

Lutz Kreller / Franziska Kuschel

Vom »Volkskörper« zum Individuum

Das Bundesministerium für Gesundheitswesen
nach dem Nationalsozialismus



Wallstein

Lutz Kreller | Franziska Kuschel

Vom »Volkskörper« zum Individuum

Lutz Kreller | Franziska Kuschel

Vom »Volkskörper« zum Individuum

Das Bundesministerium
für Gesundheitswesen nach
dem Nationalsozialismus

WALLSTEIN VERLAG

Gefördert durch das Bundesministerium für Gesundheit aufgrund eines Beschlusses des Deutschen Bundestages

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

© Wallstein Verlag, Göttingen 2022

www.wallstein-verlag.de

Vom Verlag gesetzt aus der Adobe Garamond und der Raleway

Umschlaggestaltung: Susanne Gerhards, Düsseldorf

© SG-Image unter Verwendung der Fotografie: Käte Strobel, Bundesministerin für Jugend, Familie und Gesundheit, bei der Vorstellung einer neuen Kampagne für mehr Bewegung, Anfang der 1970er Jahre

Fotograf: Horstmüller; Süddeutsche Zeitung Photo, Bild-ID 00612961

Lithografie: SchwabSantechnik, Göttingen

ISBN (Print): 978-3-8353-5201-8

ISBN (E-Book, pdf): 978-3-8353-4875-2

Inhalt

Einleitung: Gesundheit als Hypothek (Lutz Kreller)..... 7

I. Vorgeschichte(n): Wurzeln des BMGes (Lutz Kreller)

1. Gesundheit und Verwaltung vor 1945 21

Besonderheiten: Die Anfänge der Gesundheitsverwaltung im Deutschen Reich 21 | Der Erste Weltkrieg als Zäsur: Gesundheitspolitik in der Weimarer Republik 28 | Entgrenzung und Polykratie: Gesundheit und Medizin als Ideologien im NS-Staat 35

2. Das verspätete Ministerium 45

Zusammenbruchsgesellschaft: Die Gesundheitsbürokratien der westlichen Besatzungszonen 45 | Kein Bundesressort 1949: Die Gesundheitsabteilung im Bundesministerium des Innern 52 | Das BMGes 1961: Gesundheit als neue Priorität? 59

II. Einstellungspraxis und Rekrutierungsmuster: Maßstäbe der Personalpolitik (Lutz Kreller | Franziska Kuschel)

1. Leitendes Personal 69

Erfahrene Beamte: Alter – Geschlecht – Professionen 71 | Lebenswege und Netzwerke: Der Faktor NS-Vergangenheit 83 | Abteilungskulturen und generationeller Wechsel: Von den 1960er zu den 1970er Jahren 96

2. Staatssekretäre 103

Walter Bargatzky: Von der Sicherheit zur Gesundheit 105 | Ludwig von Manger-Koenig: Der erste Mediziner 117

3. Ministerinnen 123

Elisabeth Schwarzhaupt: Christdemokratin ohne Rückhalt 124 | Käte Strobel: Sozialdemokratischer Wandel 136 | Katharina Focke: Routiniertes Management 147

III. Gesundheitspolitik: Prägungen und Brüche (Lutz Kreller)

1. »Bestallung« vs. »Approbation«: Wortgefechte um den ärztlichen Beruf 159

Die Reichsärzteordnung 1935: Vom freien Arzt zum Staatsdiener 160 | Kompromiss und Kontinuität: Die Bestallungsordnung von 1953 166 | Mehr als Wortklauberei: Der Konflikt zwischen Bund, Ländern und ärztlichen Verbänden um die »Approbation« in den 1960er Jahren 170

2. Sterilisation: Unbewältigte Vergangenheit und utopische Vision	176
Josef Stralau: NS-Rassenhygieniker im öffentlichen Gesundheitsdienst des »Dritten Reiches« 178 Oberhausener Radikalität: Stralau und die Extreme der NS-Gesundheitspolitik 188 Die Legalität von Unrecht: Josef Stralau und die Nichtentschädigung der NS-Zwangssterilisierten in der frühen Bundesrepublik 200 Bonner Eugenik: Stralaus Initiativen für ein Sterilisationsgesetz in den 1960er Jahren 213 Eugenik am Ende, Opfer verdrängt: Die 1960er Jahre und ihre langfristigen Folgen 224	
3. Krebs: Zum Umgang mit einer Volkskrankheit	233
Deutschland an der Weltspitze: Die Entwicklung der Krebsforschung ab 1900 235 Krebs im »Dritten Reich«: Der Nationalsozialismus als Zäsur der deutschen Krebsforschung 245 Angst und Tabu: Der bundesdeutsche Umgang mit dem Krebs in den 1950er Jahren 252 Wandlungsprozesse: Das BMGes und der Krebs bis Anfang der 1970er Jahre 260	
4. Nikotin: Das Gift der Freiheit	268
»Der Führer raucht nicht!«: Tabak als geduldetes Tabu zwischen 1933 und 1945 271 Gesundheitsprävention der 1950er und 1960er Jahre: Von der »Freiheit des Rauchers« 280 Bremsklotz: Das BMGes und die Tabaklobby Anfang der 1970er Jahre 292	
5. Sauber und gesund: Luftreinhaltung und Lebensmittelsicherheit	300
Die Anfänge des Umweltschutzes auf Bundesebene: Das BMGes und die Luftreinhaltung im Wandel der 1960er Jahre 302 Skandale und Zusatzstoffe: Lebensmittelsicherheit als Verbraucherschutz 308	

Das BMGes und die Lernprozesse in der Gesundheitspolitik nach 1945. Eine Bilanz (Lutz Kreller Franziska Kuschel)	315
--	-----

Abkürzungsverzeichnis 329 Quellen- und Literaturverzeichnis 332 Abbildungsnachweis 362 Personenregister 364 Dank 367	
--	--

Einleitung: Gesundheit als Hypothek

»Homo sacra res homini« – Der Mensch muss dem Menschen heilig sein.¹ Mitte des ersten Jahrhunderts formulierte der römische Philosoph Lucius Annaeus Seneca mit dieser Sentenz kategorische Imperative des Humanismus und der Medizin zugleich. Zwischen 1933 und 1945 wurden sie vom nationalsozialistischen Deutschland systematisch in ihr Gegenteil gewendet.

Der Nationalsozialismus basierte auf einer inhumanen Ideologie und verfolgte antisemitische, rassistische, antiliberale, antidemokratische und aggressive Ziele. Elementarer Bestandteil des antihumanistischen Credo des Nationalsozialismus war ein »Drängen auf Lösungen«, wie es Ulrich Herbert betont und etwa auch Hannah Arendt in ihrer Analyse der »Elemente und Ursprünge totaler Herrschaft« Anfang der 1950er Jahre formuliert.² Auch zeitgenössisch wurde die ideologieimmanente »Dynamik« des NS-Regimes antizipiert. Der Nationalsozialismus titulierte sich nicht nur nominell als »Bewegung«, sondern er verstehe sich wortwörtlich als ein »Aufbruch«, charakterisiert durch permanenten Kampf, ein Anpacken ohne Zögern: »Man will nicht skeptisch sein, nicht wägend liberal sein, will nicht willensschwach sein wie die vorangegangene Epoche; will nicht die Dinge auf sich wirken lassen, sondern selbst auf die Dinge wirken«, so Victor Klemperer in seiner Darstellung über die Sprache des »Dritten Reiches« in den 1930er Jahren.³

Die seit 1921 unter Führung Adolf Hitlers stehende Nationalsozialistische Deutsche Arbeiterpartei (NSDAP) wollte ihre rassistisch-biologistischen Dogmen wahr machen. Im Zentrum aller NS-Logiken standen der Kampf der angeblichen menschlichen »Rassen« um Vorherrschaft und Macht sowie eine der »arisch-deutschen Rasse« zugeschriebene Suprematie. Das politische Konzept des Nationalsozialismus basierte elementar auf Deutungen von der »Höher-« und der »Minderwertigkeit« des Menschen.⁴ Daraus abgeleitet wurde ein »Aktionsprogramm«: Die Juden waren der »Rassenfeind« der Deutschen schlechthin und mussten »eliminiert« werden; Liberalismus,

1 Vgl. Nickel, *Epistulae*, 95:33, S. 316.

2 Vgl. Herbert, *Rassismus*, Zit. S. 29; ders., *Traditionen*; Arendt, *Elemente*.

3 Vgl. Klemperer, *Notizbuch*, S. 303. Vgl. insgesamt ebd., S. 302–316.

4 Vgl. u. a. Henke, *Medizin*; Eckart, *Medizin*; Longerich, *Politik*; Wehler, *Nationalsozialismus*; Herbert, *Rassismus*; ders., *Traditionen*; Arendt, *Elemente*.

