Christoph Wehner

Tuberkulosekranke in Heilstätten der LVA Schleswig-Holstein im „Dritten Reich“

Medizinische Versorgung und soziale Praxis zwischen 1933 und 1945

sv:dok

Dokumentations- und Forschungsstelle
der Sozialversicherungsträger

Titelbild:
Krankenhaus Tönsheide, Postkarte von 1936; Verlag: Richard Braasch.
Zeitungsartikel: „Asoziale Kranke“, in: Volksgesundheit Nr. 10 (1937/38), S. 259.

Tuberkulosekranke in Heilstätten der LVA Schleswig-Holstein im „Dritten Reich“
Medizinische Versorgung und soziale Praxis zwischen 1933 und 1945

Autor:
Christoph Wehner

sv:dok
Dokumentations- und Forschungsstelle der Sozialversicherungsträger
© 2020

Satz und Gestaltung:
Mark Schwindt, Düsseldorf

Druck:
Griebsch & Rochol Druck GmbH, Hamm

ISBN 978-3-9818343-3-8

Alle Rechte vorbehalten

Inhalt

Grußwort 5

Einleitung 7

I. Vom Seuchenschutz zum Krankenterror 18
Tuberkulosebekämpfung zwischen Weimarer Republik
und Nationalsozialismus

II. Wegbereiter des Krankenterrors 24
Lungenärzte und die Radikalisierung der Tuberkulosepolitik

III. Das Krankenhaus Tönsheide im „Dritten Reich“ 33

Errichtung, Leitungswechsel und institutionelle Entwicklung
(1931-1938) 33

„Arbeitstherapie“:
Ein Tönsheider Projekt zwischen Seuchenschutz
und Arbeitseinsatz (1934-1939) 43

Im Ausnahmezustand:
Das Krankenhaus Tönsheide im Krieg (1939-1945) 53

IV. Schluss und Ausblick 76

V. Bildauswahl 85

VI. Quellen und Literatur 87

Archivbestände 87

Gedruckte Quellen und zeitgenössische Literatur 90

Literaturverzeichnis und Auswahlbibliographie 91

Grußwort

Bis in die Nachkriegszeit war die Tuberkulose die bedeutendste Infektionskrankheit in Deutschland. Ihr Erreger war bereits 1882 von Robert Koch entdeckt worden, doch erst nach dem Zweiten Weltkrieg gelang es, die Krankheit durch neue Impfverfahren und Medikamente effektiv zurückzudrängen. Während die Tuberkulose in Deutschland seitdem als überwunden gilt, ist sie in anderen Teilen der Welt bis heute stark präsent. Von Anfang an spielten die gesetzliche Rentenversicherung und ihre Träger, die Landesversicherungsanstalten, hierbei eine herausragende Rolle. Als Trägerin des Heilverfahrens und durch ihre Infrastruktur an Behandlungseinrichtungen hat die Rentenversicherung maßgeblich zur Eindämmung der Tuberkulose beigetragen. Von ihrem Ergebnis her war die Tuberkulosebekämpfung eine Erfolgsgeschichte.

Es gibt gleichwohl eine andere, weniger bekannte Seite dieser Geschichte. Dass das staatliche Vorgehen gegen die Tuberkulose im 20. Jahrhundert in brutalen Krankenterror umschlagen konnte, zeigt die vorliegende Studie des Historikers Christoph Wehner, in der der Umgang mit Tuberkulosepatienten in Heilanstalten der norddeutschen Rentenversicherungsträger in der Zeit des Nationalsozialismus erstmals ausführlich untersucht wird. Das Forschungsprojekt wurde 2018 von der Deutschen Rentenversicherung Nord und der Schleswig-Holsteinischen Gesellschaft zur Verhütung und Bekämpfung der Tuberkulose und Lungenkrankheiten e.V. gemeinsam initiiert. Mit der Umsetzung wurde die sv:dok, die Dokumentations- und Forschungsstelle der Sozialversicherungsträger, beauftragt, die zugleich als Archivdienstleister für die Deutsche Rentenversicherung Nord tätig ist. Die Überlieferung ermöglicht neue Einblicke in die regionale Tuberkulosebekämpfung und den Umgang mit Patienten innerhalb einzelner Behandlungseinrichtungen während der NS-Diktatur. Es ergaben sich insbesondere Hinweise auf Unrechtspraktiken wie die medizinische Vernachlässigung von Kranken, Zwangsasylierungen von „asozialen“ Kranken und den erzwungenen „Arbeitseinsatz“ von Anstaltspatienten in der Rüstungsindustrie, die bislang für die Heilanstalten der Rentenversicherung kaum erforscht waren.

Die Ergebnisse der Forschungsarbeit sind bedrückend. Die Darstellung lässt keine Zweifel bestehen, wie stark der im NS-Staat praktizierte

Krankenterror in die Tuberkuloseeinrichtungen der norddeutschen Rentenversicherung hineinwirkte. Deutlich wird auch die konkrete Verantwortung, die dem ärztlichen und pflegerischen Personal für die Umsetzung des Krankenterrors in den Einrichtungen zukam. Hinzu kommt die Einbindung von Ärzten der Landesversicherungsanstalten Schleswig-Holstein und Hamburg in den Zwangsarbeitereinsatz während des Zweiten Weltkrieges. Auch dieser Komplex wird in der Studie ausführlich und quellennah geschildert.

Wie Wehner argumentiert, war der im Nationalsozialismus praktizierte Krankenterror die Konsequenz einer Politik, die der Gesundheit des Einzelnen keinen Wert beimaß, sondern diese allein unter dem Aspekt der „Nützlichkeit“ betrachtete. Diese Sichtweise ermöglichte es, Tuberkulosekranke als potenzielle Schädlinge der „Volksgemeinschaft“ zu verfolgen und individuelle Rechte im Zeichen des öffentlichen Gesundheitsschutzes zu beschneiden. Der vor 75 Jahren untergegangene NS-Staat schuf in dieser Hinsicht eine extreme und singuläre Konstellation. Das Spannungsverhältnis zwischen den Rechten des Individuums und staatlicher Reglementierung unter Infektionsschutzaspekten erweist sich auch in demokratischen Gesellschaften als ethische und gesundheitspolitische Herausforderung. Wie unerwartet groß deren Tragweite und Bedeutung sein können und wie dramatisch die Umstände und Konsequenzen, zeigt sich in der aktuellen Corona-Pandemie. Wir wünschen der Publikation viele interessierte Leserinnen und Leser.

Dr. Ingrid Künzler
Geschäftsführerin der Deutschen Rentenversicherung Nord

Dr. Cornelia Schäfer
Erste Vorsitzende der Schleswig-Holsteinischen Gesellschaft zur Verhütung und Bekämpfung der Tuberkulose und Lungenkrankheiten e.V.

Einleitung

„Vom Äußeren erinnere ich mich an fünf deutsche Krankenschwestern; ihre Namen habe ich jedoch vergessen. Ich entsinne mich, daß zwei mit ‚Schwester Else' angesprochen wurden. Wenn sich der Zustand eines Kranken als hoffnungslos erwiesen hatte, bzw. sich die Mühe nicht mehr lohnte, erhielt er eine tödliche Spritze. Diese Injektionen wurden von den Krankenschwestern gemacht. Einige von diesen Krankenschwestern – meine unmittelbaren Vorgesetzten – machten keinen Hehl daraus und sprachen offen aus, daß der betreffende Kranke, der eine Spritze erhalten hatte, nach drei Stunden tot sei. Ich erinnere mich sogar der deutschen Worte: ‚Eine Spritze, und nach drei Stunden wird fertig'; und zu mir sagten sie, daß es schade sei, einem solchen ‚Brot zu fressen zu geben' und sich Mühe mit ihm zu machen; ich sollte froh sein, daß ich mit einem so schwer Kranken keine Arbeit mehr hätte. Ein auf diese Weise verurteilter Kranker erhielt weder zu essen noch zu trinken, und die Schwestern kamen auch nicht mehr an sein Bett, wenn sie gerufen wurden. Die Schwestern aßen in solchen Fällen die für einen solchen Kranken bestimmten Portionen auf. Ich mußte ihnen dieses Essen auf ihr Zimmer bringen. Ich habe solchen Kranken manchmal auf ihr Bitten hin Wasser oder etwas zu essen gegeben, da sie mir leid taten. Es waren schließlich auch Menschen, wenn auch unsere Feinde. Solche Spritzen wurden von den Schwestern ziemlich oft gegeben, was ich selbst gesehen habe. Ich kann sagen, daß durchschnittlich täglich ein Patient eine solche Spritze erhalten hatte. Die Schwestern meinten in solchen Fällen zu den Kranken, daß es sich hierbei um eine Spritze handeln würde, nach der sich der Kranke wohlfühlen werde. Der Patient war jedoch unmittelbar nach einer solchen Spritze betäubt. Viele der Kranken wehrten sich gegen diese Injektionen. Ich habe gesehen, daß die Schwestern in solchen Fällen Gewalt anwandten; und wenn sich einmal ein Kranker dermaßen wehrte, daß es nicht möglich war, warteten die Schwestern mit der Spritze am Bett solange ab, bis der Kranke ermüdete. Die zur Tötung vorgesehenen Kranken wurden in den meisten Fällen in einen Einzelraum gebracht, wenngleich diese Injektionen auch im Krankensaal gemacht wurden, was ich selbst

gesehen habe. Ich entsinne mich, daß Schwester Else einmal einem Offizier mit Namen Niklas eine Spritze gegeben hat, der sich lange und energisch dagegen gewehrt hatte, bis ihr dies zu einem Zeitpunkt gelangt [sic!], als er seine Notdurft verrichtete. Die Leichen mußten wir in die Leichenkammer – in den sogenannten Saal Nr. 8 bringen.“[1]

Die vorstehenden Angaben machte die polnische Zeugin Wanda Tarasow im September 1969 im Rahmen ihrer Aussage vor dem Kreisgericht Kielce. In dem Vernehmungsprotokoll, das auszugsweise in deutscher Übersetzung überliefert ist, bezichtigte sie das medizinische Pflegepersonal des Tuberkulosekrankenhauses Tönsheide der gezielten Tötung von tuberkulosekranken Patienten in der Zeit zwischen 1942 und 1945. Bei den Patienten soll es sich um „deutsche Soldaten (Offiziere, Unteroffiziere und Mannschaftsdienstgrade), die – meist unheilbar – an Tuberkulose erkrankt waren“, gehandelt haben, wie dem beigefügten Vermerk des Generalstaatsanwalts in Schleswig zu entnehmen ist. Das Vernehmungsprotokoll war – „zusammen mit Protokollen über Vernehmungen weiterer polnischer Zeugen“ – erst 1975 von der polnischen Hauptkommission zur Untersuchung von NS-Verbrechen an die Zentrale Stelle der Landesjustizverwaltungen in Ludwigsburg weitergeleitet worden, die den Vorgang „nach der Durchführung von Vorermittlungen“ an die Kieler Staatsanwaltschaft abgegeben hat.

Die Staatsanwaltschaft schenkte der Aussage Tarasows indes keinen Glauben. Sie sei „von keinem der weiteren sieben polnischen Zeugen, die ebenfalls zu diesem Komplex von einem Richter oder Staatsanwalt vernommen worden sind, bestätigt worden“. Es sei deshalb „sehr zweifelhaft, ob die Zeugin Tarasow die Wahrheit gesagt hat“. Erschien es der Staatsanwaltschaft „schon unverständlich, daß sie erstmalig 24 Jahre nach den angeblichen Tötungen hierüber Angaben gemacht hat“, erachtete sie es zudem als „unwahrscheinlich, daß über 800 deutsche Soldaten in einem deutschen Krankenhaus in Schleswig-Holstein getötet sein sollen, ohne

1 Für dieses und die nachfolgenden Zitate vgl. Generalstaatsanwalt Schleswig an Justizminister des Landes Schleswig-Holstein betr. „Ermittlungsverfahren gegen Prof. Dr. Joachim Hein und andere wegen Durchführung von Euthanasiemaßnahmen im Krankenhaus Bargfeld-Tönsheide in den Jahren 1942 bis 1945“, 1.4.1977, Anhang: Auszug aus Vernehmungsprotokoll von Wanda Tarasow am Kreisgericht Kielce (Übersetzung). LASH, Abt. 786, Nr. 2579.

daß dies von anderen Patienten und den zahlreichen Angehörigen des Personals bemerkt worden wäre“. Und von der „Mindestzahl 800“ müsse ausgegangen werden, „denn ‚durchschnittlich täglich ein Patient‘ soll eine tödliche Injektion erhalten haben, und mindestens 2 ¼ Jahre will die Zeugin im Krankenhaus Tönsheide Dienst getan haben“. Die Staatsanwaltschaft erwog stattdessen die Möglichkeit, „daß die Zeugin ihre Angaben aus Rache gemacht hat“. Sie verwies dazu auf die Verfolgungsbiographie Tarasows, die nach eigenen Angaben „im Sommer 1942 in ihrem Heimatort Kielce von Angehörigen der deutschen Schutzpolizei verhaftet und zur Zwangsarbeit nach Deutschland gebracht worden“ war. Dort habe sie „seinerzeit täglich elf und mehr Stunden arbeiten müssen, die Verpflegung sei völlig unzureichend gewesen und sie selbst sei einmal von einem Gendarmeriebeamten, der vom Krankenhauspersonal herbeigerufen worden sei, geschlagen worden, weil sie aus Hunger ein Brötchen entwendet habe“.

Im Ergebnis sah die Kieler Staatsanwaltschaft keine Veranlassung, Ermittlungen gegen das Pflegepersonal des Krankenhauses Tönsheide und dessen Direktor Joachim Hein einzuleiten und beantragte die Einstellung des Verfahrens. Bezüglich Hein hob die Staatsanwaltschaft dezidiert hervor, dass Tarasow ihn in ihrer Aussage nicht beschuldigt habe, „von den tödlichen Injektionen gewußt“ zu haben, weshalb „keine Veranlassung [bestehe], ihn verantwortlich zu vernehmen“. Im Hinblick auf die beschuldigten Krankenschwestern führte die Staatsanwaltschaft entlastend an, Tarasow sei bei ihrer Vernehmung „nicht in der Lage [gewesen] zu bezeugen, welche von den beiden Schwestern ‚Else‘ angeblich den Offizier ‚Niklas‘ mit einer Injektion getötet haben soll“. Jenseits dieser Inkonsistenzen in der Aussage Tarasows führte die Staatsanwaltschaft abschließend ein Argument an, das es in letzter Konsequenz verunmöglicht, den Tatvorwurf der aktiven Ermordung von Tuberkulosekranken zu verifizieren:

> *„Patienten, die an Tuberkulose schwer erkrankt sind, leiden erfahrungsgemäß unter starken Schmerzen. Zur Linderung werden ihnen schmerzstillende Mittel, unter anderem Morphiuminjektionen, verabreicht. Es kann nicht zweifelhaft sein, daß dies auch damals im Krankenhaus Tönsheide immer wieder der Fall gewesen ist. Auch hat es gewiß Todesfälle im Krankenhaus gegeben. Damit ist aber keineswegs*

der Beweis erbracht, daß Patienten Injektionen gegeben worden sind, um sie zu töten, und daß Patienten an solchen Injektionen verstorben sind. Wenn man schließlich noch bedenkt, daß in einem Krankenhaus, das ausschließlich mit tbc-kranken Patienten belegt ist, erfahrungsgemäß die Sterblichkeitsquote höher als in anderen Krankenhäusern ist, ist der Nachweis, daß Patienten aus dem Krankenhaus Tönsheide seinerzeit aus anderen als natürlichen Gründen verstorben sind, nicht mit der für eine Verurteilung ausreichenden Sicherheit zu erbringen.“

Mit ähnlichen Problemen des Nichtwissens und Nichtwissen-Könnens, wie sie hier von der zeitgenössischen Kieler Staatsanwaltschaft angeführt wurden, ist auch die historische Forschung zu Krankenmorden in der NS-Zeit konfrontiert.[2] Die Frage, inwiefern Tuberkulosepatienten[3] in die Krankenmordaktionen des NS-Regimes einbezogen waren, rückte erst jüngst wieder in das Blickfeld der Forschung, nachdem es in den 1980er-Jahren zu einer ersten Historisierungswelle gekommen war.[4] Sie ist im Unterschied zur Politik der nationalsozialistischen Tuberkulosebekämpfung, zu der eine Reihe von Studien vorliegt, erst ansatzweise untersucht.[5]

2 Siehe hierzu auch Alfred Fleßner, Die Volkskrankheit. Tuberkulosebekämpfung in der NS- und in der Besatzungszeit im Bezirk Oldenburg-Bremen, Bielefeld 2017, S. 149-152.

3 Aus Gründen der Darstellung wird im Folgenden ausschließlich die männliche Form genutzt. Sie bezieht sich auf Personen beiderlei Geschlechts.

4 So liegt zum Zusammenhang von Tuberkulose und „wilder Euthanasie“ eine Reihe früher Arbeiten vor. Siehe als Auswahl: Karl Friedrich Masuhr/Götz Aly, Der diagnostische Blick des Gerhard Kloos, in: Götz Aly u. a., Reform und Gewissen. „Euthanasie“ im Dienste des Fortschritts, Berlin 1985, S. 81-106; Götz Aly, Krankheitsverdächtige und Bazillenausscheider. Tuberkulose und „Euthanasie“, in: Vorgänge 26 (1987), S. 62-72; ders., Medizin gegen Unbrauchbare, in: ders. u. a. (Hg.), Aussonderung und Tod. Die klinische Hinrichtung der Unbrauchbaren, Berlin 1985, S. 9-74; ders., Tuberkulose und „Euthanasie“, in: Jürgen Pfeifer (Hg.), Menschenverachtung und Opportunismus. Zur Medizin im Dritten Reich, Tübingen 1992, S. 131–156; Ingo Harms, „Wat mööt wi hier smachten...“. Hungertod und „Euthanasie“ in der Heil- und Pflegeanstalt Wehnen im „Dritten Reich“, Osnabrück 1996; Ingo Harms, „Aktion Brandt“ und die Asylierung Tuberkulöser. Die Räumung der Bewahr- und Pflegeanstalt Blankenburg und der Umbau zum „Sonderkrankenhaus Aktion Brandt“, in: Matthias Haman/Hans Asbek (Hg.), Halbierte Vernunft und totale Medizin. Zur Grundlage, Realgeschichte und Fortwirkung der Psychiatrie im Nationalsozialismus, Berlin 1997, S. 149-178.

5 Der Forschungsstand zur Politik- und Sozialgeschichte der Tuberkulosebekämpfung in der NS-Zeit ist umfangreich, die Anzahl der Darstellungen mit konkreten Bezug auf die Sozialversicherung dagegen überschaubar. Siehe als Auswahl: Pat-

Bekannt ist, dass Tuberkulosekranke und hier insbesondere die Gruppe der ansteckenden und aufgrund ihres vermeintlich rücksichtslosen Verhaltens gegenüber der „Volksgemeinschaft“ als „asozial“ stigmatisierten Kranken im NS-Staat erheblicher Verfolgung ausgesetzt waren. Die gegen Tuberkulosekranke gerichteten Maßnahmen umfassten Heiratsverbote, erzwungene Sterilisierungen und Asylierungen, Arbeitszwang, pflegerische Vernachlässigung und medizinische Nichtbehandlung, Aushungerung sowie die aktive Ermordung durch überdosierte Medikamentenabgaben.

Im Zusammenhang mit der Krankenmord-Frage hat sich die Forschung naheliegenderweise auf jene „Sonderanstalten“ konzentriert, die im „Dritten Reich“ eigens zur Isolierung und Verwahrung von „asozialen“ Tuberkulosekranken errichtet wurden. Die Blaupause für diesen Anstaltstyp stellte die mit Mitteln der Landesversicherungsanstalt Thüringen gebaute Landesheilanstalt Stadtroda bei Jena dar, die gefängnisähnliche Strukturen aufwies und zum Ort von brutalem Krankenterror wurde. Diese Sondereinrichtungen, in denen Kranke gegen ihren Willen eingesperrt, gefoltert und durch Hungerkost und Injektionen ermordet wurden, stehen symptomatisch für die Radikalisierung der Tuberkulosebekämpfungspolitik im Nationalsozialismus, die ab 1938 in einen forcierten Krankenterror

rick Bernhard, Der Tod und die Rente. Tuberkulosebekämpfung und Sozialversicherung im Nationalsozialismus, in: Robert Loddenkemper/Nikolaus Konietzko/Vera Seehausen (Hg.), Die Lungenheilkunde im Nationalsozialismus, Berlin 2018, S. 128-142; Patrick Bernhard, In the Shadow of „Euthanasia“. A New Study on the Murder of Tuberculosis Patients during National Socialism, in: German History (im Erscheinen); Alfred Fleßner, Tuberkulose und Krankenmord in Oldenburg, in: ders. u. a. (Hg.), Forschungen zur Medizin im Nationalsozialismus. Vorgeschichte – Verbrechen – Nachwirkungen, Göttingen 2014, S. 45-58; Sylvelyn Hähner-Rombach, Sozialgeschichte der Tuberkulose. Vom Ende des Kaiserreiches bis zum Ende des Zweiten Weltkriegs unter besonderer Berücksichtigung Württembergs, Stuttgart 2000; Gabriele Hommel/Marc von Miquel (Hg.), Die vergessene Krankheit. Tuberkulose gestern und heute, Bochum 2010; Martin Höfler-Waag, Die Arbeits- und Leistungsmedizin im Nationalsozialismus von 1939-1945, Husum 1994; Nikolaus Konietzko (Hg.), Der Kampf gegen die Tuberkulose. 100 Jahre Deutsches Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose (DZK), Frankfurt/Main 1996; Winfried Süß, Der „Volkskörper“ im Krieg: Gesundheitspolitik, Gesundheitsverhältnisse und Krankenmord im nationalsozialistischen Deutschland 1939-1945, München 2003; Christine Wolters, „Gesellschaftsunwürdige Volksgenossen“. Psychiatrisierung von Tuberkulosekranken im Nationalsozialismus und in der Nachkriegszeit, in: dies. (Hg.), Abweichung und Normalität. Psychiatrie in Deutschland vom Kaiserreich bis zur Deutschen Einheit, Bielefeld 2013, S. 243-278.

umschlug.[6] Nach neuesten Schätzungen des Historikers Patrick Bernhard fielen diesem Terror allein in den „Sonderanstalten“ bis 1945 etwa 3.000 Menschen zum Opfer. Bei ca. 30.000 Zwangseinweisungen verstarb dort also etwa jeder zehnte Patient.[7]

Während zu einigen dieser „Sonderanstalten“ empirisch gehaltvolle Studien vorliegen,[8] markieren die „konventionellen“ Tuberkuloseeinrichtungen der Rentenversicherung in der Zeit des Nationalsozialismus weithin einen blinden Fleck. Regionale Fallstudien weisen jedoch darauf hin, dass sich der Umgang mit Tuberkulosepatienten in diesen Einrichtungen im Zuge des Krieges und der Arbeitseinsatzpolitik des NS-Regimes eminent radikalisierte. In der entfesselten Kriegswirtschaft wurden eigentlich arbeitsunfähige und zur Behandlung eingewiesene Tuberkulosekranke in steigender Zahl vom Vertrauensärztlichen Dienst der Rentenversicherungsträger „gesundgeschrieben“ und zur Arbeit in der Industrie gezwungen. Der „Arbeitseinsatz“ von Schwerkranken ist empirisch gut belegt.[9] Dies gilt mit Abstrichen auch für die 1938 reichsweit etablierte Praxis der Zwangsabsonderung von vermeintlich „asozialen“ Kranken, die bislang vorrangig im Bezug auf die „Sonderanstalten“ untersucht worden ist.[10] Die konkrete Ausformung des Krankenterrors in den Tuberkuloseanstalten der Rentenversicherungsträger ist dagegen weitgehend ungeklärt, was für die Frage nach Zwangsasylierungen ebenso gilt wie für jene nach Patiententötungen. Bekannt ist lediglich der Fall

6 Nach neuen Erkenntnissen wurden in der Tuberkuloseheilanstalt Benninghausen, in der die LVA Westfalen 30 Planbetten belegte, Patienten einer „gezielten Hungerpolitik“ ausgesetzt und „einige zudem mit hochdosierten Morphium-Injektionen ermordet“. Vgl. Winfried Süß/Patrick Bernhard, Abschlussbericht zum Forschungsprojekt „Ermordung und pflegerische Vernachlässigung von Tuberkulose-Patienten in den Kliniken der gesetzlichen Rentenversicherung im Nationalsozialismus“, 30.1.2018, S. 10 f. URL: https://www.fna-rv.de/subsites/FNA/de/Inhalt/97_Allgemeines/Downloads/FNA/Projektberichte/Projektbericht_2014-09.html [letzter Abruf am 2.7.2019].

7 Vgl. Patrick Bernhard, Der Tod und die Rente, S. 137 f., für die Zahlenangabe S. 138.

8 Matthias Wanitschke, Archivierter Mord. Der SED-Staat und die NS-„Euthanasie“-Verbrechen in Stadtroda, Erfurt 2005; Götz Aly, Die Belasteten: „Euthanasie“ 1939-1945. Eine Gesellschaftsgeschichte, Bonn 2013; Elisabeth Elling-Ruhwinkel, Sichern und Strafen. Das Arbeitshaus Benninghausen (1871-1945), Paderborn 2005.

9 Höfler-Waag, Arbeits- und Leistungsmedizin; Ulrich Knödler, Von der Reform zum Raubbau. Arbeitsmedizin, Leistungsmedizin, Kontrollmedizin, in: Norbert Frei (Hg.), Medizin und Gesundheitspolitik in der NS-Zeit, München 1991, S. 113-136.

10 Siehe etwa am Beispiel Württembergs Hähner-Rombach, Tuberkulose, S. 279-288.

des Arztes Werner Sick von der Heilstätte Amsee der LVA Mecklenburg. Sick gab in den 1960er-Jahren zu, unmittelbar vor Kriegsende sieben vermeintlich unheilbare Tuberkulosepatientinnen durch hoch dosierte Verabreichungen eines Narkotikums ermordet zu haben. Der Arzt rechtfertigte sein Handeln mit dem Verweis auf den ohnehin bevorstehenden Tod der schwerkranken Frauen und behauptete zudem, er habe diese nur vor Übergriffen durch die anrückende Rote Armee schützen wollen. Die zeitgenössische Staatsanwaltschaft akzeptierte diese Argumentation und Sick wurde strafrechtlich nicht belangt.[11]

Auch der vorliegende Aufsatz wird die Frage, ob in Tuberkuloseeinrichtungen der ehemaligen Landesversicherungsanstalten Hansestadt Hamburg und Schleswig-Holstein im Zuge der zweiten Kriegsphase aktive Patiententötungen vorgenommen worden sind, nicht mit hinreichender Sicherheit beantworten können. Diese Feststellung bezieht sich vorrangig auf das Tuberkulosekrankenhaus Tönsheide der LVA Schleswig-Holstein, auf das sich die Recherchen in Anbetracht der Zeugenaussage vorwiegend konzentrierten. Das 1931 errichtete Krankenhaus, das ab 1939 in Teilen als Reservelazarett der Wehrmacht fungierte, bildete das Zentrum eines institutionellen Komplexes, zu dem ferner die Außenstationen Kaiserberg und Tannenfelde, das Nachfürsorgeheim Heidhof sowie ab 1943 das nahe gelegene „Hilfskrankenhaus“ Osterrönfeld zählten, wo insbesondere „unheilbare“ Kranke und an Tuberkulose erkrankte Zwangsarbeiter untergebracht waren. Das Krankenhaus Tönsheide war mithin ein Zentrum der Tuberkulosebekämpfung in Schleswig-Holstein, an dem heterogene Patientengruppen (Wehrmachtssoldaten, zivile Kranke und Zwangsarbeiter) versorgt wurden. Die Überlieferungssituation stellt sich im Fall dieses Krankenhauses zudem vergleichsweise günstig dar. Für die vorliegende Studie wurden einschlägige Bestände aus dem Archiv der sv:dok, der Dokumentations- und Forschungsstelle der Sozialversicherungsträger, und dem Landesarchiv Schleswig-Holstein (LASH) herangezogen. Aus diesem Materialkonvolut ergaben sich für gezielte Patiententötungen im LVA-Krankenhaus Tönsheide keine konkreten Anhaltspunkte, wobei der Befund dezidiert auf das Zivilkrankenhaus bezogen ist und das Wehrmachtslazarett nicht mit einschließt.

11 Vgl. Bernhard, Der Tod und die Rente, S. 140.

Allerdings beförderten die Bestandsrecherchen Informationen zutage, welche die Aussage Tarasows plausibel erscheinen und die Feststellung zulassen, dass der Ermittlungselan der Kieler Staatsanwaltschaft nur schwach ausgeprägt war. So irritiert insbesondere, dass von den aufgeführten sieben „Zeugen" lediglich einer zwischen 1942 und 1945 überhaupt in dem Krankenhaus zugegen war, und dies auch nur möglicherweise.[12] Alle anderen vernommenen Zeugen indes hielten sich nachweislich erst nach Mai 1945 in Tönsheide auf und konnten daher allenfalls vage Angaben über die dortigen Geschehnisse während des Krieges machen.[13] Bei genauerem Hinsehen erweist sich zudem zweitens, dass ein Zeuge die Anschuldigungen Tarasows in Teilen stützte.[14] Eine weitere Aussage bestätigte die Vorwürfe zwar nicht direkt, implizierte jedoch Hinweise auf andere Unrechtskomplexe im Krankenhaus Tönsheide. So gab Eugenius-Boleslaw Rajewski, der dort nach dem Krieg operiert worden war, an, in Tönsheide hätten „noch vor der deutschen Kapitulation [...] medizinische Experimente an Kranken" stattgefunden, die „von dem SS-Arzt Heine [sic!] durchgeführt" worden seien. Zudem seien „nachts aus

12 Es handelt sich um den Warschauer Arzt und Medizinprofessor Aleksander Naumann, der „1944/1945 als Kriegsgefangener der deutschen Wehrmacht in deutschen Krankenhäusern gearbeitet" hat. Er hätte „bei dieser Gelegenheit mit dem beschuldigten Prof. Hein mehrfach zu tun gehabt", den er als „gewissenhaften Arzt" bezeichnete. Generalstaatsanwalt Schleswig an Justizminister des Landes Schleswig-Holstein, 1.4.1977, Anhang: Vernehmungsprotokoll Wanda Tarasow, LASH, Abt. 786, Nr. 2579. Im Personal- und Gehaltsverzeichnis des Krankenhauses, in dem auch Polen und „Ostarbeiter" erfasst waren, ist der Name des Zeugen nicht aufgeführt. Vgl. Gehalts- und Personalverzeichnis Krankenhaus Tönsheide für die Rechnungsjahre 1943 und 1944, sv:dok, 26/2690 [1943] und 26/2691 [1944].

13 Beispielhaft sei auf Aussage des polnischen Zeugen Dr. Jerzy Lutz bzw. deren auszugsweise Wiedergabe durch die Staatsanwaltschaft Kiel verwiesen: „Er ist nach dem Kriege dreimal im Krankenhaus Tönsheide gewesen und hat bei dieser Gelegenheit Prof. Dr. Hein kennengelernt. Er hat ausgesagt, Dr. Hein sei ein bekannter Chirurg gewesen und habe sich ihm gegenüber ‚loyal' verhalten. Irgendwelche Angaben über Ereignisse, die sich während des Krieges im Krankenhaus Tönsheide ereignet haben sollen, kann der Zeuge nicht machen." Generalstaatsanwalt Schleswig an Justizminister des Landes Schleswig-Holstein, 1.4.1977, Vernehmungsprotokoll Wanda Tarasow, LASH, Abt. 786, Nr. 2579.

