

Medizin im Nachkriegs-Schleswig-Holstein

S E R I E Gesundheit und Politik in Schleswig-Holstein. Erste Folge: Nach der Kapitulation. Von Dr. phil. Dr. med. Karl-Werner Ratschko.

Am 5. Mai 1945 um 8:00 Uhr war schon vor der Gesamtkapitulation des Deutschen Reiches für die Schleswig-Holsteiner der Krieg zu Ende. Der Beauftragte der geschäftsführenden Reichregierung, Generaladmiral Hans-Georg von Friedeburg, hatte mit dem Chef der alliierten Truppen in Norddeutschland, Feldmarschall Bernhard Montgomery, eine Teilkapitulation für Norddeutschland, die nördlichen Niederlande, Dänemark und Norwegen vereinbaren können. Bereits am 4. Mai hatte das 8. Britische Korps den Kieler Raum und wenig später den Rest Schleswig-Holsteins besetzt. Die Staatsgewalt befand sich damit vollständig in den Händen der britischen Besatzungsmacht, die nach Verhaftung und Internierung der bisherigen NS-Führung nun das Problem hatte, ein fremdes Land regieren zu müssen. Es war nötig, Führungspositionen in der Provinzialverwaltung wieder unverzüglich zu besetzen. Dafür bedienten sich die Briten des Sachverständigen der nicht oder eher gering belasteten Fachleute in den Verwaltungen und ließen zunächst die von ihnen schwer zu verstehenden Strukturen der Landesverwaltung bestehen. Auch ergab sich der günstige Umstand, dass von deutscher Seite in den allerletzten Stunden des Krieges noch die Anweisung gegeben worden war, in allen staatlichen Verwaltungen nach Möglichkeit weiter zu arbeiten. Die Partei-einrichtungen der NSDAP waren zu diesem Zeitpunkt bereits aufgelöst.

Die Besatzungsmacht übernahm in Schleswig-Holstein eine funktionierende Provinzialverwaltung. Die Militärregierung regierte nach Besatzungsrecht autoritär direkt oder in Form der „indirect rule“, d. h. durch Gesetze, Verordnungen oder einfach nur Befehle. Am 14. Mai 1945 wurde der bisherige Leiter der Allgemeinen Abteilung im Oberpräsidium in Kiel, Regierungsdirektor Dr. Otto Hoevermann

(1888-1953), zum kommissarischen Oberpräsidenten als Nachfolger des internierten NS-Gauleiters Hinrich Lohse ernannt, Regierungsrat Werner Mensching übernahm kommissarisch das Regierungspräsidium in Schleswig und Landesoberverwaltungsrat Dr. Hans Müthling die Geschäfte des schleswig-holsteinischen Provinzialverbandes. Alle drei stammten aus den Behörden, deren Leitung sie übernahmen. Entsprechend wurde in den meisten Kreisen und kreisfreien Städten bei der Ernennung der Landräte und Oberbürgermeister verfahren. Wegen seiner seit 1937 bestehenden Mitgliedschaft in der NSDAP, aber auch weil er mehr ein Verwaltungsbeamter und weniger ein Politiker war, wurde Hoevermann jedoch bereits am 15. November 1945 von den Briten wieder des Amtes enthoben. Im Spätherbst 1945 wollten die Briten nicht mehr Regierungs- und Entscheidungsinstanz sein, sondern sich auf die Kontrolle des von ihnen besetzten Gebietes zurückziehen. Dafür war Theodor Steltzer (1885-1967, CDU), der zu Beginn der NS-Zeit aus politischen Gründen als Landrat des Kreises Rendsburg von den NS-Machthabern abgesetzt worden war, besser geeignet. Steltzer war Mitglied des Kreisauer Kreises und war vom Volksgerichtshof im Januar 1945 zum Tode verurteilt worden. Er konnte in den Wirren der Endkriegszeit in Berlin entkommen und war von den Briten im September 1945 wieder als Landrat in Rendsburg eingesetzt worden.

Direktiven der Besatzungsmacht veränderten in den letzten Monaten des Jahres 1945 die schleswig-holsteinische Provinzialverwaltung erheblich. Mit der „Zone Policy Instruction“ Nr. 4 vom 24. Oktober 1945 verfügte der britische Deutschlandminister, dass die Verwaltung des Regierungspräsidenten in die des Oberpräsidenten mit Wirkung vom 1. Dezember 1945 einzufügen sei. Die zehn Hauptabteilungen der Selbstverwaltung des Provinzialverbandes wur-

den zunächst provisorisch und am 1. August 1946 endgültig dem Oberpräsidenten unterstellt. Damit waren alle Verwaltungen auf Provinzebene unter einem Dach. Sitz des Oberpräsidiums war das teilweise zerstörte Kieler Schloss, ein Großteil der Verwaltung blieb aber wegen der in Kiel bestehenden Raumnot zunächst weiter in Schleswig.

Steltzer schlug als neue Struktur für die Provinzverwaltung die Schaffung von sechs Ämtern vor, die dem Oberpräsidenten unterstellt sein sollten. Ein Amt für Gesundheit war nicht vorgesehen, wurde jedoch im Verlaufe des Jahres 1946 auf Betreiben der Briten als siebtes Amt geschaffen. Später kamen noch weitere Ämter dazu.

Dr. Hans Müthling (1901-1976) wurde zum Jahreswechsel 1945/46 der deutsche Verbindungsmann zur Militärregierung. Müthling war Jurist und Volkswirt und seit 1943 in der Provinzialverwaltung tätig. Fast täglich holte er in „Turnusbesprechungen“ als Stellvertreter des Oberpräsidenten und Verbindungsmann zwischen Militärregierung und Oberpräsidium die Anweisungen der in dem Gebäude der Landwirtschaftskammer in Kiel residierenden Militärregierung ab. Am 22. Februar 1946 trat ein aus je einer ernannten Person der Kreise und kreisfreien Städte sowie aus allen Schichten der Bevölkerung bestehender „Provinz-Beirat“ mit insgesamt 61 Abgeordneten zum ersten Mal im späteren Schauspielhaus in der Kieler Holtenuer Straße zusammen. Für jedes der sieben Ämter wurde ein Ausschuss gebildet, der die parlamentarische Kontrolle über die jeweiligen Verwaltungen übernehmen sollte. De facto ab 12. Juni 1946 mit der Verabschiedung der „Vorläufigen Verfassung des Landes Schleswig-Holstein“, die nicht von den Briten bestätigt, aber toleriert wurde, entstand aus dem Provinzbeirat stillschweigend das – immer noch ernannte – Landesparlament. Ähnlich ist in der Gründungsphase

der schleswig-holsteinischen Ärztekammer vorgegangen worden. Steltzer wurde am 23. August 1946, dem Gründungsdatum des Landes Schleswig-Holstein, vom britischen Militärgouverneur Champion de Crespigny zum Ministerpräsidenten ernannt. Die Minister der „Landesregierung“ waren die Vorsitzenden der mittlerweile zu Hauptausschüssen umbenannten Ausschüsse. Der Minister für das Gesundheitswesen wurde nach Emil Matthews (1895-?, KPD) Kurt Pohle (1899-1961, SPD).

Pohle, geboren in der Lausitz, hatte an beiden Weltkriegen teilgenommen, war vom 12. Juni bis 22. November 1946 Minister für Volkswohlfahrt und anschließend bis 29. April 1947 Minister für das Gesundheitswesen des Landes Schleswig-Holstein. Er war seit frühester Jugend Mitglied der SPD, vor 1933 drei Jahre Reichstagsabgeordneter und seit 1946 bis 1950 Landtagsabgeordneter in Schleswig-Holstein, von 1949 bis zu seinem Tode 1961 Bundestagsabgeordneter. Sein politisches Engagement galt insbesondere dem Gesundheitswesen, aber auch den Kriegsoptionen, Kriegsgefangenen und Heimkehrern.

Am 20. Dezember 1946 übertrug de Crespigny die Regierungsbefugnisse an den schleswig-holsteinischen Ministerpräsidenten Steltzer. Im Februar 1947 wurde aus dem „Military Government“ die „Control Commission“. Mit dem bisherigen Innenminister Hermann Lüdemann (1880-1959, SPD), dessen Partei in der ersten demokratischen Wahl in Schleswig-Holstein nach 1945 die Mehrheit errungen hatte, war ein Ministerpräsident, noch von de Crespigny ernannt, gefunden. Er trat am 29. April 1947 sein Amt an. Am 8. Mai 1947 wurde der erste gewählte schleswig-holsteinische Landtag feierlich eröffnet. Lüdemann wurde am 29. August 1949 von seinem Stellvertreter Bruno Diekmann (1897-1982, SPD) nach desolaten Stimmverlusten der SPD in der ersten Bundestagswahl am 14. August 1949 das erste Mal durch eine Landtagswahl abgelöst.

Das Öffentliche Gesundheitswesen Amt, Ministerium und Abteilung für Gesundheitswesen

Mit Wirkung vom 1. Oktober 1945 wurde Medizinalrat Dr. Arnold Habernoll zum Regierungsmedizinaldirektor befördert. Damit schien für den Bereich der Gesundheitsverwaltung Schleswig-Holsteins die Richtung vorgegeben. Habernoll sollte sie leiten, sein Vorgänger während der NS-Zeit und in den ersten Monaten nach der Kapitulation, Obermedizinalrat Dr. Waldemar



Kein Grenzübertritt ohne Spritze. Ohne Schutzimpfung gegen Typhus durfte aufgrund einer Anordnung der sowjetischen Militärbehörden kein Interzonenreisender die Grenze nach der Sowjetzone überschreiten. Das Bild zeigt eine Ambulanz in einer britischen Grenzübertrittsstelle bei Lübeck, wo jeder Interzonenreisende seine vorgeschriebene Schutzimpfung erhielt.

Lenz, in Schleswig würde bei der Zusammenlegung der schleswig-holsteinischen Gesundheitsverwaltungen Habernoll unterstellt werden. Die Aufgaben Habernolls waren sehr umfangreich. Von ihm sollte das gesamte öffentliche Gesundheitswesen einschließlich der zu diesem Zeitpunkt noch staatlichen 16 Gesundheitsämter geleitet werden. Die Aufsicht über Ärztekammer, ärztliche Ehrengerichte, Zahnärzte und Apotheker, Deutsches Rotes Kreuz, die

Provinzialkrankenhäuser und Universitätskliniken wie auch die Verbindung zum Public Health Office der Militärregierung gehörten zu seinen Pflichten. Im Hinblick auf die in der Provinz auch im Medizinalbereich bevorstehenden großen Veränderungen z. B. durch die Auflösung der weit über 100 Wehrmachtslazarette wie auch auf den Mangel an fast allen für die Behandlung von Krankheiten notwendigen Materialien und die Seuchengefahren besonders in den

Vertriebenen-, Durchgangs- und Flüchtlingslagern bedurfte eine solche Aufgabenfülle einer Verwaltung mit weitreichenden Befugnissen, die als Abteilung eines Ministeriums nur schwer zur Verwirklichung sein würde.

Der Vorgänger Habernolls, Dr. Walde-
mar Lenz, war 1885 in Bartenstein in Ost-
preußen geboren, hatte in Königsberg Me-
dizin studiert, 1916 die Kreisarztprüfung
bestanden und war nach dem Ende des 1.
Weltkriegs im öffentlichen Gesundheits-
dienst zunächst als Kreisarzt tätig. 1934 wur-
de er Leitender Medizinalbeamter beim Re-
gierungspräsidenten in Schleswig. Wäh-
rend der gesamten NS-Zeit leitete er das
Medizinalwesen beim Regierungspräsi-
denten. Dieses Amt legte er Ende Novem-
ber 1945 mit Wirkung vom 11. Dezem-
ber nieder und machte damit den Weg für
eine Zusammenlegung der Gesundheitsab-
teilungen unter Habernoll frei. Habernoll
(1894-?), der erst im Juni 1945 mit der Lei-
tung des Gesundheitsamtes Schleswig be-
traut worden war, übernahm im Herbst die
Leitung der Abteilung für das Gesundheits-
wesen, aus der sich dann im Frühjahr 1946
das Amt für Gesundheitswesen entwickeln
sollte. Im Gegensatz zu Lenz hatte Haber-
noll Distanz zu den NS-Machthabern ge-
halten, seine Beförderung war aus politi-
schen Gründen unterblieben, sodass im
Rahmen eines Wiedergutmachungsverfah-
rens 1947 sein Dienstatler angehoben wur-
de. Im Juni 1950 wurde er zunächst kom-
missarisch, dann endgültig als Ministeri-
alrat Referent in der Abteilung für das Ge-
sundheitswesen im Bundesinnenministeri-
um. Sein Nachfolger in Kiel wurde 1952 Dr.
Hans Heigl, Amtsarzt aus Flensburg.

Die Beamten des Amtes für Inneres
(des späteren Innenministeriums) woll-
ten Anfang 1946 noch an den alten Struk-
turen in „neuem Gewande“ festhalten, die
Briten jedoch lehnten die Vorstellungen der
Deutschen als völlig unzureichend ab und
forderten, nicht zuletzt auch im Hinblick
auf den Schutz der Besatzungssoldaten vor
Seuchen, effiziente Strukturen. Als für sie
erkennbar wurde, dass dies nicht geleistet
wurde, griffen sie in die Entwicklung mas-
siv ein. Der Kieler Stadtmedizinalrat Pro-
fessor Dr. Franz Klose, wohl der erfahrens-
te deutsche Amtsarzt seiner Zeit, wurde
von der Militärregierung beauftragt, einen
Plan für die Organisation des Gesundheits-
wesens in der Provinz zu entwerfen. Seine
Beurteilung der Vorstellungen des Ober-
präsidiums fiel negativ aus. Eine Einglieder-
ung der Gesundheitsverwaltung in die in-
nere Verwaltung wurde von ihm als völ-
lig unzumutbar abgelehnt. Die früher so
wichtigen medizinalpolizeilichen Aufgaben
spielten – so Klose – im Vergleich zu den
wissenschaftlichen Erkenntnissen der Epi-
demiologie nur noch eine nachrangige Rol-
le: „In den Vordergrund des öffentlichen
Gesundheitsdienstes [sind] alle Fragen der
Krankheitsvorbeugung und -verhütung ge-
treten, die nur ärztlich-fürsorgerrisch, nicht
polizeimässig bearbeitet und gelöst wer-
den.“ Die Verwaltung der Kranken- und
Heilanstalten gehöre in die Gesundheits-
verwaltung und nicht in die Volkswohl-
fahrt. Mit der überholten Unterstellung des
Gesundheitswesens in die Ämter für Inne-
res und Volkswohlfahrt müsse aufgeräumt
werden, es sei ein selbstständiges Amt für
Gesundheitswesen unter verantwortlicher
Leitung eines leitenden Medizinalbeamten

zu errichten. Auch die Abteilung für Sozi-
alversicherung gehöre in das Amt für Ge-
sundheitswesen und nicht in das Amt für
Wohlfahrt. Seinen Ausführungen hatte er
ein Organigramm für die gesamte Verwal-
tung des Oberpräsidenten beigelegt, von
dem hier nur der Teil des Amtes für Ge-
sundheitswesen wiedergegeben wird:

1. Sanitätsmedizinal-polizeiliche Abteilung
2. Sozialhygienische Abteilung
3. Abteilung für Provinzial-Kranken- und
Heilanstalten
4. Sozialversicherungsabteilung

Habernoll spricht sich Ende Februar 1946
nach einer früher eher distanzierten Stel-
lungnahme nun positiv zu den Vorstellun-
gen Kloses aus, seinem Schreiben waren
bereits Überlegungen beigelegt, wie das
Amt für Gesundheitswesen personell aus-
gestaltet werden könnte.

Für die Briten war die Veränderungsbereitschaft des deutschen Verwaltungsapparates nicht überzeugend. Wie ein Blitz schlug der „Dringende Bearbeitungsfall der Militärregierung – Bericht Nr. 119“ Muthlings vom 19. Januar 1946 ein. In der üblichen Turnusbesprechung hatte ein Vertreter der britischen Militärregierung mit sehr kritischen Worten den Wert der Organisation der Gesundheitsverwaltung bezweifelt. Die eigentlich ja nicht mehr getrennt bestehenden „Abteilungen“ Lenz und Habernoll schienen völlig zusammenhanglos nebeneinander her zu laufen. Eine Kommission der Militärregierung hatte bei einer Inspektion Lenz an einer Schreibmaschine sitzend vorgefunden. Auf die Frage, ob er nichts Wichtigeres zu tun habe, hatte er seine Arbeit damit begründet, dass ihm keine Stenotypistin zur Verfügung gestellt würde. In der Gesundheitsverwaltung herrsche eine geradezu „primitive Büroordnung“, der Verwaltungsapparat müsse wohl von Grund auf umgeschichtet werden, so sei die Gesundheitsverwaltung jedenfalls nicht aufrecht zu erhalten. Innerhalb von 14 Tagen solle der Militärregierung ein Vermerk über die erforderliche Neuordnung vorgelegt werden.

Danach ging es zügig voran. Keiner wollte die Militärregierung verärgern. Muthling berichtete in seinem Turnusbericht Nr. 200 vom 29. März 1946, dass die Briten mit den Vorstellungen für das Amt für Gesundheitswesen weitgehend einverstanden seien. Einige Ergänzungen und Erläuterungen seien noch erforderlich, auch werde verlangt, dass zunächst die leitenden Persönlichkeiten bestimmt werden sollten. Schon wenige Tage später folgte am 2. April 1946 die Entscheidung des Leiters des in-

Amt für Gesundheitswesen

Bereich		Weitere Stellen	
Amt für Gesundheit		Emil Matthews	Amtschef Dr. Johannes Stroomann
I	Zentralabteilung	RR Mensching	RR N.N., 2 Verw. Beamte, Registratur: 3 Mitarb., Schreibstelle: 5 Schreibkräfte
II	Sanitäts- und Medizinalpolizei	RMD Dr. Habernoll	ORR und MR Dr. Lenz, MR Dr. Hellermann, Reg. Pharmazierat N. N., 5 Verw. Beamte, Oberin
III	Sozialhygiene	ORR und MR Heidemann	RR N. N., Facharzt N. N., 1 Verw. Beamt., 1 Büroangest.
IV	Krankenhaus und Anstaltswesen	Landesrat Schellmann	MR N. N., 5 Verw. Beamt., 2 Verw. Angest.