Pluralismus, Gewaltenteilung, Rechtsstaatlichkeit und Parlamentarismus waren – im NS-Jargon – krankheitserregende »Bazillen« und Bestandteile »jüdischer Verschwörungen« gegen die Deutschen – die »abzutöten« und »auszurotten« waren.⁵

Konsequent alles, was eine vermeintliche körperlich-biologische und »rassische« Degeneration des deutschen Volkes zur Konsequenz hatte, wurde vom Nationalsozialismus stigmatisiert, selektiert und schließlich rücksichtslos bekämpft. Die körperliche Konstitution eines Menschen, Gebrechen und Krankheit blieben im »Dritten Reich« nicht länger Privatangelegenheiten, sondern wurden Themen von staatspolitischer Relevanz ersten Ranges.⁶ Aufgeworfen war damit zugleich die Frage, wie es Staat und Gesellschaft mit denen halten sollten, die gleichsam als pathologisch galten. Was bedeutete eine rassistisch-biologische Weltansicht als politisches Aktionsprogramm für die, die nicht den Standard der als »rassenstark« und »gesund« definierten Norm erreichten? Wie sozial, mitmenschlich und tolerant konnte man ihnen gegenüber sein, wenn der Maßstab allen Handelns nur das Primat einer »rassischen Überlegenheit« des deutschen Volkes kannte und die individuelle Persönlichkeit in einem abstrakten »Volkskörper« aufging? Das heißt, die Rechte eines Menschen sich daran bemaßen, wie gesund und damit wie wertvoll er für das ideologisch definierte »Volksganze« war.⁷

Auf Senecas »Homo sacra res homini« antwortete Adolf Hitler in »Mein Kampf« bereits in den 1920er Jahren ultimativ radikal: Der »wohlkonservierte Abschaum unseres Volkskörpers« – mit dem die politische Opposition sowie die als »rassisch minderwertig« abqualifizierten Menschen gemeint waren –,⁸ müsse vom zukünftigen »völkischen Staat« der Nationalsozialisten »ohne Rücksicht auf Verständnis oder Unverständnis, Billigung oder Mißbilligung« bekämpft werden: »Darin liegt ein, wenn auch langsamer natürlicher Regenerationsprozeß begründet, der rassistische Vergiftungen allmählich wieder ausscheidet, solange noch ein Grundstock rassistisch reiner Elemente vorhanden ist und eine weitere Bastardierung nicht mehr stattfindet«, so Hitlers vulgär-rassistische pseudowissenschaftliche nationalsozialistische Weltanschauung.⁹

5 Vgl. u. a. Wehler, Nationalsozialismus; Herbert, Rassismus; ders., Traditionen; Arendt, Elemente; Wistrich, Hitler; ders., Apocalypse. Zur NS-Terminologie vgl. auch Schlosser, Sprache.

6 Vgl. u. a. Henke, Medizin; Eckart, Medizin.

7 Vgl. u. a. Süß, »Volkskörper«; Eckart, Medizin; Schwartz, Biopolitik; Zankl, Vererbungslehre; Müller-Hill, Selektion; Klee, »Euthanasie«.

8 Vgl. Hartmann/Vordermayer/Plöckinger/Töppel, Hitler, S. 1317.

9 Vgl. ebd., S. 1025, 1031, 1035.

Dass diese rassistisch-biologistische Ideologie keine bloße Rhetorik war, sondern im gesundheitspolitischen Alltag während des »Dritten Reiches« zu Konsequenzen führte, veranschaulicht ein Beispiel aus dem Jahr 1938: Ein seinerzeit im rheinländischen Oberhausen tätiger Amtsarzt verdichtete die rassistisch-utilitaristische Quintessenz des Nationalsozialismus zu einem eigenen Ausdruck – der zugleich Grundlage seines exekutiven Handelns wurde: Die »volksbiologische Brauchbarkeit« einer begutachteten Person könne nur als »gering bezeichnet« werden, daher sei ihre Zwangssterilisation durchzuführen.¹⁰ Bei diesem Amtsarzt handelte es sich um Josef Stralau, von 1961 bis 1971 Leiter der Abteilung I des Bundesgesundheitsministeriums, zuständig für die Humanmedizin und die pharmazeutischen Angelegenheiten.¹¹ Mehr als einmal im Verlauf seiner Karriere für das Amt des Staatssekretärs gehandelt, wenn nicht gar mit Ambitionen auf den Ministerposten,¹² war Josef Stralau die graue Eminenz des Bonner Gesundheitsressorts. Bestens politisch wie fachlich vernetzt, war er tatsächlich Autoritätsperson vom Rang eines »Ersten Medizinalbeamten des Bundes«, wie Ministerin Käte Strobel im Januar 1971 anlässlich der Verabschiedung Stralaus in den Ruhestand betonte.¹³

Besaß Stralaus Überzeugung von 1938, dass Menschen nach ihrer »volksbiologischen Brauchbarkeit« zu klassifizieren waren, noch in den 1960er Jahren Bedeutung für sein Handeln im Bundesgesundheitsministerium? Tradierten sich gesundheitspolitische Vorstellungen aus der Zeit des Nationalsozialismus? Durchlief Stralaus Theorem der »volksbiologischen Brauchbarkeit« Anpassungs- oder Lernprozesse in der bundesdeutschen Demokratie? Mit anderen Worten: Wie bemessen sich Konsequenz und Bedeutung der Hypothek der nationalsozialistischen »Gesundheitspolitik« im Falle Stralaus ganz konkret? Nicht zuletzt bleibt aber auch zu fragen: Welche Konsequenzen hatten Stralaus Überzeugungen für seine Tätigkeit als Amtsarzt im öffentlichen Gesundheitsdienst des »Dritten Reiches«?

Diese Fragen zeigen die plötzlich real werdende Relevanz scheinbar vergangener, historischer Entwicklungen – allen voran in der Gesundheitspolitik der Bundesrepublik. Diese Studie, die erstmals systematisch die Geschichte des 1961 gegründeten bundesdeutschen Gesundheitsressorts – des Bundesministeriums für Gesundheitswesen (BMGes) – bis Mitte der

10 Vgl. StA Oberhausen, Erbgesundheitsakten, Bd. 630, Antrag auf Unfruchtbarmachung, Juni 1938.

11 Zur Funktion Stralaus vgl. die Personalunterlagen in: BArch, PERS 101/79535.

12 Vgl. die Grundsatzvermerke des BKAmts Anfang der 1960er Jahre in: BArch, B 136/4705, sowie die Stellungnahme Stralaus gegenüber dem Generaldirektor des schwedischen Gesundheitsministeriums im März 1964 in: BArch, B 142/3614, Schreiben des BMGes an das schwedische Gesundheitsministerium, 11. 3. 1964.

13 Vgl. AdsD, NL Käte Strobel, Ordner 60, Sprechzettel, 27. 1. 1971.

1970er Jahre untersucht,¹⁴ stellt derlei Fragen in den Mittelpunkt einer historischen Analyse.

Die Bedeutung des BMGes in den 1960er und 1970er Jahren soll umfassend in den Blick genommen werden: Inwieweit prägten gesundheitspolitische Traditionen aus der Zeit des Nationalsozialismus – aber auch aus der Zeit vor 1933 – die Arbeit des Ministeriums? Wie setzte sich das neue Bonner Gesundheitsressort mit diesen Traditionen auseinander? Welche sachpolitischen Folgen hatte die Personalpolitik des Ministeriums? Welche Neuausrichtung der bundesdeutschen Gesundheitspolitik ist zu beobachten? Und welche Faktoren bestimmten den Entwicklungsprozess einer Gesundheitspolitik unter den Bedingungen der liberal-parlamentarischen Demokratie?

Hierauf adäquat zu antworten, ist nur dann möglich, wenn man darum weiß, was »Gesundheit« nach 1945 zu einer ungeheuer großen Hypothek werden ließ. Die Bilanz der vom Nationalsozialismus nach 1933 in Deutschland implementierten »Gesundheitspolitik«, die auf rassistisch motivierter, obsessiver Selektion und medizinischem Töten fußte, war angesichts ihrer Inhumanität in der Geschichte der Medizin präzedenzlos: Im Zuge des NS-Krankenmordprogrammes – der »Euthanasie« – wurden mehr als 300.000 geistig oder körperlich behinderte Kinder, Jugendliche und Erwachsene ermordet; weitere Tausende Menschen wurden als Kriegsgefangene und KZ-Inhaftierte Opfer von als medizinische Wissenschaft bemäntelten »Experimenten«. Gesundheitlich versehrt und oftmals zeitlebens traumatisiert blieben die zwischen 300.000 und 400.000 Personen, die zwangsweise sterilisiert worden waren, zuzüglich der Opfer, die infolge des medizinischen Eingriffs der Unfruchtbarmachung starben. Hinzu kommt die unbekannte Zahl der Fälle, in denen ungeborenes menschliches Leben während der Schwangerschaft getötet worden war.¹⁵

Die historische NS-Forschung hat seit Ende der 1980er Jahre überzeugend dargelegt, dass eine radikal rassistisch-biologistische Deutung des Politischen und Sozialen ab 1933 keine Erfindung Hitlers war, sondern vielmehr Ergebnis eines im 19. Jahrhundert begonnenen Prozesses »wissenschaftlicher Entmenschlichung«. ¹⁶ Selektions- und Evolutionstheorie – als Kernbestandteile des Sozialdarwinismus und der Idee einer Auswahl

14 In einer vergleichbaren Studie erforscht aktuell Sophie Friedl am Institut für Zeitgeschichte München–Berlin die Arbeit des bayerischen öffentlichen Gesundheitswesens nach 1945, vgl. www.ifz-muenchen.de/forschung/ea/forschung/gesundheitsauf-dem-weg-in-die-demokratie-politik-personal-praegungen-des-oeffentlichen-gesundheitswesens-in-bayern-nach-dem-nationalsozialismus (31. 8. 2021). Zur Publikation vgl. dies., Demokratie. Zur jüngsten Untersuchung des DDR-Gesundheitsministeriums vgl. Braun, Medizin.

