

Der Tod und die Rente: Tuberkulosebekämpfung und Sozialversicherung im Nationalsozialismus¹

Patrick Bernhard

Zusammenfassung

Historisch betrachtet ist die Rentenversicherung einer der wichtigsten institutionellen Akteure des deutschen Sozialsystems im Kampf gegen die Volkskrankheit Tuberkulose, die noch zu Beginn des 20. Jahrhunderts die Statistik der Todesursachen anführte. Wie der Beitrag auf der Basis umfangreicher Archiv-recherchen zeigt, blieb die Rentenversicherung auch nach der nationalsozialistischen Machteroberung strukturell in erheblichem Maß in die öffentliche Gesundheitspolitik eingebunden und arbeitete eng mit den für die Tuberkulosebekämpfung zuständigen Stellen von Staat und NSDAP zusammen. Das geschah jedoch nicht ausschließlich, weil die nationalsozialistische Diktatur Druck auf die Rentenversicherung ausübte, wie nach 1945 in apologetischer Absicht zu lesen war. Neben Zwang spielten noch andere Faktoren eine entscheidende Rolle: starke institutionelle Kontinuitäten und ein spezifisches Traditionsverständnis innerhalb der Rentenversicherung, ideologische Schnittmengen im Denken von NS-Gesundheitspolitikern und leitenden Mitarbeitern der Rentenversicherung sowie Eigeninteressen von Heilanstalten, die das nationalsozialistische Zwangssystem für Tuberkulosekranke nutzten, um sich unbequemer Tuberkulosepatienten zu entledigen. Im Extremfall bedeutete das die eigenständige Ermordung von Patienten durch Ärzte der Rentenversicherung.

Abstract: Death and Social Security: The German State Pension System and Anti-Tuberculosis Battles under National Socialism

Seen in historical context, the state pension system was among the most important institutional actors in the German social system in the fight against the widespread public health crisis of tuberculosis, which remained a major statis-

¹ Dieser Text ist zuerst erschienen im Sammelband „Die Lungenheilkunde im Nationalsozialismus“, herausgegeben von Robert Loddenkemper, Nikolaus Konietzko und Vera Seehausen (2018, Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V., Berlin). Der Wiederabdruck erfolgt mit freundlicher Genehmigung der Herausgeber und des Verlags.

tical cause of death at the beginning of the 20th century. Based on extensive archive research, this paper demonstrates that to a significant extent, the pension system remained structurally embedded in public health policy after the National Socialist seizure of power, working hand in hand with the NSDAP and the government agencies responsible for combating tuberculosis. Their close cooperation was not merely the result of pressure exerted by the Nazi dictatorship on pension insurance, as one reads in post-1945 apologetic texts. Alongside coercion, other factors played a critical role, including major institutional continuities and a specific understanding of tradition within the pension insurance system, ideological overlap between the thinking of National Socialist health policy-makers and leading state pension officials, and the self-interest of sanatoria, which used the coercive National Socialist system for tuberculosis patients to rid themselves of undesirable tuberculosis patients. In extreme cases, this meant the deliberate murder of patients by pension system doctors.

Historisch betrachtet ist die Rentenversicherung einer der wichtigsten institutionellen Akteure des deutschen Sozialsystems im Kampf gegen die Volkskrankheit Tuberkulose, die noch zu Beginn des 20. Jahrhunderts die Statistik der Todesursachen anführte. Da es sich um eine chronische Krankheit handelte und TB-Patienten meist über längere Zeit erwerbsunfähig wurden, übernahmen die jeweiligen Landesversicherungsanstalten (LVA) als Träger der gesetzlichen Rentenversicherung für Arbeiter seit Ende des 19. Jahrhunderts die Kosten für die stationäre Behandlung von TB-Kranken in Lungenheilstätten (*Lindner* 2004, S. 139–141). Dort setzte man therapeutisch neben chirurgischen Eingriffen vor allem auf gute Ernährung, körperliche Schonung, ein hygienisches Umfeld und viel frische Luft. Ziel der Rentenversicherung war es, durch solche Maßnahmen die Arbeitsfähigkeit der Patienten wiederherzustellen und auf diese Weise weitere Rentenzahlungen zu verhindern. Bald unterhielten die 30 bestehenden Landesversicherungsanstalten die Hälfte aller Lungenheilstätten und unterstützten die anderen Anstalten zu einem großen Teil finanziell. Das waren Mitte der 1920er Jahre etwa 500 Anstalten mit zusammen 43.000 Planbetten. Darüber hinaus beteiligten sich die Landesversicherungsanstalten an den TB-Fürsorgestellen, um Kranke ambulant und damit kostengünstig zu betreuen. Mitfinanziert, beraten und kontrolliert von der Rentenversicherung, erteilten die Fürsorgestellen u. a. Informationen über Hygienemaßnahmen und gewährten materielle Unterstützungen etwa in Form von Mietzuschüssen zur Verbesserung problematischer Wohnsituationen, die vor allem bei wirtschaftlich schwachen Familien erheblich zur Ausbreitung der Krankheit beitrugen.

Auch nach der nationalsozialistischen Machteroberung blieb die Rentenversicherung strukturell in erheblichem Maß in die Gesundheitspolitik des „Dritten Reichs“ eingebunden und arbeitete eng mit den für die TB-Bekämpfung zustän-

digen Stellen von Staat und Partei zusammen. Das geschah jedoch nicht ausschließlich, weil die nationalsozialistische Diktatur Druck auf die Rentenversicherung ausübte, wie nach 1945 in apologetischer Absicht zu lesen war. Neben Zwang spielten noch andere Faktoren eine entscheidende Rolle: institutionelle Kontinuitäten, ideologische Schnittmengen im Denken von NS-Gesundheitspolitikern und leitenden Mitarbeitern der Rentenversicherung sowie Eigeninteressen von Heilanstalten, die das nationalsozialistische Zwangssystem nutzten, um sich unbequemer TB-Patienten zu entledigen.

1. Konflikt: die nationalsozialistischen Pläne einer Einheitshilfe für TB-krankte „Volksgenossen“

Konflikte zwischen neuem Regime und Rentenversicherung resultierten primär aus zwei Faktoren: den personellen Säuberungen, denen missliebige Arbeitnehmervertreter aus den Selbstverwaltungsgremien zum Opfer fielen, und der Stellung der Rentenversicherung im Gefüge der TB-Bekämpfung, insbesondere in Fragen der Kostenübernahme bei sozialversicherten und nichtversicherten TB-Kranken. Auf freiwilliger Basis übernahm die Rentenversicherung für versicherte Patienten sowie für deren Witwen und Kinder die Kosten für die teils mehrmonatigen Heilverfahren in Sanatorien. Das geschah allerdings nur im Falle einer günstigen Prognose, d. h. wenn zu erwarten war, dass die Arbeitsfähigkeit wiederhergestellt werden würde². Nichtversicherte Kranke waren dagegen auf die TB-Fürsorge der öffentlichen Wohlfahrt und privater Fürsorgevereine angewiesen.

Zwar wurde das Versicherungsprinzip teilweise aufgeweicht und Zuschüsse von Landesversicherungsanstalten wurden an die ambulanten Fürsorgestellen gezahlt³. Letztlich waren das jedoch freiwillige Sonderleistungen, die je nach Kassenlage in den einzelnen Landesversicherungsanstalten regional sehr unterschiedlich ausfielen und zudem die prinzipielle Trennung zwischen Versicherung und Fürsorge eher festschrieben als sie aufzulösen.

