

Aus dem
Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin
Institut der Universität München
Vorstand: Prof. Dr. Georg Marckmann

**Ein Arzt von Stalingrad -
Die Rolle des deutschen Truppenarztes an der Ostfront des Zweiten
Weltkrieges, erörtert anhand der Aufzeichnungen des Dr. Robert
Emmerich und anderer Truppenärzte**

Dissertation
zum Erwerb des Doktorgrades der Medizin
an der Medizinischen Fakultät
der Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von
Peter Michael Gerlach

aus
Aschaffenburg

Jahr
2025

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Berichtersteller: Prof. Dr. Wolfgang G. Locher
Mitberichtersteller: Prof. Dr. Kai Kehe

Mitbetreuung durch den
promovierten Mitarbeiter:

Dekan: Prof. Dr. med. Thomas Gudermann

Tag der mündlichen Prüfung: 23.01.2025

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich bei allen Personen bedanken, die diese Promotionsschrift erst möglich gemacht haben.

Mein besonderer Dank gilt meinem verstorbenen Doktorvater Generalarzt Prof. Dr. med. Dr. phil. Erhard Grunwald, der sich meines Themas angenommen und mich über viele Jahre mit Rat und Tat unterstützt hat. Mit seiner geduldigen Hilfe und als konstruktiver Ideengeber hat er mir den Weg zu dieser Arbeit eröffnet. Unser fachlicher, wie persönlicher Austausch wird mir stets in guter Erinnerung bleiben.

Weiterhin möchte ich Prof. Dr. med. Wolfgang G. Locher meinen Dank aussprechen, der nach dem Tod von Professor Grunwald dankenswerterweise eine Vollendung der Dissertation möglich machte. Durch seine konstruktive Kritik und förderlichen Ratschläge verhalf er mir zum bestmöglichen Abschluss der Promotionsschrift.

Ganz besonders möchte ich meinen Freunden und meiner Familie Dank sagen. Allen voran meinen Eltern, die mit ihrer uneingeschränkten Unterstützung meinen Werdegang und damit meine Doktorarbeit erst möglich gemacht haben. Außerdem danke ich meinem Bruder Paul, der mir durch seine Expertise und regelmäßige Durchsicht der Arbeit unter die Arme gegriffen hat.

Nicht zuletzt möchte ich meiner Frau Marie danken, die mir seit dem Beginn der Dissertation durch ihren täglichen Zuspruch, ihre Geduld und unermüdlichen Beistand zur Seite gestanden hat.

Inhaltsverzeichnis

I.	Abbildungsverzeichnis.....	I
II.	Tabellenverzeichnis.....	II
III.	Abkürzungsverzeichnis.....	III
1	Vorwort.....	V
2	Einleitung.....	1
2.1	<i>Fragestellung.....</i>	1
2.2	<i>Quellsituation</i>	2
2.3	<i>Biografische Aspekte Robert Emmerichs.....</i>	7
3	Ärztliche Ausbildung, Ausrüstung und Arbeitsbedingungen im Kriegsverlauf.....	18
3.1	<i>Ärztliche Ausbildung im Kriegsverlauf.....</i>	18
3.2	<i>Ärztliche Ausrüstung im Kriegsverlauf.....</i>	20
3.2.1	Ausrüstungssituation zu Beginn des Ostfeldzuges.....	24
3.2.2	Nachschub und Transportmittel	26
3.2.3	Ausrüstungssituation im Verlauf des Ostfeldzuges.....	29
3.3	<i>Ärztliche Arbeitsbedingungen im Kriegsverlauf.....</i>	31
3.3.1	Das Personal	31
3.3.2	Die Räumlichkeiten	37
3.3.3	Die Gefahrenlage	43
4	Aufgabenbereiche und Stellung des Truppenarztes innerhalb der Truppe	49
4.1	<i>Der Truppenarzt als Offizier</i>	49
4.1.1	Der Sanitätsoffizier als Vorgesetzter	49
4.1.2	Der Sanitätsoffizier als Organisator.....	53
4.2	<i>Der Truppenarzt als Mediziner</i>	59
4.2.1	Die Belastung der Truppenärzte	61
4.2.2	Der internistische Truppenarzt	63
4.2.3	Der chirurgische Truppenarzt	75
4.2.4	Palliative Aspekte.....	82
5	Der dt. Truppenarzt – Humanitärer Helfer, Kriegsverbrecher, Mitläufer?.....	87
5.1	<i>Der Truppenarzt im nationalsozialistischen System</i>	87
5.2	<i>Der Truppenarzt und die russ. Kriegsgefangenen.....</i>	100
5.3	<i>Der Truppenarzt und die Zivilbevölkerung</i>	105
5.4	<i>Der Truppenarzt und die Militärjustiz</i>	111
6	Zusammenfassung	117
IV.	Literatur- und Quellenverzeichnis	121
A)	<i>Archivalien.....</i>	121

B) <i>Gedruckte Quellen</i>	122
C) <i>Primärliteratur</i>	123
D) <i>Sekundärliteratur</i>	123
E) <i>Internetquellen</i>	129
V) Eidesstattliche Versicherung	130
VI) Erklärung zur Übereinstimmung der gebundenen Ausgabe der Dissertation mit der elektronischen Fassung	131
VII) Lebenslauf	132

I. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Robert Emmerich im „Wichs“ der Gothia-Würzburg, am 5.5. 1932.	7
Abbildung 2: Emmerich mit Frau Gertrud und Tochter Elfriede („Elfie“), 1939/40.	9
Abbildung 3: Erst Seite der originalen Dokumente aus der russ. Gefangenschaft Robert Emmerichs	10
Abbildung 4: Sanitätstasche für Unberittene (Paar).....	21
Abbildung 5: Sanitätstasche für Berittene	21
Abbildung 6: Der Sanitätskasten.....	23
Abbildung 7: Kasten 1, Gefechts-Kasten.	23
Abbildung 8: Chirurgische Operationsinstrumente.	30
Abbildung 9: Klassische Situation der Ankunft eines Verwundeten am Hauptverbandplatz.	37
Abbildung 10: Chirurgischer Truppenarzt vor einem Operationszelt.....	39
Abbildung 11 Provisorisch eingerichteter Operationssaal in geschlossenen Räumen.	42
Abbildung 12: Bomberflugzeug Heinkel HE 111 1943 in Stalingrad.	58
Abbildung 13: Propagandamotiv eines dt. Truppenarztes bei der Erstversorgung	60
Abbildung 15: Deutscher Verwundetenzettelblock, 1939/45.....	65
Abbildung 16: Zeichnung einer Entlausungsanlage.	74
Abbildung 17: Deutsche Soldatengräber in Russland.....	82
Abbildung 18: Praxisschilder jüdischer Ärzte, die mit dem Aufkleber "Achtung Jude! Besuch verboten!" überklebt sind.	92

II. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Rangliste der Sanitätsoffiziere49

Tabelle 2: Krankheitsgruppen in Prozent der Ist-Stärke von Feld- und Ersatzheer.....69

III. Abkürzungsverzeichnis

Abt.	Abteilung
AOK	Armeeoberkommando
BAMA	Bundesarchiv-Militärarchiv
Batl.	Bataillon
besp.....	bespannt
d.R.	der Reserve
dt.	deutsch
EK 2	Eisernes Kreuz 2. Klasse
Geb.-Div.	Gebirgs-Division
H. Dv.....	Heeres-Dienstvorschrift
Hiwis.....	Hilfswillige
HKL	Hauptkampflinie
HVP	Hauptverbandplatz
Inf.-Div.....	Infanterie-Division
Inf.-Rgt.	Infanterie-Regiment
MG	Maschinengewehr
mot.	motorisiert
O.K.W.	Oberkommando der Wehrmacht
OKH	Oberkommando des Heeres
Reg.-Gef.-Stand	Regiments-Gefechtsstand
Regt.....	Regiment
Russ.....	russisch
S.E.E.....	Scopolamin-Ephetonin-Eukodal
San.-Komp.	Sanitätskompanie

Stuka..... Sturzkampfbomber (Meist Junkers Ju 87)

TVP Truppenverbandplatz

1 Vorwort

Ob es wohl jemals irgendwen interessiert, was ich so im Laufe der nächsten Zeit niederschreiben möchte?¹

Mit diesen Worten beginnt Dr. Robert Emmerich im Jahre 1980 die Niederschrift seiner Erinnerungen an die Zeit als Truppenarzt der Wehrmacht im 2. Weltkrieg. Auf über 80 Seiten wollte er „möglichst nüchtern, ohne Phrasen oder gar Übertreibungen“² Erlebnisse und Erfahrungen darlegen, die in ihrer Grausamkeit heute, über 80 Jahre nach Beginn des Zweiten Weltkrieges, nur noch schwer zu fassen sind. Durch die Freundschaft meines Großvaters zum Autor in den Privatbesitz meiner Familie gelangt, begleiteten mich die Berichte seit meiner Jugend und prägen meine Sicht auf das Arztdasein in Krisenzeiten bis heute.

Die Zeit derjenigen, die aus erster Hand von den Geschehnissen des 2. Weltkrieges berichten können, neigt sich langsam dem Ende zu. Noch wertvoller werden dadurch die unzähligen, teils unveröffentlichten schriftlichen Zeugnisse und umso wichtiger wird der Erhalt des Interesses an ihnen.

Heinz Küstner formuliert es in seinen Erinnerungen als Arzt im Krieg folgendermaßen:

„Es war eine grausige Zeit, und viele, die sie erlebten, haben für immer geschlossene Lippen. [...] Aber man darf nicht ganz schweigen, man soll es nicht, sonst können die Menschen nicht wissen, wie grausam für den Einzelnen und für jeden aus dem Volk der Krieg gewesen ist“³

¹ Emmerich, Robert, Einer von Millionen. Und trotzdem war das Leben für jeden anders, Amorbach 1980, S.1.

² Ebd.

³ Küstner, Heinz, Erinnerungen an die Lazarettfahrt aus dem Zweiten Weltkrieg, Leipzig o.J., S. 82.

2 Einleitung

2.1 Fragestellung

In Anbetracht der Tatsache, dass im Jahr 2022 entgegen allen Erwartungen genau in der Region Ärzte erneut unter Kriegsbedingungen arbeiten müssen, in der Emmerich schon als Truppenarzt im Einsatz war, verdeutlicht, welche Relevanz die Thematik „Arzt im Krieg“ auch heute noch hat. Dabei soll sich in dieser Arbeit im Besonderen auf den Typus Arzt konzentriert werden, den Robert Emmerich verkörperte: Der eingezogene Truppenarzt, der sich ohne militärischen Hintergrund an der Ostfront des Zweiten Weltkriegs wiederfand. Diese ursprünglich zivilen, rangniedrigen Militärärzte und angehenden aktiven Sanitätsoffiziere werden auf den kommenden Seiten der Einfachheit halber als die „einfachen Truppenärzte“ bezeichnet.

Im Folgenden soll sich am Beispiel Emmerichs und anderer Zeitzeugen mit der Frage beschäftigt werden, welche Rolle sie im 2. Weltkrieg, an der Ostfront und innerhalb der Truppe spielten.

Um diese Rolle zu analysieren, wird die Arbeit in drei Teile gegliedert. Im ersten Teil sollen einige Grundlagen der ärztlichen Arbeit im Krieg geklärt werden. Dazu gehört die Darlegung der Ausbildung und der Ausrüstung der Sanitätsoffiziere im Kriegsverlauf. Außerdem soll noch auf weitere Rahmenbedingungen in Form von zur Verfügung gestandenem ärztlichen Personal und Räumlichkeiten sowie der Gefahrenlage für die Ärzte eingegangen werden.

Im zweiten Teil wird die Stellung des Arztes innerhalb der Truppe erörtert. Dabei soll beantwortet werden, welche Aufgabenstellungen der Truppenarzt als Mediziner und auch als Offizier zu erfüllen hatte und welchen Belastungen er dadurch ausgesetzt war.

Im letzten Teil der Arbeit soll ein Versuch unternommen werden, den Truppenarzt im nationalsozialistischen System einzuordnen. Hierbei wird ein besonderer Blick auf die ärztliche Behandlung von russischen Kriegsgefangenen und der Zivilbevölkerung, als auch auf den Umgang der Ärzte mit militärjuristischen Herausforderungen geworfen.

So soll letztlich der Frage nachgegangen werden, inwiefern der einfache Truppenarzt, unter den gegebenen Kriegsbedingungen an der Ostfront, die ihm zur Verfügung stehenden

Kompetenzen als Mediziner bzw. Offizier unter dem Einfluss des Nationalsozialismus nutzte, um im Frontbereich ärztliche Verantwortung zu übernehmen.

2.2 Quellensituation

Als Hauptquelle der Arbeit wurden die Aufzeichnungen Robert Emmerichs genutzt. Dass es sich bei seinen Berichten um Erinnerungen handelt, bringt mehrere Probleme mit sich. Zum einen begann Emmerich erst 35 Jahre nach Ende des 2. Weltkriegs mit der Niederschrift. Dies führte dazu, dass Vieles, wie Namen, Einheiten, Ortschaften, aber auch einzelne Ereignisse bereits vergessen waren. Zusätzlich betont er immer wieder, welche psychische Belastung das Zurückerinnern für ihn bedeutete. Daher wollte er stellenweise bewusst nicht über einzelne Details berichten. Zum anderen sollten Selbstzeugnisse wie Erinnerungen, Tagebucheinträge oder Briefe als Primärquellen bekanntermaßen mit Vorsicht behandelt werden. Bei der subjektiven Beschreibung der Geschehnisse aus erster Hand müssen Persönlichkeit, Denkweise und Einflüsse stets mit in die Analyse eingehen. Die wenigen bekannten biografischen Informationen über Emmerich erschweren dies zusätzlich.

Ein weiterer Nachteil der Erinnerungen besteht in der Dokumentation im Nachhinein. Während in originalen Tagebucheinträgen und bei Briefkorrespondenz das Erlebte im selben Moment, oder zumindest innerhalb weniger Stunden bis Tage durch die Zeitzeugen festgehalten wird, sind bis zur Niederschrift von Erinnerung bereits viele Jahre vergangen. Zeit, in der das Geschehene neu bewertet, verdrängt oder umgedeutet werden konnte. Dies gibt dem Autor ausreichend Möglichkeiten, das Erlebte zum eigenen Vorteil darzustellen oder zumindest Nachteiliges wegzulassen. Trotz der angeführten Fallstricke stellen die Selbstzeugnisse weiterhin eine authentische und wertvolle historische Quelle dar. Insbesondere im Themenspektrum des 2. Weltkriegs und des Nationalsozialismus spielen personenbezogene Zeugnisse eine bedeutende Rolle.

Um Vergleichspunkte zu schaffen, wurden Aufzeichnungen weiterer ärztlicher Kriegsteilnehmer genutzt. Über das Deutsche Tagebucharchiv in Emmendingen konnte auf die Memoiren Heinz Küstners⁴ und das Tagebuch Christian Feys⁵ zugegriffen werden. Weitere,

⁴ Siehe Fußnote 3.

⁵ Fey, Christian, Kriegstagebuch von Dr. med Christian Fey. Bataillonsarzt in der Aufklärungsabteilung 27, Aus vier Notizbüchern abgeschrieben und dargestellt von Hubert Spilles, Meckenheim 2000.

durch Nachkommen oder Historiker verlegte und kommentierte Tagebücher sowie Briefkorrespondenz, u.a. von Wilhelm Mauss,⁶ Walther Jung⁷ und Horst Rocholl,⁸ wurden ausführlich bearbeitet. Die Tagebücher Ernst Müllers⁹ wurden durch das Stadtarchiv der Stadt Schwelm zur Verfügung gestellt. Hinzu kommen weitere durch Militärmediziner und Zeitzeugen als Erstautoren herausgegebene Werke. Hier sind insbesondere Peter Bamm,¹⁰ Hans Killian,¹¹ Karlheinz Schneider-Janessen¹² und Heinrich Haape¹³ zu nennen.

Neben dem Vergleich zu anderen Zeitzeugen wurden die Individualquellen im Rahmen der damaligen strukturellen Ebene eingeordnet. Dabei fanden vor allem die Bestände des Bundesarchiv-Militärarchiv (BAMA) in Freiburg Verwendung. Beim Thema Wehrdienst bestehen hier einige Lücken, die durch Zerstörung der Dokumente im Krieg und fehlende Dokumentation in den letzten Kriegsjahren bedingt sind.¹⁴ Mit den Kriegstagebüchern der Divisionsärzte (IVb-Berichte), dem Fundus an Dokumenten der Heeressanitätsinspektion und des Chefs des Wehrmachtsanitätswesens (RH 12-23) sowie den Dienststellen und Einheiten der Sanitätstruppe des Heeres (RH 50), besteht dennoch eine umfangreiche Grundlage für die Recherche. Zusätzlich wurden allgemeine Standardwerke der Geschichte des deutschen Sanitätsdienstes verwendet, die im folgenden Abschnitt noch angeführt werden.

Hier sei auch erwähnt, dass in der Arbeit direkte Zitate der Zeitzeugen mit besonderer Relevanz und von bestimmter Länge kursiv geschrieben hervorgehoben werden sollen.

⁶ Mauss, Hans-Jörg, Als Sanitätsoffizier im II. Weltkrieg. Das Kriegstagebuch des Dr. Wilhelm Mauss 1. September 1939 – 25. Februar 1947, Berlin 2008.

⁷ Jung, Otmar, Als Truppenarzt an der Ostfront. Feldpostbriefe von Dr. Walther Jung an seinen älteren Schwager Josef Reichardt 1941-1944, Würzburg 2017.

⁸ Ebert, Jens (Hrsg.), Ein Arzt in Stalingrad. Feldpostbriefe und Gefangenenpost des Regimentsarztes Horst Rocholl, 1942-1953, Göttingen 2009.

⁹ Müller, Ernst, Kriegschirurg in Rußland. Tagebuch eines Schwelmers 1942-1944, Teil 1 u. 2, Schwelm 1991.

¹⁰ Bamm, Peter, Die unsichtbare Flagge, München 1989; „Die unsichtbare Flagge“ gehörte in der Nachkriegszeit zu den bekanntesten Büchern über die Kriegerlebnisse eines Arztes im Zweiten Weltkrieg. Der Autor, mit eigentlichem Namen Curt Emmerich, nutzte das Pseudonym Peter Bamm zur Veröffentlichung seines Werks.

¹¹ Killian, Hans, Im Schatten der Siege. Als beratender Armeechirurg an der Ostfront, (Neuausgabe) Klagenfurt 2000.

¹² Schneider-Janessen, Karlheinz, Arzt im Krieg. Wie deutsche und russische Ärzte den zweiten Weltkrieg erlebten, Frankfurt am Main 1994.

¹³ Haape, Heinrich, Endstation Moskau 1941-1942, Stuttgart 1998.

¹⁴ Als Beispiel wurde der aus dem 1. Weltkrieg schon übliche Sanitätsbericht im 2. Weltkrieg kriegsbedingt nur bis zum Jahr 1943 geführt; Vgl. Müller, Hans, Vorläufiger Sanitätsbericht des deutschen Heeres 1939-1943, Manuskript, o.D.

Moralische und ethische Aspekte des Ostfeldzugs, allen voran die Beteiligung und Verantwortung der Wehrmacht an Vernichtungskrieg und Holocaust, werden bis heute teils scharf und emotional diskutiert. In den unmittelbaren Nachkriegsjahren bis in die 50er- und 60er-Jahre des letzten Jahrhunderts war die öffentliche Meinung und auch die Wissenschaft in der BRD geprägt vom Bild der „sauberen Wehrmacht“. Dabei konzentrierte man sich vor allem auf die militärischen Leistungen der Wehrmacht, während für die Verbrechen des Nazi-Regimes vornehmlich SS- und Polizei-Verbände verantwortlich gemacht wurden. Als in den 1960er-Jahren erste Wehrmachtsakten durch die Alliierten freigegeben wurden und sich eine neue Generation von Historikern der Thematik annahm, keimte erster Widerspruch gegen die damals gängige Darstellung auf.¹⁵ Der Konflikt gipfelte letztlich in der von Protesten und öffentlichen Kontroversen begleiteten Wehrmachtsausstellung „Vernichtungskrieg. Verbrechen der Wehrmacht 1941 bis 1944“ in der zweiten Hälfte der 1990er-Jahre.¹⁶ Während man in bestimmten Belangen mit der Kritik an der Aufarbeitung der Wehrmachtgeschichte über sein Ziel hinausschoss, wurde doch eine Grundlage für eine unvoreingenommene Analyse geschaffen.¹⁷ Heute setzt man sich, zumindest im wissenschaftlichen Kontext, ausgewogener mit der Thematik auseinander. So stellte Christian Hartmann fest: „[Den] Mythos von der ‚sauberen‘ Wehrmacht braucht niemand mehr zu entlarven“¹⁸, ohne dabei einzelne Wehrmachtssoldaten zum „Vollstrecker eines Vernichtungsprogramms“¹⁹ zu pauschalisieren.

Durchaus parallele Entwicklungen lassen sich in der wissenschaftlichen Aufarbeitung der Rolle der Ärzteschaft im Zweiten Weltkrieg erkennen. Einige Verbrechen der Ärzteschaft im Zusammenhang mit Euthanasie und Menschenversuchen wurden durch die Alliierten aufgedeckt und verantwortliche KZ-Ärzte, die sich nicht zuvor durch Suizid oder Flucht der Verantwortung entzogen hatten, im Nürnberger Ärzteprozess 1946/47 verurteilt. Damit galt die Aufarbeitung in Westdeutschland schnell als abgeschlossen. Allen voran durch Heinz Konsaliks Roman „Der Arzt von Stalingrad“²⁰ von 1956 und dessen spätere Verfilmung wurde der deutsche Truppenarzt zur Personifikation des guten deutschen Landsers stilisiert. Der

¹⁵ Hierzu gehörten z.B. Christian Streit, Manfred Messerschmidt oder Helmut Krausnick.

¹⁶ Vgl. „Alles, alles, alles überprüfen“, In: DER SPIEGEL 45/1999, Artikel 33/132.

¹⁷ Vgl. den Bericht der Kommission zur Überprüfung der Ausstellung „Vernichtungskrieg. Verbrechen der Wehrmacht 1941 bis 1944“.

¹⁸ Hartmann, Christian, Wehrmacht im Ostkrieg. Front und militärisches Hinterland 1941/42, München 2010, S. 790.

¹⁹ Ebd. S. 340.

²⁰ Konsalik, Heinz, Der Arzt von Stalingrad, München 1956.

humanitäre Helfer, der ungeachtet, ob Freund oder Feind, Menschenleben retten will, wird „den Anderen“²¹, also den eigentlichen Nationalsozialisten, gegenübergestellt. Die Erzählungen wirkten wie Balsam auf die von Kollektivschuld geplagte deutsche Seele und fand auch bei ärztlichen Funktionären Anklang, die eine genauere Aufklärung ihrer eigenen Vergangenheit im Nationalsozialismus zu befürchten hatten.

Auf wissenschaftlicher Ebene konzentrierte man sich zu jener Zeit auf rein strategische und strukturelle Belange des Sanitätswesens der Wehrmacht. Die Autoren, oft aktive oder ehemalige Sanitätsoffiziere, lieferten als Kriegsteilnehmer wertvolle Informationen aus erster Hand. Gleichzeitig fehlte es ihnen jedoch an der nötigen Objektivität, um gewisse Aspekte der Wehrmedizin in Frage zu stellen. Vielmehr fallen sie nicht selten durch subjektive Wertung der Geschehnisse und Abwertung des sowjetischen Gegners auf. „Das Abnorme wird übertrieben, das Positive aber verschwiegen.“²², „[...] um den Verwundeten und Kranken vor feindlichem Zugriff mit seinem meist barbarischen Ende zu retten.“²³ Nur zwei zahlreicher Beispiele, in denen ehemalige Sanitätsoffiziere wissenschaftliches Arbeiten mit persönlichen Wertungen vermengten.²⁴ Erneut bedurfte es bis in die 1960er, dass sich unbefangene Historiker der Thematik „Arzt im Krieg“ annahmen. Dabei lag der Fokus anfangs besonders auf den Verbrechen der KZ-Ärzte²⁵, später auf der Behandlung russischer Kriegsgefangener.²⁶ Die Rolle der Ärzteschaft im Nationalsozialismus im Allgemeinen wie die des einfachen Truppenarztes verblieb weiterhin verhältnismäßig unterrepräsentiert. Kleinere Arbeiten und Aufsätze nahmen sich der Fragestellung durchaus an und größere Werke widmeten der Thematik einzelne

²¹ Peter Bamm spricht im Buch „Die unsichtbare Flagge“ nur von „die Anderen“, wenn er von den Anhängern des Nationalsozialismus und SS-Leuten spricht. Auch Adolf Hitler nennt er nie beim Namen und bezeichnet ihn nur als den „primitiven Mann an der Spitze“

²² Hawickhorst in Bezug auf den Umgang der Öffentlichkeit mit der Geschichte des Sanitätswesens, in: Hawickhorst, Heinrich, Der Arzt der soldatischen Gemeinschaft, Köln, 1955, S. 5.

²³ Hubert Fischer über die Folgen bei sowjetischer Gefangennahme, Fischer, Hubert, Die Notchirurgie zwischen Truppenverbandplatz und Feldlazarett, in: Guth, Ekkehard (Hrsg.), Sanitätswesen im Zweiten Weltkrieg (Vorträge zur Miliärgeschichte, 11), Herford 1989, S. 51.

²⁴ Hubert Fischer war als Sanitätsoffizier in der Wehrmacht aktiv, Heinrich Harwickhorst war für die Heeressanitätsinspektion im Zweiten Weltkrieg tätig und später Chef des Wehrmedizinalamts der Bundeswehr.

²⁵ Als das früheste Standardwerk gilt der ab 1960 unter dem Namen „Medizin ohne Menschlichkeit“ erschienene Bericht über die Verbrechen in der Medizin zur NS-Zeit von Alexander Mitscherlich, in: Mitscherlich, Alexander/Mielke, Fred (Hrsgg.), Medizin ohne Menschlichkeit. Dokumente des Nürnberger Ärzteprozesses, Frankfurt 1960.

²⁶ Hier kann Christian Streits Werk „Keine Kameraden. Die Wehrmacht und die sowjetischen Kriegsgefangenen“ angeführt werden, wobei sich Streit vor allem auf die Verantwortung der Wehrmachtführung konzentriert, in: Streit, Christian, Keine Kameraden. Die Wehrmacht und die sowjetischen Kriegsgefangenen 1941-1945, Stuttgart 1978.

Kapitel.²⁷ Erneut bedurfte es der nächsten Generation an Medizinern und Historikern, um für eine umfassendere Aufklärung zu sorgen. Fridolf Kudlien,²⁸ Michael Kater,²⁹ Gerhard Baader,³⁰ Johanna Bleker³¹ u.v.a. begründeten mit ihren Werken eine neue Epoche der Auseinandersetzung mit der Rolle der Ärzteschaft im Dritten Reich. Unter den neueren Autoren ist Alexander Neumann zu nennen, der sich in seiner medizinhistorischen Dissertation „Arzttum ist immer Kämpfertum“³² äußerst ausführlich mit dem Militärarzt und seiner Position im Zweiten Weltkrieg beschäftigte. Er fällt darin ein scharfes Urteil über den Sanitätsoffizier und seiner Funktion bei der Wiederherstellung der Kampfkraft des Heeres. In seiner Analyse konzentriert er sich dabei besonders auf die Heeressanitätsinspektion und weitere hochrangige Funktionäre.

Bis heute wurde somit die Rolle des Arztes sowie die Rolle der Führungsebene des Sanitätsdienstes im Nationalsozialismus nicht erschöpfend, doch vielfach thematisiert. Dagegen scheint die Rolle des einfachen Truppenarztes Gegenstand literarischer Werke geblieben zu sein. Mit dieser Arbeit soll ein erster Schritt unternommen werden, diese Lücke zu schließen.

²⁷ Z.B. Thom, Achim, Zur Mitwirkung der deutschen Ärzteschaft bei der Vorbereitung und Absicherung des zweiten Weltkrieges (1933-1941), in: Nestler, Ludwig (Hrsg.), Der Weg deutscher Eliten in den zweiten Weltkrieg, Berlin 1990; Guth, Ekkhart (Hrsg.), Sanitätswesen im Zweiten Weltkrieg, Militärgeschichtliches Forschungsamt, Vorträge zur Militärgeschichte, Band 11, Herford 1990; Pross, Christian/Aly, Götz, Der Wert des Menschen. Medizin in Deutschland 1918 – 1945, Herausgegeben von der Ärztekammer Berlin in Zusammenarbeit mit der Bundesärztekammer, Berlin 1989.

²⁸ Z.B. Kudlien, Fridolf, Ärzte im Nationalsozialismus, Köln 1985.

²⁹ Kater, Michael H., Ärzte als Hitlers Helfer, Hamburg/Wien 2000.

³⁰ Baader, Gerhard / Schultz, Ulrich (Hrsgg.), Medizin und Nationalsozialismus. Tabuisierte Vergangenheit, ungebrochene Tradition?, Berlin 1983.

³¹ Bleker, Johanna/Jachertz, Norbert (Hrsgg.), Medizin im „Dritten Reich“, Köln 1993.

³² Neumann, Alexander, "Arzttum ist immer Kämpfertum". Die Heeressanitätsinspektion und das Amt "Chef des Wehrmachtssanitätswesens" im Zweiten Weltkrieg (1939 - 1945), Düsseldorf 2005.

2.3 Biografische Aspekte Robert Emmerichs



Abbildung 1: Robert Emmerich im „Wichs“ der Gothia-Würzburg, am 5.5. 1932.

Der Autor der Niederschrift, Dr. Robert Emmerich, wurde am 3. Mai 1913 in Ludwigshafen geboren. Als Sohn eines Studienprofessors begann Emmerichs Schullaufbahn in Bamberg und endete mit dem abgeschlossenen Abitur in Würzburg. An der dortigen Julius-Maximilians-Universität und kurzer Zwischenstation an der Universität in Kiel absolvierte er bis 1938 erfolgreich das Studium der Humanmedizin. Im selben Jahr heiratete er Gertrud Ponfick (1916-2010) und ihre erste Tochter Elfriede wurde geboren. 1942 folgte Hansjürgen, 1948 bzw. 1952 kamen Elisabeth und Karola Emmerich zur Welt.

Im Januar 1939 erlangte er den Doktorgrad und war kaum ein Jahr ärztlich tätig, als er am 1. September 1939 zum Kriegsdienst eingezogen wurde. Zu Beginn war er Teil der 2. Sanitätskompanie (San.-Komp.) der 72. Infanterie-Division und erlebte aufgrund einer Reitverletzung nur die Endphase des Frankreichfeldzuges mit. Nach auskurierter Verletzung zum Ersatz-Truppenteil Neumünster versetzt, begann für Emmerich mit 26 Jahren der Russlandfeldzug am 22. Juni 1941 in der Armee-Kriegsgefangenensammelstelle VI in Schleswig³³. Im Juli erfolgte die Versetzung an die Front zu den Nachschubtruppen der 71.

³³ Vgl. BAMA, RH 49/3, Bl. 35-40.

Infanterie-Division (Inf.-Div.).³⁴ Dort bis zur Einnahme Kiews am 26. September 1941 eingesetzt, wurde die gesamte Division im Oktober nach hohen Verlusten zur Auffrischung nach Frankreich verlegt.

Im Mai 1942 kam die Division nach Charkow, welches wenige Tage zuvor von deutschen Truppen größtenteils zurückerobert worden war. Von da an war Emmerich wechselnd der Aufklärungs- bzw. Nachschubabteilung der 71. Inf.-Div. auf dem Marsch nach Stalingrad zugehörig. Er nahm ab September 1942 an der Schlacht von Stalingrad teil und hatte großes Glück noch im November desselben Jahres aufgrund einer Erkrankung³⁵ abtransportiert zu werden, bevor das Schlachtgeschehen zu Gunsten der russischen Einheiten kippte und schließlich zur Einkesselung und Vernichtung der gesamten 6. Armee führte. Nach einem fünfeinhalb-monatigen Aufenthalt im Lazarett Bad Flinsberg³⁶ war Emmerich ein Jahr lang Truppenarzt des Ersatzregiments „Hoch- und Deutschmeister“ in Brünn³⁷. Dort wurde Emmerich zum Stabsarzt befördert und im Mai 1944 erneut zum 124. Regiment (Inf.-Rgt.) der 72. Inf.-Div. an die Front versetzt.³⁸ Ab diesem Zeitpunkt erlebte er den Stellungskrieg, die Rückzugsbewegungen und letztlich den völligen Zusammenbruch der Ostfront mit. Im September 1944 noch zum Führer der Sanitätskompanie 88 ernannt, gelang es ihm nach der Zerschlagung der 88. Inf.-Div. im Januar 1945 mit seiner geschlossenen Kompanie der Einkesselung durch die Rote Armee zu entgehen.³⁹ Die Einheit wurde dann der 17. Panzerdivision⁴⁰ im Raum Hirschberg⁴¹ unterstellt und gehörte von da an der Heeresgruppe Mitte des Generalfeldmarschalls Ferdinand Schörner (1892-1973)⁴² an. Im Mai 1945 schloss

³⁴ Zur Geschichte und Truppenbewegungen der 71. Inf.-Div. mit den für Dr. Emmerich relevanten Abschnitten vgl. Nölke, Hans, Die 71. Infanterie-Division im Zweiten Weltkrieg 1939-1945. Fotos, Karten, Texte von den Kämpfen einer niedersächsischen Infanterie-Division „Die Glückhafte“, Hannover 2014, S. 43-99; S. 116.

³⁵ Emmerich litt an Fieber, Durchfall und Gelbsucht unbekannter Ursache, vgl. Emmerich, Einer von Millionen, S. 22.

³⁶ Bilder des Lazaretts sind in der Deutschen Wochenschau Nr. 586 vom 26.11.1941 zu sehen, vgl. archive.org, 02.04.2017, <https://archive.org/details/19411126DieDeutscheWochenschauNr.58633m36s320x240>, abgerufen am 31.10.2019.

³⁷ Heute Brno in der Tschechischen Republik.

³⁸ Zur Geschichte und Truppenbewegungen der 72. Inf.-Div. mit den für Dr. Emmerich relevanten Abschnitten vgl. May, Hans/ Pesch, Franz/ Roth, Matthias/ Steffen, Jupp, Die 72. Infanterie-Division in Wort und Bild. Ein bildhaftes Zeugnis des wechselnden Schicksals der 72. Infanterie-Division von ihrem Werden und Wirken bis zum bitteren Ende 1945, Darmstadt 1982, S. 8-52; S. 146-153.

³⁹ Zur Geschichte und Truppenbewegungen der 88. Inf.-Div. mit den für Dr. Emmerich relevanten Abschnitten vgl. Pfister, J./ Schwarz, A., Die 88. Infanterie-Division in Amberg März bis Mitte Mai 1940. 88. Infanterie-Division Dezember 1939 bis Februar 1945, Bayreuth 1983/1984, S. 74-90.

⁴⁰ Im Februar 1945 bei Forst als „Kampftruppe“ wiederhergestellt, vgl. ebd. S. 75.

⁴¹ Vermutlich Hirschberg am See, heute Doksy im Nordböhmen der Tschechischen Republik.

⁴² Ferdinand Schörner, deutscher Heeresoffizier, der in den letzten Kriegswochen zum Generalfeldmarschall und durch Hitler zum Oberbefehlshaber des Heeres ernannt wurde und für sein hartes Vorgehen gegen angebliche

sich letztendlich der Kessel um Prag und Emmerich ging kurze Zeit nach der bedingungslosen Kapitulation der Wehrmacht am 11.05.1945 in russische Kriegsgefangenschaft.⁴³

Nach Lageraufenthalt in Sagan⁴⁴, Sorau⁴⁵ und Hundsfeld/Breslau⁴⁶ wurde er schwer erkrankt⁴⁷ aus der russischen Kriegsgefangenschaft entlassen und kehrte im Februar 1947 heim.