Anm.: RR= Regierungsrat, ORR = Oberregierungsrat, RMD= Regierungsmedizinaldirektor, MR= Medizinalrat, N. N. = noch nicht benannt. Einige Stellen wurden wenig später neu besetzt, neue Stellen kamen dazu. Insofern ist dies nur eine Momentaufnahme (etwa Juli/ August 1946).

neren Amtes, Dr. Heinrich Clasen, der auf die Vorstellungen der Briten positiv einging. Nach seiner Auffassung sollte der Oberpräsident entscheiden, ob der Amtschef ein Arzt oder Verwaltungsbeamter sein soll, auch würde sich das Prinzenpalais in Schleswig mangels geeigneter Räume in Kiel als Sitz des neuen Amtes anbieten. Endgültig sah die Besetzung des neuen Amtes dann **wie in der Tabelle auf Seite xx dargestellt** aus.

Insgesamt ging es also um etwa 40 Personen. Um diesen Personalstand zu erreichen, bedurfte es aber u. a. noch der Einstellung eines Amtschefs. Die Wahl des Oberpräsidiums fiel auf den 53-jährigen als Krankenhausdezernenten der Stadt Hamburg tätigen Dr. Johannes Stroomann. Er hatte vor dem 1. Weltkrieg einige Semester Jura und von 1912 bis 1920, unterbrochen durch die Teilnahme am 1. Weltkrieg, Medizin studiert. Von 1921 bis 1931 war er niedergelassener praktischer Arzt, gleichzeitig leitender Arzt einer Lungenheilstätte, Dozent für Gewerbehygiene sowie Schularzt gewesen. Von 1931 bis 1945 war er angestellter hauptamtlicher Vertrauensarzt der Landesversicherungsanstalt (LVA) Hamburg, von Dezember 1945 bis Juli 1946 von der Hamburger LVA an die Stadt Hamburg als kommissarischer Krankenhausdezernent ausgeliehen. An eindeutiger Stelle erfolgte Löschungen in seiner Personalakte lassen eine Mitgliedschaft in der NSDAP vermuten. Die Einstellung Stroomanns gestaltete sich nicht einfach, da seitens der Vertreter der Militärregierung zwar keine politischen Bedenken, jedoch Zweifel an seiner Eignung bestanden. Ende Juni erklärte sich die Militärregierung mit Stroomann einverstanden und verlangte, dass er zum 1. Juli seinen Dienst antreten und sich unverzüglich bei der Public Health Section der schleswig-holsteinischen Militärregierung melden sollte. Ausdrücklich wurde betont, dass er jederzeit wieder abgesetzt werden könnte. Kein Wunder, dass Stroomann bei diesen Bedingungen seinen Angestelltenstatus auch in Schleswig-Holstein beibehalten wollte, da dieser ihm Unkündbarkeit gewährte. Den Beamtentitel „Landesdirektor“ (damals Amtschef, heute ist es ein Staatssekretär) durfte er allerdings unter diesen Umständen zu seinem Leidwesen nicht führen. Wohl im Zuge der im Zusammenhang mit der Währungsreform erforderlichen Sparmaßnahmen, vielleicht aber auch wegen der nicht überzeugenden Leistungen Stroomanns kam seine Stelle „in Fortfall“. Stroomann wurde im August 1948 gekündigt. Nach einigem Streit wurde

offenbar ein Kompromiss gefunden. Stroomann verließ die Landesverwaltung in den ersten Monaten des Jahres 1949. Bei dem Jahre später erfolgten Antrag des Hamburger Oberbürgermeisters auf eine Auszeichnung Stroomanns mit dem Bundesverdienstkreuz wurden seitens der schleswig-holsteinischen Landesverwaltung hierfür keine Gründe gesehen.

Ein besonderes Ministerium für Gesundheitswesen gab es dann im Kabinett Lüdemann nicht mehr. Nach einer Interimszeit 1947 bis 1949 als Landesgesundheitsamt im Ministerium für Wohlfahrt und Gesundheit unter Leitung von Minister Kurt Pohle wurde aus ihm für Jahrzehnte eine Abteilung „Gesundheitswesen“ im Innenministerium. Aus Flensburg wurde seit Mitte 1950 der Amtsarzt Dr. Hans Heigl für drei Tage in das Landesgesundheitsamt nach Kiel abgeordnet. Bereits vor seiner kommissarischen Tätigkeit hatte er eine personelle Aufblähung und geringe Wirksamkeit der Behörde seit 1946 in der

Gesetzgebung und in seinem Verkehr mit den lokalen Instanzen beklagt. Sein Vorschlag war nach dem Ausscheiden Habernolls Anfang Dezember 1950, dessen bisherigen Vertreter Dr. Walter Hellermann mit der Leitung des Gesundheitsbereichs zu betrauen, dadurch eine Planstelle einzusparen und die frei werdenden Mittel für eine bessere Bezahlung der befähigten Medizinalräte Dr. Reuter und Dr. Kiessig zu verwenden. Mit der Abgrenzung der Zuständigkeit zwischen Bund und Ländern im Gesundheitswesen sei die Belastung des Leiters eher geringer geworden. Dessen ungeachtet wurde der Flensburger Obermedizinalrat am 1. Oktober 1952 unter Beförderung zum Regierungsmedizinaldirektor als Leiter der Gesundheitsabteilung im Innenministerium berufen.

Für Walter Hellermann (1902-1961) war die Berufung Heigls ein Grund, die Gesundheitsabteilung im Innenministerium zu verlassen. Noch im Jahre 1952 wurde er Ärztlicher Direktor des Landeskranken-

Gesundheits- und Sozialminister in Schleswig-Holstein 1945 bis heute*

Minister	von...bis	Geb./gest.	Partei
Emil Matthews	1945-1947	1895-?	KPD
Kurt Pohle	1946-1947	1899-1961	SPD
Franz Ryba	1946-1947	1910-1987	CDU
Paul Pagel	1947	1894-1955	CDU
Walter Damm	1949-1950	1904-1981	SPD
Hans-Adolf Asbach	1950-1957	1904-1976	GB/BHE
Lena Ohnesorge	1957-1967	1898-1987	GB/ BHE, CDU
Otto Eisenmann	1967-1969	1913-2002	DP/ FDP
Karl Eduard Claussen	1971-1979	1930-2012	CDU
Walter Braun	1979-1983	1930-2019	CDU
Ursula Gräfin von Brockdorff	1983-1988	1936-1989	CDU
Günther Jansen	1988-1993	1936	SPD
Claus Möller	1993	1942	SPD
Heide Moser	1993-2004	1943-2009	SPD
Gitta Trauernicht	2004-2009	1951	SPD
Christian von Boetticher	2009	1970	CDU
Heiner Garg	2009-2012	1966	FDP
Kristin Alheit	2012-2017	1967	SPD
Heiner Garg	Seit 2017	1966	FDP

*Die Bereiche Gesundheit, Arbeit und Soziales waren zeitweise auf mehrere Ministerien verteilt

hauses Schleswig. Hellermann, Sohn eines Steuerinspektors aus Gnesen/Posen, hatte 1933 das Amtsarztexamen bestanden. In der Folge hatte er Schwierigkeiten mit der NSDAP, wurde jedoch zum 1. Mai 1937 ihr Mitglied. Als Fachhygieniker war er 1942 im Reichsinnenministerium in der Fleckfieber- und Diphtheriebekämpfung tätig. Das Kriegsende führte ihn als stellvertretenden Amtsarzt in das Gesundheitsamt Plön. Über eine Tätigkeit im Gesundheitsamt Rendsburg kam er Anfang 1946 in das Amt für Gesundheit

Mit Heigl war 1950 ein überzeugender Nachfolger für Habernoll gefunden worden. Heigl, katholisch, wurde am 5. Dezember 1895 als Sohn eines Sanitätsrates in Koblenz geboren. Er war im 1. Weltkrieg Soldat, studierte Medizin in Bonn und München, dort erfolgte 1922 die Approbation und Promotion. Er war dann als praktischer Arzt tätig. 1926 folgte die Amtsarztprüfung, dann eine mehrjährige Kreisarzt-tätigkeit, 1929 zwei Jahre als medizinischer Dezernent in der preußischen Provinzregierung in Düsseldorf, dann als Amtsarzt 1931 in St. Goar bis zu seiner Versetzung 1938 an das Gesundheitsamt Flensburg. Eine Mitgliedschaft in der NSDAP – in der Personalakte auf eindeutig interpretierbare Weise „gelöscht“ – dürfte wohl bestanden haben, sollte aber als solche – wie schon bei Stroomann – bei Verwaltungsbeamten nicht überschätzt werden. Im Mai 1939 gelang es ihm mit Hilfe von Lenz, eine Berufung in das Reichsinnenministerium als Hilfsreferent abzuwenden. 1956 erfolgte die Ernennung zum Ministerialrat.

Heigl war u. a. Mitglied des Bundesge-

sundheitsrates und Vorsitzender der Prüfungsausschüsse für das Heilhilfspersonal. Durch weitere Mitwirkungen in vielen Fachinstitutionen hatte er sich einen über seinen engeren Wirkungsbereich hinausreichenden Ruf verschafft.

Ende 1960 trat er in den Ruhestand. Sein Nachfolger wurde bis 1965 der seit fast drei Jahrzehnten in Lübeck tätig gewesene Städtische Medizinaldirektor Dr. med. Kurt Glawatz. Glawatz, am 11. Januar 1900 in Harsefeld als Sohn eines Arztes geboren, besuchte das Gymnasium in Stade und studierte Medizin in Göttingen und Freiburg. 1926 erfolgte die Approbation, danach eine Tätigkeit in mehreren Krankenhäusern. 1934 legte er die amtsärztliche Prüfung ab.

Nachfolger von Glawatz wurde 1965 Fritz Beske (1922-2020), dessen Tätigkeit in der Gesundheitsabteilung 1971 durch die Ernennung zum Staatssekretär des Sozialministeriums gekrönt wurde. Gleichzeitig wurde der Gesundheitsbereich Bestandteil des Landessozialministeriums. Beske wurde 1922 als Sohn des praktischen Arztes Fritz Beske und dessen Frau Klara in Wollin geboren. Er legte seine Abiturprüfung in Neustettin ab. Danach war er bei der Kriegsmarine eingesetzt, zuletzt als Offizier bei der U-Bootwaffe. Nach der Kriegsgefangenschaft arbeitete Beske ein Jahr lang als Bergmann im Ruhrgebiet. 1946-1951 studierte er Medizin in Kiel, Promotion und Approbation erfolgten im gleichen Jahr. 1952 bis 1954 und wieder 1955 bis 1958 war Beske wissenschaftlicher Assistent am Hygiene-Institut der Universität Kiel. 1954 erwarb er an der Universität Michigan in Ann Arbor den Master of Public Health.

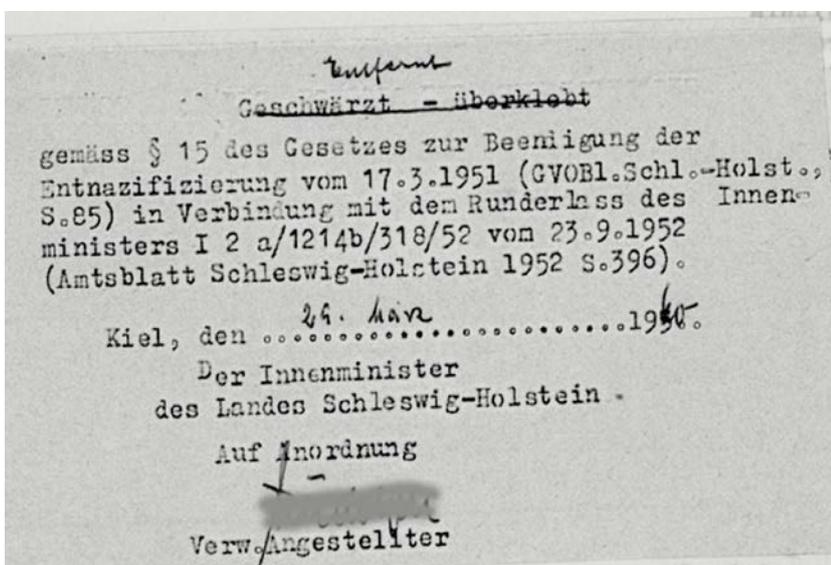
1955 wurde er Mitglied der CDU. Es folgte eine Tätigkeit als Referent in der Gesundheitsabteilung des Innenministeriums 1958. 1961 bis 1964 war er Beamter im Europäischen Büro der WHO in Kopenhagen. 1965 wurde er Leiter der Kieler Gesundheitsabteilung, 1971 bis 1981 Staatssekretär im Sozialministerium. 1973 verlieh die Medizinische Fakultät der Universität zu Lübeck ihm eine Honorarprofessur.

1975 gründete Beske das „Institut für Gesundheits-System-Forschung Kiel“ (IGSF) als gemeinnützige Stiftung. Von 1983 bis 2004 war das Institut Kooperationszentrum der WHO. Es gab eine eigene Schriftenreihe heraus, in der über 100 Bände erschienen sind. Beske veröffentlichte zahlreiche wissenschaftliche Publikationen. Von 1966 bis 2001 war er Schriftleiter der Zeitschrift „Das öffentliche Gesundheitswesen“. Auf dem 111. Deutschen Ärztetag in Ulm 2008 wurde er mit der Paracelsus-Medaille der Deutschen Ärzteschaft ausgezeichnet. 2012 wurde ihm das Große Verdienstkreuz am Bande der Bundesrepublik Deutschland verliehen.

In der Leitung der Gesundheitsabteilung folgten ihm Dr. Udo Wolff (1971 bis 1978), Dr. Claus-Rüdiger Zur (1978 bis 1987), Prof. Dr. Herman Meyerhoff (1987 bis 1992), Bernd Schloer (1993 bis 2007), Dr. Renée Buck (2008-2017) und seit 2017 Dominik Völk. Besonders hervorzuheben ist der Werdegang der Volkswirtin und Medizinerin Dr. med. Cordelia Andrefsen, die als Vertreterin von Bernd Schloer in der Leitung der Gesundheitsabteilung bis 2003 tätig war, dann als Hauptgeschäftsführerin in die Ärztekammer Schleswig-Holstein überwechselte und von 2009 bis 2012 von Ministerpräsident Peter Harry Carstensen zur Staatssekretärin im Ministerium für Wirtschaft und Wissenschaft berufen wurde.

Heute hat das Sozialministerium vier Abteilungen mit insgesamt etwa 330 Mitarbeiter/innen. Neben der Allgemeinen Abteilung, der Abteilung für Soziales sowie der für Kinder, Jugend, Familie und dem Landesjugendamt gibt es die Abteilung für Gesundheit, die für Gesundheitspolitik, Gesundheitsinitiative, Gesundheitsberufe, Krankenhauswesen, Umweltbezogenen Gesundheitsschutz und Maßregelvollzug zuständig ist.

ZWEITER TEIL FOLGT IN HEFT 9/2020.
LITERATUR UND QUELLENACHWEISE BEIM
VERFASSER.
DR. MED. DR. PHIL. KARL-WERNER
RATSCHKO



Inhaltlich identischer Vermerk in den Personalakten Stroomanns und Heigels (LASH Ab. 611, Nr. 1914).

Medizin im Nachkriegs-Schleswig-Holstein

SERIE Gesundheit und Politik in Schleswig-Holstein. Zweite Folge: Gesundheitsämter und die Situation der Flüchtlinge. Von Dr. phil. Dr. med. Karl-Werner Ratschko.

Die Gesundheitsämter der Kreise und kreisfreien Städte

Der öffentliche Gesundheitsdienst ist überwiegend für die allgemeine Volksgesundheit, die niedergelassenen Ärzte und die Krankenhausärzte für die einzelnen Patienten zuständig. Dabei gibt es Überschneidungen, schon weil die Gesundheitsämter bei drohenden Seuchen u. ä. ohne die Möglichkeiten der zahlenmäßig sehr viel größeren Gruppe der kurativ tätigen Ärzte ihre Pflichten nicht erfüllen könnten. Die schleswig-holsteinischen Gesundheitsämter waren seit 1935 nach dem Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens vom 3. Juli 1934 mit Ausnahme der Städtischen Gesundheitsämter in Kiel und Lübeck staatlich.

Leiter eines Gesundheitsamtes war ein staatlicher Amtsarzt bzw. ein im Einvernehmen mit der Provinzregierung bestellter Stadtarzt. Zu den Aufgaben der Gesundheitsämter gehörte u. a. die Schulgesundheitspflege, die Mütter- und Kinderberatung, die Fürsorge für Tuberkulose, für Geschlechtskranke, körperlich Behinderte, Sieche und Süchtige sowie die behördliche Tätigkeit zur Abwehr von Gefahren auf dem Gebiet der Volksgesundheit (Gesundheitspolizei) und durch Landesrecht übertragene amts-, gerichtliche und vertrauensärztliche Tätigkeiten. In Schleswig-Holstein wurden die Gesundheitsämter Ende 1946 wieder kommunale Angelegenheit, blieben aber der Aufsicht des Landes unterstellt. Ein direkter Durchgriff der Landesverwaltung auf die Gesundheitsämter war jedoch nicht mehr gegeben. Nunmehr waren die Oberbürgermeister und Landräte sowie die Haupt- und Gesundheitsausschüsse der regionalen Körperschaften für die Regelung der Gesundheitsangelegenheiten in ihren Bereichen verantwortlich.

Die Leistungsfähigkeit der Gesundheitsämter hing wesentlich von ihrer Zusammenarbeit mit der Führungsebene der

jeweiligen Gebietskörperschaft wie auch ihrer personellen Besetzung ab.

In einer Umfrage des Landesgesundheitsamtes wurden im Herbst 1948 die Verhältnisse in den einzelnen Gesundheitsämtern abgefragt. Die Rückmeldungen geben wegen des in den Verwaltungen der Kreise und kreisfreien Städte einzuhaltenden Dienstweges nicht unbedingt die tatsächlichen Verhältnisse wieder, sind aber trotz dieser Einschränkung aufschlussreich. Die Zusammenarbeit mit den Oberbürgermeistern und Landräten wurde meist als gut beschrieben. Bei der erforderlichen Abgrenzung zwischen Gesundheitsamt und allgemeiner Verwaltung gab es gelegentlich Probleme. So wurden vertrauliche Meldungen über Infektionskrankheiten von der allgemeinen Poststelle geöffnet, in Plön verhinderte der verwaltungsinterne Postweg, bei ansteckenden Krankheiten rechtzeitig Maßnahmen zu ergreifen. Kurios selbst für die damalige Zeit war in Plön, dass für die Absendung der Wochenberichte an das Statistische Landesamt das Gesundheitsamt Plön wöchentlich eine 20-Pfennig-Marke zugeteilt erhielt. Der Flensburger Amtsarzt wurde weder mit Krankenhausangelegenheiten befasst noch zu Sitzungen des Hauptausschusses hinzugezogen, wenn sich dieser mit Gesundheitsangelegenheiten befasste. Ähnliche Schwierigkeiten gab es auch in Neumünster, Eckernförde, Pinneberg, Heide und Plön. Der Amtsarzt in Plön hatte ernsthafte Schwierigkeiten, bei den das Gesundheitsamt betreffenden Personalentscheidungen beteiligt zu werden.

