

Die Lungenheilkunde und ihre Institutionen im Nationalsozialismus

Pulmonary Medicine and its Institutions During National Socialism

Autoren

R. Loddenkemper¹, N. Konietzko², V. Seehausen³

Institute

- 1 Berlin
- 2 Essen
- 3 Institut für Geschichte der Medizin und Ethik in der Medizin, Charité Universitätsmedizin Berlin

eingereicht 8.1.2018

akzeptiert nach Revision 11.1.2018

Bibliografie

DOI <https://doi.org/10.1055/s-0044-100315>

Pneumologie 2018; 72: 106–118

© Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York

ISSN 0934-8387

Korrespondenzadresse

Prof Dr. Robert Loddenkemper, Hertastr. 3, 14169 Berlin
 robert.loddenkemper@pneumologie.de

ZUSAMMENFASSUNG

Als die Nationalsozialisten 1933 an die Macht kamen, vollzog sich in der damaligen Gesundheitspolitik ein kompletter Paradigmenwechsel unter dem Grundsatz „Gemeinnutz geht vor Eigennutz“. In den ersten Jahren gab es eine intensive Diskussion darüber, ob die Tuberkulose (TB) mehr durch Erbanlagen oder durch Infektionen verursacht wird. Schließlich wurden die Argumente von führenden TB-Spezialisten akzeptiert, dass TB überwiegend eine Infektionskrankheit ist. Im Jahr 1939, dem Jahr, in dem Deutschland den Zweiten Weltkrieg begann, war die TB-Mortalität auf dem niedrigsten Stand, nur wenige Länder hatten niedrigere Raten. Die TB-Mortalität nahm während des Krieges in allen Bereichen zu, sowohl in der zivilen Bevölkerung als auch in der Wehrmacht sowie bei Kriegsgefangenen, ausländischen Zwangsarbeitern und in den Konzentrationslagern. Arbeitsunfähige TB-Kranke galten als biologischer und sozialer „Ballast“. Sie waren für die „Volksgemeinschaft“ wertlos und mussten sozial ausgegrenzt werden. So konnte man ihnen das im Sommer 1933 eingeführte „Ehestandsdarlehen“ verweigern, ab 1935 auch das Heiraten untersagen. Ab 1938 konnten „Offentuberkulöse“, die

sich uneinsichtig zeigten, als „asoziale Bazillenstreuer“ durch Amtsärzte der staatlichen Gesundheitsämter – meist Lungenärzte – zwangsweise asyliert werden. Dort fielen unter gefängnisähnlichen Bedingungen und bei knapper Verpflegung die meisten Patienten in kurzer Zeit der TB zum Opfer. Besonders unmenschlich war der Umgang mit Häftlingen in den Konzentrationslagern, wo die Krankheit stark gehäuft auftrat. Tausende erlitten dort den vorzeitigen Tod durch planmäßige Vernachlässigung bis hin zum Verhungern, durch Missbrauch für medizinische Experimente, oder sie wurden schlichtweg ermordet. Im Vergleich zu den Vorkriegszahlen stieg die TB-Sterblichkeit um 160–240% an. Mit Unterstützung der siegreichen alliierten Mächte wurde das TB-Kontrollsystem umstrukturiert und die Institutionen wie DGP und DZK neu gegründet. In den folgenden Jahren verbesserte sich die TB-Situation langsam, in der BRD zunächst etwas rascher als in der DDR.

ABSTRACT

When the National Socialists came to power in 1933, a complete paradigm shift took place in the health policy under the principle “Public interest ahead of self-interest”. In the early years there was an intense discussion about whether tuberculosis (TB) is more caused by heredity or by infection. Finally, the arguments of leading TB specialists were accepted that TB is predominantly an infectious disease. In 1939, the year Germany started World War II, TB mortality was at its lowest, with only a few countries having lower rates. TB mortality increased in all areas during the war, both in the civilian population and in the Wehrmacht, as well as in prisoners of war, foreign forced laborers and concentration camps. Incapable TB patients were considered biological and social “ballast”. They were worthless for the “national community” and had to be socially excluded. Thus one could refuse them the “marriage loan” introduced in the summer 1933, forbid starting from 1935 also the marriage. From 1938 on, TB-patients with open TB, who showed themselves unreasonable, could be compulsorily isolated as “asocial” by public health physicians – mostly pulmonary specialists. There, under prison conditions and with limited food, most patients fell victim to TB in a short time. Espe-

cially inhuman was the handling of prisoners in the concentration camps, where the disease was very common. Thousands of people were killed prematurely through deliberate neglect, starvation, abuse for medical experiments, or simply murdered. TB mortality increased by 160–240% com-

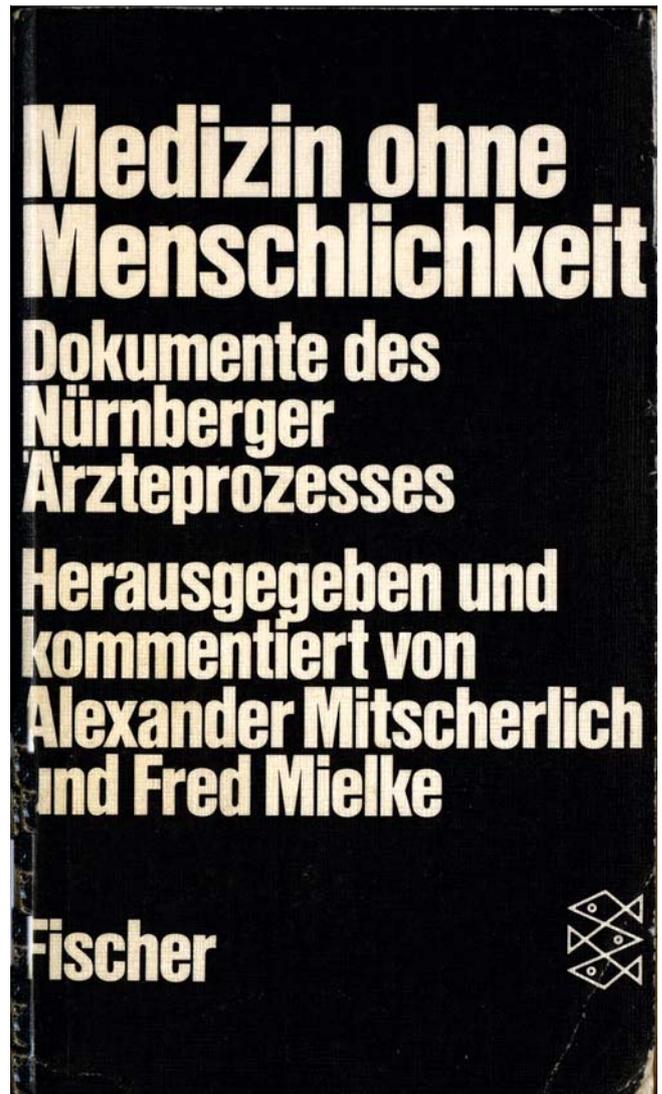
pared to pre-war levels. With the support of the victorious Allied powers, the TB control system was restructured and the institutions such as DGP and DZK were re-established. In the following years, the TB situation improved slowly, in the FRG initially slightly faster than in the GDR.

Einleitung

Das Thema „Medizin in der Zeit des Nationalsozialismus (NS)“ fand sich viele Jahrzehnte lang weder auf der Agenda der Politik noch auf der der Geschichtsschreibung. Zwar hatten Alexander Mitscherlich und Fred Mielke 1947 noch während des Nürnberger Ärzteprozesses auf der Basis der Akten des Alliierten Gerichtshofes ihre Dokumentation „Medizin ohne Menschlichkeit“ (► **Abb. 1**), (ursprünglicher Titel: „Diktat der Menschenverachtung“) vorgelegt [1]. Doch danach schwand das öffentliche Interesse an dem Thema. Auch mangelte es bis in die 1980er Jahre hinein an systematischen, wissenschaftlich fundierten Recherchen.

Verdrängung und Verleugnung wurden zur Maxime im Umgang mit der eigenen Geschichte. Um sich reinzuwaschen, richtete man den Blick verklärend in die Vergangenheit, schönte Biografien und „entbräunte“ Bücherneuaufgaben. Ein weiteres und gängiges Mittel zur eigenen Rehabilitierung war die Einengung des Täterkreises auf einige wenige, am besten bereits verurteilte Schuldige. Auch die Geschichte der Lungenheilkunde und ihre Verflechtungen im Nationalsozialismus blieben lange Zeit im Dunkeln. Erstmals 2010 – aus Anlass ihres 100-jährigen Bestehens – ging die Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP) in ihrer Jubiläumsschrift auf die Beteiligung der damaligen „Deutschen Tuberkulose Gesellschaft“ (DTG) und anderer pneumologischer Institutionen in der NS-Zeit ein [2]. Im Vorstand der DGP jedoch war man sich einig darüber, dass die Auseinandersetzung mit der NS-Thematik vertieft werden müsste. Eine Arbeitsgruppe „Lungenheilkunde im Nationalsozialismus“ wurde damit beauftragt, die wichtigsten Aspekte dieser Jahre im zeitgeschichtlichen Kontext zu beleuchten und die Kontinuität von Personen und Institutionen in der Lungenheilkunde zu klären.

Die Geschichte der Lungenheilkunde war lange Zeit gleichbedeutend mit der Geschichte der Tuberkulose (TB), Pneumologie war bis Mitte des 20. Jahrhunderts Phthisiologie. Zahlreiche Zeitschriften, Bücher und Fachorganisationen führten die Tuberkulose in ihrem Namen. So auch die heutige DGP, die 1910 als „Vereinigung der Lungenheilstättenärzte“ gegründet, von 1926 bis 1964 „Deutsche Tuberkulose-Gesellschaft“ (DTG) hieß und bis 1990 die TB namentlich nie ganz ablegte. Die TB hatte sich im 19. Jahrhundert im Gefolge der expandierenden Industrialisierung mit all ihren sozialen Verwerfungen zur bedeutsamsten Volkskrankheit in Westeuropa entwickelt. Dementsprechend stand der Kampf gegen die Volksseuche TB ganz oben auf der Agenda der Gesundheitspolitik und der Medizin. Weil es zu dieser Zeit noch kein wirksames Heilmittel gegen TB gab, versuchte man bis ins 20. Jahrhundert hinein, der Krankheit mit den Mitteln der Prävention Herr zu werden – nicht



► **Abb. 1** Alexander Mitscherlich; Fred Mielke: Medizin ohne Menschlichkeit. Dokumente des Nürnberger Ärzteprozesses, Frankfurt a. M. 1985 (zuerst veröffentlicht unter dem Titel „Das Diktat der Menschenverachtung. Eine Dokumentation“ 1947). [rerif]

ganz ohne Erfolg. Doch mit der nationalsozialistischen Ideologie von einem „gesunden Volkskörper“ und der „Verpflichtung zur Gesundheit“ wurde die TB mit dem Stempel der Asozialität versehen. Mit diesem pervertierten Konzept setzte die NS-Gesundheitspolitik ihren Kampf gegen die TB um: Mit einem Katalog unmenschlicher Zwangsmaßnahmen, der mit Eheverbot und Zwangseinweisung begann, Zwangssylierung und

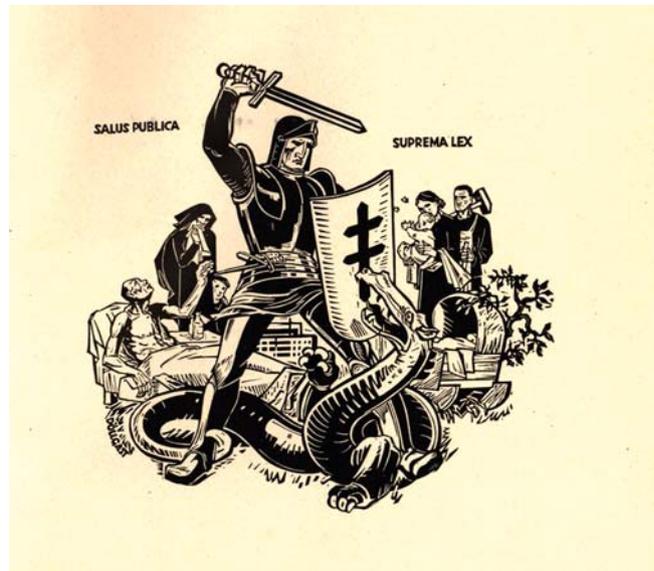
Zwangsarbeit propagierte, tödliche TB-Experimente an Menschen rechtfertigte und in der gezielten Tötung unheilbar kranker TB-Patienten gipfelte ([3], siehe hier S. 7).

