *Ibid.*, Bl. 39.
- ^{xc} Helge Stromberger, *Die Ärzte, die Schwestern, die SS und der Tod: Kärnten und das produzierte Sterben* (Drava-Verlag 2002), p. 49.
- ^{xci} Note of 1.4.1940, Archiv LWL Münster, Bestand 663, Akte 9138. For a similar case, see Akte 2871 in Bestand 663.
- ^{xcii} Aufnahmeblatt des Gerichtsgefängnisses Crimitschau, Gefangenennummer 256/44, Sächsisches Staatsarchiv Chemnitz, Bestand 30071, 7816.
- ^{xciii} See the proceedings in Staatsarchiv Detmold, D 21 A, Nr. 2107.
- ^{xciv} See the proceedings in Hauptstaatsarchiv Düsseldorf, Zweigarchiv Kalkum, 231/989-996.
- ^{xcv} Beschluss des Gesundheitsamts München zur Zwangseinweisung vom 15.12.1942, Archiv der Psychiatrischen Universitätsklinik Regensburg, historische Patientenakten, Patientensatznummer 25. The Satznummer corresponds to the case number assigned to the patient file in the data management system of Regensburg University.
- ^{xcvi} Beschluss des Landrates von Riedenburg zur Anstaltsunterbringung vom 18.8.1842, Archiv der Psychiatrischen Universitätsklinik Regensburg, historische Patientenakten, Patientensatznummer 228.
- ^{xcvii} For a similar case, see Archiv der Psychiatrischen Universitätsklinik Regensburg, historische Patientenakten, Patientensatznummer 97.
- ^{xcviii} This was the summary information provided by the facility transferring the patient. See Besonderer Fragebogen zur Aufnahme von Kranken in das Asylierheim für Tbc-Kranke in Benninghausen, Archiv LWL Münster, Bestand 663, Akte 2871.
- ^{xcix} Letter from Krankenhaus Lüneburg to the Landrat of Kreis Harburg, dated 18.3.1942, Archiv LWL Münster, Bestand 663, Akte 12276.
- ^c *Medizin, Gesellschaft, und Geschichte: Jahrbuch des Instituts für Geschichte der Medizin der Robert Bosch Stiftung* (1992), pp. 280-1.
- ^{ci} Letter from Gesundheitsamt Torgau to the Landrat of the Kreis, dated 24.10.1941 (in Abschrift), Archiv LWL Münster, Bestand 663, Akte 10829.
- ^{cii} Letter from Gesundheitsamt Cuxhafen to the Provinzial-Arbeitsanstalt in Benninghausen, dated 28.10.1943, Archiv LWL Münster, Bestand 663, Akte 7483.
- ^{ciii} Paper given by Prof. Dr. J.E. Kayser-Petersen „Deutsche Tuberkulose-Bekämpfung im Kriege“ (no date), in: BArch, R 96/II, 1, Bl. 8.
- ^{civ} See Errichtung eines Ledigenheims für arbeitsfähige Offentuberkulöse durch die I. und C. Schmidt-Stiftung Innocentiastraße 19-21, 1941-1943, Staatsarchiv Hamburg, Bestand Medizinkollegium, 352-3 Nr. VI 9.

-
- ^{cv} Letter from the Vorsitzenden des Bezirksfürsorgeverbandes Fallingbostal to the Bürgermeister in Walsrode, dated 11.8.1939, Archiv LWL Münster, Bestand 663, Akte 4496.
- ^{cvi} Complaint letter of 25.7.1943, Archiv LWL Münster, Bestand 663, Akte 6992, letter from the Gesundheitsamt in Hagen to the Provinzial-Arbeitsanstalt Benninghausen, dated 16.10.1942, *ibid*, Akte 10402.
- ^{cvi} Letter from a patient to the Gesundheitsamt Wesermünde, dated 16.5.1943, Archiv LWL Münster, Bestand 663, Akte 8969.
- ^{cvi} Letter from the Provinzial-Arbeitsanstalt Benninghausen to the Gesundheitsamt Torgau, dated 10.9.1944, Archiv LWL Münster, Bestand 663, Akte 10829 and letter from Joseph Schmitz to the Provinzial-Arbeitsanstalt Benninghausen, dated 21.2.1943, *ibid*, Akte 10397.
- ^{cix} *Die Nationalsozialistische Gemeinde* 11 (1943), p. 74.
- ^{cx} *Zentralblatt für innere Medizin* 61 (1940), p. 175.
- ^{cx} Mitchell Ash, 'Wissenschaft und Politik als Ressourcen füreinander,' in: Rüdiger vom Bruch and Brigitte Kades (eds.), *Wissenschaften und Wissenschaftspolitik: Bestandsaufnahmen zu Formation, Brüchen und Kontinuitäten im Deutschland des 20. Jahrhunderts* (Stuttgart: Steiner, 2002), pp. 32–51.
- ^{cxii} Christian Hartmann, 'Verbrecherischer Krieg – verbrecherische Wehrmacht? Überlegungen zur Struktur des deutschen Ostheeres,' *Vierteljahrshefte für Zeitgeschichte* 52 (2004), pp. 1-75, particularly 8-9.
- ^{cxiii} See, for example, the critical perspective offered by Bruno Thoß and Hans-Erich Volkmann (eds.), *Erster Weltkrieg – Zweiter Weltkrieg: Ein Vergleich. Krieg, Kriegserlebnis, Kriegserfahrung in Deutschland 1914-1945* (Paderborn: Ferdinand Schöningh 2002).



Der Tod und die Rente:

Tuberkulosebekämpfung und Sozialversicherung im Nationalsozialismus

Patrick Bernhard

Historisch betrachtet ist die Rentenversicherung einer der wichtigsten institutionellen Akteure des deutschen Sozialsystems im Kampf gegen die Volkskrankheit Tuberkulose, die noch zu Beginn des 20. Jahrhunderts die Statistik der Todesursachen anführte. Da es sich um eine chronische Krankheit handelte und Tuberkulosepatienten meist über längere Zeit erwerbsunfähig wurden, übernahmen die jeweiligen Landesversicherungsanstalten als Träger der gesetzlichen Rentenversicherung für Arbeiter seit Ende des 19. Jahrhunderts die Kosten für die stationäre Behandlung von TB-Kranken in Lungenheilstätten [1, S. 139-141]. Dort setzte man therapeutisch neben chirurgischen Eingriffen vor allem auf gute Ernährung, körperliche Schonung, ein hygienisches Umfeld und viel frische Luft. Ziel der Rentenversicherung war es, durch solche Maßnahmen die Arbeitsfähigkeit der Patienten wiederherzustellen und auf diese Weise weitere Rentenzahlungen zu verhindern. Bald unterhielten die 30 bestehenden Landesversicherungsanstalten die Hälfte aller Lungenheilstätten und unterstützten die anderen Anstalten zu einem großen Teil finanziell. Das waren Mitte der 1920er Jahre in etwa 500 Anstalten mit zusammen 43.000 Planbetten. Darüber hinaus beteiligten sich die Landesversicherungsanstalten an den TB-Fürsorgestellen, um Kranke ambulant und damit kostengünstig zu betreuen. Mitfinanziert, beraten und kontrolliert von der Rentenversicherung, erteilten die Fürsorgestellen u.a. Informationen über Hygienemaßnahmen und gewährten materielle Unterstützungen etwa in Form von Mietzuschüssen zur Verbesserung problematischer Wohnsituationen, die vor allem bei wirtschaftlich schwachen Familien erheblich zur Ausbreitung der Krankheit beitrugen.