Die Personalausstattung wurde als insgesamt ausreichend beschrieben, wobei in einigen Fällen Kürzungen erfolgt waren. Im Südosten des Landes entfielen die Vertriebenentransporte mit den großen Zahlen von Kranken und der hohen Seuchenbelastung nach und nach. Damit wurden die Gesundheitsämter Lübeck, Lauenburg, Eutin, Plön und Oldenburg entlastet. Bei

den übrigen Gesundheitsämtern wurden entstehende Freiräume eher zur Verbesserung der Qualität, vorrangig in der Tuberkulose-Fürsorge und der Schulzahnpflege genutzt. Pinneberg, Südtondern und Segeberg verstärkten die fachliche Kompetenz für die Behandlung von Tuberkulose-Kranken durch auch nebenberufliche Einstellung jeweils eines Lungenfacharztes. In Kiel gab es seit Anfang 1947 eine Vergrößerung der Mitarbeiterzahl um 15 Stellen vorwiegend für die Tuberkulose-Fürsorge. In Neumünster hatten freiwerdende Mittel die Einrichtung einer Schulzahnstation ermöglicht. In Plön war ein Abbau des Personals um fast 40, in Eutin um 20 Prozent erfolgt. Der Amtsarzt in Plön sah viele Aufgaben insbesondere bei Mütterberatung, Schulkinderuntersuchung, Überwachung der Flüchtlingslager, aber eben auch in der Lungenfürsorge durch Wegfall der Stellen für einen Arzt und zwei Fürsorgerrinnen gefährdet. In Ratzeburg, Rendsburg, Schleswig und Bad Segeberg hatte es keine wesentlichen Personalveränderungen gegeben. Die räumliche Ausstattung wurde mit Ausnahme von Eckernförde und Plön insgesamt als ausreichend angesehen, lediglich die erforderliche Ausweitung der Tb-Fürsorgestellen war in Eutin, Oldenburg, Pinneberg und Schleswig nicht möglich. Bei der Büroausstattung gab es insgesamt nur kleinere Beanstandungen. Die Ausstattung des Zimmers des Pinneberger Amtsarztes gehörte z. B. der Militärregierung und hätte, was einmal nur mit Mühe abgewendet werden konnte, jederzeit zurückgefordert werden können.

In den Gesundheitsämtern fand die wesentliche Arbeit des Öffentlichen Gesundheitsdienstes statt. Die Leiter der Gesundheitsämter waren besonders ausgebildete Amtsärzte, die für das Gesundheitswesen ihres Kreises oder ihrer kreisfreien Stadt große Bedeutung haben konnten. In Kiel und Lübeck hatten die Amtsärzte

die Dienstbezeichnung Stadtarzt, waren im Einvernehmen mit dem Oberpräsidium eingestellte Beamte ihrer Stadt und leiteten ihre Gesundheitsämter unter kommunaler Regie, aber staatlicher Aufsicht. Dies änderte sich auch nach der Kommunalisierung Ende 1946 zunächst nicht. Von den Amtsärzten wurde in diesen Ausnahmzeiten viel verlangt. Sie waren auch in den Folgejahren der Motor, wenn es um die Erhaltung oder Wiedererlangung der Volksgesundheit ging. Sie konnten in vielen Bereichen aber nur erfolgreich sein, wenn es ihnen gelang, die kurativ tätigen Mediziner in ihre Arbeit einzubeziehen. Dies gelang nicht immer. Ohne Frage wurde aber den Amtsärzten und ihren Mitarbeitern in der ersten Zeit nach dem Krieg außergewöhnlich viel abverlangt.

Franz Klose, Stadtarzt in Kiel

Franz Klose (1887-1978) war ab 1923 für 23 Jahre Stadtarzt in Kiel, eine interessante Arztpersönlichkeit, deren außergewöhnliches Berufsleben auch als Hygieniker und Hochschullehrer eine besondere Darstellung verdient. Der am 21. Juli 1887 in Liegnitz/Niederschlesien geborene Sohn eines Architekten studierte nach dem Abitur in Görlitz in Göttingen, Breslau und an der Berliner Kaiser-Wilhelm-Akademie für das militärärztliche Bildungswesen bis 1912 Medizin. Es folgte im gleichen Jahr die Approbation und Promotion. Während des Ersten Weltkrieges war er Oberarzt (entsprechend dem Oberleutnant beim Heer) beim beratenden Hygieniker der 5. Armee und leitete das hygienisch-bakteriologische Armee-Laboratorium. Ab Mai 1917 entwickelte er ein Gegenmittel gegen das Gasödem, eine Erkrankung, die bei Verwundungen der Frontsoldaten häufig zu Amputationen oder sogar zum Tode führte. Nach dem Kriege war er von 1919 bis 1923 Stadtarzt und Leiter des städtischen Krankenhauses in Wittenberge bei Potsdam. Ab 1923 war er dann Stadtarzt in Kiel. Durch Klose bekam das Kieler kommunale Gesundheitsamt Modellcharakter für das ganze Deutsche Reich. Der Aufbau einer umfassenden Säuglingsvorsorge gehörte dazu. Sein aus heutiger Sicht fragwürdiges Engagement in der Eugenik war als Anliegen der damaligen Zeit in vielen westlichen Staaten verbreitet, führte jedoch in Deutschland in der NS-Zeit auf einen verhängnisvollen Weg. Schon vor dem Erlass des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses hatte er in der Zeit von 1929 bis 1932 zusammen mit dem Direktor der Universitäts-Frauenklinik, Prof. Dr. Robert Schröder, 21 Steri-

lisierungen von Frauen mit deren Einwilligung vornehmen lassen. Die Indikationsstellung erfolgte vorwiegend aus der Sicht des Sozialhygienikers. Bei den Frauen soll es sich um „dem Pflegeamt oder dem Jugendamt als asoziale Elemente“ bekannte gewordene Personen gehandelt haben, „die, unfähig für ihre Kinder zu sorgen, immer neue Kinder zu Lasten der Allgemeinheit in die Welt setzten“.

Die Versammlung der Ärztekammer Schleswig-Holstein befasste sich am 8. März 1933, noch frei gewählt, mit der Frage „Eugenik im Dienste des Volkswohls“. In der sich anschließenden Diskussion ging es im Wesentlichen um die Möglichkeit

von Zwangssterilisationen. Klose plädierte im Gegensatz zu Schröder für die Zwangssterilisation. Auf Antrag des Kieler Ärztevereins sprach sich die Ärztekammer-Versammlung für die Festlegung der Zwangssterilisation im preußischen Sterilisationsgesetz aus. 1934 bereits unter NS-Herrschaft wurde das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses verabschiedet. Es sah Zwangssterilisationen vor. Entsprechend seinen Bestimmungen wurde in Kiel 1935 ein Erbgesundheitsgericht errichtet. Fachlich war es dominiert von Klose, der Sterilisationen vorwiegend bei sozialhygienisch auffälligen „Schwachsinnigen“ als sinnvoll ansah. Franz Klose war fast über die gesam-

Gesundheitsämter		
Gesundheitsamt, Kreis	Amtsarzt	Stellvertreter, weitere Ärzte
Nieüll, Südtondern	MR Dr. Nissen	MR Dr. Spangenberg
Husum, Husum	MR Dr. Hommelsheim	MR Frau Dr. Koch
Heide, Norderdithmarschen	MR Dr. Hartwig	MR Dr. Strümpfel
Meldorf, Süderdithmarschen	MR Dr. Wolff	Hilfsärzte Dr. Zeidler, Dr. Hoppe
Itzehoe, Steinburg	MR Schmedt	MR Dr. Bahr, Hilfsarzt Dr. Kloss
Pinneberg, Pinneberg	OMR Dr. Steinebach	MR Dr. Burggraf, Hilfsärzte Dr. Gerhard, Frau Dr. Potrz
Bad Oldesloe, Stormarn	MR Dr. Beyer	Hilfsärzte Dr. Curtze, Dr. Heisig
Bad Segeberg, Segeberg	MR Dr. Kemmerer	MR Dr. Regehr
Ratzeburg, Kreis Herzogtum Lauenburg	MR Dr. Behrend	MR Dr. Rowedder, MR Dr. Hartmann
Lübeck, Stadt Lübeck	Stadt-MR Dr. Glawatz	MR a. D. Dr. Schmidt
Eutin, Eutin	MR Dr. Hefke	Hilfsärzte Fr. Dr. Hensel, Dr. Meyer, O. MR a. D. Dr. Rosenow
Plön, Plön	MR Dr. Ohm	MR Dr. Dastik, Hilfsarzt Dr. Tessmer
Oldenburg, Oldenburg	MR Störner	MR Dr. Beck, Hilfsarzt Dr. Volkman
Neumünster, Stadt Neumünster	OMR Dr. Heidemann	MR Dr. Werner, MR Dr. Schlüter
Rendsburg, Rendsburg	MR Dr. Welling	MR Dr. Krüger, Dr. Bodenstein, Hilfsärzte Dr. Sauerland, Dr. Burmeister
Kiel, Stadt Kiel	Stadt-MR Dr. Schuster	MR Böttger, Hilfsärztinnen Dr. Feigel, Dr. Asmussen, Dr. Albrecht
Eckernförde, Eckernförde	MR Dr. Wicke	Hilfsarzt Dr. Erdmann
Schleswig, Schleswig	MR Dr. Papke	Hilfsärztin Dr. Homp
Flensburg, Stadt- und Landkreis Flensburg	OMR Dr. Heigl	MR Dr. Buchholtz, Hilfsarzt Dr. Rathscheck
Tönning, Eiderstedt	MR Zimmermann	

Gesundheitsämter in Schleswig-Holstein 1945, MR = Medizinalrat/-rätin, OMR = Obermedizinalrat



Ehrung von Prof. Dr. Franz Klose durch Berliner Humboldt-Universität: Der Rektor der Christian-Albrechts-Universität (CAU) Prof. Diedrich Schroeder (rechts) überreicht Prof. Franz Klose (links) im Hygiene-Institut die Ehrenurkunde der Berliner Humboldt-Universität während einer Feierstunde zu seinem 75. Geburtstag und goldenen Doktorjubiläum. (im Juli 1962), Fotograf: Magnussen, Friedrich (1914-1987) Quelle: Stadtarchiv Kiel CC BY-SA 3.0 DE

te Zeit des Bestehens des Erbgesundheitsgerichtes beamteter ärztlicher Beisitzer und hatte durch seine umfassenden einschlägigen Kenntnisse großen Einfluss auf die Entscheidungen. Beim nationalsozialistischen Dekan und Direktor der Medizinischen Klinik der Medizinischen Fakultät der Christian-Albrechts-Universität, SS-Standardenführer Prof. Hanns Löhr, genoss Klose hohes Ansehen, ohne selbst Mitglied der NSDAP gewesen zu sein. 1935 wurde Klose aufgrund seiner wissenschaftlichen Arbeiten zum Gasödem und zur sozialen Hygiene habilitiert, nach einer Lehrprobe über das Thema „Die Auswirkungen der eugenischen Gesetzgebung“ erhielt er 1938 einen Lehrauftrag, nachdem er im April an einem Dozentenlehrgang in Thüringen teilgenommen hatte. Im Herbst 1943 wurde er durch energische Einflussnahme des Heeres-sanitätsinspektors, der seine seuchenhygienische Kompetenz schätzen gelernt hatte, außerordentlicher Professor. Ein Antrag der Medizinischen Fakultät Kiel hatte zunächst im Dezember 1941 nicht die Unterstützung des Gauleiters Lohse gefunden.

1935 war es ihm nur aufgrund seiner herausragenden Fähigkeiten gelungen, die Leitung des Gesundheitsamtes in Konkurrenz zu einem NS-Parteimitglied, dem Kieler Kreisarzt Dr. Robert Engelmann zu behalten. Sein Antrag zur Aufnahme in die NSDAP war im Januar 1938 mit der Begründung abgelehnt worden, dass „nicht anzunehmen ist, dass Dr. Klose aus innerer Überzeugung beitreten will und auch nicht bereit ist, innerhalb der Partei oder einer

Organisation sich für die Bewegung tatkräftig einzusetzen“. Aus dem NS-Dozentenbund wurde Klose einige Monate nach seinem Beitritt wieder ausgeschlossen. Die Fachkompetenz von Klose wollte die NSDAP jedoch nicht verlieren. Deswegen folgte im Mai 1939 zunächst eine „Rehabilitierung“: „[G]egen eine Aufnahme in die Partei [würden] Bedenken nicht geltend gemacht.“ Gleiches galt auch für die Mitgliedschaft im NS-Dozentenbund sowie die Verwendung im Amt für Volksgesundheit. Die Intrigen nahmen jedoch auch weiterhin kein Ende. In seiner Funktion als Leitender Luftschutzarzt war ihm von einem sich durch eine Entscheidung Kloses offenbar benachteiligt fühlenden Kieler Arzt vorgeworfen worden, dass er freimaurerische Intrigen unterstütze, auch wurden Beanstandungen gegen seine Tätigkeit als Abteilungsleiter der Kreisstelle Kiel des DRK geltend gemacht. Alle Beschwerden waren erfolglos. Trotzdem wurde vom NS-Gauleiter und Oberpräsidenten für Schleswig-Holstein Hinrich Lohse eine weitere Tätigkeit Kloses als Stadtmedizinalrat im November 1939 aus politischen Gründen abgelehnt und ihm „anheimgestellt, sich um eine anderweitige Verwendung zu bemühen“.

So könnte es wie eine Befreiung gewirkt haben, als Klose – von ihm selbst in die Wege geleitet – im Mai 1940 einberufen wurde. Der Militärdienst schützte ihn für die Zeit des Krieges vor einer Entlassung. Er war vom Zeitpunkt seiner Einberufung bis zum Waffenstillstand ununterbrochen als Beratender Hygieniker des Wehrkrei-

ses III mit Sitz in Berlin tätig. Die Anfeindungen hatten bei ihm Narben hinterlassen. Er wollte nicht mehr in Kiel bleiben. Nicht anders kann es verstanden werden, dass sich Klose im Herbst 1940 allerdings vergeblich um die Stadtmedizinalratsstelle der Stadt Leipzig sowie 1941 um den Lehrstuhl für Hygiene in Jena beworben hatte. 1942 machte er eine Erkrankung an Fleckfieber durch. 1942/43 bat ihn der Kieler NS-Oberbürgermeister Behrens, die Stelle in Kiel wieder wahrzunehmen, da sein Nachfolger völlig versagt habe. Im August 1943 akzeptierte auch Gauleiter Lohse die Rückkehr Kloses in seine Stelle in Kiel, der aber unter den bestehenden Umständen nicht zurückkehren wollte. Da er seine Kieler Versorgungsansprüche nicht verlieren wollte, war er auf die Mithilfe seiner militärischen Vorgesetzten angewiesen. Auf seine Bitte wurde vom Heeres-sanitätsinspekteur das U. K.-Gesuch der Stadt Kiel abgelehnt. Ab 1944 war Klose Oberarzt. Beim Wehrkreis III wusste man seine Fähigkeiten zu schätzen. Als Beratender Hygieniker hatte er neben vielfältigen anderen Einsätzen an drei Dienstbesprechungen bei der Behandlung hygienischer Fragen beim Kommandanten des Führerhauptquartiers zusammen mit Bauleitungen der Organisation Todt teilgenommen. Dies könnte der Anlass für seine Schwierigkeiten in der Nachkriegszeit gewesen sein. Nur mündlich überliefert ist, dass sein Sachverstand auch für eine ordnungsgemäße Belüftung beim Bau des Führerbunkers in Berlin in Anspruch genommen wurde.

1945 übernahm er dann wieder die Leitung des Kieler Gesundheitsamtes. 1946 folgte er dem Ruf auf den Lehrstuhl für Hygiene und zum Direktor des Hygiene-Institutes in Kiel. Seine Tätigkeit verlief aber auch dort nicht ohne Friktionen. Im August 1946 wurde er aufgrund von Intrigen im Hygienischen Institut, aber auch anderer Kieler Ärzte, gegen die er im Krieg wegen Misswirtschaft eingeschritten war, durch eine Verfügung der Militärregierung wieder entlassen. Anfang 1947 wurde Klose einstimmig vom deutschen Entnazifizierungsausschuss der Militärregierung zur Wiedereinsetzung empfohlen. Am 4. März 1948 wurde in der Fakultätssitzung der Medizinischen Fakultät bekannt, dass Klose seinen Anspruch auf den Lehrstuhl aufrechterhalten habe, den er dann auch einige Zeit später tatsächlich wieder übernehmen konnte. Er gehörte 1945 dem German Health Services Advisory Committee an, bis 1946 in Bad Oeynhausen dem beratenden Gesundheitsausschuss der bri-

tischen Militäradministration und ab 1946 dort dem German Advisory Board. Maßgeblich steuerte er als dessen erster Präsident von Anfang September 1952 bis Ende März 1953 den Aufbau des Bundesgesundheitsamtes. Danach war er im Rang eines Ministerialdirektors bis Ende März 1954 Leiter der Gesundheitsabteilung im Bundesministerium des Innern. Anschließend nahm er wieder seine Lehrtätigkeit auf und wurde im September 1955 in Kiel emeritiert. Seit 1954 gehörte er dem Bundesgesundheitsrat an, ab 1956 als stellvertretender Vorsitzender. Er wurde 1955 Präsident des Deutschen Grünen Kreuzes und als Mitgründer der Deutschen Zentrale für Volksgesundheitspflege auch deren Präsident. Ab 1963 gehörte er dem Wissenschaftlichen Beirat für das Sanitäts- und Gesundheitswesen der Bundeswehr an. 1952 erhielt er das Verdienstkreuz der Bundesrepublik Deutschland. Er starb am 7. Januar 1978 in Kiel.