Die DPG-Arbeitsgruppe „Lungenheilkunde im Nationalsozialismus“, die sich aus den oben genannten Autoren zusammensetzt, verstand ihren Auftrag nicht allein darin, den inzwischen schon zahlreichen NS-Aufarbeitungen medizinischer Fachgesellschaften noch eine weitere hinzuzufügen. Vielmehr sollten die teilweise nur graduellen Verschiebungen im „Tuberkulose-Diskurs“ und dessen inhumane Realisierung durch die NS-Gesundheitspolitik aufgezeigt werden. Denn was in der Weimarer Republik nur theoretisch diskutiert wurde, setzten die Nationalsozialisten rigoros in die Tat um. Wie aber wollte die NS-Gesundheitspolitik den Kampf gegen die Tuberkulose gewinnen? Und mit welchen Maßnahmen ihre Ziele erreichen? Wie positionierten sich die Protagonisten der Lungenheilkunde und ihrer Institutionen unter den veränderten Rahmenbedingungen? Als Vorkämpfer, als Mitläufer oder „nur“ als schweigende Masse? Und wie eng war die „Zweckbeziehung“ zwischen dem NS-Regime und den Wortführern in Klinik und Forschung? Auf diese Fragen versuchte die Arbeitsgruppe unter Mithilfe medizinhistorischer Experten Antworten zu finden. Die gewonnenen Erkenntnisse sollen für zukünftige ideologische und ethische Umbrüche in der Medizin sensibilisieren und an die Verantwortung der Ärzteschaft gemahnen. Im Diskurs und in enger Zusammenarbeit mit den Medizinhistorikern ist ein recht umfangreiches Dokument zur Rolle der Lungenheilkunde und ihrer Verflechtung mit der NS-Gesundheitspolitik entstanden. Die Dokumentation wird in Bälde in Buchform [3] und als Wanderausstellung der interessierten Öffentlichkeit zugänglich gemacht. Der folgende Artikel fasst die wesentlichen Erkenntnisse der Recherchen zusammen und soll zu vertiefendem Lesen anregen.

Paradigmenwechsel in der Gesundheitspolitik

Nach der Machtübernahme durch die Nationalsozialisten kam es zu einem radikalen Umbruch in der ärztlichen Ethik: Gesundheitsfürsorge sollte nicht mehr – wie seit Hippokrates' Zeiten – der Behandlung des einzelnen Patienten dienen, sondern der Gesunderhaltung des „deutschen Volkskörpers“. „Gemeinnutz geht vor Eigennutz“, lautete eine gängige Parole des NS-Regimes, die bereits im NSDAP-Programm der 1920er Jahre enthalten war. Die Gesundheit des „Volkskörpers“ sei vorrangig, „Sonderwünsche der Einzelnen“ seien zweitrangig. Vom Ende der „Mitleidsmoral“ war die Rede [4]. Diesem Leitmotiv der NS-Gesundheitspolitik stimmten auch führende Tuberkuloseärzte zu [5]. Mehr noch, arbeitsunfähige TB-Kranke galten – auch nach Meinung prominenter Vertreter der Lungenheilkunde – als biologischer und sozialer „Ballast“. Sie waren für die „Volksgemeinschaft“ wertlos und mussten sozial ausgegrenzt werden.

Die Folgen des Paradigmenwechsels – vom Wohl des Kranken als oberstem Gebot (*Salus aegroti suprema lex*) hin zum Primat des gesunden „Volkskörpers“ (*Salus populi suprema lex*)



► **Abb. 2** „Salus publica suprema lex“ – Das Wohl des Volkes ist oberstes Gesetz (aus: Rolf Griesbach: Die Tuberkulosebekämpfung, Leipzig 1941, Titelei). [rerif]

(► **Abb. 2**) – wirkten sich für die TB-Kranken katastrophal aus. Die Umsetzung der NS-Doktrin in praktische Gesundheitspolitik vollzog sich stufenweise und nahm über die Jahre immer radikalere Formen an [6]. Das im Sommer 1933 eingeführte „Ehestandsdarlehen“ konnte man u. a. auch TB-Kranken verweigern, ab 1935 dann auch das Heiraten untersagen. Ab 1938 konnten „Offentuberkulöse“, wenn sie sich uneinsichtig zeigten, als „asoziale Bazillenstreuer“ zwangsweise asyliert werden. Das Verfahren lief über die Amtsärzte der staatlichen Gesundheitsämter – in nicht wenigen Fällen waren es Lungenärzte. In den einschlägigen Anstalten, in die diese Patienten verbracht wurden, fielen die Kranken in kurzer Zeit der TB zum Opfer. Besonders unmenschlich war der Umgang mit TB-kranken Häftlingen in den Kriegsgefangenen- und Konzentrationslagern, wo die Krankheit stark gehäuft auftrat. Tausende erlitten hier den vorzeitigen Tod durch planmäßige Vernachlässigung bis zum Verhungern, durch Missbrauch für medizinische Experimente, oder sie wurden schlichtweg ermordet [7].

Im ersten Drittel des 20. Jahrhunderts waren eugenische Bestrebungen in vielen Ländern populär. Mit dem Machtantritt der Nationalsozialisten gewann die Forschung auf diesem Gebiet stark an Bedeutung. Die Frage nach der Vererbung bestimmter Krankheiten geht zurück auf die Darwin'sche Evolutionstheorie, wonach jede Entwicklung durch natürliche Selektion bestimmt wird. Der englische Philosoph Herbert Spencer hatte für diese Art der Selektion den Begriff vom „survival of the fittest“, dem Überleben der Tauglichsten, geprägt. Die Vertreter der Eugenik wollten die Fortpflanzung gesunder, leistungsfähiger Menschen fördern und die vermeintlich minderwertiger verhindern. In Deutschland wurde die Eugenik unter dem Begriff der „Rassenhygiene“ diskutiert, frühzeitig erhielt sie eine antisemitische Färbung. 1921 erschien mit dem sog. „Baur-Fischer-Lenz“, ein mehrbändiges, auch von Hitler rezi-

Grundriß der menschlichen Erblichkeitslehre und Rassenhygiene

von
Prof. Dr. Erwin Baur, Prof. Dr. Eugen Fischer
und Privatdozent Dr. Fritz Lenz

Band I:
Menschliche Erblichkeitslehre
Band II:
Menschliche Auslese und Rassenhygiene

Zweite, vermehrte und verbesserte Auflage



J. F. Lehmanns Verlag, München
1923

► **Abb. 3** Das Standardwerk „Grundriß der menschlichen Erblichkeitslehre und Rassenhygiene“ von Erwin Baur, Eugen Fischer und Fritz Lenz (2. Auflage von 1923). [rerif]

piertes, Standardwerk zur Rassenhygiene (► **Abb. 3**) [8]. Vieles von dem, was darin theoretisch erörtert wurde, setzten die Nationalsozialisten nach der Machtübernahme in die Tat um: den Ausschluss „Fremdrassiger“, die Zwangssterilisation, eugenisch motiviertes Eheverbot sowie Abtreibung und Ermordung Behinderter oder unheilbar Kranker ([3], siehe hier S. 46, S. 51).

Vor diesem Hintergrund wuchs auch das Interesse an der Rolle des Erbfaktors bei der Entstehung der TB. Wichtigste Vertreter der These einer genetischen Disposition bei der TB waren der Berliner Tuberkulosearzt Karl Diehl und der Genetiker Otmar von Verschuer. Aufgrund ihrer Zwillingsforschungen gingen sie von der Erblichkeit des Leidens aus, hielten eine „hohe Bedeutung des Erbes bei der Entstehung und dem Ablauf der Tuberkulose“ für „erwiesen“ und plädierten dafür, die freiwillige Sterilisierung von TB-Kranken zu legalisieren [7, 9]. Mit ihrer These fanden Diehl und von Verschuer viele Befürworter, auch bei TB-Experten. Der erste Präsident der DTG nach dem Zweiten Weltkrieg und langjährige Generalsekretär des DZK, Franz Ickert, forderte darüber hinaus sogar die Sterilisation von Kranken mit fortgeschrittener Tuberkulose und von „asozialen Offentuberkulösen“, wenn nötig auch zwangsweise [10].

Gleichschaltung und Zentralisierung

Nachdem der Reichstag dem Ermächtigungsgesetz vom 24. März 1933 mehrheitlich zugestimmt hatte – nur die SPD stimmte geschlossen dagegen –, war Adolf Hitler die Macht nicht mehr zu entreißen, für eine Umkehr war es zu spät. Innerhalb von wenigen Wochen verwandelten die Nationalsozialisten die instabile Weimarer Republik in eine Diktatur – mit Terror gegen Andersgesinnte, Eliminierung politischer Gegner und Verfolgung von Menschen jüdischer Abstammung. Alle öffentlichen und privaten Institutionen wurden in kürzester Zeit gleichgeschaltet und zentralisiert, Universitäten und Akademien ebenso wie politische, soziale und wirtschaftliche Einrichtungen oder Vereinigungen. Die heute gelegentlich kritisierte föderale Struktur der Bundesrepublik Deutschland, von den Vätern des Grundgesetzes in weiser Voraussicht unverrückbar festgeschrieben, ist eine der Lehren aus dieser unseligen Zeit.

