

Radka Šustrová

VON DER GESUNDHEITSFÜRSORGE ZUR POLITISCHEN KONTROLLE DER GESUNDHEIT

Das öffentliche Gesundheitswesen im Protektorat Böhmen und Mähren¹

Im Jahr 1941 befassten sich die Protektorats-Behörden mit dem Fall eines tschechischen 40-jährigen tuberkulosekranken Familienvaters. Sie stellten fest, dass der einfache Angestellte, der nicht zum ersten Mal erkrankt war, mit sieben Kindern im Alter zwischen zwei Monaten und 17 Jahren in bitterer Armut lebte. Sein monatliches Nettoeinkommen belief sich gerade einmal auf 650 Kronen. Ein Großteil der Familie schlief auf dem Fußboden, es gab keine Zudecken, das einzige Bett teilten sich vier Kleinkinder, das Baby lag nachts in einem Waschzuber. Zum Mittagessen aßen die Kinder Pferdesuppe und trockenes Brot, das ihnen Nachbarn schenkten. Die Krankheitsgeschichte des Mannes und die überaus problematischen Bedingungen, unter denen seine Familie lebte, veranlassten die Beamten, aktiv zu werden. Die Familie erhielt ein Bett, Plumeaus und Bezüge, Schuhe, Kleidung und Wäsche. Eines der Kinder kam in ein Erholungsheim, dem ältesten wurde Arbeit auf einer Baustelle vermittelt, einen Jungen mittleren Alters schickte man zur Berufsberatung.²

Die Tuberkulose war die am weitesten verbreitete schwere Infektionskrankheit in Europa nach dem Ersten Weltkrieg. Bis in die 1940er Jahre galt sie vor allem als Krankheit der Armen.³ Folglich waren bei dem Kampf gegen sie die Gesundheits- und Sozialfürsorge eng miteinander verbunden. Das zeigt sich auch in dem geschilderten Fall, in dem ein umfassender Lösungsansatz für die diversen Probleme der Familie gefunden wurde. Der Bericht über das wohl koordinierte Handeln der Beamten in der Fachzeitschrift „Česká nemocnice“ (Tschechisches Krankenhaus) vermittelte den Eindruck, dass im „Protektorat Böhmen und Mähren“, das nach der Zerstörung der Tschechoslowakischen Republik 1938/39 unter nationalsozialistischer Herrschaft errichtet worden war, eine systematisch organisierte Fürsorge für die deutsche wie die tschechische Bevölkerung bestand.

Dieses Bild fordert eine Vorstellung heraus, die sich gemeinhin mit dem Handeln staatlicher Institutionen während der NS-Besatzung Böhmens und Mährens zwi-

¹ Dieser Aufsatz entstand mit Unterstützung der Grantová agentura České republiky (GA ČR), der staatlichen Forschungsförderungsagentur der Tschechischen Republik, im Rahmen des Projektes Nr.14-35273S „Liberální společnost, nebo národní společenství? Sociální politika v Protektorátu Čechy a Morava, 1939-1945“ [Liberale Gesellschaft oder Volksgemeinschaft? Die Sozialpolitik im Protektorat Böhmen und Mähren 1939-1945].

² Čermáková, Boh.: Sociálně-zdravotní služba v nemocnici [Sozialmedizinischer Dienst im Krankenhaus]. In: Česká nemocnice 11 (25. Januar 1941) 1, 13.

³ Einen statistischen Überblick bietet Břeský, Eduard: Jak hodnotit jednotlivé skupiny chorob v sociálním pojištění [Wie die einzelnen Krankheitsgruppen in der Sozialversicherung zu bewerten sind]. Praha 1937, 6.

schen 1939 und 1945 verbindet. Bisher hat sich die Forschung zu dem Thema überwiegend auf Repression und Gewalt konzentriert, die NS-Sozialpolitik wurde ausschließlich unter der Perspektive ihrer unmittelbaren Nützlichkeit für das Regime betrachtet.⁴ Der genauere Blick auf die uns zur Verfügung stehenden Quellen erweist jedoch, dass die Situation komplexer war. Armen- und Gesundheitsfürsorge spielten im Gesamtkontext der Okkupationspolitik eine mehrdeutige Rolle und sowohl ihr Verständnis als auch die (angestrebte) Praxis waren zum Teil von den jeweils Handelnden abhängig.

Das Anliegen dieses Aufsatzes ist es, die einzelnen Schichten dieser Politik – auch in ihrer Widersprüchlichkeit – freizulegen. Dabei rücken zum einen die Repräsentanten des nationalsozialistischen Deutschland und ihre Zielvorstellungen, zum anderen die involvierten tschechischen Akteure in den Blick. Welche Interessen standen hinter der Gesundheitspolitik des nationalsozialistischen Deutschland in den besetzten böhmischen Ländern? Welche Motive verfolgten deutsche Akteure vor Ort? Von welchen Erfahrungen aus der Zeit vor der deutschen Besatzung war das Verständnis von Sozial- und Gesundheitsfürsorge geprägt, das tschechische Beamte, Ärzte und Sozialarbeiter mitbrachten? Mit welchen Erwartungen begegneten sie der Situation, die nach dem Münchner Abkommen vom Herbst 1938 und der Errichtung des „Protektorats“ im Frühjahr 1939 entstand?

Um diese Fragen zu beantworten, wird nach einer kurzen Einführung in die Genese der Armen- und Krankenfürsorge die Entwicklung von Institutionen der Gesundheitsfürsorge im „Protektorat“ nachvollzogen. Diese werden auf ihre Zugänglichkeit für verschiedene Bevölkerungsgruppen untersucht. Wie waren sie organisiert, an wen richteten sie sich, wen schlossen sie aus? Ferner gilt es herauszufinden, welche Vorstellungen hinter dem Konzept der „Volksgesundheit“ standen, das der deutschen wie der tschechischen Bevölkerung im Protektorat nahegebracht wurde. Im letzten Teil des Textes geht es dann um die medizinische Versorgung für Kinder und Jugendliche. Damit rückt ein Bevölkerungsteil in den Blick, anhand dessen sich die Hintergründe von Sozialpolitik, ihrer Organisation sowie ihres ideologischen Kontextes besonders gut zeigen lassen.

Der historische Kontext

Die Geschichtsschreibung verbindet die Alltagsrealität im Protektorat Böhmen und Mähren in der Regel mit den offensichtlichen Formen von Repression und Unterdrückung. Folglich sind diese gut erforscht.⁵ Wie sich aus der Besatzungsverwaltung

⁴ Mit anderer Akzentsetzung zur Gesundheitspolitik in NS-Deutschland vgl. *Süß*, Winfried: Der „Volkskörper“ im Krieg: Gesundheitspolitik, Gesundheitsverhältnisse und Krankentod im nationalsozialistischen Deutschland 1939-1945. München 2003. – *Mai*, Uwe: „Rasse und Raum“: Agrarpolitik, Sozial- und Raumplanung im NS-Staat. Paderborn 2002. – *Eckhard*, Hansen: Wohlfahrtspolitik im NS-Staat: Motivationen, Konflikte und Machtstrukturen im „Sozialismus der Tat“ des Dritten Reiches, Augsburg 1991. – *Frei*, Norbert (Hg.): Medizin und Gesundheitspolitik in der NS-Zeit. München 1991.

⁵ An dieser Stelle seien nur die „Klassiker“ zu diesem Themenfeld genannt: *Gebhart*, Jan/

auf dem Gebiet Böhmens und Mährens ablesen lässt, bildeten sie aber nur einen Teil des Instrumentariums, mit dem operiert wurde. Nicht zuletzt durch die Einrichtung einer „Aufsichtsverwaltung“ ähnelte das Regime dem in den besetzten Niederlanden, in Belgien oder dem Vichy-Regime in Frankreich. Von Forschungen zu diesen Systemen kann man bei der Beschäftigung mit dem Protektorat profitieren, weil sie Wege aufzeigen, dem gesamten Spektrum an Maßnahmen zur Beherrschung eines okkupierten Gebietes gerecht zu werden.⁶ Bei den Bemühungen der Besatzungsmacht, die Bevölkerung zu pazifizieren und die Lage zu stabilisieren, kam dem Bereich des Sozialen eine wichtige Rolle zu. Im Protektorat war eine ganze Reihe staatlicher Institutionen mit der „Verteilung“ von Unterstützung und Fürsorgemaßnahmen befasst. Deutsche und Tschechen kamen gleichermaßen mit ihnen in Berührung.

Über diese Institutionen wollte das Bestzungsregime einerseits die Gesellschaft engmaschig überwachen und sie disziplinieren, andererseits den Teil, der die „rassische Überprüfung“ erfolgreich durchlaufen hatte, über die verschiedensten sozialen Angebote an sich binden.⁷ Indem es Vorteile gewährte, lud es zum Mitmachen ein und forderte Akzeptanz. Arbeitsleistung und politische Anpassung stellten in diesem Prozess die entscheidenden Voraussetzungen für eine Eingliederung in die neue

Kuklík, Jan: Velké dějiny zemí Koruny české [Große Geschichte der Länder der Böhmisches Krone]. Band 15a und 15b. Praha, Litomyšl 2007. – Brandes, Detlef: Die Tschechen unter deutschem Protektorat. Teil I: Besatzungspolitik, Kollaboration und Widerstand im Protektorat Böhmen und Mähren bis Heydrichs Tod (1939-1942), Teil II: Besatzungspolitik, Kollaboration und Widerstand im Protektorat Böhmen und Mähren von Heydrichs Tod bis zum Prager Aufstand (1942-1945). München 1969 und 1975. – Ders.: „Umvolkung, Umsiedlung, rassische Bestandsaufnahme“: NS-„Volkstumspolitik“ in den böhmischen Ländern. München 2012 (Veröffentlichungen des Collegium Carolinum, weiter VCC, 125).

⁶ Als Ausgangspunkt für einen Vergleich der durch das nationalsozialistische Deutschland besetzten Gebiete kann die Typologie dienen, die Werner Best, Offizier der Militärverwaltung in Frankreich und ab 1942 in Dänemark als Reichsbevollmächtigter tätig, im September 1941 erstellt hat. Best kritisierte die Besatzungsregime in Norwegen, im Protektorat Böhmen und Mähren und in den Niederlanden als zu kostenintensiv und abhängig von einem starken deutschen Sicherheitsapparat und deutschen Behörden. Hinsichtlich seines Verwaltungsapparates und der Nutzung bestehender Verwaltungsstrukturen gehörte das Protektorat zu dem Regimetyp, den Deutschland in West- und Nordeuropa etablierte. Diese Analogie ist wahrscheinlich auch im Bereich der öffentlichen Verwaltung und der Sozialpolitik zu erwarten. Národní archiv České republiky Praha [Nationalarchiv der Tschechischen Republik Prag, weiter NA ČR], fond [Fond, weiter f.] Státní tajemník u říšského protektora v Čechách a na Moravě [Der Staatssekretär beim Reichsprotektor in Böhmen und Mähren, weiter ÚŘP-ST], 109-4/1054, K.58. Die deutschen Aufsichtsverwaltungen in Frankreich, Belgien, den Niederlanden, Norwegen und im Protektorat Böhmen und Mähren. – Vgl. *Herbert, Ulrich: Best. Biographische Studien über Radikalismus, Weltanschauung und Vernunft, 1903-1989. Bonn 1996.*

⁷ Im Protektorat gelang es nicht, die flächendeckende „rassische Bestandsaufnahme“ der tschechischen Bevölkerung durchzuführen, die der stellvertretende Reichsprotektor Reinhard Heydrich gefordert hatte, es blieb bei partiellen Überprüfungen. Hierzu *Brandes: „Umvolkung, Umsiedlung, rassische Bestandsaufnahme“ (vgl. Anm. 5).*

Gemeinschaft dar.⁸ Das galt im Grundsatz für Tschechen und Deutsche, und zwar sowohl, was die Art der Fürsorge, als auch, was ihren Umfang betraf.

Befasst man sich mit dieser Praxis, gelangt man zu kontroversen Fragen hinsichtlich der staatlichen Fürsorge in den besetzten Gebieten, und zwar insbesondere gegenüber dem Teil der Bevölkerung, der nicht der „Volksgemeinschaft“ zugerechnet wurde. Aus der Sicht der NS-Regierung, für die das Protektorat eine große wirtschaftliche Bedeutung hatte, war der Erhalt sozialer Einrichtungen folgerichtig, hing doch der Fortgang der Produktion von loyalen Arbeitskräften ab. Somit handelte es sich bei der Stabilisierung der sozialen Sphäre um einen zweckgebundenen Schritt der nationalsozialistischen Führung und ihrer Repräsentanten im Protektorat.

Dass die Illusion einer „Besatzungsnormalität“ erzeugt werden konnte, gründete einerseits auf der Nutzung der sozialpolitischen Instrumente, die in der Ersten Tschechoslowakischen Republik (Československá Republika, ČSR) geschaffen worden waren, andererseits auf einer öffentlichen Kommunikation, die sich der Sprache des tschechischen Nationalismus bediente. So verwendeten die Vertreter der (tschechischen) autonomen Protektoratsverwaltung gegenüber der Bevölkerung Begriffe wie „nationale Gesundheit“ (národní zdraví), „nationale Selbsterhaltung“ (národní sebezáchova) oder „soziale Gerechtigkeit“ (sociální spravedlnost), wenn es darum ging, ihre Ziele für die tschechische Nation im Rahmen eines vom nationalsozialistischen Deutschland beherrschten Mitteleuropa zu beschreiben.