Dr. Robert Emmerich musste sich zurück in der Heimat noch ein Jahr von Krankheit und Kriegsstrapazen erholen, bevor er mit seiner Familie nach Amorbach, der Geburtsstadt seines Vaters zog und dort bis zu seinem 71. Lebensjahr als Allgemeinmediziner tätig war. Zeit seines Lebens blieb er dem Roten Kreuz verbunden und wurde mehrfach für seine Verdienste vom BRK sowie DRK ausgezeichnet.

Er starb im Alter von 83 Jahren am 9. Oktober 1996 in Amorbach.



Abbildung 2: Emmerich mit Frau Gertrud und Tochter Elfriede („Elfie“), 1939/40.

Desserteure berüchtigt war, vgl. dazu Stolberg-Wernigerode, Otto, Neue deutsche Biographie, Bd. 23. Berlin, 2007, S. 435f.

⁴³ Erst drei Tage zuvor endete der Prager Aufstand mit dem Abzug der deutschen Truppen und der Ankunft der Sowjetarmee am 9.5., vgl. dazu Kokoška, Stanislav, Prag im Mai 1945. Die Geschichte eines Aufstandes, Göttingen 2009; vgl. ebenso Emmerichs Gefangendokumente in Abb. 3, die sich im Archiv des DRK-Suchdienstes.

⁴⁴ Sagan in Schlesien, heute Żagań in Polen.

⁴⁵ Sorau in der Niederlausitz, heute Żary in Polen.

⁴⁶ Hundsfeld, Bezirk Breslau in Niederschlesien, heute Psie Pole in Polen.

⁴⁷ Rezidivierende Fieberschübe, die zu seiner Verlegung in ein Gefangenenlazarett führten, stellten sich nach der Heimkehr als Reaktion auf eine Nierenbeckenentzündung durch einen Nierenstein heraus, vgl. Emmerich, Robert, Einer von Millionen, S. 78 u. S. 84f.

СОВ. СЕКРЕТНО

МВД СССР

Глазное Управление по делам о военнопленных и интеркированных

Арх. № 0547487

№№ актов или счетов- квиток	№№ УЧ. ДЕЛ
69	758

УЧЕТНОЕ ДЕЛО

На военнопленного Эммерих
(Фамилия)

Роберт Карл
(Имя и отчество)

Дело закончено в связи

ПЕРЕДАН МЕСТНЫМ ОРГАНАМ ВЛАСТИ
КАЗАРЕМЯ №69/4/1 02 1947 г.

" " 19 г.

Abbildung 3: Erst Seite der originalen Dokumente aus der russ. Gefangenschaft Robert Emmerichs⁴⁸

⁴⁸ Archiv des DRK-Suchdienstes München

Historischer Überblick

Dr. Robert Emmerich war ein Truppenarzt, der fast ausschließlich an der Ostfront eingesetzt war und sich knapp zwei Jahre in russischer Kriegsgefangenschaft befand. Daher soll auch ein kurzer Überblick über die damaligen Geschehnisse während des Ostfeldzugs folgen.

Innerhalb von 2 Jahren hatte Hitlerdeutschland den Großteil Europas mit Krieg überzogen und erobert. Länder wie Polen, Frankreich oder Griechenland wurden in einem solchen Eiltempo überrannt, dass für viele der eigentliche Krieg erst mit der Kriegserklärung an die Sowjetunion begann. Der Plan der Vernichtung des jüdisch-bolschewistischen Systems und der Lebensraumerweiterung im Osten für die arische Rasse war schon mindestens seit der Verfassung von „Mein Kampf“ in den frühen 1920er Jahren in Hitler gekeimt und wurde am 22. Juni 1941 in die Tat umgesetzt.⁴⁹

Eine so groß angelegte und monatelang geplante Operation wie das Unternehmen Barbarossa konnte nicht bis zum letzten Vorbereitungstag vollkommen geheim gehalten werden. „Wir ahnten, [dass] was käme, wir flüsternten es uns zu, aber wir wollten es nicht glauben.“⁵⁰, meinte Küstner, der als Arzt auf einem Lazarettzug eingesetzt war und daher die enormen Truppen- und Materialverschiebungen gen Osten schon im Laufe des Junis beobachten konnte. Genauso wenig konnte oder wollte es Josef Stalin glauben, der den Warnungen der Westmächte keinen Glauben schenkte und hinter Berichten übergelaufener Wehrmachtssoldaten ein Täuschungsmanöver sah.⁵¹

So konnten mehr als drei Millionen Wehrmachtssoldaten⁵² im ersten Sommer des deutsch-sowjetischen Kriegs weitreichende Gebietsgewinne verzeichnen und erneut Blitzkrieg-artig bis an die Stadtgrenzen Moskaus vordringen. Heute wissen wir, dass die Rote Armee in der Anzahl an Soldaten, der militärischen Technik und der Produktion von Waffensystemen dem Dritten

⁴⁹ Vgl. Weinberg, Gerhard, Der Überfall auf die Sowjetunion im Zusammenhang mit Hitlers diplomatischen und militärischen Gesamtplanungen, in: Förster, Roland (Hrsg.), Unternehmen Barbarossa. Zum historischen Ort der deutsch-sowjetischen Beziehungen von 1933 bis Herbst 1941, München 1993, S. 177-185.

⁵⁰ Küstner, Erinnerungen, S. 38a.

⁵¹ Vgl. dazu Overy, Richard, Russlands Krieg 1941-1945, Reinbek bei Hamburg 2003, S. 118ff o. Weinberg, Gerhard L., Eine Welt in Waffen. Die globale Geschichte des Zweiten Weltkriegs, Hamburg 2002, S.311.

⁵² Weinberg und Overy sprechen von über 3 Mio., ebd. S.294 u. S.120; Hartmann von 3,3 Mio. in Hartmann, Christian, Wehrmacht im Ostkrieg, S.247; Franz Halder ging von 3,2 Mio. Wehrmachtssoldaten aus, in: Halder, Franz, Kriegstagebuch. Tägliche Aufzeichnungen des Chefs des Generalstabes des Heeres 1939–1942, (Hrsg. vom Arbeitskreis für Wehrforschung, bearbeitet von Hans-Adolf Jacobsen) Bd. 3, Stuttgart 1964, S.395.

Reich weit überlegen war.⁵³ Dennoch schien der schnelle Fall Russlands im Sommer 1941 durch die Nutzung des Überraschungsmoments und anfänglicher taktischer Überlegenheit nur noch eine Frage der Zeit zu sein.

„Es ging laufend vorwärts, vorbei an ungezählten abgeschossenen russischen Panzern.“⁵⁴, fasste Robert Emmerich die Situation der ersten Kriegswochen zusammen. Damals absolvierte er seine ersten Dienstage als Hilfsarzt der 71. Inf.-Div.

Trotz aller Fortschritte unterschied sich der Ostkrieg deutlich von früheren Feldzügen: „Die bisherigen Kämpfe, nur wenige Tage, übersteigen in der Grausamkeit der Kriegsführung alles bisher Erlebte aus Polen und Frankreich. Das sagen alle unsere Leute. Der Gegner im Osten kämpft anders und viel standhafter als die früheren Gegner. Selbst die ältesten Kämpfer des Bataillons haben das Gefühl nach drei bis vier Tagen Kampf, als ob sie schon monatelang im Krieg wären.“⁵⁵ Vergleiche zwischen dem Frankreichfeldzug und der Ostfront finden sich zahlreich in den Aufzeichnungen der Kriegsteilnehmer und geben einen Vorgeschmack darauf, dass dieser Feldzug keinem der vorherigen gleichen sollte.⁵⁶

Denn das Ziel, die sowjetischen Armeen nacheinander einzukesseln und zu vernichten, wurde nie gänzlich erreicht. Einer der Gründe hierfür waren die geschickten Rückzugsbewegung des Gegners. Es zeichnete sich ab, dass sich die Wehrmachtsarmeen „buchstäblich zu Tode siegen würden.“⁵⁷ Es konnten zwar immense Landteile von der Ostseeküste bis zum Schwarzen Meer erobert werden, dies jedoch unter dem Opfer vieler Soldatenleben und der Abnutzung des Materials, welches den russischen Winter erst noch vor sich hatte. Die Sowjetunion wiederum war aus ihrer Schockstarre erwacht und setzte mittlerweile alles daran, den Feind aus dem Westen aufzuhalten. Die Wirtschaft wurde auf Kriegsrüstung ausgerichtet und die Bevölkerung mobilisiert. Arbeiter wurden in die Armee eingezogen, Frauen dafür in den Fabriken und an der

⁵³ Vgl. dazu Overy, Russlands Krieg, S.128; Overy über die Rote Armee: „Ihr Handikap war nicht bolschewistische Rückständigkeit, sondern der Überraschungseffekt.“ u. ebd. S. 244 Tbl. über sowjetische und deutsche Produktion in den Kriegsjahren 1941-1945.

⁵⁴ Emmerich, Einer von Millionen, S. 11.

⁵⁵ Fey, Kriegstagebuch, S. 17.

⁵⁶ Vgl. für weitere Beispiele: Emmerich, Einer von Millionen, S.15: „Mit Wehmut dachten wir an Frankreich zurück.“; Küstner, Erinnerungen, S. 31: „Französische, belgische und holländische Städte [...] waren für uns [...] ein Traumland.“

⁵⁷ Hartmann, Christian, Wehrmacht im Ostkrieg, S. 285; Vgl. auch Jung: „Wenn wir schließlich einen Angriff machen, springt die Infanterie auf Ihre LKWs und fährt davon. So gab es in Südrußland für unsere Division kaum eine Material-Beute, sehr wenig Gefangene, aber immer kräftig hinhaltenden Widerstand.“ in Jung, Als Truppenarzt an der Ostfront, S.293.

Front eingesetzt.⁵⁸ Jeder wehrtüchtige Mann wurde rekrutiert und mit oder ohne Waffe in Massenangriffen gegen die deutschen Stellungen getrieben.⁵⁹

Hunderttausende russische Soldaten gingen im ersten Kriegsjahr in Gefangenschaft oder fielen auf dem Schlachtfeld. Jedoch kompensierten die nicht abbrechen zu wollenden Reserven der Roten Armee die Verluste und brachten die deutschen Soldaten regelrecht zur Verzweiflung.⁶⁰ Spätestens im Herbst 1941 begannen viele Wehrmachtssoldaten langsam zu realisieren, dass der Blitzkrieg gescheitert war und man sich auf den russischen Winter einstellen durfte.⁶¹ Doch „weder Hitler noch seine militärischen Berater hatten über die vermeintlich entscheidende Anfangsphase hinausgedacht.“⁶² Transportwege zur Truppe wurde mit dem Vorrücken auf russischem Gebiet immer länger und mussten teilweise erst wieder in Stand gesetzt werden, Nachschub kam nur schleppend an und die Divisionen wurden sporadisch aufgefrischt. Abgesehen davon war in der Überzeugung, Moskau würde noch vor dem Winter fallen, bis dahin zu wenig oder keine Winterkleidung für die Soldaten an der Front vorrätig. Unter diesen Umständen belagerte die Heeresgruppe Nord Leningrad, die Heeresgruppe Mitte stand vor den Toren Moskaus zur „letzten großen Schlacht“⁶³ bereit und die Heeresgruppe Süd hatte zum ersten Mal Charkow erobert. In dieser Ausgangssituation startete im Dezember 1941 die 1. sowjetische Winteroffensive.

Den damaligen Kriegsverlauf kann man vom Beginn des deutschen Überfalls bis zur Schlacht von Stalingrad folgendermaßen beschreiben: Im Frühling, während der sog. „Schlammpause“ wurden Stellungen gesichert und Truppen aufgefrischt. Im Sommer folgte bei geeigneter Wetterlage die deutsche Sommeroffensive. Im Herbst fand eine erneute „Schlammpause“ und die anschließende russische Winteroffensive statt.

⁵⁸ Vgl. Römer, Felix, *Gewaltsame Geschlechterordnung. Wehrmacht und "Flintenweiber" an der Ostfront 1941/42*, in: Maubach, Franka/Satjukow, Silke/Latzel, Klaus (Hrsgg.), *Soldatinnen. Gewalt und Geschlecht im Krieg vom Mittelalter bis heute. Krieg in der Geschichte*, Bd. 60, Paderborn 2011, S. 331–351.

⁵⁹ Diese Angriffstaktik wird u.a. von Jung beschrieben, in: Jung, *Als Truppenarzt an der Ostfront*, S. 296 u. S.355f; Ebenso von Fey, in: Fey, *Kriegstagebuch*, S. 67.

⁶⁰ Vgl. Jung, *Als Truppenarzt an der Ostfront*, S. 343: „Ich möchte nur wissen, wie viele Soldaten hat eigentlich die Sowjetunion, und wie groß sind die Reserven?“ u. Mauss, *Als Sanitätsoffizier im II. Weltkrieg*, S.325: „Dieses unheimlich große Land verschlingt Truppen, und der Gegner hat mehr Menschen als wir.“; „Aber daß er das noch kann?! Einmal müssen doch auch seine Reserven zu gehen.“

⁶¹ „Wir einfachen Soldaten wussten das sehr genau, was der Winter in Russland bedeutet, wir sahen ihm mit Grauen entgegen.“ Küstner, *Erinnerungen*, S. 51.

⁶² Hartmann, Christian, *Wehrmacht im Ostkrieg*, S. 285f.

⁶³ Fey, *Kriegstagebücher*, S.46.

Die 1. sowjetische Winteroffensive endete im Frühjahr 1942 und brachte bezogen auf Bodengewinne keinen eindeutigen Sieger hervor. Doch die Kämpfe im Winter forderten enorme Verluste auf beiden Seiten ein und bei gegebener Nachschubsituation an Mensch und Material bedeuteten hohe Ausfallquoten stets einen Vorteil für die Rote Armee. Daraus ergab sich, dass die deutsche Heeresführung aus Mangel an Material und Truppenstärke das Groß an Offensivbemühungen für den Sommer auf eine Heeresgruppe beschränken musste. Die Wahl fiel auf die Heeresgruppe Süd mit den Zielen Kaukasus und Stalingrad.

Der Glaube an die Erfolgsaussichten der erneuten Offensive wandelten je nach Beanspruchung der Soldaten zwischen „kollektiven Burnout“⁶⁴ und ungebrochener Siegesgewissheit.⁶⁵

Während sich die Heeresgruppen Nord und Mitte in weitere Stellungskämpfe verstrickten und die hohen Verluste jede zukünftige Offensivbemühung in weite Ferne rückten, konnte die Heeresgruppe Süd die letzten großen Gebietsgewinne verzeichnen. Allerdings war die deutsche Führung auch hierbei ihrem eigenen Größenwahn erlegen. Anstatt wie ursprünglich geplant einen konzentrierten Angriff durchzuführen, wurde eine komplette Armee von Sewastopol nach Leningrad abkommandiert, um bei der Eroberung der Stadt zu helfen.⁶⁶ Weiterhin wurde die Heeresgruppe Süd in Heeresgruppe A und B aufgeteilt. Erstgenannte sollte, so Hitlers Vorstellung, den Kaukasus und die Ölreserven um Baku und Grosny erobern. Letztere, zu der unter anderem die 6. Armee zählte, sollte auf Stalingrad und die Wolga vorrücken.⁶⁷ Damit war das Fundament für die nahende Katastrophe gelegt.

Die Schlacht von Stalingrad hatte aufgrund ihrer Symbolik und ihrer Auswirkung auf den Ausgang des Ostfeldzugs schon immer eine große Bedeutung in der deutschen Geschichtsschreibung inne.⁶⁸ Auch zur damaligen Zeit war man sich der strategischen, wie psychologischen Rolle bei Einnahme und Verteidigung der Stadt bewusst. Zum einen wollte

⁶⁴ Hartmann, Wehrmacht im Ostkrieg, S. 400.

⁶⁵ Vgl. dazu Fey am 4. Februar 1942: „Wenn in drei bis vier Wochen der Winter sowieso dem Frühjahr weicht, hat Stalin die letzte Chance verloren“ in Fey, Kriegstagebuch, S.68; dem gegenüber Jung: „Daß Sowjet-Rußland zusammenbricht, wie etwa Frankreich im Sommer 1940, das ist ausgeschlossen.“ in Jung, Als Truppenarzt an der Ostfront, S. 328.

⁶⁶ Die Strecke Sewastopol auf der Krim bis zum heutigen St. Petersburg beträgt ca. 2000 km.

⁶⁷ Vgl. Weinberg, Eine Welt in Waffen, S. 451f.

⁶⁸ Oft wird die Schlacht von Stalingrad als der Wendepunkt des Unternehmens Barbarossa zu Gunsten der Roten Armee bzw. sogar als Entscheidungsschlacht des Zweiten Weltkriegs angesehen. Andere Autoren wie Christian Hartmann sind der Meinung, dass die Schlacht zwar von großer Bedeutung ist, der Krieg jedoch schon mit dem Scheitern des Blitzkriegs im Winter 41/42 verloren war. So oder so hatte die Wehrmacht durch die Schlacht eine komplette Armee verloren. Wenn sie auch nicht den Krieg entschied, könnte sie diesen zumindest verkürzt haben. Vgl. dazu Hartmann, Christian, Wehrmacht im Ostkrieg, S. 396.

man sich Stalingrad als großen Industriestandort und Drehkreuz russischer Versorgungswege in den Kaukasus sichern. Zum anderen kam eine ideologische Komponente hinzu, die sich im Schlachtverlauf noch verstärken sollte. Die Möglichkeit der Eroberung einer Stadt, die den Namen des größten Erzfeindes trug und die von so großer Bedeutung für die Entstehung der Sowjetunion, sowie die Machtergreifung Stalins war, wollte sich Hitler nicht nehmen lassen.⁶⁹ Dementsprechend groß war Stalins Furcht vor den psychologischen Folgen einer Niederlage für Volk und Armee. Er setzte mit der Operation „Uranus“ alle verfügbaren Kräfte der Roten Armee ein, um das „Herz der Sowjetunion“⁷⁰ zu retten.

Es folgte der Einbruch der rumänischen 3. Armee, die für die Flankendeckung der Heeresgruppe B verantwortlich war. Dieser sowjetische Durchbruch, Hitlers Einstellung die Stadt „bis zur letzten Patrone“ zu halten und die Weigerung des Generalfeldmarschalls Paulus, ein russisches Kapitulationsangebot anzunehmen, führten schließlich zur Einkesselung und Vernichtung der 6. Armee im Februar 1943.⁷¹ Die Bilanz: Über 300 000 abgeschnittene Soldaten, davon bis zu 150 000 gefallen, erfroren oder verhungert. Hinzu kamen ca. 90 000 deutsche Kriegsgefangene, von denen nicht einmal 6000 ihre Heimat wiedersehen sollten.⁷²

Bevor im März 1943 die nächste Schlammperiode begann, stellte sich folgende Situation dar: Die Sowjetarmee hatte im Februar Stalingrad und kurz darauf zum ersten Mal Charkow zurückerobert.⁷³ Außerdem konnte schon im Januar ein Korridor mit direkter Verbindung nach Leningrad geschaffen werden. Dadurch war die Belagerung der Stadt faktisch beendet. Die sich im Kaukasus befindliche Heeresgruppe A konnte durch die Verteidigung der südlichen Frontlinie und der erneuten Einnahme Charkows davor bewahrt werden, abgeschnitten zu werden. Damit war der Frontverlauf vom Frühjahr 1942 bis auf wenige Ausnahmen wiederhergestellt. Die militärischen Aussichten stellten sich jedoch auf deutscher Seite ganz anders dar, als es im vorherigen Jahr noch der Fall war.

⁶⁹ Die Stadt Zarizyn wurde erst 1925 zu Ehren Josef Stalins in Stalingrad umbenannt, nachdem er im russischen Bürgerkrieg (1917-1920) in der Stadt die Rolle des Armeekommissars innehatte.

⁷⁰ Mauss, Hans-Jörg, Als Sanitätsoffizier im II. Weltkrieg, S. 509.

⁷¹ Eine Abschrift des russ. Kapitulationsangebots vom 8. Januar 1943 findet sich u. a. in: Diebold, Hans, Arzt in Stalingrad, Salzburg 1949, S. 30ff.

⁷² Overy spricht von 147.000 Gefallenen und 91.000 Gefangenen, in: Overy, Russlands Krieg, S. 285f.

⁷³ Um Charkow wurde insgesamt vier Mal gekämpft. Beim Vormarsch der Wehrmacht 1941 durch diese erobert, nach der Rückeroberung durch die Rote Armee im Februar 1943 im März erneut eingenommen. Und im August 1943 endgültig durch russische Truppen befreit.

„Die deutsche Wehrmacht hatte ihren Ruf der Unbesiegbarkeit verloren.“⁷⁴ Eingebüßt hatte sie diesen zwar spätestens seit der gescheiterten Einnahme Moskaus Ende 1941⁷⁵, dennoch leiteten die russischen Siege an der Ostfront, wenn nicht eine militärische, so doch eine psychologische Wende ein.⁷⁶ Die Rote Armee übernahm von da an die Initiative gegen einen ausgebluteten und kriegsmüden Gegner. Dies sollte sich bis auf wenige Ausnahmen bis Kriegsende nicht mehr ändern.

Ein letzter Versuch, die Tradition der deutschen Sommeroffensiven am Leben zu erhalten, bestand aus dem „Unternehmen Zitadelle“. Im Juli sollte die russische Stadt Kursk zurückerobert werden, wie es schon im März mit Charkow gelungen war. Dadurch sollte der „Kursker Bogen“⁷⁷ wieder eingenommen und die Front begradigt werden. Die Wehrmacht konnte zwar unter geringen eigenen Verlusten großen Schaden in den gegnerischen Reihen anrichten, musste sich letztendlich jedoch, personell und materiell weit unterlegen, geschlagen geben.⁷⁸ Die Niederlage markierte den Beginn der Defensivbemühungen und Rückzugsbewegungen, die bis zur Kapitulation im Mai 1945 nicht mehr abreißen sollten.

Während der einfache Wehrmachtssoldat ab dem Herbst 1943 vor allem um das eigene Überleben bemüht war, verschlossen sich die Verantwortlichen, also Hitler und sein Generalstab, der Realität.⁷⁹ So starben in zwei Jahren Krieg noch mehr Wehrmachtssoldaten, als in den vorangegangenen insgesamt gefallen waren.⁸⁰

„Das einzige, was unbesiegt blieb bis zum Ende, war der Widerstand der Führung gegen jegliche Vernunft.“⁸¹

Doch bis zur Kapitulation war es noch ein weiter Weg. Ende August 1943 fiel Charkow zum letzten Mal in russische Hände und bis zum November verzeichnete der ukrainische Teil der Ostfront so große Gebietsverluste, dass die 17. Armee, ohne evakuiert zu werden, auf der Krim

⁷⁴ Overy, *Russlands Krieg*, S. 286.

⁷⁵ Vgl. Überschar, Gerd/Wette, Wolfram, (Hrsgg.), *Der deutsche Überfall auf die Sowjetunion. Unternehmen Barbarossa 1941*, Frankfurt am Main 2011, S. 116.

⁷⁶ Vgl. dazu Overy, *Russlands Krieg*, S. 289f.

⁷⁷ Der Kursker Bogen war ein russischer Frontvorsprung im Umkreis der Stadt Kursk, den sich die Rote Armee während der 2. Winteroffensive sichern konnte.

⁷⁸ Zur Schlacht von Kursk vgl. Töppel, Roman, *Kursk. Mythen und Wirklichkeit einer Schlacht*, in: *Vierteljahresheft für Zeitgeschichte des Instituts für Zeitgeschichte*, Heft 3 (2009), S. 349-384.

⁷⁹ Vgl. dazu Wegner, Bernd, *Defensive ohne Strategie. Die Wehrmacht und das Jahr 1943*, in: Müller, Rolf-Dieter/Volkman, Hans-Erich (Hrsgg.), *Die Wehrmacht, Mythos und Realität*, o. O. 1999, S. 206-209.

⁸⁰ Ebd. S. 197.

⁸¹ Bamm, *Die unsichtbare Flagge*, S. 365.

eingeschlossen wurde. Bis zum Jahresende war die Ukraine fast gänzlich unter der Kontrolle der Sowjetunion.

Als Robert Emmerich im Mai 1944 zur 72. Inf.-Div. stieß, merkte auch er, „der das unaufhaltsame Vorwärtssiegen bis Stalingrad in Erinnerung hatte [...], daß Alles anders geworden war.“⁸²

Zu diesem Zeitpunkt war die Belagerung Leningrads schon im Januar aufgegeben worden und die Heeresgruppe Nord hatte sich bis an die Panther-Stellung zurückgezogen. Die 17. Armee wurde auf der Krim vernichtend geschlagen und die Halbinsel komplett aufgegeben. Im April 1943 war die deutsch-sowjetische Grenze von 1939 wieder vollständig hergestellt.⁸³ Von da an wurde jede dafür in Frage kommende Stadt durch den deutschen Führungsstab zur Festung erklärt und bis zum bitteren Ende gehalten. Die russische Taktik von 1941, durch das Opfer ganzer Einheiten den Feind in seiner Vorwärtsbewegung um jeden Preis zu verzögern, wurde teilweise erfolgreich von der Wehrmacht kopiert. Nichtsdestotrotz drang die Rote Armee an die Ostsee vor, um die Heeresgruppe Nord im Kurland zu isolieren. Bis zum erneuten Stillstand des Frontgeschehens im Herbst 1944, war Warschau durch die russischen Truppen fast erreicht. Die Schlechtwetterperiode wurde genutzt, um noch ein letztes Mal vor dem finalen Schlag gegen das Dritte Reich die Reserven zu mobilisieren.

Dieser erfolgte ab dem 12. Januar 1945. Die letzten Divisionen der Wehrmacht wurden förmlich überrannt und nur wenige Einheiten konnten sich aus den Kesselbewegungen der Roten Armee herauskämpfen. Wenige Tage nach den ersten Angriffen lautete der Befehl an die Sanitätskompanien der 88. Inf.-Div.: „Sofort abrücken, höchste Alarmstufe, allgemeines Ziel Westen (ohne genaue Angabe).“⁸⁴ Anders ausgedrückt: Sofort abrücken, höchste Alarmstufe, allgemeines Ziel: Amerikanische Besatzungszone. Wie auch für Emmerich, sollte diese Vorstellung für die meisten an der Ostfront eingesetzten Wehrmachtssoldaten nicht mehr in Erfüllung gehen und in russischer Kriegsgefangenschaft mit ungewissem Ausgang enden.

⁸² Emmerich, *Einer von Millionen*, S. 34.

⁸³ Vgl. dazu Weinberg, *Eine Welt in Waffen*, S. 712.

⁸⁴ Emmerich, *Einer von Millionen*, S. 49.

3 Ärztliche Ausbildung, Ausrüstung und Arbeitsbedingungen im Kriegsverlauf

Bevor die Rolle des Truppenarztes an der Ostfront beleuchtet wird, sollten auch die damaligen Rahmenbedingungen beschrieben werden. Diese beinhalten die Fragen, inwiefern die Ärzte auf den Kriegseinsatz vorbereitet wurden und ob es auch während des Krieges eine Form der Weiterbildung gab, wie gut sie ausgerüstet waren, um eine effektive Verwundetenversorgung zu gewährleisten und unter welchen Bedingungen sie ihre tägliche Arbeit verrichten mussten. Die Verhältnisse aller drei Aspekte veränderten sich stetig und müssen daher immer in Anbetracht des Kriegsverlaufs analysiert werden.

3.1 Ärztliche Ausbildung im Kriegsverlauf

Nach einem kurzen Überblick über die reguläre Ausbildung angehender aktiver Sanitätsoffiziere des Heeres soll im Folgenden anhand des Beispiels Robert Emmerichs im Besonderen auf den Werdegang des einberufenen zivilen Arztes eingegangen werden.

Nach einer ca. sechsmonatigen militärischen Grundausbildung begann die Laufbahn des angehenden Sanitätsoffiziers seit 1934 als Fahnenjunker in der im selben Jahr begründeten Militärakademie Berlin. Während an der Akademie militärmedizinische Fachbereiche gelehrt wurden, besuchten die angehenden Offiziere alle weiteren Vorlesungen des regulären Medizinstudiums mit den zivilen Studenten an der Charité. Dabei durchliefen die Medizinstudenten den Rang des Fahnenjunkerfeldwebels und nach dem 1. klinischen Semester den des Feldunterarztes. Auf den Erhalt des Staatsexamens folgte der Lehrgang zum Unterarzt. Zum aktiven Sanitätsoffizier wurden die Mediziner allerdings erst nach absolviertem Praktischen Jahr und dem Erhalt der Approbation. Im selben Jahr sollte auch die Dissertation abgeschlossen werden. Die Offiziere waren nun Assistenzärzte und damit dem Rang eines Leutnants gleichgestellt. Schon vor Kriegsbeginn wurden aufgrund des hohen Bedarfs der in Aufrüstung befindlichen Streitkräfte weitere Möglichkeiten zum Quereinstieg in die Sanitätsoffizierslaufbahn angeboten. Neben dienstwilligen Abiturienten durften sich auch ungediente Medizinstudenten, Medizinalpraktikanten und approbierte Ärzte um die Übernahme in die aktive Sanitätsoffizierslaufbahn bewerben.⁸⁵ Ab Kriegsbeginn galt selbiges auch für geeignete Kandidaten

⁸⁵ Vgl. Bundesarchiv-Militärarchiv (BAMA), RH 12-23/4624, Merkblatt für die Sanitätsoffizierslaufbahn im Heere.

der Truppe.⁸⁶ Bis zum Kriegsende wurden die Aufnahmebedingungen mit größer werdender Personalsorge immer weiter entschärft.⁸⁷

Aufgrund der Mobilmachung zur Vorbereitung des Polenfeldzuges und der Schaffung zusätzlicher Sanitätseinheiten innerhalb kürzester Zeit, reichte die Zahl an aktiven Sanitätsoffizieren der Friedenszeit bei weitem nicht mehr aus. Gerade einmal 1.861 Militärärzte waren einsatzbereit.⁸⁸ Mit dieser Anzahl ließ sich nur schwerlich eine effektive Sanitätsversorgung in Polen, Frankreich, später Asien und Afrika bewerkstelligen. Die Personallücken sollten durch Sanitätsoffizier-Anwärter, Sanitätsoffiziere und -anwärter des Beurlaubtenstandes, sowie einberufene Ärzte ohne militärische Ausbildung gefüllt werden.⁸⁹ Laut Hawickhorst dienten vom 1.9.1939 bis zum 1.6.1944 durchschnittlich 2170 aktive Sanitätsoffiziere im Heer. Demgegenüber standen 20.126 eingesetzte Sanitätsoffiziere der Reserve (d.R.).⁹⁰ Anhand dieser Zahlen ist ersichtlich, welche Bedeutung dem eingezogenen Arzt zukam. Dies geschah zu Lasten der zivilen medizinischen Versorgung. Schon im ersten Kriegsmonat musste das „Ärzteblatt für Bayern“ um unbeschäftigte und berentete Ärzte, die die Ausfälle einberufener Ärzte kompensieren sollten, werben.⁹¹

Wie viele andere Ärzte des voll einberufenen Jahrgangs 1913 gehörte auch Emmerich zu den dienstverpflichteten Medizinerinnen. Als „weißer Jahrgang“ waren diese bei der Wiedereinführung der Wehrpflicht 1935 dem Arbeits- und Waffendienst noch entgangen. Lediglich eine zwei- bis dreimonatige militärische Grundausbildung war vor dem Kriegsbeginn vorgesehen. Neben dieser Kurzausbildung bestand Emmerichs Vorbereitung auf den Kriegseinsatz aus zwei Militärübungen als Reserveoffiziersanwärter. Die erste Reserveübung fand vom 01.02. – 01.05.1939 in Weilburg a. d. Lahn, die zweite im ersten Kriegsmonat statt. Ab Oktober 1939 war er schließlich offiziell als Unterarzt d. Res. an der Westgrenze im Einsatz und wurde nach seiner Dienstzeit im Frankreichfeldzug zum Assistenzarzt d. Res. befördert. Allgemein konnten Ärzte, abgesehen von militärischer Unerfahrenheit, aus medizinisch-fachlicher Sicht leichter in die Truppe integriert

⁸⁶ Vgl. BAMA, RH 1/141, Heeres-Verordnungsblatt 21/1939 Teil B, 550. Übernahme von Soldaten aus der Truppe in die Sanitätsoffizierslaufbahn, S. 357.

⁸⁷ Für nähere Informationen zu den Aufnahmebedingungen zum Sanitätsoffizier im Kriegsverlauf vgl. auch: Grunwald, Erhard, Studien zum militärärztlichen Ausbildungswesen in Deutschland 1919-1945, München 1980, S. 92- 115.

⁸⁸ Buddrus, Michael, Totale Erziehung für den totalen Krieg, Hitlerjugend und nationalsozialistische Jugendpolitik, Teil 1, München 2003, S. 923.

⁸⁹ Vgl. BAMA RH 2/305, Personelle und materielle Ergänzung des Kriegsheeres, S. 40 in: Bd. 3: Teil E. Erhaltung des Heeres im Kriegszustand, Zentralgruppe des Truppenamtes, 1937.

⁹⁰ Vgl. Hawickhorst, Der Arzt der Soldatischen Gemeinschaft, S. 37.

⁹¹ Bekanntmachungen der Ärztekammer Bayern. 8. Meldung aller Einsatzfähigen Ärzte, in: Ärzteblatt für Bayern. Amtsblatt der Ärztekammer und KVD, Landesstelle Bayern, 6/19, 1939, S.400.

werden, als dies in anderen Bereichen der Fall war.⁹² Auch wurde ab 1934 die wehrpolitische Schulung an medizinischen Fakultäten mit Pflichtvorlesungen wie „Arbeits-, Sport- und Wehrphysiologie“ oder „Gaskampfstoffe und gewerbliche gasförmige Gifte“ eingeführt.⁹³ Dennoch konnten die Medizinstudenten meist wenig bis keine praktische Erfahrung im militärmedizinischen Bereich vorweisen. Diese Defizite sollten im Kriegsverlauf vor allem durch Einsatzerfahrung und Weiterbildung aufgeholt werden. Für Letzteres wurden Ruhephasen an der Front, Verlegung der Divisionen zur Auffrischung oder Genesungsurlaube genutzt. Besichtigungen, Vortragstage und kleinere Manöver oder Kriegsspiele standen dann an der Tagesordnung, um die Ärzteschaft kriegstauglich zu machen. Diese Fortbildungen waren meist sehr beliebt, bedeuteten sie doch Stunden, Tage oder sogar Wochen der Ruhe vor der Front. Für Robert Emmerich ergab sich diese Chance 1943 bei dem Übernahmekurs zum aktiven Sanitätsoffizier an der Heeressanitätsschule Berlin.⁹⁴ Nach zwei Wochen Unterricht und täglichen Übungen in Berlin, sowie dreiwöchiger Ausbildung an der Gebirgssanitätsschule St. Johann in Tirol galt der Kurs als abgeschlossen. Ab diesem Zeitpunkt befanden sich die einberufenen Ärzte zumindest theoretisch auf einer Ebene mit den regulär ausgebildeten aktiven Sanitätsoffizieren. Trotz aller Bemühung zur Fortbildung gilt es festzuhalten, dass das Groß der Ausbildung zum Sanitätsoffizier aus praktischer Einsatzerfahrung bestand.

*Und doch gilt für das Gebiet der Kriegschirurgie mehr noch als für die gesamte übrige Medizin, daß praktische Erfahrung allein erst den Gesellen zum Meister macht.*⁹⁵

Die Herausforderung bestand letztlich darin, diese Erfahrungen frontnah zu sammeln und in der Praxis umzusetzen, ohne dem Arzt das Leben zu kosten.

3.2 Ärztliche Ausrüstung im Kriegsverlauf

Der Truppenarzt hatte zunächst die Ausrüstung zur Hand, welche er selbst mit sich führte. Daneben stand ihm die Ausstattung zur Verfügung, welche das Sanitätspersonal trug, durch die motorisierten (mot.) Einheiten transportiert wurde und welche an Verbandplätzen sowie Lazaretten zusätzlich vorrätig war. Während jeder einfache Soldat zumindest mit kleinen oder großen Verbandspäckchen ausgestattet war, besaßen die Krankenträger eine eigene Tasche mit

⁹² Wie es am Beispiel der Sanitätsunteroffizieren deutlich wurde, die ursprünglich andere Berufe erlernt hatten, vgl. dazu Kapitel 1.3.1.