Auch nach der nationalsozialistischen Machteroberung blieb die Rentenversicherung strukturell in erheblichem Maß in die Gesundheitspolitik des „Dritten Reichs“ eingebunden und arbeitete eng mit den für die Tuberkulosebekämpfung zuständigen Stellen von Staat und Partei zusammen. Das geschah jedoch nicht ausschließlich, weil die nationalsozialistische Diktatur Druck auf die Rentenversicherung ausübte, wie nach 1945 in apologetischer Absicht zu lesen war. Neben Zwang spielten noch andere Faktoren eine entscheidende Rolle: institutionelle Kontinuitäten, ideologische Schnittmengen im Denken von NS-Gesundheitspolitikern und leitenden Mitarbeitern der Rentenversicherung sowie Eigeninteressen von Heilanstalten, die das nationalsozialistische Zwangssystem nutzten, um sich unbequemer TB-Patienten zu entledigen.

Konflikt: Die nationalsozialistischen Pläne einer Einheitshilfe für TB-kranke „Volksgenossen“

Konflikte zwischen neuem Regime und Rentenversicherung resultierten primär aus zwei Faktoren: den personellen Säuberungen, denen missliebige Arbeitnehmervertreter aus den Selbstverwaltungsgremien zum Opfer fielen, und der Stellung der Rentenversicherung im Gefüge der Tuberkulosebekämpfung, insbesondere in Fragen der Kostenübernahme bei sozialversicherten und nichtversicherten TB-Kranken. Auf freiwilliger Basis übernahm die Rentenversicherung für versicherte Patienten sowie für deren Witwen und Kinder die Kosten für die teils mehrmonatigen Heilverfahren in Sanatorien. Das geschah allerdings nur im Falle einer günstigen Prognose, d.h. wenn zu erwarten war, dass die Arbeitsfähigkeit wiederhergestellt werden würde [2]. Nichtversicherte Kranke waren dagegen auf die Tuberkulosefürsorge der öffentlichen Wohlfahrt und privater Fürsorgevereine angewiesen.

Zwar wurde das Versicherungsprinzip teilweise aufgeweicht und Zuschüsse von Landesversicherungsanstalten an die ambulanten Fürsorgestellen gezahlt [vgl. 3]. Letztlich waren das jedoch freiwillige Sonderleistungen, die je nach Kassenlage in den einzelnen Landesversicherungsanstalten regional sehr unterschiedlich ausfielen und zudem die prinzipielle **Scheidung** zwischen Versicherung und Fürsorge eher festgeschrieben als sie aufzulösen.

Angesichts der sehr hohen Aufwendungen im Bereich der Tuberkulosebekämpfung glaubten die Träger der Rentenversicherung, nur in begrenzten Fällen die öffentliche Fürsorge finanziell unterstützen zu können. Auch Versicherte selbst stemmten sich gegen eine allzu starke Nivellierung der Leistungen. Einige zeigten größte Vorbehalte gegenüber der Unterbringung in großen Patientensälen und äußerten sich zudem abfällig über die dort untergebrachten nichtversicherten Mitpatienten, die ihre Behandlung nicht durch Beitragszahlungen selbst erarbeitet, sondern „lediglich“ staatliche Hilfen erhalten würden [Sitzung der Arbeitsgruppe „Planwirtschaft im Anstaltswesen“ am 2.9.1941, BArch, R 96-11/7, Bl. 78]. Kritiker bemängelten schon im Kaiserreich den Klassencharakter des deutschen Gesundheitswesens: Die „Klassenfürsorge“ zerstöre letztlich eine „einheitliche Bekämpfung“ der Tuberkulose [4, S. 4].

Nationalsozialistischen Gesundheitspolitikern war diese Trennung ebenfalls ein Dorn im Auge. Das Regime handelte entsprechend und baute die TB-Fürsorge für Nichtversicherte aus. Die eigenständige Tuberkulosehilfe des parteieigenen Wohlfahrtsverbandes NSV trat in Konkurrenz zu den bereits etablierten Einrichtungen und sollte eine dominierende Position innerhalb der gesamten Tuberkulosebekämpfung einnehmen [5, S. 59; 7]. Letztlich erwiesen sich aber bis Kriegsbeginn 1939 die traditionellen Akteure der Gesundheitspolitik als zu übermächtig. Über verschiedene Maßnahmen konnten Landesversicherungsanstalten ihre Position sogar noch einmal stärken [6, S. 75-105]. Das Ergebnis war, dass wie schon in der Weimarer Republik wieder 85% aller Tuberkulosebehandlungen von den Landesversicherungsanstalten erfasst und nur 15% von der kommunalen Fürsorge, einschließlich der NSV [6, S. 294].

Nach Beginn des Krieges 1939 gerieten die Rententräger allerdings unter erheblichen Druck. Vor dem Hintergrund steigender TB-Fälle rief das NS-Regime zum „Großkampf gegen die Volksseuche“ auf [8, S. 147] und etablierte die Reichs-Tuberkulosehilfe der NSV für nichtversicherte Tuberkulosepatienten und das sogenannte Tuberkuloseversorgungswerk der Rentenversicherung für versicherte Patienten als ein Zwei-Säulen-System. Verbunden war damit eine beträchtliche Leistungsausweitung auf Kosten der Rentenversicherung, die nun die wirtschaftliche Versorgung für alle an Tuberkulose Erkrankte und deren Familien sicherzustellen hatte [9, S. 744]. Die finanziellen Auswirkungen waren gravierend, wie man in der Führungsetage der Rentenversicherer vermerkte. Offenbar um den staatlichen Druck zu kompensieren, betonte der Präsident des Spitzenverbandes der Rentenversicherungsträger, Martin Moebius (geb. 1888), in seinen Rundschreiben, dass sie die Neuerungen aus freien Stücken unternommen habe [SHLA, Abt. 374, 779, Bl. 17, Bl. 48].



Abbildung 4.2.1

Das Tuberkulosehilfswerk der NSV schließt die Lücke der Sozialversicherungen [nach: Eckart: Medizin in der NS-Diktatur 2012, S. 482].

Das Bild zeigt im unteren Abschnitt die „Ausnutzung der Tuberkulose-Heilanstalten in den Jahren 1932-1936“ mit einer Steigerung von rund 60% auf über 90%. Im oberen Bildabschnitt sind als Sozialversicherungen kreisförmig angeordnet die Knappschaften, Angestelltenversicherung, öffentliche Fürsorge, Krankenversicherung und Invalidenversicherung. Das fehlende Sechstel ist die Tuberkulosehilfswerk.



