

11. „HJ im Kampf um ein gesundes Volk“. Die „Gesundheitsführung der deutschen Jugend“ und die HJ-Medizinalorganisation

„Dadurch, daß jeder Jungvolkjunge und jedes Jungmädchen einen Gesundheitspaß bei seiner Aufnahme bekommt, haben wir in einiger Zeit die ärztliche Kontrolle über die deutsche Jugend und eines Tages über das ganze Volk.“¹

Vier Tage nachdem das sächsische Innenministerium unter Bezugnahme auf das Reichsgesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses² die Einrichtung einer „Erbkrankensichtungsstelle für jugendliche Geistesschwache, Geisteskranke und Epileptiker“ bekanntgegeben hatte und nun gemeinsam mit dem Justiz-, Volksbildungs-, Arbeits- und Wohlfahrtsministerium von „allen in Frage kommenden Behörden und Dienststellen, insbesondere [von den] beamteten Ärzten“ erwartete, „daß geeignete Kranke der Sichtungsstelle zugeführt“ würden³, gab der Reichsminister des Innern in einem Schreiben vom Oktober 1933 an den Reichsjugendführer die ihm aus zahlreichen Meldungen zur Kenntnis gelangten Besorgnisse über eine „zu starke Inanspruchnahme“ der Hitlerjugend, namentlich des Deutschen Jungvolks weiter, dessen Angehörige durch die Teilnahme an Kundgebungen, Aufmärschen, Propagandaeinsätzen und abendlichen HJ-Diensten der „notwendigen Nachtruhe beraubt und dadurch an der Gesundheit geschädigt“⁴ würden.

Beide Vorgänge waren zwar symptomatisch für die Jugendgesundheitspolitik des Nationalsozialismus unmittelbar nach der Machtübernahme; sie stellten indes lediglich zwei Facetten einer weit größeren Bandbreite der die Jugend betreffenden Maßnahmen und diese wiederum nur einen, wenn auch wesentlichen Bestandteil der nationalsozialistischen Gesundheitspolitik jener Zeit dar. Denn zahlreiche gesundheitspolitische Maßnahmen im Jugendbereich können nicht nur als paradigmatisch für auf die Gesamtgesellschaft gerichtete Aktivitäten gelten, sondern wirkten - bislang zu wenig beachtet - oftmals geradezu antizipativ, prädisponierend und präjudizierend auf die allgemeine Medizinalpolitik; das Vorgehen auf dem Feld der Jugendmedizin sollte gewissermaßen als Testfeld die für unabdingbar gehaltenen Voraussetzungen zur medizinischen Kontrolle und sozialen Mobilisierung der Gesamtbevölkerung schaffen. Neun Jahre später, in der Zeit des Krieges, bestimmte ein Diktum das Arbeitsgebiet der „Gesundheitsführung“ genannten Medizinalpolitik der (Hitler-)Jugend, das klarer und eindeutiger nicht hätte ausfallen können: „Der Jugendliche von heute ist der Arbeiter und Soldat von morgen. Die Gesunderhaltung der deutschen Jugend muß daher als vordringlich angesehen werden.“⁵ Aber auch diese aus ideologischen Prämissen und pragmatischen Erfordernissen abgeleitete Devise spiegelte die Realität des jugendmedizinischen Alltags und die Normalität der Jugendgesundheitspflege nur teilweise wider.

Zwei entscheidende Mankos erschwerten die Darstellung des Arbeitsfeldes der HJ-Gesundheitsarbeit: So wurden in nahezu allen originären Schriften des NS-Jugendverbandes, die sich auf die HJ-geleiteten gesundheitspolitischen Maßnahmen gegenüber der Jugend beziehen, die handlungsbestimmenden und kontextcharakterisierenden Hintergründe der allgemeinen NS-Medizinalpolitik nicht thematisiert, sondern entweder als - intern - bekannt vorausgesetzt oder in ihren Kernbereichen als geheimzuhalten angesehen und ausgeblendet, so daß diese im folgenden kurz skizziert werden müssen; eine andere Schwierigkeit besteht darin, daß auch in den zentralen und neueren Darstellungen des NS-Gesundheitssystems und der NS-Gesundheitspolitik⁶ die Problematik der

1 Aus einem Vortrag der gerade ernannten BDM-Reichsreferentin Jutta Rüdiger, in: Reichs-Jugend-Pressedienst. Sonderdienst, 17.1.1938.

2 Vgl. RGBl., 1933, T. I, S. 529 f. (Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses, 14.7.1933).

3 StA Plauen III.IV.ID, 87, Bl. 55 (Sächsisches Innenministerium an diverse Landesbehörden, 26.10.1933).

4 Ebenda, Bl. 70 (Frick an Schirach, 30.10.1933); veröffentlicht bei Jahnke/Buddrus, Deutsche Jugend, S. 80.

5 VHB, S. 3046 ff. (nicht veröffentlichter Runderlaß des RMDI, 3.12.1942).

6 Als besonders aufschlußreich erwiesen sich für die hier behandelte Thematik die von Frei, Medizin und Gesundheitspolitik, Fahrenbach/Thom, Der Arzt als Gesundheitsführer, und Thom/Caregorodcev, Medizin unterm Hakenkreuz herausgegebenen Sammelbände; darüber hinaus die Studien von Kudlien, Ärzte im Nationalsozialismus, Labisch/Tennstedt, Vereinheitlichung des Gesundheitswesens, sowie die Arbeiten von Kater, Ärzte als Hitlers Helfer, Ders., Gesundheitsführung des Deutschen Volkes, Ders., Medizin und Mediziner.

„Jugendgesundheitsführung“ überhaupt nicht erwähnt wird, so daß sowohl das gesundheitspolitische und medizinische Einwirken auf ein Fünftel der Bevölkerung als auch Aufbau und Wirkungsweise der keinesfalls unbedeutenden HJ-Medizinalorganisation bislang außerhalb jeglicher Betrachtung geblieben sind.

11.1 Rahmenbedingungen der Medizinalpolitik der HJ

Mit der Machtergreifung der Nationalsozialisten änderte sich nicht nur die bis dahin verwandte Bezeichnung für medizinisches Handeln - an die Stelle von *Gesundheitsfürsorge* war die *Gesundheitsführung* getreten -, sondern hinter dieser Umbenennung verbarg sich ein gänzlich neues, weitreichendes Konzept. Das Programm der Gesundheitsführung stellte der traditionellen Auffassung von Fürsorge den Begriff der Vorsorge entgegen, die auf einer den nationalsozialistischen Ansprüchen entsprechenden gesundheitspolitischen Zweckideologie gründete und sich immer stärker totalitärer Verwaltungs- und Anwendungspraktiken bediente.⁷ Hinzu kam ein „doppelter wissenschaftlicher Paradigmenwechsel“, der zwei verwandten Strömungen Geltung verschaffte, dem Aufschwung einer „kostenbewußten Präventivmedizin“ und der Etablierung semiwissenschaftlich unterfütterter, auf eine „Sanierung der Gesellschaft“ gerichteter sozial- und rassenhygienischer Konzepte, die beide die bisherigen Formen traditionellen medizinischen Wirkens außer Kraft zu setzen drohten.⁸ Ausgehend von der als Kernbestand im Mittelpunkt der NS-Ideologie stehenden sozialbiologistischen Forderung nach einer reinrassigen Volksgemeinschaft⁹, etablierte sich die NS-Gesundheitspolitik zum einen - und nicht zuletzt - als Politik einer rassischen „Aufartung“ der Bevölkerung mit den komplementären Komponenten der positiven „Auslese“ und der negativen „Ausmerze“; die höchste Ausprägung erfuhr letztere durch die als Euthanasie bezeichnete staatlich sanktionierte und systematisch betriebene Tötung von Menschen.

Schon diese pointierte und fokussierende Betrachtungsweise signalisiert ein zentrales Problem der Erforschung und Darstellung der Medizinalpolitik des Nationalsozialismus: Der mit vermeintlich humanitären und positiven Konnotationen versehene Sachverhalt „Gesundheit“ ist seit dem Dritten Reich keineswegs mehr nur 'an sich' oder gar systemunabhängig zu betrachten; die Frage: Gesundheit warum und wofür? schloß dort immer auch das Problem: Gesundheitspolitik gegen wen? ein. Wenngleich konstatiert werden kann und muß, daß die Geschichte der Medizin und der Gesundheitspolitik des Dritten Reiches durch die Euthanasiepraktiken vom „Schatten eines singulären Grauens“ verdunkelt wird - wobei festzustellen ist, daß das Euthanasie-Programm der Kriegszeit zwar letztlich logische Konsequenz, zunächst aber „weder Ausgangs- noch Zielpunkt nationalsozialistischer Gesundheitspolitik“ war, der man nicht zuviel Planrationalität und zielgerichtete Konstruktivität unterstellen sollte¹⁰ -, muß zum anderen und zugleich festgehalten werden, daß der medizinische und gesundheitspolitische Alltag, allein schon quantitativ, überwiegend durch eine „ärztliche Normalität“¹¹ dominiert wurde.

Zwar ist der Auffassung zuzustimmen, daß durch die „Gleichzeitigkeit“ von traditioneller medizinischer Regelversorgung und rassenhygienischen 'Gesundheits'programmen auf nahezu allen Ebenen medizinischen Handelns die „harten Konturen“ der nationalsozialistischen Gesundheitspolitik verwischt werden könnten, wodurch aus dem Blick geraten würde, daß die NS-Gesundheitspolitik Bestandteil eines „grenzenlosen sozialbiologischen Reinigungsprozesses“ mit „genozidalen Konsequenzen“ war¹², eine Tatsache, die wie in der gesamten Ärzteschaft auch in der Medizinalhierarchie der HJ nur wenigen Eingeweihten bekannt gewesen ist. Dennoch sollte die NS-Medizinalpolitik und der gesundheitspolitische und -praktische Alltag des Dritten Reiches trotz mehrerer hunderttausend Menschen, die etwa Zwangssterilisationen und Euthanasieverbrechen zum Opfer gefallen sind, nicht ausschließlich im letztlich ahistorischen Kontext des „Zusammen-

7 Vgl. Kater, *Gesundheitsführung*, S. 349 ff.

8 So Frei, Einleitung, in: *Medizin und Gesundheitspolitik*, S. 7.

9 Vgl. dazu Labisch, *Der Gesundheitsbegriff Adolf Hitlers*.

10 Frei, Einleitung, in: *Medizin und Gesundheitspolitik*, S. 7 ff.

11 Vgl. dazu Kudlien, *Fürsorge und Rigorismus*, S. 99 f.

12 So Frei, Einleitung, in: *Medizin und Gesundheitspolitik*, S. 7 ff.

hangs von Vernichtung und Politik“ gesehen werden; das Wirken der Mediziner konzentrierte sich keineswegs nur auf die „Vernichtung lebensunwerten Lebens“, und die deutsche Bevölkerung war keinesfalls nur „Gegenstand eines monströsen Programms völkischer Sanierung“. ¹³ Dieser Eindruck könnte entstehen, würde man die quantitativen Verhältnisse in der Literatur für ein Abbild der gesundheitspolitischen Realität des Dritten Reiches halten. ¹⁴ Die hier unter der Bezeichnung Euthanasie zusammengefaßten zahlreichen medizinischen Verbrechen des Dritten Reiches waren nicht der einzige Gegenstand von dessen Medizinalpolitik, und die Hauptaufgabe des NS-Gesundheitswesens bestand nicht in der Ermordung physisch und psychisch Kranker, 'Andersartiger' und „Gemeinschaftsfremder“, wenngleich dies die extremste Ausprägung medizinischen Handelns und eine in Ansätzen verwirklichte logische Konsequenz der ideologischen Prämissen des Nationalsozialismus war. Dabei ist in diesem Zusammenhang die Tatsache bedeutsam, daß - als die Euthanasiepraktiken größeren Stils in Deutschland im Frühjahr 1939 begannen und im April 1945 endeten - es jeweils Kinder und Jugendliche waren, die zu den ersten und den letzten Opfern dieser Tötungsaktionen gehörten. ¹⁵

Diese radikalste und exzessivste Facette einer Form nationalsozialistischer Gesundheits- und Bevölkerungspolitik, die Intentionen und Visionen der extremsten Fraktion nationalsozialistischer Sozialingenieure und Selektionsmediziner, aber auch Spekulationen über die Frage: Was wäre gewesen, wenn? sollten nicht den Blick dafür verstellen, daß die Strukturen und Inhalte der Medizinaltätigkeit des Dritten Reiches in ihrer überwiegenden Mehrheit ganz banaler, normaler Gesundheitsdienst waren, wenngleich nicht außer acht gelassen werden darf, daß dieser zur Stützung und Stabilisierung eines Systems eingesetzt und forciert wurde, das letztlich insgesamt als verbrecherisch zu charakterisieren ist. Zu beachten sind auch die verschiedenen Erfahrungs- und Bezugsebenen der Akteure und Subjekte der Medizinalpolitik sowie die dialektischen Konsequenzen, die der im Vergleich zu früher verbesserten medizinischen Normalbetreuung innewohnten. Was den einzelnen medizinisch Behandelten zugute kam, diente auch immer den Interessen des Regimes und umgekehrt: Der letztlich generelle Mißbrauch des Gesundheitswesens durch das NS-System hat sich unter Umständen für den Einzelnen, der diesen Mißbrauch gar nicht bemerkte, auch positiv ausgewirkt, wenngleich dies nicht das vorrangige Ziel der NS-Gesundheitspolitik war. Deren Bestreben richtete sich auf eine möglichst perfekte Funktionalisierung der Menschen für die Zwecke des Systems; dazu mußten diese gesund und also arbeits-, wehr- und fortpflanzungsfähig sein, und dies alles nach den Vorgaben der ideologischen Kriterien des Nationalsozialismus.

Zur Gesundheitsvorsorge als Voraussetzung der „Rassenpflege“ trat als zweiter wesentlicher Programmpunkt die Gesundheitserhaltung als Mittel zur Steigerung der menschlichen Arbeitsleistung. Für die Instrumentalisierung der Gesundheitsführung zur Erschließung von Leistungsreserven wurde bereits 1933 ein Programm vorrangig präventiver Aktivitäten zur Sicherung und Steigerung der Leistung der in Wirtschaft und Wehrdienst eingesetzten Menschen verkündet; derartige Bestrebungen rückten nun im Zusammenhang mit der durch den Vierjahresplan begonnenen Phase der konzentrierten Vorbereitung auf einen Krieg in den Mittelpunkt der Gesundheitspolitik. ¹⁶ Schon 1934 hatte der zum Reichsgesundheitsführer ernannte Gerhard Wagner in einer Grundsatzrede über das Gesundheitswesen im Dritten Reich erklärt: Zwar sei es „für jeden deutschen Arzt höchstes sittliches Gebot, menschliches Leben zu schützen ... Noch höher“ stehe aber den „völkisch bewußten Ärzten die Pflicht, die am ganzen Volkskörper zehrenden Schäden zu beseitigen. Wir wollen lebensuntüchtiges und unwertes Leben gar nicht erst entstehen lassen, die Fortpflanzung Erbkranker verhüten und die kommenden Geschlechter von der furchtbaren Gefahr

13 Ebenda, S. 14 f.

14 Vgl. dazu nur beispielhaft die - symptomatischen - Proportionen bei dem von Vasold verfaßten Artikel „Medizin“ in: Enzyklopädie des Nationalsozialismus, S. 235 ff.; während dort auf etwa sechs Seiten ideologische Prämissen der NS-Gesundheitspolitik und deren Entwicklung bis 1939 abgehandelt werden, sind den Sterilisationen, Menschenversuchen und Euthanasieverbrechen zehn Seiten gewidmet.

15 Speziell zum medizinisch indizierten und verbrämten Mord an Kindern und Jugendlichen vgl. Klee, Euthanasie im NS-Staat, S. 295 ff.; Bromberger/Mausbach, Feinde des Lebens; Lutzius, Der Euthanasie-Mord an behinderten Kindern; Orth, Kindereuthanasie; Wunder, Euthanasie in den letzten Kriegsjahren; Bracker, Die Kinder vom Bullenhuser Damm.

16 Vgl. Thom, Mitwirkung der deutschen Ärzteschaft, S. 14 ff.

zunehmender Verderbnis des Erbgutes befreien“¹⁷; davon abgeleitet - so Eberhard Kitzing, Hauptabteilungsleiter im Gesundheitsamt der Reichsjugendführung - bestand „für jeden im Gesundheitsdienst der Jugend Mitarbeitenden [die Pflicht], die Gesundheit und Leistungsfähigkeit der Jugend mit allen Mitteln [!] zu steigern und damit die Zukunft unseres Volkes sicherzustellen“.¹⁸ Als „Voraussetzung“ für das Ziel, „in der Jugend durch eine planmäßige Menschenführung Schäden zu vermeiden“, galt - so ein anderer HJ-Führer - die „Erkenntnis, daß die Gesundheit des Einzelnen und des Volkes unerläßlich für ihre Arbeitsleistung“ sei.¹⁹

Die von einer neuen Generation von 'Sozialingenieuren' und technokratisch-funktionalistisch ausgerichteten Medizinerinnen begründete betriebsbezogene Arbeits- und Leistungsmedizin bildete das „wirkungsgeschichtlich bedeutsamste Feld nationalsozialistischer Gesundheitspolitik“.²⁰ Die angestrebte Erhöhung der Arbeitsleistung - im Krieg ergänzt durch Bemühungen zur Steigerung der Wehrfähigkeit²¹ - sollte vornehmlich durch drei Faktoren erreicht werden: zum einen durch eine über gesundheitserhaltende Maßnahmen zu bewirkende Erhöhung der Lebenserwartung und damit der Verlängerung der produktiven Lebensphase durch eine Ausweitung des „Leistungsalters“²², und zum anderen - am unteren Ende der Lebensskala - durch eine Säuglings- und Kleinkinderpflege, die die Neugeborenensterblichkeit senkte; zwischen beiden Altersgruppen stand die Kinder- und Jugendgesundheitspflege, die im folgenden skizziert wird.²³ Zu beiden Polen trat als unterstützendes Moment die Bekämpfung von Volkskrankheiten und die Überwachung der Volksernährung, einschließlich der Unterdrückung der gesundheitsschädlichen Auswirkungen des Alkohol- und Tabakkonsums.²⁴

Ab 1933 waren mehrere miteinander konkurrierende Organisationen und Institutionen aus dem staatlichen und dem parteiamtlichen Bereich bemüht, ihre Vorstellungen von einer nationalsozialistischen Gesundheitsführung zu verwirklichen; die Umsetzung ihrer - selbst zusammengenommen nur inkonsistenten - Konzeptionen verlief in einer hochgradig unkoordinierten, ständig improvisierten, nie fest institutionalisierten, von permanentem Kompetenzzwirrwarr und administrativen Uneinlichkeiten gekennzeichneten Weise, deren Auswirkungen sich vor allem im Zweiten Weltkrieg kontradiktorisch gegen die ursprünglich verfolgten Absichten richtete.²⁵ Von Anfang an

17 Zitiert nach Frei, Einleitung, in: Medizin und Gesundheitspolitik, S. 8.

18 Kitzing, Erziehung zur Gesundheit, S. 326.

19 Kaufmann, Das kommende Deutschland, S. 88.

20 Frei, Einleitung, in: Medizin und Gesundheitspolitik, S. 21; vgl. dazu Knödler, Von der Reform zum Raubbau; Karbe, Der faschistische Betriebsarzt.

21 Die mit sozialrassistischen Komponenten verbundene „unbarmherzige Leistungsideologie“ führte vor allem im Kriege zu einer „Verkopplung von Gesundheits- und Arbeitseinsatzpolitik“, basierend auf der Gleichsetzung einer „rasse-reinen, erbgesunden Volksgemeinschaft“ mit einer unbesiegbaren Leistungs- und Kampfgemeinschaft; Frei, Einleitung, in: Medizin und Gesundheitspolitik, S. 10.

22 Das Leistungsalter wurde durch den Punkt markiert, an dem der produktive Durchschnittsmensch das Optimum seines Arbeitspotentials erreicht hatte, um dann wegen körperlichen Verschleißes nachzulassen oder ganz aus dem Arbeitsprozeß auszuscheiden. 1937 lag dieser 'Knick' bei Männern im 40., bei Frauen im 30. Lebensjahr; durch gesundheitspolitische Maßnahmen sollte dieser Punkt für Männer und Frauen auf das 60. Lebensjahr hinaufgeschoben werden; vgl. Kater, Gesundheitsführung, S. 351 f. Als „erstrebenswertes Ziel für die Gesundheitsführung“ galt den NS-Arbeitsmedizinern die rationalste Verwertung der menschlichen Arbeitskraft, also der „Zustand, wenn der Zeitpunkt des allmählichen Kräfteschwundes kurz vor dem Eintritt des physiologischen Todes liegt und der endgültige Kräfteverfall mit ihm zusammenfällt“; zitiert nach Frei, Einleitung, in: Medizin und Gesundheitspolitik, S. 11.

23 Der ideologisch intendierte „Nexus zwischen der Gesundheitsführung im Kleinkindalter und der Gesundheitsführung im Jugendalter mit dem Ziel einer späteren Ausnutzung des Menschenmaterials für arbeits- und militärtechnische Zwecke“ hatte zwar an seinem mit einer Erhöhung der Geburtenrate und einer Senkung der Säuglingssterblichkeit zu definierenden Ausgangspunkt - dem „Kampf im Wochenbett“ - einige Erfolge zu verzeichnen; so waren auch die 1944 noch bestehenden 55.000 Säuglingsfürsorgestellen an der Senkung der Säuglingssterblichkeit um ein auf sechs Prozent beteiligt. Dennoch wurden diese Erfolge durch die mit Zerstörung von Wohnraum und medizinisch-sozialfürsorgischen Einrichtungen verbundenen Auswirkungen des Bombenkrieges und der zunehmend prekären Situation der Ernährungslage paralyisiert; Kater, Gesundheitsführung, S. 357.

24 Zur Widersprüchlichkeit derartiger Bestrebungen vgl. Merki, Tabakpolitik; vgl. auch VHB, S. 646 f. (Anweisungen des RJF zur Gesundheitsführung im HJ-Führerkorps, 6.1.1939), darin Schirachs Verbot von Tabak- und Alkoholkonsum in der HJ; RB, 30/K (Hinweise der RJF auf verschiedene Schriften zur Bekämpfung des Mißbrauchs von Alkohol- und Tabakwaren durch HJ-Angehörige während der Kriegszeit, 8.3.1940), vgl. etwa parteiamtlich Reiter/Hecht, Genußgifte; HJ-spezifisch Hermannsen/Lübke, Erzieher.

25 Zu den beiden Hauptelementen der NS-Gesundheitspolitik unmittelbar nach der Machtübernahme gehörten - nach Frei, Einleitung, in: Medizin und Gesundheitspolitik, S. 8 - zunächst die „Säuberung“ der medizinischen Einrichtungen

suchten die Gesundheitspolitiker der NSDAP sich die überkommenen staatlichen Apparate, vor allem die kommunalen und regionalen Gesundheitsämter nutzbar zu machen und zu okkupieren. Dazu wurde im Mai 1934 der Führer des 1932 gegründeten NS-Ärztbundes, Gerhard Wagner, von seinem prominentesten Patienten Rudolf Heß auch zum Leiter des neugeschaffenen Hauptamtes für Volksgesundheit in der Reichsleitung der NSDAP ernannt, dem analog strukturierte Gauämter nachgeordnet waren; Mitglieder des NS-Ärztbundes, der dem Hauptamt für Volksgesundheit unterstand, mußten danach auf allen administrativen Ebenen die medizinischen Gesundheitsführer stellen. Trotz der vom NS-Gesundheitsführer Wagner favorisierten Planung, die ein von niedergelassenen Ärzten als Amtswaltern der Partei getragenes System vorsah, blieben die Eingriffsmöglichkeiten der NSDAP in die zentralen Bereiche der Gesundheitspolitik eher gering.

Die zunächst zwar heftigen, letztlich jedoch unproduktiven Auseinandersetzungen der verschiedenen Strukturen des staatlichen²⁶ und parteiamtlichen²⁷ Gesundheitswesens hatten - bevor erst in der Kriegszeit zumindest eine teilweise Vereinheitlichung gelang - vorerst eine die tatsächlichen Machtverhältnisse kennzeichnende Verankerung der Gesundheitspolitik auf der staatlichen Ebene zur Folge.²⁸ Der mit dem Gesetz zur Vereinheitlichung des Gesundheitswesens²⁹ beabsichtigte, ab 1935 umgesetzte Aufbau eines flächendeckenden, reichseinheitlichen Systems staatlicher Gesund-

gen von jüdischen Ärzten (etwa 15% der deutschen Ärzteschaft) und „marxistischen Elementen“ - innerhalb der ersten fünf Jahre der NS-Diktatur sind etwa 8.000 Ärzte aus rassistischen und politischen Gründen mit Berufsverbot belegt worden - und die Einführung einer straff organisierten Erbgesundheitspolitik, Bereiche, in denen wegen weitgehender Interessenidentität der Protagonisten die Zusammenarbeit gut funktionierte.

- 26 Das staatliche Gesundheitswesen des Dritten Reiches wurde durch die Abteilung Volksgesundheit des Reichsministeriums des Innern zentral geleitet; Chef der Abteilung Volksgesundheit war bis 1939 Arthur Gütt, Autor des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses, der vom Reichsgesundheitsführer Leonardo Conti abgelöst wurde, der im Innenministerium die Dienststellung eines Staatssekretärs bekleidete. Von der Abteilung Volksgesundheit im RMDI wurden folgende Sachgebiete bearbeitet: 1. Durchführung des Gesetzes zur Vereinheitlichung des Gesundheitswesens; 2. Erb- und Rassenpflege, Erbforschung, Vererbungslehre, Bevölkerungspolitik einschließlich Frauen- und Mütterfragen, Säuglings- und Kleinkinderfürsorge; 3. Regelung des Studiums der Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte und Apotheker, ärztlicher Ehrengerichtshof, Ärztekammerausschuß, Ausbildung der Hilfsberufe; 4. Angelegenheiten der staatlichen Medizinalbeamten, also Personalfragen, Dienststrafverfahren, Aus- und Fortbildung; 5. zentral zu regelnde Maßnahmen der vorbeugenden und nachgehenden Fürsorge; 6. Schulgesundheitspflege; 7. Tuberkulosefürsorge; 8. Krankenfürsorge; 9. Krüppelfürsorge; 10. Fürsorge für Blinde und Taubstumme; 11. allgemeine Hygiene; 12. Seuchenbekämpfung; 13. Überwachung der Herstellung und des Vertriebes der Heilsera und Impfstoffe; 14. Durchführung des Impfgesetzes; 15. Durchführung des Lebensmittelgesetzes; 16. Arzneimittelverkehr; 17. Krankenhauswesen; 18. Bäderwesen; 19. Deutsches Rotes Kreuz; 20. Irrenwesen; 21. Leichenwesen; 22. Körperliche Erziehung; 23. Hygienische Volksbelehrung; 24. Medizinisches Forschungswesen; 25. Reichsstelle für Sippenforschung. Der Abteilung Volksgesundheit des RMDI unterstand darüber hinaus das Deutsche Rote Kreuz, das Reichsgesundheitsamt, der Sachverständigenbeirat für Bevölkerungs- und Rassenpolitik und der Reichsausschuß für Volksgesundheitsdienst. Da selbst die Zentralisierung des staatlichen Gesundheitswesens nicht vollständig durchgesetzt werden konnte, gehörten die Sachgebiete Sozialversicherung, Versorgungswesen, Gewerbehygiene und Arbeitsschutz noch 1941 in den Zuständigkeitsbereich des Reichsarbeitsministeriums, während das Reichserziehungsministerium für alle gesundheitlichen Aufgabengebiete zuständig war, die medizinische Lehre und Forschung sowie die Ausbildung der Ärzte umfaßten; die Zuständigkeit für Propagandafragen des Gesundheitswesens lag im Reichspropagandaministerium. In den Ländern wurde die Dienstaufsicht über den Gesundheitsdienst durch eine Mittelinstanz ausgeübt, die z.B. in Preußen durch die Regierungspräsidenten verkörpert wurde; unterste Instanz des staatlichen Gesundheitswesens waren die kommunalen Gesundheitsämter. Ab 1939 war der nunmehrige Staatssekretär und Reichsgesundheitsführer Leonardo Conti in Personalunion zugleich Leiter des Hauptamtes für Volksgesundheit und Reichsärztführer, wodurch „eine einheitliche Linie im Gesundheitswesen von Staat und Partei gewährleistet“ war, so Kitzing, Aufbau des Gesundheitsdienstes in Staat und Partei, S. 316 ff.; letzteres traf in der Kriegszeit zwar für die Jugendgesundheitsführung, nicht aber generell zu.

- 27 Das Hauptamt für Volksgesundheit der NSDAP war verantwortlich für „alle volksgesundheitlichen Aufgaben“ der Parteigliederungen, mit Ausnahme des truppenärztlichen Dienstes in der HJ, der SA, der SS und des NSKK. Nach seinen Richtlinien wurde der Gesundheitsdienst in den Parteigliederungen, angeschlossenen Verbänden und betreuten Organisationen durchgeführt. Leiter des Hauptamtes für Volksgesundheit war ab April 1939 der Reichsgesundheitsführer Leonardo Conti, der zugleich Reichsärztführer und Leiter der Kassenärztlichen Vereinigung Deutschlands war. Dem Hauptamt für Volksgesundheit, dem als Mittelinstanzen die Gauämter für Volksgesundheit und an der 'Basis' die Ämter für Volksgesundheit unterstellt waren, unterstanden in der Spitze das Amt für Volksgesundheit der NSDAP, das Amt Gesundheit und Volksschutz der DAF, das Amt für Volksgesundheit der NSV und das Rassenpolitische Amt der NSDAP, dem als „bevölkerungspolitische Kampforganisation“ der Reichsbund Deutsche Familie unterstellt war. In der Reichsleitung der NSDAP bestand darüber hinaus der Sachverständigenbeirat für Volksgesundheit, und unter persönlicher Leitung des Reichsgesundheitsführers agierte die Reichsstelle gegen die Alkohol- und Tabakgefahren; vgl. ebenda, S. 318 f.

- 28 Vgl. dazu Labisch/Tennstedt, Gesundheitsamt oder Amt für Volksgesundheit?; vgl. auch Schnell, Öffentliche Gesundheitspflege.

- 29 Vgl. RGBl., 1934, T. I, S. 531 f. (Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens, 3.7.1934).

heitsämter (1938 bestanden bereits 744 Gesundheitsämter mit 24.000 Beschäftigten) hatte unter anderem zwar eine von der Bevölkerung positiv wahrgenommene Verbesserung der medizinischen Allgemeinversorgung zur Folge, diente aber zugleich der öffentlich nicht bemerkten Absicht, reichseinheitliche Voraussetzungen für eine effektive Erb- und Rassenpolitik im Rahmen eines verstaatlichten öffentlichen Gesundheitswesens zu schaffen, also letztlich auch dem von Parteimedizinern verfolgten Ziel, allerdings mit wesentlich größeren Potenzen zu seiner Realisierung. Außerdem bestanden die Widersprüche zwischen Staat und Partei mehr auf der formalen als auf der inhaltlichen Ebene; kennzeichnend für beide war eine letztlich identische Zielsetzung. Hinzu kam, daß die Bevollmächtigten der nach dem Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens neu gegliederten, dem Reichsinnenministerium unterstehenden staatlichen Gesundheitsämter zwar Amtsärzte waren; deren Führung durch die Partei war aber insofern sichergestellt, als Wagner nach seiner Ernennung zum Reichsärztführer ab September 1935 auch die neugeschaffene Reichsärztekammer befehligte, der als berufsständischer Organisation alle approbierten Ärzte angehören mußten.³⁰

Nach dem Tode Wagners wurde der Berliner Gauamtsleiter für Volksgesundheit Leonardo Conti im April 1939 zum Reichsgesundheitsführer ernannt; dieser leitete als Staatssekretär im Reichsinnenministerium in Personalunion sowohl den staatlichen als auch den parteiamtlichen Sektor des deutschen Gesundheitswesens. Die in dieser Zentralisierung liegenden Potenzen sind jedoch durch den Kriegsbeginn kaum mehr zur Geltung gekommen, zum einen, weil der zivile Sektor des Gesundheitswesens in dem Maße an Bedeutung verlor, wie militärisch-medizinische Belange vorrangig wurden, und zum anderen, weil mit der am 28. Juli 1942 erfolgten Ernennung von Karl Brandt zum Hitler persönlich unterstellten Generalkommissar für das Sanitäts- und Gesundheitswesen - eine der zahlreichen im Kriege gebildeten Sonderbehörden - und dem ihm am 5. September 1943 erteilten Auftrag, „zentral die Aufgaben und Interessen des gesamten Sanitäts- und Gesundheitswesens zusammenzufassen und weisungsgemäß zu steuern“, die bisherigen Strukturen unproduktiv dupliziert und in ihrer Wirkung durch Kompetenzkämpfe stark beeinträchtigt wurden.

Nachdem sich die Einflußnahme der NSDAP auf den staatlichen Medizinalbereich sehr kompliziert und wenig erfolgreich gestaltete, war das Hauptamt für Volksgesundheit im Verlauf der Jahre 1934/35 bestrebt, zumindest in den Parteiorganisationen die Zuständigkeiten für die Gesundheitspolitik immer stärker an sich zu ziehen. Einer völligen Wirkungslosigkeit und Abseitsstellung entging das Hauptamt lediglich dadurch, daß es sich auf die Medizinalorganisationen der großen Parteigliederungen - vor allem der Deutschen Arbeitsfront und der HJ - konzentrieren konnte. Nach einer Verfügung des Stellvertreters des Führers vom 15. Mai 1935 und entsprechenden Anordnungen des Reichsorganisationsleiters der NSDAP vom 14. April 1934 und vom 8. November 1935 war allein das Hauptamt für Volksgesundheit der NSDAP für die „volksgesundheitlichen Belange“ sämtlicher Parteigliederungen zuständig; danach oblag dem Reichsgesundheitsführer als Leiter dieses Hauptamtes, dem der NS-Ärztebund als „betreute Organisation“ angeschlossen war, die „Steuerung aller gesundheitlichen und gesundheitspolitischen Maßnahmen“³¹ innerhalb der Partei. Mit den in Personalunion gebündelten Kompetenzen Wagners im staatlichen und im Parteibereich waren zwar auch immer starke Bestrebungen zur Domination des bislang ausschließlich staatlichen Gesundheitswesens und letztlich erfolglose Bemühungen der NSDAP-Gesundheitspolitik zur Erlangung der Zuständigkeit für die gesamte Bevölkerung verbunden. So galt es als selbstdefinierte,

30 Bei der kontinuierlich wachsenden Ärzteschaft - ohne Tier- und Zahnärzte gab es in Deutschland 1935 etwa 55.000, 1939 rund 59.000, 1942 circa 76.000 und im Frühjahr 1944 fast 80.000 Ärzte, von denen etwa 32.000 an der Front standen - kann nach Kater, *Medizin und Mediziner*, hier S. 304 ff., von einer starken Systembindung an das Dritte Reich ausgegangen werden; nach seinen Berechnungen gehörten zwei Drittel der Mediziner nationalsozialistischen Organisationen an: Annähernd 45% aller deutschen Ärzte waren in den beiden Jahrzehnten von 1925 bis 1945 Mitglieder der NSDAP, ein Drittel aller zwischen 1936 und 1945 bestellten Ärzte gehörte dem NS-Ärztebund an, 26% aller männlichen Mediziner waren SA-Angehörige, 7% waren der SS-beigetreten; der von Kater fälschlich als sekundäre bzw. tertiäre NS-Organisation bezeichneten HJ gehörten nach seinen Angaben 21,1% der deutschen Ärztinnen und 7% der deutschen Ärzte „als zumeist nebenamtliche Führer“ an. Nach Thom, *Mitwirkung der deutschen Ärzteschaft*, S. 11 ff., hatte der NSDÄB 1933 erst 3.000 Mitglieder, und auch 1939 gehörten ihm erst 39% (13.700) der 35.117 frei praktizierenden Ärzte an.