14 So hat Wladyslaw Engelhardt gemäß Wiedergabe durch die Staatsanwaltschaft ausgesagt, „er sei Anfang 1947 im Krankenhaus Tönsheide wegen einer festgestellten Tuberkulose behandelt worden. Zu dieser Zeit sei dort auch ‚eine gewisse Tonia als Patientin untergebracht' gewesen. Von dieser habe er ‚erfahren, daß, als sich das Krankenhaus noch in deutscher Verwaltung befand, Schwerkranken tödliche Spritzen verabreicht worden' seien". Ebd.

verschiedenen Richtungen Kranke in dieses Krankenhaus gebracht und tot wieder fortgebracht worden". Auch diese schweren Vorwürfe weckten nicht das Ermittlungsinteresse der Staatsanwaltschaft, die sie dahingehend interpretierte, der Zeuge wisse „nichts von tödlichen Spritzen und Krankenschwestern, die solche Spritzen Patienten verabreicht haben sollen". Schließlich hat die zeitgenössische Staatsanwaltschaft es offenbar bereits versäumt, eine Überprüfung der persönlichen Angaben Tarasows vorzunehmen. Während sie gar deren Anwesenheit in Tönsheide anzweifelte („und mindestens 2 ¼ Jahre will die Zeugin im Krankenhaus Tönsheide Dienst getan haben"), lässt sich anhand überlieferter Personal- und Gehaltslisten nachweisen, dass Tarasows Angaben über ihren „Arbeitseinsatz" in Tönsheide zutrafen und sie demnach im Unterschied zum Gros der „Zeugen" zumindest die Möglichkeit hatte, das Geschilderte bezeugen zu können.[15] Insgesamt ergibt sich der Eindruck, dass die Aufdeckung und Ahndung etwaiger Patiententötungen im Reservelazarett Tönsheide während des Krieges von der damaligen Kieler Staatsanwaltschaft verschleppt und verhindert wurden.

Der Befund korrespondiert mit generellen Erkenntnissen über die juristische Aufarbeitung nationalsozialistischer Medizinverbrechen an Tuberkulosekranken, die in der Bundesrepublik kaum erfolgte. So wurden gegen nur wenige Mediziner überhaupt Ermittlungsverfahren eingeleitet, im Ergebnis jedoch kein einziger Täter verurteilt.[16] Diese ernüchternde Bilanz war nicht allein der mitunter komplizierten technischen Seite der Ermittlungen geschuldet oder nur einem Unwillen der hierfür zuständigen Behörden zuzuschreiben. Vielmehr ist hierbei der Umstand einzubeziehen, dass sich die Vorstellungen von NS-Unrecht im Laufe der Jahrzehnte stark gewandelt haben. Was heute als NS-Unrecht gilt, hat

15 In dem Verzeichnis ist die Zeugin unter ihrem Mädchennamen Wanda Ceforska aufgeführt, geboren am 16. August 1915 in Kielze. Dem Verzeichnis zufolge war sie von Mitte Dezember 1942 bis Kriegsende im Krankenhaus Tönsheide als Zwangsarbeiterin eingesetzt und wurde zunächst als Hausgehilfin beschäftigt. Im September 1943 wurde Ceforska – zu diesem Zeitpunkt wohl selbst an Tuberkulose erkrankt – auf die Krankenstation verlegt. Während sie bis Oktober 1943 krankgeschrieben war und für diesen Zeitraum auch keinen Lohn bezog, wurde sie ab November 1943 auf der Krankenstation als „Gehilfin" eingesetzt. Ihr Monatslohn inkl. Sachbezüge betrug 90 RM. Vgl. Gehaltsbögen Wanda Ceforska für die Rechnungsjahre 1943, 1944 und 1945, sv:dok, 26/2690 [1943], 26/2691 [1944], 26/2692 [1945].

16 Vgl. Bernhard, Der Tod und die Rente, S. 140.

mit der Wahrnehmung nationalsozialistischer Verbrechen in der frühen Bundesrepublik nur wenig gemein.[17] Ein zentraler Grund für die oftmals „verspätete“ gesellschaftliche Auseinandersetzung mit NS-Unrechtskomplexen waren die vielfältigen personellen, rechtlichen, institutionellen und weltanschaulichen Kontinuitäten über das Jahr 1945 hinaus, die gerade im Feld der Tuberkulosebekämpfung erheblich waren. Ein markantes Beispiel dafür ist die einschlägige Kategorie des „asozialen Offentuberkulösen“, die nicht diskreditiert war, sondern im Nachkriegsdiskurs bundesdeutscher Tuberkuloseexperten weiterhin Geltung beanspruchte. Kontinuitäten betrafen zudem den gesetzlichen Rahmen der Tuberkulosebekämpfung, wobei insbesondere auch der im Nationalsozialismus intensiv praktizierte Einsatz von Zwangsmitteln legitimiert blieb.[18] Es bedarf keiner langen Ausführungen, dass der Aufarbeitung und Ahndung des Unrechts, das Tuberkulosekranken im „Dritten Reich“ widerfahren ist, aufgrund dieser Kontinuitäten viele Hürden erwuchsen. Sie ist daher weitgehend unterblieben, wobei grundlegend einzubeziehen ist, dass die Historisierung der Sozialgeschichte von Tuberkulosekranken im Nationalsozialismus erst in den 1980er-Jahren einsetzte und bis heute Blindstellen aufweist.

Entsprechend wichtig ist es, im Wege der empirischen Forschung Einsichten in die Binnenverhältnisse, den sozialen Alltag und den Patientenumgang in den Tuberkuloseanstalten der Rentenversicherung in der NS-Zeit zu gewinnen, was hier am Beispiel des Tönsheider Krankenhauskomplexes erfolgt. Dabei geht es um die Darstellung der institutionellen Entwicklung, die in die übergeordnete Politik und regionale Praxis der Tuberkulosebekämpfung eingebettet wird. Ein spezieller Fokus wird auf der Frage liegen, inwiefern Ärzte und Funktionäre der norddeutschen

17 Davon zeugt nicht zuletzt die wechselhafte Geschichte der Wiedergutmachung. Siehe dazu Constantin Goschler, Schuld und Schulden. Die Politik der Wiedergutmachung für NS-Verfolgte seit 1945, Göttingen 2005; Darius Harwardt/Marc von Miquel, Die Wiedergutmachung in der Sozialversicherung, in: Justizministerium des Landes NRW (Hg.), Sozialgerichtsbarkeit und NS-Vergangenheit. Karrierewege, Konflikte, Rechtsprechung am Beispiel Nordrhein-Westfalens, Geldern 2016, S. 211-229.

18 Vgl. Wolters, „Gesellschaftsunwürdige Volksgenossen“, S. 265; Dagmar Ellerbrock konstatiert für die „Tuberkulosebekämpfung auch nach Kriegsende eine große institutionelle und rechtliche Kontinuität“. Dagmar Ellerbrock, „Healing Democracy“ – Demokratie als Heilmittel. Gesundheit, Krankheit und Politik in der amerikanischen Besatzungszone 1945-1949, Bonn 2004, S. 367.

Rentenversicherungsträger an deren Radikalisierung und Umsetzung mitgewirkt haben. Der Aufsatz gliedert sich in drei Kapitel: In einem ersten Schritt wird die Politik der Tuberkulosebekämpfung in der Zeit der Weimar Republik und des Nationalsozialismus in Grundzügen dargestellt, der zweite Teil beleuchtet die Rolle von Experten aus der (norddeutschen) Rentenversicherung für die zeitgenössische Radikalisierung der Tuberkulosepolitik, bevor abschließend die Entwicklung des Krankenhauses Tönsheide zwischen 1933 und 1945 als Fallstudie untersucht wird.

I. Vom Seuchenschutz zum Krankenterror

Tuberkulosebekämpfung zwischen Weimarer Republik und Nationalsozialismus

Auch wenn es zunächst den Anschein haben mag: Zwangsmaßnahmen gegenüber Tuberkulosekranken waren keine originäre Erfindung des NS-Regimes. Vielmehr hatten Gesundheitsexperten und Lungenfachärzte bereits in der Weimarer Republik intensiv auf die Möglichkeit gedrungen, Tuberkulosekranke gegen ihren Willen in Anstalten oder geschlossenen Abteilungen von Krankenhäusern „abzusondern". Im Fokus des zeitgenössischen Expertendiskurses standen die „offenen", also ansteckungsfähigen Kranken: Sie galten im Sinne des vorherrschenden sozialhygienischen Paradigmas als „Bazillenstreuer", die eine Gefährdung für ihre familiäre, soziale und berufliche Umgebung darstellten.

Auch Lungenfachärzte der Rentenversicherung hatten sich bereits in der Zwischenkriegszeit mit besonders radikalen Forderungen hervorgetan, im Sinne des öffentlichen Gesundheitsschutzes verschärfte Überwachungs- und Absonderungsmöglichkeiten für infektiöse Kranke einzuführen. Für den Aktionismus der Rentenversicherungsärzte waren unterschiedliche Gründe ausschlaggebend: Die Rentenversicherung zählte seit ihrer Gründung im späten 19. Jahrhundert zu den zentralen Akteuren in der Bekämpfung der Tuberkulose, die bis in die 1950er-Jahre die vorherrschende Volkskrankheit darstellte. Eine wirksame medikamentöse Therapie der Tuberkulose wurde erst nach 1945 entwickelt, während zuvor konservative und chirurgische Behandlungsverfahren dominierten, die jedoch keine durchschlagenden Heilungserfolge erzielten. Die Tuberkulose stellte folglich eine der Hauptursachen von Invalidität dar und verursachte immense volkswirtschaftliche Kosten, die hauptsächlich zu Lasten der Rentenversicherung gingen, die die Invalidenrenten finanzierte und Träger des Tuberkulose-Heilverfahrens war.[1] Dass sich LVA-Ärzte für erweiterte Überwachungs- und Absonderungsmöglichkeiten von

1 Zur historischen Rolle der Rentenversicherungsträger in der Tuberkulosebekämpfung siehe den Überblick bei Ulrike Lindner, Gesundheitspolitik in der Nachkriegszeit. Großbritannien und die Bundesrepublik Deutschland im Vergleich, München 2004, S. 139 f.

„offenen“ Kranken einsetzten, spiegelte insofern lediglich übergeordnete ökonomische Interessen ihrer Dienststellen wider. Wie maßgeblich diese waren, verdeutlicht nicht zuletzt der Umstand, dass sich Forderungen nach Zwangsabsonderung von Tuberkulösen just gegen Ende der 1920er-Jahre öffentlich verstärkten, als das Sozialversicherungssystem durch die wirtschaftliche Krisenentwicklung in eine bedrohliche finanzielle Schieflage geraten war. Kurzum: Zwischen der ökonomischen Verknappung von Gesundheitsressourcen und dem Postulat von Zwangsmaßnahmen bestand ein innerer Zusammenhang, der im Hinblick auf die zeitgenössische Expertendiskussion unmittelbar evident ist.[2]

Zum anderen spielte der Erfahrungsraum des Ersten Weltkrieges, in dessen Verlauf die Zahl der Tuberkuloseinfektionen in Deutschland massiv angestiegen war,[3] für die Radikalisierung der Lungenfachärzte eine entscheidende Rolle. Ein derartiges Albtraum-Szenario, dem die Ärzte mehr oder weniger hilflos gegenübergestanden hatten und das in der Rückschau einer nachlässigen Politik der Seuchenbekämpfung zugeschrieben wurde, sollte sich aus Sicht zeitgenössischer Experten unter keinen Umständen wiederholen. Der Erfahrungsraum des Krieges geriet somit zur Grundlage von Forderungen, Tuberkulosekranke einer möglichst engmaschigen Kontrolle zu unterwerfen, wobei auch hier der Verweis auf den „Schutz der Volksgesundheit“ als zentrales Legitimationsmittel fungierte. Im Rahmen des sozialhygienischen Paradigmas entfaltete sich also bereits in den 1920er-Jahren ein kollektivistischer Denkstil, wodurch der einzelne Tuberkulosekranke als Gefahrenquell für die gesunde Bevölkerung marginalisiert wurde.[4] Diese Perspektive kulminierte in der stereo-

2 Auf diesen dialektischen Zusammenhang verweist auch Sylvelyn Hähner-Rombach, Von der Aufklärung zur Ausgrenzung. Folgen der bakteriologischen Krankheitserklärung am Beispiel der Tuberkulose, in: Susanne Roeßiger/Heidrun Merk (Hg.), Hauptsache gesund! Gesundheitsaufklärung zwischen Disziplinierung und Emanzipation, Köln 1998, S. 59-76, S. 71: „Auffallend ist, daß die Diskussion über mögliche Isolierungsmaßnahmen um so heftiger geführt wurde, je weniger Geld zur Tuberkulosebekämpfung zur Verfügung stand.“

3 Siehe dazu Dirk Blasius, „Einfache Seelenstörung“. Geschichte der deutschen Psychiatrie 1800-1945, Frankfurt/Main 1994, S. 132 f.

4 Vgl. hierzu Bernard, In the Shadow of „Euthanasia“ (Manuskript), S. 6 ff., bes. S. 8: „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.“ Zur Politisierung siehe ferner Ellerbrock, Democracy, S. 331 ff.

typen Figur des „asozialen Offentuberkulösen“, die an der Wende zu den 1930er-Jahren in den Fokus der Fachpresse rückte.

Wenngleich den Tuberkuloseexperten bewusst gewesen sein musste, dass nur eine kleine Minderheit der damals etwa 200.000 bis 450.000 ansteckungsfähigen Kranken Hygienevorschriften und Vorsichtsmaßnahmen ignorierte oder bewusst unterlief, wurden in Fachorganen immer wieder dieselben „empörenden Einzelfälle“ kolportiert, wie der Historiker Wolfgang Ayaß gezeigt hat. „Ein tuberkulöser Familienvater habe seinem Kind seinen ansteckenden Speichel in den Mund geschmiert“, ein „anderer Tuberkulosekranker habe in seine Hände gespuckt und die Fürsorgerin gefragt: ‚Sehen Sie Bazillen? Ich nicht‘“. Solche und ähnlich drastische Beispiele, die auf die Ansteckungsängste der Bevölkerung abzielten und im weitesten Sinne der Legitimation von Zwangsmitteln dienten, verdichteten sich zu einem Bild, das „auch auf Bevölkerungskreise unmittelbar bedrohlich wirken sollte, denen die Lebensweise der als asozial bezeichneten Menschen ansonsten gleichgültig war“.[5] Der „asoziale Offentuberkulöse“ war mithin kein Konstrukt des nationalsozialistischen Regimes, sondern eine Kategorie, die im Expertendiskurs der Tuberkulosefachleute ab den späten 1920er-Jahren entstanden war.[6]

Gleichwohl wurde die Zwangsabsonderung in der Weimarer Republik nicht in die Praxis umgesetzt und auch im NS-Staat setzte sie reichsweit erst im Jahr 1938 ein. Dieser Befund sollte allerdings nicht überblenden, dass Tuberkulosekranke bereits in der Frühphase des „Dritten Reichs“ auf vielschichtige Weise Diskriminierungen ausgesetzt waren. In der Vorkriegszeit etablierte Maßnahmen des NS-Regimes umfassten die verschärfte Überwachung der Kranken durch die Fürsorgestellen bzw. die 1934 neu gebildeten Gesundheitsämter, Heiratsverbote und die Verweigerung von Ehestandsdarlehen. Wenngleich Tuberkulosekranke im Unterschied zu etwa Psychiatriepatienten nicht unmittelbar unter die Vorschriften des sogenannten Erbverhütungsgesetzes fielen – Tuberkulose galt auch in der NS-Zeit vorrangig als Infektionskrankheit –, wurden sie gleichwohl Opfer erzwungener Sterilisierungen, wobei eine

5 Vgl. Wolfgang Ayaß, „Asoziale“ im Nationalsozialismus, Stuttgart 1995, S. 102 f., für die Zitate S. 102 u. 102 f.

6 Vgl. Hähner-Rombach, Tuberkulose, S. 269; Lindner, Gesundheitspolitik, S. 143.

zusätzliche psychiatrische Begleitdiagnose oftmals zur Scheinlegitimation des schwerwiegenden Eingriffs diente.[7]

Einen „Sonderweg“ beschritt das Land Thüringen, wo die NSDAP bereits ab 1930 an der Regierung beteiligt war. In diesem „Mustergau“[8] wurde frühzeitig eine repressive Praxis der Tuberkulosebekämpfung ins Werk gesetzt, wie sie für den NS-Staat ab 1938 insgesamt kennzeichnend werden sollte. Die Maßnahmen richteten sich vorrangig gegen „asoziale“ Tuberkulosekranke und wurden rechtlich ermöglicht durch die sogenannte Landesseuchenschutzverordnung von 1930, die vom Thüringer Innenministerium unter Leitung des Hitler-Gefährten, NSDAP-Politikers und späteren Reichsinnenministers Wilhelm Frick erarbeitet worden war. Die Verordnung markierte insofern ein Novum, als sie es erstmals ermöglichte, Kranke gegen ihren Willen in geschlossenen Heilanstalten oder Krankenhausabteilungen abzusondern, was in anderen Ländern allenfalls durch die Hinzuziehung von Polizeigesetzen möglich war.[9] Im übergeordneten Sinne wurde hier erstmals die offene Gewaltausübung gegenüber Kranken mit abweichenden Verhaltensmustern gesetzlich proklamiert, was einen Bruch in der Politik- und Sozialgeschichte der Tuberkulosebekämpfung darstellte und wesentliche Aspekte des im NS-Staat praktizierten Krankenterrors vorwegnahm.

In etwa zeitgleich wurde in Thüringen mit der bereits erwähnten Landesheilanstalt Stadtroda eine gefängnisähnliche Einrichtung errichtet, die wie keine andere zum Symbol für die Exzesse der Tuberkulosebekämpfung im Nationalsozialismus geriet. Traurige Bekanntheit erlangte insbesondere die 1934 eröffnete Isolierstation für „asoziale Offentuberkulöse“, wo nicht die Behandlung, sondern die brutale Umerziehung, Verwahrung und das Sterbenlassen der als „Insassen“ bezeichneten Kranken im Mittelpunkt stand. Stadtroda war, wie es der Historiker Götz Aly überspitzt ausdrückte, ein „Krankengefängnis [...],

7 Vgl. Fleßner,Tuberkulose und Krankenmord, S. 48 f. Zur zeitgenössischen Debatte über die Vererbbarkeit der Tuberkulose siehe Robert Loddenkemper/Vera Seehausen, Strukturelle, ideologische, personelle Vorläufer und Wegbereiter der Pneumologie, in: Loddenkemper/Konietzko/Seehausen (Hg.), Lungenheilkunde, S. 12-33, S. 24 f.

8 Paul Weindling, „Mustergau“ Thüringen. Rassenhygiene zwischen Ideologie und Machtpolitik, in: Norbert Frei (Hg.), Medizin- und Gesundheitspolitik in der NS-Zeit, München 1991, S. 81-97.

9 Vgl. Ayaß, „Asoziale“, S. 103.

das die Insassen nur auf der Bahre verließen".[10] Die Gründe, die zu einer Zwangsasylierung in Stadtroda führen konnten, waren diffus: Sie reichten von der Weigerung, sich einer angeordneten medizinischen Behandlung in einer konventionellen Lungenheilstätte zu unterziehen, über „uneinsichtiges" oder „böswilliges" Verhalten gegenüber Ärzten, Personalkräften und Mitpatienten, die Verletzung von Hygienevorschriften bis hin zu willkürlichen Denunziationen „asozialen" Verhaltens,[11] wovon praktisch vor allem Angehörige sozialer Randgruppen wie Obdachlose, Drogenabhängige oder Prostituierte betroffen waren.[12] Hieran wird zugleich deutlich, dass der Begriff des „Asozialen" in der NS-Diktatur unbestimmt blieb. Als „asozial" galt ein „Offentuberkulöser" nach zeitgenössischer Gesetzeslage schlichtweg dann, „wenn er seine Umgebung durch seine ansteckende Krankheit erheblich gefährdet".[13] Daher blieb der Begriff für Instrumentalisierungen offen, was von dem NS-Regime auch ausdrücklich bezweckt war, verfügte man hiermit doch über ein „Machtmittel gegen die Tuberkulosekranken überhaupt", dessen sich auch das Personal der Heilanstalten zur Disziplinierung der Patienten bediente.[14]

10 Aly, Die „Belasteten", S. 233.

11 Hähner-Rombach, Aufklärung, S. 71.

12 Vgl. Hähner-Rombach, Sozialgeschichte, S. 274 ff. Zur regionalen Praxis der Ausgrenzung und Verfolgung von „Asozialen" siehe etwa Uwe Lohalm, Völkische Wohlfahrtsdiktatur. Öffentliche Wohlfahrtspolitik im nationalsozialistischen Hamburg, München/Hamburg 2010, S. 383-394.

13 Zit. n. Jürgen John/Rüdiger Stutz, Die Jenaer Universität 1918-1945, in: Senatskommission zur Aufarbeitung der Jenaer Universitätsgeschichte im 20. Jahrhundert (Hg.), Traditionen – Brüche – Wandlungen. Die Universität Jena 1850-1995, Köln u. a. 2009, S. 270-587, S. 504.

14 Hähner-Rombach, Aufklärung, S. 71. Der Begriff „asozial" war derart diffus, dass sogar Alfred Aschenbrenner, der die Isolierabteilung in Stadtroda leitete, es für notwendig befand, ihn näher zu bestimmen, um den offenbar grassierenden Missbrauch einzudämmen: „Wir betonen dies deshalb so nachdrücklich, da die Praxis ergeben hat, daß manchmal der Begriff ‚asozial' zu weit gefasst wird, was z. B. der Fall ist, wenn der Chefarzt einer Heilstätte für einen seiner Patienten Zwangsasylierung beantragt, weil dieser mit dem Assistenzarzt oder gar einem etwas überheblichem Hausmädchen in Streit geraten war und deshalb für die Heilstätte nicht mehr tragbar erscheint. Wir lehnen die Aufnahme solcher Patienten ab, denn Vorkommnisse der erwähnten Art machen sie noch nicht zu einer Gefahr für die Allgemeinheit, und sie sind deshalb noch nicht asozial. [...] Noch unangebrachter erscheint es uns, daß gelegentlich versucht wird, einen sicher nicht mehr ansteckungsfähigen Tuberkulösen zu zwangsasylieren, weil dieser etwa mit der Fürsorgeschwester in Streit geraten ist oder sich sonst im Leben nicht ganz einwandfrei benommen hat." Dabei ging es Aschenbrenner nicht um den Schutz der Kranken; als Kernmotiv erscheint

Ähnlich der Funktion Dachaus für das KZ-System geriet Stadtroda zur Blaupause für 18 weitere „Sonderanstalten“, die bis 1942 im Deutschen Reich errichtet wurden und eine Gesamtkapazität von ca. 2.200 Betten aufwiesen.[15]

vielmehr der durch Überbelegung entstandene Platzmangel: „[...] denn unsere Abteilung ist keine Bewahranstalt für Offentuberkulöse, die sich hygienisch einwandfrei verhalten, sondern eine Erziehungsstätte für asoziale Offentuberkulöse. Wenn der Zweck der Unterbringung erreicht ist, muß die Entlassung erfolgen, und zwar schon aus Platzgründen, da unsere Abteilung andauernd überbelegt ist. [...] Daß eine unbegründete Zurückhaltung eines offensichtlich nicht mehr asozialen Lungenkranken in unserer Zwangsabteilung einer Freiheitsberaubung gleichkäme, sei nur nebenbei erwähnt.“ Alfred Aschenbrenner, Die Wirkung der Zwangsasylierung auf asoziale Offentuberkulöse. Ein Bericht über 100 Katamnesen von entlassenen Zwangsasylierten, in: Beiträge zur Klinik der Tuberkulose, Bd. 94 (1940), S. 635-641, S. 636 u. 638.

15 Dirk Blasius, Die Tuberkulose im Dritten Reich, in: Nikolaus Konietzko (Hg.), Der Kampf gegen die Tuberkulose. 100 Jahre Deutsches Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose (DZK), Frankfurt/Main 1996, S. 77-85, S. 82.

II. Wegbereiter des Krankenterrors

Lungenärzte und die Radikalisierung der Tuberkulosepolitik

Stadtroda war keine versteckte oder tabuisierte Institution, über die seinerzeit ein Mantel des Schweigens gebreitet wurde. Vielmehr war speziell diese Anstalt im Tuberkulosediskurs der 1930er-Jahre überaus stark präsent.[1] Auch stieß der in Stadtroda praktizierte Umgang mit den Patienten, dessen Brutalität und tödliche Konsequenzen das Leitungspersonal der Anstalt auf Kongressen nicht verhehlte, bei der Mehrzahl der zeitgenössischen Lungenärzte, Gesundheitsexperten und Versicherungsfachleute nicht auf erkennbare Vorbehalte oder gar Widerstände. Stadtroda galt im Gegenteil in diesen Expertenzirkeln als moderner Anstaltstyp, in dem sich die aus der Ärzteschaft seit langem geforderte Absonderungspraxis vermeintlich „asozialer" Kranker erstmals institutionell verwirklicht hatte. „Der Begriff ‚Stadtroda' ist nicht nur in Deutschland, sondern in der ganzen Kulturwelt zum Symbol des endlichen Bruches mit einer schwächlich-humanitären Vergangenheit geworden", verlautbarte 1939 etwa der Altenburger Fürsorgearzt Günther Krutzsch mit Nachdruck – und stand mit dieser Auffassung in der zeitgenössischen Ärzteschaft keineswegs alleine da.[2] Auch unter Tuberkulosekranken selbst wurde Stadtroda in zunehmendem Maße berüchtigt, je mehr Informationen über diese Anstalt nach außen drangen. Der Abschreckungseffekt lag durchaus im Interesse der nationalsozialistischen Gesundheitsführung, der Heilverfahrenträger

1 Laut Ayaß, „Asoziale", S. 103, war der „Gefängnischarakter [von Stadtroda, CW] kaum verhüllt. Die Insassen wurden sogar öffentlich als ‚Krankenhäftlinge' bezeichnet. Geflüchtete Patienten wurden von der Polizei gesucht und bei Ergreifung zur Strafe in Arrestzellen gesperrt".

2 Günther Krutzsch, Erfahrungen aus der Praxis, S. 69, zit. n. John/Stutz, Die Jenaer Universität 1918-1945, S. 504. Mit einem Parteimitgliederanteil von 45 Prozent lag die Quote in der Ärzteschaft höher als in jeder anderen Berufsgruppe. Vgl. Ingo Harms, Medizinische Verbrechen und die Entnazifizierung der Ärzte im Land Oldenburg, in: Uta George u. a. (Hg.), Forschungen zur Medizin im Nationalsozialismus, Göttingen 2014, S. 81-114, S. 111. Siehe auch Florian Bruns/Nikolaus Konietzko, Medizin und Gesundheitswesen im Nationalsozialismus – eine Einführung, in: Loddenkemper/Konietzko/Seehausen (Hg.), Lungenheilkunde, S. 36-47, sowie die Beiträge in: Robert Jütte (Hg.), Medizin und Nationalsozialismus. Bilanz und Perspektiven der Forschung, Göttingen 2011.

und des Anstaltspersonals, die sich von der Drohkulisse einer Abschiebung nach Stadtroda eine vereinfachte Disziplinierung der Patienten versprachen. Der Leiter der betreffenden Isolierstation von Stadtroda, Alfred Aschenbrenner, vermerkte dazu in zynischer Offenheit, man sei „gar nicht bemüht, die in Kreisen undisziplinierter Heilstättenpatienten herrschende Furcht vor unserer Abteilung zu beseitigen, denn, wie wir aus zahlreichen Zuschriften ersehen, genügt in manchen Fällen bereits die bloße Androhung einer Verlegung nach Stadtroda, um diese Kranken zu einem ordentlichen Verhalten zu veranlassen, und gerade darauf kommt es ja letzten Endes an. [...] Nicht nur als Erziehungs-, auch als Abschreckungsmittel wirkt sich also die Zwangsasylierung segensreich aus“.[3]

Entsprechend bereitwillig gaben Stadtrodaer Mediziner wie Aschenbrenner, der Anstaltsdirektor und Psychiater Gerhard Kloos oder der Weimarer Fürsorgearzt Franz Heisig im Kreis der Fachkollegen Auskunft über die in der Anstalt vorherrschenden Binnenverhältnisse. Zu der Deutschen Tuberkulose-Tagung von 1935 steuerte etwa Heisig einen Vortrag über „Erfahrungen mit der Zwangsisolierungsstation in Stadtroda“ bei, der wenig später in den renommierten *Beiträgen zur Klinik der Tuberkulose* publiziert wurde. Darin ging Heisig auch auf den in Stadtroda veranschlagten, grotesk niedrigen Verpflegungssatz ein, der keine Zweifel darüber ließ, dass eine hinreichende ärztliche Behandlung und medizinische Versorgung in dieser Anstalt nicht gegeben war, der Patiententod von der Anstaltsleitung vielmehr bewusst einkalkuliert wurde. Dass es möglich gewesen sei, „den Verpflegungssatz einschließlich ärztlicher Behandlung auf nur 2,40 RM pro Kopf und Tag festzusetzen“ – der damals übliche Tagessatz für eine Heilstättenbehandlung lag zwischen fünf und sechs RM[4] – wertete Heisig als „ein besonderes Verdienst der Thüringer Regierung“ und verhehlte dabei auch nicht, dass die Versorgung dem „Grundsatz“ folgte, „daß es sich um absonderungsbedürftige, nicht so sehr um behandlungsbedürftige Kranke“ handele. „Demgemäß“, schloss Heisig, „beschränken wir uns bei den unheilbaren Kranken auf symptomatische

3 Aschenbrenner, Zwangsasylierung, S. 641.

4 Im Krankenhaus Tönsheide galten folgende Verpflegungskostensätze: Für Privatkranke I. Klasse 10 RM, Privatkranke II. Klasse 7 RM, für Selbstzahler III. Klasse und gesetzlich Versicherte 5 RM. Behandlungs- und Verpflegungskostensätze des Krankenhauses Tönsheide der LVA Schleswig-Holstein, 14.3.1934, sv:dok, 26/2680.

und psychische Behandlung und enthalten uns aller den schicksalsmäßigen Ablauf aufhaltenden Maßnahmen".[5]

Ungeachtet dieser Schilderungen, denen die verbrecherische Praxis der Nicht-Versorgung und des gezielten Sterbenlassens von Kranken unmissverständlich zu entnehmen war, sprachen sich Lungenfachärzte der Rentenversicherung in der Folge dafür aus, dem Beispiel Thüringens auch in anderen Landesteilen zu folgen und Zwangsmaßnahmen gegen Tuberkulosekranke reichsweit gesetzlich zu etablieren. Zu den eifrigen Protagonisten von Zwangsmaßnahmen zählten auch Lungenfachärzte der norddeutschen Rentenversicherungsträger wie Johannes Ritter, Chefarzt der Heilstätte Edmundsthal bei Geesthacht, die sich in Trägerschaft der LVA Hansestädte befand.[6] Ritter mahnte zwar an, die Absonderung in erster Linie „durch freiwilligen Entschluß der Kranken" zu erreichen, um diese vermeintlich liberale Haltung gleich im Anschluss zu konterkarieren: „Trotzdem bin ich der Meinung, und ich glaube, die Mehrzahl meiner Kollegen teilt diese Ansicht, daß die Möglichkeit eines Gesetzeszwanges vorhanden sein muß, um unverständige asoziale oder antisoziale Kranke notfalls zu zwingen, sich einer Absonderung zum Wohle der Allgemeinheit zu unterziehen." Es sei „ein untragbarer Zustand", dass „ein Kranker selbst darüber bestimmen kann, ob und inwieweit er seine Mitmenschen gefährdet". Konkret forderte Ritter, „in verschiedensten Teilen Deutschlands [...] bestimmte Anstalten als Zwangsisolierungsanstalten" zu bestimmen. „Noch zweckmäßiger" schien dem LVA-Arzt indes, „in den Irrenanstalten einige Pavillons von dem übrigen Bereich abzuteilen und für diese Zwecke zu bestimmen", wobei Ritter dezidiert auf die „Erfahrung, die man in Stadtroda mit dieser Einrichtung gemacht hat", verwies, die „in jeder Hinsicht bemerkenswert" sei. Mit der Stadtrodaer Leitung teilte er zudem die Auffassung, wonach eine fachärztliche Behandlung nicht vonnöten, indes „der Irrenarzt besonders geeignet [sei], solche Kranken seelisch zu betreuen und zu erziehen", sodass Ritter abschließend an „alle maßgebenden Stellen" den Aufruf richtete, „den langjährigen Wünschen

5 Franz Heisig, Erfahrungen mit der Zwangsisolierungsstation in Stadtroda i. Thür., in: Beiträge zur Klinik der Tuberkulose, Bd. 86 (1935), S. 454-468, S. 458.

