

Gerhard Baader

Militarisierung des Gesundheitswesens im Nationalsozialismus und heute

Seit 1969 fordert die Bundesärztekammer eine Ergänzung der Notstandsgesetze für das Gesundheitswesen. Als Begründung müssen Vorwände herhalten: ein Schreckensbild bei zivilen, technischen und natürlichen Katastrophen, aber besonders im Verteidigungsfall wird entworfen, bei dem durch einen Kompetenzwirrwarr und eine Desorganisation keine ausreichende medizinische Versorgung der Verletzten mehr möglich wäre, wenn man nicht rechtzeitig Vorsorge träfe. Abgesehen davon, daß es im Falle eines atomaren Krieges ja überhaupt keine sinnvolle medizinische Versorgung mehr gibt und somit der Bevölkerung eine falsche Sicherheit vorgetäuscht wird, bedeutet das nichts anderes als eine Propagierung einer Militarisierung des Gesundheitswesens. Über zehn Jahre haben Ärztevertreter dies gefordert. Noch am 7.4.1980 stellten sie fest: „In der bundesdeutschen Gesetzgebung klafft noch immer eine empfindliche, lebensbedrohliche Lücke“ und Ärztekammerpräsident Vilmar „reklamierte beim Gesetzgeber das längst überfällige ‚Gesundheitssicherstellungsgesetz‘ zu verabschieden“. Die Vorarbeiten dazu liefen auf vollen Touren: am 13.5.1980 lag der Referentenentwurf für ein „Gesetz zur Anpassung des Gesundheitswesens an besondere Anforderungen des Verteidigungsfalles“ vor. Was hier gefordert wurde, war die Militarisierung des Gesundheitswesens, wie sie weithin bekannt ist: datenmäßige Erfassung des Personals, Verpflichtung zur Fortbildung in sogenannter Katastrophen-, in Wirklichkeit Kriegsmedizin, Ausrichtung des Gesundheitswesens nach kriegsmedizinischen Notwendigkeiten, besonders die Selektion der Verwundeten nach den Grundsätzen der sogenannten Triage. Zwar verschwand dieser Gesetzesentwurf im Mai 1982 wieder in der Schublade, aber nicht etwa heftiger Proteste der Öffentlichkeit wegen, sondern nur um am 10.3.1982 in einem Entwurf der CDU („Gesetz über die gesundheitliche Versorgung im Rahmen des Zivilschutzes-Gesundheitsschutzgesetz“) und in einem Entwurf eines „Gesetzes zur Organisation des gesundheitlichen Zivilschutzes“ der SPD wiederzuerstehen, die inhaltlich nichts änderten, sondern nur die Kompetenzen stärker auf die Länder verlagerten. Unter den neuen politischen Bedingungen in Bonn ist ohnehin nur mehr der Entwurf der CDU relevant. Die ärztlichen Standesvertreter wurden auch weiterhin nicht müde, nach diesen gesetzlichen Regelungen zu rufen. Sie treffen sich hier mit den Interessen der Militärs, die — wie der ehemalige Chef des Bundeswehrsanitätswesens Reben-