31 Zitiert nach VHB, S. 3010.

schließlich jedoch nicht verwirklichte Aufgabe des Hauptamtes für Volksgesundheit, „jeden einzelnen deutschen Volksgenossen und damit das gesamte deutsche Volk zur höchsten Auswirkung der erb- und rassenmäßigen Anlagen, zu höchster Gesundheit und damit Leistungsfähigkeit zu führen“. Die dem Hauptamt unterstehenden parteigebundenen Ärzte hatten ihre Aufmerksamkeit dabei „besonders der Jugend und den Müttern unseres Volkes“ zuzuwenden und „Gefährdungen der deutschen Jugend“ zu verhindern, „um die biologische Zukunft unseres Volkes zu sichern“.³²

11. 2 Der Aufbau der HJ-Gesundheitsorganisation

In diesem Kontext zielgleicher Kontroversen zwischen den Medizinalstrukturen von Partei und Staat entwickelte sich die Gesundheitsführung der Jugend und die Gesundheitsorganisation der HJ. In der nationalsozialistischen Jugendarbeit stellte sich das Arbeitsgebiet „Gesundheit“ um 1933 zunächst vor allem als ein Problem des parteieigenen Sanitätsdienstes dar, wenngleich sich der später „Gesundheitsführung der HJ“ genannte Tätigkeitsbereich unmittelbar nach der Machtübernahme aus diesem Sanitätsdienst heraus zu einem differenzierten und breiten Arbeitsfeld zu entwickeln begann und zu einem derjenigen Aufgabengebiete nationalsozialistischer Jugendarbeit avancierte, das sich mit am stärksten und erfolgreichsten mit den überkommenen staatlichen Strukturen - hier dem Gesundheitswesen - verbünden konnte und mußte.

In größerem Maße hatten sich die noch provisorischen Strukturen eines innerorganisatorischen Gesundheitsdienstes erstmals beim ersten - und zugleich letzten - Reichsjugendtag der HJ am 1./2. Oktober 1932 in Potsdam offenbart, als die SA die Versorgung von mehreren zehntausend Jugendlichen nicht nur mit Feldküchen übernahm. Die ärztliche Betreuung dieses bis dahin „größten Aufmarsches des Nationalsozialismus“³³ war vom SA-Arzt Dr. Karl-Walter Kondeyne organisiert worden, den Schirach daraufhin zum Leiter des 1934 neugeschaffenen Amtes für Gesundheit in der Reichsjugendführung ernannte. Bis dahin war die Abteilung V (Sanitäts- bzw. Arzt- und Feldscherwesen) der HJ-Zentrale vorrangig für die gesundheitliche Betreuung der Jugendlichen während des HJ-Dienstes zuständig gewesen. Hier wurde der sogenannte truppenärztliche Dienst, das Arzt- und Feldscherwesen der HJ, organisatorisch zusammengefaßt; dabei gehörten die Feldscherausbildung in Erster Hilfe, die Werbung von Ärzten für die HJ, die Sicherung der medizinischen Versorgung auf Fahrten und in Lagern sowie die Erprobung und Herstellung von geeignetem „Gesundheitsdienstmaterial“ zu den ersten Aufgaben. Das Sanitätswesen, also die unmittelbare medizinische Betreuung Jugendlicher bei akuter Gesundheitsgefährdung und bei HJ-Großveranstaltungen, entwickelte sich in den ersten Jahren nach 1933 zum dominierenden, wenngleich nicht zum alleinigen Bestandteil der HJ-Gesundheitsführung, die von Kondeyne aufgebaut wurde. Der Facharzt für Chirurgie, der mit wissenschaftlichen Arbeiten über Schädelverletzungen und neue Formen der Wundbehandlung sowie mit Traktaten über Aufmarschssicherheit und Truppenhygiene hervorgetreten war, hatte nach der Berufung in die HJ-Zentrale seine Praxis aufgegeben und widmete sich zunächst als Reichsinspekteur für das Gesundheitswesen des Deutschen Jungvolks, später als Leiter des Gesundheitsamtes der Reichsjugendführung und Reichsarzt der HJ unter Pflege enger Kontakte zu den Parteidienststellen vor allem dem Aufbau einer HJ-Gesundheitsorganisation; er wurde nach seinem Ausscheiden aus der HJ Abteilungsleiter im Amt für Volksgesundheit der NSDAP.

Parallel zu den ersten, von der Sanitätsabteilung der Reichsjugendführung koordinierten Einsätzen von SA-Ärzten und Mitgliedern des NS-Ärztebundes, befaßte sich die von Richard Liebenow geleitete Abteilung Sozialhygiene im vom späteren Reichsjugendführer Artur Axmann geführten Sozialen Amt der HJ-Zentrale mit den ersten weiterreichenden konzeptionellen und praktischen Maßnahmen nationalsozialistischer Jugendgesundheitspolitik. Dr. Richard Liebenow, Sportarzt, Sozialhygieniker und Stadtmedizinalrat in Berlin-Kreuzberg, war mit den verheerenden Lebensbedingungen eines Großteils der Berliner Arbeiterjugendlichen eng vertraut³⁴, die er in einer

32 Nationalsozialistisches Jahrbuch 1938, S. 191 f.

33 Völkischer Beobachter, 3.10.1932, auch in BA, Film Nr. 14652 (Schirach an HJ-Gebietsführer, 7.10.1932); Zum Reichsjugendtag vgl. Buddrus, Hitlerjugend, S. 43 f.

34 Im Unterschied zur Schuljugend, die wenigstens teilweise von der wenn auch mangelhaften Schulgesundheitsfürsorge betreut wurde und über 70 Ferientage zur Verfügung hatte, war die Situation der gleichaltrigen Arbeiterjugendlichen -

Reihe von Veröffentlichungen angeprangert hatte. Obwohl Liebenow bis 1933 der SPD angehört hatte, holte Axmann den Kommunalmediziner gegen zahlreiche Widerstände der NSDAP-Führung in die HJ-Zentrale. Zuerst Gebietsarzt für das HJ-Gebiet Berlin, später Abteilungsleiter für Sozialhygiene in der Reichsjugendführung, ist Liebenow 1939 ins Reichsinnenministerium berufen und von Hitler zum Professor ernannt worden, bevor er 1941 Chef des Gesundheitsamtes der HJ-Führung und Reichsarzt der HJ wurde. Gemeinsam überzeugten der sozial engagierte Axmann und der Fachmann Liebenow den Nestor der deutschen Medizin, August Bier von der Berliner Friedrich-Wilhelm-Universität, einen Aufruf an die deutsche Ärzteschaft zu richten, um die Öffentlichkeit für die katastrophale gesundheitliche Situation der deutschen Jugend zu sensibilisieren; dabei sollte er die von Axmann und Liebenow entwickelte Idee von Reihenuntersuchungen in der HJ publik machen, die im Unterschied zur bisherigen Praxis nicht mehr nur Schüler, sondern alle deutschen Jugendlichen erfassen sollten.

Am 19. September 1933 warb der bis dahin politische nicht hervorgetretene Bier³⁵ vor der gesamten medizinischen Fakultät der Charité in Anwesenheit von Kultusminister Bernhard Rust, dem Präsidenten des Reichsgesundheitsamtes, Hans Reiter, und dem Berliner Gauamtsleiter für Volksgesundheit, dem späteren Reichsgesundheitsführer Leonardo Conti, im Auditorium Maximum der Berliner Charité für das Selbsthilfewerk der NS-Jugendbewegung und setzte sich für eine ganzheitliche medizinische Fürsorge und Betreuung der Jugend ein, die schon vor dem schulpflichtigen Alter beginnen und bis zur militärischen Tauglichkeitsuntersuchung reichen müsse. In seiner über alle deutschen Rundfunksender übertragenen Rede forderte der rasch auf die neuen Positionen umgeschwenkte Bier: „Der vergangene Staat hat erst dann geholfen, wenn man tuberkulös, verrückt oder völlig abnorm geworden sei. Demgegenüber sei es die Pflicht des heutigen Staates, ein starkes und gesundes Geschlecht zu erziehen, das nicht alle Augenblicke auf der Nase liegt.“³⁶

Diese Veranstaltung, in der eine bislang eher unbedeutende Parteiformation direkten Anspruch auf Beteiligung und die Führung eigentlich staatlicher Aufgaben erhob, erwies sich als erfolgreiche Initialzündung; zahlreiche, vor allem auch nicht der NSDAP angehörende Ärzte und Medizinstudenten erklärten sich zur Mitarbeit bei den von Axmann, Liebenow und Bier initiierten HJ-Reihenuntersuchungen bereit. Damit waren sowohl die Grundlagen für die „Gesundheitsführung der HJ“ genannten Maßnahmen gelegt als auch der Aufbau einer eigenständigen HJ-Gesundheitsorganisation eingeleitet. Im Gefolge der ersten Reihenuntersuchungswelle gelang es noch bis Jahresende 1933, mehr als 70.000 gesundheitlich gefährdete Kinder und Jugendliche aus deutschen Großstädten im Rahmen der eilends aufgebauten Landverschickung der HJ in dörflichen Pflege- und Erholungsstellen unterzubringen. Zusammen mit der NSV, mit der bereits im August 1933 eine Vereinbarung über die Zuständigkeiten und Aufgaben bei der gemeinsam organisierten Kinderlandverschickung getroffen wurde³⁷, begründete die Reichsjugendführung das Gebiet der Jugenderholungspflege, in deren Rahmen in der Folgezeit jährlich etwa 500.000 Kinder und Jugendliche aufs Land verschickt wurden.

Besonders die HJ-Aktivitäten zu den alle Jugendlichen erfassenden Reihenuntersuchungen fanden eine positive Resonanz und eine große Akzeptanz in der Bevölkerung, der nicht bewußt wur-

seit 1930 bevorzugtes Rekrutierungsfeld der HJ - durch unzureichende Wohnverhältnisse, einen harten Arbeitsalltag (zehn Stunden tägliche Arbeit bei sechs Tagen Urlaub im Jahr) oder durch Arbeitslosigkeit, durch Mangelernährung, grassierende Krankheiten, Alkoholismus, fehlende Freizeit- und Erholungsmöglichkeiten sowie nicht vorhandene medizinische Betreuung gekennzeichnet.

35 August Bier ist unter anderem durch die Einführung der Rückenmarksanästhesie, die Hyperämiebehandlung und den Entwurf des deutschen Stahlhelms bekannt geworden.

36 Hier zitiert nach Axmann, Das kann doch nicht das Ende sein, S. 93 f. Vgl. auch dessen 1933 veröffentlichte Aufsätze: Hitlerjugend und Gesundheitsvorsorge; HJ treibt Gesundheitsvorsorge.

37 Darin hieß es u.a.: „Die Jugendpflege und die Jugendertüchtigung ist grundsätzlich die Aufgabe der Reichsjugendführung. Sie betreibt die Erholungspflege insoweit, als sie die Einrichtung von Ferienlagern usw. betrifft. Die Reichsjugendführung organisiert die Verschickung von an sich gesunden Jugendlichen (Kinderlandverschickung), die der Hitlerjugend oder dem Jugendführer des Deutschen Reiches unterstellten Jugendverbänden angehören. Im übrigen zählt die Erholungspflege zu den Aufgaben der NS-Volkswohlfahrt. Sie ist eine jugendfürsorgerische Aufgabe und als solche in die Abteilung Gesundheitsfürsorge bei der NS-Volkswohlfahrt eingegliedert... Die Zusammenarbeit zwischen der NS-Volkswohlfahrt e.V. und der Reichsjugendführung im Reich wird dadurch gewährleistet, daß der Reichsjugendführer zu seinem Vertreter im Beirat der NS-Volkswohlfahrt den Parteigenossen Artur Axmann bestimmt hat.“ Zitiert nach Axmann, Das kann doch nicht das Ende sein, S. 98 f.

de, welche Konsequenzen darin lagen, daß durch das Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens ab 1934 die bisherige, zumeist unzureichende Gesundheitsfürsorge zur alles und jeden erfassenden „Gemeinschaftspflicht“ entwickelt wurde. Tatsächliche Mißstände und daraus abgeleitete Demagogie trafen sich in der Argumentation der HJ-Mediziner. Weil, so Liebenow, durch die bisherige Schulgesundheitspflege die 14- bis 18jährigen außer Betracht geblieben seien, „also gerade der Teil der Jugend, der eine gesundheitliche Betreuung besonders notwendig“ habe, sei unmittelbar nach der Machtübernahme durch die als „Gesundheitsführung der HJ“ etablierten medizinischen Überwachungs- und Fürsorgestrukturen eine Lücke geschlossen worden.³⁸ In der Reichsjugendführung wurden über die Stationen Sanitäts- bzw. Feldscherabteilung, Amt für Gesundheit, Gesundheitsamt und schließlich das Amt für Gesundheitsführung die organisatorischen Grundlagen für eine weiterreichende gesundheitspolitische und medizinpraktische Arbeit geschaffen.

Das nach dem Ausscheiden von Karl-Walter Kondeyne seit 1937 von Dr. Robert Hördemann geleitete Amt umfaßte 1939 schließlich drei Hauptabteilungen mit 36 Referaten. Hördemann, zunächst niedergelassener Allgemeinpraktiker, Gerichtsarzt und Beisitzer am Erbgesundheitsgericht, entwickelte sich, nachdem er im Juni 1937 zum Chef des Amtes für Gesundheitsführung und zum Reichsarzt der HJ ernannt wurde, zu einem der führenden Theoretiker und Propagandisten einer nationalsozialistischen Jugendgesundheitspolitik, bevor er seine Karriere als SS-Standartenführer und schließlich als Oberstarzt des Heeres fortsetzte. Zeitgleich mit dem Aufbau der HJ-Gesundheitsorganisation, die zunächst vor allem mit der Organisation von Reihenuntersuchungen und der medizinischen Betreuung von Jugendlichen in HJ-Lagern befaßt war, kam es wie im Bereich der allgemeinen Bevölkerungsmedizin auch auf diesem, von der Öffentlichkeit durchaus positiv reflektierten Sektor der Jugendgesundheitspolitik zur Entwicklung einer zweiten, zunächst nicht wahrgenommenen Ebene, deren Inhalte jedoch erst in der Kriegszeit handlungsbestimmend wurden: Schon im Herbst 1933, parallel zum Aufbau des ärztlichen Dienstes bzw. der Gesundheitsorganisation der HJ, ist den in die Reihenuntersuchungen einbezogenen Ärzten von Seiten der Reichsjugendführung aufgetragen worden, „erbkrankte“ und „minderwertige“ Jugendliche zu erfassen und zu melden.³⁹

Im Unterschied zu anderen Bereichen der NS-Medizinalpolitik gelang auf dem Sektor der Jugendgesundheitsfürsorge ein relativ rasches Zusammenwachsen von HJ-Gesundheitsdienst und staatlichem Gesundheitswesen. So wurden - als institutioneller Beginn dieses Zusammenwirkens - durch einen Erlaß des Reichsministers des Innern vom 6. März 1934 die Modalitäten der Kooperationen von beamteten Medizinern mit den von der Reichsjugendführung bestellten HJ-Ärzten geregelt.⁴⁰ Trotz dieser - sich nur langsam durchsetzenden - Regelung reichte der Stamm von etwa 6.000 Ärzten, auf die das Gesundheitsamt der Reichsjugendführung bereits Ende 1935 zurückgreifen konnte, infolge der gestiegenen Mitgliederzahlen der HJ schon bald nicht mehr aus, schließlich befanden sich Ende 1935 mit 3,9 Millionen Jungen und Mädchen mehr als 48 Prozent der deutschen Jugendlichen in der HJ. Deshalb vereinbarten Schirach und Victor Lutze, Stabschef der nach der Röhm-Affäre nach kompensatorischen Aufgaben suchenden SA, im November 1935 die Abstellung von SA-Ärzten und den „Übertritt von SA-Sanitäts-Führern zur Hitler-Jugend“, weil dies für die „gesundheitliche Betreuung ... insbesondere der Hitler-Jugend“ als unbedingt „notwendig“ angesehen wurde⁴¹. Außerdem konnte die HJ bei Bedarf, etwa in den Stoßzeiten der Tauglichkeitsuntersuchungen und Gesundheitsappelle, auf die Mitglieder des NS-Ärztbundes zu-

38 Liebenow, Der Jugendarzt im Kriege, S. 113.

39 VOBl., Folge 61, 28.10.1933.

40 Darin war u.a. vorgesehen: „Soweit die beamteten Ärzte der Länder und Kommunen mit der gesundheitlichen Betreuung der Jugendlichen beauftragt sind oder bei dieser mitarbeiten, sind sie gehalten, den von der Reichsjugendführung bestellten HJ-Ärzten auf Anforderung jede Auskunft für den gesundheitlichen Werdegang, den Gesundheitszustand und das zulässige Maß der Inanspruchnahme der in der HJ stehenden Jugend zu geben. Die Amts- und Fürsorgeärzte haben ferner irgendwelche gesundheitlichen Störungen der ihnen zur Bewachung anvertrauten Jugend sofort dem zuständigen HJ-Arzt zur Anordnung der notwendigen Maßnahmen mitzuteilen. Sie sind berechtigt, aus gesundheitlichen Gründen die völlige oder teilweise Befreiung von Mitgliedern der HJ vom Dienst in der HJ zu verlangen.“ Zitiert nach Axmann, Das kann doch nicht das Ende sein, S. 95 f.

41 VOBl., III/43 (gemeinsame Verfügung von OSAF und RJF, 6.11.1935).

rückgreifen, die zu Dienstleistungen innerhalb der Parteiorganisationen verpflichtet waren; schon 1934 verlautbarte Schirach, daß „20.000 volksverbundene Ärzte“ die deutsche Jugend „betreuen“⁴² würden; dies waren in der Mehrzahl die Mitglieder des dem Hauptamt für Volksgesundheit unterstehenden NS-Ärztbundes, dessen Angehörige im Unterschied zu den beamteten Ärzten von der Parteiführung jederzeit für innerparteiliche Maßnahmen aktiviert werden konnten.

Nach dem Erlass des HJ-Gesetzes - in dessen Gefolge die Parteigliederung HJ ihre staatlichen Ambitionen noch stärker als bislang zu verfolgen begann - intensivierte die Reichsjugendführung ihre Kontakte zu den staatlichen Stellen des Gesundheitswesens, was von den anderweitig zumeist erfolglosen Medizinalpolitikern der NSDAP argwöhnisch und eifersüchtig beobachtet worden ist. Deren Initiativen führten im Sommer 1938 zu einem Abkommen zwischen dem Leiter des Hauptamtes für Volksgesundheit und dem Reichsjugendführer, das von der HJ-Führung als „organisatorische Grundlage der Gesundheitsführung der deutschen Jugend“⁴³ anerkannt werden mußte. Mit dieser Vereinbarung sollte der Bereich der Gesundheitsführung der HJ fest an die NSDAP gebunden werden, während Kooperationen der HJ mit oder Kontakte zu den staatlichen Medizinalbehörden nunmehr nicht einmal erwähnt wurden. Danach war unter starker Herausstellung des Parteigliederungscharakters der HJ vorgesehen, daß die „Aufgaben der Gesundheitsführung der Hitlerjugend von der Reichsjugendführung der NSDAP [nur] im Einvernehmen mit dem Hauptamt für Volksgesundheit der NSDAP durchgeführt“ werden sollten. Der mit den Aufgaben der Gesundheitsführung beauftragte „Reichsarzt der Hitler-Jugend“ durfte nur „im Einvernehmen“ mit dem Hauptamt für Volksgesundheit ernannt und tätig werden und wurde als „Leiter der Hauptstelle Gesundheitsführung der Deutschen Jugend“ in das Parteihauptamt eingebaut, das sich verpflichtete, für die Durchführung des Gesundheitsdienstes der HJ Ärzte zur Verfügung zu stellen.⁴⁴

Hinter diesen Ankündigungen der Gesundheitsführung der Partei standen allerdings kaum personelle Ressourcen. Und erst ein Jahr später - im unmittelbaren Vorfeld des Kriegsbeginns - gelang es der Reichsjugendführung, vom Reichsärzteführer die konkrete Zusage zu erhalten, daß Ärzte aus anderen Parteigliederungen - vornehmlich aus den SA-Wehrmannschaften - für die HJ-Gesundheitsarbeit abgestellt würden⁴⁵; aber auch diese Absichtserklärung ist durch die Kriegsergebnisse nach wenigen Wochen schon wieder hinfällig geworden, nicht jedoch das Bestreben, die Parteigliederungen auch auf dem Feld der Gesundheitspolitik eng an die NSDAP zu binden, um gerade unter Kriegsbedingungen keine Verselbständigungstendenzen zuzulassen. Am 1. Mai 1940 - Hitler hatte gerade den Beginn der Westoffensive („Fall Gelb“) auf den 5. Mai festgelegt, die dann jedoch erst am 10. Mai begann - betonte der Stellvertreter des Führers, daß „eine straffe Lenkung und Steuerung ... aller vorhandenen Kräfte des Gesundheitswesens ... durch das Hauptamt für Volksgesundheit“ erforderlich“ sei; die „Führungs- und Aufsichtsrechte des Hauptamtes für Volksgesundheit“ konnten sich freilich nur auf „alle Parteigliederungen und angeschlossenen Verbände“ erstrecken, die „an die Weisungen des Hauptamtes ... gebunden“ seien. Dieses war „über alle wichtigen Vorgänge auf dem Gebiet der Gesundheitsführung und -erziehung zu unterrichten“, bekam „das Recht, Berichte anzufordern und in alle einschlägigen Vorgänge und Unterlagen Einblick zu nehmen“.⁴⁶

Ausgehend von der Organisation des staatlichen Gesundheitswesens und den Strukturen der Gesundheitspolitik der NSDAP gelang es der Reichsjugendführung, zwischen 1934 und 1940 eine eigenständige, weitverzweigte und breit gegliederte Gesundheitsorganisation der HJ aufzubauen.

42 Schirach, *Idee und Gestalt*, S. 218. Für diesen frühen Zeitpunkt scheint diese Zahl propagandistisch überhöht zu sein, denn erst für 1937 steht fest, daß im Auftrag des Hauptamtes für Volksgesundheit 15.000 Ärzte in die medizinische Betreuung der HJ, vor allem in die Reihen- und Tauglichkeitsuntersuchungen der HJ einbezogen wurden; vgl. Thom, *Mitwirkung der deutschen Ärzteschaft*, S. 19 ff.

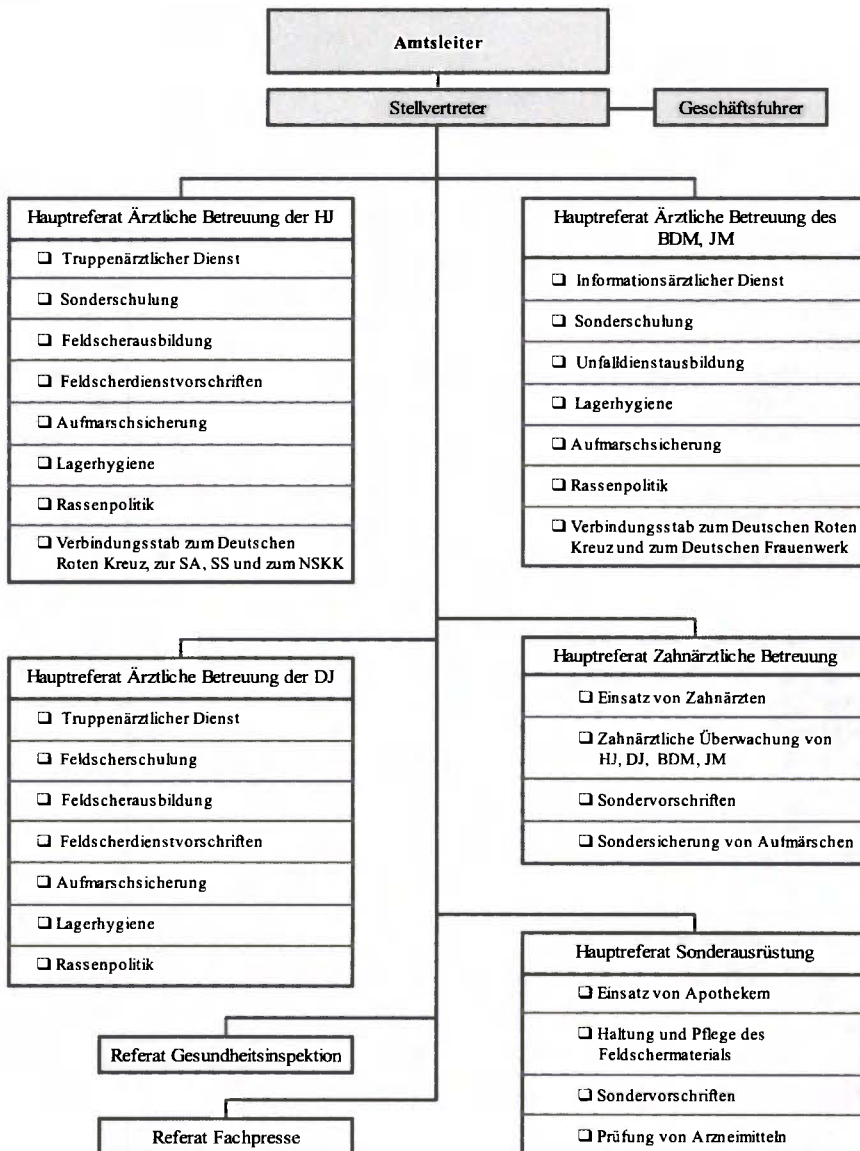
43 Kaufmann, *Das kommende Deutschland*, S. 90.

44 VHB, S. 3007 f. (Vereinbarung zwischen dem RJF und dem Leiter des Hauptamtes für Volksgesundheit der NSDAP über die Gesundheitsführung der HJ, 25.7.1938).

45 Vgl. Rdschr. des Amtes für Gesundheit der RJF, Nr. 50/39, 20.7.1939.

46 RVBl., A 2/40 (Anordnung A 51/40 des StfF über die Führungs- und Aufsichtsrechte des Amtes für Volksgesundheit der NSDAP, 1.5.1940); vgl. auch Organisationsbuch der NSDAP, 1940, S. 234 ff. (Richtlinien des Hauptamtes für Volksgesundheit der NSDAP zur Steuerung aller gesundheitlichen und gesundheitspolitischen Maßnahmen der Parteigliederungen).

Struktur des Gesundheitsamtes der Reichsjugendführung, 1936



Zum Kern der HJ-Gesundheitsorganisation gehörten 1939 das Gesundheitsamt der Reichsjugendführung, die jeweils 36 Gesundheitsabteilungen in den Führungen der HJ-Gebiete und BDM-Obergau und die insgesamt 1.216 Gesundheitsstellen in den Bannen und Untergauen; diese Stellen waren jeweils mit einem leitenden Arzt und einer Ärztin, einem Zahnarzt, einem Apotheker, einem Feldscherführer, einer Unfall- bzw. Gesundheitsdienstmädelführerin sowie Hilfspersonal hauptamtlich besetzt. Der Gesundheitsdienst der HJ wurde in der Spitze vom Amt für Gesundheitsführung der Reichsjugendführung geleitet, dessen jeweiliger Chef (Kondeyne, Hörde mann, Liebenow) zugleich Reichsarzt der HJ war und daneben als „beratender Arzt“ des Reichsgesundheitsführers im Hauptamt für Volksgesundheit fungierte. Im Mai 1937 äußerte der Chef des Ge-

sundheitsamtes der HJ-Führung Karl-Walter Kondeyne in einem Interview - dabei den Hauptakzent der NS-Gesundheitspolitik auf die HJ übertragend -, daß „die Gesundheitsführung im Dritten Reiche auch die Arbeit des Gesundheitsamtes der Reichsjugendführung bestimme“; dieses Amt habe daher „nicht nur eine ...heilende, sondern vor allem eine vorbeugende Pflicht“. In „enger Zusammenarbeit ... mit allen einschlägigen Dienststellen, mit den Reichsministerien in Berlin wie mit den Parteidienststellen und der Reichsärztekammer“ organisiere die HJ-Zentrale unter „vollem Einsatz unserer Kräfte“ sowohl den unmittelbar praktischen, „truppenärztlichen“ Dienst, also die „Aufmarsch- und Fahrtsicherung und die Lagerbeaufsichtigung“, als auch übergreifende Aufgaben der Gesundheitsführung. Das Gesundheitsamt der Reichsjugendführung wolle alles daran setzen, „dem gesamten deutschen Volke im umfassendsten Sinne Bürge für den Dienst an der Gesundheit der ihm anvertrauten Jugend zu sein“.⁴⁷

Diese Strukturen, Zuständigkeiten und Einbindungen der Zentrale setzten sich auf den unteren Führungsebenen fort. So wirkte in jedem HJ-Gebiet (BDM-Obergau analog) ein hauptamtlich tätiger Mediziner als HJ-Arzt; diese HJ-Gebietsärzte, zugleich Leiter der in den HJ-Gebietsführungen eingerichteten Gesundheitsabteilungen, die fachlich und administrativ dem Gesundheitsamt der Reichsjugendführung unterstanden, waren zugleich beratende Ärzte in den NSDAP-Gauämtern für Volksgesundheit. Außerdem leiteten die HJ-Gebietsärzte die Arbeit der jeweils 70 bis 120 Gesundheitsdienststellen in den HJ-Bannführungen ihres Gebietsbereiches an, in denen die hauptamtlichen Bannärzte eng mit den Kreisärzten der staatlichen Gesundheitsämter zusammenarbeiteten.⁴⁸ Dadurch, daß sowohl der Reichsarzt, als auch die HJ-Gebiets- und Bannärzte in Personalunion als beratende Ärzte in den jeweiligen Stufen der Ämter für Volksgesundheit wirkten, galt „die einheitliche Durchführung der gesundheitlichen Aufgaben in der Jugend [als] gewährleistet“.⁴⁹

Während für einige leitende Positionen und Beraterstellen in der HJ-Medizinalhierarchie prominente Ärzte aus der deutschen Ärzteschaft gewonnen werden konnten⁵⁰, war die soziale und Altersstruktur der HJ-Medizinalorganisation im engeren Sinne, der 1939 etwa 2.400 Ärztinnen und Ärzte angehörten, sehr disparat. Als HJ-Gebiets- und Bannärzte agierten zum einen ältere, erfahrene Praktiker, die von der HJ-Führung mit finanziellen Angeboten, aber auch über Appelle an ihr ärztliches Ethos gewonnen wurden oder sich aus nationalsozialistischer Begeisterung 'der Jugend' zu Verfügung stellten⁵¹; zum anderen engagierten sich im HJ-Medizinalapparat gelegent-

47 Kondeyne, Wächter über die Gesundheit.

48 Die Basis der HJ-Gesundheitsorganisation bildeten die in den unteren HJ-Einheiten tätigen Feldschere, die über eine HJ-spezifische Sanitätsausbildung verfügten. Sie unterstanden den Feldscherunterführern (Dienststränge: Oberfeldscher und HJ-Hilfsarzt), die eine staatlich anerkannt medizinische Ausbildung - Krankenpfleger oder ärztliche Vorprüfung - absolviert haben mußten. Diese wurden von Feldscherführern befehligt, die approbierte Ärzte waren und die Dienststränge Truppenarzt, Hauptarzt oder Hauptstabsarzt der HJ erreichen konnten. Diese wiederum unterstanden den Leitern der Abteilungen für Gesundheit in den jeweiligen HJ-Gebietsführungen. Analog dazu waren die UD- bzw. GD-Mädel grundausbildete Sanitäterinnen in den unteren BDM-Einheiten, die den UD-/GD-Unterführerinnen unterstanden, die staatlich geprüfte Krankenschwestern, Heilgymnastinnen oder Laborantinnen bzw. hochsemestrige Medizinstudentinnen sein mußten; die UD-/GD-Führerinnen, die ebenfalls der Gesundheitsabteilung der HJ-Gebietsführung unterstanden, waren approbierte Ärztinnen mit den HJ-Dienstgraden Haupt- bzw. Oberärztin; vgl. dazu Reichs-Jugend-Pressedienst, Nr. 175, 4./5.8.1935.

49 Kitzing, Erziehung zur Gesundheit, S. 327 f.; zum Aufbau der HJ-Gesundheitsorganisation vgl. ebenda, S. 320 ff.

50 So etwa der als Initiator der Schluckimpfung gegen Kinderlähmung in die Medizingeschichte eingegangene bekannte Kinderarzt Prof. Dr. Gerhard Joppich, der als wissenschaftlicher Abteilungsleiter im Amt für Gesundheitsführung der Reichsjugendführung und als HJ-Gebietsarzt wirkte, oder auch der renommierte Chirurg Prof. Dr. Erwin Gohrbrandt, von 1928 bis 1958 Direktor des Krankenhauses in Berlin-Moabit, zu dessen Hauptarbeitsgebieten die Kinderchirurgie, das vegetative Nervensystem, die Gallenwege und Blutgefäße gehörten und der neben seiner Tätigkeit als Herausgeber des Zentralblattes für Chirurgie auch als ärztlicher Berater der HJ-Führung fungierte. Auch Prof. Dr. Carl Bennholdt-Thomsen, Leiter der Universitätskinderklinik in Prag, der zuvor als HJ-Gebietsarzt in Hessen-Nassau gewirkt hatte, war als beratender Arzt in der Befehlsstelle Böhmen und Mähren der Reichsjugendführung tätig, bevor er noch 1945 zum Leiter der Universitätskinderklinik in Hamburg berufen wurde. Und auch Prof. Dr. Kurt Hofmeier, zunächst Direktor des Kaiserin Auguste-Victoria-Hauses in Berlin, später Direktor an der Kinderklinik der Reichsuniversität Straßburg, agierte im Range eines Bannführers als Berater der HJ-Zentrale, und Dr. Carl Oskar Klipp, zunächst Staatskommissar für das Gesundheitswesen des Landes Thüringen und Gutachter am Erbgesundheits-Obergericht, ab 1936 Landesärztführer in Bayern und Leiter der bayerischen Ärztekammer sowie Hauptstellenleiter im Hauptamt für Volksgesundheit der NSDAP in München, war als stellvertretender Chef des Gesundheitsamtes der HJ-Zentrale und als Leiter des Medizinischen Dienstes des Reichsberufswettkampfes tätig, seit 1937 als Oberbannführer.