Für die „Gleichschaltung“ der Ärzteschaft benötigten die Nationalsozialisten nicht einmal ein Vierteljahr. Mit dem Versprechen, lang gehegte Wünsche der Ärzte zu erfüllen, insbesondere ihnen die Unabhängigkeit gegenüber den Krankenkassen zu verschaffen und die Stellung im Staat zu gewähren, auf die sie Anspruch zu haben glaubten, war die Ärzteschaft geködert worden. Widerstand gegen die De facto-Entmachtung regte sich in der institutionalisierten deutschen Ärzteschaft nicht. Im Gegenteil: Am 21. März 1933, direkt nach dem „Tag von Potsdam“, an dem der Reichspräsident Paul von Hindenburg Hitler mit dem Amt des Reichskanzlers betraut hatte, sandte Geheimrat Dr. Alfons Stauder, der Vorsitzende der ärztlichen Spitzenverbände, Hitler das folgende „Ergebnis-Telegramm“: „Die ärztlichen Spitzenverbände Deutschlands, Ärztevereinsbund und Verband der Ärzte Deutschlands, begrüßen freudigst den entschlossenen Willen der Reichsregierung der nationalen Erhebung, eine wahre Volksgemeinschaft aller Stände, Berufe und Klassen aufzubauen, und stellen sich freudigst in den Dienst dieser großen vaterländischen Aufgabe mit dem Gelöbnis treuester Pflichterfüllung als Diener der Volksgesundheit.“ [11].

1935 stellten die Nationalsozialisten die lang ersehnte „Einheit der Ärzteschaft“ mit der Reichsärzteordnung her, wenn auch auf ihre Weise und anders als erhofft: Alle Ärzte, bis auf die der Wehrmacht, wurden in der „Reichsärztekammer“ organisiert, der Deutsche Ärztevereinsbund und der Hartmannbund wurden aufgelöst. Chef der Reichsärztekammer wurde der „Reichsärztführer“, von Hitler persönlich berufen – zunächst 1935 Gerhard Wagner und nach dessen Tod 1939 Leonardo Conti. Der Reichsärztführer wiederum ernannte die Funktionäre der regionalen Ärztekammern. Von Wahlen war keine Rede mehr, der „Reichsärztetag“ trat bis 1945 nicht ein einziges Mal zusammen. Ärztevereinigungen – gleich ob sie berufspolitische, wirtschaftliche oder wissenschaftliche Ziele verfolgten – mussten von der Reichsärztekammer genehmigt werden.

Auch das Deutsche Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose (DZK), die große TB-Institution, wurde „gleichgeschaltet“ und bereits 1933 in den „Reichs-Tuberkulose-Ausschuß“ (RTA) überführt. Im Rückblick stellte der erste Nachkriegs-Generalsekretär des DZK, Franz Ickert (1883 – 1954), die

Gleichschaltung des DZK als eine Maßnahme dar, die ihm aufgezwungen worden sei: „Anfang Mai 1933 musste das gesamte Präsidium des Deutschen Zentralkomitees zurücktreten“ [12]. Hingegen deutete der erste Geschäftsbericht des RTA von 1933/34 den Rücktritt als ein „Bahnfreimachen“ für den „Neubau der Tuberkulosebekämpfung in Deutschland“. Der RTA war dem „Reichs-Tuberkulose Rat“ (RTR) unterstellt, der 1938 durch Zusammenschluss „aller obersten, mit der Tuberkulosebekämpfung befassten Reichsbehörden“ gebildet worden war. Er wurde vom Reichsärztführer Conti geleitet. Zu den Mitgliedern des RTR gehörten neben Vertretern des Reichsinnenministeriums u. a. auch solche des „Oberkommandos der Wehrmacht“ [2].

Die Deutsche Tuberkulose-Gesellschaft (DTG) profitierte eher vom Prozess der Zentralisierung. Sie wurde zum Sammelbecken aller in der TB-Bekämpfung und TB-Forschung aktiven Organisationen und Personen. Auf der Tuberkulose-Tagung von 1933 begrüßte Hermann Braeuning in seiner Eröffnungsansprache – für die Vereinigung der Tuberkuloseärzte und die DTG – die „nationale Erhebung“ und eine „straffere Zusammenführung“ der Organisationen in der TB-Bekämpfung [13]. Die dort verabschiedete Satzung der DTG schrieb fest, dass ihre Mitglieder zugleich Mitglieder im RTA wurden. Die DTG blieb als alleinige Gesellschaft bestehen, nachdem sich die „Vereinigung Deutscher Tuberkuloseärzte“, erst 1933 als Zusammenschluss der Organisationen der Lungenheilstätten-Ärzte und der Tuberkulosefürsorgeärzte entstanden, 1937 aufgelöst hatte ([3], siehe hier S. 216).

Rassenideologie und Judenverfolgung

„Der Jude ist wohl Rasse, aber nicht Mensch. Er kann gar nicht Mensch im Sinn des Ebenbild[es] Gottes, des Ewigen sein. Der Jude ist Ebenbild des Teufels. Das Judentum bedeutet Rasse-Tuberkulose der Völker“. Bereits 1923 benutzte Adolf Hitler das Sprachbild vom Judentum als der „Rassetuberkulose der Völker“ – wie hier in einer Rede bei einer NSDAP-Versammlung in München – und: „Ihn bekämpfen heißt ihn entfernen“ [14]: In der Metapher von der Rassetuberkulose war die spätere Judenverfolgung bereits angelegt. Schon in der Weimarer Republik zeigten sich zunehmende antisemitische Tendenzen, auch an den deutschen Universitäten. Die antijüdische Agitation ging meist von der Studentenschaft aus, die mehrheitlich einem deutschnationalen, völkischen oder auch schon nationalsozialistischen Gedankengut anhing. Besonders Medizinstudenten taten sich mit antisemitischen Aktionen hervor, darunter auch der spätere Reichsgesundheitsführer Leonardo Conti [6].

Während Anfang der 1930er Jahre der Anteil der Deutschen jüdischen Glaubens an der Gesamtbevölkerung bei ca. 1 % lag, war der Anteil jüdischer Ärzte an der gesamten Ärzteschaft mit ca. 15% deutlich höher. Vor einer „Verjudung der Ärzteschaft“ warnte die NS-Propaganda (► **Abb. 4**). Viele „arische“ Ärzte hießen die Ausgrenzung ihrer „nichtarischen“ Kollegen gut und unterstützten diese sogar. Mit dem „Gesetz zur Wiederherstellung des Berufsbeamtentums“ vom 7. April 1933 – die rechtliche Basis für den Ausschluss von jüdischen Wissen-



► **Abb. 4** „Noch 46,8 v.H. der Kassen-Ärzte sind Juden. Der jüdische Anteil an den freien Berufen.“ (aus: Neues Volk 1934 (2) Nr. 12, S. 33). [rerif]

schaftlern aus den Universitäten und auch der Entlassung jüdischer Ärzte aus dem öffentlichen Gesundheitsdienst – war der erste Schritt getan auf dem Weg der Entrechtung der jüdischen Bevölkerung und der jüdischen Ärzte. Der dahinter stehende Antisemitismus war weniger religiös als vielmehr völkisch-rassistisch motiviert: Allein die „arische“ Abstammung und nicht etwa die Konversion zum Christentum bewahrte vor Verfolgung. Getaufte Juden galten diesem Denken nach gar als besonders gefährlich, weil sie ihre wahre Abstammung zu verschleiern versucht hätten [15]. Ein grundsätzlicher Protest der Ärzteschaft, der schon aus Gründen der Kollegialität angebracht gewesen wäre, blieb aus.

Nach Umsetzung des „Gesetzes zur Wiederherstellung des Berufsbeamtentums“ gingen die diskriminierenden Maßnahmen Schritt um Schritt weiter: Das Gesetz über die Aberkennung der deutschen Staatsangehörigkeit vom Juli 1933 ermöglichte es, Deutschen, die sich im Ausland aufhielten, die Staats-

bürgerschaft zu entziehen, „nichtarische“ Medizinstudenten wurden von Prüfungen, Approbation und Promotion ausgeschlossen, und im September 1938 verloren die noch etwa 3.300 in Deutschland verbliebenen jüdischen Ärzte ihre Bestallung und damit ihre Existenzgrundlage. Dem größten Teil von ihnen gelang es, sich bis zum Beginn des Zweiten Weltkriegs ins Ausland zu retten. Allen anderen drohten Deportation, Ghettoisierung und Ermordung in den Vernichtungslagern. Nicht wenige wählten den Freitod [16].

Die politische Einstellung und der Einfluss wichtiger Vertreter der DTG sowie ihre politischen Verstrickungen im Rahmen der Judenverfolgung sind schwer zu beurteilen. Im Vorstand der DTG wurde bereits 1933 in Eisenach, der während der oben erwähnten Tagung der Vereinigung Deutscher Tuberkuloseärzte tagte, der „Arierzwang“ als selbstverständlich vorausgesetzt: „Die Durchführung des Arierzwanges für die Vorstandsmitglieder ist in diesen Bestimmungen zwar nicht ausdrücklich enthalten, wird aber [...] als selbstverständlich vorausgesetzt. Für die Mitglieder gilt der Arierzwang nicht“ [17].

Auch „normale“ Mitglieder jüdischer Abstammung der DTG wurden, so ist zu vermuten, ausgeschlossen. Genaue Zahlen lassen sich nicht ermitteln. Bei wenigen DTG-Mitgliedern konnten die Einzelschicksale dokumentiert werden. Einigen gelang die Flucht in die Emigration, andere begingen Suizid oder wurden deportiert und ermordet. Auf eine ungefähre Schätzung der aus der DTG ausgeschlossenen, jüdischen Lungenärzte kann man kommen, wenn man die DTG-Mitgliederverzeichnisse von 1932 und 1939 mit dem Reichs-Medizinal-Kalender (RMK) von 1937 abgleicht. Danach „verschwanden“ in diesen 7 Jahren mindestens 56 jüdische Ärzte aus der DTG-Mitgliederliste. Indirekt lässt sich auch aus dem Protokoll der Mitgliederversammlung von 1939 auf einen abrupten Mitgliederschwund schließen, denn dort wurde für eine DTG-Mitgliedschaft auch unterhalb der Leitungsebenen von Heilstätten und Fürsorgestellen geworben. Man wollte „den durch den Umbruch verursachten Rückgang in der Mitgliederzahl wieder gut [...] machen“ ([18], S. 376). Gründe für den Rückgang gerade zu diesem Zeitpunkt werden nicht genannt und können nur gemutmaßt werden: Mit dem Approbationsentzug von 1938 war dem Großteil der jüdischen Ärzte die berufliche Betätigung verwehrt, eine Mitgliedschaft in einer Fachgesellschaft damit hinfällig oder auch explizit untersagt [19].