Ein herausragender Mediziner des schleswig-holsteinischen Gesundheitswesens, Prof. Dr. Fritz Beske, fasste das Wirken Kloses mit den folgenden Worten zusammen: „[Klose] hat wie kaum ein anderer das Gesundheitswesen in der Bundesrepublik Deutschland mitgestaltet, auf der Kommunalebene, auf der Landesebene, auf der Bundesebene, im wissenschaftlichen Bereich, in der Bundeswehr, in freien Verbänden, im öffentlichen Gesundheitsdienst.“

Die Not in Schleswig-Holstein 1945 bis 1947 Flüchtlinge, Vertriebene und Zwangsumgesiedelte

Noch nie hatte es in Europa Flucht, Vertreibung und Umsiedlung von so vielen Menschen gegeben wie nach dem Zweiten Weltkrieg. Schleswig-Holstein war besonders betroffen. Gemessen an der Bevölkerungszahl lag es zwischen 1944 und 1947 nach Mecklenburg-Vorpommern an zweiter Stelle bei der Aufnahme von Flüchtlingen und Heimatvertriebenen aus den Ostgebieten des Deutschen Reiches. Bei der ersten „gesamtdeutschen“ Volkszählung im Oktober 1946 lebten in Schleswig-Holstein mit 2,6 Millionen rund eine Million Flüchtlinge, das sind etwa 70 Prozent mehr Einwohner als vor 1939. Die Verteilung der Flüchtlinge auf die verschiedenen deutschen Regionen war sehr unterschiedlich. In Niedersachsen waren z. B. noch 52 Prozent, in Baden nur 6 Prozent der Bevölkerung Flüchtlinge. Der Mangel an Wohnraum, Nahrung und Arbeitsplätzen war erdrückend, da Evaku-

»Schleswig-Holstein war das schwärzeste Notstandsgebiet im Deutschland der Nachkriegszeit.«

ierungen, Zwangsarbeiter, Bombenschäden in den Städten, Stillstand der Produktion und Verkehrsprobleme die Not noch verschärften. Schleswig-Holstein war das schwärzeste Notstandsgebiet im Deutschland der Nachkriegszeit.

Anfangs wurden besonders in Kiel Bunker und zahlreiche Schiffe auf der Förde als Notunterkünfte genutzt. Zimmer und Wohnungen mussten geteilt oder abgegeben, Küchen und Toiletten gemeinsam genutzt werden. Schnell errichtete, überbelegte halbierte Wellblechhütten, sogenannte Nissenhütten, britische Wellblechbaracken mit halbrundem Dach und 40 qm Grundfläche ohne jegliche Isolierung, im Sommer unerträglich heiß, im Winter kalt und schwer zu heizen, dienten in den ersten Jahren meist überbelegt als Unterkunft. Da viele Notunterkünfte ungeheizt waren, wurden Brennhexen, mit denen auch gekocht werden konnte und die keinen Schornstein benötigten, aufgestellt. Kohle und Holz waren knapp und teuer. Wo es möglich war, wurde deshalb Torf als Heizmaterial verwendet. Viele Menschen hungerten. Lebensmittel kamen ergänzend von Schrebergärten, Erntearbeit und „Nachstoppeln“ abgeernteter Felder. Ein Ei wie auch eine Zigarette kostete auf dem Schwarzmarkt 12, ein Paar Damenstrümpfe 150 – 200 und ein Paar Schuhe 800 Reichsmark. Es bestand ein Mangel an den einfachsten Dingen des Lebens. In den DRK-Flüchtlingslagern in Lübeck hatten nur knapp 20 Prozent der Menschen überhaupt eine Erstausrüstung an Kleidung. Bettwäsche und Matratzen waren oft selbst in Hilfskrankenhäusern nicht mehr vorhanden. Uniformen wurden zu zivilen Kleidungsstücken umgearbeitet und so weiter genutzt. Die Gefahr von Seuchen wie z. B. Diphtherie, Fleckfieber, Ty-

phus und ganz besonders auch Tuberkulose war groß. Waschmöglichkeiten fehlten, Ungeziefer plagte die Menschen, sie litten an Haut- und Geschlechtskrankheiten. Die Massenunterbringung von Flüchtlingen in Sammellagern führte zu einem damals völlig neuen sozialhygienischen Problem. Die Hoffnungslosigkeit machte die Menschen indolent. Die primitivsten Selbstverständlichkeiten der Hygiene wurden vernachlässigt. Der Versuch der Ärztekammer, Abhilfe zu schaffen, indem die Flüchtlingslager täglich ärztlich durch einen kassenärztlich zugelassenen Lagerarzt kontrolliert werden sollten, scheiterte, obwohl seitens der Ärzteschaft Wege gefunden worden waren, auf jede über die kassenärztlich gegebenen Abrechnungsmöglichkeiten zu erbringende Bezahlung zu verzichten. Die Überforderung der kommunalisierten Gesundheitsämter, aber auch der Gesundheitsabteilung in Kiel war ebenso wie die der häufig nicht kompetent besetzten Regionalverwaltungen offenkundig.

Auf eine Umfrage durch den Leiter der Gesundheitsabteilung im Oberpräsidium, Dr. Habernoll, an alle Gesundheitsämter von September 1945 über die gesundheitliche Betreuung in Flüchtlingslagern berichteten die Gesundheitsämter den Sachstand. Aus dem Gesundheitsamt Eutin wurde gemeldet, dass die im Frühjahr starke Verlausung verringert worden sei, Mittel gegen Krätze und Kopfläuse seien schwer zu beschaffen, der im Sommer gehäuft auftretende Darmkatarrh sei ebenso wie die impetiginösen Hautausschläge wegen des Mangels an Medikamenten schlecht zu behandeln. Die Säuglingssterblichkeit sei im Frühjahr besonders hoch, auch träten einige Fälle von Diphtherie im Stockelsdorfer Flüchtlingslager auf. Eine Weiterverbreitung konnte durch rechtzeitige Einweisung in Krankenhäuser vermieden werden. In den letzten Monaten aufgetretene Typhus- und Paratyphusfälle würden große Sorge bereiten, seien aber in Lagern bisher noch nicht festgestellt worden. Schutzimpfungen gegen Diphtherie seien für den ganzen Kreis vorgesehen, solche gegen Typhus seien in Aussicht genommen. Seuchen konnten bis dahin im Kreis Eutin vermieden werden.

Die Durchgangslager Influx und Schwalbe

Der deutsche Verbindungsoffizier „Influx“, der Segeberger Hautarzt Prof. Dr. Carl-Ludwig Karrenberg, berichtet über die Arbeit im Influx-Lager Bad Segeberg und den angeschlossenen fünf Influx-Krankenhäusern, zu denen auch das Hauptgebäu-

de der Dahlmansschule in Bad Segeberg zählte. Influx war die Bezeichnung für einen von den Alliierten angeordneten Bevölkerungsaustausch zwischen der sowjetischen und der britischen Besatzungszone zwischen September 1945 und November 1946. In der Woche vom 4. bis 11. Januar 1946 z. B. wurden in diesem Lager 7.149 Personen untersucht, von denen 1.131 ärztlicher Behandlung bedurften. 23 Prozent der Untersuchten waren unterernährt, 11 Prozent verlaust. In den Krankenhäusern verstarben 17 Patienten, darunter fünf Kinder meist im Kleinkindesalter. Ein im Bahnhof Bad Segeberg abgestellter Entseuchungszug konnte wegen Kohlenmangels nicht eingesetzt werden. Etwa 15 Prozent der Flüchtlinge waren an Krätze erkrankt. Zehn Fleckfieberfälle wurden eingeschleppt, davon verstarben drei Patienten. Ein Lagerrevier stand zur Verfügung, das ausreichend mit Medikamenten und Verbandstoffen ausgestattet war. Bei einer Besichtigung des Influx-Lagers Bad Segeberg Ende Februar 1946 wurde festgestellt, dass hygienisch einwandfreie Unterkünfte bisher nicht gewährleistet seien, u. a. der auf allen Zufahrtsstraßen tiefe Schlamm sei eine Brutstätte für Seuchen. Die Ärzte hätten allerdings viele Wünsche, „die vor der Erfüllung einer kritischen Prüfung bedürfen“.

In Bad Oldesloe wurden Patienten mit ansteckenden Krankheiten, Ausschlägen und Verlaustung von noch nicht entlassenen Wehrmachtärzten in einem Ambulatorium behandelt. Vom Gesundheitsamt in Eutin war zu hören, dass 10 bis 20 Prozent der aus dem Influx-Lager Bad Segeberg kommenden Flüchtlinge trotz der dort vorgenommenen ärztlichen Untersuchung und Maßnahmen von Kleiderläusen befallen waren.

Der Lübecker Amtsarzt berichtet im November 1945 über die Inbetriebnahme eines weiteren Influx-Lagers, des Lagers Pöppendorf im Waldhusener Forst. Pöppendorf wurde das größte Flüchtlingsdurchgangslager Schleswig-Holsteins und war zunächst im August/September 1945 als Entlassungslager für die deutschen Kriegsgefangenen aus Norwegen genutzt worden. 60 Nissenhütten sollten 3.500 Personen fassen und waren mit Strohsäcken, teilweise auch mit Betten ausgerüstet. Tische und Stühle gab es ebenso wie Bettwäsche nicht. Gruben-Aborte, Wasserleitungen, elektrisches Licht und eine Großküchen-Anlage für 5.000 Personen standen zur Verfügung. Die Betreuung des Lagers erfolgt durch die von den Briten eingesetzte Sanitäts-Kompagnie 227 der Wehrmacht

mit acht Ärzten, 25 Mann Sanitätspersonal, elf Schwestern sowie 35 Helferinnen. Die Motivation der Sanitätstruppe kann besonders hoch jedoch nicht gewesen sein. Bei einer Besichtigung wurde Mitte Februar 1946 festgestellt, dass die für die ärztliche Betreuung der Flüchtlinge vorhandenen Räume und Instrumente nicht ausreichten, bzw. gänzlich fehlten. Im Januar 1946 waren bereits 65.000 Flüchtlinge durchgeschleust worden, durchschnittlich etwa 2.000 pro Tag, in der Spitze bis zu 4.000. Ein besonderes Problem stellte die Entlausung dar, die mit amerikanischem „D.D.T. Powder“ erfolgte. 29 Verdachts- und 13 Erkrankungsfälle an Fleckfieber wurden festgestellt. Etwa 25 Prozent der Personen eines jeden Transportes mussten ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen. Die Flüchtlinge kamen mit verwehrten Zügen aus der russischen Zone, die stets ungeheizt waren, oft zum größeren Teil aus Güterwagen bestanden und deren Personenwagen keine Fenster und teilweise nicht einmal Türen hatten.

Es kann bei diesen Zahlen nicht überraschen, dass Klagen über unzulängliche Untersuchungen und unrichtige ärztliche Bescheinigungen nicht ausblieben. Der Seuchenlehrtrupp Hamburg Dr. Hermann berichtet Anfang Januar 1946 über unhaltbare Verhältnisse im Gebiet von Reinbek. Er hatte aufgrund von nach Hamburg überführten Typhusfällen, ohne dass eine Zuständigkeit seinerseits bestand, eine Besichtigung in Reinbek vorgenommen. Die aus den Lagern in Bad Segeberg und Lübeck an Reinbek „überstellten“ Flüchtlinge wurden für ein bis zwei Tage in sogenannten Auffangstellen untergebracht, bis für sie Zimmer gefunden waren. Ärztlich überwacht wurden sie von einem in Reinbek privat niedergelassenen Arzt ohne offizielle Befugnisse. Die Flüchtlinge hatten zu einem Drittel Kopf- und zu etwa 10 Prozent Kleiderläuse, 50 Prozent Krätze. 80 Prozent litten an Darmerkrankungen, in jedem Transport waren zwei bis drei sterbende Patienten. Ein Reinbeker Auffanglager war von gefrorenen Stuhlhaufen umgeben, altes Stroh war nicht ausgewechselt worden, die Latrinen waren mit einer zentimeterdicken Schmutzschicht bedeckt. Diese Kritik hatte die in Schleswig-Holstein Verantwortlichen der Gesundheitsabteilung in Kiel getroffen. Der Leiter des Gesundheitsamtes des Kreises Stormarn, Dr. Beyer, erhielt ein sehr deutliches Schreiben des Oberpräsidiums. Sein Antwortschreiben zeigt die sicher nicht nur hier bestehenden begrenzten Handlungsmöglichkeiten eines Amtsarztes auf. Man hatte versäumt, ihn vom Bestehen

der Auffanglager in Reinbek in Kenntnis zu setzen. Auch waren seine Forderungen zur Vermeidung der Ausbreitung von Fleckfieber und Typhus im Kreis Stormarn von den zuständigen, offenbar überlasteten Stellen, Landrat und Bürgermeistern, immer wieder zurückgewiesen worden.

Mit der Aktion „Schwalbe“ kamen 1946 weitere 215.000 Flüchtlinge aus Ostpreußen, den von Polen in Besitz genommenen deutschen Ostgebieten, der Tschechoslowakei und Ungarn zu den etwa 150.000 Vertriebenen der Aktion Influx dazu, sodass Schleswig-Holstein allein durch diese beiden Vertriebungskaktionen rund 365.000 Menschen zusätzlich in ein schon vollständig durch die Aufnahme von Flüchtlingen überlastetes Land aufnehmen musste.

Aus Lübeck berichtet der Leitende Arzt des Flüchtlingslagers Pöppendorf am 28. Februar 1946: „20.00 Uhr Eintreffen von 1.504 Flüchtlingen aus Polen, 20 Prozent alte Männer sonst Frauen mit Säuglingen und Kleinkindern, davon 256 zum Teil in einem trostlosen Zustand mit schwerer, 200 mit leichter Krätze, 6 mit Herz- und Kreislaufschwäche und 22 mit Gonorrhö-Verdacht, davon 21 Frauen, die angaben, vergewaltigt worden zu sein.“ Hilfskrankenhäuser für die Behandlung der schweren Krätze-Erkrankten musste in zwei Schulen reaktiviert werden, Schulen, die gerade für den Schulbetrieb wieder freigegeben worden waren. Bei weiterem Flüchtlingszustrom mussten, so der leitende Lagerarzt, weitere Schulen als Lazarette erneut in Anspruch genommen werden. Dr. Habernoll aus der Medizinalabteilung in Kiel verlangte ebenso wie die Lübecker Schulverwaltung, dass die Schulgebäude nach Möglichkeit verschont werden. Die Kranken müssen eben auch in anderen Kreisen untergebracht werden. In der Folgezeit wurde im Rahmen der Möglichkeiten versucht, die Situation in Pöppendorf zu verbessern. So wurden der Gesundheitsabteilung von der Lübecker Influx-Leitung für den Sommer 1946 eine Reihe von gesundheitlichen Maßnahmen vorgeschlagen, z. B. regelmäßige Beseitigung der Kothaufen, Bekämpfung der Fliegen, Beseitigung der Tümpel u. a. m. Im Kreisherzogtum Lauenburg befanden sich vier Zeltlager als Influx-Lager und zwei Flüchtlingslager in Baracken bzw. einem Fabrikgebäude. Der Gesundheitszustand der Flüchtlinge und Vertriebenen wurde allgemein für gut gehalten, das Stroh für Betten konnte aus Mangel an Stroh jedoch in der notwendigen Häufigkeit nicht ausgewechselt werden, was die Verhütung von Hautkrankheiten und Verlaustung sehr

erschwerte. Die meisten Flüchtlinge besaßen nur eine Wäschegarnitur. Die Influx-Lager und Flüchtlingslager standen jeweils unter der Aufsicht eines Arztes, Krankenreviere sowie Krankenschwestern und sonstiges Sanitätspersonal waren vorhanden.

Länger genutzte Flüchtlingslager

Ein in den Akten der Gesundheitsabteilung des Oberpräsidiums vorliegender Überblick über den Stand einiger länger belegter Flüchtlingslager in Schleswig-Holstein von Mitte Januar 1946 weist 30 Lager mit 127 Baracken mit einer durchschnittlichen Belegung von jeweils 1.353 Männern, 1.516 Frauen und 1.692 Kindern auf. Dabei wurde der Gesundheitszustand der Personen in den meisten Lagern als gut bis befriedigend bezeichnet – das Fehlen von ansteckenden Krankheiten war hier der entscheidende Gesichtspunkt. Die Ansprüche in den damaligen Zeiten waren nicht hoch. In etwa einem Drittel bestanden erhebliche hygienische Mängel, besonders die Wasserversorgung war hoch problematisch. Bei etwa der Hälfte der Lager musste das Wasser aus Entfernungen von 200 bis 700 Metern in Eimern herangeschafft werden. Für alle Lager gab es eine medizinische Versorgung, in 80 Prozent durch Ärzte. Keines der hier untersuchten Lager hatte einen eigenen Arzt. Einrichtungen zur Desinfektion fehlten überall, die Verpflegung erfolgte selten durch Gemeinschaftsküchen, meist musste die Nahrungszubereitung in eigener Zuständigkeit zum Teil mit den schon erwähnten Brennhexen in nicht vorhandenen oder mangelhaften Kücheneinrichtungen vorgenommen werden.

Die Berichte aus dem Landesteil Schleswig und der Westküste klingen demgegenüber etwas positiver. Der Kreis Eiderstedt berichtete über drei Flüchtlingslager (St. Peter, St. Peter-Böhl und Garding), die vom Reichsarbeitsdienst und der Wehrmacht belegt gewesen waren, sowie einem als Flüchtlingslager genutzten Hotel mit insgesamt befriedigenden hygienischen Verhältnissen. In keinem Fall handelte es sich um Durchgangslager, in allen gab es Desinfektionsmöglichkeiten, Kücheneinrichtungen, im Lager Garding war eine Entlausungsanlage, in St. Peter-Böhl sogar eine Lagerärztin vorhanden. Das alles bei einer Belegung mit rund 500 Personen. Bei den in der damaligen Zeit geringen Ansprüchen schienen es durchaus befriedigende Verhältnisse zu sein. Im Kreis Husum waren Flüchtlinge in Barackenunterkünften immerhin schon in einzelnen Stuben untergebracht. Die ärztliche Versorgung der ca. 150 Perso-



Nissenhütten in der Glückstädter Straße, Ecke Meldorfer Straße in Neumünster (Blickrichtung Heider Straße). Datierung: 10.1951, Fotograf: Magnussen, Friedrich (1914-1987) Quelle: Stadtarchiv Kiel CC BY-SA 3.0 DE



nen erfolgte durch ortsansässige niedergelassene Ärzte, der allgemeine Gesundheitszustand war gut. Im Landkreis Flensburg befanden sich zum Berichtszeitpunkt überhaupt keine Flüchtlingslager, alle Flüchtlinge waren in Einzelquartieren und größeren Unterkünften untergebracht. Im Kreis Norddithmarschen sah es deutlich schlechter aus. Bei im Januar 1946 durchschnittlich etwa 800 untergebrachten Flüchtlingen war der Gesundheitszustand schlecht, besonders der Ernährungszustand war bei vielen äußerst mangelhaft, es waren reichlich Krätzefälle vorhanden, einzelne Typhusfälle waren aufgetreten.