Ungeachtet ihrer Bemühungen sahen sich die Rententräger gleichzeitig wachsender Kritik ausgesetzt. Den wohl massivsten Angriff auf das Selbstverständnis der Rentenversicherung startete Julius Emil Kayser-Petersen (1886-1954) als Tuberkulose referent im Reichsinnenministerium und Generalsekretär des Reichs-Tuberkulose-Ausschusses. Der maßgebliche Mitgestalter deutscher Tuberkulosepolitik veröffentlichte im März 1943 einen kritischen Aufsatz in „Der Öffentliche Gesundheitsdienst“ [10, S. 744], in dem er – ganz im Sinne des NS-Regimes – stark unterschied zwischen dem vermeintlich an Besitzständen orientierten Klassendenken der Versicherer auf der einen und der angeblich modernen, auf die Gesundheit der „Volksgemeinschaft“ zielenden nationalsozialistischen Gesundheitspolitik auf der anderen Seite. Für die Landesversicherungsanstalten mit ihrer „versicherungstechnischen Sichtweise“ stehe letztlich nur die Erwerbsfähigkeit des einzelnen Erkrankten im Vordergrund. Sie gewähre Heilstättenkuren nur dann, wenn die Invalidität des Patienten mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit vermieden werden könne. Eine zukunftsweisende Gesundheitsfürsorge ziele dagegen auf eine „totale Tuberkulosebekämpfung“, d.h. die rigorose Beseitigung der Infektionsherde.

Dahinter hätten andere, auch wirtschaftliche Überlegungen zurückzustehen. Der Versuch Kayser-Petersens, die Rentenversicherungsträger als egoistische Kapitalisten abzustempeln, verstand deren Führungsetage als starken Affront. Moebius unterstellte Kayser-Petersen, von den Strukturen und Arbeitsweisen der Tuberkulosebekämpfung letztlich keine Ahnung zu haben [SHLA, Abt. 374, 779, Bl. 34], und schaltete Reichsgesundheitsführer Leonardo Conti ein, der Kayser-Petersen um Stellungnahme bat. Dieser blieb jedoch bei seiner Meinung, dass die Sozialversicherung mit ihren „alten“ Ansätzen letztlich Teil des Tuberkuloseproblems und nicht dessen Lösung sei [BArch, R 96-II, 20].

In der Folge rückte das Führungspersonal der Rentenversicherung zumindest auf ideologischer Ebene von den staatlichen und NSDAP-eigenen Einrichtungen immer stärker ab und sah sich als eigentlichen Träger der Tuberkulosebekämpfung. Diese Distanzierung erleichterte den Landesversicherungsanstalten nach 1945 die Weiterarbeit in der Tuberkulosehilfe in ganz erheblichem Maße.

Die starken Bande des Wohlfahrtsstaates: strukturelle Kontinuitäten

Tatsächlich war das Verhältnis zwischen Rentenversicherung und NS-Staat nicht ausschließlich konfliktgeladen. Es war auch gekennzeichnet durch etwas, das sich am besten als strukturelle Kontinuität unter veränderten politischen Rahmenbedingungen umschreiben lässt. Die Arbeit in der Tuberkulosebekämpfung prägte bei Ärzten und Pflegekräften bestimmte Handlungsabläufe und Perspektiven auf Krankheit und Kranke aus, die auch über das Jahr 1933 hinaus bestehen blieben, und zwar ungeachtet der Tatsache, dass sich allgemeine Zielsetzung und Methoden der Tuberkulosepolitik im Gefolge der nationalsozialistischen Machtübernahme teils veränderten. Das heißt, diese Menschen blieben eingebunden in ein ihnen bekanntes System und engagierten sich auch weiterhin in diesem.

Dies zeigt sich eindrücklich am Beispiel der TB-Fürsorgestellen, von denen bis in die späten 1920er Jahre etwa 1.400 mit rund 2.000 Ärzten und 4.000 Schwestern aufgebaut wurden. Finanziell unterstützt, beraten und kontrolliert wurden sie von den Landesversicherungsanstalten. Diese behielten sich das Recht vor, bei Personalentscheidungen mitzureden, auch inhaltlich Einfluss auf die konkrete Arbeit der Fürsorgestellen zu nehmen [vgl. 11] und Rechenschaft über die getätigten Ausgaben einzufordern. Unentgeltliche medizinische Untersuchung der Kranken in regelmäßigen Sprechstunden, materielle Hilfestellungen wie Wohnzuschüsse und vor allem die Aufklärungsarbeit über hygienische Vorsichtsmaßnahmen wie der Umgang mit Spuckbechern waren Aufgaben, die von den Fürsorgeschwestern übernommen wurden. Sie kontrollierten auch das familiäre Umfeld und die Wohnverhältnisse, d.h. die Absonderung der TB-Kranken innerhalb der Wohnung, empfahlen wie die LVA Schleswig-Holstein ggf. Einweisung in Heilstätten [SHLA, Abt. 374, 351, Bl. 4-5] und meldeten TB-Verdachtsfälle [12, S. 302]. Belehrung, Kontrolle und ggf. Entfernung aus der Gesellschaft bildeten die Eckpfeiler dieses Systems [13, S. 7].



Die ambulante TB-Fürsorge war nicht frei von paternalistischem Denken [14] und verstand ihr Klientel als vermeintlich gesellschaftlich Minderbemittele, „sozial schwach“ oder gar als „asozial“. Diese Menschen hatten jedoch oftmals schlicht wirtschaftliche Probleme. In den Anlaufstellen für TB-Kranke hatten es Fürsorgeärzte und -schwestern überwiegend mit finanziell schlecht gestellten Menschen in schwierigen Wohnverhältnissen zu tun, die meist nicht sozialversichert waren und deshalb in der Regel keine teuren Kuren, sondern lediglich kleinere Hilfsangebote in Anspruch nehmen konnten. Trotzdem zeigten sie wenig Verständnis, wenn Männer aus Angst vor Verdienstausfall einen Sanatoriumsaufenthalt ablehnten [15, S. 98] oder Mütter die freiwillige Asylierung verweigerten, weil sie sich nicht von ihren Kindern trennen wollten [SHLA, Abt. 374, 351, Bl. 22]. Etliche TB-Experten sahen allein die Gefahr, die vermeintlich vom Verhalten der Kranken für die Gesundheit anderer ausging. Sie dachten nicht vom kranken Individuum und dessen Bedürfnissen her, sondern vom „deutschen Volk“, dessen gesamte „Volkskraft“ in Mitleidenschaft gezogen werde, wie Karl Wilhelm Jötten (1886-1958) in einem viel beachteten medizinischen Handbuch zu den Fürsorgestellen formulierte [16, S. 2]. Tatsächlich gerieten ganze Gruppen von Menschen ins Visier dieser Mediziner, die ohnehin bereits an den Rand der Gesellschaft gestellt waren: Alkoholiker, Prostituierte und Obdachlose seien es, aus denen die „asozialen Offentuberkulösen“ primär hervorgingen. Sie bildeten aus dieser Sicht gewissermaßen das gesellschaftliche Substrat der Krankheit.

Vor diesem Hintergrund forderten bekannte Fürsorgeärzte wie Franz Ickert und Günther Krutzsch – vorerst allerdings noch ohne Erfolg – eine reichsweite Registrierung aller ansteckenden TB-Kranken und die Aufhebung der ärztlichen Schweigepflicht. Die Idee der Sozialkontrolle und Erziehung bestimmter, als bedrohlich wahrgenommener gesellschaftlicher Gruppen gehörte mithin von Anfang an zum Selbstverständnis derer, die sich in der Tuberkulosefürsorge engagierten.