15 Vgl. Henke, Entmenschlichung, S. 9, 15, 24.

16 Zum Zit. vgl. ebd., S. 10 f.

des Stärkeren durch steten Kampf ums Überleben – verfestigten sich bis Anfang des 20. Jahrhunderts zu naturwissenschaftlichen Theoremen, die auf politische wie soziale Fragen übertragen wurden. Eine zunehmend biologistische Deutung politisch-sozialer Herausforderungen führte um die Jahrhundertwende in allen modernen Gesellschaften der damaligen Zeit zur Herausbildung eines mehr oder weniger stark ausgeprägten biologischen Paradigmas.¹⁷ Und so hatten westlich-demokratische Staaten auch lange vor 1933 begonnen, Gesetze auszuarbeiten, um die Weitergabe von Erbkrankheiten durch Sterilisierung von Personen zu verhindern. Die Eugenik, als Wissenschaft von der »guten Vererbung«, war insofern bereits in den ersten Jahrzehnten des 20. Jahrhunderts zu einem Bestandteil öffentlicher Gesundheitspolitik geworden.¹⁸

Die Forschung hat detailliert die Metamorphosen (Michael Schwartz) des biopolitischen Diskurses der 1920er Jahre in Deutschland herausgearbeitet und die Vielfältigkeit der eugenischen Positionen in den diversen gesellschaftlichen und politischen Milieus der Weimarer Republik konturiert – von der Sozialdemokratie bis hin zu den Kirchen.¹⁹ Dabei wurde deutlich: Es gab keinen Entwicklungsdeterminismus. Die eugenische Vererbungslehre des 19. Jahrhunderts führte nicht zwangsläufig hin zur NS-Rassenhygiene, als einer rassistisch radikalisierten eugenischen Prämisse, vermengt mit grob versimpelnden und auf den Menschen übertragenen sozialdarwinistischen Konzepten eines Überlebenskampfes des Stärkeren gegen die Schwächeren.²⁰ Charakteristisch war vielmehr die »Einbettung der NS-Rassenhygiene in einen umfassenden Kontext biopolitischer Normalisierungsstrategien« in den westeuropäischen Gesellschaften seit Anfang des 20. Jahrhunderts.²¹ Das heißt: Eugenik und nationalsozialistische Rassenhygiene waren insofern zwei Seiten einer Medaille, als der seit der Jahrhundertwende verstärkte Prozess der Biologisierung des Politischen und

17 Vgl. u. a. Schwartz, Wissen; ders., Eugenik; ders., Biopolitik; Eckart, Medizin; Zankl, Vererbungslehre; Müller-Hill, Selektion; Harms, Biologismus; Dickinson, Biopolitics. Vgl. ebs. Henke, Entmenschlichung, S. 13 f.

18 Vgl. u. a. Schwartz, Eugenik; Kesper-Biermann, Vorgeschichte; Roelcke, Sonderweg.

19 Die Beschreibung der Metamorphosen in: Schwartz, Wissen. Vgl. insgesamt ebs. ders., Eugenik; ders., Biopolitik; ders., Sozialistische Eugenik; Zankl, Vererbungslehre; Harms, Biologismus; Dickinson, Biopolitics; Eckart, Feld; Schmuhl, Zwangssterilisation.

20 Vgl. hierzu die Schmuhl-Schwartz-Kontroverse: Schmuhl, Rassenhygiene; ders., Sterilisation; ders., Eugenik; Schwartz, Rassenhygiene; ders., Euthanasie-Debatten; ders., Eugenik. Vgl. ebs. u. a. Tümmers, Anerkennungskämpfe, S. 22–29; Roelcke, Sonderweg; Zankl, Vererbungslehre; Dickinson, Biopolitics; Benzenhöfer, Genese. Zur NS-»Euthanasie« vgl. insbes. Klee, »Euthanasie«.

21 Vgl. Schwartz, Wissen, S. 169. Widerlegt sind damit zugleich frühere Forschungsarbeiten der 1980er Jahre, die eine solche Einbettung u. Differenzierung nicht berücksichtigten. Vgl. u. a. Proctor, Hygiene.

des Sozialen dazu geführt hatte, utilitaristisch zu kategorisieren. Menschen wurden als »höher-« oder als »minderwertig« betrachtet, »wertvolles« von »unwertem« und »defektem« Leben unterschieden.²²

Ganz entscheidend war hierbei, mit Blick auf die deutsche Entwicklung, die katalysatorische Wirkung des Ersten Weltkrieges. Er markierte – so konnte die Forschung zeigen – mit Blick auf die 1918/19 entstandene Weimarer Republik nicht nur eine politische Zäsur im Sinne der militärischen deutschen Niederlage und des damit in Verbindung stehenden Endes der Monarchie, sondern er entwickelte sich in den 1920er Jahren zu einem Fluchtpunkt medizinisch-gesundheitspolitischer Radikalisierungsprozesse. Krieg und Gewalt hatten den gesellschaftlichen Umgang mit ethischen Grenzfragen verändert und etwa auch Debatten über den Wert menschlichen Lebens radikal utilitaristisch aufgeladen. Angesichts der Erfahrung des Krieges verstärkte sich in den 1920er Jahren die Ende des 19. Jahrhunderts, im Rahmen der Darwin'schen Evolutionstheorie und der damit verbundenen Disziplin der »Eugenik«, begonnene Biologisierung des Politischen.²³

Besonders radikal formten sich während der Weimarer Republik zwei vorangegangene Debatten aus: einerseits die nach dem »Gnadentod« bzw. der »Euthanasie«, als einen intendiert durch Ärzte gesetzten Endpunkt unheilbar kranken menschlichen Lebens, und andererseits die nach einer eugenisch-sozialdarwinistisch motivierten Aufforderung an den Staat, eugenische Bevölkerungspolitik zu betreiben und neues »krankes« menschliches Leben durch Unfruchtbarmachungen der »Erbanlagenträger« zu verhindern.²⁴ »Euthanasie«- und Eugenik-Diskurs verliefen Anfang des 20. Jahrhunderts getrennt voneinander. Gemein war ihnen lediglich die ausgehend von den Kriegserfahrungen 1914/18 enorme Zuspitzung ihrer Inhalte im Verlauf der Weimarer Republik bis 1932/33.²⁵

22 Vgl. hierzu Schwartz, Wissen; ders., Metamorphosen; Dörner, Nationalsozialismus; Zmarzlik, Sozialdarwinismus; Baader/Schultz, Medizin; Klee, Medizin; Müller-Hill, Selektion; Weingart/Kroll/Bayertz, Rasse; Merkel, Tod; Eckart, Feld; Hirschinger, Rassenhygiene. Vgl. ebs. Nowak, Sterilisation; Wecker, Normalität; Peter, Einbruch; Schmuhl, Krankenmord; Bock, Zwangssterilisation, S. 21–76, sowie insgesamt den Bd. v. Henke, Medizin.

23 Vgl. u. a. Müller-Hill, Selektion; Schwartz, Biopolitik; ders., »Euthanasie«-Debatten; Harms, Biologismus; Dickinson, Biopolitics.

24 Vgl. Schwartz, Eugenik; ders., Rassenhygiene; ders., »Euthanasie«-Debatten; Baader/Schultz, Medizin; Klee, Medizin; Müller-Hill, Selektion; Weingart/Kroll/Bayertz, Rasse; Merkel, Tod; Eckart, Feld; Hirschinger, Rassenhygiene; Nowak, Sterilisation; Wecker, Normalität; Peter, Einbruch; Schmuhl, Krankenmord, sowie insgesamt den Bd. v. Henke, Medizin.

25 Vgl. u. a. die Schmuhl-Schwartz-Kontroverse: Schwartz, Rassenhygiene; ders., Eugenik; Schmuhl, Eugenik; ders., »Euthanasie«.

In den gesundheitspolitischen Debatten der 1920er Jahre wurden aber wichtige ethisch-moralische Grenzen durch die rechtsstaatlich-parlamentarischen Prinzipien der Weimarer Republik gesichert. Dies gilt für die Frage nach einem »Recht auf den Tod« und für die Freiwilligkeit, als Basis einer möglichen staatlich organisierten Sterilisationspraxis. Nichtsdestotrotz: Auch wenn »Euthanasie«- und Eugenik-Debatten in den 1920er Jahren nicht unmittelbar miteinander verschränkt wurden und politisch wie gesellschaftlich Minderheitenthemen blieben, war eben ihr jeweiliger – angesichts der Weltwirtschaftskrise 1929/31 verstärkter – Radikalisierungsprozess Voraussetzung der allmählichen Amalgamierung von »Verhütung« und »Vernichtung« des »unwerten Lebens« zu einem inhumanen gesundheitspolitischen Konzept.²⁶

Salonfähig und zu einem Bestandteil staatlichen Handelns wiederum wurde eine utilitaristisch-rassistische Gesundheitspolitik in Deutschland erst mit Antritt der NSDAP-Reichsregierung unter Kanzler Adolf Hitler Ende Januar 1933. Der Beginn des »Dritten Reiches« führte – so konnte die Forschung zeigen – zu einer maximalen Entgrenzung von Tabus und zu einer Beseitigung wichtiger Barrieren, sowohl juristischer als auch gesellschaftlich-moralischer wie medizinethischer Art. Der Nationalsozialismus markierte in diesem Sinne eine fundamentale Zäsur in Bezug auf die vorangegangenen Auseinandersetzungen um die »gute Vererbung« und den Umgang mit denen, deren Krankheit vermeintlich dazu geführt hatte, dass ihr Leben »allen Wert« für die Gesellschaft verloren hatte. Der Antritt Hitlers wirkte als Signal der Selbstermächtigung für die, die radikalste und bis dahin politisch wie gesellschaftlich nicht akzeptierte Minderheitenpositionen vertreten hatten. Aber erst in Verbindung mit den vonseiten der NSDAP-Regierung gesetzlich geregelten rassenhygienischen Maßnahmen begann ein systematischer und gravierender Erosionsprozess, der – verstärkt durch den Kriegsbeginn 1939 – Menschenleben unter medizinisch-gesundheitspolitischer Prämisse ausschließlich nach dem »Wert« für die im Sinne der nationalsozialistischen Ideologie ausgegebenen Ziele bemaß. »Behandelt«, »sonderbehandelt« oder »desinfiziert« – nationalsozialistische Synonyme für medizinischen Mord – wurden die Menschen, die diese Kriterien nicht erfüllten und als »Ballastexistenzen«, »idiotische« oder »unnütze Esser« galten.²⁷

26 Vgl. u. a. Schwartz, »Euthanasie«-Debatten; ders., Eugenik; ders., Biopolitik; Harms, Biologismus; Dickinson, Biopolitics; Eckart, Feld; Schmuhl, »Euthanasie«; Nowak, Sterilisation.