tisch — ein für den Kriegsfall zentralistisch durchorganisiertes Gesundheitswesen forderten, weil sonst „die Bundeswehr im Verteidigungsfall hoffnungslos überfordert wäre“. Um den Verteidigungs- und Spannungsfall geht es also hier ohne Umschweife und nicht um den Katastrophenfall, für den auch die bisherigen Regelungen ausreichen. Wenn die Ärztevertreter so energisch für dieses neue Gesetz eintreten, ja es geradezu als Vorreiter immer von neuem fordern, so hat das nicht nur objektive Gründe. Im „Blauen Papier“ der Bundesärztekammer zur „Weiterentwicklung der gesundheits- und sozialpolitischen Vorstellung der Deutschen Ärzteschaft“ heißt es vielmehr: „Das in der Bundesrepublik Deutschland bestehende System der ambulanten ärztlichen Versorgung muß auch im Spannungs- und Verteidigungsfall erhalten bleiben“. Das heißt nichts anderes als, daß — wie es in einer Bund-Länder-Besprechung bereits Ende September 1980 hieß — die kassenärztliche Versorgung im Regelungsbereich der kassenärztlichen Vereinigungen zu verbleiben habe. Ebenso wird die Fortbildung in Katastrophen-, d.h. Kriegsmedizin ausdrücklich von den Kammern übernommen. Das bedeutet nichts anderes, als daß die ärztlichen Standesorganisationen deshalb so laut nach diesem Notstandsgesetz für das Gesundheitswesen rufen, um sicherzustellen, daß im Spannungs- und Kriegsfall — auch in dem des Atomkriegs — das Monopol der niedergelassenen Ärzte auf ambulante Behandlung ebenso unangetastet bleibt wie das der Kammern auf Fortbildung. Dafür identifizieren sie sich ohne Zögern mit rein militärischen Notwendigkeiten.

Diese Tatsachen haben bei den Ärztevertretern in Deutschland Tradition. Bereits im Ersten Weltkrieg war ihre Forderung nach Verbesserung des Gesundheitswesens — auch durch eine Ausbildung von Notärzten — nur so lange zu hören, bis ihre standespolitischen Überlegungen wieder die Überhand gewannen. Denn von 1917 an war nichts mehr davon zu hören; sie dachten nur mehr an die Konkurrenz, die ihnen nach dem Krieg durch diese Kollegen erwachsen würde und stemmten sich, so gut sie es konnten, gegen diese Vergrößerung ihrer Zahl, obwohl sich die objektive Notsituation in der ärztlichen Versorgung in den Lazaretten nicht geändert hatte. Eine eigentliche Militarisierung des Gesundheitswesens, wie sie heute geplant ist, hatte aber damals nicht stattgefunden.

Diese Militarisierung war jedoch ein typisches Kennzeichen der Medizin im Dritten Reich. Die eigentliche Wehrmedizin war fast traditionell zu nennen und hatte sich seit der Weimarer Republik nicht prinzipiell geändert. Bis 1942 sind die Sanitätswesen von Heer, Marine und Luftwaffe getrennt. Heeressanitätsinspekteur war bis 1940 Generalstabsarzt Prof. Dr. Waldmann, bis 1942 Generalstabsarzt

Prof. Dr. Siegfried Handloser und danach Generalstabsarzt Dr. Walter. Bis Ende 1943 war Prof. Dr. Erich Hippke, ab 1. Januar 1944 Prof. Dr. Oskar Schröder Inspekteur des Luftwaffensanitätswesens. Marinesanitätschef war bis Herbst 1943 Generalstabsarzt Prof. Dr. Fikentscher, danach Generalstabsarzt Greul.

Erst 1942 begann sich das zu ändern, nämlich durch die Ernennung des Begleitarztes Hitlers Karl Brandt zum Generalbevollmächtigten des Führers für das Sanitäts- und Gesundheitswesen, und zwar sowohl für den zivilen wie auch für den militärischen Sektor. Dies steht jedoch erst am Ende einer langen Entwicklung, die keineswegs konsequent verlief, sondern — wie stets im Nationalsozialismus — von inneren Kämpfen von Machtgruppen innerhalb der Partei begleitet war und der letztlich, wenn man die Zentralisationstendenz zum Maßstab nimmt, der Erfolg versagt blieb.