Aus deren Perspektive führte das neue nationalsozialistische Regime ab 1933 die bisherige Fürsorgearbeit lediglich fort bzw. setzte das konsequent um, was Lungenfachärzte wie Ickert und Krutzsch schon seit längerem gefordert hatten: die verstärkte Kontrolle und Disziplinierung von Kranken, die sich gegenüber der „Volksgemeinschaft“ vermeintlich unverantwortlich benahmen. Tatsächlich kam es unmittelbar nach 1933 lediglich zu graduellen Verschiebungen innerhalb der konkreten TB-Fürsorgetätigkeit. Organisatorisch wurden die bislang zumeist als Vereine in unterschiedlicher Trägerschaft geführten TB-Fürsorgestellen 1934 zunächst den neu gebildeten staatlichen Gesundheitsämtern unterstellt [17, S. 49]. Wie schon in der Weimarer Republik dienten die Fürsorgestellen als Frühwarnsystem, um teure stationäre Aufenthalte in Heilanstalten zu vermeiden und durch Früherkennung Neuansteckungen möglichst zu vermeiden [18], u.a. durch Röntgenreihenuntersuchungen [19, S. 41-42] in Betrieben und Schulen oder durch Beratung in ambulanten Sprechstunden.

Eine große Bedeutung kam der TB-Fürsorgeschwester zu, die als ein wichtiges Bindeglied zwischen Arzt und Patienten angesehen wurde, weil sie den direkteren Kontakt zu den Kranken hatte [20, S. 647]. Das NS-Regime stockte das pflegerische Personal von 4.000 Schwestern 1930 auf 5.000 im Jahr 1938 auf [21, S. 49, 67]. Verbunden damit war ein wachsender Kontrollanspruch und eine Betreuungsquote von 600 Kranken pro Fürsorgeschwester. In anderen Worten: Die Alltagspraxis blieb weitgehend gleich und wurde lediglich quantitativ ausgeweitet und ideell aufgewertet.

Was sich hingegen wandelte, war der weitere Rahmen der Tuberkulosepolitik. Es kam zu einer Radikalisierung vor allem im Umgang mit als „asozial“ abgestempelten TB-Kranken. Mitarbeiter der Fürsorgestellen meldeten solche Kranke den übergeordneten Gesundheitsämtern, die wiederum bei den Polizeibehörden die zwangsweise Verbringung der Patienten in eigens aufgebaute Sonderanstalten für „asoziale“ TB-Kranke erwirkten, in denen Tausende nicht nur gefängnisähnliche Haftbedingungen erwarteten, sondern auch vielfach der Tod insbesondere durch gezielten Nahrungsentzug. Fürsorgeärzte und -schwestern wurden damit zu wichtigen Instrumenten im nationalsozialistischen System der Überwachung, Ausgrenzung und schließlich Tötung von Patienten im Gesundheitswesen – indem sie schlicht weiterhin ihre vertraute Arbeit taten.

Für Mitarbeiter der Rentenversicherung, die dieses System mitfinanzierte und mitorganisierte, schien ebenfalls kein gravierender Unterschied zur Weimarer Republik zu bestehen. Ausdrücklich bezeichneten hochrangige Vertreter der Rentenversicherung im Wegsperrn von TB-Patienten lediglich die konsequente Weiterentwicklung ihrer bereits in der Weimarer Republik erfolgten Vorstöße, Menschen mit ansteckender Tuberkulose zu isolieren und hierfür auch freiwillige Zusatzleistungen zu erbringen. Dass sich inzwischen Entscheidendes verändert hatte und das Prinzip der Patienteneinwilligung durch staatliche Gewalt ersetzt worden war, vermochte man hingegen nicht zu sehen. Als sich die Spitzenfunktionäre der Rentenversicherung Anfang der 1940er Jahre dazu entschieden, die Zwangsasylierung sogar vollständig zu finanzieren, wurde dies als Kontinuität verstanden. So vertrat Wilhelm Schow, Leiter der Landesversicherungsanstalt in Schleswig-Holstein in einem Rundschreiben vom 24.6.1943 die Ansicht, dass die Rentenversicherung bereits seit Ende der 1920er Jahre der Asylierung der unheilbaren Kranken eine entscheidende Bedeutung beimesse [SHLA, Abt. 374, 778, Bl. 117] und beispielsweise Krankenhausträgern Darlehen zur Modernisierung ihrer Anstalten gewähre, wenn diese im Gegenzug Plätze zur Absonderung von TB-Kranken bereitstellten. Durch die letzten Neuerungen habe sich an der Situation letztlich „nichts Wesentliches“ verändert.



Das stark standardisierte und formalisierte Verwaltungshandeln trug offenbar ein Übriges dazu bei, dass Mitarbeiter der Rentenversicherung insbesondere auf der mittleren und unteren Ebene die zwangsweise und illegale Verbringung von Menschen in Anstalten gar nicht als solche wahrnahmen, da das Verfahren sich in seiner verwaltungstechnischen Durchführung kaum unterschied von der bisherigen „normalen“, auf Freiwilligkeit basierenden Einweisung. In anderen Worten: Für Handelnde im Bereich der Tuberkulosebekämpfung war der vom berühmten Juristen Ernst Fraenkel beschriebene Maßnahmenstaat nationalsozialistischer Prägung nicht immer vom Normenstaat der Weimarer Republik unterscheidbar. Diese offensichtlichen Blindstellen verweisen letztlich auf das starke Traditionsverständnis, das innerhalb der Rentenversicherung gepflegt wurde.

Wegsperrern, strafen, den frühen Tod herbeiführen: ideologische Affinitäten im Umgang mit TB-Kranken

Zwischen einigen Mitarbeitern der Rentenversicherung, Lungenfachärzten und NS-Gesundheitspolitikern kam es aber auch zur bewussten und freiwilligen Zusammenarbeit, die auf ideologischen Affinitäten mit dem Nationalsozialismus gründete. Größtenteils war man sich darüber einig, TB-Kranke, die durch ihr „asoziales“ Verhalten die deutsche Gesellschaft vermeintlich gesundheitlich gefährdeten, zwangsweise in staatliche Sonderanstalten mit Gefängnis- und damit Strafcharakter zu verbringen. Leitende Tuberkuloseärzte, darunter einige Anstaltsärzte der Landesversicherungsanstalten, wurden sogar von sich aus aktiv und drängten Vertreter des NS-Regimes regelrecht, rigoros gegen diese Menschen vorzugehen. Vieles weist darauf hin, dass zumindest leitende Mitarbeiter der Rentenversicherung vom frühen Tod von Patienten in diesen Anstalten insbesondere durch bewusste Vernachlässigung wussten und diesen billigend in Kauf nahmen.