Reibereien und offener Hass zwischen den Einheimischen und den Hinzugekommenen waren nicht selten. In Schleswig-Holstein, das von vielen auch hochrangigen Nationalsozialisten in der Hoffnung, in einem deutschen Reststaat ungeschoren unterkommen zu können, als Zuflucht gewählt wurde, hielten sich viele Politiker für besonders „reinrassig“. Ein Flensburger Landrat sprach von der „Mulattenzucht, die der Ostpreuße nun einmal im Völker-

Nissenhütten auf dem Schlachthofgelände an der Kaistraße, Datierung: 11.1951 - 12.1951, Fotograf: Magnussen, Friedrich (1914-1987), Quelle: Stadtarchiv Kiel CC BY-SA 3.0 DE

gemisch getrieben hat“. Die Flüchtlinge waren nun „Untermenschen“ aus dem Osten und Nazis zugleich. Alle schlechten Eigenschaften wurden ihnen zugeschrieben. Man wollte „dat Schiet“ am liebsten in die Nordsee werfen.

Im Jahre 1950 gab es in Schleswig-Holstein immer noch 728 Flüchtlingslager mit 127.756 Menschen. Bereits 1949 war eine erste bundesweite Umverteilung umgesetzt worden. Die zweite stockte jedoch, weil die aufnehmenden Bundesländer sich weigerten, weitere Menschen aufzunehmen.

FORTSETZUNG IM OKTOBERHEFT,
LITERATUR UND QUELLENNACHWEISE BEIM
VERFASSER
DR. MED. DR. PHIL. KARL-WERNER
RATSCSKO

Leserbriefe

HISTORIE DER ÄRZTEKAMMER In unserer Jubiläumsausgabe wurde u. a. die Geschichte der Ärztekammer und einzelner Akteure geschildert. Die unkommentierte Darstellung etwa des Lebenslaufes von Dr. Gerd Iversen stieß bei Lesern auf Kritik, führte aber auch zu mancher Zuschrift zum Thema.

„Moralisch empörend“ und „politisch gefährlich naiv“

Als Mitglied der Ärztekammer Schleswig-Holstein hatte ich neulich doch die Muße, die Festschrift „Gestern, Heute, Morgen“ zu lesen. War ich bisher von unserem bisherigen „Ikterusblatt“, welches nunmehr auf wertigem Papier in DIN A 4-Format eher Werbung für den Facharzt der Allgemeinmedizin auf dem Lande machte, eher leichte Kost gewöhnt, wehte mir auf Seite 17 unter der treffenden Überschrift „Ungewöhnliche Karriere“ der kalte braune Atem der 50er Jahre in Form des Lebensportraits von Dr. Gerd Iversen entgegen.

In dem Artikel kann man völlig unkommentiert und „sachlich dargestellt“ lesen: „Angehöriger des Infanterieregimentes 10 der Waffen-SS von Nov./39 bis Dez./42, dabei bei „Einsätzen in Polen und Russland“. Dann vom Sommer 1942 bis Mai 1945 SS-Arzt im SS-Lazarett Buchenwald/Hohenwiese, einer „TBC Heilstätte“.

Eine solche Darstellung (einmal abgesehen davon, dass die NS-Begrifflichkeiten hier nicht in Anführungszeichen o. ä. gesetzt werden), vermittelt ein besorgniserregend unkritisches Bild des beruflichen Werdeganges des Herrn Dr. Iversen in den zentralen Institutionen des NS-Regimes, die hauptverantwortlich für die brutalsten Kriegsverbrechen des 20. Jahrhunderts gewesen sind. Ferner sind eben diese Instanzen u. a. auch ein erschütterndes Beispiel dafür, wie sich die deutsche Ärzteschaft in weiten Teilen dem NS-Regime angedient hat.

So war beispielsweise das o. g. Regiment – vorher „SS Totenkopfstandarte 10“ –, aufgestellt in Buchenwald, u. a. auch für die „Bewachung“ des KZs, verantwortlich, vom 25.2.1941 bis zur erneuten Umstellung am 1.9.1941 zum Infanterieregiment 10 der Waffen-SS an „Einsätzen“ beteiligt, die vorwiegend hinter der Front in Polen und Russland stattfanden – die Massenerschießungen vor allem jüdischer Zivilisten. Mindestens zwei Einsätze davon hat das Regiment selbst protokolliert.

Im späteren Einsatzort des SS-Lazaretts Buchenwald wurden u. a. belgische Kriegsgefangene und KZ-Häftlinge in „Versuchen“ mit TBC und Fleckfieber infiziert. Das geschah direkt in der Einheit von Herrn Dr. Iversen.

Umso erstaunter ist der Leser dann, dass in dem o. g. Artikel zwar kein Platz gefunden wurde, um auch nur ansatzweise diese „Karriere“ kritisch einzuordnen, aber dafür mehrere Absätze sich mit den Verdiensten des (nunmehr geläuterten???) „Kollegen“ um den Schutz des ungeborenen Lebens (§ 218) und der norditalienischen Singvögel beschäftigen. Der „beispiellose Einsatz“ von Herrn Dr. Iversen führte sogar – man staune – zur Absage eines Ärztekongresses in Italien im Jahr 1979.

Geläutert? – Nein, zeichnete doch Herr Iversen im Jahre 1984 anlässlich des 100-jährigen Geburtstages für die Festschrift des Dr. Schultz verantwortlich:

„Der Erfinder des autogenen Trainings“, urteilt Ulrich Schultz-Venrath, Nervenarzt an der Universität Witten/Herdecke, „war ein psychotherapeutischer Selektionsarzt“. Er war als Gutachter u. a. dafür verantwortlich, hunderte Homosexuelle in KZs und damit ihre Ermordung geschickt zu haben, makabre Einzelheiten hierzu in einem Artikel des „SPIEGEL“.

Ich maße mir nicht an, über den Arzt Dr. Iversen zu urteilen, aber diese unkommentierte Darstellung des Lebenslaufes finde ich moralisch empörend, politisch gefährlich naiv bzw. (sofern beabsichtigt) unentschuldigbar reaktionär und aus medizin- wie politikwissenschaftlicher Sicht schlichtweg ungenügend und damit den Ärztestand diskreditierend.

Ich würde daher von Ihnen eine entsprechende klarstellende Veröffentlichung sowie eine darin enthaltene Entschuldigung an die 266.000 KZ-Häftlinge (davon ca. 56.000 Ermordete) erwarten.

Übrigens glaube ich, dass dies sicherlich auch im Sinne der Autoren der Grußworte wäre.

CORD SCHEUNEMANN, KIEL

Antwort des Verfassers

Zunächst einmal vielen Dank für die Leserbriefe. Sie geben Anlass, meine Entscheidungen bei der Verfassung der Artikel für die Jubiläumsausgabe des Ärzteblattes verständlicher zu machen. Vielen Dank auch für die positive Einschätzung meiner Arbeit durch den Kammerpräsidenten Prof. Henrik Herrmann.

Fraglos hat Gerd Iversen im „Dritten Reich“ eine höchst zweifelhafte Karriere aufzuweisen. Sein früher Eintritt 1933 in die SS, seine Bekenntnisse zum NS-Staat in den mir vorliegenden Unterlagen aus seiner Personalakte beim SS-Rasse- und Siedlungsamt und sein Engagement lassen keine anderen Schlüsse zu. Seine Zugehörigkeit zum SS-Infanterieregiment 10 bis Mitte 1942 wirft ein dunkles Licht auf den jungen Truppenarzt. Die Einheit beteiligte sich zu Beginn des Russlandfeldzuges an Anti-Partisaneneinsätzen. Meldungen des Regiments an den Brigade-Stab nach dem Überfall auf die Sowjetunion ist zu entnehmen, dass bei „Säuberungsaktionen“ in Tschernachow 232 Juden, im September weitere ca. „250 bolschewistische Juden“ erschossen wurden. Und das ist sicher nur die Spitze des Eisbergs. Iversens Zugehörigkeit zum SS-Regiment 10 wie auch die räumliche Nähe seiner Arbeit als SS-Arzt im SS-Lazarett Buchenwald/Hohenwiese zur KZ-Außenstelle Buchenwald/Hohenwiese bedürfen für eine über das Allgemeine hinausgehende Bewertung näherer Untersuchungen. Sie sind jedoch bei unklarer Quellenlage nur mit großem Aufwand an Zeit und Kosten und mit ungewissem Ausgang möglich. Darüber hinaus bleibt rätselhaft, wie es Iversen gelingen konnte, schon Anfang Juli 1945, wenige Wochen nach Kriegsende, die von vielen entwurzelten Ärzten hoch begehrte Stelle als Assistent im Segeberger Kreiskrankenhaus zu bekommen. Üblicherweise wurden SS-Offiziere in Lagern von den Besatzungsmächten bis zu zwei Jahren interniert.

Edmund Christiani ist 1933 schon früh in die NSDAP eingetreten. Zum damaligen Zeitpunkt war ein solcher Schritt

nicht notwendig, später dann vielleicht schon, wenn man den Ehrgeiz hatte weiterzukommen. Dass er sich aus politischen Gründen nicht habilitieren konnte, war mir aus Christianis Entnazifizierungsakte bekannt, schien mir jedoch, da es keine weiteren Indizien als seine eigene Behauptung gab, nicht unbedingt erwähnenswert. Entnazifizierungsakten müssen immer sehr sorgfältig interpretiert werden. So ganz auf „Kriegsfuß“ mit dem NS-Regime kann er aber nicht gestanden haben. Seinem Antrag auf Anerkennung des Facharztes für Nerven- und Geisteskrankheiten, am 24. Mai 1937 gestellt, folgte ziemlich schnell die vom Leiter der Ärztekammer Dr. Rinne unterzeichnete Urkunde am 7. Juni 1937. Mit Creutzfeld ist mir tatsächlich ein Fehler unterlaufen. Als Creutzfeld die Nervenklinik übernahm, hatte sie Christiani schon verlassen. Ich hätte die Daten genauer abgleichen müssen.

Bleibt die Frage, warum Iversen bei seiner Vorgeschichte im „Dritten Reich“ 1965 erst Geschäftsführender Arzt und dann 1977 Präsident werden konnte. Die Erklärung dürfte darin liegen, dass besonders in Schleswig-Holstein in den fünfziger bis hinein in die endachtziger Jahre wenig Bereitschaft bestand, sich mit der NS-Vergangenheit ernsthaft auseinanderzusetzen. Das war auch in der Ärzteschaft nicht anders. Beispiele gibt es viele:

- ▶ Der Lübecker Arzt v. Rohden berichtet aus seiner Arbeit im Lübecker Entnazifizierungsausschuss „Manche Gefahren konnten abgewendet werden, die einigen ehemals allzu aktiven und prominenten Nationalsozialisten gedroht hatten“.
- ▶ Das im Auftrag der westdeutschen Ärztekammern von Alexander Mitscherlich verfasste und 1949 in einer Auflage von 10.000 Exemplaren erschienene Buch „Wissenschaft ohne Menschlichkeit“ über die Nürnberger Ärzteprozesse fand bei der schleswig-holsteinischen Ärztekammer trotz geringen Preises und starken Drängens der Arbeitsgemeinschaft nur eine Abnahme von 30 Stück. Nahezu nirgendwo wurde damals das Buch bekannt.
- ▶ Der ehemalige Leiter der Ärztekammer, Hans Rinne, stand kurz vor seinem unerwarteten Tod Anfang Dezember 1948 vor einer Kassenzulassung.
- ▶ Die Ärztin Herta Oberhäuser, die zweieinhalb Jahre im KZ Ravensbrück an Menschenversuchen beteiligt und zunächst zu 20 Jahren Zuchthaus verurteilt worden war, praktizierte nach ihrer Begnadigung 1952 bis zur Entziehung ihrer Approbation 1958 als Kassenärztin in Stocksee im Kreis Segeberg.
- ▶ Der Fall Heyde/Sawade, die Unmöglichkeit, ärztliche Gutachter für den Fall des wegen der Durchführung abscheulicher Menschenversuche an polnischen Frauen angeklagten Carl Clauberg zu finden, wie auch die Berufung des Professors Dr. Werner Cattel 1954 auf den Lehrstuhl für Kinderheilkunde in Kiel sind weitere Beispiele, die hier nur aufgezählt werden können.

In dieser gesellschaftlichen Atmosphäre der Beschönigung und Verdrängung der NS-Vergangenheit, die sich auch in der Ärzteschaft widerspiegelte, konnte eine Entscheidung für Iversen, der sich nach dem Krieg engagiert am gesellschaftlichen Leben auch in der Ärzteschaft beteiligte, durchaus Platz finden.

DR. MED. DR. PHIL. KARL-WERNER RATSCHKO

„Plakative Demonstration einer untadeligen demokratischen Gesinnung“

Der Generation, die noch die Trümmerwüsten als Abenteuer-spielplatz kennengelernt haben und vor und mit der Währungsreform eingeschult worden sind, wird der schleppend langsame Erkenntnisgewinn zum Nationalsozialismus noch in Erinnerung sein. Nur zögerlich wurden die Erörterungen zu den Fehlern des nationalsozialistischen Regimes und dem Ausgang des Krieges durch das Begreifen des umfassend verbrecherischen Charakters der Regierung, der Partei, ihrer Organisationen und führenden Mitglieder und die fatalen historischen Folgen ersetzt.

Noch Mitte der 50 Jahre fanden Treffen hochrangiger nationalsozialistischer Führungspersonen in aller Öffentlichkeit statt. Berichte findet man dazu meist vergeblich, aber ich hatte als 14-jähriger Schüler Gelegenheit, zu einem dieser informellen Treffen in einem Ostseebad mitgenommen zu werden. Neben Obergruppenführern und Parteigrößen nahm u. a. auch ein amtierender Bonner Minister teil.

Neben diesen sichtbaren Bemühungen, eine Kontinuität der einflussreichen Schicht zu bewahren, gab es jedoch auch Personen, die mit ihrer Beteiligung in Ämtern und Funktionen des Nationalsozialismus sichtbar gebrochen hatten und sich um den Neuaufbau einer demokratisch organisierten Ärzteschaft mit großem Engagement bemüht hatten. Einer dieser Kollegen war Dr. Gerd Iversen, der 1977 Präsident der Ärztekammer wurde, zuvor den Marburger Bund in Schleswig-Holstein mitbegründet hatte und durch besondere konzeptionelle und organisatorische Leistungen für die Psychotherapie in Erinnerung geblieben ist. Seiner Wahl aus der Position eines Geschäftsführenden Arztes unter der 16 Jahre währenden Ägide des legendären Präsidenten Christiani waren intensive positive Debatten zu seiner Eignung und Person vorausgegangen. Ich war damals schon berufspolitisch interessiert und als Assistentenvertreter Mitglied der Lübecker Fakultät gewesen und nicht zuletzt über einen ärztlichen Arzneimittelreferenten, der zugleich Mitglied der Ärztekammer war, gut informiert und hatte zudem in eigener Sache Gelegenheit gehabt, den geschäftsführenden Arzt und späteren Präsidenten Iversen und seine Überzeugungen kennenzulernen.

Niemals vermittelte er mir den Eindruck, ein „alter Nazi“ zu sein.

Der differentiellen Psychologie (Hoffstätter) verdanken wir die Erkenntnis, dass der Charakter eines Menschen und seine Wesenszüge wandelbar sind. Dieses Wissen ist sogar in den Strafvollzug und die Resozialisierung eingedrungen. Nur die Betrachtungsweise der berufspolitischen Geschichte und der herausgehoben handelnden Personen scheint von diesen Gedanken unberührt zu sein.

Der Lebensweg von Gerd Iversen bietet nun Kritikern, die ihn kaum kennengelernt haben können, Gelegenheit, ihre untadelige demokratische Gesinnung – in Leserbriefen ohne Namensnennung – plakativ zu demonstrieren.

In dem begleitenden Kommentar des amtierenden Präsidenten (in Heft Juli/August 2020) zu den unreflektiert kritischen Anmerkungen – ohne jeglichen konkreten Hinweis auf Verfehlungen oder gar Verbrechen – wird die Notwendigkeit betont, „Transparenz“ herzustellen, für die „Thematik zu sensibilisieren“, nicht ohne an die Verstrickungen anderer Kollegen in der Nazizeit anzuknüpfen.

Diese Verquickung eines diffusen politischen Bekenntnisdrangs und der Würdigung eines für die Demokratie hoch engagierten Kollegen wird dem Andenken des Kollegen und Präsidenten Gerd Iversen nicht gerecht.

DR. JÜRGEN SCHMIDT

Kompetenzwirrwarr und fachliche Inkompetenz

SERIE Medizin und Versorgung in Schleswig-Holstein nach dem Zweiten Weltkrieg. Teil 3 der Serie von Dr. phil. Dr. med. Karl-Werner Ratschko.

Zusätzlich zu der Belastung mit den vielen Flüchtlingen gab es für die kleine preußische Provinz Schleswig-Holstein weitere Probleme durch die große Zahl von internierten deutschen Soldaten. Die Briten hatten nach der Kapitulation in ihrem Besatzungsgebiet Strukturen der Wehrmacht und Marine einschließlich der Stäbe unter ihrem Kommando bestehen lassen. Sie wollten so die Verwaltung der in britischem Gewahrsam befindlichen ursprünglich 2,75 Millionen entwaffneten deutschen Militärpersonen und Kriegsgefangenen möglichst ohne großen Aufwand und Kosten ermöglichen. Die völkerrechtswidrige, aber wohl wegen der großen Zahl organisatorisch unvermeidbare Internierung von mehr als einer Million Soldaten erfolgte in zwei von der Besatzungsmacht eingerichteten Sperrgebieten in Schleswig-Holstein. Das Internierungsgebiet G umfasste die Kreise Eiderstedt, Norderdithmarschen und Süderdithmarschen, entsprechend dem heutigen Kreis Dithmarschen und dem südlichen Teil Nordfrieslands. Das Internierungsgebiet F war Ostholstein nördlich des damaligen Kreises Eutin. Die beiden Internierungsräume wurden noch im Oktober 1945 und im März 1946 geschlossen. Am 20. August 1946 erfolgte die Auflösung der restlichen Wehrmacht.