⁹³ Vgl. dazu die Integration der wehrpolitischen Erziehung an den Hochschulen des Reiches, in: Thom, Zur Mitwirkung der deutschen Ärzteschaft, S. 309f.

⁹⁴ Laut Emmerich der „schönste Kurs des Krieges!“, Emmerich, Einer von Millionen, S. 31.

⁹⁵ Melzner, Ernst, Der Frontchirurg auf den Hauptverbandplätzen des Ostens, in: Der Deutsche Militärarzt. Zeitschrift für die gesamte Wehrmedizin, 9/1, 1944, S. 27.

Verbandzeug. Dazu gehörten Verbandspäckchen mit verschiedenen Verbänden, Mullbinden, Pinzetten, Schere und Abschnürbinden. Die Sanitätsmannschaften hielten eine zusätzliche Tasche mit einem Grundstock an wichtigen Arznei- und Desinfektionsmitteln sowie kleinerem Besteck bereit. Zu den Medikamenten zählten unter anderem Schmerzmittel in Tablettenform wie Aspirin und Opium.⁹⁶ Bei den berittenen Einheiten waren die Taschen in einer Doppeltasche kombiniert.

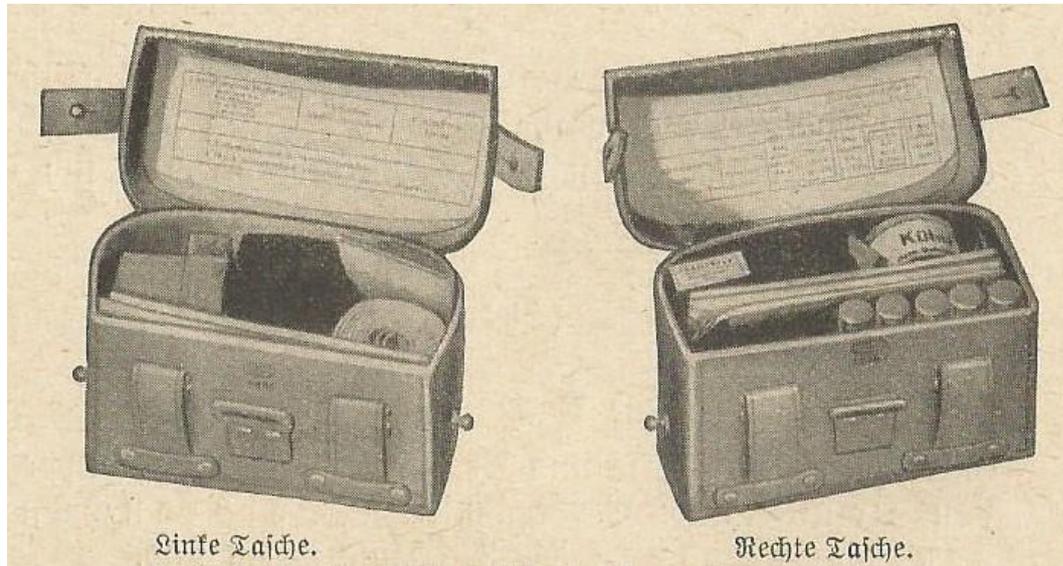


Abbildung 4: Sanitätstasche für Unberittene (Paar)⁹⁷



Abbildung 5: Sanitätstasche für Berittene⁹⁸

⁹⁶ H. Dv. 59, Unterrichtsbuch für Sanitäts-Unterroffiziere und -Mannschaften, Berlin 1939, S. 337.

⁹⁷ Ebd., S. 336.

Die Truppenärzte selbst verfügten über eine ständige Ausrüstung, die jederzeit eine Erstversorgung ermöglichen sollte. Diese Sanitätstasche war ebenso mit dem wichtigsten Verbandsmaterial und Arzneimitteln bestückt und beinhaltete darüber hinaus noch weitere ärztliche Utensilien wie Rekordspritzen⁹⁹, Injektionsnadeln und Taschenbesteck.¹⁰⁰

Weitere Vorräte wurden in Form von Sanitätskästen durch die bespannten (besp.) oder mot. Fahrzeuge transportiert. Der sogenannte Satz a) stellte die Grundversorgung an Material für jeden Truppenarzt eines Regiments oder Bataillons dar und bestand aus vier Kästen.¹⁰¹ Er wurde auf dem Sanitätsgerätewagen oder Gefechtsfahrzeug bereitgestellt und sollte für kleinere Gefechtseinsätze ausreichen. Neben dem üblichen Vorrat enthielt er außerdem ein Tornister-Filtergerät für die vorrübergehende Trinkwasserzubereitung, Aufklärungsabteilungen und kleinere mot. Verbände verfügten über einen leichten Satz Truppenanitätsausrüstung.¹⁰² Der Satz b) war dem Divisionsarzt zugewiesen und diente als erster Nachschub, der je nach Bedarf an die Sanitätseinheiten verteilt wurde. Für eine Sanitätskompanie stand jeweils ein Satz c) bereit, der Haupt- u. Sammelbesteck, Narkosemittel und weiteres Operationszubehör für die chirurgische Arbeit des Hauptverbandplatzes (HVP) umfasste. Das Versorgungsmaterial für Feld- und Kriegslazarette wurde als Satz d) bezeichnet und wurde jedem Lazarett in zweifacher Ausführung bereitgestellt. Weiterhin existierte eine Vielzahl an Einzelsätzen mit Beleuchtungsapparaten, Bluttransfusionsgeräten, Operationstischen, Feld-Röntgengeräten u.v.m.¹⁰³

Der Truppenarzt war somit je nach Einsatzgebiet bzw. Einsatzbereich ausrüstungstechnisch dazu in Lage von der Erstversorgung im Feld bis zur Notoperation im Lazarett alle Herausforderungen bewerkstelligen zu können. Voraussetzung hierfür war das Vorhandensein der vorgeschriebenen Ausrüstung, was in den folgenden Kapiteln thematisiert werden soll.

⁹⁸ H. Dv. 59, Unterrichtsbuch für Sanitäts-Unterroffiziere und -Mannschaften, Berlin 1939, S. 337.

⁹⁹ Rekordspritzen waren die damals gebräuchlichen Injektionsspritzen. Sie bestanden aus einem Glaszylinder, Metallkolben, waren in Einzelteile zerlegbar und nach der Desinfektion wiederverwendbar.

¹⁰⁰ Vgl. für eine genauere Beschreibung der Inhalte der Sanitätstaschen: H. Dv. 208/4, Zusammenstellung der Packordnung der Sanitätsbehältnisse, o.O. 1941, S. 3-7.

¹⁰¹ Vgl. H. Dv. 59, Unterrichtsbuch für Sanitäts-Unterroffiziere und -Mannschaften, S. 341f.

¹⁰² Ebd. S. 340.

¹⁰³ Vgl. dazu Sanitätsausrüstung und -Geräte in: Buchner, Alex, Der Sanitätsdienst des Heeres 1939-1945. Organisation, Ausrüstung, Einsätze, Wölfersheim-Berstadt 1995, S. 20-23.

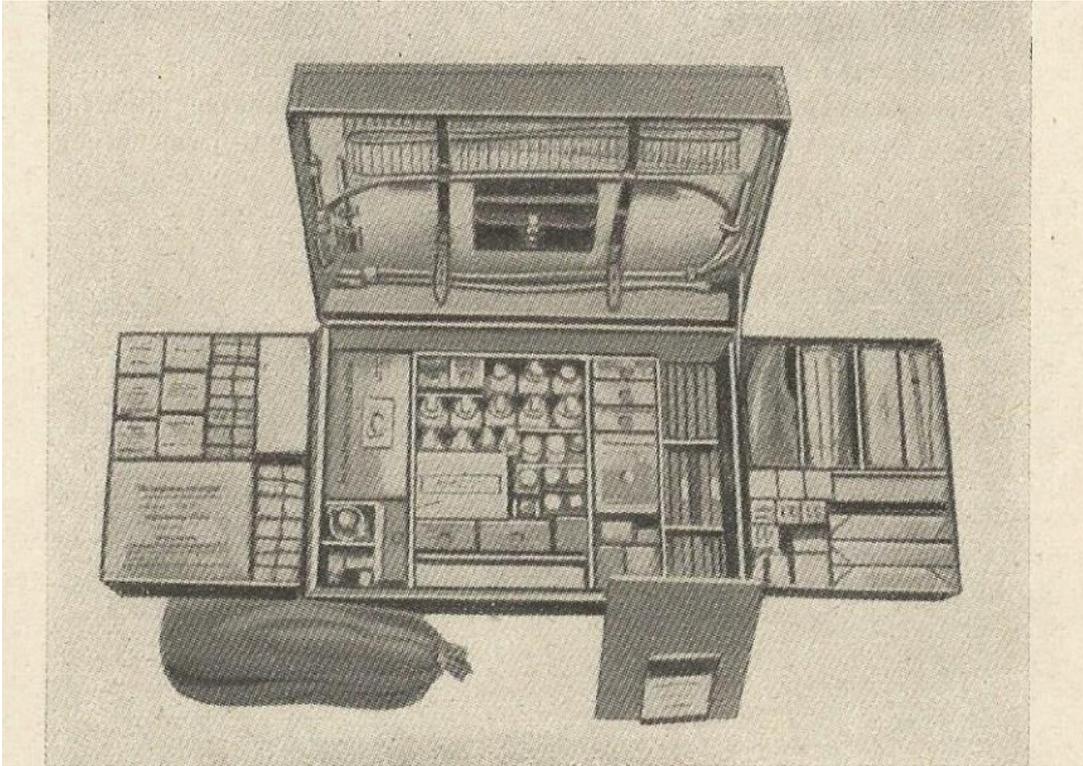


Abbildung 6: Der Sanitätskasten.¹⁰⁴



Abbildung 7: Kasten 1, Gefechts-Kasten.¹⁰⁵

¹⁰⁴ Der Sanitätskasten, H. Dv. 59, Unterrichtsbuch für Sanitäts-Unteroffiziere und -Mannschaften, S. 340.

¹⁰⁵ Kasten 1, Gefechts-Kasten, H. Dv. 59, Unterrichtsbuch für Sanitäts-Unteroffiziere und -Mannschaften, S. 341.

3.2.1 Ausrüstungssituation zu Beginn des Ostfeldzuges

Wie sich im Laufe der Arbeit noch wiederholt zeigen wird, unterschieden sich Soll und Realität in vielen Aspekten der deutschen Kriegsführung. Davon war auch die ärztliche Ausrüstung nicht ausgenommen. Schon seit Kriegsbeginn arbeitete der Sanitätsdienst aufgrund einer eiligen und verspäteten Mobilmachung unter ständiger Mangelwirtschaft.¹⁰⁶ Laut Keegan meinte die deutsche Führung, wie in Frankreich noch durchaus erfolgreich, auch in Russland durch die Blitzkrieg-Strategie fehlende Ausrüstung und Nachschub wettmachen zu können.¹⁰⁷ Militärisch war dieses Vorhaben zumindest in den ersten Monaten des Russlandfeldzugs noch von Erfolg gekrönt, bereitete den Sanitätsdiensten jedoch von Anfang an große Versorgungsprobleme. Der Aufrechterhaltung der Mobilität der Wehrmacht fiel vor allem großes Gerät zum Opfer. Immer wieder wurde „unter befehlsmäßiger Hinterlassung nicht fahrfertiger Kfz. und nicht verladbaren Gerätes“¹⁰⁸ der schnellstmögliche Abmarsch vollzogen. Nur wenige Sanitätsformationen waren im Besitz der versprochenen Feldröntengeräte, Pionierscheinwerfer wurden zu Operationsleuchten umfunktioniert¹⁰⁹ und schon im Winter 1941/42 war jedes fahrende Fahrzeug „fast ein Wunderding“.¹¹⁰

Die Diskrepanz zwischen Theorie und Praxis wird am Beispiel der Bluttransfusionssysteme deutlich. Denn aus medizinischer Sicht war man sich ihrer Bedeutung durchaus bewusst.

Infusionen und vor allem Bluttransfusionen sind heute die allgemein anerkannt wichtigsten Mittel zur Bekämpfung von Schock und Blutverlust. Es wird sich deshalb lohnen, die hierzu notwendige Apparatur in genügender Zahl und handlicher Ausführung bereit zu halten.¹¹¹

Dementsprechend angetan äußerten sich die Truppenärzte über die neue Behandlungsmethode zur Bekämpfung der Schocksymptomatik, sobald sie zum Einsatz kam.

Ohne Mittagspause hatten wir täglich bis gegen Mitternacht zu tun, vor allem mit der Bekämpfung lebensbedrohlicher Schockzustände. [...] Um Blut zu übertragen, mußten erst geeignete Spender mit verträglicher Blutgruppe gefunden werden, was meist recht schwierig war. Die dann erkennbaren Ergebnisse waren aber

¹⁰⁶ Vgl. Buchner, Der Sanitätsdienst des Heeres, S. 11.

¹⁰⁷ Vgl. Keegan, John, Die Kultur des Krieges, Berlin 1995, S. 523-527.

¹⁰⁸ BAMA RH 50/169, Dr. Wilhelm Guttenberg, Tätigkeitsbericht vom 19.2.42.

¹⁰⁹ Vgl. Killian, Im Schatten der Siege, S. 12f.

¹¹⁰ Mauss, Als Sanitätsoffizier im 2. Weltkrieg, S. 331.

¹¹¹ Völk, Anton, Zusätzliche-behelfsmäßige Ausrüstung einer bespannten Sanitätskompanie, in: Der Deutsche Militärarzt. Zeitschrift für die gesamte Wehrmedizin, 9/4, 1944, S. 195.

überwältigend. Manche kraftlose, leichenblasse Verwundete, deren Überleben mehr als fraglich war, wurden durch Blutübertragungen dem Leben zurückgegeben.¹¹²

Die Bluttransfusion wurde zwar an der Ostfront weit häufiger angewandt als noch in Frankreich und Polen.¹¹³ Gleichwohl konnte sich diese lebensrettende Maßnahme aufgrund „schlagartig einsetzenden Massenandrang[s] der Verwundeten, aber auch mangelhafte[n] oder zu komplizierte[n] Gerät[s]“¹¹⁴ nie flächendeckend durchsetzen. Zusätzlich minderten Nebenwirkungen bei Anwendung von Blutkonserven ihren Nutzen, weshalb wenn überhaupt eher auf Frischblutspenden der Soldaten und des Personals zurückgegriffen wurde.¹¹⁵

Trotz aller Ausrüstungsmängel stand dem Truppenarzt zumindest anfänglich eine noch ausreichende Basis an Verbandszeug, Instrumenten und Medikamenten zur Verfügung.¹¹⁶ Teilweise sorgte auch die Nutzung von französischem oder sowjetischen Feindmaterial für Entlastung.

Andererseits hatten die Roten für ihre Armee sehr gut vorgesorgt und so sind uns völlig unversehrt große Bestände an Treibstoff, Reifen, Brot, Mehl, Zucker, [...] usw. in die Hände gefallen, so daß wir schon wieder ganz vom Nachschub frei sind. Den schnellen Panzervorstoß auf Minsk verdanken wir nur dem guten russischen Benzin.¹¹⁷

Abgesehen von Treibstoff und Nahrungsmitteln bereitete das russische Kriegsgut allerdings immer wieder Schwierigkeiten in der Anpassung an das Wehrmachtsmaterial oder der Organisation von Ersatzteilen.

- *Beim Feldlazarett fehlen die beiden zuständigen Krankenkraftwagen. Die an ihrer Stelle laufenden kleinen, geschlossenen Lieferwagen sind für Verwundetentransport völlig unbrauchbar [...]*
- *Krankenkraftwagenzug 2/44 ist mit Beutekrankenkraftwagen ausgestattet, für die sehr schwer Ersatzteile zu beschaffen sind.¹¹⁸*

¹¹² Müller, Kriegschirurg in Rußland, S. 156f.

¹¹³ Vgl. Melzner, Der Frontchirurg auf den Hauptverbandplätzen des Ostens, S. 26.

¹¹⁴ Ebd.

¹¹⁵ Vgl. BAMA, RH 12-23/4440.

¹¹⁶ Vgl. Bamm, Die unsichtbare Flagge, S. 15.

¹¹⁷ Mauss, Als Sanitätsoffizier im 2. Weltkrieg, S. 124.

¹¹⁸ Auszug aus der Mängelliste der 44. Inf. Div. in: Fischer, Hubert, Der deutsche Sanitätsdienst 1921-1945. Organisation, Dokumente und persönliche Erfahrungen, Bd. 2, Teil C: Der Sanitätsdienst der Wehrmacht im 2. Weltkrieg (1939-1945), Osnabrück 1983, S. 448.

3.2.2 Nachschub und Transportmittel

Bei der schon erwähnten, mangelhaften Vorbereitung des Blitzkrieges, war eine funktionierende Nachschubkette von noch größerer Bedeutung für die Ausstattung der Sanitätsdienste. Verschiedene Faktoren erschwerten die Versorgung der Frontlinien.

Während die Sowjetunion den Vorteil des Verteidigers in Form kurzer Nachschubwege ausnutzen konnte, musste die Wehrmacht innerhalb kürzester Zeit weite Strecken überbrücken. Beispielsweise stand Robert Emmerich im August 1941 mit der 71. Inf.-Div. vor den Toren Kiews.¹¹⁹ Zwei Monate nach Beginn des Überfalls auf die Sowjetunion hatte man sich schon hunderte Kilometer von den ursprünglichen Grenzen des Deutschen Reiches entfernt. Neben den weiten Abständen der Nachschubwege, stellte deren Zustand ein weiteres Hindernis dar. Fehlende Infrastruktur, Sumpfgebiete und Schlamm machten die Versorgung der Fronttruppen zur Herkulesaufgabe.

*Der General Schlamm ist Moskaus bester Verbündeter.*¹²⁰

*Heftige Gewitterregen haben das Erdreich mal wieder in eine zähe, schlickartige Masse verwandelt, in die die Autos bis zu den Achsen einsinken und nicht mehr von der Stelle kommen. Fußgänger sinken bis über die Knöchel ein und bleiben mit ihren Stiefeln im Morast hängen. Der Nachschub zur Front wird durch solche Schlammstraßen arg behindert und nicht selten ganz unterbrochen.*¹²¹

Christian Fey, Bataillonsarzt der Aufklärungsabteilung 27 schreibt schon am 12. November 1941 in seinem Kriegstagebuch:

*Verpflegung: Hühner, Kartoffeln. Das letzte Brot wurde ausgegeben. Unser Verpflegungstroß konnte von Orel wegen des unmöglichen Weges nicht nachkommen.*¹²²

Bereitete im Herbst und Frühling der Schlamm die größten Transportprobleme, so sorgten im Winter Schneeverwehungen für teilweise unmögliches Durchkommen und extreme Kälte für ausgefallene Motoren. Über diese Herausforderungen des russischen Winters schrieb Stabsarzt Dr. Wilhelm Guttenberg ausführlich in seinen Tätigkeitsberichten für die Sanitätskompanie 168 an der Ostfront bis ins Jahr 1942. Im Gegensatz dazu wirken seine vorherigen Schilderungen der

¹¹⁹ Emmerich, *Einer von Millionen*, S. 10f.

¹²⁰ Jung, *Als Truppenarzt an der Ostfront*, S. 377.

¹²¹ Müller, *Kriegschirurg in Rußland*, S. 129.

¹²² Fey, *Kriegstagebuch*, S. 54.

Versorgungsprobleme von 1939 in Polen, wie die erschwerte Beschaffung frischen Fleisches und Gemüses, eher wie Lappalien.¹²³

Als drittes schwerwiegendes Problem hatten die mot. Einheiten mit großer Treibstoffknappheit zu kämpfen. Wenngleich auch genügend Fahrzeuge zur Verfügung standen, scheiterte deren Nutzung am fehlenden Benzin.¹²⁴ Während des Vormarsches leistete erbeuteter Treibstoff noch Abhilfe, in der Rückzugsbewegung war der Wechsel von motorisierten Fahrzeugen auf Kutschen oder Schlitten häufig die einzige Lösung. Dabei bediente man sich aus ehemals polnischen oder aus der Zivilbevölkerung beschlagnahmten Beständen.¹²⁵ Wie verzweifelt die Versorgungslage gegen Ende des Krieges war, lässt sich an folgender Beschreibung Robert Emmerichs ablesen.

*Es gab [...] in dem Ort gar kein Benzin. Im Gegenteil, wir mußten einige Fahrzeuge zurücklassen und von den übrigen jedes zweite in Schlepp nehmen. In die Zugfahrzeuge füllten wir das noch vorhandene Benzin und dazu die ganzen Vorräte an Narkoseäther und Alkohol aus den Operationsvorräten.*¹²⁶

Die gescheiterte Ausstattung der Wehrmacht mit kälteresistenter Kleidung im Winter 1941/42 gilt als Paradebeispiel für die siegessichere, aber fehlerhafte Vorausplanung und mangelhafte Nachschuborganisation des Unternehmens Barbarossa. Auch für das Sanitätspersonal selbst sowie für die kranken und verwundeten Soldaten hatte diese Problematik äußerste Relevanz. Es bereitete besondere Schwierigkeiten, die immobilen Patienten warm zu halten und für die Ärzte kam mit den zahlreichen Erfrierungen ein zusätzliches schwerwiegendes Krankheitsbild hinzu.

*Schließlich hatte die Krim keine Decken mehr. Wir machten eine Alarmmeldung nach der anderen. Aber es kam nur jener für das Militär typische Befehl: „Die Einheiten haben sich mit den ihnen zur Verfügung stehenden Mitteln zu behelfen.“ [...] Die Verwundeten froren mit den ihnen zu Verfügung stehenden Mitteln.*¹²⁷

Schon im Oktober 1941 kam es je nach Region zu Schneefall und Minusgraden¹²⁸ und die Temperaturen konnten von Tag auf Nacht um mehr als 30° Celsius fallen.¹²⁹ Dennoch reagierte die deutsche Führung lange nicht und schließlich zu spät. Mit der Aufforderung nach Kleiderspenden aus der Bevölkerung wollte Goebbels die Fehlkalkulation wettmachen. Um die Spenden möglichst schnell an die Front zu bringen, wurden auch Lazarettzüge für den Transport

¹²³ Vgl. BAMA, RH 50/169, Dr. Wilhelm Guttenbergs, Tätigkeitsbericht vom 19.2.42.

¹²⁴ Vgl. Buchner, Der Sanitätsdienst des Heeres, S. 47.

¹²⁵ Emmerich, Einer von Millionen, S. 48.

¹²⁶ Ebd., S. 56.

¹²⁷ Bamm, Die unsichtbare Flagge, S. 120.

¹²⁸ Vgl. Küstner, Erinnerungen, S. 51.

¹²⁹ Vgl. BAMA, RH 12/123/4626, Klimatische Verhältnisse im Osten. Ihr Einfluß auf die Truppe, S. 1.

zweckentfremdet. Auf einem dieser Züge war Heinz Küstner als Arzt im Einsatz. In seinen Erinnerungen berichtet er über die teils chaotische Nachschuborganisation:

Von einer ordnungsmässigen Übergabe konnte keine Rede sein, die Zettel auf denen die Sachen aufgeführt standen, wurden unbesehen quittiert und die Sachen auf die LKW geladen. Über die liederliche Arbeit ärgerte ich mich schon. „Wie kommen denn die Sachen nun weiter an die Front?“ fragte ich den Zahlmeister beim Ausladen, denn es waren noch ungefähr 100 km bis dorthin und ich sollte noch weiter fahren. Mit überlegenem Lächeln meinte er: „Die Sachen werden hier eingelagert im Magazin! Der Winter ist ja sowieso bald zu Ende!“ sagt er und dabei steckte er die Hände in die Taschen eines weiten Pelzes, denn der Wind war scharf bei [minus] 30 Grad!¹³⁰

Hatte die Bekleidung dann einmal ihr eigentliches Ziel erreicht, war das neue Jahr schon längst angebrochen und die Spenden führten zu teils skurrilen Situationen wie im Tagesbericht von Divisionsarzt Mauss am 10.02.1942 beschrieben:

Uns entgegen kommen Kolonnen mit Schlitten und Wagen, die sich bietenden Bilder sind köstlich. Die Wollspende des deutschen Volkes 1941 hatte sich sichtbar ausgewirkt. Da sitzen auf den Kutschböcken die Landser, bärtige Gesichter, um den Hals die farbenprächtigsten Schals der Skibaseln von Oberhof und Garmisch, eine Symphonie von leuchtendem Rot, Grün, Blau oder was man sonst will. Da stecken sie ihre Hände in elegante Damenmuffs, die vielleicht manchen Kaffeeklatsch einer guten Großmama mitgemacht haben. Da kommt ein anderer strahlend an uns vorbei und trägt den ihm zwar etwas engen, aber noch passenden Pelzmantel eines Geschäftsreisenden. [...] Und auf dem Motorrad – hat der hinten eine Dame aufgeladen? – nein, ein braver Landser ist es auch, aber im großen Damenpelz, der in seiner Prunkzeit sicher mal auf dem Kurfürstendamm Glanz eingelegt hat.¹³¹

Von offizieller Seite galt die Flucht in die Ideologie als adäquate Antwort auf die katastrophale Versorgungssituation.

Wir meinen, daß wirklich ausschlaggebend das psychologische Moment, d.h. die psychische Einstellung des Einzelnen ist. Immer wieder konnte man erleben, daß gerade der Soldat minderer Qualität leicht ein Opfer des Frostes wurde.¹³²

[...] daß die geistige Überlegenheit des deutschen Soldaten auch mit den klimatischen Schädigungen im positiven Sinne fertig werden muß, als Trotzer den Naturgewalten gegenüber als ihr körperlicher und geistiger Besieger.¹³³

Wenn der Soldat innerlich auf den Winterkrieg vorbereitet und gut ausgebildet ist, [...] dann erst ist er seinem Gegner überlegen. [...] Gerade im Winterkrieg ist eine gefestigte innere Haltung Vorbedingung zum Sieg.¹³⁴

¹³⁰ Küstner, Erinnerungen, S. 52.

¹³¹ Mauss, Als Sanitätsoffizier im 2. Weltkrieg, S. 351f.

¹³² Melzner, Der Frontchirurg auf den Hauptverbandplätzen des Ostens, S. 40.

¹³³ BAMA RH 12/23/4626, Klimatische Verhältnisse im Osten, S. 4.

In der Praxis bemühte sich die Führungsriege um zielführendere Lösungsansätze. Der Befehl zum Auftrennen der Nähte an Uniformen vor der ärztlichen Behandlung („Wie das ein Truppenarzt im feindlichen Feuer, nachts beim Taschenlampenschein machen soll, möchte ich wissen.“¹³⁵) oder das Begräbnis der Soldaten ohne Stiefel (Die Würde des Todes auf dem Schlachtfeld war in diesem Krieg nicht einmal ein Paar Stiefel wert.¹³⁶) stieß jedoch schnell auf Unverständnis und Zorn. „[...] und manchmal schon habe ich solche Befehle stillschweigend verschwinden lassen, um mich bei der Truppe nicht lächerlich zu machen.“¹³⁷ Als effektiv erwiesen sich letztlich nur die Eigeninitiative bei der Beschaffung der Bekleidung von deutschen und russischen Gefallenen oder dem Einfallsreichtum des Einzelnen, wie der Nutzung von Fallschirmstoff als Schal.¹³⁸ „Gegen diese Witterung ist jetzt alles erlaubt, nachdem die deutsche Wehrmachtsführung verabsäumt hatte, uns auf den Winterkrieg vorzubereiten.“¹³⁹

Als seltene Ausnahme, was die Ausrüstungssituation anging, besserte sich die Lage bei Bekleidung und Decken in den folgenden Wintern. So konnten sich die Truppenärzte zumindest im Winter 1942/43 über rechtzeitige Lieferung der „warmen Verpflegung“¹⁴⁰ freuen. Anhand des Beispiels Stalingrad wird allerdings erneut ersichtlich, dass allen Verbesserungen zum Trotz, eine aufrechtgehaltene Verbindung zum Nachschub Grundvoraussetzung für die suffiziente Versorgung der Sanitätsdienste war.

3.2.3 Ausrüstungssituation im Verlauf des Ostfeldzuges

In den fortwährenden erbitterten Straßen- und Häuserkämpfen erging es allen Verwundeten von vornherein schlimm. Ein Feldlazarett gab es nicht, die Verwundeten mußten sich zu den in dunklen Kellern befindlichen Verbandplätzen selbst hinschleppen oder wurden von Kameraden dorthin gebracht. Die wenigen Truppenärzte und ihre Sanitäter der zusammengewürfelten Besatzung wollten helfen und konnten doch gegen das vielfache Elend nicht viel tun. Da auch kein Nachschub an Sanitätsmaterial erfolgte, fehlte es an allem – an Verbandmitteln ebenso wie an Medikamenten, an Äther, Tetanusserum, Kreislaufmittel usw.¹⁴¹

Die Ausrüstungssituation entwickelte sich im Laufe des Russlandfeldzuges allgemein zum Schlechteren. Schnell fehlte es nicht mehr nur an Röntgengeräten oder Bluttransfusionssystemen, sondern an einfachsten und essenziellsten Mitteln wie Verbandsmaterial und Medikamenten.

¹³⁴ BAMA, RH 12/23/1565, Wie sich das Ostheer für den Winter rüstet.

¹³⁵ Mauss, Als Sanitätsoffizier im 2. Weltkrieg, S. 243.

¹³⁶ Bamm, Die unsichtbare Flagge, S. 41f.

¹³⁷ Mauss, Als Sanitätsoffizier im 2. Weltkrieg, S. 243.

¹³⁸ Vgl. Emmerich, Einer von Millionen, S. 36.

¹³⁹ Mauss, Als Sanitätsoffizier im 2. Weltkrieg, S. 324.

¹⁴⁰ Jung, Als Truppenarzt an der Ostfront, S. 389.

¹⁴¹ Bericht aus dem Kessel von Tscherkassy 1944, in: Buchner, Der Sanitätsdienst des Heeres, S. 72.

Später bereitete die Wasserversorgung große Probleme.¹⁴² Durst quälte die Verwundeten,¹⁴³ zum Waschen wurde geschmolzener Schnee genutzt¹⁴⁴ und Operationen mit wenigen unsterilen Instrumenten und fehlenden Medikamenten durchgeführt.

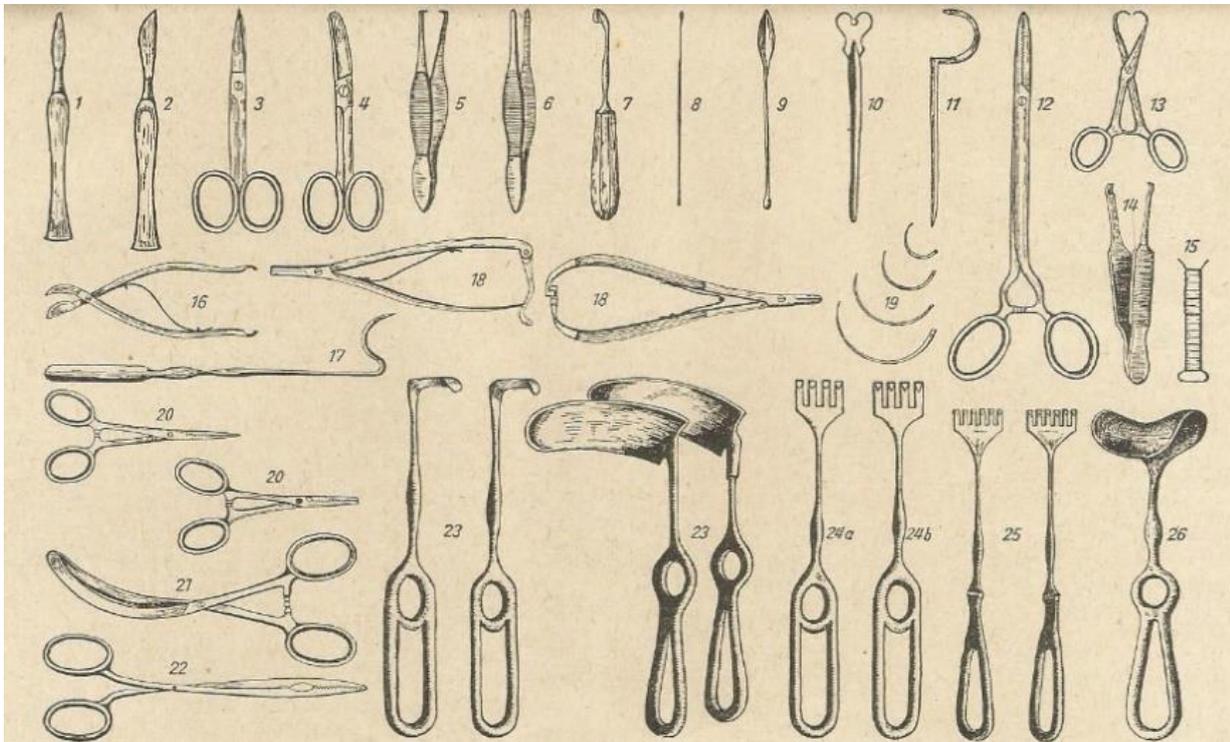


Abbildung 8: Chirurgische Operationsinstrumente.¹⁴⁵

*Nur wenige Instrumente hatte ich, keine sterilen Kittel oder Handschuhe, keine sterilen Tücher, keine Tupfer. Eine Asepsis, die jeder Beschreibung spottet! Viel zu wenig Nahtmaterial. Nur wenige, fast unbrauchbare Nähnadeln.*¹⁴⁶

Die Sanitätsdienste der SS-Division „Das Reich“ mussten zwischenzeitlich Bienenwachs-Kerzen sammeln, um eine provisorische OP-Beleuchtung zu ermöglichen.¹⁴⁷ Bald erfolgte die Verpflegung von Personal und Verwundeten „zum größten Teil aus dem Lande.“¹⁴⁸ Anhand des Kriegstagebuchs der San.-Komp. 181 ist ersichtlich, dass die Tagesbefehle 1944 hauptsächlich aus

¹⁴² Vgl. Steets, Hans, Gebirgsjäger in der Nogaischen Steppe. Vom Dnjepr zum Asowschen Meer, August – Oktober 1941, Heidelberg 1956, S. 109.

¹⁴³ Vgl. Müller, Kriegschirurg in Rußland, S. 153.

¹⁴⁴ Vgl. Ebd., S. 149.

¹⁴⁵ Chirurgische Operationsinstrumente, H. Dv. 59, Unterrichtsbuch für Sanitäts-Unterroffiziere und -Mannschaften, S. 313.

¹⁴⁶ Müller, Kriegschirurg in Rußland, S. 137.

¹⁴⁷ Vgl. Fischer, Hubert, Der deutsche Sanitätsdienst, S. 613.

¹⁴⁸ BAMA, RH 50/135, Kriegstagebuch der San.-Komp. 181 am 30.07.1944.

Abmarschbefehlen bestanden.¹⁴⁹ Der ständige übereilte Rückzug, der stellenweise nur auf Eigeninitiative hin erfolgte,¹⁵⁰ führte gezwungenermaßen zu immensen Materialverlusten. Teils wurde sich freiwillig zur „Gepäckerleichterung“¹⁵¹ von der Ausrüstung getrennt und diese vernichtet,¹⁵² teils fielen ganze Lazarette unfreiwillig in gegnerische Hände.¹⁵³

Am dramatischsten stellte sich die Versorgungssituation bei den eingekesselten Einheiten dar. Von sämtlichen Nachschublinien getrennt, waren die Sanitätsdienste auf das Material angewiesen, welches noch vorrätig zur Verfügung stand. Im schlimmsten Fall kam es dazu, dass „wegen Mangel an Verbandszeug und Arzneimitteln die Verwundeten nicht mehr genügend versorgt werden konnten.“¹⁵⁴ Zusätzlich wurden die Verhältnisse durch das große Aufkommen an Verwundeten, die nicht mehr von den Verbandplätzen abtransportiert werden konnten, verschärft. Bis zum Ausbruch aus dem Kessel und der erneuten Verbindung zu den rückwertigen Diensten waren die Truppenärzte somit zur Patientenversorgung unter widrigsten Bedingungen gezwungen. Was es für die Versorgung von Kranken und Verwundeten bedeutete, dem Kessel nicht rechtzeitig zu entgehen, lässt sich anhand eines der letzten Funksprüche des Armeoberkommandos (AOK) 6 aus Stalingrad erahnen: „Verpflegungslage zwingt dazu, an Verwundete und Kranke keine Verpflegung mehr auszugeben, damit Kämpfer erhalten bleiben.“¹⁵⁵

3.3 Ärztliche Arbeitsbedingungen im Kriegsverlauf

Selbst optimale Ausbildung und Ausrüstung hätten den deutschen Truppenarzt nicht darauf vorbereiten können, was ihn an der Ostfront alltäglich erwartete. In Kriegszeiten beeinflussten die ärztliche Arbeit unterschiedlichste Faktoren. In den sich anschließenden Kapiteln soll sich insbesondere auf das zur Verfügung stehende Personal, die gegebenen Räumlichkeiten und die allgemeine Gefahrenlage konzentriert werden.