27 Vgl. u. a. Klee, »Euthanasie«; Aas, Kranken; Dörner, Nationalsozialismus; Jonas, Dienste; Allen, Ideology; Teppe, Massenmord. Zur Sprache des NS vgl. auch Schlosser, Sprache; Weber, Krebs.

Die Dimensionen ärztlicher Beteiligung und Unterstützung planmäßigen Krankenmordes auf Grundlage rassistisch-utilitaristischer Ideologeme während des »Dritten Reiches« charakterisierten Alexander Mitscherlich und Fred Mielke 1947 als »Medizin ohne Menschlichkeit« und als ein »Diktat der Menschenverachtung«. ²⁸ Ihre damalige Berichterstattung über den in Nürnberg abgehaltenen sogenannten Ärzteprozess, zur Verurteilung hoher Verantwortlicher des NS-Krankenmordprogrammes und von »Experimenten« an Kriegsgefangenen und KZ-Inhaftierten, führte der westdeutschen Öffentlichkeit Schuld und Täterschaft von Medizinern im NS-Regime vor Augen. ²⁹ Auch in den 1950er und 1960er Jahren warfen Prozesse gegen »Euthanasie«-Ärzte Schlaglichter auf die Hypothek des Themas »Gesundheit«. ³⁰ Nichtsdestotrotz ruhten in der Bundesrepublik bis in die 1980er Jahre die systematische Untersuchung und historische Darstellung des generellen Agierens von Ärzten während des »Dritten Reiches« sowie ihrer Beteiligung an NS-Krankenmordprogrammen. Auch eine hierüber breit geführte gesellschaftliche Debatte fehlte. ³¹

Erst in den 1990er Jahren – und vor allem in den beiden zurückliegenden Jahrzehnten – entstanden zahlreiche wichtige Studien über die Rolle des öffentlichen Gesundheitswesens während des NS-Regimes, ³² über die bürokratisch durchgeführte »Euthanasie« von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen, ³³ über die Typologie von Täterschaften, ³⁴ oder auch über die Bedeutung der in den »Krankenmordprogrammen« gewonnenen Erkenntnisse im Hinblick auf die Massentötung von Menschen für die Anfang der

28 Vgl. Mitscherlich/Mielke, Diktat; dies., Medizin.

29 Vgl. Dörner/Ebbinghaus, Vernichten; Weindling, Gerechtigkeit; Dörner/Linne, Ärzteprozess.

30 Vgl. u. a. Langer, Euthanasie-Prozesse; Godau-Schüttke, Heyde/Sawade-Affäre; Institut für Juristische Zeitgeschichte Hagen, »Euthanasie«.

31 Zu den diesbezüglich ersten Arbeiten der 1980er Jahre vgl. u. a. Baader/Schultz, Medizin; Kudlien, Ärzte; Orth, Transportkinder; Bock, Zwangssterilisation; Finzen, Dienstweg; Lifton, Doctors; Proctor, Hygiene; Noakes, Philipp Bouhler; Gernold, Gesundheitspropaganda; Teppe, Massenmord; Ärztekammer Berlin, Wert.

32 Vgl. Christians, Amtsgewalt; Vossen, Gesundheitsämter; ders., Erfassen; ders., Umsetzung; Schleiermacher, Gesundheitssicherung; Nitschke, »Erbpolizei«; Hüntelmann/Vossen/Czech, Gesundheit; Schmiedebach, Medizin.

33 Vgl. Klee, »Euthanasie«; Burleigh, Tod; Hinz-Wessels/Fuchs/Hohendorf/Rotzoll, Abwicklung; Hohendorf/Rotzoll/Fuchs/Hinz-Wessels/Richter, Opfer; Süß, Krankenmord; Teppe, Massenmord; Topp, »Reichsauschuß«; Lilienthal, T4-Aktion; Orth, Transportkinder; Beddies/Hübener, Kinder; Beddies, Kinder; Benzhöfer/Oel-schläger/Schulze/Šimůnek, »Kinder- und Jugendlichen euthanasie«; Benzhöfer, Fall; Kinast, Kindermord; Kaelber/Reiter, Kindermord.

34 Vgl. Berger, Experten; Mallmann/Paul, Karrieren; Lilienthal, Personal; Klee, Vergasungsärzte.

1940er Jahre begonnene Schoah, als »Endlösung der Judenfrage«.35 Erforscht wurden zudem medizinisch-gesundheitspolitische Institutionen und deren Handeln während des »Dritten Reiches«, etwa das der Berliner Charité,36 das verschiedener medizinischer Fakultäten,37 das des Deutschen Roten Kreuzes38 oder auch das des Robert Koch-Instituts.39 Vor allem auch das medizinische Fachgebiet der Psychiatrie stand im Mittelpunkt historischer Darstellungen, war es doch der inhuman-entgrenzte Umgang mit geistig behinderten Menschen und psychisch Kranken nach 1933, der einen wesentlichen Kernbestandteil der eliminierenden »Gesundheitspolitik« des Nationalsozialismus ausmachte.40

Ausgehend von diesen Forschungen entstand ein umfangreiches Wissen über exekutiv-bürokratische Strukturen des Krankmordes sowie über Bedingungen, Voraussetzungen und Wirkungen der Radikalisierung der Medizin nach 1933. Frühzeitig benannt wurden durch die historische Forschung dabei auch die großen personellen Kontinuitäten innerhalb der Ärzteschaft, anfänglich verstanden als eine Dokumentation ungebrochener Karrieren von Medizinern nach 1945 – trotz politischer Unterstützung der NSDAP und ihrer rassenhygienischen Gesundheitspolitik.41 Dieser biografische Zugang der Bestimmung von »NS-Belastung« differenzierte sich methodisch innerhalb der gesamten NS-Forschung in den letzten Jahren erheblich aus. Heute gilt, dass die »NS-Belastung« einer Person auch weit jenseits der nominellen NSDAP-Mitgliedschaft liegen kann und sich die Nähe zur nationalsozialistischen Ideologie und die Bereitschaft zu ihrer Umsetzung auf vielfältige Weise analysieren lassen.42

Diese biografische Analyse und die strukturell-sachpolitische Forschung in Bezug auf die Geschichte der Medizin und die Gesundheitspolitik während des »Dritten Reiches« verzahnten sich in den zurückliegenden Jahren vermehrt mit dem Ziel, die Wirkung mentaler Kontinuitäten zu

35 Vgl. Friedlander, Weg; ders., Euthanasie; Scharnetzky, Konnex; Berger, Experten; Krakowski, Todeslager; Lilienthal, Personal; Klee, Vergasungsärzte; Kogon/Langbein/Rückerl, Massentötung. Zur Schoah vgl. insgesamt Hilberg, Vernichtung; Bajohr/Löw, Holocaust; Benz, Holocaust; Aly/Gruner/Heim, Verfolgung.

36 Vgl. Schleiermacher/Schagen, Charité.

37 Vgl. u. a. Grün/Hofer/Leven, Medizin; Forsbach, Fakultät; Beddies, Traditionsbruch.

38 Vgl. Morgenbrod, Kreuz.

39 Vgl. Hinz-Wessels, Robert Koch-Institut. Vgl. ebs. die Studie zum »Apothekenalltag« während des »Dritten Reiches«: Schlick, Apotheken.

40 Vgl. u. a. Falk, Geschichte; Faulstich, Irrenfürsorge; Beyer, Kontinuitäten; Cranach/Siemen, Psychiatrie; Mundt/Hohendorf/Rotzoll, Forschung; Beddies/Hübener, Kinder; Hamann/Asbek, Vernunft; Jasper, Maximilian de Crinis; Behrens, Vernichtung.