Unter britischer Aufsicht versorgten sich die internierten Soldaten bei einem weitgehend erhaltenen Verwaltungsapparat der Wehrmacht selbst. Die zunächst noch fortbestehende deutsche Führung hatte für Disziplin, Ordnung, Verpflegung und Unterkunft zu sorgen. Feldjäger der Wehrmacht halfen, die Ordnung aufrecht zu erhalten. Verpflegungslager, ernstereife Felder und anderen Einrichtungen wurden von ihnen und anderen deutschen Freiwilligen bewacht. Vor allem in den ersten Monaten war die Unterbringung oft unzureichend. Nicht selten mussten die Soldaten sich auf

»Entsprechend dürftig waren die hygienischen Verhältnisse. Wie überall fehlten Medikamente, Zahnbürsten und Reinigungsmittel. Die Tagesrationen bestanden aus 300 Gramm Brot und wöchentlich 250 Gramm Fleisch.«

freiem Feld in Erdlöchern oder dicht gedrängt in Ställen und Scheunen einrichten. Die Unterbringung in Häusern und auf Bauernhöfen war besonders schwierig, weil sich dort bereits Flüchtlinge befanden. Entsprechend dürftig waren die hygienischen Verhältnisse. Wie überall fehlten Medikamente, Zahnbürsten und Reinigungsmittel. Die Tagesrationen bestanden aus 300 Gramm Brot und wöchentlich 250 Gramm Fleisch. Die medizinische Versorgung jedoch wurde durch deutsche Ärzte und Pflegepersonal recht gut organisiert. Es bestand ein zunächst dichtes Netz von Lazaretten und Sanitätsstellen.

Wehrmachtlazarette und ihre Auflösung - GLOBBER III

Neben der Verpflegung und Unterbringung der Soldaten waren insbesondere die über hunderttausend Verletzten und Kranken ein Problem, das man gerne in deutschen Händen beließ. Die formale Beibehaltung militärischer Strukturen stieß trotz zügiger Entlassung der deutschen Soldaten bei den Sowjets wohl nicht ganz zu Unrecht auf tiefes Misstrauen. Gegen Ende des Jahres 1945 waren noch ca. 700.000 deutsche Militärangehörige u. a. als Arbeitskommandos, zum Minenräumen, Bombenent-

schärfen, zur Sicherung der Nachrichtenverbindungen und für andere wichtige Aufgaben sowie in den zahlreichen noch unter deutscher Leitung bestehenden Wehrmachts- und Marinelazaretten eingesetzt. Die Sowjets befürchteten, dass die Briten die deutschen Soldaten für eine eventuelle Konfrontation mit ihnen in Einsatzbereitschaft hielten. Als auch die Amerikaner darauf drängten, jegliche deutschen Militärstrukturen zu beseitigen, wurde am 10. Dezember 1945 von den Briten widerwillig das Unternehmen „Clobber“ in Angriff genommen, dessen Ziel es war, alle noch in britischen Händen befindlichen deutschen Soldaten bis 30. Januar 1946 zu entlassen.

Zur Clobber gehörte der Abbau der noch in Schleswig-Holstein befindlichen 112 Wehrmachts- und Marinelazarette. So waren mit der „Operation Globber III“ sämtliche Wehrmachtlazarette und sonstigen Wehrmachts-Sanitätsstellen als solche aufzulösen und falls notwendig in zivile Strukturen zu überführen. Stammpersonal und Patienten wurden bis 20. Januar aus der Wehrmacht entlassen. Ausnahmen waren für hohe Wehrmachtsdienstgrade und bestimmte Angehörige der Waffen-SS, die sogenannte „Arrest-Kategorie“, sowie noch weiterhin benötigtes Sanitätsperso-

nal festgelegt. Soweit eine Entlassung nicht infrage kam, sollten die Verwundeten und „Unentlassbaren“ im SS-Lazarett Ratzeburg gesammelt werden und später in das Wehrmachtlazarett „Duburg-Kaserne“ im Kreis Flensburg überführt werden.

Für die Durchführung waren die Leitenden Britischen Sanitäts-Offiziere (Senior Medical Officers, SMO) in den Kreisen zuständig, die ihrerseits den Amtsärzten sowie den deutschen Leitenden Sanitätsoffizieren (LSO) ihre Anordnungen übermittelten. Die LSO hatten aus den noch bestehenden Stäben der Wehrmacht-Kreiskommandanten auszuschneiden und sich bis zu ihrer eigenen Entlassung aus der Wehrmacht einem Lazarett zuzuteilen. Auch weiterhin sollten sie jedoch nach ihrer Entlassung den zuständigen Amtsärzten die laufenden Meldungen über Bettenbelegung und Zahl der Infektionskranken zur Verfügung stellen. Für diese Tätigkeit im zivilen Sektor waren sie den Gesundheitsämtern zugeteilt. Die Kreise und kreisfreien Städte waren verpflichtet, zunächst alle aufgelösten Wehrmachtsdienststellen treuhänderisch zu übernehmen. Dabei sollte der Grundsatz gelten, dass diejenigen ehemaligen Lazarette als Hilfskrankenhäuser in eigener Verwaltung beibehalten werden sollten, die für die jeweilige Bevölkerung erforderlich waren. Elf Krankenhausbetten sollten für 1.000 Einwohner vorgehalten werden. Die Verantwortung für den weiteren Betrieb aller bisheriger Lazarette nun als Hilfskrankenhäuser einschließlich Verpflegung, Befehrerung, ärztlichem Heilbedarf usw. lag bei den Landräten und Oberbürgermeistern. Hier waren auch die regionalen Gesundheitsämter gefordert, deren Sachverstand bei der Nutzung der Lazarett-ausrüstungen benötigt wurde. Gerät für die Versorgung von zwei Promille der Bevölkerung sowie für die Ausstattung vorhandener Einrichtungen der medizinischen Versorgung sollte ebenso vorgesehen werden wie die Sicherstellung der ärztlichen Weiterbehandlung der übernommenen Patienten. Eine recht komplizierte Lösung, die von allen Seiten guten Willen und Kompetenz erforderten. Beides war in der damaligen Zeit nicht immer gegeben.

Im April 1946 befanden sich die ehemaligen Wehrmachtlazarette, soweit sie als Krankenhäuser oder zu sonstigen Zwecken des Gesundheitsdienstes benötigt wurden, in der Zuständigkeit der Medizinalabteilung des Amtes für Inneres bzw. der ihm damals noch unterstellten Gesundheitsämter. Einrichtungen und Vorräte einschließ-



Island-Lebertran für deutsche Studenten, Die ehemaligen isländischen Studenten des Instituts für Weltwirtschaft an der Universität Kiel haben als Zeichen der Verbundenheit mit ihrer alten Lehrstätte 1000 Kilogramm Lebertran zur Verteilung an notleidende Kieler Studenten gestiftet. Unser Bild zeigt die Austeilung des Lebertranks an die Studenten - Trotz Lebertran lauter strahlende Gesichter.

lich der Ausrüstungsgegenstände der aufgelösten Lazarette wurden jedoch wirtschaftlich dem Landwirtschaftsamt übertragen. Zu den Lagerbeständen der früheren Wehrmacht gehörten auch die in den Hauptlagern in Lübeck, Rendsburg und Kiel-Kronshagen sowie in den Dentaldepots in großer Menge vorgehaltenen medizinischen Bedarfsartikel, deren Verwertung jedoch nicht durch die Medizinalabteilung, sondern durch das Wirtschaftsamt angeordnet wurde. Für ihre weitere Nutzung wurden private Firmen gebildet, die den Vertrieb nach einem vom Landwirtschaftsamt festzulegenden Schlüssel vorzunehmen hatten.

Ein Streit zwischen den Finanzbehörden und dem Amt für Gesundheit überschattete das Jahr 1946. Dem Oberfinanzpräsidenten war die wirtschaftliche Verfügungsgewalt über die Liegenschaften der Wehrmacht einschließlich des Inventars von der Militärregierung übertragen worden. Dem mittlerweile als Ministerium bezeichneten Amt für Gesundheit wurde lediglich zugestimmt, dass ärztliche Geräte und Medikamente im Einvernehmen mit ihm erfasst und verwertet werden sollten. Mit einer Verfügung des Amtes für Gesundheitswesen im Februar und noch präziser im Juli 1946 wurden die Prioritäten für die Abgabe medizinischer Geräte und Ma-

terialien festgelegt. An erster Stelle sollten die Krankenanstalten und Amtsärzte der Kreise stehen. Es folgten die Universitätskliniken, die Provinzkrankenanstalten, total ausgebombte Ärzte sowie Flüchtlingsärzte und zuletzt dann die übrigen Ärzte. Bei der bestehenden Mangellage wurden äußerst restriktive Entscheidungen verlangt, nicht Friedensmaßstäbe hatten zu gelten, sondern es musste eine Beschränkung auf das unabdingbar Notwendige erfolgen. Die nur sehr knapp vorhandenen hochwertigen Geräte wie z. B. Röntgengeräte, Kurzwellenapparate, Elektrokardiografen, Operationstische, Mikroskope u. ä. m. sollten zunächst überhaupt nicht ausgegeben werden. An Flüchtlinge ausgeliehenes Inventar konnte diesen zur Vermeidung großer Härten käuflich belassen werden. Parallel dazu gab es aktenkundig im Frühjahr 1946 von geschäftstüchtigen Privatleuten Versuche, eine Privatisierung des medizinischen Geräteparks und des die Bedürfnisse Schleswig-Holsteins weit überschreitenden Medikamentenbestandes in den drei Wehrmachtslagern zu erreichen, um eine private Verwertung zu ermöglichen. Das Amt für Gesundheit äußerte starke Bedenken, insbesondere weil die überschüssigen Fertigungsmittel dafür vorgesehen waren, einen Austauschhandel mit anderen Zonen zu ermöglichen. Die Berichte aus den mit der Überführung der Wehrmacht Lazarette in den zivilen Bereich beauftragten Gesundheitsämtern klangen alles andere als ermunternd. Pinneberg teilte z. B. mit, dass die von den Lazaretten angegebene Bettenzahl nicht zugrunde gelegt werden könne, da in den Lazaretten die Betten in der Regel doppelstöckig waren und ohne Zwischenraum nebeneinander standen. Die Folge war, dass nur etwa 40 Prozent der Lazarettbettenzahl für den zivilen Bereich angesetzt werden konnten. Noch vorhandene kleinere Reserven müssten für Patienten mit ansteckenden Krankheiten vorbehalten bleiben. Durch Befehl der Militärregierung wären lediglich zwei Lazarette mit insgesamt 450 Betten aufgelöst worden.

Insgesamt verlief die Durchführung der Operation Globber III ziemlich ungeordnet, auch wenn im Endergebnis die von den Briten vorgegebenen Ziele erreicht wurden. Eine schwer erträgliche Folge war eine mit teilweise großem Leid verbundene unnötige Ausweitung der ohnehin schon bestehenden Mangelsituation in der ambulanten und stationären Versorgung der Bevölkerung. Die Ursache hierfür waren Kompetenzenwarr, fachliche Inkompetenz

und personelle Überforderung besonders auf regionaler Ebene sowie Verantwortungslosigkeit und persönliche Interessen einzelner Akteure. Auch waren die Vertreter der Militärregierung auf Kreisebene mitunter nicht sehr hilfreich. Die Briten hatten in der ersten Zeit nach der Kapitulation Probleme, für regionale, der Besatzungsmacht vorbehaltene Aufgaben kompetente Offiziere zu finden. Immerhin waren in ihrem Besatzungsgebiet zunächst 26.000 britische Soldaten in der öffentlichen Verwaltung eingesetzt.

Aber die Probleme lagen stärker noch im deutschen Bereich. Der Krieg und die unmittelbare Zeit danach hatten oft zu Gleichgültigkeit und Toleranz geführt. So spielte z. B. ein Mitarbeiter des Landwirtschaftsamtes im Wirtschaftsministerium bei der Verwertung des Sanitätsguts aus den Lazaretten eine besonders unrühmliche Rolle. Er war von Anfang August 1945 bis Ende Mai 1946 als Referent der Chemie-Abteilung im Landwirtschaftsamt angestellt. Er sorgte dafür, dass das bei der Lazarettauflösung anfallende überschüssige Wehrmachtssanitätsgut aus den Kreisen und kreisfreien Städten nicht in die unter kompetenter Leitung von Apothekern befindlichen Sanitätslager Rendsburg und Lübeck kam, sondern errichtete in Verfolgung seiner eigenen Interessen im Februar 1946 in dem Rohbau des Marinelazarettes Kronshagen ein neues Lager, dem nicht nur eine fachliche Leitung, sondern auch die notwendigen Vorkehrungen gegen Diebstahl, Plünderungen, Feuer u. ä. fehlten. Für die Verwertung des Sanitätsbedarfs über den einschlägigen Großhandel gründete er mit anderen Personen drei Firmen, deren Geschäftsführung er hatte und an denen er selbst erheblich beteiligt war. Die geschlossene Übernahme von Fachpersonal des von ihm errichteten Sanitätslagers Kronshagen durch eine der Firmen krönte seine fragwürdigen Aktionen. Den eigenen Firmen wurde ein weit höherer Rabatt eingeräumt als Dritten. Wichtige Produktionsmaschinen wurden von ihm zu einem Zeitpunkt verkauft, als er bereits aus den Diensten der Landesverwaltung ausgeschieden war, indem er einen ehemaligen Mitarbeiter den von ihm diktierten Text unterschreiben ließ. Der von ihm angerichtete Schaden ging in die Millionen, schlimmer noch, der korrupte Umgang mit im medizinischen Bereich benötigter Mangelware entzog der Bevölkerung dringend benötigte Heil- und Arzneimittel. Der schleswig-holsteinische Landtag befasste sich mit der Angelegenheit bereits im Juli 1946, erst danach erfolg-

te die oben bereits erwähnte Anordnung der Medizinalabteilung über die Verwertung medizinischen Materials.

Verlegung ortsfremder Kriegsgefangener in ihre Heimatregionen

Als wäre die Belastung der Kreise und kreisfreien Städte und ihrer Gesundheitsämter zu Beginn des Jahres 1946 nicht schon weit über das Leistbare angestiegen, wurde im Februar/ März von der Militärregierung die Zusammenlegung der nicht in der britischen Zone beheimateten verwundeten und kranken Kriegsgefangenen angeordnet. Eine Aufteilung sollte jeweils nach russischer, amerikanischer, französischer und „österreichischer Zone“ vorgenommen werden, eine weitere Unterteilung in kurzfristige und langfristige Fälle sowie chronisch Kranke erfolgen. Aus den anderen Zonen wurden Lazarettzüge mit in Schleswig-Holstein beheimateten verwundeten oder kranken Soldaten erwartet, die innerhalb der Provinz verteilt werden mussten. Die Lazarettzüge sollten dann dafür genutzt werden, die Soldaten in ihre Heimatzone zu transportieren. So hatte der Kreis Eutin Platz für die Kranken und Verwundeten der amerikanischen Zone im Ortslazarett Malente, der Kreis Süderdithmarschen für die Patienten aus der französischen Zone in Marne und der Kreis Oldenburg für die nicht deutschen ehemaligen Wehrmachtangehörigen einschließlich der Österreicher in Neustadt und Oldenburg zu schaffen. Soweit sich ehemalige Soldaten aus dieser Gruppe weigerten, in ihre Heimat zurückzukehren, sollte das bei den einzelnen Betroffenen durchgesetzt werden. Anders war die Situation bei ehemaligen deutschen Soldaten aus der sowjetischen Besatzungszone. Bei ihnen wurde die ursprüngliche Anordnung revidiert. Sie durften im Einvernehmen mit der Militärregierung in Schleswig-Holstein verbleiben und, soweit sie körperversehrt waren, so lange in Krankenhausbehandlung bleiben, bis sie mit den notwendigen Hilfsmitteln versorgt waren. Die Erfüllung der britischen Forderungen war für viele Verwundete und Kranke eine kaum zumutbare Belastung, da sie in Transporten über schlechte Straßen in oft ungeeigneten Fahrzeugen verbunden mit Schmerzen und erheblichen körperlichen Belastungen erfolgen mussten.

FORTSETZUNG IM NOVEMBERHEFT,
LITERATUR UND QUELLENACHWEISE BEIM
VERFASSER
DR. MED. DR. PHIL. KARL-WERNER
RATSCHKO

Schlechte Hygiene und ins Wanken geratene Moral

SERIE Das schleswig-holsteinische Gesundheitswesen nach dem 2. Weltkrieg.
 Letzter Teil der Serie von Dr. med. Dr. phil. Karl-Werner Ratschko.

Die medizinische Versorgung der Bevölkerung/Die epidemiologische Situation

Größere Epidemien, begünstigt durch die Verhältnisse oder sogar Pandemien wie die Spanische Grippe nach dem 1. Weltkrieg gab es im Nachkriegs-Schleswig-Holstein erstaunlicherweise nicht. Trotz des Zusammenlebens auf engstem Raum in teilweise völlig ungeeigneten Unterkünften, Mangel an Heizung und Bekleidung, schlechter Hygiene sowie einer durch starke Unterernährung und psychische Einwirkungen in großen Bevölkerungskreisen bewirkte Resistenzschwäche gelang es den Gesundheitsämtern und den niedergelassenen Ärzten, das Infektionsgeschehen in der Provinz unter Kontrolle zu behalten. Bestimmte ansteckende Krankheiten waren in der Bevölkerung endemisch vorhanden. Waren es im Krieg und in der ersten Nachkriegszeit das Fleckfieber und die Krätze, die Anlass zu Sorgen boten, aber bald an Bedeutung verloren, wurden Tuberkulose, Typhus, Paratyphus, Diphtherie, Scharlach, Keuchhusten, Poliomyelitis und Malaria neben den Geschlechtskrankheiten Gonorrhö, Lues und weicher Schanker die Schwerpunkte der seuchenhygienischen Maßnahmen bis weit in die fünfziger Jahre hinein. Dabei waren die Gesundheitsämter auf eine funktionierende Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten angewiesen.

Die Tuberkulose wie auch die Tuberkulosesterblichkeit stiegen nach dem Krieg in Schleswig-Holstein stark an, um nach einem Gipfel 1948 wieder abzufallen. Röntgenreihenuntersuchungen, Einsatz von Lungenfachärzten in den Tuberkulosefürsorgestellen der Gesundheitsämter und in der kurativen Medizin, Heilverfahren in

spezialisierten Krankenhäusern, aber auch in zunehmendem Maße die Überweisung in eine ambulante Behandlung nach stationärer Akutbehandlung, verbunden mit medikamentöser Chemotherapie und einer mühsam zu bewirkenden Wohnungsfürsorge sorgten in den fünfziger und sechziger Jahren neben der allgemeinen Besserung der Verhältnisse für eine erfreuliche Entwicklung. Bei Typhus und Paratyphus war Schleswig-Holstein das Land, das von allen Ländern der späteren Bundesrepublik am schwersten heimgesucht wurde. Bei 5.755 Erkrankungen im Jahr 1945 gegenüber 125 im Jahr 1938 gab es mit 6.914 Erkrankten einen Gipfel im Jahr 1947, um dann kontinuierlich abzufallen. Bezogen auf eine Bevölkerungszahl von 10.000 waren es in den Jahren 1945 bis 1947 rund 25 Erkrankte, im Gebiet der übrigen Regionen der Westzonen lag der höchste Wert 1947 bei 7,0 Personen/10.000 Einwohner. Die hohen Zahlen in Schleswig-Holstein sind ohne Zweifel Ausdruck der hygienischen Situation, die es so in den übrigen Gebieten der späteren Bundesrepublik nicht gegeben hatte.