51 Zu den älteren HJ-Gebietsärzten zählte etwa Dr. Karl-Eugen Baumbach (geb. 1886), der als königlich-preussischer Stabsarzt schon im Ersten Weltkrieg gedient hatte und bis zum Beginn des Zweiten Weltkrieges Gebietsarzt des HJ-

lich (noch) nicht der NSDAP angehörende karrierewillige Jungmediziner, die sich von einer Tätigkeit im NS-Jugendverband Aufstiegsmöglichkeiten versprochen oder auch einfach nur keine Niederlassungsmöglichkeiten gefunden hatten.⁵²

An der Basis der HJ-Gesundheitsorganisation wirkten mehrere zehntausend HJ- und BDM-Angehörige, die Feldschere und Gesundheitsdienstmädel, die anhand einer speziellen Ausbildungsordnung für die Belange der medizinischen Grundversorgung geschult wurden.⁵³ Neben diesen zumeist in den unteren Einheiten tätigen und lediglich grundausbildeten Jungen und Mädchen, die von den HJ-Bannärzten und BDM-Untergauärztinnen angeleitet und geführt wurden, sind bevorzugt Medizin-, Zahnmedizin- und Pharmaziestudenten bzw. in der Ausbildung stehende Dentisten, Drogisten und Pfleger im Gesundheitsdienst der HJ verwandt worden, weil ihre medizinischen Vorkenntnisse einfach größer waren und die regionalen HJ-Führungen über die Berufsorganisationen, den NS-Studentenbund bzw. den NS-Ärztebund, außerdem relativ leichte Zugriffsmöglichkeiten auf die Jungmediziner hatten.⁵⁴ Die zu HJ-Sondereinheiten zusammengefaßten Feldschere hatten zunächst die gesundheitliche Überwachung und Sicherung des HJ-Dienstes in den Standorten sowie auf Fahrt und im Lager zu übernehmen und gleichzeitig als Multiplikatoren für die weitere Ausbildung von HJ-Sanitätern zu wirken. Später oblag ihnen die gesamte gesundheitliche Betreuung der im Rahmen der HJ-Kriegseinsatzmaßnahmen erfassten Jugendlichen. Im Dienst der Gesundheitsführung der HJ standen im Herbst 1938 mindestens 4.000 Ärzte, 800 Zahnärzte, 500 Apotheker, 40.000 Feldschere und 35.000 Gesundheitsdienstmädel; bei Bedarf - wie etwa den jährlichen Untersuchungen bei Eintritt in die HJ oder den Tauglichkeitsbegutachtungen für bestimmte Spezialdienste, die in den HJ-Gesundheitsdienststellen stattfanden - konnte auf 30.000 weitere Ärzte des Amtes für Volksgesundheit zurückgegriffen werden.⁵⁵

Inhaltlich konstituierend für den Aufbau und die Ausgestaltung der HJ-Gesundheitsorganisation waren ein neues Bild und ein neuer Stellenwert der Jugendmedizin und des Jugendarztes, zu dessen Entwicklung besonders Dr. Robert Hördemann, Chef des Gesundheitsamtes der Reichsjugendführung bis 1941, erheblich beigetragen hatte; danach trat - so die zentrale These - der neue Beruf

Gebietes Ruhr-Niederrhein war, aber auch Dr. Gustav Kühl (1891), Gebietsarzt für das HJ-Gebiet Mittelelbe; Prof. Dr. Karl Kötschau (1892), Leiter des Rassenpolitischen Amtes der Gauleitung und Gebietsarzt für das HJ-Gebiet Franken; Dr. Friedrich Blunck (1892), Gebietsarzt für das HJ-Gebiet Hamburg; Dr. Oskar Gundermann (1894), Gebietsarzt des HJ-Gebietes Wartheland; Dr. Alfred Engelstädter (1895), Gebietsarzt des HJ-Gebietes Bayerische Ostmark; Dr. Albert Voß (1897), Gebietsarzt des HJ-Gebietes Mecklenburg; Dr. Peter Cartellieri (1898), Gebietsarzt des HJ-Gebietes Tirol; Dr. Herbert Rau (1898), Gebietsarzt des HJ-Gebietes Ostland.

52 Zu dem jüngeren Gebietsärzten zählten etwa Dr. Karl-Heinz Krolow (geb. 1910), Gebietsarzt im HJ-Gebiet Kurmark/Mark Brandenburg; Dr. Gustav Feichtinger (1910), Gebietsarzt des HJ-Gebietes Salzburg; Dr. Julius Fink (1911), Gebietsarzt des HJ-Gebietes Steiermark; Dr. Hans Dietze (1911), Gebietsarzt des HJ-Gebietes Ruhr-Niederrhein; Dr. Fritz Brendler (1913), Gebietsarzt des HJ-Gebietes Niederschlesien; Dr. Horst Dreyer (1914), Gebietsarzt des HJ-Gebietes Berlin, später Verbindungsführer des SS-Sanitätswesens zur Reichsjugendführung; Dr. Alfred Feser (1915), Gebietsarzt des HJ-Gebietes Hochland.

53 Feldschere und UD- bzw. GD-Mädel wurden in zwölf Doppelstunden in folgenden Themenkreisen unterwiesen: Entwicklung und Aufbau des Menschen, Lebensvorgänge, Erste Hilfe, Erb- und Rassenpflege, Gesundheitspflege (darin: Wunden, Blutungen, Knochen- und Gelenkverletzungen, Bewußtlosigkeit, künstliche Beatmung und Herzmassage, Verbrennungen, Erfrierungen, Verätzungen, Verletzungen durch Strom und Schlangenbisse, Wassermot, Vergiftungen, Gaserkrankungen, Seuchen), Verhalten auf Marsch und Fahrt, Krankentransport und -pflege, Verbandlehre, Hilfsdienst bei Reihen- und Tauglichkeitsuntersuchungen; vgl. dazu DvHJ 7 (Gesundheitsordnung der HJ), S. 19 ff. (Ausbildungsprogramm für Feldschere und GD-Mädel); vgl. dazu auch VOBl., III/9, 7.3.1935 (Ausführungsbestimmungen der RJF zur Ausbildung von Feldschern und Jungapothekern); RB 26/IV, 14.7.1939 (Anweisung der RJF über die Gesundheitsdienstausbildung der 17jährigen BDM-Angehörigen); RB 18/K, 8.12.1939 (Anweisungen der RJF über die Ausbildung von GD-Mädeln); RB 62/K, 28.10.1940 (Richtlinien zur Fachausbildung von GD-Mädeln); Gebrdschr. RJF, 7/42, 1.3.1942 (Anweisung der RJF über die außerplanmäßige Einstellung von GD-Stellenleiterinnen in den HJ-Bannen); RB 6/42 K, 2.3.1942 (Anweisungen der RJF über die Gesundheitsdienstausbildung der 16- bis 18jährigen Hitlerjungen); ANBl. 4/42 (Erlaß des JFdDtR über die Verpflichtung zu Feldscherausbildung und -dienst in jeder HJ-Einheit, 11.3.1942); vgl. auch VHB, S. 583 f. (Anweisung der RJF über den Einsatz von Feldschern und GD-Mädeln im Gesundheitsdienst der HJ).

54 Vgl. etwa VOBl., V/13, 4.6.1937 (Vereinbarung der BDM-Reichsreferentin mit dem Amt Studentinnen der Reichsstudentenführung über den Einsatz von Medizinstudentinnen in der Gesundheitsarbeit des BDM); vgl. auch RB, 70/K (Befehl der RJF über den Einsatz der Medizinstudentinnen im Gesundheitsdienst der HJ, 9.12.1940).

55 Frankfurter Zeitung, 19.1.1939 (Angaben des HJ-Reichsarztes Robert Hördemann). Der letzte Reichsjugendführer bezifferte den Umfang der im Jahre 1939 für die HJ tätigen Mediziner fast deckungsgleich auf 3.700 HJ-Ärzte, 1.300 BDM-Ärztinnen, 800 Zahnärzte und Zahnärztinnen, 500 Apotheker und Apothekerinnen, 40.000 Feldschere und 35.000 Gesundheitsdienstmädel; vgl. Axmann, Das kann doch nicht das Ende sein, S. 97.

des Jugendarztes als Gesundheitsführer als ebenbürtige Figur an die Seite des politischen HJ-Einheitenführers. Habe sich der Arzt „bis zur Machtergreifung im wesentlichen nur mit der Aufgabe des Heilens beschäftigt“ und sich um die „Gesundheitsführung des Jugendlichen ... praktisch und theoretisch wissenschaftlich wenig gekümmert“, so hätte sich - „seitdem die Gedanken des Führers unser Handeln bestimmen“ - das „Bild in kürzester Zeit geändert“. Besonders den immer zahlreicher werdenden HJ-Ärzten sei „offenbar geworden“, daß zur Erfüllung ihres Berufes nicht nur die Hilfe für die Kranken und Schwachen gehöre, sondern daß zu dieser Aufgabe eine noch größere kommen müsse: „die Gesundheitsführung der Gesunden“; nur derjenige Arzt erfülle seinen Beruf ganz, der „Freund der Kranken und zugleich Führer der Gesunden“ sei.⁵⁶ Die vom Reichsjugendführer 1935 anlässlich der ersten Tagung der HJ-Gebietsärzte in Weimar aufgestellte Forderung zur Schaffung eines neuen Jugendarzt-Typus⁵⁷ beinhaltete auch, daß dieser sich in „treuester Kameradschaft“ an die Seite der HJ-Führerschaft stellen müsse. Die „Ärzte der Jugend“ hätten sich, so Hördemanns stolzer Rechenschaftsbericht, „in die Gemeinschaft der HJ eingegliedert“ und „ihr Wissen, Können und ihre Erfahrung der [politischen] Führung zur Verfügung gestellt“; diese „HJ-Ärzte“ hätten die Gesetze der HJ zu den ihrigen gemacht, sie seien „Kameraden der Jugend“ geworden und würden „durch das Zusammenleben mit der Jugend“ erkennen, daß der „Gesundheitsdienst“ nicht etwa als eine „Angelegenheit an sich“ betrachtet werden dürfe, sondern „eingeordnet“ werden müsse „in das System der totalen Erziehung“.⁵⁸

Noch deutlicher artikulierte Eberhard Kitzing, Hördemanns Stellvertreter im Amt für Gesundheitsführung der Reichsjugendführung, diese Dienstleistungsfunktion der praktischen Medizinalpolitik für die Staatsführung, als er forderte, daß die „gesundheitliche Arbeit des Jugendarztes klar als ein Bestandteil der weltanschaulichen Erziehungsarbeit [...] der nationalsozialistischen Bewegung herausgestellt“ werden müsse.⁵⁹ Die „Gesundheitsführung der Jugend“, nach Schirachs Forderungen von Robert Hördemann zu einem Konzept umgeformt, hatte lediglich die Funktion einer Magd der politischen und militärischen Führung zu erfüllen; sie müsse deshalb „schon beim Säugling, ja bei der schwangeren Mutter beginnen und durch das ganze Leben wahren“. Erst wenn „die junge Generation männlichen Geschlechts dann dem Musterungsarzt des Arbeitsdienstes kräftig und flink, zäh und hart zu treuen Händen übergeben“ werde, sei die „Pflicht erfüllt“. Hier habe „der Arzt eine Mission zu erfüllen“.⁶⁰ Dieses von den Reichsärzten der HJ formulierte, weit

56 Hördemann, Der Arzt als Gesundheitserzieher, S. 11; darin weiter: Nur derjenige Arzt habe die „Möglichkeit einer letzten Gestaltung der Jugendarbeit“, der die „Aufgabe des Heilens und des Gesundheitsführens“ verbindet; nur er werde zu einem „wahren Arzttum“ finden und seine „Aufgabe als Jugendarzt richtig erledigen. Nur ihm“ werde es „möglich sein, den für die Betreuung des einzelnen Jungen und Mädchens nötigen Einsatz aller Ärzte richtig zu steuern“.

57 Schirach hatte sich schon 1935 gegen eine den Formationsbetrieb der HJ behindernde übertriebene Aufmerksamkeit für die „von Haus aus schwächlichen Muttersöhnchen“ gewandt; statt dessen forderte er von seinen obersten Medizinern, wegen dieser „vielleicht 50 Schwächlinge nicht das Niveau der Tausend in einer Gemeinschaft herabdrücken“ zu lassen. Die Einheitenführer könnten dann eben nur „mit den 950 gesunden Kräften arbeiten“. Schließlich sei die HJ „kein großes Krankenpflegelager, keine Einrichtung, die dazu da ist, um die zurückgebliebenen zu schonen, sondern wir sind die Garanten der gesunden Jugend“. Diesem Anforderungsprofil müssen auch die HJ-Ärzte entsprechen. Diese dürften „nicht mehr der 'Onkel Doktor' sein, der hin und wieder am Krankenbett erscheint, sondern der HJ-Arzt ist der Typ eines neuen Arztes, der in Reih und Glied mit seinen Kameraden mitmarschiert“. Schirach postulierte, daß der HJ-Arzt „auf gesundheitlichem Gebiet dasselbe [sei], was der aktive HJ-Führer in der Formation“ ist, und forderte: „Der eine führt die Jugend auf ihrem Weg zur politischen und weltanschaulichen Erziehung und Höchstleistung, und der andere führt sie zur höchsten Kraft und Gesundheitsstufe“. Es gelte „heute [als] das höchste Ziel der Jugend des Dritten Reiches, die politische Volkskraft und die Volksgesundheit zu erkämpfen und zu erhalten“. Reichs-Jugend-Pressedienst, Nr. 224, 1.10.1935.

58 Hördemann, Der Arzt als Gesundheitserzieher, S. 11 f.

59 Kitzing, Erziehung zur Gesundheit, S. 325. Und nicht nur das: Die für die NS-Medizinalpolitik charakteristische Zweigleisigkeit, die die 'positive' Heranbildung und Auslese der „Vollwertigen“ immer mit der 'negativen' Aussonderung der „Minderwertigen“ verband, fand auch in der HJ ihren später handlungsbestimmenden Niederschlag. Schon das Programm der ersten Tagung der HJ-Gebietsärzte 1935 in Weimar spiegelte diese Komplementarität wider: Nach medizinischen Fachvorträgen über spezifische Aspekte der Jugendgesundheit und Referaten etwa über die „Organisation des Gesundheitswesens in Partei und Staat“ oder über „Bevölkerungspolitik und Rassenfrage“ folgte zur praktischen Anschauung nationalsozialistischer Gesundheits- und Sozialpolitik eine Exkursion nach Stadroda „zur Besichtigung der dortigen Asozialen-Abteilung“ der Landesheil- und Pflegeanstalt, verbunden mit einem Vortrag über die „thüringischen Methoden der Asozialen-Behandlung“; anschließend besuchten die obersten HJ-Mediziner wieder die „Gesunden“, das Gebietssportfest der Hitlerjugend. Programm und Referate der HJ-Ärzte-Tagung in Weimar, in: Reichs-Jugend-Pressedienst, Nr. 219, 25.9.1935, Nr. 224, 1.10.1935.

60 Hördemann, Der Arzt als Gesundheitserzieher, S. 9 ff.

über den traditionellen Rahmen der Humanmedizin hinausgreifende Ziel wurde in dem von Gerhard Joppich - neben seiner Tätigkeit für die Reichsjugendführung zugleich Gebietsarzt der HJ und Oberarzt an der Kölner Universitätskinderklinik - bearbeiteten Band von Dr. Heinrich Loew, Oberarzt an der Provinzialerziehungsanstalt Euskirchen und Bannarzt der HJ, weiter spezifiziert: Da „eine erfolgreiche Gesundheitsführung der Jugend ohne gleichzeitige Pflege des Körperlichen und des Geistig-Seelischen nicht denkbar“ sei, müsse es bei der angestrebten „totalen Zucht und Erziehung“ darauf ankommen, „daß die formenden und fördernden Einflüsse von allen drei Seiten gleichgerichtet auf das Ganze im Sinne eines einheitlichen Zieles“ einwirkten. Das „Ziel aller Erziehungsarbeit“ sei, „die Persönlichkeit des Einzelnen auf die höchstmögliche Stufe der Gesundheit, der Arbeitsleistung und der Gesinnung zu bringen“. Diese Aufgabe „verlange geradezu die einsatzbereite Mitarbeit des Arztes“; seine Bestimmung verpflichte ihn dazu, „die Jugend, das Krongut des Volkes, nicht nur vor jedem Schaden zu schützen“, sondern - als „Voraussetzung einer richtigen totalen Zucht und Erziehung“ - „ihre naturgemäße körperliche und geistig-seelische Aufwärtsentwicklung zu fördern“.⁶¹

11. 3 Die ersten Arbeitsgebiete der HJ-Medizinalorganisation

Die - in Anlehnung an die politische Menschenführung - Jugendgesundheitsführung genannte Gesundheitsarbeit der HJ konzentrierte sich zumindest in dem für die Öffentlichkeit sichtbaren Bereich auf folgende vier Aufgabenkomplexe: Zum Arbeitsgebiet der Jugendgesundheitspflege gehörten die regelmäßig anfallenden Reihenuntersuchungen, Gesundheitsappelle und Tauglichkeitsbegutachtungen; darüber hinaus umfaßte sie alle sich daraus ableitenden prophylaktischen Maßnahmen, die der Erhaltung, Förderung und Wiederherstellung der Gesundheit von Jugendlichen dienten. Die Aufgaben der Jugendgesundheitspflege wurden zumeist von beamteten Ärzten der Gesundheitsämter durchgeführt⁶², die in Ausübung dieser Tätigkeit zwar die neugeschaffene Bezeichnung „Jugendarzt“ trugen, aber dem jeweiligen Leiter der Gesundheitsämter unterstellt blieben, also letztlich eine staatliche Aufgabe erfüllten.

Die Jugendgesundheitspflege galt als „das Kernstück der offenen Gesundheitsführung“; während sich alle anderen Fürsorgezweige wie die Tbc- oder „Krüppelfürsorge“ mit Kranken befaßten oder wie die Säuglings- und Kleinkinderfürsorge auf dem Prinzip der Freiwilligkeit basierten, war durch die Gesundheitsführung der Jugend für den „wichtigsten Lebensabschnitt jedes Menschen“ eine „restlose Erfassung und Betreuung der Bevölkerung für 12 Jahre (vom 6. bis 18. Lebensjahr) garantiert“; daß sich die generellen Bestrebungen des Nationalsozialismus nach totaler Erfassung und Kontrolle auf dem Feld der Gesundheitspolitik vor allem und zunächst auf die jugendliche Bevölkerungsgruppe richteten und dort zumindest ansatzweise realisiert wurden, war natürlich kein Zufall, galt doch das Jugendalter als die Lebensphase, in der nach Auffassung von Sozialbiologen und Medizinern noch Einwirkungsmöglichkeiten vorhanden waren: Wegen der großen „Bedeutung dieses Lebensabschnittes, der zu einem sehr großen Teil die Grundentwicklung der Anlagen in körperlicher, geistiger und charakterlicher Beziehung in sich schließt“, komme der medizinischen Betreuung in dieser Phase die Priorität zu; „Fehler und Unterlassungen in dieser Zeit sind nachher oft nicht wieder gutzumachen“. Kurz: Was in der Jugendzeit an Auslese- und Behandlungsmaßnahmen versäumt werde, lasse sich in späteren Phasen nicht wieder reparieren; die Voraussetzungen für systemkonforme und leistungsfähige Arbeiter, Bauern und Soldaten sollten schon im Kindes- und Jugendalter geschaffen werden.⁶³

61 Loew, Jugendgesundheitsführung und Psychologie, S. 389 ff. Ausgehend „von der rassischen Erkenntnis“, daß „der Einzelne aus dem größeren Ganzen (Rasse, Volk) erwächst und aus diesem Ganzen seine organischen, formbildenden schöpferischen Kräfte“ erhalte, sei es „notwendig, die geistig seelische Wesensart der Jugendlichen in ihren einzelnen Entwicklungsphasen zu kennen“. Die um rassistisch-biologistische Sozialtechniken erweiterte Rolle des Jugendarztes erfordere, „auf die Wesenserfassung des Jugendlichen aus seiner durch Rasse und Vererbung fest bestimmten körperlich-seelischen Artung“ vorzustoßen. Das „eigentliche Kerngebiet des Ganzen“ sei „also die Charakterologie des Kindes und Jugendlichen“, die ihre „letzten Einsichten aus der Charaktererblichkeit“ schöpfe, „was nur auf dem Wege der Sippenforschung möglich“ sei.

62 Vgl. dazu RB, 18/41K (Anweisung der RJF über die Durchführung sämtlicher Tauglichkeitsuntersuchungen der HJ durch staatliche Gesundheitsämter, 16.4.1941).

63 Liebenow, Der Jugendarzt im Kriege, S. 115; vgl. auch Gebrdschr. RJF, 5/40 (Anweisung der RJF, mit vom RMdI zusätzlich bereitgestellten Finanzmitteln für die Jugendgesundheitspflege weitere HJ-Ärzte einzustellen, November 1940).

Das Arbeitsgebiet der Jugendgesundheitssicherung entwickelte sich als weitgehend HJ-autonomer Tätigkeitsbereich, in dem ausschließlich HJ-Ärzte wirkten, die der Befehlsgewalt der jeweiligen (politischen) Einheitenführer unterstanden. Die Verquickung von politischer und medizinischer Jugendführung implizierte schon im Ansatz eine Unterordnung der letzteren unter den Primat der Politik; die „in der Gesundheitsführung der HJ angeordneten Maßnahmen“ könnten erst dann „ihren vollen Wert [gewinnen], wenn eine enge Zusammenarbeit zwischen HJ-Arzt und HJ-Führer besteht“.⁶⁴ Damit kein „Junge beim Dienst schlapp macht oder sonst irgendwie auffällig“ wurde, sollten die HJ-Einheitenführer schon bei der Konzeption der Dienstgestaltung von den HJ-Ärzten darüber belehrt werden, „wie sie sinn- und planvoll einen Jugendlichen abhärten können“.⁶⁵

Zu den Aufgaben der vorwiegend durch die HJ-Medizinalorganisation geleisteten Jugendgesundheits-sicherung gehörte vor allem die gesundheitliche Betreuung der HJ-Angehörigen beim Dienst und allen sonstigen Veranstaltungen.⁶⁶ Als typisch können die gesundheitsüberwachenden Maßnahmen in Lagern, auf Fahrt, in Jugendherbergen, auf Sportplätzen und bei Massenveranstaltungen angesehen werden, so etwa die medizinische Überwachung und Betreuung der Aufmärsche und Großkundgebungen auf den Reichsparteitagen; als am Parteitag „Großdeutschland“ im Jahre 1938 mehr als 50.000 Jugendliche teilnahmen, die im Großlager Langwasser in 12.000 Zelten und Baracken untergebracht waren, trugen die HJ-Gesundheitsbeauftragten die Verantwortung für die allgemeine Hygiene, so etwa die Errichtung und den Betrieb von 45 Brause- und 36 Waschanlagen, 50 Holztoiletten und einer Reihe von Arztstellen und Sanitätspunkten.⁶⁷

Angeleitet von HJ-Ärzten, war die Jugendgesundheits-sicherung das bevorzugte Einsatzgebiet von Feldschirmen und Gesundheitsdienstmädeln. Als besonders im Kriege die HJ-Arbeit immer stärker in Heime und Lager verlagert wurde, entwickelte sich dieser Bereich zum operativ wichtigsten Arbeitsgebiet und galt - wegen der Sicherung der Kriegseinsätze etwa im Rahmen der Kinderlandverschickung, der Wehrrertüchtigungslager, der Sportveranstaltungen, der Landdienstlager und Jugendwohnheime - als besonders kriegswichtig. Weil gerade die Ausbildung von Feldschirmen und Gesundheitsdienstmädeln „von großer wehrpolitischer Bedeutung“ sei, sollte sie „unter allen Umständen“⁶⁸ gesichert werden. Da die meisten HJ-Ärzte im militärischen Kriegseinsatz standen und an der ‚Heimatfront‘ nicht mehr verfügbar waren, sah ein Erlaß des Reichsjugendführers vor, mindestens zehn Prozent der HJ-Angehörigen mit einer medizinischen Grundausbildung zu versehen, ein Vorhaben, das zwar den Stellenwert der Gesundheitsführung deutlich machte, letztlich aber schon wegen fehlender Ausbildungskapazitäten nicht verwirklicht werden konnte: Die als Schulungskräfte vorgesehenen klinischen Mediziner, DRK-Angehörigen oder Militärärzte waren zum überwiegenden Teil in die medizinische Versorgung der Wehrmacht und der bombengeschädigten Zivilbevölkerung einbezogen.

Die Jugendgesundheits-erziehung, drittes und ebenfalls ausschließlich von der HJ gestaltetes Arbeitsgebiet der Gesundheitsführung der Jugend, stieß besonders während des Krieges auf „große Schwierigkeiten“; wie die Reichsjugendführung 1944 euphemistisch und enthüllend zugleich umschrieb, sei es „nicht leicht, eine Gesundheitserziehung zu treiben, wenn die notwendigen Körperpflege- und Nahrungsmittel nur beschränkt zur Verfügung stehen“; da aber „Kriegszeiten für die Hygiene und Gesundheitserziehung des Volkes immer eine Gefahr“ bildeten, werde es

64 Kitzing, Erziehung zur Gesundheit, S. 326.

65 Hördemann, Der HJ-Arzt als Gesundheitsführer, S. 65 ff.

66 Neben der ereignisbezogenen Leistung von Erster Hilfe waren die HJ-Ärzte im Rahmen der präventiv orientierten Gesundheitssicherung für die „Überwachung der Dienstgestaltung“ zuständig; dabei hatten die Ärzte etwa „zu überprüfen, ob der Jugendliche den geforderten Leistungen gewachsen ist, und darauf zu achten, daß bei der Dienstplanung den Jugendgenossen genügend Ruhe und Schlaf gewährt“ wurde. Hinzu kam die „Überwachung der Tauglichkeit“, weil „an jedem Dienst nur die Jugendgenossen teilnehmen [durften], die tauglich“ waren und dies „durch Eintragung in den Tauglichkeitsausweis oder durch die Gesundheitsappell-Bescheinigung nachweisen“ konnten. Zum Aufgabenkreis gehörte auch die „Überwachung der Dienstausbildung“; so galt es „sicherzustellen, daß bei jedem Dienst geschulte Kräfte des Gesundheitsdienstes zur Verfügung“ standen, die „erste Hilfe leisten“ konnten. Als wichtiger Bereich galt auch die Überwachung der „Seuchengesetze“, deren Einhaltung detailliert erläutert wurde; makabrer ‚Höhepunkt‘: „Es ist verboten, einem an einer ansteckenden Krankheit verstorbenen Kameraden das Begräbnisgeleit zu geben.“ DvHJ, 7, S. 42 ff. (Gesundheitsordnung der HJ).

67 Die HJ, 15.10.1938.

68 BA, NS 26/358 (Kriegsgeschichte der HJ, 1944).

„daher dringend notwendig sein, nach dem Kriege mit der Jugendgesundheitserziehung, die zu den schönsten Aufgaben der Hitler-Jugend-Ärzte gehört, auf breiter Grundlage zu beginnen [!] und sie in einer Form durchzuführen, die die gesamte Jugend erfaßt“ und anspricht. Dennoch sei es „falsch“, während des Krieges völlig auf eine Gesundheitserziehung zu verzichten. So galt 1944 als Minimalforderung, „die Jugend unermüdlich darauf hinzuweisen, ... daß es auf die Erhaltung der Arbeitsfähigkeit [!] eines jeden ankomme“. ⁶⁹ Schon 1942 war „die Durchführung der Gesundheitsbelehrung“ als die „wichtigste Aufgabe der gesundheitsführenden Tätigkeit des Arztes“ bezeichnet worden, da sie für die „Erziehung von gesunden, leistungsfähigen, willensstarken, einsatzbereiten deutschen Menschen unbedingt erforderlich“ sei. Durch „Belehrung“ über die Sachgebiete Körperpflege, gesunde Wohnung, Kleidung, Ernährung, Alkohol- und Nikotingenuß sowie Geschlechtskrankheiten sollte dafür gesorgt werden, „daß die persönliche Lebensführung der Führer und Führerinnen und der Gefolgschaft gesund wird“. Neben der „Aufklärung über die gesundheitsschädigende und characterschwächende Wirkung des Alkohol- und Nikotinmißbrauches“ galt der HJ-Arzt „auf Grund seiner biologischen Kenntnisse“ als „der berufene Mittler“ für einen Einsatz in der „rassen- und bevölkerungspolitischen Schulung“; ein „Rednerausweis des Rassenpolitischen Amtes“ war deshalb „erforderlich“. ⁷⁰

Wie bei der Gesundheitserziehung war auch auf dem vierten Arbeitsgebiet der Jugendgesundheitsführung, der als *ärztliche Jugendkunde* bezeichneten jugendärztlichen Forschung, nur ein Notprogramm möglich. Die erst im Dezember 1942 in Berlin gegründete Jugendärztliche Akademie blieb ebenso im Anfangsstadium stecken wie entsprechende Forschungsstellen und Ausbildungsstätten für Jugendmediziner, so daß die Reichsjugendführung in ihrer Kriegsbilanz eingestehen mußte, daß „die Leistungsbreite und die Entwicklung der Jugendlichen, namentlich im [HJ-]Alter von 14 bis 18 Jahren, relativ unbekannt“ seien. ⁷¹

Ungeachtet derartiger Defizite waren die von der Reichsjugendführung innerhalb des Gesamtbereiches der Jugendgesundheitsführung verfolgten Bestrebungen vielfältig. Allein im Rahmen des Komplexes der Jugendgesundheitspflege gehörten neben den Gesundheitsüberprüfungen und Tauglichkeitsbegutachtungen bei Eintritt in die Schule und in die HJ auch die gesundheitliche Überwachung, Betreuung und Schulung innerhalb der HJ-Organisation zum Aufgabenkreis der HJ-Medizinalorganisation. Hinzu kamen die im Hinblick auf später zu erbringende vollwertige Arbeitsleistungen auch außerorganisatorisch unternommenen Kontrollen der Gesundheit, der Hygiene und der Zahnpflege, die hinsichtlich einer angemessenen physiologischen Beanspruchung vorgenommenen Anleitungen und Überwachungsaktivitäten von Sport, Leibesübungen und Wehrrüchtigung sowie die im Kontext rassenhygienischer und bevölkerungspolitischer Gesichtspunkte praktizierte sexuelle Aufklärung. Darüber hinaus bestanden aber noch weitergehende Ziele: Wie weiter unten gezeigt wird, gehörten dazu eine durchaus praktische, rassenpolitisch und erbgenehmlich motivierte Selektionstätigkeit, aber auch Bemühungen um die Bereitstellung und die Ausbildung von Nachwuchs für pflegerische und ärztliche Berufe und für Tätigkeiten an der medizinischen Peripherie wie Apotheker, Drogisten und Pharmazeuten, sowie die direkte Einschaltung in unmittelbare gesundheitsherstellende Prozesse etwa bei der Betreuung von Verwundeten in Lazaretten.

Die Ergebnisse der präventiv ausgerichteten Gesundheitsführung erbrachten zwar auch eine Reihe von positiven Effekten, etwa bei der Früherkennung von Krankheiten, der partiellen Verbesserung von Arbeitsbedingungen für Jugendliche und der Aufstellung von medizinisch vertretbaren Richtlinien für die Gestaltung des HJ-Dienstes. ⁷² Hinzu trat der von HJ-Medizinern und Sozialpolitikern bis weit in die Kriegszeit hinein betriebene Auf- und Ausbau eines Jugenderholungswerkes zur Regeneration der Arbeitskraft von gesundheitlich gefährdeten Jugendlichen. ⁷³

69 Ebenda.

70 DvHJ 7, S. 42 ff. (Gesundheitsordnung der HJ). Vgl. auch die als Aufklärungsmaterial verbreiteten Schriften etwa von Kitzing, Gesundheitsführung der HJ; Ders., Kampf der Erkältung; Kuhlo, Gesundheit und Schönheit; oder Frey, Hygienische Erziehung.

71 BA, NS 26/358 (Kriegsgeschichte der HJ, 1944).

72 Vgl. Thom, Mitwirkung der deutschen Ärzteschaft, S. 17 ff.

73 Vgl. dazu RB, 23/IV (Richtlinien des Hauptamtes für Volkswohlfahrt über die Zusammenarbeit von NSV und HJ auf dem Gebiet der Jugenderholungspflege, 23.6.1939). Vgl. vor allem RB, 1/42 K, 25.1.1942 (Vereinbarung zwischen

Dies alles führte zu einer hohen Akzeptanz der Jugendgesundheitsführung bei Jugendlichen und ihren Eltern. Generell war aber zu beobachten, daß die ursprünglich mit der Einrichtung des Gesundheitsdienstes verbundenen Intentionen und die - nicht ohne Absicht gerade im Sozialen Amt der Reichsjugendführung und den Sozialabteilungen der HJ-Gebiete errichteten - Strukturen und Einrichtungen der allgemeinen Gesundheitsüberwachung und der Hygiene mit den Jahren immer stärker der Vision einer „Leistungssteigerung“ zum Opfer fielen, mit dem Resultat, daß „schon vor dem Kriege, ob der steigenden physischen und psychischen Anforderungen an die Jugendlichen, Gesundheitschädigung[en] besonderen Ausmaßes“ zu konstatieren waren; Sport, Leibesübungen und Wehrrertüchtigung waren mit erheblichen „Kraftanstrengungen verbunden, die unverhohlen den Charakter vormilitärischer Exerzitien trugen“.⁷⁴

Zwar waren vom Reichsjugendführer gesundheitsgefährdende Aktivitäten im Rahmen des HJ-Dienstes schon 1934 untersagt worden⁷⁵, dies diente aber eher einer Beruhigung der Öffentlichkeit und der Elternschaft. Die Realitäten sahen vielfach anders aus: Wie bereits in einem anderen Zusammenhang erwähnt, wurde in einer geheimen Unfallstatistik der Reichsjugendführung HJ-intern mitgeteilt, daß in der Zeit vom April 1933 bis zum August 1939 allein 649 Todesfälle in der HJ zu verzeichnen waren, „die in einem ursächlichen Zusammenhang mit dem HJ-Dienst“ standen.⁷⁶ Und auch die Folgen der geschlechtlichen 'Aufklärung' im NS-Jugendverband, in der „die muffige Sexualauffassung früherer Jahre mit dem neudeutschen Postulat möglichst vielen erbgesunden Nachwuchses ein unheiliges Bündnis“ eingegangen war, sahen anders aus als gewünscht. „Hemmungslose Exzesse“ in HJ-Lagern, eine dramatisch ansteigende Zahl lediger junger Mütter zwischen 14 und 20 Jahren - als Kindsväter kamen „in vielen Fällen zwei oder mehrere Kameraden in Frage“ -, veranlaßten nicht wenige Eltern, ihre Töchter aus Angst vor Schwangerschaften vom BDM-Dienst fernzuhalten; auf der anderen Seite stand eine bei „erfahrenen“ 14- und 15jährigen Hohn und Spott erweckende „wie ehemals in unklaren Andeutungen steckenbleibende Aufklärung, die den „Widerspruch zwischen spießiger Sexualmoral und pseudorevolutionärem Biologismus“⁷⁷ deutlich offenbarte.⁷⁸ Schließlich gehörten auch Fragen der „Ehehygiene“ zum Komplex der Gesundheitsführung. Mit dem Erlass des Reichsjugendführers, der das Einholen von Heirats- und Verlobungsgenehmigungen für alle HJ-Führer zur Pflicht machte⁷⁹, sollte sichergestellt werden,

der RJF und dem Hauptamt für NS-Volkswohlfahrt über die Durchführung der Jugenderholung, 25.1.1942); danach übernahm die HJ die „Entsendung gesunder Jugendlicher ... zur Erholung und Ertüchtigung ihrer Gesundheit und Leistungskraft“, während die NSV-Jugenderholungspflege für die „Entsendung von gesundheitsgefährdeten Kindern und Jugendlichen“ zuständig war, „die zur Wiederherstellung ihrer Gesundheit einer Erholung mit besonderer pflegerischer Betreuung“ bedurften. Damit das Hauptamt für Volkswohlfahrt die NSV-Jugenderholungspflege nach den „Erziehungsgrundsätzen der Hitler-Jugend“ durchführte, ist - wie in zahlreichen anderen Bereichen auch - zum Leiter der Jugenddienststelle der NSV ein HJ-Führer ernannt worden. Vgl. auch RB, 16/43 K (Anweisungen des RJF für die Durchführung des Erholungswerkes der HJ für die Dauer des Krieges, 29.4.1943).