Die Zusammenarbeit zwischen Regime und Rentenversicherung bei der Bekämpfung von „asozialen“ TB-Kranken nahm dabei unterschiedliche Formen an. Führende Lungenfachärzte, die in Heilanstalten der Rentenversicherungsträger arbeiteten, beteiligten sich – erstens – an der Debatte über gesetzliche Bestimmungen zur Zwangsasylie von „böartigen“ und „asozialen“ TB-Kranken. Ein Beispiel ist Erich Lommel, langjähriger medizinischer Direktor der Tuberkuloseklinik der Landesversicherungsanstalt Thüringen, Autor wichtiger Handbucheinträge zur Inneren Medizin und darüber hinaus auch als Eugeniker publizistisch tätig [22]. Zusammen mit seinem akademischen Schüler Julius Emil Kayser-Petersen machte er immer wieder Druck auf die Politik, endlich eine gesetzliche Handhabe zur zwangsweisen Asylie zu schaffen. Im Interesse der Allgemeinheit bleibe aus medizinischer Sicht letztlich keine andere Wahl.

Das Argument der Alternativlosigkeit verfiel bei den Politikern der Weimarer Republik noch nicht, ein Reichstuberkulosegesetz mit drastischen Zwangsvorschriften blieb aus. Aber auch der nationalsozialistische Staat erfüllte die Forderungen zunächst nur teilweise. Zwar baute das nationalsozialistische Regime nur ein Jahr nach der Machtübernahme in Stadtroda nahe Jena eine Modellanstalt auf, in der als asozial stigmatisierte Patienten unter gefängnisähnlichen Bedingungen eingesperrt waren [23; 24].

So waren die Räumlichkeiten der Anstalt vergittert, es gab bewaffnete Wärter und bei Verstößen gegen die strikte Hausdisziplin hatten Patienten mit Einzelhaft und Nahrungsentzug zu rechnen. Auch wurden die dort eingesperrten Patienten sehr schnell Opfer einer gezielten Politik der Vernachlässigung, die den Tod der Patienten zumindest billigend in Kauf nahm. Neuere Studien belegen, dass zu hoffnungslosen Fällen abgestempelte Tuberkuloseerkrankte dort nicht mehr die notwendigen zusätzlichen Lebensmittelrationen erhielten, um ihren körperlichen Verfall aufzuhalten. Infolge dieser absichtlichen Unterversorgung verdoppelte sich in Stadtroda bereits ab 1935 die Zahl der Todesfälle [25, S. 2, 26; 27]. Unter TB-Experten war das durchaus bekannt, da Thüringische Fürsorgeärzte, manchmal nur wenig verklausuliert, in einschlägigen Fachjournalen für Tuberkulose von den Lebensbedingungen der Patienten in Stadtroda berichteten. Der Lungenfacharzt Franz Heisig, der die Kranken fachmedizinisch betreute, machte 1934 im Tuberkulosefürsorgeblatt klar, dass es allein um Verwahrung von „Schädlinge[n]“ gehe und daher alle Maßnahmen ausblieben, „die den schicksalsmäßigen Ablauf der Tuberkulose hemmen“. Symptomlindernde Medikamente wie Hustentabletten wurden ausgegeben [27], Lungenoperationen und andere echte therapeutische Maßnahmen fanden aber nicht mehr statt. Laut dem damaligen Direktor, Berthold Kihn, war die Anstalt „nach Art der Konzentrationslager“ geschaffen worden und gründete auf den „Prinzipien des Gebotes und Verbotes“. Als Anstaltsleiter habe er kein Interesse daran, bei uneinsichtigen, unheilbar kranken Patienten „das Leben zu verlängern“ [28, S. 417–418]. Auch durch Studienreisen nach Stadtroda wurden Ärzte, Anstaltsleiter und Mitarbeiter der Landesversicherungsanstalten über die dort herrschenden Zustände unterrichtet, wie aus Berichten z.B. „über die Besichtigung der Asozialenabteilung in der Thüringischen Landesheilanstalt Stadtroda vom 28.11.1940“ [Archiv LWL Münster, Bestand 663, D 8 Nr. 53] deutlich wird. Die Unterbringung von „asozialen Patienten“ in Stadtroda sei „im Allgemeinen endgültig“, heißt es 1936 in einem Bericht von Wilhelm Roloff, Oberarzt im Landeskrankenhaus Treuenbrietzen in Brandenburg, der damit andeutete, dass die Patienten dort zum Sterben bestimmt waren [BLHA, Rep. 55 VII b, 267].

Das war einigen besonders radikal denkenden Tuberkulosefachleuten jedoch immer noch nicht genug. Sie forderten ein reichsweites Gesetz zum Aufbau weiterer solcher Sonderanstalten. Unverhohlen kritisierten sie die vermeintliche Passivität des NS-Regimes wie etwa Joachim Hein, langjähriger Chefarzt des Tuberkulosekrankenhauses Tönsheide der Landesversicherungsanstalt Schleswig-Holstein, der von einer „kühlen Reserve“ sprach, die der Staat in dieser Frage an den Tag lege und die es abzulegen gelte [29].

Lommel und Kayser-Petersen gingen noch einen Schritt weiter. Einer ihrer Doktoranden legte 1935 einen Entwurf für ein eigenes Gesetz zur Bekämpfung „asozialer“ TB-Krankter vor und ging darin auch auf die gesundheitspolitischen und insbesondere ökonomischen Auswirkungen ein, die die Gesetzesreform angeblich mit sich bringe: So stellte der Promovend einem geschätzten Gesamtschaden von 5 Milliarden RM durch Berufsunfähigkeit den errechneten Unterbringungskosten für „asoziale Tuberkuloseerkrankte“ von weniger als 10 Millionen RM pro Jahr gegenüber [30].



Ganz offenbar war die Strategie Lommels und Kayser-Petersens, dem NS-Regime nicht einfach nur ihr medizinisches Wissen zur Verfügung zu stellen. Vielmehr unterbreiteten sie selbst dezidierte politische Handlungsvorschläge und untermauerten diese mit vermeintlich harten wirtschaftlichen Fakten.

Diesmal war der Vorstoß von Erfolg gekrönt. Im Dezember 1938 verabschiedete das nationalsozialistische Regime eine Verordnung zur Bekämpfung übertragbarer Krankheiten, in der die Vorschläge Lommels und Kayser-Petersens zumindest in ihren Grundzügen einflossen. Damit war die rechtliche Grundlage dafür gelegt, dass neben der Modelleinrichtung in Stadtroda noch andere Abteilungen aufgebaut werden konnten – bis 1942 insgesamt 18 weitere Sonderanstalten.

Die Verordnung vom Dezember 1938 zeitigte aber noch andere Effekte. Sie sorgte für eine Normalisierung von Gewalt gegenüber Tuberkulosepatienten. Zwang stellte ab sofort eine legitime, ja sogar staatlicherseits gebotene Option für Mediziner in der Bekämpfung der Krankheit dar. Entscheidend ist hier, dass diese Vorgaben auch nicht mehr in Frage gestellt wurden, sondern im Gegenteil nach 1938 der kollektiven Orientierung unter deutschen Lungenfachärzten dienten und somit Handlungssicherheit herstellten. Tatsächlich rekurrierten in den bald folgenden Kriegsjahren Ärzte, Anstaltsvorstände und Leiter von Gesundheitsbehörden in ihren Entscheidungen über die Behandlung einzelner Patienten regelmäßig auf die Verordnung und die hierzu erlassenen ausführenden Richtlinien.