Die durch Tröpfcheninfektion übertragbare Diphtherie hatte 1945 eine Morbidität von 67,4/10.000 Einwohnern, um bis 1950 stark auf immerhin noch 8,2/10.000 abzusinken. Die „Diphtheritis“, auch Halsbräune, konnte harmlos verlaufen, aber auch mit Vehemenz zuschlagen. Sie endete in Herzversagen und Erstickung. Der Erstickung, die durch membranöse Belege auf dem Kehlkopf bedingt war, konnte durch einen – allerdings selten durchgeführten – Kehlkopfschnitt begegnet werden. Die Schutzimpfung und ein „gnädiger“ Genius epidemicus halfen, diese Infektionskrankheit in den fünfziger Jahren zu besiegen.

Ganz anders sah es bei der hochkontagiösen Erkrankung Scharlach aus. Waren es 1945 30,1 erkrankte Personen pro 10.000 Einwohner, fiel die Morbiditätsrate schon in den folgenden Jahren zwar auf weit unter 10, um 1949 und in den Jahren danach wieder etwas anzusteigen. Nicht immer war also eine Kausalbezogenheit zwischen schlechter Ernährung und Milieu zu hoher Mortalität gegeben. Keuchhusten trat bis 1950 relativ konstant mit etwa 15 Erkrankten pro 10.000 auf, bei Poliomyelitis waren es bis 1950 ungefähr 0,5/10.000. Eine Sonderstellung gab es bei der Malaria, die über Kriegsgefangene, Vertriebene oder Heimkehrer eingeschleppt wurde, aber auch im Lande autochthon entstand. Mit medikamentöser Prophylaxe, gezielter Mückenbrutbekämpfung und Desinfektion gelang es, die Gefahr zu beseitigen. Von 1946 insgesamt 1.203, 1947 1.432 und 1948 sogar 1.922 neu Erkrankten fiel die Zahl in den Jahren 1951 und 1952 mit nur noch 3 und 2 auf nahezu Null.

Ein besonderes Kapitel stellte die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten dar. Die Verhältnisse am Ende des Krieges sowie in den ersten Jahren der Nachkriegszeit bei ins Wanken geratener Moral der Menschen führten zu ihrer massenhaften Vermehrung. Hier gab es ein besonderes Anliegen der Besatzungsmacht, das sicher nicht zuletzt in der Besorgnis um die Gesundheit der eigenen Soldaten begründet war. Im Rundschreiben Nr. 5 der Ärztekammer auf einer eng bedruckten Seite wurden die Ärzte Ende des Jahres 1945 ausführlich über die Behandlung der Geschlechtskrankheiten informiert. Offenbar war das Vertrauen der Briten in die fachlichen Fähigkeiten der schleswig-holsteini-

schen Ärzte nicht sehr ausgeprägt. Dies bestätigte sich Mitte 1946 durch eine Verordnung der Militärregierung. Penicillin wurde nun für die Behandlung der Gonorrhö zur Verfügung gestellt, durfte jedoch nur durch entsprechend von der Militärregierung ermächtigte Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten eingesetzt und zunächst nicht für andere Zwecke verwendet werden. Anfangs waren es nur zehn Krankenhausärzte, denen die Anwendung von Penicillin gestattet war. Durch Kurse sollte erreicht werden, dass ihre Zahl durch ambulant tätige Ärzte vergrößert wird, sodass zunächst mindestens ein Arzt pro Kreis zur Verfügung stehen würde. Von der Ärztekammer wurde Mitte August ein Plan für die Fortbildung von 42 niedergelassenen Ärzten aufgestellt. Die Behandlung durfte jedoch zunächst nur an zwei Dutzend ausdrücklich ermächtigten Penicillin-Behandlungsstellen unentgeltlich durchgeführt werden. Zur Rückgewinnung des sehr teuren Penicillins aus dem Urin der Patienten wurde eine klinische Behandlung für zwei bis drei Tage angestrebt. Die knappen leeren Penicillin-Behälter verlangten die Briten zurück, da ansonsten die Penicillin-„Zuwendung“ gestoppt werden würde. Im Verlauf des Jahres 1947 waren dann etwa 60 Ärzte zur Penicillin-Behandlung zugelassen. Damit hatte die Militärregierung ihr Ziel, insbesondere ihre Soldaten nicht nur vor Seuchen, sondern besonders auch vor den allseits grassierenden Geschlechtskrankheiten zu bewahren, erreicht. Ende der vierziger Jahre stand das Penicillin auch für andere Krankheiten zur Verfügung. Anfangs bestand mit in allen vier Stunden notwendigen Injektionen ein großer Behandlungsaufwand, der sich aber bald verminderte. Die dann möglichen 24stündigen Injektionen konnten durch Tabletten oder Sirup abgelöst werden. Damit war die Behandlung von Karbunkeln, Lungenentzündungen und in Kombination mit Sulfonamiden überhaupt vieler mit Eiterungen einhergehenden Krankheiten möglich. Die bis dahin häufig tragischen Verläufe bei Lungenentzündungen besonders bei Säuglingen, bei Blutvergiftungen infolge von Mandel-, Unterleibs-, Gelenk- und Knochenentzündungen oder Ohrvereiterungen gehörten weitgehend der Vergangenheit an.

Die stationäre Versorgung

Viele Wehrmachtslazarette waren am Ende des Krieges in Schulen untergebracht worden, die nunmehr von der Schulverwaltung in allen Kreisen und kreisfreien Städten mit Entschiedenheit für die Durchfüh-



rung eines geordneten Schulbetriebes zurückgefordert wurden. Dies war z. B. in den Kreisen Oldenburg, Eutin und im Kreis Herzogtum Lauenburg vollständig möglich. An anderen Stellen stieß dies aber auf erhebliche Schwierigkeiten, da die aufgestellten Krankenhausbetten noch benötigt wurden. Im Kreis Stormarn mussten zwei Schulen in Bad Oldesloe und Reinbek noch als Hilfskrankenhäuser beibehalten werden, um die Versorgung der Bevölkerung zu ermöglichen und um Patienten aus Lazarettzügen aufnehmen zu können. Acht Schulen konnten freigegeben werden. In Marne

verlangte der Kreistag von Süderdithmarschen mit Billigung der örtlichen Vertreter der Militärregierung, dass das Hilfskrankenhaus Marne unverzüglich geräumt werden sollte, da das ehemalige Lazarett in der Oberschule für Jungen untergebracht war. Die Bevölkerung fühlte sich durch die Unterbringung von Infektionskranken neben dem Schulbetrieb gestört, auch sollten die Amputierten in besser geeignete Krankenanstalten verlegt werden. Der Schulleiter schilderte ergänzend die Situation der Schule: 358 Schüler wurden in zehn Klassen, aber nur sechs Klassenräumen von

acht Lehrkräften in zwei Schichten unterrichtet, wodurch nur 55 Prozent des vorgesehenen Unterrichts erteilt werden konnte. Eine deutliche Zunahme der Schülerzahl wurde zu Beginn des neuen Schuljahrs im April erwartet. Eine vom Landrat eingesetzte regionale Ärztekommision besichtigte das Hilfskrankenhaus Marne im März und stellte fest, dass von den dort vorhandenen 230 kranken Soldaten 140 sofort in ambulante Behandlung entlassen werden könnten. Von den Verbliebenen hatten etwa 50 offene Tuberkulose. Für sie bestand keine Verlegungsmöglichkeit. Auch befanden sich noch ca. 100 zivile Kranke im Krankenhaus.

Im Bereich Flensburg wurden vom Amtsarzt schon im Januar 1946 die Lazarette an Stadt- und Landkreis übergeben. Dort gab es gut arbeitende Fachabteilungen für Chirurgie, Orthopädie, Urologie, Kieferchirurgie, Innere Abteilungen mit Lungenfachabteilung und Infektionsstation sowie Abteilungen für Augen-, Ohren-, Haut- und Geschlechtskrankheiten. Für die Versorgung der zahlreichen Kriegsverletzten wurden die Abteilungen noch dringend benötigt, sodass sie auf Wunsch der Kieler Medizinalabteilung möglichst erhalten bleiben sollten. Insgesamt dreizehn Schulen waren als Lazarette genutzt. Die der Behandlung Schwerkranker dienenden Gebäude, das Gymnasium und die Zollschule mussten auf Verlangen des SMO beschleunigt freigegeben werden, fünf Schulen waren als Lazarette geräumt worden, zwei wurden dann aber von der Stadt weiter als Auffanglager für Flüchtlingstransporte genutzt, die übrigen drei größeren Volksschulen standen für Unterrichtszwecke zur Verfügung. Die übrigen Schulen waren im Hinblick auf die Zahl der noch vorhandenen Verwundeten nicht zu entbehren. Insgesamt waren am 15. März 1946 immerhin noch 1.749 Betten gegenüber fast 4.000 Anfang Januar mit Patienten belegt. Lübeck sah sich Anfang März 1946 ebenfalls nicht in der Lage, alle Schulen zu räumen.

Das von der Besatzungsmacht nicht selten angerichtete Durcheinander und der auch dort bestehende Kompetenzwirrwarr erschwerte die Arbeit für die Amtsärzte zusätzlich. So sollte das ehemalige Wehrmachtlazarett Duburg-Kaserne auf Anordnung des SMO zunächst von 890 Betten auf 950 vergrößert werden. Es war dafür vorgesehen, die in Mölln gesammelten Angehörigen der Arrest-Kategorie aufzunehmen. Im März 1946 bestand jedoch nur eine Belegung mit 37 SS-Patienten. Im Mai erfolgte die Übergabe des Hilfskranken-

hauses Duburg an die LVA Schleswig-Holstein zur Behandlung von chronisch kranken Soldaten mit insgesamt 1.600 Betten. Einige Lazarette wurden von den Briten weiter genutzt oder für andere Zwecke bestimmt, u. a. als RAF-Lazarett (Schleswig), als Truppenunterkunft (Mölln), als polnische Hospitäler (Lübeck, Stormarn), als Lager für Balten u. ä.

Ein Bericht aus dem Frühjahr 1947 über die Besichtigung der Chirurgischen Universitätsklinik Kiel zeigt eindrucksvoll das ganze Elend der damaligen Zeit bei der medizinischen Versorgung der Bevölkerung, das durch Nachlässigkeit, Betrug, Inkompetenz und Überlastung auf allen Ebenen noch verstärkt wurde. Bei Operationskiteln war in der Klinik ein Bestand von 65 Stück bei einem täglichen Bedarf von 20 bis 25 vorhanden. Aus Mangel musste häufig ohne Operationskitel operiert werden. Operationswäsche, Bettwäsche wie auch Windeln fehlten. Weil nicht einmal Nähgarn vorhanden war, konnte die OP-Wäsche nicht mehr repariert werden. In Räumen mit Schwerkranken und Frischoperierten gab es keinen Sonnenschutz, so dass die Patienten einer intensiven Sonnenbestrahlung ausgesetzt waren. Es fehlten Heizkissen, Infusions-Erlmeyer-Kolben, Steckbecken, Uringläser, Geschirr, Trinkbecher, auch Glühbirnen, besonders im Chirurgie-Bunker, in dem immerhin noch 35 Patienten untergebracht waren. Das alles wurde in Schleswig-Holstein zwei Jahre nach Kriegsende immerhin in einem Krankenhaus der Spitzenversorgung festgestellt.

Über die chirurgische Versorgung in der Kieler Universitätschirurgie vor dem Krieg im Vergleich zur ersten Nachkriegszeit liegen Zahlen vor. Bei einer etwa gleichen Patientenzahl lag die Sterblichkeit 1937/38 bei 5,7 und 1945/46 mit 7,8 Prozent deutlich höher. Nicht unerwartet war ein Ansteigen der Sterblichkeit der septischen Allgemeininfektionen auf fast das Dreifache sowie der chirurgischen Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes auf etwa das Doppelte. Ergebnisse, die bei den katastrophalen Versorgungsverhältnissen zu Respekt vor den Leistungen von Ärzten und Pflegepersonal führen müssen. Nach Zerstörungen großer Teile der Universitätsfrauenklinik im Spätsommer 1944 mussten Entbindungen und Operationen in das Erdgeschoss eines Marine-Hochbunkers, den Knorr-Bunker in Kiel-Wik, verlegt werden. Ab Ende September 1944 fanden hier alle Geburten und Operationen statt. Zweimal in der Woche gingen Trans-

porte mit frisch entbundenen oder operierten Frauen nach Grömitz. Bis zum Transport waren die Frauen in dreifach übereinander gestellten Feldbetten untergebracht. Diese Zustände hielten teilweise bis 1949 an. In vier Jahren fanden im Bunker allein 1.537 kleine vaginale Eingriffe, 635 Laparotomien, 425 plastische und 142 große vaginale Operationen statt. 2.592 Fehlgeburten wurden versorgt und 1.474 Frauen bis Mitte 1946 entbunden. Zu Beginn des Jahres 1945 waren nach der zeitweisen Übersiedlung der Akademischen Krankenanstalten nach Schleswig auch dort noch 50 bis 80 Betten zu betreuen. Bis Mai 1946 war der Südflügel der Frauenklinik für Geburtshilfe wieder provisorisch hergerichtet, weitere Baumaßnahmen ermöglichten im Mai 1948 die Räumung des Bunkers. 1956 gab es dann einen wieder ohne Einschränkungen nutzbaren Klinikbau.

Die ambulante Versorgung

Bis Ende 1944 waren die Kassenarztsitze nur unter größten Anstrengungen und auch nur mangelhaft zu besetzen. Jeder von der Wehrmacht in den zivilen Bereich entlassene Arzt musste durch die Ärztekammer durch Stellung eines Ersatzes ausgeglichen werden. Viele erfahrene Praktiker waren zur Wehrmacht eingezogen worden. An ihre Stelle traten nicht selten unerfahrene, auch gesundheitlich beeinträchtigte und sehr alte Ärzte, die teilweise wieder aus dem Ruhestand in die aktive Tätigkeit zurückgeholt worden waren.

In Flensburg kam auf je 12.000 Einwohner ein praktischer Arzt. In Lütjenburg gab es vor dem Krieg drei Kassenärzte; ihre Arbeit musste einer der drei Vorkriegskassenärzte übernehmen, der auch noch das städtische Krankenhaus mit 30 Betten und eine Ausländerabteilung mit 20 Betten zu versorgen hatte. Die nächsten Kassenärzte befanden sich in dem 20 km entfernten Schönberg, dem 30 km entfernten Preetz und dem 20 km entfernten Oldenburg. In Hennstedt und Dolve im Kreis Norderdithmarschen gab es einen Kassenarzt für die ambulante Versorgung von etwa 5.500 Personen, zu denen im Verlauf des Krieges Evakuierte und ab Anfang 1945 Flüchtlinge in einer Gesamtzahl von 2.700 hinzukamen. Wegen Mangels an Benzin war dieser Arzt für seine Besuchspraxis auf ein Pferdewerk angewiesen. In Bad Oldesloe gab es vier Ärzte, von denen einer 76 Jahre alt war; ein weiterer, Dr. Fries, war neben seiner praktischen Tätigkeit als niedergelassener Arzt noch Chefarzt des Kreiskrankenhauses mit 190 Betten, ein dritter, auch

Vom unbezahlten Volontärarzt zur Niederlassung

STUDIUM Medizin studieren direkt nach dem Krieg, das war eine Herausforderung mit vielen Unbekannten: Welcher Schulabschluss aus dem Krieg wird wo anerkannt? Wie kann man neben seinem Studium seinen Lebensunterhalt verdienen und vor allem: Welche Perspektive hatte man nach der Approbation? Wie schwer und über welche Umwege der Weg in den Wunschberuf verlaufen konnte, zeigt das Beispiel des später in Kronshagen niedergelassenen Allgemeinmediziners Dr. Joachim-Peter Collin.

Es gab in der Nachkriegszeit Ärzte, die erst nach dem Kriegsdienst ihr Studium unter schwierigsten, heute kaum noch vorstellbaren Bedingungen, ohne Einkommen und soziale Absicherung, mitunter schon mit Familie, ableisten konnten. In den Krankenhäusern fanden sie im günstigsten Fall einen unbezahlten Praktikumsplatz, der Weg in die kassenärztliche Tätigkeit war ihnen wegen der Zulassungssperre verwehrt. Schlecht bezahlte Vertretungen und Bereitschaftsdienste boten kurzfristig einen Ausweg, waren aber keine Lösung. Der hier beispielhaft aufgeführte, später in Kronshagen niedergelassene Allgemeinarzt Dr. Joachim-Peter Collin (1928 - 2013) suchte – wie viele andere – einen anderen Weg.