3.3.1 Das Personal

Die Arbeitsbedingungen im Sanitätsdienst waren stets direkt von Personalspiegel und -qualität abhängig. Dabei gilt es nicht nur die Anzahl und Ausbildung an direkten ärztlichen Kollegen, sondern auch des zur Verfügung stehenden untergebenen Personals zu berücksichtigen. Auf beide Komponenten soll nun eingegangen werden.

¹⁴⁹ Vgl. BAMA, RH 50/135, Kriegstagebuch der San.-Komp. 181, Tagesbefehle ab Juni 1944.

¹⁵⁰ Vgl. BAMA, RH 50/135, Kriegstagebuch der San.-Komp. 181 am 27.07.1944.

¹⁵¹ Vgl. BAMA, RH 50/135, Kriegstagebuch der San.-Komp. 181 am 29.07.1944.

¹⁵² Vgl. Bamm, Die unsichtbare Flagge, S. 325.

¹⁵³ Vgl. Müller, Kriegschirurg in Rußland, S. 136.

¹⁵⁴ Buchner, Der Sanitätsdienst des Heeres, S. 74.

¹⁵⁵ BAMA, RH 19-VI/12, Funkspruch vom 28. Januar 1943, S. 2.

Wie im Kapitel 1.1 „Ärztliche Ausbildung im Kriegsverlauf“ zuvor beschrieben, war die personelle Ausgangssituation schon zu Kriegsbeginn angespannt. Durch die oben genannten Maßnahmen konnte das Personal von 7.798 Ärzten im Feldheer im Jahr 1939 auf 17.034 Sanitätsoffiziere¹⁵⁶ bis 1942 quantitativ erhöht, jedoch der qualitative Bedarf nie adäquat gedeckt werden.

Wenn der Wettlauf gegen die Personalnot nicht schon vor Kriegsbeginn verloren worden war, so war er spätestens im 2. Kriegsjahr nicht mehr einzuholen. Die Personalsituation verschlechterte sich stetig und spitzte sich kongruent zu den Verlustzahlen im Kriegsverlauf zu. Beispielweise war die 71. Inf.-Div. schon 1941 nach der Schlacht um Kiew laut Emmerich nur noch ca. 500 Mann stark.¹⁵⁷ So führt er aus:

*Damals [1941] ging man mit dem „Ärztmaterial“ noch recht großzügig um. Nicht nur jedes Regiment hatte zwei Ärzte, sondern sogar jedes Bataillon, jeweils einen Regt.- dazu einen Batl.-Arzt und einen Hilfsarzt. – Später, gegen Kriegsende war ich z.B. einziger Arzt beim ganzen Regiment, es wurden also allein bei der Infanterie einer Division 7 Ärzte eingespart. Es wurde bekannt, daß gerade unter den Ärzten relativ [...] hohe Verluste zu verzeichnen waren.*¹⁵⁸

Statt anfangs sieben ausgebildeten Ärzten war innerhalb weniger Kriegsjahre nur noch ein Arzt für die Versorgung von ca. 3000 Soldaten¹⁵⁹ verantwortlich. Bestätigen lassen sich diese Zahlen nur teilweise. Sowohl die Angaben der Personalzahlen an Sanitätsoffizieren als auch deren Verlustzahlen variieren je nach Quelle. Viele offizielle Dokumente gingen im Krieg verloren oder wurden vernichtet. Außerdem wurde in den Wirren der letzten Kriegsjahre weniger Buch geführt, als es zu Beginn des Krieges noch üblich war. Beispielweise hatte das Zentralarchiv für Wehrmachtsmedizin für die Jahre 1939-1943 den „Vorläufige[n] Sanitätsbericht des deutschen Heeres“ veröffentlicht, während dessen zweiter Teil nicht mehr fertiggestellt werden konnte. Im Allgemeinen waren Verlustmeldungen selten vollständig und viele Soldaten, deren Schicksal nicht bekannt wurde, werden bis heute als „vermisst“ dokumentiert. Für den Großteil dieser ist davon auszugehen, dass Sie auf dem Schlachtfeld oder in Gefangenschaft verstorben sind. Hinzu kommen die nicht erfassten Schwerverwundeten, die erst auf den Verbandplätzen und in den Lazaretten starben und dadurch keinen Eingang in offizielle Statistiken fanden. Unabhängig von verlässlichen Verlustzahlen wog der Ausfall eines ausgebildeten Arztes schwer. Daher greift die Fixierung auf reine Ausfalldaten zu kurz und muss immer im Zusammenhang mit der bedeutenden Rolle des Arztes für die kämpfende Truppe analysiert werden.

¹⁵⁶ Vgl. Müller, Vorläufiger Sanitätsbericht

¹⁵⁷ Vgl. Emmerich, Einer von Millionen, S. 13.

¹⁵⁸ Ebd. S. 10.

¹⁵⁹ Dies entspricht der ungefähren Mannstärke eines Inf.-Rgt. der Wehrmacht.

Anhand der Zeitzeugenaussagen lässt sich bestätigen, wie es um die Personalversorgung an der Ostfront stand. Walther Jung, zu jener Zeit Truppenarzt der 72. Inf.-Div., berichtete in seinen Briefen an die Familie immer wieder von großen Verlusten unter dem ärztlichen Personal. Er spricht allein von neun gefallenen Ärzten innerhalb eines Regiments nach nur einem Jahr Russlandfeldzug,¹⁶⁰ vier gefallenen Truppenärzte in fünf Tagen und 80 ärztlichen Fehlstellen in der IX. Armee, die mit Medizinstudenten ersetzt wurden.¹⁶¹ 80 weitere Medizinstudenten wurden als Hilfsärzte eingesetzt.¹⁶² Die 1. Gebirgs-Division (Geb.-Div.) verlor zehn Sanitätsoffiziere in etwas mehr als einem Monat.¹⁶³ Auch Dr. Wilhelm Mauss, als Divisionsarzt hauptverantwortlich für die ärztliche Versorgung der 20. Inf.-Div. beklagte den ärztlichen Personalmangel in seinen Frontberichten regelmäßig. Ärzte erkrankten, Ärzte fielen, Ärzte wurden beurlaubt, ohne dass vorher für einen Ersatz gesorgt worden wäre. Und wenn dieser eintraf, ist er oft zu alt oder zu jung.¹⁶⁴ So vermeldete er schon am 30.11.1941 40 Fehlstellen in seinen beiden Sanitätskompanien von denen 6 auf Sanitätsoffiziere entfielen. Zu diesem Zeitpunkt musste er unter absolutem Personalmangel auf die Gefechtsbreite von ca. 100 Kilometern die Sanitätsversorgung für zwei Divisionen gewährleisten.¹⁶⁵ Im Februar 1942 stand Mauss noch ein Truppenarzt pro Bataillon zur Verfügung¹⁶⁶. Bezogen auf die Anzahl an Sanitätsoffizieren in einer klassisch aufgestellten Infanterie-Division von 16 Ärzten,¹⁶⁷ wären davon nur eine Hand voll übriggeblieben.

Eine gängige und oft letzte Lösung des Ärztemangels bestand aus Personalverschiebungen. So wurden Ärzte durch Regimentswechsel oder sogar Divisionswechsel immer dorthin versetzt, wo der Bedarf am nötigsten war. Es entstand ein "Wanderleben"¹⁶⁸ der Ärzteschaft, welches ein Eingewöhnen mit Truppe und Arbeitsplatz oft unmöglich machte. So war Robert Emmerich bis zum Kriegsende in vier verschiedenen Divisionen tätig und wechselte auch innerhalb dieser vielfach die Abteilungen. Beförderungen waren ein ebenso adäquates Mittel, um Stellen zwar einfallsreich, allerdings fraglich gleichwertig zu ersetzen. Vor allem in der verzweifelten personellen Situation der letzten Kriegsmomente, musste man oft nur lange genug unversehrt bleiben, um in den Diensträngen aufzusteigen. Als letzter einsatzfähiger Arzt hatte man schneller die Verantwortung für Abteilungen, Kompanien oder ganze Regimenter inne, als es Dienstzeit, Erfahrung und Fertigkeiten hätten zulassen sollen.

¹⁶⁰ Vgl. Jung, Als Truppenarzt an der Ostfront, S. 285.

¹⁶¹ Vgl. ebd. S. 371f.

¹⁶² Vgl. ebd. S. 366.

¹⁶³ Vgl. Steets, Gebirgsjäger in der Nogaischen Steppe, S. 109.

¹⁶⁴ Vgl. Mauss, Als Sanitätsoffizier im 2. Weltkrieg, S. 295, S. 341 und S. 358.

¹⁶⁵ Vgl. ebd., S. 293.

¹⁶⁶ Vgl. ebd., S. 355.

¹⁶⁷ Vgl. Buchner, Der Sanitätsdienst des Heeres, S. 15.

¹⁶⁸ Jung, Als Truppenarzt an der Ostfront, S. 303.

Aufgrund des Ärztemangels spielte die Bedeutung des untergebenen Personals eine noch größere Rolle als dies ohnehin schon der Fall war. Die Zuarbeit ausgebildeter Sanitätsunteroffiziere und Krankenschwestern, freiwilliger Helfer, Krankenträger und auch russischer Hilfspfleger entlastete die Truppenärzte ausschlaggebend. Ohne sie wäre eine suffiziente Behandlung erkrankter und verwundeter Kriegsteilnehmer nicht vorstellbar gewesen. Ferner übernahmen sie im Laufe des Russlandfeldzuges erzwungenermaßen ärztliche Aufgaben. Auch wenn diese oft nur organisatorischer Natur waren, erleichterten sie dem Truppenarzt den Frontalltag und schenkten ihm kostbare Minuten der ärztlichen Fürsorge am Verbandplatz, Operationstisch oder Sterbebett.

In „Der Deutsche Militärarzt“, einer von 1936-1944 herausgegebenen Monatsschrift für Sanitätsoffiziere, wird die Arbeit der Helfer in der Ausgabe vom Januar 1944 folgendermaßen beschrieben:

Während der Chirurg in seine Arbeit vertieft Stunde um Stunde am Operationstisch steht, kann er sich unmöglich um Ausladen und Auswahl der Verwundeten, Aufnahme- und Meldewesen, Vorbereitung und Heranschaffung der Verwundeten zur Operation, endlich um Lagerung, Betreuung und Verpflegung der Operierten kümmern. Er muß die unbedingte Gewißheit haben, daß dies alles und noch viel mehr ohne seine unmittelbare Kontrolle reibungslos und einwandfrei klappt. Die Schwierigkeit besteht darin, daß ihm geschultes Personal von vornherein selten zur Verfügung steht.¹⁶⁹

Geschult waren an den Verbandplätzen nur die Sanitätsunteroffiziere, die ihre Ausbildung jedoch innerhalb weniger Monate abgeschlossen hatten. Früher waren sie Metzger, Schreiner und Hutmacher, nun hing von ihrer „gewissenhaften und pflichttreuen Ausführung ärztlicher Verordnungen [...] die Genesung oder gar das Leben des Kranken ab.“¹⁷⁰ Die Realität bestand darin, dass die Sanitäts-Unteroffiziere bei kurzer Ausbildungsdauer in fachfremdem Gebiet und quasi non-existent Weiterbildung während des Krieges besonders durch Einsatzerfahrung an Qualität gewannen. „Er [der Sanitätssoldat] lernt es, wenn oft auch erst unter den blutigen Tränen oder schreckenserregenden Zornausbrüchen des Chirurgen.“¹⁷¹ Hinzu kommt, dass die Verlustzahlen unter den Sanitätsdienstgraden ähnlich hoch waren, wie die der Truppenärzte.¹⁷² So fielen an manchen Tagen komplette Sanitätsmannschaften aus, die erneut durch unerfahrenes Personal ersetzt werden mussten.¹⁷³ Die frischen Kräfte mussten dann erst wieder mit ihren

¹⁶⁹ Melzner, Der Frontchirurg auf den Hauptverbandplätzen des Ostens, S. 20-42.

¹⁷⁰ H.Dv.59, Unterrichtsbuch für Sanitätsunteroffiziere und -mannschaften, S. XIV.

¹⁷¹ Melzner, Der Frontchirurg auf den Hauptverbandplätzen des Ostens, S. 41

¹⁷² Vgl. z.B. die Verlustzahlen der Geb. San. Komp. 1/54 1941 in: Fischer, Der deutsche Sanitätsdienst, S. 582f

¹⁷³ Vgl. den Tagebucheintrag vom 16.06.1942 von Walter Jung in: Jung, Als Truppenarzt an der Ostfront, S. 322

Verantwortungen vertraut gemacht werden und mit ihren Aufgaben wachsen. Das kostete ihren Vorgesetzten, also den Ärzten, Geduld, Zeit und im schlimmsten Fall Menschenleben.

Trotz aller Probleme waren sich die meisten Truppenärzte der Bedeutung des Sanitätsunteroffiziers für die tägliche Arbeit bewusst und würdigten sie dementsprechend:

[Allen] Sanitätssoldaten, mit denen ich bisher zu tun hatte, zolle ich hohe Achtung. Was sie in den Wochen stärkster Einsätze leisten, ist über jedes Lob erhaben. So ungeschult, unerfahren und ungeschickt sie oft sein mögen, versuchen sie doch unablässig, auch unter primitivsten Verhältnissen, nach besten Kräften zu helfen.¹⁷⁴

Im Gegensatz dazu waren Krankenschwestern mehrjährig ausgebildet und hoch angesehen. Versiert in Verbandslehre sowie Krankenpflege, wurden sie von Kranken, Verletzten und Ärzten geschätzt.¹⁷⁵

Welches Gefühl der Sicherheit strömt sofort auf den Verwundeten über, welche Heilkräfte werden allein durch die Anwesenheit der aus der Heimat hier an der Front arbeitenden Schwestern mobilisiert!¹⁷⁶

Durch ihre unermüdliche Arbeit unter lebensgefährlichen Bedingungen und den oft grausamen Folgen bei feindlicher Gefangennahme, verdienten sie sich in der Truppe hohe Anerkennung und wurden stets unter besonderen Schutz gestellt. Daher kamen die Schwestern im Normalfall auch nur in den größeren Feldlazaretten und somit ca. 20-25 Kilometer¹⁷⁷ hinter der Front, fernab der Gefahren der Haupt- und Truppenverbandplätze, zum Einsatz. Somit profitierte nur ein Teil der Ärzteschaft an der Ostfront von der Arbeit der Krankenschwestern. Der einfache Truppenarzt musste mit dem zurechtkommen, was ihm in Frontnähe gegeben war.

Zu diesem Personal gehörte eine Gruppe von Untergebenen, die weder lang- noch kurzfristig ausgebildet war, meist kaum einen plausiblen Grund hatte, mit großem Tatendrang dem Truppenarzt zur Seite zu stehen und eine oft unterschätzte Rolle im Zweiten Weltkrieg einnahm: Die russischen Hilfwilligen, meist nur "Hiwis" genannt, waren hauptsächlich gefangene oder kollaborierende Rotarmisten, die häufig in den Dienst der Wehrmacht traten, um der deutschen Kriegsgefangenschaft zu entgehen. Ein weiterer Teil, vor allem diejenigen, die aus den unterjochten Nachbarstaaten der Sowjetunion stammten, handelten aus der Überzeugung heraus einen Beitrag gegen die bolschewistische Unterdrückung ihrer Heimatländer zu leisten. Ein nicht unerheblicher Anteil dieser wurde aufgrund der vorher geschilderten Personallage dem

¹⁷⁴ Müller, Kriegschirurg in Rußland, S. 134

¹⁷⁵ Vgl. ebd., S. 157

¹⁷⁶ Mauss, Als Sanitätsoffizier im 2. Weltkrieg, S. 499f

¹⁷⁷ Vgl. Buchner, Der Sanitätsdienst des Heeres, S. 17

Sanitätsdienst zur Verfügung gestellt. In der 71. Inf.-Div. dienten 1942 beispielsweise nur noch 4331 deutsche Soldaten, während die restlichen Fehlstellen mit 8134 Hilfswilligen besetzt wurden.¹⁷⁸ Auf einen Wehrmachtssoldaten kamen also knapp zwei „Hiwis“. Einer dieser Hilfswilligen der 71. Inf.-Div. war der Fahrer Robert Emmerichs. Er beschrieb ihn folgendermaßen:

*Mein Fahrer war ein "Hivi". [...] Es war immer Verlaß auf ihn. Er fuhr mich weite, oft auch einsame Strecken, und man merkte an allem, daß er sehr an mir hing. Einmal verteidigte er mich sogar gegenüber einem total betrunkenen deutschen Soldaten.*¹⁷⁹

Sie waren außerdem als Krankenträger, Totengräber, Latrinenwärter, Handwerker, Putzfrauen, Küchenmädchen, Krankenpflegerinnen oder Helferinnen im Operationssaal tätig und wurden daher nicht nur von Emmerich als Hilfskräfte geschätzt.¹⁸⁰ Vereinzelt gab es auch Berichte von Diebstahl, Sabotage und Überlaufen zu russischen Partisanen.¹⁸¹ Diese hielten sich jedoch ganz im Gegensatz zu den sonstigen sehr positiven Erfahrungen in Grenzen. Unabhängig davon, ob die Leistungsbereitschaft der Hiwis von persönlicher Überzeugung oder Alternativlosigkeit herrührte, dem Großteil der Betroffenen war klar, dass die erneute freiwillige wie unfreiwillige „Befreiung“ durch sowjetische Einheiten, das Risiko kriegsgerichtlicher Konsequenzen als Landesverräter beinhaltete. Man kann also festhalten, dass eine Vielzahl an Hilfswilligen der Ostfront zwar nicht durch fachliche Expertise glänzte, jedoch durch Einsatzwillen und ihre schiere Anzahl für die Truppenärzte eine entscheidende Hilfe darstellten.

Abschließend soll noch das Personal Erwähnung finden, dass in keinen offiziellen Büchern geführt wurde. Leichtverwundete und Genesene, die noch nicht entlassen werden konnten,¹⁸² aber z.B. auch Mitglieder des Musikkorps.¹⁸³ Sie alle stellten in den letzten Kriegsjahren wie selbstverständlich Hilfspersonal auf Verbandplätzen und in Lazaretten dar. Sie halfen bei der Betreuung, Pflege und Lagerung der Verwundeten, dem Anlegen von Gipsverbänden und dienten als freiwillige Blutspender. Teilweise wurden sie sogar als Assistenten bei Operationen

¹⁷⁸ Vgl. Hartmann, Christian, dctp.tv, Die Kesselschlacht von Stalingrad, 25.1.2012, <https://www.dctp.tv/filme/news-stories-25-11-2012?thema=krieg>, abgerufen am: 27.10.2018, ab min. 10.

¹⁷⁹ Emmerich, Einer von Millionen, S. 49.

¹⁸⁰ Vgl. dazu Müller, Kriegschirurg in Rußland, S.131 sowie den Bericht über russische Hilfswillige, in: Palm, Kurt, zeitzeugen-portal.de, Im Lazarett, <https://zeitzeugen-portal.de/videos/8hjgn0ajuAk>, abgerufen am: 6.12.2018.

¹⁸¹ Vgl. BAMA, RH/50/135, Kriegstagesbuch der San. Kompanie 1/181 vom 25.07.1944.

¹⁸² Vgl. dazu Buchner, Der Sanitätsdienst des Heeres, S. 49f.

¹⁸³ Vgl. dazu Fischer, Der deutsche Sanitätsdienst, S. 458.

eingesetzt.¹⁸⁴ Somit stellten sie zwar keinen durch Zahlen belegbaren, aber durch die Vielzahl an Erwähnungen scheinbar doch erheblichen Teil des dezimierten Sanitätspersonals dar.

An dieser letzten Personalgruppe lässt sich nochmals aufzeigen, wie es um die Personalversorgung der Sanitätsdienste stand. Der Truppenarzt der Ostfront sollte mithilfe von Überläufern und Kriegsversehrten eine suffiziente Sanitätsversorgung schaffen, während er selbst bei Ausfall kaum zu ersetzen war.

3.3.2 Die Räumlichkeiten

„Wie man sich bettet so liegt man.“¹⁸⁵

Die räumlichen Bedingungen am Arbeitsplatz des Truppenarztes waren im ständigen Wandel. Die Unterbringung zur Krankenpflege war abhängig von Rang und Aufgabenbereich, der militärisch-strategischen Situation, sowie dem Klima und der geografischen Lage. Die Sanitätsoffiziere der Wehrmacht befanden sich vom Verbandplatz im Kaukasus bis zum Reservelazarett in der Heimat auf unterschiedlichste Weise im Einsatz. Auf die Verhältnisse auf Truppenverbandplatz (TVP), Hauptverbandplatz und Feldlazaretten soll im Folgenden eingegangen werden. Zum besseren Verständnis soll zuvor der typische Ablauf der Verwundetenbeförderung beschrieben werden.



Abbildung 9: Klassische Situation der Ankunft eines Verwundeten am Hauptverbandplatz.¹⁸⁶

¹⁸⁴ Vgl. dazu Müller, *Kriegschirurgie in Rußland*, S. 149.

¹⁸⁵ BAMA, RH 12-23/749, *Erfahrungen mit der Sanitäts-Kompanie (mot.) vom 01.08.1942*, S. 17.

Falls sich kein TVP in unmittelbarer Nähe befand, stellte das Verwundetennest die erste Station des verletzten Soldaten dar. Dabei handelte es sich um kleine Befestigungen zur Erstversorgung im unmittelbaren Gefechtsgebiet. Die Verwundeten wurden durch Hilfskrankenträger¹⁸⁷ dorthin transportiert. Dort fand die erste Sichtung durch einen Sanitätsunteroffizier statt, der über die unmittelbare erste Hilfe bzw. den Weitertransport entschied. War der Verwundete stabil genug, folgte spätestens jetzt der direkte Abtransport durch Sanitäter und Krankenträger zum TVP. Dieser stellte die erste Sammelstelle dar, die unter ärztlicher Betreuung stand. Der dortige Truppenarzt wurde im Normalfall von weiteren Hilfsärzten bzw. Unterärzten unterstützt und führte die ärztliche Erstversorgung aus. Dies beinhaltete vor allem die Sichtung, Triagierung, und Notfallversorgung der Verwundeten. Stabile Patienten und diejenigen, die größerer Eingriffe bedurften, wurden mehrere Kilometer hinter die Hauptkampflinie (HKL) zum Hauptverbandplatz weiterverlegt. Hier konnten die ersten größeren Notoperationen durch ein Team aus Chirurgen durchgeführt werden. Trotzdem sollten die Liegezeiten auch dort minimiert werden und der Abtransport in die Feldlazarette der Divisionen, Kriegslazarette im Hinterland und schließlich Reservelazarette in der Heimat so schnell wie möglich erfolgen. Grundsätzlich gilt festzuhalten, dass der Verwundenenabschub keinem starren Prozess entsprach. Es kam durchaus vor, dass je nach Lage der Einrichtungen oder Dringlichkeit der Behandlung einzelne Etappen übersprungen wurden.¹⁸⁸

Die erste Station mit ärztlicher Betreuung stellte im Normalfall der Truppenverbandplatz dar. Dabei handelte es sich um größere freie Plätze, auf denen die Verwundeten meist im Freien auf Krankentragen, Decken oder bei Gelegenheit Stroh gelagert wurden. Nur in Ausnahmefällen konnte auf überdachte Unterkünfte wie Stein- und Holzhütten oder Zelte zurückgegriffen werden und auch diese dienten eher zur Unterbringung von Material und Personal. Eine bessere Unterbringung war oft weder möglich noch nötig bzw. gewollt. Die Verwundeten und Kranken hatten hier nur kurze Liegezeiten, wurden also im Optimalfall schnell zum HVP weitertransportiert. Aufgrund der Nähe zur Front war maximale Mobilität von Nöten. Bei Frontverschiebungen oder drohender Einkesselung konnten Verletzte und Sanitätspersonal so möglichst schnell rückzugsbereit gemacht werden. Als einziges Mittel gegen Artillerie-Schläge und

¹⁸⁶ Scherl/Süddeutsche Zeitung Photo, Bild-ID: 00106294.

¹⁸⁷ Dabei handelte es sich vor allem um angehende Sanitätsunteroffiziere und zufällig ausgewählte Soldaten der kämpfenden Truppe. Wie im vorherigen Kapitel beschrieben, wurden je nach Personallage ebenso Mitglieder des Musikkorps, der Versorgungs- und Nachschubdienste für den frontnahen Abtransport von Verwundeten herangezogen. Aufgrund der akuten Gefahrenlage und den dementsprechend hohen Verlustzahlen war die Anstellung als Krankenträgern gefürchtet. Vgl. hierzu auch Walther Jungs Brief vom 16. Juni 1942 in: Jung, Als Truppenarzt an der Ostfront, S. 322.

¹⁸⁸ Für einen Überblick über den Ablauf des Verwundetentransports vgl. auch Guth, Sanitätswesen im Zweiten Weltkrieg, S. 12f.

Fliegerangriffe legte z.B. Robert Emmerich die Verwundeten in 2-3 Meter Abstand voneinander auf die Lagerplätze, um die Wahrscheinlichkeit fataler Treffer zu verringern.¹⁸⁹ Ansonsten wurden Truppenverbandplätze nur äußerst rudimentär befestigt. Ausschlaggebend war vor allem der Standort des Verbandplatzes. Als natürlicher Schutz waren Waldlichtungen, Täler und Hügelketten oder sogar größere Bombentrichter¹⁹⁰ besonders beliebt. Dabei musste allerdings gleichzeitig auf praktikable Abstände geachtet werden. Das richtige Maß an Frontnähe, um Transportwege kurz zu halten und -entfernung, um außerhalb der Reichweite der Artillerie zu bleiben, war entscheidend. Genauso durften die Wege für den Krankentransport zum rückwertigen HVP nicht zu lang werden.¹⁹¹

Der Hauptverbandplatz brachte zwei ausschlaggebende Unterschiede mit sich. Zum einen war er die erste Station mit chirurgischer Versorgung und notfallmäßigen Operationen, zum anderen waren die verwundeten Soldaten in befestigten Gebäuden oder zumindest Zelten untergebracht. Die Art der Unterkunft unterschied sich auch hier je nach Begebenheit. Zelte stellten das absolute Mindestmaß für einen HVP dar und wurden vor allem im Feld gewählt, wenn keine erreichbare Alternative zur Verfügung stand.¹⁹² Zusätzlich war die Zeltvariante auf russischem Boden klimatisch bedingt oft nur in den Sommermonaten praktikabel.¹⁹³



Abbildung 10: Chirurgischer Truppenarzt vor einem Operationszelt.¹⁹⁴

¹⁸⁹ Vgl. Emmerich, *Einer von Millionen*, S. 36f.

¹⁹⁰ Vgl. Jung, *Als Truppenarzt an der Ostfront*, S. 368, TVP in Stuka-Trichter.

¹⁹¹ Für eine weitere Beschreibung der Truppenverbandsplätze und ihrer Befestigung sowie ihrer Standortwahl vgl. Emmerich, *Einer von Millionen*, S. 35-37.

¹⁹² Vgl. Abbildung 10

¹⁹³ Vgl. Melzner, *Der Frontchirurg auf den Hauptverbandplätzen des Ostens*, S. 22.

¹⁹⁴ Bundesarchiv, Bildarchiv, N 963 Bild-16-15A.

Ein Zelt dient zur Hälfte als Unterkunftsraum für Personal zur anderen Hälfte als Küche. Auf einem gemauerten Herd kann sogar volle Verpflegung gekocht werden. [...] Im Vorderteil ist der Operations- und Behandlungsraum eingerichtet, räumlich ausreichend und zweckentsprechend. Das zweite Zelt enthält die Verwundeten, die auf Tragen liegen, die ihrerseits wiederum auf Böcken stehen und somit von der Bodenkühle fort sind. Im Rückenteil schlafen Pfleger und Fahrpersonal.¹⁹⁵

Bei der Beschaffung sonstiger Unterkünfte waren der Kreativität des verantwortlichen Arztes keine Grenzen gesetzt. Für die Unterbringung des HVP bevorzugt genutzt wurden örtliche Gebäude wie „Krankenhäuser, Sanatorien, Hotels [...], dann Schulen, Gasthäuser mit Sälen, Pfarr- und Gutshöfe, große Bauernhäuser. [...] ‚Lieber ein schlechtes Haus, als ein schönes Zelt!‘¹⁹⁶ Auch Bunkeranlagen, Holzhütten oder Steinbruchhöhlen¹⁹⁷ wurden notfalls umfunktioniert. Abhängig war die Wahl wieder von äußeren Faktoren. Im Westen bestand der Luxus von Steinhäusern und einer Bevölkerungsdichte, die in regelmäßigen Abständen eine Ortschaft versprach. Im Osten fand die Truppe eher Holzhäuser oder Lehmbauten und die menschenleere Weite der eurasischen Steppe vor.¹⁹⁸

Eine wichtige Hilfe für die Lagerung ist zweifellos das Bett. Stand es nun schon im Westen nur selten zur Verfügung, so war im Osten davon überhaupt nicht mehr die Rede. Der Verwundete mußte auf dem Erdboden gelagert werde, und selbst die Beschaffung von Stroh und anderen Unterlagen, die eine einigermaßen bequeme Lagerung gestatteten, stieß je länger je mehr, besonders im Winter, auf zunehmende Schwierigkeiten.¹⁹⁹

An der folgenden Beschreibung durch Robert Emmerich ist ersichtlich, wie verschieden sich die räumlichen Begebenheiten je nach Situation darstellten.

Der Hauptverbandplatz war in der ehemaligen Ortsschule untergebracht. Ein Saal für Innere Kranke, meist Lungenentzündungen und harmlose Darmsachen. Ein Saal für Verwundete. Ein Operationsraum und Vorräume, und vor allem der Gang.²⁰⁰

¹⁹⁵ So beschreibt der Divisionsarzt Wilhelm Mauss die räumlichen Begebenheiten im HVP-Zelt in: Mauss, Als Sanitätsoffizier im II. Weltkrieg, S. 397f.

¹⁹⁶ BAMA, RH 12/23/749, Erfahrungen mit der Sanitäts-Kompanie (mot.) vom 01.08.1942, S. 22.

¹⁹⁷ Vgl. dazu den Erlebnisbericht von Alex Buchner in: Buchner, Der Sanitätsdienst des Heeres, S. 65.

¹⁹⁸ Vgl. dazu die unterschiedlichen Beschreibungen der Unterkünfte je nach Region in: Emmerich, Robert, Einer von Millionen, S. 13: „Es soll sich um die Erholungsstätten der russischen politischen Persönlichkeiten gehandelt haben. Anheimelnde Holzhäuser, mit Veranden, einem Stück Garten ringsum.“, S. 20: „Eine völlig neue Bauart: Kleine Häuschen, auf deren Dach man fast hätte langen können.“

¹⁹⁹ Melzner, Der Frontchirurg auf den Hauptverbandplätzen des Ostens, S. 37.

²⁰⁰ Emmerich, Einer von Millionen, S. 44.

Im Vergleich zu den Bedingungen im Zelt standen also eigene Räume für Krankenversorgung, Küche und Operationsraum sowie eine Unterteilung in internistische und chirurgische Patienten zur Verfügung. Außerdem sollte der HVP in der Theorie zusätzlich über eine Apotheke, einen Sterilisationsraum, sowie extra abgesonderte Räume für Sterbende und Verstorbene verfügen.

Wie in fast jedem Belang stellte sich die Lage in Stalingrad besonders dramatisch dar. Zur Verfügung standen hauptsächlich Bunkeranlagen und nicht eingestürzte Kellerräume der Häuserruinen.²⁰¹

*Alle Holzhäuser lagen in Schutt und Asche, die Betonklötze waren weit und breit Ruinen, überall rauchte es noch. Meine Sanitätsmannschaft entdeckte gerade noch einen gewölbten Keller, über dem noch die Asche glühte. Der große Raum, total überhitzt, war überfüllt mit Menschen, russischen Zivilisten und deutschen Soldaten. Wir konnten uns gerade noch hineinzwingen und an der Tür niederlegen. Es war eine grausame Nacht. Draußen die Kälte, drinnen unvorstellbare Hitze, ein noch unglaublicherer Mief. Kaum Schlaf, ein Aufwachen, schweißgebadet mit entsetzlichem Kopfweh. Wie wohl die Menschen im rückwärtigen Kellerteil die Nacht überstanden haben? Ich konnte mir vorstellen, daß mancher durch Sauerstoffmangel in Lebensgefahr war.*²⁰²

Das Feldlazarett stellte die letzte frontnahe Etappe im Rücktransport der Kranken und Verletzten dar. Auch hier galt das Prinzip der möglichst kurzen, aber ausreichend sicheren Entfernungen zum HVP. Mit oft um die 20 Kilometern Abstand zur Front, wurde Artillerietreffern und Fliegerangriffen möglichst vorgebeugt.²⁰³ Mit dem Vorgehen beim HVP vergleichbar wurden zur Unterbringung der Verwundeten größere Gebäude der eroberten Städte und Dörfer bevorzugt. Dabei wurden auf dem Vormarsch nicht selten die Örtlichkeiten des abgezogenen Verbandplatzes übernommen. Die Unterkunft sollte jedoch ausreichend Platz für OP-Saal, getrennte Abteilungsräume für innere und chirurgische Fälle, Nebenräume für Verwaltung, Küche, Verpflegungsraum sowie für die Werkstätten von Tischlern, Schneidern und Schustern vorweisen können. Auch für ausreichende Parkplatzfläche für an- und abfahrende Krankenkraftwagen sollte gesorgt sein.²⁰⁴ Die Feldlazarette stellten so die erste Etappe mit krankenhausähnlichen Räumlichkeiten dar. Neben dem Zerstörungsgrad der verfügbaren Gebäude, bereitete insbesondere fehlendes Inventar vermehrt Schwierigkeiten. So wurden Krankenbetten zum Luxusgut. Als Beispiel sollen hier die Erfahrungen von Dr. Ernst Müller dargelegt werden. Dieser

²⁰¹ Vgl. Emmerich, Einer von Millionen, S. 22-25

²⁰² Ebd., S. 25: Emmerich über die Verhältnisse in Stalingrad.

²⁰³ Buchner spricht von 20-25km, vgl. Buchner, Der Sanitätsdienst des Heeres, S. 49; Guth von 10-15km Abstand zur Front, vgl. Guth, Ekkehart, Sanitätswesen im Zweiten Weltkrieg, S. 13.

²⁰⁴ Vgl. BAMA, RH 50/16, Die Einrichtung eines Feldlazaretts durch Wilhelm Guttenberg in seinem Brief vom 19.3.42.

war 1943 als Chirurg im Feldlazarett von Dnjepropetrowsk tätig, welches 260 Betten bereithielt. Waren diese besetzt, wurden hunderte weitere Patienten auf Strohsäcke verteilt. Auch diese reichten nicht aus, sodass der große Rest an Verwundeten „fast aufeinander liegend“ auf dem Boden verteilt wurde²⁰⁵. Später, als er als einziger Chirurg für 900 Verwundete zuständig war, wurde eine Grenze erreicht, die zur Verwundetenverlegung unter allen Umständen zwang. Im März 1943 wurden so, aufgrund fehlender Hemden und ausbleibender Transportmittel, 150 Leichtverwundete im Schneesturm, nackt und in Woldecken gehüllt zu Fuß ins Hinterland geschickt.²⁰⁶



Abbildung 11 Provisorisch eingerichteter Operationssaal in geschlossenen Räumen.²⁰⁷

Neben dem Platzmangel verhielt es sich bei der Qualität der gegebenen Räumlichkeiten nicht anders als bei den Verbandplätzen. Sie schwankte zwischen gut erhaltenen Zivilkrankenhäusern, die voll ausgerüstet übernommen werden konnten und verwahrlosten Ruinen. Es war für das medizinische Personal nicht unüblich, ohne Strom und fließendes Wasser bei -35°C Raumtemperatur auszukommen. Das bedeutete beispielsweise Operationen bei Kerzenschein²⁰⁸,

²⁰⁵ Vgl. dazu Müller, *Kriegschirurg in Russland*, S. 134

²⁰⁶ Müller, *Kriegschirurg in Russland*, S. 156.