Hocharrangige Vertreter der Rentenversicherung wie Eduard Storck waren es auch, die diese Ausführungsbestimmungen mit erarbeitet hatten und so die Aktionsmöglichkeiten gegen TB-Kranke weiter verschärften. Storck war zunächst leitendes Mitglied im Deutschen Verein für öffentliche und private Fürsorge gewesen, einem der wichtigsten sozialpolitischen Austauschforen für Kommunen, Wohlfahrtsorganisationen und Wissenschaftler, bevor er 1933 von den nationalsozialistischen Machthabern zum Präsidenten der Landesversicherungsanstalt der Hansestädte ernannt wurde [31]. Als Leiter der „Arbeitsgruppe Absonderung“ im Reichs-Tuberkulose-Ausschuß, dem zentralen Koordinationsforum für Tuberkulosebekämpfung im „Dritten Reich“, stand Storck einem Gremium vor, das zum Ort teils heftiger Querelen wurde. In der Frage, was mit den als asozial bezeichneten TB-Kranken zu geschehen habe, herrschte jedoch weitgehend Einigkeit und man verständigte sich nach mehreren Jahren intensiver Beschäftigung mit dem Thema im Januar 1943 auf allgemeine „Richtlinien für die Absonderung der Offentuberkulösen“, die Ärzten für ihre Therapieentscheidungen an die Hand zu geben waren [BArch, R 96/II, 6, Bl. 39].

Über das Schicksal dieser Patienten sollte anhand zweier zentraler Kriterien entschieden werden: ihre Arbeitsfähigkeit sowie ihr Verhalten gegenüber der Gesellschaft. „Mit allen Mitteln“ sei die Heilung bei den „sozial gutartigen, heilfähigen Tuberkulösen“ anzustreben, die nach der Therapie wieder in den Arbeitsprozess, wenn auch nur eingeschränkt, integriert werden könnten und damit einen Aktivposten im Krieg darstellten. Dagegen solle der Arzt bei denen, die weder zur Arbeit noch zur Gemeinschaft fähig seien, „alle Maßnahmen unterlassen, die den schicksalsmäßigen Ablauf der Tuberkulose aufhalten könnten“.

Die Richtlinien sprechen es nicht direkt aus, aber aus dem Kontext der Quelle wird deutlich, dass solche Patienten letztlich keine qualifizierte medizinische und pflegerische Betreuung mehr erhalten sollten. Ausdrücklich hieß es etwa an anderer Stelle, es reiche aus, wenn sich nicht mehr eigens ein ausgebildeter Lungenfacharzt, sondern ein externer Arzt nebenher um die Kranken kümmerte [ebd., Bl. 39]. Damit sprach sich der Ausschuss, der regelmäßig vor Ort in Lungenheilstätten und Tuberkulosekliniken tagte, für die gezielte Vernachlässigung von Patienten aus und legitimierte diese auf höchster Ebene. Die Richtlinien vom Januar 1942 dienten damit auch der kollektiven Rückendeckung und Selbstvergewisserung der Heilstätten selbst, die in die Erarbeitung dieser Richtlinien eingebunden worden waren [BArch, R 96/II, 6, Bl. 5.].

Hocharrangige Vertreter der Landesversicherungsanstalten halfen zweitens, diese Politik gegenüber sogenannten asozialen TB-Kranken Realität werden zu lassen. Während die Initiative hierzu in Regionen wie Westfalen von Vertretern der öffentlichen Fürsorge wie dem Oberpräsidenten der Provinz Westfalen und der Partei ausging [SHLA, Abt. 374, 351] und in Mecklenburg der örtliche Rententräger sich aus Sicht der NSDAP sogar sehr passiv in der Frage verhielt [BArch Berlin, NS 25, 291, Bl. 137-138], waren in anderen Landesteilen die örtlichen Landesversicherungsanstalten treibende Kräfte. Die Thüringische LVA war etwa materiell am Aufbau von Stadtroda beteiligt [32, S. 107]. Da die Thüringische Anstalt Stadtroda ausgelastet und Überstellungen von Patienten auf absehbare Zeit nicht möglich waren, trieben in Pommern die Leiter der örtlichen Landesversicherungsanstalt und der Fürsorge zudem den Aufbau einer eigenen Anstalt „nach dem Muster von Stadtroda“ voran [SHLA, Abt. 374, 351]. Die Beteiligten rühmten sich sogar, bereits vor dem Erlass der Verordnung vom Dezember 1938, die ja erst die rechtliche Grundlage für den Aufbau solcher Sonderanstalten schuf, die ersten Schritte hierzu eingeleitet zu haben [ebd.]. Von einem erzwungenen Mitmachen an den Untaten der neuen Machthaber in Berlin, wie das nach 1945 gerne angeführte Argument lautete, kann hier also nicht die Rede sein. Ganz im Gegenteil zeigten sowohl der Chef der Provinzialbehörde als auch der Leiter der LVA ein erhebliches Maß an Eigeninitiative.

Insgesamt wurden neben Stadtroda und Ueckermünde noch 16 weitere Anstalten dieser Art im gesamten Reichsgebiet aufgebaut [7]. Nach den an Stadtroda angelehnten Hausordnungen hatten die Patienten zum einen den Anordnungen des Arztes und des Pflegepersonals „unbedingt und widerspruchslos Folge zu leisten“. Verstöße ahndete man ähnlich wie in Thüringen mit Nahrungsentzug und Einzelhaft [7]. Ein Zwang zur Arbeit wurde eingeführt, der anfangs leichte Arbeiten im Bereich Versorgung und Pflege, später auch Akkordarbeit für Betriebe umfasste und unter Umständen die Gesundheit der betroffenen Patienten beeinträchtigte [SHLA, Abt. 374, 720, Bl. 30].

Damit war die Rentenversicherung auch in das System der nationalsozialistischen Zwangsarbeit eingebunden [vgl. 33, S. 87]. Fälle von Widerstand gegen die ökonomische Ausbeutung von Patienten sind nicht bekannt; im Gegenteil stellten einige Leiter der Landesversicherungsanstalten (z.B. der Präsident der LVA Hansestadt Hamburg) sowie Ärzte, die im Dienst der Rentenversicherung standen, ihre Expertise dem Regime zur Verfügung [StA Hamburg, Bestand Medizinkollegium, 352-3_VI_33].

Beispielhaft sind hier die vollständig erhaltenen Patientenakten der damaligen Heil- und Pflegeanstalt Karthaus bei Regensburg, die eine der 18 Sonderanstalten war, und die systematisch ausgewertet werden konnten [Archiv Psychiatr. Univ. klinik Regensburg, hist. Pat.akten].

In einer Kommissionsbesprechung zu Fragen der „Arbeitstherapie“ bekräftigten im Mai 1939 beispielsweise Wilhelm Braun, Leiter der LVA Hessen-Kassel, Hans Fleischer von der LVA Sachsen, Rüdiger Wagner von der LVA Hannover und der Direktor der LVA-Heilstätte Donaustauf bei Regensburg, Kurt Nicol, „einstimmig“ eine solche Pflicht zur Arbeit, die notfalls sogar erzwungen werden müsse [SHLA, Abt. 374, 720, Bl. 1.]. Sie stärke nicht nur den Arbeitswillen der Patienten und fördere seine Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess, sondern sei auch sinnvoll, „für das Volksganze“ [ebd.]. Dass es hier letztlich um Ausbeutung ohne Rücksicht auf die Gesundheit der Betroffenen ging, war ganz offensichtlich den Beteiligten klar: Laut Joachim Hein kämen Asylierungsfälle auch für eine „energische Arbeitsbehandlung“ in Frage, von der „normale“ TB-Kranke ausgenommen seien, weil sie einen gesundheitlichen Rückfall hervorrufen könnten. Hier stellten Mitarbeiter der Rentenversicherung erneut Leib und Leben von als „asozial“ bezeichneten Tuberkulosepatienten zur Disposition.