Angeichts der sehr hohen Aufwendungen im Bereich der TB-Bekämpfung glaubten die Träger der Rentenversicherung, nur in begrenzten Fällen die öffentliche Fürsorge finanziell unterstützen zu können. Auch Versicherte selbst stemmten sich gegen eine allzu starke Nivellierung der Leistungen. Einige zeigten massive Vorbehalte gegenüber großen Patientensälen und äußerten sich zudem abfällig über die dort untergebrachten nichtversicherten Mitpatienten, die ihre Behandlung nicht durch Beitragszahlungen selbst erarbeiteten, sondern

² Reichsversicherungsordnung (RVO) vom 19.07.1911. In: Reichsgesetzblatt 1911, 42 (Nr. 3921), S. 509–860.

³ Grundsätze der LVA Brandenburg für die Übernahme des Heilverfahrens. o.D. (1930), Brandenburgisches Landeshauptarchiv, Rep. 55, VII b, 194.

„lediglich“ staatliche Hilfen erhalten würden⁴. Kritiker bemängelten schon im Kaiserreich den Klassencharakter des deutschen Gesundheitswesens: Die „Klassenfürsorge“ zerstöre letztlich eine „einheitliche Bekämpfung“ der Tuberkulose (Pütter 1913, S. 4).

Nationalsozialistischen Gesundheitspolitikern war diese Trennung ebenfalls ein Dorn im Auge. Das Regime handelte entsprechend und baute die TB-Fürsorge für Nichtversicherte aus. Die eigenständige Tuberkulosehilfe des partei eigenen Wohlfahrtsverbandes NSV trat in Konkurrenz zu den bereits etablierten Einrichtungen und sollte eine dominierende Position innerhalb der gesamten TB-Bekämpfung einnehmen (Süß 2003, S. 59; Miquel 2015). Letztlich erwiesen sich aber bis Kriegsbeginn 1939 die traditionellen Akteure der Gesundheitspolitik als zu übermächtig. Über verschiedene Maßnahmen konnten Landesversicherungsanstalten ihre Position sogar noch einmal stärken (Hansen 1991, S. 75–105). Das Ergebnis war, dass, wie schon in der Weimarer Republik, wieder 85 % aller TB-Behandlungen von den Landesversicherungsanstalten erfasst wurden und nur 15 % von der kommunalen Fürsorge, einschließlich der NSV (Hansen 1991, S. 294).

Nach Beginn des Krieges 1939 gerieten die Rententräger allerdings unter erheblichen Druck. Vor dem Hintergrund steigender TB-Fälle rief das NS-Regime zum „Großkampf gegen die Volksseuche“ auf⁵ und etablierte die Reichstuberkulosehilfe der NSV für nichtversicherte TB-Patienten und das sogenannte Tuberkuloseversorgungswerk der Rentenversicherung für versicherte Patienten als ein Zwei-Säulen-System. Verbunden war damit eine beträchtliche Leistungsausweitung auf Kosten der Rentenversicherung, die nun die wirtschaftliche Versorgung für alle an Tuberkulose Erkrankten und deren Familien sicherzustellen hatte⁶. Die finanziellen Auswirkungen waren gravierend, wie man in der Führungsetage der Rentenversicherer vermerkte. Offenbar um den staatlichen Druck zu kompensieren, betonte der Präsident des Spitzenverbandes der Rentenversicherungsträger, Martin Moebius (geb. 1888), in seinen Rundschreiben, dass die Neuerungen aus freien Stücken unternommen worden seien⁷.

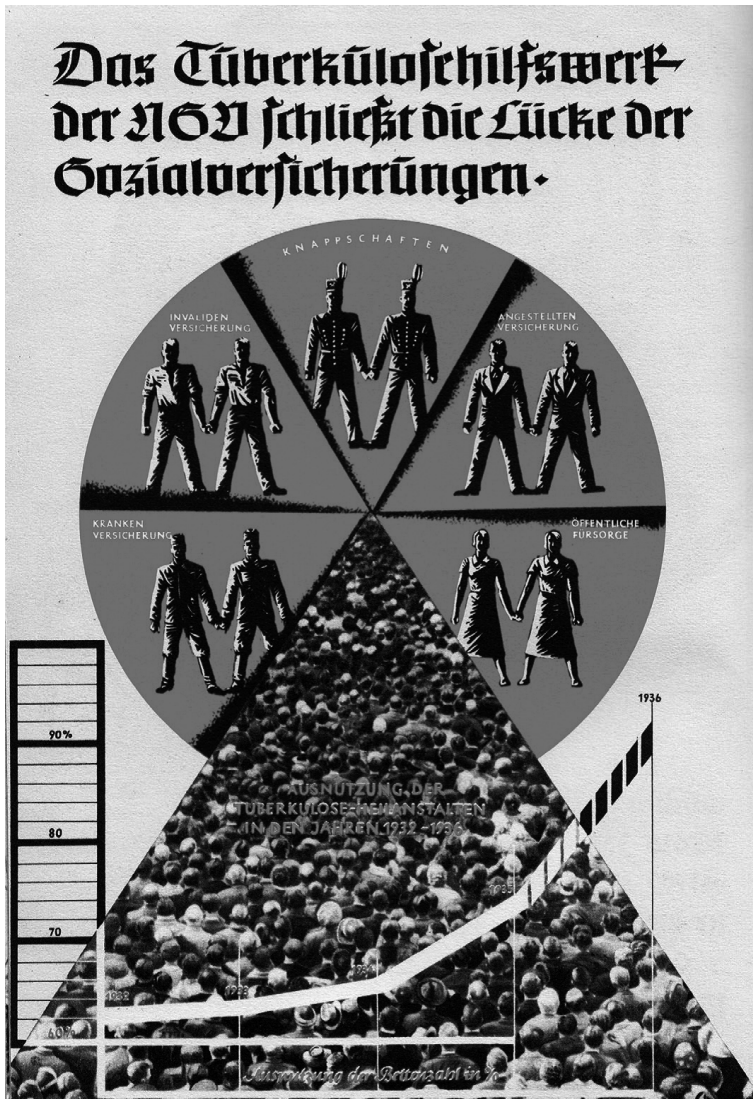
Ungeachtet ihrer Bemühungen sahen sich die Rententräger gleichzeitig wachsender Kritik ausgesetzt. Den wohl massivsten Angriff auf das Selbstverständnis der Rentenversicherung startete Julius Emil Kayser-Petersen (1886–1954) als

⁴ Sitzung der Arbeitsgruppe „Planwirtschaft im Anstaltswesen“ am 2.9.1941, BArch, R 96-II/7, Bl. 78.

⁵ Deutschland im Kampf 1944 (113/116), S. 147.

⁶ Ministerialblatt des Reichs- und Preußischen Ministeriums des Inneren 1944 (Nr. 31), S. 744.

⁷ SHLA, Abt. 374, 779, Bl. 17, Bl. 48.



Quelle: Bildarchiv IGM Heidelberg.

Abbildung: „Das Tuberkulosehilfswerk der NSV schließt die Lücke der Sozialversicherungen.“ (aus: Eckart 2012, S. 242). Das Bild zeigt im unteren Abschnitt die „Ausnutzung der Tuberkulose-Heilanstalten in den Jahren 1932 – 1936“ mit einer Steigerung von rund 60 % auf über 90 %. Im oberen Bildabschnitt sind als Sozialversicherungen kreisförmig angeordnet die Knappschaften, Angestelltenversicherung, öffentliche Fürsorge, Krankenversicherung und Invalidenversicherung. Das fehlende Sechstel ist das Tuberkulosehilfswerk.