Die Militarisierung des zivilen Bereichs des Gesundheitswesens ist jedoch älter. Die sich in der Weimarer Republik wirtschaftlich bedroht fühlenden Ärzte, die sich stets von Schriften zu einer Sozialisierung des Heilwesens umgeben glaubten, waren den Nationalsozialisten in hellen Scharen zugelaufen; ihr Organisationsgrad lag mit 45% weit über dem z.B. der Lehrer. Die Voraussetzung für eine Neuordnung des Gesundheitswesens im Sinne der Nationalsozialisten waren also günstig. Dieses neuzuschaffende Gesundheitswesen war nichts anderes als die Inpflichtnahme jedes einzelnen. Oberste Richtschnur war dabei das Führerprinzip, und der Arzt war dabei als Führer in einer rassistisch orientierten Bevölkerungspolitik vorgesehen. Rassenpflege und Aufartung entsprach — auch als Gegengewicht kontraselektorisches Wirkung des Krieges, in dem gerade die Tüchtigsten am meisten gefährdet waren — Ausjäte und Ausmerze des Erbkranken, des Leistungs- und damit auch Gemeinschaftsunfähigen. Es ergeben sich damit als Leitlinien dieser Volksgemeinschaft die des Leistens, Verwertens und Vernichtens. Sie werden nicht nur die Terrormechanismen des Dritten Reiches bestimmen, sondern zur Grundlage der gesellschaftlichen Realität in Deutschland insgesamt werden. In dieses Konzept fügt sich nahtlos das ein, was die Nationalsozialisten unter der Gesundheitsführung des deutschen Volkes insgesamt verstanden.

Die Vorstellung einer Führung, ja eines Führers, war ärztlichem Denken wohlvertraut. Einer Vorstellung von einer Exklusivität des Arztberufes, die weder durch Studium und Wissen, sondern nur durch die angeborene Persönlichkeit des Arztes, also durch Führereigenschaften, zu erreichen ist, korrespondierte bei vielen Ärzten schon in der Weimarer Zeit ein ausgeprägtes Elitebewußtsein von Ärzten als einem Teil des mittelständischen Bürgertums, das seine sozialen und

wirtschaftlichen Privilegien in der Republik bedroht sah und seine prophylaktische und therapeutische Aufgabe für den ganzen Volksgesamtheit auf biologisch-rassenhygienisch-sozialdarwinistischer Grundlage wahrzunehmen bereit war. All dies wird ein guter Ausgangspunkt für die Nationalsozialisten, nach 1933 an die Neuordnung des Gesundheitswesens in ihrem Sinne zu gehen. Was die Nationalsozialisten darunter verstanden, wird auf dem Reichsparteitag 1936 der Leiter des Hauptamtes Volksgesundheit, Dr. Fritz Bartels, erklären: „Ein Volk, das seinen Weg in die Zukunft gehen soll und will, muß soweit irgend möglich im Vollbesitz seiner aufgrund seines Erb- und Rassegutes überhaupt erreichbaren Leistungsfähigkeit und Gesundheit sein. Es muß zuverlässigst Sorge dafür getragen werden, daß diese Leistungsfähigkeit und Gesundheit nicht vorzeitig absinken, sondern, daß sie trotz aller Lebensnot bis ins hohe Lebensalter erhalten werde. Was für ein Volk gilt, gilt selbstverständlich für jeden Volksgenossen“. Dies ist nichts anderes als eine konsequente Militarisierung des Gesundheitswesens, auch oder gerade im zivilen Sektor.

Die Voraussetzung zum Voranschreiten auf diesem Wege war die Gleichschaltung des Gesundheitswesens, wie sie sofort nach der Machtergreifung in Angriff genommen wurde. Die Krankenkassen und ihre Selbstverwaltungsgremien wurden systematisch zerschlagen. Von der Brutalität bei der Ausschaltung der von dieser Organisation vertretenen sozialmedizinischen und sozialhygienischen Ansätze im Gesundheitswesen unterscheidet sich das Vorgehen der Nationalsozialisten gegenüber den Ärzten als Stand; bei ihnen ging es darum, sie in den neuen nationalsozialistischen Staat zu integrieren. Das ist ihnen, da die Ärzte in großem Maße dem rechten Spektrum zuzurechnen waren, auch weitgehend gelungen. Der Nationalsozialistische Deutsche Ärztebund und sein Führer Dr. Gerhard Wagner erhielten von Hitler den unmißverständlichen Auftrag, den Ärztestand neu zu ordnen. Doch während Wagner bei den Krankenkassen hart zugriff, gelang ihm bei den ärztlichen Standesorganisationen weitgehend die Selbstgleichschaltung und Selbstreinigung, die am 5. April 1933 vollzogen war. Fr. Karl Haedenkamp — der neue und alte Geschäftsführer des Hartmannbundes — erneuerte dabei das Treuebekenntnis zu Hitler: „In all den vergangenen Jahren habe die ärztliche Führung stets ihren Charakter als deutsche Ärzte zu wahren gewußt“. Am 7. Juni 1933 erfolgte der letzte Schritt: der Vorsitzende des Deutschen Ärztevereinsbundes und des Hartmann-Bundes Dr. Alfons Stauder trat als Vorsitzender der ärztlichen Spitzenverbände zurück; Wagner wurde neuer Vorsitzender. Wagner hat die alten ständischen Forderungen der Ärzteschaft erfüllt, indem er am 2. August 1933 die Kassenärztliche Vereinigung Deutschlands begründete und sie selbst nach