41 Vgl. Klee, Was sie taten; ders., Medizin.

42 Vgl. insbes. die Problematisierung des »Belastungsbegriffes« bei: Bösch/Wirsching, Hüter.

analysieren. Die zeitliche Eingrenzung einer Prägekraft und Traditionsverhaftung mit Blick auf medizinische Themen wurde dabei nicht nur auf die Jahre zwischen 1933 und 1945 verengt, sondern weiter gefasst. Es wurde vor allem mit Blick auf die Sozialhygiene, »Public Health« und die psychiatrische Disziplin danach gefragt, welche Traditionsstränge inhaltlicher Art die Arbeit der Fächer nach 1945 bestimmten – verstanden als Analyse der NS-spezifischen, aber auch der im Kaiserreich und der in der Weimarer Republik herausgebildeten Prägungen.⁴³ Jüngst wurde dies mit Blick auf die psychiatrischen Fachgesellschaften erstmals in einem deutsch-deutsch vergleichenden Kontext thematisiert.⁴⁴

Der Vergleich, verstanden als methodischer Zugriff, um wechselseitige Bezugnahmen oder auch Abgrenzungen mithilfe einer Gegenüberstellung unterschiedlicher Prämissen und Inhalte von Gesundheitspolitik auszumachen, bietet einen wesentlichen Erkenntnisgewinn für die Beschreibung und die Analyse von Medizin und Gesundheitspolitik im 20. Jahrhundert.⁴⁵ Ulrike Lindner etwa stellte die Nachkriegsgesundheitspolitiken der Bundesrepublik und Großbritanniens gegenüber – jeweils historisierend eingebettet in die nationalen Besonderheiten von Gesundheitspolitik seit dem Ende des 19. Jahrhunderts.⁴⁶

Dagmar Ellerbrock wiederum präsentierte Ergebnisse zur Neugestaltung der westdeutschen öffentlichen Gesundheitspolitik ausgehend von einer Beschreibung ihrer Anfänge nach 1945 in der amerikanischen Besatzungszone. Sie rückte dabei die wechselseitige Verzahnung von deutschen Prägungen und mentalen Kontinuitäten mit originär amerikanischen Vorstellungen in den Mittelpunkt – allen voran die US-Prämisse von »Public Health« als einer vom Staat wahrzunehmenden Aufgabe öffentlicher Gesundheitspolitik, die universelle Grundrechte ohne Ansehen der Person garantiere.⁴⁷

Ellerbrock konnte – wie auch Sabine Schleiermacher hinsichtlich der Sozialhygiene nach 1945 in den westdeutschen Besatzungszonen – das Spannungsverhältnis zwischen erstrebter personeller Entnazifizierung und gleichzeitiger Implementierung einer »demokratisierten« neuen öffentlichen Gesundheitspolitik aufzeigen: Die starke personelle Kontinuität von Medizinerinnen, die maßgeblich durch gesundheitspolitische Prämissen des »Dritten Reiches« geprägt waren, behinderte im westdeutschen Staat über

43 Vgl. Schleiermacher, Traditionen; Schagen/Schleiermacher, Sozialmedizin; Fangerau/Topp/Schepker, Kinder- und Jugendpsychiatrie; Wolters/Beyer/Lohff, Abweichung.

44 Vgl. Dörre, NS-»Euthanasie«. Explizit deutsch-deutsche Bezüge thematisiert ferner eine Studie zum urologischen Fach nach 1945/49, vgl. Halling/Moll/Fangerau, Urologie.

45 Vgl. methodisch-theoretisch hierzu Thießen, Gesellschaften.

46 Vgl. Lindner, Gesundheitspolitik.

47 Vgl. Ellerbrock, Democracy; dies., Gesundheit.

Jahre hinweg eine demokratisch-ideelle Neuausrichtung im Verständnis von öffentlicher Gesundheitspolitik.⁴⁸ Diese insgesamt stärker auf die Frage zugespitzten Untersuchungen, welchen sachpolitischen Niederschlag die personellen Kontinuitäten nach 1945 im Bereich der Gesundheitspolitik hatten, gehören nichtsdestotrotz nach wie vor zu »Pionierarbeiten« innerhalb der geschichtswissenschaftlichen Forschung.

Die vorliegende Arbeit knüpft methodisch an die beschriebenen neueren Studien an und möchte die bisherigen Erkenntnisse substanziell ausbauen. Näher untersucht werden zunächst die Biografien der leitenden Beamtinnen und Beamten des BMGes, also die Lebensläufe derjenigen, die im Untersuchungszeitraum mindestens eine leitende Funktion auf Referatsebene ausübten. Präsentiert werden hierbei in Kapitel II verschiedene personalpolitische Kriterien respektive deren Relevanz für die Personalpolitik des BMGes, etwa das der Bildung/Professionalisierung des Spitzenpersonals des Ministeriums vor 1945 oder Genderaspekte allgemein, nicht zuletzt aber auch das einer Mitgliedschaft in NS-Organisationen und der NSDAP.⁴⁹ Ausgehend von exemplarischen biografischen Vertiefungen werden in Kapitel II und III Karrierestationen und Tätigkeiten von Personen hinsichtlich ihres im Kaiserreich, der Weimarer Republik und während des »Dritten Reiches« herausgebildeten Selbstverständnisses und ihrer gesundheitspolitischen Prägungen analysiert. Dabei wird auch die Frage von Schuld und Mittäterschaft aufgrund einer Beteiligung an rassistischen Praktiken der NS-Politik dargestellt.

Vertiefend untersucht werden zudem in Kapitel III zentrale Politikfelder der bundesdeutschen Gesundheitspolitik in den 1960er und 1970er Jahren: die Reform des ärztlichen Standes- und Zulassungswesens, die

48 Vgl. Ellerbrock, *Democracy*; Schleiermacher, *Traditionen*.

49 In Bezug auf den ministeriellen Umgang mit den vormaligen Karrieren des Personals im NS u. die Analyse der personalpolitischen Kriterien des BMGes kann diese Arbeit auf Ergebnisse u. Methoden einschlägiger Untersuchungen zu bundesdeutschen Behörden in den 1950er u. 1960er Jahren aufbauen, insbes. Bösch/Wirsching, *Hüter*; Görtemaker/Safferling, *Akte*; Goschler/Wala, *Bundesamt*; Conze/Frei/Zimmermann, *Amt*; Rass, *Sozialprofil*; Wolf, *Entstehung*; Danker/Lehmann-Himmel, *Landespolitik*, sowie die Beiträge des »German Yearbook of Contemporary History« 2021 zum Thema »After Nazism: Relaunching Careers in Germany and Austria«. Vgl. ebs. insgesamt Mentel/Weise, *Behörden*, sowie u. a. die laufenden Forschungen des Instituts für Zeitgeschichte München–Berlin zum BKAmt, www.ifz-muenchen.de/aktuelles/themen/bundeskanzleramt (6. 9. 2021), zur Neugründung diverser Landesministerien in Bayern, www.ifz-muenchen.de/aktuelles/themen/demokratische-kultur-und-ns-vergangenheit (6. 9. 2021), zum BVerfG, www.ifz-muenchen.de/forschung/ea/forschung/das-bundesverfassungsgericht-nach-dem-nationalsozialismus sowie zur Bundesbank, www.ifz-muenchen.de/aktuelles/themen/von-der-reichsbank-zur-bundesbank (6. 9. 2021).

Initiativen des BMGes für ein neues Gesetz zur freiwilligen, eugenisch indizierten Sterilisation, die Politik des Ministeriums zur Bekämpfung von Krebs sowie die Haltung des bundesdeutschen Gesundheitsressorts mit Blick auf die Themen Nikotin und Rauchen. Darüber hinaus werden gesundheitspolitische Aspekte des Umwelt- und Verbraucherschutzes und der Lebensmittelsicherheit untersucht. Ziel ist es, die jeweiligen Entscheidungs- und Diskussionsprozesse des BMGes zu historisieren und zu analysieren, das heißt sachpolitische Kontinuitäten und Brüche zur Zeit des Nationalsozialismus – aber auch zur Zeit vor 1933 – herauszuarbeiten und damit zugleich Bedingungsfaktoren und Ursachen eines Lernprozesses von Gesundheitspolitik in der Demokratie zu identifizieren und zu beschreiben. Damit möchte diese Studie einen innovativen Beitrag für eine »Zeitgeschichte der Gesundheit« (Malte Thießen) leisten.⁵⁰ Denn auf einzigartige Weise geht »Gesundheit« alle und jeden an: Sie tangiert Politik, Gesellschaft und Wirtschaft gleichermaßen.

Wissenschaftliche Grundlage der vorliegenden Arbeit sind die Befunde eines ausgiebigen Quellenstudiums. So konnte zunächst eine Vielzahl an Personalakten aufgefunden gemacht, ausgewertet und schließlich auch mit Unterstützung des Bundesgesundheitsministeriums und des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend ins Bundesarchiv überführt werden. Diese Akten sind nun erstmals der Forschung zugänglich. Im Bundesarchiv Berlin wurde zudem eine Vielzahl an relevanten Beständen der NSDAP und ihrer Gliederungen, Akten verschiedener Reichsministerien sowie die Bestände des ehemaligen »Berlin Document Center« eingesehen. Im Bundesarchiv Koblenz erstreckte sich die Aktenrecherche auf gut ein Dutzend ministerielle Einzelbestände. Hinzu kam die Auswertung von Wehrmachtspersonalunterlagen im Bundesarchiv-Militärarchiv Freiburg sowie eine Sichtung relevanter Unterlagen des DDR-Staatssicherheitsdienstes.

Zudem konnten in verschiedenen Landesarchiven Entnazifizierungsakten, Unterlagen juristischer Strafverfolgung nach 1945 sowie Sach- und auch Personalakten ausgewertet werden. Darüber hinaus wurden systematisch die Nachlässe wichtiger Personen, etwa die der Bundesgesundheitsministerinnen Elisabeth Schwarzhaupt, Käte Strobel und Katharina Focke, im Archiv für Christlich-Demokratische Politik der Konrad-Adenauer-Stiftung bzw. im Archiv der sozialen Demokratie der Friedrich-Ebert-Stiftung eingesehen. In diversen Stadtarchiven wurden Gesundheitsakten aus der Zeit vor 1945 und detailliert zudem auch erstmals ein Bestand an Krankenakten einer katholischen Fürsorgeanstalt aus Oberhausen, heute im Besitz des Koblenzer Klosters Arenberg, untersucht. Ebenfalls eingesehen wurden

50 Vgl. insgesamt Thießen, *Zeiten*.

Unterlagen des Parlamentsarchivs des Deutschen Bundestags, insbesondere des Wiedergutmachungs- und des Gesundheitsausschusses.