74 Kater, Gesundheitsführung, S. 360.

75 Vgl. dazu Schirach, Idee und Gestalt, S. 212.

76 BA, NS 28/30, Bl. 1 (Schirach an Amtschefs, Obergauführerinnen und Gebietsführer, 4.9.1939, geheim).

77 Kater, Gesundheitsführung, S. 361 f.

78 Zwei Begründungsmuster, die zur Thematik „Reifezeit“ 1944 in einem Band erschienen sind und als Anleitung für die sexuelle „Aufklärung“ Jugendlicher gedacht waren, können die Bandbreite der Behandlung dieses Themas illustrieren, die von verschämter, religiös verbrämter Umschreibung bis zur deutlichen Herausstellung seiner bevölkerungspolitischen Bedeutung reichte: Während etwa die Vertreterin der Reichsfrauenführung allen Ernstes empfahl, auf die Frage, wie das Kind denn in die Mutter „hineingekommen“ sei, dergestalt „wahrheitsgemäß“ zu antworten, „daß Gott in einem Augenblick innigster Verbindung zwischen Vater und Mutter das neue Leben im Mutterleib entstehen und dann wachsen“ ließ - schließlich bliebe diese „Peinlichkeit“, auch wenn man den „Vorgang der Zeugung haarklein beschreiben“ würde, „auch dem Erwachsenen, ja [selbst] dem Weisen immer ein Wunder“ -, reagierte ein praktischer Arzt auf die „geschlechtlichen Erfahrungen des Jugendalters“ mit nüchternem Pragmatismus: Da „das Liebesleben der einzelnen deutschen Männer und Frauen der Kraftquell“ sei, „aus dem das Leben unseres ganzen Volkes“ ströme, sei es „eine der wichtigsten völkischen Aufgaben“, die Jugend „für die artgerechte Begegnung mit dem anderen Geschlecht in körperlicher wie in geistiger Beziehung vorzubereiten“. Neben einer detaillierten Aufklärung über die Bereiche „Selbstbefriedigung“, „gleichgeschlechtliche Verirrung“ und „vorzeitiger Geschlechtsverkehr“ erinnerte er an „unsere Aufgabe, an der Beseitigung der wirtschaftlichen Mißstände zu arbeiten, die einer Frühe unserer Jugendlichen im Wege stehen“. Jugend und Elternhaus, S. 20, 33 ff.

79 Vgl. ANBl., VI/24, 25.11.1938, und VHB, S. 789 ff.; veröffentlicht bei Jahnke/Buddrus, Deutsche Jugend, S. 157 ff. (Verfügung des RJF über das Einholen von Verlobungs- und Heiratsgenehmigungen für HJ-Führer, 25.11.1938; dazugehörige Ausführungsbestimmungen, 18.1.1939); diese schrieben das Anlegen von Sippenfragebögen, Untersuchungen auf Erbgesundheit und die Erteilung eines Ehefähigkeitszeugnisses vor. Vgl. dazu auch die Darstellung im Kapitel 5.

daß entsprechende Erlaubnisse zur Familiengründung „nur für erblich vollwertige Partner erteilt“ wurden.⁸⁰ Diese sind dann im Organ des NS-Jugendverbandes *Die HJ* veröffentlicht worden.⁸¹

11. 4 „Gesundheit ist Pflicht“

Im Jahre 1939 erreichten die gesundheitspolitischen Bemühungen der HJ-Zentrale einen Höhepunkt; schon zu Beginn dieses vom Reichsjugendführer in seiner obligaten Neujahrsansprache zum „Jahr der Gesundheitspflicht“ deklarierten Zeitraumes sollte im Jugendbereich „ein Frontalangriff auf die Schäden der deutschen Volksgesundheit“⁸² einsetzen. Gerade im Bereich der Gesundheitsführung, in dem die HJ - wie so oft - als Vorreiter und als Testfeld für auf die gesamte Gesellschaft gerichtete Bestrebungen agierte, kamen die an anderer Stelle beschriebenen nivellierenden Entindividualisierungstendenzen und die totalitären Funktionalisierungsbestrebungen der NS-Führung besonders deutlich zum Ausdruck: Da der Nationalsozialismus „von der rassischen Erkenntnis ausgehe, daß der Einzelne aus dem größeren Ganzen“ erwache und aus „diesem Ganzen seine organischen, formbildenden, schöpferischen Kräfte“ erhalte, daß also „über jedem Einzelorganismus der Organismus des Volkes und dessen Autorität, also die politische Führung“ stehe, die - nach Hitler - allein berufen sei, „den Lebenskampf der Nation zu organisieren und zu leiten“⁸³, sollte im „Jahr der Gesundheitspflicht“ definitiv darangegangen werden, die „jüdisch-marxistische Parole vom 'Selbstbestimmungsrecht über den eigenen Körper' endgültig“ abzulösen.

Das „Jahr der Gesundheitspflicht“ stand unter der apodiktischen Parole „Ihr habt die Pflicht, gesund zu sein“. In der HJ-amtlichen Ausdeutung des Begriffes „Gesundheitspflicht“, der „immer und immer wieder dem Jugendlichen und auch dem Erwachsenen eingehämmert werden“⁸⁴ müsse und der die „letzte Liquidation einer Epoche jüdisch-materialistischer Denkweise“⁸⁵ bedeute, offenbarten sich Bestrebungen einer bewußt forcierten Entpersönlichung, die die Absichten der HJ-Sozialingenieure, die ihnen anvertrauten Kinder und Jugendlichen zugunsten der Volksgemeinschaft von ihrem eigenen Körper zu enteignen, besonders sinnfällig werden ließen: In den vom Reichsarzt der HJ Anfang 1939 aufgestellten „Zehn Geboten zur Gesundheitspflicht“ hieß es an erster Stelle: „Dein Körper gehört deiner Nation, denn ihr verdankst du dein Dasein, du bist ihr für deinen Körper verantwortlich“.⁸⁶ Gesundheit war jetzt, zumindest tendenziell, kein Wert mehr an sich, sondern lediglich eine Voraussetzung zu optimaler Leistungsbereitschaft und Einsatzfähigkeit. Zur dekretierten Gesundheitspflicht gesellte sich als Komplement der Verlust des privaten Rechts auf Krankheit und den eigenen Körper.⁸⁷ Nach den vom Gesundheitsamt verbreiteten „neuen Erkenntnissen“ über „das Wesen der Krankheit“ galt in der HJ die Devise, „daß alle Krankhei-

80 NSG, 19.1.1939.

81 Vgl. z.B. Die HJ, 15.10.1938. Unter der Rubrik „Aus der HJ“ hieß es dann: „Der Reichsjugendführer erteilt Heiratsgenehmigung an: Gebietsführer Ottokar Lorenz mit Fräulein Dorothea Jendryssel, ... Bannführer Heinz Kniesing mit der Mädelscharführerin Henriette Kuhn ...“ usw.

82 Hitler-Jugend 1933 - 1943, S. 39.

83 Loew, Jugendgesundheitsführung und Psychologie, S. 389 f.

84 Kitzing, Erziehung zur Gesundheit, S. 327.

85 Kaufmann, Das kommende Deutschland, S. 89.

86 Die anderen neun Gesundheitsgebote lauteten: „2. Du mußt dich stets sauberhalten und deinen Körper pflegen und üben. Licht, Luft und Wasser helfen dir dabei. 3. Pflege deine Zähne. Auf ein kräftiges, gesundes Gebiß kannst du stolz sein. 4. Iß reichlich rohes Obst, rohe Salate und Gemüse, nachdem du sie gründlich mit sauberem Wasser gereinigt hast. Im Obst sind wertvolle Nährstoffe enthalten, die beim Kochen verlorengehen. 5. Trink flüssiges Obst! Laß den Kaffee den Kaffeetanten, du hast ihn nicht nötig. 6. Meide Alkohol und Nikotin, sie sind Gifte und hemmen dein Wachstum und deine Arbeitskraft. 7. Treibe Leibesübungen! Sie machen dich gesund und widerstandsfähig. 8. Du mußt jede Nacht mindestens 9 Stunden schlafen. 9. Übe dich in der ersten Hilfe bei Unglücksfällen. Du kannst dadurch der Lebensretter deiner Kameraden werden. 10. Über all deinem Handeln steht das Wort: Du hast die Pflicht, gesund zu sein.“ Zitiert nach Kaufmann, Das kommende Deutschland, S. 89. Der SD vermerkte, daß „von allen Seiten die von der HJ für das Jahr 1939 ausgegebene Parole des Gesundheitsjahres ... besonders begrüßt“ worden sei, weil - so ist es in der Bevölkerung fälschlich registriert worden - in ihm „der Kampf gegen den Alkohol- und Nikotinmißbrauch im Vordergrund stehen“ sollte; dies erschien den Berichterstattem offensichtlich notwendig, weil besonders „in Pommern und Ostpreußen eine außerordentlich starke Zunahme des Branntweinverbrauchs zu verzeichnen“ war. Meldungen aus dem Reich, S. 112 (Jahreslagebericht 1938).

87 Einige Monate nach Kriegsbeginn postulierte etwa Reichsgesundheitsführer Conti, nunmehr könne niemand mehr „das Recht haben, seine Arbeitskraft, seine Gesundheit als persönliche, private Angelegenheit zu betrachten, mit der er schalten und walten kann wie er will. Das gilt schon für den Frieden, wieviel mehr für Kriegzeiten“; zitiert nach Kater, Gesundheitsführung, S. 351.

ten, abgesehen von Unfällen und Erbkrankheiten, immer als Folge einer unsachgemäßen Lebensführung anzusehen“ seien. Deshalb war bei allen Jugendlichen durch eine adäquate Gesundheits-erziehung der „eiserne Wille“ auszuprägen, „durch eine Änderung der Lebensführung dem Körper die Bedingungen zu verschaffen, die er braucht, um gesund und leistungsfähig zu sein“. ⁸⁸

Gesundheit bedeutete alles; wer krank war, galt als Versager. Eberhard Kitzing, stellvertretender Chef des Gesundheitsamtes der HJ-Zentrale, der am 8. Oktober 1941, einen Tag vor der vollmundigen Ankündigung des Reichspressechefs Dietrich, daß „die militärische Entscheidung im Osten gefallen“ und Rußland „erledigt“ sei, gefallen ist, hatte noch wenige Wochen vor seinem 'Heldentod' formuliert, daß jeder Deutsche jederzeit „die Pflicht [habe], so zu leben, daß er gesund und leistungsfähig bleibt. Krankheit ist ein Versagen[!]. Wer krankheitshalber am Arbeitsplatz fehlt, ist ein schlechter Arbeiter. Der Kranke ist nicht zu bemitleiden. Der Arzt ist nicht der barmherzige Samariter, sondern Mitkämpfer des Kranken“, der sich „in diesem Kampf völlig einsetzen“ müsse. Was ein kranker Jugendlicher „durch seine schlechte Lebensführung verloren“ habe, müsse er sich „selbst wieder erkämpfen“. Dies sei „die Einstellung zur Krankheit, die von jedem deutschen Menschen verlangt werden“ müsse; „es ist dies eine kämpferische Einstellung“. ⁸⁹

Zur Durchsetzung der Gesundheitspflicht sind vom Amt für Gesundheitsführung der Reichsjugendführung im Frühjahr 1939 entsprechende Richtlinien erlassen worden, die alle Aspekte des Gesundheitsdienstes verbindlich regeln sollten. ⁹⁰ Diese in der ersten Gesundheitsordnung der HJ vom 1. Mai 1939 ⁹¹ niedergelegten Prinzipien bildeten mit den in der HJ-Jahresparole von 1939 proklamierten Grundsätzen zur „Gesundheitspflicht“ den Kern einer Konzeption, die auf die Etablierung eines neuen Menschenbildes zielte. Ausgehend von unhinterfragt akzeptierten „biologischen Gesetzen“ erstrebte man einen „gesunden, körperlich leistungsfähigen und seelisch harmonischen Menschen“, der auf „Sauberkeit des Körpers, des Geistes und ihrer Umwelt“ achtete. ⁹² Damit begannen sich auch im Jugendsektor Tendenzen und Praktiken durchzusetzen, die im Bereich der ebenfalls funktionalisierten Erwachsenenmedizin ihre Entsprechung fanden. Der Zusammenhang von Politik und beginnender Vernichtung - manifestiert in einem sich als Wissenschaft gebärdenden Rassismus - materialisierte sich bevorzugt in Maßnahmen zur Selektion und Ausmerze, mit denen „Träger artfremden Blutes“ ebenso ausgegrenzt wurden wie „Volksschädlinge“, „asoziale Elemente“ und überhaupt alle „Minderwertigen“, die ihrer „Pflicht zur Arbeit“ nicht nachkamen oder nachkommen konnten; „durchtränkt von einer biologistischen Leistungs-ideologie“ lagen diese Schritte auf dem Weg zu einer völkisch erneuerten Volksgemeinschaft folgerichtig in der „Konsequenz des zu politischer Macht gekommenen Rassismus“. ⁹³

11.5 Die HJ-Medizinalorganisation auf dem Weg in den Krieg

Während die HJ-Gesundheitsorganisation im Jahre 1939 einen Umfang und einen Stand erreicht hatte, der ihr - unter Friedensbedingungen - das erfolgreiche Agieren in der nunmehr auf fast neun Millionen Mitglieder angewachsenen HJ ermöglichte, ist die Kriegsorganisation des Militärmedi-

88 Kitzing, Erziehung zur Gesundheit, S. 326 f.

89 Ebenda, S. 327 f.

90 Vgl. DvHJ 7 (Gesundheitsordnung der Hitler-Jugend). Als „Grundlage für Gesundheitsarbeit“, so Kitzing, Erziehung zur Gesundheit, S. 325, galten neben dieser Gesundheitsordnung der HJ auch die als „wissenschaftliches Handbuch“ bezeichneten Ausarbeitungen des von Hörde mann herausgegebenen Sammelbandes Die Gesundheitsführung der Jugend, die im Rahmen der Arbeitsrichtlinien der HJ erlassene Bestimmungen - wie etwa Gesunde Lebensführung - und als Ausbildungsvorschriften der HJ verfügte grundsätzliche Anweisungen, wie z.B. Der Gesundheitsdienst der HJ oder Der Gesundheitsdienst des BDM, aber auch Schriften wie die von Kitzing, Du hast die Pflicht, gesund zu sein!, Abhärtung durch Körperpflege, oder auch Jungen im Gesundheitsdienst; hinzu kamen Broschüren der Reihe Gesundheitsführung der HJ, wie Alkohol und Tabak, Zähne in Not, Gesund durch richtige Ernährung, Abhärtung durch Körperpflege, Reif werden - rein bleiben, die die Bestimmungen und Verhaltensregeln zu einzelnen Problemkreisen fixierten.

91 Diese HJ-Gesundheitsordnung ist jedoch durch einen weiter unten skizzierten Erlaß vom März 1940 nach nur einem Jahr schon wieder aufgehoben bzw. modifiziert worden. Vgl. ANBl., 1940, S. 7 f. (Gemeinsamer Runderlaß des RMdI, des JFdDtR und des RMWEV über die Durchführung der Jugendgesundheitspflege, 6.3.1940). Vgl. auch die sich innerhalb eines Jahres wandelnde Schwerpunktsetzung bei Hörde mann, Die Gesundheitsführung der Jugend, und Ders., Verbesserter Jugendgesundheitsdienst.

92 NSG, 19.1.1939.

93 Vgl. Frei, Einleitung, in: Medizin und Gesundheitspolitik, S. 11 ff.

zinwesens dramatisch vernachlässigt worden. Allein der personelle Rückstand auf diesem schon zu Beginn des Krieges hochgradig unterversorgten Sektor konnte nie wieder aufgeholt werden, zumal mit dem weiteren Verlauf des Krieges die Zahl der zu versorgenden Verwundeten überproportional zunahm. Den Führungen von Wehrmacht, Staat und Partei war in der Planungsphase des Krieges zwar bewußt, daß im Falle eines Krieges ein großer Teil der im zivilen Bereich tätigen Ärzte zur Wehrmacht eingezogen werden würde, weshalb der Themenkomplex Militärmedizin in der medizinischen Aus- und Weiterbildung nicht unerheblich berücksichtigt wurde. Völlig verkalculiert hatte man sich jedoch mit dem Umfang der zu schaffenden Militärmedizinorganisation: Der Wehrmacht, die bei Kriegsbeginn über nur 1.861 aktive Sanitätsoffiziere verfügte, mußten durch Notbestellungen von hochsemestrigten Studenten noch im Herbst 1939 mehr als 6.000 Ärzte zusätzlich zur Verfügung gestellt werden, damit sie auf diesem Feld überhaupt kriegsfähig agieren konnte.⁹⁴ Die Personalausstattung des im Prozeß der Hochrüstung zu Ende der 30er Jahre schlicht vergessenen bzw. hochgradig unterschätzten Bereichs der Militärmedizin war mit dafür verantwortlich, daß die im Jugendgesundheitsbereich tätigen Ärzte, Mediziner und Studenten in wachsender Zahl an die Wehrmacht abgegeben werden mußten; dieser mit dem Kriegsverlauf immer größer werdende Abzug ließ die Gesundheitsorganisation der HJ ab Sommer 1944, als die Wehrmachtsverluste bislang nicht gekannte Dimensionen erreichten, schließlich zusammenbrechen und die Jugendgesundheitsführung kollabieren.

Davon war zwar 1939 noch kaum etwas zu verspüren: Schon drei Tage nach Kriegsbeginn veröffentlichte das Deutsche Nachrichtenbüro eine Meldung, wonach „35.000 vollkommen ausgebildete Gesundheitsdienstmädel“ des BDM „zum Einsatz bereit“ stünden und „in immer stärkerem Maße zur Hilfeleistung“ eingesetzt würden; „neben der Braunen Schwester, der Rot-Kreuz-Schwester und den Helferinnen vom Roten Kreuz“ sei es „immer wieder die Tracht der BDM-Mädel, die dem Bild ... seine bestimmende Note“ gäbe. Die GD-Mädel brächten „nicht nur Begeisterung und guten Willen für ihre Arbeit“ mit, sondern hätten „in den Jahren des BDM-Dienstes auch ein praktisches Rüstzeug erhalten“; neben den HJ-typischen Sanitätsunterweisungen haben sie eine Grundausbildung in Anatomie, Physiologie, Gesundheitsführung und Gesundheitssicherung erhalten, die durch einen Aufbaulehrgang ergänzt wurde, in dem dann auch „praktische Dinge“ vermittelt wurden; „damit entspricht die Ausbildung des Gesundheitsdienstmädel vollkommen der einer Helferin im Roten Kreuz“. Um den permanent steigenden Bedarf zu decken, hatte die Reichsjugendführung angeordnet, daß „der ganze Jahrgang der 17jährigen Mädel durch Lehrgänge im Gesundheitsdienst erfaßt“ werden und „eine Ausbildung als Gesundheitsdienstmädel erhalten“ solle.⁹⁵

Aber schon im Februar 1941, zu einem Zeitpunkt, als das Reich noch keine gravierenden militärischen Rückschläge hatte hinnehmen müssen, sondern mit der Entsendung des Afrika-Korps zu neuen, weitausgreifenden Operationen ausholte, standen - bezogen auf die 'Friedensstärke' - nur noch 45 Prozent der HJ-Ärzte, 42 Prozent der HJ-Zahnärzte und 32 Prozent der HJ-Apotheker zur Verfügung.⁹⁶ Parallel zur langsamen Erosion der HJ-Medizinalorganisation wurde das eigentliche Ziel der Jugendgesundheitspflege, „eine voll berufs- und wehrtaugliche Jugend sicherzustellen“, immer deutlicher. Die „Kriegsnotwendigkeit der Jugendgesundheitspflege“ bestand allein schon wegen der zu diesem Zeitpunkt über fünf Millionen jugendlichen Arbeitskräfte in der Rüstungsindustrie, deren krankheits- oder ernährungsbedingten Ausfall man auf keinen Fall riskieren konnte; deshalb durfte ihre medizinische Betreuung „unter keinen Umständen vernachlässigt“ werden. Zwar konnten, wie in der Kriegszeit eingestanden werden mußte, „nicht [mehr] alle Untersuchungen“⁹⁷ durchgeführt werden; dennoch traten, wie zu zeigen sein wird, neue, zusätzliche Schwerpunkte der Jugendgesundheitsführung auf den Plan.

94 Vgl. Thom, Mitwirkung der deutschen Ärzteschaft, S. 11 ff.

95 DNB-Meldung, 3.9.1939. Zum Agieren des NS-Schwesterpersonals vgl. Breiding, Die Braunen Schwestern.

96 Nach den Angaben im letzten Arbeitsbericht der Reichsjugendführung verfügte die HJ-Gesundheitsorganisation am 15.2.1941 nur noch über 1.962 HJ-Ärzte, 1.398 BDM-Ärztinnen, 515 HJ-Zahnärzte, 192 BDM-Zahnärztinnen, 148 HJ-Apotheker, 66 BDM-Apothekerinnen, 33.928 Feldschere, 45.191 GD-Mädel und 86.758 in 12 Doppelstunden ausgebildete BDM-Angehörige; vgl. BA, NS 26/358 (Kriegsgeschichte der HJ, 1944).

97 Ebenda.

Zunächst aber galt es, die durch die abgezogenen HJ-Ärzte immer größer werdenden Fehlstellen auszufüllen. Kurzfristig und oft notdürftig ausgebildete Feldschere und Gesundheitsdienstmädel übernahmen zunehmend häufiger die Aufgaben von qualifizierten Medizinern.⁹⁸ Ein anderer Versuch, den allmählichen Zerfall der HJ-Gesundheitsorganisation zu stoppen, bestand in der schon in anderen Tätigkeitsbereichen des HJ-Kriegseinsatzes praktizierten verstärkten Heranziehung von Frauen und Mädchen. Weil „während des Krieges HJ-Ärzte und Feldschere wegen ihres Kriegseinsatzes nicht in ausreichendem Umfange zur Verfügung“ standen, war die „Durchführung der Arbeit, soweit sie rein fachlich von weiblichen Kräften erledigt werden“ konnte, „durch solche sicherzustellen, d.h. die Hitler-Jugend-Ärzte sind durch Ärztinnen, die Feldschere durch GD-Mädel überall ... zu ersetzen“.⁹⁹ Dieser kriegsbedingte Trend manifestierte sich auch in der Führung der HJ: Mit Dr. Ursula Kuhlo, die zunächst als BDM-Amtsreferentin im Gesundheitsamt der HJ-Zentrale tätig war und 1937 zur Obergauärztin im BDM-Obergau Ostland ernannt wurde, trat 1940 eine Frau an die Spitze der gesamten HJ-Gesundheitsorganisation; mit dieser Berufung Kuhlos - sie war zugleich Leiterin des Referats Ärztinnen in der Reichsärztführung und einziges weibliches Mitglied im Beirat der Reichsärztekammer - wurde die Leitung eines eigenständigen Amtes der Reichsjugendführung erstmals einer Frau übertragen.¹⁰⁰

Besonders die 17jährigen und älteren Mädchen bzw. jungen Frauen aus dem BDM-Werk „Glaube und Schönheit“ sind im Gesundheitsdienst eingesetzt worden; „sie haben hier ihre Kriegsaufgabe erhalten“. Nach einer Ausbildung „für Erste Hilfe bei Luftangriffen, im Verhalten bei Verletzungen durch chemische Kampfstoffe und Schußwunden“ konnten sie nicht nur „Verbände anlegen“, sondern dienten „nötigenfalls zur Entlastung des Krankenpflegepersonals“ und stellten die Reserve und das Nachwuchsreservoir für das Rote Kreuz und die NS-Schwesternschaften dar. Auch die 16- bis 18jährigen Hitlerjungen erfuhren im Rahmen der vormilitärischen Wehrrertüchtigung eine „Kurzausbildung in Erster Hilfe, die besonders Hitze- und Kälteschäden, Wundversorgung und Blutstillung berücksichtigte“; das praxisorientierte Ziel bestand darin, „dem Jungen bei seinem späteren Fronteinsatz eine gute Vorstellung von richtiger Hilfe“ zu vermitteln.¹⁰¹

Ein geradezu 'klassisches' Beispiel für die Rekrutierung von Führungspersonal für die HJ-Gesundheitsorganisation und den Kriegseinsatz selbst höchster Angehöriger der HJ-Medizinalhierarchie - die dann den verstärkten Einsatz von BDM-Ärztinnen nach sich zog - stellte das Wirken von Dr. Herbert Millberger dar. Nach dem Medizinstudium an der Universität in München und verschiedenen Krankenhauspraktika, trat der 1911 im unterfränkischen Aub geborene Millberger nach einem Besuch der Führerschule der Deutschen Ärzteschaft in Alt-Rhese und seiner 1938 abgeschlossenen Promotion über aktive Kombinationsimmunisierung zunächst eine Assistentenstelle am Hygienischen Institut der Universität Würzburg an, wo er auch als HJ-Hilfsarzt wirkte. Nach einer Aufforderung des Reichsarztes der HJ kam Millberger 1939 in die Reichsjugendführung, in der er zunächst als Abteilungsleiter im Amt für Gesundheitsführung wirkte und später die Hauptabteilung Gesundheitssicherung der HJ-Zentrale übernahm, wo der Bakteriologe und Seuchenhygieniker für die Sachgebiete Seuchen-Hygiene, Feldscherausbildung und ärztliche Betreuung von HJ-Lagern und Großveranstaltungen zuständig war. Neben seiner Tätigkeit in der HJ-Zentrale bildete sich Millberger als Volontärassistent auf der Bakteriologischen Untersuchungsstation des Hygiene-Instituts der Universität Berlin weiter.

Wie die meisten der hauptamtlichen HJ-Führer meldete sich Millberger sofort im September 1939 zur Wehrmacht. Sein Kriegseinsatz fand vorerst in einem Musterungsstab, dann in einer Unfallklinik und nach einer Beförderung zum Unterarzt als Truppenarzt im Stab einer Panzereinheit statt. 1940 wurde Millberger als Hilfsarzt zur Hygienisch-bakteriologischen Untersuchungsstelle nach Warschau, anschließend in gleicher Eigenschaft nach Radom kommandiert, wo er zunächst als Leiter der Laborabteilungen, ab 1942 als Leiter der Untersuchungsstelle fungierte. Hier war er für „den gesamten wehrhygienischen Außendienst im Distrikt Radom“ zuständig; zu seinem Aufgabenbereich gehörte die Seuchenbekämpfung.

98 Vgl. dazu die 1941 herausgegebenen Arbeitsrichtlinien: Jungen im Gesundheitsdienst; Mädel im Gesundheitsdienst. 99 Gebrdschr. RJF, 14/42, 11.6.1942.

100 Diese Beauftragung währte jedoch nur kurze Zeit; schon im Februar 1941 übernahm der Axmann-Intimus Prof. Richard Liebenow die Führung dieses Amtes in der HJ-Zentrale, und Ursula Kuhlo mußte als BDM-Amtsreferentin im Amt für Gesundheitsführung wieder ins zweite Glied zurücktreten.

101 Kaufmann, Das kommende Deutschland, S. 98. Vgl. dazu RB, 6/42 K, 2.3.1942 (Anordnung des Gesundheitsamtes der RJF für die Gesundheitsdienstausbildung der 16- bis 18jährigen Hitler-Jungen).

fung (vor allem Ruhr, Fleckfieber, Tbc), die Trinkwassersanierung und die „Ernährungssicherung in Kriegsgefangenenlagern“. Nach einer überstandenen Fleckfiebererkrankung begann Millberger mit einer realitätsnahen medizinischen 'Forschungstätigkeit', der schließlich 110.000 Juden zum Opfer fielen und die in der Studie „Vergleichende Untersuchungen über die Fleckfiebermorbidity und -letalität bei Juden des Generalgouvernements und bei Juden aus dem Reichsgebiet unter gleichen Lebensbedingungen“ ein 'wissenschaftliches' Ergebnis fand. Um sich „nach dem Krieg voll der wissenschaftlichen Arbeit in der Hygiene widmen zu können“, verzichtete Millberger im Sommer 1942 auf die Hauptabteilungsleiterstelle im Amt für Gesundheit der HJ und wurde wissenschaftlicher Assistent am Hygienischen Institut der Universität Berlin.

Aber nicht für lange; eine erneute Einberufung führte ihn auf den Posten des Leiters der bakteriologischen Untersuchungsstelle der Wehrmacht in der besetzten Sowjetunion. Zunächst war Millberger in Stalino eingesetzt, wo er „den ersten Cholerafall dieses Krieges innerhalb des deutschen Machtbereichs bakteriologisch nachweisen und die ersten Abwehrmaßnahmen einleiten“ konnte; dank seines Engagements blieb diese „Epidemie klein und im weiteren auf die [einheimische] Zivilbevölkerung beschränkt“. Bevor Millberger im Herbst 1943 nach Agram versetzt wurde, hatte er noch Gelegenheit, sich in Shitomir auszuzeichnen; hier konnte er sowohl seine Feldstudien vervollständigen und „an Hand einer größeren Para-B-Epidemie eine Menge Erfahrungen ... sammeln“. Vor allem aber verfaßte er „einen Gesundheitsratgeber für den Dienst im Ostraum und bei den Ostvölkern“; dieser sollte „dem deutschen Zivilisten und Soldaten, den sein Dienst mit den Ostvölkern ... zusammenführt, ein leicht verständlicher Wegweiser sein“. Nachdem er sich derartige Meriten erworben hatte und zum Stabsarzt befördert wurde, erfolgte im Frühjahr 1944 seine Versetzung an das Institut für allgemeine und Wehrhygiene der Militärärztlichen Akademie in Berlin; hier amtierte Herbert Millberger zuletzt als stellvertretender Leiter und ist daneben außerdem zum Adjutanten des Beratenden Hygienikers beim Heeres-Sanitätsinspekteur ernannt worden.¹⁰²

11. 6 Neuregelung und beginnende Radikalisierung der Jugendgesundheitsführung

Am 6. März 1940 - einen Tag nachdem Hitler mit den Oberbefehlshabern der drei Wehrmachtsteile die letzten Planungen zur Besetzung Norwegens und Dänemarks erörtert hatte, die wenige Tage später erfolgte -, wurde ein gemeinsam vom Reichsinnen- und vom Reichserziehungsminister sowie vom Jugendführer des Deutschen Reichs unterzeichneter Runderlaß veröffentlicht, der die weitere Grundlage für die Jugendgesundheitspflege während des Krieges bilden sollte.¹⁰³ Ausgangspunkt für diesen Erlaß waren die Bemühungen der HJ, ihren Einfluß auf die gesamte Jugendgesundheitsführung auszudehnen, wobei sich schon in der Frage der Zuständigkeiten für die Schuleignungsuntersuchung Konflikte mit den Erziehungsbehörden ergaben. Die Kompetenzstreitigkeiten zwischen Schule, staatlichem Gesundheitswesen und HJ führten mitunter zu solchen Überschneidungen, daß „ein Kind morgens vom Schularzt und nachmittags vom HJ-Arzt untersucht wurde“.¹⁰⁴ Nach der für die HJ erfolgenden Eignungsuntersuchung, so wollten es die Chefs der HJ-Medizinalorganisation seit langem, sollte ein HJ-Gesundheitspaß ausgestellt werden, der als komprimierter Auszug des noch nicht flächendeckend eingeführten Gesundheitsstammbuches des Hauptamtes für Volksgesundheit konzipiert war und im HJ-Dienst stets mit sich geführt werden mußte. Dieser von der HJ geplante Gesundheitspaß konnte jedoch bis zum Kriegsbeginn wegen fehlender Übereinstimmung zwischen den bislang an der Gesundheitsführung der Jugend beteiligten Institutionen nicht durchgängig eingeführt werden.¹⁰⁵

102 Alle Angaben und Zitate aus einem Lebenslauf in der Personalakte Millbergers in BA, BDC. Auch nach 1945 mußte Millberger nicht auf den Kontakt zur Jugend verzichten; er hatte als Privatdozent für Immunbiologie und Bakteriologie an der Freien Universität Berlin Gelegenheit, seine reichhaltigen Erfahrungen zu vermitteln.

103 ANBl., 1940, S. 7 f. (Gemeinsamer Runderlaß des RMDI, des JFdDtR und des RMWEV über die Durchführung der Jugendgesundheitspflege, 6.3.1940).

104 Kater, Gesundheitsführung, S. 358.

105 In den HJ-Gebieten Kurhessen, Mittelland und Ruhr-Niederrhein etwa gehörte dieser, von einem vom Amt für Volksgesundheit der NSDAP zugelassenen Arzt ausgestellte Jugendgesundheitspaß schon seit 1935 zu den Unterlagen eines jeden Jugendlichen; das dazu „in Zusammenarbeit mit dem Amt für Volksgesundheit durchgeführte ärztliche Untersuchungsverfahren“ sollte der HJ ermöglichen, „einen gesunden Nachwuchs zu schaffen“. Dabei galt der Gesundheitspaß als eine „Maßnahme, die eine planmäßige Betreuung der gesamten in der Hitler-Jugend zusammengeschlossenen Jugend gewährleistet“; darüber hinaus sollte „das in diesen Pässen zusammengetragene Material“ helfen, „wertvolle Unterlagen über den Gesundheitszustand der in den verschiedenen Berufsgruppen tätigen Jugendlichen“ zu erstellen. Man könne eine Vorstellung „von der Größe der zu leistenden Arbeit“ gewinnen, wenn man bedenke, „daß

Erst durch den im März 1940 von Frick, Rust und - eine seiner letzten Amtshandlungen als Reichsjugendführer - von Schirach paraphierten Runderlaß ging die Zuständigkeit für die Jugendgesundheitsführung weitgehend in den Verantwortungsbereich der HJ über. Die neugeschaffene Institution des Jugendarztes demonstrierte die Prärogative der HJ auch dadurch, daß Jugendärzte nunmehr immer zugleich HJ-Ärzte sein mußten - anderenfalls wurden sie verpflichtet, am HJ-Dienst teilzunehmen, um das Leben in der Organisation kennenzulernen -, und diese HJ-Ärzte erhielten nunmehr auch das Recht, die zu untersuchenden Kinder auch im Rahmen der Schule zu begutachten. Durch den auf Initiative der HJ ergangenen Runderlaß ist, wie die HJ-Zentrale erfreut registrierte, sowohl die „Vereinigung der staatlichen und der parteilichen Jugendpflege in Angriff genommen“ als auch eine „einheitliche Jugendgesundheitspflege geschaffen“ worden, die nun für die Altersgruppe der 6-(!) bis 18jährigen Kinder und Jugendlichen zuständig war. Die HJ konnte somit ihren Einfluß sogar auf die Einschulungsuntersuchungen von Kindern ausdehnen, die dem NS-Jugendverband noch gar nicht angehörten.