Die Wurzeln staatlicher Gesundheitspolitik und -versorgung reichen freilich tiefer, sie führen bis zur Aufklärung zurück. Allerdings war die Fürsorge in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts weit vom universalistischen Ideal entfernt. Schutz und Unterstützung wurde stets nur bestimmten Gruppen wie den Mitgliedern einer Versicherung oder eines Interessenverbandes gewährt.⁹ Daneben existierten karitative Organisationen und lokale Institutionen, die sich der Sorge um die Ärmsten verpflichtet fühlten. Doch wie in anderen europäischen Industriestaaten auch, gab es in der Tschechoslowakei der Zwischenkriegszeit starke Bestrebungen, das fragmentier-

⁸ Anfang der 1960er Jahre polemisierte Jan Tesař mit der These „Sie wollten uns vernichten“, die auch den Titel seiner 1961 herausgegebenen Dokumentensammlung bildete. Über die publizierten Quellen schrieb er später: „Nicht immer handelt es sich um das Material, das die charakteristischsten Züge zeigt, und die Schlüsse auf der Grundlage dieses Materials waren oft einseitig.“ Tesař, Jan: Poznámky k problémům okupačního režimu v tzv. „protektorátě“ [Bemerkungen zum Problem des Okkupationsregimes im sog. „Protektorat“]. In: Historie a vojenství 2 (1964) 153-191, hier 155; Historie a vojenství 3 (1964) 333-385. – Ähnlich wie die Gewalt, wenn auch in ganz anderer Form, diente die Sozialpolitik der Disziplinierung der Bevölkerung. Zu den Funktionen der Sozialpolitik gegenüber der tschechischen nichtjüdischen Bevölkerung vgl. Šustrová, Radka: “It Will Not Work Without a Social Policy!” Research on Social Practice on the Territory of the Protectorate of Bohemia and Moravia. In: Czech Journal of Contemporary History 2 (2013) 31-56. – Dazu auch King, Jeremy: Budweisers Into Czechs and Germans: A Local History of Bohemian Politics, 1848-1948. Princeton, Harvard 2005.

⁹ Zur Abgrenzung der einzelnen Bereiche im Sozial- und Gesundheitswesen in der Zwischenkriegszeit vgl. Houser, Jaroslav: Vývoj sociální správy za předmnichovské republiky [Die Entwicklung der Sozialverwaltung in der Vormünchener Republik]. Praha 1968.

te Fürsorge- und Gesundheitssystem zu verbessern, auszubauen und längerfristig allen Bürgern zugänglich zu machen. Auf diesem Weg wurden durchaus Erfolge erzielt, zu denen unter anderem die Modernisierung der Krankenhäuser, eine Ausweitung des Versicherungswesens und ein verbesserter Schutz für Angestellte und ihre Angehörigen gehörten.¹⁰ Wenngleich der Gesetzgeber nicht untätig war, konnte infolge von Kompetenzstreitigkeiten zwischen und innerhalb verschiedener Ministerien kein neues Gesamtkonzept entwickelt werden.¹¹ Auf dem Gebiet des Gesundheitswesens blieb es bei einem Gesetzesentwurf, der 1936 vorlag, vor der Zerschlagung der Republik 1938/39 aber nicht mehr verabschiedet wurde.¹²

Die Errichtung des Protektorats Böhmen und Mähren am 16. März 1939 brachte eine ganze Reihe von für Okkupationsregime charakteristischen Veränderungen. Was gegenüber dieser tiefen Zäsur oft in den Hintergrund rückt, sind die Kontinuitäten. So knüpfte man im Protektorat an die bisherige Sozialpolitik und das institutionelle Netz der Fürsorge an, mit der diese operiert hatte. Zugleich baute die offizielle nationale Ideologie auf Bestehendem auf, entwickelte dieses weiter und radikalisierte vorhandene Ideen. In der Diskussion um Flüchtlinge und über die „Bedrohung der nationalen Existenz“, die tschechische Politiker und Fachleute sahen, verband sich die Veränderung der Gesellschaft mit einer spürbar schwindenden Bereitschaft, nationale Minderheiten anzuerkennen. Auch die Verbreitung von Antisemitismus trug ihren Teil zu einer exkludierenden Auffassung der tschechischen Nation bei, die sich der Kategorien „Rasse“, „Arbeit“ und „Verdienste“ bediente. Dem entsprach der Gedanke der „nationalen Einheitlichkeit des Staates“,¹³ der bereits in der Erklärung der tschecho-slowakischen Regierung vom November 1938 formuliert worden war.¹⁴ Was die Sozialpolitik betraf, schlug das Regime einen Kurs

¹⁰ In der zweiten Hälfte der 1920er Jahre waren sieben Millionen Menschen, und damit rund die Hälfte der Einwohner des Landes, versicherungspflichtige Mitglieder einer Krankenkasse. Svobodný, Petr/Hlaváčková, Ludmila: Dějiny lékařství v českých zemích [Geschichte der Medizin in den böhmischen Ländern]. Praha 2004, 164. – Rákosník, Jakub/Tomeš, Igor u.a.: Sociální stát v Československu. Právně-institucionální vývoj v letech 1918-1992 [Der Sozialstaat in der Tschechoslowakei. Die legislativ-institutionelle Entwicklung in den Jahren 1918-1992]. Praha 2012, 369. – Deyl, Zdeněk: Sociální vývoj Československa 1918-1938 [Die soziale Entwicklung in der Tschechoslowakei 1918-1938]. Praha 1985. – Zákon ze dne 9. října 1924 o pojištění zaměstnanců pro případ nemoci, invalidity a stáří [Gesetz vom 9. Oktober 1924 über die Versicherung von Angestellten für den Fall von Krankheit, Invalidität und Alter]. Sbírka zákonů [Gesetzessammlung, weiter Sb.] 221/1924. – Zákon ze dne 10. června 1925 o pojištění osob samostatně hospodařících pro případ invalidity a stáří [Gesetz vom 10. Juni 1925 über die Versicherung Selbstständiger für den Fall von Invalidität und Alter], 148/1925 Sb. – Zákon ze dne 15. října 1925 o nemocenském pojištění veřejných zaměstnanců [Gesetz vom 15. Oktober 1925 über die Krankenversicherung für öffentliche Angestellte], 221/1925 Sb.

¹¹ Houser: Vývoj sociální správy za předmnichovské republiky 15 (vgl. Anm. 9).

¹² Rákosník/Tomeš: Sociální stát v Československu 302 (vgl. Anm. 10).

¹³ NA, f. Předsednictvo ministerské rady [Ministerratspräsidium, weiter PMR], K. 4144, XIX. zasedání – 24, 16. listopadu 1938, [XIX. Sitzung – 24, – 16. November 1938], f. 358.

¹⁴ Als besonderer Fall wurden später die sogenannten „gemischten Ehen“, also Verbindungen zwischen tschechischen und deutschen Partnern, diskutiert und behandelt. Dazu: Rákosník, Jakub/Šustrová, Radka: Rodina v zájmu státu. Populační růst a instituce man-

ein, der auf Nivellierung zielte; konkret beschloss sie eine Sozialversicherung für Arbeitnehmer, die keinen Unterschied zwischen den Berufsgruppen machte.¹⁵

Aus nationaler Perspektive stellten die böhmischen Länder in der Logik der genannten Regierungserklärung allerdings alles andere als ein Gebiet dar, das sich für einfache Lösungen anbot. Schließlich lebten hier Deutsche und Tschechen, die in der Völkerhierarchie des nationalsozialistischen Herrschaftsbereichs denkbar unterschiedlich platziert waren. Da die deutsche Führung aber zumindest mittelfristig nicht auf die tschechische Arbeitskraft verzichten konnte, entwickelte sie auch für die Tschechen ein Ideologieangebot bzw. unterstützte Tendenzen, die in Richtung eines neuen tschechischen „Volkskonzepts“ zielten. So bildete sich analog zur deutschen „Volksgemeinschaft“, zu der die in Böhmen und Mähren lebenden Deutschen gehören sollten, auf der tschechischen Seite die Idee einer geschlossenen „nationalen Gemeinschaft“.¹⁶ Diese Klang in den Verhandlungen der tschecho-slowakischen Regierung an, etwa bei der Kabinettsitzung am 6. Dezember 1938, bei der über den Entwurf zur Zählung der jüdischen Einwohner auf der Grundlage des Religionsbekenntnisses verhandelt wurde. In die gleiche Richtung wies die Regierungsverordnung zur Überprüfung der tschechoslowakischen Staatsbürgerschaft und zum Aufenthalt ausländischer Staatsangehöriger, die im Januar 1939 angenommen wurde.¹⁷

želství 1918-1989 [Die Familie im Interesse des Staates. Bevölkerungswachstum und die Institution der Ehe 1918-1989]. Praha 2016. – *Zabrá, Tara*: Kidnapped Souls: National Indifference and the Battle for Children in the Bohemian Lands, 1900-1948. Ithaca 2008. – *Bryant, Chad*: Prague in Black: Nazi Rule and Czech Nationalism. Cambridge 2007.

¹⁵ *Denmler, Wilhelm*: Sozialpolitik im Protektorat Böhmen und Mähren. Berlin 1940, 15 f.

¹⁶ Zwischen der deutschen „Volksgemeinschaft“ und der tschechischen „nationalen Gemeinschaft“ besteht kein direkter Zusammenhang. Während in Deutschland die Idee der „Volksgemeinschaft“ seit der Weimarer Republik Teil der politischen Debatte war, ist das Konzept der tschechischen „nationalen Gemeinschaft“ (národní pospolitost) als Resultat der Ereignisse von 1938/39 und der Diskussion um die „Bedrohung der nationalen Existenz“ zu sehen. Der Öffentlichkeit wurde sie als authentisches tschechisches Projekt und Reaktion auf das Münchner Abkommen sowie das Scheitern der liberalen Demokratie der Zwischenkriegszeit präsentiert. In diesem Sinne sagte der Journalist Emanuel Vajtauer, der später einer der führenden tschechischen Kollaborateure werden sollte, im Dezember 1938 die Bildung einer „geschlossenen nationalen Einheit“ voraus. *Vajtauer, Emanuel*: Jak po Mnichovu: Můžeme jít s Německem? [Wie weiter nach München: Können wir mit Deutschland gehen?]. Praha 1939.

¹⁷ Das sollte auf der Grundlage der Volkszählungen von 1921 und 1930 geschehen. Der Entwurf sah vor, dass in dieser Statistik all jene Menschen als Juden aufgeführt werden sollten, die an einem Stichtag im Jahr 1918 Mitglieder der jüdischen Religionsgemeinschaft gewesen waren. Es sollten zudem Informationen über die Dauer des Aufenthaltes auf dem Gebiet der ČSR sowie eine „eidesstattliche Aufstellung der Vermögenswerte“ zusammengestellt werden. NA, f. PMR, S. 4145, XX. zasedání – 25, 6. prosince 1938 [XX. Sitzung – 25, 6. Dezember 1938], f. 93. – Vgl. auch Vládní nařízení ze dne 27. ledna 1939, jímž se doplňují předpisy o pobytu cizinců, pokud jsou emigranty [Regierungsverordnung vom 27.01.1939, in der Bestimmungen zum Aufenthalt von Ausländern ergänzt werden, sofern diese Emigranten sind], 19/1939 Sb. – Ebenso Vládní nařízení ze dne 27. ledna 1939 o přezkoumání česko-slovenského státního občanství některých osob [Regierungsverordnung vom 27.01.1939 zur Überprüfung der tschechoslowakischen Staatsangehörigkeit einiger Personen], 15/1939 Sb.

Sowohl der mediale Diskurs als auch die Protektoratseliten operierten mit der neuen Ideologie der „nationalen Einheit“, die exkludierend war und eine deutliche Abwendung von der liberalen Demokratie der Zwischenkriegszeit bedeutete. In diesem Zusammenhang wurde zudem die Forderung nach einem „Umbau“ (im tschechischen Originalton „přebudování“) von Staat und Gesellschaft laut. Auch diese Idee übernahm die tschechische Protektoratsverwaltung aus der Zweiten Tschecho-Slowakischen Republik, die zwischen Oktober 1938 und März 1939 bestand. Bei ihrer Adaption bediente sie sich eines Verständnisses von der Gestalt und der Rolle der tschechischen Nation, in dem die Tatsache, dass diese sich nunmehr im Herzen des „Dritten Reichs“ wiederfand, zentral war und die Grenzen gesellschaftlicher Exklusion und Inklusion entsprechend der Vorstellungen der nationalsozialistischen Herrscher gezogen wurden.

Bei beiden Gemeinschaften, der deutschen wie der tschechischen, beschränkte sich die Neujustierung jedoch nicht auf die ideologisch-diskursive Ebene, vielmehr wurden Maßnahmen zur Förderung und Entwicklung neuer nationaler Elemente und Gedanken entwickelt und umgesetzt. Diese wiesen, wenn sie auch nicht direkt miteinander verbunden waren, deutliche Ähnlichkeiten auf. Das galt insbesondere für das Motiv der „Volksgesundheit“, dem auf beiden Seiten hohe Priorität eingeräumt wurde. Das hatte vor allem mit den negativen Prognosen zur Bevölkerungsentwicklung zu tun – in der Zeit freilich ein gesamteuropäisches Phänomen.

Bei der Analyse des Vorgehens, das die Okkupationsbehörden in den einzelnen besetzten Ländern wählten, gilt es trotz gewisser Parallelen den Blick für die Unterschiede und feinen Abstufungen offen zu halten. So hoffte die nationalsozialistische Führung etwa, die niederländische Bevölkerung für sich zu gewinnen, auf die sie „rassische“ wie „mentale Gemeinsamkeiten“ von Völkern „germanischen Ursprungs“ projizierte. Artur Seyß-Inquart, der Reichskommissar, versuchte, mit Hilfe nationaler Sammlungsbewegungen seinen Plan zur Selbstnazifizierung der niederländischen Gesellschaft zu befördern.¹⁸ Langfristige Ziele dieser Art lassen sich für das Protektorat Böhmen und Mähren mit seiner tschechischen Bevölkerungsmehrheit zunächst nicht nachweisen. Doch während des Krieges veränderte sich der Blick Berlins auf die böhmischen Länder, was auch Auswirkungen auf die Okkupationspolitik und darauf hatte, wie diese gedeutet und kommuniziert wurde. Dabei mussten hinter dem Diskurs über die Gesundheit nicht notwendigerweise tatsächlich politische Maßnahmen stehen – das zeigt zum Beispiel das bereits angesprochene Thema Bevölkerungspolitik. Es gab eine ganze Reihe tschechischer Mediziner und Wissenschaftler, die die Rede der NS-Politik über die Förderung des Bevölkerungswachstums aufnahmen und sich für entsprechende politische Maßnahmen aussprachen.¹⁹ Die vergleichsweise hohen Geburtenraten, die die tschechische Bevölkerung im Protektorat aufwies, waren jedoch nicht auf Schritte zur Förderung der

¹⁸ *Hirschfeld*, Gerhard: Fremdherrschaft und Kollaboration. Die Niederlande unter deutscher Besatzung 1940-1945. München 1995, 32.