Gestützt auf eine breite Quellenbasis ist die vorliegende Arbeit in der Lage, sachpolitische Traditionsverhaftungen deutscher Gesundheitspolitik in der Arbeit des BMGes detailliert aufzuzeigen und Fragen nach personellen und sachpolitischen »Kontinuitäten« und »Brüchen« zur Zeit des Nationalsozialismus differenziert zu beleuchten. Dies heißt vor allem aber auch, die Arbeit des BMGes vor dem Hintergrund der föderalen Struktur der Bundesrepublik zu beschreiben. Dass es eine überholte Vorstellung ist, dass das Bonner BMGes in den 1960er und frühen 1970er Jahren eine gegenüber den Landesgesundheitsministerien und -behörden »machtlose« neue Einrichtung war, zählt dabei zu einer der vielen neuen Erkenntnisse dieser Studie.

I. Vorgeschichte(n): Wurzeln des BMGes

1. Gesundheit und Verwaltung vor 1945

»The first cry of pain through the primitive jungle was the first call for a physician«, so der amerikanische Medizinhistoriker Victor Robinson zu Beginn seines 1931 erschienenen Buches »The Story of Medicine«. ¹ Robinson verwies mit dem Satz pointiert darauf, dass Gesundheit bzw. vice versa Krankheit seit jeher den Entwicklungsgang der Zivilisation bestimmten. Von den Anfängen der ersten menschlichen Gemeinschaften, über die Antike, das Römische Reich bis zum Mittelalter: immer war die politisch verfasste und organisierte Einheit von Menschen konfrontiert mit gesundheitlichen Herausforderungen. Es galt Epidemien abzuwehren, mit Krankheiten umzugehen und Strategien zu suchen, um deren Heilung oder zumindest Linderung zu ermöglichen. ²

Besonderheiten: Die Anfänge der Gesundheitsverwaltung im Deutschen Reich

Gesundheitspolitik zu betreiben und zu organisieren zählte seit der Herausbildung des modernen Staates in Europa Ende des 18. und zu Beginn des 19. Jahrhunderts zu einer seiner Kernaufgaben – wobei sich das Verständnis davon, was als Gesundheitspolitik galt, stark wandelte. ³ Die Entwicklung der deutschen Nationalstaatlichkeit war Ursache einer charakteristischen Besonderheit. Während beispielsweise in Großbritannien und Frankreich gesamtstaatliche Gesundheitsbürokratien entstanden, ⁴ etablierten sich die Strukturen der deutschen Medizinalverwaltung nicht zuallererst auf Ebene des Zentralstaates – der sich erst 1871 endgültig herausgebildet hatte –, sondern in den noch nicht vereinten deutschen Teilstaaten. Die bei

1 Vgl. Robinson, Story, S. 1.

2 Vgl. Sigerist, Civilization. Vgl. insgesamt ebs. Bynum, History; Eckart, Geschichte; Brockliss/Jones, World.

3 Vgl. u. a. Bynum, History, S. 44–71; Mackenbach, History, S. 69–99; Jacyna, Medicine, S. 11–96; Bynum Rise, S. 111–228. Vgl. insgesamt ebs. Ruckstuhl/Ryter, Aufbau; Thießen, Gesundheit.

4 Vgl. Brockliss/Jones, World; Wear, Health.

der Beschreibung der deutschen Gesundheitsverwaltung stets prominent hervortretende föderale Struktur und die Dichotomie zwischen zentralen und dezentralen Akteuren – also das »Spannungsdreieck zwischen Bund, Ländern und Gemeinden« – wurzelten folglich in historisch bedingten Besonderheiten der Entstehung des deutschen Nationalstaates im 19. Jahrhundert.⁵

So war es beispielsweise keine Reichsregierung, sondern das Königreich Bayern, das 1808 mit dem »Organischen Edikt über das Medicinalwesen« einen »Obermedicinalausschuß« schuf. Ihm gehörten Ärzte, Tierärzte, Juristen, medizinische Hochschullehrer und Pharmazeuten an. Seine Aufgabe war es, beratend an der Ausarbeitung von Vorschriften, Verordnungen und Gesetzen, die das Gesundheitswesen betrafen, mitzuwirken.⁶ Ebenfalls 1808 entstand in Preußen eine eigene Medizinalabteilung im Innenministerium sowie ein dieser Abteilung angegliedertes Sachverständigen-gremium: die »Wissenschaftliche Deputation für das Medizinalwesen«.⁷ Auch hier bestand die Aufgabe dieser neuen bürokratischen Struktur in der gesundheitspolitischen Beratung vor Erlass neuer Verordnungen bzw. Ausarbeitung von Gesetzen. Außerdem sollte die medizinische Ausbildung stärker vereinheitlicht und gemeinsame Prüfungsrichtlinien als Qualitätsstandards etabliert werden. Der starke Fokus auf letzterem Aspekt führte bereits 1817 zur Überweisung der Deputation in die Verantwortung des Kultusministeriums.⁸

Generell waren die meisten der zu Beginn des 19. Jahrhunderts entstandenen deutschen Gesundheitsbürokratien entweder dem Innen- oder dem Erziehungsministerium zugeordnet, bedingt durch die erstrebte Reformierung und stärkere Verwissenschaftlichung der akademischen medizinischen Ausbildung und die klassische Aufgabe der »Medicinal-Policy«.⁹ Der polizeilich definierte Zugriff im Verständnis des Staates von Gesundheitspolitik war den notwendigen Maßnahmen zur Bekämpfung von Infektionskrankheiten und den zeitgenössisch grassierenden Cholera- und Typhusepidemien geschuldet.¹⁰

Bei der Herausbildung der Verwaltungsstrukturen des Medizinalwesens im 19. Jahrhundert gilt zudem: Es waren vor allem zwei parallel ablaufende Veränderungsprozesse, die deren Entwicklung wesentlich

5 Vgl. u. a. Hüntelmann, Gesundheitspolitik, S. 36–57.

6 Vgl. Saretzki, Reichsgesundheitsrat, S. 55.

7 Vgl. ebd., S. 53.

8 Vgl. ebd.

9 Vgl. u. a. Hardy, Ärzte, S. 37–62; Kuschel, Gesundheit, S. 311 f.

10 Vgl. u. a. Hardy, Ärzte, S. 63–88; Mackenbach, History, S. 41–46, 69–82, 92–98; Bynum, History, S. 63–68; Flügel, Geschichte, S. 31–49, 59 f. Zu Cholera u. Seuchen in Europa vgl. insgesamt Thießen, Europa; Vasold, Grippe.

beeinflussten – einerseits die Verwissenschaftlichung der Medizin, und andererseits das sich rapide wandelnde ärztliche Selbstverständnis gegenüber Politik und Öffentlichkeit.¹¹ Beides bedingte einander. Die angestrebte Professionalisierung und Vereinheitlichung des Arztberufes war Basis der von Ärzten praktizierten Berufsausübung und des von ihnen ausgebildeten Selbstverständnisses. Arzt zu sein bedeutete keineswegs länger allein als Medizinalbeamter zu arbeiten, sondern mehr und mehr auch frei zu praktizieren. Die Patientenbetreuung niedergelassener Ärzte – und eine damit einhergehende machtvolle Stellung der freien Ärzteschaft – waren nicht zuletzt Resultate der bis Anfang des 20. Jahrhunderts etablierten Kranken- und Sozialversicherungssysteme.¹²

Im Verlauf des 19. Jahrhunderts wurden Ärzte zu einem politischen Akteur. Antrieb der im Kontext des Vormärz und der Revolution von 1848 formierten »Medizinalreformbewegung« war etwa ihr Einsatz für eine Neuausrichtung der öffentlichen Gesundheitspolitik. Ärzte formulierten die Erkenntnis, dass soziale und politisch bedingte Missstände Ursachen von gesundheitlichen Problemen waren. Verelendung und Armut wurden als Auslöser von Epidemien und von weiteren negativen gesundheitlichen Erscheinungen erkannt, allen voran auch vom Berliner Arzt Rudolf Virchow, der einer der Wortführer der Medizinalreformbewegung wurde.¹³ Diese stärkere Politisierung des Verständnisses vom öffentlichen Gesundheitswesen führte wiederum zu einer Akzentverschiebung auf Ebene der behördlichen medizinischen Verwaltung.

Fortschreitende Industrialisierung und Urbanisierung forderten ab Mitte des 19. Jahrhunderts nach einer Erweiterung der Gesundheitspolitik. Als neue Aufgaben wurden Fragen der Hygiene immer drängender. Die Hygiene – eine der bedeutendsten naturwissenschaftlich-medizinischen Leitdisziplinen des 19. Jahrhunderts – prägte etwa die Entstehung der öffentlichen »Bau-Hygiene« sowie die Anwendung erster Standards der Lebensmittelkontrolle.¹⁴ Der Aufbau einer sanitären städtischen Infrastruktur und eines umfassenden Kanalisationssystems, die Zuführung von sauberem Trinkwasser, eine Kontrolle von Lebensmitteln, wie Milch, Fleisch und Fisch, und eine an die Öffentlichkeit adressierte Aufklärung

11 Vgl. Huerkamp, Aufstieg; Hardy, Ärzte; Kater, Professionalization. Vgl. ebs. Bynum, History, S. 55–71; ders., Rise, S. 229–240; Mackenbach, History, S. 69–82.