Wichtigstes Resultat dieses neuen Erlasses aber war, daß sich die in der HJ erfaßten Jugendlichen in verschiedenen Zeitabständen insgesamt fünf Reihenuntersuchungen, sechs Gesundheitsappellen sowie verschiedenen Zahngesundheitsappellen zu unterziehen hatten.¹⁰⁶ Der in den Jahren zwischen den Reihenuntersuchungen stattfindende Gesundheitsappell wurde auch als „Durchmusterung“ bezeichnet; sein Zweck war, „eine genaue Übersicht über den Gesundheitszustand und die Leistungsfähigkeit aller Jugendlichen zu gewinnen“. Auch dies war letztlich ein rein funktionalistisch orientiertes Unterfangen, wie die HJ-Zentrale unverhüllt verbreiten ließ: „Erhaltung und Förderung der Gesundheit - und soweit notwendig auch die Wiederherstellung der Gesundheit - dient der Wehrkraft der Truppe und der Arbeitskraft der Heimat ... Indem wir [die HJ-Führung] in der Heimat die nachwachsenden Jahrgänge ... zur Pflege ihres Körpers und zur Gesundheitspflicht anhalten, leisten wir einen wesentlichen Beitrag zur Wehrerziehung des Volkes“; die „Erziehung zum gesunden Leben und zur Pflege des Körpers ist ein unerläßlicher Bestandteil der vormilitärischen Erziehung im weitesten Sinn“.¹⁰⁷

Der im Gefolge des Erlasses vom 6. März 1940 eingeführte „reichseinheitliche Jugendgesundheitsbogen“ wurde als ein mit großen Erwartungen verbundener Erfolg gefeiert; er stelle künftig die „wichtigste Urkunde des jungen Menschen“ dar. Neben den „notwendigen Personalfeststellungen“ sollten in ihm „sämtliche gesundheitlichen Kontrollen vom sechsten bis zum achtzehnten Lebensjahr“ festgehalten werden. Dadurch würden ebenso „wertvolle Aufschlüsse über die charakterlichen und seelischen Zustände des Jugendlichen“ ermöglicht wie durch die Verwirklichung der Forderung, durch „Eintragungen“ zu vermerken, „wenn bei irgendwelchen Ämtern, Dienststellen, Gerichten usw. Akten bestehen“; hiermit sollten „alle Jugendlichen kenntlich gemacht [werden], die z.B. als Kriminelle oder sexuell Verdorbene auffallen“. Den führenden Technokraten dieser sozialbiologischen Supervision war durchaus bekannt, „von wie großer Bedeutung diese Unterlage für die Hitler-Jugend und die Wehrmacht“ sein konnte; die „wertvollen Ergebnisse der zwölfjährigen Überwachung“ sollten „nach wissenschaftlicher Auswertung dem Reichsarbeitsdienst und der Wehrmacht zur Kenntnisnahme zugeleitet“ und später „als Stützen der Sozialversicherung zugänglich gemacht“ werden.¹⁰⁸ Im Kontext der Bemühungen um den 'neuen Menschen' wäre damit zugleich der 'gläserne Mensch' geschaffen worden.

[1936] allein im Oberrhein-Niederrhein 35.811 neuhinzugekommene Mädel untersucht werden müssen. Bei diesen Untersuchungen wird für jedes Mädel ein Gesundheitsstammbuch angelegt. Das Mädel selbst bekommt als gesundheitlichen Ausweis den 'Gesundheitspaß' ausgehändigt. Er enthält einen kurzen Auszug aus dem Gesundheitsstammbuch und einen Vermerk über die Diensttauglichkeit. So wird erreicht, daß nur gesunde Mädel aufgenommen werden und weiterhin ärztlich überwacht werden können“. Reichs-Jugend-Pressedienst, Nr. 196, 20.8.1935, Nr. 137, 23.6.1936.

106 Beabsichtigt waren Reihenuntersuchungen aller deutschen Jugendlichen im Alter von 6, 10, 14, 15 und 18 Jahren, sechs Gesundheitsappelle bis zum 14. Lebensjahr sowie jährliche, also 13 Zahnarztbesuche. Da den Beteiligten klar war, daß diese Visitationsvorhaben ein Maximalprogramm darstellten, sollten diese Gesundheitsinspektionen im Kriege nur „im Rahmen des Möglichen durchgeführt“ werden. ANBl., 1940, S. 8.

107 So Kaufmann, Das kommende Deutschland, S. 95 ff.

108 Liebenow, Der Jugendarzt im Kriege, S. 114 f. Vgl. dazu etwa MBliV., 1940, S. 647 (Runderlaß des RMdI über die Einsichtnahme in die Jugendgesundheitsbögen durch Ärzte der Wehrmacht, 8.4.1941), veröffentlicht auch in: ANBl., 7/41, S. 76.

Die HJ-Gesundheitspolitiker feierten diesen Erlaß als einen weiteren Sieg der HJ über die Schule und begrüßten das Zusammenwachsen von staatlichen und parteigebundenen Medizinalstrukturen. Besonders Reichsgesundheitsführer Conti habe sich nach seiner Berufung zum Staatssekretär „mit ganzer Person für den Aufbau gerade dieses wichtigen Arbeitsgebietes“ eingesetzt, „so daß sich diese Aufgabe in einem bisher nicht gekannten Maße aktivieren ließ“. Der spätere Chef des Gesundheitsamtes Liebenow stellte diese Neuregelung als Endstation eines langen Weges dar: So sei zwar durch das Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens im Jahre 1934 „die Gesundheitsfürsorge zur Gemeinschaftspflicht“ geworden; leider habe aber „die Schulgesundheitspflege die Jahrgänge zwischen 14 und 18 Jahren außer Betracht [gelassen], also gerade jenen Teil der Jugend, der eine gesundheitliche Betreuung besonders notwendig“ habe - wohl auch, weil er das Hauptsegment der HJ darstellte. Um diese Lücke in der Gesundheitsfürsorge zu schließen, habe die HJ gleich nach der Machtübernahme den Aufbau einer „Gesundheitsführung der Jugend“ in Angriff genommen. Diese Bestrebungen hätten in der „Vereinigung der staatlichen und parteilichen Gesundheitspflege für die Jugend“ einen vorläufigen Höhepunkt gefunden, der eben auf Initiative der Reichsjugendführung im Runderlaß vom 6. März 1940 seinen Niederschlag gefunden hatte.¹⁰⁹

Auch in der Bevölkerung würde zum Erlaß über die Durchführung der Jugendgesundheitspflege vom 6. März „sehr positiv Stellung genommen“ und - so der SD - zum Ausdruck gebracht, „daß hier erstmalig in beispielhafter Weise eine mit starker Vereinfachung verbundene gesundheitliche Betreuung der Schuljugend [!] erreicht sei, deren Ausdehnung auch auf andere Gebiete der Gesundheitsfürsorge wünschenswert erscheine“.¹¹⁰ Wenig später war man zu den praktischen Auswirkungen dieses Erlasses vor allem auf seiten der Schulbehörden erheblich anderer Meinung. Kritisiert wurden die „mangelhafte Zusammenarbeit zwischen Schule und HJ“, durch die „die Gefahr bestehe, daß die Lehrer von den Ergebnissen der in der HJ durchgeführten Reihenuntersuchungen überhaupt nichts“ erführen und ihnen so „wertvolle Fingerzeige für die schulische Erziehung der Kinder“ entgingen. Außerdem würden „die von der HJ durchzuführenden jahrgangsmäßigen Untersuchungen der Kinder - anstelle der früheren klassenweisen - eine unerträgliche Erschwerung der Schularbeit“ darstellen. Weil die HJ auf diesem Gebiet ihr Konzept durchsetzte, müßten bei der jahrgangsmäßigen Untersuchung der Kinder jeweils Schüler aus mehreren Klassen vorgeladen werden, wodurch eine erhebliche Störung des Unterrichts eintrete, „während bei klassenweisen Untersuchungen diese [Störung] eine einmalige sei“. Andererseits - so wurde beklagt - würden aber auch viele „HJ-Führer nicht genügend über das Ergebnis der Untersuchungen unterrichtet“ werden, wo doch aber „gerade der HJ-Führer vielleicht noch mehr als der Lehrer über den Gesundheitszustand der Angehörigen seiner Einheit unterrichtet“ sein müsse.¹¹¹

Dieser Erlaß und seine Umsetzung bewirkten sowohl auf seiten der Untersuchten als auch bei den Dienststellen der personell immer weiter ausgedünnten HJ-Medizinalorganisation eine spürbare Vereinfachung der Jugendgesundheitspflege. Obwohl der zu überprüfende Personenkreis erheblich ausgeweitet wurde und nunmehr auch Jahrgänge umfaßte, die überhaupt noch nicht HJ-sondern erst nur schulpflichtig waren, erfolgte für die HJ-Ärzte insofern eine Vereinfachung, als auch bei den Untersuchungen, Gesundheitsappellen und Begutachtungen der Schulanfänger die Tauglichkeitsrichtlinien der HJ zugrunde gelegt werden konnten. Außerdem: Standen bis dahin vielfach Mehrfachuntersuchungen auf der Tagesordnung, so sorgte nunmehr „eine einheitliche Kartei für den Wegfall jeder Doppelbegutachtung“. Wurden bislang etwa bei den 14jährigen Schulabgängern im Laufe eines einzigen Jahres eine Reihe von Begutachtungen vorgenommen - so

109 Liebenow, Der Jugendarzt im Kriege, S. 114.

110 Meldungen aus dem Reich, S. 1026 (Bericht vom 19.4.1940).

111 Ebenda, S. 2942 f. (Bericht vom 13.7.1942). Außerdem habe dieser Ministerialerlaß eine Reihe von „einschränkenden Maßnahmen“ auf dem Gebiet der Jugendgesundheitsführung zur Folge gehabt, die sich sämtlich negativ auswirken würden. So seien etwa von den ursprünglich zwölf Jugendgesundheitsstellen des Berliner Stadtbezirks Wedding bereits sechs im Zusammenhang mit dem „Abbau jüdischer Schulärzte 1933“ gestrichen worden, durch den Ministerialerlaß vom März 1940 nunmehr zwei weitere. Die medizinische „Versorgung der Schulkinder sei [jetzt] schweren Hemmungen“ ausgesetzt, die in der Bevölkerung „zu Vergleichen mit der Jugendgesundheitspflege in der Zeit vor 1933 Veranlassung gäben“. Ebenda. Dies war aber offensichtlich nicht auf den Erlaß zur Jugendgesundheitspflege zurückzuführen, sondern die sich infolge des Mangels an medizinischem Personal verschlechternde gesundheitliche Betreuung resultierte vor allem aus einer Einberufung immer weiterer Ärzte zum Kriegsdienst.

die Schulentlassungsuntersuchung, die Beurteilung der Tauglichkeit für einen Beruf, die Untersuchungen für den Übergang vom Deutschen Jungvolk in die Hitlerjugend bzw. vom Jungmädelsbund in den BDM sowie für die Sondereinheiten der HJ, Tauglichkeitsuntersuchungen für das Pflichtjahr und den Einsatz in der Landwirtschaft, Begutachtungen für die Eignung zum Landdienst, für den Osteinsatz oder das Landjahr -, ist ab 1940 angestrebt worden, „alle Untersuchungen in einem Untersuchungsgang“ vorzunehmen, „in dem gleichzeitig die damit verbundenen Tauglichkeitsbefunde festgestellt“ wurden.¹¹² Und hatten bislang ausschließlich die auf dem Gebiet der Jugendgesundheitspflege tätigen Ärzte an den Gesundheitsämtern die Untersuchungen vorgenommen, so konnten sich jetzt immer stärker die HJ-Ärzte in die Begutachtungen einschalten, was diese umso lieber taten, als sie von jetzt ab - wie die beamteten Mediziner auch - die vom Staat gezahlten Untersuchungshonorare erhielten.

Mit Kriegsbeginn ergab sich für die NS-Medizinalpolitik eine zunehmend widersprüchliche Situation; zwar bestanden nunmehr einerseits die Rahmenbedingungen für eine theoretische und praktische Radikalisierung gesundheitspolitischen Handelns, andererseits fehlten aber immer mehr die Mittel und die personellen Kapazitäten zur Durchsetzung der in diesem Kontext geborenen Konzepte. Diese banal anmutende Konstellation hatte zum Teil gravierende Irrationalitäten zur Folge, die ob ihrer inkonsistenten Kombination aus historischen Zufälligkeiten und planvollen Operationen, aus simplem Pragmatismus und ungeheuerlichen Pervertierungen retrospektiv nur schwer in rationalen Erklärungsversuchen zu fassen sind. Die mit Kriegsbeginn in Kraft und teilweise umgesetzten Konzepte im Bereich der nationalsozialistischen Gesundheitsführung stellten zwar auch den Auftakt einer wegen fehlender Ressourcen immer weiter forcierten Zuspitzung bestimmter Bereiche medizinischen Denkens und Handelns dar; zugleich lagen jedoch die Resultate dieser Eskalation - zumindest latent und potentiell - in der logischen Konsequenz nationalsozialistisch-medizinischen Handelns, und der Krieg schuf nunmehr 'nur noch' genau diejenigen Bedingungen, unter denen die Machthaber glaubten, ihre letztlich verbrecherischen Konzepte weitgehend unbemerkt realisieren zu können.

Dabei waren die Grenzen zwischen Gedanken und Ausführung, zwischen Konzeption und Experiment, zwischen Testlauf und Realisierung oft fließend, und viele Gedankenspiele entgingen ihrer praktischen Umsetzung nur deshalb, weil die materiellen und personellen Ressourcen zu ihrer Verwirklichung nicht ausreichten und/oder weil der Krieg nicht gewonnen werden konnte - nicht aber deshalb, weil etwa der Wille zu ihrer Umsetzung gefehlt hätte. Dies galt auch für die Jugendgesundheitsführung. Zu den vier Bestandteilen nationalsozialistischer Jugendgesundheitsführung - Jugendgesundheitspflege, -sicherung, -erziehung und ärztliche Jugendkunde - traten im Krieg zunehmende radikalisierte sozial- und rassenbiologische Aktivitäten, mit denen gleichzeitig eine neue Stufe der Jugendgesundheitsführung eingeleitet wurde, die erst durch das Zusammenwachsen von staatlichen und parteilichen Intentionen und Institutionen ermöglicht wurde und durch die immer stärkere Übernahme von im Erwachsenenbereich durchgeführten Praktiken gekennzeichnet war.

Als mit Dr. Robert Hördemann der Chef des Amtes für Gesundheitsführung der Reichsjugendführung in einem Vortrag vor Kinder- und Jugendärzten unmittelbar vor Kriegsbeginn über den erreichten Stand der HJ-Gesundheitsarbeit und über die Tätigkeit der HJ-Ärzte „als Gesundheitsführer der Jugend“ referierte, mußte der Reichsarzt der Hitlerjugend trotz aller Erfolge in der Jugendgesundheitspolitik, die Hördemann für sich, die HJ-Gesundheitsorganisation und für das HJ-System überhaupt reklamierte¹¹³, selbst im Jahre 1939 konstatieren, „daß der Gesundheits- und

112 Liebenow, Der Jugendarzt im Kriege, S. 114.

113 Nach Hördemann, Der HJ-Arzt als Gesundheitsführer, S. 65, waren es „gerade der Dienst und die Erziehung in der Hitler-Jugend, die bewirkt haben, daß eine große Zahl von Jugendlichen wesentlich gesünder geworden ist, als das der Fall sein würde, wenn sie den Dienst in der HJ nicht mitgemacht hätten“. Auch dieser Einschätzung steht die weiter oben erwähnte, zeitgleich zu Hördemanns Vortrag erstellte geheime Unfallstatistik des Reichsjugendführers gegenüber, nach der sich bis zum August 1939 in der HJ allein 649 Todesfälle ereignet hätten, „die in einem ursächlichen Zusammenhang mit dem HJ-Dienst“ standen. BA, NS 28/30, Bl. 1 (Schirach an Amtschefs, Obergauführerinnen und Gebietsführer, 4.9.1939, geheim). Da hier nur die offiziell als Folge des HJ-Dienstes anerkannte Mortalität bekanntgegeben wurde, bleiben große Grauzonen außer Betracht, so etwa die indirekt mit dem HJ-Dienst in Verbindung stehenden Todesfälle oder auch der gesamte Bereich der zeitweisen oder dauerhaften Gesundheitsschädigungen.

Leistungszustand unserer Jugend noch nicht so ist, wie er sein“ sollte. Von HJ-Ärzten seien zahlreiche Jugendliche beobachtet worden „mit Fehlern, die den Knochen- und Bandapparat betreffen, Wirbelsäulenverbiegungen, Brustkorbverbildungen, Veränderungen an den Extremitäten, insbesondere einen hohen Prozentsatz Plattfußträger. Wir sehen Gelenkerkrankungen im Jünglingsalter, wir sehen Jugendliche mit einer ungesunden, schlaffen, müden Haut, mit einer unterentwickelten, schlaffen, weichen Muskulatur. Wir sehen Jugendliche, die sehr krankheitsanfällig sind, insbesondere für Erkältungskrankheiten. Wir sehen Jugendliche mit Störungen am Kreislaufapparat. Besonders auffallend ist der schlechte Zustand des Gebisses. Auch allgemeine Störungen, die sich äußern in Magen-Darm-Störungen, Kreislaufstörungen, Nachlassen der geistigen Leistungsfähigkeit und andere nervöse Erscheinungen beobachten wir immer wieder“. Derartige Befunde störten nach sechs Jahren nationalsozialistischer Gesundheitsführung und bei der Präsentation des als erfolgreich dargestellten Aufbaus der HJ-Gesundheitsorganisation erheblich.

Der oberste Jugendarzt des Deutschen Reiches stand vor einem gesundheits- und organisationspolitische Aspekte berührenden Dilemma: Zum einen war die HJ nur an gesunden Jungen und Mädchen interessiert, mußte aber - so ihr Totalitätsanspruch - zum anderen gleichzeitig bestrebt sein, jeden Jugendlichen zu erfassen. Hördemann sprach dezidiert Klartext, als er die sozialbiologischen Kriterien des Nationalsozialismus auf den Bereich der Jugendgesundheitspolitik übertrug: „Wir haben kein Interesse daran, Jugendliche in unsere Gemeinschaft aufzunehmen, die körperliche Fehler haben. Wir haben weiter kein Interesse daran, daß der Prozentsatz derer, die untauglich bzw. bedingt tauglich sind, sehr groß ist, da sie ja, wenn sie neben unserer Gemeinschaft aufwachsen, eines Tages zu Rebellen [!] gegen unsere Lebensordnung werden und darüber hinaus niemals voll ihre Leistung für die Gemeinschaft des Volkes geben können.“ Deshalb müsse es die Hauptaufgabe der HJ-Gesundheitsorganisation sein, vor allem die Gesundheit der Gesunden - und also „Vollwertigen“ - zu erhalten; erst danach gelte es - „soweit Möglichkeiten hierzu in unserer Gemeinschaft gegeben sind“ - auch die anderen, die „Minderwertigen“, unter „Beachtung der biologischen Gesetze“ zur „höchsten Gesundheit zu führen“.¹¹⁴

Das Problem des HJ-Reichsarztes bestand also darin, daß „Untaugliche nicht in die Hitler-Jugend aufgenommen“ werden sollten und „nur volltauglich Befundene an allem Dienst teilnehmen“ durften; Realität war aber, daß allein im Jahre 1938 „etwa 10 bis 15% aller Jugendlichen einer genauen Nachuntersuchung zugeführt“ werden mußten, weil sie entweder den Aufnahmekriterien in die HJ oder Dienstanforderungen des NS-Jugendverbandes nicht entsprachen.¹¹⁵ Bei einer Gesamtzahl von 9,1 Millionen Jugendlichen im Alter von zehn bis 18 Jahren, die 1938 im Altreichsgebiet lebten, bedeutete dieser Prozentsatz eine Zahl von 910.000 bis 1,37 Millionen Jugendlichen, die zumindest zeit- oder teilweise HJ-untauglich waren, auf den von der HJ anberaumten Gesundheitsappellen nachzumustern waren und dann möglichst für tauglich erklärt werden sollten.¹¹⁶ Neben der Nachbetreuung der Untauglichen kam aber jährlich ein neuer Geburtsjahrgang, etwa eine Million Jugendliche hinzu, die turnusmäßig untersucht werden mußten, was die HJ-Gesundheitsorganisation vor nahezu unlösbare Aufgaben stellte. Die „Möglichkeiten der Gemeinschaft“ waren also nicht so groß, daß der Totalitätsanspruch der HJ alle Jugendlichen erfassen konnte - und schließlich auch nicht sollte, denn, so frohlockte der HJ-Sozialpolitiker Albert Müller: „Rasse- und erbbiologische Einsichten versetzen uns heute in die Lage, eine sinnvolle und lebensgerechte Beurteilung der einzelnen Fälle zu erzielen.“ Unter dem Diktum: „keinen Schutz für Minderwertige“ artikulierte Müller die Position der Reichsjugendführung zum Umgang mit aus ihrer Sicht gesund-

¹¹⁴ Hördemann, Der HJ-Arzt als Gesundheitsführer, S. 65 ff.

¹¹⁵ Ebenda. Auch der SD konstatierte, daß „eine große Anzahl der Jugendlichen ... durch ihre schwächliche Konstitution kaum für eine Fabrikarbeit geeignet“ sei und „bei längerer Beschäftigung in den Fabriken schweren gesundheitlichen Schaden nehmen“ würde. Ungeachtet dessen sei bei den Eltern der 1940 zur Schulentlassung anstehenden Jugendlichen die Tendenz zu beobachten, daß sie ihre Kinder sofort für eine Fabrikarbeit anmeldeten, weil „diese dort sofort Lohn erhalten und zum Unterhalt der Familie beisteuern könnten“, und auch die Industrie würde „mit allen Mitteln“ versuchen, diese Volksschüler als Arbeitskräfte zu erhalten. Meldungen aus dem Reich, S. 871 (Bericht vom 11.3.1940).

¹¹⁶ Hätte Hördemann nur die Zahl der 7.031.226 Jugendlichen gemeint, die 1938 der HJ angehörten (77,2% der gesamten deutschen Jugend), so hätten die zehn bis 15% der nachzumustern, zumindest zeitweise untauglichen Jungen und Mädchen immer noch eine Größenordnung von 703.000 bis 1,05 Millionen Jugendlichen ausgemacht.

heitlich oder sozial untauglichen Jugendlichen, wonach die HJ-Zentrale „nicht daran [denke], sich mit Elementen zu belasten, die für ein freies Gemeinschaftsleben ... nicht tauglich sind“.¹¹⁷

Ein damit in direktem Zusammenhang stehender Sektor der Tätigkeit nationalsozialistischer Jugendärzte - die von der historischen Forschung bislang nicht beachtete Beteiligung der HJ-Mediziner an den „Auslese“- und „Ausmerzungs“-praktiken der NS-Sozial- und -Rassenpolitik - ist von Dr. Erika Geisler, Abteilungsleiterin im Amt für Gesundheitsführung der Reichsjugendführung, hervorgehoben worden: Die „ursprünglich auf das Schulalter beschränkte Arbeit“ des Jugendarztes ist durch das Engagement der NS-Jugendführung und mittels der HJ-Ärzte „auf das gesamte Jugendalter ausgeweitet“ und damit „ein organisch begrenzter Teil der Volksgesundheitsführung geworden“. Diese „Volksgesundheitsführung - und mit ihr die Gesundheitsführung der Jugend“ - habe sich nach der Extensivierung der letzteren nunmehr auf folgende Arbeitsschwerpunkte zu konzentrieren: „Leistungssteigerung und Schadenverhütung sowie Gesundheitserziehung und Gesundheitsschutz“. Dabei sei „jugendärztliche Arbeit als Weg zu betrachten, Krankheitsentstehung in einer bedeutsamen Lebensphase erfolgreich zu bekämpfen“, und von den drei Faktoren, die für das Zustandekommen einer Krankheit verantwortlich seien - „Erbanlagen, auslösende Bedingungen und Hilfsbedingungen“ -, wurde in der „Erbanlage die Grundbedingung für die Krankheitsentstehung“ gesehen.¹¹⁸

Das hatte Erika Geisler, die zunächst die Berufskrankheiten der Sieger des Reichsberufswettkampfes analysiert hatte und später als oberste BDM-Ärztin im Obergau Mittelland tätig war, offensichtlich während ihres Volontariats an der Berliner Charité gelernt, wo sie unter Anleitung des NS-Neurologen Max de Crinis mit psychisch auffälligen Jugendlichen experimentieren durfte. Aus diesem Primat der Erbanlagen erwachse die „Aufgabe der Rassenhygiene, hier die notwendigen Auslesemaßnahmen zu ergreifen, wie sie durch das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses festgelegt sind und für das Problem der Asozialen“, so hoffte Geisler, bald „eine Regelung erfahren werden“. Dem Jugendarzt falle „auch hier eine Mitarbeit zu, indem [er] die Erfassung erbkranker Jugendlicher im Sinne des Gesetzes durch die Reihenuntersuchungen ermöglicht[!]“. Darüber hinaus sei es im Rahmen der HJ-Medizinalorganisation notwendig, „daß jugendpsychiatrisch und charakterologisch erfahrene Jugendärzte die Beurteilung schwer erziehbarer asozialer und antisozialer Kinder und Jugendlicher“ übernehmen „und entsprechende Maßnahmen“ vorschlägen; dies sei „nicht nur eine Forderung der rassenhygienischen Lenkung unseres Volkes“, sondern eine „Notwendigkeit für das gesunde Gemeinschaftsleben in der Hitler-Jugend, die seit dem Gesetz vom 1. Dezember 1936 als Staatseinrichtung [leider] auch diese negativen Elemente“ erfaßt habe. Mit kryptischen Andeutungen, die erst retrospektiv ihre tatsächlichen Dimensionen offenbaren, signalisierte die BDM-Vertreterin im Gesundheitsamt der HJ-Zentrale, daß die „in dieser Richtung liegenden letzten Folgerungen“ jedoch „im allgemeinen erst mit Abschluß des Jugendalters gezogen werden“ könnten.¹¹⁹ Sozialbiologisch untersetzte Rassenpolitik

117 Reichs-Jugend-Pressedienst, Nr. 28, 3.2.1938.

118 Geisler, Jugendarzt und Jugendführung, S. 83 ff.

119 Ebenda, S. 85 f. Nachdem es der Reichsjugendführung in Zusammenarbeit mit der NSV seit 1935 gelungen war, etwa auf die Bereiche Vormundschaftswesen, Schutzaufsicht, Fürsorgeerziehung, Jugendgerichtshilfe und Heimerziehung erheblichen Einfluß zu gewinnen - [vgl. etwa BA, NS 26/259 (Reichsrichtlinien zur Zusammenarbeit von HJ und NSV)] -, hatte die HJ-Zentrale bereits ab 1936 unmittelbar zur „Unfruchtbarmachung“ einer Reihe von Jugendlichen beigetragen, die in Anwendung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses sterilisiert worden sind. Schon 1935 ist in entsprechenden Untersuchungen über den Zusammenhang von „biologischer Minderwertigkeit“ und „sozialer Schwäche, also Kriminalität“ bei straffälligen Jugendlichen spekuliert worden; entsprechende pseudowissenschaftlich angelegte Untersuchungen regten an, daß die in Fürsorgeerziehung befindlichen Jugendlichen auch bei positivem Erziehungserfolg - bei negativem sowieso - zu sterilisieren waren und damit „ein Opfer für die Gesunderhaltung der Nation zu leisten“ hätten: „Unfruchtbarmachung ist natürlich auch hier [bei jugendlichen Fürsorgezöglingen mit Erziehungserfolgen] geboten, weil ja die Erwartung auf künftiges soziales Wohlergehen nichts an der biologischen Konstitution zu ändern vermag“. Auch im Jugendstrafvollzug müsse „die Unfruchtbarmachung unbedingt während der Haft vorgenommen werden“, da sich „während der Strafverbüßung viel geschlechtliches Verlangen“ aufstae, „das nach der Entlassung in vielen Fällen zur Entladung in Form hemmungsloser geschlechtlicher Betätigung“ führe. So Schulze, Sterilisierung straffälliger Jugendlicher. Vgl. dazu den ersten Bericht in: Völkischer Beobachter, 19.5.1936, und die HJ-Position bei Schaffstein, Auswahlrecht gegen Minderwertigenfürsorge, vgl. auch die Langzeitregionalstudie von Kuhlmann, Erbkrank oder erziehbar?, in der jedoch weniger die HJ-Aktivitäten als vielmehr die Maßnahmen der NSV und der Fürsorgebehörden thematisiert werden.

ist also nicht erst als finale Selektionstätigkeit von SS-Ärzten in den Konzentrationslagern zu betrachten, sondern sollte im Rahmen der Erbgesundheitspolitik bereits als sozialrassistische Vorfeldselektion durch Kinder- und Jugendärzte in den Reihenuntersuchungen und Tauglichkeitsbegutachtungen der HJ stattfinden.

11. 7 Kriegsbedingte Reduzierung der HJ-Gesundheitsführung

Am 24. Februar 1942 - einen Tag nachdem Stalin in seinem später oft zitierten Befehl Nr. 55 erklärt hatte: „Die Hitler kommen und gehen; das deutsche Volk, der deutsche Staat bleiben“ - ordnete Reichsgesundheitsführer Conti an, daß die Tätigkeit der Jugendärzte „sich mit sofortiger Wirkung nur auf die kriegsnotwendigen Maßnahmen zu beschränken“ habe. Aus der damit eingeleiteten Reduzierung des erst zwei Jahre zuvor verkündeten ambitionierten Programms der HJ-Mediziner resultierte unter anderem, daß künftig die bislang propagandistisch stark herausgestellten „Reihenuntersuchungen für die 6- und 10jährigen anlässlich der Beurteilung der Schulfähigkeit bzw. der Tauglichkeit für die Aufnahme in das Deutsche Jungvolk und den Jungmädelsbund zu unterbleiben“ hatten; auch die „Reihenuntersuchungen der 15jährigen fallen für die Dauer des Krieges fort“. Lediglich die „Reihenuntersuchungen der ungefähr 14jährigen Jungen und Mädchen“ galten als noch „kriegswichtig“, und zwar, so Conti prononciert, „wegen der Beurteilung der Berufstauglichkeit, wegen der Begutachtung der Eignung für die vormilitärische Ertüchtigung der HJ“. Ziel dieses Restprogramms war es, „behandlungsbedürftige Gesundheitsschäden aufzudecken und sie der erforderlichen Behandlung vor Eintritt in den Arbeitsdienst zuzuführen“.¹²⁰

Und vier Tage später, am 28. Februar 1942 - eine am selben Tag erstellte Bilanz über die Verluste des deutschen Ostheeres wies aus, daß die Wehrmacht seit dem Kriegsbeginn gegen die Sowjetunion bereits mehr als eine Million Mann verloren hatte -, betonte Conti unter Bezugnahme auf den sich daraus ergebenden Ersatzbedarf ausdrücklich, daß unter vorrangiger Beachtung der „bestehenden Kriegsnotwendigkeiten“ auch hinsichtlich der Dentalprophylaxe „die Sicherung der vormilitärischen Erziehung der Hitler-Jugend im Vordergrund der gesundheitlichen Maßnahmen“ zu stehen habe; „unter Verzicht auf die Betreuung der Schulanfänger und der bereits behandelten unteren Jahrgänge“ sollten nunmehr nur noch die 17jährigen Jungen, also die potentiellen Teilnehmer an den HJ-Wehrtüchtigungslagern behandelt werden. Als Ziel dieser Maßnahme galt „die Beseitigung behebbarer Gebißschäden bis zum Zeitpunkt der Erfassung der Jugendlichen durch die Wehrmacht“.¹²¹ Deutlicher hätte man den bloßen Zweckcharakter der Jugendgesundheitspolitik des Reiches nicht formulieren können, die sich trotz gegenteiliger Propaganda ab Anfang 1942 immer mehr zu einer pragmatisierten Notstandsmedizin entwickelte; dieser Trend spiegelte sich auch in den Formulierungen des HJ-Reichsarztes Liebenow wider: „Alle Ertüchtigung setzt Gesundheit voraus“; und nur deshalb - so der oberste Jugendmediziner des Reiches - müsse gerade im Kriege „die Pflege und Sicherung der Jugendgesundheit zu einer unerläßlichen Aufgabe“ werden.¹²²

Gegenüber den aus Contis Erlassen resultierenden Konsequenzen erhoben in der Folgezeit zahlreiche Eltern, Erzieher und Ärzte „die schwersten Bedenken“. So betonten die Mediziner, daß angesichts „der sehr ungünstigen Ernährungslage, die sich vor allem auf die Entwicklungsjahre

120 StA Plauen, Sondersammlung, Nr. 79, Bl. 21 f. (Conti an RStH, RJF und RMWEV, 24.2.1942). Schon am 27.10.1941 hatte Axmann verfügt, lediglich die unbedingt notwendigen Tauglichkeitsuntersuchungen der Jahrgänge 1924 bis 1929 für den Dienst in der HJ durchzuführen, vgl. ANBl., 12/41, S. 152.

121 StA Plauen, Sondersammlung, Nr. 79, Bl. 22 (Conti an Reichsstatthalter und Landesregierungen, 28.2.1942). Die von Conti und Axmann veranlaßte Zahnbehandlung der Angehörigen des Geburtsjahrganges 1927 - für die HJ-Angehörigen war diese Zahnsanierung Pflichtdienst, für die Dentisten bestand vordringlicher Behandlungszwang - ist von der Bevölkerung „im allgemeinen außerordentlich günstig aufgenommen worden. Insbesondere die Elternschaft habe diese Maßnahme überall freudig begrüßt“, auch deren weitgehende Finanzierung durch den Staat. Wie „notwendig die Behandlung von Zahnschäden der Jugendlichen“ sei, gehe aus einem Bericht aus Leipzig hervor, „wonach sich dort vom Jahrgang 1927 49% als behandlungsbedürftig erwiesen“ hätten; wenn man davon ausgehe, daß „immer wieder betont“ werde, daß „der Zustand der Zähne der Jugendlichen auf dem Lande [noch] erheblich schlechter sei als in der Stadt“, könne man sich das Ausmaß und die Dringlichkeit dieser Aktion deutlich vor Augen führen. Bedauert wurde jedoch „allgemein, daß nicht auch die weibliche Jugend von dieser Maßnahme erfaßt werde“; Meldungen aus dem Reich, S. 5669 (Bericht vom 23.8.1943). Die Mädchen waren jedoch aus Sicht der NS-Führung offenbar nicht so kriegswichtig.

122 Liebenow, Der Jugendarzt im Kriege, S. 113.

nachteilig auswirken“ würden, der „Erkennung von Frühschäden eine besondere Bedeutung“ beigemessen werden müsse; dies gelte vor allem für die „Feststellung von Tuberkulose, Haltungsfehlern (Veränderungen an der Wirbelsäule), Fußschäden (Senkfuß, Knickfuß) und Zahnschäden, die, wenn sie nicht rechtzeitig erkannt und einer Behandlung zugeführt würden, dauernde Schädigungen“ hinterlassen würden, „die dann nicht wieder völlig beseitigt werden könnten“. Aber auch Eltern und Erzieher warnten vor dieser als kurzfristig bezeichneten Reduktion der medizinischen Betreuung, mit der man wegen der Konzentration der Gesundheitsmaßnahmen auf die unmittelbar Wehrpflichtigen die medizinische Betreuung der gesamten übrigen Jugend vernachlässige; sie könnten „diese Maßnahme mit der Begründung als Sparmaßnahme ... nicht verstehen“ und befürchteten, daß „der Stand der Volksgesundheit im Laufe der Zeit wesentlich sinken“ könnte.¹²³

Unmittelbar nach den starken britischen Bombenangriffen auf Nürnberg, München und Stuttgart, den verlustreichen Kämpfen um Charkow, Belgorod und an der nordafrikanischen Mareth-Stellung, die innerhalb Deutschlands eine ausdünnende Umverteilung, vor allem aber einen weiteren Abzug von Ärzten und medizinischem Personal an die Fronten zur Folge hatten, verfügte Reichsjugendführer Axmann am 11. März 1942, „daß jede Einheit der Hitler-Jugend 10 v.H. ihrer Gesamtstärke für Zwecke der Feldscherausbildung zur Verfügung zu stellen“ habe; diese sollten im Laufe eines Vierteljahres in der medizinischen Grundversorgung geschult werden. Mit dieser Anordnung, durch die ein - verglichen mit anderen NS-Organisationen - überproportional hoher Teil von HJ-Angehörigen zur medizinischen Ausbildung verpflichtet wurde, avancierten Feldscherdienst und Feldscherausbildung zum Bestandteil der polizeilich zu erzwingenden Jugenddienstpflicht; die Bannführer konnten die benötigten Jugendlichen „pflichtmäßig heranziehen“. ¹²⁴ Diese Anweisung signalisierte den zunehmend hohen Bedarf an medizinisch geschultem Nachwuchspersonal für alle Gebiete des Gesundheitswesens an der Front und in der Heimat, denn erst wenige Tage vorher, am 2. März 1942, hatte der Reichsjugendführer bestimmt, daß sich alle (!) 16- bis 18jährigen Hitlerjungen, also diejenigen, die unmittelbar vor ihrer Einberufung in ein Wehrrtütigungslager bzw. zur Wehrmacht standen, einer Gesundheitsdienstausbildung zu unterziehen hatten.¹²⁵

Vor allem das durch starke Verluste geschwächte Ostheer der Wehrmacht benötigte dringend kampfkraftige Auffüllungen. Um diese sicherzustellen, hatte die HJ-Führung in den Wehrrtütigungslagern nicht nur auf eine wehrmachtsadäquate militärische Ausbildung zu achten, sondern auch dafür zu sorgen, daß die Jungrekruten gesund und leistungsfähig an die Front gelangten. Diesem Ziel dienten neben der Anweisung vom 2. März auch die Verfügungen vom 28. April über die „ärztliche Untersuchung“ und vom 27. Mai 1942 über die „gesundheitliche Sicherung“ der Teilnehmer an den Wehrrtütigungslagern. Mit der Anordnung vom April war verfügt worden, daß nunmehr „alle Jungen des Jahrgangs 1924“ per „Bereithaltungsbefehl“ zu den HJ-Wehrrtütigungslagern einberufen würden; gleichzeitig mußte mitgeteilt werden, daß eine vorherige „Untersuchung aller Jungen ... nicht durchgeführt“ werden könne, „da z.Z. nicht genügend Ärzte für diese Untersuchungen zur Verfügung“ stünden. Während eine „Untersuchung auf Tauglichkeit für einzelne Wehrmachtteile oder Waffengattungen ... nicht durchzuführen“ sei, sollte die Begutachtung der „Sporttauglichkeit“ der künftigen Soldaten „frei praktizierenden und in der Nähe der Lager tätigen Ärzten übertragen“ werden.¹²⁶

123 Meldungen aus dem Reich, S. 3939 ff. (Bericht vom 13.7.1942).

124 ANBl., 4/42 (Erlaß des JFdDtR, 11.3.1942); vgl. auch die dazugehörige Durchführungsverordnung in: Gebrdschr. RJF, 13/42, 27.5.1942; vgl. auch ANBl., 10/42 (Erlaß des RJF über den Pflichtdienstcharakter der Teilnahme an den jugendärztlichen Untersuchungen für die HJ, 25.6.1942).