dem Führerprinzip aufbaute. Das Führerprinzip ging auch in die Reichsärzteordnung vom 13. Dezember 1935 ein. Andererseits erfüllte sie die alte ärztliche Forderung eines einheitlichen Ärztestandes. Darüber hinaus — so Wagner — wird in ihr die Gesamtheit eines Berufs „in den Dienst... des nationalsozialistischen Staates gestellt... Der Reichsärztekammer... unterstehen mit Ausnahme der Sanitäts-offiziere alle Ärzte... An der Spitze der Reichsärztekammer steht der Reichsärzteführer in autoritärer Stellung... Sie ist ein Instrument nationalsozialistischen Willens zur... Einordnung aller Gruppen... in die große, sich gegenseitig stützende Gemeinschaft“. Am 30. April 1936 wird dann sowohl der Ärztevereinsbund als auch der Hartmannbund aufgelöst. Somit war es Wagner durch geschickte Maßnahmen gelungen, den gesamten ärztlichen Stand politisch einheitlich im Sinne des Nationalsozialismus auszurichten und eine homogene Ärzteschaft zu schaffen, die den neuen Staat unterstützte oder zumindest nicht aktiv gegen ihn vorging. „Damit ist der deutsche Arzt“ — so wieder Wagner — „endlich vom Arzt des Individuums zum Arzt der Nation geworden, der... bewußt dazu geführt wird, alle Verrichtungen im Sinne der nationalsozialistischen Weltanschauung zu sehen und durchzuführen“. Die Nationalsozialisten waren mit diesem Ärztestand insgesamt zufrieden; denn — so Reichsärzteführer Dr. Leonardo Conti, der Nachfolger Wagners, 1943 — „die Ärzte haben von allen akademischen Berufen zuerst und am aktivsten in der nationalsozialistischen Bewegung gestanden“. Alles in allem kann man sagen, daß mit diesen Maßnahmen die erste Etappe der Militarisierung des Gesundheitswesens im zivilen Bereich als abgeschlossen gelten kann. Sie war rechtzeitig erfolgt; Hitler selbst erklärte 1936 in seiner geheimen Denkschrift zum Vierjahresplan:

1. Die deutsche Armee muß in vier Jahren einsatzfähig sein;
2. die deutsche Wirtschaft muß in 4 Jahren kriegsfähig sein.

Die Leistung ist jetzt sicherzustellen; sie wird zum entscheidenden Faktor. „Nur der Leistungswille“ — so Dr. Hans Hoske, Wissenschaftlicher Mitarbeiter im Hauptamt Volksgesundheit der NSDAP, 1936 — „entscheidet über den sozialen Wert des Menschen“. Die Medizin war bereit, ihren Anteil an diesem Teil der Kriegsvorbereitung zu leisten.