²⁰⁷ Scherl/Süddeutsche Zeitung Photo, Bild-ID: 00106294.

²⁰⁸ Vgl. dazu den Bericht über Operationsbeleuchtung mithilfe von Bienenwachskerzen und Fackeln in: Fischer, *Der deutsche Sanitätsdienst*, S. 613.

Händedesinfektion mit geschmolzenem Schnee und entbehrliche Türen, Bänke und Stühle, die als Brennholz genutzt wurden²⁰⁹. Dabei hatten Sanitätseinrichtungen „im eigensten Interesse der Truppe“²¹⁰ bei der Gebäudewahl ursprünglich Vorrang. Es muss sich dabei also schon um die am besten erhaltenen Gebäude gehandelt haben. Während die kriegsbedingte Zerstörung von Räumlichkeiten zu erwarten war, stellte die vorsätzliche Vernichtung von Häusern, Anlagen und Fabriken ein zusätzliches Problem dar. Da das Prinzip der verbrannten Erde sowohl auf russischer wie auf deutscher Seite praktiziert wurde, fanden die Sanitätsdienste sowohl auf dem Vormarsch als auch Rückzug häufig nichts als Ruinen vor.²¹¹

3.3.3 Die Gefahrenlage

Unvergeßlich wird uns die drangvoll fürchterliche Enge bleiben, in der sich zuweilen der ganze Betrieb, besonders das Operieren, tage- und nächtelang abspielte. Bombenangriffe feindlicher Flieger, Artilleriebeschuß und die drohende Gefahr eines Angriffes sowjetischer regulärer oder Partisanenformationen machten die Situation nicht gemütlicher und entfernten den [Arzt] von dem, was er im Frieden gelernt hatte, womöglich noch weiter.²¹²

Der Truppenarzt der Wehrmacht stellte ein schützenswertes wie schutzbedürftiges Element der Streitkräfte dar. Rudimentär an der Waffe ausgebildet und gemäß Genfer Konvention nur zum Eigenschutz bewaffnet, war der Sanitätsoffizier abhängig von funktionierenden Schutzmaßnahmen. Diese beinhalteten eine möglichst sichere Lage des Einsatzbereiches,²¹³ eine geschlossene Frontlinie, suffiziente Flugabwehr und zur Not das Vertrauen auf die Schutzfunktion des Roten Kreuzes. Auf Letztere war nur bedingt Verlass. Zur Zeit des Zweiten Weltkriegs hatte die Genfer Konvention von 1929 ihre theoretische Gültigkeit.²¹⁴ Diese beinhaltete neben dem neu hinzugekommenen Abkommen über die Behandlung der Kriegsgefangenen die schon seit 1864 bestehenden Schutzmaßnahmen für Verwundete und Kranke sowie das Sanitätspersonal. Inwieweit diese Konvention die Gefahrenlage für die Truppenärzte minderten, ist anhand von Zeitzeugen nur schwer zu beurteilen. Beschuldigungen des Vertragsbruchs wurden regelmäßig

²⁰⁹ Vgl. Müller, Kriegschirurg in Rußland, S. 135 und S. 146-149.

²¹⁰ Vgl. BAMA, RH 24-46/23, Anordnung des Generalkommandos des XXXXVI. Panzerkorps vom 17.10.1941.

²¹¹ Vgl. dazu das Beispiel der Inbrandsetzung Pawlograds in Müller, Kriegschirurg in Rußland, S. 133.

²¹² Melzner, Der Frontchirurg auf den Hauptverbandplätzen des Ostens, S. 23.

²¹³ Vgl. dazu das Kapitel 1.3.2.

²¹⁴ Das vollständige Abkommen z.B. abgedruckt in: H.Dv.59. Unterrichtsbuch für Sanitätsunteroffiziere und -mannschaften, S. 415-430.

angebracht.²¹⁵ Auch stichhaltigere Beispiele, wie den direkten Beschuss von oder sogar der Überfall auf Krankentransportwagen wurden beschrieben.²¹⁶

Als die 2. Kompanie ihre ersten Ausfälle meldete, fährt der Sanitätskraftwagen des Bataillons dorthin, wird jedoch von den Russen überfallen. Der Fahrer fällt und Unterarzt Söntkerath wird schwer verwundet. Der in der Nähe befindliche Assistenzarzt Dr. Türk greift mit seinem Fahrer die Sowjets sofort an und kann sie zurückdrängen. Im weiteren Kampf wird Dr. Türk leicht selbst verletzt. Er springt jedoch mit zwei Freiwilligen vor zu einem schwerverwundeten Unteroffizier und amputiert ihm mitten im feindlichen Feuer ein Bein. Ein Leutnant sichert diesen Samariterdienst mit dem MG.²¹⁷

Dabei wurden [...] bei einem Überfall 10 Mann Sanitätspersonal verwundet und 33 Mann Sanitätspersonal getötet. Der größte Teil der Verwundeten wurde durch Granatenwurf in die Krankenwagen bzw. nach Herausreißen aus dem Krankenkraftwagen durch Kolbenschläge und Bajonettstiche getötet.²¹⁸

Andererseits lassen sich in keinem bewaffneten Konflikt absolute Sicherheiten garantieren. Bei undurchsichtiger Informationslage und dem „Zielen nach Karte“ kam es unweigerlich zu Kollateralschäden, die auch die Sanitätsdienste trafen. Artilleriegranaten und Fliegerbomben kennen keine Genfer Konvention. Zusätzlich sind Fälle der Wahrung des Abkommens nachträglich nur schwer zu belegen. Zum einen, da die aufgrund des Roten Kreuzes verschonten Einheiten den ausbleibenden Schaden nicht als solchen wahrnahmen, zum anderen, da die zugrunde liegende Motivation im Nachhinein nicht bewiesen werden kann:

„Kein Schuß fiel. Offensichtlich hatte man unsere Roten Kreuze beachtet. Der Spieß allerdings meinte, denen sei die Munition ausgegangen.“²¹⁹

Die Sicherheit des Einsatzbereiches war besonders abhängig von der Position gegenüber der Front und dem zugeteilten Aufgabenbereich. Für die Lazarette und Verbandplätze hinter der Front war die Gefahr durch Artilleriefeuer die entscheidende. Während direkte Artillerietreffer für zurückgelegene Lazarette eher eine Seltenheit darstellten, waren die Verbandplätze täglich mit ihrem Risiko konfrontiert. Lag ihre Position zu frontnah, bekamen das Verwundete und ihre Helfer schnell zu spüren.²²⁰ Für den Arzt galt es dabei „zwischen wissenschaftlicher Tapferkeit und

²¹⁵ Vgl. z.B. Mauss, Als Sanitätsoffizier im 2. Weltkrieg, S. 612, laut Mauss vorsätzlicher russ. Artillerieschlag auf den HVP.

²¹⁶ Vgl. ebd, S. 562.

²¹⁷ Fischer, Hubert, Der deutsche Sanitätsdienst, S. 495

²¹⁸ Fischer, Der deutsche Sanitätsdienst, S. 587f.

²¹⁹ Emmerich, Einer von Millionen, S. 54.

²²⁰ Mauss beklagt einen schwerverwundeten Sanitätsoffizier aufgrund wiederholt zu frontnah gelegener Verbandplätze, in: Mauss, Als Sanitätsoffizier im 2. Weltkrieg, S. 275.

militärischer Angst²²¹ zu entscheiden. Diese Entscheidung war jedoch mit der Standortwahl schon im Vorhinein getroffen. War der Verbandplatz einmal unter Beschuss, blieb dem Truppenarzt oft keine andere Wahl, als unbeirrt weiterzuarbeiten.

„Das Schießen der russischen Langrohrgeschütze während des Operierens war recht unangenehm. Zunächst versuchte ich, so zu tun, als ob ich es nicht bemerkte. [...] Nun ist aber der Einschlag einer so schweren Granate eine heftige physische Erschütterung. Man zuckt dabei zusammen. [...] Ich unterbrach dann jedesmal [sic] die Operation, bis der Einschlag erfolgt war. 'Pinzette bitte!' ging es weiter. [...] Bei den weiteren Einschlägen hielten Gehrman und ich die Stellung am Operationstisch. Es blieb uns, wenn wir nicht unser Gesicht verlieren wollten, nichts anderes übrig.“²²²

Neben Pflichtbewusstsein und Tapferkeit spielte die Einsatzerfahrung eine ebenso große Rolle:

„An Vieles muß man sich erst gewöhnen! Damals lernte ich auch festzustellen, ob die Artilleriegeschosse in der Nähe kamen oder über einen hinweg in der Ferne einschlugen. Ich kann das eigenartige, typische 'Plopp!' nie vergessen, das dann jedesmal zu erkennen war, wenn ein Einschlag in unmittelbarer Nähe zu erwarten war. [...] Diese Erfahrung rettete mich mit meiner Einheit drei Jahre später.“²²³

Ähnlich verhielt es sich mit Fliegerangriffen. Diese nahmen mit den Rückzugsbewegungen ab 1943 und der folgenden Handlungsunfähigkeit von Luftwaffe und Flugabwehr weiter zu.

Während Zwischenfälle mit Flieger- und Artillerieangriffen nie gänzlich zu vermeiden waren, musste für einen direkten Bodenangriff auf Sanitätseinheiten die Verteidigungslinie komplett versagt haben. Bei den Vormärschen bis zum Sommer 1942 handelte es sich noch um einzelne Zwischenfälle, bei denen versprengte russische Truppen überrollt wurden und es so zu unerwarteten Angriffen auf Sanitätseinheiten kam. Später stellten direkte Angriffe keine Seltenheit mehr dar. Kaum ein Kriegstagebuch oder Zeitzeuge berichtete nicht von Vorfällen, bei denen sich Verbandplätze mitten im Feuergefecht befanden, von Partisanen angegriffen oder vom Rest der Truppe abgeschnitten wurden.²²⁴ Eindrücklich beschreibt Emmerich die Bedrohung durch direkte Feindwirkung insbesondere ab 1944, als die Aussichten auf einen geordneten Rückzug schwanden und sich seine Einheit von Kessel zu Kessel rettete:

²²¹ Bamm, Die unsichtbare Flagge, S. 13.

²²² Bamm, Die unsichtbare Flagge, S. 29f.

²²³ Emmerich, Einer von Millionen, S. 16.

²²⁴ Für weitere Beispiele vgl. Ubert, Paul, Der Weg der Aufklärungsabteilung 171 im 2. Weltkrieg, Erbach-Donaurieden 1985, S. 43f: Einsatz „trotz schwersten Feuers“; Buchner, Der Sanitätsdienst des Heeres, S. 64f: Eingekesselter TVP; Fischer, Der deutsche Sanitätsdienst, S. 471: Durch Kopfschuss gefallener Unterarzt, S. 484: „Unterarzt Kalten fing ihn auf, wollte ihn verbinden, da traf ihn die tödliche Kugel.“, S. 490: „Dr. Marr starb an einem Brustschuß, als er mit Feldweibel Feldebert Verwundete zurücktransportieren half.“

„Und dann geschah's: Mehrere typische Panzergranateinschläge in unserer Mulde. Waren wir schon eingekesselt? [...] Als wir dann später den Wohnraum betraten, war genau durch die Mappe auf dem Stuhl, auf dem ich vorher gesessen hatte, ein Volltreffer gegangen. Er hatte sämtliche Wände durchschlagen, der Zünder wurde im Werkzeugkasten des Sankas gefunden. Die Briefe von zuhause, mein Skizzenbuch, alles war zerfetzt und hing teilweise oben an der Decke. Hätte ich nur eine Viertelstunde länger auf dem Stuhl gesessen...

Uns war allen nicht wohl zumute. Abschüsse von hüben und drüben, Einschläge vor und hinter uns. [...] Als dann plötzlich, es hörte sich wenigstens so an, Gewehrfeuer und MG-Salven unmittelbar über uns einsetzten. Ein echtes Inferno, gleichzeitig Artilleriefeuer wie selten. Wir erwarteten jeden Augenblick, daß der Russe uns überfalle.

Unsere 13. Kompanie stand oberhalb des Steilhangs mit sämtlichen Geschützen schußbereit in Richtung zur Front vor uns, als plötzlich russische Infanterie im Rücken durchgebrochen war. Im letzten Augenblick ließ der Kompaniechef, ein Oberleutnant, die Rohre um 180 Grad drehen und direkt in den Angreifer abfeuern, was nur aus den Rohren ging. Er hat uns alle gerettet.²²⁵

Wenn es die Situation erforderte, kam der Truppenarzt auch als begleitender Stürmer zum Einsatz. Diese Aufgabe war besonders risikobehaftet, da bei dieser Einsatzart die direkte Feindeinwirkung kein seltenes Vorkommnis, sondern eine zu erwartende Gefahr darstellte. Schneider-Janessen beschreibt diese Einsatzart der Truppenärzte als Alleinstellungsmerkmal der Wehrmacht gegenüber anderen Streitkräften.²²⁶ Die militärische Führung versprach sich dadurch einen psychologischen Vorteil für die Moral der Truppe.²²⁷

Kurz danach kam eine Meldung, ein Oberleutnant sei schwer verwundet. Ich wurde per Krad durch die ringsum einschlagenden Granattreffer nach vorne befördert. Und dann arbeitete ich mich alleine vor, bis auf einmal an einem Vorderhang russische Gewehrkegel um mich pfliffen, und Querschläger ihr unangenehmes Singen ertönen ließen. - Wieder „Sprung auf!“ zurück, bis ich klopfenden Herzens bei einem Leutnant im Stellungsloch landete, der sich wunderte oder auch amüsierte, was ein Truppenarzt bei ihm zu suchen hatte.²²⁸

Ich melde mich bei Dir mit EK 2, aufgrund eines Waldgefechts am 23.6., bei dem es mir gelang, mit meinen Krankenträgern zusammen sämtliche Verwundeten aus schwerstem Feuer zu bergen.²²⁹

Häufig führten Ärzte derartige Aktionen auch auf Eigeninitiative hin aus. Pflichtbewusstsein gegenüber Patienten und Kameraden überwogen dabei Vernunft und Eigenschutz. Diese „Heldentaten“ stärkten zwar das Ansehen des Arztes in der Truppe und hatten einen nicht zu

²²⁵ Emmerich, Einer von Millionen, S. 38-41

²²⁶ Vgl. Schneider-Janessen, Arzt im Krieg, S.410

²²⁷ Näheres hierzu folgt im Kapitel 2.1 Der Truppenarzt als Offizier

²²⁸ Emmerich, Einer von Millionen, S. 16

²²⁹ Ebert, Ein Arzt in Stalingrad, S. 91

unterschätzenden psychologischen Einfluss auf die Verwundeten. Trotzdem kritisierten ärztliche und nicht-ärztliche Vorgesetzte derartige Manöver immer wieder, bedeuteten sie doch den potenziellen Verlust eines einsatzfähigen Arztes bei vermeidbarem Risiko. Für die ranghöheren Offiziere war es häufig schwierig die Wage zwischen Belobigung und Tadel zu halten:

Da tauchte er auch wieder oben auf, als ihn im Sprung eine Gewehrkegel traf. [...] Noch während ich ihn versorgte, ein Granatwerferüberfall. Unzählige Einschläge um uns beide. Ich versorgte ihn ohne Deckung, da die Bunkergänge viel zu schmal waren. Nach dem Abtransport holte mich von Holthay, und er meinte fast tadeln, so dürfe ich mein Leben nicht riskieren, ich müsse ja auch daran denken, was die ganze Einheit ohne Arzt wäre, und ich würde ja von allen dringend gebraucht. Einige Tage später beftete er mir aber dafür das EK 2²³⁰ ins Knopfloch.²³¹

Neben den kriegsbedingten Gefahren müssen die sonstigen berufsbedingten Risiken mit einberechnet werden. Überfüllte Lazarette, unzureichende Hygienemaßnahmen und verunreinigtes Trinkwasser leisteten die Grundlage für die Verbreitung verschiedenster Infektionserkrankungen. Fleckfieber, Durchfallerkrankungen und Tuberkulose waren unter den Soldaten weit verbreitet und ließen ganze Einheiten ausfallen. Da der Schutz für den Truppenarzt oft lediglich aus Maßnahmen wie der Entlausung der Truppe und einfacher Handwaschung bestand, waren Selbige oft gleichermaßen durch die Erkrankungen betroffen. Von 6831 Ausfällen unter den Ärzten zwischen 1941 und 1944, waren 685, also ca. 10% auf Fleckfiebererkrankungen zurückzuführen.²³² Auch in allen anderen Belangen schützte die Stellung des Arztes nicht vor den typischen Folgen des Krieges im Osten. Zu diesen zählte Unterernährung, Mangelernährung, Erfrierungen und sonstige physische, wie psychische Überbelastung. Erneut können hierzu Robert Emmerichs Erinnerungen als Paradebeispiel angeführt werden. Von kriegsbedingten Verletzungen weitestgehend verschont, begann seine internistische Krankheitsgeschichte schon 1941 während der Schlacht um Kiew. Damals war er erstmals von einer starken Durchfallerkrankung mit Bauchkrämpfen, blutiger Diarrhö und hohem Fieber betroffen. „Vor dem Posten fiel ich ohnmächtig um, als ich wieder einmal den Abort aufsuchten wollte.“²³³ Erneute Darmbeschwerden mit Fieber, diesmal von Sklerenikterus begleitet, traten Ende 1942 während der Schlacht um Stalingrad auf. Was zu Friedenszeiten die sofortige stationäre Einweisung nach sich gezogen hätte, veranlasste Emmerichs Divisionsarzt in Stalingrad, ihm den Abtransport zu

²³⁰ Gemeint ist das Eiserne Kreuz 2. Klasse

²³¹ Emmerich, Einer von Millionen, S. 23

²³² Vgl. Hawickhorst, Der Arzt der soldatischen Gemeinschaft, S. 38f

²³³ Emmerich, Einer von Millionen, S. 12

verweigern: „Der Emmerich muß in unser Feldlazarett am Don!“²³⁴ Während des anschließenden Aufenthalts im Reservelazarett Bad Flinsberg entwickelte Emmerich zusätzlich starke Beinödeme und gehörte scheinbar zu den Patienten mit wenig Hoffnung auf Genesung, sodass der Chefarzt der Meinung war, „er bekäme wohl alle eingelieferten Kranken durch, nur seinen Kollegen [Emmerich] nicht.“²³⁵ Doch Emmerich überstand auch diese Krankheitsperiode. Die gesundheitlichen Folgen des Krieges sollten ihn aber noch über das Kriegsende hinaus begleiten. Neben einer Lymphknoten-Tuberkulose, mit der er sich vermutlich im Lazarett infizierte, setzten ihm in russischer Gefangenschaft wiederholte Fieberschübe zu, die ihn immer weiter zu entkräften drohten, aber immerhin seine Entlassung aus der Kriegsgefangenschaft ermöglichten. Später stellte sich als Ursache wiederholte Nierenbeckenentzündungen aufgrund eines Nierensteins heraus.

Berichte wie die oben erläuterten, setzten voraus, dass ihre Verfasser die Gefahrensituation überlebten. Oft genug blieb es nicht bei Beinahe-treffern, der Ausbruchversuch aus dem Kessel war nicht von Erfolg gekrönt oder dem Lazarettaufenthalt folgte keine Wiederkehr. Wie im Kapitel 1.3.1 bereits erläutert, fällt es aufgrund der mangelhaften Datenlage schwer, die Gefahrenlage für Sanitätsoffiziere in Zahlen auszudrücken. Wenn auch keine allgemeinen Aussagen über den gesamten Kriegsverlauf zu treffen sind, verschaffen uns die überlieferten Angaben über kürzere Zeiträume einen punktuellen Eindruck. Laut Hawickhorst stellten die Sanitätsdienste beispielsweise vom 21.6. bis zum 31.12.1941 mit 12,53 % den höchsten Anteil der Gesamtverluste aller Waffengattungen und mit 33,15% den zweithöchsten Anteil an Verwundeten.²³⁶ Anhand der ermittelten Zahlen und der persönlichen Erlebnisberichte lässt sich nachvollziehen, dass die deutschen Truppenärzte in ihrer Rolle an der Ostfront besonderen Gefahrenlagen ausgesetzt waren.

²³⁴ Ebd. S. 26, letztlich gelang die Verlegung in ein rückwertiges Lazarett aufgrund glücklicher Zufälle doch noch und Emmerich entging so der kurz darauffolgenden Einkesselung der 6. Armee.

²³⁵ Ebd., S. 27, In diesem wie in anderen Fällen führte aufgrund des damaligen Wissensstandes der Medizin und der kriegsbedingt fehlenden Kapazität für Diagnostik eine Erkrankung nicht zwingend zu einer deutlichen Diagnose. Die Kombination der anschließenden Symptomatik aufgrund einer vermutlich infektiösen Durchfallerkrankung könnte z.B. für ein Hämolytisch-urämisches Syndrom sprechen.

²³⁶ Vgl. Hawickhorst, Heinrich, Der Arzt der Soldatischen Gemeinschaft, S. 38

4 Aufgabenbereiche und Stellung des Truppenarztes innerhalb der Truppe

Wenige Aufgaben sind, so glaube ich, schwerer und verantwortungsvoller, aber auch größer, umfassender, dankenswerter und befriedigender, als die des Sanitätsoffiziers. Sie fordern die fanatische Hingabe und Liebe zum Beruf, zum Arzt und Offizier, und nur der wird sie wahrhaft meistern, der nicht im Halben hängenbleibt, sondern sich mit seinem ganzen Ich restlos und vorbehaltlos einsetzt.²³⁷

Allgemein standen die Truppenärzte den Sanitätseinheiten vor. Somit waren sie für deren Aufgabenbereiche hauptverantwortlich. Zu diesen gehörten neben der medizinischen Versorgung der Soldaten vor allem organisatorische Funktionen, wie die Sicherstellung des Sanitätsnachschubs, die Ausbildung des Sanitätspersonals oder die Prävention infektiöser Krankheiten durch Umsetzung der Hygienestandards.²³⁸ Die Rolle des Militärarztes war seit jeher geprägt vom Balanceakt zwischen Arzt und Offizier. Beide Seiten und mögliches Konfliktpotential sollen daher im Folgenden beleuchtet werden.

4.1 Der Truppenarzt als Offizier

4.1.1 Der Sanitätsoffizier als Vorgesetzter

Der Sanitätsoffizier der Wehrmacht war anderen Offizieren je nach Dienstgrad in Stellung und Befugnissen gleichgestellt. Einen Überblick über die Dienstgrade der Sanitätsoffiziere mit dem jeweiligen Pendant der Truppe gibt Tabelle 1.

Oberfähnrich	Unterarzt
Leutnant	Assistenzarzt
Oberleutnant	Oberarzt
Hauptmann	Stabsarzt
Major	Oberstabsarzt
Oberstleutnant	Oberfeldarzt
Oberst	Oberstarzt
Generalmajor	Generalarzt
Generalleutnant	Generalstabsarzt
General	Generaloberstabsarzt

Tabelle 1: Rangliste der Sanitätsoffiziere²³⁹

²³⁷ BAMA RH 12/23/4545, Die Aufgabe des Sanitätsoffiziers, S. 1

²³⁸ Vgl. BAMA RH 1/571, H. Dv. 21, Kriegssanitätsvorschrift (Heer), Teil I., S. 1

²³⁹ Vgl. dazu Altrichter, Friedrich, Der Reserveoffizier, Berlin 1941, S. 158f.

*Neben dem Vertrauen muß die Autorität stehen.*²⁴⁰

Als Vorgesetzter war der Sanitätsoffizier Autoritätsperson. Neben den organisatorischen Aufgaben und den disziplinarischen Befugnissen, welche gesondert behandelt werden sollen, beinhaltete der Rang die Befehlsgewalt über Untergebene. Beispielsweise hatten rangniedere Soldaten kein Einspruchsrecht gegenüber höhergestellten Truppenärzten, was die Behandlungsmethode bei Krankheit oder Verwundung anbelangte.²⁴¹ Auch Urlaubsgesuche der Lazarettinsassen mussten ärztlich genehmigt werden.²⁴² Außerdem oblag es dem ranghöchsten Sanitätsoffizier einer Sanitätseinheit, Beförderungen innerhalb der Einheit auszusprechen.²⁴³

Diese Befehlsgewalt barg jedoch auch Konfliktpotential. Wie im Kapitel 1.1 behandelt, erfolgte für die angehenden aktiven Sanitätsoffiziere eine begleitende militärische Ausbildung und mehrere Offizierslehrgänge. Dagegen war der Großteil der eingezogenen Ärzte kaum auf ihre Führungsposition vorbereitet. Die meist jungen Ärzte hatten, wie Robert Emmerich, gerade ihr Studium abgeschlossen oder konnten nur auf wenige Jahre Berufserfahrung als Assistenzärzte zurückgreifen. Dementsprechend schwer fiel den jüngeren Jahrgängen mitunter die Integration in die Truppe. Auch Emmerich fiel anfangs durch sein „gänzlich unmilitärisches Benehmen“²⁴⁴ auf. Die anfängliche Skepsis legte sich meist, nachdem sich die Ärzte zum ersten Mal beweisen konnten. „Als Arzt wurde ich kaum gebraucht, dann wäre ja die Einstellung zu mir schnell anders geworden.“²⁴⁵ Denn egal ob angehender oder aktiver Sanitätsoffizier, die Autorität des Truppenarztes stellte sich spätestens ein, wenn sich der Soldat als Kranker oder Verwundeter in die Verantwortung des Arztes begab.

*Der Chirurg hat einen Rang in der militärischen Hierarchie, aber das Skalpell ist nicht eingestuft.*²⁴⁶

Die Machtposition des Sanitätsoffiziers implizierte große Verantwortung gegenüber dem untergebenen Truppenteil. Viele Truppenärzte wurden dieser Aufgabe an der Ostfront gerecht. Vor allem in den späteren Kriegsjahren kam dieser Aspekt vermehrt zum Tragen.

Der Ib brachte den Befehl, ich habe mit der Hälfte meiner Kompanie, einschließlich der einen OP-Gruppe mit aller Ausrüstung zu versuchen, meine Verwundeten, deren Zahl inzwischen schon auf etwa 120 angestiegen war, aus dem Kessel zu bringen. [...] Eigentlich hatte ich das Gefühl, ein Abschub- also fast Todeskommando erhalten zu

²⁴⁰ BAMA RH 12-23/4545, Der Heeres-Sanitätsinspekteur, Die Aufgabe des Sanitätsoffiziers.

²⁴¹ Vgl. BAMA, RH 12-23/1384, Bd.1, Erlaß des O.K.W. Nr. 2656/40, AWA/W Allg. (IIc) vom 7.10.1940.

²⁴² Schnieders, Hermann, Vater als Soldat im Zweiten Weltkrieg, o.O, 2018, Tagebucheintrag, Allerheiligen 1944.

²⁴³ Vgl. BAMA RH 12-23/749, Erfahrungen mit der Sanitäts-Kompanie (mot.), S. 7.

²⁴⁴ Emmerich, Einer von Millionen, S. 11.

²⁴⁵ Emmerich, Einer von Millionen, S. 11.

²⁴⁶ Bamm, Die unsichtbare Flagge, S. 315.

haben. – Am Nachmittag kamen wir in die auf der Landkarte eingezeichnete Gegend. Natürlich war aber auch hier der Kessel zu. [...] Dann standen wir aber eingekesselt, scheinbar ohne jede weitere Möglichkeit weiterzukommen, bis plötzlich russische Granaten einschlugen. Fast alles floh zurück in die Wälder. Auch meine Leute wollten Reißaus nehmen, aber ich konnte doch alle zurückhalten. [...] Inzwischen waren wir völlig überladen mit Verwundeten, sogar auf den großen Kotflügeln des Omnibusses hielten sich Verwundete fest [...]

Einmal mussten wir eine Stelle durchfahren, an der eine verborgene russische Pak auf jedes Fahrzeug schoß, das passieren wollte. Krachende, totdrohende Einschläge, nur hatten sie bis dahin wie durch ein Wunder keinen getroffen. Erst berieten wir, dann wagte ich den Befehl, in Abständen und Höchsttempo einzeln den Durchbruch zu versuchen. – Eine große Verantwortung. – Als niemand den Anfang machen wollte, fuhr ich voraus. Dann folgten alle Fahrzeuge. [...]

Einmal wußten wir wirklich nicht, wo wir uns befanden. Wir hatten nur eine Möglichkeit, eine Hauptstraße durch den nächtlichen Schneewald zu benützen. Bühler und ich setzten uns, Rotkreuzbinden am linken Oberarm, auf die Kotflügel meines Mercedes und führten die Kolonne an, bereit auf die Rotkreuzbinden zu zeigen, falls wir beim Feind landen sollten. Genützt hätte uns das wohl garnichts. [...]

Eines Tages war es schließlich soweit, daß wir besorgniserregende Benzinknappheit bei allen Fahrzeugen verzeichnen mußten. [...] Damals machte ich meinen Offizieren und Feldwebeln einen Vorschlag, daß ich mit einigen Freiwilligen bei den Verwundeten bleiben und mit gebisster Rotkreuzflagge dem Eintreffen der Russen entgegensehen wollte. Die anderen sollten weiterziehen. [...] Aber wir waren noch nicht dazugekommen, die Verwundeten in das Gebäude zu entladen, als von vorne die Meldung kam, es gäbe Benzin. [...] Immerhin kamen wir damit bis zur nächsten größeren Stadt, in der sich noch ein Armeekommando befand. Wir wurden erstaunt, aber mit Anerkennung begrüßt, weil wir die erste San.-Einheit waren, die noch geschlossen den entronnen war und sich einsatzbereit meldete.²⁴⁷

Emmerich ließ in dieser Zeit laut eigenen Angaben mehrere Möglichkeiten der Flucht ungenutzt, um den sicheren Rückzug seiner Sanitätskompanie persönlich zu gewährleisten.²⁴⁸

Neben dieser und vieler weiterer Beispiele vorbildlichen ärztlichen Verhaltens, musste sich jeder Truppenarzt auch mit seiner Rolle als Offizier und Soldat auseinandersetzen. Denn „Arztum ist Kämpfertum und Arzt sein heißt Soldat sein.“²⁴⁹ So war die Rolle des Sanitätsoffiziers von der militärischen Führung klar vorgegeben. Der Arzt rückte in den Hintergrund, während der Offizier

²⁴⁷ Emmerich, Robert, Einer von Millionen, S. 51-56,

²⁴⁸ Unter anderem ebd. auf S. 66: „Bühler schlug mir allen Ernstes vor, ich solle mit ihm in dieses Gebiet flüchten. [...] Ehrlich, ich kämpfte mit mir in einem schweren Gewissenskonflikt, aber der Gedanke an meine dann zurückgelassenen Leute ließ mich schließlich ablehnen.“

²⁴⁹ BAMA RH 12-23/4545, Der Heeressanitätsinspekteur, Die Aufgabe des Sanitätsoffiziers.

vor allem zur „Erhaltung und Steigerung der gesamten Leistungs- und Widerstandsfähigkeit des Soldaten und damit [der] Schlagkraft des ganzen Heeres“ beitrug.²⁵⁰ Heilen bedeutete die Einsatzfähigkeit des Soldaten schnellstmöglich wiederherzustellen. In der Gesamtbetrachtung des Konfliktes Arzt versus Soldat sind rangabhängige Tendenzen auszumachen. Die Gewichtung verschob sich vom eingezogenen Arzt, über die aktiven Sanitätsoffiziere, Stabsoffiziere und Divisionsärzte, bis hin zur Heeressanitätsinspektion deutlich Richtung Soldat. Letztere war schon früh und nicht unfreiwillig an regimetreue medizinische Wertevorstellungen angepasst worden und vermittelte diese an die Führungspersonen der Sanitätsdienste weiter.²⁵¹ So waren auch Divisionsärzte wie Wilhelm Mauss durchweg soldatisch eingestellt: „[Sanitätsdienste] ist jetzt umgewandelt in Sanitätstruppen, womit klar zum Ausdruck gebracht ist, daß es Soldaten und keine Dienstmädchen sind.“²⁵² Die einfachen Truppenärzte, allen voran diejenigen aus dem zivilen Sektor, hatten teilweise Schwierigkeiten sich mit ihrem Dasein als Soldat zu identifizieren. Das Beispiel Heinz Küstner zeigt, in welchem Zwiespalt sich der Truppenarzt befand. Auf der einen Seite fiel er als strenger Offizier gegenüber einem Untergebenen auf: „Er handelte doch gegen die Vorschriften! War er so wenig Soldat, dass er nicht wusste, dass man nur das macht, was befohlen wird!“²⁵³ Auf der anderen Seite versuchte er wiederholt den Arzt von allem Soldatischen möglichst deutlich abzugrenzen.

Wofür wurden [die Heerführer] belohnt während des Krieges? Weil sie auf der ‚anderen‘ Seite mehr Scherben gemacht hatten, als auf der eigenen. Ist das schön, ausgezeichnet zu werden, weil man Gegenstände und vor allen Dingen Menschen zerschlagen hatte? Auch wenn es auf der ‚anderen‘ Seite war? [...] Wir wollten keine äussere Anerkennung durch einen Orden, der besonders gut auf der Uniform aussah, denn für die Uniform sind sie hauptsächlich gedacht. Da aber der Arzt bei seiner Arbeit meist keine Uniform trägt, hatte nur selten einer Gelegenheit den Orden zu zeigen. Aber da gab es etwas, das mehr war als die Anerkennung durch Orden, das ist die Dankbarkeit des Geheilten. Das war unser Lohn, der ist viel wert, aber den sieht man nicht, den hört man nicht, den spürt man nur innen drinnen, dort wo das Herz sitzt.“²⁵⁴

²⁵⁰ BAMA RH 12-23/4545, Der Heeressanitätsinspekteur, Die Aufgabe des Sanitätsoffiziers, S. 4.

²⁵¹ Für einen ausführlichen Blick auf den Konflikt des Sanitätsoffiziers zwischen Arztsein und Soldatsein, mit besonderem Augenmerk auf die Heeressanitätsinspektion, vgl. Neumann, Alexander, „Arztum ist immer Kämpfertum“. Die Heeressanitätsinspektion und das Amt „Chef des Wehrmachtsanitätswesens“ im Zweiten Weltkrieg (1939-1945), Düsseldorf 2005.

²⁵² Mauss, Hans-Jörg, Als Sanitätsoffizier im II. Weltkrieg, S. 538

²⁵³ Küstner, Erinnerungen, S. 70.

²⁵⁴ Ebd., S. 59.

Daß ich als Arzt beim Heer tätig sein konnte, war mein Glück. Diese Arbeit diente nicht unmittelbar dem Kriegshandwerk, sondern hatte den friedlichen Hauch des Helfens an sich. Darin konnte man sich eber von inneren Qualen erlösen.²⁵⁵

Die beschriebenen Tendenzen wurden anhand von Einzelfallbeispielen erörtert. Natürlich kam es auch zu Abweichungen von diesem Muster. Dennoch kann festgehalten werden, dass sich viele Truppenärzte, vor allem diejenigen aus dem zivilen Sektor, dem humanistischen Gedanken noch so weit verpflichtet fühlten, dass sie den Soldaten nicht Oberhand über den Arzt gewinnen ließen.