6 Vgl. Andreas Jüttemann, Die preußischen Lungenheilstätten 1863-1934 (unter besonderer Berücksichtigung der Regionen Brandenburg, Harz und Riesengebirge), Diss. FU Berlin 2015, S. 201-203. URL: https://refubium.fu-berlin.de/bitstream/handle/fub188/3767/diss_a.juettemann.pdf?sequence=1 [letzter Abruf am 28.5.2019].

aller Tuberkuloseärzte Rechnung zu tragen und ein Gesetz zu erlassen, das eine Zwangsabsonderung bei Kranken möglich macht".[7]

Das NS-Regime zögerte gleichwohl, der von Ritter und weiteren Tuberkuloseärzten stark gemachten Forderung zu entsprechen und die Infrastruktur der „Sonderanstalten" entsprechend zu erweitern. Darin bildete sich zugleich ein Grundzug der NS-Tuberkulosepolitik in der Vorkriegszeit ab, die ungeachtet der oben dargestellten Gesetzesverschärfungen von einer generellen Zurückhaltung gegenüber den Kranken gekennzeichnet war.[8] Dieses Zögern stieß in der Ärzteschaft jedoch zunehmend auf Unverständnis und mündete in Kritik, wobei einige besonders radikale Ärzte der nationalsozialistischen Gesundheitsführung offen eine zu starke Passivität in der Tuberkulosebekämpfung vorwarfen. Zu dieser Gruppe von Medizinern gehörte auch der Direktor des hier im Fokus stehenden Tuberkulosekrankenhauses Tönsheide, Joachim Hein, der Verfechter eines radikalen Seuchenschutzes war und ein energisches Vorgehen gegen „asoziale" Tuberkulosekranke unter dem Einsatz von Zwangsmitteln ausdrücklich befürwortete.

Hein war 1934 zum Direktor und Chefarzt des Krankenhauses Tönsheide ernannt worden. Einer Aufstellung, die auf Heins handschriftlichen Angaben in einem Fragebogen der Alliierten beruht, ist zu entnehmen, dass sein Beitritt zur NSDAP 1937 erfolgt war und er bis Kriegsende Mitglied blieb. Vom 1. Januar 1934 bis 1945 war Hein zudem Mitglied der SA, zunächst als Arzt für den Reitersturm 9/15. 1943 rückte er in den Rang eines Sanitäts-Sturmführers auf, wofür seine Beförderung zum Sanitäts-Offizier im Wehrmachtdienst ursächlich war.[9] Hein war ein Schüler des renommierten Internisten, Tuberkuloseforschers und Prorektors der Hamburger Universität Ludolph Brauer, der zu den Unterzeichnern des „Bekenntnisses der Professoren zu Adolf Hitler und zum nationalsozialistischen Staat" gehörte und sich brüstete als „der erste deutsche Rektor, der es wagte, gegen die roten Linksgruppen Front zu machen und den heute geltenden Lebensanschauungen zum Durchbruch zu verhelfen".[10]

7 Johannes Ritter, Diskussionsbeitrag zum Referat von Franz Heisig, in: Beiträge zur Klinik der Tuberkulose, Bd. 86 (1935), S. 466.
8 Vgl. Blasius, Die Tuberkulose im Dritten Reich, S. 80 f.; Hommel, Tuberkulose, S. 25.
9 Personalaufstellung Krankenhaus Tönsheide und Außenstationen, undatiert [1946], sv:dok, 26/2678.
10 Schreiben Brauer an Landesvertrauensarzt Mörchen v. 20.12.1938, sv:dok, 26/1790.

Wenngleich Brauer ein ambivalentes Verhältnis zum NS-Regime kennzeichnete und er in Machtkonflikte mit NS-Funktionsträgern verwickelt war, bestehen an seiner nationalsozialistischen und antisemitischen Gesinnung keine Zweifel.[11] In den Quellen erscheint Brauer zudem als Befürworter eines rücksichtslosen Vorgehens gegen ansteckende Tuberkulosekranke, deren Zwangabsonderung er befürwortete wie er sich auch offensiv gegen Essenszulagen für diese Gruppe aussprach, die „nur für heilbare, nicht aber für Asylierungsfälle berechtigt" seien.[12]

Hein wiederum hat bei Brauer offenbar nicht nur das chirurgische Handwerk erlernt, sondern stimmte auch in puncto Zwangsasylierung mit seinem früheren Mentor überein. Auf der Deutschen Tuberkulose-Tagung des Jahres 1937 stellte Hein „ein Asylierungsgesetz für asoziale Tuberkulöse im Interesse der Volksgesundheit und vorbeugender Fürsorge als eine unerlässliche Notwendigkeit" dar und drängte in seinem Vortrag, der nationalsozialistische Staat müsse endlich „aus seiner etwas kühlen Reserve herausgehen". „Wir hoffen", so Hein abschließend, „die konsequente Entwicklung in der Gesundheitsführung des deutschen Volkes wird uns in nicht allzu ferner Zukunft ein einschlägiges, allen notwendigen Forderungen gerecht werdendes Gesetz bescheren". Zwar wies Hein ebenso wie Ritter darauf hin, auch „die Interessen der zu Asylierenden [zu] wahren und ihnen einen psychisch und wirtschaftlich erträglichen Aufenthalt [zu] verschaffen". Diese Milde galt Heins Auffassung nach jedoch ausdrücklich nicht gegenüber Kranken, die sich den

11 Beispielsweise schilderte Brauer dem Leiter der LVA Hansestadt Hamburg, Gottlieb Storck, seine Genugtuung darüber, „dass der Herr Oberbürgermeister von Frankfurt, Herr Dr. Krebs, nicht abgeneigt ist, unserem Institut besonders schöne Räume in einem der vielen leerstehenden jüdischen Häuser verfügbar zu machen". Brauer an Storck, 3.2.1939, sv:dok, 26/1790. Konkret handelte es sich, wie Brauer in einem Schreiben an den Vertrauensarzt Otto Walter ausführte, um ein „kleine[s] Hospital", das „bislang von einer jüdischen Sekte betrieben" worden sei und bald von der Stadtverwaltung Frankfurt „übernommen" werde. Brauer an Otto Walter, 7.5.1939, sv:dok, 26/1790. Auf der anderen Seite ist überliefert, dass sich Brauer im „Dritten Reich" für Menschen jüdischer Abstammung einsetzte. Vgl. Nikolaus Konietzko, Forschungsstand in der Lungenheilkunde, in: Loddenkemper/Konietzko/Seehausen (Hg.), Lungenheilkunde, S. 58-67, S. 63.

12 Brauer an Mitglieder der Deutschen Forschungsanstalt für Tuberkulose e. V., 8.6.1939, sv:dok, 26/1790. Brauer befürwortete die strikte Isolation von unheilbar erkrankten Tuberkulosekranken. Vgl. Loddenkemper/Seehausen, Vorläufer und Wegbereiter, S. 28.

angeordneten Maßnahmen verweigerten, in Heins Diktion „den asozialen Elementen, welche in Anstalten ähnlich wie Stadtroda unterzubringen wären". Deutlicher, als Hein es hier tat, konnte man sich zugunsten gesetzlicher Zwangsmaßnahmen und der Schaffung zusätzlicher Krankengefängnisse nicht positionieren.[13]

Der Zeitpunkt dieser Stellungnahme ist insofern von Bedeutung, als das Jahr 1938 generell als Wendepunkt in der nationalsozialistischen Tuberkulosepolitik wahrgenommen wird, die sich fortan beschleunigt radikalisierte. Die Themen der „Asozialität" und der „Arbeitsscheue" hatten bereits zuvor ab 1936 im Rahmen der wirtschaftlichen Programmatik des Vierjahresplans eine staatspolitische Aufwertung erfahren, wobei der „Asoziale" als Gegenpart zum „schaffenden Volksgenossen" popularisiert wurde. Damit verbunden war eine ideologische Umdeutung des älteren „Asozialen"-Begriffs, der nicht mehr länger auf das soziale Feld von Lebensformen und Verhaltensmustern beschränkt blieb, sondern im rassehygienischen Sinne auf die charakterliche Konstitution und die vermeintliche „Erbbelastung" der auf diese Weise diskriminierten Menschen abstellte.[14] Die Debatte über „asoziale" Kranke und deren Zwangsasylierung war insofern nicht auf die medizin- und gesundheitspolitische Sphäre beschränkt, sondern Bestandteil eines breiteren Aushandlungsprozesses, wie mit Angehörigen sozialer Randgruppen bzw. sogenannten Gemeinschaftsfremden unter dem Primat der Kriegsproduktion und des „Arbeitseinsatzes" zu verfahren war.[15]

Aus dem Titel von Heins Vortrag ergibt sich wiederum, dass dieser im Erwartungshorizont von „Sondergesetze[n] für den Tuberkulösen" gehalten war, sodass sich Hein der politischen Tragweite seiner Ausführungen vollends bewusst war. Zugleich stand Hein mit seinem energischen Eintreten zugunsten von „Sondergesetzen" keineswegs alleine da. Seine

13 Joachim Hein, Aufgaben und Ziele der Arbeitsbehandlung und ihre Durchführungsmöglichkeit unter Berücksichtigung zu erwartender Sondergesetze für den Tuberkulösen, in: Beiträge zur Klinik der Tuberkulose, Bd. 89 (1937), S. 774-792, S. 774.

14 Vgl. dazu Wolfgang Ayaß, „Demnach ist zum Beispiel asozial...". Zur Sprache sozialer Ausgrenzung im Nationalsozialismus, in: Nicole Kramer/Armin Nolzen (Hg.), Ungleichheiten im „Dritten Reich". Semantiken, Praktiken, Erfahrungen, Göttingen 2012, S. 69-89, S. 73 ff., bes. S. 75.

15 Vgl. Christoph Sachße/Florian Tennstedt, Der Wohlfahrtsstaat im Nationalsozialismus, Stuttgart u. a. 1992, S. 265 f.

Forderungen entsprachen im Grunde jenen, die einflussreiche zeitgenössische Tuberkulosemediziner wie Julius Emil Kayser-Petersen, als Referent für Tuberkulosefragen im Innenministerium einer der wichtigsten Medizinalbeamten der NS-Zeit, der Jenaer Professor und Direktor der Tuberkuloseklinik der LVA Thüringen Felix Lommel oder der bereits erwähnte Weimarer Fürsorgearzt Heisig an die NS-Gesundheitsführung gestellt haben. Diese Ärzte rechneten sich der Thüringischen „Kampffront gegen die Tuberkulose" zu und waren seit Jahren als vehemente Verfechter von Zwangs- und Disziplinierungsmaßnahmen gegenüber „uneinsichtigen" Tuberkulosekranken in Erscheinung getreten.[16]

Während derartige Forderungen zuvor über weite Strecken ins Leere gelaufen waren, gelangten sie 1938 zum Durchbruch. Am 1. Dezember des Jahres erließ das Reichsinnenministerium die „Verordnung zur Bekämpfung übertragbarer Krankheiten", welche die rechtlichen Grundlagen für die zwangsweise Absonderung von Tuberkulosekranken schuf.[17] Zudem wurde mit der Verordnung die Meldepflicht für Tuberkulosekranke massiv verschärft: Ärzte, Pflegepersonal, aber auch das private Umfeld der Kranken waren fortan verpflichtet, den Gesundheitsämtern eine ansteckende Tuberkulose innerhalb von 24 Stunden anzuzeigen, wobei die Schweigepflicht der Ärzte dezidiert aufgehoben wurde.[18] Die Verordnung wird in der historischen Forschung zu Recht als Zäsur in der Geschichte der Tuberkulosebekämpfung interpretiert, da sie erstmals ein gewaltsames Vorgehen gegen Kranke postulierte und normalisierte: Zwangsmittel stellten ab diesem Zeitpunkt eine „staatlicherseits gebotene Option für Mediziner in der Bekämpfung der Krankheit dar".[19]

Neben Anstaltsärzten haben auch Funktionäre der Rentenversicherungsträger zu dieser Radikalisierung beigetragen. Eine wichtige Rolle ist in dem Zusammenhang Gottlieb Storck beizumessen, der im Zuge der „Machtergreifung" zum Leiter der LVA der Hansestädte ernannt worden war. Der politisch als zuverlässig geltende Hamburger LVA-Leiter machte im „Dritten Reich" eine aufstrebende Karriere und vermochte es, im

16 Vgl. Wolters, „Gesellschaftsunwürdige Volksgenossen", S. 251 ff.
17 Vgl. Fleßner, Volkskrankheit, S. 16.
18 Vgl. Astrid Ley, Ausgegrenzt – vernachlässigt – ermordet. TB-Kranke im Nationalsozialismus, in: Loddenkemper/Konietzko/Seehausen (Hg.), Lungenheilkunde, S. 152-179, S. 156.
19 Süß/Bernhard, Abschlussbericht, S. 44 f.

entstehenden System der Krankenkontrolle Schaltpositionen zu besetzen. So wurde ihm 1936 die Leitung der neu geschaffenen Gemeinschaftsstelle der LVAen übertragen, womit neben diversen übergeordneten Koordinationsaufgaben auch die Zuständigkeit für den Vertrauensärztlichen Dienst verbunden war, der unter Storcks Leitung reorganisiert wurde und in der Folge zu einem repressiven Instrument der Krankenkontrolle und „Arbeitseinsatzpolitik" geriet.[20] Zudem rückte Storck zum Leiter der einschlägigen Arbeitsgruppe „Arbeitstherapie und Asylierung" im Reichs-Tuberkuloseausschuss (RTA) auf, der 1933 als zentrales politisches Koordinations- und Lenkungsgremium der Tuberkulosebekämpfung im NS-Staat gegründet worden war.[21] Über dieses Amt verantwortete Storck maßgeblich die Ausgestaltung der Durchführungsbestimmungen zu der 1938er-Verordnung, die schließlich 1943 als „Richtlinien für die Absonderung der Offentuberkulösen" veröffentlicht wurden. Sie dienten der Orientierung der Tuberkuloseärzte bei Therapieentscheidungen, wobei die ausschlaggebenden Kriterien zum einen die „Arbeitsfähigkeit", zum anderen das gemeinschaftliche „Verhalten" des Kranken darstellten. Während bei „sozial gutartigen, heilungsfähigen Tuberkulösen" eine medizinische Behandlung und Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit als angezeigt galt, sollten die Ärzte bei nicht arbeitsfähigen und „asozialen" Kranken „alle Maßnahmen unterlassen, die den schicksalsmäßigen Ablauf der Tuberkulose aufhalten könnten". Erkennbar proklamierten die an maßgebender Stelle erarbeiteten Richtlinien mithin die Selektion und gezielte medizinische und pflegerische Vernachlässigung einer speziellen Krankenklientel, was beispielhaft illustriert, dass hochrangige regionale Vertreter der Rentenversicherung an Entscheidungsprozessen im Unrechtskomplex der NS-Krankenmorde federführend beteiligt waren.[22]

Die ergänzende Auswertung des überlieferten Schriftverkehrs zeigt zudem, dass Storck die Aufnahme und Versorgung von unheilbaren „Asylierungskranken" in Heilanstalten der Rentenversicherung prinzipiell ablehnte. Auf die entsprechende Nachfrage eines LVA-Leiters antwortete Storck, „daß es nicht Aufgabe der Invalidenversicherung sein kann,

20 Zum Ausbau des Vertrauensärztlichen Dienstes vgl. Süß, Volkskörper, S. 243-254; Knödler, Reform.

21 Vgl. Fleßner, Tuberkulose und Krankenmord, S. 50.

22 Vgl. auch für die Zitate Süß/Bernhard, Abschlussbericht, S. 45 f.

eigene Asylierungsstationen in den Heilstätten zu schaffen“ und die „Sorge für die Asylierungsfälle“ stattdessen der Fürsorge zu überlassen sei.[23] Um seinen Ansichten in den Heilstätten Geltung zu verschaffen und zu verhindern, dass dort Kranke mit vermeintlich aussichtslosen Prognosen medizinisch versorgt werden, griff der Hamburger LVA-Präsident zu unorthodoxen Methoden und wurde mitunter sogar selbst vor Ort aktiv. Wie es in einer Aktennotiz Storcks über einen Besuch bei der LVA-Heilstätte Oderberg hieß, habe er „Gelegenheit genommen, den grössten Teil der Kranken persönlich zu sprechen, um mich über einzelne Fälle genauer zu erkundigen“. Seine Nachforschungen ergaben die „bemerkenswerte Feststellung, dass eine grosse Anzahl schwer Kranker in den Heilstätten untergebracht ist“, wobei es sich „teilweise [...] m.E. um hoffnungslose Fälle“ gehandelt habe, die nach Storcks Auffassung „nicht in die Heilstätte hätten geschickt werden dürfen“. Dabei beließ es Storck allerdings nicht, sondern nahm für sich in Anspruch, die Belegungssituation eigenmächtig zu verändern und „an zwei Tagen eine genaue Durchsicht der Krankenakten vorzunehmen, um diese mit dem klinischen und röntgenologischen Befund am Krankenbett zu vergleichen“.[24]

Das außergewöhnlich beharrliche und radikale Vorgehen Storcks, von dem auch belegt ist, dass er aus eigener Initiative Anträge auf Zwangsabsonderung von einzelnen Kranken stellte,[25] zeigt beispielhaft, dass die Umbrüche in der zeitgenössischen Tuberkulosepolitik auf vielschichtige Weise in die Heilstätten und Krankenhäuser der Rentenversicherung hineinwirkten. Am Beispiel des Krankenhauses Tönsheide wird dieser Aspekt im folgenden Kapitel vertiefend untersucht und auf die Frage bezogen, welche Auswirkungen die politischen Zäsuren der Jahre 1933 und 1939 auf regionale Institutionen und Praktiken der Tuberkulosebekämpfung entfalteten.

23 Storck an Wagner, 11.6.1938, sv:dok, 26/1794.
24 Storck, Aktennotiz „Am 27. März 1936 Reise nach Oderberg“ v. 2.4.1936, sv:dok, 26/1794.
25 Vgl. Bernhard, Der Tod und die Rente, S. 139.

III. Das Krankenhaus Tönsheide im „Dritten Reich“

1. Errichtung, Leitungswechsel und institutionelle Entwicklung (1931-1938)

In den späten 1920er-Jahren setzten im Vorstand der LVA Schleswig-Holstein Planungen für die Errichtung eines modernen Tuberkulosekrankenhauses ein, wo neben üblichen konservativen Therapien auch neuartige chirurgische Behandlungsmethoden praktiziert werden sollten. Zudem diente der Bau zur Erweiterung der regionalen Bettenkapazitäten. Nach einer mehrjährigen Planungs- und Bauphase öffnete am 15. Juni 1931 das „Sanatorium Tönsheide“ seine Pforten für die Patienten, unter denen sich dem Zweck der Einrichtung gemäß von Anfang an eine große Zahl Schwerkranker befand. Das Krankenhaus, das „mit allen neuzeitlichen Einrichtungen ausgestattet“ war und fortschrittliche operative Behandlungsmethoden wie die erst jüngst entwickelte „Kollapstherapie“ zur Anwendung brachte, entwickelte in deutschen und internationalen Fachkreisen schnell einen hervorragenden Ruf.[1]

Diese Entwicklung war nicht zuletzt dem bereits erwähnten Joachim Hein zuzuschreiben, der 1931 zunächst als Oberarzt angestellt worden war und nach der nationalsozialistischen Machteroberung 1934 zum Chefarzt und Direktor des Tönsheider Krankenhauses ernannt wurde. Er folgte auf den Lungenchirurgen Hugo Dommasch, der die Geschicke des Krankenhauses ab 1929 als erster Chefarzt und Direktor in Personalunion gelenkt hatte.[2] Der Wechsel auf der Leitungsposition fällt in eine Zeitphase, die von personellen Säuberungen auf der Grundlage des sogenannten Gesetzes zur Wiederherstellung des Berufsbeamtentums gekennzeichnet war, einem nationalsozialistischen Unrechtsgesetz, mit dem sich das Regime politisch missliebiger Beamter, Angestellter und Arbeiter sowie Ju-

1 Vorstand LVA SH an Deutsche Gesellschaft für öffentliche Arbeiten A.G., 15.10.1933, LASH, Abt. 374, Nr. 662. Zur medizinhistorischen Entwicklung der Kollapstherapie siehe Martin Teschner, Geschichte der Tuberkulose, in: Nikolaus Konietzko/Robert Loddenkemper (Hg.), Tuberkulose, Stuttgart/New York 1999, S. 1-23, S. 10 ff.

2 Vgl. Lebenslauf Hugo Dommasch v. 7.11.1928, LASH, Abt. 374, Nr. 2074.

den entledigte.[3] Die Akten zeigen gleichwohl, dass politische Faktoren in diesem Fall keine ausschlaggebende Rolle gespielt haben und Dommasch vielmehr bereits vor der nationalsozialistischen Machtübernahme im Vorstand der LVA stark umstritten war.

So hatten unter Dommaschs Leitung wirtschaftliche und verwaltungstechnische Fehlentwicklungen eingesetzt, die der LVA im Jahr 1932 im Rahmen einer Betriebsprüfung durch das Reichsversicherungsamt (RVA) aufgezeigt worden waren.[4] Ungeachtet der festgestellten Mängel war von einer Pensionierung Dommaschs zunächst noch nicht die Rede. Statt personeller Konsequenzen wurde als organisatorische Maßnahme erwogen, die ärztliche und wirtschaftliche Leitung des Krankenhauses zukünftig zu trennen, wie es auch das RVA angeraten hatte.[5] Mit Hein wurde jedoch ein Facharzt gefunden, dem der Vorstand die Erfüllung der ärztlichen und wirtschaftlichen Aufgaben der Krankenhausleitung in Personalunion offenbar wieder zutraute.[6] Jedenfalls wurde das avisierte Trennungsprinzip mit der Ernennung Heins wieder aufgegeben, der als Krankenhausleiter ab 1934 wie gehabt beide Kompetenzen vereinigte. Ihm wurde gleichwohl ein Verwaltungsinspektor zur Seite gestellt und die Zusammenarbeit im Rahmen einer Dienstordnung präziser geregelt.[7] Diese Maßnahme sollte auch der Behandlung von Privatpatienten durch den Chefarzt auf eigene Rechnung Einhalt gebieten, die Dommasch wohl ausgiebig praktiziert und dadurch Unmut der LVA auf sich gezogen hatte.[8]

3 Zur organisatorischen und personellen „Gleichschaltung“ der LVA Schleswig-Holstein vgl. Tatjana Schröder, Die Geschichte der Landesversicherungsanstalt Schleswig-Holstein, in: Landesversicherungsanstalt Schleswig-Holstein (Hg.), 100 Jahre Landesversicherungsanstalt Schleswig-Holstein, Bd. I, Lübeck 1990, S. 9-178, S. 81-86. In Schleswig-Holstein fielen die politischen Säuberungen vergleichsweise massiv aus. Vgl. Michael Ruck, Auf dem „Sonderweg“? Personelle Rekonstruktion und Modernisierung der Verwaltungen in Schleswig-Holstein bis zum „Ende der Nachkriegszeit“, in: Demokratische Geschichte 19 (2008), S. 131-143, S. 135 f.

4 Ergebnis der Prüfung der Geschäfts- und Rechnungsführung der Landesversicherungsanstalt Schleswig-Holstein in der Zeit vom 10. bis zum 20. Oktober 1932 durch die Beauftragten des Reichsversicherungsamtes (Auszug), undatiert, LASH, Abt.374, Nr. 691.

5 Aktennotiz LVA-Vorstand „Trennung der ärztlichen und wirtschaftlichen Leitung des Sanatoriums Tönsheide“, 9.6.1933, LASH, Abt. 374, Nr. 691.

6 Vorstand LVA Schleswig-Holstein an RVA, 15.1.1935, LASH, Abt. 374, Nr. 691.

7 Dienstordnung des Krankenhauses Tönsheide der Landesversicherungsanstalt Schleswig-Holstein, 1.1.1937, LASH, Abt. 374, Nr. 691.

8 Bergstädt (Verwaltungsinspektor) an LVA-Vorstand, 28.6.1933, LASH, Abt. 374, Nr. 724.

Ferner schien das Verhältnis zwischen Dommasch und den ihm unterstellten Ärzten weitgehend zerrüttet. So waren die Tönsheider Ärzte Adami, Hein, Hüne, Pfaff und Schellmann im Rahmen einer Prüfung durch den Hartmannbund zur Leitungskompetenz Dommaschs befragt worden und hatten sich diesbezüglich offenbar einhellig negativ geäußert: „Die Vernehmung hat ergeben“, heißt es in dem Bericht von Juli 1933, „dass Herr Dr. Dommasch der Leitung eines derartig grossen Betriebes nicht gewachsen ist. Er ist nicht in der Lage, die ihm unterstellten Ärzte in seinem Sinne, damit im Sinne der Allgemeinheit, zu beeinflussen und zum einheitlichen Handeln und Behandeln anzuhalten. Daraus ergibt sich, dass er nicht die nötige Autorität gegenüber den unterstellten Ärzten und dem Pflegepersonal besessen hat.“ Zweifel betrafen schließlich auch seine Fähigkeiten als Chirurg, die aufgrund der operativen Ausrichtung des Tönsheider Krankenhauses unerlässlich waren. Dazu hieß es in dem Bericht nur knapp, Dommasch hätte die chirurgische Behandlung „seinem Oberarzt“ Hein „überlassen sollen, der dafür die genügende Vorbildung mitbrachte“.[9]

Der Leitungswechsel resultierte aus dem Bündel dieser Faktoren und wurde im Mai 1933 eingeleitet, als Dommasch dem Drängen der LVA nachgab und unter Verweis auf „Vorgänge, die sich im Laufe des letzten Jahres und besonders in den letzten Wochen im Sanatorium Tönsheide ereignet haben sowie aus gesundheitlichen Gründen“ in seine Pensionierung einwilligte.[10] Diesem Schritt waren längere Urlaubs- und Dienstunfähigkeitsphasen Dommaschs vorausgegangen, ehe er schließlich im Juli 1933 von dem Vorstand der LVA beurlaubt wurde.[11] Gegen einen politischen Hintergrund spricht vor allem der Umstand, dass Dommasch in der Weimarer Republik lediglich der DNVP angehört hatte und zum Zeitpunkt des Vorgangs bereits Mitglied der NSDAP war, die er „seit dem Jahre 1930 [...] in jeder Weise unterstützt hat“.[12] Da es sich bei Dommasch nachweislich um

9 Führer Hartmannbund Schleswig-Holstein an Landeshauptmann für die Provinz Schleswig-Holstein, 25.7.1933, LASH, Abt. 374, Nr. 2074.

10 Dommasch an Vorsitzenden des Vorstands der LVA Schleswig-Holstein, 15.5.1933, LASH, Abt. 374, Nr. 2074.

11 LVA Schleswig-Holstein an Reichsarbeitsminister, 22.8.1933; Aktennotiz LVA Schleswig-Holstein, Abteilung I, 27.4.1933; Dommasch an LVA Schleswig-Holstein, 10.5.1933, LASH, Abt. 374, Nr. 2074.

12 LVA Schleswig-Holstein, Abt. 1, Vermerk v. 9.2.1950, LASH, Abt. 374, Nr. 2074. Der Vermerk bezieht sich auf ein Schreiben Dommaschs, in dem dieser Schadenersatzansprüche stellte, „weil ich im Jahre 1933 ohne Angabe von Gründen gegen mei-

einen „Parteigenossen“ handelte, wurde zunächst unter Einschaltung der Gauleitung der Versuch unternommen, eine Schlichtung zwischen den Parteien herbeizuführen, die im Ergebnis jedoch scheiterte.[13] Am 22. August 1933 beantragte der Vorstand der LVA Schleswig-Holstein beim Reichsarbeitsministerium, Dommasch in den Ruhestand zu versetzen.[14] Weil aber hinsichtlich des Beamtenstatus Dommaschs Unsicherheiten bestanden und insbesondere zweifelhaft war, ob seine Versetzung in den Ruhestand im Wege des Berufsbeamtengesetzes rechtens war, sprach die LVA im September 1933 vorsorglich eine Kündigung aus, woraufhin Dommasch seine endgültige Versetzung in den Ruhestand beantragte.[15] Seine Entlassung erfolgte schließlich gleichwohl auf Grundlage des Berufsbeamtengesetzes.[16]

Hein, der Dommasch bereits während dessen längeren Abwesenheiten als Direktor vertreten hatte, brachte sich auf diesem Wege schon früh als potenzieller Nachfolger in Stellung.[17] Sein Bewerbungsschreiben datiert auf den 18. Januar 1934, den Folgetag der öffentlichen Stellenausschreibung.[18] In Anbetracht seiner wissenschaftlichen Qualifikation und chirurgischen Fähigkeiten brachte Hein zweifellos alle Voraussetzungen für den Chefarztposten des Tönsheider Krankenhauses mit und setzte sich in einem ordnungsgemäßen Verfahren dann auch gegen elf Mitbewerber durch. Auch in politischer Hinsicht galt Hein, der – offenbar im Zuge seiner Bewerbung – im Januar 1934 der SA beigetreten war und den Rang

nen Willen pensioniert worden bin“. Die LVA verwies in ihrer Antwort hingegen auf Dommaschs Pensionsierungsgesuch von Mai 1933, wo dieser „gesundheitliche Gründe“ angeführt hatte. Der Vorgang wurde danach von Dommasch nicht weiterverfolgt. Siehe dazu die folgenden Schreiben: Dommasch an Vorstand der LVA Schleswig-Holstein, 1.2.1950; Schreiben Vorstand LVA Schleswig-Holstein an Dommasch, Entwurf v. 9.2.1950; Aktenvermerk LVA Schleswig-Holstein v. 28.9.1955, LASH, Abt. 374, Nr. 2074.

13 Vorstand LVA Schleswig-Holstein an Reichsarbeitsminister, 22.8.1933, LASH, Abt. 374, Nr. 2074.

14 Vgl. für die vorstehenden Zitate Vorstand LVA Schleswig-Holstein an Reichsarbeitsminister, 22.8.1933, LASH, Abt. 374, Nr. 2074. Vgl. auch Schröder, Geschichte, S. 86.

15 Vorstand LVA Schleswig-Holstein an Hugo Dommasch, 22.9.1933; Dommasch an Vorstand LVA Schleswig-Holstein, 20.10.1933, LASH, Abt. 374, Nr. 2074.

16 Vgl. Schröder, Geschichte, S. 86.

17 LVA Schleswig-Holstein, Abt. 1, Aktennotiz v. 27.4.1933; Dommasch an Vorstandsvorsitzenden der LVA Schleswig-Holstein, 11.5.1933, LASH, Abt. 374, Nr. 2074.