¹⁹ Zum Diskurs über eine Erhöhung der Geburtenrate vgl. *Schmidt*, Otto: *Národy na rozcestí: Populační studie [Nationen auf dem Scheideweg: Eine Bevölkerungsstudie]*. Praha 1939. – *Sekla*, Bohumil: *Růst národa: Úvaha populačně-biologická [Das Wachstum des Volkes: Eine populationsbiologische Erwägung]*. Praha 1940.

Natalität zurückzuführen – solche wurden während der Besatzungszeit nicht unternommen – sondern darauf, dass die geburtenstarken Jahrgänge, die unmittelbar nach dem Ersten Weltkrieg geboren worden waren, ins fortpflanzungsfähige Alter kamen. Die Folge war ein Bevölkerungswachstum in der ersten Hälfte der 1940er Jahre: So lag die Zahl der Neugeborenen 44 Prozent höher als 1937,²⁰ auch der Krieg bremste diesen Trend nicht.

Der Kurs gegenüber der jüdischen Bevölkerung war radikal anders. Ausgegrenzt aus der Gemeinschaft und dem öffentlichen Leben und systematisch benachteiligt bei der sozialen und medizinischen Versorgung wurde diese bereits vor der Deportation.²¹ In den Lagern herrschte eine paradoxe Kombination zweier verschiedener Prinzipien: einer relativ zuverlässigen Sorge für akute Fälle, etwa bei Epidemien, und dem Ziel der systematischen und vollständigen Vernichtung der Juden. So verfügte das Ghetto Theresienstadt über eine moderne medizinische Ausstattung, die in etwa der einer großstädtischen Poliklinik entsprach, Medikamente waren zugänglich und kostenfrei, wurden aber nicht effektiv eingesetzt.²² Mit Gesundheit als bleibendem Wert für das weitere Leben des Einzelnen wurde nicht gerechnet, vielmehr folgte in vielen Fällen auf die ärztliche Untersuchung der Transport in ein Konzentrationslager, was Gesundheitsfürsorge insgesamt ad absurdum führte.

Der von nationalsozialistischen Politikern postulierte „rassische Charakter der Gemeinschaft“ hat den Fokus der Forschung zu Gesundheitspolitik stark auf deren Verbindung mit der „Rassenhygiene“ gelenkt. In der Folge sind die demagogischen und destruktiven Seiten gut bekannt. Weitaus weniger hat sich die Forschung indes mit der Frage befasst, was die Fürsorgeangebote im Alltag für die Bedeuteten, die zur „nationalen Gemeinschaft“ gezählt wurden. Unnötig zu betonen, dass die tschechische Bevölkerung keineswegs im Zentrum des Interesses der nationalsozialistischen Politik stand. Gesundheitspolitik im Protektorat zielte nicht darauf, ein umfassendes und für alle Menschen zugängliches System von Vorsorgen und Hilfen zu schaffen. Zwar beteuerte sie dies öffentlich; es war von einem Maßnahmenpektrum die Rede, das von der Gesundheitsverwaltung über Vorsorge bis hin zur Aufklärung der Bevölkerung im Kampf gegen Geschlechtskrankheiten und Alkoholismus reichte. Doch ließ sich hinter Formulierungen dieser Art eine Motivlage erahnen, bei der die Sorge um die Gesundheit eher ein Nebenprodukt bildete. Denn im Zentrum stand das Ziel, eine streng rationalisierte Gesellschaft mit hoher Arbeitseffektivität und Produktivität zu erhalten.

²⁰ *Srb, Vladimír: Vymírající národ [Eine aussterbende Nation]. Praha 1947, 53.*

²¹ *Vgl. Petrův, Helena: Zákonné bezpráví: Židé v Protektorátu Čechy a Morava [Per Gesetz rechtlos: Juden im Protektorat Böhmen und Mähren]. Praha 2011.*

²² *Adler, H. G.: Terezín 1941-1945: Tvář nuceného společenství. Díl 2: Sociologie [Theresienstadt 1941-1945: Das Antlitz einer erzwungenen Gemeinschaft. Teil 2: Soziologie]. Praha 2006, 335-341.*

„Volksgesundheit“ – zwischen liberaler Idee und nationalen Interessen

Gesundheitsfürsorge avancierte zu einem wichtigen Element nationalsozialistischer Sozialpolitik. Vor allem mit Blick auf die negative Bevölkerungsentwicklung, die sich in der Folge der „Nürnberger Rassengesetze“ zusätzlich verstärkte, wurden neue Konzepte formuliert. Auf das Protektorat mit seiner mehrheitlich nichtdeutschen Bevölkerung ließen diese sich aber nicht direkt übertragen, denn hier stand die NS-Politik vor einem selbstverursachten Dilemma: Einerseits war ihre Haltung gegenüber den slawischen Völkern negativ,²³ andererseits hatte die nationalsozialistische Führung gerade an den Tschechen, die sie im Dienste der deutschen Wirtschaft einzusetzen plante, durchaus ein Interesse. Zumindest partiell aufgelöst wurde diese offensichtliche Spannung bei der Formulierung der Sozialpolitik für das Protektorat dadurch, dass die deutschen Behörden davon ausgingen, wenigstens einen Teil der tschechischen Bevölkerung erfolgreich „germanisieren“ zu können.²⁴ Schon vor Kriegsbeginn schätzten sie zudem die Möglichkeiten, die Arbeitskraft in den böhmischen Ländern zu nutzen und die Produktivität steigern zu können, optimistisch ein. Sozialpolitik erscheint hier als Form eines Angebots, das sich an der „rassischen Disposition“ der lokalen Bevölkerung orientierte und zeitlich zunächst einmal für die Dauer des Krieges gelten sollte. Dabei werden Kontinuitäten wie Brüche gegenüber der Ersten und Zweiten Republik deutlich. In den ersten Jahren der Okkupation war das Ministerium für Sozial- und Gesundheitsverwaltung (Ministerstvo sociální a zdravotní správy, MSZS) unverändert die oberste Verwaltungsbehörde.

Indessen brachte die Einteilung der Bevölkerung in Reichsbürger und Protektoratsangehörige, die für Empfänger von Hilfsleistungen vorgenommen wurde, eine Zäsur.²⁵ Denn dieser Schritt förderte die Entstehung einer national segregierten Fürsorge systematisch. An den Leistungen für den tschechischen Bevölkerungsteil waren deutsche wie tschechische Institutionen beteiligt, wobei die Verwaltung überwiegend in tschechischen Händen lag. Diese zweigleisige Protektoratsverwaltung, die im Laufe des Jahres 1939 verwirklicht wurde, basierte auf der gleichen Logik, nach der auch die Administration der Sozialpolitik funktionierte, und legte die Koordinaten für das gesamte neue sozialpolitische System im Protektorat fest. Während der Teil der Bevölkerung, der die Staatsangehörigkeit des Deutschen Reiches erwarb, mehr oder minder automatisch in den Diskurs um die „Stärkung des deutschen Volkstums“ einbezogen wurde, der auf der Annahme ihrer rassistischen und gesundheitlichen „Eignung“ gründete, mussten die Tschechen ihre Möglichkeiten im neuen, quasi-staatlichen Gebilde erst ausloten. Eine große Rolle spielte dabei das Agieren der Besatzungsbehörden. Diese gewährten allen Bedenken zum Trotz,

²³ Zum unterschiedlichen Zugang des NS-Regimes zu den einzelnen slawischen Nationen vgl. *Connolly, John: Nazis and Slavs: From Racial Theory to Racist Practice. In: Central European History 32 (1999) H. 1, 1-33.*

²⁴ Vgl. *Brandes: „Umvolkung, Umsiedlung, rassische Bestandsaufnahme“, hier vor allem das Kapitel zu „Zielen und Grundsatzentscheidungen der deutschen Tschechenpolitik“ 5-37 (vgl. Anm. 5).*

²⁵ Siehe § 2 des Erlasses des Führers und Reichskanzlers über das Protektorat Böhmen und Mähren vom 16.03.1939. Deutsches Reichsgesetzblatt (weiter RGBl.) I, 1939, 485.

mit denen sie die Gefühle nationaler und persönlicher Bedrohung in der tschechischen Bevölkerung registrierten, die seit der Krise von München weiter zugenommen hatten, doch einen gewissen Gestaltungsspielraum. So wurde im Bereich der sozialen Dienste eine Art eigenständige (Protektorats-)Verwaltung zugelassen. Deren Autonomie war zwar begrenzt und wurde später noch weiter eingeschränkt, doch sollte die Rolle dieser Verwaltung nicht unterschätzt werden. Denn sie trug maßgeblich zur Erhaltung und Stabilisierung des öffentlichen Dienstes wie auch der Disziplinierung der tschechischen Bevölkerung bei, die als Arbeitskraft für die Industrie im Protektorat wie auch im Deutschen Reich wichtig war. In diesem Kontext entstand eine Ideologie, die sich auf das Prinzip der „nationalen Einheit“ und der „rassischen Eignung“ berief und gewissermaßen eine eigene Sinnwelt erschuf. Sie übernahm einerseits die Vorstellung von der erneuten und dauerhaften Eingliederung Böhmens und Mährens in das Deutsche Reich, andererseits die normative Idee der Lenkung und Kontrolle der Fürsorge für das tschechische Volk. Zumindest auf rhetorischer Ebene wartete diese mit einer utopischen Vision auf.²⁶ Als Beispiel dafür sei eine programmatische Aussage von Jaroslav Křemen, dem Beauftragten des Sozialausschusses der Nationalen Gemeinschaft (Národní souručenství), der einzigen zugelassenen politischen Vereinigung im Protektorat, zitiert:

Ein gesundes, starkes Volk, das ist das Ziel unserer verstärkten Anstrengungen, das die Arbeit der Abteilung für Soziales auch in Zukunft verfolgen wird. Wir zweifeln nicht daran, dass diese Tätigkeit bei jedem Tschechen auf volles Verständnis trifft und die tschechischen Menschen stets einen Zugang zu neuen Gedanken finden, die ein besseres Leben gewährleisten.²⁷

Im Rahmen dieser Interpretation der tschechischen „nationalen Bestimmung“ entwickelte sich auch die Idee der „Gesundheit der Nation“, die der tschechischen Bevölkerung eindringlich präsentiert wurde und die Richtung vorgab, an der sich die Verwaltungsorgane bei ihren Entscheidungen orientieren sollten. Vergleichbares wäre für die Besatzungsregime im östlichen Europa völlig undenkbar gewesen. Im Protektorat war die Lage aber eine andere als dort. Parallel zur alltäglichen Gewalt und Verfolgung der jüdischen Bevölkerung, der Roma und von Menschen, die als

²⁶ Die Kombination aus der Annahme, ein großer Teil der Tschechen könnte „germanisiert“ werden und dem Interesse, die Leistungsfähigkeit der Industrie im Protektorat zu verbessern, was „Ruhe und Ordnung“ voraussetzte, verschob die Entscheidung über die „tschechischen Frage“ auf die Zeit nach Kriegsende. Balcar und Kučera zufolge ähnelte dieser „relativ gemäßigte“ Kurs der nationalsozialistischen Okkupationspolitik im westlichen und nordwestlichen Europa. Balcar und Kučera stützen sich hierbei auf die Typologie von „Herrschaftsformen“ in den Gebieten unter deutschem Einfluss von Wolfgang Benz. Balcar, Jaromír/Kučera, Jaroslav: Von der Rüstkammer des Reiches zum Maschinenwerk des Sozialismus: Wirtschaftslenkung in Böhmen und Mähren. München, Göttingen 2013 (VCC 128) 8. – Benz, Wolfgang: Typologie der Herrschaftsformen in den Gebieten unter deutschem Einfluss. In: Ders./Otto, Gerhard/Cate ten Houwink, Johannes (Hgg.): Die Bürokratie der Okkupation: Strukturen der Herrschaft und Verwaltung im besetzten Europa. Berlin 1998, 11-25.

²⁷ Bundesarchiv Berlin (weiter BArch), NS 5-IV Deutsche Arbeitsfront – Arbeitswissenschaftliches Institut (weiter DAF-AWI), Archivsign. 31032. Křemen, Jaroslav: Sociální zabezpečení národa [Die soziale Absicherung der Nation]. In: Národní listy, č. 17, 17.01.1941.

„politisch unzuverlässig“ eingestuft wurden, wurde hier ein Ideologieangebot vorgelegt, das zur Integration einlud und sich mit konkreten Institutionen verband.²⁸ Es erscheint paradox, dass das Okkupationsregime Strukturen für ein Sozial- und Gesundheitssystem erhielt bzw. schuf, das der tschechischen Bevölkerung zugutekam. Doch gehörte dessen Nutzung zu den Alltagserfahrungen der Bevölkerung und dieses System vermittelte nach außen den Eindruck von Zuverlässigkeit und allgemeiner Zugänglichkeit.