4.1.2 Der Sanitätsoffizier als Organisator

Bei dem unübersehbaren Anfall von Verwundeten und dem gleichzeitig großen, nicht zu behebenden Mangel an Chirurgen ist es mir unbegreiflich, daß uns Ärzten aufgrund höherer Befehle immer wieder unärztliche Aufgaben übertragen werden.²⁵⁶

Zu den Verantwortungen eines Sanitätsoffiziers gehörten eine Vielzahl an organisatorischen Aufgaben. Diese variierten je nach Einsatzbereich. Die Organisation eines TVP unterschied sich stark von der eines Feldlazaretts oder einer ganzen Sanitätskompanie. Unabhängig von Rang und Aufgabenbereich war jeder Sanitätsoffizier für folgende Aspekte in der Truppe zuständig:

1. Einstellung des Ersatzes und Untersuchung Freiwilliger sowie Entlassung und Beförderung der Soldaten
2. Überwachung der allgemeinen gesundheitlichen Verhältnisse der Truppe
3. Maßnahmen zur Gesunderhaltung der Soldaten
4. Ausbildung und Fortbildung von Soldaten im Sanitätsdienst
5. Instandhalten, Verwalten und Auffrischen der Truppensanitätsausrüstung
6. Berichterstattung von der Front²⁵⁷

Zum Punkt Überwachung der allgemeinen gesundheitlichen Verhältnisse zählten unter anderem die Organisation von Unterkunft, Ernährung, Bekleidung und Ausrüstung, Trinkwasser, Badeanstalten und Duschräume, Sport und Barbierstuben.²⁵⁸ Auf diese Aspekte wurde im Kapitel 1.1 „Ärztliche Ausbildung im Kriegsverlauf“ bereits eingegangen. Die Maßnahmen zur

²⁵⁵ Fey, Kriegstagebuch, S. 8.

²⁵⁶ Müller, Kriegschirurg in Rußland, S.132.

²⁵⁷ Vgl. Erchenbrecher, Hans, Der Truppenarzt, Berlin 1935, Inhaltsverzeichnis.

²⁵⁸ Vgl. ebd. S. 11-28.

Gesunderhaltung der Soldaten beinhalteten unter anderem Belehrungen, Gesundheitsbesichtigungen, Schutzimpfungen und Maßnahmen beim Ausbrechen von Infektionskrankheiten. Darauf soll im Kapitel 2.2 „Der Truppenarzt als Mediziner“ besonderes Augenmerk gelegt werden.

Wie anfangs durch Ernst Müller zum Ausdruck gebracht, nahmen viele Truppenärzte nur widerwillig ihre „unärztlichen Aufgaben“ wahr. Die Verantwortlichen wurden schnell festgemacht. Dem „Schreibstubenpersonal“ fehle das Gefühl dafür, welche zusätzliche Arbeit man dem Truppenarzt neben seiner rein ärztlichen aufbürdete.²⁵⁹ Die Bereitschaft für die Erledigung logistischer und organisatorischer Aufgaben war dabei ebenso abhängig von der jeweiligen Frontsituation. Bei ruhiger Frontlage kamen die zuständigen Ärzte ihrer organisatorischen Funktion in Form von hygienischen Maßnahmen, Sicherung der Wasserversorgung oder Überprüfung der Sanitätsausrüstung selbstverständlich nach.²⁶⁰ Wenn jedoch während des Massenansturms von Verwundeten weitere Anforderungen, wie die „Kennzeichnung und Registrierung jedes einzelnen Stücks [...] Bekleidung und Ausrüstung [der Verwundeten]“ hinzukamen, schwand die Akzeptanz unter den Truppenärzten rapide.²⁶¹

Ein weiteres Beispiel Robert Emmerichs soll verdeutlichen, welche zusätzlichen nichtärztlichen Aufgaben die Truppenärzte innehatten und welche Konsequenzen bei Fehlern daraus resultieren konnten:

Ich übernahm keine Ausrüstung, ohne mich im Beisein meines neuen San.-Personals von der Vollständigkeit und Richtigkeit des Inhalts zu überzeugen. So auch die Reg.-Verbandskiste. Alles war ja genormt und einheitlich ausgestattet. Zum Glück kontrollierte ich auch den Bestand an Tetanus-Serum. Durch Stichproben, indem ich einzelne Fläschchen herausnahm und besichtigte. [...] Damals mußte der Truppenarzt persönlich die wichtigen Verbände anlegen und anschließend die Starrkrampfimpfung vornehmen. Es wurden aus Fläschchen mit 25 (oder 50ml) Inhalt jedesmal 5cm³ Pferdeserum entnommen und dem Verwundeten in den großen Brustmuskel injiziert. Die Impfung wurde auf Verwundeten-Zetteln bestätigt. Während ich die Verwundeten versorgte, fing plötzlich einer von ihnen gleich bei der Injektion an zu jammern, nach Beendigung sogar zu heulen und zu toben. Erschrocken [sic] nahm ich mir die Spritze und die Serumflasche vor: sie rochen eindeutig nach Benzol! Die Verwundeten waren soweit versorgt, und ich fuhr mit dem Erbarmungswürdigen selbst sofort zu dem Hauptverbandplatz. Die Kollegen eröffneten die Injektionsstelle unverzüglich breit. Grausam! Statt roten Muskelfleisches sah man nur noch graues, abgestorbenes Gewebe. Nach Wochen habe ich den armen Kerl nochmals gesehen: Tiefste Narben, die bis zu

²⁵⁹ Mauss, Als Sanitätsoffizier im II. Weltkrieg, S. 386f.

²⁶⁰ Vgl. ebd., S. 496.

²⁶¹ Müller, Kriegschirurg in Rußland, S. 132.

Bewegungsunfähigkeit im Bereich des linken Schultergürtels geführt hatten. Ein Krüppel! Was war geschehen? – Das Kriegsgericht stellte durch Vernehmung aller Beteiligten fest: Bei meinem Vorgänger hatte der Feldgeistliche während des Besuchs einen San-Gefreiten gebeten, ihm ein Fläschchen Benzin für sein Feuerzeug zu beschaffen. Der hatte einfach ein leeres Tetanus-Fläschchen gegriffen, ohne die Bezeichnung abzukratzen oder unkenntlich zu machen. Mitten hinein war ein russischer Angriff gekommen und die Stellung schnellstens geräumt worden. In der Verwirrung war das Fläschchen bei den anderen im Kasten gelandet. – Und nun: Hätte nicht mein ganzes San.-Personal bestätigt, daß ich Stichproben gemacht hatte, wäre ich ohne direkte Schuld verurteilt worden! – Die Angelegenheit war mir trotzdem schlimm genug. Der San-Gefreite wurde vom Reg.-Gef.-Stand zu einer Kompanie versetzt. Er tat mir leid.²⁶²

4.1.2.1 Beförderung von Verwundeten und Kranken

Die Versorgung der Verwundeten in Rußland ist weitgehend ein Transportproblem.²⁶³

In diesem Abschnitt soll auf eine der wichtigsten Aufgaben des Truppenarztes als Organisator eingegangen werden. Die Beförderung von Verwundeten und Kranken war an der Ostfront die entscheidende Herausforderung für den Sanitätsdienst. Ein funktionierender (Ab-)Transport von Verwundeten und Kranken von der Front war von größter Bedeutung. Dies hatte unterschiedliche Gründe. Primär diente die schnellstmögliche Verlegung der Verbesserung der Überlebenschancen. Die medizinischen und vor allem operativen Möglichkeiten eines Reservelazaretts übertrafen die eines auf Notfallversorgung ausgelegten HVP um ein Vielfaches. Die besseren Überlebenaussichten ergaben sich zusätzlich daraus, dass in der Regel nur diejenigen Verwundeten transportiert wurden, die stabil genug waren, den Transport zu überleben.

Eines jedenfalls steht fest: Je weiter nach rückwärts der Schwerverletzte gelangt, desto besser sind seine Lebensaussichten, nicht sowohl wegen der umfassenderen und intensiveren Hilfe, die hier geleistet werden kann, als weil es sich um bereits ausgesiebte Fälle handelt.²⁶⁴

Neben den vermeintlichen Vorteilen für den Patienten, hatte der Abtransport rein praktische Gründe. „Volllaufen wird es mir schon leider wieder schnell genug.“²⁶⁵ Die Verlegung erfolgte dann oft, um überhaupt noch eine Versorgung der Neuankömmlinge zu gewährleisten. Viele instabile Soldaten wurden so „zu Tode transportiert.“²⁶⁶ Zum Vergleich sollen Todeszahlen aus

²⁶² Emmerich, Einer von Millionen, S. 34f

²⁶³ Müller, Kriegschirurg in Rußland, S. 139

²⁶⁴ Melzner, Der Frontchirurg auf den Hauptverbandplätzen des Ostens, S. 21.

²⁶⁵ Mauss, Als Sanitätsoffizier im II. Weltkrieg, S. 272.

²⁶⁶ Müller, Kriegschirurg in Rußland, S. 131.

dem Polenfeldzug dienen. Müller-Hillebrand spricht von 16.343 Gefallenen bis zum Mai 1941.²⁶⁷ Mauss gibt an, dass allein bis zum September 1942 3.225 Soldaten nur in der 20. Inf.-Division gestorben seien.²⁶⁸ Hochgerechnet auf bis zu 180 Divisionen im deutschen Heer übertraf die Zahl an Gefallenen in Russland der in Polen um ein Vielfaches. Ähnlich stellten sich dementsprechend die Verhältnisse bei den Verwundetenzahlen dar.

Die immer gravierenderen Ausrüstungsprobleme kamen erschwerend hinzu. Prinzipiell fehlte es an Sanitätskraftwagen²⁶⁹ oder die vorhandenen Transportmöglichkeiten wurden für die kämpfende Truppe abgezogen.²⁷⁰ Dadurch musste oft improvisiert werden. Gespanne aus der Zivilbevölkerung der besetzten Gebiete wurden als Fahrzeugersatz konfisziert²⁷¹ und leer fahrende Munitionskolonnen zum Verwundetentransport zweckentfremdet.²⁷² Mauss beschreibt in seinen Tagebucheinträgen die Entwicklung einer selbstgebauten Lore, um das Transportproblem zu lösen.²⁷³ Der Großteil der Wehrmachtsdivisionen war von vorneherein nicht auf motorisierte, sondern bespannte Einheiten angewiesen und somit unterwegs „wie zu Napoleons Zeiten: zu Fuß, mit Pferd und Wagen.“²⁷⁴ Dieser nicht-motorisierte Truppenanteil waren aufgrund der fehlenden Geschwindigkeit während der Blitzkriegsmonate noch von Nachteil.²⁷⁵ Später stellten sich in Schlamm und Schnee ihre Vorteile heraus. Während die Kraftwagen bei zweistelligen Minusgraden nicht mehr ansprangen, in Morast und Tiefschnee stecken blieben und man oft mit Kraftstoffknappheit zu kämpfen hatte, erwiesen sich Pferde, vor allem in Kombination mit Schlitten, als praktischer: „Die motorisierten Teile trafen erst Stunden später ein“²⁷⁶, „Das Panjefahrzeug triumphiert über den Motor“²⁷⁷, „Schlitten sind und bleiben Trumpf!“²⁷⁸ Den Pferden konnte zwar nicht das Benzin ausgehen, doch aufgrund der übermäßigen Beanspruchung und klimatischen Verhältnissen verendeten sie in großer Zahl.²⁷⁹ So benötigten die Einheiten

²⁶⁷ Müller-Hillebrand, Burkhart, Das Heer 1933-1945. Entwicklung des organisatorischen Aufbaues, Bd. 2, Die Blitzfeldzüge 1939-1941, Das Heer im Kriege bis zum Beginn des Feldzuges gegen die Sowjetunion im Juni 1941, Frankfurt am Main 1956, S. 102.

²⁶⁸ Vgl. Mauss, Als Sanitätsoffizier im II. Weltkrieg, S. 508.

²⁶⁹ Vgl. Jung, Als Truppenarzt an der Ostfront, S. 319.

²⁷⁰ Vgl. Mauss, Als Sanitätsoffizier im II. Weltkrieg, S. 349f.

²⁷¹ Vgl. BAMA, RH 50/169, Dr. Wilhelm Guttenberg, Tätigkeitsbericht vom 19.2.42, S. 5.

²⁷² Vgl. Fischer, Der deutsche Sanitätsdienst, S. 470.

²⁷³ Vgl. Mauss, Als Sanitätsoffizier im II. Weltkrieg, S. 416.

²⁷⁴ Müller, Rolf-Dieter, Der letzte deutsche Krieg 1939-1945, Stuttgart 2005, S. 123.

²⁷⁵ BAMA RH 26-4/30, Anlagen zum Kriegstagebuch der Abt. IVb, 1.9. – 31.9.39.

²⁷⁶ Vgl. Ubert, Der Weg der Aufklärungs-Abteilung 171, S. 40.

²⁷⁷ Steets, Hans, Gebirgsjäger bei Uman. Die Korpsschlacht des XXXIX. Gebirgs-Armee Korps bei Podwyssokeje 1941, Heidelberg 1955, S.34.

²⁷⁸ Ebd. S. 345.

²⁷⁹ Vgl. Menzel, Thomas, bundesarchiv.de, Pferde im Einsatz bei Wehrmacht und Waffen-SS, 2022, <https://www.bundesarchiv.de/DE/Content/Virtuelle-Ausstellungen/Pferde-Im-Einsatz-Bei-Wehrmacht-Und-Waffen-Ss/pferde-im-einsatz-bei-wehrmacht-und-waffen-ss.html>, aufgerufen am: 17.5.2022.

Stunden bis Tage, um wenige Kilometer voranzukommen.²⁸⁰ Oft mussten Pferde wie Kraftwagen zurückgelassen werden. Letztlich blieb häufig nichts anderes übrig, als den Weg zu Fuß zurückzulegen. „So kamen wir am Ende drei Wochen nicht aus den Stiefeln!“²⁸¹ Eine Lösung, die für den verletzten, immobilisierten Soldaten keine echte Alternative war und den Truppenarzt vor allem bei Rückzugsbewegungen vor logistische und teils moralische Probleme stellte.

4.1.2.2 Rückzugsorganisation

*Letztlich gelang nur 55 Mann der Weg in die Freiheit – von allen anderen und den Verwundeten wurde nie mehr etwas gehört.*²⁸²

Ab 1943 begann die Zeit der Rückzugsbewegungen für die deutsche Wehrmacht. Spätestens 1944 glichen die Absetzbewegungen von Kesselschlacht zu Kesselschlacht eher einer Hetzjagd. Eine Entwicklung, die sich auf die durch Material- und Verwundetentransport schwerfälligen Sanitätsdienste katastrophal auswirkte. Hatte man beim Vormarsch noch ganze Verbandplätze den nachrückenden Sanitätskompanien überlassen können, bedeutete nun das Zurücklassen von schwer Verwundeten meist ihren sicheren Tod. Nicht selten wurden die Truppenärzte in ihrer Verantwortung als Offiziere vor schwerwiegende Gewissensfragen gestellt. Innerhalb kürzester Zeit mussten sie sich zwischen der Versorgung der Verwundeten, der Sicherheit ihrer Einheit und ihrem eigenen Wohlergehen entscheiden.²⁸³

Am Abend des 19.1.[1943] brachte ein Flakkanonier die Kunde, daß für die Nacht 50 deutsche Flugzeuge angesagt waren. [...] Vier HE 111²⁸⁴ waren gelandet. Die Flieger fragten nicht nach Flugkarten, alle durften einsteigen. Leider wurden nur zwei HE 111 beladen. Es fehlte an Organisation. Keiner brachte die Schwerverwundeten zu den Flugzeugen. [...] Verwundete, die noch einigermaßen laufen konnten, klammerten sich an die Flugzeuge, wurden mit hochgezogen, bis sie sich nicht mehr halten konnten, und dann wieder zu Boden fielen. [...] Am 29.1. setzten sich vom Verbandsplatz Ärzte und Sanitäter nach Stalingrad ab. Die Verwundeten waren ihrem Schicksal überlassen. Kurze Zeit darauf erschienen die Russen. Sie waren anständig und erklärten, daß die Verwundeten in den nächsten Tagen in die Gefangenschaft kommen würden. Die nachfolgenden Russen

²⁸⁰ Vgl. Ubert, Der Weg der Aufklärungs-Abteilung 171, S. 38: 23 Stunden zur Überwindung von 20 Kilometern o. Nölke, Die 71. Infanterie-Division, S. 135: In 36 Stunden 10 Kilometer zurückgelegt.

²⁸¹ Emmerich, Einer von Millionen, S. 21.

²⁸² Buchner, Der Sanitätsdienst des Heeres, S. 73.

²⁸³ Vgl. dazu auch die Rückzugsberichte von: Emmerich, Einer von Millionen, S. 69f o. Mauss, Als Sanitätsoffizier im II. Weltkrieg, S. 410.

²⁸⁴ Vgl. Abbildung 12: Bomberflugzeug Heinkel HE 111.

*plünderten dagegen die Verwundeten aus. Acht Tage blieben sie dort noch liegen und ernährten sich von den toten Pferden, die an der Straße lagen.*²⁸⁵



Abbildung 12: Bomberflugzeug Heinkel HE 111 1943 in Stalingrad.²⁸⁶

In dieser Zeit waren die Truppenärzte eher mit Taktieren als Therapieren beschäftigt. Durch direkte Befragung der frisch eingelieferten Verwundeten und Deutung des Gefechtslärms entwickelten sie ein quasi „seismographisches Gefühl für die Lage.“²⁸⁷ Bestand noch eine letzte Hoffnung für den rechtzeitigen Abtransport der Kranken und Verwundeten, waren alle Mittel recht. Bestechung der Verantwortlichen mit Schnaps²⁸⁸, Zucker²⁸⁹ oder Zigaretten²⁹⁰ waren nun keine Seltenheit mehr. In den Wirren der letzten Kriegsmonate ging man sogar so weit, Robert Emmerichs Sanitätskompanie entgegen allen Regeln und Konventionen zur Bewachung einer Brücke einzusetzen.²⁹¹ Die Rolle des Truppenarztes als Organisator war folglich vielseitig und beanspruchte einen großen Teil ärztlicher Tätigkeit. Im Laufe des Krieges im Osten hatte der

²⁸⁵ Ubert, Der Weg der Aufklärungs-Abteilung 171 im 2. Weltkrieg, S. 85.

²⁸⁶ Ullstein Bild, Mediennummer 00799606.

²⁸⁷ Bamm, Die unsichtbare Flagge, S. 293.

²⁸⁸ Vgl. ebd. S. 211.

²⁸⁹ Vgl. ebd. S. 337-339.

²⁹⁰ Vgl. Müller, Kriegschirurg in Rußland, S. 133.

²⁹¹ Vgl. Emmerich, Einer von Millionen, S. 44.

Sanitätsoffizier immer größere Schwierigkeiten, den medizinischen Aspekt seines Daseins nicht zur Nebensache verkommen zu lassen.

4.2 Der Truppenarzt als Mediziner

*Der Soldat will den Arzt, nicht den Offizier*²⁹²

Der Sanitätsoffizier bildete den Grundpfeiler der Sanitätsdienste der Wehrmacht. Neben seinen Verpflichtungen als Offizier war er vor allem für die medizinische Versorgung der Truppe verantwortlich. Diese erfolgte vom Verwundetennest an der Front bis in die Reservelazarette in der Heimat. Dementsprechend vielfältig stellte sich die Arbeit als Arzt im Heer dar. Zu den rein ärztlichen Aufgaben des Truppenarztes gehörten neben den fachspezifischen, auf die noch genauer eingegangen werden soll, weitere allgemeine Verpflichtungen. Diese wurden unter dem Begriff „Maßnahmen zur Gesundheitshaltung der Soldaten“²⁹³ zusammengefasst und beinhalteten allen voran die Prävention von Krankheiten und Verletzung. „Volle[r] Einsatz nicht bloß bei unseren verwundeten und kranken Kameraden, sondern fast mehr noch bei den gesunden.“²⁹⁴ In regelmäßigen truppenärztlichen Belehrungen sollte über Erste Hilfe, Leibesübungen, Körperhygiene, Ernährung, Verhütung ansteckender Krankheiten und Vermeidung von kriegstypischen Krankheitsbildern wie Marschfrakturen aufgeklärt werden. Ebenso sollte vierteljährlich eine „Gesundheitsbesichtigung“ jedes Soldaten in Form einer ausführlichen Inspektion und körperlichen Untersuchung erfolgen.²⁹⁵ Neben den klassisch truppenärztlichen Aufgaben dürfen die psychologischen und palliativen Aspekte der Fürsorge nicht außer Acht gelassen werden.

Die politische Führung nutze die oft als „über [dem] Durchschnitt“²⁹⁶ bezeichnete Leistung der Ärzte, um sie für propagandistische und psychologische Zwecke auszunutzen. Daher war es für sie von entscheidender Bedeutung, die Truppenärzte allen Risiken zum Trotz möglichst frontnah einzusetzen.²⁹⁷

Es ist für das Selbstvertrauen und die innere Sicherheit der Truppe, damit aber auch für ihre Einsatzbereitschaft und Kampfkraft nicht selten von entscheidender Bedeutung, zu wissen, daß ihr Truppenarzt hinter ihr steht und überall sogleich zur Stelle ist, wo es einen getroffen hat. Denn dem Soldaten ist es ganz und gar nicht gleichgültig, ob

²⁹² Fey, Kriegstagebuch, S. 6.

²⁹³ Siehe S. 54.

²⁹⁴ BAMA, RH 12-23/4545, Der Heeres-Sanitätsinspekteur, Die Aufgaben des Sanitätsoffiziers.

²⁹⁵ Vgl. Erchenbrecher, Der Truppenarzt, S.28-36.

²⁹⁶ Mauss, Als Sanitätsoffizier im II. Weltkrieg, S. 624

²⁹⁷ Im Gegensatz dazu setzten die Alliierten ihre Militärärzte ausschließlich im Hinterland ein während die Sanitätsmannschaften für die frontnahe Versorgung Verwundeter verantwortlich waren; vgl. auch Abb. 13.

er den Arzt und Helfer „irgendwo hinten“ weiß oder ob er ihn, mitten im Gefecht, bei sich und den Kameraden sieht.²⁹⁸

Auf den Verbandplätzen hinter der Hauptkampflinie, als begleitende Stürmer oder sogar gezielt per Flugzeug zu eingekesselten Einheiten abgesetzt,²⁹⁹ sollten die Sanitätsoffiziere ihre volle medizinische und psychologische Wirkung entfalten.



Abbildung 13: Propagandamotiv eines dt. Truppenarztes bei der Erstversorgung³⁰⁰

²⁹⁸ BAMA, RH 12-23/4545, Der Heeres-Sanitätsinspekteur, Die Aufgaben des Sanitätsoffiziers.

²⁹⁹ Vgl. Fey, Kriegstagesbuch, S. 71.

³⁰⁰ Auf der Rückseite des Bildes steht: „Der Truppenarzt. Bis in die vorderste Linie folgt der Feldarzt von heute der kämpfenden Truppe und lässt dem Verwundeten mitten im heftigsten feindlichen Feuer seine Hilfe angedeihen. UBz. einen Oberarzt beim Verbinden eines Verwundeten.“, Fotoarchiv für Zeitgeschichte/Ar/Süddeutsche Zeitung Photo, Bild-ID: 02903688.

4.2.1 Die Belastung der Truppenärzte

Noch nie ist mir das Leben im Frieden so schön vorgekommen wie jetzt, wo ich tagtäglich nur zerschossene Menschen sehen und behandeln muss.³⁰¹

In Anbetracht der immensen psychischen Belastung der Ärzte im Zweiten Weltkrieg ist es nicht verwunderlich, wie viele von ihnen das Erlebte in schriftlicher Form verarbeiteten. Umso wertvoller sind diese Zeugnisse, um nachvollziehen zu können, was es hieß, als Arzt in einem Krieg eingesetzt zu sein. Mauss spricht schon im September 1941 vom „Aufbrauch der physischen und psychischen Kräfte der behandelnden Sanitätsoffiziere.“³⁰²

Ich denke an Menschenfetzen, die auf den zerschossenen Straßen herumlagen.³⁰³

Das Blut der zu Versorgenden sprang in getrockneten Krusten von meinen Händen – weiter, weiter helfen! [...]

Lieber Gott, laß mich doch einen Tag lang kein Blut sehen.³⁰⁴

Neben der Grausamkeit des Erlebten führte der Massenansturm von Kranken und Verwundeten im Russlandfeldzug zur Überforderung der Sanitätsdienste. An der Ostfront „kämpften und starben mehr Menschen als an allen anderen Fronten des Weltkrieges zusammen.“³⁰⁵ So verwundert es kaum, dass einzelne Sanitätskompanien auf ihren Verbandplätzen und im Lazarett zeitweise über 3000 Kranke und Verwundete versorgen mussten.³⁰⁶ Dabei wurden noch hunderte weitere Patienten täglich „hindurchgeschleust.“³⁰⁷ Gleichzeitig waren die Sanitätsdienste, wie oben bereits erläutert, in Sachen Nachschub, Ausrüstung und Personal nicht auf die Belastung vorbereitet. Das Verhältnis von Versorger zu Versorgtem in der Wehrmacht war sehr zum Nachteil der rückwertigen Dienste und zu Gunsten der kämpfenden Truppe ausgelegt.³⁰⁸ Dementsprechend brauchten sich die Kräfte der Ärzte auf. An Kampftagen war es nichts ungewöhnliches, dass die Sanitätsoffiziere tagelang ununterbrochen Dienst auf dem Verbandplatz verrichteten oder in OP-

³⁰¹ Jung, Als Truppenarzt an der Ostfront, S. 285.

³⁰² Mauss, Als Sanitätsoffizier im II. Weltkrieg, S. 232.

³⁰³ Emmerich, Einer von Millionen, S. 29.

³⁰⁴ Ebd. S. 38.

³⁰⁵ Weinberg, Eine Welt in Waffen, S. 294.

³⁰⁶ Vgl. Steets, Gebirgsjäger in der Nogaischen Steppe, S. 109.

³⁰⁷ BAMA, RH 50/135, Kriegstagebuch der San.-Komp. 181 am 2.7.1944; Bamm spricht von 13.000 Durchgängen in einem Monat, in: Bamm, Die unsichtbare Flagge, S.329.

³⁰⁸ Hartmann vergleicht diese „spartanischen“ Verhältnisse mit der „verwöhnten“ US-Army, in: Hartmann, Wehrmacht im Ostkrieg, S. 38f.

Teams durcharbeiteten. Entkräftet und übermüdet, sollten sie dann noch verlässlich über geeignete lebenserhaltende Maßnahmen entscheiden.

An kaum einem Abend kamen wir vor zwei Uhr zum Schlafen, in der vorletzten Nacht überhaupt nicht. [...] Seit 60 Stunden waren die hiesigen Kollegen nicht mehr zum Schlafen gekommen. Wir lösen sie zunächst einmal für die Nacht ab, obwohl auch wir seit 48 Stunden nicht geschlafen hatten. [...] Quälende, die Belastbarkeit menschlicher Psyche fast überfordernde Entscheidungen haben wir zu treffen, wenn z.B. neben vielen anderen schweren Verwundungen vier Landser mit Bauschüssen eingeliefert werden und wir nun bestimmen müssen, wem von diesen vieren zuerst geholfen werden soll. Hier wird vom Chirurgen eine unmittelbare Einwirkung auf das Schicksal der Hilfesuchenden gefordert. Während des ganzen bisherigen Krieges hat keine andere Situation mich stärker aufgewühlt und bedrückt als dieser Gewissenkonflikt vor den Schwerstverwundeten, deren Leben in meine Hand gegeben ist, denn diejenigen, deren zerfetzte Organe ich nicht als erste operieren kann, haben nach menschlichem Ermessen kaum noch Aussichten zu überleben.³⁰⁹

Dies erhöhte zusätzlich den Druck auf die Truppenärzte, die nicht nur an dem nicht zu bewältigenden Arbeitspensum, sondern auch unter den Vorwürfen ihrer Kameraden zu leiden hatten. Nicht jedem konnte geholfen werden. Im Krieg Arzt zu sein, bedeutete immer, harte Entscheidungen zu treffen. An der Ostfront des Zweiten Weltkriegs wurden in dieser Hinsicht neue Dimensionen erreicht.

Manchmal klang es wie ein Vorwurf, wenn er wiederholte: „So helfen Sie mir doch!“ Gegen Morgen starb er in meinen Armen.³¹⁰

Ich höre immer noch seinen jammernden Freund: „Lassen Sie ihn doch nicht sterben, helfen Sie doch, das dürfen Sie doch nicht zulassen!“³¹¹

Am Wegesrand beiderseits lagen weitere unversorgte Verwundete, die schrien: „Ihr Schweine laßt uns hier verrecken [sic]!“³¹²

Der deutsche Sanitätsdienst wurde an der Ostfront von der politischen, wie der militärischen Führung im Stich gelassen. Dass die kämpfende Truppe höher gewichtet wurde, war für das Sanitätswesen seit seiner Entstehung keine neuartige Erfahrung. Mit der Verschlechterung der militärischen und humanitären Lage war jedoch eine Grenze erreicht, an der die medizinische

³⁰⁹ Müller, Kriegschirurg in Rußland, S. 128f.

³¹⁰ Emmerich, Robert, Einer von Millionen, S. 23.

³¹¹ Ebd. S. 37.

³¹² Ebd. S. 53.

Versorgung der Soldaten nicht mehr durch Überbelastung der Truppenärzte kompensiert werden konnte.

4.2.2 Der internistische Truppenarzt

Hier gab es zum ersten Mal mehr interne als traumatische Zugänge. Typhus, Ruhr, Gelbsucht, Nephritis, Malaria, Fünftagefieber und vereinzelt auch Fleckfieber ließen die „Innere“ auf 200 Betten anschwellen, gegenüber einer Chirurgie von höchstens 100 Betten.³¹³

Die internistische Arbeit von Sanitätseinheiten im Zweiten Weltkrieg wurde häufig unterschätzt. Größeres Augenmerk lag vermehrt auf der offensichtlicheren Versorgung Verwundeter und sonstiger chirurgischer Themengebiete. Für Autoren und Regisseure populärwissenschaftlicher Medien, wie auch für die Zeitzeugen selbst, schienen notfallmäßige Amputationen interessanter und berichtenswerter als die Durchfallerkrankungen der Truppe. Dabei waren letztere wegen der hohen Ausfallquote von nicht zu unterschätzender Relevanz für die Einsatzbereitschaft der Streitkräfte.

Dementsprechend gleichwertig soll die Thematik gegenüber dem chirurgischen Truppenarzt nun behandelt werden. Der Einfachheit halber werden beim Begriff des Internisten auch alle angehenden Fachärzte miteingeschlossen. Diese zukünftigen Ärzte für Innere Medizin, damals häufig Allgemeinmediziner in Ausbildung, stellten nämlich den Hauptteil der einfachen, internistischen Truppenärzte. Abseits der fachspezifischen Aufgaben soll die Arbeit am TVP genauer betrachtet werden. Dort wurden bevorzugt Internisten eingesetzt, um die chirurgischen Kräfte an HVP und Lazaretten fokussieren zu können.

4.2.2.1 Arbeit am Truppenverbandplatz

Bis 4 [Uhr] morgens hatte ich gearbeitet. Sterbende und Tote lagen herum. Die Augen brannten, ich konnte kaum noch sitzen. Nur starkes Rauchen hielt mich wach. Darauf schlief ich von 4 bis 11 [Uhr]. Da waren schon zehn Verwundete, die auf mich warteten. Auch jetzt während des Schreibens kommen immer welche an. Gestern waren es über 100 Mann. 82 ließ ich sofort abtransportieren. Seit der Nacht vom 8. auf 9. Juli die ersten Stunden Schlaf! Was der Mensch doch aushalten kann.³¹⁴

³¹³ Buchner, Der Sanitätsdienst des Heeres, S. 49; Mit dem Feldlazarett 162 an der Ostfront, 1941 bis Januar 1943.

³¹⁴ Jung, Als Truppenarzt an der Ostfront, S. 320, Walther Jungs Bericht vom TVP bei Sewastopol.

Jeder Truppenarzt eines Infanterie-Bataillons hatte die Verantwortung über einen TVP.³¹⁵ Angelieferte Patienten wurden gesichtet, triagiert und ärztlich versorgt. Zu dieser Erstversorgung zählten Blutstillung und Schockbekämpfung sowie erste medikamentöse Schmerzbekämpfung, Kreislaufstabilisierung und die prophylaktische Tetanus-Impfung. „Hier wurde gespritzt wie bei der Feuerwehr [...]“³¹⁶ Der Truppenarzt war persönlich für das Anlegen wichtiger Wundverbände zuständig.³¹⁷ Bereits angelegte Verbände sollten gegebenenfalls verbessert oder erneuert und Knochenschussbrüche geschient werden. Außerdem mussten im Notfall schon kleinere Eingriffe vorgenommen werden. Zu diesen zählten unter anderem die Pneumothorax-Entlastung bzw. der Verschluss offener Lungenverletzungen oder Tracheotomie bei akuter Erstickungsgefahr.³¹⁸ So machten auch internistische Truppenärzte wie Robert Emmerich ihre Erfahrungen in den chirurgischen Aspekten der Verwundetenversorgung.

*Wenn ich so auf die ganze Kriegszeit zurückblicke, so habe ich an allen Arten von Verletzungen Gehirn-, Bauch-, Lungen-, Knochenschüssen wohl mehr primär versorgt, als heute ein Durchgangsarzt in seinem ganzen Leben zu Gesicht bekommt!*³¹⁹

An den Berichten allein eines Einsatztages ist auszumachen, mit wie vielen unterschiedlichen Verletzungsmustern die Truppenärzte auseinandergesetzt waren:

*Wir hatten da Zwillingbrüder, nach allen Merkmalen waren es eineiige Zwillinge. Am gleichen Tag mußte ich dann den einen mit einem hohen Oberschenkelschußbruch versorgen und wegschicken und am Nachmittag den anderen mit der grausamsten Verletzung, die ich je erlebt habe: Eine Gewehrkegel hatte ihm den ganzen Damm, also auch den After, und den ganzen Geschlechtsteil weggerissen und auch die Blase eröffnet. [...] Einem anderen Soldaten war die ganze Achselhöhle zerrissen, so daß alles, was ich versuchte, die Blutung nicht zum Stehen brachte.*³²⁰

Ziel jeder Behandlung war immer eine möglichst rasche Stabilisierung des Patienten, um den zügigen Weitertransport zu ermöglichen. Als erste Auslese wurden die Soldaten mit Hilfe von Begleitzetteln je nach Transportfähigkeit eingeteilt:

- Ohne Randstreifen: Marschfähige Verwundete und Kranke
- Mit einem roten Randstreifen: Transportfähige Verwundete

³¹⁵ Vgl. Guth, Sanitätswesen im Zweiten Weltkrieg, S. 12.

³¹⁶ Haape, Endstation Moskau, S. 327.

³¹⁷ Vgl. Emmerich, Robert, Einer von Millionen, S. 34.

³¹⁸ Vgl. Laun, Rudolf, Vademekum des Truppenarztes, Taschenbücher des Truppenarztes, Bd. 3, München 1939, S. 219-269.

³¹⁹ Emmerich, Einer von Millionen, S. 45.

³²⁰ Ebd.

- Mit zwei roten Randstreifen: Nicht oder nur beschränkt transportfähige Verwundete
- Mit einem grünen Randstreifen: Nicht ansteckende Kranke
- Mit einem gelben Randstreifen: Ansteckende Kranke
- Mit einem violetten Randstreifen: Transportfähige Kampfstoffverletzte
- Mit zwei violetten Randstreifen: Nicht oder nur beschränkt transportfähige Kampfstoffverletzte.³²¹



Abbildung 14: Deutscher Verwundetenzettelblock, 1939/45.³²²

³²¹ Aus der H. Dv. 59, Unterrichtsbuch für Sanitäts-Unterroffiziere und -Mannschaften, S.341f.

Triagiert wurde demnach weniger nach Überlebenschance als nach Transportfähigkeit des Patienten. Bei Durchlaufzahlen von 200 Verwundeten ein oft schwieriges Unterfangen.³²³ Dadurch gewann eine effektive, also rigorose Triagierung mit Verschlechterung der Gesamtlage immer mehr an Bedeutung. Der Massenansturm an Verwundeten bei gleichzeitigem Mangel an Ausrüstung, Personal und Transportmöglichkeiten sollte durch striktes Selektieren nach Überlebenschancen kompensiert werden. Auch diese Entscheidung wurde dem Truppenarzt zuteil.