18 Hein an Vorstand LVA Schleswig-Holstein, 18.1.1934; LVA Schleswig-Holstein an Münchener Medizinische Wochenschrift und Deutsche Medizinische Wochenschrift, Entwurf Stellenanzeige v. 17.1.1934, LASH, Abt. 374, Nr. 622.

eines Sturmarztes bekleidete, als zuverlässig.[19] Der NSDAP trat Hein erst im Jahr 1937 bei, als der vier Jahre zuvor eingeführte Aufnahmestopp für Neumitglieder aufgehoben wurde.[20] Einwände gegen seine Ernennung wurden von keiner Seite erhoben, sodass Hein im August 1934 rückwirkend zum 1. Februar des Jahres als neuer Chefarzt und Direktor des Krankenhauses Tönsheide angestellt wurde.[21]

Unter der Ägide Heins entwickelte sich Tönsheide in der Vorkriegszeit „zu einem der führenden und in aller Welt bekannten Zentren“ der Lungenheilkunde, wie Werner Stecher, der in den 1960er-Jahren die Nachfolge Heins als Krankenhausdirektor angetreten hat, in den 1990er-Jahren rückblickend konstatierte. „Hein und Tönsheide“ seien innerhalb weniger Jahre „zu einem Begriff“ geworden.[22] Ähnlich hatte der Tuberkuloseforscher Rudolf Ferlinz 1976 in seiner Laudation zu Heins 75. Geburtstag festgestellt, von „Hein-Tönsheide“ wären „im zweiten Drittel unseres Jahrhunderts Impulse aus[gegangen], die, das darf man ohne Übertreibung festhalten, [...] schon bald die gesamte Pneumologie entscheidend mitformten“.[23] Hierbei handelt es sich selbstredend um wohlwollende biographische Darstellungen, in denen die NS-Vergangenheit Heins bezeichnenderweise ausgespart wurde. Sie dokumentieren daher in erster Linie das ungebrochen hohe Ansehen, das Hein in der Tuberkulose-Community der Bundesrepublik zuteil wurde.[24] Gleichwohl stimmt der Kernbefund dieser

19 Verzeichnis der Bewerber um die Stelle des ärztlichen Direktors im Krankenhaus Tönsheide, 29.1.1934, LASH, Abt. 374, Nr. 622.

20 Vermerk Ministerpräsident des Landes Schleswig-Holstein, 20.7.1949, LASH, Abt. 47, Nr. 6655.

21 Dienstvertrag zwischen dem Vorstand der LVA Schleswig-Holstein und Dr. med. Joachim Hein, 27.8.1934, LASH, Abt. 374, Nr. 622.

22 Werner Stecher, Zur Geschichte der Fachklinik Aukrug – zugleich ein Beitrag zum Sieg über die Tuberkulose, in: Landesversicherungsanstalt Schleswig-Holstein (Hg.), 100 Jahre Landesversicherungsanstalt Schleswig-Holstein, Bd. III: Die Verwaltungsgebäude in Kiel und Lübeck, die Entwicklung des Klinikwesens, die einzelnen Kliniken, Lübeck 1990, S. 209-248, S. 222.

23 Rudolf Ferlinz, Herrn Prof. Hein zum 75. Geburtstag, in: Praxis der Pneumologie 30 (1976), H. 5, S. 269-271, S. 270.

24 Hein, der nach 1945 an der Einführung des Schirmbildverfahrens sowie der BSC-Schutzimpfung beteiligt war, erhielt in der Bundesrepublik vielfache Anerkennung. 1964 wurde er zum Ehrenmitglied der Deutschen Gesellschaft für Lungenkrankheiten und Tuberkulose gewählt und 1966 Ehrenmitglied des Robert-Koch-Instituts. Im selben Jahr wurde ihm auch das Große Verdienstkreuz des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland verliehen. Vgl. Ferlinz, Hein, S. 271; Anonym, Art. Pro-

Darstellungen, wonach Hein ein außergewöhnlich eifriger und umtriebiger Klinikdirektor war, der in Tönsheide für die Tuberkulosebekämpfung wegweisende Neuerungen eingeführt hat.

Erstens knüpfte das Krankenhaus unter Heins Leitung intensive Beziehungen zu Fachgesellschaften und Forschungseinrichtungen aus dem In- und Ausland, die regelmäßig Delegationen und einzelne Ärzte zur Hospitation nach Tönsheide entsandten. Dies betraf insbesondere Ärzte, die vertiefende Kenntnisse über die relativ neue Pneumothorax-Behandlung erlangen wollten und zu diesem Zweck die Wirkungsstätte Heins aufsuchten, der zeitgenössisch als einer der besten Tuberkulosekliniker galt.[25] Diesen Ruf festigte Hein als Namensgeber und Mitautor eines zeitgenössischen Standardwerks zur Chirurgie der Lungentuberkulose, dem 1938 erstmals erschienenen „Hein-Kremer-Schmidt“.[26] Für seine wissenschaftlichen Verdienste wurde Hein 1939 die Dozentur für Innere Medizin an der Universität Kiel verliehen. Im Urteil des Dekans, der parteiamtlich zugleich als „Gaudozentenführer“ fungierte, war Hein „menschlich und politisch einwandfrei. Nachteiliges ist über ihn nicht bekannt“. Dem schloss sich der Rektor der Universität, Paul Ritterbusch, in einem Schreiben an den Reichsminister für Wissenschaft, Erziehung und Volksbildung vollumfänglich an.[27]

Über das wissenschaftliche Renommee seines Direktors hinaus profilierte sich Tönsheide frühzeitig mit strukturellen Innovationen in der Tuberkulosebekämpfung, wobei die zentralistischen und seuchenhygienischen Vorstellungen Heins stark zum Tragen kamen. Dies betraf insbesondere den Aufbau von engen Beziehungen zu den Arbeitsämtern, Amtsärzten, Fürsorgeeinrichtungen und vertrauensärztlichen Dienststellen des Landes. Dies ermöglichte dem Krankenhaus im Effekt eine „breite Einflussnahme auf die Erkennung, Erfassung und Behandlung“

fessor Dr. med. Joachim Hein, in: Heinrich Asmus/Werner Hauschildt/Peter Höhne, Die Geschichte Aukrugs, Aukrug 1995, S. 244 f.

25 Vgl. Stecher, Geschichte, S. 222 f.

26 Joachim Hein/Wilhelm Kremer/Walter Schmidt, Kollapstherapie der Lungentuberkulose, Leipzig 1938.

27 Dekan der Medizinischen Fakultät der Universität Kiel an Reichsminister für Wissenschaft, Erziehung und Volksbildung, 4.5.1939; Paul Ritterbusch (Rektor Universität Kiel) an Reichsminister für Wissenschaft, Erziehung und Volksbildung, 8.5.1939, LASH, Abt. 47, Nr. 6655.

Tuberkulosekranker in der Region.[28] Die LVA unterstützte die Aktivitäten ihres umtriebigen Direktors. Sie förderte insbesondere dessen Vorstellungen eines präventiven Gesundheitsschutzes, indem sie etwa gemäß Heins Empfehlung die Anschaffung von Röntgengeräten für die Fürsorgestellen finanzierte. Hierdurch sollten infizierte Kranke schneller erfasst, aus der Gemeinschaft entfernt und in Behandlung gebracht werden. Der aus Sicht des Seuchenhygienikers Hein eminent wichtigen Früherfassung von Tuberkulosekranken und verbesserten präventiven Interventionsmöglichkeiten im Allgemeinen diente auch der „fliegende Tuberkulosearzt“, eine erstmals in Tönsheide etablierte Einrichtung, die in anderen Regionen des Reiches Schule machen sollte. Seit 1931 hatten die Tönsheider Ärzte als zusätzliche Aufgabe die Fürsorgestellen des Landes fachärztlich zu überwachen und ihre Expertise beispielsweise bei der Interpretation von Schirmbildaufnahmen vor Ort einzubringen.[29] Der „fliegende Tuberkulosearzt“ wurde auch beibehalten, als die Fürsorgestellen den Gesundheitsämtern eingegliedert wurden, die 1934 im Zuge der Zentralisierung des öffentlichen Gesundheitswesens entstanden waren.[30] Hinzu kam die Einführung des „Schnelleinweisungsverfahrens“ im Jahr 1939. Damit wurde bei der LVA eine Einweisungsstelle eingerichtet, die eine zentrale Organisation der Patientenverteilung und der Bettenkapazitäten nach Relevanzgesichtspunkten ermöglichte. Auch dieses Verfahren diente letztlich dem Leitziel, „offene“ Tuberkulosekranke möglichst schnell zu erfassen und einer Behandlung zuzuführen.[31] Eine weitere Besonderheit des Krankenhauses Tönsheide, die im Anschluss genauer beleuchtet wird, war die frühzeitige Etablierung von „Arbeitstherapien“, die bereits ab 1935 in einem auf dem Gelände des Krankenhauses neu errichteten „Nachfürsorgeheim“ durchgeführt wurden.

Wie die skizzierte Entwicklung zeigt, hatte sich Tönsheide innerhalb weniger Jahre als innovative wie mächtige Institution der regionalen Tuberkulosebekämpfung etabliert, deren Einfluss und Wirkungskreis die Grenzen des Krankenhauses erheblich überstiegen. „Im Rahmen der

28 Stecher, Geschichte, S. 223.
29 Ferlinz, Hein, S. 270.
30 Vgl. Lindner, Gesundheitspolitik, S. 143. Zu den Gesundheitsämtern siehe Johannes Vossen, Gesundheitsämter im Nationalsozialismus. Rassenhygiene und offene Gesundheitsfürsorge in Westfalen 1900-1950, Essen 2001.
31 Für Details vgl. Stecher, Geschichte, S. 222.

Tuberkulosebekämpfung nimmt das Krankenhaus ‚Tönsheide‘ eine Zentralstellung ein“, legte Hein dem Leiter der LVA Schleswig-Holstein Wilhelm Schow im Februar 1939 die Relevanz der Einrichtung dar. „Mit dem Schnelleinweisungsverfahren werden heute bereits die frischen Tuberkulosen eingewiesen, dazu kommt als besondere Aufgabe die operative Behandlung, zu der schon von anderen benachbarten Landesversicherungsanstalten, Bezirksfürsorgeverbänden etc. Kranke eingewiesen werden.“ Im Effekt stünde der Tuberkulosekranke „praktisch vom Beginn seiner Erkrankung, während seiner Behandlung und nach seiner Heilung und Entlassung in Beziehung zum Krankenhaus ‚Tönsheide‘“.[32]

Die institutionellen Statusgewinne bildeten sich auch in der infrastrukturellen Entwicklung des Krankenhauskomplexes ab, der in den 1930er-Jahren stetig erweitert wurde. Das Krankenhaus war bereits aus logistischen Gründen in unmittelbarer Nähe zu der bestehenden und anschließend eingegliederten LVA-Heilstätte Tannenfelde errichtet worden und verfügte mit der Nebenanstalt Kaiserberg zudem noch über eine weitere Außenstation. Ferner gehörte zu dem Gelände der sogenannte Annenhof, ein „Wirtschaftshof mit etwa 800 Morgen Fläche“,[33] auf der Landwirtschaft und Viehzucht für die Versorgung des abgeschieden gelegenen Krankenhauses betrieben wurden.[34] Am Ende des Jahres 1937 verfügte das Krankenhaus über 330 belegungsfähige Bettenplätze, die sich gemäß Geschlecht und Krankheitsbild auf die unterschiedlichen Einrichtungen verteilten. Jeweils 50 Betten entfielen auf die Außenstationen Tannenfelde und Kaiserberg, wo zu diesem Zeitpunkt ausschließlich „geschlossene“ Tuberkulosekranke getrennt nach Geschlechtern untergebracht waren. Weitere 35 Betten waren für die „Arbeitspatienten“ des „Nachfürsorgeheims“ Heidhof reserviert. Das Krankenhaus selbst wies mithin 195 Betten auf, die mit „offenen“ Kranken beider Geschlechter und sogenannten Beobachtungsfällen belegt waren.[35]

Das Krankenhauspersonal, das mit der Entstehung des nationalsozialistischen „Führerstaates“ als „Gefolgschaft“ firmierte, wurde in einer Betriebsgemeinschaft zusammengefasst, wobei eine entsprechende Betriebsordnung

32 Hein an Leiter LVA Schleswig-Holstein, 20.2.1939, sv:dok, 26/2668.
33 Vorstand LVA Schleswig-Holstein an Deutsche Gesellschaft für öffentliche Arbeiten A.G., 25.10.1933, LASH, Abt. 374, Nr. 662.
34 Anonymer Aktenvermerk Krankenhaus Tönsheide, 14.11.1940, LASH, Abt. 374, Nr. 679.
35 Hein an Leiter LVA Schleswig-Holstein, 26.11.1937, sv:dok, 26/2668.

allgemeine Aspekte der Zusammenarbeit und Hygiene, Verhaltensnormen und den Umgang mit den Patienten regelte. Zugleich diente die Betriebsordnung, der das Credo „Deutsches Leben ist Arbeit. Alle Arbeit nur für Deutschland“ vorangestellt war, der weltanschaulichen Erziehung des Personals und der Indoktrination von nationalsozialistischen Gesundheitsvorstellungen und -zielen. Bereits harmlos anmutende Sentenzen wie „Gemeinnutz geht vor Eigennutz“ verweisen auf das ideologische Konzept des „Volkskörpers“ und die Marginalisierung individueller Behandlungs- und Heilungsziele. Auch der Aufruf, man stehe „im Brennpunkt des Kampfes für die Volksgesundheit und damit bedeutet jede Arbeitsleistung einen besonderen Mosaikstein in der Mitarbeit an den Bestrebungen des Dritten Reiches und seines Führers Adolf Hitler“, diente offenkundig der weltanschaulichen Erziehung und Sinnstiftung. Umgekehrt wurde „nicht nationalsozialistisches, d. h. ehrloses und gemeinschaftsfeindliches Verhalten wie zum Beispiel Verleumdung und böswillige Verhetzung der Arbeitskameraden“ hart sanktioniert und mit „Ausschluss aus der Betriebsgemeinschaft“ bestraft. Diese müsse „von dem Gemeinschaftsgeist des Nationalsozialismus voll und ganz durchdrungen sein“.[36]

Dass diese Form der Politisierung des Anstaltsbetriebes Wirkung zeigte, legt ein Bericht der für das Krankenhausgebiet zuständigen Ortsgruppe Innien der Nationalsozialistischen Volkswohlfahrt (NSV) von 1935 nahe, in dem die NSV-Mitgliederzahlen nach Ortschaften aufgeschlüsselt waren. Die Ortschaft Tönsheide belegte dabei mit großem Abstand den Spitzenrang, was maßgeblich dem Krankenhaus und seinem Personal zuzuschreiben war: „Ganz besonders zu bemerken ist“, lobte der Bericht, „dass die Betriebsführung und Gefolgschaft des Krankenhauses Tönsheide 100 % der NSV angehören und damit ein schönes Beispiel wirklicher Volksgemeinschaft geben“.[37] Tatsächlich gehörte die Mehrzahl der Tönsheider Ärzte im Verlauf des „Dritten Reiches“ der NSDAP oder einer ihrer Organisationen an: Von den 12 Ärzten waren neun Mitglieder der NSDAP während sieben zum Teil zusätzlich der SA angehörten.[38] Hierfür sind

36 Betriebsordnung für das Krankenhaus Tönsheide der Landesversicherungsanstalt Schleswig-Holstein, LASH, Abt 374, Nr. 691.

37 Tätigkeitsbericht der Ortsgruppe Innien der NSV für die Zeit vom 1.4.34 bis 31.3.35, undatiert [1935], sv:dok, 26/2678.

38 Personalaufstellung Krankenhaus Tönsheide, undatiert [1946], sv:dok, 26/2678.

neben weltanschaulichen aber auch opportunistische Motivlagen einzubeziehen – zumal das NS-Regime gerade in der Frühzeit der Diktatur einen hohen öffentlichen Druck entfaltete, einer der Organisationen der NSDAP beizutreten.

2. „Arbeitstherapie“: Ein Tönsheider Projekt zwischen Seuchenschutz und Arbeitseinsatz (1934-1939)

Ein zentrales Projekt Heins bestand in der Errichtung einer Arbeitsheilstätte mit dem Namen „Heidhof“ auf dem Krankenhausgelände, wozu ab 1934 konkrete Pläne entstanden. Nicht nur der Zeitpunkt verweist auf den Impuls des frisch amtierenden Krankenhausdirektors, auch konzeptionell trugen die Planungen die Signatur Heins, der im „Dritten Reich“ zu den führenden Protagonisten von „Arbeitstherapien“ für Tuberkulosekranke zählte. Unter Rückgriff auf entsprechende Praxiserfahrungen aus dem europäischen Ausland etablierte und prägte Hein im NS-Staat das Konzept der „Arbeitsheilstätte“, die dem Zweck dienen sollte, Patienten nach erfolgter stationärer Behandlung auf die Rückkehr in das Erwerbsleben vorzubereiten.[39] Der im Sinne moderner Rehabilitation fortschrittlich wirkende Therapieansatz, Invalidität zu verhüten und die Erwerbsfähigkeit der Patienten im Wege dosierter Arbeitsbelastungen schrittweise wiederherzustellen, markierte allerdings nur die eine Seite des Hein’schen Konzepts der „Arbeitsbehandlung“. Auf der anderen Seite stand das insgesamt dominierende Motiv des Seuchenschutzes, potenziell noch ansteckungsfähige Patienten durch Beschäftigung in isolierten Heimen bei gleichzeitiger wirtschaftlicher Versorgung der Familien von den gesunden Mitgliedern der „Volksgemeinschaft“ fernzuhalten, die Kranken also durch Anreize zu einer „freiwilligen Asylierung“ zu bewegen, weil auf gesetzliche Zwangsmittel zu diesem Zeitpunkt noch nicht zurückgegriffen werden konnte. Entsprechend führte Hein den Zwecken und Zielen der „Arbeitsbehandlung“ im Verwaltungsbericht der LVA von 1935 aus:

> *„Es soll hier bei Patienten, die an und für sich aus der Anstaltsbehandlung zu entlassen sind, eine Arbeitstherapie unter ärztlicher Aufsicht begonnen werden. Genügend Arbeitsmöglichkeiten sind auf dem großen Krankenhausgelände in hinreichender Form, soweit die Patienten in dem Heim selbst nicht beschäftigt werden können, vorhanden. Eine Entlohnung für die geleistete Arbeit ist nicht vorgesehen, dagegen eine entsprechende wirtschaft-*

39 Vgl. dazu Nikolaus Konietzko, Versorgungsstrukturen im Kampf gegen die Tuberkulose – vom Kaiserreich bis zum „Dritten Reich“, in: Loddenkemper/Konietzko/Seehausen (Hg.), Lungenheilkunde, S. 100-113, S. 109.

liche Versorgung der Familie, um die Insassen [sic!] der Sorge um das Wohl ihrer Angehörigen zu entheben. Durch das Nachfürsorgeheim soll einmal ein geeigneter Übergang von den aus der Heilstättenbehandlung entlassenen Patienten für ihre spätere Arbeit im Erwerbsleben geschaffen werden, andererseits sollen noch ansteckungsfähige Patienten im Interesse der Tuberkulosebekämpfung aus der Öffentlichkeit ausgeschaltet bleiben.“[40]

Beide Aspekte – hier die therapeutische Unterstützung für den Kranken, dort der Schutz vor dem Kranken – markierten von Beginn an das Spannungsfeld des Konzepts der „Arbeitstherapie“, das der gemeinschaftlichen Inklusion wie Exklusion von Tuberkulosekranken insofern gleichermaßen Vorschub leistete. Während auf der konzeptionellen Ebene anfänglich die therapeutische Zielstellung überwog und in den Begründungen zur „Arbeitsbehandlung“ stark auf das Eigeninteresse, Arbeitsbedürfnis und Motivation der Kranken abgestellt wurde,[41] schoben sich in den Folgejahren kollektive Schutzziele in den Vordergrund. Zugespitzt formuliert geriet die „Arbeitstherapie“ im Zuge der 1930er-Jahre von einem individuell abgestimmten Behandlungskonzept zu einem kollektiven Instrument des Seuchenschutzes und der Krankenüberwachung.

Infolge des Krieges und dem zunehmenden Mangel an Arbeitskräften traten wiederum den bisweilen dominanten Seuchenschutzbestrebungen weithin gegenläufige ökonomische Interessen zutage, die verbliebene Produktivität von Tuberkulosekranken weitmöglich für die Rüstungsindustrie auszubeuten. Unter dem entfesselten Produktionsregime der „totalen“ Kriegsführung wurden die Grenzen zwischen „Arbeitstherapie“ und erzwungenem „Arbeitseinsatz“ zunehmend fließend. Selbst Kranke mit schweren „offenen“ Krankheitsbildern, die in Friedenszeiten noch mit Rücksicht behandelt worden waren, wurden im Rahmen vertrauensärztlicher Musterungs- und Auskämmaktionen in Krankeneinrichtungen

40 Bericht über die Verwaltung der Landesversicherungsanstalt Schleswig-Holstein für das Jahr 1934, Kiel 1935, S. 25, sv:dok, 27/2674.

41 In einem zeitgenössischen Artikel über „Arbeitstherapie“ im „Völkischen Beobachter“ hieß es dementsprechend: „Im Vordergrund nationalsozialistischer Denkweise muß immer stehen, als Endziel eines Unfalls [oder einer Erkrankung, C.W.] nicht die hohe Rente zu sehen, sondern den Willen, wieder ein vollwertiges Mitglied unserer Volksgemeinschaft zu werden.“ Kunsdorff, Arbeitstherapie in der Unfallversicherung, Völkischer Beobachter Nr. 269 v. 26.9.1935, S. 11, LASH, Abt. 374, Nr. 662.

„gesundgeschrieben“ und ungeachtet der schwerwiegenden individuellen Folgen zum Arbeitseinsatz in der Kriegsindustrie verpflichtet.[42] Dieser Ausblick auf die spätere Entwicklung verdeutlicht die starken Affinitäten zwischen dem Konzept der „Arbeitstherapie“ und der Wirtschafts- und Gesundheitspolitik des NS-Regimes, die – basierend auf einem verbrecherischen Leistungsethos – auf die restlose produktive Verwertung sämtlicher Arbeitskraftressourcen abzielte und dabei in der Praxis zunehmend an den radikalen Polen „Auslese“ und „Ausmerze“ orientiert war.[43]

„Arbeitstherapie liegt im Sinne der zukünftigen Gesundheitspolitik der Regierung“, befand 1934 auch die Bauabteilung der LVA in Hinsicht auf das Projekt „Arbeitsheilstätte“, das von Seiten der Versicherungsanstalt in der Folge umfassende Unterstützung erfuhr. Als erste „Arbeitsheilstätte“ ihrer Art im „Dritten Reich“ stellte der Heidhof eine Art soziales Laboratorium dar, von dem sich weitergehende Erkenntnisse über die Leistungsfähigkeit der Kranken und die Effekte von „freiwilligen“ Asylierungen versprochen wurden. Bei ihrer Fertigstellung im Jahr 1935 wies die Einrichtung eine Kapazität von 40 Bettenplätzen auf. Der Heidhof wurde in den ersten Jahren zwar ausschließlich mit „geschlossenen“ Tuberkulosekranken belegt, an denen man die Auswirkung der Arbeitsbelastung auf die Genesung und Therapiedauer überprüfen wollte. Diese Ausrichtung war allerdings lediglich als Zwischenschritt gedacht und bei positiver Evaluation von Anfang an vorgesehen, die „Arbeitstherapie“ auf „offene“ Tuberkulosekranke auszudehnen.

Nur wenig später schien dieser Zeitpunkt bereits gekommen: „Die auf das Nachfürsorgeheim ‚Heidhof‘ gesetzten Erwartungen haben sich weitgehendst erfüllt“, teilte Hein 1936 im Verwaltungsbericht der LVA mit. „Die Patienten, auch Rentenempfänger“ hätten sich „äußert willig der ärztlich für notwendig erachteten Arbeitsbelastung“ unterzogen. „Rückschläge“ seien in lediglich „3 Prozent der Fälle beobachtet“ worden, wohingegen schwere Schädigungen durch die „besonders eingehende ärztliche Überwachung“ hätten vermieden werden können. Umgekehrt hatte sich aber auch gezeigt, dass sich die Therapiedauer der im Heidhof untergebrach-

42 Siehe dazu ausführlich Knödler, Reform.

43 Vgl. dazu Höfler-Waag, Arbeits- und Leistungsmedizin, S. 63-67; Hähner-Rombach, Tuberkulose, S. 267 f.

ten Patienten infolge der Arbeitsbelastung regelmäßig verlängerte.[44] Auf dieser Befundlage setzten ab 1937 konkrete Planungen für die Errichtung einer Arbeitsheilstätte für „offene“ Kranke ein, die der bestehenden Einrichtung unmittelbar angegliedert werden sollte. Den Begründungen dazu ist zu entnehmen, dass therapeutische Ziele eine nachrangige Rolle spielten und der zentrale Zweck dieser Einrichtung vielmehr in der öffentlichen „Ausschaltung“ ansteckender Tuberkulosekranker im Wege industrieller Beschäftigung bestand. Dass die Isolierung von Infektionskranken das Leitziel der Planungen darstellte, geht aus einem Schreiben von November 1937 hervor, in dem Hein dem LVA-Leiter Wilhelm Schow das Konzept erstmals genauer erläuterte:

> *„Wenn jetzt die Vergrößerung des Nachfürsorgeheims ‚Heidhof‘ empfohlen wird, so sind dafür folgende Ideen maßgeblich gewesen. Die Arbeitsbehandlung des geschlossen Tuberkulösen hat sich in der Praxis bewährt und muß entsprechend der Größe des Krankenhauses weiter ausgebaut werden. Vergrößerung des Heidhofbaues ist daher eine Notwendigkeit, die auf die Dauer nicht zu umgehen ist. Dagegen stellt die Arbeitsheilstätte in der von mir empfohlenen Form als Unterbringung für den Offentuberkulösen einen Versuch dar, über den praktische Erfahrungen bislang nicht vorliegen. Es ist beabsichtigt, in der Arbeitsheilstätte offen Tuberkulöse, deren Arbeitsfähigkeit durch die Erkrankung praktisch nicht eingeschränkt ist, die aber in Folge ihrer Ansteckungsfähigkeit doch als Asylierungskranke anzusehen sind, unterzubringen; also eine Form freiwilliger Asylierung. Eine derartige Asylierung von gehfähigen, offen Tuberkulösen wird sich aber nur ermöglichen lassen, wenn diesen Kranken Gelegenheit geboten wird, ihre Kräfte in irgendeiner Form einer nutzbringenden Beschäftigung zuzuwenden. Daher ist geplant, diese Kranken [...] der industriellen Beschäftigung zu unterziehen. Diese Maßnahme wird gleichzeitig den Kranken Erwerbsmöglichkeit bieten, durch die sie teils ihren Aufenthalt in der Heilstätte, teils den Lebensunterhalt der Familie sicherstellen können. [...] Das Wesentliche sollte jedoch die Ausschaltung derartiger Bazillenstreuer aus dem öffentlichen Leben sein.“*[45]

44 Bericht Hein, in: Bericht über die Verwaltung der Landesversicherungsanstalt Schleswig-Holstein für das Jahr 1937, o. O., undatiert, S. 51, sv:dok, 26/2674.

45 Hein an Leiter LVA Schleswig-Holstein, 26.11.1937, sv:dok, 26/2668.

Im Ergebnis befürwortete die LVA das Bauprojekt, mit dessen Realisierung noch im selben Jahr begonnen wurde. Hinter der Zustimmung des LVA-Vorstands verbarg sich eine prinzipielle Unzufriedenheit mit dem damals üblichen Tuberkuloseheilverfahren, das „trotz aller Mühe in Wahrheit immer noch so unvollkommen“ sei, wie der Kieler Landesrat und stellvertretende Vorstandsvorsitzende, Gehlsen, dem RVA erläuterte. Es sei „außerordentlich unbefriedigend, auf eine Einrichtung, die ihren Endzweck so wenig erfüllt, soviel Geld und Verwaltungsarbeit verwenden zu müssen“. Der „geplante Versuch einer wesentlichen Verlängerung des Tuberkuloseheilverfahrens unter Einschaltung einer Arbeitstherapie“ würde hingegen, „wenn er gelingt, eine ganz wesentliche Veränderung bedeuten“.[46] Hinzu kamen praktische Probleme wie die permanente Überbelegung des Krankenhauses mit ansteckenden Kranken und das von Hein entsprechend fortwährend beklagte „Fehlen von Asylierungsmöglichkeiten“. Dieser Umstand trete „immer mehr als eine besondere Schwierigkeit hervor, die in absehbarer Zeit im Interesse der Seuchenbekämpfung abgeändert werden muss“, so Hein, der sich damit auf die sich abzeichnenden Rechtsgrundlagen zur Zwangsasylierung bezog.[47] Die „Arbeitsheilstätte“ deutete er dementsprechend im Sinne des öffentlichen Gesundheits- und Seuchenschutzes als „ein neues Experiment“, das „allerdings für die Allgemeinheit sehr große Bedeutung“ erlangen könne.[48]

Es war vor allem das Konzept einer „Arbeitsheilstätte für Offentuberkulöse“, mit dem der Tönsheider Direktor in den Tuberkulose-Expertenzirkeln des „Dritten Reiches“ reüssierte, schienen in einer derartigen Einrichtung doch die Widersprüche von Krankheit und Arbeit im Sinne nationalsozialistischer Gesundheits- und Sozialpolitik weithin aufgehoben zu sein.[49] Die von Hein proklamierte „Arbeitsheilstätte“ für ansteckende Kranke entfaltete zeitgenössisch aber auch deshalb eine besondere Attraktivität, weil das Konzept öffentliche Gesundheits- und Schutzziele mit

46 Landesrat Gehlsen an Senatspräsident Dürr (RVA), 5.12.1933, LASH, Abt. 374, Nr. 662.

47 Bericht Hein, in: Bericht über die Verwaltung der Landesversicherungsanstalt Schleswig-Holstein für das Jahr 1937, o. O., undatiert, S. 51, sv:dok, 26/2674.

48 Hein an Leiter LVA Schleswig-Holstein, 26.11.1937, sv:dok, 26/2668.

49 Ein griffiges Beispiel dafür ist die Ersetzung des Krankheitsbegriffs durch „das flexiblere Konzept der Arbeitseinsatzfähigkeit“, das es ermöglichte, „den Kranken möglichst lange in der Produktion zu halten“. Vgl. Süß, Volkskörper, S. 242 f.

ökonomischen Spareffekten verknüpfte.[50] So bedingte die Aufnahme einer „Arbeitstherapie“ nicht nur den Wegfall der Invalidenrente, sondern wurde als Bestandteil der Kur auch nicht mit einer ordnungsgemäßen Bezahlung entlohnt, sondern lediglich mit einem geringen Taschengeld vergolten.[51] Ein wesentlicher und bedeutsamer Unterschied zwischen dem Nachfürsorgeheim Heidhof und der geplanten „Arbeitsheilstätte“ betraf dann auch die Ausrichtung der Arbeit und ihrer Erzeugnisse: Diente die bestehende Einrichtung vor allem der Selbstversorgung des Krankenhauses, weshalb landwirtschaftliche Schontätigkeiten in dem angeschlossenen Wirtschaftshof dominierten, sollte die neue Arbeitsheilstätte für „Offentuberkulöse“ direkt der Kriegswirtschaft zugute kommen und entsprechend industriell ausgerichtet sein. „Die Industrialisierung war bei Kriegsausbruch hier geplant“, merkte Hein dazu 1941 rückblickend an. „Es waren vorgesehen Arbeiten für Elektroindustrie und Flugzeugersatzteile“.[52]

Entsprechend der Schnittmengen zur Sozial- und Gesundheitspolitik des NS-Regimes, dem zum einen an einer restriktiven Überwachung und Isolierung, zum anderen an dem „Arbeitseinsatz“ von Tuberkulosekranken gelegen war, wurde die „Arbeitsbehandlung“ ab Mitte der 1930er-Jahre ein in Fachkreisen viel diskutiertes Thema, die praktischen Erfahrungen aus Tönsheide eine begehrte Wissensressource – und Hein ein nachgefragter Experte. Gemeinsam mit dem Heilstättenarzt Erwin Dorn, der sich ebenfalls frühzeitig der „Arbeitstherapie“ verschrieben hatte,[53] referierte Hein 1937 auf der Deutschen Tuberkulose-Tagung in Wiesbaden über „Aufgaben und Ziele der Arbeitsbehandlung“ und legte seine radikalen Vorstellungen einer zentralisierten Tuberkulosebekämpfung zur Ausschaltung öffentlicher Ansteckungsrisiken umfänglich dar. In seinem Vortrag klassifizierte Hein Gruppen von Tuberkulosekranken ge-

50 Hähner-Rombach, Aufklärung, S. 71, konstatierte entsprechend, der „Nationalsozialismus stand der Idee, Tuberkulöse zu isolieren und gleichzeitig ihre noch vorhandene Produktivität zu nutzen, offen und förderungswillig gegenüber“.