Tuberkulosereferent im Reichsinnenministerium und Generalsekretär des Reichs-Tuberkulose-Ausschusses (RTA). Der maßgebliche Mitgestalter deutscher Tuberkulosepolitik veröffentlichte im März 1943 einen kritischen Aufsatz in „Der Öffentliche Gesundheitsdienst“ (Kayser-Petersen 1943, S. 89–93), in dem er – ganz im Sinne des NS-Regimes – stark unterschied zwischen dem vermeintlich an Besitzständen orientierten Klassendenken der Versicherer auf der einen und der angeblich modernen, auf die Gesundheit der „Volksgemeinschaft“ zielenden nationalsozialistischen Gesundheitspolitik auf der anderen Seite. Für die Landesversicherungsanstalten mit ihrer „versicherungstechnischen Sichtweise“ stehe letztlich nur die Erwerbsfähigkeit des einzelnen Erkrankten im Vordergrund. Sie gewährten Heilstättenkuren nur dann, wenn die Invalidität des Patienten mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit vermieden werden könne. Eine zukunftsweisende Gesundheitsfürsorge ziele dagegen auf eine „totale Tuberkulosebekämpfung“, d. h. die rigorose Beseitigung der Infektionsherde.

Dahinter hätten andere, auch wirtschaftliche Überlegungen zurückzustehen. Der Versuch Kayser-Petersens, die Rentenversicherungsträger als egoistische Kapitalisten abzustempeln, verstand deren Führungsetage als starken Affront. Moebius unterstellte Kayser-Petersen, von den Strukturen und Arbeitsweisen der TB-Bekämpfung letztlich keine Ahnung zu haben⁸, und schaltete Reichsgesundheitsführer Leonardo Conti ein, der Kayser-Petersen um Stellungnahme bat. Dieser blieb jedoch bei seiner Meinung, dass die Sozialversicherung mit ihren „alten“ Ansätzen letztlich Teil des Tuberkuloseproblems und nicht dessen Lösung sei⁹.

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

2. Die starken Bande des Wohlfahrtsstaates: strukturelle Kontinuitäten

Tatsächlich war das Verhältnis zwischen Rentenversicherung und NS-Staat nicht ausschließlich konfliktgeladen. Es war auch gekennzeichnet durch etwas, das sich am besten als strukturelle Kontinuität unter veränderten politischen Rahmenbedingungen umschreiben lässt. Die Arbeit in der TB-Bekämpfung prägte bei Ärzten und Pflegekräften bestimmte Handlungsroutinen und Perspektiven auf Krankheit und Kranke aus, die auch über das Jahr 1933 hinaus

⁸ SHLA, Abt. 374, 779, Bl. 34.

⁹ BArch, R 96-II, 20.

bestehen blieben, und zwar ungeachtet der Tatsache, dass sich allgemeine Zielsetzung und Methoden der Tuberkulosepolitik im Gefolge der nationalsozialistischen Machtübernahme teils veränderten. Das heißt, diese Menschen blieben eingebunden in ein ihnen bekanntes System und engagierten sich auch weiterhin in diesem.

Dies zeigt sich eindrücklich am Beispiel der TB-Fürsorgestellen, von denen bis in die späten 1920er Jahre etwa 1.400 mit rund 2.000 Ärzten und 4.0000 Schwestern aufgebaut wurden. Finanziell unterstützt, beraten und kontrolliert wurden sie von den Landesversicherungsanstalten. Diese behielten sich das Recht vor, bei Personalentscheidungen mitzureden, auch inhaltlich Einfluss auf die konkrete Arbeit der Fürsorgestellen zu nehmen¹⁰ und Rechenschaft über die getätigten Ausgaben einzufordern. Unentgeltliche medizinische Untersuchung der Kranken in regelmäßigen Sprechstunden, materielle Hilfestellungen wie Wohnzuschüsse und vor allem die Aufklärungsarbeit über hygienische Vorsichtsmaßnahmen wie der Umgang mit Spuckbechern waren Aufgaben, die von den Fürsorgeschwestern übernommen wurden. Sie kontrollierten auch das familiäre Umfeld und die Wohnverhältnisse, d.h. die Absonderung der TB-Kranken innerhalb der Wohnung, empfahlen (wie die LVA Schleswig-Holstein) ggf. Einweisung in Heilstätten¹¹ und meldeten TB-Verdachtsfälle (*Dresel et al.* 1926, S. 302). Belehrung, Kontrolle und ggf. Entfernung aus der Gesellschaft bildeten die Eckpfeiler dieses Systems (*Blümel* 1926, S. 7).

Die ambulante TB-Fürsorge war nicht frei von paternalistischem Denken (*Steckmann* 2014) und verstand ihr Klientel als vermeintlich gesellschaftlich minderbemittelt, „sozial schwach“ oder gar als „asozial“. Diese Menschen hatten jedoch oftmals schlicht wirtschaftliche Probleme. In den Anlaufstellen für TB-Kranke hatten es Fürsorgeärzte und -schwestern überwiegend mit finanziell schlecht gestellten Menschen in schwierigen Wohnverhältnissen zu tun, die meist nicht sozialversichert waren und deshalb in der Regel keine teuren Kuren, sondern lediglich kleinere Hilfsangebote in Anspruch nehmen konnten. Trotzdem zeigten sie wenig Verständnis, wenn Männer aus Angst vor Verdienstausschlag einen Sanatoriumsaufenthalt ablehnten (*Wolters* 2011, S. 98) oder Mütter die freiwillige Asylisierung verweigerten, weil sie sich nicht von ihren Kindern trennen wollten¹². 22. Etliche TB-Experten sahen allein die Gefahr, die vermeintlich vom Verhalten der Kranken für die Gesundheit anderer ausging. Sie dachten nicht vom kranken Individuum und dessen Bedürfnissen her, sondern vom „deutschen Volk“, dessen gesamte „Volkskraft“ in Mitleidenschaft gezogen werde, wie Karl Wilhelm Jötten (1886–1958) in einem viel beachteten medizi-

¹⁰ Landesarchiv Baden-Württemberg, Abt. Generallandesarchiv Karlsruhe, 462, Zugang 1994–38 Nr. 315.

¹¹ SHLA, Abt. 374, 351, Bl. 4–5.

¹² SHLA, Abt. 374, 351, Bl. 22.

nischen Handbuch zu den Fürsorgestellten formulierte (*Jötten* 1926, S. 2). Tatsächlich gerieten ganze Gruppen von Menschen ins Visier dieser Mediziner, die ohnehin bereits an den Rand der Gesellschaft gedrängt waren: Alkoholiker, Prostituierte und Obdachlose seien die Kreise, aus denen die „asozialen Offentuberkulösen“ primär hervorgehen würden. Sie bildeten aus dieser Sicht gewissermaßen das gesellschaftliche Substrat der Krankheit.

Vor diesem Hintergrund forderten bekannte Fürsorgeärzte wie Franz Ickert und Günther Krutzsch¹³ – vorerst allerdings noch ohne Erfolg – eine reichsweite Registrierung aller ansteckenden TB-Kranken und die Aufhebung der ärztlichen Schweigepflicht. Die Idee der Sozialkontrolle und Erziehung bestimmter, als bedrohlich wahrgenommener gesellschaftlicher Gruppen gehörte mithin von Anfang an zum Selbstverständnis derer, die sich in der TB-Fürsorge engagierten.

Aus deren Perspektive führte das neue nationalsozialistische Regime ab 1933 die bisherige Fürsorgearbeit lediglich fort bzw. setzte das konsequent um, was Lungenfachärzte wie Ickert und Krutzsch schon seit Längerem gefordert hatten: die verstärkte Kontrolle und Disziplinierung von Kranken, die sich gegenüber der „Volksgemeinschaft“ vermeintlich unverantwortlich benahmen. Tatsächlich kam es unmittelbar nach 1933 lediglich zu graduellen Verschiebungen innerhalb der konkreten TB-Fürsorgetätigkeit. Organisatorisch wurden die bislang zumeist als Vereine in unterschiedlicher Trägerschaft geführten TB-Fürsorgestellen 1934 zunächst den neu gebildeten staatlichen Gesundheitsämtern unterstellt (*Fleßner* 2014, S. 49). Wie schon in der Weimarer Republik dienten die Fürsorgestellten als Frühwarnsystem, um teure stationäre Aufenthalte in Heilanstalten und Neuansteckungen möglichst zu vermeiden (*Hähner-Rombach* 2015), u. a. durch Röntgenreihenuntersuchungen (*Nikolow* 2015, S. 41 – 42) in Betrieben und Schulen oder durch Beratung in ambulanten Sprechstunden.