Auch prominente jüdische DTG-Mitglieder wurden Opfer der Verfolgung der NS-Rassenideologie, u. a. die Tuberkuloseforscherin Prof. Dr. Lydia Rabinowitsch-Kempner aus Berlin und der Chefarzt des Tuberkulose-Krankenhaus Rohrbach, Prof. Dr. Albert Fraenkel. Lydia Rabinowitsch-Kempner hatte als Abteilungsdirektorin am Städtischen Krankenhaus Moabit und Forschungsassistentin am Robert Koch-Institut u. a. die Trinkmilch der Moabiter Molkereien untersucht und aufgrund des Nachweises von TB-Bakterien die staatlich verordnete Pasteurisierung von Milch durchgesetzt (Moabiter Milchkrieg). 1933 musste sie aus der Redaktion der Zeitschrift für Tuberkulose ausscheiden. Wegen ihrer jüdischen Herkunft musste sie ihre unbezahlte Nebentätigkeit am Robert Koch-Institut aufgeben und wurde 1934 zwangspensioniert [20]. Albert Fraenkel wurde 1933 zur Aufgabe aller Ämter gezwungen. 1938 entzog



► **Abb. 5** „Ausmerzungen des Kranken und Schwachen in der Natur“: NS-Propaganda in Schulbüchern. Das Bild soll darstellen, dass alles Kranke und Schwache für die „Volksgemeinschaft“ wertlos und genauso wie in der Natur auszumerzen ist (aus: Alfred Vogel, "Erb- lehre, Abstammungs- und Rassenkunde in bildlicher Darstellung", Stuttgart 1938). [rerif]

man ihm auch die Approbation, 3 Monate später starb er im Alter von 74 Jahren. Sowohl seine wissenschaftlichen Arbeiten als auch seine Therapieerfolge fanden in der NS-Zeit keine Anerkennung, selbst sein Tod wurde in keiner deutschen Fachzeitschrift erwähnt. Sein wissenschaftliches Gedenken ist heute verbunden mit dem Albert-Fraenkel-Preis, der seit 1957 von der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie an deutschsprachige Wissenschaftler verliehen wird [21].

Eugenik und Euthanasie

Was in der Weimarer Republik nur diskutiert wurde, setzten die Nationalsozialisten in die Tat um. Zunächst sollte die deutsche Bevölkerung vom „Reichsministerium für Volksaufklärung und Propaganda“, das bereits kurz nach der Machtübernahme am 13. März 1933 eingerichtet und Goebbels unterstellt worden war, von der Überlegenheit der arischen Rasse gegenüber anderen überzeugt werden. Alle Bevölkerungsschichten wurden nach dem Konzept der „totalen völkischen Erziehung“ indoktriniert und mit den nationalsozialistischen Vorstellungen von Rassenhygiene vertraut gemacht [22]. Alles Kranke und Schwache war in den Augen der NS-Eugeniker für die „Volksgemeinschaft“ nicht nur wertlos, sondern bedeutete „sozialen Ballast“. Erbkrankte würden zudem den gesunden „Volkkörper“ infizieren und minderwertiges Erbgut weitergeben. Diese Ideologie eines kruden Sozialdarwinismus wollte man im Volk verankern und die Menschen auf dessen kommende konsequente Umsetzung vorbereiten. Schon die Schulkinder wurden von den NS-Propagandisten mit dem Gift der Rassenideologie indoktriniert (s. ► **Abb. 5**).

Mit dem „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ vom 14. Juli 1933 (► **Abb. 6**) wurde zunächst die zwangsweise Sterilisation bei Geisteskrankheiten und bei schwerem Alkoholismus verordnet [23]. Die TB zählte nicht dazu, die exogene Natur der Krankheit war nur allzu offensichtlich. Wohl aber auch, weil die schiere Dimension von geschätzt bis zu 400 000 Offentuberkulösen selbst fanatische NS-Gesundheitspolitiker schreckte. An der Umsetzung des Gesetzes waren Ärzte in vielerlei Weise und auf allen Ebenen beteiligt: als Antragsteller, als Gutachter, als „Erbgesundheitsrichter“ und als Operateure bei der Unfruchtbarmachung von 400 000 Opfern [24].

Der Übergang von der Zwangssterilisation zur Euthanasie lag in der Logik der nationalsozialistischen „Rassenhygiene“. Während erstere „lebensunwertem Leben“ vorbeugen sollte, hatte letztere die Aufgabe, bereits existierende „Ballastexistenzen“ zu beseitigen. Neben rassenhygienischen Vorstellungen spielten auch kriegswirtschaftliche Erwägungen bei der Begründung der Vernichtung „lebensunwertem Lebens“ eine Rolle. Die „Euthanasie“-Aktionen sollten möglichst stillschweigend ablaufen und zeitgleich mit dem Überfall der Wehrmacht auf Polen beginnen. Hitler selbst erteilte mit einem auf den 1. September 1939, den Tag des Kriegsbeginns, zurückdatierten Schreiben den Befehl zum Einsatz: „Reichsleiter Bouhler und Dr. med. Brandt sind unter Verantwortung beauftragt, die Befugnisse namentlich zu bestimmender Ärzte so zu erweitern, dass nach menschlichem Ermessen unheilbar Kranken bei kritischster Beurteilung ihres Krankheitszustandes der Gnadentod gewährt werden kann.“ [25].

Die erste Phase der „Euthanasie“, die sog. „T4-Aktion“, wurde Hitlers Befehl gemäß von seinem Kanzleichef Philipp Bouhler und seinem Leibarzt Karl Brandt planmäßig vorbereitet und zentral gesteuert. Zunächst wurden im Sommer 1940 alle in Frage kommenden Heil- und Pflegeanstalten Deutschlands verpflichtet, für ihre Anstaltsinsassen einen Meldebogen auszufüllen und an die Berliner Zentrale, die in der Tiergartenstraße 4 („T4“) angesiedelt war, zu senden. Der einseitige Meldebogen enthielt lediglich eine knappe Schilderung des Krankheitsverlaufs. 40 Psychiater begutachteten auf der Grundlage dieser Meldebögen die Prognose der Patienten und entschieden über Leben oder Tod, indem sie ein rotes „+“ oder ein blaues „-“ in ein Kästchen am linken unteren Rand eintrugen: – bedeutete Leben, + bedeutete Tod. Als Gutachter dienten sich willfährige Mediziner an [26].

Begonnen wurde Ende 1939 mit der Ermordung von Kindern. Dazu richtete man zunächst „Kinderfachabteilungen“ in Heil- und Pflegeanstalten und in Kinderkrankenhäusern ein. Mindestens 5000 geistig und/oder körperlich behinderte Säuglinge und Kinder wurden dorthin verbracht und getötet, zumeist nach dem „Luminal-Schema“: Dabei mengte man dem Essen der Kinder hohe Dosen des Barbiturats bei. Dies führte zwar nicht zum sofortigen Tod, schwächte aber die Abwehrkräfte, trübte das Bewusstsein und führte zu Aspiration. Unterernährung und pflegerische Vernachlässigung taten ein Übriges. Kam dann noch eine Infektion dazu, wie Typhus oder TB, war der geschwächte Organismus wehrlos. Das Ziel, „lebensunwertes Leben“ zu beseitigen, wurde so auf scheinbar natürliche Weise erreicht [27].



► **Abb. 6** „Wir stehen nicht allein“. Das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses v. 14.7.1933, links: „In diesen Ländern bestehen ähnliche Gesetze“, unten: „Folgende Länder erwägen ähnlichen Schutz“ (aus: Neues Volk 1936 (4) Nr. 3, S. 37). [rerif]

Da die Aktion „Kinder-Euthanasie“ relativ geräuschlos ablief und in der Bevölkerung kaum Protest laut wurde, begann man im Januar 1940 mit der Erwachsenen-„Euthanasie“. Die von den Gutachtern der Berliner Zentrale in der Tiergartenstraße selektierten Insassen der Heil- und Pflegeanstalten wurden zunächst in sog. „Zwischenanstalten“ gebracht, bevor sie nach einem ausgeklügelten Zeitplan in die eigentliche Tötungsanstalt transportiert wurden. In den 6 mit Gaskammern ausgestatteten Tötungsanstalten wurden die Opfer noch am selben Tag umgebracht, meist mit Kohlenmonoxyd. Mehr als 70 000 Menschen starben zwischen Januar 1940 und August 1941 in den dortigen Gaskammern. Unter den Opfern befanden sich auch Patienten mit TB, die in den damaligen „Irrenanstalten“ weit verbreitet war. Die TB war jedoch kein Selektionskriterium im Sinne des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ [27].

Widerspruch oder Gegenwehr seitens der Ärzte regte sich kaum. Nur vereinzelt gab es mutige Ärzte, die Patienten das Leben retteten oder sich weigerten, „beim Mordgeschäft mitzumachen“ [26]. Erst aufgrund des öffentlichen Protestes des Bischofs von Münster, Clemens August Graf von Galen, der von der Kanzel herab gegen die Tötung „lebensunwertem Lebens“ predigte und die Bevölkerung aufrüttelte, stoppte Hitler im August 1941 die „Aktion T4“ [28]. Die „Kinder-Euthanasie“ wurde jedoch bis 1945 fortgesetzt. Die „Euthanasie-Experten“ aus den 6 Tötungsanstalten der „Aktion T4“ – ein von SS-Ärzten geleitetes, „eingespieltes Team“ mit Fahrern, Krankenschwestern und

Pflegern, „Ofenbauern“ und Technikern – wurden in die okkupierten Ostgebiete versetzt – zum Aufbau von Vernichtungslagern, freilich in einem noch viel größeren Umfang [29].

Auch mit Hitlers Befehl, die „Aktion T4“ offiziell einzustellen, hatte das Morden kein Ende. Eine zweite Phase des Krankmordes wurde dezentral, unter der Regie der jeweiligen Anstaltsdirektoren und ohne direkte Anordnung „von oben“ durchgeführt („wilde Euthanasie“). Opfer waren Kranke mit körperlicher oder geistiger Behinderung, die von den Ärzten selektiert worden waren. Darüber hinaus wurde insbesondere in den Konzentrationslagern die „Aktion 14f13“, die „Invaliden- oder Häftlings-Euthanasie“, umgesetzt, benannt nach dem Aktenzeichen „14f13“. Die „13“ stand für die Todesart – „Vergasung“. Dafür wurden die Einrichtungen der T4-Tötungsanstalten genutzt ([3], siehe hier S. 164).

Eine weit umfassendere Mordaktion ab 1943 war die „Aktion Brandt“, benannt nach Hitlers Leibarzt [24]. Die Tötung erfolgte durch Giftinjektionen und systematische Vernachlässigung der Kranken. Auch viele TB-Patienten waren unter den Opfern. Anlass war der steigende Bedarf an Bettenkapazitäten für verwundete Soldaten; angesichts der zunehmenden Verknappung der Lebensmittel im Verlauf des Krieges war die Beseitigung „unnützer Esser“ ein von vielen akzeptiertes Argument. Da die „Aktion Brandt“ dezentral organisiert war, sind Opferzahlen schwer zu ermitteln. Nachweislich wurden mindestens 260 000 Menschen getötet. Auch ungezählte TB-Kranke befanden sich darunter. Als für den „Volkskörper Wertlose“ fanden sie einen langsamen, qualvollen Tod [30]. Aufgrund der Systematik der „Euthanasie“-Aktionen muss davon ausgegangen werden, dass Lungenärzte in vielerlei Funktionen beteiligt waren und zu Mitaltern wurden.