125 Vgl. RB, 6/42 K, 2.3.1942. Bei dieser Ausbildung sind u.a. folgende, spätere Einsatzzwecke andeutende Schwerpunkte behandelt worden: „Blutstillung bei Blutader- und Sickerblutung, Haut- und Weichteilverletzung, Besonderheiten der verschiedenen Wunden, Wundbehandlung ... Verbrennungen ... Erfrierungen ... Knochenbrüche, Verstauchungen, Verrenkungen ... Bau einer Nottrage ... Fremdkörper in Auge, Nase, Ohr ... Gesundheitsregeln auf dem Marsch, Fußpflege und Behandlung von Blasen und Wundlaufen, Sonnenstich, Hitzschlag, Frostschäden ... Insektenstiche, Schlangenbisse ... Erkältungskrankheiten, Mandelentzündungen, Diphtherie, Masern, Scharlach, Lungenentzündung, Verdauungsstörungen, Ruhr, Typhus“. Ebenda.

126 Gebrdschr. RJF, 11/42 (Anordnung des Gesundheitsamtes der RJF zur ärztlichen Untersuchung und gesundheitlichen Betreuung der Teilnehmer an den Wehrrtütigungslagern der HJ, 28.4.1942).

Weil selbst für die als hoch kriegswichtig eingestuften Wehrrertüchtigungslager kaum noch ausgebildete Mediziner zur Verfügung standen, war die Anweisung vom Mai 1942 eher der verzweifelte Versuch einer Anleitung zur Selbsthilfe. Der HJ-Zentrale war durchaus bewußt, daß die „Sicherung der Lagermannschaft“ in den Wehrrertüchtigungslagern fast nur noch durch HJ-ausgebildete Feldschere möglich war, deren Tätigkeit sich jedoch lediglich „auf anfallende Verletzungen im Gelände beschränken“ konnte. Da eine „geordnete Durchführung des Dienstes auf der Krankenstube einschließlich der Verwaltung der Bestände an Verbandmaterial, Medikamenten usw.“ notwendig war, diese aber effektiv „nur durch eine hauptamtliche Kraft gesichert werden“ konnte, es gleichzeitig aber „aussichtslos“ erschien, „für diesen Zweck eine geeignete männliche Kraft zu erhalten“, mußte zu dem Mittel einer Notdienstverpflichtung „geeigneter weiblicher Krankenpflegekräfte“ gegriffen werden. Gesundheitsdienstmädels des BDM kamen dafür jedoch nicht in Frage; „mit Rücksicht auf den zu betreuenden Personenkreis“ erschien „für diese Arbeit eine in der Krankenpflege erfahrene Kraft im Alter um etwa 40 Jahre am geeignetsten“.¹²⁷

Etwa in der Mitte des Jahres 1942 mußten auch die Verantwortlichen der nationalsozialistischen Gesundheitsführung zum ersten Mal erhebliche Defizite der Medizinal- und Versorgungspolitik eingestehen, deren Scheitern damit offensichtlich wurde. Anfang Juli 1942 zum Beispiel, einen Tag, bevor die 11. deutsche Armee die Krim eroberte, übermittelte der Reichsgesundheitsführer dem Leiter der Partei-Kanzlei einen Bericht über die „Überwachung der Volksgesundheit im Kriege“. Darin stellte er unter Berufung auf Meldungen „aus vielen Gauen“ fest, „daß eine Gewichtsabnahme bei Jugendlichen, arbeitenden Frauen und nichteingezogenen Männern zu verzeichnen“ sei. In Berlin etwa hätten „die Kinder sichtbar gelitten“; so sei den „Teilnehmern bei dem Staatsakt für Gruppenführer Heydrich“¹²⁸ aufgefallen, daß die spalterbildenden Jugendlichen in Berlin fast durchweg sehr schlecht aussahen“. Auch aus Hamburg wurde berichtet, „daß die 16- und 17jährigen Jungen beträchtlich abnehmen“. Eine Verstärkung dieser Erscheinungen sei in den Wochen und Monaten vor der neuen Kartoffelernte zu erwarten; aber auch nach Einbringung der Ernte werde es „nicht möglich sein, die gesamte Bevölkerung ausreichend mit Kartoffeln zu versehen“. Bei der Betrachtung der Krankheitsbewegung sei eine „allgemeine Zunahme der Erkrankungsneigung“ festzustellen, die Auswirkungen auf „die Arbeitskraft insgesamt“ zur Folge habe. Berichtet wurde über „zunehmende Magen- [und] Darmerkrankungen, [eine] Zunahme der Verschmutzung aller Volksteile mit der daraus sich ergebenden Zunahme des Ungeziefers wie Flöhe, Kopfläuse und der Hautkrankheiten wie Krätze und eitrigen Hauterkrankungen“. Zudem steige die Zahl der Fehlgeburten wieder an, und außerdem würde „zum ersten Mal wieder mit Hinweis auf die vermehrte Arbeit an die Ärzte das Ansinnen gestellt, Abtreibungen vorzunehmen“.¹²⁹

Mit derartigen Berichten war auch das Schicksal des Reichsgesundheitsführers besiegelt. Mitte 1942 ist die formal große Machtfülle Contis, der de jure sowohl den staatlichen als auch den parteiamtlichen Sektor des Gesundheitswesens dirigierte, durch die am 28. Juli erfolgte Ernennung von Hitlers Leibarzt Dr. Karl Brandt zum nur dem Führer unterstellten Generalkommissar für das Sanitäts- und Gesundheitswesen weiter ausgehöhlt und marginalisiert worden; zwar wurde mit dieser Berufung der von Conti nicht bewältigte Gegensatz zwischen staatlicher und parteilicher Gesundheitsführung tendenziell weiter überwunden, wenngleich gesundheitspolitische Maßnahmen mit dem personell angeschlagenen und materiell überforderten Medizinalsystem fast nur noch reaktiv durchgeführt werden konnten. Schon seit der Jahreswende 1941/42, als infolge des wachsenden Widerstandes der Roten Armee die Zahl der Verwundeten deutlich anstieg, war auch im

127 Gebrdschr. RJF, 13/42 (Anordnung des Gesundheitsamtes der RJF zur „gesundheitlichen Sicherung der Wehrrertüchtigungslager“, 27.5.1942).

128 Exiltschechische Agenten hatten am 27.5.1942 auf SS-Obergruppenführer Reinhard Heydrich, Chef der Sicherheitspolizei und des SD, Leiter des Reichssicherheitshauptamtes und führender Kopf bei der „Endlösung der Judenfrage“, ein Attentat verübt, in dessen Folge der stellvertretende Reichsprotektor von Böhmen und Mähren am 4.6.1942 verstarb. Auf seiner Beerdigung sprachen Hitler, Himmler und Canaris.

129 Akten der Partei-Kanzlei, Bl. 10201293 f. (Conti an Bormann, 3.7.1942). Vgl. demgegenüber Conti, Stand der Volksgesundheit. S. 3; danach sei wegen der guten Vorsorgemaßnahmen „das Jahr 1943 auf gesundheitlichem Gebiet günstiger verlaufen als das Jahr 1942, und einige Besorgnisse, die 1942 besonders im Herbst und Winter zur Erörterung standen, beunruhigen uns gegenwärtig nicht mehr“.

militärischen Bereich „eine angemessene Versorgung durch die Sanitätsdienste immer weniger möglich“¹³⁰, obwohl dem Wehrmachtssanitätswesen - gerade durch die HJ - zahlreiche medizinisch geschulte Kräfte überstellt wurden.

Ende 1942 blieb von den vollmundigen Ankündigungen zur allumfassenden Jugendgesundheitsvorsorge nur noch ein auf die unmittelbaren Kriegserfordernisse gerichteter Rumpfbestand übrig. Am 3. Dezember 1942 - die im Kessel von Stalingrad eingeschlossenen Truppen wurden seit einer Woche notdürftig und unzureichend aus der Luft versorgt - verfügte der Reichsinnenminister in einem vertraulichen Runderlaß über die Jugendgesundheitspflege während des Krieges, daß es „notwendig“ sei, die Jugendgesundheitspflege weiter drastisch einzuschränken. Von jetzt an war sie nur noch dergestalt durchzuführen, daß in den Reihenuntersuchungen zwar noch die 14jährigen Jungen und Mädels erfaßt würden, weil in diesem Lebensalter Entscheidungen fielen, „die für die Lebensgestaltung der Jugendlichen von ausschlaggebender Bedeutung“ seien¹³¹; „ausnahmslos durchzuführen“ seien auch wieder die Reihenuntersuchungen der etwa 15jährigen Jungen, in denen „die Beobachtung des Einflusses der Berufstätigkeit auf die Leistungsfähigkeit und Entwicklung des Jungen im Vordergrund“ stehen sollte. Andere Untersuchungen aber - etwa die der Mädchen oder die anderer Altersgruppen - waren nur noch dann vorzunehmen, wenn „dies ohne Gefährdung der vordringlichen Aufgaben der Gesundheitsämter sowie der ärztlichen Versorgung der Zivilbevölkerung möglich“ war. Die Tauglichkeitsbegutachtungen sind auf die künftigen Angehörigen der Adolf-Hitler-Schulen, der Nationalpolitischen Erziehungsanstalten, der HJ-Führerschulen sowie auf die höheren BDM-Führerinnen begrenzt worden. Aber selbst die zu den Wehrrüchtigungslagern einberufenen 16- und 17jährigen Jungen waren „mit Rücksicht auf den Zeit- und Wegeverlust und dem damit verbundenen Arbeitsausfall“ nur noch in den Lagern selbst zu untersuchen, für die - wie gezeigt - bald keine Ärzte, sondern lediglich notdürftig ausgebildete Feldschere zur Verfügung standen.¹³²

Die Palette dieser Notmaßnahmen - zu denen noch Impfungen für die im Osteinsatz stehenden HJ-Angehörigen gehörten - ist durch Anweisungen zu Röntgenreihenuntersuchungen¹³³ und zu Zahnsanierungsmaßnahmen ergänzt worden, die sich jedoch wiederum nur auf die unmittelbar wehrpflichtigen Jahrgänge konzentrieren sollten. So durfte - wie schon skizziert - „mit Rücksicht auf die bestehenden Kriegsnotwendigkeiten“ lediglich bei den zur Einberufung in die Wehrmacht anstehenden Jugendlichen eine „Behebung aller behandlungsbedürftigen Gebißschäden“ vorgenommen werden. „Soweit die Jugendzahnpflege [überhaupt] noch durchgeführt“ werde, sei sie „mit sofortiger Wirkung derart umzugestalten, daß im Rahmen der bestehenden Verträge mit allen der Jugendzahnpflege z.Z. zur Verfügung stehenden Kräften und Mitteln unter Verzicht auf die

130 Guth, Militärärzte, S. 182.

131 VHB, S. 3046 ff. (nicht veröffentlichter Runderlaß des RMdI, 3.12.1942). Diese Reihenuntersuchung war aus arbeitsökonomischen, nicht aus medizinischen Gründen „besonders sorgfältig vorzunehmen, weil hier viele Tauglichkeitsbegutachtungen in einem Untersuchungsgang“ zusammengefaßt werden konnten, etwa die Untersuchungen zur Berufstauglichkeit, zur Überführung in die HJ, für Ernteeinsätze und das Pflichtjahr, für den Landdienst und den Osteinsatz der HJ; die entsprechenden Eintragungen in den Jugendgesundheitsbogen hatten daher „so sorgfältig [zu] erfolgen, daß die Tauglichkeit zu den genannten Diensten ohne erneute Untersuchung auf Grund der erhobenen und in den Bogen festgehaltenen Befunde bestimmt werden“ könne.

132 Ebenda. Obwohl der Erlaß nicht veröffentlicht wurde und also nur einem eingeschränkten Kreis zugänglich war, meinte die NS-Gesundheitsbehörde im Reichsinnenministerium - im Vorgriff auf die wegen der deutlichen Reduzierung der jugendmedizinischen Maßnahmen möglicherweise negativen Auswirkungen - den ausgewählten Empfängern mitteilen zu müssen, daß die „getroffenen Anordnungen in keiner Weise die Einstellung der bisher durchgeführten Jugendgesundheitspflege zur Folge haben“ sollten. Mit Rücksicht auf die Bevölkerungsstimmung ist eigens verfügt worden, „die Untersuchungen für die Durchführung der erweiterten Kinderlandverschickung durchzuführen“; dies sei „eine kriegsnotwendige Maßnahme“.

133 Die in Verbindung mit der Medizinalorganisation der SS durchgeführten Röntgenreihenuntersuchungen vor allem denjenigen HJ-Angehörigen, die sich zur Waffen-SS gemeldet hatten, sind von Dr. Horst Dreyer organisiert worden, der zunächst als Leiter der Hauptabteilung Gesundheitssicherung im Amt für Gesundheitsführung der Reichsjugendführung tätig war und später als Verbindungsführer des Sanitätswesens der Waffen-SS zur Reichsjugendführung fungierte. Später sind die Röntgenreihenuntersuchungen auch auf für die Wehrmacht vorgesehene Jungen ausgedehnt und zum Pflichtdienst erklärt worden; vgl. dazu Deutsches Ärzteblatt, 15.1.1943 (Anordnung des RGF zur Durchführung von Röntgenreihenuntersuchungen im Rahmen von „Volksuntersuchungen“ durch den SS-Röntgensturmbann, 24.11.1942); vgl. auch RMBIv, 1943, S. 309 (Runderlaß des RMdI und des RAM über Röntgenreihenuntersuchungen durch den SS-Röntgensturmbann, 19.12.1943), und ANBl., 1944, S. 71 ff. (Erlaß des JfDdTr über Röntgenreihenuntersuchung der Jungen der Geburtsjahrgänge 1928 und 1929, 22.3.1944).

Fortführung der Betreuung der Schulanfänger und der bereits behandelten unteren Jahrgänge jetzt nur die 17jährigen und, soweit möglich, daneben die 18jährigen (zur Zeit also die Geburtsjahrgänge 1923 und 1924) untersucht und behandelt“ würden. Conti: „Das Ziel dieser Maßnahmen ist die Beseitigung behebbarer Gebißschäden bis zum Zeitpunkt der Erfassung der Jugendlichen durch die Wehrmacht.“¹³⁴ Auch in dem am 12. April 1943 ergangenen Runderlaß des Reichsjugendführers zur Zahnsanierung der Jungen des Geburtsjahrganges 1927 wurde dezidiert und ausschließlich auf die „Leistungsfähigkeit der bei der Wehrmacht und in der Rüstungsindustrie zum Einsatz kommenden Jugendlichen“ abgehoben, deren volle Einsatzfähigkeit „erfahrungsgemäß durch Gebißschäden erheblich beeinträchtigt“ werde. Um dies zu verhindern, wurde die Zahnsanierung aller per Erfassungslisten registrierten Jugendlichen zum Pflichtdienst im Rahmen der Jugenddienstpflicht erklärt. Diese hatten sich „nach einem ihnen zugehenden Befehl sofort in Zahnbehandlung zu begeben“.¹³⁵

Im Frühjahr 1943 konstatierte der SD nach „zahlreichen Berichten aus dem gesamten Reichsgebiet“, daß sich - offensichtlich als Resultat der drastisch eingeschränkten jugendmedizinischen Betreuung - „in den letzten Monaten besonders unter der Schuljugend eine starke Verlausung bemerkbar“ mache; diese Entwicklung habe bereits „teilweise katastrophale Ausmaße“ angenommen. Es sei zu beobachten, „daß aufgrund der Verlausung auch die damit verbundenen Hautauschläge stark in Erscheinung“ träten, so daß „teilweise schon von einer Bedrohung des Gesundheitszustandes der Jugend gesprochen werden“ müsse. Als „Hauptgrund für die zunehmende Verlausung“ hatte der SD den „Mangel an Körperpflegemitteln“ festgestellt, besonders die „Knappheit von Seife“ und das „teilweise völlige Fehlen von Läusevertilgungsmitteln“; außerdem sei es - so die traurige Ironie im Großdeutschen Reich auf dem Höhepunkt seiner Machtentfaltung - „beinahe unmöglich, einen Kamm ... zu kaufen“; die „wenigen im Handel befindlichen Kämme [seien] qualitätsmäßig so schlecht, daß sie vielfach schon beim erstmaligen Benutzen zerbrächen“.¹³⁶

Diese und andere Einschätzungen des SD, aber auch die Lagebeurteilungen staatlicher Gesundheitsbehörden entlarven die zweckoptimistischen Äußerungen der HJ-Medizinalführung, etwa des HJ-Gebietsarztes von Hessen-Nassau, als schlichte Lügen, als vollkommene Umkehrung der tatsächlichen Verhältnisse, wenn dieser im Mai 1943 behauptete: „Auf keinem Gebiet des Volkslebens hat der Krieg bisher wohl so wenig Veränderungen hervorgerufen wie an der Gesundheit der Jugend“; weder hätten die Infektionskrankheiten einen größeren Umfang erreicht, noch hätte der Ernährungszustand eine wesentliche Verschlechterung erfahren, und auch in der Wachstumsentwicklung seien keine Stagnationen zu beobachten. Die Ärzteschaft sei in ihrer Betreuungsarbeit wie in der jugendärztlichen Forschung „auf dem Posten“.¹³⁷ Der HJ-Arzt konnte aber seine Befürchtungen nicht verbergen, daß „die Entbehrungen des Krieges die Widerstandskraft eines Volkes mindern“ würden.

134 VHB, S. 3048 f. (von Conti unterzeichneter, vertraulicher, nicht veröffentlichter Runderlaß, 28.2.1942); eine Behandlung anderer Jahrgänge durfte nur noch dann erfolgen, „wenn die Sanierung der Gebißschäden der oben genannten Jahrgänge durchgeführt“ war. Vgl. auch die ersten Anweisungen schon 1939, in: RB, 23/IV (Richtlinien der RJF zur Zahnpflege im Rahmen der Gesundheitspflicht der HJ, 23.6.1939), und RB, 18/K (Anweisung der RJF über die Zahnsanierung zur Erhaltung der Wehrfähigkeit von HJ-Angehörigen während der HJ-Dienstzeit, 8.12.1939).

135 ANBl., 1943, S. 28 f.; vgl. auch Bartel, Der Kriegseinsatz, S. 119 (Aufruf des RJF und des RGF zur Zahnsanierung der Jungen der Geburtsjahrgänge 1928/1929, 23.2.1944).

136 Meldungen aus dem Reich, S. 4899 ff. (Bericht vom 4.3.1943).

137 Schmidt-Voigt, Das Gesundheitsbild der Jugend, S. 117 f. Geforscht wurde u.a. über die Determinanten jugendlicher Akzelerationsprozesse, die „geradezu einen Umbruch in dem biologischen Entwicklungsgeschehen mit all seinen medizinischen, erzieherischen, sozialen und staatspolitischen Folgerungen“ bedeuteten. Lediglich am Rand gestand der HJ-Mediziner die - insgesamt gesehen - marginale Tatsache ein, daß etwa „die Erkrankungen an Scharlach zahlenmäßig stark in die Höhe gegangen“ sind und die Ursache dafür „in den im Verlaufe des Krieges stark ansteigenden Massenbewegungen erblickt“ werden müsse; besonders in Lagern und Heimen der HJ würden „vielfach gehäufte Scharlacherkrankungen beobachtet“. Ebenda.

11.8 Gesundheitspolitische Neuorientierung und weitere Radikalisierung im totalen Krieg. Die „Grundsätze der Jugendgesundheitspflege“

Für die HJ stellte das Jahr 1942 in gesundheitspolitischer Hinsicht also ein Jahr der Umbrüche und Neuorientierungen dar. Der aufgrund zunehmender militärischer Dienstverpflichtungen nicht mehr zu kompensierende Ärztemangel und zahlreiche andere kriegsbedingte Einschränkungsmaßnahmen erzwangen eine drastische Modifizierung der einst hochtrabenden Pläne, bevor 1943 durch Conti und Axmann, den immer machtloser werdenden Reichsgesundheitsführer und den ebenfalls an Einfluß verlierenden Reichsjugendführer, neue „Grundsätze für die Jugendgesundheitspflege“ festgelegt wurden. Sowohl die Interimssituation des Jahres 1942 als auch das Festhalten an dem der HJ-Gesundheitsarbeit zugrunde liegenden Konzept einer „wechselseitigen Durchdringung gesundheitsführender ärztlicher Aufgaben mit den Gesetzen und Problemen der [politischen] Jugendführung“¹³⁸ spiegelten sich in den Darlegungen von Erika Geisler, Abteilungsleiterin im Amt für Gesundheitsführung der Reichsjugendführung, deutlich wider. Trotz kriegsbedingter Reduktionen ist von dem durch sie repräsentierten Amt für Gesundheitsführung an dem Programm einer ganzheitlichen jugendmedizinischen Betreuung nicht nur festgehalten worden, sondern diese totalitär ambitionierte Zielsetzung erfuhr sogar eine Ausdehnung. Die von Geisler angestrebte, auf drei Bereiche gerichtete „Ganzheitlichkeit“ war deshalb zumindest tendenziell 'total', weil sie auf eine breit ausgreifende Erfassung, Kontrolle und Normierung der Jugendlichen, die Anwendung einer Kombination von klassisch-medizinischen Methoden mit nationalsozialistischen Sozialtechniken bei möglichst allen Jungen und Mädchen abhob und mit ihr zugleich versucht wurde, keine isolierte Krankheitsbehandlung und keine selektive Leidenslinderung, sondern eine ganzheitlich-umfassende Vorsorge zu betreiben, die neben rein medizinisch-ganzheitlichen Therapie- und Diagnoseverfahren auch die nationalsozialistische Dreisatz-Einheit von Körper, Seele und Geist anstrebte und zudem eine Kopplung von medizinischen und politischen Führungstechniken beinhaltete. Die dritte Komponente der „Ganzheitlichkeit“ bestand in dem Bestreben, die eigene Einflußnahme auf möglichst viele gesundheitsrelevante Einrichtungen zu verstärken und diese in die eigene Medizinalpolitik einzubinden.

Letzteres war schon deshalb notwendig, weil die meisten Jugendärzte im Fronteinsatz standen und die HJ-Gesundheitsorganisation in ihrer ursprünglichen Gestalt zu zerfallen drohte; deshalb mußte, stärker als ursprünglich intendiert, auf andere Partner zurückgegriffen und damit zumindest intern das Scheitern der einstigen Pläne eingestanden werden. Ausgehend von der Überlegung, daß „jede gesundheitliche Arbeit an der Jugend bei der Mutter einsetzen“ müsse und erst „durch [eine] richtige Lenkung der Mütter die besten Möglichkeiten für die gesundheitliche und charakterliche Entwicklung im frühen Kindesalter“ geschaffen werden könnten, die damit den „Grundstein“ für ein „erfolgreiches Weiterbauen der Jugendgesundheitsführung“ legen sollte, wurde von der Reichsjugendführung versucht, durch entsprechende Kooperationsvereinbarungen etwa mit dem Deutschen Frauenwerk, dem Reichsmütterdienst, den Mütterberatungsstellen der Gesundheitsämter, den Mütterheimen der NSV, dem Reichsbund der Kinderreichen und durch den Einsatz von Volkspflegerinnen und Gemeindeschwestern die entstandene „Lücke zu schließen“.¹³⁹

Zusätzlich zu der Zusammenarbeit mit den auf die Bevölkerungsreproduktion gerichteten NS-Verbänden sollten auch Kooperationsbeziehungen zwischen der HJ-Gesundheitsorganisation und anderen auf dem Gebiet der Hygiene und im Medizinalbereich tätigen Parteistrukturen die Durchsetzung der Jugendgesundheitspolitik da sicherstellen, wo die Kräfte der HJ nicht ausreichten. So trafen die Reichsjugendführung und die Reichsstudentenführung schon ein Jahr nach Kriegsbeginn eine Vereinbarung, mit der zum einen „die gesundheitliche Betreuung der deutschen Jugend sichergestellt“ und zum anderen „den Medizinstudenten Einblick in das Wesen der Jugendgesundheitspflege“ gegeben werden sollte. Diese rein pragmatische Zusammenarbeit - die HJ bekam medizinisches Personal zur Kompensation ihrer im Fronteinsatz stehenden Ärzte, und die Medi-

¹³⁸ Geisler, Jugendarzt und Jugendführung, Vorwort.

¹³⁹ Ebenda, S. 62 ff. Zu den darüber hinausreichenden Kooperationsvereinbarungen der Reichsjugendführung mit Gliederungen und anderen Organisationen der NSDAP vgl. VHB, S. 3010 ff.

zinstudenten erhielten die Gelegenheit zu realitätsnahen Praktika - führte zur Bildung der Arbeitsgemeinschaften „Gesundheitsführung der deutschen Jugend“, in denen alle der HJ angehörnden Jungmediziner zusammengefaßt und innerhalb der HJ organisatorisch und personell als „Medizinergefolgschaft“ erfaßt wurden. In den aus jeweils zwei Gruppen bestehenden Arbeitsgemeinschaften ist die erste Gruppe „im praktischen Gesundheitsdienst der Hitler-Jugend eingesetzt“ worden, die zweite übernahm „im Sinne der Förderung der Jugendgesundheitspflege“ die wissenschaftliche Bearbeitung „aller von der RJF angeregten Probleme“.¹⁴⁰ Diese Vereinbarung wurde wenig später durch eine Anordnung ergänzt, nach der die Medizinstudentinnen, die nach der Bestallungsordnung für Ärzte während ihrer Studienzeit ohnehin einer Bereitschaft des Deutschen Roten Kreuzes oder dem Gesundheitsdienst der HJ angehören mußten, ebenfalls in die HJ-Gesundheitsorganisation eingegliedert wurden, mit dem analogen Ziel, ihnen „Einblick zu gewähren in die gesundheitlichen Fragestellungen innerhalb der Hitler-Jugend“ und um „der Gesundheitsführung die für die Durchführung ihrer Aufgaben nötigen Hilfskräfte zur Verfügung zu stellen“.¹⁴¹

Im Frühjahr 1942 - in den kurz zuvor errichteten Vernichtungslagern Belzec, Sobibor und Treblinka hatte gerade der industriemäßige Massenmord an Juden mittels Giftgas begonnen, - vereinbarte die Reichsjugendführung mit dem Reichsarzt der SS, Professor Ernst Robert Grawitz, in dessen Eigenschaft als Präsident des Deutschen Roten Kreuzes, die Zusammenarbeit beider Organisationen, wobei das DRK sich vor allem an der Ausbildung der Gesundheitsdienstmädel und Feldschere der HJ beteiligte und die letztere sich verpflichtete, die entsprechend geschulten Jugendlichen nach Ablauf ihrer Dienstzeit an das DRK zu überweisen¹⁴², dem nach einer Anweisung von Heß „als Hauptaufgabe die Kranken- und Verwundetenpflege für die Wehrmacht ... sowie die gesamte Gestellung von Ersatzkräften für das mob-mäßig zu beordernde weibliche Krankenpflegepersonal in allen Krankenpflegeplätzen“ oblag¹⁴³.

Von ähnlicher Qualität - Soforthilfe für die HJ gegen deren Versprechen auf künftige Nachwuchsgestellung - war die nur sechs Tage nach dem Angriff auf die Sowjetunion mit der NS-Volkswohlfahrt getroffene Vereinbarung - sie folgte den entsprechenden Abkommen mit der Deutschen Apothekerschaft und der Deutschen Drogistenschaft¹⁴⁴ -, wonach „die NS-Schwesternschaft der Hitler-Jugend für den Gesundheitsdienst des BDM geeignete Vollswestern auf die Dauer von zwei Jahren zur Verfügung“ stellte; im Gegenzug verpflichtete sich die Reichsjugendführung - „um in Zukunft jederzeit geeignete Schwestern für den Gesundheitsdienst des BDM zu haben“ -, der „NS-Schwesternschaft geeignete Mädel zur Ausbildung zur Verfügung“ zu stellen, um diese wiederum „nach abgelegtem Staatsexamen zur Mitarbeit im Gesundheitsdienst des BDM als vertraglich zur NS-Schwesternschaft gebundene Schwestern zurückzuerhalten“.¹⁴⁵

140 ANBl., 11/40 (Erlaß des JFdDr zur Erfassung aller der HJ angehörnden Medizinstudenten in den Arbeitsgemeinschaften Gesundheitsführung der deutschen Jugend, 2.9.1940).

141 ANBl., 15/40 (Erlaß des JFdDr zur Erfassung aller dem BDM angehörnden Medizinstudentinnen in den Arbeitsgemeinschaften Gesundheitsführung der deutschen Jugend, 29.10.1940); vgl. auch RB, 70/K, 9.12.1940 (Durchführungsbestimmungen des Gesundheitsamtes der RJF).

142 Vgl. RB, 11/42 K, 28.4.1942 (Richtlinien für die Zusammenarbeit von HJ und DRK); RB, 22/42 K, 13.10.1942 (dazugehörige Durchführungsbestimmungen). Erste Bestimmungen ergingen schon 1939; vgl. VOBl., IV/201 (Anordnung des Stf über die Zusammenarbeit der Parteiorganisationen mit dem DRK, 14.10.1939).

143 VOBl. der RL der NSDAP, IV/201 (Anordnung des Stf, Nr. 195/39, 14.10.1939). Das DRK verfügte schon 1935 über 1,2 Millionen Mitglieder und über 180.000 ausgebildete und einsatzbereite Sanitätshelfer (1939 bereits 196.000). 1937 wurden die zivilen Aufgaben des DRK auf die NSV übertragen, während sich das DRK nun vorrangig dem Kriegssanitätsdienst der Wehrmacht und dem Luftschutz zu widmen hatte; zur Geschichte und Tätigkeit des DRK vgl. Forrer, Sieger ohne Waffen; Seithe/Hagemann, Das Deutsche Rote Kreuz.

144 Vgl. VOBl., III/9, 7.3.1935.

145 RB, 30/41 K, 28.6.1941. 1933 hatten noch fast drei Viertel aller deutschen Krankenschwestern den großen kirchlichen Wohlfahrtsorganisationen angehört. Die von Hilgenfeldt im Zusammenhang mit dem Anlaufen des Vierjahresplanes geforderte zahlenmäßige Steigerung der Schwesternschaft um 20.000 Krankenschwestern pro Jahr konnte nicht erfüllt werden, da auf regulärem Wege nur 4.000 Schwestern ausgebildet wurden; erst mit dem Reichsgesetz zur Ordnung der Krankenpflege vom September 1938 (vgl. RGBL., T. I, 1938, S. 1309 ff.) konnte eine Änderung bewirkt werden; auch durch die Zusammenarbeit mit der HJ gelang es dem DRK, die Zahl ausgebildeter Schwestern erheblich zu steigern, so daß im Kriegsverlauf etwa 750.000 Schwestern zum Einsatz kamen; allein 1943 konnte auf einen Bestand von mehr als 300.000 Schwestern zurückgegriffen werden. Vgl. dazu Hahn, Entwicklung der Krankenpflege; Breiding, Die Braunen Schwestern.

In Zusammenarbeit mit der Fachgruppe Gesundheit der Deutschen Arbeitsfront, der Drogisten, Dentisten, Zahntechniker, technische Assistenten und Krankenpflegerinnen sowie als korporative Mitglieder die Angehörigen der Ärzte-, Zahnärzte- und Apothekerschaft angehörten, waren das HJ-geführte Jugendamt der DAF und das Amt für Volksgesundheit der DAF für die Gesundheitsführung der werktätigen Jugend in den Betrieben zuständig. In der Zwangslage zwischen Anforderungen nach einem permanent zu steigenden Jugendeinsatz und Versuchen zur Bewahrung Jugendlicher vor gesundheitlichen Schäden - „der Krieg fordert den letzten Einsatz der Jugend“; dieser dürfe „aber nicht in einer Form erfolgen, durch die Gesundheit ernst und dauernd [!] geschädigt“ werde - sollten die HJ-Ärzte im DAF-Amt Gesundheit und Volksschutz mit den HJ-Sozialpolitikern im Jugendamt der DAF die „Überwachung der betriebstätigen Jugend“ übernehmen und „Mißstände“ an die HJ-Zentrale melden.¹⁴⁶

Die bereits weiter oben thematisierte Radikalisierung der Jugendgesundheitspolitik erfolgte insbesondere hinsichtlich der bislang eher latent wirkenden (sozial)rassistischen Komponente asynchron und schleichend, aber gleichwohl zielgerichtet; dies ist an den Darlegungen der HJ-Gesundheitspolitikerin Erika Geisler beispielhaft zu beobachten. Nachdem von ihr etwa konzediert wurde, daß „auch die Schule wichtige gesundheitserziehende Möglichkeiten“ besaß, dort eine „erfreuliche Erweiterung des lebenskundlichen Unterrichts“ eingetreten sei und die Fächer „Biologie und Rassenkunde nach ganzheitlicher Betrachtung des Lebens“ strebten, konstatierte sie jedoch, daß die von der Volksschule „erfüllbare Arbeit“, mit deren Erziehungsgrundlage „mehr als 90% aller Deutschen ... den Weg ins Leben“ anträten, eine kriegsbedingt „starke zeitliche Begrenzung des Naturkundeunterrichts“ erfahren habe. Hier nun hätte - so die Auffrischung alter antischulischer Ressentiments auch auf diesem Gebiet - die Arbeit der HJ einzusetzen. Denn jede erfolgreiche Gesundheitsführung beginne mit einer umfassenden Gesundheitserziehung, die den Jugendlichen nahebringen müsse, daß „Körperpflege und Abhärtung die Widerstandsfähigkeit gegen Krankheiten“ steigern und dem „gesunden Lebensgefühl unserer Rasse“ entsprechen würden. „Sauberkeit und Körperpflege“ ließen sich am ehesten erreichen, „wenn man sie als Verpflichtung der [Volks-]Gemeinschaft gegenüber“ herausstelle und „als Forderung des nationalen Stolzes“ betrachte, ganz „besonders im Gegensatz zur Lebensführung östlicher Völker“. Vom Rassenbewußtsein schon bei der Körperpflege, den „Entartungserscheinungen in der Ernährung“ und dem „Niedergang in der Küchenkultur“ - gewettert wurde vor allem über einen hohen Fett- und Fleischverbrauch, also über die Konsumtion von Dingen, die gerade knapp waren - spannte sich der Bogen über den „Kampf gegen Alkohol und Tabak“ bis hin zum eigentlichen Anliegen der Gesundheitsverantwortlichen des BDM, der „rassenpolitischen Erziehung“ als Voraussetzung jeglicher effektiver Gesundheitspolitik.