3. In diesem Zusammenhang ist auch die systematische Schulung und Ausbildung des ärztlichen Nachwuchses im Sinne des nationalsozialistischen Arttums zu sehen, die auf den engen Mitarbeiter und Stellvertreter Wagners Kurt Blome zurückgeht, dessen spezielle Aufgabe in der ärztlichen Fortbildung bestand. Dazu sollte die „Führerschule der Deutschen Ärzteschaft“ in Alt-Rhese in Mecklenburg dienen, die — so Wagner bei ihrer Eröffnung am 1. Juni 1935 — die Aufgabe

hatte, „den unbedingt notwendigen hochqualifizierten Führernachwuchs aus der Jungärzteschaft heranzubilden“. Die Grundlagen nationalsozialistischer Gesundheitsführung mit all ihren Aspekten waren es, die hier wie an den einzelnen Universitätsstädten an die Jungärzte herangetragen wurden.

Wagners Nachfolger Conti hatte von Anfang an eine noch größere Machtfülle, als sie Wagner je besessen hatte. Er war Reichsärzteführer, als Hauptdienstleiter der NSDAP Leiter des Hauptamtes Volksgesundheit, Vorsitzender des NSDAeB und Vorsitzender der Reichsärztekammer. Im Gegensatz zu Wagner, der stets SA-Arzt geblieben war, war Conti 1930 in die SS übergewechselt. Seit April 1933 war er Ministerialrat im Ministerium des Innern. Als Staatssekretär hat er ab 1939 die Abteilung 4, die für das Gesundheitswesen zuständig war, straff durchorganisiert.

Er hat ihr das Reichsgesundheitsamt eingegliedert, ebenso wie das Deutsche Rote Kreuz, das seit 1937 als Präsident den Reichsarzt der SS und Polizei Dr. Grawitz, Gruppenführer der SS und ranghöchsten SS-Arzt hatte. Zu seinem Stellvertreter Blome, der es 1934 abgelehnt hatte, Reichsarzt der SS zu werden, und der im Vergleich zu Conti als gemäßigt galt, stand er im Gegensatz. Vor seiner Ernennung zum Reichsärzteführer, führte er die Säuberung des Gesundheitswesens von Juden und Marxisten brutal durch. Auch später ist seine Position in der Rassenfrage radikal; aufgrund dieser Positionen hat Hitler ihm sogar die Durchführung der sogenannten „Euthanasie“ entzogen. Seine Befugnisse sind besonders seit Beginn des Krieges sehr erweitert worden. 1942 wurde er zum Reichsgesundheitsführer ernannt. Das zivile Gesundheitswesen ist unter ihm endgültig militarisiert worden. Was das hieß, läßt sich am besten anhand der Leistungsmedizin zeigen; gleichzeitig zeigt sich an ihr auch, wie als neues Machtzentrum im Gesundheitswesen die Deutsche Arbeiterfront und besonders ihr Amt für Volksgesundheit bereits neben Wagner getreten war. Die Situation war seit 1935, besonders aber seit dem Vierjahresplan 1936, für die nationalsozialistischen Machthaber schwierig geworden; den Engpässen auf dem Arbeitsmarkt korrelierten ständig steigende Krankenstände. 1937-1939 war es eine Zunahme von mehr als 20 %. Die Ursache davon war ebenso die Unruhe unter der Bevölkerung infolge einer hemmungslosen Anwendung der Sterilisierungsgesetze als auch eine erste Antwort auf die neuen Leistungsanforderungen in den Betrieben. Systematisch wurde nun vorgegangen und der Versuch gemacht, auch das Privatleben des Einzelnen rücksichtslos zu reglementieren. „Der Nationalsozialismus“ — so Dr. Heinrich Grote als Stellvertreter des Reichsärzteführers stellvertretender Reichsführer der Kassenärztlichen Vereinigung Deutschlands