Eine große Bedeutung kam der TB-Fürsorgeschwester zu, die als ein wichtiges Bindeglied zwischen Arzt und Patienten angesehen wurde, weil sie den direkteren Kontakt zu den Kranken hatte¹⁴. Das NS-Regime stockte das pflegerische Personal von 4.000 Schwestern 1930 auf 5.000 im Jahr 1938 auf (*Kayser-Petersen* 1939/40, S. 49, 67).

Verbunden damit waren ein wachsender Kontrollanspruch und eine Betreuungsquote von 600 Kranken pro Fürsorgeschwester. In anderen Worten: Die Alltagspraxis blieb weitgehend gleich und wurde lediglich quantitativ ausgeweitet und ideell aufgewertet.

¹³ „Der Begriff Stadtroda ist nicht nur in Deutschland, sondern in der ganzen Kulturwelt zum Symbol des endlichen Bruches mit einer schwächlich-humanitären Vergangenheit geworden.“ (*Krutzsch* 1939, S. 69)

¹⁴ Zentralblatt für die gesamte Tuberkuloseforschung 1936 (43), S. 647.

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

Für Mitarbeiter der Rentenversicherung, die dieses System mitfinanzierte und mitorganisierte, schien ebenfalls kein gravierender Unterschied zur Weimarer Republik zu bestehen. Ausdrücklich bezeichneten hochrangige Vertreter der Rentenversicherung im Wegsperren von TB-Patienten lediglich die konsequente Weiterentwicklung ihrer bereits in der Weimarer Republik erfolgten Vorstöße, Menschen mit ansteckender Tuberkulose zu isolieren und hierfür auch freiwillige Zusatzleistungen zu erbringen. Dass sich inzwischen Entscheidendes verändert hatte und das Prinzip der Patienteneinwilligung durch staatliche Gewalt ersetzt worden war, vermochte man hingegen nicht zu sehen. Als sich die Spitzenfunktionäre der Rentenversicherung Anfang der 1940er Jahre dazu entschieden, die Zwangasylierung sogar vollständig zu finanzieren, wurde dies als Kontinuität verstanden. So vertrat Wilhelm Schow, Leiter der LVA in Schleswig-Holstein, in einem Rundschreiben vom 24. Juni 1943 die Ansicht, dass die Rentenversicherung bereits seit Ende der 1920er Jahre der Asylierung der unheilbaren Kranken eine entscheidende Bedeutung beimesse¹⁵ und beispielsweise Krankenhausträgern Darlehen zur Modernisierung ihrer Anstalten gewähre, wenn diese im Gegenzug Plätze zur Absonderung von TB-Kranken bereitstellten. Durch die letzten Neuerungen habe sich an der Situation letztlich „nichts Wesentliches“ verändert.

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

¹⁵ SHLA, Abt. 374, 778, Bl. 117.

Republik unterscheidbar. Diese offensichtlichen Blindstellen verweisen letztlich auf das starke Traditionsverständnis, das innerhalb der Rentenversicherung gepflegt wurde.

3. Wegsperren, strafen, den frühen Tod herbeiführen: ideologische Affinitäten im Umgang mit TB-Kranken

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

Die Zusammenarbeit zwischen Regime und Rentenversicherung bei der Bekämpfung von „asozialen“ TB-Kranken nahm dabei unterschiedliche Formen an. Führende Lungenfachärzte, die in Heilanstalten der Rentenversicherungsträger arbeiteten, beteiligten sich an der Debatte über gesetzliche Bestimmungen zur Zwangsasylierung von „böartigen“ und „asozialen“ TB-Kranken. Ein Beispiel ist Felix Lommel, langjähriger medizinischer Direktor der Tuberkuloseklinik der LVA Thüringen, Autor wichtiger Handbucheinträge zur Inneren Medizin und darüber hinaus auch als Eugeniker publizistisch tätig (Lommel 1933). Zusammen mit seinem akademischen Schüler Kayser-Petersen machte er immer wieder Druck auf die Politik, endlich eine gesetzliche Handhabe zur zwangsweisen Asylierung zu schaffen. Im Interesse der Allgemeinheit bleibe aus medizinischer Sicht letztlich keine andere Wahl.

Das Argument der Alternativlosigkeit verfiel bei den Politikern der Weimarer Republik noch nicht, ein Reichstuberkulosegesetz mit drastischen Zwangsvorschriften blieb aus. Aber auch der nationalsozialistische Staat erfüllte die Forderungen zunächst nur teilweise. Zwar baute das nationalsozialistische Regime nur ein Jahr nach der Machtübernahme in Stadtroda nahe Jena eine Modellanstalt auf, in der als asozial stigmatisierte Patienten unter gefängnisähnlichen Bedingungen eingesperrt waren (Hähner-Rombach 2005; Wolters 2013).

So waren die Räumlichkeiten der Anstalt vergittert, es gab bewaffnete Wärter und bei Verstößen gegen die strikte Hausdisziplin hatten Patienten mit Einzel-

haft und Nahrungsentzug zu rechnen. Auch wurden die dort eingesperrten Patienten sehr schnell Opfer einer gezielten Politik der Vernachlässigung, die den Tod der Patienten zumindest billigend in Kauf nahm. Neuere Studien belegen, dass zu hoffnungslosen Fällen abgestempelte TB-Kranke dort nicht mehr die notwendigen zusätzlichen Lebensmittelrationen erhielten, um ihren körperlichen Verfall aufzuhalten. Infolge dieser absichtlichen Unterversorgung verdoppelte sich in Stadtroda bereits ab 1935 die Zahl der Todesfälle (Renner 2004, S. 2, 26; Faulstich 1998). Unter TB-Experten war das durchaus bekannt, da Thüringische Fürsorgeärzte, manchmal nur wenig verklausuliert, in einschlägigen Fachjournalen für Tuberkulose von den Lebensbedingungen der Patienten in Stadtroda berichteten. Der Lungenfacharzt Franz Heisig, der die Kranken fachmedizinisch betreute, machte 1934 im Tuberkulosefürsorgeblatt klar, dass es allein um Verwahrung von „Schädlinge[n]“ gehe und daher alle Maßnahmen ausblieben, „die den schicksalsmäßigen Ablauf der Tuberkulose hemmen“. Symptomlindernde Medikamente wie Hustentabletten wurden ausgegeben (Heisig 1934), Lungenoperationen und andere echte therapeutische Maßnahmen fanden aber nicht mehr statt. Laut dem damaligen Direktor, Berthold Kihn, war die Anstalt „nach Art der Konzentrationslager“ geschaffen worden und gründete auf den „Prinzipien des Gebotes und Verbotes“. Als Anstaltsleiter habe er kein Interesse daran, bei uneinsichtigen, unheilbar kranken Patienten „das Leben zu verlängern“ (Kihn 1937/38, S. 417–418). Auch durch Studienreisen nach Stadtroda wurden Ärzte, Anstaltsleiter und Mitarbeiter der Landesversicherungsanstalten über die dort herrschenden Zustände unterrichtet, wie aus Berichten z. B. „über die Besichtigung der Asozialenabteilung in der Thüringischen Landesheilanstalt Stadtroda vom 28.11.1940“¹⁶ deutlich wird. Die Unterbringung von „asozialen Patienten“ in Stadtroda sei „im Allgemeinen endgültig“, heißt es 1936 in einem Bericht von Wilhelm Roloff, Oberarzt im Landeskrankenhaus Treuenbrietzen in Brandenburg, der damit andeutete, dass die Patienten dort zum Sterben bestimmt waren¹⁷.