12 Vgl. u. a. Vogt, Selbstverwaltung, S. 63–65; Huerkamp, Aufstieg, S. 167–199, 256; Flügel, Geschichte, S. 129–139.

13 Vgl. Hardy, Ärzte, S. 107–120; Flügel, Geschichte, S. 81–105; Vogt, Selbstverwaltung, S. 64 f.; Kater, Professionalization, S. 678–682; Bynum, History, S. 63–68; ders., Rise, S. 203–240; Jacyna, Medicine, S. 81–96; Mackenbach, History, S. 97 f. Zu Virchow vgl. ebs. David, Rudolf Virchow; Andree, Rudolf Virchow.

14 Vgl. Hüntelmann, Gesundheitspolitik, S. 28–35; Hardy, Ärzte, S. 91–145, 373; Bynum, History, S. 68–72; Mackenbach, History, S. 93–101.

über Gesundheitsgefahren entwickelten sich ausgehend vom Aufstieg der Wissenschaftsdisziplin »Hygiene« und der medizinalen Reformbewegung ab Mitte des 19. Jahrhunderts zu Kerninhalten öffentlicher Gesundheitspolitik. Entsprechend organisatorisch angepasst und in ihren Kompetenzen erweitert wurden die etablierten Verwaltungsstrukturen in den deutschen Teilstaaten.¹⁵

Mit Gründung des Norddeutschen Bundes 1867, der unter preußischer Führung stand und alle deutschen Teilstaaten nördlich der Main-Linie umfasste, war der neue Gesamtstaat für die »Medicinal-« und »Veterinär-Policey« zuständig; hingegen blieben allgemeine Aufgaben des Medizinal- und Gesundheitswesens Ländersache. Dies führte erstmals im nationalstaatlichen Kontext zu der »kuriosen Konstellation«, dass die Zentralinstanz des Bundes zwar über Kompetenzen zur Abwehr von Seuchen verfügte, aber keine eigenen Behörden und Organe besaß, die diese Aufgaben hätten überwachen und durchsetzen können. Es existierte auf Reichsebene zunächst keine, einem Ministerium angegliederte Abteilung für das Gesundheitswesen oder gar ein eigenes »Reichsgesundheitsministerium«.¹⁶ Im Norddeutschen Bund – und praktisch auch später ab 1871 in dem aus ihm hervorgegangenen Deutschen Reich – basierte die Umsetzung der Gesundheitspolitik des Bundes bzw. Reiches auf den in den Ländern gewachsenen Verwaltungsstrukturen. Das heißt zugleich: Bundesstaaten blieben zentrale Akteure bei der Implementierung und Gestaltung gesundheitspolitischer Themen.¹⁷

Nach Reichsgründung 1871 formulierte wiederum die Ärzteschaft den drängenden Appell, endlich eine Zentralbehörde für die öffentliche Gesundheitspflege zu schaffen. Mit dem »Kaiserlichen Gesundheitsamt« (KGA) entstand diese erste zentrale Institution 1876 in Berlin.¹⁸ Das KGA war eine dem Reichskanzleramt und nach dessen Umbenennung 1879 in »Reichsamt des Innern« (RdI) eine dem RdI zugeordnete Einrichtung.¹⁹ Sie beriet in allen Fragen des Medizinal- und Veterinär-Polizeiwesens, war also für die Themen des öffentlichen Gesundheitswesens zuständig, die einzelne Bundesstaaten allein nicht lösen konnten. Primärer Arbeitsschwerpunkt des KGA blieb zunächst die reichsweit einheitlich organisierte Bekämpfung von Epidemien und Tierseuchen.²⁰

15 Vgl. ebd., S. 69–102; Hüntelmann, Gesundheitspolitik, S. 28–35; Hardy, Ärzte, S. 91–145.

16 Vgl. Hüntelmann, Gesundheitspolitik, S. 45; Saretzki, Reichsgesundheitsrat, S. 19 f.

17 Vgl. ebd.; Hüntelmann, Gesundheitspolitik, S. 45; Hardy, Ärzte, S. 188–197.

18 Vgl. insgesamt die Darstellung bei Hüntelmann, Gesundheitspolitik, sowie Saretzki, Reichsgesundheitsrat. Vgl. ebs. Hardy, Ärzte, S. 183–186.

19 Vgl. Saretzki, Reichsgesundheitsrat, S. 19–21. Zum Reichsamt des Innern vgl. Günther/Kreller, Vorgeschichte, S. 27 f.

20 Vgl. Hardy, Ärzte, S. 198–217.



Abb. 1: Das Gebäude des Kaiserlichen Gesundheitsamtes in Berlin, 1907.

Seit 1879 existierte, gleichsam als fachliches Aufsichtsorgan des KGA, mit der Abteilung III im Reichsamt des Innern erstmals auf Ministeriumsebene eine Struktureinheit für das Gesundheits-, das Veterinär- und das Apothekenwesen.²¹ Gemeinsam bildeten diese Abteilung und das KGA den institutionellen Nukleus der Gesundheitsverwaltung des Reiches – die jedoch essenziell auf eine Kooperation mit den Gesundheitsbehörden der Bundesstaaten angewiesen blieb. Die verwaltungsmäßige Konstruktion zentraler Instanzen der Gesundheitspolitik, bei fehlendem strukturellem Unterbau bzw. eines mangelnden zentralen Durchgriffs auf Länderebene, führte von Beginn an zu einem Verhältnis von Kooperation und Konkurrenz zwischen dem RdI sowie dem Kaiserlichen Gesundheitsamt und den Gesundheitsbehörden der Bundesstaaten.²²

Das heißt: Im Wilhelminischen Kaiserreich waren die Medizinalverwaltung und die Ausführung der Medizinalgesetzgebung Aufgaben der Länder. Die dort errichteten Gesundheitsbürokratien waren stark heterogen. Es waren nicht nur unterschiedliche Ministerien federführend für den Bereich »Gesundheit« verantwortlich, sondern auch die Organisationsstrukturen reichten von Abteilungen bis hin zu reinen Beratungsgremien, wie etwa

21 Vgl. Saretzki, Reichsgesundheitsrat, S. 20.

22 Vgl. u. a. Hüntelmann, Kooperation; Schneider, Medizinalstatistik.

»Gesundheitsräten«. ²³ Charakteristisch waren bereits in den frühen Jahren des Kaiserreiches ein »prekäres Verhältnis« zwischen Zentralbehörde und den Ländern sowie ein föderales System, das bestimmt wurde von »Konflikten und Reibereien« um die Ausformulierung und Durchsetzung gesundheitspolitischer Inhalte. ²⁴

Zugleich verzeichnete das Kaiserliche Gesundheitsamt – ohne dass seine formalen Kompetenzen in vergleichbarer Weise normativ ausgeweitet worden wären – einen permanenten Machtzuwachs im Sinn eines Anstiegs der ihm nominell übertragenen Aufgaben. Aus der anfänglich in einer Berliner Mietswohnung untergebrachten Einrichtung war Anfang des 20. Jahrhunderts eine Behörde geworden, die, neben dem Seuchen- und Tierseuchenschutz, auch für die Lebensmittelhygiene und Kontrolle von Fleisch und Milch, die Bauhygiene, die Trinkwasserkontrolle und neue Forschungsbereiche, etwa die Bakteriologie, zuständig war. Hinzu kam die Aufgabe der öffentlichen »Volksbelehrung« über gesundheitspolitische Themen sowie eine Zuständigkeit für das ärztliche Prüfungswesen, um Kriterien einer einheitlichen Ausbildung sicherzustellen. ²⁵ Das KGA betrieb um 1900 an mehreren Standorten in der Reichshauptstadt Laboratorien und verfügte zudem in Berlin-Dahlem über Abteilungen für veterinärmedizinische und für biologische Forschung. ²⁶

Kernbestandteil des KGA war und blieb darüber hinaus die Entwicklung und Führung einer reichsweiten Medizinalstatistik. Gerade die Statistik war im Verlauf des 19. Jahrhunderts zu einem wichtigen Instrument öffentlicher Gesundheitspolitik geworden, erlaubte sie doch exakte Analysen des Infektionsgeschehens und eine genaue Erfassung von Krankheitsfällen sowie Rückschlüsse über deren spezifische regionale Häufung. Statistische Daten generierten folglich wichtiges gesundheitspolitisches Wissen, das wiederum als Basis exekutiver Maßnahmen des Staates diente, etwa bei der Epidemiebekämpfung. ²⁷

Der einerseits deutliche Zuwachs an Aufgaben, bei andererseits unverändert »geringer Ausstattung mit Kompetenzen oder nur mit aller-
notwendigsten Machtbefugnissen« gegenüber Reichs- und vor allem Länderbehörden charakterisierte die ambivalent-paradoxe machtpolitische Stellung des Kaiserlichen Gesundheitsamtes und der Gesundheitsabtei-

23 Vgl. Hüntelmann, Gesundheitspolitik, S. 58–89, 2016; Saretzki, Reichsgesundheitsrat, S. 20–57; Hardy, Ärzte, S. 191–217.

24 Vgl. Hüntelmann, Gesundheitspolitik, S. 213.

25 Vgl. Hardy, Ärzte, S. 218–235, 243–272, 273–344; Hüntelmann, Gesundheitspolitik, S. 216, 225–250; Saretzki, Reichsgesundheitsrat, S. 21–23.

26 Vgl. ebd.; Hüntelmann, Gesundheitspolitik, S. 216, 225–250.

27 Vgl. u. a. Bynum, History, S. 68–72. Zur Entwicklung der Medizinalstatistik vgl. Lee/Schneider, Medizinalstatistik; Schneider, Medizinalstatistik.