1936 — „erhebt den Totalitätsanspruch auf die Lebensführung jedes Einzelnen. Er erhebt ihn auch auf die Gesundheitspflege“. Das bedeutete Schritt für Schritt eine Neuordnung des Vertrauensärztlichen Dienstes sowie die Anweisung vom stellvertretenden Reichsärztführer, Dr. Fritz Bartels 1938 daß „die Ausstellung privatarztlicher Zeugnisse über die Arbeitsfähigkeit bzw. Arbeitsunfähigkeit Arbeitssuchender unzulässig“ ist „und zu unterbleiben“ hat. Dies alles war in die Hand von Arbeitsärzten übergegangen, die dem Reichsarbeitsministerium unterstanden. Der Betriebsarzt, dem „Hauptamt für Volksgesundheit“ der Deutschen Arbeiterfront unterstellt, stand am Ende dieser Entwicklung. Der so entstandene Kompetenzwirrwarr — Reichsärztführer im Reichsministerium des Innern, Reichsarbeitsministerium, Hauptamt für Volksgesundheit der NSDAP und Amt für Volksgesundheit der Deutschen Arbeiterfront — führte zwar einerseits zu vielfachen Auseinandersetzungen, die die Effizienz des Systems als Ganzes behinderten. Festzuhalten ist jedoch andererseits, daß in einem stärkeren Maße auch eine Diagnostik der Gesunden in allen wehrwirtschaftlich wichtigen Betrieben vorbereitet und zum Teil durchgeführt wurde, deren Daten auch den Erbgesundheitsgerichten zugänglich gemacht werden konnten. Am Ende sollte die gesundheitskartenmäßige Erfassung jedes Deutschen stehen. Daß dies alles zu nichts anderem als Leistungssteigerung, zu einer ständig zunehmenden Militarisierung der Arbeit und letztlich zu „Vernichtung durch Arbeit“ führen mußte, verstand sich von selbst. Seine Konsequenz fand dies alles in der sozialdarwinistischen Vorstellung der Ausmerze des nicht mehr Lebenstüchtigen und Arbeitsfähigen. „Im strengen Sinne biologisch und deshalb ein erstrebenswertes Ziel für die Gesundheitsführung“ — so Dr. Bockhacker, seit 1939 Leiter des Amtes für Volksgesundheit der Deutschen Arbeiterfront — „ist aber erst ein Zustand, wenn der Zeitpunkt des allmählichen Kräfteschwundes kurz vor dem Eintritt des physiologischen Todes liegt und der endgültige Kräfteverfall mit ihm zusammenfällt“. Die sich verschärfende Kriegssituation ließ solche weitreichenden Pläne nicht zur Ausführung kommen. Was in der immer kritischer werdenden Situation an der Front und in der Heimat, in der alles militarisiert wurde, realisiert wurde, waren mobile vertrauensärztliche Kommandos, die rücksichtslos gesund schrieben. Betriebsärzte gaben nicht selten Hinweise über angebliche Simulanten und Arbeitsverweigerer an die Gestapo weiter. Daß die Situation der zwangsdeportierten Ausländer und Zwangsarbeiter jeder Art sich nicht mehr von denen von in Arbeitslagern Festgehaltenen zu unterscheiden begann, braucht nicht besonders hervorgehoben zu werden.

1942, als die Situation an der Front und in der Heimat immer aus-

sichtsloser zu werden begann, ging Hitler an eine Neuordnung und Straffung des Gesundheitswesens. Am 28. Juli 1942 ernennt er seinen Begleitarzt Prof. Dr. Karl Brandt zum Generalbevollmächtigten des Führers, am 25. August 1944 zum Reichskommissar des Führers für das Sanitäts- und Gesundheitswesen. Ihm wird damit das gesamte zivile und militärische Gesundheits- und Sanitätswesen unterstellt. Zur gleichen Zeit, nämlich 1942, werden die Sanitätsbehörden der drei Wehrmachtsteile zusammengefaßt. Der bisherige Sanitätsinspekteur Handloser wird zum Chef des Wehrmachts-Sanitätswesens ernannt. Die Ernennung Brandts hat die immer desolater werdende Situation im Gesundheitsbereich nicht beheben können, sondern nur die Schwierigkeiten vergrößert. Die Kompetenzrängeleien zwischen Brandt, Conti und Handloser aber auch mit Ley waren vorprogrammiert. Die Inspektionen Brandts bzw. die seiner Mitarbeiter waren gefürchtet; es gab Gauleiter, die diesen Kommissionen in ihren Bereichen die Tätigkeit untersagten. Denn sie stifteten nur Unruhe, besonders wenn sie Rüstungsbetriebe mit hoher Krankheitsquote durchkämmten, um angebliche Simulanten und Drückeberger aufzuspüren. So hat dieser Versuch Hitlers, das Gesundheitswesen mit starker Hand zusammenzufassen und in seinem Sinne zu militarisieren insgesamt nur Verwirrung und mindere Effizienz gezeitigt.