„Verwundetenabfertigung“! Welch gräßliches Wort! Und doch finde ich kein zutreffenderes für unseren an Großkampftagen rein rationellen Massenbetrieb, in dem wir jedes aufkeimende Mitgefühl verdrängen müssen.³²⁴

Noch deutlicher wird Robert Pfeiffer in seinem Aufsatz „Triage in Militär- und Katastrophenmedizin“:

Für den Verwundeten, dessen Wiederverwendungsfähigkeit zweifelhaft ist, lobnt eine aufwendige Versorgung nicht.³²⁵

Die Verletzten und Toten waren schon bald nichts als Namen, „nichts als ein weiterer Bauchschuß.“³²⁶ Nicht jedem Truppenarzt gelang es, diesen Auftrag kühl und nach rationalen Beweggründen auszuführen, ohne davon auf menschlicher Ebene betroffen zu sein. So stellte die Triage auf den Verbandsplätzen im Osten eine weitere seelische Belastung für den Truppenarzt dar.

Ich konnte gar nichts tun; denn ich mußte einen anderen retten: Schlagaderblutung, es spritzte nur so aus dem Gesäß. Es gelang mir auch nach mehreren Versuchen, eine Gefäßklemme in der Tiefe der Wunde „blind“ anzubringen, daß die Blutung stand. Späterer Transport mit liegender Klemme unter dem Verband. – Der Fähnrich war da schon tot. Der Freund kauerte als schluchzendes Häufchen Elend daneben. Ich war selbst unglücklich mit ihm, aber es blieben ja noch weitere Verwundete zu versorgen!³²⁷

Hoffentlich habe ich dem armen Russen noch etwas Gutes gesagt oder ihn gestreichelt. Ich glaube es bestimmt getan zu haben. Bis ich all die Schwerverwundeten versorgt hatte, lag draußen ein Toter, dem ich gerne geholfen hätte.³²⁸

³²² Deutscher Verwundetenzettelblock, 1939/45, 2021, <https://berlin.museum-digital.de/object/75052?navlang=de>, abgerufen am: 13.1.2022.

³²³ Vgl. Fischer, Der deutsche Sanitätsdienst, S. 468.

³²⁴ Müller, Kriegschirurg in Rußland, S. 134.

³²⁵ Pfeiffer, Robert, Triage in Militär- und Katastrophenmedizin, in: Jahrbuch für kritische Medizin- und Gesundheitswissenschaften, 9/1983, S. 97.

³²⁶ Haape, Endstation Moskau, S. 109.

³²⁷ Emmerich, Einer von Millionen, S. 37f.

³²⁸ Ebd., S. 40.

4.2.2.2 Internistische Herausforderungen

Die Truppenärzte hatten während des Russlandfeldzuges mit der kompletten Bandbreite der Inneren Medizin zu tun. Die mit Abstand größte Gruppe stellten die Infektionskrankheiten. Fleckfieber, Malaria, Tuberkulose, Durchfall- und Geschlechtskrankheiten bereiteten dem Sanitätswesen der Wehrmacht Schwierigkeiten, die bis zum Kriegsende nie zufriedenstellend gelöst werden konnten.³²⁹ Auch weitere Erkrankungen wie Hepatitiden oder Nephritiden hatten eine internistische Relevanz. Häufig wurden diese durch Überbelastung, Kälte, Mangelernährung und katastrophale hygienische Zustände verursacht oder aggraviert. Aufgrund der schlechten Versorgungslage mehrten sich Berichte über Trichinose-Fälle nach Selbstschlachtungen und dem Verzehr von rohem Fleisch.³³⁰ Zusätzlich stellten Mandelentzündungen und einfache grippale Infekte eine Belastung für Verbandplätze und Lazarette dar. Relevant war dabei nicht der Schweregrad der Infektion. Vielmehr wirkten sich die Fallzahlen von allein 192.806 Mandelentzündungen und 250.012 Grippekranken im Winter 1942/43 negativ auf die Kapazitäten der Sanitätseinrichtungen aus.³³¹

Neben Fallzahlen und Letalität der Erkrankungen war die Ausfalldauer für die Kampfkraft der Einheiten entscheidend. Während leichte bis mittelschwere Verletzungen bei gleichzeitigem Ausbleiben von Komplikationen verhältnismäßig schnell verheilten, fielen die internistischen Patienten oft wochenlang aus: „Auffällig ist dagegen die Zunahme der Hepatitis epidemica, von der fast täglich Zugänge kommen. Auch sie verläuft im allgemeinen leicht, braucht aber ihre Zeit.“³³²

Bei der Betrachtung von Verwundungen und Erkrankungen im Heer sind die Fallzahlen ein hilfreiches Element. Wie schon wiederholt erwähnt, stellt sich die Datenlage mangelhaft dar. Offizielle Bestandsaufnahmen, wie der „Vorläufige Sanitätsbericht des deutschen Heeres“ von Müller wurden nur bis ins Jahr 1943 geführt und durch verschiedene Einflüsse verzerrt. Man muss davon ausgehen, dass aufgrund von Fehldiagnosen und Vertuschung die Fallzahlen weit höher ausfielen.³³³ Für die ersten vier Kriegsjahre muss demnach von einer hohen Dunkelziffer ausgegangen werden, während die letzten Kriegsjahre nur anhand von Einzelfallbeispielen beurteilt werden können. Tabelle 2 auf der folgenden Seite gibt eine Übersicht bis ins Jahr 1943.

³²⁹ Vgl. Müller, Hans, Die ansteckenden Krankheiten im deutschen Heer während der ersten vier Kriegsjahre, in: Wehrmedizinische Mitteilungen, 1/61, S. 1-4 und 2/61, S. 22-27.

³³⁰ Vgl. Fischer, Der deutsche Sanitätsdienst, S. 608.

³³¹ Vgl. Müller, Die ansteckenden Krankheiten im deutschen Heer, S. 3.

³³² Mauss, Als Sanitätsoffizier im II. Weltkrieg, S. 541.

³³³ Vgl. am Beispiel der Geschlechtskrankheiten, in: Seidler, Franz, Prostitution, Homosexualität, Selbstverstümmelung. Probleme der deutschen Sanitätsführung 1939-1945, Neckargemünd 1977, S. 75.

Die Daten hierzu wurden von Seidlers Analyse des Sanitätsberichts übernommen, zur Vereinfachung zusammengefasst und in die prozentualen Anteile der Ist-Stärke des Heeres umgerechnet.³³⁴

³³⁴ Ebd. S.66.

Kriegsjahr	Verwundungen	Infekt.- Krankheiten	Krankheiten d. Verdauungswege	Krankheiten d. Haut u. Unterhaut	Krankheiten d. Beweg.- organe	Krankheiten d. Atm.- organe	Geschl.- Krankheiten	Nerven- und Geisteskrankheiten	Sonstige Krankheiten	Nicht erklärbare u. simulierte Krankheiten
Feldheer										
1.	19,75	15,56	16,3	10,5	13,01	10,97	0,77	1,15	11,96	0,99
2.	21,18	12,08	13,76	9,86	7,61	5,54	1,58	0,67	7,22	1,05
3.	44,15	17,84	16,89	12,39	7,4	6,15	1,0	0,67	8,58	1,34
4.	36,4	15,6	12,85	12,72	6,0	5,95	0,94	0,58	7,65	2,29
Ersatzheer										
1.	9,08	15,85	14,3	11,18	14,66	11,02	1,69	1,44	12,27	1,24
2.	5,31	16,5	8,46	9,53	8,82	6,55	1,17	1,06	7,61	1,24
3.	5,32	13,18	7,45	9,33	6,69	4,39	0,99	0,9	6,47	1,28
4.	4,56	12,28	8,43	11,62	5,69	4,27	1,14	0,76	6,62	1,34

Tabelle 2: Krankheitsgruppen in Prozent der Ist-Stärke von Feld- und Ersatzheer.³³⁵

³³⁵ Seidler, Prostitution, Homosexualität, Selbstverstümmelung, S. 66.

Der Zustandsbericht des Gebirgsjägerregiments 91 bringt den Gesundheitszustand der Mannschaften im November 1941 zusammenfassend auf den Punkt:

Die Angehörigen des Bataillons sind zur Zeit in einem sehr mäßigen Kräfte- und Ernährungszustand. Den Leuten fehlte bisher eine größere Ruhepause, um sich von den Strapazen der viereinhalb Monate dauernden Märsche und Gefechte zu erholen und neue Kräfte zu sammeln. Die Widerstandskraft gegenüber äußeren Infekten ist herabgesetzt, es häuften sich in den vergangenen Wochen Erkältungskrankheiten, hauptsächlich zurückzuführen auf starke Durchnässung. – Sehr schwächend auf den allgemeinen Kräftezustand wirken sich die Magen-Darmerkrankungen aus; die mit großem Wasserverlust verbundenen Durchfälle bestehen zum Teil nach wie vor, da eine medikamentöse und diätische Beeinflussung bisher unmöglich war. Gelbsuchtfälle meist im Anschluß an Magen-Darmkatarrh, traten bisher innerhalb des Bataillons nur vereinzelt auf. Truppe einschl. Offiziere ist verlaust. Kratzeffekte mit anschließenden Entzündungen und Eiterungen sind allgemein zu beobachten. Die Furunkulose wie überhaupt die sogenannte „Schmutzerkrankheit“ ist stark vertreten, da nach Marschleistung usw. die Leute zur Körperreinigung oft zu müde waren. Die Ernährung ist seit längerer Zeit einseitig, unzureichend und unzureichend. Es fehlt jegliche Vitaminzufuhr durch Gemüse.³³⁶

Anhand der Statistiken und vermehrter Zeitzeugenberichte ist davon auszugehen, dass die Durchfallerkrankungen, allen voran die Ruhr, die größte internistische Herausforderung der ersten Kriegsjahre war.³³⁷ Auch hier geht man von einer hohen Dunkelziffer aufgrund von Fehldiagnosen und nicht dokumentierter Fälle aus. Walther Mauss und Heinrich Haape gaben gar zu, es zu vermeiden, die Diagnose offen auszusprechen, „um keine unnötige Aufregung“³³⁸ unter den Patienten und Panik vor dem „Schreckgespenst Ruhr“³³⁹ aufkommen zu lassen. Tatsächlich hielt sich die Symptomatik der Shigellenruhr bei unkompliziertem Verlauf in Grenzen. Nach wenigen Tagen mit wässriger Diarrhoe und grippeähnlichen Symptomen sistierten die Krankheitszeichen meist. Entscheidend waren erneut die großen Ausfallzahlen, die zur Einsatzunfähigkeit ganzer Verbände führten. Der beratende Hygieniker und Stabsarzt Dr. Wohlfei bestätigt dies in seinem Erfahrungsbericht mit der 4. Panzer-Armee vom Sommer 1941. Dort erörterte er, dass die angegebenen Prozentsätze im einstelligen Bereich, welche den Anteil an Ruhrerkrankungen unter allen Durchfallerkrankungen angeben sollten, viel zu gering eingeschätzt seien. Anhand bakteriologischer Untersuchungen konnte er nachweisen, dass alle Durchfallerkrankungen auf eine Shigelleninfektion zurückzuführen seien. Daher ging er von einer durchschnittlichen Durchseuchung von 50% der Ist-Stärke der Einheiten aus. Ein Zusammenbruch der

³³⁶ Steets, Hans, Gebirgsjäger zwischen Dnjepr und Don. Vom Tschernigowka zum Mius, Oktober – Dezember 1941, Heidelberg 1957, S. 148

³³⁷ Müller, Die ansteckenden Krankheiten im deutschen Heer, S. 4.

³³⁸ Haape, Endstation Moskau, S. 345.

³³⁹ Mauss, Als Sanitätsoffizier im II. Weltkrieg, S. 541.

Einsatzfähigkeit konnte nur verhindert werden, indem „der einzelne Soldat und Offizier, oft in heroischer Einsatzbereitschaft, langdauernde Durchfallerkrankungen, nicht selten sogar klinisch sichere Ruhr in vorderster Stellung bei der Truppe überstanden hat.“³⁴⁰ Des Weiteren wurden die Truppenärzte angehalten, auf Lazaretteinweisungen bei Durchfallerkrankungen zu verzichten und die Soldaten ambulant bei der Truppe zu behandeln.³⁴¹ Die Behandlung an sich bestand anfangs ausschließlich aus symptomatischer Therapie. Falls es die Frontlage zuließ, reichten in der Regel einige Tage der Ruhe und Schonkost aus, um die Infektion auszukurieren. Ab 1942 kamen erstmals flächendeckend Ruhrschutzimpfungen für das gesamte Ostheer zum Einsatz. Ihre Wirkung blieb bis zuletzt fragwürdig.³⁴² Vor allem durch Prävention in Form hygienischer Maßnahmen, klimatischer Umstände und erfolgreicher Einsätze von Sulfonamiden³⁴³ verlor die Ruhr in den Folgejahren an Bedeutung, ohne je endgültig eingedämmt worden zu sein.

Mit dem Vormarsch der Wehrmacht Richtung Osten und Kaukasus übernahmen die fieberhaften Infekte, allen voran die Malaria, die Bedeutungshoheit der Durchfallerkrankungen.³⁴⁴ Allerdings wirkte sich diese, vor allem in Südosteuropa verbreitete Krankheit, im Russlandfeldzug nie im selben Maße auf die Einsatzkräfte aus, wie es bei der Ruhr der Fall gewesen war. Problematisch waren vor allem die langen Ausfallzeiten von mehr als einem Monat bei rezidivierenden Infektionen.³⁴⁵ Wiederum spielten präventive Mittel eine große Rolle. „Malarialehrtrupps“ wurden in Endemiegebieten eingesetzt, um gezielte, mobile Malariabekämpfung zu leisten.³⁴⁶ Außerdem wurde die Einnahme von Atebrin, einem prophylaktischen Antimalariamittel, in den Sommermonaten für jeden Soldaten zur Pflicht.³⁴⁷ Weitere Maßnahmen beinhalteten den Schutz vor bzw. die direkte Bekämpfung der Anopheles-Mücke. Zur Therapie standen unterschiedliche Chinin-Präparate zur Verfügung.³⁴⁸

³⁴⁰ BAMA, RH 19-VIII/287, Bl. 270, Wohlfei, Erfahrungsbericht über die Epidemiologie und Bakteriologie der Ruhrerkrankungen im Bereich der 4. Panzerarmee und 4. Armee vom 5.7.-20.9.1941.

³⁴¹ Vgl. ebd.

³⁴² Vgl. BAMA, RH 12-23/999, Gutachten über Ruhrschutzimpfung.

³⁴³ Sulfonamide, als bekanntester Vertreter „Prontosil“, bildeten das antibakterielle Pendant der Wehrmacht gegenüber dem Penicillin der Alliierten. Für einzelne Anwendungszwecke stellte es sich als durchaus wirksam heraus. Allerdings wurde dies durch hohe Dosierungen und teils schwere Nebenwirkungen teuer erkaufte. Nach dem 2. Weltkrieg wurde es in der antibakteriellen Therapie auch in Deutschland vom Penicillin verdrängt. Vgl. dazu Rädisch, Falk, Die Sulfonamidtherapie im Heeres-Sanitätsdienst der deutschen Wehrmacht, Leipzig 1994.

³⁴⁴ Vgl. Tabelle 2: Krankheitsgruppen in Prozent der Ist-Stärke von Feld- und Ersatzheer. auf S. 71.

³⁴⁵ Vgl. Vondra, Hana, Die Malaria, in: Guth, Ekkehard (Hrsg.), Sanitätswesen im Zweiten Weltkrieg. Vorträge zur Militärgeschichte, Bd. 11. Herford, 1989, S. 110.

³⁴⁶ Vgl. ebd. S. 111.

³⁴⁷ Vgl. Deckenbrock, Walter, Die Versorgung der Wehrmacht (Heer und Luftwaffe) mit Arzneimitteln im Zweiten Weltkrieg, Düsseldorf 1984, S. 9.

³⁴⁸ Vgl. BAMA RH 1/1286, H. Dv. 183, Arzneiheft für Heer und Luftwaffe.

Umgekehrt verhielt es sich bei den Fleckfieberinfektionen. Die durch Rickettsien verursachte, akute Infektionskrankheit wurde unter den Soldaten an der Ostfront durch Kleiderläuse übertragen. Die „Gespensterkrankheit“³⁴⁹ der Ostfront verbreitete ihren Schrecken nicht durch Fallzahlen, sondern durch ihre Letalität. Hohes Fieber, Husten, Konjunktivitis, Kopf- und Gliederschmerzen sowie kachektischer Ernährungszustand waren häufige Symptome. Hinzu kam der namensgebende, fleckig wirkende Hautausschlag (makulopapulöses Exanthem). Bei schweren Fällen kam es zu Gerinnungsstörungen, Nierenversagen und einer meist tödlichen Enzephalitis.³⁵⁰ Schneider-Janessen spricht je nach Alter der Patienten von 17-30% Letalität.³⁵¹ Die Fleckfieberproblematik erreichte ihre Höhepunkte in den Wintern 1941/42 und 1942/43. Zu diesen Zeitpunkten war die Frontbelastung sehr hoch, was automatisch zu schlechteren hygienischen Bedingungen führte.

*Mehr tot als lebend kommen die Stalingradkämpfer dann in unser Lazarett, ihre Körper und die zerfetzte Kleidung verdreckt, von Kopf bis Fuß verlaust, die Hosen bei manchen voll von blutigem Durchfall. Einige haben solche Unmengen von Läusen auf dem ganzen Körper, daß ihre Haut aussieht, als wären sie von Raubreif [sic] überkrustet. [...] Besonders schwere Fälle von Verwundungen und Erkrankungen wurden zu uns in den letzten Tagen aus einer Krankensammelstelle des Kessels verlegt, u.a. ein Transport ausgemergelter, verlauster Durchfallkranker mit unbeherrschbaren blutigen Darmentleerungen, die den Ärmsten an den Beinen herunterließen. Aus den Tiefen ihrer eingesunkenen Schlüsselbeingruben haben wir löffelweise Läuseansammlungen herausgeschöpft. Unerträglich ist der Läusebefall bei Verletzten, deren Gliedmaßen oder Rumpfpforten eingegipst werden mußten. Nicht einmal kratzen können sich die Befallenen bei der elenden Juckerei unter dem Gips.*³⁵²

Während der Kälteperioden rückten die Soldaten in den wenigen beheizten Unterkünften im wahrsten Sinne des Wortes näher zusammen und auch Behausungen der Zivilbevölkerung wurden vermehrt genutzt. Dies hatte insofern eine Relevanz, da die russische Bevölkerung unter einer hohen Verlaustung und Fleckfieberdurchseuchung litt. Da der große Teil der Einheimischen die Erkrankung jedoch meist schon im Kindesalter durchgemacht hatte, bestand im Gegensatz zum deutschen Soldaten bereits eine ausreichende Immunität. Zusätzlich kam es immer wieder zu Ausbrüchen über den Kontakt mit russischen Kriegsgefangenen.³⁵³ Die einzige aktive Möglichkeit dem Fleckfieber entgegenzuwirken bestand in der Dreifachimpfung. Offenbar verhinderte diese

³⁴⁹ Killian, Im Schatten der Siege, S. 158.

³⁵⁰ Vgl. Killians Beschreibungen der Erkrankten einer Fleckfieberstation, Ebd. S. 158-162.

³⁵¹ Schneider-Janessen, Arzt im Krieg, S. 178.

³⁵² Müller, Kriegschirurg in Rußland, S. 147f.

³⁵³ Zu den Gründen der Fleckfieber-Höhepunkte an der Ostfront vgl. Leven, Karl-Heinz, Fleckfieber beim deutschen Heer während des Krieges gegen die Sowjetunion, in: Guth, Ekkehard (Hrsg.), Sanitätswesen im Zweiten Weltkrieg. Vorträge zur Militärgeschichte, Bd. 11. Herford 1989, S.127-165.

keine Ansteckung, soll jedoch Symptomatik und Letalität deutlich abgeschwächt haben.³⁵⁴ Es kam allerdings nie zu einer effektiven Immunisierung der Truppe, da bis zum Kriegende nie ausreichende Produktionsmengen erreicht wurden.³⁵⁵ Ansonsten konzentrierte man sich auf die symptomatische Behandlung der Patienten. Durch medikamentöse Therapie mit Strophanthin oder Sympatol³⁵⁶ und Transfusionen mit Blutspenden Genesener versprach man sich zumindest eine Stabilisierung der Erkrankten.³⁵⁷ Letztlich von entscheidender Bedeutung war erneut die Verhinderung der Ansteckung an sich. Dies konnte einzig durch Isolation der Erkrankten in eigenen Fleckfieberlagern und der Bekämpfung des Läusebefalls erreicht werden. Letzteres sollte durch regelmäßige Sterilisation der Bekleidung sowie Entlausung der Mannschaften wie Offiziere verwirklicht werden. In neu errichteten oder mobil mitgeführten Entlausungsanlagen konnte man den Befall zumindest vorübergehend eindämmen. Kriegsumstände und Verlust zahlreicher Entlausungsanlagen verhinderten hier einen dauerhaft und flächendeckend effektiven Einsatz.³⁵⁸ So war auch der Kampf der Truppenärzte gegen das Fleckfieber ein verzweifelter und es gilt zu vermuten, dass schlussendlich nur die Durchseuchung der Truppe einen sicheren Schutz vor dem „Faulfieber [bot], das wie eine Hyäne hinter den kämpfenden Heeren her[lief].“³⁵⁹

³⁵⁴ Vgl. Gildemeister, Eugen/Haagen, Eugen, Fleckfieberstudien. II. Mitteilung, in: Zentralblatt für Bakteriologie, Parasitenkunde und Infektionskrankheiten 148/1942, S.263.

³⁵⁵ Vgl. Müller, Die ansteckenden Krankheiten im deutschen Heer, S. 24f.

³⁵⁶ Strophanthin ist ein Herzglykosid, das die Kontraktionskraft des Herzens steigert; Sympatol, Wirkstoff Synephrin, hat stoffwechsellanregende und leistungssteigernde Effekte (Sympathomimetikum).

³⁵⁷ Vgl. Schneider-Janessen, Arzt im Krieg, S. 179.

³⁵⁸ Vgl. Leven, Fleckfieber beim deutschen Heer während des Krieges gegen die Sowjetunion, S.145.

³⁵⁹ Killian, Im Schatten der Siege, S. 162.

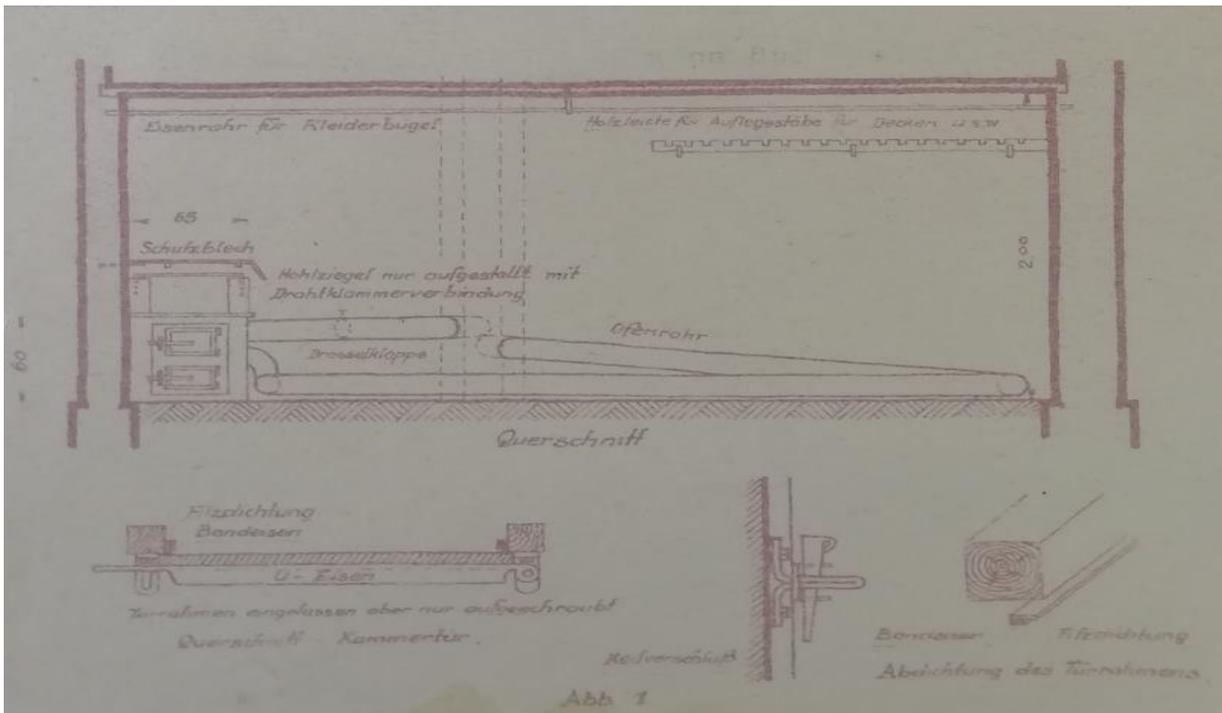


Abbildung 15: Zeichnung einer Entlausungsanlage.³⁶⁰

Abschließend soll noch kurz auf die Geschlechtskrankheiten eingegangen werden.³⁶¹ Wie in Tabelle 2 ersichtlich, hielt sich der Anteil der Geschlechtskranken an der Ist-Stärke der Truppe im Bereich von 1-2%. Somit befanden sich die Fallzahlen in einem durchaus relevanten Bereich. Zusätzlich war ganz besonders bei den sexuell übertragbaren Erkrankungen davon auszugehen, dass eine erhebliche Dunkelziffer an Infektionen bestand. Die Fallzahlen erreichten jedoch nie die Ausmaße des Ersten Weltkrieges und fielen im Vergleich zu anderen Infektionskrankheiten eher gering aus.³⁶² Trotzdem stellten die oft wochenlangen Ausfälle aufgrund von Syphilis- oder Gonorrhoe-Therapie ein großes Ärgernis für die Truppenführer dar, wenn man bedenkt, dass dadurch im Schnitt 7000 Soldaten dauerhaft ausfielen.³⁶³ Die Aufgabe der internistischen Truppenärzte bestand darin, die Krankheitsbilder zuverlässig zu diagnostizieren. Die eigentliche Behandlung erfolgte in fachärztlich betreuten Sanierungsstellen der Reservelazarette.³⁶⁴

³⁶⁰ Zeichnung einer Entlausungsanlage, BAMA, RH 12-23/4626, Entlausungsanlage.

³⁶¹ Für einen ausführlichen Überblick über die Problematik der Geschlechtskrankheiten in der deutschen Wehrmacht vgl. Seidler, Prostitution, Homosexualität, Selbstverstümmelung, S. 59-134.

³⁶² Vgl. Müller, Die ansteckenden Krankheiten im deutschen Heer, S. 27.

³⁶³ Vgl. ebd., S. 127.

³⁶⁴ Ebd., S. 94f.

4.2.3 Der chirurgische Truppenarzt

Es fielen einem die Augen zu, man schlief im Stehen, die Augen trünten und drohten herauszufallen, die Beine waren gefühllos, man ekelte sich vor der blutigen Arbeit, die Läuse bissen, und wenn dann der nächste Verwundete auf dem Tisch lag, war es doch selbstverständlich, daß man sich auf ihn konzentrierte, als wäre er der erste und als sei man völlig ausgerubt.³⁶⁵

Vorwiegende Aufgabe der chirurgischen Truppenärzte war die Versorgung von Verwundeten und Verletzten an allen Frontabschnitten. Bestand die internistische Arbeit, abgesehen vom TVP, hauptsächlich aus der Bekämpfung von Seuchen und der langfristigen Genesung der Soldaten, so waren die Chirurgen für die akute Notfallversorgung direkter Kriegseinwirkungen hauptverantwortlich. Da sich die Kriegschirurgie zum größten Teil auf HVP und in Feldlazaretten abspielte, soll die dortige Arbeit kurz dargelegt werden. Anschließend soll noch der Umfang der chirurgischen Herausforderungen behandelt werden.

4.2.3.1 Arbeit auf dem HVP und in den Feldlazaretten

Auf den Hauptverbandplätzen begann der Einflussbereich der Sanitätskompanien, die für die Einrichtung von je zwei HVP verantwortlich waren. Nach Einlieferung der Patienten musste erneut die Entscheidung zwischen Notfallversorgung und Weitertransport zum Feldlazarett gefällt werden.

Typisch für den Sanitätsdienst im Osten war der Aufbau eines Hauptverbandplatzes aus dem Marsch heraus. Einsatz von Teilen der Kompanie als Krankenträger für die Truppe, Abtransport der Verwundeten zum Feldlazarett mit allen verfügbaren Mitteln und chirurgische Versorgung einer die „normale“ Aufgabe weit überschreitenden Zahl von Verwundeten.³⁶⁶

Die Möglichkeit der schnellen Beförderung der Patienten durch Krankenkraftwagen eröffnete den Truppenärzten nie da gewesene Optionen. Die Stabilisierung und der Abschub eingelieferter Soldaten spielte gegenüber dem Notfalleingriff unter Feldbedingungen eine immer größere Rolle. Ziel war also vor allem die Herstellung der späteren Operationsfähigkeit durch lebenserhaltene Maßnahmen, Wundversorgung und Ruhigstellung.

Während die Vornahme von lebensnotwendigen Eingriffen und Präservativoperationen auf dem Verbandplatz der vorderen Linie sich selbst dem Chirurgen aufdrängt, ist die Forderung nach Herstellung der Transportfähigkeit, der

³⁶⁵ Auf dem HVP der SS-Panzerdivision „Das Reich“, in: Buchner, Der Sanitätsdienst des Heeres, S. 55.

³⁶⁶ Fischer, Der deutsche Sanitätsdienst, S. 483.

*wir heute ganz besonderen Wert beimessen und die in den meisten Fällen das erste Ziel unserer Behandlung sein soll, etwas völlig Neues.*³⁶⁷

Die Hoffnung bestand darin, dass je besser der Patient stabilisiert wurde, desto weiter nach „hinten“ konnte er transportiert werden; je weiter nach „hinten“ er transportiert werden konnte, desto besser stand es um Kapazitäten, Behandlungsmittel, fachärztliche Betreuung und somit Überlebenschancen des Patienten. Voraussetzung hierfür war jedoch immer eine funktionierende Transportkette zu den rückwärtigen Anlaufstellen.

Allgemein bestanden die Hauptaufgaben des Chirurgen am HVP aus folgenden Punkten:

1. *Lebensnotwendige Eingriffe (insbesondere bei Blutungs- und Erstickungsgefahr).*
2. *Präservativoperationen (z.B. primäre Amputationen bei ausgedehnter Knochenzertrümmerung).*
3. *Anlegung von Gipsverbänden (um Verwundete transportfähig zu machen).*³⁶⁸

Die lebensnotwendigen Eingriffe sind mit denen des TVP vergleichbar. Zu Punkt 2. gehörten die Operationen, die nur durch möglichst schnelles Handeln eine Überlebenschance boten. Dazu zählten vordringlich Bauchschussoperationen und die Behandlung offener Thoraxverletzungen zur Minimierung der Infektionsgefahr, operative Wundversorgung von Weichteilverletzungen, vor allem bei Gasbrandverdacht, sowie Eingriffe im Kopf-Hals-Bereich zur Erhaltung freier Atemwege.³⁶⁹ Wiederum sollte sich die Entscheidung der Chirurgen „nicht nur nach Dringlichkeit, sondern auch nach den zeitlichen Möglichkeiten“³⁷⁰ richten. Beim Massenanfall von Verwundeten sollte also wie schon am TVP eine strikte Selektion erfolgen und auf zeitaufwändige Operationen „zum Wohl der Allgemeinheit“³⁷¹ verzichtet werden.

Eine Operationsgruppe wurde meist von einem erfahrenen und einem angehenden Fachchirurgen gebildet. Weitere Unteroffiziere der Sanitätsdienste assistierten bei Sterilisation, Anreichen von Besteck und Haken halten. Bei Personalmangel halfen zur Not auch Internisten aus.³⁷²

Aufgrund von Anzahl und Stabilität der Verwundeten oder unmöglichem Abtransport konnte es auf dem HVP zu längeren Liegezeiten kommen. In diesem Fall gewann die Nachbehandlung der

³⁶⁷ Zehrer, Gerhard, Aus der Geschichte der Kriegschirurgie, in: Der Deutsche Militärarzt. Zeitschrift für die gesamte Wehrmedizin, 9/3, 1944, S. 155.

³⁶⁸ Ebd., S. 155.

³⁶⁹ Vgl. Fischer, Die Notchirurgie zwischen Truppenverbandplatz und Feldlazarett, S. 62f.

³⁷⁰ Richtlinien für die Versorgung Verwundeter in den vorderen Sanitäts-Einrichtungen, Bearbeitet vom Beratenden Chirurgen beim Heeres-Sanitätsinspekteur, Berlin 1940, S. 46.

³⁷¹ Zehrer, Aus der Geschichte der Kriegschirurgie, S. 152.

³⁷² Vgl. Emmerich, Einer von Millionen, S. 46, „Gelegentlich assistierte auch in Notfällen [...]“heinh

Patienten an Bedeutung. „Was durch den operativen Eingriff gewonnen wurde, kann durch nicht ausreichende Nachbehandlung ohne weiteres wieder verloren gehen.“³⁷³ Hierzu gehörten Lagerung, Verwundetenpflege und regelmäßiger Verbandswechsel. Letzteres diente vor allem zur Verlaufsbeurteilung und dem rechtzeitigen Erkennen von Wundinfektionen.³⁷⁴

Hatte der Verwundete das Feldlazarett erreicht, erhöhten sich seine Überlebenschancen. Zum einen bedeutete seine Ankunft im Lazarett, dass sich sein Zustand als stabil genug für einen Transport herausgestellt hatte. Zum anderen kam ihm nun eine vollumfängliche und wenn möglich endgültige Therapie zugute. Größere und kompliziertere Operationen zur Versorgung von Schädel- und Gelenkschüssen oder schwergradigen Erfrierungen konnten nun genauso durchgeführt werden wie die Appendektomie und Hernien-Operation der „Friedenschirurgie.“³⁷⁵ Durch Fachärzte versorgt und mit der Möglichkeit der weiterführenden Diagnostik mit Hilfe von Röntgenapparaten konnte man schon von krankenhausähnlichen Zuständen sprechen. Statt taktischer Notfallbehandlung wurde nun klinische Medizin betrieben.³⁷⁶ Gleichzeitig war die Struktur des Feldlazaretts kompakt genug, um eine ausreichende Mobilität bei Vormarsch und Rückzug zu gewährleisten. Es handelte sich somit um die letzte mobile Etappe vor dem Abtransport in die stehenden Kriegs- und Reservelazarette. Die Waage zwischen optimalen klinischen Möglichkeiten bei erhaltener Mobilität konnte jedoch oft nicht eingehalten werden. Die bessere Ausrüstung war unweigerlich mit größerem logistischem Aufwand vergesellschaftet. So stellte sich die Lazarettverlegung meist als „eine Art Umzug mit Möbelwagen“³⁷⁷ heraus. Zusätzlich schränkte die nicht abbrechende Zufuhr neuer Patienten die Flexibilität der Feldlazarette ein. Lazarette, die in der Regel auf 200 bis 300 Patienten ausgerichtet waren, hatten je nach Frontaktivität Belegungsraten von 200% vorzuweisen.³⁷⁸

Das Feldlazarett befindet sich wegen Überfüllung in großer Not. Ununterbrochen werden neue Verwundete von der nahen Front angefahren. Im Operationssaal sehe ich eine Weile den Chirurgen bei der Arbeit zu. Da fällt mir auf, dass der erste Chirurg, ein bagerer Norddeutscher, sich abquält. Er ist totenblass und macht immer wieder Pausen.

Auf seiner Stirn steht Schweiß. Unbemerkt mache ich mich zurecht und trete neben ihn. „Legen Sie sich hin, Doktor, lassen Sie mich weiteroperieren“, sage ich ihm. Dankbar schaut er mich an, stürzt dann hinaus auf die

³⁷³ Melzner, Der Frontchirurg auf den Hauptverbandplätzen des Ostens, S. 37.