Die staatlichen Sonderanstalten, deren Aufbau die Landesversicherungsanstalten unterstützt hatten und die sie ab den frühen 1940er Jahren sogar vollständig finanzierten, wurden schließlich auch Orte von Patientenmord: Wir wissen inzwischen, dass nach Kriegsbeginn manche dieser Anstalten nicht nur weiterhin Patienten gezielt vernachlässigten und ihren Tod insbesondere durch die Unterversorgung mit Nahrungsmitteln billigend in Kauf nahmen [34; 17, S. 53]. Einige Anstalten gingen zudem dazu über, TB-Kranke durch Medikamentenüberdosierung zu töten. Die Anstalt Feldberg bei Graz setzte das Beruhigungsmittel Luminal ein, um Patienten in einem andauernden Dämmerzustand zu halten, im Westfälischen Benninghausen waren es hohe Dosen Morphium. Beide Mittel waren bei Lungenerkrankten ausdrücklich kontraindiziert, weil sie zu Atemdepressionen und im schlimmsten Fall zum Erstickungstod führen, und gehörten zu den Medikamenten, die auch in den Zentren des Patientenmords zur Tötung geistig behinderter und psychisch kranker Menschen angewandt wurden [35, S. 68]. Der Umfang von gezielter Patientenvernachlässigung und -mord in den Tuberkulose-Sonderanstalten war allem Anschein nach beträchtlich: Schätzungsweise über 30.000 Menschen wurden in eine der 18 Anstalten zwangseingewiesen, beinahe jeder Zehnte verstarb an den Folgen der Haft [34]. Mitarbeiter der Rentenversicherung waren auf allen Ebenen dieser Verbrechen eingebunden, d.h. aktiv beteiligt an der Ausformulierung der rechtlichen Bestimmungen zum repressiven Umgang mit „asozialen“ TB-Kranken und am Aufbau, der Finanzierung und dem Betrieb der Sonderanstalten, in denen Tausenden von Menschen Schaden an Leib und Leben zugefügt wurde.

Das System nutzen: Zur Abschiebung und Tötung von Tuberkulosepatienten in Anstalten der LVA

Schließlich lernten Mitarbeiter in LVA-eigenen Heilanstalten, das bestehende System der Zwangsasylierungen für ihre eigenen Interessen zu nutzen, ohne dass sie selbst zwingend glühende Nationalsozialisten gewesen wären oder deren Ideologie teilten. So schoben sie zum einen unbequeme Patienten in die Sonderanstalten ab, wo diesen der Tod drohte. Gravierender noch war, dass zu Kriegsende einige LVA-Anstalten ganz offenbar dazu übergingen, ihrerseits TB-Kranke, die sie als hoffnungslose Fälle einstufte, in den eigenen Anstalten zu töten.

Die staatlichen Sonderanstalten dienten Ärzten und Pflegepersonal insbesondere der Einschüchterung der eigenen Patienten und der Aufrechterhaltung dessen, was damals als Anstaltsordnung bezeichnet wurde [17, S. 53]. Patienten, die sich nicht der strikten Disziplin oder medizinische Anordnungen fügen wollten, drohten Ärzte und Pflegepersonal immer wieder mit der Verbringung in eine der Sonderanstalten und taten das in Einzelfällen auch. Verstöße gegen Hygieneregeln und Hausordnungen oder Fehlverhalten von Patienten, die etwa „dauernd unverschämt in der Anstalt umherlärmten“, fielen unter diese Kategorie, da sich das Verhalten solcher „renitenter“ Patienten „sehr ungünstig auf die gesamte Disziplin der übrigen Patienten“ auswirke, wie der Direktor der Lungenheilstätte Grabowsee der LVA Brandenburg im Juni 1934 mitteilte [BLHA, Rep. 55 VII b, 267].

Heilanstalten und NS-Regime arbeiteten Hand in Hand. Abschreckung und Einschüchterung von TB-Kranken gehörten zu den erklärten gesellschaftspolitischen Zielsetzungen, die hinter dem Aufbau der Sondereinrichtungen standen. Zwangsasylierung sollte nicht nur präventiv wirken, sondern als Drohkulisse jeden TB-Patienten gefügig machen und zu einem konformen Verhalten zwingen. Obgleich sie immer nur eine kleine Minderheit aller TB-Kranken beherbergten, kamen den Sonderanstalten mithin eine eminente Bedeutung zu: Sie sollten zeigen, was Menschen drohte, wenn sie die gesetzten Regeln überschritten. Dem Thüringischen Tuberkulosefürsorgearzt Heisig zufolge wurde so die Achtung vor den Anordnungen der Fürsorgestellten erheblich gesteigert und bei widerspenstigen, schwierigen Heilstättenpatienten genüge „meist schon die bloße Androhung in eine geschlossene Abteilung, um sie zu einem ordentlichen Verhalten zu bewegen“ [36, S. 225, 250]. Erklärtes Ziel war mithin die Schaffung des „disziplinierten Menschen“; es ging um Verhaltensregulierung durch Terror [StA Hamburg, Bestand Medizinkollegium, 352-3_VI_33]. In letzter Konsequenz gerieten auf diese Weise auch die Lungenheilanstalten der Rentenversicherung zu einem Teil des nationalsozialistischen Terrorapparates.

Wie rigide und unbarmherzig Mitarbeiter der Rentenversicherung in den Heilstätten gegen Patienten vorgingen, beweisen die Akten der LVA-Lungenklinik Tönsheide, denen zufolge der dort tätige Oberarzt Kruse dem Direktor Joachim Hein gegenüber unumwunden zugab, seinen Patienten regelmäßig mit der zwangsweisen Verbringung in eine Sonderanstalt zu drohen [SHLA, Abt. 374, 649, Bl. 134.]. Auch Angehörigen, die sich seinen Anordnungen widersetzen, versuchte er mit polizeilichen Maßnahmen einzuschüchtern [SHLA, Abt. 374, 649, Bl. 132]. Er würde grundsätzlich auch bei noch heilungsfähigen Patienten, die sich uneinsichtig verhielten, „auf den drohenden Tod hinweisen“ [SHLA, Abt. 374, 649, Bl. 134]. Das bedeutet, Ärzte im Dienst der Rentenversicherung drohten Patienten mit gefängnisähnlicher Haft, in einigen Fällen versetzten sie diese sogar in Todesangst, um sie gefügig zu machen.

In den Führungsetagen der Rentenversicherung wurde einem solchen Verhalten kein Riegel vorgeschoben, vielmehr bestärkten sie Ärzte und Pflegepersonal teils noch in ihrem Handeln. So sprach sich beispielsweise der Vorstand der LVA Brandenburg ausdrücklich dafür aus, „asoziale Elemente“ zu bestrafen [BLHA, Rep. 55 VII b, 267].