Die Gesundheits- und die Sozialfürsorge für die tschechische Bevölkerung im Protektorat fielen nicht vollständig in die Zuständigkeit tschechischer Institutionen und ehrenamtlicher Organisationen. Doch waren sie es, die ihre Realisierung maßgeblich vorantrieben. Die Sozialpolitik wurde im Protektorat zu einem Motor der Germanisierungsbemühungen. Dabei knüpfte sie einerseits an die Tradition der modernen Gesundheitspolitik an und bediente sich etablierter Institutionen. Andererseits bildete sie ein Instrument, mit dem sich Informationen zum Gesundheitszustand der Bevölkerung und über deren „Germanisierungspotential“ sammeln ließen. Nicht übersehen werden darf zudem der Wandel in der Wahrnehmung der Kategorien „Leben“, „Gesundheit“ und „Krankheit“ in der nationalsozialistischen Auffassung von Gesundheitspolitik. Diese ging davon aus, dass ein individueller Zugang zur Gesundheit überholt sei und die Gemeinschaft bzw. das Volk im Zentrum der Aufmerksamkeit stehen müsse. Diese Prämisse stützte sich auf die damaligen Kenntnisse der genetischen Komplexität einzelner Krankheiten und entwickelte zudem den Gedanken weiter, dass die „Sorge um die eigene Rasse“ Vorrang vor der Gesundheitsfürsorge genießen müsse.²⁹ Diese rassebiologischen Ideen flossen in die Systematisierung des öffentlichen Gesundheitswesens im nationalsozialistischen Deutschland nach 1933 ein, die mit der Zentralisierung der Verwaltung im Gesundheitsbereich einherging.³⁰ Im Zentrum des an die tschechische Bevölkerung gerichteten sozialpolitischen Angebotes stand allerdings das Kollektiv bzw. die Nation und es war die Rede davon, dass diese durch Prävention geschützt werden müsse, denn „die Gesundheit des Volkes, wie auch seine körperliche und geistige Ertüchtigung“ seien „Träger einer dauerhaften sozialen Ordnung“.³¹

Wurden auch kollektive Werte und der planmäßige Einsatz für das Volk als Ganzes hervorgehoben, so setzte dies doch voraus, dass das einzelne Mitglied der nationalen Gemeinschaft über eine gute Gesundheit verfügte. Somit bedeutete die

²⁸ Vgl. *Connelly*: Nazis and Slavs (vgl. Anm. 23).

²⁹ *Šimůnek*, Michal: Skupina zdravotnictví Úřadu říšského protektora v Čechách a na Moravě 1939-1942. Část 1: Východiska, zřízení, členění [Die Gruppe Gesundheit im Amt des Reichsprotektors in Böhmen und Mähren 1939-1942. Teil 1: Ausgangslage, Aufbau, Gliederung]. In: *Dějiny věd a techniky* 4 (2006) 233-261, hier 237.

³⁰ Zum Institutionenwandel in Deutschland Jahr 1933 vgl. *Eckart*, Wolfgang Uwe: *Medizin in der NS-Diktatur: Ideologie, Praxis, Folgen*. Wien, Köln, Weimar 2012. – *Crew*, David F.: *Germans on Welfare: From Weimar to Hitler*. New York, Oxford 1998, hier vor allem „Conclusion: Toward the Nazi Racial State“, 204-215.

³¹ BArch, DAF-AWI, Bestandsign. NS 5-VI, Archivsig. 30988. Zástupci evropské sociální vědy konferovali [Die Vertreter der europäischen Sozialwissenschaften haben getagt]. In: *Peněžní a pojišťovací zaměstnanec* vom 05.05.1944.

Zurückdrängung der individuellen Fürsorge nicht, dass kein Interesse daran bestanden hätte, den Einzelnen gesund zu erhalten und sich das System ausschließlich auf allgemeine Gesundheitsprogramme konzentriert hätte. Doch hatte die kontinuierliche Erfassung und Stabilisierung des individuellen Gesundheitszustandes den Nutzen des gesamten Volkes im Blick. Aus dieser Perspektive sollten Ärzte ihre Patienten beraten und behandeln, wie beispielsweise die Feststellung der Ärztin Ludmila Sinkulová in der Zeitschrift „Česká nemocnice“ aus dem Jahr 1941 zeigt:

Der Patient [...] im Krankenhaus war beispielsweise nie bloß eine „Pleuritis exsudativa“ [Rippenfellentzündung, R. Š.] oder ein „Magengeschwür“, um sich nach der Heilung wiederum in einen Schuhmacher oder Gießer zu verwandeln. Es war immer zuallererst der Mensch mit seiner körperlichen und geistigen Gestalt und [seinen] Erbanlagen, in einem bestimmten sozial-gesundheitlichen Umfeld lebend, von Beruf Schuhmacher oder Gießer, oder in ähnlicher Weise an Pleuritis oder Magengeschwür leidend.³²

In der Praxis trat jedoch der individuelle Zugang zugunsten einer autoritären Beschäftigungspolitik zurück. Zwar wurde – gerade im Rahmen der betrieblich organisierten Fürsorge – eine breite Palette von Diensten angeboten, doch zielten diese alle darauf, einen möglichst reibungslosen Arbeitsprozess zu garantieren.³³

Das Konzept des öffentlichen Gesundheitswesens

Der Wandel der sozialen Struktur, den die Protektoratsgesellschaft in der Folge der gesellschaftlichen Ausgrenzung von Juden und Roma bei gleichzeitiger Integration „rassisch geeigneter“ Teile der Bevölkerung durchlief, führt zu der Frage, auf was bzw. auf wen der Staat seine sozialpolitischen Anstrengungen ausrichtete. In der Propaganda, die das NS-Regime im Protektorat betrieb, war von einem „öffentlichen Gesundheitswesen“ die Rede,³⁴ das der Allgemeinheit dienen sollte. Das evozierte die Vorstellung, hinter diesem System stünde das ursprünglich liberale Ideal der Fürsorge für alle – was selbstredend nicht der Fall war. Die Forschung hat die Formen und Folgen nationalsozialistischer Politik, gerade auch mit Blick auf die

³² Sinkulová, Ludmila: Nemocnice a průmyslové zdravotnictví [Das Krankenhaus und das Gesundheitswesen in der Industrie]. In: Česká nemocnice 11 (25.03.1941) 3, 49.

³³ Vgl. Bargel, Richard: Neue deutsche Sozialpolitik. Ein Bericht über Grundgedanken, Aufbau und Leistungen. Berlin 1944, hier vor allem 73–79. Bargel identifiziert die drei Säulen, auf die sich das deutsche System der Gesundheitswissenschaft stützte: 1. die staatlichen Gesundheitsbehörden sowie Einrichtungen zur Bekämpfung von Epidemien, 2. die Partei und ihre Organisationen Hitler Jugend, Nationalsozialistische Volkswohlfahrt und Deutsche Arbeitsfront mit ihrer medizinischen Fürsorge in Unternehmen, 3. das auf Beitragszahlungen gestützte System der Krankenversicherung. *Ebenda* 79.

³⁴ Eine kurze Darstellung des historischen Kontextes findet sich beispielsweise bei Pýchová, Eva/Dohmal, Karel: Koncepce veřejného zdravotnictví v České republice v historických souvislostech – odkud vychází a kam směřuje tento obor? [Die Konzeption des öffentlichen Gesundheitswesens in der Tschechischen Republik in historischen Zusammenhängen – woher kommt dieses Fach und in welche Richtung geht es?]. In: Mášová, Hana/Křížová, Eva/Svobodný, Petr (Hgg.): České zdravotnictví: Vize a skutečnost složité peripetie od plánů k realizaci [Das tschechischen Gesundheitswesen: Vision und Realität schwieriger Wendepunkte von der Planung bis zur Realisierung]. Praha 2005, 133–143.

gesamtgemeinschaftliche Transformation, zu der diese führte, im Detail rekonstruiert.³⁵ Doch zeitgleich zum Ausschluss großer Gruppen von Menschen aus der Gesellschaft auf der Grundlage „rassischer Auslese“ wurde eine tschechische „Volksgemeinschaft“ konstruiert. Dieser Prozess lässt sich an der Sozialpolitik und an den konkreten Schritten, die auf diesem Gebiet unternommen wurden, besonders deutlich nachvollziehen. Augenfällig ist dabei, wie stark der Gesundheitsdiskurs und der Aufbau der Gesundheitsverwaltung im Protektorat vom reichsdeutschen Vorbild inspiriert waren, auch wenn die Entwicklungen im Reich und im Protektorat getrennt voneinander abliefen.

Was den Zugang betrifft, kann nicht von einer Zäsur oder gar einem Richtungswechsel die Rede sein. Schon das Gesundheitswesen der ČSR hatte aus den beiden Polen Vorsorge und Fürsorge bestanden, Prävention war seit Jahrzehnten fest etabliert und galt als wirkungsvolle Maßnahme. Sie gab Impulse für den sozialen Wandel, setzte Prozesse der Individualisierung und Liberalisierung in Gang, war aber auch mit Einschränkungen und der Einführung von Regularien verbunden.³⁶ Eine Veränderung bestand allerdings darin, dass die NS-Behörden die Krankenhausversorgung für den Einzelnen minimierten, und die Bedeutung der Vorsorge zum Nutzen des „nationalen Ganzen“ ideologisch-propagandistisch herausstellten.³⁷ Als Voraussetzung galt ihnen jedoch, dass sich jeder Bürger für die eigene und die Gesundheit seiner Familie interessierte und selbst Anstrengungen unternahm, sich gesund zu halten. So hieß es in der Zeitschrift mit dem programmatischen Titel „Gesundheitsführung“, diese dürfte nie „zurückfallen“, sie müsse „ständig weiter strebend, dem ganzen Volk dienend mit ihrer Wirkung für den höchsten Stand körperlicher, geistiger und intellektueller Gesundheit des Einzelnen wie auch des Ganzen“ vollzogen werden.³⁸

Das Konzept der Gesundheitsführung wurde zu einem Instrument, mit dem die inhaltliche Seite des öffentlichen Gesundheitswesens in Deutschland und später auch im Protektorat Böhmen und Mähren verwirklicht werden sollte. Arthur Gütts, ein

³⁵ In einem anderen Zusammenhang mit ähnlicher inhaltlicher Unklarheit ersetzt Ian Ker-shaw den verallgemeinernden Begriff der „öffentlichen Meinung“ durch Ausdrücke wie „nationale“ oder „Volksmeinung“, um die Vorstellung eines pluralistischen Meinungsfeldes zu vermeiden, das mit einer liberalen Demokratie verbunden ist. *Kershaw, Ian*: Alltägliches und Außeralltägliches: Ihre Bedeutung für die Volksmeinung 1933-1945. In: *Peukert, Detlev/ Reulecke, Jürgen* (Hgg.): Die Reihen fast geschlossen. Beiträge zur Geschichte des Alltags unterm Nationalsozialismus. Wuppertal 1988, 273-292, hier 274.

³⁶ Vgl. *Thießen, Malte*: Gesundheit erhalten, Gesellschaft gestalten: Konzepte und Praktiken der Vorsorge im 20. Jahrhundert: Eine Einführung. In: *Zeitgeschichte online – Fachportal für Zeitgeschichte* 3 (2013). URL: <http://www.zeithistorische-forschungen.de/site/40209395/default.aspx> (letzter Zugriff 13.11.2013).

³⁷ *Reich, Warren T.*: The Care-Based of Ethic of Nazi Medicine and the Moral Importance of What We Care About. In: *The American Journal of Bioethics* 1 (Winter 2001) 1, 64-74, hier 65.

³⁸ *Blome, Kurt*: Gesundheitsführung und die Politik. In: *Gesundheitsführung. Ziel und Weg* 1 (November 1939), H. 2, 37: „Der Begriff ‚Gesundheitsführung‘ kennzeichnet das nie erlahmende, ewig strebende, dem Volke restlos dienende Wirken für den Höchststand körperlicher, seelischer und geistiger Gesundheit des einzelnen wie der Gesamtheit“.

NS-Gesundheitspolitiker, hatte dieses Konzept schon vor 1933 in drei grundsätzlichen Thesen zusammengefasst. Während er dessen erstes Ziel in der Vorbeugung von Krankheiten erblickte, die durch ausgewogene Ernährung, eine konsequente Fürsorge und durch einen angemessenen Lebensstil zu erreichen war, bezogen sich die beiden folgenden Ziele bereits darauf, soziale Schief lagen zu korrigieren. Dabei forderte Gütts, gesundheitliche Probleme müssten künftig früh erkannt und durch eine gründliche Untersuchung wie rechtzeitige Behandlung überwunden werden.³⁹

Gesundheits-erziehung im Protektorat sollte über verschiedene Maßnahmen von Appellen, Aufklärung und die Vermittlung von Fachwissen durch populäre Publikationen⁴⁰ über regelmäßige Untersuchungen bis hin zu Kuraufenthalten laufen. Dabei bemühte man sich, möglichst große Teile der Bevölkerung zu erreichen. So empfahl die Gesundheitskommission der Nationalen Gemeinschaft eine konsequentere Sozial- und Gesundheitsfürsorge für Schulkinder und riet dazu, die medizinische Aufsicht über die Körpererziehung der Jugend durch eine staatliche Verordnung zu regeln. Auf ministerieller Ebene befasste sich die V. Abteilung des Ministeriums für Sozial- und Gesundheitsverwaltung mit der Problematik. Ihr Schwerpunkt war die „Sorge um die Gesundheit und die Entwicklung des Volkes“.⁴¹ Dass die Vorsorge als zentraler Gedanke in das Konzept der Gesundheitsreform einging, setzte selbstverständlich nicht die Abschaffung der bestehenden Einrichtungen voraus, sondern deren Stabilisierung und Neubelebung.

In der Folge der dramatischen politischen Entwicklung hatte sich die Situation der staatlichen Gesundheitsfürsorge Ende 1938 allerdings deutlich verschlechtert. Durch die Gebietsabtrennungen der Tschecho-Slowakei an Deutschland, die „Ostmark“ und Polen kam es bei der medizinischen Versorgung zu Problemen. Denn Mähren und Schlesien verloren 22 Krankenhäuser, Böhmen verlor 39 Krankenhäuser mit 9154 Betten. Und auch wenn es sich dabei überwiegend um kleinere Einrichtungen handelte, war es an vielen Orten kaum noch möglich, die ärztliche Grundversorgung der Bevölkerung sicherzustellen. Dazu kam, dass die vorhandenen Einrichtungen durch die Flüchtlinge aus den besetzten Gebieten, insgesamt schätzungsweise über eine Million Menschen, völlig überlastet waren. Daher wurde auf einer Sitzung des Gesundheitsministeriums Anfang November 1938 beschlossen, das Netz öffent-

³⁹ Gütts, Arthur: Zur Einführung. In: Rott, Fritz (Hg.): Gesundheitsfürsorge für die Familie. Anlässl. d. 2. internat. Konferenz f. soziale Arbeit, Frankfurt/Main im Juli 1932. Sonderausgabe der Fortschritte der Gesundheitsfürsorge (1932) 5.