Das Wehrmachtssanitätswesen mußte davon abhängig seine eigenen Wege gehen; denn hier waren die Probleme bei der herannahenden Niederlage nicht kleiner, sondern größer geworden; ihnen entgegenzutreten erlaubte keinen Aufschub. Auch die 800 000 Lazarettbetten, die Ende 1942 unter rücksichtsloser Ausnutzung aller, auch der zivilen Einrichtungen bereitstanden reichten nicht aus. Hinzu kam etwas weiteres: Was die Zitterer des Ersten Weltkrieges gewesen waren, waren nun Ohren- und Ulcus-Kranke. Ab Mai 1943 wurden diese chronisch Kranken oder Krank-Gewordenen in sogenannten Magen-, in geringerm Maße in Ohrenbataillonen zusammengezogen, in der Absicht sie wieder aktiv ins Kriegsgeschehen einzufügen. Arbeitstagen der beratenden Fachärzte beschäftigten sich seit 1943 mit der Frage, wie Frostgeschädigte, Ulcus- und Diphtheriekranken und Soldaten mit postdysenteritischen Magenstörungen wieder militärisch eingesetzt werden könnten. Verschärfte neue Richtlinien wurden für Tauglichkeitsbeurteilungen erlassen und sie sollten neben einer dauernden Kontrolle der Verwundeten in den Lazaretten dazu führen, die letzten Reserven zu mobilisieren. Die leitenden Organe des Sanitätswesens leisteten dabei Schützenhilfe. Erst das Ende des Krieges setzte diesem Treiben ein Ende, bei dem stets von neuem Lazarette durchkämmt und Soldaten noch vor ihrer Genesung wieder an die Front geworfen wurden.

Dies alles, die völlige Militarisierung des zivilen Bereichs des Gesundheitswesens wie der brutale Einsatz des Militärwesens zur Mobilisierung der letzten Reserven, hatten das Ende des Dritten Reiches verzögern, aber nicht aufhalten können. Mit ihm hatten die eigentlichen Grundmaximen nationalsozialistischer Gesundheitspolitik, nämlich Heilen im Spannungsfeld von Leisten, Verwerten und Vernichten mit 1945 in dieser Form ihr Ende gefunden. Was jedoch den Zusammenbruch überlebt hat ist die ungebrochene Kontinuität technokratischen Denkens in der Medizin, die auch aus dieser Militarisierung des Gesundheitswesens im Dritten Reich gesprochen hatte. Was bald nach dem Ende des Krieges wieder errichtet wurde, waren die ärztlichen Standesorganisationen sowie die von den Nationalsozialisten errichteten zentralen Organisationsformen, d.h. KV und Ärztekammern, nur ohne das Führerprinzip.

Diese Standesorganisationen versuchen nicht anders als eh und je das, was sie als Interessen ihrer Mitglieder verstehen, wahrzunehmen. Diese ihre Haltung hat ihre klare Kontinuität.