Als besonders rücksichtslos zeigte sich der Leiter der Hamburgischen LVA Eduard Storck, der aus Eigeninitiative Anträge auf Zwangsabsonderung stellte. In einem Fall focht Storck sogar die Entscheidung einer anderen Behörde an, die den betreffenden TB-Kranken ursprünglich hatte zu Hause wohnen lassen wollen [StA Hamburg, Bestand Medizinkollegium, 352-3_VI_33]. Storck hätte die Sache also einfach auf sich beruhen lassen können, tat das aber nicht. Storck setzte sich schließlich durch: Der betroffene Patient wurde zwangsassyliert.

Belegt sind zudem Beispiele aus LVA-Anstalten, die pflegeintensive Patienten zur Arbeitsentlastung in die Sonderanstalten verlegten, obwohl diese für die Verwahrung reiner Pflegefälle gar nicht vorgesehen waren [BLHA, Rep. 55 VI/b, 267]. Auffallend ist jedenfalls, wie oft in den Begründungen für die Überweisungen darauf hingewiesen wurde, dass der betreffende Patient die eigene Körperhygiene vernachlässige und so dem Pflegepersonal enorm Arbeit mache. „E. ist ein sehr schmutziger und schmieriger Patient“, hieß es etwa hierzu kurz und bündig über einen Patienten [Archiv LWL Münster, Bestand 663, Akte 2871] –, die vermeintliche Asozialität des Patienten wurde als Erklärung lediglich nachgeschoben.

Ärzte und Schwestern begründeten dieses Vorgehen in einigen besonders eklatanten Fällen mit der vermeintlich großen finanziellen Bürde, die diese Kranken insgesamt für die „Volksgemeinschaft“ darstellten. Beispielhaft ist der Beschwerdebrief einer TB-kranken Patientin aus Tönshede, die massive Vorwürfe gegenüber einer dort beschäftigten Oberschwester und deren Aussage erhob: „Wenn der Engländer wirklich mal eine Bombe hier reinsetzt, ist auch nicht schade, Ihr liegt ja doch nur dem Staat zur Last“ [SHLA, Abt. 374, 649, Bl. 117]. Solcherart vom NS-Regime verbreitete Parolen konnten dafür herhalten, ein unbarmherziges Vorgehen gegen unbehagliche und arbeitsaufwendige Patienten zu rechtfertigen – vor dem nationalsozialistischen Regime und stärker wohl noch vor sich selbst.

Das Argument, unheilbare Patienten fielen der Gemeinschaft doch nur zur Last, diente in der Spätphase des Krieges schließlich Mitarbeitern in einigen LVA-Anstalten als Vorwand, selbst Patienten zu töten. Entsprechende Vorwürfe wurden etwa gegenüber dem Direktor Joachim Hein und Schwestern des TB-Krankenhauses Tönshede auch noch in einem Ermittlungsverfahren von 1977 laut [SHLA, Abt. 786 Nr. 2579], im Fall der von der LVA-Mecklenburg betriebenen Heilstätte Amsee bei Waren/Müritz im heutigen Mecklenburg-Vorpommern gab der beschuldigte Arzt Werner Sick in den 1960er Jahren vor den ermittelnden Polizeibeamten sogar unumwunden zu Protokoll, dass er in den letzten Kriegstagen sieben seiner Patientinnen durch die Verabreichung einer hohen Dosis von Evipan, einem Narkotikum, gezielt umgebracht hatte. Die zuständige Staatsanwaltschaft machte sich kritiklos seine Rechtfertigungsstrategie zu eigen, wonach die Kranken ohnehin bald gestorben wären und er sie nur habe vor der drohenden Vergewaltigung durch Soldaten der heranrückenden Roten Armee habe bewahren wollen [SHLA, Abt. 352.4 Nr. 551, Bl. 74]. Der betreffende Arzt ging – wie auch die wenigen anderen Mediziner, gegen die überhaupt in der Bundesrepublik und der DDR Ermittlungen wegen der Misshandlung und Tötung von Tuberkulosepatienten anliefen – völlig straffrei aus.



Zusammenfassung und Ausblick

Der Befund einer weitreichenden Kooperation zwischen Rentenversicherung und NS-Regime birgt erhebliche Brisanz, weil Tuberkulosebekämpfung im „Dritten Reich“ nicht einfach nur als die ungebrochene Fortentwicklung einer sich zwischen Kaiserreich und Weimarer Republik verfestigenden modernen Leistungsmedizin verstanden werden kann. Die Ausweitung von Leistungen für Kranke und diagnostische Innovationen wie Röntgenreihenuntersuchungen sind nur die eine Seite der gesundheitspolitischen Medaille. Die andere Seite ist, dass der nationalsozialistische Kampf gegen die Tuberkulose oftmals den Charakter eines Kampfs gegen TB-Kranke annahm [17, S. 45]. Das schloss genuine Verbrechen an Patienten mit ein. Das NS-Regime ging mit Unterstützung von Lungenfachärzten und anderen TB-Experten unerbittlich gegen all die vor, die durch ihr angeblich rücksichtsloses Verhalten die imaginierte neue „Volksgemeinschaft“ als Ganzes zu bedrohen schienen. Als asozial abgestempelt, wurden diese Patienten zwangsweise in gefängnisähnlichen Sonderanstalten abgesondert, wo sie bereits vor Kriegsbeginn 1939 einen raschen Tod durch die bewusste Mangelversorgung mit Lebensmitteln finden sollten. Im Krieg schließlich trat noch Patientenmord durch Medikamentenüberdosierung hinzu. Ungeachtet aller Konflikte über die Stellung der Rentenversicherung im Gefüge der nationalsozialistischen Tuberkulosebekämpfung und trotz aller Finanzierungsquerelen trugen die Landesversicherungsanstalten diese Politik mit.

Die bisherigen Ergebnisse zeigen zudem, dass einige Ärzte und Schwestern in LVA-eigenen Anstalten noch einen entscheidenden Schritt weiter gingen. Sie töteten von sich aus als unbequem oder lästig angesehene Tuberkulosepatienten, um Platz zu schaffen für vermeintlich „wertvolle“ Kranke. Es bedarf dazu noch weiterer Forschung, um den Umfang dieses Patientenmords vollständig auszuloten. Eines jedoch haben die bisherigen Studien allemal gezeigt: Tuberkulosebekämpfung war keine reine Erfolgsgeschichte, wie Festschriften der Rentenversicherung in der Nachkriegszeit gerne suggerierten. Die Landesversicherungsanstalten bekämpften an vorderster Stelle eine der tödlichsten Seuchen und retteten damit Menschenleben, allerdings um den Preis, dafür andere Menschenleben zu opfern. Tod und Rente standen damit in einem doppelstimmigen Verhältnis: Die Rentenversicherung verhinderte weitere Tuberkuloseopfer, zugleich wirkte sie jedoch mittelbar mit an der nationalsozialistischen Mordpraxis an TB-Kranken, schließlich töteten einige ihrer Mitarbeiter auch von sich aus Patienten, die in ihrer Obhut standen.