⁴⁰ Vgl. beispielsweise Bartoš, Ant.: Než bude pozdě. Co s dětmi po obrně [Bevor es zu spät ist. Was tun mit Kindern nach einer Polio-Erkrankung]. Praha 1939. – Hrachovina, Václav: Kurs první pomoci [Kurs in Erster Hilfe]. Brno 1940. – Mládek, Arnošt: Srdce ve zdraví a nemoci. Přehled nauky o srdci pro laiky [Das Herz in Gesundheit und Krankheit. Überblick über Herzkunde für Laien]. Praha 1940. – Včelák, Jan: Něco málo o tuberkulóze [Ein wenig über Tuberkulose]. Praha 1940. – Ostrčil, Ant.: Zdravověda a životospráva ženy [Gesundheitslehre und die Lebensführung von Frauen]. Praha 1940.

⁴¹ Die zuständige Abteilung fasste ein breites Spektrum von Aktivitäten zusammen, das von der Jugend- und Gesundheitsfürsorge über Hilfen für (werdende) Mütter, kranke Kinder, Flüchtlinge, sozial Schwache bis zur städtischen Hygiene reichte. Weitere Informationen finden sich im Gesundheits-Jahrbuch des Protektorats Böhmen und Mähren 11 (1939/1940) 18.

licher Krankenhäuser zu reorganisieren. Dabei sollten die Einrichtungen nach ihrer Größe in drei Kategorien eingeteilt und ein Verhältnis von Einwohnern und zur Verfügung stehenden Betten von 1:250 erreicht werden.⁴² Dieses Ziel zu verwirklichen, erwies sich allerdings als schwierig. Abgesehen vom Krankenhaus in Prag-Motol, dessen Bau 1940 ausgeschrieben und das Anfang 1943 eröffnet wurde, konnten nur kleinere Projekte umgesetzt werden. Das lag an dem Gebot, zivile Bauaufgaben zurückzustellen, das von Mai 1941 an galt.

Zwar waren es staatsrechtliche Veränderungen, die den Anstoß gegeben hatten, sich der Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhäusern zuzuwenden, doch nahmen die tschechischen Beamten dies zum Anlass, über eine umfassende Modernisierung nachzudenken, für die zwar zum aktuellen Zeitpunkt die finanziellen Mittel, aber keineswegs die Entschlossenheit fehlte. So kommentierte die Redaktion der Zeitschrift „Sociální reforma“ (Sozialreform) im Juni 1939 die Situation wie folgt:

Das Leben und die Gesundheit des Volkes, der Zustand der Krankenhäuser und der Fortschritt der Wissenschaft verlangen nach schnellem Eingreifen. Daher ist es notwendig, trotz der Mühsamkeit der Zeit mannhaft, entschlossen und so schnell wie möglich voranzuschreiten.⁴³

Auch die Gesundheitsverwaltung sah die Lage als alarmierend an. Ihre Einschätzung resultierte einerseits aus der guten Kenntnis des Gesundheits- und Sozialwesens der ČSR, über dessen Defizite offen gesprochen worden war; unter anderem hatte der damalige Gesundheitsminister Ludwig Czech 1938 sehr kritische Worte über diesen Bereich gefunden.⁴⁴ Andererseits bezog sie sich wohl auf die neue gesetzliche Regelung, die in absehbarer Zeit im Gesundheitswesen zu erwarten stand. Das Konzept des staatlichen Gesundheitswesens, aus dem die der Öffentlichkeit zur Verfügung stehenden Einrichtungen hervorgegangen waren, beruhte noch 1940 auf der ersten gesetzlichen Regelung von 1888.⁴⁵ Diese umfasste weder Schwangerschafts- und Geburtsvorsorge, noch Hilfe für chronisch oder psychisch Kranke, und das, obwohl sich die Medizin auf diesem Feld seit Ende des 19. Jahrhunderts dynamisch weiterentwickelt hatte und viele Krankenhäuser über entsprechende Fachabteilungen verfügten. Doch wenn neue Kliniken entstanden, dann erhielten sie oft keine umfassende Ausstattung, sondern lediglich eine internistische, eine chirurgische und eine Abteilung für Infektionskrankheiten. Schon fachlich waren viele Häuser daher gar nicht in der Lage, die Fälle zu behandeln, die dort ein-

⁴² Für ein mittelgroßes Krankenhaus rechnete man mit drei Abteilungen, d. h. einer Abteilung für innere Medizin, einer chirurgischen Abteilung sowie einer Kinderstation. Größere Krankenhäuser sollten zudem mit einer neurologischen und weiteren Abteilung ausgestattet sein. NA, f. Ministerstvo sociální a zdravotní správy [Ministerium für Sozial- und Gesundheitsverwaltung, weiter MSZS], karton [Karton, weiter kart.] 118. Protokoll über eine Besprechung im Gesundheitsministerium am 04. 11. 1938.

⁴³ Výstavba v. v. nemocnic v Čechách [Der Bau öffentlicher Krankenhäuser in Böhmen]. In: Sociální reforma. Ústředí nemocenských pojišťoven 31 (05. 06. 1939) 11, 152.

⁴⁴ Czech, Ludwig: Public Health in Czechoslovakia. Praha 1938.

⁴⁵ Gesetz vom 30. März 1888 betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter, hier § 6. In: Reichsgesetzblatt für die im Reichsrathe vertretenen Königreiche und Länder 1888.

geliefert wurden. Von diesem Defizit, so der langjährige Mitarbeiter des Ministeriums für das öffentliche Gesundheitswesen und Ministerrat Eduard Kleinschnitz, habe die Patientenversorgung in der Zwischenkriegszeit denn auch gezeugt.⁴⁶

Die Reform des öffentlichen Gesundheitswesens gehörte zu den Aufgaben, die sich sowohl die Regierung der sogenannten Zweiten Republik als auch die erste Protektoratsregierung in ihr Programm geschrieben hatten. Eine konkrete Form nahm sie allerdings erst im Lauf des Jahres 1941 an. In dieser Zeit legte das Ministerium für Sozial- und Gesundheitsverwaltung den ersten Entwurf der Regierungsverordnung für die Neuorganisation der öffentlichen sozialen und Gesundheitsdienste im Protektorat vor; die letzte Änderung daran erfolgte am 21. Oktober desselben Jahres.⁴⁷ Ihre Leitidee bestand darin, die Gesundheitsfürsorge auf verschiedenen Verwaltungsebenen zum selbstständigen Bereich zu machen. Nach deutschem Vorbild sollten auf allen drei Ebenen des Sozial- und Gesundheitswesens – d.h. in den Bezirken, auf Landesebene (Böhmen, Mähren) und bei den beteiligten Ministerien – Gesundheitsämter oder entsprechende Abteilungen eingerichtet werden. Aber nicht nur die Einführung von Gesundheitsämtern, die zentral für die Reform des deutschen Gesundheitswesens vom Frühjahr 1935 gewesen war,⁴⁸ verriet die starke Anlehnung am Reich. Auch die vom Ministerium für Sozial- und Gesundheitsverwaltung erarbeitete Gesetzesbegründung ließ keinen Zweifel, woher die Inspiration zu dem Entwurf stammte.

Dieser wurde auf Wunsch tschechischer und deutscher Beamter überarbeitet, doch niemals umgesetzt. Es sollte bis zum Sommer 1942 dauern, bis das öffentliche Gesundheitswesen im Protektorat eine neue gesetzliche Basis erhielt. Diese Verzögerung war in erste Linie auf die von Heydrich initiierte Verwaltungsreform zurückzuführen, die Mitte Januar 1942 in Kraft trat. In ihrem Zuge wurden unter anderem die Kompetenzen neu verteilt, die bisher beim Ministerium für Sozial- und Gesundheitsverwaltung gelegen hatten, was strukturelle Eingriffe auf verschiedenen Ebenen nach sich zog. Nachdem dieser Prozess abgeschlossen war, wurde am 20. Juli 1942 die Regierungsverordnung Nr. 279/1942 Sb. verabschiedet. Zwar zielte diese ähnlich wie das „Reichsgesetz zur Vereinheitlichung des Gesundheitswesens“ darauf, eine allgemeine Gesundheitsfürsorge sicherzustellen, doch lässt sich die Regelung für das Protektorat schon wegen ihrer Kürze nicht mit der reichsdeutschen gleichsetzen.⁴⁹

In der Regierungsverordnung hieß es, das Ziel des Gesundheitswesens im Protektorat müsse darin liegen, „die Gesundheit der Menschen zu erhalten und zu ver-

⁴⁶ *Kleinschnitz*, Eduard: Malá nemocniční novela [Kleine Krankenhaus-Novelle]. In: *Česká nemocnice* 10 (29.03.1940) 3, 1 f.

⁴⁷ NA, f. MSZS, kart. 125. Ministerstvo sociální a zdravotní správy, osnova vládního nařízení o organizaci veřejné zdravotní správy [Ministerium für Sozial- und Gesundheitswesen, Regierungsverordnung zur Organisation der öffentlichen Gesundheitsverwaltung] 21.10.1941.

⁴⁸ Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens vom 3. Juli 1934. RGBl. I, 1935, 531.

⁴⁹ Vgl. *Proctor*, Robert N.: Rasová hygiena: Lékařství v době nacismu [Rassehygiene. Medizin in der Zeit des Nationalsozialismus]. Praha 2009, 79 ff.

bessern, insbesondere übertragbare Krankheiten zu bekämpfen“. Ferner gelte es, die „allgemeine Hygiene zu verbessern“ und eine umfassende Fürsorge aufzubauen, die die Menschen schütze und die „sozial gesund“ sei.⁵⁰ Die Vorstellung kontinuierlicher Bemühungen um den Erhalt der Volksgesundheit ging zum einem mit dem Versprechen einher, verstärkt medizinisches Personal auszubilden und zugleich das Interesse der Jugend an entsprechenden Berufen zu fördern. Zum anderen sollte die Qualität der Pflege sichergestellt werden. Die Behörden wurden aufgefordert, nicht nur die Apotheken und den Handel mit Medikamenten im Blick zu behalten, sondern auch dafür zu sorgen, dass in Krankenhäusern, Kliniken, Sanatorien und Erholungseinrichtungen eine qualifizierte Behandlung stattfand.

Erholungsangebote und andere unterstützende Maßnahmen richteten sich vor allem an Arbeiter, wovon unter anderem die Tatsache zeugt, dass die Sorge für die Industriearbeiterschaft einen separaten Bereich der Gesundheitspolitik bildete. In exponierten Industrieregionen, in denen man von den Arbeitern eine hohe Leistungsfähigkeit erwartete, wurden regelmäßige ärztliche Untersuchungen eingeführt. Den Versicherten wurde vermittelt, dass der Staat seine Fürsorgerolle außerordentlich ernst nehme. In diesem Sinne hieß es 1944 in einem Blatt für Angestellte des Versicherungswesens:

Beste und kostenlose Behandlung im Krankheitsfall und eine mustergültige medizinische Fürsorge, und das zur rechten Zeit, damit jeder so schnell wie möglich gesund wird und wieder seinen Beruf ausüben kann, das ist Aufgabe unserer Krankenversicherung: „Die Gesundheit des Volkes ist ihr höchstes Gut.“⁵¹

Hier stand die Arbeitskraft im Vordergrund, doch stützte sich der gesundheitspolitische Diskurs insgesamt eher auf nationale Motive. Die Sonderstellung der Arbeiterschaft wurde gar nicht thematisiert, was sich wahrscheinlich darauf zurückführen lässt, dass deren bevorzugte Behandlung ohnehin als Selbstverständlichkeit galt. Dies vermittelten Zeitschriften für verschiedene Berufsgruppen ihren Lesern auf jeden Fall. Leistung und Arbeit bildeten die Kategorien, über die sich das tschechische Volk und jeder einzelne Bürger seine Zukunft und damit auch seinen Platz im „neuen Europa“ gewissermaßen selbst erarbeiten sollte.

Manches daran war nicht völlig neu: Ansätze einer systematischen Gesundheitsüberwachung und Fürsorgemaßnahmen für Fabrikarbeiter hatte bereits die ČSR gekannt. Ein besonders umfassendes System war in der Stadt Zlín entstanden, die untrennbar mit der Firma Bat'a verbunden war. Während der deutschen Besatzung wurde dieser Ansatz, der stark paternalistische Züge trug, weiterentwickelt. Dabei avancierte die Prävention, die auf der „Methode der sorgfältigen Beobachtung aller für die menschliche Gesundheit relevanten Faktoren“ beruhte, zu einem zentralen Feld. Hier griffen dichte Kontrolle und Bemühungen, die Leistungskraft der Arbeiter zu erhalten, und pädagogisch-erzieherische Maßnahmen nahtlos ineinander.⁵²

⁵⁰ Vládní nařízení ze dne 30. července 1942 o veřejném zdravotnictví [Regierungsverordnung vom 30. Juli 1942 über das öffentliche Gesundheitswesen] 279/1942 Sb., hier § 1.

⁵¹ BArch, DAF-AWI, sign. NS 5-VI, archivní číslo [Archivnummer, weiter arch. č.] 31173. Naše nemocenské pojištění a jeho úkoly [Unsere Krankenversicherung und ihre Aufgaben]. In: Peněžní a pojišťovací zaměstnanec vom 05.04.1944.

⁵² Šinkulová: Nemocnice a průmyslové 1 (vgl. Anm. 32).