Das war einigen besonders radikal denkenden Tuberkulosefachleuten jedoch immer noch nicht genug. Sie forderten ein reichsweites Gesetz zum Aufbau weiterer solcher Sonderanstalten. Unverhohlen kritisierten sie die vermeintliche Passivität des NS-Regimes wie etwa Joachim Hein, langjähriger Chefarzt des Tuberkulosekrankenhauses Tönshede der Landesversicherungsanstalt Schleswig-Holstein, der von einer „kühlen Reserve“ sprach, die der Staat in dieser Frage an den Tag lege und die es abzulegen gelte (Hein 1937).

Lommel und Kayser-Petersen gingen noch einen Schritt weiter. Einer ihrer Doktoranden legte 1935 einen Entwurf für ein eigenes Gesetz zur Bekämpfung „asozialer“ TB-Kranker vor und ging darin auch auf die gesundheitspolitischen

¹⁶ LWL, Bestand 663, D 8 Nr. 53.

¹⁷ BLHA, Rep. 55 VII b, 267.

und insbesondere ökonomischen Auswirkungen ein, die die Gesetzesreform angeblich mit sich bringe: So stellte der Promovend einem geschätzten Gesamtschaden von 5 Milliarden RM durch Berufsunfähigkeit den errechneten Unterbringungskosten für „asoziale Tuberkulosekranke“ von weniger als 10 Millionen RM pro Jahr gegenüber (*Rössler* 1937).

Ganz offenbar war die Strategie Lommels und Kayser-Petersens, dem NS-Regime nicht einfach nur ihr medizinisches Wissen zur Verfügung zu stellen. Vielmehr unterbreiteten sie selbst dezidierte politische Handlungsvorschläge und untermauerten diese mit vermeintlich harten wirtschaftlichen Fakten. Diesmal war der Vorstoß von Erfolg gekrönt. Im Dezember 1938 verabschiedete das nationalsozialistische Regime eine Verordnung zur Bekämpfung übertragbarer Krankheiten, in der die Vorschläge Lommels und Kayser-Petersens zumindest in ihren Grundzügen einfließen. Damit war die rechtliche Grundlage dafür gelegt, dass neben der Modelleinrichtung in Stadtroda noch andere Abteilungen aufgebaut werden konnten – bis 1942 insgesamt 18 weitere Sonderanstalten.

Die Verordnung vom Dezember 1938 zeitigte aber noch andere Effekte. Sie sorgte für eine Normalisierung von Gewalt gegenüber TB-Patienten. Zwang stellte ab sofort eine legitime, ja sogar staatlicherseits gebotene Option für Mediziner in der Bekämpfung der Krankheit dar. Entscheidend ist hier, dass diese Vorgaben auch nicht mehr infrage gestellt wurden, sondern im Gegenteil nach 1938 der kollektiven Orientierung unter deutschen Lungenfachärzten dienten und somit Handlungssicherheit herstellten.¹⁸

Tatsächlich rekurrten in den bald folgenden Kriegsjahren Ärzte, Anstaltsvorstände und Leiter von Gesundheitsbehörden in ihren Entscheidungen über die Behandlung einzelner Patienten regelmäßig auf die Verordnung und die hierzu erlassenen ausführenden Richtlinien.

Hochrangige Vertreter der Rentenversicherung wie Eduard Storck waren es auch, die diese Ausführungsbestimmungen mit erarbeitet hatten und so die Aktionsmöglichkeiten gegen TB-Kranke weiter verschärften. Storck war zunächst leitendes Mitglied im Deutschen Verein für öffentliche und private Fürsorge gewesen, einem der wichtigsten sozialpolitischen Austauschforen für Kommunen, Wohlfahrtsorganisationen und Wissenschaftler, bevor er 1933 von den nationalsozialistischen Machthabern zum Präsidenten der Landesversicherungsanstalt der Hansestädte ernannt wurde (*Tennstedt* 1981). Als Leiter der „Arbeitsgruppe Absonderung“ im Reichs-Tuberkulose-Ausschuß, dem zentra-

¹⁸ Beispielhaft sind hier die vollständig erhaltenen Patientenakten der damaligen Heil- und Pflegeanstalt Karthaus bei Regensburg, die eine der 18 Sonderanstalten war und deren Akten systematisch ausgewertet werden konnten (Archiv der Psychiatrischen Universitätsklinik Regensburg, historische Patientenakten).

len Koordinationsforum für TB-Bekämpfung im „Dritten Reich“, stand Storck einem Gremium vor, das zum Ort teils heftiger Querelen wurde. In der Frage, was mit den als asozial bezeichneten TB-Kranken zu geschehen habe, herrschte jedoch weitgehend Einigkeit und man verständigte sich nach mehreren Jahren intensiver Beschäftigung mit dem Thema im Januar 1943 auf allgemeine „Richtlinien für die Absonderung der Offentuberkulösen“, die Ärzten für ihre Therapieentscheidungen an die Hand zu geben waren¹⁹.

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

Die Richtlinien sprechen es nicht direkt aus, aber aus dem Kontext der Quelle wird deutlich, dass solche Patienten letztlich keine qualifizierte medizinische und pflegerische Betreuung mehr erhalten sollten. Ausdrücklich hieß es etwa an anderer Stelle, es reiche aus, wenn sich nicht mehr eigens ein ausgebildeter Lungenfacharzt, sondern ein externer Arzt nebenher um die Kranken kümmerte²⁰. Damit sprach sich der Ausschuss, der regelmäßig vor Ort in Lungenheilstätten und Tuberkulosekliniken tagte, für die gezielte Vernachlässigung von Patienten aus und legitimierte diese auf höchster Ebene. Die Richtlinien vom Januar 1942 dienten damit auch der kollektiven Rückendeckung und Selbstvergewisserung der Heilstätten selbst, die in die Erarbeitung dieser Richtlinien eingebunden worden waren²¹.

Hochrangige Vertreter der Landesversicherungsanstalten halfen, diese Politik gegenüber sogenannten asozialen TB-Kranken in die Tat umzusetzen. Während die Initiative hierzu in Regionen wie Westfalen von Vertretern der öffentlichen Fürsorge wie dem Oberpräsidenten der Provinz Westfalen und der Partei ausging²² und in Mecklenburg der örtliche Rententräger sich aus Sicht der NSDAP sogar sehr passiv in der Frage verhielt²³, waren in anderen Landesteilen die örtlichen Landesversicherungsanstalten treibende Kräfte. Die Thüringische LVA war etwa materiell am Aufbau von Stadtröda beteiligt (*Heisig* 1934, S. 107).

¹⁹ BArch, R 96/II, 6, Bl. 39.

²⁰ Ebd., Bl. 39.

²¹ BArch, R 96/II, 6, Bl. 5.

²² SHLA, Abt. 374, 351.

²³ BArch, NS 25, 291, Bl. 137 – 138.

Da die Thüringische Anstalt Stadtroda ausgelastet und Überstellungen von Patienten auf absehbare Zeit nicht möglich waren, trieben in Pommern die Leiter der örtlichen Landesversicherungsanstalt und der Fürsorge zudem den Aufbau einer eigenen Anstalt „nach dem Muster von Stadtroda“ voran²⁴. Die Beteiligten rühmten sich sogar, bereits vor dem Erlass der Verordnung vom Dezember 1938, die ja erst die rechtliche Grundlage für den Aufbau solcher Sonderanstalten schuf, die ersten Schritte hierzu eingeleitet zu haben²⁵. Von einem erzwungenen Mitmachen an den Untaten der neuen Machthaber in Berlin, wie das nach 1945 gerne angeführte Argument lautete, kann hier also nicht die Rede sein. Ganz im Gegenteil zeigten sowohl der Chef der Provinzialbehörde als auch der Leiter der LVA ein erhebliches Maß an Eigeninitiative.