Schon im Ersten Weltkrieg hatten die ärztlichen Standesvertreter ihre Interessen wahrzunehmen gewußt. Sie hatten trotz ihrer sonst fast ausnahmslos staatstragenden Haltung bereits die Nachkriegszeit im Blick, als sie trotz Schwierigkeiten in der medizinischen Versorgung gegen ein Überhandnehmen der Notärzte Stellung nahmen, um spätere Konkurrenz klein zu halten. Ihre Bereitschaft zur weitgehenden Selbstgleichschaltung brachte den ärztlichen Standesverbänden und ihren Repräsentanten im Dritten Reich die lange gewünschte einheitliche Vertretungsform; ihre Unterordnung unter das militarisierte Gesundheitswesen im Dritten Reich erlaubte es ihnen auch in der Kriegssituation ihre Standesinteressen wahrzunehmen. Heute sind ihre Argumente zwar vordergründig die Versorgung der Bevölkerung im Krisen- und Katastrophenfall; dahinter steht — und deshalb waren sie die ersten, die die Forderung nach einem Gesundheitssicherungsgesetz erhoben — der Wunsch, daß auch in dieser Situation die in der Bundesrepublik festgeschriebene Organisationsform ärztlicher Versorgung nicht angetastet wird.

Abschließend sei noch auf eine weitere Tatsache hingewiesen: Katastrophenmedizin — und so ist es auch in allen Lehrbüchern zu lesen — ist Massenmedizin unter erschwerten Bedingungen; sie ist keine individuelle Leistung und erfolgt in den drei klassischen Phasen der Hilfeleistung

1. sofortige Hilfeleistung
2. Wiederherstellung der Lebensbedingungen in der Katastrophenzone
3. Wiederaufbau.

Als erste, wichtigste Aufgabe dieser Katastrophenmedizin wird die Patientensortierung, die sogenannte Triage, angesehen. Patienten werden danach unterschieden, ob bei ihnen sofortiger Behandlungszwang besteht, ob Frühbehandlung nötig oder verzögerte Behandlung möglich ist. Diesem Personenkreis stehen nicht nur Leichtverletzte gegenüber, sondern auch Hoffnungslose, die isoliert gelagert werden sollen. Das ist aus den Erfahrungen der Militärmedizin des Zweiten Weltkriegs entnommen; es war in vergleichbarer Form in Richtlinien für die Versorgung Verwundeter in den vorderen Sanitätseinrichtungen seit 1940 geregelt. Das heißt nichts anderes als Selektion. Im Dritten Reich wurde nach Wiederherstellung von Kampf- oder zumindest Leistungsfähigkeit selektiert; daß Selektion nach Überlebenschancen letztlich nichts anderes bedeutet, ist offenkundig. Zu all dem kommt noch etwas anderes: Alle stimmen darin überein, daß unter den gegebenen heutigen strategischen Verhältnissen in Mitteleuropa jede bewaffnete Auseinandersetzung atomar sein wird. Deshalb ist es sinnlos über Überlebenschancen zu spekulieren. Deshalb darf auch nicht unter dem Vorwand von sogenannten Vorsorgemaßnahmen eine Militarisierung des Gesundheitswesens stattfinden, deren Strukturen fatal an Entwicklungen erinnern, die im Dritten Reich zur Eingliederung des Gesundheitswesens in seine Vernichtungsmechanismen geführt haben.

Robert Pfeiffer

Triage in Militär- und „Katastrophenmedizin“

Seit drei Jahren — die Bundesärztekammer gab selbst den Startschuß — wird eine engagierte Diskussion um die „Katastrophenmedizin“ geführt. Hauptsächlich geht es dabei um ihr Kernstück, die Triage (auch Sichtung oder sorting genannt). Bei einem „Massenanfall“, der die Einrichtungen des Gesundheitswesens überfordert, sollen die Verletzten zunächst nach Prognose und Dringlichkeit der Behandlung kategorisiert (meist in vier Gruppen) und erst dann behandelt werden. Die Gruppe der Schwerstverletzten (auch Gruppe der „Hoffnungslosen“, der „abwartenden Behandlung“ oder kurz „T4“ genannt) wird jedoch ohne medizinische Versorgung bleiben — bis auf Absonderung und Gabe von sedierenden und schmerzlin- dernden Medikamenten.

Darum dreht sich hauptsächlich die Diskussion. Kann und muß man schwerverletzte Patienten, für deren Versorgung im medizini-