51 Siehe dazu Höfler-Waag, Arbeits- und Leistungsmedizin, S. 63-68. Die Patienten des Heidhofs erhielten ab September 1935 ein „Taschengeld in Höhe von 0,25 RM pro Tag“. Hein an LVA Schleswig-Holstein, 14.9.1935, LASH, Abt. 374, Nr. 662.

52 Hein an Leiter der LVA Schleswig-Holstein, 11.11.1941, LASH, Abt. 374, Nr. 720.

53 Erwin Dorn, Aufgaben und Ziele der Arbeitsbehandlung und ihre Durchführungsmöglichkeit unter Berücksichtigung zu erwartender Sondergesetze für den Tuberkulösen, in: Beiträge zur Klinik der Tuberkulose, Bd. 89 (1937), S. 768-774.

mäß Krankheitsbild, Prognose sowie ihrer allgemeinen Nützlichkeit für die „Volksgemeinschaft“ und wies diesen Patientengruppen sodann spezifische Einrichtungen und Behandlungsverfahren zu. Erstens die „asozialen“ Kranken, die nach Heins Auffassung „in Anstalten ähnlich wie in Stadtroda unterzubringen wären“. Zweitens „die Schwerkranken, die in absehbarer Zeit dem Schicksal ihrer Krankheit erliegen werden“ und „mit Überführung in Krankenhauspflege auch ohne weiteres zufriedenzustellen“ seien, zumal es sich hierbei „meist um mehr oder minder kurze Versorgung von Absterbefällen handele“, wie Hein der Klarheit halber anfügte. Im Fokus standen indes drittens die „teilweise leistungsfähigen Bazillenstreuer“, die „anerkannterweise eine besonders gefährliche Gruppe“ bilden würden. „Ihnen haben wir unsere besondere Aufmerksamkeit zu widmen, da gerade für diese Fälle die Unterbringungs- und Beschäftigungsfrage noch nicht hinreichend geklärt“ sei. Dass diese Kranken von dem allgemeinen Arbeitsmarkt bzw. den gesunden „Volksgenossen“ fernzuhalten und in gesonderten Einrichtungen unterzubringen waren, darüber herrschte unter den Tuberkuloseexperten weitgehend Konsens. Auch Hein merkte an, es erschiene ihm „nicht mehr angängig [...], Offentuberkulöse, d. h. also letzten Endes doch Bazillenträger, auf den allgemeinen Arbeitsmarkt arbeitsfähig zu entlassen“. Dagegen ermögliche das Konzept der Arbeitsheilstätte eine „langandauernde Unterbringung für den Offentuberkulösen“, womit das maßgebliche Schutz- und Isolierungsmotiv einmal mehr benannt war. Am Ende seiner Ausführungen sprach sich Hein für ein zentralisiertes Stufenmodell der Tuberkulosebekämpfung nach dem Muster des Tönsheider Anstaltskomplexes aus: „Es bildet sich also ein neuer Anstaltstyp heraus: Erstens das Tuberkulosekrankenhaus für die Schwerkranken und evtl. operativ zu behandelnden Fälle, zweitens die angegliederte Heilstätte, in der mehr oder minder Ruhebehandlung durchgeführt und evtl. der Übergang zur Beschäftigung in einer Werkstättensiedlung gewonnen wird, daran angeschlossen die Nachfürsorgekolonie oder Dorfsiedlung, teils als Dauersiedlung oder Dauerbewahrung gedacht.“[54]

54 Für die vorstehenden Zitate vgl. Hein, Arbeitsbehandlung.

Heins Ausführungen zur Arbeitsbehandlung und Isolierung von ansteckenden Tuberkulosekranken erfuhren von Beginn an eine starke Rezeption, die sich im Krieg, als die Unterbringung von Tuberkulosekranken zu einem drängenden Problem wurde, nochmals intensivierte. Der Vortrag werde „von verschiedenen Seiten als Sonderdruck angefordert“, informierte Hein die LVA im März 1940, die dann die Kosten für die Anfertigung trug.[55] Starkes Interesse an der Idee einer „Arbeitsheilstätte für Offentuberkulöse“ zeigte auch der Reichs-Tuberkuloseausschuss (RTA) in Gestalt des bereits erwähnten Hamburger LVA-Leiters Storck, der sich als Vorsitzender der einschlägigen Arbeitsgruppe „Arbeitstherapie und Asylierung“ bei der LVA und Hein über die praktischen Erfahrungen im Hinblick auf Möglichkeiten industrieller Beschäftigung von Tuberkulosekranken informierte.[56] Den Hintergrund bildeten um 1939 erstarkte „Bestrebungen zu einer möglichst allgemeinen Einführung der Arbeitstherapie in Lazaretten, Heilstätten und Krankenanstalten“, die auf die angespannte Arbeitsmarktlage zurückzuführen waren.[57] Auch der Reichsverband der LVAen sprach sich 1939 für eine flächendeckende Einführung von „Arbeitstherapien“ in den Heilstätten aus. Die zuständige Kommission gerierte sich dabei in grober Verzerrung tatsächlicher Gesundheits- und Interessenlagen als Advokat der „Offentuberkulösen“, die „nicht von der Arbeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ausgeschlossen werden“ dürften.[58]

Die in dieser oder ähnlicher Form im offiziellen Schriftverkehr immer wieder anzutreffende Bezugnahme auf das Eigeninteresse der Kranken sollte nicht überblenden, dass hinter der „Arbeitstherapie“ ab 1938 ein autoritärer Zwang stand, der 1942 mit der Verordnung über die Tuberkulosehilfe weiter verschärft wurde. Den Anlass dafür bot die Erfahrung, dass „ein gewisser Prozentsatz [der Patienten] den Maßnahmen gegenüber ab-

55 Hein an LVA Schleswig-Holstein, 5.3.1940, LASH, Abt. 374, Nr. 720.

56 Storck an Leiter LVA Schleswig-Holstein, 24.10.1941, LASH, Abt. 374, Nr. 720.

57 Kaphan (Präsident Landesarbeitsamt Niedersachsen) an Leiter der Arbeitsämter Niedersachsen, 12.5.1941, LASH, Abt. 374, Nr. 720. Zur Entwicklung des Arbeitsmarktes und der Genese der Politik des Arbeitseinsatzes siehe Sachße/Tennstedt, Wohlfahrtsstaat, S. 225-237; Alexander Klimo, Im Dienste des Arbeitseinsatzes. Rentenversicherungspolitik im „Dritten Reich”, Göttingen 2018.

58 Major a.D. Wagner, Bericht über die Kommissionssitzung des Reichsverbandes der LVAen am 22.4.1939 in Kassel, 11.5.1939, LASH, Abt. 374, Nr. 720.

lehnend bleibe“ und „Abbrechungen des Heilverfahrens haben stattfinden müssen“, wie das RVA die LVA-Leiter per Rundschreiben informierte. Das RVA stellte daher klar: Die „Anordnung der Arbeitsbehandlung ist eine Anordnung im Sinne dieser Vorschrift. Wer ihr nicht Folge leistet, hat kein Anrecht auf Tuberkulosehilfe“.[59] 1943 wiederum bezeichnete das RVA die flächendeckende Einführung einer „maschinellen Arbeitstherapie“ als „Gebot der Stunde“, um die Arbeitskraft der Tuberkulosekranken „der Produktionssteigerung zuzuführen“.[60] Im Fokus des RVA standen insbesondere die „offenen“ Tuberkulosekranken, deren Asylierungskosten die Rentenversicherung und ihre Träger seit der Verordnung über die Tuberkulosehilfe von 1942 zu tragen hatten. Für diese Patienten gab das RVA nunmehr die Maxime einer Ausbeutung durch Arbeit vor. So müsse, weil die „Kurdauer in der Heilstätte unbegrenzt“ sei, auch „die Zeit der Teilnahme an der Arbeitsbelastung und auch an der Arbeit für die Rüstungswerke unbegrenzt“ sein.[61] In Anbetracht derartiger Zwangsmittel blieb den betroffenen Kranken kaum etwas anderes übrig, als sich den Anordnungen der Einrichtungsleitungen zu fügen und mittels Arbeit eine Daseinsberechtigung zu erlangen, die ihnen im nationalsozialistischen Staat zunehmend abgesprochen wurde.[62] Im Effekt geriet das Heilstättenwesen der Rentenversicherung dadurch ab 1942 zunehmend zum Arbeitskräftereservoir für die Rüstungsindustrie.[63] Auch Hein befürwortete in diesem Zusammenhang eine „energetische Arbeitsbehandlung“ von asylierten „asozialen“ Kranken, die er für Tuberkulosekranke mit guten Heilungsaussichten aufgrund der gravierenden Rückfallrisiken bezeichnenderweise ablehnte. Wie der Historiker Patrick Bernhard mit Recht schlussfolgerte, wurde damit „Leib und Leben von als ‚asozial‘ bezeichneten TB-Patienten zur Disposition“ gestellt.[64]

59 Rundschreiben RVA an Träger der Rentenversicherung v. 1.11.1943, LASH, Abt. 374, Nr. 720.
60 Rundschreiben RVA an LVA-Leiter und Präsident der RfA, 10.2.1943, LASH, Abt. 374, Nr. 720.
61 Rundschreiben RVA an Träger der Rentenversicherung v. 1.11.1943, LASH, Abt. 374, Nr. 720.
62 Vgl. Höfler-Waag, Arbeits- und Leistungsmedizin, S. 67.
63 Vgl. Rundschreiben RVA an Träger der Rentenversicherung v. 1.11.1943, LASH, Abt. 374, Nr. 720. Dort wird die „Notwendigkeit der Förderung der Arbeitstherapie“ mit den „Erfordernissen des totalen Krieges“ begründet.
64 Vgl. (auch für das Zitat) Bernhard, Der Tod und die Rente, S. 137.

Wenngleich das Konzept einer „Arbeitsheilstätte für Offentuberkulöse“ im „Dritten Reich“ an Attraktivität gewonnen und weite politische Kreise gezogen hat, sah die nationalsozialistische Gesundheitsführung aus Kostengründen von einer flächendeckenden Realisierung ab.[65] Zudem rückte das der „Arbeitstherapie“ ursprünglich vorangestellte Leitmotiv der Krankenisolierung unter den realen Bedingungen des Krieges stark in den Hintergrund. In Anbetracht begrenzter Personalressourcen, finanzieller Mittel und Bettenkapazitäten sprach sich auch Hein 1943 dafür aus, die „Arbeitsbehandlung“ vollends auf Absonderungsanstalten wie Stadtroda auszulagern, „da es nicht angängig sei, die besseren Heilstätten durch Arbeitstherapie zu blockieren“.[66] Tatsächlich wurde die „Arbeitstherapie“ ab 1940 in Anstalten wie Stadtroda eingeführt.[67] In der Praxis wurde indes vermehrt dazu übergegangen, ansteckende Tuberkulosekranke ohne den Umweg einer „Arbeitstherapie“ unmittelbar in die Betriebe zurückzuholen. Der „Arbeitseinsatz“ von infektiösen Kranken wurde flankiert von propagandistischen Bemühungen der zuständigen Behörden wie dem Reichsarbeitsministerium, die mit dem betrieblichen Arbeitseinsatz Tuberkulosekranker verbundenen Ansteckungsrisiken zu bagatellisieren.[68] Darin zeigte sich beispielhaft, dass die Vorkriegskonzepte des Seuchenschutzes im Zuge des Krieges verwässerten, ehe sie gegen Kriegsende vollends aufgegeben wurden.

Auch im Heidhof musste die „Arbeitsbehandlung“ von Tuberkulosekranken mit Kriegsbeginn eingestellt werden. Sie konnte auch in der Folgezeit trotz mehrfacher Versuche nicht wieder aufgenommen werden, da aufgrund der Teilbeschlagnahmung des Krankenhauses für ihre Durchführung nicht mehr genügend Bettenkapazitäten vorhanden waren. Dies bedeutete zugleich das Aus für das Hein‘sche Pionierprojekt einer „Arbeitsheilstätte für Offentuberkulöse“, deren „Inbetriebnahme durch die politischen Verhältnisse nicht zur Ausführung kommen konnte, obwohl der Bau hinreichend fertiggestellt war“, wie Hein im November 1939 mit Bedauern erklärte.[69]

65 Vgl. Hähner-Rombach, Tuberkulose, S. 267 f.
66 Bericht Bundschu über Arbeitstagung der Bezirksleiter des RTA am 16.11.1943, LASH, Abt. 374, Nr. 778.
67 Vgl. Hähner-Rombach, Tuberkulose, S. 277 f.
68 Vgl. ebd., S. 268.
69 Hein an Leiter LVA Schleswig-Holstein, 6.11.1939, LASH, Abt. 374, Nr. 720.

3. Im Ausnahmezustand: Das Krankenhaus Tönsheide im Krieg (1939-1945)

Der Beginn des Zweiten Weltkrieges markierte den zentralen Bruch in der frühen Institutionengeschichte des Krankenhauses Tönsheide. Das wesentliche Ereignis, das für die gesamte Versorgung einschneidend war, war die Beschlagnahmung weiter Teile des Krankenhauskomplexes durch die Wehrmacht im Rahmen der Umwandlung Tönsheides in ein Reservelazarett – ein Zustand, der im September 1939 einsetzte und bis Kriegsende andauern sollte. „Von Kriegsbeginn an sind das Hauptgebäude des Krankenhauses, sowie die Außenstation ‚Tannenfelde‘ von der Wehrmacht als Reservelazarett in Anspruch genommen“, umschrieb Hein dem LVA-Leiter 1940 die veränderte Situation.

> *„Der größte Teil des im Krankenhaus beschäftigten ärztlichen und Pflegepersonals wurde zum Heeresdienst einberufen und findet nunmehr in dem Reservelazarett ‚Tönsheide‘ Verwendung. Für die Unterbringung der eigenen Kranken der L.V.A. stehen somit nur noch das Nachfürsorgeheim ‚Heidhof‘ und die Außenstation ‚Kaiserberg‘ bei Itzehoe mit einer Belegungsmöglichkeit von zusammen etwa 140 Betten zur Verfügung.“*[70]

Trotz dieser erheblichen Einschränkungen – gegenüber einer Zahl von 340 im Jahr 1935 hatte sich der Bettenbestand mehr als halbiert[71] – „hielt sich die Zahl der auf Einberufung wartenden Kranken“ zunächst noch „in mäßigen Grenzen“.[72] Ein Jahr später berichtete Hein allerdings bereits von Problemen, „die eigenen Kranken der Landesversicherungsanstalt“ in Tönsheide unterzubringen.[73] Der Bettenmangel für zivile Kranke bedingte unmittelbar, dass bis dahin praktizierte seuchenhygienischen Prinzipien wie die strikte räumliche Trennung von „geschlossenen“ und „offenen“ Kranken aufgehoben wurden. Stationen, die eigentlich für Leichtkranke vorgesehen waren, mussten „weil dem Krankenhaus keine anderen Mög-

70 Bericht Hein v. 21.8.1940, sv:dok, 26/2674.
71 Hein an Leiter LVA Schleswig-Holstein, 23.4.1935, LASH, Abt. 374, Nr. 726.
72 Bericht Schow, in: Bericht über die Verwaltung der Landesversicherungsanstalt Schleswig-Holstein für das Jahr 1940, sv:dok, 26/2674.
73 Bericht Hein v. 14.5.1941, sv:dok, 26/2674.

lichkeiten zur Verfügung standen“ auch „mit schwerkranken Bettlägerigen“ belegt werden, die Außenstation Tannenfelde sogar vollständig mit „offentuberkulösen Frauen“.[74] Zudem hatte der Bettenmangel regelmäßig die vorzeitige Entlassung von noch ansteckungsfähigen Kranken zur Folge, was der Krankenhausleitung stark missfiel.[75]

Auch die Freigabe von 100 Krankenhausbetten durch die Wehrmacht verbesserte diesen Zustand nicht.[76] Vielmehr sollte im Gegenzug die gesamte Außenstation Tannenfelde beschlagnahmt werden, wogegen die LVA Schleswig-Holstein unter Hinweis auf die Folgen für die Kranken Einspruch erhob. „Die in Tannenfelde untergebrachten weiblichen Kranken müssten in der zur Zeit praktisch leerstehenden Anstalt Kaiserberg bei Itzehoe untergebracht werden“, so der LVA-Leiter Wilhelm Schow im Oktober 1941 in einem Bericht, in dem er zugleich die Verlegung der Patienten in andere Häuser beantragte.[77] Die Frage nach der Verteilung von Betten für erkrankte Soldaten einerseits und zivile Kranke andererseits führte während des Krieges immer wieder zu Prioritätskonflikten zwischen der zuständigen Wehrmachtsdirektion und den regionalen Akteuren der Tuberkulosebekämpfung. Auch Hein unternahm mit Unterstützung der LVA mehrere Versuche, die Freimachung von Betten für zivile Kranke zu erwirken. Während die Wehrmacht hier in den ersten Jahren noch zu Zugeständnissen bereit war, war dies in späteren Jahren in Anbetracht des Kriegsverlaufes und steigender Verwundetenzahlen offenbar nicht mehr der Fall.

Dem Bericht des LVA-Leiters ist implizit zu entnehmen, dass die Verlegung der Kranken an prognostischen und gesundheitshierarchischen Gesichtspunkten orientiert war. So waren offenbar ausschließlich ansteckende, schwer und „unheilbare“ Erkrankte, die in der nationalsozialistischen Weltanschauung als unproduktiv und „nutzlos“ galten, von der Verlegung auf die Außenstationen betroffen, wodurch das in seinen Betten dezimierte Krankenhaus von „Bazillenstreuern“ entlastet und Platz für Kranke mit aussichtsreicheren Heilungsprognosen geschaffen werden

74 Hein an Leiter LVA Schleswig-Holstein, 10.3.1941, LASH, Abt. 374, Nr. 679.
75 Hein an Leiter LVA Schleswig-Holstein, 26.11.1937, sv:dok, 26/2668.
76 Hein an Leiter LVA Schleswig-Holstein, 10.3.1941, LASH, Abt. 374, Nr. 679.
77 Anonymer Bericht [Leiter LVA Schleswig-Holstein], undatiert [wahrscheinlich 2.10.1941], LASH, Abt. 374, Nr. 679.

sollte.[78] Dies markiert ein frühes Beispiel für die Praxis der Patientenverdrängung, die sich in der zweiten Kriegshälfte erheblich ausweiten sollte. Die Leidtragenden dieser „Verteilungspolitik“ waren chronisch kranke und alte Patienten, die im Zuge des Krieges aus der medizinischen Versorgung zunehmend ausgegrenzt wurden.[79] Als 1941 die Frage nach der Verlegung von „offenen“ Kranken in die inzwischen leerstehende Außenstation Kaiserberg erneut aufgeworfen wurde, verwies der LVA-Leiter Schow dann auch auf „die während der ersten Kriegsmonate mit einer derartigen Unterbringung von Offentuberkulösen gemachten Erfahrungen“. Diese seien „so schlecht“ gewesen, dass er einer erneuten „Umdisposition nur mit schwersten Bedenken im Interesse der Volksgesundheit entgegensehen“ könne, zumal „für die ärztliche Versorgung dieser Außenstation mir weder ärztliches Personal noch genügend Betriebsstoff zur Verfügung steht“. Auch habe sein Chefarzt Hein die tägliche Überwachung und Versorgung der Außenstation durch das Krankenhaus für „nicht verantwortlich [sic!] erklärt“. Worin diese schlechten Erfahrungen konkret bestanden und in welchen Verhältnissen die „Offentuberkulösen“ in der weitgehend isolierten Außenstation gelebt haben, geht aus den Quellen nicht hervor.[80] Da ansteckende Tuberkulosekranke seit 1938 jedoch von Zwangsmitteln bedroht waren, sofern sie sich ärztlichen Anordnungen widersetzten, spricht vieles dafür, dass die konzentrierte Unterbringung in der Außenstation in den meisten Fällen nicht auf Freiwilligkeit basierte.

Eingehend belegt ist hingegen, dass Hein seine Skrupel bei der Unterbringung von ansteckenden Kranken, die bei der Ablehnung der Verantwortung für die Versorgung der Außenstation möglicherweise noch bestanden hatten, in den Folgejahren ablegte. Er avancierte zu einem der maßgeblichen Akteure nationalsozialistischer Tuberkulosepolitik in der Region Schleswig-Holstein und war aufgrund seiner weitreichenden Befugnisse und Handlungskompetenzen in die Praxis des Krankenterrors unmittelbar involviert. Den Hintergrund zu Heins politischem Aufstieg bildete die „Verordnung über die Tuberkulosehilfe“ von 1942, mit der reichsweit

78 Anonymer Bericht [Leiter LVA Schleswig-Holstein], undatiert [wahrscheinlich 2.10.1941], LASH, Abt. 374, Nr. 679.

79 Siehe dazu ausführlich Süß, Volkskörper, S. 292-310.

80 Anonymer Bericht [Leiter LVA Schleswig-Holstein], undatiert [wahrscheinlich 2.10.1941], LASH, Abt. 374, Nr. 679.

eine zentralistische Straffung der Tuberkulosebekämpfung vorgenommen wurde. Eine zentralisierte Organisationsstruktur, wie sie der NS-Gesundheitsführung vorschwebte, war in Schleswig-Holstein im Unterschied zu anderen Regionen des Reiches allerdings bereits verwirklicht, wofür Hein im Verbund mit dem LVA-Leiter Schow eine maßgebliche Rolle gespielt hatte. In einem Bericht schilderte dieser die Zusammenarbeit der LVAen und der Fürsorgestellen als Hauptträger der Tuberkulosebekämpfung, die nach der Verordnung „in personeller und sachlicher Hinsicht so eng wie möglich gestaltet“ worden sei. Schow selbst war nicht nur Leiter der LVA, sondern stand als Landeshauptmann im Rahmen der Provinzialverwaltung Schleswig-Holsteins zugleich dem Landesfürsorgeverband vor. Hein wiederum wurde im Zuge der Verordnung 1943 zum Bezirksleiter des RTA ernannt und war damit „zugleich Chefarzt oder beratender Facharzt aller Tuberkulosekrankenhäuser und -heilstätten beider Hauptträger“.[81]

Die für die nationalsozialistische Herrschaftsorganisation typische personelle Bündelung von Ämtern und Kompetenzen verschaffte Hein einen erheblichen Einfluss auf die regionale Politik und Praxis der Tuberkulosebekämpfung. Weitreichende politische Kompetenzen implizierte vor allem das Amt des Bezirksleiters des RTA, der dem Innenministerium unmittelbar angegliedert war. Die Bezirksleiter fungierten in den Ländern, Gauen, Provinzen und Regierungsbezirken als „nachgeordnete Organe“ des RTA, sollten mit den „Obersten Reichs- und Parteistellen, nachgeordneten Behörden und Organisationen [...] in engster Fühlung stehen“ und von diesen umgekehrt intensiv „als Fachberater herangezogen werden“. „Als letztes Endziel“ sei „eine weitgehende Personal-Union der Person des Bezirksleiters des RTA. mit der des Fachberaters bei den nachgeordneten Behörden anzustreben“, wie der NS-Tuberkuloseforscher und RTA-Vizepräsident Julius Emil Kayser-Petersen in einem zeitgenössischen Aufsatz erörterte.[82] Dies entsprach weithin den Kompetenzen, Pflichten und Befugnissen, die Hein im Zuge der Verordnung der Tuberkulosehilfe

81 Bericht Schow „Die Durchführung der Tuberkulosehilfe in der Provinz Schleswig-Holstein in der Zeit vom 1.4.1943-31.3.1944“, August 1944, LASH, Abt. 611, Nr. 393. Vgl. auch Marita Häuser, „Nicht auf den Boden spucken“. Geschichte der Tuberkulose in Schleswig-Holstein (hrsg. v. Schleswig-Holsteinische Gesellschaft zur Verhütung und Bekämpfung der Tuberkulose und der Lungenkrankheiten e. V.), Lübeck 2003, S. 24.

82 Julius Emil Kayser-Petersen, Zur Vereinheitlichung der Tuberkulosebekämpfung, in: Beiträge zur Klinik der Tuberkulose, Bd. 97 (1941), S. 1-3, S. 1.

übertragen worden waren. Das gesamte Reichsgebiet war in 13 Bezirke gegliedert. Ihnen wurde jeweils ein Bezirksleiter zugeteilt, worin sich der mit diesem Amt verbundene Einfluss auch strukturell abbildete.[83]

Im Rahmen dieses politischen Amtes hatte sich Hein vorrangig mit der regionalen Organisation und Verteilung von Betten auseinanderzusetzen. Die Unterbringung ansteckender Tuberkulosekranker erwies sich dabei fortwährend als zentrale Problematik, die sich in der zweiten Kriegshälfte weiter zuspitzte. Eine Ursache dafür war der ab 1941 intensiv praktizierte „Arbeitseinsatz“ von „Fremdarbeitern“ aus Polen und den Staaten der ehemaligen Sowjetunion, der in Schleswig-Holstein wie in anderen Regionen des Reiches meist in verheerenden Arbeits-, Lebens- und Gesundheitsverhältnissen erfolgte. Der Zwangsarbeitereinsatz stand unter dem Vorzeichen des Rassismus und gehorchte der Leitmaxime, die Arbeitskraft der als „minderwertig“ geltenden Polen und „Ostarbeiter“ wirtschaftlich auszubeuten. In der Praxis war der Übergang zum Prinzip „Vernichtung durch Arbeit“ dabei meist fließend.[84]

Die Gesundheitsversorgung der ins Deutsche Reich verschleppten Zwangsarbeiter war entsprechend durch „räumliche Ausgrenzung und ein reduziertes Anspruchsrecht“ gekennzeichnet.[85] An Tuberkulose „arbeitsunfähig“ erkrankte Polen und „Ostarbeiter“ waren nach zeitgenössischer Rechtslage aus Gründen des Seuchenschutzes schnellstmöglich in die jeweiligen Heimatländer abzuschieben. Zu diesem Zweck entstand in den Regionen eine Vielzahl sogenannter Rückkehrersammelstellen, in denen die erkrankten Menschen bis zu ihrem Transport konzentriert und verwahrt wurden. Eine medizinische Behandlung fand in diesen meist primitiven Lagern zumindest in der Frühphase des Zwangsarbeitereinsatzes kaum statt. Daher ließ die „Rückführung“, wie die Zwangsabschiebung in zeitgenössischer euphemistischer Diktion bezeichnet wurde, im Effekt schwerwiegende Gesundheitsrisiken für die erkrank-

83 Vgl. Fleßner, Tuberkulose und Krankenmord, S. 50.

84 Siehe hierzu ausführlich Ulrich Herbert, Fremdarbeiter. Politik und Praxis des „Ausländer-Einsatzes“ in der Kriegswirtschaft des Dritten Reiches, 3. Aufl., Bonn 1999 [1985].

85 Annette Grewe, Ärzte in der Verantwortung: Zwangsarbeit und Krankheit in Schleswig-Holstein, in: Andreas Frewer/Günther Siedbürger (Hg.), Medizin und Zwangsarbeit im Nationalsozialismus. Einsatz und Behandlung von „Ausländern“ im Gesundheitswesen, Frankfurt/Main 2004, S. 29-66, S. 63.

ten Menschen entstehen, von denen viele bereits in den Sammellagern oder auf den Transporten an Auszehrung und Entkräftung verstarben.[86] Die „Behandlung“ der Zwangsarbeiter in den Sammelstellen hatten „ausländische“ Ärzte und Pflegekräfte vorzunehmen, während die Aufsicht „volksdeutschen“ Ärzten oblag. Dafür waren rassistische Gründe und konkret der Umstand ausschlaggebend, dass ausländischen Ärzten ökonomisch relevante Entscheidungen über „Arbeitsunfähigkeit“ nicht überlassen werden sollten.[87] Ein zentrales Durchgangslager in der Region des Krankenhauses Tönsheide befand sich in Neumünster. Es stand in Trägerschaft des dortigen Arbeitsamtes und war regelmäßig mit 100 bis 120 an Tuberkulose erkrankten Zwangsarbeitern belegt.[88] In Schülldorf bestand eine weitere größere Sammelstelle, die 1944 ins nahegelegene Osterrönfeld verlegt wurde. Die ärztliche Leitung über dieses „Barackenlager“, das „300 Betten für tuberkulosekranke Ostarbeiter“ aufwies und von hohen Todeszahlen geprägt war, lag während des Krieges bei Hein.[89]

Die Furcht, die Schar „rückgeführter“ schwerkranker Menschen könnte auf die Bevölkerungen der besetzten Rekrutierungsgebiete demoralisierend wirken, bewog die nationalsozialistische Gesundheitsführung schließlich 1942, eine Behandlung der Zwangsarbeiter auf niedrigem Niveau zuzulassen. Diese zielte allerdings nicht auf die Gesundung der Kranken ab, sondern war lediglich auf die Wiederherstellung ihrer „Transportfähigkeit“ begrenzt.[90] Tuberkuloseärzten, darunter auch Ärzte aus Tönsheide und anderen Heilstätten, kam in dem Zusammenhang die Aufgabe zu, „arbeitsunfähig“ erkrankte Zwangsarbeiter in den Sammellagern auf die Wiederherstellbarkeit ihrer Arbeitsfähigkeit hin zu begutachten. Orientierung für die ärztliche Gutachtertätigkeit, die über Arbeitseinsatz, Asylierung oder Rücktransport entschied, bot eine gesetz-

86 Vgl. dazu Mandy Jakobczyk, Das Tuberkuloseproblem bei Zwangsarbeitern in Schleswig-Holstein, in: Uwe Danker u. a. (Hg.), „Wir empfehlen Rückverschickung, da sich der Arbeitseinsatz nicht lohnt“. Zwangsarbeit und Krankheit in Schleswig-Holstein 1939-1945, Bielefeld 2001, S. 243-272, S. 251 ff.

87 Vgl. Nils Berger, Der Einsatz von ‚Fremdarbeitern‘ in der Krankenversorgung, in: Danker u. a. (Hg.), Rückverschickung, S. 300-315, S. 308.

88 Vgl. Grewe, Ärzte, S. 37 f.

89 Bericht Schow „Die Durchführung der Tuberkulosehilfe in der Provinz Schleswig-Holstein in der Zeit vom 1.4.1943-31.3.1944“, August 1944, LASH, Abt. 611, Nr. 393. Zu den Todeszahlen siehe Tab. 1 unten.