Insgesamt wurden neben Stadtroda und Ueckermünde noch 16 weitere Anstalten dieser Art im gesamten Reichsgebiet aufgebaut (*Miquel* 2015). Nach den an Stadtroda angelehnten Hausordnungen hatten die Patienten zum einen den Anordnungen des Arztes und des Pflegepersonals „unbedingt und widerspruchslos Folge zu leisten“. Verstöße ahndete man ähnlich wie in Thüringen mit Nahrungsentzug und Einzelhaft (*Miquel* 2015). Ein Zwang zur Arbeit wurde eingeführt, der anfangs leichte Arbeiten im Bereich Versorgung und Pflege, später auch Akkordarbeit für Betriebe umfasste und unter Umständen die Gesundheit der betroffenen Patienten beeinträchtigte²⁶.

Damit war die Rentenversicherung auch in das System der nationalsozialistischen Zwangsarbeit eingebunden (*Kelting* 1974, S. 87). Fälle von Widerstand gegen die ökonomische Ausbeutung von Patienten sind nicht bekannt; im Gegenteil stellten einige Leiter der Landesversicherungsanstalten (z. B. der Präsident der LVA Hansestadt Hamburg) sowie Ärzte, die im Dienst der Rentenversicherung standen, ihre Expertise dem Regime zur Verfügung²⁷.

In einer Kommissionsbesprechung zu Fragen der „Arbeitstherapie“ bekräftigten im Mai 1939 beispielsweise Wilhelm Braun, Leiter der LVA Hessen-Kassel, Hans Fleischer von der LVA Sachsen, Rüdiger Wagner von der LVA Hannover und der Direktor der LVA-Heilstätte Donaustauf bei Regensburg, Kurt Nicol, „einstimmig“ eine solche Pflicht zur Arbeit, die notfalls sogar erzwungen werden müsse²⁸. Sie stärke nicht nur den Arbeitswillen des Patienten und fördere seine Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess, sondern sei auch sinnvoll „für das Volksganze“²⁹. Dass es hier letztlich um Ausbeutung ohne Rücksicht

²⁴ SHLA, Abt. 374, 351.

²⁵ Ebd.

²⁶ SHLA, Abt. 374, 720, Bl. 30.

²⁷ StA, 352-3_VI_33.

²⁸ SHLA, Abt. 374, 720, Bl. 1.

²⁹ Ebd.

auf die Gesundheit der Betroffenen ging, war ganz offensichtlich den Beteiligten klar: Laut Joachim Hein kämen Asylierungsfälle auch für eine „energische Arbeitsbehandlung“ infrage, von der „normale“ TB-Kranke ausgenommen seien, weil sie einen gesundheitlichen Rückfall hervorrufen könnten. Hier stellten Mitarbeiter der Rentenversicherung erneut Leib und Leben von als „asozial“ bezeichneten TB-Patienten zur Disposition.

Die staatlichen Sonderanstalten, deren Aufbau die Landesversicherungsanstalten unterstützt hatten und die sie ab den frühen 1940er Jahren sogar vollständig finanzierten, wurden schließlich auch Orte von Patientenmord: Wir wissen inzwischen, dass nach Kriegsbeginn manche dieser Anstalten nicht nur weiterhin Patienten gezielt vernachlässigten und ihren Tod insbesondere durch die Unterversorgung mit Nahrungsmitteln billigend in Kauf nahmen (*Bernhard i. V.; Fleßner* 2014, S. 53). Einige Anstalten gingen zudem dazu über, TB-Kranke durch Medikamentenüberdosierung zu töten. Die Anstalt Feldberg bei Graz setzte das Beruhigungsmittel Luminal ein, um Patienten in einem andauernden Dämmerzustand zu halten, im Westfälischen Benninghausen waren es hohe Dosen Morphin. Beide Mittel waren bei Lungenkranken ausdrücklich kontraindiziert, weil sie zu Atemdepressionen und im schlimmsten Fall zum Erstickungstod führen, und gehörten zu den Medikamenten, die auch in den Zentren des Patientenmords zur Tötung geistig behinderter und psychisch kranker Menschen angewandt wurden (*Oelschläger* 2003, S. 68). Der Umfang von gezielter Patientenvernachlässigung und -mord in den Tuberkulose-Sonderanstalten war allem Anschein nach beträchtlich: Schätzungsweise über 30.000 Menschen wurden in eine der 18 Anstalten zwangseingewiesen, beinahe jeder Zehnte verstarb an den Folgen der Haft (*Bernhard i. V.*). Mitarbeiter der Rentenversicherung waren auf allen Ebenen dieser Verbrechen eingebunden, d. h. aktiv beteiligt an der Ausformulierung der rechtlichen Bestimmungen zum repressiven Umgang mit „asozialen“ TB-Kranken und am Aufbau, der Finanzierung und dem Betrieb der Sonderanstalten, in denen Tausenden von Menschen Schaden an Leib und Leben zugefügt wurde.

4. Das System nutzen: Zur Abschiebung und Tötung von TB-Patienten in Anstalten der LVA

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

Die staatlichen Sonderanstalten dienten Ärzten und Pflegepersonal insbesondere der Einschüchterung der eigenen Patienten und der Aufrechterhaltung dessen, was damals als Anstaltsordnung bezeichnet wurde (*Fleßner* 2014, S. 53). Patienten, die sich nicht der strikten Disziplin oder medizinischen Anordnungen fügen wollten, drohten Ärzte und Pflegepersonal immer wieder mit der Verbringung in eine der Sonderanstalten und taten das in Einzelfällen auch. Verstöße gegen Hygieneregeln und Hausordnungen oder Fehlverhalten von Patienten, die etwa „dauernd unverschämt in der Anstalt umherlärmt“, fielen unter diese Kategorie, da sich das Verhalten solcher „renitenter“ Patienten „sehr ungünstig auf die gesamte Disziplin der übrigen Patienten“ auswirke, wie der Direktor der Lungenheilstätte Grabowsee der LVA Brandenburg im Juni 1934 mitteilte³⁰.

Heilanstalten und NS-Regime arbeiteten Hand in Hand. Abschreckung und Einschüchterung von TB-Kranken gehörten zu den erklärten gesellschaftspolitischen Zielsetzungen, die hinter dem Aufbau der Sondereinrichtungen standen. Zwangsassylierung sollte nicht nur präventiv wirken, sondern als Drohkulisse jeden TB-Patienten gefügig machen und zu einem konformen Verhalten zwingen. Obgleich sie immer nur eine kleine Minderheit aller TB-Kranken beherbergten, kam den Sonderanstalten mithin eine eminente Bedeutung zu: Sie sollten zeigen, was Menschen drohte, wenn sie die gesetzten Regeln überschritten. Dem Thüringischen Tuberkulosefürsorgearzt Heisig zufolge wurde so die Achtung vor den Anordnungen der Fürsorgestellen erheblich gesteigert und bei widerspenstigen, schwierigen Heilstättenpatienten genüge „meist schon die bloße Androhung in eine geschlossene Abteilung, um sie zu einem ordentlichen Verhalten zu bewegen“³¹. Erklärtes Ziel war mithin die Schaffung des „disziplinierten Menschen“; es ging um Verhaltensregulierung durch Terror³². In letzter Konsequenz gerieten auf diese Weise auch die Lungenheilstätten der Rentenversicherung zu einem Teil des nationalsozialistischen Terrorapparates.