Zwangsassylierung und Tötung TB-Kranker

In der NS-Zeit galten TB-Kranke in erster Linie als Ansteckungsquelle und nicht als kranke Individuen. Wenn sie sich der Behandlung durch die Ärzte und/oder der Kontrolle durch die Gesundheitsämter entzogen, somit nach NS-Lesart durch ihr „asoziales“ Verhalten die deutsche Gesellschaft gesundheitlich gefährdeten, mussten sie mit Zwangsmaßnahmen rechnen. Darüber herrschte bei allen Organisationen, die mit der TB-Bekämpfung zu tun hatten, Konsens. Auch Vertreter der DTG stimmten dem zu, teilweise drängten sie geradezu auf rasche gesetzliche Regelungen. Insbesondere forderten sie eine gesetzliche Grundlage für die Zwangsassylierung „asozialer Offentuberkulöser“ [7].

Voraussetzung für eine effektive Umsetzung einer solchen zwangsweisen Verbringung von TB-Kranken in Anstalten war deren lückenlose Erfassung und damit die Meldepflicht für TB. Mit der „Verordnung zur Bekämpfung übertragbarer Krankheiten“ hob der Gesetzgeber am 1. Dezember 1938 das ärztliche Verschwiegenheitsgebot für die Tuberkulose auf [31]. Innerhalb von 24 Stunden hatten nicht nur Ärzte, Pflegepersonal und Fürsorgestellten, sondern auch das private Umfeld der Erkrankten Meldung an das staatliche Gesundheitsamt zu erstatten. Das staatliche Gesundheitsamt seinerseits musste umgehend die örtliche Polizei verständigen und mit Ermittlungen

über „Ursache, Art, Ansteckungsquelle und Ausbreitung der Krankheit“ beginnen. Sah sich der Amtsarzt dabei von „Uneinsichtigkeit sowie offenem oder verstecktem Widerstreben der Kranken“ behindert, konnte er die Zwangsassylierung anordnen [32].

Bereits 1934 hatte das nationalsozialistische Regime in Stadtroda nahe Jena eine Modellanstalt aufgebaut, in der als asozial stigmatisierte Patienten unter gefängnisähnlichen Bedingungen eingesperrt waren. Die Fenster der Anstalt waren vergittert, es gab bewaffnete Wärter und bei Verstößen gegen die strikte Hausdisziplin hatten Patienten mit Einzelhaft und Nahrungsentzug zu rechnen. Die dort eingesperrten Patienten wurden sehr schnell Opfer einer gezielten Politik der Vernachlässigung, die den Tod der Patienten zumindest billigend in Kauf nahm [7]. Die Verlegung in die Anstalt Stadtroda wurde als „endgültig“ angesehen, wie von Wilhelm Roloff, Oberarzt im Landeskrankenhaus Treuenbrietzen in Brandenburg, 1936 formuliert ([3], siehe hier S. 135). Er deutete damit an, dass die Patienten dort zum Sterben bestimmt waren. Als Folge der absichtlichen Unterversorgung verdoppelte sich innerhalb weniger Jahre die Zahl der Todesfälle in Stadtroda [33].

Die im Dezember 1938 verabschiedete „Verordnung zur Bekämpfung übertragbarer Krankheiten“ schaffte dann die rechtliche Grundlage für den Bau weiterer Sonderanstalten. 18 Anstalten dieser Art wurden bis 1942 nach dem Modell Stadtroda errichtet. Damit waren die Forderungen nach Absonderung, wie sie seit Jahren von prominenten Tuberkuloseärzten wie Joachim Hein, dem Chefarzt des TB-Krankenhauses Tönsheide und späteren DTG-Präsidenten (1951), und von Julius Kayser-Petersen, dem Gründungsmitglied und Generalsekretär der DTG (1925–1945), erhoben wurden, erfüllt und wurden Teil der NS-Gesundheitspolitik im Kampf gegen die TB [34]. Damit setzte ein Prozess der Zwangsassylierung und Tötung von TB-Kranken ein, dessen Ausmaß bis heute nicht beziffert werden kann. Die Zahl der Opfer geht sicher in die Tausende. Auf allen Ebenen wusste man oder ahnte man zumindest, was die kranken Menschen in den Sonderanstalten erwartete: vom Lungenarzt, der die Meldung erstattete, über den Amtsarzt im Gesundheitsamt, der die Begutachtung vornahm, bis hin zum Anstaltsarzt, der die Zwangsassylierten Patienten betreute. Von Stufe zu Stufe wuchs die Verantwortung und damit auch die Schuld der Beteiligten. Denn für jeden Arzt gab es einen gewissen Ermessens- und Handlungsspielraum – das wissen wir aus Einzelberichten. Aber nur wenige nutzten ihn zugunsten ihrer Patienten. Menschlichkeit und ärztliches Ethos blieben zumeist auf der Strecke [7, 34].

Der „Reichs-Tuberkulose-Ausschuß“ hatte im Januar 1943 mit den „Richtlinien für die Absonderung der Offentuberkulösen“ den Ärzten Entscheidungshilfen an die Hand gegeben. Danach sollten die TB-Kranken nach 2 Kriterien beurteilt und entsprechend behandelt werden: nach ihrer Arbeitsfähigkeit und nach ihrem Verhalten gegenüber der Gesellschaft. Bei „sozial gutartigen, heilfähigen Tuberkulösen ist Heilung anzustreben“, dagegen seien bei „Gemeinschaftsunfähigen [...]“ „alle Maßnahmen zu unterlassen, die den schicksalsmäßigen Ablauf der Tuberkulose aufhalten können“ [35]. So wurden die staatlichen Sonderanstalten, deren Aufbau die Landesversicherungsanstal-

ten finanzierten, auch zu Orten des Patientenmords: Durch gezielte Vernachlässigung und Unterversorgung mit Nahrungsmitteln wurde der Tod von arbeitsunfähigen Offentuberkulösen billigend in Kauf genommen. Vereinzelt gingen Anstalten dazu über, TB-Kranke durch Überdosierung von Medikamenten wie Luminal oder Morphium zu töten („aktive Euthanasie“), das allgemein angewandte Verfahren war jedoch die „passive Euthanasie“, die indirekte Tötung von Patienten durch Vernachlässigung. Das Ausmaß dieser Aktion war beträchtlich: Von den 30000 Menschen, die in den letzten Kriegsjahren in eine der 18 Sonderanstalten zwangseingewiesen wurden, verstarb bei nahe jeder Zehnte an den Folgen der Haft ([3], siehe hier S. 138).

In das heimtückische System der Zwangsassylierung waren nicht nur die Amtsärzte in den Gesundheitsämtern, sondern auch die ärztlichen Mitarbeiter der meist LVA-eigenen Heilanstalten eingebunden. Sie nutzten das System teilweise sogar für ihre eigenen Interessen, etwa indem sie missliebige Patienten in die Sonderanstalten einwiesen oder ihnen mit der Verbringung in eben diese drohten [36]. Auch in den Führungsetagen der Rentenversicherung wurde einem solchen Verhalten kein Riegel vorgeschoben, vielmehr bestärkte man Ärzte und Pflegepersonal teilweise noch in ihrem Handeln. So trugen auch die Landesversicherungsanstalten die Politik der „passiven Euthanasie“ mit ([3], siehe hier S.137). Einige Ärzte und Schwestern in LVA-eigenen Anstalten gingen noch einen Schritt weiter und töteten von sich aus TB-Patienten, um Platz zu schaffen für vermeintlich „wertvolle“ Kranke. In der Heilstätte Amsee bei Waren/Müritz tötete der Anstaltsarzt Werner Sick in den letzten Kriegstagen 7 seiner Patientinnen durch die Verabreichung einer hohen Dosis eines Narkotikums (Evipan) und rechtfertigte seine Handlungsweise vor Gericht damit, dass die Kranken ohnehin bald gestorben wären und er sie nur vor der drohenden Vergewaltigung durch Soldaten der heranrückenden Roten Armee habe bewahren wollen [37]. Der Nachkriegsprozess ging für den Arzt straffrei aus.

Im Verlauf des immer länger währenden Krieges drohte das Gesundheitswesen zusammenzubrechen. Medizin und Gesundheitswesen waren darauf nicht vorbereitet. Durch die vermehrten alliierten Luftangriffe gestaltete sich die Krankenhausversorgung im Reich immer schwieriger, viele Kliniken fielen dem Bombenkrieg zum Opfer und mussten evakuiert werden. Zahlreiche TB-Heilstätten wurden in Krankenhäuser, aber auch Lazarette umgewidmet. Die Wehrmacht hatte bereits in den ersten beiden Kriegsjahren knapp 20% aller Krankenhausbetten beschlagnahmt [30]. Wo immer möglich, versuchte man daher, TB-Betten frei zu machen, „Ballast abzuwerfen“ ([3], siehe hier S. 53). So nahm der nationalsozialistische Kampf gegen die TB zunehmend den Charakter eines Kampfs gegen TB-Kranke an. Sog. „Barackenkrankenhäuser“ wurden eingerichtet, in denen man die Kranken in „Heilbare“ und „Unheilbare“ trennte. Die „Unheilbaren“ ließ man verhungern. Auch rund 400 TB-kranker Zwangsarbeiter wurden im Herbst 1944 in der Heil- und Pflegeanstalt Hadamar, die im Rahmen der „T4-Aktion“ als Tötungsanstalt betrieben worden war, durch Gifteinjektionen ermordet [38,39]. Außerhalb des Reichsterritoriums verlief der Kampf gegen die TB besonders radikal im besetzten Polen. Zwischen

1939 und 1945 wurden hier zehntausende TB-kranker Polen getötet oder durch Vernachlässigung und Mangelernährung ums Leben gebracht ([40], S.91f.). Der Reichsstatthalter des Warthegaus, Arthur Greiser, ergriff sogar eine erste Initiative zur „Ausrottung“ der geschätzten 35000 offentuberkulösen Polen aus dem Warthegau, der nach NS-Plänen deutsches Siedlungsgebiet werden sollte. Der Plan wurde aus logistischen Gründen fallen gelassen ([3], siehe hier S. 174 – 176).

TB und Menschenversuche in nationalsozialistischen Lagern

In der Zeit der NS-Diktatur existierten verschiedene Kategorien von Lagern: die KZ-Stammlager wie Dachau oder Buchenwald (auf Reichsgebiet errichtet), die meist im besetzten Ausland betriebenen Vernichtungslager wie Auschwitz oder Treblinka, ferner die KZ-Außenlager (in der Regel Rüstungsbetrieben angegliedert), des Weiteren Arbeitserziehungslager, Jugend-Konzentrationslager (zur Internierung widerständiger Kinder und Jugendlicher), Ghettos, Kriegsgefangenenlager und „zivile“ Zwangsarbeiterlager. Wenn auch die Lebensbedingungen in den verschiedenen Lagern sich unterschiedlich (schlimm) gestalteten, so war doch allen gemein, dass hier Menschen auf engstem Raum zusammengepfercht leben mussten und mangelernährt waren. Auch herrschten miserable hygienische Verhältnisse ([3], siehe hier S. 86–89). So nimmt es nicht Wunder, dass in allen Lagern Infektionskrankheiten grassierten.