90 Vgl. Jakobczyk, Tuberkuloseproblem, S. 251 f.

liche Frist von drei Wochen, innerhalb der die Arbeitsfähigkeit wiederhergestellt sein musste. Im Oktober 1942 wurde diese Frist auf acht Wochen erweitert. Im Falle von Tuberkulosekranken, bei denen eine Wiederherstellung innerhalb dieser Zeitspanne nicht zu erwarten stand, insbesondere also bei schweren und behandlungsintensiven Verlaufsformen, ordneten die Ärzte in der Regel den Rücktransport an.[91]

Im Bestand des Krankenhauses Tönsheide überlieferte Untersuchungsbögen von Zwangsarbeitern zeigen, dass den begutachtenden Ärzten die potenziell schwerwiegenden Folgen ihrer Entscheidungen vollkommen bewusst waren – zumal eine Weiterbehandlung in den besetzten Gebieten nicht gesichert war. In dem Bogen eines tuberkulosekranken „Ostarbeiters“, der bei der Deutsche Werke A.G. in Friedrichsort als „Putzer“ eingesetzt war, hielt der begutachtende Arzt etwa fest: „An sich ist in diesem Fall eine Magenoperation angezeigt, doch wäre auch danach eine ständige Diätverpflegung zur Verhütung grösserer Beschwerden nötig. Da diese jedoch auf Dauer nicht gewährt werden kann, ist hier auch eine Operation wenig erfolgversprechend. Für eine geregelte Arbeit nicht einsatzfähig. Rückführung erforderlich.“ Aus einem von dem Tönsheider Oberarzt Otto Nagel unterzeichneten Untersuchungsbögen geht wiederum hervor, dass dieser „offenen“ Zwangsarbeitern die indizierte Behandlung versagte und sie ohne Skrupel in die Sammellager schickte, wo die Kranken ein ungewisses und potenziell tödliches Schicksal erwartete: „Da wegen des offenen Charakters der Tuberkulose und des behandlungsbedürftigen kavernösen Prozesses ein Arbeitseinsatz nicht möglich ist, wird die S. Zwecks Rücktransport in das Ostland in‘s Sammellager Neumünster überwiesen.“[92] Diese Materialbeispiele stellen keine Einzelfälle dar. Im Gegenteil hat die regionalhistorische Forschung zu Schleswig-Holstein gezeigt, dass die Mehrzahl der Tuberkuloseärzte und Behörden bereitwillig an der

91 Die Politik und Praxis der „Rückverschickung“ ist für Schleswig-Holstein empirisch gut erforscht. Siehe stellvertretend: Danker u. a. (Hg.), Rückverschickung; Rolf Keller, Sowjetische Kriegsgefangene im Deutschen Reich 1941/42. Behandlung und Arbeitseinsatz zwischen Vernichtungspolitik und kriegswirtschaftlichen Zwängen, Göttingen 2011.

92 Untersuchungsbogen Grigori Kotschik, Arbeitsamt Kiel, 7.10.1943 (unterzeichnet v. Golecki, Stadtarzt); Untersuchungsbogen Natalia Silwjorstkina, geb. 1915 bei Leningrad, Februar 1943 (unterzeichnet v. Dr. Nagel, Tönsheide), sv:dok, 26/2667.

Rückführungspolitik mitwirkten.[93] Diese stellte im Grunde eine radikale Form des Seuchenschutzes dar, wonach mit der Exterritorialisierung der Kranken auch die Krankheit verschwinden würde.[94] Kritik von Tönsheider Ärzten an dem Untersuchungsauftrag, den Lebensbedingungen, Gesundheitsverhältnissen und dem Umgang mit den erkrankten Menschen in den Sammelstellen ist in der Überlieferung nicht dokumentiert.

Infolge der Kriegswende ab 1943 und dem schrittweisen Verlust der besetzten Gebiete wurde die bis dahin praktizierte Abschiebepolitik zunehmend verunmöglicht. Da die „Behandlungsmethode“ Rückführung nicht mehr praktikabel war, der „Arbeitseinsatz“ kranker Zwangsarbeiter im Zeichen totaler Kriegsführung jedoch ausgeweitet werden sollte, mussten neue Unterbringungsmöglichkeiten geschaffen werden. Die Unterbringung von erkrankten „Ausländern“ hatte dabei getrennt von den deutschen „Volksgenossen“ zu erfolgen – die rassistische Segregation umfasste auch und gerade sensible Orte wie Gesundheitseinrichtungen –, sodass ab 1943 im ganzen Reich spezielle „Ausländerbaracken“ entstanden. Dabei handelte es sich im überwiegenden Maße um primitive Holzbauten, die zur Verwahrung der erkrankten Zwangsarbeiter errichtet wurden. Die „Behandlung“ der in den Barackenlagern untergebrachten „Ostarbeiter“ hatte ebenfalls ausschließlich durch ausländische Ärzte zu erfolgen, war in der Praxis allerdings kaum oder nur rudimentär gegeben.[95]

Auch auf dem Gelände des Krankenhauses Tönsheide wurde in der zweiten Hälfte des Jahres 1942 ein solches Krankenlager errichtet, das mit tuberkulösen „Ostarbeitern“ belegt war und in den Akten als „Russenbaracke“ geführt wurde.[96] In der näheren Umgebung bestanden weitere „Ausländerbaracken“, so in Neumünster und Schülldorf.[97] Bei der dortigen

93 Vgl. Jakobczyk, Tuberkuloseproblem, S. 253. Siehe auch Annette Grewe, Krankheit als Alltag und Schicksal. Die medizinische Versorgung Zwangsarbeitender in Schleswig-Holstein, in: Danker u. a. (Hg.), Rückverschickung, S. 43-92.

94 Diese Idee war allerdings nicht NS-spezifisch, sondern lässt sich bereits bei dem Weimarer Sozialhygieniker Alfred Grotjahn nachweisen. Vgl. Loddenkemper/Seehausen, Vorläufer, S. 27 f.

95 Vgl. Grewe, Ärzte, S. 49 f.

96 Siehe die diesbezügliche Korrespondenz im Bestand sv:dok, 26/2668.

97 Die Anzahl derartiger Lager und Baracken summierte sich zwischen 1939 und 1945 in Schleswig-Holstein auf über 300. Siehe die Übersicht von Nils Köhler/Sebastian Lehmann, Lager, Ausländerunterkünfte und Kriegsgefangenenkommandos in Schleswig-Holstein, URL: http://vimu.info/files/animation/14_8_mm_lagerliste/Infos/Lagerliste.pdf [letzter Abruf am 24.7.2019].

Sammelstelle wurde ein „Auffanglager“ für tuberkulosekranke Zwangsarbeiter eingerichtet, das nach der Verlegung der Sammelstelle ins benachbarte Osterrönfeld ab 1944 in den Akten als „Hilfskrankenhaus Osterrönfeld“ firmiert. Entgegen der Bezeichnung steht zu vermuten, dass es sich hierbei um ein Sterbelager für „unheilbare“ Tuberkulosekranke handelte, die dort zuvor isoliert worden waren. Die Medizinhistorikerin Annette Grewe veranschlagt für die Jahre 1943 bis 1945 eine Sterbequote von 15,2 Prozent nach einer mittleren Verweildauer von 120 Tagen in dem „Hilfskrankenhaus“, was selbst unter Berücksichtigung der kriegsbedingt reduzierten Ernährungssituation, beengten Verhältnisse und verheerenden hygienischen Zustände, die in den Lagern herrschten, einen auffällig hohen Wert darstellt.[98] Weiterführende Recherchen zeigen zudem, dass sich die Todeszahlen in Osterrönfeld ab 1944, also nach der Verlegung der Sammelstelle, rasant entwickelten: War im Jahr 1943 in Osterrönfeld nur ein Patient verstorben, waren es 1944 bereits 21 und 1945 (bis einschl. Mai) 20 Todesfälle.[99] Die folgende Aufstellung zeigt die Entwicklung der Sterbezahlen in den verschiedenen Einrichtungen des Tönsheider Krankenhauses ab 1941. Sie basiert auf der Auswertung des überlieferten Sterbeverzeichnisses, des sogenannten Sektionsbuches, in dem allerdings Zwangsarbeiter nicht erfasst waren. Dies weist zugleich darauf hin, dass das rassistische Prinzip der getrennten Unterbringung von ausländischen und deutschen Tuberkulosekranken in Osterrönfeld aufgeweicht wurde.[100]

98 Vgl. Grewe, Ärzte, S. 55.

99 Die Eingrenzung des Zeitraums erfolgte im Hinblick auf den politischen Machtwechsel in der Region. Am 2. Mai 1945 erfolgte die Besetzung Lübecks durch britische Truppen, die ersten Arbeitsanweisungen der britischen Militärregierung ergingen am 21. Mai 1945. Vgl. Schröder, Geschichte, S. 94.

100 Für eine gemeinsame Unterbringung spricht auch das Schreiben, mit dem sich der Osterrönfeld-Patient Peter O. im April 1944 an die Leitung wandte und sich über das verschmutzte Auftreten und die zerschlissene Kleidung der offenbar mit ihm untergebrachten Russen beschwerte. Ferner enthält die Beschwerde Hinweise auf hygienische Missstände und Übergriffe der in Osterrönfeld tätigen Oberschwester. Hein spielte diese Aspekte in seinem Schreiben an die LVA-Leitung dazu indes herunter. Der Patient sei seinen Mitkranken „schon in den wenigen Tagen seines hiesigen Aufenthaltes durch sein ewiges Nörgeln und Meckern lästig geworden“, die Oberschwester „eine äußerst tüchtige und erfahrene Stationsschwester“. Vgl. Hein an Leiter LVA Schleswig-Holstein, 20.4.1944, LASH, Abt. 374, Nr. 649.

Tab. 1: Sterbezahlen Krankenhaus Tönsheide und Außenstationen, 1941-1945[101]

	Tönsheide	Heidhof	Osterrönfeld	Kaiserberg	Tannenfelde	Keine Angabe	Gesamt
1941	50	-	-	-	-	2	52
1942	65	1	-	3	-	7	76
1943	67	7	1	4	-	2	81
1944	73	16	21	5	-	-	115
1945 (bis Mai)	32	14	20	9	7	-	82

Für aktive Patiententötungen in Osterrönfeld liegen gleichwohl keine Belege vor, zumal bereits die Einweisungsdiagnosen „sämtlich schwere Zustandsbilder offener Tuberkulose-Stadien“ auswiesen und die hohe Sterbequote entsprechend auch diesem Umstand zugeschrieben werden könnte, wie Grewe einschränkt.[102] In Anbetracht der Tatsache, dass für die 116 Betten starke Tuberkuloseabteilung des Hilfskrankenhauses zumindest zeitweise lediglich ein ukrainischer Arzt abgestellt war, bestehen an einer ausreichenden medizinischen Behandlung der in Osterrönfeld untergebrachten Kranken gleichwohl erhebliche Zweifel.[103] Das „Hilfskrankenhaus“ Osterrönfeld wurde formal vom Provinzialverband getragen, bildete jedoch eine Betriebsgemeinschaft mit den LVA-Krankenhäusern Tönsheide und Kaiserberg. Die ärztliche Verantwortung für all diese Einrichtungen lag ab 1943 bei Hein, der ferner auch die Oberaufsicht über das Landeskrankenhaus Neustadt in Holstein führte und bereits die ärztliche Leitung der Zwangsarbeiter-Sammelstelle Schülldorf innegehabt hatte. Hein war somit für die Gesundheitsverhältnisse und -versorgung in fünf der zeitgenössisch insgesamt 12 Tuberkuloseeinrichtungen Schleswig-Holsteins unmittelbar zuständig.[104]

101 Eigene Berechnungen nach Sektionsbuch des Krankenhauses Tönsheide, sv:dok, 26/2706.
102 Vgl. Grewe, Ärzte, S. 54 f.
103 Vgl. Grewe, Krankheit als Alltag und Schicksal, S. 83.
104 Bericht Schow „Die Durchführung der Tuberkulosehilfe in der Provinz Schleswig-Holstein in der Zeit vom 1.4.1943-31.3.1944“, August 1944, LASH, Abt. 611, Nr. 393.

Wie sich herausstellte, ließ sich die Problematik der Unterbringung von tuberkulösen Zwangsarbeitern mit der dezentralen Aufstellung von Krankenbaracken nicht lösen. Dies galt speziell für die Region Schleswig-Holstein, wo sich die Frage der Unterbringung aufgrund der vergleichsweise hohen Zwangsarbeiterzahlen in verschärfter Form stellte. Ein Zustand permanenter Überlastung trat ab dem Jahr 1944 ein, als die Zahlen der Tuberkulosekranken massiv anstiegen.[105] Bei Hein, der als Bezirksleiter mit der Koordination der regionalen Gesundheitsversorgung direkt befasst war, häuften sich in der Folge Beschwerden und Anfragen: „Von allen Seiten – besonders aus Kiel vom Amt ‚Gesundheit und Volksschutz‘ der DAF – erhalte ich Jammerbriefe über tuberkulöse Ostarbeiter“, beschwerte sich etwa Hans Rinne von der Reichsärztekammer im August 1944 bei Hein, den er sodann „dringend um Auskunft“ bat, „wann das Lager in Osterrönfeld für die Ostarbeiter aufnahmefähig ist, damit wir diese Ansteckungsherde aus den Betrieben ausmerzen können“.[106] Der Bezirksleiter des RTA hatte sich indes bereits zuvor mit dem Schleswiger Arbeitsamt wegen der Unterbringung in Verbindung gesetzt und vorgeschlagen, an vier weiteren Orten (Itzehoe, Oldesloe, Flensburg, Neumünster) „Krankenbaracken für tuberkulöse ausländische Arbeiter“ aufzustellen. Dies würde „erforderlichenfalls [...] eine gelegentliche fachärztliche Überwachung durch Ärzte aus Tönsheide“ ermöglichen, was umgekehrt zeigt, dass eine tatsächliche Behandlung von Hein nicht vorgesehen war.[107] Der Präsident des Arbeitsamtes zeigte sich von der Idee des Bezirksleiters überaus angetan: „Ihren Vorschlag, die ansteckenden tuberkulösen Ausländer in bestimmte Baracken zu konzentrieren, begrüße ich sehr.“[108]

Die Empfehlung, schwerkranke Zwangsarbeiter in primitiven Bauten zu „konzentrieren“ und sie dort weitgehend ihrem Schicksal zu überlassen, zeugt nicht nur von dem ausgeprägtem strukturellen Rassismus in der zeitgenössischen Praxis der Gesundheitsversorgung, sondern stand überdies in direktem Gegensatz zu Heins ärztlichen Heil- und Hilfsauf-

105 Vgl. Lindner, Gesundheitspolitik, S. 143.
106 Rinne an Hein, 25.8.1944, LASH, Abt. 374, Nr. 393.
107 Hein an Leitenden Arzt des Gauarbeitsamtes Schleswig-Holstein, Dr. Strohmann, 4.5.1944, LASH, Abt. 374, Nr. 393.
108 Präsident des Gauarbeitsamtes und Reichstreuhänder der Arbeit Schleswig-Holstein an Hein, 3.6.1944, LASH, Abt. 374, Nr. 393.

trag und dem medizinethischen Gebot, Kranken nicht zu schaden.[109] Der Bezirksleiter ging bei seinen Empfehlungen allerdings noch einen Schritt weiter: Im Juni 1944 schlug Hein dem leitenden Medizinalbeamten beim Oberpräsidium Schleswig, Dr. Lenz, vor, „in den Städt. Krankenanstalten Kiel mindestens 50 Betten für Offentuberkulöse, insbesondere auch für Asylierfälle, einrichten zu lassen“.[110] Welche inhumanen Absichten diesen harmlos erscheinenden Vorschlag kennzeichneten, ergibt sich aus einem Schreiben des Präsidenten des Schleswiger Gauarbeitsamtes:

> *„Die in letzter Zeit aus dem Osten hereinkommenden Ausländertransporte ergeben eine erhebliche Anzahl von Fällen aktiver Tbc. So befinden sich wegen Mangels an anderweitiger Unterbringungsmöglichkeit im Durchgangslager Neumünster z.Zt. etwa 130 Tbc-Fälle, die bisher haben noch nicht isoliert werden können. [...] Der Bezirksleiter des Reichstuberkuloseausschusses, Dozent Dr.med.habil. Hein, mit dem die Beseitigung der bestehenden Schwierigkeiten besprochen wurde, weist mich in diesem Zusammenhang darauf hin, daß nach einem ihm bekannten Erlaß sonst unbenutzbare Reste von bombenbeschädigten Krankenanstalten in fliegerbedrohten Städten, wie z.B. Kiel, für die hier in Frage kommenden Zwecke in Anspruch genommen werden könnten. Er empfiehlt, diese Möglichkeit für solche ausl. Kranken, die keinerlei Aussicht auf Heilung bieten, zu nutzen. In Frage kommen würden hier vor allem Kieler Krankenanstalten, deren Personal, evtl. verstärkt durch geeignete ausl. Arbeitskräfte z.T. mitverwendet werden könnte.“*[111]

Nachdem der Vorschlag vom Präsidenten des Gauarbeitsamtes zunächst begrüßt, dann aber aus unklaren Gründen zurückgestellt worden war, insistierte Hein im August 1944 ein weiteres Mal auf seiner Empfehlung, vermeintlich „unheilbar“ erkrankte Polen und „Ostarbeiter“ sowie ausländische Pflegekräfte in evakuierte Krankenanstalten abzuschieben, wo sie der tödlichen Gefahr eines Luftangriffs schutzlos ausgeliefert gewesen

109 Zum Nichtschadensprinzip vgl. etwa Wolfgang U. Eckart, Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin, 7. völlig neu bearbeitete Auflage, Berlin/Heidelberg 2013, S. 328.

110 Hein an Leitenden Medizinalbeamten bei der Regierung Schleswig, 11.8.1944, LASH, Abt. 374, Nr. 393.

111 Präsident des Gauarbeitsamtes und Reichstreuhänder der Arbeit Schleswig-Holstein an Leitenden Medizinalbeamten bei der Regierung Schleswig betr. „Isolierung der tbc-kranken ausländischen Arbeiter“, 1.9.1944, LASH, Abt. 374, Nr. 393.

wären.[112] Heins Vorschlag entsprach zwar konsequent der völkisch-rassistischen Gesundheitspolitik des NS-Regimes, die insbesondere ab 1944 in eine terroristische Praxis der Krankenverdrängung mündete, ging aber in seiner Skrupellosigkeit offenbar selbst Parteiorganisationen wie der Deutschen Arbeitsfront (DAF) zu weit.[113] Zu einer Umsetzung der Empfehlung kam es gleichwohl nicht mehr, was allerdings nicht moralischen Skrupeln oder organisatorischen Widerständen zuzuschreiben war, auf die es in den Akten jenseits des Einhakens der DAF keine Hinweise gibt. Vielmehr wurde das betreffende Kieler Krankenhaus durch einen Luftangriff nahezu völlig zerstört, bevor die Kranken dorthin verbracht werden konnten, wie Lenz Hein Anfang September 1944 per Schreiben mitteilte:

> *„Wie ich mich gerade durch eigenen Augenschein überzeugt habe, ist bei den letzten Luftangriffen nun auch die Städt. Krankenanstalt in Kiel, besonders durch Luftmineneinwirkung, so schwer getroffen, daß sämtliche Abteilungen für eine Belegung mit Kranken ausfallen. Die 3 auf dem Gelände der Anstalt stehenden Baracken, die von der Stadtverwaltung anderen Zwecken zugeführt waren, sind auseinander gerissen.“*

Dass dies mit hoher Wahrscheinlichkeit auch den gewaltsamen Tod sämtlicher Zwangsarbeiter bedeutet hätte, wäre Heins Empfehlung schneller umgesetzt worden, fand im Schriftverkehr zwischen den beiden Medizinern bezeichnenderweise keine Erwähnung. Für sie war offenbar allein der logistische Aspekt von Relevanz, dass das Krankenhaus nunmehr für die Isolierung einer Personengruppe ausschied, die aus rassistischer Perspektive als „minderwertig“ und aufgrund der bestehenden Infektion zugleich als bedrohlich galt: „Unter diesen Umständen wird es vorläufig nicht möglich sein, dort 50 Betten für Offentuberkulöse aufzustellen“, ließ

112 „Unter Bezugnahme auf die Besprechung in Osterrönfeld komme ich unter Hinweis auf den Erlass des Reichsministers des Innern A 2168/44 vom 5. Juni 1944 betr. Unterbringung Offentuberkulöser auf meinen Vorschlag zurück, in den Städt.Krankenanstalten Kiel mindestens 50 Betten für Offentuberkulöse, insbesondere auch Asylierfälle, einrichten zu lassen.“ Hein an Leitenden Medizinalbeamten beim Oberpräsidium Schleswig, Dr. Lenz, 11.8.1944, LASH, Abt. 611, Nr. 393.

113 Rinne an Regierung in Schleswig, 28.8.1944, LASH, Abt. 611, Nr. 393.

Lenz Hein wissen.[114] An dieser Stelle wird prägnant deutlich, dass Hein in der regionalen Politik der Tuberkulosebekämpfung eine aktive Akteurs- und Gestaltungsrolle versah und den nationalsozialistischen Krankenterror nicht nur bereitwillig unterstützte, sondern an dessen Planung und Umsetzung maßgeblich beteiligt war.

Das Krankenhaus Tönsheide profitierte auch unmittelbar von dem Einsatz von Zwangsarbeitern, die dort als Haus- und Stationshilfen sowie in dem angeschlossenen landwirtschaftlichen Betrieb eingesetzt waren. Hintergrund für den Einsatz von vor allem Zwangsarbeiterinnen im zeitgenössischen Gesundheitswesen war der eklatante Arbeitskräfte- und Personalmangel, der sich mit Kriegsbeginn zu einem strukturellen Problem auswuchs und bis 1945 virulent bleiben sollte. Im Falle von Einrichtungen, in denen infektiöse Kranke untergebracht waren, war das Fehlen von Fachkräften allerdings nicht nur der kriegsbedingten Arbeitsmarktsituation geschuldet. Hinzu kam eine spezielle Ansteckungsfurcht, die durch den radikalisierten seuchenhygienischen Diskurs der Vorkriegszeit und die dort entfaltete „Bazillenstreuer“-Propaganda geschürt worden war. Zwar ergriff der RTA im Interesse an der Ausweitung des Arbeitseinsatzes von Tuberkulösen ab 1941 propagandistische Gegenmaßnahmen, indem er die in den Betrieben bestehenden Ansteckungsrisiken nunmehr auf groteske Weise bagatellisierte.[115] Doch während dieses propagandis-

114 Leitender Medizinalbeamter Schleswig an Hein, 1.9.1944, LASH, Abt. 611, Nr. 393. Erst kurz vor Kriegsende wurde Heins Vorschlag aufgegriffen und „eine Baracke für Tuberkulosekranke im Städtischen Krankenhaus wieder eingerichtet“, wie einem Schreiben des LVA-Leiters Schow von April 1945 zu entnehmen ist. Oberpräsident Provinzialverband Schleswig-Holstein an Regierungspräsident der Medizinalabteilung, 5.4.1945, LASH, Abt. 611, Nr. 393.

115 So hieß es in einem Merkblatt des RTA zum „Arbeitseinsatz“: „Ansteckungsgefahr besteht nur bei offener Lungentuberkulose und auch hier nur unter bestimmten Voraussetzungen. Sie kann bei rechtzeitiger Erkennung der Krankheit durch entsprechende Maßnahmen ausgeschaltet werden. Bei geringem Husten und vor allem bei diszipliniertem Verhalten des Offentuberkulösen sind die Arbeitskameraden am Arbeitsplatz weniger gefährdet als durch unbekannte Offentuberkulöse im modernen Verkehrsleben. Dem entspricht auch die Erfahrung, daß Ansteckungen von Arbeitskamerad zu Arbeitskamerad in Betrieben mit Offentuberkulösen in vieljähriger ärztlicher Überwachung nicht festgestellt wurden. Größer ist die Gefahr der Ansteckung in der Familie, weil hier die Beziehungen von Mensch zu Mensch, insbesondere von Kranken und Gesunden, viel innigere sind [...]. Die vielfach noch vorhandene Ansteckungsfurcht gegenüber jedem Lungentuberkulösen im Verkehr außerhalb der Familie ist unbegründet. [...] Eine ernste Gefahr sind undiszipliniert Offentuberkulöse, die uneinsichtig oder in gemeinschaftsfeindlicher (asozialer)

tische Wendehalsmanöver, das eine völlige Unterordnung medizinischer und sozialhygienischer Ziele unter dem Primat der Produktion markierte, in der Laienöffentlichkeit der Industriebetriebe eventuell noch verfangen haben mochte, dürfte das medizinische Fachpersonal davon gänzlich unbeeindruckt geblieben sein. Jedenfalls dienten die erhöhten Ansteckungsrisiken des medizinischen Personals im offiziellen Schriftverkehr auch weiterhin zur Begründung von Privilegien wie Ernährungszulagen, die entsprechend als „Gefährdungszulagen“ bezeichnet wurden.[116]

Bereits 1941 hatte der Personalmangel in Tönsheide eine Dimension erreicht, dass „von dem Krankenhaus zwangsläufig in zunehmendem Maße auf frühere Kranke als Hilfskräfte zurückgegriffen“ werden musste.[117] Für derartige Hilfsarbeiten wurden in den Folgejahren zunehmend erkrankte oder vormals erkrankte Zwangsarbeiter verpflichtet. Einer im Bestand überlieferten Liste ist zu entnehmen, dass Anfang 1944 in den Einrichtungen des Tönsheider Krankenhauses 41 „Ostarbeiterinnen“ und 13 polnische Zwangsarbeiter beschäftigt waren. Über die Wohn- und Lebensverhältnisse dieser Menschen geben die Akten kaum Auskunft, sie dürften zum Teil in der 1942 auf dem Krankenhausgelände errichteten „Russenbaracke“ untergebracht gewesen sein. Untersuchungsbögen, Schirmbildaufnahmen und „Senkungslisten“, in denen die Entwicklung von Blutwerten dokumentiert war, weisen gleichwohl darauf hin, dass die im Krankenhaus eingesetzten Zwangsarbeiter im Falle einer eigenen Infektion eine medizinische Behandlung erfahren haben.[118]

Die Verknappung von Basisressourcen der Gesundheitsversorgung wie Fachpersonal, Betten und Medikamente führte in Verbindung mit den ansteigenden Krankenzahlen und beengten Wohnverhältnissen in-

Einstellung die ihnen angeratene Rücksicht im persönlichen Verhalten und bei der Arbeit außerachtlassen. Ständig stark hustende und undisziplinierte Offentuberkulöse werden daher vom Arbeitseinsatz auszuschließen sein. Der Ausschluß aller übrigen Lungenkranken ist unberechtigt, ja sogar gefährlich.“ Reichstuberkulose-Ausschuss, Merkblatt zum Arbeitseinsatz Lungentuberkulöser, undatiert, sv:dok, 26/1788.

116 Vgl. etwa Hein an Reichstuberkulose-Ausschuss, 27.3.1940, LASH, Abt. 374, Nr. 704; Staatliches Gesundheitsamt Schleswig an Landesernährungsämter betr. Lebensmittelversorgung in den Krankenanstalten, 3.11.1944, LASH, Abt. 611, Nr. 393.

117 Hein an Leiter LVA Schleswig-Holstein, 10.3.1941, LASH, Abt. 374, Nr. 679.

118 Anonym, „Senkungsliste der Russinnen“, 4.1.1944; Anonym, Aufstellung der im Krankenhaus Tönsheide beschäftigten polnischen Arbeitskräfte. Siehe beispielhaft den Untersuchungsbogen von Wanda Ceforska, undatiert, sv:dok, 26/2667.

nerhalb der Anstalten zu einer angespannten Lage. „Die Unterbringungsverhältnisse für das hier arbeitende Personal sind derartig beengt, daß unter Berücksichtigung der bestehenden Infektionsgefahr durch den z.T. bestehenden Arbeitseinsatz von Lungenkranken für ausreichende Unterbringungsmöglichkeiten gesorgt werden muss“, beschwerte sich Hein im September 1944 beim zuständigen Rendsburger Heeresamt.[119] Bereits im April des Jahres hatte Hein - offenbar vergeblich – „eine erhebliche Wohnraum-Verknappung“ beklagt.[120] Die zugespitzte Situation schlug sich insbesondere im Umgang mit den Patienten nieder, wobei es zu einer Verrohung und Brutalisierung des Personals kam. Darauf weisen Beschwerdebriefe von ehemaligen Patienten hin, die im Falle des Tönsheider Krankenhauses vergleichsweise zahlreich überliefert sind und gleichsam rare wie selektive Einblicke in die sozialen Binnenverhältnisse und -praktiken einer Tuberkuloseanstalt im „Dritten Reich“ ermöglichen. Neben eher allgemein gehaltenen Beschwerden, die vorrangig auf die Menge und Qualität der Verpflegung sowie hygienische Aspekte abzielten, enthält der Bestand auch mehrere Beschwerden, aus denen die Einbindung des Personals in die Praxis des Krankenterrors hervorgeht. Das Spektrum der in den Schreiben erhobenen Vorwürfe umfasst Vernachlässigungen und Verpflegungsdefizite, brutale Einschüchterungsversuche sowie Todesdrohungen.

Einen zentralen Strang, der bereits in der Vorkriegszeit einsetzte, stellten Beschwerden über das in Tönsheide und seinen Außenstationen ausgegebene Essen dar. 1938 lenkten mehrere Patientenbeschwerden über die Tönsheider Verpflegung gar das Augenmerk einer mächtigen Parteiorganisation auf das Krankenhaus. Der ehemalige Patient Richard Boye war beim regionalen Amt für Volksgesundheit der DAF vorstellig geworden und hatte erhebliche Missstände angeprangert. Der Aufenthalt in Tönsheide könne „nicht als Erholung bezeichnet werden. Das Essen war nicht kräftig genug, es wurde alles auf einen Teller und dann noch übereinander gefüllt, so daß es keineswegs als appetitlich anzusprechen wäre. [...] Das Essen war so, daß ich es in dieser Form zu Hause haben kann, trotz

119 Hein an Heeresamt Rendsburg, 13.9.1944; Heeresamt Rendsburg an Baubeauftragten beim Reichsverteidigungsminister im Gau Schleswig-Holstein, 20.9.1944, sv:dok, 26/2668.

120 Hein an Heeres-Sanitäts-Abteilung Hamburg, 21.4.1944, sv:dok, 26/2668.

meiner wirtschaftlich nicht guten Verhältnisse“.[121] Mit der Anmerkung, es seien „uns aus verschiedenen Kreisen unseres Gaues wiederholt solche Beschwerden bekanntgegeben worden“, die zudem „von bewährten Parteigenossen“ vorgebracht worden seien, wandte sich die DAF daraufhin an den LVA-Leiter mit der Aufforderung, den Vorwürfen nachzugehen. Der sodann um Stellungsnahme gebetene Hein wies die angeführten Missstände zurück und unterstellte den Beschwerdeführern umgekehrt das Motiv, eine Aufnahme in dem Krankenhaus aus Gründen der Operationsangst verhindern zu wollen. „Wenn bei einer Reihe von Kranken, wie in dem Schreiben der NSV angegeben, eine gewisse Abneigung gegen die Aufnahme in Tönsheide besteht, so liegt dies zuweilen wohl daran, dass den Kranken in einer gewissen Zahl die Fälle bekannt sind, dass bei ihnen eine operative Behandlung notwendig wird, die abzulehnen sie besonders geneigt sind, bevor ihnen ärztlicherseits Zweck und Notwendigkeit einer derartigen Therapie klargemacht worden sind.“[122] Die DAF hielt schließlich mit Hein direkt Rücksprache, wonach die Angelegenheit erledigt war.[123]

Waren dies für einen Krankenhausbetrieb mehr oder weniger konventionelle Beschwerdevorgänge, so wandelte sich der Inhalt der Schreiben während des Krieges deutlich und verlagerte sich zunehmend auf das Verhalten des Personals. 1943 beschwerte sich die 1897 geborene Marie E., die wegen einer „offenen“ Lungentuberkulose in Kaiserberg zur Kur untergebracht gewesen war, über das Verhalten des Assistenzarztes Wilhelm Lauenstein, der offenbar alleinverantwortlich die Außenstation des Tönsheider Krankenhauses überwachte.[124] Entsprechend hätte sich Lauenstein „während der kurzen Dauer seiner Anwesenheit [...] den Patienten nicht so widmen“ können, „wie es vielleicht notwendig gewesen wäre“, teilte E. in ihrem Schreiben an die LVA mit. „Es war so, dass, wenn man den Arzt etwas fragen wollte, man gezwungen war, aufzustehen und ihn aufzusuchen. Der Arzt hatte, mit Arbeit überhäuft, keine Zeit, zu uns

121 DAF-Amt für Volkswohlfahrt, Gau Schleswig-Holstein, an Leiter LVA Schleswig-Holstein, 21.12.1938 nebst Protokoll der Aussage von Richard B. v. 19.12.1938, LASH, Abt. 374, Nr. 649.