Die Daten aller Beschäftigten wurden in Registern zusammengeführt, woraus sich nicht nur ein Gesamtüberblick über deren Gesundheitszustand ergab, sondern auch Informationen über die „rassische Beschaffenheit“ tschechischer Arbeiterfamilien gewinnen ließen. Die gleiche doppelte Absicht stand hinter der Einführung regelmäßiger Untersuchungen aller Angestellten – wenn auch die zeitgenössische Propaganda beteuerte, es ginge allein um eine umfassend geplante „schützende Gesundheitsfürsorge“.⁵³ Hier trafen und verbanden sich also unterschiedliche Agenden: das aktuelle Interesse an der körperlichen Kondition tschechischer Arbeiter und die eher langfristig angelegte Prüfung deren „rassischer Eignung“, die über ihre Existenz in einer nationalsozialistischen Zukunft entscheiden würde.

Gesundheitspolitik wurde also als „Dienst an der Öffentlichkeit“ präsentiert, der auf die Bedürfnisse jedes Einzelnen eingehe. Der Zugang zur Gesundheitsfürsorge lief über die Sozialversicherung – vorausgesetzt, die betreffende Person kam aus nationalsozialistischer Sicht, und vor allem im Hinblick auf ihre „rassische Veranlagung“, für eine solche Fürsorge in Frage. Auf diese Weise sollten mehr Menschen erreicht werden, als es zuvor der Fall gewesen war, schließlich hatte jeder, der in einem regulären Dienst- oder Arbeitsverhältnis stand, eine Kranken-, Alters- und Invalidenversicherung abzuschließen.⁵⁴ Allerdings muss angenommen werden, dass der Krieg die Erfüllung dieser Verpflichtungen immer häufiger erschwerte, und dies vor allem im Hinblick auf den steigenden Bedarf der Wehrmacht, den die Besatzungsbehörden stets im Hinterkopf hatten.⁵⁵ Während einerseits Mangel herrschte, wurde andererseits Zuversicht verbreitet, dass die strukturelle Modernisierung des Gesundheitswesens von Dauer sein und den Versicherten auch nach dem Krieg Vorteile bringen würde. Ein Artikel von 1944 präsentierte den Zusammenhang von Mehrarbeit und professioneller medizinischer Betreuung als richtungsweisend für die Zukunft:

Die Erhöhung des Arbeitseinsatzes, die Verlängerung der Arbeitszeit und die Überführung von Arbeitskräften in den Totaleinsatz brachten für die Betriebsorganisation viele Neuerungen, die die Kriegszeit überstehen und eine dauerhafte Errungenschaft auch im Frieden sein sollten. Es sind dies die betrieblichen Untersuchungsräume, die Ambulanzen und der Kontrolldienst der Betriebsärzte. Die Einbindung von Ärzten in die Betriebsorganisation hat sich als sehr effektives und wirtschaftliches Mittel erwiesen. Sie ermöglicht es den Angestellten, sich medizinische Hilfe und Medikamente zu besorgen, ohne wertvolle Zeit zu verlieren, die oft

⁵³ *Ebenda.*

⁵⁴ Über die Krankenversicherung abgedeckt waren Krankheit, Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett, sowie Tod. Invaliden- und Alterskassen zahlten im Fall von Invalidität, beim Erreichen der Altersgrenze von 65 Jahren bei Männern und 60 Jahren bei Frauen und im Todesfall bzw. bei Eheschließung der Versicherten. Všeodborový archiv Českomoravské konfederace odborových svazů [Allgemeines Archiv der Böhmisches-mährischen Konföderation der Gewerkschaften, weiter VOA ČMKOS], f. Národní odborová ústředna zaměstnanecká [Nationale Gewerkschaftszentrale der Arbeitnehmer, weiter NOÚZ], kart. 197. Rok Národního souručenství. Právní, organizační a pracovně programová základna české národní pospolitosti [Das Jahr der Nationalen Gemeinschaft. Rechtliche, organisatorische und arbeitsprogrammatische Grundlage der Tschechischen Nationalen Gemeinschaft] 229.

⁵⁵ NA, f. ÚŘP, k. 1001. Sachgebiet Sozialversicherung an Herrn Abteilungsleiter V 2, Betr. Verwaltungsbericht für das 3. Vierteljahr 1943, 21.09.1943.

mit mehrstündigem Warten in überfüllten Wartezimmern von Ärzten vergeudet wird. Der Angestellte erhält zudem garantiert Erste Hilfe, eine einwandfreie Behandlung und rechtzeitig das benötigte Medikament.⁵⁶

Durch Erziehung zur Gesundheit, durch Gesundheit zum Deutschtum

Kinder und Jugendliche standen auf ganz besondere Weise im Fokus von Sozial- und Gesundheitspolitik. Die tschechische wie die deutsche Seite projizierten Vorstellungen von der Zukunft ihres Volkes auf die jüngste Generation – wenn auch mit dem nicht unwesentlichen Unterschied, dass die Besatzungsmacht in tschechischen Kindern und Jugendlichen den Teil der okkupierten Nation sah, der am ehesten für die „Umvolkung“ in Frage kam. Für diese jungen Menschen wurden Präventions- und Fürsorgekonzepte entwickelt und ähnlich wie bei der deutschen Bevölkerung zog man dabei auch ihre Familienangehörigen mit ein. Zusätzlich wurde die gesamtgesellschaftliche Wirkung der Gesundheitspolitik durch einen Diskurs über die Schlüsselrolle der jüngsten Generation verstärkt, der man die Verantwortung für die künftige soziale und politische Ausrichtung des Landes zusprach. Gerade für diesen Teil der Bevölkerung sollte die Frage der Gesundheit ernst genommen werden, denn „wenn wir einen Menschen gesund machen wollen, müssen wir ihn lehren, gesund zu sein. Die Gesundheitserziehung fängt mit der heutigen Präventionsmedizin als ihrem wichtigsten Werkzeug an“.⁵⁷ Mit diesen Worten strich die bekannte Prager Ärztin Miroslava Klímová-Fügnerová die herausragende Bedeutung der Gesundheitserziehung für die Zukunft hervor. Diese sei

keine Sammlung von Plakaten und keine Verteilung von Flugblättern, sie wird nicht an sich selbst gemessen und für sich selbst geschätzt. Sie ist weder eine „gelegentliche“ Vorlesung zur Gesundheit, noch eine erteilte Belehrung [...]. Gesundheitserziehung bedeutet die planvolle Führung zur Gesundheit.⁵⁸

Die Konsequenz, mit der jeder sich um sich selbst kümmern sollte, müsse schon in frühem Alter erworben und verinnerlicht werden. In diesem Sinn argumentierte auch die 1941 in tschechischer Sprache herausgegebene Broschüre „Sei ein Hüter Deiner Gesundheit“ (*Buď strážcem svého zdraví*), die Kindern und Jugendlichen Grundkenntnisse der Körperpflege vermitteln sollte.⁵⁹ Die Publikation, die ein Ausschuss des Beauftragten der Nationalen Gemeinschaft für das Gesundheitswesen unter Federführung des Arztes Jakub Skála in Zusammenarbeit mit weiteren Fachleuten aus dem Bereich der Hygiene zusammengestellt hatte, rief zu Selbstverantwortung und zur nationalen Identifikation auf. So wurden Kinder dazu ermuntert, sich im Interesse ihrer Nation konsequent mit ihrer Gesundheit zu befassen:

Es kommt nicht darauf an, wie zahlreich Dein Volk ist, sondern wie viele gesunde, kräftige und leistungsfähige Persönlichkeiten es aufzuweisen hat. Verlasst Euch niemals darauf, dass viele andere Menschen Euch zu irgendetwas verhelfen, gewöhnt Euch nicht daran, Euch in der

⁵⁶ BArch Berlin, DAF-AWI, Archivsig. 31170. Lékařská péče o zaměstnané v továrnách [Medizinische Fürsorge für die Fabrikarbeiter]. In: Grafik (1944), Nr. 3.

⁵⁷ Klímová-Fügnerová, Miroslava: Výchova ke zdraví [Erziehung zur Gesundheit]. In: Česká nemocnice 11 (25.03.1941) 56.

⁵⁸ *Ebenda* 59.

⁵⁹ Skála, Jakub: Buď strážcem svého zdraví [Sei ein Hüter Deiner Gesundheit]. Praha 1941, 3.

Masse zu verstecken. Ihr müsst einmal gesunde, tüchtige und leistungsfähige Menschen sein. [...] Bildung und Erziehung gewähren Euch Eure Lehrer und Eure Eltern, damit ihr Gesundheit erlangt und behaltet, hierzu helfen Euch unsere Ratschläge. Nehmt sie Euch zu Herzen, zur Freude Eurer Eltern und des gesamten Volkes.⁶⁰

Bei der tschechischen Bevölkerung im Protektorat kamen solche direkten Appelle, an der Stärkung der „Volksgesundheit“ mitzuwirken, indessen nicht immer positiv an. Dass viele Eltern den staatlichen Angeboten misstrauten, zeigt das Beispiel der Pflichtimpfung gegen Diphtherie, die zum Jahreswechsel 1939/1940 stattfand. Nicht wenige tschechische Mütter verweigerten die Maßnahme und schenkten der Flüsterpropaganda Glauben, die Impfung schade den Kindern.⁶¹ Dabei zählten Pflichtimpfungen zu den modernen Mitteln der Prävention und waren gerade während der Kriegsjahre, als das Interesse, Epidemien zu verhindern, besonders groß war, durchaus üblich. So waren im Protektorat auch die Diphtherie- und Pockenimpfung Pflicht. Allerdings wurden diese Maßnahmen autoritativ präsentiert. Alternativen kamen im öffentlichen Gesundheitsdiskurs nicht vor, die Presse bezeichnete Impfungen als einzige Möglichkeit, eine Erkrankung zu verhindern:

Es liegt in Ihren Händen, ob Sie sie [Ihre Kinder; R.Š.] unvorbereitet lassen, oder vielmehr das Beste tun, was sich gegen derartige Krankheiten machen lässt, nämlich Ihren Sohn oder Ihre Tochter gegen Diphtherie impfen zu lassen.⁶²

Den erwünschten Effekt hätten die Aufklärungskampagnen, die sich an Eltern und Kinder richteten, nicht ohne das Gesundheitssystem erreichen können, das bereits in der Zwischenkriegszeit bestanden hatte. Schon in der ČSR waren Kinder über ihre Eltern in der Krankenkasse mitversichert gewesen und hatten Anspruch auf ärztliche Behandlung, Medikamente und Hilfsmittel wie Brillen und Sanitätsmaterial gehabt. Das galt im Protektorat weiter, darüber hinaus wurden die Krankenkassen angewiesen, stationäre Behandlungen zu bezuschussen und sich für eine Überwindung des Fachkräftemangels einzusetzen.⁶³ Familien mit geringem Einkommen sollten medizinische Hilfe umsonst erhalten, womit eine Tradition aus der Ersten Republik und der 1929 eingeführten Gesundheitsdienstleistungen für die Patienten weitergeführt wurde, die nicht in Krankenhäusern behandelt werden konnten. Im Jahr 1940 absolvierten Krankenschwestern, die an der „Fachschule für Gesundheitspflege und soziale Fürsorge“ ausgebildet worden waren, in Groß-Prag etwa 19000 Hausbesuche bei Familien.⁶⁴ Protektoratsweit arbeiteten im Oktober

⁶⁰ VOA ČMKOS, f. NOÚZ, kart. 197. Tisková služba Národního souručenství 3 (30.09.1941) 230, 3.

⁶¹ NA, f. ÚRP-ST, sign. 109-5/62, kart. 101. Impfung tschechischer Kinder – Auswirkungen, Sicherheitsdienst – SD-Leitabschnitt Prag an das Reichsicherheitshauptamt u. an den Herrn Staatssekretär beim Reichsprotektor in B. u. M. SS-Gruppenführer K. H. Frank, 09.10.1942.

⁶² Letošní očkování proti záškrtu [Diesjährige Impfung gegen Diphtherie]. In: Rodiče a škola. Čtrnáctideník rodičovských sdružení pro rodiče a školu 11 (17.10.1941) 3, 1.

⁶³ Havlík, Vilém: Pomáháme. Co dává sociální pojištění dětem [Wir helfen. Was die Sozialversicherung für Kinder leistet]. In: Rodiče a škola: Čtrnáctideník rodičovských sdružení pro rodiče a školu 10 (08.11.1940) 5, 3.

⁶⁴ Břeskyj, Eduard: Zdravotně sociální péče ve svých vztazích k sociálnímu pojištění [Gesundheits- und Sozialfürsorge in ihren Beziehungen zur Sozialversicherung]. Praha 1941, 5.

1942 insgesamt 58 Pflegeeinrichtungen und das Innenministerium gab bekannt, dass die Dienste der Organisation „Krankenpflege und Gesundheitsdienste in Familien“ (Nemocniční péče a zdravotní služba v rodinách) in absehbarer Zeit in allen Bezirken zur Verfügung stehen werde.⁶⁵

Nicht nur in der ehrenamtlichen, sondern auch in der öffentlichen Gesundheitsfürsorge des Protektorats blieben also zahlreiche Elemente aus der Zeit vor 1938/39 erhalten. Eine Veränderung brachte indessen die Zentralisierung der Armenfürsorge sowie – im Fall der deutschen Bevölkerung – die Einführung neuer Institutionen wie der „Nationalsozialistischen Volkswohlfahrt“ und der „Hitlerjugend“. Im Protektorat erfüllte das Nationale Zentrum für Sozial- und Gesundheitsfürsorge (Národní ústředí sociální a zdravotní péče), das im August 1939 gegründet wurde und alle Vereine und Verbände des Sozial- und Gesundheitswesens unter einem Dach vereinte, diese Rolle.⁶⁶ Koordiniert wurden im Winter 1939/1940 Unterstützungsmaßnahmen für bedürftige tschechische Kinder und Jugendliche wie Verköstigungsaktionen und Kleiderspenden, die in Kooperation mit regionalen Organisationen durchgeführt wurden.⁶⁷

Das Netzwerk an Institutionen auf lokaler Ebene wurde von deren Prager Zentralen gesteuert und beteiligte sich an der organisatorischen Arbeit. Dem Ziel der Vereinheitlichung der Gesundheitsfürsorge für Kinder diente die Überführung der Beratungsstellen „Unseren Kindern“ (Našim dětem) aus der bestehenden lokalen Verwaltung in die zentrale Verwaltung der Landeszentrale für Jugendfürsorge (Zemské ústředí péče o mládež, ZÚPM) im Dezember 1939. Die ZÚPM setzte in ihrer Arbeit, in der sie mit der Jugendfürsorge der Bezirke (Okresní péče o mládež, OPM) kooperierte, eine Reihe von Präventionsinstrumenten ein. Besonders wichtig waren dabei die Beratungsstellen für Mütter und Kinder sowie für Heranwachsende, dazu kamen Bezirkskinderheime, Instrumente wie Amtsvormundschaften und Organisationen wie Elternverbände.⁶⁸ Die Beratungstätigkeit, deren Kosten in Höhe

⁶⁵ Bis 1940 wurde diese Form der Fürsorge durch mehrere Organisationen sichergestellt, die im Bereich der Gesundheits- und Sozialfürsorge aktiv waren (z. B. Diakonie, die Liga gegen Tuberkulose etc.). NA, f. Úřad říšského protektora [Amt des Reichsprotektors, weiter ÚŘP], kart. 463. Ministerium des Innern an die Landesbehörden in Prag und Brünn, Betr. Krankenpflege- und Gesundheitsdienst in Familien – Übernahme durch die Landesbehörde, 08.10.1942.