In den NS-Konzentrationslagern zählte die TB zu den vorherrschenden Krankheiten. Von den etwa 6 Millionen Juden, 500000 Sinti und Roma sowie anderen Minderheiten und politisch Verfolgten, die von den NS ermordet wurden, waren die meist über unterschiedliche Zeiträume dort interniert. Schätzungsweise jeder zehnte Häftling war von der TB betroffen [7]. Zum Thema TB in Kriegsgefangenenlagern existieren nur wenige Berichte, die Zahl der TB-Opfer muss aber gewaltig gewesen sein: Allein 5 Millionen sowjetische Soldaten gerieten zwischen 1941 und 1945 in Gefangenschaft, von ihnen starben in den Lagern 3,3 Millionen infolge Unterernährung, schwerer Zwangsarbeit und Infektionskrankheiten wie Typhus, Fleckfieber und TB [41].

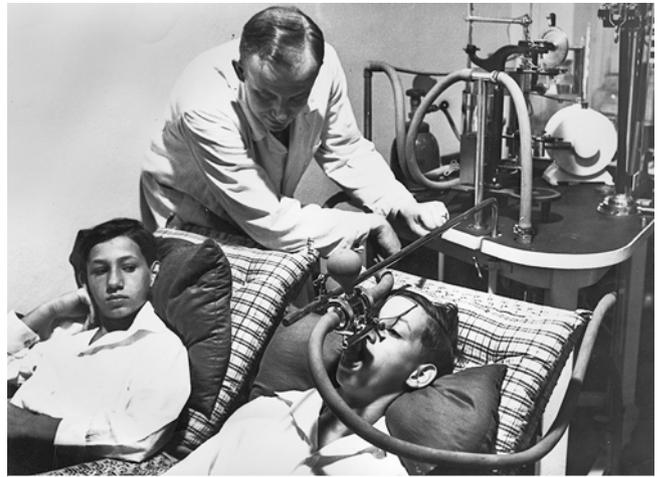
Mit Beginn des Zweiten Weltkriegs wurden in den Konzentrationslagern zahlreiche Versuche an Häftlingen durchgeführt, meist zur Erprobung neuer Heilmittel. Bei vielen Versuchen nahmen die Ärzte einen tödlichen Verlauf in Kauf, bei einigen war der Tod des Probanden sogar geplanter Teil des Experiments [42]. Dokumentiert sind mehrere TB-Versuche: die Therapieversuche mit homöopathischen Präparaten gegen Lungen-TB im KZ Dachau, die TB-Experimente des niederländischen Mediziners Gualtherus Zahn im KZ Sachsenhausen, die Heilversuche mit Kohlenruß des SS-Lagerarztes Waldemar Hoven im KZ Buchenwald und die brutalen Versuche an Kindern durch den SS-Arzt Kurt Heißmeyer im KZ Neuengamme [40].

Kurt Heißmeyer, Oberarzt an den Heilanstalten in Hohenlychen und DTG-Mitglied, ging es bei seinen Versuchen um die Frage, ob sich der Zustand von TB-Kranken durch gezieltes Setzen eines weiteren Tuberkuloseherdes auf der Haut günstig be-

einfließen ließ. Für seine Experimente infizierte er zunächst 10 russische und serbische Kriegsgefangene mit lebenden TB-Bakterien, 10 von ihnen starben kurz darauf an TB. In einer zweiten Versuchsreihe infizierte er im Januar 1945 in ähnlicher Weise 20 jüdische Kinder, die man extra zu diesem Zweck aus dem KZ Auschwitz geholt hatte. Um die Wirkung seines Therapieverfahrens zu prüfen, entnahm Heißmeyer den geimpften Kindern auch Lymphknoten zur histologischen Untersuchung. Als kurz darauf die alliierten Truppen vor der Tür standen, vergrub er die Versuchsunterlagen, um das Material später wissenschaftlich auswerten zu können [43]. Die Opfer der Versuche, 10 Mädchen und 10 Jungen im Alter von 5 bis 12 Jahren, die meisten von ihnen aus Polen, wurden am 20. April 1945 im Keller des KZ-Außenlagers Bullenhuser Damm zur Beseitigung von Spuren erhängt, ihre Leichen im Krematorium des KZ Neuengamme verbrannt. Heißmeyer arbeitete nach dem Krieg bis 1963 unbehelligt als Lungenfacharzt in Magdeburg, bis ihm wegen Verbrechens gegen die Menschlichkeit der Prozess gemacht und er zu lebenslangem Zuchthaus verurteilt wurde [43].

Auch außerhalb der Konzentrationslager wurden Versuche mit Impfstoffen durchgeführt. So fanden seit Ende 1941 in Wien an der Universitäts-Kinderklinik unter Franz Hamburger und Elmar Turk BCG-Impfungen an behinderten Kindern statt. Ihnen fiel eine nicht bekannte Zahl von Kindern zum Opfer [44]. An der Charité-Kinderklinik in Berlin führte ihr Leiter, Georg Bessau, Experimente mit einem noch unerprobten TB-Impfstoff an behinderten Kindern der Heil- und Pflgeanstalt Berlin-Wittenau durch. Die meisten Kinder erlitten schwere Folgeschäden der Impfung, mindestens 10 von ihnen starben [45].

Zu militärmedizinischen Zwecken wurden in den Konzentrationslagern u. a. auch Untersuchungen an Häftlingen zur Entwicklung von Giftgasen und zur Erforschung menschlicher Leistungsgrenzen in Extremsituationen vorgenommen [46]. Letztere wurden vom „Institut der Deutschen Versuchsanstalt für Luftfahrt“ in Berlin koordiniert und im KZ Dachau ausgeführt. Es sollten Fallschirmabsprünge aus großer Höhe (zwischen 12 und 21 km) simuliert werden. Den Experimenten an den Häftlingen waren risikoreiche Versuche an Studenten und Soldaten in Unterdruckkammern an der Universität Gießen unter Leitung von Albert Johann Anthony, Lungenfacharzt und DTG-Mitglied, vorausgegangen. Ab 1940 war Anthony als medizinischer Referent der Heeres-sanitätsinspektion für die Weiterführung dieser Forschungsvorhaben verantwortlich. Die Menschenversuche wurden im Frühjahr 1942 im KZ Dachau von dem SS-Arzt Sigmund Rascher vorgenommen. In einer mobilen Unterdruckkammer testete er unter Extrembedingungen 180 bis 200 Häftlinge, durchwegs gesunde junge Männer. 70 von ihnen kamen bei den Experimenten ums Leben. Der Erkenntnisgewinn dieser grausamen Menschenversuche war gleich null. Rascher wurde 3 Tage vor der Befreiung des Lagers Dachau durch die Alliierten auf Befehl Himmlers exekutiert [47].



► **Abb. 7** Otmar Freiherr von Verschuer bei der Messung von Lungenvolumina bei Zwillingen (Archiv der Max-Planck-Gesellschaft, Berlin-Dahlem). [rerif]

Die Rolle der institutionalisierten Lungenheilkunde

TB war für die Lungenheilkunde das beherrschende Thema. Die beiden wichtigsten Institutionen der Lungenheilkunde in Deutschland waren das DZK und die DTG. Bereits 1933 war das DZK in den „Reichs-Tuberkulose-Ausschuß“ (RTA) überführt worden, der RTA wiederum wurde seit dessen Gründung 1938 dem „Reichs-Tuberkulose Rat“ (RTR) unterstellt. Als Präsident fungierte ab 1938 Otto Walter. Das Amt des Vizepräsidenten und ersten Generalsekretärs bekleidete von 1941 bis 1945 Julius E. Kayser-Petersen (zugleich Geschäftsführer der DTG). Weitere Protagonisten, die schon vor 1933 die Diskussion um die TB-Bekämpfung bestimmt hatten, waren u. a. die Lungenärzte Ludolph Brauer und Hermann Braeuning sowie der Pathologe Ludwig Aschoff. Unter den publizistisch wie politisch einflussreichen TB-Experten sind der bereits genannte Julius Kayser-Petersen, Kurt Klare, Hellmuth Ulrici, Rolf Griesbach, Franz Ickert und Franz Redeker zu nennen. Die personellen Verflechtungen zwischen dem DZK und der DTG, den beiden „big players“ in der TB-Szene, waren mannigfaltig ([3], siehe hier S. 227). Ähnlich verhielt es sich mit den Verbindungen zwischen den Vertretern der Lungenheilkunde und den Repräsentanten der NS-Gesundheitspolitik. Trotz Affinität zum Nationalsozialismus – auch bei führenden TB-Ärzten – ließen sich doch Unterschiede in der politischen Einstellung wie im ärztlichen Ethos erkennen.

Ein deutlicher Dissens bestand in der Frage des Erbfaktors bei der Entwicklung der TB. Die seit Anfang des 20. Jahrhunderts geführte Diskussion brach nun mit aller Heftigkeit erneut auf. Wichtigste Vertreter der These einer weitgehend genetischen Disposition zur TB waren Karl Diehl und Otmar von Verschuer (► **Abb. 7**), die aufgrund ihrer Zwillingenforschungen von der Heredität des Leidens ausgingen [48]. In einer 1933 veröffentlichten Untersuchung an 106 Zwillingen fanden sie bei eineiigen, also erbgleichen Zwillingen ein signifikant höheres TB-Risiko als bei zweieiigen. Sie folgerten aus den Ergebnissen ih-

rer Studie, dass die TB eine Stellung zwischen den Erb- und den Infektionskrankheiten einnehme, und plädierten dafür, die freiwillige Sterilisierung von TB-Kranken zu legalisieren [49]. Nicht wenige TB-Experten schlossen sich dieser Forderung an. Franz Ickert verlangte sogar, das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ auszuweiten: „Das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses möchten wir daher ausgedehnt wissen 1. auf Personen mit fortgeschrittener und weiter fortschreitenden Tuberkulose, 2. auf asoziale und antisoziale Offentuberkulose, 3. auf beide Partner derjenigen Ehen, in denen beide Partner klinisch tuberkulös sind.“ [10].

Die Gegenposition vertrat Bruno Lange von der Seuchenabteilung des Robert Koch-Instituts. Er zog die Aussagekraft der Zwillingsstudien von Diehl und von Verschuer aus methodischen Gründen in Zweifel [50]. Auch Franz Redeker, Vorsitzender der DTG 1933/34, und der DTG-Geschäftsführer Kayser-Petersen zogen mit methodenkritischen Argumenten gegen die Publikationen von Diehl und Verschuer zu Felde. Andere prominente Vertreter des Faches wie Rolf Griesbach waren in ihrem Urteil zwiespältiger. Während Griesbach 1933 noch eugenische Richtlinien einforderte, sprach er 1941 der Eugenik als Methode zur TB-Bekämpfung jede praktische Bedeutung ab. Letztlich gewannen die Kritiker der Erblichkeitsthese im RTA an Gewicht und die TB wurde in der NS-Gesundheitspolitik als Infektionsleiden mit genetischer Disposition eingestuft. Damit wurde sie von der NS-Gesundheitspolitik nicht rassenhygienisch vereinnahmt und tauchte nicht auf der ominösen Liste der vererbbaaren Krankheiten auf wie die meisten psychiatrischen Erkrankungen. Demnach stellte die TB keine gesetzlich sanktionierte Indikation für eugenisch begründete Eingriffe wie Schwangerschaftsabbruch, Sterilisation oder gar „aktive Euthanasie“ dar ([3], hier siehe S. 90f).