Diese Form der Erziehung schien ihr ganz besonders geeignet, „das Schönheitsideal rassischer Reinheit und Gesundheit wachzuhalten“, damit „die so gefestigten Kräfte des natürlichen Instinkts ... einmal die Gattenwahl im Sinne einer völkischen Aufwärtsführung leiten“ könnten. Die „rassenpolitische Erziehung“ sollte „die Familie als Keimzelle des Volkes“ herausstellen; als „Ideal [galt] die Beherrschung und Meisterung des Trieblebens, bis Wille und Möglichkeit zur Ehe und Familiengründung“ diesem „einen höheren Sinn“ gaben.¹⁴⁷ Mit dieser sich auf konservativ-moralische Grundwerte berufenden Sentenz repräsentierte Geisler zwar die im BDM vertretene Linie, die sexuelle Kontakte nur nach der Eheschließung und lediglich zum Zwecke der Kindeszeugung vorsah; sie befand sich damit aber in einem zunehmenden Widerspruch zu der sich gerade etablierenden, von den Führungen der NSDAP, der HJ, der SS und auch der Wehrmacht vertretenen Auffassung, nach der die hohen Frontverluste nicht mehr auf traditionellem Wege zu kompensieren seien¹⁴⁸,

146 RB, 19/K, 21.12.1939.

147 Geisler, Jugendarzt und Jugendführung, S. 62 ff.

148 Schon Jahre zuvor hatte sich Hitler für einem 'Zeugungsschub' ausgesprochen und dabei die Frage nach dem Familienstand - bewußt? - offengelassen: „Doch hat der völkische Staat eben nicht die Aufgabe, eine Kolonie friedsammer Ästheten und körperlicher Degeneraten aufzuzüchten. Nicht im ehrbaren Spießbürger oder der tugendsamen alten Jungfer sieht er sein Menschheitsideal, sondern in der trotzigen Verkörperung männlicher Kraft und in Weibern, die wieder Männer zur Welt zu bringen vermögen.“ Hitler, Mein Kampf, S. 455.

weshalb die bisherige gesellschaftliche Stigmatisierung und legislatorische Diskriminierung lediger Mütter und unehelicher Kinder per Dekret in ihr Gegenteil verwandelt werden sollten.¹⁴⁹

Die BDM-Vertreterin im Gesundheitsamt der Reichsjugendführung ging von dem Grundsatz aus, „daß nur erblich wertvolle Menschen für uns Bereicherung und Gewinn sind“. Zur Stützung dieser sich erst langsam durchsetzenden, neuen und pragmatischen Tendenz vertrat sie die Auffassung, daß „die in einem Augenblick der Haltlosigkeit und des Leichtsinns gezeugten [unehelichen] Kinder entsprechend dem Erbgut der Eltern für die Volksgemeinschaft nur geringen Wert besitzen“ können. Dieses Prinzip, das sich im realen Leben der BDM-Mitgliedschaft zunehmend als antiquiert und lebensfremd herausstellte, gelte „auch für Kriegskinder“; auch deren Väter müßten „rassisch einwandfrei“ sein und deren Mütter „auf ihren Erbwert geprüft“ werden. Die Mädchen dürften sich, so Geisler mit Bezug auf die Alltagsrealitäten, auch nicht durch einen „falsch verstandenen Idealismus dazu hinreißen“ lassen, „sich Männern hinzugeben, deren Erbwert sie nicht kennen“. Um aber dem anderen Problem nationalsozialistischer Rassen- und Bevölkerungspolitik - der „Überwindung des Geburtenrückgangs“ - begegnen zu können, plädierte Geisler dafür, daß die - selbstverständlich verheiratete - Frau „wieder der natürlichen Stimme ihres Wesens zu folgen bemüht“ sein müsse und in „Kinderreichtum und Bewährung ihrer Mütterlichkeit Erfüllung und Inhalt ihres Lebens“ finden werde.¹⁵⁰

Unmittelbar nachdem mit dem Runderlaß des Reichsinnenministers vom Dezember 1942 über die „Jugendgesundheitspflege während des Krieges“ die Prioritäten und Modalitäten der Reihenuntersuchungen und Tauglichkeitsbegutachtungen von Jugendlichen vor allem für kriegswichtige Einsatzzwecke und für die vor der Schulentlassung, der Übernahme in HJ und BDM oder vor einem „Kriegseinsatz im Osten“ stehenden Jugendlichen höchst widersprüchlich festgelegt worden waren¹⁵¹, erließen der Reichsjugend- und der Reichsgesundheitsführer im Januar 1943 die „Grundsätze für die Durchführung der Jugendgesundheitspflege“¹⁵², die für den weiteren Verlauf des Krieges die Richtlinien für die Jugendgesundheitsführung abgeben sollten. Wie der HJ-Reichsarzt kommentierend feststellte, bildeten die von Conti und Axmann verfügten „Grundsätze“ einen „neuen hervorragenden Markstein“, mit dem auf dem Sektor der Gesundheitspolitik die Einheit von Staat und Partei verwirklicht werden könne. Eine „Reihe von Unzulänglichkeiten“, die eine effektive Jugendgesundheitsführung bislang erheblich behindert hatten, haben den Erlaß der „Grundsätze“ zwingend erforderlich gemacht; derartige „Unzulänglichkeiten“ waren bis dahin auch von Liebenow verleugnet bzw. in eine logisch verlaufende nationalsozialistische Erfolgsgeschichte umgefälscht worden. Nunmehr aber, so Liebenow, habe man im Vorfeld der Erarbeitung der „Grundsätze“ die „überraschende Feststellung“ gemacht, daß es „ein einheitliches, geordnetes und fest umrissenes Arbeitsfeld auf dem Gebiet der Jugendmedizin noch gar nicht“ gebe, weshalb man „den Lebensabschnitt der Jugendlichen in der medizinischen Wissenschaft als *terra incognita*“ bezeichnen müsse. Wissenschaftliche Hochschulen und Kliniken aber, die nur von Kranken und Krankheitsgefährdeten aufgesucht würden, könnten deshalb eine „wirkliche Krankheitsvorbeugung und Pflege des gesunden Menschen gar nicht betreiben“; deshalb sei auch den meisten Medizinstudenten „die sogenannte Leistungsmedizin fremd“. Für die Erziehung der Jugend und damit für die HJ-Zentrale sei es aber „von hohem Wert, die Leistungsbreite der einzelnen Jahrgänge in den verschiedenen Konstitutionen zu beurteilen“. Bis heute, also bis Anfang 1943, hätten aber die Uneinheitlichkeit der Organisation und Durchführung, die „nicht immer

149 In den vom Reichsminister des Innern schon im Juli 1940 erlassenen Richtlinien für die Beurteilung der Erbgesundheit war festgelegt worden, daß „uneheliche Kinder wie eheliche ... zu beurteilen“ seien; dagegen müßten „weibliche Personen, die uneheliche Kinder von verschiedenen Erzeugern haben, ... als haltlos und damit [als] erbbiologisch unerwünscht angesehen“ werden; hier zitiert nach: Grundsätze der Jugendgesundheitspflege, S. 129. Zur Thematik vgl. Essner/Conte, Metamorphosen des Ehrechts.

150 Geisler, Jugendarzt und Jugendführung, S. 62 ff.

151 Vgl. VHB, S. 3046 ff. (nicht veröffentlichter Runderlaß des RmDI, 3.12.1942). Ungeachtet der klaren und eindeutigen Devise: „Der Jugendliche von heute ist der Arbeiter und Soldat von morgen“, weshalb „die Gesunderhaltung der deutschen Jugend ... als vordringlich angesehen werden“ müsse, wurde - wie gezeigt - mit diesem Erlaß das noch im März 1940 verkündete umfassende Jugendgesundheitsprogramm pragmatisch zusammengestrichen.

152 Grundsätze der Jugendgesundheitspflege.

ausreichende Unterstützung in ideeller und materieller Hinsicht“ einen „planmäßigen Ausbau der Jugendgesundheitspflege verhindert“. Diese „auf die Dauer untragbare Entwicklung“ habe durch den Erlass der Grundsätze nun ein Ende gefunden.¹⁵³

Die im Januar 1943 als „Grundsätze der Jugendgesundheitspflege“ zusammengestellte Materialsammlung gehörte auch deshalb zu den zentralen, weit über den engeren Bereich der nationalsozialistischen Jugendgesundheitspolitik hinaus bedeutsamen Dokumenten des Dritten Reiches, weil hier der Stellenwert der Jugendgesundheitsfürsorge für das gesamte NS-Regime ausführlich dargelegt und diese mit ihren Verbindungen zu anderen Bereichen als entscheidendes Kernstück der NS-Gesellschaftspolitik deutlich sichtbar wird. In der Einleitung machte der Reichsgesundheitsführer diese weitreichende Relevanz von Jugendgesundheitspolitik prägnant deutlich, als er - unter Bezugnahme auf Hitlers Auffassungen, „daß der Mensch im Alter von 18 Jahren im wesentlichen in seinen Charakterzügen fertig“ sei; dies gelte „in gleicher Weise für die seelische wie für die körperliche Entwicklung“ - postulierte, daß „die wichtigsten Entscheidungen über das gesundheitliche Lebensschicksal und damit weitgehend über den Wert des einzelnen für sein Volk und auch über sein persönliches Glück bis zu diesem Zeitpunkt gefallen“ seien.

Am Ende der HJ-Dienstzeit - so Conti - stehe also fest, welchen Wert ein Mensch für die NS-Gesellschaft und welche Chancen er für seine persönliche Lebensgestaltung habe. Hitlerjugend und Gesundheitswesen, Jugend- und Medizinalpolitik bildeten deshalb eine so wichtige Symbiose, ein Konglomerat mit zahlreichen Schnittmengen, weil eben im HJ-Alter „die Grundlagen für die zukünftige Entwicklung“ gelegt und sich hier entscheiden würde, ob „beste Anlagen verdorben werden, gute nicht zur Entfaltung gelangen und unglückliche Anlagen ausgeglichen werden“ könnten. Daher, so Conti, sei „die Jugendgesundheitspflege ein Kernstück der [gesamten nationalsozialistischen] Gesundheitsführung“. Hinzu komme, und diese Tatsache mache den Wert der Einheit von Jugend- und Gesundheitspolitik erst richtig deutlich, „daß dies der einzige Lebensabschnitt“ sei, „in dem die gesundheitliche Betreuung an den gesamten Querschnitt des Volkes, an jeden einzelnen heran“komme, denn „Hitler-Jugend und Schule erfassen jeden Jungen und jedes Mädchen“. ¹⁵⁴ Nach dieser Präambel folgten in den „Grundsätzen“ die Modalitäten für die Durchführung von Reihenuntersuchungen und HJ-Gesundheitsappellen, die daraus abgeleiteten Richtlinien für die Beurteilung der Erbgesundheit der Jugendlichen sowie die Regularien für die Beurteilung der Tauglichkeit für den Dienst in der HJ.

Nach den bisherigen, im Kriege modifizierten Grundsätzen der HJ-Gesundheitspolitik hatten sich die seit 1933 praktizierten „Reihenuntersuchungen [als] das Kernstück der Jugendgesundheitspflege“ etabliert; sie sollten „daher gründlich sein und verantwortungsbewußt durchgeführt werden“. Ihr „Sinn und Zweck“ bestand in „genauen Befunderhebungen unter Berücksichtigung der erbbiologischen Momente bei jedem einzelnen“, in der „Beurteilung der körperlichen Leistungsfähigkeit“ und in der „Herbeiführung erforderlicher gesundheitsfördernder Maßnahmen“; hinzu kam die Absicht zur „Schaffung von Unterlagen für die Gesundheitsstatistik der jugendlichen Bevölkerung“, also der Wunsch, sowohl statistisch auswertbare Massendaten für die weitere Gesundheitsführung der Bevölkerung zu erhalten als auch das Bestreben, den quasi-gläsernen Menschen zu produzieren. Deshalb waren „bei jedem zu Untersuchenden alle Untersuchungsmethoden“ anzuwenden, und es war „auf keinen Fall zulässig, [etwa] nur die Organe zu untersuchen, über die Beschwerden geäußert werden“.¹⁵⁵

Galt für die Bestimmung der Dienstuntauglichkeit von HJ-Angehörigen bereits ab 1937 ein differenzierter Kriterienkatalog des Gesundheitsamtes der Reichsjugendführung¹⁵⁶, wurde für die Reihen- und Tauglichkeitsuntersuchungen nunmehr eine Untersuchungstabelle für Kinder und Jugendliche im Alter von sechs bis 18 Jahren zusammengestellt, der die Gesundheitspolitiker die

153 Liebenow, Der Jugendarzt im Kriege, S. 113 ff.; Hervorhebung im Original.

154 Grundsätze der Jugendgesundheitspflege, S. 5.

155 Ebenda, S. 21 ff.

156 Vgl. RB, 34/II, 8.10.1937; darin waren die Untauglichkeitskriterien für gehör- und sehgeschädigte Jugendliche, für Hilfsschüler, für Angehörige der Stamm-HJ sowie der HJ-Sonderformationen, für den Streifendienst und für das HJ-Führerkorps festgehalten.

„Fehlertabelle“ der Wehrmacht „zur Beurteilung der Militärtauglichkeit“ von Rekruten [!] zugrunde gelegt hatten.¹⁵⁷ Auch für den Wehrmachtssanitätsdienst, dessen Aufgabe bei der Musterung von wehrpflichtigen Jugendlichen darin bestand, „sowohl unter medizinischen als auch unter Aspekten der nationalsozialistischen Gesundheits- und Rassenideologie die 'Besten' auszuwählen und die 'Minderwertigen' auszusondern“¹⁵⁸, wirkten sich diese „Grundsätze“ hilfreich aus. In der HJ, die damit zur Vorstufe und zum 'Klärbecken' auch der Wehrmacht avancierte, wurde nun dafür gesorgt, daß sich die Truppe aus möglichst leistungsfähigen, „erbgesunden und rassereinen“ Jugendlichen konstituieren konnte und die Wehrmacht einen vorgeseiebten und bereits selektierten Nachwuchs erhielt; dazu mußten die Auswahl-, Begutachtungs- und Selektionskriterien beider Institutionen kompatibel sein.

Die HJ-Untersuchungstabelle, für die mit Rücksicht auf die Eltern und die Jugendlichen die Wehrmachts-Bezeichnung Fehlertabelle bewußt nicht verwandt wurde¹⁵⁹, bildete „die Grundlage zur Beurteilung Jugendlicher“ und - deshalb die angestrebte Kompatibilität - wurde „später bei der Beurteilung durch die Wehrmacht mit herangezogen“. Trotz einiger jugendspezifischer Modifikationen, die vor allem die Entwicklungsphysiologie betrafen, ist die Jugenduntersuchungstabelle der Wehrmachtsfehlertabelle weitgehend angeglichen worden; so wurden „zahlreiche ... Punkte“, die etwa „Befunde an den Extremitäten betreffen und fast ausschließlich später für die Beurteilung der Wehrmacht von Wert sind, meist ohne wesentliche Änderungen übernommen“. Im Unterschied zur Beurteilung von Rekruten, deren „Fehler“, also deren körperliche Unzulänglichkeiten bzw. Krankheiten schon als „ausgewachsen“ und damit als irreversibel galten, hatte der begutachtende Jugendarzt von seinem „Wissen um die Wandelbarkeit des jugendlichen Organismus“ auszugehen. Für die HJ-Ärzte sollte also „nicht die einmalige Beurteilung der Tauglichkeit [als] der letzte Sinn der Untersuchung“ gelten; dies bedeutete, daß mit körperlichen Schäden und Defekten behaftete, als untauglich oder bedingt tauglich eingestufte Jugendliche nicht auf Dauer ausgemustert, sondern nach einiger Zeit - nach der Absolvierung eines vom Jugendarzt verordneten gesundheitlichen Betreuungsprogramms, das medizinische Behandlungen, Operationen, Kuren oder Kinderlandverschickung beinhalten konnte - erneut begutachtet und dann möglichst für tauglich befunden werden sollten.

Aber Betreuung und Tauglichkeitserklärungen wurden nicht um jeden Preis angestrebt, auch hier galt der Dualismus von Auslese und Ausmerze, von pragmatischer Förderung und stigmatisierender 'sozialer Euthanasie': Zwar sollten medizinische Rehabilitations- und Fördermaßnahmen „den Gesunden beste Entwicklungsmöglichkeiten schaffen, sie lenken und leistungsfähig halten“ und allenfalls die „Leistungsschwachen durch sachgemäße Belastung und Schonung an die Leistung heranführen“; dagegen durfte eine von HJ-Ärzten verordnete Betreuung „nicht zum Ziel haben, Untaugliche mitzuschleppen oder wirklich Minderwertigen auf Kosten der Allgemeinheit mit übermäßigem Aufwand eine bessere Stellung im Leben zu ermöglichen“.¹⁶⁰

Der Grad der Tauglichkeit wurde in der Jugenduntersuchungstabelle wie in der Fehlertabelle der Wehrmacht durch sechs verschiedene Stufen gekennzeichnet, die von „A“, voll tauglich, bis „vU“, vollkommen untauglich, reichten.¹⁶¹ Hinzugefügt worden ist allerdings die Spalte „P“ [positiv?],

157 Vgl. dazu Vorschrift über militärärztliche Untersuchungen der Wehrmacht (Heeres-Dienstvorschrift Nr. 252/1, Marine-Dienstvorschrift Nr. 248/1, Luftwaffen-Dienstvorschrift Nr. 399/1, 29.4.1937). Vgl. dazu auch Fehlertabelle für wehrmachtsärztliche Untersuchungen, sowie Müller, Fehlertabelle, und Ders., Musterung. Zur Veränderung der Musterungskriterien, die angesichts der hohen Verluste schließlich sogar die Aufstellung von Krankenhäusern ermöglichten, vgl. Lemmens, Anspruchswandel, sowie Ders./Thom, Wehrmachtssanitätswesen.

158 Guth, Militärärzte, S. 175.

159 „Die Untersuchungstabelle gehört nicht in die Hand der Jugendlichen“; die Jugendärzte sollten „auch mit Äußerungen über Erkrankungen und Befunde bei den einzelnen Jugendlichen, den begleitenden Eltern, Vorgesetzten usw. gegenüber vorsichtig“ sein. Grundsätze der Jugendgesundheitspflege (hier: Grundsätzliches zur Jugenduntersuchungstabelle für Jugendliche von 6 bis 18 Jahren), S. 70.

160 Ebenda, S. 63 ff. Als „weiterer Zweck der regelmäßigen Jugenduntersuchungen“ galt „die Forschung“; für sie sollten „feinere erbbiologische Merkmale frühzeitig erfaßt werden“, um „der Forschung Einblick in den Wert und die Verbreitung einzelner Symptome“ zu ermöglichen, etwa das Auftreten „der Schrägstellung der Lidspalte, Epicanthus oder Vierfingerfurche“; ebenda, S. 65.

161 Die einzelnen Rubriken bedeuteten: A - Allgemeinzustand gut, „Befunde, die die Leistungsfähigkeit nicht beeinträchtigen“, B - beeinträchtigter Allgemeinzustand, „Fehler, die der Dienstfähigkeit keinen Abbruch tun, die Leistungsfähigkeit aber, wenn auch nicht erheblich, herabmindern“, Z - zeitlich untauglich, „Krankheiten und Fehler, die

„die dem Arzt ermöglichen sollte, ihm bei der Untersuchung auffallende, besonders günstige Anlagen körperlicher und geistiger Art festzuhalten“. Unter Anlegung eines „strengen Maßstabes“ mußten die entsprechend klassifizierten Jugendlichen - gemeint waren „Hochbegabte und Talentierte“ - „charakterlich und ... körperlich in Ordnung“ sein, „im Vergleich zur Gesamtheit der Untersuchten“ einen „besonders guten Allgemeinzustand“ und „Langlebigkeit in der Familie“ aufweisen und vom medizinischen und NS-gesellschaftlichen Standpunkt körperlich, geistig und seelisch in der Lage sein, zum Ursprung einer neuen Elite zu avancieren.¹⁶²

Die Grundlage zur Beurteilung der Tauglichkeit von Kindern und Jugendlichen bildete also die der Wehrmachtsfehlertabelle nachempfundene Jugenduntersuchungstabelle; mit ihrer Hilfe hatte der Jugendarzt, der - so die erstrebte „Ideallösung“ - „gleichzeitig Hitler-Jugendarzt“ war, „zu beurteilen, ob der Jugendliche mittels seiner körperlichen, geistigen und seelischen Anlagen imstande“ war, „die geforderten Leistungen zu vollbringen bzw. sie zu der verlangten Höhe zu steigern“. Erwünscht waren und als tauglich bezeichnet wurden die Jugendlichen, die „körperlich, geistig und seelisch gesund“ und in der Lage waren, „den Anforderungen des Hitler-Jugend-Dienstes, wie er in den Dienstanordnungen der Reichsjugendführung niedergelegt“ war, zu entsprechen; bei den als „bedingt tauglich“ klassifizierten Jugendlichen (B-Befund) wurde immer noch vorausgesetzt, daß sie „charakterlich und geistig vollwertig“ und „körperlich nur insoweit behindert“ waren, daß „sie wenigstens am Heimabenddienst teilnehmen“ konnten und imstande waren, „Dienstkleidung zu tragen, ohne aufzufallen“.

Die untersuchenden Ärzte wurden darüber belehrt, daß „bei der Befundsbeurteilung [eine] zu große Zaghaftigkeit nicht am Platze“ sei, denn schließlich könne „die Betreuung des Jugendarztes niemals die Pflege Untauglicher oder Minderwertiger zum Ziel haben“; gemeint waren hier offensichtlich die in die Kategorien L, U und vU eingestuften Jugendlichen. Aber auch unter dem neuen HJ-Reichsarzt Richard Liebenow wirkten die schon 1939 von Hördemann geäußerten 'Sachzwänge' - also die Dialektik zwischen der notwendigen 'Ausmerze' der Minderwertigen und der wünschenswerten totalen Erfassung der Jugendlichen in der HJ -, so daß in den internen Erläuterungen zur Jugendgesundheitsstabelle bestimmt wurde, „von der Rubrik vU (völlig untauglich) im Jugendalter ohne zwingende Notwendigkeit [möglichst] keinen Gebrauch“ zu machen. Man solle sich hier „auf schwere angeborene und vererbte Leiden und solche, die das Gemeinschaftsleben der Hitler-Jugend stören oder gefährden, im allgemeinen beschränken“. Dies bedeutete aber, daß neben den physiologisch und medizinisch indizierten Beeinträchtigungen immer auch die NS-konforme Soziabilität von Jugendlichen begutachtet wurde; immerhin waren so selbst Hilfsschüler „nicht von vornherein als untauglich zu bezeichnen“, wenn sie nur eine „geringe intellektuelle Schwäche“ aufwiesen, dafür „aber in ihrer sonstigen Haltung in Ordnung“ waren.¹⁶³

Die solcherart in sieben Gruppen klassifizierten Jugendlichen sind aber noch weiter inspiziert und begutachtet worden: Bei den Bemühungen zur Schaffung einer neuen Elite - als prädestiniert hierfür galten die in der Kategorie „P“ erfaßten Jugendlichen - stießen nicht nur die HJ-Mediziner, sondern die gesamte NS-infizierte Zunft auf die „leider“ erschwerende „Tatsache“, daß im deutschen Volk aufgrund der „Sünden der Vergangenheit“ mit einer „großen Zahl von Erbkranken“ gerechnet werden müsse. Selbst „in vielen für einwandfrei befundenen Sippen“ würde „bei genauer Nachforschung ein Erbkranker oder [ein] sonst Abwegiger festgestellt“. Deshalb wurde angestrebt, die HJ-Tauglichkeitsuntersuchungen schon prophylaktisch durch Erbgesundheitsuntersuchungen zu ergänzen, ein Vorhaben, das - wie so viele - nur wegen der Kriegslage nicht in vollem Umfang realisiert werden konnte. Neben den obligatorischen rassischen Begutachtungen waren jedenfalls auch im Jugendbereich zur Komplettierung der Tauglichkeitsuntersuchungen Erbgesundheitsprüfungen vorgesehen, die zum Teil auch durchgeführt wurden - lange vor der Erteilung der später ohnehin obligatorischen Ehefähigkeitszeugnisse.

zeitweise leistungsunfähig machen und solche, die behandlungsbedürftig sind“, L - leistungsbeschränkt, „Krankheiten und Fehler, die allgemein nur zu leichterem Dienst befähigen“, U - untauglich, „Krankheiten und Fehler, die Leibesübungen und Außendienst ausschließen“, vU - völlig untauglich, „Krankheiten und Fehler, die überhaupt keinerlei nutzbringende geregelte Dienstleistung erlauben“. Ebenda, S. 72 ff., hier auch die detaillierte Fehlertabelle.

162 Ebenda (hier: Grundsätzliches zur Jugenduntersuchungstabelle für Jugendliche von 6 bis 18 Jahren), S. 67 f.

163 Ebenda, S. 70, 135 ff.

Die Grundlage dafür bildeten die - von der Reichsjugendführung auch in die „Grundsätze der Jugendgesundheitspflege“ übernommenen - „Richtlinien für die Beurteilung der Erbgesundheit“. Diese Kriterien für die Untersuchung und Beurteilung von „krankem Erbgut“ und „Erbgesundheit“, die vom Reichsinnenministerium im Sommer 1940 als Zusammenfassung aller bisherigen Einzelbestimmungen herausgegeben wurden, um „eine klare grundsätzliche Linie bei allen erbbiologischen Begutachtungen“ festzulegen und „eine zielsichere Erbpflege sicherzustellen“¹⁶⁴, muten aus heutiger Sicht wie ein makaberer Monstrositätenkatalog an. Dieses mit nationalsozialistischen Strukturelementen verwobene Geflecht aus semi-, pseudo- und außerwissenschaftlichen Erkenntnissen und Annahmen ging von der Unterstellung aus, daß „die Erbtüchtigkeit einer Person von ihrem eigenen gesundheitlichen Zustand und der Beschaffenheit ihrer Sippe“ abhängt, und definierte - neben dem Alkoholismus - als „Erbleiden ... alle vererbaren Leiden und Eigenschaften“, die „den Wert des Betroffenen gegenüber der Volksgemeinschaft beeinträchtigen“.

Mit dieser gewollt unpräzisen, beliebig auslegbaren Interpretation, deren Deutungsmacht in den Händen ideologischer Mediziner lag, sind auch „Grenzzustände als Erbleiden“ erklärt worden, was die Entfernung von wissenschaftlichen Erkenntnissen weiter vergrößerte und ideologisch, sozialdarwinistisch oder kriminologisch motivierten Auslegungen weiten Raum gab. So kam etwa bei „Grenzzuständen zwischen Schwachsinn und Dummheit den Defekten auf charakterlichem Gebiet entscheidende Bedeutung zu“, aber auch in „schweren Ausfällen auf dem Gebiet des Willens“ - etwa auch zur Unterstützung des Nationalsozialismus? - war „ein Erbleiden zu erblicken“. Bei „der Auslese [der Menschen] nach erbpflegerischen Gesichtspunkten“ sollte - und schon dies enttarnt die ganze Erbgesundheitslehre als pragmatischen Katalog von Ausgrenzungsmaßnahmen gegenüber nichtkonformen „Störenfriedern“ und „Gemeinschaftsunfähigen“ - die „Beurteilung der Leistungsfähigkeit von entscheidender Bedeutung“ sein; bei „derartigen Sippen“ müsse „eingehend geprüft werden“, ob deren „verminderte Leistungsfähigkeit ihre Erbtüchtigkeit“ beweise. Da aber positive „Auslesemaßnahmen allein das Auftreten von häufig vorkommenden Erbleiden in einem Volke wenig beeinflussen“ könnten, müsse „der Schwerpunkt vielmehr auf die ausmerzenden Maßnahmen gelegt werden“. Während fahrlässige oder im Affekt begangene Straftaten bei erbbiologischen Begutachtungen zu vernachlässigen seien, müsse man sich auf die „erbbiologisch weit ernster zu betrachtenden Vergehen“ konzentrieren, „die auf eine asoziale Gesinnung des Täters schließen lassen“, denn „asozialer Nachwuchs [sei] für die Volksgemeinschaft vollkommen unerwünscht“.¹⁶⁵

Längst nicht alle der in den „Grundsätzen“ formulierten Absichten konnten in die Tat umgesetzt, die meisten nur ansatzweise verwirklicht werden. Die für derartige Aufgaben prädestinierten bzw. zuständigen Mediziner und Gesundheitspolitiker waren mit unmittelbar kriegswichtigen Verpflichtungen befaßt, und die aus der HJ-Medizinalorganisation abgezogenen Ärzte und die ständig neu ausgebildeten Feldschere und GD-Mädel wurden für die gesundheitlichen Überwachungs- und Pflegemaßnahmen der zunehmend im Heimatkriegseinsatz stehenden HJ-Angehörigen benötigt oder auch durch das Sanitätswesen der Wehrmacht absorbiert. Hatte sich für den Krieg gegen Polen und die anschließenden Kampfhandlungen im Westen die bereits 1938 erlassene, auf einer Blitzkriegsstrategie basierende Kriegssanitätsvorschrift als ausreichend erwiesen, und bewirkte die langfristige Vorbereitung der Einrichtungen und des Personals des Gesundheitswesens, daß in der ersten Phase des Krieges sowohl die im militärischen wie im zivilen Sektor zu bewältigenden

164 Richtlinien des RMdI für die Beurteilung der Erbgesundheit, 18.7.1940, hier zitiert nach: Grundsätze der Jugendgesundheitspflege, S. 127 ff.

165 Als „asozial (gemeinschaftsfremd)“ waren Personen anzusehen, die auf Grund einer anlagebedingten und daher nicht besserungsfähigen Geisteshaltung fortgesetzt mit Strafgesetzen ... in Konflikt“ gerieten, „arbeitsscheu“ waren, als „besonders unwirtschaftlich und hemmungslös“ galten, die ihre „Kinder [nicht] zu brauchbaren Volksgenossen zu erziehen“ vermochten, „Trinker“ waren oder durch „unsittlichen Lebenswandel“ auffielen. Komplette Familien waren „als asozial zu bezeichnen“, wenn sie „im ganzen gesehen eine Belastung für die Volksgemeinschaft“ darstellten; als „noch tragbare Familien“ galten diejenigen, „deren Nachwuchs zwar nicht als Gewinn für die Volksgemeinschaft angesehen werden“ könne, „die aber für diese voraussichtlich auch keine ernstliche Belastung“ darstellten. Nur „erbgesunden Familien“ waren „alle ... Maßnahmen zuzuwenden, die die Zeugung oder Geburt von weiteren Kindern und ihre Aufzucht und Erziehung mittelbar oder unmittelbar fördern“ konnten. Bei den erb- und rassebiologischen Beurteilungen sei als „Sonderzweck“ zu beachten, daß eine beabsichtigte „Eheschließung für die Volksgemeinschaft erwünscht“ war und „daß erbbiologisch brauchbarer Nachwuchs aus der Verbindung“ erwartet werden könne. Ebenda.

Aufgaben weitgehend erfüllt worden sind, so entstand mit dem Krieg gegen die Sowjetunion eine völlig neu dimensionierte Situation. Jetzt führte die umfassende Mobilisierung des ärztlichen und pflegerischen Personals für den Militärdienst zu personellen Engpässen, aus denen, begleitet von einer raschen Verknappung von Materialien und Hilfsmitteln¹⁶⁶, zunächst eine Reduzierung und schließlich eine Minimierung der Betreuungsleistungen auf dem zivilen medizinischen Sektor resultierten. Als ab 1943 die für das Gesundheitswesen zu mobilisierenden Reserven weitgehend erschöpft waren, begann die Krise allgemein zu werden. „Der Zusammenbruch der Gesundheitsversorgung ging dem endgültigen militärischen Kollaps voraus. Einigermaßen funktionstüchtig blieben bis zuletzt die Lazaretteinrichtungen des Wehrmachtssanitätswesens, die alle noch verfügbaren Möglichkeiten der Medizin absorbierten.“¹⁶⁷

Dennoch wurden die gesundheitspolitischen Mobilisierungsmaßnahmen gerade in dieser Zeit verstärkt. Unmittelbar nachdem die deutschen Truppen sowohl die Krim als auch Monte Cassino geräumt hatten, sind die Gebietsärzte und -ärztinnen der HJ am 20. Mai 1944 in Prag zu einer Dienstbesprechung zusammengefaßt worden. Deren Ziel war die weitere Mobilisierung der HJ-Gesundheitsorganisation, die zur Heranbildung und Formung von gesunden, „rassebewußten“ und leistungsfähigen Jugendlichen befähigt werden sollte, die den harten Krieg bestehen können. Sowohl Mediziner als auch Jugendliche mußten angesichts der militärischen Lage und des sich daraus ergebenden Ersatzbedarfes zu „größerer Härte“ befähigt werden. Während Axmann die HJ-Mediziner aufrief, sich in ihren Ausbildungspraktiken „zum Anwalt der kämpferischen Natur im Menschen“ zu machen und die „heranwachsenden Jahrgänge schon frühzeitig zu einem auf höherer Leistung beruhenden Rassenbewußtsein“ zu erziehen, forderte Conti von den HJ-Ärzten, daß es jetzt „keinen Platz mehr für weichliche Naturen“ geben dürfe. Noch nie zuvor in der Geschichte sei „so wie jetzt der Lebenswille des einzelnen zu einem Element des Selbsterhaltungstriebes des Volkes“ geworden. Diesen Zynismus, der damals offenbar keinem der HJ-Mediziner aufgefallen war, ergänzte der Reichsgesundheitsführer um die Forderung, daß „in einer Zeit, wo edelstes deutsches Blut auf den Schlachtfeldern geopfert werden muß“^[!], sich die „Gesundheitsführung [nur noch] auf den Menschen auszurichten“ habe, der bereit sei, „harten Maßstab an sich selbst an[zulegen]“ und sich in seinem gesundheitlichen „Behauptungswillen“ der „Soldaten an der Front würdig erweisen“ müsse.¹⁶⁸

Mit der Totalisierung des Krieges waren die Verluste ab 1944 auf bislang nicht gekannte Ausmaße gestiegen; in der letzten Kriegsphase seit 1944 wurden mehr Menschen getötet und verletzt als in all den Jahren zuvor, eine Tatsache, die das Wirken der Sanitätsdienste zunehmend paralyisierte. Nach der planmäßigen begann nun auch die provisorische Infrastruktur des Sanitätswesens zusammenzubrechen. Wie im Bereich der Wehrmacht - allein im Bereich des Heeres waren bis Januar 1945 mindestens 22.296 Ärzte und eine unbekannte Zahl von Sanitätern und Feldscheren tätig - war auch im Reich die zivile medizinische Versorgung „den Dimensionen des Krieges nicht mehr gewachsen“¹⁶⁹ und kollabierte. Am Ende des Krieges sind die selbstgesteckten Musterungsstandards und Auslesekriterien aus schlicht pragmatischen Gründen - zu den 4,6 Millionen Mann an absoluten Verlusten allein im Bereich der Wehrmacht, der Waffen-SS und der Luftwaffe kamen noch 4,1 Millionen sanitäre Verluste¹⁷⁰ - abgebaut, egalisiert und formalisiert worden. Als etwa das Oberkommando der Wehrmacht im Oktober 1944 die Musterung von 550.000 Wehrpflichtigen des Geburtsjahrganges 1928 anordnete, war deren Verteilung auf die Teilstreitkräfte und Waffengattungen bereits vor den Tauglichkeitsuntersuchungen entschiedene Sache, so daß die Musterungen, wenn sie denn überhaupt noch durchgeführt wurden, lediglich propagandistischen Charakter hatten.