122 Hein an Leiter LVA Schleswig-Holstein, 16.1.1939, LASH, Abt. 374, Nr. 649.

123 DAF-Amt für Volkswohlfahrt, Gau Schleswig-Holstein, an Leiter LVA Schleswig-Holstein, 3.3.1939, LASH, Abt. 374, Nr. 649.

124 Über Lauensteins Mitgliedschaften und organisatorische Verankerungen liegen keine näheren Informationen vor.

Patienten raufzukommen. Auf diese Art wäre ich vielleicht wochenlang ohne Untersuchung geblieben.“ E. berichtete zudem von einer spätabends angesetzten „Entlausung“ der Kranken und Räume, die durch einen entsprechenden Fund im Waschbecken veranlasst worden sei. „All diese Sachen ließen mich auch seelisch überhaupt nicht mehr zur Ruhe kommen.“ Doch damit nicht genug:

> *„Nach der durchgeführten Entlausung, vielmehr in der gleichen Nacht, bekam ich unerwartet einen Blutsturz. Da eine Vorrichtung in dem Zimmer, in dem ich lag, zwecks Anforderung von Hilfe durch eine Glocke nicht gegeben war, wäre es mir wohl schlecht ergangen, wenn nicht zufällig eine Mitpatientin für mich eine Schwester zur Hilfe geholt hätte. Aufgrund dieses Blutsturzes kam wiederum der Arzt nicht zu mir, sondern ich musste ihn aufsuchen. Auf meine Bitte, mir zu sagen, wie das käme, antwortete mir der Arzt: ‚Das hängte mit Ihrer Periode zusammen!‘ Dafür hatte ich kein Verständnis. Auf mein zweites Fragen wurde mir zur Antwort: man wisse nicht, wovon das gekommen sei!“*

Weiter kritisierte die ehemalige Patientin das verunreinigte Essen („Mausedreck“) und hygienische Missstände in den Krankenzimmern. „Das alles sind Umstände, die mich zwangen, vorzeitig von dort fortzugehen.“[125] Hein ging der Beschwerde – wie in allen überlieferten Fällen – nach und forderte den betreffenden Arzt zu einer Stellungnahme auf. Dieser räumte zwar ein, dass die „Decken und Wände [...] durchweg erneuerungsbedürftig“ seien, die weiteren Missstände bezeichnete er indes als „kriegsmässig bedingt“. Den Vorwurf der Vernachlässigung und Diskriminierung der Patientin wies Lauenstein scharf von sich. Die Sache ließ man dann offenbar auf sich beruhen.[126]

Hinweise auf eine Brutalisierung des Personals gegenüber den Kranken lassen sich auch der Beschwerde von Marie T. vom 20. September 1943 entnehmen. Darin teilte die ehemalige Patientin der LVA mit, dass sie eine erneut angeordnete Liegekur diesmal an einem anderen Ort als der Außenstation Kaiserberg wahrnehmen werde, „da man von der dor-

125 Marie E. an LVA Schleswig-Holstein, Abt. Heilfürsorge, 4.2.1943, LASH, Abt. 374, Nr. 649.

126 Lauenstein an Hein, 24.3.1943, LASH, Abt. 374, Nr. 649.

tigen Oberschwester scheinbar nur als lästige Beigabe ihres Berufes genommen wird“. So soll die besagte Schwester laut T. gegenüber den Kranken geäußert haben: „Wenn der Engländer wirklich mal eine Bombe hier reinsetzt, ist auch nicht schade, ihr liegt ja doch nur dem Staat zur Last.“[127]

Es ist in Anbetracht der jahrelangen massiven staatlichen Hetze gegen „unnütze“ Kranke nicht unwahrscheinlich, dass die Äußerung so oder ähnlich gefallen ist. Hein ging dem Vorwurf nach und forderte T. auf, ihm Zeugen für die Äußerung zu benennen, was T. dann offenbar tat.[128] Da die Zeugen jedoch gemäß der Darstellung Heins aussagten, die Äußerung nicht gehört zu haben, und die beschuldigte Oberschwester den Vorwurf energisch abstritt, versuchte Hein, die LVA-Leitung zu einem drastischen Vorgehen gegen die ehemalige Patientin zu bewegen: „Es wäre doch wohl zweckmässig, Frau T. wegen ihrer Anschuldigungen gegen die Oberschwester zur Verantwortung zu ziehen.“[129] Die LVA-Leitung, die die Aussichten eines solchen Vorgehens offenbar gering einschätzte, bremste ihren Chefarzt jedoch aus: „Ein Strafverfahren gegen Frau T. einzuleiten, kommt in Wirklichkeit nicht in Frage. Abgesehen davon, ob jetzt im Kriege überhaupt wegen einer solchen Beleidigung ein Verfahren eröffnet werden würde, ist auf jeden Fall die Dreimonatsfrist für den Strafantrag längst verstrichen.“[130] Stattdessen richtete der Leiter ein Drohschreiben an T. mit der Aufforderung, sich bei der Oberschwester binnen zwei Wochen „für den schwerwiegenden und kränkenden Vorwurf“ zu entschuldigen und diesen „mit dem Ausdruck des Bedauerns zurückzunehmen“. Er sei „dann bereit, die Sache auf sich beruhen zu lassen. Sollten Sie sich aber wider Erwarten nicht dazu entschließen, müsste ich mir vorbehalten, weitere Schritte gegen Sie zu unternehmen“.[131] Parallel wandte sich die LVA-Leitung an Hein und riet diesem, „die Gefolgschaftsmitglieder des Krankenhauses Tönsheide bei gegebener Gelegenheit anzuweisen, in ihren Äußerungen gegenüber den Patienten Vorsicht walten zu lassen, um von vornherein Missverständnisse und daraus folgende Weiterungen zu vermeiden“.[132]

127 Marie T. an LVA Schleswig-Holstein, 20.9.1943, LASH, Abt. 374, Nr. 649.
128 Hein an Marie T., 2.11.1943, LASH, Abt. 374, Nr. 649.
129 Hein an Leiter LVA Schleswig-Holstein, 21.2.1944, LASH, Abt. 374, Nr. 649.
130 Leiter LVA Schleswig-Holstein an Hein, 29.3.1944, LASH, Abt. 374, Nr. 649.
131 Leiter LVA Schleswig-Holstein an Marie T., 29.3.1944, LASH, Abt. 374, Nr. 649.
132 Leiter LVA Schleswig-Holstein an Hein, 6.4.1944, LASH, Abt. 374, Nr. 649.

Das stärkste Machtmittel, das der Krankenhausleitung und dem Personal im NS-Staat zur Disziplinierung von „uneinsichtigen“ Patienten offen stand, bestand in der Androhung und Umsetzung von Zwangsmaßnahmen. Als ein Disziplinierungsmedium fungierten dabei die Hausordnungen von Tuberkuloseeinrichtungen, die ab 1938 Zwangsmaßnahmen als Sanktionsmöglichkeiten auswiesen und darüber hinaus einen autoritären, fremdbestimmten und monotonen Anstaltsalltag vorschrieben. Dies lässt sich beispielhaft anhand eines überliefertes Exemplars aus dem LVA-Krankenhaus Mölln studieren, das infolge der Teilbeschlagnahmung Tönsheides ein Gros der LVA-Versicherten aufnahm. Unter 1. war festgelegt, dass jeder Kranke „sich ruhig verhält“, insbesondere war „Singen, Pfeifen, lärmende Unterhaltung in Zimmern und auf den Gängen zu unterlassen“. Den Anordnungen des Anstaltspersonals war „unbedingt Folge zu leisten“, eigenständiges „Aufstehen“, „Aufsein“, „Liegekur“ oder „Spaziergänge“ verboten. Die Bewegungsfreiheit der Patienten, die „sich nur in den ihnen zugewiesenen Räumen aufhalten“ durften, war daher massiv eingeschränkt. Auch die Ernährung der Kranken wurde streng überwacht, wobei „der Genuss anderer Speisen und Getränke ohne ärztliche Erlaubnis“ ebenso verboten war wie der Tausch oder das Verschenken von Nahrungsmitteln. Schließlich wurde den Patienten mit Verlegung in eine „Absonderungsanstalt für asoziale Tuberkulöse, gegebenenfalls mit polizeilicher Überführung“, gedroht. Dies konnte „bei groben Verstössen gegen die Hausordnung, bei ungebührlichem oder asozialem Verhalten sowie bei Verweigerung der vorgeschlagenen Behandlung“ der Fall sein.[133]

Dass sich Ärzte der Rentenversicherung in Schleswig-Holstein dieses brutalen Mittels offenbar häufiger bedienten und eigenmächtig Abschiebemaßnahmen umsetzten, um sich auf willkürliche Weise vermeintlich „asozialer“ Patienten zu entledigen, verdeutlicht abschließend der folgende Fall: Im Februar 1944 beschwerte sich Johannes J., dessen Tochter in der Lungenanstalt Neustadt im damaligen Holstein wegen „offener“ Tuberkulose behandelt wurde, über die – wie er es bezeichnete – „etwas merkwürdige Heilmethode, die der leitende Arzt der Lungenkranken

133 Hausordnung des Krankenhauses der Landesversicherungsanstalt Schleswig-Holstein in Mölln/Lbg. (Entwurf), undatiert [nach 1938], sv:dok, 26/2683.

anwendet“. J. wollte seine Tochter Christine aus der Anstalt abholen und war von dem betreffenden Arzt Friedrich Kruse[134] auf offenbar drastische Weise daran gehindert worden:

> *„Er droht den Kranken mit polizeilicher Einsperrung, wofür weiß man nicht, und sagt ihnen, daß er den Kranken einen Totenschein ausschreiben will. Dass solche Bemerkungen eine schlechte Medizin für die Kranken sind, brauche ich wohl nicht zu unterstreichen. Auch mir hat er mit polizeilicher Einsperrung meiner Tochter gedroht, wenn ich sie mit nach Hause nehme. Obwohl er gar nicht wußte, was ich wollte, und sie erst recht nicht ohne ärztliche Genehmigung mitnehmen wollte. Er drohte gleich ehe ich auch nur ein Wort mit ihm gewechselt hatte. Er ließ überhaupt nicht mit sich reden. Erst durch das Einschreiten der Frau Doktor ließ er davon ab. Bitte dies zur Kenntnis zu nehmen und gegen den leitenden Arzt einzuschreiten.“*[135]

Die Beschwerde wurde Hein zugeleitet, der auch für die Neustadter Anstalt die ärztliche Aufsicht führte[136] und den betreffenden Arzt Kruse sodann um Stellungnahme ersuchte. Dieser unternahm in seiner Replik bezeichnenderweise gar nicht den Versuch, sein brutales Vorgehen zu kaschieren, sondern legitimierte es unter Verweis auf das „asoziale“ Verhalten der damals zudem noch minderjährigen Patientin. Im Übrigen war er dabei nur dem Vorbild seines Vorgesetzten Hein gefolgt, der die Angelegenheit selbst ins Rollen gebracht hatte, wie sich aus Kruses Schilderung ergibt:

> *„Auf der letzten Chefarztvisite [...] erklärte Frl. Christine J. in frecher Form gegenüber Herrn Dr. Hein, sie habe ihre Eltern telegraphisch gebeten, sie am nächsten Tage abzuholen. Da hiervon weder mir, noch einer Schwester etwas bekannt war, machte Herr Dr. Hein die Patientin unter Berücksichtigung ihrer Ansteckungsfähigkeit und ihres uneinsichtigen Verhaltens gegenüber ihrer Krankheit (die damals noch minderjährige Pat. hat von sich aus vorzeitig die*

134 Friedrich Kruse war seit 1937 NSDAP-Mitglied und stand ab 1941 als Arzt im Dienst der LVA Schleswig-Holstein. Vgl. Personalaufstellung Krankenhaus Tönsheide und Außenstationen, undatiert [1946], sv:dok, 26/2678.

135 Johannes J. an LVA Schleswig-Holstein, 3.2.1944, LASH, Abt. 374, Nr. 649. Die Rechtschreibung wurde hier zu besseren Verständlichkeit angepasst.

136 Bericht Schow „Die Durchführung der Tuberkulosehilfe in der Provinz Schleswig-Holstein in der Zeit vom 1.4.1943-31.3.1944“, August 1944, LASH, Abt. 611, Nr. 393.

[…] Behandlung aufgegeben, wie aus ihren Akten hervorgeht mit angeblichem Einverständnis ihrer offenbar ebenso uneinsichtigen Eltern) auf die Möglichkeit einer Zwangsasylierung aufmerksam. Ich habe anschließend der Pat. den Sachverhalt klargelegt, dass sie offen sei und ihren Eltern sofort telegraphisch absagen möchte. Trotzdem erschienen die Eltern am nächsten Tag, um ihre Tochter zu holen. Nachdem mir von der Oberschwester über die ohne mein Wissen erfolgten Vorbereitungen von Seiten der Eltern für die Abreise, wie auch über die völlige Uneinsichtigkeit derselben genauestens berichtet war, erschien mir jegliche gütige Zurede zwecklos. Ich habe daraufhin den Vater kurz auf den grossen Ernst der Erkrankung seiner Tochter aufmerksam gemacht, dass bei weiterem uneinsichtigem Verhalten nach ärztlichem Ermessen mit dem Tode seiner Tochter mit grösster Wahrscheinlichkeit bald zu rechnen sei. Ich halte es auch heute noch für zweckmäßig, in solchen Fällen den Angehörigen der Patienten die volle Wahrheit zu sagen. Auch bei noch heilungsfähigen Tuberkulosen halte ich es bei uneinsichtigen Pat. grundsätzlich im Interesse der Heilung für angebracht, nötigenfalls auch auf den drohenden Tod hinzuweisen. Bei Fräulein J. habe ich es jedoch unter Berücksichtigung der sehr zweifelhaften Prognose ihrer Lungenerkrankung vermieden. Ausserdem habe ich den Vater im Interesse der Seuchenbekämpfung auf die Notwendigkeit einer polizeilichen Zwangsasylierung hingewiesen. Erst hierdurch konnte ich erreichen, dass die Eltern ihre Tochter im Krankenhaus ließen.“[137]

Bei Hein stieß das Handeln des Oberarztes insofern kaum überraschend auf vollstes Verständnis, zumal dieser selbst der Auffassung zuneigte, „uneinsichtige“ Kranke, die sich wie J. einer ärztlichen Anordnung verweigerten, auf drastische Weise zu disziplinieren.[138] Er stärkte dem beschuldigten Kruse gegenüber der LVA dann auch den Rücken, wobei er sich einmal mehr als rigoroser Verfechter von Zwangs- und Gewaltmaßnahmen gegenüber Kranken zeigte: „Gelegentlich“, so Hein, „muss den Patienten, wenn sie gütlichen Vorstellungen nicht zugängig sind, die

137 Kruse an Hein, 15.3.1944, LASH, Abt. 374, Nr. 649.

138 So hatte er bereits 1939 gegenüber dem LVA-Leiter die perfide Logik vertreten, mittels der Demonstration des Todes „uneinsichtiger“ und daher unbehandelter Patienten andere Kranke zu potenziell riskanten Operationen zu bewegen. Es sei für die Patienten „lehrreich und wichtig“ zu sehen, „dass nicht operierte Kranke, also Asylierungsfälle, dem schicksalsmäßigen Ablauf ihrer Tuberkulose erliegen“. Hein an Leiter LVA Schleswig-Holstein, 20.2.1939, sv:dok, 26/2668.

Schwere und auch die Ansteckungsgefährlichkeit ihrer Erkrankung entsprechend vor Augen geführt werden. Schließlich sind die Maßnahmen hinsichtlich Zwangsasylierung vom nationalsozialistischen Staate ja dazu erlassen worden, um im Interesse der Volksgesundheit nicht nur angedroht, sondern gelegentlich auch in die Tat umgesetzt zu werden.“[139]

Was dies im Fall von Christine J. konkret bedeutete, muss wegen Überlieferungsdefiziten notwendigerweise offen bleiben. Fest steht, dass die Patientin am 8. Februar 1944 in die Außenstation Osterrönfeld verlegt wurde und die Verlegung von den Krankenhausärzten eigenmächtig angeordnet worden war, die sich damit einer schwierigen Patientin entledigen wollten: „Um die unberechtigten ständigen Nörgeleien über das Essen [...] und die Unterminierung der Anstaltsdisziplin zu vermeiden, erschien ein Milieuwechsel erforderlich“, hieß es dazu nur knapp in einem Schreiben des beschuldigten Oberarztes Kruse.[140] Welches Schicksal die Patientin in Osterrönfeld erwartete, kann in Anbetracht der oben geschilderten Verhältnisse und hohen Sterbequote, die das „Hilfskrankenhaus“ 1944/45 kennzeichnete, nur erahnt werden. Es ist allerdings belegt, dass eine „Vernehmung“ der Patientin zu den Anschuldigungen gegen den Oberarzt infolge ihrer Zwangsverlegung nach Osterrönfeld „nicht mehr möglich war“, wie der Direktor des Landeskrankenhauses Neustadt am 19. Februar mitteilte und damit zugleich einen Nebenzweck der Zwangsasylierung benannte.[141] Dass die rigorose Maßnahme aus Sicht der Leitung die erwünschte Wirkung zeigte, illustriert abschließend eine zynische Bemerkung Heins: „Die Patientin führt sich in Osterrönfeld gut; allerdings ist sie dort dauernd bettlägerig.“[142]

139 Hein an Leiter LVA Schleswig-Holstein, 13.4.1944, LASH, Abt. 374, Nr. 649.
140 Kruse an Hein, 15.3.1944, LASH, Abt. 374, Nr. 649.
141 Direktor Landeskrankenhaus Neustadt an Oberpräsident Provinzialverband, 19.2.1944, LASH, Abt. 374, Nr. 649.
142 Hein an Leiter LVA Schleswig-Holstein, 13.4.1944, LASH, Abt. 374, Nr. 649.

IV. Schluss und Ausblick

Die Zwangsabschiebung von Patienten in Anstalten mit hohen Sterblichkeitsquoten markiert den Kulminationspunkt eines Radikalisierungsprozesses in der Tuberkulosepolitik, der bereits in der späten Weimarer Republik mit dem Diskurs über „asoziale“ Kranke eingesetzt hatte, infolge der NS-Machtübernahme ab 1933 weitere Schübe erhielt und ab 1938 zunehmend in einer Praxis des Krankenterrors gemündet war.

Die vorstehende Darstellung macht deutlich, dass dieser Prozess der Radikalisierung der Rentenversicherung als traditionell wichtigstem Träger der Tuberkulosebekämpfung nicht „von außen“ durch das NS-Regime aufgezwungen wurde, sondern das Resultat weltanschaulicher Schnittmengen, korrespondierender Interessen sowie Ziele und wechselseitiger Aushandlungsprozesse zwischen den „alten“ staatlichen Akteuren der Tuberkulosepolitik und den neuen Machthabern darstellten. Insbesondere die in der Rentenversicherung vertretene Ärzteschaft hatte sich bereits vor der NS-Machtübergabe eminent radikalisiert und Positionen für ein rigoroses Vorgehen gegenüber „uneinsichtigen“ Tuberkulosekranken ausgebildet, die in den Vorkriegsjahren selbst der nationalsozialistischen Gesundheitsführung zu weit gingen. Mit Ritter und Hein waren Tuberkuloseärzte der norddeutschen Rentenversicherungsträger in die Diskussion über die gesetzliche Einführung von Zwangsmaßnahmen unmittelbar involviert, die sie bei „asozialen“ Kranken ebenso befürworteten wie den Ausbau entsprechender Sonderanstalten, die der Isolierung der „Bazillenstreuer“ dienen sollten. Auch im Weiteren erwies sich Hein als einflussreicher Mitgestalter, kreativer Wegbereiter und umtriebiger Praktiker der nationalsozialistischen Tuberkulosepolitik, wobei sein Konzept einer „Arbeitsheilstätte für Offentuberkulöse“ ebenso zu erwähnen ist wie seine politische Funktion als Bezirksleiter des RTA, mit dem eine maßgebliche Verantwortung für die Lebens- und Gesundheitsverhältnisse der Tuberkulosekranken in Schleswig-Holstein verknüpft war. Zu diesem einflussreichen politischen Amt gesellten sich unmittelbare institutionelle Verantwortungen Heins für die Tuberkuloseeinrichtungen der LVA und des Provinzialverbandes sowie formale Belastungen, die aus Heins Mitgliedschaften in der SA (ab 1934) und der NSDAP (ab 1937) resultierten.

In Anbetracht dieser Biographie, die von der aktiven Mitwirkung Heins an der Planung und Umsetzung des nationalsozialistischen Krankenterrors zeugt, wäre zu erwarten gewesen, dass der Tönsheider Direktor das Ende des „Dritten Reiches“ politisch nicht überstehen würde. So war es dem LVA-Leiter und Landeshauptmann Wilhelm Schow ergangen, der zweiten maßgeblichen Figur im System der Tuberkulosebekämpfung Schleswig-Holsteins und „rechte Hand“ des Gauleiters Hinrich Lohse. Er wurde bei Kriegsende abgesetzt und nahm sich im Frühjahr 1946 das Leben.[1] Hein hingegen überstand den Systembruch weitgehend unbeschadet und konnte seine Karriere in der Bundesrepublik nahtlos fortsetzen: Er blieb nicht nur in seiner früheren Stellung als Chefarzt und Direktor des Tönsheider Krankenhauses eingesetzt, das er bis zu seinem altersbedingten Ausscheiden in den 1960er-Jahren leitete.[2] Darüber hinaus erwarb sich Hein in der Nachkriegszeit durch seine Beteiligungen an den Einführungen des Schirmbild- sowie Impfverfahrens einen herausragenden Ruf als Seuchenschutz- und Gesundheitsexperte, der sich in fachlicher und institutioneller Anerkennung niederschlug.[3] Heins NS-Vergangenheit geriet dabei zunehmend aus dem Blick – ein Prozess, der bereits im Mai 1945 mit der Besetzung Schleswig-Holsteins durch die britische Armee einsetzte.

Die britische Militärregierung sah sich in Schleswig-Holstein nach Kriegsende einer grassierenden Tuberkulose gegenüber, die durch hohe Flüchtlingszahlen, Verknappung von Wohnraum und katastrophale hygienische Bedingungen bedingt wurde.[4] Auch im Krankenhaus Tönsheide herrschte nach Kriegsende eine Notsituation: Die Überbelegung mit erkrankten Soldaten, Verkehrsprobleme, Materialmangel und Heizungsschwierigkeiten führten dazu, dass der Krankenhausbetrieb nur „in beschränktem Umfange“ aufrechterhalten werden konnte. Auch bei der Verpflegung der Kranken seien „erhebliche Schwierigkeiten“ aufgetreten,

1 Ruck, Sonderweg, S. 136; Schröder, Geschichte, S. 95.

2 Möglicherweise wurde Hein kurzfristig als Krankenhausdirektor abgesetzt. Darauf deutet ein Bruch in seinem Tönsheider Schriftverkehr hin, der erst im August 1945 wieder einsetzte. Siehe dazu den Verlauf im Bestand LASH, Abt. 374, Nr. 393. Konkrete Belege für eine Absetzung liegen hingegen nicht vor.

3 Siehe hierzu nur die bereits aufgeführten Beiträge von Stecher, Geschichte; Ferlinz, Hein; Anonym, Art. Professor Dr. med. Joachim Hein.

4 Zur Tuberkulose-Entwicklung nach 1945 in Schleswig-Holstein siehe Häuser, Tuberkulose, S. 42 ff.

wie dem Verwaltungsbericht der LVA zu entnehmen ist. Insgesamt befanden sich im Jahr 1946 1756 Patientinnen und Patienten im Krankenhaus Tönsheide, wobei Fälle „offener“ Tuberkulose stark dominierten. Hinzu kam, dass die Mehrzahl der Kranken aufgrund des Bettenmangels vorzeitig entlassen werden musste, wobei über 50 Prozent nach wie vor als „offen“ galten.[5]

Um die Krankheit in den Griff zu bekommen, griffen die Alliierten relativ schnell auf die Expertise deutscher Tuberkuloseinstitutionen und ihrer Sachverständigen zurück. Von diesem Privileg profitierte auch Hein, der nach Kriegsende eng mit den britischen Machthabern zusammenarbeitete und dadurch in die Praxis der Tuberkulosebekämpfung fortwährend eingeschaltet blieb. So war Hein in dem 1948 von der britischen Militärregierung veröffentlichten Übersichtsbericht „Tuberculosis in the British Zone of Germany with a Section on Berlin“ als einer der konsultierten Experten aufgeführt.[6] Im Rahmen der Gründungssitzung des Zentralkomitees zur Bekämpfung der Tuberkulose in der Britischen Zone wiederum war Hein mit dem Referat „Arbeitstherapie in der Heilstätte“ vorgesehen, was zeigt, dass der Tönsheider Direktor auch thematisch an seine Arbeiten aus der NS-Zeit anknüpfen konnte.[7]

Der Rückgriff auf Mediziner mit NS-Belastung wurde vereinfacht durch rechtliche Kontinuitäten, die insbesondere auch den Komplex der „Zwangsasylierung“ betrafen. Zwangsasylierungen blieben von Gesetzes wegen nicht nur möglich, sondern sollten nach dem Willen der britischen Militärregierung sogar weiter verschärft werden. Im Zuge einer Besprechung zwischen deutschen Tuberkulosefachleuten und einem britischen Regierungsvertreter im Jahr 1946 forderte dieser aufgrund der bedrohlichen epidemiologischen Entwicklung ein rigoroses Durchgreifen gegenüber den Kranken. Explizit verlangte er, „dass alle Tuberkulösen isoliert werden, da auf andere Weise eine Eindämmung der Krankheit nicht mög-

5 Vgl. Landesversicherungsanstalt Schleswig-Holstein, Bericht über die Verwaltung für die Zeit vom 1. Januar 1945 bis 31. Dezember 1946, S. 29 f., sv:dok, 26/1/23.

6 M. Daniels u. a., Tuberculosis in the British Zone of Germany with a Section on Berlin. Report of an Inquiry made in September-October 1947, London 1948, LASH, Abt. 374, Nr. 393.

7 Tagesordnung für die Gründungssitzung des Arbeitsausschusses Arbeitsvermittlung des Zentralkomitees zur Bekämpfung der Tuberkulose in der Britischen Zone, undatiert, LASH, Abt. 374, Nr. 393.

lich“ sei. Die deutschen Mediziner wiesen den Regierungsvertreter nicht ohne Untertöne darauf hin, „dass nach den bestehenden gesetzlichen Vorschriften eine zwangsweise Isolierung aller Tuberkulöser nicht erfolgen kann, sondern nur die der asozialen“. Auch einen von der Militärregierung vorgesehenen Erlass, demzufolge sämtliche Tuberkulosekranke zwangsweise in Krankenhäusern untergebracht werden sollten, lehnten sie unter Berufung auf rechtsstaatliche Prinzipien ab, „da es sich dann nicht mehr um die Unterbringung in einem Krankenhaus, sondern in einem Gefängnis handeln würde“.[8]

Die paradox anmutende Episode ist insofern erhellend, da sie einerseits symptomatisch für die ungebrochene Akzeptanz von Zwangsmaßnahmen gegenüber Tuberkulosekranken in der Nachkriegszeit steht, die zudem nicht auf NS-Mediziner beschränkt war, andererseits die Diskussion um den „Asozialen“-Begriff implizit aufzeigt, dass die politische Dimension der Krankenverfolgung ein verbrecherisches Alleinstellungsmerkmal der NS-Tuberkulosepolitik darstellte. Tatsächlich wurde im Dezember 1946 in Schleswig-Holstein die 1938 eingeführte Anzeigepflicht auf „alle aktiven Formen der Tuberkulose“ ausgedehnt und damit weiter verschärft.[9] Rechtliche, personelle und auf die Praxis bezogene Kontinuitäten gingen auf dem institutionellen Feld der Tuberkulosebekämpfung insofern Hand in Hand, was die Fortsetzung von belasteten Medizinerkarrieren in der Bundesrepublik freilich stark begünstigte.[10]

Der konkrete Eindruck einer Begünstigung ergibt sich auch mit Blick auf das Entnazifizierungsverfahren Heins, das 1947 mit dessen Einstufung als „Entlasteter“ (Kat. V) endete. Die Entnazifizierungspolitik hat in der historischen Forschung zu Recht erhebliche Kritik erfahren, nachdem der Historiker Lutz Niethammer dafür in den 1970er-Jahren den ab-

8 Anonymer Aktenvermerk „Besprechung bei der Militär-Regierung vom 30.10.1946“, 30.10.1946, LASH, Abt. 374, Nr. 393.

9 Landesverwaltung Schleswig-Holstein an Gesundheitsämter des Landes, 12.12.1946, LASH, Abt. 374, Nr. 393.

10 Wie weit solche ideellen Kontinuitäten reichten, illustriert ein 1996 erschienener Aufsatz des Tuberkuloseforschers Rudolf Ferlinz, der sich darin positiv auf die Verordnung von 1938 bezog, die „erstmals die Zwangseinweisung uneinsichtiger Offentuberkulöser“ „ermöglicht“ habe. Rudolf Ferlinz, Die Tuberkulose in Deutschland und das Deutsche Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose, in: Nikolaus Konietzko (Hg.), 100 Jahre Deutsches Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose (DZK). Der Kampf gegen die Tuberkulose, Frankfurt/Main 1996, S. 9-50, S. 30.

schätzigen Begriff der „Mitläuferfabrik“ geprägt hat.[11] Der Begriff zielt auf das zunehmend erlahmende Interesse der Alliierten an der Verfolgung individueller NS-Belastungen, das 1947 mit der Übertragung der Kompetenzen in der Entnazifizierungspolitik auf die deutschen Behörden auch machtpolitisch seinen Niederschlag fand. Aus persönlichen Bekanntschaften, alten Seilschaften und Netzwerken formierten sich in vielen Regionen „nach-nationalsozialistische Solidargemeinschaften“, wodurch die anfangs von den Alliierten rigoros praktizierte Entnazifizierungspolitik ausgehöhlt wurde und schließlich verwässerte.[12] Dies war auch in der britischen Besatzungszone der Fall: Hatten die Briten anfänglich auf eine rigorose Politik des „automatic arrest“ gesetzt, um insbesondere hochrangiger Parteimitglieder und einflussreicher regionaler Unterstützer des NS-Regimes habhaft zu werden, wurden 1946 erstmals deutsche Entnazifizierungsausschüsse eingerichtet, womit die „Mitläuferfabrik“ quasi in Betrieb gelangte.[13]

Es steht außer Zweifel, dass auch Hein von dieser „politischen Rehabilitierungsmaschine“[14] profitierte, die unter anderem seine Wiedereinsetzung als Privatdozent an der Kieler Universität ermöglichte. Dabei dokumentieren die dazu angelegten Akten, dass Hein im Zuge seines Entnazifizierungsverfahrens von zwei Seiten wegen seiner NS-Tätigkeiten massiv belastet worden war. Zum einen handelte es sich um die Eingabe von Wilhelm Köpke, einem früheren Angestellten des Krankenhauses Tönsheide. Dieser hatte „gegen seine aus politischen Gründen erfolgte Entlassung im Oktober 1945 in einem Schreiben an die Landesversicherungsanstalt [...] protestiert“ und „bei dieser Gelegenheit auf die seiner Meinung nach schwerwiegende Belastung von Dr. H. hingewiesen“, den er „als übelsten Schreier und skrupellosen Nutznießer der NSDAP“ bezeichnete, wie ein Schreiben der Landeskanzlei an den Landesminister Schleswig-Holsteins

11 Lutz Niethammer, Die Mitläuferfabrik. Die Entnazifizierung am Beispiel Bayerns, 2. Aufl., Berlin/Bonn 1982.

12 Vgl. Michael Ruck, Korpsgeist und Staatsbewußtsein. Beamte im deutschen Südwesten 1928 bis 1972, München 1996, S. 234 ff.