Weniger eindeutig war die Position der institutionalisierten wie der praktizierten Lungenheilkunde in einem anderen heiß umstrittenen Thema, dem der Zwangsmaßnahmen gegenüber bestimmten TB-Kranken. Für viele Lungenärzte klang die von den Nationalsozialisten angekündigte Disziplinierung von Patienten, die sich der Kontrolle, der Therapie oder der Aufnahme in Heilstätten entzogen, durchaus attraktiv. Man machte sich die Argumente der NS-Politik zu eigen, wonach arbeitsunfähige TB-Kranke für die „Volksgemeinschaft“ wertlos seien und als „sozialer Ballast“ ausgegrenzt werden müssten. Man war einverstanden damit, dass TB-Kranken das „Ehstandsdarlehen“ verweigert und auch das Heiraten untersagt werden konnte. Und man schwieg zum Prozess der Zwangsasylie von TB-Kranken, die den Tod bedeuten konnte. Jeder Arzt wusste oder ahnte zumindest, was die zwangsasylierten Menschen erwartete. Aber nur wenige folgten dem ärztlichen Ethos und ihrem Gewissen [26]. Die Repräsentanten der institutionalisierten Lungenheilkunde schwiegen zu dem tausendfachen Mord ([3], siehe hier S. 298).

Mit der Verschärfung diskriminierender Maßnahmen durch die NS-Politik wuchs auch die Verstrickung von Akteuren der Lungenheilkunde in das System: Sie begann mit der kritiklosen Übernahme von rassenhygienischem Gedankengut durch Vertreter des RTA und einer überschwänglichen Begrüßung der Hitlerregierung durch den DTG-Vorsitzenden, setzte sich fort

mit dem Wegducken aller Fachvertreter bei der sozialen Ausgrenzung von TB-Kranken und der Beteiligung von Amtsärzten an ihrer Zwangsasylie und gipfelte in der aktiven Beteiligung von Lungenärzten an der „passiven Euthanasie“ in Lungenheilstätten. Die Frage nach der Schuld wurde nicht gestellt, kaum einer der aktiv oder passiv Beteiligten zur Verantwortung gezogen: „Die meisten wurden nach dem Krieg in ihren Funktionen bestätigt, einige machten sogar Karriere“ ([3], siehe hier S. 298). Franz Ickert, einer der strikten Befürworter der Asylie von TB-Kranken, wurde 1948 Vorsitzender der wieder begründeten DTG. Franz Redeker, 1933/34 Vorsitzender der DTG, wurde 1953 Präsident des Bundesgesundheitsamtes und Julius Emil Kayser-Petersen, von 1940 bis 1945 Generalsekretär und Vizepräsident des RTA und TB-Referent im Reichsinnenministerium, wurde 1953 von der DDR-Regierung mit dem Titel „Verdienter Arzt des Volkes“ geehrt ([3], siehe hier S. 234).

Mit der bedingungslosen Kapitulation der Wehrmacht am 8. Mai 1945 war der Krieg des verbrecherischen NS-Regimes gegen nahezu den Rest der Welt verloren gegangen. Auch der Kampf gegen die TB, den die NS-Gesundheitspolitiker mit aller staatlichen Gewalt und teilweise verbrecherischen Mitteln geführt hatten, war erfolglos geblieben: Ende des Zweiten Weltkriegs hatte sich die geschätzte TB-Sterblichkeit in Deutschland mit 100–150/100 000 Einwohner gegenüber den Vorkriegszahlen verdoppelt [51]. Die Siegermächte verfolgten bei der politischen Neuorganisation Deutschlands die in Jalta beschlossene Politik der Entnazifizierung, Demokratisierung, Demilitarisierung und Dezentralisierung des Landes. Dazu zählte auch die Auflösung aller nichtstaatlichen Vereinigungen und Organisationen, so auch der DTG und des RTA. Doch die Entnazifizierung wurde nur halbherzig umgesetzt, man brauchte angesichts der erschreckenden Zunahme der TB weiterhin die Expertise auf diesem Gebiet. Alte Strukturen und Personen wurden reaktiviert. So unternahm man Ende 1947 erste Schritte zur Wiedergründung der DTG, im März 1948 fand die erste Vorstands- und Beiratssitzung in Hannover statt. Altbekannte Namen aus der NS-Zeit tauchten wieder auf wie die von Ickert, Kayser-Petersen und Redeker, aber auch der des Lungenarztes Rolf Griesbach (seit 1933 Mitglied der NSDAP und von 1934 bis 1937 TB-Referent der SA) und des Hygienikers Karl-Wilhelm Jötten, an dessen Institut in Münster rassenhygienische Forschungen an 4300 Kindern betrieben worden waren und der die Zwangssterilisation von „Minderwertigen“ befürwortet hatte ([3], S. 283). Das DZK wurde erst 1949 in Bad Neuenahr von den Gesundheitsministern der westdeutschen Länder wiedergegründet. Ihr Präsident wurde Franz Redeker, ihr Generalsekretär Franz Ickert – beide gefragte TB-Experten im „Dritten Reich“ [52].

Die Lehren aus der Vergangenheit

Der in den letzten Jahren häufig zu hörenden Forderung, „die Vergangenheit doch endlich ruhen zu lassen“ und die kollektive Erinnerungsarbeit zu beenden, lässt sich mit Stefan Austs Worten entgegnen: „Ich glaube, dass es wieder passieren kann. Und ich glaube auch, dass wir uns deswegen so genau mit Hitler und dem Dritten Reich beschäftigen müssen, um uns klarzuma-

chen, unter welchen Umständen eine so fürchterliche Entwicklung möglich ist.“ [53] Die Erinnerung an den NS-Terror, die millionenfache, systematische Ermordung von Menschen insbesondere jüdischer Abstammung, sollte uns mahnen, stets aufmerksam zu sein, auch in unserem scheinbar gefestigten demokratischen System, um ethische Grenzüberschreitungen, auch in der Medizin, in ihren Anfängen rechtzeitig zu erkennen und gegenzusteuern.

Die deutsche Ärzteschaft stellte sich erst spät dem Thema der Verstrickung medizinischer Organisationen und Personen in die Verbrechen des Nationalsozialismus: „Die Scham wird immer bleiben“, bekannte 1987 der Präsident der Bundesärztekammer, Karsten Vilmar, im Interview mit dem Deutschen Ärzteblatt [54]. „Den Ärzten bleibe „vielleicht die Gnade des Verzeihens, aber niemals das Vergessen“ [55]. Die übergroße Mehrheit der Ärzte habe zu zwangsweiser Sterilisierung, zehntausendfachem Mord an Kranken und medizinischen Experimenten an Menschen geschwiegen oder sei einverstanden gewesen, musste Jahre später auch Vilmars Nachfolger Jörg-Dietrich Hoppe gestehen, und das sei eine „unerträgliche Erkenntnis“ [55]. Es sei nicht nur Opportunismus gewesen, der die Ärzte antrieb, oder Feigheit, die sie vom Widerstand abhielt. Vielfach sei es auch tiefe Überzeugung gewesen, die Ärzte zu unethischem Handeln getrieben habe und schuldig werden ließ. Denn rassenhygienisches Gedankengut war in der Ärzteschaft – schon vor der NS-Zeit – tief verwurzelt. Kein Mediziner sei jedoch gezwungen worden, sich an Krankentötungen zu beteiligen. Mit diesem Eingeständnis brach die institutionalisierte Ärzteschaft auch mit dem lange gepflegten Mythos, nur einzelne fanatische NS-Ärzte hätten medizinische Verbrechen begangen, die Politik habe der Medizin die Krankenmorde sozusagen aufgezwungen [26].

Welche Schlussfolgerungen können wir aus dem geschilderten Verlauf des unmenschlichen Kampfes der Nationalsozialisten gegen die TB und der verhängnisvollen Verstrickung der Lungenärzte ziehen? Auf gesetzlicher, institutioneller und personeller Ebene bildete sich aus einzelnen Schritten – Veröffentlichungen, Verordnungen, Maßnahmen – ein System der Ausgrenzung von TB-Kranken bis hin zu ihrer Ermordung. Dieses System wurde nicht nur von Einzeltätern getragen. In dem Sinne sind auch diejenigen schuldig geworden, die auf unterschiedliche Weise mitgewirkt haben an dem, was den Verbrechen selbst vorausging. Ein Resümee für nachfolgende Generationen ist sicherlich die Mahnung und Aufforderung zugleich, dafür zu sorgen, dass sich die „Verbrechensgeschichte der Medizin“ nicht wiederholt [56]. Der Historiker Heinrich August Winkler formulierte es so: „Eine Schuld der Nachlebenden gibt es nicht. Aber aus der historischen Schuld ist eine bleibende Verantwortung der Deutschen erwachsen: Sie müssen sich ihrer widerspruchsvollen Geschichte stellen und Folgerungen aus dem ziehen, wohin diese Geschichte nach der Machtübertragung an Hitler geführt hat. „Die Würde des Menschen ist unantastbar“: So heißt es in Artikel 1 des Grundgesetzes aus dem Jahr 1949. Das war damals eine Antwort auf die Erfahrungen der NS-Zeit. Es gibt keine bessere Antwort.“ [57]

Danksagung

Unser Dank gilt den Koautoren des Buchs „Die Lungenheilkunde im Nationalsozialismus. Berlin: Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V.; 2018“: Thomas Beddies, Patrick Bernhard, Florian Bruns, Johannes Donhauser, Astrid Ley, Udo Schagen, Sabine Schleiermacher und Peter Steinkamp.