166 Vgl. dazu schon die frühen Appelle in: RB, 12/K (Anweisung der RJF zum sparsamen Umgang mit Verband- und Arzneimitteln, 17.11.1939).

167 Thom, Mitwirkung der deutschen Ärzteschaft, S. 322 ff.

168 Zitiert nach: Das Archiv, 1944, S. 109 f.

169 Guth, Militärärzte, S. 185.

170 Vgl. dazu den detaillierten Bericht des Heeresarztes im Oberkommando des Heeres vom 26.4.1945 über die Verluste des Feldheeres in der Zeit vom 1.9.1939 bis zum 20.4.1945, in: Der zweite Weltkrieg. Dokumente, S. 382 f. Danach betrugen die Gesamtverluste an Gefallenen, Verwundeten und Vermißten insgesamt 8.314.950 Mann, davon 6.366.649 (76,6%) allein an der Ostfront. Zu Gefallenenzahlen vgl. auch Overmans, Deutsche militärische Verluste.

11. 9 Die „Ernährung der Jugend“ als Teil der Gesundheitsarbeit im Kriege

Schon Anfang 1943 ahnte der HJ-Gebietsarzt Schmidt-Voigt, daß sich die Auswirkungen der mit Kriegsbeginn einsetzenden Kürzungen der Lebensmittelrationen und die seit 1941/42 abnehmende medizinische Betreuung der jugendlichen Normalbevölkerung „sehr bald in den Sprechstunden der Jugendärzte“ bemerkbar machen würden. Die „Klagen der Eltern, daß sie ihre Kinder beim besten Willen nicht mehr satt bekämen“, galten als deutliche „Anzeichen für eine mengenmäßig nicht ausreichende Ernährung“.¹⁷¹ Die Furcht vor der öffentlichen Meinung einer unzufriedenen Elternschaft, die Sorge um eine nicht ausreichend ernährte Jugend, die ja die künftige Arbeiter- und Soldatenschaft stellen sollte, und die Angst, den sichergeglaubten 'Sieg zu verlieren', führten zunächst dazu, daß in der Kriegszeit die Lebensmittelrationen für Kinder und Jugendliche nicht nur kaum gesenkt, sondern - abgestuft nach Altersgruppen und Belastungszuständen - seit 1943 zum Teil sogar deutlich erhöht wurden. Dieser Rationenerhöhung sei es „zu verdanken, daß der Ernährungszustand unserer Jugend auch heute noch als durchaus befriedigend bezeichnet werden“ könne und nirgendwo „greifbare Veränderungen infolge von Mangelernährung zu beobachten“ seien. Gerade in den Lagern der HJ, darauf wurde auch aus Gründen der Massenstimmung geachtet, sei „die Ernährung besser und ausreichender, als sie den Jungen zu Hause geboten werden“¹⁷² könne. Dies stimmte zu diesem Zeitpunkt - im Mai 1943 - noch zum großen Teil und war vor allem darauf zurückzuführen, daß die Ausplünderung der eroberten Gebiete und der Einsatz von Fremdarbeitern in der deutschen Landwirtschaft verstärkt werden konnten und gleichzeitig die Lebensmittelrationen für die am Rande der Kriegsgesellschaft Stehenden - etwa für die wachsende Zahl von Gefängnis- und KZ-Insassen, von unheilbar Kranken, Juden, ausländischen Zwangsarbeitern und Kriegsgefangenen sowie für die Bevölkerung in den abhängigen und eroberten Gebieten - immer drastischer gekürzt wurden.

Ausgehend von der Erfahrungspraxis des Ersten Weltkrieges bestand in den Führungszirkeln des Dritten Reiches eine weitreichende Übereinstimmung darüber, daß der Stimmung an der Heimatfront und der Versorgung der Soldaten eine unmittelbar kriegsentscheidende Bedeutung zukomme, weshalb die autarkieorientierte Selbstversorgung mit Nahrungsmitteln wichtigstes Ziel der wirtschaftlichen Kriegsvorbereitung und der kriegswirtschaftlichen Produktion sein müsse.¹⁷³ Auch in der HJ-Führung diente der Erste Weltkrieg als Bezugspunkt, habe „die Wirkung dieses Krieges auf die Jugend an Umfang und Bedeutung [doch] alles überstiegen, was überhaupt an sozialen Kriegswirkungen zu beklagen war“. Neben der „moralischen Wirkung“ werde in den neuzeitlichen Kriegen „in erster Linie die gesundheitliche Widerstandsfähigkeit Belastungen ausgesetzt“; nach dieser Lesart sei es im Ersten Weltkrieg gerade die „Unterernährung der Jugend“ gewesen, die „eine Angriffsfläche gegen die Gesundheit und Wehrkraft des Volkes“ geboten habe.¹⁷⁴ Kein anderer Bereich der Volkswirtschaft wurde deshalb nunmehr so schlagkräftig organisiert wie die Land-, vor allem aber die Ernährungswirtschaft, innerhalb derer die Verteilung der Lebensmittel, also die Verwaltung des zunehmenden Nahrungsmangels, ein komplementäres Instrument der Ernährungspolitik darstellte.¹⁷⁵

Schon zu Beginn des Krieges sind die Rationen für die deutsche Bevölkerung bewußt knapp gehalten worden, um in seinem Verlauf möglichst keine unpopulären Kürzungen vornehmen zu müssen. Experten aus der Landwirtschaftspolitik, der Ernährungswissenschaft, der Verwaltung, der Wehrmacht und der NSDAP installierten eine straff organisierte Nahrungsmittelverteilung und

171 Schmidt-Voigt, Das Gesundheitsbild der Jugend, S. 119.

172 Ebenda, S. 120.

173 Im Frühjahr 1942 bestürmte selbst der mit diesen Fragen bislang kaum befaßte Reichsfinanzminister den Chef der Vierjahresplanbehörde mit einer Reihe von Denkschriften zur Ernährungslage; der auf zwei Problemkomplexe gerichtete Tenor seiner Ausarbeitungen lautete: „Je länger der Krieg dauert, um so mehr zeigt es sich, wie *kriegsentscheidend* die landwirtschaftliche Produktion ist. Von der ausreichenden Ernährung hängt die Stimmung wie die Arbeitsleistung, also die gesamte Haltung in der Heimat ab.“ BA, R 2/24243, Bl. 74 ff. (Krosigk an Göring, 4.3.1942; Hervorhebung im Original). „Ein durch den Rückgang der landwirtschaftlichen Produktion veranlaßtes Absinken der Ernährung führt zu einem Rückgang der Leistung in der Industrie.“ Ebenda, Bl. 58 ff. (Krosigk an Göring, 1.1.1942).

174 Ebersbach, Die Jugend nach vier Jahren Krieg, S. 198.

175 Vgl. dazu Müllenbusch, Die Organisation der deutschen Ernährungswirtschaft.

-bewirtschaftung, um so die angeblich kriegsentscheidenden Mißstände des Ersten Weltkrieges zu vermeiden. An der Spitze der dazu konstruierten Ernährungshierarchie, die vorgab, sich am Leistungsprinzip zu orientieren, zugleich aber auch gewisse sozialpolitische Komponenten aufwies, standen die Angehörigen der Wehrmacht und die Schwerstarbeiter; am unteren Ende der Hierarchie rangierten die „Normalverbraucher“ und Selbstversorger. Zulagen für Kinder, Jugendliche und werdende Mütter sollten für einen sozialen Ausgleich und stimmungsmäßige Stabilität in der Volksgemeinschaft, zugleich aber auch für die Sicherung von deren rassischen Grundlagen sorgen.

Dieses Schema konnte nicht lange aufrechterhalten werden und unterlag ständigen Modifizierungen; sowohl die personelle Aufblähung der Wehrmacht als auch die Zunahme der in der Rüstungsindustrie als Schwerarbeiter Beschäftigten führten zu einem raschen Ansteigen der Empfänger von Höchststrationen. Hinzu kam die Existenz von mehr als sieben Millionen Fremdarbeitern und Kriegsgefangenen, die in der deutschen Kriegswirtschaft tätig waren und mitversorgt werden mußten. Diese bildeten eine „zweite Ernährungspyramide unterhalb der 'Volksgemeinschaft'“, die im Unterschied zu deren Versorgungsstruktur aber nicht nach Leistungsgesichtspunkten, nach sozialen, ökonomischen und politischen Kriterien, sondern nach rassenideologischen Gesichtspunkten aufgebaut war. Die im Verlauf des Krieges notwendigen Einschränkungsmaßnahmen und Hungerfolgen wurden in dieser Ernährungshierarchie ständig nach unten verlagert und den Menschen aufgebürdet, die als „Minderwertige“ und „Ballastexistenzen“, als „Untermenschen“ und „unnütze Esser“ möglichst nach Ausbeutung ihrer Arbeitskraft mit der „Waffe des Hungers“ ermordet wurden.¹⁷⁶

Im Wissen um die vielfältigen Auswirkungen einer ausreichenden Nahrungsversorgung waren im Bereich der Hitlerjugend von den Ernährungswissenschaftlern des Amtes für Gesundheit der Reichsjugendführung bereits im April 1940 Richtlinien für eine gesunde Ernährung erlassen worden.¹⁷⁷ Weil eine gesunde und ausreichende Ernährung „wesentlich die Leistungsfähigkeit des Menschen“ bestimme, müsse man „im Krieg alles daransetzen, um eine gesunde und zweckmäßige Ernährung durchzuführen“. Nach dem Postulat, daß die verabreichte rationierte Nahrungsmittelzuteilung „einen ausreichenden Gehalt an Fett, Eiweiß und Kalorien“ sichere, wurde es als kriegswichtige Aufgabe der HJ-Angehörigen bezeichnet, „nichts umkommen und verderben zu lassen und die gegebenen Nahrungsmittel so aufzunehmen und zuzubereiten, daß ihr Nährwert soweit wie möglich erhalten bleibt“. Die dazu verfügbaren Regeln etwa über die Verwendung und den Verzehr von (Vollkorn-)Brot, (Pell-)Kartoffeln oder (rohem) Gemüse entsprachen zwar den Erkenntnissen der modernen Ernährungswissenschaften, spiegelten aber in Kombination mit den detaillierten Anweisungen zum Anbau, zur Zubereitung und zum Verzehr von Nahrungsergänzungsmitteln bzw. von kompensatorisch zu verbrauchenden Lebensmitteln den beginnenden Ernst der Lage wider. Hinweise zum Verzehr von „Wildgemüse“, also „Melde, Giersch, Vogelmiere, Wegerich, Gänseblumenblätter, Schlüsselblumenblätter, Brennessel und Taubnessel“ in Form von Salaten, Brotbelag oder Gemüsesäften, Ratschläge zur Sammlung, Lagerung und Aufbereitung von Pilzen, Tee und Waldbeeren oder Empfehlungen zum Anbau von „Gewürzkräutern in Blumenkästen“ und von „Ölfrüchten im eigenen Garten“ verdeutlichen, daß alles unternommen wurde, damit sich die tief im Volksgedächtnis verankerten Kohlrübenwinter des Ersten Weltkrieges auf keinen Fall wiederholten.¹⁷⁸

Der sich im Krieg vergrößernde Mangel an Obst und Gemüse bewirkte einen rapiden Mangel an lebenswichtigem und gesundheitsrelevantem Vitamin C; zum wichtigsten „Vitamin-C-Träger“ avancierte nunmehr die Kartoffel, deren Vitamingehalt infolge der Lagerung jedoch gerade im

176 Müller, Die Konsequenzen der Volksgemeinschaft, S. 246 f.

177 Vgl. ArHJ, 7/40 (Der Kriegseinsatz der Hitler-Jugend, 1.4.1940, hier: Ernährungsrichtlinien der RJF für HJ-Angehörige in der Kriegszeit); vgl. auch die auf eine Kriegsernährung der Jugend orientierenden Veröffentlichungen von Kitzing, Gesundheit durch richtige Ernährung; Geisler, HJ erschließt zusätzliche Ernährungsquellen; Wapler, Die Ernährung der Jugend im Kriege; Baer, Die Ernährung des deutschen Volkes im Kriege; Sala, Ernährungspolitik im Kriege.

178 ArHJ, 7/40 (Der Kriegseinsatz der Hitler-Jugend, 1.4.1940, hier: Ernährungsrichtlinien der RJF für HJ-Angehörige in der Kriegszeit). Vgl. auch die Regelungsbemühungen in eher marginal erscheinenden Bereichen, z.B. in: RB, 42/K (Richtlinien der RJF zur Verwendung von mindestens 50 Prozent Vollkornbrot in den Lagern der HJ, 17.5.1940), oder Gebrüder RJF, 10/41 (Anweisung der RJF über die Durchführung einer Propagandaaktion zum gesundheitlichen Wert von Vollkornbrot, 24.3.1941). Vgl. dazu auch Spiekermann, Vollkorn für die Führer.

Frühjahr gegen Null tendierte. Deshalb wurde an den Schulen und in den HJ-Lagern die „Cebion-Aktion“ durchgeführt, eine kontrollierte Verabreichung und Einnahme von künstlich hergestelltem Vitamin C; und im Hinblick auf die „unglücklichen Folgen“, die der Vitamin-D-Mangel im Ersten Weltkrieg bewirkt hatte - gemeint war das gehäufte Auftreten der als Englische Krankheit bezeichneten Rachitis, die zu dramatischen Skelettschädigungen führte -, wurde, da Eier, Butter und Fisch - die Hauptträger von Vitamin D - auch in diesem Krieg stark verknappt waren, schon prophylaktisch synthetisches Vitamin D entwickelt, das als Vigantol in den Handel kam und ebenfalls in den Lagern und Heimen der HJ sowie in den Schulen verabreicht wurde.

Um der „umfassenden Bedeutung, die der Bearbeitung aller Verpflegungsfragen beigemessen werden“ müsse, gerecht werden und um die sich verschärfende Problematik der Ernährung von HJ-Angehörigen zentral bearbeiten zu können, wurde im Oktober 1942 innerhalb des neugeschaffenen Wirtschaftsamtes der Reichsjugendführung eine Hauptabteilung „Ernährungswirtschaft“ eingerichtet,¹⁷⁹ die vor allem die Nahrungsmittelversorgung in den „Gemeinschaftsverpflegungseinrichtungen“ der HJ bearbeiten und koordinieren sollte. Dieser Auftrag entwickelte sich zu einer zentralen Aufgabenstellung. Im Verlauf des Krieges hatte sich die Zahl der Jugendlichen, die die Alltagswirklichkeit des Dritten Reiches in Lagern und anderen Gemeinschaftsunterkünften erlebte, dramatisch erhöht. Ein Großteil der HJ-Angehörigen verbrachte zunächst seine Freizeit, dann - bedingt durch immer zahlreichere, nicht am Wohnort zu absolvierende Formen des Kriegseinsatzes - auch einen erheblichen Teil der Lebenszeit in den verschiedenartigsten Lagern; Freizeit- und Sommerlager, Wehrtüchtigungs- und Reichsausbildungslager, Jugendherbergen, Führerschulen, Kinderlandverschickungslager, sportliche Trainingslager, Ernteeinsatzlager, Spezialausbildungslager für die HJ-Sondereinheiten, Jugendwohnheime, Landdienstlager, Ausleselager, Osteinsatzlager, Umschulungslager, Umsiedlerlager oder Kriegseinsatzlager bestimmten den Lebensrhythmus und sind für eine immer größer werdende Zahl von Jugendlichen vor allem im Krieg zu einer eigenständigen Lebensform geworden.

Um diese kaserniert konzentrierten Jugendlichen ausreichend ernähren zu können, wurde 1942 - erstaunlich spät - das Gebiet Gemeinschaftsverpflegung als eigenständiges Arbeitsfeld etabliert,¹⁸⁰ zu einem Zeitpunkt, als klar war, daß die Lebensmittel'importe' aus den besetzten Gebieten nicht ausreichten und die Nahrungsmittelbewirtschaftung im Reichsgebiet noch strengeren Reglementierungen unterworfen wurde. Zugleich erwies sich die Gemeinschaftsverpflegung als die rationellste Form der Versorgung großer Gruppen von Menschen, die sowohl Betrug und Mißbrauch entgegenwirkte¹⁸¹, als auch Verluste minimieren half und zudem den bürokratischen¹⁸² und personellen Aufwand von Beschaffung, Verteilung und Bewirtschaftung verringerte. Das im Wirtschaftsamt der Reichsjugendführung von Josef Loskill geleitete Arbeitsgebiet „Gemeinschaftsverpflegungseinrichtungen“ war für die Aufgaben der Lebensmittelbeschaffung, der Lebensmittelbe-

179 Gebrdschr. RJF, 24/423, 16.10.1942.

180 Zwar bestand durch die schon Mitte der 30er Jahre erheblich forcierte Zusammenfassung von Jugendlichen in Lagern das Problem der Gemeinschaftsverpflegung, dies jedoch nur saisonal. Mit der im Herbst 1940 anlaufenden Kinderlandverschickung ist die HJ erstmals mit der Aufgabe der Gemeinschaftsverpflegung einer großen Anzahl Jugendlicher über längere Zeiträume hinweg konfrontiert worden; schon damals hatte der Reichsminister für Ernährung und Landwirtschaft eine Reihe von Sonderzuteilungen für die KLV-Lager verfügt; vgl. dazu RMBIEL, 1940, S. 1178 ff. (Erlaß des RMEL über Sonderzuteilungen von kartenpflichtigen Lebensmitteln, 29.10.1940).

181 Nicht nur im Reichslandwirtschaftsministerium war bekannt: „Je länger der Krieg dauert und je geringer das Warenangebot wird, umso stärker wird sich das Bestreben der Volksgenossen bemerkbar machen, die Bewirtschaftungsvorschriften zu umgehen. Es zeigt sich dabei, daß sowohl in Erzeuger-, Verteiler- als auch in Verbraucherkreisen Schleich- und Tauschhandel mit bezugsbeschränkten Waren betrieben wird.“ Gebrdschr. RJF, 8/42, 18.3.1942 (Bekanntgabe einer vom RMEL verfügten Änderung des Verbrauchsregelungs-Strafrechts, 21.1.1942). Göring setzte sich angesichts der „angespannten Ernährungslage“ erst ein Jahr später für eine „straffste Bewirtschaftung“ und eine „rücksichtslose Bekämpfung des 'schwarzen Lebensmittelmarktes'“ ein; hatte er sich „bisher mit der nachsichtigen Behandlung solcher Verstöße [Schwarzhandel und Schwarzschlachtungen im Bereich der Wehrmacht] einverstanden erklärt“, sei dies „jetzt nicht mehr möglich“. Nunmehr müsse „jeder Verstoß“ gegen die Vorschriften der Lebensmittelbewirtschaftung „ohne Ansehen der Person und den Rang des Täters unnachsichtig vor ein Kriegsgeschicht gebracht und ... strengstens bestraft“ werden. BA, R 58/473, Bl. 170 f. (Göring an Himmler und Todt, 17.3.1943). Zur tatsächlichen Behandlung von Korruptionsfällen auf dem Nahrungsmittelsektor vgl. Gruchmann, Korruption im Dritten Reich; Bajohr, Parvenüs und Profiteure.

182 Vgl. dazu Gebrdschr. RJF, 14/42 (Erlaß des RMEL über die Lebensmittelkartenregelung für HJ-Angehörige bei deren Aufnahme in Gemeinschaftsverpflegungseinrichtungen, 11.6.1942).

handlung und die Küchentechnik der Gemeinschaftsverpflegungseinrichtungen zuständig und orientierte sich an den Erfahrungen, die die HJ mit der Aktion der Kinderlandverschickung gesammelt hatte¹⁸³. Als „erste Voraussetzung“ und schwierigste Aufgabe für „die Herstellung einer dem gesteigerten Nahrungsbedarf angeglichenen Ernährung in der Gemeinschaftsverpflegung“ galt jetzt immer „die Beschaffung der benötigten Lebensmittel für die Verpflegungsbetriebe“ der HJ; die „zweite Voraussetzung war, das vorhandene Küchenpersonal auf die besonderen Erfordernisse der Ernährung der Jugendlichen auszurichten und mit den neuesten Erfahrungen auf dem Gebiete der Kochlehre, der Küchentechnik und der Warenkunde vertraut zu machen“.¹⁸⁴ Dazu ist die Reichsjugendführung als „Partner in das Institut für Kochwissenschaften“ in Frankfurt/M. eingetreten, das mit seinem „Rezeptdienst“ den Lagern der HJ laufend die „Ergebnisse der Institutsarbeit“ in Form von „nährwertmäßig bestimmten und praktisch ausprobierten“ Großküchenrezepten zugänglich machte. In speziellen Gebietsschulungen des HJ-Küchenpersonals erfolgten realitätsnahe Anleitungen, in denen etwa die „praktischen Versuche mit den vorhandenen Austauschmitteln, so insbesondere mit Eiaustauschstoffen und Erzeugnissen aus der Sojabohne eine große Rolle“ spielten.

Zur „einheitlichen Ausrichtungen dieser Gebietsschulungen“ wurde in Koppenmühl eine der Reichsjugendführung unterstehende „Reichslehrküche“¹⁸⁵ gegründet, die die Aus- und Weiterbildung der Ernährungssachbearbeiter in den HJ-Gebieten sowie die Schulungen der Wirtschaftsprüferinnen und Lagerköche übernahm und sie auf Sachgebieten wie der Lebensmittelzubereitung, der Warenkunde, der Vorratspflege, der Resteverwertung, der Verbrauchsklenkung, der Aufstellung von Speiseplänen, dem Zeltlager- und dem Großküchenkochwesen, dem Großeinkauf und der Lagerung und anderen „ernährungswissenschaftlichen Fragen“ auf den jeweils neuesten Stand brachte. Die von der Reichsjugendführung eingerichteten Lehrküchen dienten also weniger der Ausbildung von kulinarisch geschultem Küchenpersonal, sondern sollten den in der Ernährungswirtschaft und Verpflegungsbranche der HJ Beschäftigten Anleitungen zur optimalen Kalorienaufspaltung und möglichst rückstandslosen Verwertung der immer knapper werdenden Lebensmittel geben. Zwar galten diese Maßnahmen „auf Grund der Verknappung der Lebensmittel [als] kriegsbedingt“, aber auch nach dem „Wegfall der jetzt notwendigen Einschränkungen“ werde es - so der oberste Küchenchef der HJ - bei „dem Umfang, den die Gemeinschaftsverpflegung innerhalb der Hitler-Jugend eingenommen hat“, notwendig sein, „eine laufende Schulung der Verpflegungszubereitenden [!] und eine Ausrichtung auf die Ernährungsforderungen [!] der Wissenschaft vorzunehmen“.¹⁸⁶

Die Kenntnis der wirtschaftlichen und militärischen Bedeutung des Faktors Jugend für den gegenwärtigen Krieg und den 'völkischen Bestand' des Reiches sowie die Furcht vor einem stimmungsmäßigen Umschwung der Elternschaft für den Fall, daß ihre Kinder - wie schon begonnen - unter den Einschränkungsmaßnahmen auf dem Lebensmittelsektor zu leiden hatten, veranlaßten das Reichsministerium für Ernährung und Landwirtschaft in Zusammenarbeit mit der Reichsjugendführung am 9. Februar 1943 zur Herausgabe eines Runderlasses, der die Ernährung von Jugendlichen in „Gemeinschaftsverpflegungseinrichtungen“ regelte.¹⁸⁷ Mit dieser von der HJ-Führung propagandistisch stark herausgestellten Verfügung wurde parallel zur Ernährungshierarchie in der 'Volksgemeinschaft' eine eigene Ernährungspyramide innerhalb der und für die HJ konstruiert, deren Kriterien vor allem Leistungs- und Beanspruchungsgesichtspunkte waren. Der

183 Vgl. etwa Gebrdschr. RJF, 26/42 (Anweisungen des Wirtschaftsamtes der RJF für die Verteilung von Lebensmitteln an Verpflegungseinrichtungen der HJ, 17.11.1942).

184 Loskill, Gemeinschaftsverpflegung in der Hitler-Jugend, S. 139 ff.

185 Dieser folgten in den HJ-Gebieten in der Folgezeit eine Reihe von weiteren Lehrküchen, die jeweils „in Verbindung mit einem größeren Verpflegungsbetrieb der Hitler-Jugend“ errichtet wurden; vgl. Gebrdschr. RJF, 4/43, 30.3.1943. Zum Zentralorgan für diesen Bereich entwickelte sich die von der Reichsarbeitsgemeinschaft für Gemeinschaftsverpflegung herausgegebene Zeitschrift *Gemeinschaftsverpflegung und Kochwissenschaft*, die im Pflichtabonnement zu beziehen war; daneben entstand eine eigene Schrifttumsgattung - Kochbücher und Ernährungsliteratur für den totalen Krieg -, die als Schulungsmaterial zur Durchführung von Ernährungsschulungen in den HJ-Gebieten benutzt wurde; vgl. die entsprechende Aufstellung in Gebrdschr. RJF, 20/43, 15.7.1943.

186 Loskill, Gemeinschaftsverpflegung in der Hitler-Jugend, S. 141.

187 Erlaß des RMEL über die Lebensmittelversorgung der Jugendlichen in Gemeinschaftsverpflegungseinrichtungen, 9.2.1943; bekanntgegeben durch Erlaß des JFdDtR, 1.3.1943, in: ANBl., 1943, S. 14 ff.

immer größer werdende Teil derjenigen Jugendlichen, der nicht mehr im Elternhaus wohnte, sondern sich - zumeist wegen der immer zahlreicher werdenden Kriegseinsätze - in irgendeiner der zahlreichen Formen der Lager- oder Wohnheimunterbringung der HJ befand, wurde nunmehr in sechs Verpflegungsgruppen eingeteilt und danach versorgt. Diese Lebensmittelzuteilungen waren oft höher als diejenigen, die dieselben Jugendlichen im heimischen Familienzusammenhang erhalten hätten, was möglichen Widerspruch von Eltern und Jugendlichen gegen diese Formen des Kriegseinsatzes nahezu ausschloß. So wurden etwa die in einem Wehrrtütigungslager der HJ ausgebildeten Jugendlichen - Verpflegungsgruppe I - mit einem wöchentlichen Rationssatz ausgestattet, der der Wehrmachtsverpflegung angepaßt war, und in der Verpflegungsgruppe II - Jugendliche, die im „gewerblichen Einsatz“ standen und in fabriknahen HJ-Jugendwohnheimen lebten - erhielten die Jugendlichen den „Langanarbeitersatz“.¹⁸⁸ Auch wenn der Reichsernährungsminister drei Monate später seinen Erlaß vom Februar 1943 revidieren und besonders die Fleischrationen kürzen mußte¹⁸⁹, lagen die Verpflegungssätze immer noch über denen der nicht lagermäßig untergebrachten Jugendlichen.

Die letzten, auf die Ernährung als Teil der Jugendgesundheitsführung bezogenen Ausführungen der HJ-Zentrale stammen aus dem Herbst 1944. Ein Charakteristikum bei der Behandlung dieser sensiblen Thematik - das ein Lesen 'zwischen den Zeilen' erfordert - bestand darin, daß die HJ-Zentrale zwar ständig beteuerte, daß die „Voraussetzungen“¹⁹⁰ für eine ausreichende Versorgung geschaffen worden seien; verschwiegen oder umgangen wurde jedoch die Tatsache, daß sich 1944 die Lage der Lebensmittelversorgung im Reich dramatisch zuspitzen begann.¹⁹¹ So konnten die neu entwickelten und groß herausgestellten Technologien der Lebensmittelzubereitung und -verwertung sowie die Anweisungen zu einer möglichst verlustlosen Aufspaltung und Erschließung der Nährwerte oder deren Kompensation durch Lebensmittelersatzstoffe - entstanden aus einer aus der Not geborenen Vereinigung von wissenschaftlichen Erkenntnissen und pragmatischen Anforderungen der Mängelbewirtschaftung - nur partiell zur Wirkung gebracht werden. Außerdem stellte dieses Arbeitsgebiet auch nur einen 'Nebenkriegsschauplatz', eine als 'letzter Strohalm' ergriffene Substitutions- und Kompensationsmaßnahme dar. Die Hauptprobleme lagen woanders, nämlich in dem schlichten Nichtvorhandensein ausreichender Lebensmittelmengen zur Versorgung der eigenen Bevölkerung.

Wenn die HJ-Führung etwa unter Bezugnahme auf das noch gute Versorgungsjahr 1940 erklärte, daß nach „entsprechenden Verhandlungen mit den einschlägigen Wirtschaftsverbänden die unbedingt benötigten Mangelwaren in ausreichender Menge zur Verfügung gestellt worden“ sind und „damit die Voraussetzung der mengenmäßigen Sicherstellung der benötigten Nahrungsgüter geschaffen“ worden ist, ist bewußt übersehen worden, daß nunmehr, 1944, die „einschlägigen Wirtschaftsverbände“ auch nicht mehr viel zu verteilen hatten. Oder wenn die Reichsjugendführung behauptete, daß durch die Gründung ihres Wirtschaftsamtes und dessen Zusammenarbeit mit dem Institut für Kochwissenschaften [!] „die Voraussetzungen dafür geschaffen“ worden seien, „daß

188 Vgl. ebenda. Es bestanden folgende „Verpflegungsgruppen“ mit nach unten abgestuften „Rationssätzen“: I - Jugendliche in Wehrrtütigungslagern; II - Jugendliche im gewerblichen Einsatz (in HJ-geführten Jugendwohnheimen); III - Jugendliche im landwirtschaftlichen Einsatz (in Landdienstlehrhöfen, Landdienstführerschulen, im BDM-Osteinsatz, in Landjagrlagern, im HJ-Landdienst und in Ernteeinsatzlagern); IV - Jugendliche in Erholungslagern (HJ-geführte KLV-Lager, Lager des Erholungswerkes der deutschen Jugend, Jugenderholungsheime der NSV); V - Jugendliche in Gemeinschaftserziehungsanstalten (Reichsschule Feldafing, Adolf-Hitler-Schulen, Nationalpolitische Erziehungsanstalten, Lehrerbildungsanstalten, Führerschulen von HJ und BDM, Deutsche Heimschulen, Reichsfinanzschulen, Reichsführerschulen des Landjahres, Jugendheimstätten der NSV, Auslandsdeutsches Schülerheim in Stuttgart, BDM-Haushaltungsschulen); VI - Jugendliche in Jugendherbergen. Der wöchentliche Rationssatz für die Verpflegungsgruppe I enthielt: 3500 g Brot, 450 g Fleisch, 350 g Fleischwaren, 280 g Marmelade, 320 g Fett, 62,5 g Käse oder 125 g Quark, 200 g Zucker, 125 g Kaffee-Ersatz, 250 g Nährmittel und pro Tag 0,2 l entrahmte Frischmilch. Hinzu kamen wöchentlich 30 g Mehl, 60 g Nährmittel und 80 g Suppenerzeugnisse; zusammengestellt nach ebenda.

189 Vgl. ANBl. 8/43, S. 75 f. (Bekanntgabe des Erlasses des RMEL zur Änderung seines Erlasses vom 9.2.1943, hier: Reduzierung von Lebensmittelrationen in HJ-Gemeinschaftsverpflegungseinrichtungen, 13.5.1943).

190 Vgl. dazu BA, NS 26/358 (Kriegsgeschichte der HJ, 1944); im Unterschied zu den als reale Tatsachen deklarierten Sachverhalten in den Berichten über die anderen Tätigkeitsfelder der HJ wurde bei der Darstellung der Ernährungssituation der Jugend auffällig oft von gerade erst geschaffenen oder noch zu erreichenden „Voraussetzungen“ geschrieben.

191 Vgl. dazu Corni/Gies, Brot, Butter, Kanonen; vgl. auch die Darstellung im Kapitel 8.

die wirtschaftlichste Ausnützung der vorhandenen Nahrungsgüter sichergestellt“ und „trotz der durch den Krieg bedingten Beschaffungsschwierigkeiten, eine jugendgemäße Ernährung unter Anwendung aller gewonnenen Erkenntnisse, insbesondere auch unter Heranziehung vorhandener Austauschstoffe, durchgeführt werden konnte“, so war das kaum etwas anderes als das verdeckte Eingeständnis, zur Verwaltung des Mangels eine neue Behörde installiert zu haben, und die euphemistisch umschriebene Tatsache, daß in einem speziellen Institut neue Technologien für den Einsatz von Lebensmittelaustauschstoffen in der menschlichen Ernährung getestet werden mußten. Auch wenn hinsichtlich der Klassifizierung der HJ-Mitglieder in Angehörige von sechs Verpflegungsgruppen behauptet wurde, daß „damit alle Voraussetzungen geschaffen“ worden seien, um die „Versorgung des Jugendlichen trotz des Krieges [zu] gewährleisten“, und - in einem Anflug von scheinbarer Verpflegungs- und Verteilungsgerechtigkeit - angekündigt werden mußte, daß vorgesehen sei, „daß unter Berücksichtigung der Beschaffungslage noch mehr als bisher die leistungsmäßige Beanspruchung des einzelnen Jugendlichen maßgebend“ für die ihm zugeteilten Lebensmittel sein müsse und jeder Jugendliche nur den staatlich festgelegten „Verpflegungssatz“ erhalten dürfe, „der auf Grund seiner Inanspruchnahme errechnet“ worden ist, dann kann auch das nur als ein Eingeständnis des bevorstehenden Zusammenbruchs der Lebensmittelversorgung interpretiert werden.¹⁹²

So mußte die HJ-Führung 1944 denn auch generell konstatieren: „Im Gegensatz zu der Zeit vor dem Kriege lag nunmehr, bedingt durch die Bewirtschaftung aller Nahrungsgüter, der Schwerpunkt der Sachbearbeitung zunächst bei der Beschaffung“; man könne zwar vieles tun, und dem Einfallsreichtum seien kaum Grenzen gesetzt, aber wenn die erforderlichen Mengen und Qualitäten zur Versorgung des Millionenverbandes nicht vorhanden waren oder nicht ausreichten, war auch den weniger Hellsichtigen klar, daß Improvisationen wie der heimische Kräutergarten im Balkonblumenkasten oder die Anleitungen zur Sammlung und Zubereitung von sonst als Unkraut verschmähten Gewächsen nur wenig zum 'Endsieg' der 'Herrenrasse' beitragen konnten. Ebenso wie sich in den letzten Kriegsjahren die allgemeine Ernährungslage immer mangelhafter gestaltete, verschlechterte sich auch die spezifische Versorgungslage für die Jugendlichen. Trotz immenser Anstrengungen konnte das in der Reichsjugendführung etablierte Referat Gemeinschaftsverpflegungseinrichtungen nicht viel ändern, sondern - der allgemeinen Lage angepaßt - letztlich nur eine Mangelwirtschaft verwalten. Zwar befand sich ein nicht unerheblicher Teil der deutschen Jugend in von der HJ bewirtschafteten Lagern, aber das Gros der Kinder und Jugendlichen lebte in den immer mehr den alliierten Bombenangriffen ausgesetzten Städten und war dort auf die immer weiter gekürzten Lebensmittelkarten angewiesen, für die in der beginnenden Zusammenbruchsgesellschaft oft keine Waren mehr ausgegeben werden konnten.

192 BA, NS 26/358 (Kriegsgeschichte der HJ, 1944).