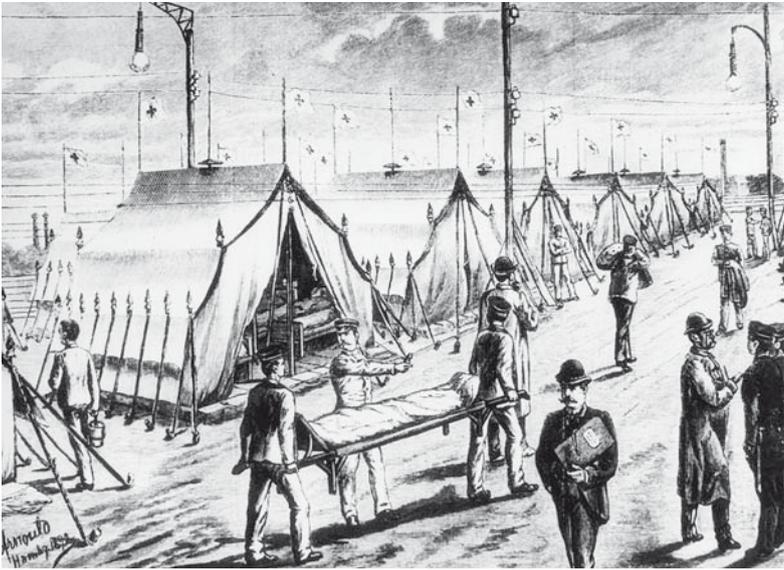


Abb. 2: Feldlazarette in Hamburg während einer Choleraepidemie, 1892.

lung des RdI innerhalb der frühen deutschen Gesundheitsbürokratie.²⁸ Nach Reichsgründung 1871 hatte zunächst – aus der Überzeugung heraus, Cholera- und Typhusepidemien nur durch zentrale Koordination auf Reichsebene wirksam bekämpfen zu können – ein Prozess eingesetzt, um zentrale gesundheitspolitische Verwaltungsstrukturen zu etablieren. Kennzeichnend hierbei war und blieb die konkurrierende Auseinandersetzung zwischen (neuen) Instanzen des Reiches und (existenten) Länderbehörden. Dies bedingte einen stetig fortgesetzten Klärungs- und Streitprozess über gesundheitspolitische Kompetenzen und deren Exekution.²⁹

Zudem galt, dass bereits zu Beginn des 20. Jahrhunderts die Gesundheitspolitik im deutschen nationalstaatlichen Kontext ein Querschnittsthema war. Mit ihren heterogenen Aufgaben fiel sie in die Zuständigkeit verschiedener Ressorts – und zwar auf Ebene des Reiches wie der Länder. Diese Komplexität von »Gesundheitspolitik« verstärkte sich zudem mit Aufkommen der Sozial- und Krankenversicherungssysteme, die notwendigerweise ein Teil von Gesundheitspolitik waren, aber thematisch im Verantwortungsbereich verschiedener Ressorts lagen.³⁰

28 Vgl. Hüntelmann, Gesundheitspolitik, S. 89.

29 Vgl. Saretzki, Reichsgesundheitsrat, S. 19–25; Hüntelmann, Gesundheitspolitik, S. 58–89, 208–250.

30 Vgl. u. a. Süß, »Volkskörper«, S. 44–52. Vgl. insgesamt ebs. Tennstedt, Geschichte.

Die Pluralität gesundheitspolitischer Akteure, eine stark ausgebildete föderalistische Struktur und eine gleichzeitig immer weiter anwachsende inhaltliche Ausdifferenzierung der Medizin, all das zeichnete die Situation beim Betreiben von Gesundheitspolitik zu Beginn des 20. Jahrhunderts in Deutschland aus. Bis zum Ausbruch des Ersten Weltkrieges 1914 waren erstmals im nationalstaatlichen Kontext grundlegende Strukturen einer Gesundheitsbürokratie entstanden und hatten sich verwaltungstechnische Mechanismen im Austausch zwischen Reich und Ländern etabliert. Enorm gewachsen war das Spektrum der als gesundheitspolitisch relevant erkannten Themen. Dies war auch Resultat des seit Ende des 19. Jahrhunderts neu gewonnenen medizinisch-naturwissenschaftlichen Grundlagenwissens, wobei vor allem Bakteriologie und Zellbiologie die Medizin und die öffentliche Gesundheitspolitik nachgerade revolutionierten.³¹

*Der Erste Weltkrieg als Zäsur:
Gesundheitspolitik in der Weimarer Republik*

Das Ende der Monarchie und der Beginn der parlamentarisch-liberalen Ordnung der Weimarer Republik veränderten 1918/19 das Verständnis von öffentlicher Gesundheitspolitik grundlegend. Mit der Weimarer Reichsverfassung wurde im August 1919 erstmals gesundheitspolitischen Inhalten ein Verfassungsrang eingeräumt.³² So erklärte es der neue republikanische Staat gemäß Artikel 119 zur Aufgabe von »Staat und Gemeinden«, für die Gesunderhaltung von Familien, die Fürsorge kinderreicher Familien und den Schutz sowie die Fürsorge von Müttern einzutreten.³³ Darüber hinaus hatte der Staat »zur Erhaltung der Gesundheit« aller Menschen ein »umfassendes Versicherungswesen« zu schaffen und insbesondere auch die Gesunderhaltung der Jugend und deren Fürsorge zu fördern.³⁴ Explizit festgelegt wurde durch die Weimarer Reichsverfassung die organisatorische Zuständigkeit für die Gesundheitspolitik: Sie war keine alleinige Reichs-sache, sondern fiel in die konkurrierende Gesetzgebung zwischen Reich und Ländern.³⁵ Entschieden worden war damit zugleich der Streit um eine mögliche neue Zentralbehörde: das Reichsgesundheitsministerium.

31 Vgl. u. a. Bynum, *History*, S. 73–82; ders., *Rise*, S. 121–135; Mackenbach, *History*, S. 97 f.

32 Vgl. Saretzki, *Reichsgesundheitsrat*, S. 34–36.

33 Vgl. *RGBl.* 1919, Nr. 152, Art. 119, *Verfassung des Deutschen Reichs*, 14. 8. 1919, S. 1406.

34 Vgl. ebd., Art. 122 u. 161, *Verfassung des Deutschen Reichs*, 14. 8. 1919, S. 1406, 1414.

35 Vgl. ebd., Art. 7, *Verfassung des Deutschen Reichs*, 14. 8. 1919, S. 1384.

Die Einführung eben jenes neuen Ressorts hatte unmittelbar nach Kriegsende die 1917 entstandene linkssozialistische Unabhängige Sozialdemokratische Partei Deutschlands (USPD) gefordert, allen voran der ihr angehörende Arzt Julius Moses.³⁶ Moses blieb in den 1920er Jahren – ab 1922 wieder Mitglied der Sozialdemokratischen Partei Deutschlands (SPD) – entschiedener Verfechter des »Reichsgesundheitsministeriums«.³⁷ Ein solch neues Ressort wurde im Verlauf der 1920er Jahre vonseiten der Reichsregierung jedoch stets abgelehnt, entweder aus finanziellen Gründen oder mit Verweis auf »verfassungsrechtliche Argumente«.³⁸

Noch 1922 begründet der sozialdemokratische Reichsinnenminister Adolf Köster sein Votum gegen einen entsprechenden Vorstoß von Moses mit einer in der Weimarer Verfassung zwischen Reich und Ländern festgeschriebenen Kompetenzverteilung in der Gesundheitspolitik.³⁹ Eine notwendige Verfassungsänderung kam, auch bedingt durch innerparteiliche Kontroversen in der SPD, während der Weimarer Republik nicht zustande. Zu groß schien die organisatorisch-bürokratische Hürde, gewachsene institutionelle Strukturen der Länder (gegen deren Willen) auflösen und damit zugleich exekutive Reichskompetenzen neu schaffen zu müssen. Allein dies war jedoch zwingende Voraussetzung eines wirkungsvollen Reichsgesundheitsministeriums.⁴⁰ Vor allem während der frühen politischen Krisenjahre der jungen Demokratie erschien eine so weitreichende innenpolitische Reform unmöglich.⁴¹

Auch in der Weimarer Republik basierte die Umsetzung öffentlicher Gesundheitspolitik auf der behördlichen Infrastruktur der Länder. Die Gesundheitsbürokratie auf Reichs- wie Länderebene überdauerte die politische Neuausrichtung von 1918/19 weitgehend unverändert – abgesehen von einer Umbenennung des Kaiserlichen Gesundheitsamtes in »Reichsgesundheitsamt« (RGA) und der Gründung des »Reichsministeriums des Innern« (RMI). Letzteres war nun mit der Abteilung II: »Volksgesundheit, Wohlfahrtspflege, Deutschtum und Fremdenwesen« verantwortlich für die aufseiten des Reiches betriebene Gesundheitspolitik. Bis 1933 wurde die Abteilung vom Verwaltungsjuristen Bruno Dammann geführt.⁴² Das Krankenversicherungswesen war im neu gegründeten Reichsarbeitsminis-

36 Vgl. Nemitz, Bemühungen, S. 424–427; Saretzki, Reichsgesundheitsrat, S. 29–34. Zu Moses vgl. ebs. Hahn, Revolution. Zur USPD vgl. Winkler, Revolution, S. 494–496. Vgl. insgesamt ebs. Kupfer/Rother, Weg; Zarusky, Sozialdemokraten.

37 Vgl. Nemitz, Bemühungen, S. 424–429.

38 Vgl. ebd., Zit. S. 429.

39 Vgl. ebd., S. 429.

40 Vgl. ebd., S. 424–431.

41 Zu den politischen Krisen der frühen Weimarer Republik vgl. insgesamt Wirsching, Republik; Winkler, Revolution.

42 Vgl. Saretzki, Reichsgesundheitsrat, S. 37f.