Interessenkonflikt

Die Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

- [1] Mitscherlich A, Mielke F. Wissenschaft ohne Menschlichkeit: medizinische und eugenische Irrwege unter Diktatur, Bürokratie und Krieg. Heidelberg: Schneider; 1949
- [2] Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V., Hrsg. 100 Jahre DGP – 100 Jahre deutsche Pneumologie. Berlin, Heidelberg: Springer; 2010
- [3] Loddenkemper R, Konietzko N, Seehausen V, Hrsg. (unter Mitarbeit von Bruns F und Ley A). Die Lungenheilkunde im Nationalsozialismus. Berlin: Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V.; 2018
- [4] Baer G. Vorschläge zur Tuberkulosebekämpfung im neuen Deutschland. Praktische Tuberkulose-Blätter 1933; 7: 145 – 150
- [5] Loddenkemper R. Die DGP im Licht der politischen Veränderungen. In: Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin, Hrsg. 100 Jahre DGP – 100 Jahre deutsche Pneumologie. Berlin, Heidelberg: Springer; 2010: 115 – 122
- [6] Bruns F. Medizinethik im Nationalsozialismus. Entwicklungen und Protagonisten in Berlin (1939–1945) Stuttgart: Steiner; 2009
- [7] Ley A. Zwischen Erleiden und Infektionskrankheit: Wahrnehmung und Umgang mit Tuberkulose im Nationalsozialismus. Pneumologie 2006; 60: 360 – 365 (hier S. 361)
- [8] Baur E, Fischer E, Lenz F. Grundriß der menschlichen Erblehre und Rassenhygiene. München: J. F. Lehmanns; 1921
- [9] Kelting K. Das Tuberkuloseproblem im Nationalsozialismus (Dissertation). Kiel: Christian-Albrechts-Universität zu Kiel; 1974
- [10] Ickert F. Rassenhygiene und Tuberkulosebekämpfung. Beiträge zur Klinik der Tuberkulose und spezifischen Tuberkuloseforschung 1933; 83: 660
- [11] Jachertz N. NS Machtergreifung – Freudigst fügte sich die Ärzteschaft. Dtsch Ärztebl 2008; 105: A 622 – 624 hier A 622
- [12] Ickert F. Die Geschichte der Entwicklung des Deutschen Zentralkomitees zur Bekämpfung der Tuberkulose. In: Tuberkulose-Jahrbuch 1950/51. Berlin, Göttingen, Heidelberg: Springer; 1952: 4 – 11 (hier S. 9)
- [13] Braeuning H. Eröffnungsansprache. Beiträge zur Klinik der Tuberkulose und spezifischen Tuberkulose-Forschung 1933; 83: 647 – 650 (hier S. 649)
- [14] Jäckel E, Kuhn A, Hrsg. Hitler. Sämtliche Aufzeichnungen 1905–1924 Stuttgart: DVA; 1980 (hier S. 918 [Dok-Nr. 524] und S. 159 [Dok.-Nr. 116])
- [15] Gruner W, Hrsg. Die Verfolgung und Ermordung der europäischen Juden durch das nationalsozialistische Deutschland 1933–1945. Band 1: Deutsches Reich 1933–1937. München: Oldenbourg; 2008: (hier S. 550–552, S. 613)

- [16] Ohnhäuser T. Verfolgung, Suizid und jüdische Ärzte. Annäherung an ein wenig erforschtes Thema. In: Beddies T, Doetz S, Kopke C, Hrsg. Jüdische Ärztinnen und Ärzte im Nationalsozialismus. Entrechtung, Vertreibung, Ermordung. Berlin, Boston: De Gruyter Oldenbourg; 2014: 265–289
- [17] Redeker F, Kayser-Petersen JE. Niederschrift über die Mitgliederversammlung der Deutschen Tuberkulose-Gesellschaft am Freitag, den 22. September 1933 (in Eisenach). Beiträge zur Klinik der Tuberkulose und spezifischen Tuberkulose-Forschung 1933; 83: 723–726 (hier S. 723)
- [18] Aschoff L, Kayser-Petersen J. Niederschrift der Mitgliederversammlung der Deutschen Tuberkulose-Gesellschaft am Freitag, dem 2. VI. 1939 in Graz. Der Öffentliche Gesundheitsdienst B 1939; 5: 375–376
- [19] Krischel M, Schmidt M, Groß D, Hrsg. Medizinische Fachgesellschaften im Nationalsozialismus. Bestandsaufnahmen und Perspektiven Münster: LIT-Verlag; 2016
- [20] Graffmann-Weschke K. Lydia Rabinowitsch-Kempner (1871–1935). Leben und Werk einer der führenden Persönlichkeiten der Tuberkuloseforschung am Anfang des 20. Jahrhunderts. Herdecke: GCA-Verlag; 1999
- [21] Drings P, Thierfelder J, Weidmann B, Willig F, Hrsg. Albert Fraenkel – Ein Arztleben in Licht und Schatten 1864–1938. Landsberg: Ecomed; 2004
- [22] Marks S. Warum folgten sie Hitler? Die Psychologie des Nationalsozialismus Düsseldorf: Patmos; 2007
- [23] Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 14. Juli 1933. Reichsgesetzblatt; Teil I, 1933; 80: 529–531
- [24] Ley A. Zwangssterilisation und Ärzteschaft. Hintergründe und Ziele ärztlichen Handelns 1934–1945 Frankfurt/M: Campus; 2004
- [25] Schmidt U. Hitlers Arzt Karl Brandt. Medizin und Macht im Dritten Reich Berlin: Aufbau; 2009
- [26] Jachertz N. NS Machtergreifung (II) – Abwärts auf der schiefen Bahn. Dtsch Ärztebl 2008; 105: A781–784
- [27] Klee E. „Euthanasie“ im NS-Staat. Die „Vernichtung lebensunwerten Lebens“. Frankfurt/M.: S. Fischer; 1983
- [28] Schmuhl HW. Rassenhygiene, Nationalsozialismus, Euthanasie. Von der Verhütung zur Vernichtung „lebensunwerten Lebens“ 1890–1945. 2. Aufl. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht; 1992
- [29] Götz A (Hrsg.) Aktion T4: 1939–1945. Die „Euthanasie“-Zentrale in der Tiergartenstraße 4. Berlin: Edition Hentrich; 1989
- [30] Süß W. Der „Volkskörper“ im Krieg. Gesundheitspolitik, Gesundheitsverhältnisse und Krankenmord im nationalsozialistischen Deutschland 1939–1945. München: Oldenbourg; 2003
- [31] Reichsgesetzblatt I. 1938: Nr. 208, v. 1.12.38: 1721–1724
- [32] Klein F. Die Aufgaben der Tuberkulosefürsorge und die hierbei erforderliche Zusammenarbeit der Gesundheitsämter mit den praktischen Ärzten, Heilstätten und Parteistellen. Veröffentlichungen aus dem Gebiet des Volksgesundheitsdienstes 1938; 50: 595–622 (hier S. 602)
- [33] Renner R. Zur Geschichte der Thüringischen Landesheilstätten des Thüringischen Landeskrankenhauses Stadtroda 1933 bis 1945 unter besonderer Berücksichtigung der nationalsozialistischen Euthanasie (Dissertation). Jena: Friedrich-Schiller-Universität; 2004: 26
- [34] von Miquel M. Der Umgang mit Tuberkulosekranken. In: Schmidt A, Hrsg. 125 Rentenversicherung in Westfalen: Sicherheit für Generationen, 1890 bis 2015. Dokumentations- und Forschungsstelle der Sozialversicherungsträger e.V. Münster; sv:dok; 2015
- [35] Richtlinien des Reichs-Tuberkulose-Ausschusses über die Absonderung ansteckend Tuberkulöser. Der Öffentliche Gesundheitsdienst 1943; 105 (17/18): 225–228 (hier S. 227)
- [36] Flessner A. Tuberkulose und Krankenmord in Oldenburg. In: Flessner A, George U, Harms I, Keller R, Hrsg. Forschungen zur Medizin im Nationalsozialismus. Vorgeschichte – Verbrechen – Nachwirkungen. Göttingen: Wallstein; 2014: 45–58
- [37] Landesarchiv Schleswig-Holstein (SHLA), Abt. 352.4, Nr. 551, Bl. 74
- [38] George U. Polnische und sowjetische Zwangsarbeitende als Opfer der NS-„Euthanasie“-Verbrechen. Das Beispiel Hadamar. In: Frewer A, Siedbürger G, Hrsg. Medizin und Zwangsarbeit im Nationalsozialismus. Frankfurt/M.: Campus; 2004: 389–406
- [39] Kaufmann H, Schulmeyer K. Die polnischen und sowjetischen Zwangsarbeiter in Hadamar. In: Roer D, Henkel D, Hrsg. Psychiatrie im Faschismus. Die Anstalt Hadamar. Bonn: Psychiatrie-Verlag; 1986: 256–282
- [40] Wolters C. Tuberkulose und Menschenversuche im Nationalsozialismus. Das Netzwerk hinter den Tbc-Versuchen im Konzentrationslager Sachsenhausen Stuttgart: Steiner; 2011
- [41] Streit C. Keine Kameraden. Die Wehrmacht und die sowjetischen Kriegsgefangenen 1941–1945 Bonn: Dietz; 1997: 10f.
- [42] Roelcke V. Die Sulfonamid-Experimente in nationalsozialistischen Konzentrationslagern: Eine kritische Neubewertung der epistemologischen und ethischen Dimension. Medizinhistorisches Journal 2009; 44: 42–60
- [43] Groschek I, Vogt K. „... dass du weißt, was hier passiert ist“. Medizinische Experimente im KZ Neuengamme und die Morde am Bullenhuser Damm Bremen: Edition Temmen; 2012
- [44] Mende S. Die Wiener Heil- und Pflgeanstalt „Am Steinhof“ im Nationalsozialismus. Frankfurt/M.: Lang; 2000: 140–144
- [45] Beddies T, Schmiedebach H-P. „Euthanasie“-Opfer und Versuchsobjekte. Kranke und behinderte Kinder in Berlin während des Zweiten Weltkriegs. Medizinhistorisches Journal 2004; 39: 165–196
- [46] Eckart WU, Neumann A (Hrsg.) Medizin im Zweiten Weltkrieg. Militärmedizinische Praxis und medizinische Wissenschaft im „Totalen Krieg“ Paderborn: Schöningh; 2006
- [47] Baumann T. Die Gesellschaft für Kreislaufforschung im Nationalsozialismus 1933–1945. Berlin, Heidelberg: Springer; 2017
- [48] Diehl K. Erbuntersuchungen an tuberkulösen Zwillingen. Beiträge zur Klinik der Tuberkulose und spezifischen Tuberkulose-Forschung 1932; 81: 223–226
- [49] Diehl K, Verschuer O von. Zwillingstuberkulose. Jena: Fischer; 1933
- [50] Hinz-Wessels A. Das Robert Koch-Institut im Nationalsozialismus. Berlin: Kadmos; 2008: 73–79
- [51] Redeker F. Epidemiologie und Statistik der Tuberkulose. In: Hein J, Kleinschmidt H, Uehlinger E, Hrsg. Handbuch der Tuberkulose. Stuttgart: Thieme; 1958: 407–498
- [52] Ferlinz R. Die Tuberkulose in Deutschland und das Deutsche Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose. Pneumologie 1995; 49 (Suppl. 03): 617–632
- [53] Staas C. Was geht mich das noch an? [online]: Die Zeit; 04.11. 2010: Im Internet: www.zeit.de/2010/45/Erinnern-NS-Zeit-Jugendliche [Stand: 19.09.2017]
- [54] Vilmar K. Die „Vergangenheitsbewältigung“ darf nicht kollektiv die Ärzte diffamieren (Interview). Dtsch Ärztebl 1987; 84: A 1185–1197
- [55] von Hardenberg N. Die unerträgliche Schuld der Ärzte. [online]: Die Süddeutsche Zeitung; 23.03. 2011. Im Internet: www.sueddeutsche.de/wissen/nationalsozialismusdie-unertraegliche-schuld-der-aerzte-1.1076305 [Stand: 19.09.2017]
- [56] Fritz-Bauer-Institut. Nationalsozialistische Medizin vor Gericht. Im Internet: www.fritz-bauer-archiv.de/index.php/ns-medizin [Stand: 19.09.2017]
- [57] Winkler HA. In der Umfrage des Magazins Stern „Müssen wir uns heute noch schuldig fühlen?“ 27.01. 2005. Im Internet: www.stern.de/politik/deutschland/auschwitz-muessen-wir-uns-heute-noch-schuldig-fuehlen-3544972.htm [Stand: 19.09.2017]