⁶⁶ NA, f. Národní ústředí sociální a zdravotní péče [Nationales Zentrum für Sozial- und Gesundheitsfürsorge], kart. 1. Oběžník k zahájení činnosti, 18. září 1939 [Rundschreiben zur Eröffnung der Tätigkeit, 18. September 1939].

⁶⁷ Für das Verköstigungsprogramm waren im Dezember 1939 allein in Böhmen 127184 Kinder in 1465 Versorgungsstellen angemeldet. Die dafür kalkulierten Kosten beliefen sich auf mehr als 5 Mio. Kronen. Für Kleidung für 80044 Kinder wurde mit Kosten in Höhe von 4,5 Mio. Kronen gerechnet. NA, f. Ministerstvo sociální a zdravotní správy [Ministerium für Sozial- und Gesundheitsverwaltung, weiter MSZS], kart. 3. Zápis o schůzi III. skupiny Národního ústředí sociální a zdravotní péče konané 13. prosince 1939 [Protokoll der Sitzung der III. Gruppe des Nationalen Zentrums für Sozial- und Gesundheitsverwaltung am 13. Dezember 1939].

⁶⁸ Péče o duševně úchylné a pomocné školství. Nákladem Spolku pro slabomyslné v Praze [Fürsorge für psychische Erkrankungen und Hilfsschulwesen. Ausgaben für den Verband für Schwachsinnige in Prag]. Praha 1941, 42.

von mehr als einer Million Kronen das Ministerium für Gesundheit und Soziales übernahm,⁶⁹ wurde zwar in den folgenden Jahren ausschließlich aus dem Haushalt des Protektorats finanziert, aber die ZÚPM organisierte und verwaltete sich vollständig selbst.⁷⁰ Durch die Tendenz, freiwillige Fürsorge zu stärken, wurden auch diese Beratungsstellen letztlich Teil der öffentlichen Wohlfahrt.⁷¹ Ihre Bedeutung ergab sich jedoch nicht aus dem Wunsch, Einzelnen zu helfen, die dauerhaft unter geistigen oder physischen Problemen litten, sondern aus dem Interesse, Arbeitskraft zu erhalten, in dem der tiefere Zweck dieser umfassenden Sozial- und Gesundheitsfürsorge bestand:

Dort, wo bestimmte Störungen [angeborene Gesundheitsprobleme, R.Š.] bereits vorliegen, bemüht sich die OPM, die Fürsorge mit Nachdruck zu verbessern oder aus humanitären und wirtschaftlichen Gründen zumindest die teilweise Erwerbsfähigen mit Arbeit zu versorgen, oder den Eltern die Sorgen um die Kinder zu nehmen, damit sie sich voll der produktiven Arbeit und ihren anderen normalen Kindern zuwenden können.⁷²

Körperliche und geistige Behinderungen galten im Nationalsozialismus als inakzeptabel und wurden aus der Perspektive von „Rassehygiene“ und „Euthanasie“ wahrgenommen.⁷³ Wie aus dem obenstehenden Zitat hervorgeht, eigneten sich auch tschechische Institutionen ganz ähnliche Argumentationsweisen an.

Karitative Dienste und die sozial schwachen Familien gewährte Fürsorge blieben im Protektorat eng mit dem Ziel der Pazifizierung und der Sicherung von Arbeitskraft verbunden. Ideologisch waren sie in den tschechischen Nationalismus in seiner neuen Version eingebettet, dessen Entwicklung streng beobachtet wurde. Doch war es aus der Sicht der NS-Behörden nicht möglich, alle Sozial- und Gesundheitsprogramme umzusetzen, die vorgelegt wurden. Zum Beispiel wies der Reichsinnenminister Mitte 1939 das Ansuchen des Vorsitzenden des Ministerrates zurück, die damals schon Tradition gewordenen Erholungsfahrten tschechischer Kinder aus dem Reichsgebiet, Österreich, Belgien und Frankreich ins Protektorat zu genehmigen. Als Grund für die Ablehnung führte er die „politischen Verhältnisse“ im Protektorat an und äußerte die Befürchtung, die Reise könne das Zusammengehörigkeitsgefühl zwischen der einheimischen Bevölkerung und den Kindern verstärken. Als erwünscht galten indessen Besuche tschechischer Kinder im Reich, sie wurden

⁶⁹ Für das Jahr 1940 wurde mit Ausgaben in Höhe von 1 143 730 Kronen gerechnet, dabei handelte es sich um Personalkosten von 946 930 Kronen sowie Betriebskosten von 196 930 Kronen. NA, f. MSZS, kart. 6. Ministerstvo sociální péče [Ministerium für Sozialfürsorge], Žj. A-1774: Poradny „našim dětem“ – převedení do správy zemských ústředí péče o mládež [Beratungsstellen „Unseren Kindern“ – Überführung in die Verwaltung der Landeszentrale für Jugendfürsorge] 16.12.1939.

⁷⁰ *Ebenda*.

⁷¹ Zdravotnická ročenka Protektorátu Čechy a Morava 11 (1939-1940) 40.

⁷² Péče o duševně úchylné a pomocné školství 42 (vgl. Anm. 68).

⁷³ Dazu Šimůnek, Michal/Schulze, Dietmar: Die nationalsozialistische „Euthanasie“ im Reichsgau Sudetenland und Protektorat Böhmen und Mähren 1939-1945. Praha 2008. – Böhlm, Boris/Šimůnek, Michal V. (Hgg.): Verlegt – Verstorben – Verschwiegen: Tschechische und deutsche Psychiatriepatienten in Böhmen als vergessene Opfer der NS-„Euthanasie“/Odtransportování – zemřeli – zapomenutí: čeští a němečtí duševně nemocní v Čechách jako zapomenuté oběti nacistické „eutanázie“. Červený Kostelec 2016.

von den Behörden bereitwillig unterstützt. Denn die Politik und die Praxis der Besatzungsmacht blieben von der Idee der „Germanisierung“ bestimmt. Wie Isabel Heinemann argumentiert, stellte diese ein langfristiges Ziel in den Planungen der NS-Führung dar, dem vorbereitende Schritte in Form politischer Maßnahmen vorausgingen.⁷⁴

Deutlich formulierte Agenden nationalsozialistischer „Volkstumspolitik“ gab es bereits zu Beginn der Besatzungszeit. Unter dem stellvertretenden Reichsprotektor Reinhard Heydrich folgte dann eine Systematisierung dieser Versuche. So wurden, da keine flächendeckenden Daten zur tschechischen Bevölkerung vorlagen, im März 1942 die sogenannten Kennkarten für Protektoratsangehörige eingeführt. Dieser Schritt war mit ärztlichen Untersuchungen und Röntgenaufnahmen verbunden, die als Kampagne gegen Tuberkulose getarnt waren. Im Zuge der Tests, die von 1943 bis 1945 liefen, wurden fünf Prozent der tschechischen Bevölkerung erfasst, um auf dieser Basis ein Gesamtbild zu erstellen.⁷⁵

Die „rassische Expertise“, die deutsche Stellen planten und umsetzten, wurde von einem öffentlichen Sozial- und Gesundheitsdiskurs begleitet. Doch damit dieser authentisch wirkte und keine Zweifel an den Intentionen der Sozialpolitik im Protektorat aufkamen, durfte der Dialog zwischen tschechischen Ärzten und tschechischen Patienten nicht abreißen. Daher blieben die vertrauten Einrichtungen vor Ort erhalten, tschechisch geführte Institutionen waren für die tschechische Bevölkerung zuständig.⁷⁶ In den Regionen avancierten die Einrichtungen der Bezirksfürsorge für Jugendliche zu immer wichtigeren Akteuren. Ihr Angebot war breit gefächert und reichte von Ferienlagern, Sanatorien und Tageseinrichtungen für Schulkinder über Milch- oder Suppenküchen bis zu Erholungsaktionen für Stadtkinder auf dem Land bei ehrenamtlichen tschechischen Pflegeeltern – den sogenannten „nationalen Gastgebern“. In der Region Zlín wurden Sozialberatungsstellen eingeführt, in denen sechs Tage pro Woche Allgemeinmediziner zur Verfügung standen und spezielle Sprechstunden für Mütter mit Kindern abhielten; den vorliegenden Statistiken zufolge nahm die tschechische Bevölkerung sie sehr gut an.⁷⁷

Doch weder die Aufklärung über eine gesunde Lebensweise und die Prävention, für die sich Mediziner und Pädagogen engagierten, noch die Grundversorgung, die durch den Umbau des Gesundheitswesens erreicht wurde, konnte sicherstellen, dass sich der Gesundheitszustand tschechischer Kinder und Jugendlicher zum Positiven entwickelte. Ärzte und Gesundheitsexperten wiesen darauf hin, dass es vor allem um die Zähne und die Sehkraft tschechischer Kinder nicht gut bestellt war.⁷⁸ Da die

⁷⁴ Heinemann, Isabel: „Rasse, Siedlung, deutsches Blut“ Das Rasse- und Siedlungshauptamt der SS und die rassenpolitische Neuordnung Europas. Göttingen 2013, 127-186.

⁷⁵ Brandes: „Umvolkung, Umsiedlung, rassische Bestandaufnahme“ 198, 209 (vgl. Anm. 5).

⁷⁶ NA, f. ÚŘP, kart. 271. Der Reichsminister des Innern an das Präsidium des Deutschen Roten Kreuzes, 29.06.1939.

⁷⁷ Státní okresní archiv [Staatliches Kreisarchiv] Zlín. f. Baťa a. s., šanon [Datei] 239.

⁷⁸ Über Gesundheitsprobleme tschechischer Kinder und Jugendlicher berichtete etwa die Zeitschrift „Rodiče a škola“ (Eltern und Schule), die von 1931 bis 1945 erschien. Am Beispiel der mittelböhmischen Stadt Nymburk plädierte Ladislav Janák für die Einführung regelmäßiger augenärztlicher Untersuchungen an tschechischen Schulen, nachdem eine

Krankenkassen keine Dokumentation über alle Fälle führten, ließ sich eine Einschätzung über die Gesamtlage nur durch Reihenuntersuchungen gewinnen.⁷⁹ Daher begannen auf tschechischer wie auf deutscher Seite Debatten über die Gesundheit der tschechischen Kinder. Freilich wurden diese von gänzlich unterschiedlichen ideologischen Standpunkten aus geführt und trafen sich erst an dem Punkt wieder, an dem es um konkrete politische Maßnahmen ging.

Eine Aktion, bei der sich die Gesundheitsfürsorge eindeutig mit dem Ziel der „Germanisierung“ verband, war das Vorhaben, die körperliche Verfassung sämtlicher tschechischer Schulkinder zu erfassen. Zum Jahreswechsel 1941/1942 wurde beschlossen, zunächst die Geburtsjahrgänge 1928 bis 1931 einzubestellen, was die Untersuchung von 455 608 tschechischen Kindern in 96 Verwaltungsbezirken des Protektorats bedeutete.⁸⁰ Bei der praktischen Umsetzung dieses Vorhabens sollten sich die Behörden an der vorangegangenen Reihenuntersuchung deutscher Kinder orientieren, die allerdings einen viel kleineren Umfang gehabt hatte (etwa 15 000 Kinder). Unterdessen plante das Ministerium für Sozial- und Gesundheitsverwaltung für das folgende Schuljahr bereits eine ähnliche Aktion für die Jahrgänge 1932 und 1933.⁸¹ In dieser Zeit stellte das keine ungewöhnliche Maßnahme dar. So wurde zwischen 1940 und 1944 im Protektorat in vier Wellen eine breitflächige Untersuchung der von 1922 bis 1929 geborenen Jugendlichen durchgeführt, die über ihren Arbeitgeber oder Ausbildungsbetrieb krankenversichert waren. Die Finanzierung übernahmen die Krankenkassen, allein 1943 mussten sie für die ärztlichen Untersuchungen nahezu 2,3 Millionen Kronen (d. h. 230 000 RM) aufbringen.⁸²

Ging es bei der heranwachsenden Jugend primär darum, über Prävention oder rasche Behandlung im Krankheitsfall den Ausfall von Arbeitskraft möglichst gering zu halten, waren die Aktionen für kleinere Kinder von anderen Motiven getragen. Offiziell bezeichneten die Behörden die Erhebung als Aktion zur Gesundheits-

Stichprobe ergeben hatte, dass knapp 20 % der Kinder an einer nicht diagnostizierten Sehschwäche litten. *Janák*, Ladislav: Pěče o zrak [Fürsorge für das Sehvermögen]. In: *Rodiče a škola*. Čtrnáctideník rodičovských sdružení pro rodiče a školu 14-10 (11.04.1941) 16, 1.