Wie rigide und unbarmherzig Mitarbeiter der Rentenversicherung in den Heilstätten gegen Patienten vorgingen, beweisen die Akten der LVA-Lungenklinik Tönsheide, denen zufolge der dort tätige Oberarzt Kruse dem Direktor Joachim Hein gegenüber unumwunden zugab, seinen Patienten regelmäßig mit der zwangsweisen Verbringung in eine Sonderanstalt zu drohen³³. Auch Angehörige, die sich seinen Anordnungen widersetzen, versuchte er mit polizeilichen Maßnahmen einzuschüchtern³⁴. Er würde grundsätzlich auch bei noch heilungsfähigen Patienten, die sich uneinsichtig verhielten, „auf den drohenden

³⁰ BLHA, Rep. 55 VII b, 267.

³¹ Deutsches Tuberkulose-Blatt 1942 (16), S. 225 und 250.

³² StA, 352-3_VI_33.

³³ SHLA, Abt. 374, 649, Bl. 134.

³⁴ Ebd., Bl. 132.

Tod hinweisen³⁵. Das bedeutet, Ärzte im Dienst der Rentenversicherung drohten Patienten mit gefängnisähnlicher Haft, in einigen Fällen versetzten sie diese sogar in Todesangst, um sie gefügig zu machen.

In den Führungsetagen der Rentenversicherung wurde einem solchen Verhalten kein Riegel vorgeschoben, vielmehr bestärkten sie Ärzte und Pflegepersonal teils noch in ihrem Handeln. So sprach sich beispielsweise der Vorstand der LVA Brandenburg ausdrücklich dafür aus, „asoziale Elemente“ zu bestrafen³⁶. Als besonders rücksichtslos zeigte sich der Leiter der Hamburgischen LVA Eduard Storck, der aus Eigeninitiative Anträge auf Zwangsabsonderung stellte. In einem Fall focht Storck sogar die Entscheidung einer anderen Behörde an, die den betreffenden TB-Kranken ursprünglich zu Hause wohnen lassen wollte³⁷. Storck hätte die Sache also einfach auf sich beruhen lassen können, tat das aber nicht. Storck setzte sich schließlich durch: Der betroffene Patient wurde zwangs-asyliert.

Belegt sind zudem Beispiele aus Landesversicherungsanstalten, die pflegeintensive Patienten zur Arbeitsentlastung in die Sonderanstalten verlegten, obwohl diese für die Verwahrung reiner Pflegefälle gar nicht vorgesehen waren³⁸. Auffallend ist jedenfalls, wie oft in den Begründungen für die Überweisungen darauf hingewiesen wurde, dass der betreffende Patient die eigene Körperhygiene vernachlässige und so dem Pflegepersonal enorm Arbeit mache. „E. ist ein sehr schmutziger und schmieriger Patient“, hieß es etwa hierzu kurz und bündig über einen Patienten³⁹ – die vermeintliche Asozialität des Patienten wurde als Erklärung lediglich nachgeschoben.

Ärzte und Schwestern begründeten dieses Vorgehen in einigen besonders eklatanten Fällen mit der vermeintlich großen finanziellen Bürde, die diese Kranken insgesamt für die „Volksgemeinschaft“ darstellten. Beispielhaft ist der Beschwerdebrief einer TB-kranken Patientin aus Tönsheide, die massive Vorwürfe gegenüber einer dort beschäftigten Oberschwester und deren Aussage erhob: „Wenn der Engländer wirklich mal eine Bombe hier reinsetzt, ist auch nicht schade, Ihr liegt ja doch nur dem Staat zur Last.“⁴⁰

Solcherart vom NS-Regime verbreitete Parolen konnten dafür herhalten, ein unbarmherziges Vorgehen gegen unbequeme und arbeitsaufwendige Patienten zu rechtfertigen – vor dem nationalsozialistischen Regime und stärker wohl noch vor sich selbst.

³⁵ Ebd., Bl. 134.

³⁶ BLHA, Rep. 55 VII b, 267.

³⁷ StA, 352-3_VI_33.

³⁸ BLHA, Rep. 55 VIIb, 267.

³⁹ LWL, Bestand 663, Akte 2871.

⁴⁰ SHLA, Abt. 374, 649, Bl. 117.

Das Argument, unheilbare Patienten fielen der Gemeinschaft doch nur zur Last, diente in der Spätphase des Krieges schließlich Mitarbeitern in einigen Landesversicherungsanstalten als Vorwand, selbst Patienten zu töten. Entsprechende Vorwürfe wurden etwa gegenüber dem Direktor Joachim Hein und Schwestern des TB-Krankenhauses Tönsheide auch noch in einem Ermittlungsverfahren von 1977 laut⁴¹. Im Fall der von der LVA-Mecklenburg betriebenen Heilstätte Amsee bei Waren/Müritz im heutigen Mecklenburg-Vorpommern gab der beschuldigte Arzt Werner Sick in den 1960er Jahren vor den ermittelnden Polizeibeamten sogar unumwunden zu Protokoll, dass er in den letzten Kriegstagen sieben seiner Patientinnen durch die Verabreichung einer hohen Dosis des Narkotikums Evipan gezielt umgebracht hatte. Die zuständige Staatsanwaltschaft machte sich kritiklos Sicks Rechtfertigungsstrategie zu eigen, wonach die Kranken ohnehin bald gestorben wären und Sick sie nur habe vor der drohenden Vergewaltigung durch Soldaten der heranrückenden Roten Armee bewahren wollen⁴². Der betreffende Arzt ging – wie auch die wenigen anderen Mediziner, gegen die überhaupt in der Bundesrepublik und der DDR Ermittlungen wegen der Misshandlung und Tötung von TB-Patienten anliefen – völlig straffrei aus.

5. Zusammenfassung und Ausblick

Der Befund einer weitreichenden Kooperation zwischen Rentenversicherung und NS-Regime birgt erhebliche Brisanz, weil TB-Bekämpfung im „Dritten Reich“ nicht einfach nur als die ungebrochene Fortentwicklung einer sich zwischen Kaiserreich und Weimarer Republik verfestigenden modernen Leistungsmedizin verstanden werden kann. Die Ausweitung von Leistungen für Kranke und diagnostische Innovationen wie Röntgenreihenuntersuchungen sind nur die eine Seite der gesundheitspolitischen Medaille. Die andere Seite ist, dass der nationalsozialistische Kampf gegen die Tuberkulose oftmals den Charakter eines Kampfs gegen TB-Kranke annahm (*Fleßner* 2014, S. 45). Das schloss genuine Verbrechen an Patienten mit ein. Das NS-Regime ging mit Unterstützung von Lungenfachärzten und anderen TB-Experten unerbittlich gegen all jene vor, die durch ihr angeblich rücksichtsloses Verhalten die imaginierte neue „Volksgemeinschaft“ als Ganzes zu bedrohen schienen. Als asozial abgestempelt, wurden diese Patienten zwangsweise in gefängnisähnlichen Sonderanstalten abgesondert, wo sie bereits vor Kriegsbeginn 1939 einen raschen Tod durch die bewusste Mangelversorgung mit Lebensmitteln finden sollten. Im Krieg schließlich trat noch Patientenmord durch Medikamentenüberdosierung hinzu. Ungeachtet aller Konflikte über die Stellung der Rentenversicherung im Gefüge

⁴¹ SHLA, Abt. 786 Nr. 2579.

⁴² SHLA, Abt. 352.4 Nr. 551, Bl. 74.

der nationalsozialistischen Tuberkulosebekämpfung und trotz aller Finanzierungsquerelen trugen die Landesversicherungsanstalten diese Politik mit.

Die bisherigen Ergebnisse zeigen zudem, dass einige Ärzte und Schwestern in LVA-eigenen Anstalten noch einen entscheidenden Schritt weiter gingen. Sie töteten von sich aus als unbequem oder lästig angesehene TB-Patienten, um Platz zu schaffen für vermeintlich „wertvolle“ Kranke.