13 Zum regionalen Verlauf und Bilanz der Entnazifizierungspolitik siehe Jessica von Seggern, Alte und neue Demokraten in Schleswig-Holstein. Demokratisierung und Neubildung einer politischen Elite auf Kreis- und Landesebene 1945 bis 1950, München 2005, S. 27-50. Siehe generell Norbert Frei, Vergangenheitspolitik. Die Anfänge der Bundesrepublik und die NS-Vergangenheit, München 1996, insbes. Kap. I.

14 Frei, Vergangenheitspolitik, S. 67.

aus dem Jahr 1949 informiert.[15] Die Militärregierung habe die Eingabe indes „sehr eingehend nachgeprüft“ und sei zu dem Ergebnis gekommen, „daß nichts vorliege, was K‘s Behauptung, Dr. H. sei ein begeisterter Nazi, bestätige“. Es gebe andererseits aber deutliche Hinweise darauf, dass Hein, „obwohl er persönlich kein überzeugter Nazi (believer) gewesen sei, er aus egoistischen Gründen als Mitläufer mehr aktiv gewesen sei als die üblichen Mitläufer“, was bereits demonstriert, wie dehnbar die „Mitläufer“-Kategorie geworden war. Mit ähnlichen Vorwürfen wurde Hein nochmals 1947 durch den Zeitschriftenverleger Lehmann belastet, der bei Kriegsende mit seiner Familie als Flüchtling in Tönsheide untergebracht worden war. Eine „nochmalige eingehende Nachprüfung“ habe gleichwohl ergeben, „dass die Beschuldigungen von L. sich als unrichtig herausgestellt haben und H. zu Recht in die Kategorie V“ eingestuft worden war. Andererseits räumte die Landeskanzlei in ihrem Schreiben ein, dass nach den anfänglich in der Entnazifizierung angelegten Standards ein Strafverfahren angezeigt und eine Fortsetzung der Karriere Heins unmöglich gewesen wäre, und brachte dabei den schützenden Einfluss der britischen Militärregierung ins Spiel. Diese habe „von einer Entlassung Dr. H. abgesehen, obwohl schon nach seinen formalen Belastungen nach den damals sonst massgebenden strengen Grundsätzen zumindest die Entlassung, wenn nicht die Internierung zu erwarten gewesen wäre“, wie die Landeskanzlei mit Blick auf andere Fälle feststellte. „Sicherlich hat die Rücksichtnahme auf seine anerkannt wissenschaftlichen und ärztlichen Leistungen eine Rolle gespielt.“ Dies zeigt unmissverständlich, dass Hein aufgrund seiner fachlichen Kompetenzen ein „Persilschein“ ausgestellt worden war.

Für die zuständigen Landesbehörden waren mit der formellen Entlastung indes alle Probleme beseitigt, die einer beruflichen Rehabilitierung und Wiedereinsetzung Heins als außerplanmäßiger Professor an der Kieler Universität entgegenstanden. Die Landeskanzlei gab sich bei der Personalie vielmehr wohlwollend und pragmatisch: „Dr. H. ist in die Gruppe V eingestuft. Diese entnazifizierungsrechtliche Entscheidung bedeutet, dass politische Bedenken gegen seine Person nicht mehr bestehen, er vielmehr entlastet ist. Deshalb kann seine frühere politische Belastung

15 Für dieses und die nachfolgenden Zitate vgl. Schreiben Landeskanzlei an Landesminister, 8.9.1949, LASH, Abt. 47, Nr. 6655.

seiner Ernennung zum apl. Professor nicht entgegenstehen.“ Weil jedoch „bekannt gewesen“ sei, daß „Dr. H. bei manchen in dem Ruf steht, ein aktiver Nazi gewesen zu sein“, wofür „konkrete Beweise“ aus Sicht der Landeskanzlei allerdings nicht vorlagen, sei die Angelegenheit dem Landesminister „persönlich vorgetragen“ worden.[16] Durch die Einschaltung des Ministers und eine erneute Überprüfung der „Belastungsmomente“ verlängerte sich das Verfahren, das im Juli 1950 gleichwohl mit der Wiedereinsetzung Heins endete.[17] Zum offiziellen Abschluss der Entnazifizierung im darauffolgenden Jahr hatte sich in Schleswig-Holstein ein umfassender personeller Rekonstruktionsprozess vollzogen.[18]

In seiner Laudatio zum 75. Geburtstag Heins im Jahre 1976 attestierte der Tuberkuloseforscher Rudolf Ferlinz diesem „die besondere Gabe, Entwicklungstendenzen weit vorausblickend zu erkennen“. Auch hob er dessen Fähigkeit zu einer „das Verständnis der Zeit weit überschreitenden prospektiven Planung“ hervor. Es waren ebendiese Eigenschaften, die dem umtriebigen Tönsheider Krankenhausdirektor im NS-Staat, der stark auf Selbstmobilisierung und dem Prinzip des „Dem-Führer-Entgegenarbeitens“ basierte, eine aufsteigende Karriere ermöglichten.[19] Die institutionelle Entwicklung des Krankenhauses Tönsheide in der NS-Zeit ist von den ambivalenten Aktivitäten seines renommierten Direktors wiederum nicht zu trennen. Dies gilt für die häufiger herausgestellten Glanzseiten dieser Entwicklung, wobei insbesondere strukturelle Reformen aus der Vorkriegszeit anzuführen sind, die Tönsheide als eines der fortschrittlichsten Tuberkulosekrankenhäuser seiner Zeit auswiesen. Dies gilt aber auch für die bislang unterrepräsentierten Schattenseiten dieser Entwicklung ab Kriegsbeginn, als das Krankenhaus, seine Außenstationen und das Personal in die radikale Praxis des nationalsozialistischen Krankenterrors einbezogen wurden.

16 Schreiben Landeskanzlei an Landesminister, 8.9.1949, LASH, Abt. 47, Nr. 6655.

17 Ministerpräsident des Landes Schleswig.-Holstein, Vermerk betr. „Ernennung des Dozenten Dr. Hein zum apl. Professor“, 20.7.1949 [24.7.1950], LASH, Abt. 47, Nr. 6655.

18 Vgl. Ruck, Sonderweg, S. 137 ff.

19 Die Umschreibung geht auf den britischen Historiker Ian Kershaw zurück. Vgl. Rüdiger Hachtmann, Elastisch, dynamisch und von katastrophaler Effizienz – zur Struktur der neuen Staatlichkeit des Nationalsozialismus, in: Sven Reichardt/Wolfgang Seibel (Hg.), Der prekäre Staat. Herrschen und Verwalten im Nationalsozialismus, Frankfurt/Main 2011, S. 29-73, S. 58 f.

Darin zeigt sich abschließend, dass die Vorstellung eines separierten Systems zwischen den „Sonderanstalten“ für „asoziale“ Kranke auf der einen und den „konventionellen“ Heilanstalten der Rentenversicherungsträger auf der anderen Seite überaus problematisch ist. Einer so schematisierten Trennung, die in Fallstudien zu den Sonderanstalten quasi implizit zugrunde gelegt wird, widerspricht bereits, dass zwischen beiden „Systemen“ vielfältige strukturelle, personelle und ideologische Überschneidungen bestanden. Auch wird damit ausgeblendet, wie eng beide Systeme im Rahmen der regionalen Tuberkulosebekämpfung zusammenwirkten. Im Ergebnis wäre die Praxis des Krankenterrors ohne die Bereitschaft von Ärzten und Experten der regionalen Rentenversicherungsträger, an Zwangsmaßnahmen aktiv und bereitwillig mitzuwirken, schlicht nicht umsetzbar gewesen. Zeitgenössische Beschwerdebriefe von Patienten deuten zudem darauf hin, dass die Beteiligung des Fachpersonals an dem Krankenterror mitunter auf weltanschaulichen Motivlagen basierte und von einem verächtlichen Blick auf die vermeintlich „unnützen“ Kranken geprägt war.

Es waren Rentenversicherungsärzte wie Hein, Kruse oder Nagel, LVA-Leiter wie Storck oder Schow, aber auch Angehörige des Heilstättenpersonals wie die für ihre Todeswünsche gegenüber Patienten beschuldigte Oberschwester, die das Funktionieren des NS-Krankenterrors auf der regionalen, lokalen und institutionellen Ebene ermöglichten und gewährleisteten. In dieser Hinsicht war das hier fokussierte Krankenhaus keine Ausnahme, die Bereitschaft zur Mitwirkung des Personals an Zwangsmaßnahmen ist vielmehr auch für andere LVA-Einrichtungen belegt. Inwieweit es in den Tönsheider Anstaltskomplexen in der letzten Kriegsphase zu aktiven Patiententötungen kam, ist anhand der Überlieferung nicht zu belegen, kann im Hinblick auf die politischen und institutionellen Radikalisierungsprozesse sowie auf andere vergleichbare Fälle aber auch nicht vollends ausgeschlossen werden. Dass zumindest Hein dazu bereit war, zum Zwecke übergeordneter Schutz- und Produktionsziele einzelne Kranke oder bestimmte Krankengruppen, die nicht zur „Volksgemeinschaft“ gezählt wurden, abzusondern und in den wahrscheinlichen Tod zu schicken, bezeugen zwei Umstände: Zum ersten sein Vorschlag zur Evakuierung von tuberkulösen Zwangsarbeitern in dem luftkriegsgefährdeten Kieler Krankenhaus, zum zweiten die unter sei-

ner Leitung praktizierten Abschiebungen von „asozialen“ Kranken in Verwahranstalten mit reduzierten Behandlungs- und Versorgungsstrukturen und entsprechend hohen Sterbequoten. Diese Maßnahmen lassen darauf schließen, dass im und vom Krankenhaus Tönsheide aus in der zweiten Kriegshälfte das passive Sterbenlassen von Kranken praktiziert wurde. Dies entsprach der Praxis der „wilden Euthanasie“, für die ein fließender Übergang zwischen dem aktiven Töten und dem Sterbenlassen im Anstaltsalltag kennzeichnend war.[20]

20 Vgl. Ingo Harms, Das Schicksal der ausländischen Patienten in der Heil- und Pflegeanstalt Wehnen während des Nationalsozialismus, in: Katharine Hoffmann/Andreas Lembeck (Hg.), Nationalsozialismus und Zwangsarbeit in der Region Oldenburg, Oldenburg 1999, S. 123-147, S. 130.

V. Bildauswahl

Krankenhaus Tönsheide, Luftaufnahme (um 1940).
Quelle: Deutsche Rentenversicherung Nord.

Der Heidhof, Aufnahme der Arbeitsheilstätte nach Fertigstellung (um 1936).
Quelle: Verwaltungsbericht der LVA Schleswig-Holstein 1936, S. 35; sv:dok, 26/2674.

Porträt Joachim Hein (um 1960).
Quelle: Heinrich Asmus/Werner Hauschildt/Peter Höhne: Die Geschichte des Aukrugs, Aukrug 1995.

Krankenhaus Tönsheide, Postkarte von 1936.
Verlag: Richard Braasch.

VI. Quellen und Literatur

1. Archivbestände

Archiv der Dokumentations- und Forschungsstelle der Sozialversicherungsträger (sv:dok), Bochum

26/1/23	Verwaltungsbericht des Vorstandes der Landesversicherungsanstalt Schleswig-Holstein für die Geschäftsjahre 1945/1946
26/1790	Mitarbeit der LVA Freie und Hansestadt Hamburg bei der Deutschen Forschungsanstalt für Tuberkulose e.V., 1935-1939
26/1794	Schriftwechsel des Leiters der LVA der Hansestädte, Dr. Gottlieb Storck, 1936-1944
26/2667	Untersuchungsbögen von Zwangsarbeitern, Krankenhaus Tönsheide, 1943-1945
26/2668	Bauangelegenheiten Krankenhaus Tönsheide, 1936-1956
26/2678	Personalaufstellung Krankenhaus Tönsheide und Außenstationen [1946]
26/2680	Personalangelegenheiten und Beschaffungsfragen, 1932-1949
26/2683	Hausordnungen, Betriebsordnungen, Arbeitsordnungen LVA-Krankenhaus Mölln
26/2690	Personal- und Gehaltsverzeichnis Krankenhaus Tönsheide 1943

26/2691	Personal- und Gehaltsverzeichnis Krankenhaus Tönsheide 1944
26/2692	Personal- und Gehaltsverzeichnis Krankenhaus Tönsheide 1945

Landesarchiv Schleswig-Holstein, Schleswig

Abt. 47, Nr. 6655	Personalakte Dr. Joachim Hein
Abt. 374, Nr. 622	Bewerbung von Ärzten um Einstellung im Krankenhaus Tönsheide, 1934-1935
Abt. 374, Nr. 649	Beschwerden von Pfleglingen über das Krankenhaus Tönsheide, 1931-1948
Abt. 374, Nr. 662	Durchführung der Nachfürsorge bei Lungenkranken nach klinischem Abschluß des Heilverfahrens im Krankenhaus Tönsheide
Abt. 374, Nr. 679	Nutzung des Tuberkulosekrankenhauses Tönsheide als Reservelazarett der Wehrmacht
Abt. 374, Nr. 691	Dienstordnung für das Krankenhaus Tönsheide, 1931-1948
Abt. 374, Nr. 704	Verpflegung und Verpflegungssätze in Tuberkuloseheilstätten
Abt. 374, Nr. 720	Maßnahmen zur Durchführung der Arbeitsbehandlung Tuberkulosekranker im Krankenhaus Tönsheide
Abt. 374, Nr. 724	Belegung des Krankenhauses mit Tuberkulosekranken

Abt. 374, Nr. 726	Einstellung und Entlassung von Ärzten im Krankenhaus Tönsheide, 1934-1945
Abt. 374, Nr. 778	Reichstuberkulose-Ausschuss (Rundschreiben, Stellungnahmen und Berichte)
Abt. 374, Nr. 2074	Personalakte Dr. Hugo Dommasch
Abt. 611, Nr. 393	Tuberkulosebehandlung
Abt. 786, Nr. 2579	Staatsanwaltschaft Kiel, Ermittlungsverfahren Joachim Hein

2. Gedruckte Quellen und zeitgenössische Literatur

Aschenbrenner, Alfred: Die Wirkung der Zwangsasylierung auf asoziale Offentuberkulöse. Ein Bericht über 100 Katamnesen von entlassenen Zwangsasylierten, in: Beiträge zur Klinik der Tuberkulose Bd. 94 (1940), S. 635-641.

Berichte über die Verwaltung der Landesversicherungsanstalt Schleswig-Holstein, diverse Jahrgänge.

Daniels, M. u. a.: Tuberculosis in the British Zone of Germany with a Section on Berlin. Report of an Inquiry made in September-October 1947, London 1948.

Dorn, Erwin: Aufgaben und Ziele der Arbeitsbehandlung und ihre Durchführungsmöglichkeit unter Berücksichtigung zu erwartender Sondergesetze für den Tuberkulösen, in: Beiträge zur Klinik der Tuberkulose Bd. 89 (1937), S. 768-774.

Hein, Joachim: Aufgaben und Ziele der Arbeitsbehandlung und ihre Durchführungsmöglichkeit unter Berücksichtigung zu erwartender Sondergesetze für den Tuberkulösen, in: Beiträge zur Klinik der Tuberkulose, Bd. 89 (1937), S. 774-792.

Hein, Joachim/Wilhelm Kremer/Walter Schmidt: Kollapstherapie der Lungentuberkulose, Leipzig 1938.

Heisig, Franz: Erfahrungen mit der Zwangsisolierungsstation in Stadtroda i. Thür., in: Beiträge zur Klinik der Tuberkulose, Bd. 86 (1935), S. 454-468.

Kayser-Petersen, Julius Emil: Zur Vereinheitlichung der Tuberkulosebekämpfung, in: Beiträge zur Klinik der Tuberkulose, Bd. 97 (1941), S. 1-3.

Ritter, Johannes: Diskussionsbeitrag zum Referat von Franz Heisig in: Beiträge zur Klinik der Tuberkulose, Bd. 86 (1935), S. 466.

3. Literaturverzeichnis und Auswahlbibliographie

Aly, Götz: Die Belasteten: „Euthanasie“ 1939-1945. Eine Gesellschaftsgeschichte, Bonn 2013.

Aly, Götz: Tuberkulose und „Euthanasie“, in: Jürgen Pfeifer (Hg.), Menschenverachtung und Opportunismus. Zur Medizin im Dritten Reich, Tübingen 1992, S. 131–156.

Aly, Götz: Krankheitsverdächtige und Bazillenausscheider. Tuberkulose und „Euthanasie“, in: Vorgänge 26 (1987), S. 62-72.

Aly, Götz: Medizin gegen Unbrauchbare, in: ders. u. a. (Hg.), Aussonderung und Tod. Die klinische Hinrichtung der Unbrauchbaren (Beiträge zur nationalsozialistischen Gesundheits- und Sozialpolitik, Bd. 1), Berlin 1985, S. 9-74.

Anonym, Art. Professor Dr. med. Joachim Hein, in: Heinrich Asmus/Werner Hauschildt/Peter Höhne, Die Geschichte Aukrugs, Aukrug 1995, S. 244 f.

Ayaß, Wolfgang: „Demnach ist zum Beispiel asozial...“. Zur Sprache sozialer Ausgrenzung im Nationalsozialismus, in: Nicole Kramer/Armin Nolzen (Hg.), Ungleichheiten im „Dritten Reich“. Semantiken, Praktiken, Erfahrungen, Göttingen 2012 , S. 69-89.

Ayaß, Wolfgang: „Asoziale“ im Nationalsozialismus, Stuttgart 1995.

Berger, Nils: Der Einsatz von „Fremdarbeitern“ in der Krankenversorgung, in: Danker u. a. (Hg.), Rückverschickung, S. 300-315.

Bernhard, Patrick: Der Tod und die Rente. Tuberkulosebekämpfung und Sozialversicherung im Nationalsozialismus, in: Loddenkemper/Konietzko/Seehausen (Hg.), Lungenheilkunde, S. 128-142.

Bernhard, Patrick: In the Shadow of „Euthanasia“. A New Study on the Murder of Tuberculosis Patients during National Socialism, in: German History (im Erscheinen).

Blasius, Dirk: Die Tuberkulose im Dritten Reich, in: Nikolaus Konietzko (Hg.), Der Kampf gegen die Tuberkulose. 100 Jahre Deutsches Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose (DZK), Frankfurt/Main 1996, S. 77-85.

Blasius, Dirk: „Einfache Seelenstörung“. Geschichte der deutschen Psychiatrie 1800-1945, Frankfurt/Main 1994.

Bruns, Florian/Nikolaus Konietzko: Medizin und Gesundheitswesen im Nationalsozialismus – eine Einführung, in: Loddenkemper/Konietzko/Seehausen (Hg.), Lungenheilkunde, S. 36-47.

Danker, Uwe/Annette Grewe/Nils Köhler/Sebastian Lehmann (Hg.): „Wir empfehlen Rückverschickung, da sich der Arbeitseinsatz nicht lohnt". Zwangsarbeit und Krankheit in Schleswig-Holstein 1939-1945, Bielefeld 2001.

Eckart, Wolfgang U.: Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin, 7. völlig neu bearbeitete Auflage, Berlin/Heidelberg 2013.

Ellerbrock, Dagmar: „Healing Democracy" – Demokratie als Heilmittel. Gesundheit, Krankheit und Politik in der amerikanischen Besatzungszone 1945-1949, Bonn 2004.

Elling-Ruhwinkel, Elisabeth: Sichern und Strafen. Das Arbeitshaus Benninghausen (1871-1945), Paderborn 2005.

Ferlinz, Rudolf: Die Tuberkulose in Deutschland und das Deutsche Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose, in: Nikolaus Konietzko (Hg.), 100 Jahre Deutsches Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose (DZK). Der Kampf gegen die Tuberkulose, Frankfurt/Main 1996, S. 9-50.

Ferlinz, Rudolf: Herrn Prof. Hein zum 75. Geburtstag, in: Praxis der Pneumologie 30 (1976), H. 5, S. 269-271.

Fleßner, Alfred: Die Volkskrankheit. Tuberkulosebekämpfung in der NS- und in der Besatzungszeit im Bezirk Oldenburg-Bremen, Bielefeld 2017.

Fleßner, Alfred: Tuberkulose und Krankenmord in Oldenburg, in: ders. u. a. (Hg.), Forschungen zur Medizin im Nationalsozialismus. Vorgeschichte – Verbrechen – Nachwirkungen, Göttingen 2014, S. 45-58.

Frei, Norbert: Vergangenheitspolitik. Die Anfänge der Bundesrepublik und die NS-Vergangenheit, München 1996.

Goschler, Constantin: Schuld und Schulden. Die Politik der Wiedergutmachung für NS-Verfolgte seit 1945, Göttingen 2005.

Grewe, Annette: Ärzte in der Verantwortung: Zwangsarbeit und Krankheit in Schleswig-Holstein, in: Andreas Frewer/Günther Siedbürger (Hg.), Medizin und Zwangsarbeit im Nationalsozialismus. Einsatz und Behandlung von „Ausländern" im Gesundheitswesen, Frankfurt/Main 2004, S. 29-66.

Grewe, Annette: Krankheit als Alltag und Schicksal. Die medizinische Versorgung Zwangsarbeitender in Schleswig-Holstein, in: Danker u. a. (Hg.), Rückverschickung, S. 43-92.

Hachtmann, Rüdiger: Elastisch, dynamisch und von katastrophaler Effizienz – zur Struktur der neuen Staatlichkeit des Nationalsozialismus,

in: Sven Reichardt/Wolfgang Seibel (Hg.), Der prekäre Staat. Herrschen und Verwalten im Nationalsozialismus, Frankfurt/Main 2011, S. 29-73.

Harms, Ingo: Medizinische Verbrechen und die Entnazifizierung der Ärzte im Land Oldenburg, in: Alfred Fleßner (Hg.), Forschungen zur Medizin im Nationalsozialismus: Vorgeschichte, Verbrechen, Nachwirkungen, Göttingen 2014, S. 78-111.

Harms, Ingo: Das Schicksal der ausländischen Patienten in der Heil- und Pflegeanstalt Wehnen während des Nationalsozialismus, in: Katharine Hoffmann/Andreas Lembeck (Hg.), Nationalsozialismus und Zwangsarbeit in der Region Oldenburg, Oldenburg 1999, S. 123-147.

Harms, Ingo: „Aktion Brandt" und die Asylierung Tuberkulöser. Die Räumung der Bewahr- und Pflegeanstalt Blankenburg und der Umbau zum „Sonderkrankenhaus Aktion Brandt", in: Matthias Haman/Hans Asbek (Hg.), Halbierte Vernunft und totale Medizin. Zur Grundlage, Realgeschichte und Fortwirkung der Psychiatrie im Nationalsozialismus, Berlin 1997, S. 149-178.

Harms, Ingo: „Wat mööt wi hier smachten...". Hungertod und „Euthanasie" in der Heil- und Pflegeanstalt Wehnen im „Dritten Reich", Osnabrück 1996.

Harwardt, Darius/Marc von Miquel: Die Wiedergutmachung in der Sozialversicherung, in: Justizministerium des Landes NRW (Hg.), Sozialgerichtsbarkeit und NS-Vergangenheit. Karrierewege, Konflikte, Rechtsprechung am Beispiel Nordrhein-Westfalens, Geldern 2016, S. 211-229.

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

Hähner-Rombach, Sylvelyn: Von der Aufklärung zur Ausgrenzung. Folgen der bakteriologischen Krankheitserklärung am Beispiel der Tuberkulose, in: Susanne Roeßiger/Heidrun Merk (Hg.), Hauptsache gesund! Gesundheitsaufklärung zwischen Disziplinierung und Emanzipation.. Eine Publikation des Deutschen Hygiene Museums, Dresden, und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln 1998, S. 59-76.

Häuser, Marita: „Nicht auf den Boden spucken". Geschichte der Tuberkulose in Schleswig-Holstein (hrsg. v. Schleswig-Holsteinische Gesellschaft zur Verhütung und Bekämpfung der Tuberkulose und der Lungenkrankheiten e. V.), Lübeck 2003.

Herbert, Ulrich: Fremdarbeiter. Politik und Praxis des „Ausländer-Einsatzes“ in der Kriegswirtschaft des Dritten Reiches, 3. Aufl., Bonn 1999 [1985].

Hommel, Gabriele/Marc von Miquel (Hg.): Die vergessene Krankheit. Tuberkulose gestern und heute, Bochum 2010.

Hommel, Gabriele: Wege und Irrwege – Tuberkulosebekämpfung im Rheinland, in: Hommel/Miquel (Hg.), Die vergessene Krankheit, S. 12-43.

Höfler-Waag, Martin: Die Arbeits- und Leistungsmedizin im Nationalsozialismus von 1939-1945, Husum 1994.

Jakobczyk, Mandy: Das Tuberkuloseproblem bei Zwangsarbeitern in Schleswig-Holstein, in: Danker u. a. (Hg.), Rückverschickung, S. 243-272.

John, Jürgen/Rüdiger Stutz: Die Jenaer Universität 1918-1945, in: Senatskommission zur Aufarbeitung der Jenaer Universitätsgeschichte im 20. Jahrhundert (Hg.), Traditionen – Brüche – Wandlungen. Die Universität Jena 1850-1995, Köln u. a. 2009, S. 270-587.

Jütte, Robert (Hg.): Medizin und Nationalsozialismus. Bilanz und Perspektiven der Forschung, Göttingen 2011.

Jüttemann, Andreas: Die preußischen Lungenheilstätten 1863-1934 (unter besonderer Berücksichtigung der Regionen Brandenburg, Harz und Riesengebirge), Diss. FU Berlin 2015, S. 201-203. URL: https://refubium.fu-berlin.de/bitstream/handle/fub188/3767/diss_a.juettemann.pdf?sequence=1 [letzter Abruf am 28.5.2019].

Keller, Rolf: Sowjetische Kriegsgefangene im Deutschen Reich 1941/42. Behandlung und Arbeitseinsatz zwischen Vernichtungspolitik und kriegswirtschaftlichen Zwängen, Göttingen 2011.

Klimo, Alexander: Im Dienste des Arbeitseinsatzes. Rentenversicherungspolitik im „Dritten Reich“, Göttingen 2018.

Knödler, Ulrich: Von der Reform zum Raubbau. Arbeitsmedizin, Leistungsmedizin, Kontrollmedizin, in: Norbert Frei (Hg.), Medizin und Gesundheitspolitik in der NS-Zeit, München 1991, S. 113-136.

Konietzko, Nikolaus: Versorgungsstrukturen im Kampf gegen die Tuberkulose – vom Kaiserreich bis zum „Dritten Reich“, in: Loddenkemper/Konietzko/Seehausen (Hg.), Lungenheilkunde, S. 100-113.

Konietzko, Nikolaus: Forschungsstand in der Lungenheilkunde, in: Loddenkemper/Konietzko/Seehausen (Hg.), Lungenheilkunde, S. 58-67.

Konietzko, Nikolaus (Hg.): Der Kampf gegen die Tuberkulose. 100 Jahre Deutsches Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose (DZK), Frankfurt/Main 1996.

Köhler, Nils/Sebastian Lehmann: Lager, Ausländerunterkünfte und Kriegsgefangenenkommandos in Schleswig-Holstein, URL: http://vimu.info/files/animation/14_8_mm_lagerliste/Infos/Lagerliste.pdf [letzter Abruf am 24.7.2019].

Ley, Astrid: Ausgegrenzt – vernachlässigt – ermordet. TB-Kranke im Nationalsozialismus, in: Loddenkemper/Konietzko/Seehausen (Hg.), Lungenheilkunde, S. 152-179.

Lindner, Ulrike: Gesundheitspolitik in der Nachkriegszeit. Großbritannien und die Bundesrepublik Deutschland im Vergleich, München 2004.

Loddenkemper, Robert/Nikolaus Konietzko/Vera Seehausen (Hg.): Die Lungenheilkunde im Nationalsozialismus, Berlin 2018.

Loddenkemper, Robert/Vera Seehausen: Strukturelle, ideologische, personelle Vorläufer und Wegbereiter der Pneumologie, in: Loddenkemper/Konietzko/Seehausen (Hg.), Lungenheilkunde, S. 12-33.

Lohalm, Uwe: Völkische Wohlfahrtsdiktatur. Öffentliche Wohlfahrtspolitik im nationalsozialistischen Hamburg, München/Hamburg 2010.

Masuhr, Karl Friedrich/Götz Aly: Der diagnostische Blick des Gerhard Kloos, in: Götz Aly u. a., Reform und Gewissen. „Euthanasie“ im Dienste des Fortschritts (Beiträge zur nationalsozialistischen Gesundheits- und Sozialpolitik, Bd. 2), Berlin 1985, S. 81-106.

Niethammer, Lutz: Die Mitläuferfabrik. Die Entnazifizierung am Beispiel Bayerns, 2. Aufl., Berlin/Bonn 1982.

Ruck, Michael: Auf dem „Sonderweg“? Personelle Rekonstruktion und Modernisierung der Verwaltungen in Schleswig-Holstein bis zum „Ende der Nachkriegszeit“, in: Demokratische Geschichte 19 (2008), S. 131-143.

Ruck, Michael: Korpsgeist und Staatsbewußtsein. Beamte im deutschen Südwesten 1928 bis 1972, München 1996.

Sachße, Christoph/Florian Tennstedt: Der Wohlfahrtsstaat im Nationalsozialismus, Stuttgart u. a. 1992.

Schröder, Tatjana: Die Geschichte der Landesversicherungsanstalt Schleswig-Holstein, in: Landesversicherungsanstalt Schleswig-Holstein (Hg.), 100 Jahre Landesversicherungsanstalt Schleswig-Holstein, Bd. I, Lübeck 1990, S. 9-178.

Seggern, Jessica von: Alte und neue Demokraten in Schleswig-Holstein. Demokratisierung und Neubildung einer politischen Elite auf Kreis- und Landesebene 1945 bis 1950, München 2005.

Stecher, Werner: Zur Geschichte der Fachklinik Aukrug – zugleich ein Beitrag zum Sieg über die Tuberkulose, in: Landesversicherungsanstalt Schleswig-Holstein (Hg.), 100 Jahre Landesversicherungsanstalt Schleswig-Holstein, Bd. III: Die Verwaltungsgebäude in Kiel und Lübeck, die Entwicklung des Klinikwesens, die einzelnen Kliniken, Lübeck 1990, S. 209-248.

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

Süß, Winfried/Patrick Bernhard, Abschlussbericht zum Forschungsprojekt „Ermordung und pflegerische Vernachlässigung von Tuberkulose-Patienten in den Kliniken der gesetzlichen Rentenversicherung im Nationalsozialismus", 30.1.2018, URL: https://www.fna-rv.de/subsites/FNA/de/Inhalt/97_Allgemeines/Downloads/FNA/Projektberichte/Projektbericht_2014-09.html [letzter Abruf am 2.7.2019].

Teschner, Martin: Geschichte der Tuberkulose, in: Nikolaus Konietzko/Robert Loddenkemper (Hg.), Tuberkulose, Stuttgart/New York 1999, S. 1-23.

Vossen, Johannes: Gesundheitsämter im Nationalsozialismus. Rassenhygiene und offene Gesundheitsfürsorge in Westfalen 1900-1950, Essen 2001.

Wanitschke, Matthias: Archivierter Mord. Der SED-Staat und die NS-„Euthanasie"-Verbrechen in Stadtroda, Erfurt 2005.

Weindling, Paul: „Mustergau" Thüringen. Rassenhygiene zwischen Ideologie und Machtpolitik, in: Norbert Frei (Hg.), Medizin- und Gesundheitspolitik in der NS-Zeit, München 1991, S. 81-97.

Wolters, Christine: „Gesellschaftsunwürdige Volksgenossen". Psychiatrisierung von Tuberkulosekranken im Nationalsozialismus und in der Nachkriegszeit, in: dies. (Hg.), Abweichung und Normalität. Psychiatrie in Deutschland vom Kaiserreich bis zur Deutschen Einheit, Bielefeld 2013, S. 243-278.