Collin, geboren 1928 in Berlin, war Sohn eines Landarztes im Havelland. Sechzehnjährig wurde er im Januar 1945 zum Arbeitsdienst, im April 1945 dann zur Marine nach Stralsund einberufen. Von dort erfolgte die Verlegung für die Endphase des Krieges nach Dänemark. Nach einer kriegsbedingten Verletzung mit anschließendem Lazarettaufenthalt wurde er sechs Wochen nach Kriegsende auf der Halbinsel Eiderstedt interniert. 1946 besuchte Collin, der wegen seines Militärdienstes keine Hochschulreife erlangt hatte, einen „Übergangskurs für Kriegsteilnehmer“, um innerhalb von 6 Monaten die Berechtigung zum Hochschulbesuch zu erlangen. Nach vielen vergeblichen Bewerbungen begann er 1947 sein Medizinstudium in Passau. Dort war nur das Studium der Naturwissenschaften für Mediziner bis zum Vorphysikum möglich. Mit diesen Voraussetzungen gelang es ihm, 1948 einen Studienplatz in Kiel zu bekommen, der einzigen deutschen Universität, die den Passauer Abschluss anerkannte. Nach der Währungsreform musste Collin sich seinen Lebensunterhalt als Werkstudent, u. a. als Bergarbeiter verdienen. Das Staatsexamen erfolgte im April 1953, die Promotion Anfang 1954. Tätigkeiten als unbezahlter Volontärarzt an der Kieler Universitätschirurgie und als Assistenzarzt im Krankenhaus Elmshorn sowie in einer Privatklinik in Kiel folgten. Danach fand Peter Collin nur noch vorübergehend Arbeit als Vertreter in Praxen und im Krankenhaus. Im Oktober 1954 heiratete er, Ende Juli 1955 kam der Sohn Cars-

ten auf die Welt. Er brauchte in dieser Situation dringend einen regelmäßigen Verdienst. Eine Lösung fand sich in einem Angebot der indonesischen Regierung, die dringend nach der Unabhängigkeit ihres Landes Ersatz für die nicht mehr gern gesehenen niederländischen Ärzte suchte, um einen Zusammenbruch des Gesundheitssystems zu verhindern. Ein Angebot, das bis 1960 etwa 600 deutsche und österreichische Ärzte angenommen hatten,

So verpflichtete er sich für drei Jahre zur Tätigkeit als Regierungsarzt im indonesischen Gesundheitsdienst. Im November 1955 erfolgte für Collin, seine 21-jährige Frau Carmen und den viermonatigen Sohn Carsten die Einschiffung in Rotterdam. In Jakarta wurde er nach Liwa in Süd-Sumatra beordert. Die Bedingungen waren schlecht. Liwa war noch ohne Strom, fließend Wasser und Kanalisation, die Wohnbedingungen und die medizinische Ausstattung waren erbärmlich. Für Collin und seine Familie gab es keine soziale Absicherung, keinen Urlaub und keine Möglichkeit, das Land zu verlassen, aber ein regelmäßiges Gehalt und nach den drei Jahren eine Abschlusszahlung. Über Einzelheiten seiner dortigen ärztlichen Tätigkeit, die von Improvisation und schrecklichem Mangel gekennzeichnet war, berichtet Collin in seinem 1999 in Kiel erschienenen Tagebuch „Die entscheidenden Jahre“. Im Februar 1959 kehrte er in das völlig veränderte Deutschland zurück. Nun wurde er gebraucht. Schon im Juli hatte er bei Prof. Dr. Fischer im Anshar-Krankenhaus in Kiel einen Vertrag als Assistenzarzt. Das Geld blieb jedoch knapp, sodass er Praxisvertretungen im Urlaub und Dienste im Kieler Ärzte-Notdienst zusätzlich ableistete. Am 1. März 1962 hatte er dann kurzfristig die Gelegenheit, in Kronshagen eine Allgemeinarztpraxis noch als praktischer Arzt zu übernehmen. 1990 übergab er nach erfolgreichen Jahren als niedergelassener Arzt 62-jährig die Praxis an seinen Sohn Carsten. Zahlreiche Reisen nach Indonesien folgten in den neunziger Jahren. Am 3. Februar 2013 ist er in Kiel verstorben.

DR. MED. DR. PHIL. KARL-WERNER RATSCHKO

schon 64 Jahre alt, war neben seiner Praxis leitender Arzt des wegen der Hamburger Bombenflüchtlinge eingerichteten Hilfskrankenhauses mit 80 Betten. Die vier Ärzte hatten die ca. 18.000 bis 20.000 Einwohner auch der Umgebung zu versorgen. Als Entlastung in dem oft mit 200 Patienten überbelegten Kreiskrankenhaus stand Dr. Fries eine herzkrankte Assistenzärztin zur Verfügung. Im Kreis hielten sich nicht nur ca. 25.000 Hamburger Bombengeschädigte auf, und die früher übliche Behandlung der Bewohner des südlichen Kreises in den Krankenhäusern in Hamburg und Lübeck war auch kaum noch möglich.

Im Oktober 1944 kam seitens der Wehrmacht das nicht sehr hilfreiche Angebot, Sanitätsoffiziere – in Schleswig-Holstein sollten es insgesamt 19 Ärzte sein – zum Teil im „Nebendienst“ für die ärztliche Versorgung der Zivilbevölkerung, nach Möglichkeit aber auch in Form eines Ärztaustausches, zur Verfügung zu stellen. Dabei sollte es für ältere Sanitätsoffiziere keines Austausches bedürfen, für jüngere ab Jahrgang 1897 war von der Ärztekammer ungedienter Ersatz zu stellen. Tatsächlich wurden Anfang Dezember 1944 neun Ärzte von der Wehrmacht ganz oder teilweise freigestellt. Meist handelte es sich um alte Militärärzte, meist hohe Dienstgrade, die nicht den Anforderungen einer ambulanten Tätigkeit als Kassenarzt gewachsen waren.

Diese Situation änderte sich Anfang 1945 mit dem Eintreffen der ersten Flüchtlingsärzte aus dem Osten allmählich. Nuncmehr standen Ärzte zur Verfügung. Sie waren jedoch aufgrund gesundheitlicher Schäden mitunter nicht einsetzbar, auch gab es politische Hemmnisse. Die „rückgeführten Ärzte“ – der Begriff „Flüchtling“ war bei den NS-Machthabern unerwünscht – sollten nur vorläufig für die Flüchtlingsbetreuung und nur für sie eingeplant werden. Einer Bevölkerung ohne genügende ärztliche Versorgung stand eine große Zahl unbeschäftigter Ärzte gegenüber. Die Rückmeldungen der Gesundheitsämter zeigten trotzdem eine deutliche Verbesserung der ärztlichen Versorgung, wahrscheinlich auch, weil oft pragmatisch verfahren wurde. Einige Beispiele: Das Gesundheitsamt Steinburg meldete Anfang April sechs rückgeführte Ärzte und eine Ärztin, die in Praxen im Kreis sowie in Lagern eingesetzt worden waren, Stormarn nannte insgesamt 17 Ärzte, die jedoch teilweise wegen ernsthafter chronischer Erkrankungen nur begrenzt verwendbar waren, im Kreis Eutin waren von sechs Ärzten drei in Praxen eingesetzt und in Flensburg waren es im Feb-

ruar/März 1945 19 aus dem Osten eingetroffene Ärzte, deren Verwendung noch nicht feststand.

Durch die nach und nach ambulant eingesetzten Flüchtlingsärzte verdreifachte sich die Anzahl der niedergelassenen Ärzte bei verdoppelter Bevölkerungszahl. Die Flüchtlingsärzte hatten es am Anfang schwer, da sie bei oft schlechten finanziellen Verhältnissen in einer konservativen und besonders auf dem Lande allem Fremden gegenüber zurückhaltend eingestellten Bevölkerung ihre Existenz begründen mussten. Soweit eine Praxis übernommen oder zumindest vertretungsweise weitergeführt werden konnte, war die Praxis mit dem Notwendigen ausgestattet. Ärzte, die sich neu niederließen, mussten zunächst einmal für ihre Praxis Mobiliar, Geräte und Apparate beschaffen. Das war schwierig und gelang häufig nur unter Inanspruchnahme des Schwarzmarktes. Manchmal halfen Gegenstände und Materialien, die bei der Auflösung der Wehrmachtslazarette übrigblieben. Die ersten Patienten der Flüchtlingsärzte waren dann meist auch selbst Flüchtlinge.

Im Sommer 1945 zeigten sich Zerfallerscheinungen. Kleine und kleinste Abrechnungsstellen entstanden, örtliche Vertragsverhandlungen wurden aufgenommen, die kommissarischen Landräte und Bürgermeister sahen es in ihrer Machtbefugnis, Ärzten eine Niederlassungsgenehmigung und eine Kassenzulassung zu erteilen. Fast jeder Landrat, Bürgermeister oder Gemeindevorsteher nutzte anfangs diese Möglichkeit. Nur unter großen Schwierigkeiten war es der seit Ende Juni 1945 durch die Besatzungsmacht wieder eingesetzten Ärztekammer möglich, die Folgen der örtlichen Inkompetenz einzugrenzen, da sich die örtlich eingesetzten Verwaltungsspitzen meist die Rückendeckung der regionalen Vertreter der Militärregierung geholt hatten. Unsachliche Motive und persönliche Beziehungen spielten zusätzlich eine große Rolle. Es gab zahlreiche Konflikte, die von der Militärregierung in Kiel gelöst werden mussten, wobei der Ausgang nicht immer sicher war. In der ursprünglichen schleswig-holsteinischen Bevölkerung waren 1939 jeweils rund 700 Ärzte ambulant und 700 angestellt oder beamtet tätig gewesen. Das Verhältnis lag bei einem Arzt auf 2.200 Einwohner. Der erbärmliche Gesundheitszustand der Bevölkerung, die ungünstige Altersverteilung und die schlechten Verkehrsverhältnisse erlaubten jedoch nicht, an dieser Verhältniszahl aus Friedenszeiten festzuhalten. Es mussten überproporti-

onal mehr Ärzte zur kassenärztlichen Versorgung in einem planwirtschaftlichen Verfahren zugelassen werden. 1948 waren rund 1.500 Ärzte ambulant tätig, das entsprach einem Verhältnis von 1:1.700. Etwa 350 der neu eingewiesenen Ärzte stammten aus Schleswig-Holstein, weitere 350 stammten aus den Ostgebieten, 230 aus der Sowjetischen Besatzungszone sowie 100 aus dem übrigen Deutschland. Gegenüber der Vermehrung der Bevölkerung um ca. 70 Prozent gab es eine Arztlagesteigerung um 115 Prozent. Dies hatte bei der üblichen Pauschalabgeltung durch die gesetzlichen Krankenkassen zur Folge, dass das ärztliche Durchschnittseinkommen bei erschwerten Arbeits- und Lebensbedingungen spürbar abgesenkt werden musste. Trotzdem gelang es den Folgejahren, für die Mehrzahl der Ärzte, die durch den Krieg ihre Existenzgrundlage verloren hatten, einigermaßen zufriedenstellende Lösungen zu finden.

Die Arbeitsbedingungen der angestellt in Krankenhäusern oder selbstständig in Praxen tätigen Ärzte verbesserten sich in den ersten Jahren der Nachkriegszeit nicht. Nachdem die Vorräte der Wehrmacht sowie der zivilen Vorsorge verbraucht waren, gab es 1947, zwei Jahre nach Kriegsende, einen kaum vorstellbaren Mangel an allem. Ein bereits in Auszügen früher wiedergegebener Beschluss der Ärztekammer war besonders eindringlich, führte jedoch nicht zur Besserung der Verhältnisse. Er fasste die trostlose Situation der Ärzteschaft im Frühjahr 1947 zusammen: „[...] Es fehlt an allem: an Medikamenten, Verbandstoffen, Geräten, Spritzen, Desinfektions- und Waschmitteln; nicht einmal das Stück Seife zur täglich oft Dutzende von Malen notwendigen Händereinigung der neu eingewiesenen Ärzte und der neu eingewiesenen Flüchtlingsärzte ist zu erlangen. Die ärztliche Ausrüstung der neu eingewiesenen Ärzte und zusätzlich eingewiesenen Flüchtlingsärzte ist meist mangelhaft, ihre Arbeit dadurch naturgemäß meist unvollkommen. Die Sprech- und Wartezimmer sind kalt oder zumindest schlecht geheizt [...]. Die Motorisierung der Ärzte, ihre Versorgung mit Bereifung und Brennstoff ist völlig unzureichend und lässt gelegentlich trotz erheblicher Zunahme der Ärzte im entscheidenden Augenblick die schnelle Hilfe vermissen. Durch die unübersichtliche Stromsperre ist oft ein schnelles Desinfizieren von Instrumenten, Spritzen usw. unmöglich, so daß dringende, lebensrettende Operationen bisweilen nicht ausgeführt werden können. Entbindungen bei Stallaterne sind keine Seltenheit mehr. Narkosen

können dann der Explosionsgefahr wegen nicht ausgeführt werden. [...] Krankentransporte erleiden häufig durch das völlige Versagen des Fernsprechdienstes oder durch Krankenwagendefekt oder Benzinmangel unverantwortlichen Aufschub. [...] Mangel an Medikamenten aller Art durch Stilllegung pharmazeutischer Fabriken aus Kohlenmangel verhindert vielfach ein erfolgreiches Handeln oder stellt gelegentlich sogar das Todesurteil für den Patienten dar. Häufig ist die Verabfolgung einer Krankenkost unmöglich oder so beschränkt, dass ihr praktischer Wert illusorisch ist. Bei der Zusammenpferchung der Menschen ist die Isolierung eines Schwerkranken in einem ruhigen Zimmer fast ausnahmslos eine Illusion. Die Krankenhäuser sind überbelegt und kämpfen mit denselben und teilweise noch größeren Schwierigkeiten. [...] Erschreckend ist die Sterblichkeit der Säuglinge, die Zunahme der Tuberkulose, der Diphtherie, der Haut- und Geschlechtskrankheiten und der Selbstmorde. [...] Ein Kapitel von ganz besonderer Tragik ist das Schicksal der Diabetiker. Lt. Verfügung [...] wird die Insulinzuteilung für die an Diabetes mellitus erkrankten Personen um weitere 30 Prozent gekürzt. [...].“

Ein besonderes Kapitel für den niedergelassenen Praktiker war die Geburtshilfe, die nach dem Krieg außerhalb der großen Städte noch in gewohnter Weise weiter betrieben werden musste. Sie war damals unter Akzeptanz eines als hinnehmbar angesehenen Risikos das gängige Verfahren, wobei die Umstände oft kaum tragbar waren. Es musste in Scheunen, Wohnwagen und eng belegten Lagern entbunden werden. Oft stand nur Kerzen- und Petroleumlicht als Beleuchtung zur Verfügung. Die Hilfe der Hebammen war unentbehrlich, um auch außergewöhnliche Ereignisse wie Zwillings- oder Drillingsgeburten zu bewältigen. Zunehmend zogen es die Frauen, aber auch ihre behandelnden Ärzte vor, im Krankenhaus zu entbinden. Dies galt besonders dann, wenn die häuslichen Verhältnisse nicht zumutbar waren. Freipraktizierende Hebammen gab es 1945 430, 1948 546, von denen etwa 120 als Flüchtlinge nach Schleswig-Holstein gekommen waren.

Dass sich die meisten Ärzte selbst bei diesen Arbeitsbedingungen nicht den Mut nehmen ließen, alles in ihren Kräften Stehende zu tun, um die erforderliche medizinische Versorgung trotz allem zu ermöglichen, gehört zu den Lichtblicken der damaligen Zeit. Sie waren unentbehrlich: Zunächst noch in den Lazaretten und Wehr-

»Die Arbeitsbedingungen der angestellt in Krankenhäusern oder selbstständig in Praxen tätigen Ärzte verbesserten sich in den ersten Jahren der Nachkriegszeit nicht.«

machtssanitätseinrichtungen, später dann in den Flüchtlingslagern sowie über die ganze Zeit in den Praxen und zivilen Krankenhäusern versuchten viele von ihnen das Menschenmögliche.

Mit der Währungsreform und der harten Deutschen Mark erholte sich in Westdeutschland nach anfänglichen Schwierigkeiten die Wirtschaft. Eine zunächst bescheidene Verbesserung der Verhältnisse trat ein, die in den fünfziger Jahren auch die ambulante und stationäre Versorgung der Bevölkerung erfasste. Die hinzugekommenen Ärzte wurden mitunter als mögliche Konkurrenz von den vorhandenen Niedergelassenen mit Argwohn beäugt. Mit der Zeit gehörten sie dazu und waren von den einheimischen Kollegen kaum noch zu unterscheiden. Die Arbeit der niedergelassenen Ärzte war jetzt im Ganzen gesehen unbeeinträchtigt möglich, Fahrzeuge, Betriebsmittel, Materialien und in zunehmendem Maße auch angemessene Räume standen zur Verfügung.

In den Jahrzehnten beginnend in der Mitte der sechziger Jahre kam es zu einem Modernisierungsschub in Praxen und Krankenhäusern, getragen von einer sich auffächernden Spezialisierung, mit der den besseren Möglichkeiten einer weiter entwickelten Medizin sowie den steigenden Anforderungen der Patienten Rechnung getragen wurde. Anfangs erstreckte sich die Tätigkeit der Praktiker in der Fläche mit Ausnahme der schwersten Fälle, die in den Krankenhäusern behandelt wurden, auf die ganze Breite der überhaupt ambulant denkbaren Medizin. Nach und nach war ein Wandel eingetreten. Geburtshilfe und kleine Chirurgie fanden nun oft im Krankenhaus statt und Augen-, HNO-, Haut-, Frauen- und Kinderärzte übernahmen die Behandlung der Patienten ihres Fachgebietes. Für den Praktiker ergaben sich neben den ihm verbliebenen allgemeinärztlichen Aufgaben die Behandlung der psychosozialen Folgen des Krieges und der Nachkriegszeit.

Nervosität, Nervenerkrankungen, Stoffwechselschäden, Alkoholismus, Nikotinabusus und deren Folgen wurden nun mehr und mehr wichtige Betätigungsfelder des niedergelassenen Allgemeinarztes.

In den Jahren bis zur Jahrtausendwende schien es so, dass an den Universitäten mehr Ärzte ausgebildet würden, als für die medizinische Versorgung der Bevölkerung erforderlich wäre. Diese Auffassung traf nicht allgemein zu, wurde aber von der Ärzteschaft immer wieder in Entschleunigung auch auf den Deutschen Ärztetagen beklagt. Mit Eintritt in das neue Jahrtausend gab es trotz stattlicher Medizinstudentenzahlen nun auch einen von den Ärzteverbänden festgestellten Mangel an Ärzten. Erklärungen dürften sich – um nur einige zu nennen – in den zunehmenden Ansprüchen einer hochmodernen Medizin, anspruchsvolleren Patienten, einem veränderten Menschenbild, den veränderten Vorstellungen der nachwachsenden Ärztgeneration an ihre Arbeitsbedingungen, der Erschließung neuer Tätigkeitsfelder außerhalb der kurativen Medizin, besseren Arbeitsbedingungen in anderen Ländern u. a. m. finden lassen. Zur Vermeidung von Versorgungsengpässen wird nun eine verstärkte Ausbildung von Ärzten angestrebt.

Die letzte mit Flüchtlingen belegte „Hessen-Baracke“ des Lagers Solomit in Kiel-Dietrichsdorf wurde erst Mitte 1965 von den Flüchtlingen geräumt und mit Obdachlosen belegt. Das Lager, das seit Kriegsbeginn eine unrühmliche Geschichte zunächst als Massenunterkunft für Werftarbeiter, dann für in der Kriegsindustrie beschäftigte Zwangsarbeiter und Kriegsgefangene aufzuweisen hatte, wurde erst Ende der achtziger Jahre von der Stadt Kiel endgültig geschlossen.

LITERATUR UND QUELLENACHWEISE
BEIM VERFASSER.
DR. MED. DR. PHIL. KARL-WERNER
RATSCHKO