⁷⁹ NA, f. MSZS, kart. 1. Pěče o chrup dorostu, Ústřední sociální pojišťovna Ministerstvu sociální a zdravotní správy [Zahnpflege für Jugendliche. Die zentrale Sozialversicherung an das Ministerium für Sozial- und Gesundheitsverwaltung], 18.06.1941.

⁸⁰ NA, f. MSZS, kart. 1. Vyšetřování zdravotního stavu všech dětí české národnosti nar. v letech 1928-31. Příspěvek na sanaci [Untersuchung des Gesundheitszustandes aller Kinder tschechischer Nationalität geboren in den Jahren 1928-1931. Beitrag zur Verbesserung]. Ministerstvo vnitra [Innenministerium], 11.04.1942.

⁸¹ NA, f. MSZS, kart. 1. Vyšetření zdravotního stavu u všech školních dětí české národnosti, narozených v letech 1928-31 [Untersuchung des Gesundheitszustandes aller Kinder tschechischer Nationalität geboren in den Jahren 1928-1931], Ministerstvo vnitra [Innenministerium], 01.06.1942.

⁸² Oběžník k uskutečnění „Soustavné ozdravné a léčebné péče o mladé pojištěnce 1941“ upravoval Oběžník č. 1103 Ústřední sociální pojišťovny v Praze z 9. května 1941 [Rundschreiben zur Umsetzung der „Dauerhaften Sorge um die Genesung und Heilung junger Versicherter 1941“, die das Rundschreiben Nr. 1103 der Zentralen Sozialversicherung in Prag vom 9. Mai 1941 abänderte] ORR F. Koreis, Zentralsozialversicherungsanstalt an ORR J. Schneider, Betr. Ergebnis der systematischen ärztlichen Untersuchungen jugendlicher Arbeiter im Jahre 1942.

förderung, die nicht nur der Eruierung des Ist-Zustandes dienen, sondern auch Aktionen den Weg bereiten sollte, diesen zu verbessern. Sie sprachen von einer „einmaligen gesundheitspolizeilichen Maßnahme“, die außerordentlich wichtig sei. Die Verbesserung der Vor- und Nachsorge im Protektorat sei „dringlich“ und die Ergebnisse der Untersuchung könnten als Grundlage für den Aufbau einer umfassenden Gesundheitsfürsorge in den Schulen herangezogen werden – etwa in Form einer institutionalisierten ärztlichen Überwachung der Schuljugend.⁸³ Die Beteuerung, die Studie diene der Entwicklung von Strategien für die Prävention, traf freilich nur die halbe Wahrheit. Zweifellos stand hinter ihr auch das Interesse an „rassischer Gesundheit“, von dem unter anderem die Einrichtung von Außenstellen des „Rasse- und Siedlungshauptamtes der SS“ im Protektorat von Frühjahr 1941 an zeugte.⁸⁴ Bezeichnenderweise äußerten diese großes Interesse an Gesundheitsuntersuchungen tschechischer und deutscher Schulkinder und auf diesem Weg letztlich an der „rassischen Struktur“ der Bevölkerung des Protektorats.⁸⁵

Für Karl Hermann Frank, den Staatssekretär beim Reichsprotektor, hatte die Aktion, die er wohl mit einer über das Protektorat hinausgehenden Vision verband, große Bedeutung. Das zeigte sich nicht zuletzt an dem Konflikt um ihre Finanzierung. Frank setzte voraus, dass nicht allein der Großteil der Kosten für die Reihenuntersuchung, sondern auch der aufwändigen Dokumentation mit Fotografien aus dem öffentlichen Haushalt des Protektorats getragen werden würden. Mit dieser Erwartung stieß er auf beträchtlichen Widerstand im Finanzministerium, das die Aktion als vollkommen unnötige Geldausgabe ablehnte.⁸⁶ Doch schließlich wurde die Anordnung zur Erstellung der umfangreichen Dokumentation gegen den Protest der Finanzbeamten erteilt und es wurden mehr als fünf Millionen Kronen aufgebracht, von denen über 3,5 Millionen (d. h. 350 000 RM) auf die Anfertigung von Fotos jedes vorgestellten Kindes entfielen.

Die Untersuchung verlief streng dezentral, und das einerseits, um den Verwaltungsaufwand gering zu halten, andererseits wahrscheinlich mit Blick auf einen reibungslosen Ablauf und die gute Zusammenarbeit aller beteiligter Stellen. In den

⁸³ NA, f. MSZS, kart. 1. Der Reichsprotektor in Böhmen und Mähren an den Herrn Ministerpräsidenten in Prag, 02.04.1941. – NA, f. MSZS, kart. 1. Prohlídky školních dětí – Informace k návštěvě u pana Oberregierungsrata Dr. Plata [Untersuchungen von Schulkindern – Information über den Besuch bei Herrn Oberregierungsrat Dr. Plata], undatiert.

⁸⁴ Vgl. *Heinemann*: „Rasse, Siedlung, deutsches Blut“ 131 f. (vgl. Anm. 74).

⁸⁵ NA, f. ÚŘP-ST, sign. 109-4/129, kart. 20. Schuluntersuchungen der tschechischen Jugend, an SS-Obersturmbannführer Dr. Gies, 28.03.1941. – NA, f. ÚŘP-ST, sign. 109-4/129, kart. 20. Vorbereitung der Assimilierung, 27.03.1941. – Brandes zufolge wurden bei den vom Rasse- und Siedlungshauptamt der SS organisierten Untersuchungen zwischen 1943 und 1945 für Zwecke der „rassischen Bestandsaufnahme“ insgesamt 39 845 Kinder untersucht, von denen 19 298 (48,43 %) als „eindeutschungsfähig“ und 20 547 (51,56 %) als „nicht eindeutschungsfähig“ eingestuft wurden. *Brandes*: „Umvolkung, Umsiedlung, rassische Bestandsaufnahme“ 217 f. (vgl. Anm. 5).

⁸⁶ NA, f. MSZS, kart. 1. Vyšetření zdravotního stavu všech dětí české národnosti narozených r. 1928-1931, Ministerstvo sociální a zdravotní správy Ministerstvu vnitra [Untersuchung des Gesundheitszustandes aller Kinder tschechischer Nationalität geboren in den Jahren 1928-1931. Das Ministerium für Sozial- und Gesundheitsverwaltung an das Innenministerium], 24.04.1941.

Regionen führten Schulen die Aktion unter Aufsicht tschechischer Ärzte aus dem Bezirk durch, die Bezirksämter organisierten sie. Die ausgefüllten Untersuchungslisten gingen anschließend an den zuständigen Amtsarzt, der das Material wiederum bearbeitete und auswertete. Um die Kooperation der Eltern sicherzustellen, war es wichtig, dass die Organisation in tschechischen Händen lag. Doch auch wenn das Amt des Reichsprotektors nicht eingriff, so stellte dieses doch die Institution dar, die die Rahmenbedingungen der Reihenuntersuchung festsetzte, an denen nicht gerüttelt werden durfte.

Das Ergebnis fiel ganz im Sinne der tschechischen Protektoratsbeamten wie auch der Besatzungsmacht aus. Denn nun lag ein Überblick über den Gesundheitszustand der tschechischen Kinder vor, auf dessen Grundlage bei der Formulierung von Fördermaßnahmen argumentiert werden konnte. Und so erhielten die Bezirke für die am häufigsten auftretenden Mängel – das waren schadhafte Zähne (bei bis zu 85 Prozent der Kinder), leichte Unterernährung und Sehschwäche – umgehend Gelder. Damit konnten sie zahnärztliche Behandlungen organisieren, Arzneimittel und Brillen anschaffen oder auch Aufenthalte in Sanatorien und die Ausgabe von Lebensmittelrationen für sozial schwache Familien in die Wege leiten. Um all das finanziell zu ermöglichen, wurde mit einer direkten Beteiligung der Sozialversicherungsträger und karitativer Organisationen gerechnet. In der Praxis ergaben sich aber immer wieder Probleme. Zum Teil waren die nötigen Mittel nicht gesichert, zum Teil fehlten Ärzte, und so verzögerte sich die Behandlung von Kindern, bei denen Krankheiten oder Mangelerscheinungen festgestellt worden waren, in vielen Fällen.⁸⁷

Inwieweit die Umsetzung der Maßnahmen bei der Prävention und ärztlichen Behandlung Erfolge hatte, hing von den Bedingungen in den einzelnen Regionen und von den dortigen Akteuren ab. Negativ wirkten sich die rückläufige Zahl von Ärzten,⁸⁸ lokale Versorgungsengpässe sowie andere Faktoren aus, die überwiegend auf den Krieg zurückzuführen waren. Faktisch stellte Gesundheitsfürsorge keineswegs eine Selbstverständlichkeit dar, doch sie wurde, in der Folge des Diskurses über Gesundheit und die mit ihm verbundenen Aktionen, zu einer Dienstleistung, von der die Verantwortlichen im Protektorat mit Selbstverständlichkeit ausgingen.⁸⁹

⁸⁷ NA, f. MSZS, kart. 1. Vyšetřování zdravotního stavu všech dětí české národnosti nar. v letech 1928-31. Příspěvek na sanaci. Ministerstvo vnitra [Untersuchung des Gesundheitszustandes aller Kinder tschechischer Nationalität geboren in den Jahren 1928-1931. Innenministerium], 11.04.1942. – NA, f. MSZS, kart. 1. Úhrnná zpráva o výsledku vyšetření školních dětí české národnosti roč. 1928-1931 [Gesamtbericht über das Ergebnis der Untersuchung von Schulkindern tschechischer Nationalität der Jahrgänge 1928 bis 1931].

⁸⁸ *Rákosník/Tomeš: Sociální stát v Československu* 302 (vgl. Anm. 10).

⁸⁹ Ein Beispiel hierfür ist die Aktivität des Tschechischen Nationalrates, der im Juni 1941 der Protektoratsregierung eine Petition für soziale Hilfe im Bezirk Valašské Meziříčí (Walachisch Meseritsch) vorlegte. Seine Vertreter stellten die Notwendigkeit medizinischer Hilfe für Säuglinge und Mütter sowie die Verbesserung der Beratung für Mütter und Kinder heraus. Sie forderten, die Zahl der Sozialarbeiter zu erhöhen, Untersuchungen von Schulkindern einzuführen, Schulärzte einzustellen, Großfamilien stärker zu unterstützen und Waisenkindern besser zu betreuen. NA, f. MSZS, kart. 6. Vyjádření odd. V/17 [Stellungnahme der Abteilung V/17], 21.06.1941.

Fazit

Im „Protektorat Böhmen und Mähren“ kam der Gesundheitspolitik eine wichtige Rolle zu, Karl Hermann Frank zufolge sogar eine „außerordentliche Bedeutung“.⁹⁰ Ihre organisatorischen, ideologischen, sozialen und alltagsweltlichen Dimensionen erweisen sich als komplex und vielschichtig. Zunächst ist festzuhalten, dass die Institutionen, auf denen das Gesundheitssystem der ČSR beruht hatte, während der deutschen Okkupation erhalten blieben. Auch von der Herangehensweise mit ihrem Akzent auf Prävention wurde vieles übernommen. Allerdings war diese „öffentliche Gesundheitsfürsorge“ mehr inszeniert als tatsächlich verfügbar, war doch die Zugänglichkeit zu diesem national streng segregierten System von der Zugehörigkeit zu der jeweiligen nationalen Gemeinschaft abhängig. Das Regime schloss große Gruppen der Bevölkerung – an erster Stelle die Juden, aber auch Roma, politische Gegner und als „Assoziale“ Abgestempelte – aufgrund „rassischer“ oder politischer Kriterien aus.

Wer indessen zur ideologisch neu fundierten „nationalen Gemeinschaft“ gehörte, hatte auch im Protektorat mit tschechischen Gesundheitsexperten, Ärzten und Sozialfürsorgern zu tun. Auf diese Ebene schlug die politische Zäsur nicht durch, die Angehörigen der „Volksgemeinschaft“ konnten Unterstützung erhalten, ohne das Gefühl zu haben, mit dem Okkupationsregime zu kooperieren. Ja, dieses Regime propagierte die Pflege der Gesundheit, machte sich für Aufklärung und Gesundheitserziehung stark und öffnete gerade tschechischen Arbeitern und Kindern den Zugang zu präventiven und medizinischen Maßnahmen.

Diese Fürsorge wurde zu einem beträchtlichen Teil gar nicht realisiert. Dafür, dass das Meiste auf dem Papier stehen blieb, bildete aber nicht der Krieg, dem alle anderen Bereiche des öffentlichen Lebens untergeordnet wurden, den Hauptgrund. Vielmehr gilt es zu sehen, dass Gesundheitsfürsorge nicht allein dem Ziel der Pazifizierung diene, sondern sich hier das Bemühen um Stabilisierung und „rassenhygienische“ Interessen sowie „Germanisierungs“-Pläne überlappten. An dieser Schnittstelle konnte – musste es aber nicht – zu Konflikten kommen: Tschechische Experten und Mediziner sahen zum Beispiel die Reihenuntersuchungen von Schulkindern als Chance, deren Gesundheit systematisch zu fördern, zumal die Durchführung in ihrer Hand lag. Indessen entzündeten sich zwischen hohen NS-Funktionären, denen die rassistischen „Visionen“ eines K.H. Frank fremd waren, Streitigkeiten. Außer Frage steht die Bereitschaft der nationalsozialistischen Erziehungs- und Gesundheitsexperten, über die Sorge für die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen deren körperliche und geistige Entwicklung zu überwachen und gegebenenfalls zu optimieren. So ambivalent dieses Unterfangen war, es sicherte während der Jahre der Okkupation eine vergleichsweise effektive Gesundheitsfürsorge. Und auch dort, wo dieses Versprechen nicht annähernd eingelöst wurde, trug es zur Durchsetzung einer neuen Erwartungshaltung an staatliche Fürsorge bei.

Aus dem Tschechischen von Volker Mohn

⁹⁰ NA, f. ÚŘP, sign. I-1d6462, Karton 314. Zusammenfassung des öffentlichen Gesundheitswesens des Protektorats Böhmen und Mähren, 07. 12. 1942.