Es bedarf dazu noch weiterer Forschung, um den Umfang dieses Patientenmords vollständig auszuloten. Eines jedoch haben die bisherigen Studien allemal gezeigt: Tuberkulosebekämpfung war keine reine Erfolgsgeschichte, wie Festschriften der Rentenversicherung in der Nachkriegszeit gerne suggerierten. Die Landesversicherungsanstalten bekämpften an vorderster Stelle eine der tödlichsten Seuchen und retteten damit Menschenleben, allerdings um den Preis, dafür andere Menschenleben zu opfern. Tod und Rente standen damit in einem doppelsinnigen Verhältnis: Die Rentenversicherung verhinderte weitere Tuberkuloseopfer, zugleich wirkte sie jedoch mittelbar mit an der nationalsozialistischen Mordpraxis an TB-Kranken, schließlich töteten einige ihrer Mitarbeiter auch von sich aus Patienten, die in ihrer Obhut standen.

Literatur

- Bernhard, Patrick* (i.V.): In the Shadow of „Euthanasia“: The Murder of Tuberculosis Patients during National Socialism (in Vorbereitung für German History).
- Blümel, Karl Heinz* (Hrsg.) (1926): Handbuch der Tuberkulosefürsorge, München.
- Dresel, Ernst Gerhard/Gottstein, Adolf/Schloßmann, Arthur/Teleky, Ludwig* (1926): Wohlfahrtspflege: Tuberkulose, Alkohol, Geschlechtskrankheiten, Berlin; Heidelberg.
- Faulstich, Heinz* (1998): Hungersterben in der Psychiatrie 1914–1949. Mit einer Topographie der NS-Psychiatrie, Freiburg.
- Fleßner, Alfred* (2014): Tuberkulose und Krankenmord in Oldenburg, in: Fleßner, Alfred/George, Uta/Harms, Ingo/Keller, Rolf (Hrsg.): Forschungen zur Medizin im Nationalsozialismus. Vorgeschichte – Verbrechen – Nachwirkungen, Göttingen, S. 45–58.
- Hähner-Rombach, Sylvelyn* (2005): The Construction of the „Anti-social TB-Patient“ in the Interwar Years in Germany and the Consequences for the Patients, in: Borowy, Iris/Gruner, Wolf D. (Hrsg.): Facing Illness in Troubled Times: Health in Europe in the Interwar Years, 1918–1939, Oxford, S. 345–363.
- (Hrsg.) (2015): Geschichte der Prävention. Akteure, Praktiken, Instrumente, Stuttgart 2015.
- Hansen, Eckhard* (1991): Wohlfahrtspolitik im NS-Staat: Motivationen, Konflikte und Machtstrukturen im „Sozialismus der Tat“ des Dritten Reiches, Augsburg.
- Hein, Joachim* (1937): Aufgaben und Ziele der Arbeitsbehandlung und ihre Durchführungsmöglichkeit unter Berücksichtigung zu erwartender Sondergesetze für den Tuberkulösen, in: Beiträge zur Klinik der Tuberkulose 1937 (89), S. 774–787.

- Heisig, Franz (1934): Zur Errichtung einer Abteilung für zwangsweise Absonderung Offentuberkulöser in Stadtroda i. Thür, in: Tuberkulosefürsorgeblatt 1934 (21), S. 106 – 108.
- Jötten, Karl Wilhelm (1926): Die Auskunft- und Fürsorgestelle für Lungenkranke: Wie sie ist und wie sie sein soll, 2. Aufl, Berlin; Heidelberg.
- Kayser-Petersen, Julius E. (Hrsg.) (1939/40): Bericht des Reichs-Tuberkulose-Ausschusses über das Berichtsjahr 1939 – 40, Berlin (SHLA, Abt. 374, 346).
- (1943): Die Aufgabe der Tuberkulosefürsorgestellen im Rahmen der neuen Tuberkulosehilfe, in: Der Öffentliche Gesundheitsdienst B 1943 (9) Nr. 6, S. 89 – 93.
- Kelting, Kristin (1974): Das Tuberkuloseproblem im Nationalsozialismus, Kiel: Diss. med.
- Kihn, Bertold (1937/38): Zur Frage der Unterbringung asozialer Kranker, in: Der Öffentliche Gesundheitsdienst B 1937/38 (3), S. 415 – 420.
- Krutzsch, Günther (1939): Erfahrungen aus der Praxis der Seuchenbekämpfung der Tuberkulose, in: Ziel und Weg 1939 (9), S. 69.
- Lindner, Ulrike (2004): Gesundheitspolitik in der Nachkriegszeit: Großbritannien und die Bundesrepublik im Vergleich, München.
- Lommel, Felix (1933): Die Wohlgeborenen. Ein Vorschlag zur Eugenik, in: Wacht im Osten 1933 (1), S. 111 – 117.
- Miquel, Marc von (2015): Der Umgang mit Tuberkulosekranken, in: Miquel, Marc von/Schmidt, Anne (Hrsg.): 125 Rentenversicherung in Westfalen: Sicherheit für Generationen, 1890 bis 2015, Münster 2015.
- Nikolow, Sybilla (Hrsg.) (2015): Erkenne Dich selbst! Strategien der Sichtbarmachung des Körpers im 20. Jahrhundert, Köln; Weimar; Wien.
- Oelschläger, Thomas (2003): Beiträge zur NS-„Euthanasie“-Forschung 2002, Ulm.
- Pütter, Ernst (1913): Die Berliner Auskunft- und Fürsorgestellen für Lungenkranke, Alkoholranke und Krebsranke im Jahre 1912 und die Landesversicherungsanstalt Berlin, Berlin/Heidelberg.
- Renner, Renate (2004): Zur Geschichte der Thüringer Landesheilanstalten/des Thüringer Landeskrankenhauses Stadtroda 1933 bis 1945 unter besonderer Berücksichtigung der nationalsozialistischen „Euthanasie“, Jena: Diss. med.
- Rössler, Alexander (1937): Schutzverwahrung gemeinschaftswidriger Schwindsüchtiger, Jena: Diss. med. (Zusammenfassung in: Zeitschrift für Tuberkulose 1935 (73), S. 359 – 366).
- Steckmann, Ulrich (2014): Paternalismus und Soziale Arbeit, in: Soziale Passagen 2014 (6), S. 191 – 203.
- Süß, Winfried: Der „Volkskörper“ im Krieg: Gesundheitspolitik, Gesundheitsverhältnisse und Krankenmord im nationalsozialistischen Deutschland 1939 – 1945, München.
- Tennstedt, Florian (1981): Fürsorgegeschichte und Vereinsgeschichte: 100 Jahre Deutscher Verein in der Geschichte der deutschen Fürsorge, in: Zeitschrift für Sozialreform 1981 (27), S. 72 – 100.

Wolters, Christine (2011): *Tuberkulose und Menschenversuche im Nationalsozialismus*, Stuttgart.

- (2013): „Gesellschaftsunwürdige Volksgenossen“. Psychiatrisierung von Tuberkulosekranken im Nationalsozialismus und in der Nachkriegszeit, in: Wolters, Christine/ Beyer, Christof/Lohff, Brigitte (Hrsg.): *Abweichung und Normalität. Psychiatrie in Deutschland vom Kaiserreich bis zur Deutschen Einheit*, Bielefeld, S. 243 – 279.

Abkürzungen

BArch – Bundesarchiv

BLHA – Brandenburgisches Landeshauptarchiv, Rep. 55 VII b, 267

LWL – Archiv LWL Münster, Bestand 663, D 8 Archiv der Psychiatrischen Universitätsklinik Regensburg, historische Patientenakten Maria Bleier, Friedrich Meyer, Josef Riess

SHLA – Landesarchiv Schleswig-Holstein, Abt. 374, Abt. 786, Abt. 352.4

StA – Staatsarchiv Hamburg, Bestand Medizinkollegium, 352-3_VI_33