³⁷⁴ Vgl. ebd. S.38.

³⁷⁵ Vgl. Fischer, Die Notchirurgie zwischen Truppenverbandplatz und Feldlazarett, S. 68-71.

³⁷⁶ Vgl. Bamm, Die unsichtbare Flagge, S. 308-310.

³⁷⁷ Bamm, Die unsichtbare Flagge, S. 315.

³⁷⁸ Vgl. dazu den Bericht von Oberstabsarzt Dr. Baumeister in: Buchner, Der Sanitätsdienst des Heeres, S. 47.

*Latrine nebenan. Immer dasselbe Elend. Ohne Unterbrechung operieren wir bis Mitternacht. Endlich Pause. Im Morgengrauen treffen weitere 50 Verwundete ein.*³⁷⁹

4.2.3.2 Die chirurgischen Herausforderungen

Der chirurgische Truppenarzt musste in der Lage sein, ein breites Spektrum an Verletzungen und Krankheiten behandeln zu können. Offensichtlich gehörten hierzu vorrangig die kriegsbedingten Verletzungen. Schuss- und Splitterverletzungen, Brüche, Unfallverletzungen und Amputationen zählten an Kampftagen zu den täglichen Aufgaben. Darüber hinaus wurden die Allgemeinchirurgen immer wieder mit fachfremden Eingriffen konfrontiert. So brachte es die Feldsituation mit sich, dass gefäßchirurgische, plastische³⁸⁰ und neurochirurgische³⁸¹ Operationen durchgeführt werden mussten. Außerdem musste sich an andere Verletzungsmuster aufgrund neuartiger Kampfmethoden angepasst werden. Der vermehrte Einsatz von Scharfschützengewehren führte beispielsweise zum häufigeren Anfall von Kopfschussverletzten als es bei früheren Kriegen der Fall gewesen war.³⁸²

*Explosivgeschosse, Leuchtpurmunition, Minen und Fliegerbomben, Nebelwerfer, Kampfstoffe, Rasanz der modernen Geschosse und Zunahme ihrer Sprengwirkung, die oft zu Mehrfachverletzungen führt.*³⁸³

Weiterhin muss der Allgemeinzustand der eingelieferten Soldaten als zusätzliche Herausforderung bedacht werden. Schwach, unterernährt, unterkühlt, im Schockzustand und unter maximaler psychischer Belastung, stellten die Verwundeten keine günstigen Grundvoraussetzungen für eine erfolgreiche Genesung. Die Wunden waren ausnahmslos verschmutzt oder je nach Liege- und Transportzeit bereits infiziert. Diese Zustände hatten eine Aggravation der Verwundungen mit komplikationsreichen Verläufen und dadurch erhöhter Mortalität zur Folge. Außerdem waren einige dieser Begleiterscheinungen Ursprung eigenständiger Verletzungsmuster und Krankheitsbilder.

Als erstes seien die Erfrierungen zu nennen. Im Winter 1941/42 dominierten zahlenmäßig die Patienten mit Frostschäden unter den Kranken und Verwundeten.³⁸⁴ Da sich die Frontlage festgefahren hatte, mussten die Soldaten bei dünner Personaldecke stundenlang unbeweglich in ihren Schützengräben ausharren. Auch die langen Transportzeiten durch Eis und Schnee

³⁷⁹ Killian, Im Schatten der Siege, S. 48.

³⁸⁰ Vgl. den Eingriff zur Rekonstruktion des zerfetzten Gesichts eines Soldaten in: Bamm, Die unsichtbare Flagge, S. 108f.

³⁸¹ Vgl. die Behandlung einer traumatischen Wirbelsäulenverletzung in: Killian, Im Schatten der Siege, S. 10-17.

³⁸² Vgl. Jung, Als Truppenarzt an der Ostfront, S. 294.

³⁸³ Melzner, Der Fronchirurg auf den Hauptverbandplätzen des Ostens, S. 27.

³⁸⁴ Vgl. Fischer, Die Notchirurgie zwischen Truppenverbandplatz und Feldlazarett, S. 64.

gefährdeten die immobilisierten Patienten Opfer der Kälte zu werden. Bei -43°C im Januar 1942 mussten Bataillone zusammengelegt werden, da der Ausfall durch Erfrierungserscheinungen derart angestiegen war.³⁸⁵ In diesem strengen Winter ohne geeignete Bekleidung muss davon ausgegangen werden, dass viele weitere Soldaten unter den Toten und Vermissten, ursächlich an ihren Erfrierungen verstarben. „Wer liegen bleibt, erfriert.“³⁸⁶

Soeben ist wieder ein Trupp Landser ins Lazarett getrottet. Andere müssen getragen werden. Fast alle haben Erfrierungen, einige Verwundete sind schwerstens unterkühlt. Ein Mann liegt in eiskaltem Zustand auf dem Operationstisch. Er hat eine große Weichteilwunde, die versorgt werden muss, denn sie blutet, aber er atmet kaum, er ist blaugrau, tiefgekühlt, die Haut marmoriert, der Puls schon unregelmäßig. Wir messen die Temperatur, sie ist rektal nur noch dreißig Grad. Was sollen wir tun? Niemand wagt es, ihn in diesem Zustand zu operieren. [...]

Erfrierungen ... Erfrierungen! Auf dem Hauptverbandsplatz am Ufer des Ilmensees liegen zweihundertzweiundsiebzig Verwundete, davon sind hundertdreißig Erfrierungen. Im zugehörigen Feldlazarett sind es sogar vierhundert. Ziemlich verzweifelt fragen wir uns, wie das weitergehen soll. [...]

Da sehe ich, wie ein Sani versucht, einem Landser, dem er die Knobelbecher³⁸⁷ aufgeschnitten hat, die Füße aus einem Eisklotz herauszuschlagen. „Was ist denn das?“ frage ich entsetzt. „Herr Stabsarzt, so kommen viele an. Die Lente waten durch den Schnee und achten nicht darauf, dass Schnee von oben in die Knobelbecher dringt. Er schmilzt in den Schaftstiefeln, gefriert wieder und bildet einen Eisblock“. Die im Eis eingeschlossenen, steinhart gefrorenen Füße geben fast alle zu Grunde. Wir können sie nicht retten, sondern müssen amputieren.“³⁸⁸

Es wurde immer wieder deutlich, wie unerfahren die Chirurgen aufgrund fehlender klinischer Expertise im Umgang mit Erfrierungen waren. Neben der oft nicht abwendbaren Amputation oder dem Abtragen nicht mehr zu rettenden Gewebes waren sich die Ärzte uneinig darüber, welche die schonendste Methode der Erwärmung der Gliedmaßen darstellte. Zudem stellte sich verloren geglaubtes Gewebe im Nachhinein oft als erstaunlich regenerationsfähig heraus.³⁸⁹ Auch hier wuchsen die Chirurgen eher an ihren gemachten Erfahrungen und gingen nach keinem einheitlichen Therapieschema vor.

Eine weitere große chirurgische Herausforderung, die relevant für Erfrierungen und viele andere Verletzungsarten war, trat in Form der Wundinfektionen auf. Bei aller Mühe durch Wundpflege und Desinfektion auf den Verbandplätzen und dem möglichst aseptischen Arbeiten in den

³⁸⁵ Vgl. Mauss, Als Sanitätsoffizier im II. Weltkrieg, S. 323.

³⁸⁶ Killian, Im Schatten der Siege, S. 127.

³⁸⁷ Im Soldatenjargon üblicher Begriff für die Kampfstiefel der Wehrmachtsoldaten.

³⁸⁸ Killian, Im Schatten der Siege, S. 126-128.

³⁸⁹ Vgl. ebd., S. 126-128.

Lazaretten, ließen sich Wundinfektion unter den gegebenen Umständen kaum vermeiden. Abszesse, Phlegmone und Fisteln standen an der Tagesordnung. Im Wundbereich der lethargischen Patienten sammelten sich die Fliegenmaden.³⁹⁰ Diese Zustände bereiteten den Krankheitserregern optimalen Nährboden. Während sich die Auswirkungen des Wundstarrkrampfs aufgrund ausreichend zur Verfügung stehender Impfseren in Grenzen hielten,³⁹¹ bereitete dem Sanitätsdienst der Gasbrand größere Sorgen. Bei verunreinigten Wundverhältnissen und gleichzeitigem Auftreten von Verfärbungen im Wundbereich, Infektanzeichen oder Verschlechterung des Allgemeinzustands, musste stets an die nekrotisierende Infektionskrankheit gedacht werden. Aufgrund der sich rasch ausbreitenden Entzündung und der ödematösen Schwellung wurde der Begriff Gasödem synonym verwendet. Pathognomonisch für die Erkrankungen waren die Hautkrepitationen, also knisternde Geräusche bei Druck auf das Wundgebiet, die durch CO₂-Gasbildung unter der Haut verursacht wurden. Durch frühzeitiges Verabreichen eines Gasbrandserums und lokale wie orale Sulfonamidzufuhr erhoffte man sich einen günstigeren Verlauf.³⁹² Killian berichtete jedoch auch von teils schweren Nebenwirkungen und anaphylaktischen Reaktionen nach der Verabreichung des Serums.³⁹³ Kurative Therapie versprach letztlich nur die großflächige operative Sanierung des infizierten Gewebes bis hin zur Amputation ganzer Gliedmaßen. Von der operativen Behandlungsmethode während einer Lazarettzugfahrt berichtet Heinz Küstner:

Am 2. Tage beim Verbandwechsel sah ich, dass von der Wunde ausgehend sich ein Gasbrand entwickelte. Im unteren Drittel des Unterarmes war das charakteristische Knistern unter der Haut zu fühlen, er hatte bereits hohes Fieber und war schwer krank. Ich erklärte ihm seine Krankheit und sagte ihm, dass nur die sofortige Amputation ihn retten könnte. [...] Ich setzte den Arm über dem Ellbogengelenk ab, da ich fürchten musste, sonst dem Infektionsherd zu nahe zu kommen. Ich liess eine grosse Haut-Muskelmanschette, damit später eine gute Plastik noch gemacht werden konnte. Nach einer knappen Stunde wurde der noch schlafende Patient in sein Bett gebracht und wir fuhren weiter. Wir hatten noch eine lange Reise und am 3. Tag nach der Operation kam ich in den Wagen, in dem der Amputierte lag und sah sein Bett leer! War er etwa in der Nacht gestorben? „Wo ist denn der Amputierte?“ Da begrüßte dieser mich strahlend am Tisch sitzend. „Ich helfe dem Sani etwas beim Brote machen, der arme Kerl wird mit uns 21 ja kaum fertig!“ Auf dem Tisch stand ein Kochgeschirr, gegen das er die Brotscheibe legte, damit sie nicht wegrutschen könnten und mit seiner einen Hand strich er die Brote.³⁹⁴

³⁹⁰ Vgl. Emmerich, *Einer von Millionen*, S. 75.

³⁹¹ Müller spricht von 414 Fällen innerhalb der ersten vier Kriegsjahre, in: Müller, *Die ansteckenden Krankheiten im deutschen Heer*, S. 27.

³⁹² Vgl. Richtlinien für die Versorgung Verwundeter in den vorderen Sanitäts-Einrichtungen, S. 35-37.

³⁹³ Vgl. Killian, *Im Schatten der Siege*, S. 167f

³⁹⁴ Küstner, *Erinnerungen*, S. 66.

Zuletzt soll noch eine Thematik behandelt werden, die jeden Truppenarzt im unmittelbaren Frontbereich betraf und im Besonderen die Kriegschirurgen vor große Herausforderungen stellte. Der hämorrhagische Schock und seine Therapie war von entscheidendem Belang für das Überleben eines Großteils der Verwundeten an der Ostfront des Zweiten Weltkrieges. Melzner spricht davon, dass bei 80% der verstobenen Verwundeten auf den HVPs im Osten „Schockzustand“ als ursächliche Todesursache angegeben wurde.³⁹⁵ Durch den Einsatz von Blutübertragungen und Blutersatzmittel kam es zu einem Umdenken, was die Definition des Schocks anging. Wurde dieser zuvor noch recht allgemein als „Wundchock“ oder „Wundkollaps“ beschrieben, konnte der sich rasch verschlechternde Allgemeinzustand von Verwundeten nun durch die hohe Wirksamkeit der Bluttransfusionen auf die starken äußeren oder inneren Blutungen zurückgeführt werden.³⁹⁶ Die Schwierigkeiten der flächendeckenden Therapie mit Bluttransfusionen wurde bereits behandelt.³⁹⁷ Zusätzlich kamen Blutersatzmittel, wie physiologische Kochsalzlösung und andere Salzlösungen (Tutofusin, Normosal, Periston)³⁹⁸ sowie medikamentöse Kreislauftherapie zum Einsatz.³⁹⁹ Zu den Kreislaufmitteln gehörten bei leichter Schocksymptomatik vor allem Coffein. Bei schwereren Fällen wurde seltener auf das auf Campher basierende Oleum camphoratum forte⁴⁰⁰ und häufiger auf Cardiazol zurückgegriffen. Letzteres hatte eine stärker erregende Wirkung auf Kreislauf und Atemzentrum.⁴⁰¹ Des Weiteren kamen neben Adrenalin ähnliche Sympathomimetika wie Sympatol und Suprarenin regelmäßig zum Einsatz und standen dem Truppenarzt seit Kriegsbeginn zur Verfügung.⁴⁰² Cardiazol in Tablettenform und Coffein, Sympatol und Suprarenin als Ampullen waren in jeder Sanitätstasche der Truppenärzte vorhanden. Im Sanitätstornister 34 befanden sich zusätzlich Campher-Ampullen.⁴⁰³ Ähnlich der antibakteriellen Therapie erlebte die Schocktherapie im deutschen Sanitätswesen bis zum Kriegsende keine wegweisende weitere Entwicklung. Dementsprechend unbefriedigend stellten sich die Erfolge der Schocktherapie in den Sanitätseinrichtungen der Ostfront dar.

³⁹⁵ Melzner, *Der Frontchirurg auf den Hauptverbandplätzen des Ostens*, S. 26.

³⁹⁶ Ebd. S. 24-26.

³⁹⁷ Siehe S. 25f

³⁹⁸ Vgl. BAMA, RH 12-23/4440, *Krankenberichte*, Bd. 34.

³⁹⁹ Vgl. Deckenbrock, *Die Versorgung der Wehrmacht mit Arzneimitteln im Zweiten Weltkrieg*, S. 9f.

⁴⁰⁰ Vgl. BAMA, RH 12-23/4441, *Krankenberichte*, Bd. 35.

⁴⁰¹ Vgl. Laum, *Vademekum des Truppenarztes*, S. 59.

⁴⁰² Vgl. BAMA, RH 1/1286 H. Dv. 183 Entwurf: *Arzneiheft für Heer und Luftwaffe*.

⁴⁰³ Vgl. H. Dv. 208/4, *Zusammenstellung der Packordnung der Sanitätsbehältnisse*, S. 6 und S. 14.

4.2.4 Palliative Aspekte

Da reden die Menschen so viel vom Recht zu leben, von den Menschenrechten überhaupt, aber ein Recht zu sterben gönnen sie sich nicht.⁴⁰⁴



Abbildung 16: Deutsche Soldatengräber in Russland.⁴⁰⁵

Die Palliativmedizin im heutigen Sinne existierte zu Zeiten des Zweiten Weltkriegs noch nicht. Dennoch waren die Grundsätze der palliativen Behandlung Sterbender nicht unbekannt und die wenigen Leitlinien der wehrmedizinischen Lehrbücher entsprachen weitestgehend heutigen ethischen Prinzipien.

Euthanasie zu treiben ist auch im Felde ein Fehler, weil man immer wieder überrascht ist, wie selbst Sterbende sich erholen können, die man rettungslos verloren hielt [...]. Aber der Arzt soll das Sterben leichter machen, darf den manchmal harten Todeskampf dämpfen und so schwere Not lindern. Feste Dosierungen von Alkaloiden verbieten sich und muß die Medikation dem Einzelfalle stets wieder aufs neue angepaßt werden. Ein solcher Standpunkt wird dem Arzte vom Schwerverletzten, der mit seinem Leben abgeschlossen hat und nicht mehr leiden will,

⁴⁰⁴ Killian, Im Schatten der Siege, S. 125.

⁴⁰⁵ Bundesarchiv – Bildarchiv, Bild 121-0337.

gelegentlich recht übel genommen; ja selbst „Feigling“ mußte sich der Arzt nennen lassen. Der Arzt muß trotzdem auf dem richtigen Standpunkt verharren, daß es seine unbedingte Pflicht ist, um Leben zu kämpfen, solange noch ein Spürchen davon vorhanden ist, daß es nicht seiner Sendung entspricht, bewußt mit Mitteln zu töten, die ihm zu Heilzwecken in die Hand gegeben wurden. Man soll allerdings auch nicht in den Fehler verfallen, schwerst verstümmelte und offensichtlich mit dem Tode ringende Menschen noch mit allen Mitteln aufzupulvern und damit ihr Leben vielleicht noch um Stunden oder selbst Tage zu strecken.⁴⁰⁶

Man wusste somit schon die Linderung des Leids eines Sterbenden von der aktiven Sterbehilfe zu unterscheiden. Allgemein wird das Thema der Verwundetenversorgung in den letzten Minuten bis Stunden eines Soldatenlebens allerdings kaum behandelt. Offizielle Richtlinien oder Merkblätter fehlen gänzlich und auch in den zeitgenössischen Lehrbüchern der Wehrmedizin wird die Thematik höchstens in Nebensätzen behandelt. Folglich stellte sich die Behandlung unheilbar verwundeter und kranker Soldaten sehr individuell dar. Erneut war der Erfahrungsgrad ausschlaggebend und der Umgang mit den Sterbenden wirkte teils hilflos und überfordert, teils einfühlsam und routiniert. Doch selbst wenn der einzelne Truppenarzt gute palliative Arbeit leistete, führte die Masse an Schwerverwundeten und ihr Zustand bei Einlieferung dazu, dass zahlreiche Soldaten ein qualvoller Todeskampf erwartete. Oft konnten die Verwundeten erst nach Stunden während Gefechtpausen geborgen werden. Tagelange Märsche, kaum ausreichende und einseitige Ernährung, Kälte und lange Transportwege führten dazu, dass die Soldaten an kleinsten Verwundungen auf dem Verbandplatz verstarben.⁴⁰⁷ Man sah sich sogar gezwungen, es den Truppenärzten zu verbieten, „Entkräftung“ oder „Verhungern“ als Todesursache anzugeben, um die katastrophalen Bedingungen zu verschleiern.⁴⁰⁸ So bestand palliative Versorgung an der Ostfront häufig nur noch aus den letzten Worten für einen Sterbenden.

Noch während ich ihn versorgte, kamen seine letzten Worte: „Herr Oberarzt, ein Soldatenleben ist ausgelebt.“ Ich konnte garnichts mehr tun, er hielt im Sterben meine Hand.⁴⁰⁹

Diese Form der Seelsorge war ursprünglich Kernaufgabe der Kriegspfarrer. Die Wehrmachtsseelsorge schien zwar strukturierter organisiert zu sein, als es noch im 1. Weltkrieg der Fall war, doch fehlende Unterstützung der christlichen Kirchen durch Partei- und Wehrmachtsführungen hatten schwindende Anzahl und Einfluss der Wehrmachtspfarrer zur

⁴⁰⁶ Starlinger, Fritz, Fehler und Gefahren der Feldchirurgie, Berlin/Wien 1942, S. 114f.

⁴⁰⁷ Vgl. Müller, Kriegschirurg in Rußland, S. 132.

⁴⁰⁸ Vgl. ebd. S. 130.

⁴⁰⁹ Emmerich, Einer von Millionen, S. 24.

Konsequenz.⁴¹⁰ Noch 1939 galt durch das „Merkblatt über Feldseelsorge“, dass ein „besonderer seelsorgerlicher Dienst an den Verwundeten und Sterbenden, in erster Linie auf dem Hauptverbandplatz“⁴¹¹ zu den Aufgaben des Kriegspfarrers gehörte. Schon im Winter 1941/42 wurden Neudruck und Verteilung des Merkblatts verboten.⁴¹² Wie in der Heimat, sollte die Kirche auch an der Front möglichst keine Rolle mehr spielen. Die meisten Seelsorger gingen ihrer Arbeit zwar unvermittelt weiter nach, standen jedoch aufgrund fehlender Unterstützung und geringer Anzahl nicht in jeder Sanitätseinrichtung zur Verfügung. Somit fiel ein weiterer Verantwortungsbereich den Truppenärzten zu. In den „Aufgaben des Sanitätsoffiziers“ der Heeres-Sanitätsinspektion vom August 1941 wird betont: „Zur Fürsorge für den Leib muß sich dabei die Fürsorge für die Seele gesellen [...]“⁴¹³ So sollten die Truppenärzte, wenn auch nicht spirituelle, doch immerhin psychologische Seelsorge leisten.

Gehört nicht eine besondere Erfahrung dazu, als Chirurg und Arzt gleichzeitig vollwertiger Soldat und Vorgesetzter sein zu müssen und auf der anderen Seite bei allem Übermaß von kräfteverschleißender blutiger Arbeit noch über genügend Spannkraft zu verfügen, um den mitgenommenen, seelisch schwer angeschlagenen Verwundeten ein helfender und tröstender, bedingungsloses Vertrauen erweckender Kamerad zu bleiben, der den Entschluß zu einer verstümmelnden Operation und, wenn es sein muß, selbst den Weg in den bitteren Tod leicht zu machen versteht? – Erfahrung und nochmals Erfahrung gehört dazu, und dann wohl auch noch Persönlichkeit.⁴¹⁴

Im Vordergrund der palliativen Maßnahmen stand neben der psychologischen die medizinische Betreuung in Form von Symptomkontrolle. Hierbei wurde sich auf die Linderung von Schmerzen, Angst und Atemnot konzentriert. Alle drei Komponenten konnten mit Hilfe eines Mittels erfolgreich bekämpft werden: Den Opiaten.

Allen voran wurde Morphin als „wertvollstes schmerzstillendes“⁴¹⁵ Medikament vorzugsweise genutzt. Mit Ausnahme weniger Erkrankungen und Verletzungen, bei denen das Atemzentrum bereits beeinträchtigt war, konnte das übliche Morphin hydrochloricum in allen akuten Schmerzsituationen eingesetzt werden. Dabei wirkte es schnell, anxiolytisch und sauerstoffsparend. Viele Truppenärzte waren im Hinblick auf seine Nebenwirkungen wie Übelkeit und besonders der Atemdepression zaghaft im Umgang mit Opioiden. Auch das Suchtpotential der Droge war gefürchtet, trieb sie doch immer wieder mit Morphin behandelte Soldaten in die

⁴¹⁰ Vgl. Pöpping, Dagmar, Kriegspfarrer an der Ostfront. Evangelische und katholische Wehrmachtsseelsorge im Vernichtungskrieg 1941-1945, Göttingen 2017, S. 20.

⁴¹¹ BAMA, RH 15/479, Merkblatt über Feldseelsorge vom 21.8.1939.

⁴¹² Vgl. Pöpping, Kriegspfarrer an der Ostfront, S. 25.

⁴¹³ BAMA, RH 12-23/4545, Der Heeres-Sanitätsinspekteur, Die Aufgaben des Sanitätsoffiziers.

⁴¹⁴ Melzner, Der Frontchirurg auf den Hauptverbandplätzen des Ostens, S. 27.

⁴¹⁵ Laun, Vademekum des Truppenarztes, Notoperationen, S. 61.

Abhängigkeit.⁴¹⁶ In den „Richtlinien für die Versorgung Verwundeter“ wurde allerdings ausdrücklich betont, Morphium frühzeitig und in ausreichender Menge anzuwenden.⁴¹⁷ So heißt es dort:

*Bedenken gegen eine ausreichende Schmerz**z**bekämpfung, wie man sie in besonderen Fällen in Friedenszeiten kennt, bestehen im Felde nicht. Die Möglichkeit einer Verschleierung der Symptome tritt an Bedeutung zurück gegenüber der heilsamen und notwendigen physischen und psychischen Gesamtwirkung.*⁴¹⁸

Aufgrund seiner Eigenschaften und der langjährigen Erfahrung mit dem Medikament stand Morphin sowohl in Tablettenform (zusammen mit Opium-Tbl.) als auch als Ampullen in allen Sanitätsbehältnissen der Truppenärzte zur Verfügung.⁴¹⁹

Dihydroxycodoinon (heute Oxycodon), im deutschen Reich unter seinem Handelsnamen „Eukodal“ bekannt, war ein noch stärkeres und sedierendes Medikament. Dadurch wurde es neben der Schmerzbehandlung auch für kleinere Narkosen genutzt.⁴²⁰

S.E.E., ein Kombinationspräparat aus Scopolamin, Ephetonin und Eukodal (später durch Evipan ergänzt)⁴²¹, wurde für intravenöse Narkosen genutzt. Da es in kleineren Mengen stark analgesierend wirkte, ohne den Patienten in einen Tiefschlaf zu versetzen, wurde es auch für Patienten mit stärksten Schmerzen angewandt und unter den Analgetika geführt.⁴²²

Opium und andere nicht-opioide Analgetika wie Acidum acetylosalicylicum (Aspirin) durften in Tabletten-Form auch von den Sanitätsmannschaften verabreicht werden.⁴²³ Aufgrund ihrer schwächeren analgetischen Wirksamkeit hatten sie für palliative Aspekte keine größere Bedeutung.

Im folgenden Fallbeispiel Robert Emmerichs kann die Problematik der medikamentösen, palliativen Zuwendung exemplarisch aufgezeigt werden. Nicht selten verschwammen an der Front die Grenzen zwischen symptomkontrollierter Therapie und dem aktiven Erlösen der Soldaten zu ihrem vermeintlichen Wohle:

Und dann hatte ich ein Erlebnis, das ich nie in mir auslöschen kann, das aber richtungsweisend für mein weiteres ärztliches Handeln[] wurde.: Unter den Gefangenen befand sich ein russischer Kommissar mit allen Abzeichen.

⁴¹⁶ Vgl. Haape, Endstation Moskau, S. 255-257.

⁴¹⁷ Vgl. Richtlinien für die Versorgung Verwundeter in den vorderen Sanitäts-Einrichtungen, S. 24.

⁴¹⁸ Ebd. S. 25.

⁴¹⁹ Vgl. H. Dv. 208/4, Zusammenstellung der Packordnung der Sanitätsbehältnisse.

⁴²⁰ Vgl. Laun, Vademekum des Truppenarztes, Notoperationen, S. 61.

⁴²¹ Vgl. Schwerdtfeger, Heinz, Erfahrungen mit der kombinierten SEE-Evipannarkose in der Kriegchirurgie, in: Der Deutsche Militärarzt. Zeitschrift für die gesamte Wehrmedizin, 9/7, 1944, S. 323-325.

⁴²² Vgl. Richtlinien für die Versorgung Verwundeter in den vorderen Sanitäts-Einrichtungen, S. 27-29.

⁴²³ Vgl. H. Dv. 59, Unterrichtsbuch für Sanitäts-Unterroffiziere und -Mannschaften, S. 337.

Kopfschuß quer, schwer benommen, Fieber gemessen nabe 40Grad. Ich wollte seine Qual lindern, ihn erlösen und gab ihm die doppelte Dosis Morphinum. – Als ich am nächsten Tag in das trostlose Quartier kam, war der Mann fieberfrei, vollkommen klar – und schüttelte mir mit einem unsagbar dankbaren Blick beide Hände! – Ich werde nie mehr im Leben ein Leben beenden wollen!⁴²⁴

In Ermangelung an Alternativen war es ebenso gängige Methode, die Soldaten über ihr Schicksal im Ungewissen zu lassen. Das Verschweigen der Tatsachen war ein nicht zu unterschätzender Teil palliativer Betreuung. Nach dem Motto „Der Arzt muss auch im Felde lügen können, aber nicht minder geschickt, als in der Heimat“⁴²⁵ wurden Sterbende in eigenen Räumen isoliert, andere Schwerverletzte über ihren Verbleib getäuscht und Diagnosen wie Prognosen verschwiegen.

Ich höre die Schmerzensrufe des Fähnrichs, aber unsere Hilfe kann bei so großen Wunden nicht genügen. Wir versprechen Hilfe und wissen doch, daß alles nicht helfen kann. So ist es bei vielen.⁴²⁶

Man kann demnach festhalten, dass die Palliativmedizin zur Zeit des Zweiten Weltkriegs nicht einmal in ihren Kinderschuhen steckte. Kriegsbedingte Umstände und fehlendes Interesse der Wehrmachtsführung an versterbenden und damit nicht mehr einsatzfähigen Soldaten verhinderten eine weitere Entwicklung. Trotz dieser widrigen Umstände waren viele Truppenärzte auf individueller Basis bemüht, das Leid der Sterbenden zu lindern.

⁴²⁴ Emmerich, Einer von Millionen, S. 9.

⁴²⁵ Starlinger, Fehler und Gefahren der Feldchirurgie, S. 26.

⁴²⁶ Fey, Kriegstagebuch, S. 25.

5 Der dt. Truppenarzt – Humanitärer Helfer, Kriegsverbrecher, Mitläufer?

Man war grausam geworden bis in die letzte Seelen-Ecke. Vielleicht ist dies das Problem. Sobald jemand eine Uniform trägt, ist er nicht mehr er selbst. Die Uniform verändert vollkommen den Charakter. Das habe ich an mir selbst erlebt. Dieses Ereignis hat mir gezeigt, wie grausam Menschen im Krieg werden können. Es sind dann gar keine Menschen mehr.⁴²⁷

Wie in der gesamten Arbeit schon geschehen, soll es bei der Ergründung der in der Überschrift gestellten Frage weniger um die militärische und wehrmedizinische Führungsebene, als um die Rolle des einfachen Truppenarztes gehen. Ohne die Thematik allgemeingültig klären zu wollen, soll der Versuch unternommen werden, anhand Robert Emmerichs und weiterer Zeitzeugen, zu einem differenzierten Ergebnis zu gelangen, was die Position des Truppenarztes im Nationalsozialismus anbelangt. Dies impliziert auch eine Betrachtung der Behandlung von Kriegsgefangenen und Zivilpersonen im Verlauf des Ostfeldzuges.

5.1 Der Truppenarzt im nationalsozialistischen System

Man kann die Ärzteschaft zur Zeit des Nationalsozialismus grob in drei unterschiedliche Kategorien einteilen. Den regimetreuen Sanitätsoffizier, den Mitläufer und den Arzt im Widerstand. Diese Einteilung entspricht einer starken Vereinfachung komplexer Umstände. Die Fassade erstreckte sich vom glühenden Anhänger, über den passiven Zuschauer, der im Grunde dem NS-Gedankengut nicht abgeneigt gegenüberstand oder in stiller Opposition verweilte, bis hin zum Arzt im aktiven oder passiven Widerstand. Hierbei exakte Grenzen zu ziehen, fällt dementsprechend schwer. Zur besseren Orientierung bietet sich eine grobe Einteilung in diese drei Gruppen dennoch an. Allein anhand von Memoiren und Erinnerungen an die Kriegszeit könnte man zum Entschluss gelangen, dass ein Großteil der Truppenärzte zur unwissenden, unbeteiligten Masse zu zählen sind. Heute ist klar, dass dies nicht repräsentativ für die Ärzteschaft im Nationalsozialismus stehen kann. Schon vor der Machtergreifung Hitlers sollen Ärzte den größten geschlossenen Anteil aller akademischen Berufsgruppen unter den NSDAP-Mitgliedern gestellt haben.⁴²⁸ Laut Michael H. Kater sollen bis zum Kriegsende ca. 45% der Ärzte NSDAP-Mitglied

⁴²⁷ Dr. Hans Heinz Schrömbgens, in: Schneider-Janessen, Arzt im Krieg, S. 137.

⁴²⁸ Kudlien spricht von mindestens 22,5%, in: Kudlien, Fridolf, Der Ärzte-Anteil in der frühen NS-Bewegung. Ein soziologisch-soziographisches Problem, in: Medizinischen Journal, Bd. 19, 4/1984, S. 363-384.

gewesen sein.⁴²⁹ Mittlerweile geht man aufgrund ausführlicherer Einbeziehung weiterer Quellen von einem noch höheren Anteil aus. Damit übertraf die Ärzteschaft andere Berufsgruppen bei weitem. Die Ursachensuche bleibt bis heute Bestandteil wissenschaftlicher Forschung und ist nicht abschließend geklärt. Bis jetzt wurden allerdings einige ausschlaggebende Faktoren ausgemacht. Zum einen zählten sich die Ärzte seit der Kaiserzeit zu einem auserlesenen Kreis innerhalb der deutschen Gesellschaft. Dieser Status schien für einige zur Zeit der Weimarer Republik abhandengekommen zu sein. Sozialversicherungen und Krankenkassen stellte für viele Mediziner eine „Entseelung des ärztlichen Berufs“⁴³⁰ dar. Man erwartete sich also durch den Aufstieg der Nationalsozialisten eine Art Wiedergeburt seiner elitären Autonomie und ihrer finanziellen wie gesellschaftlichen Vorzüge für die Ärzteschaft. Andererseits zeigten sich die meisten Ärzte und die medizinische Wissenschaft seit Ende des 19. Jhd. durchaus aufgeschlossen gegenüber der neu aufgekommenen und als fortschrittlich geltenden Rassenhygiene. Dies bedeutete zwar noch nicht, dass der Euthanasie-Gedanke deutlichen Anklang fand, doch Sozialdarwinismus und Eugenetik waren schon lange vor dem Dritten Reich in Deutschland salonfähig geworden.⁴³¹ Hinzu kommen diejenigen, die sich, ohne zwingend überzeugte Nationalsozialisten gewesen zu sein, durch einen Beitritt finanzielle und berufliche Vorteile erhofften. Bei Beförderungen, Stellenvergaben und Niederlassungen konnten sich parteinterne Verbindungen als durchaus nützlich oder zwingend notwendig erweisen.⁴³² Selbst nach Abzügen der opportunistischen Mitglieder muss in Anbetracht dessen, dass der Anteil an Ärzten vermutlich noch immer statistisch unterschätzt wird und dass allein 26% der ärztlichen NSDAP-Mitglieder gleichzeitig der SA, sowie 7% der SS angehörten,⁴³³ von einer erschreckend hohen Zahl an überzeugten Nationalsozialisten ausgegangen werden.

Ganz im Gegensatz dazu konnte sich nur ein Bruchteil an Ärzten zum aktiven Widerstand im deutschen Reich zählen. Noch vor der Machtergreifung kam es zu vereinzelt Protesten in Form von NS-kritischen Zeitschriften. Hier war vor allem der „Verein Sozialistischer Ärzte“ aktiv, bevor die Organisation verboten und ihre Mitglieder verfolgt wurden.⁴³⁴ Im Dritten Reich sei als Beispiel John F. Rittmeister zu nennen, der sich offen für deutsche Juden einsetzte und als Mitglied der

⁴²⁹ Vgl. Kater, *Ärzte als Hitlers Helfer*, S. 107.

⁴³⁰ Thom, *Zur Mitwirkung der deutschen Ärzteschaft*, S.285f.

⁴³¹ Vgl. Weiss, Sheila, *Die Rassenhygienische Bewegung in Deutschland, 1904-1933*, in: Pross/Götz, (Red.), *Der Wert des Menschen*, Herausgegeben von der Ärztekammer Berlin in Zusammenarbeit mit der Bundesärztekammer. Berlin, 1989, S. 153-199.

⁴³² Für eine gute Übersicht über weitere Ursachen und die Entwicklung des ärztlichen Standes seit der Kaiserzeit vgl. Hubenstorf, Michael, *„Deutsche Landärzte an die Front!“*. Ärztliche Standespolitik zwischen Liberalismus und Nationalsozialismus, in: Pross/Götz, (Red.), *Der Wert des Menschen*, Herausgegeben von der Ärztekammer Berlin in Zusammenarbeit mit der Bundesärztekammer. Berlin, 1989, S. 200-222.

⁴³³ Vgl. Kater, *Ärzte als Hitlers Helfer*, Tbl. 2.4, S. 394.

⁴³⁴ Simmel, Ernst; Fabian, Ewald (Hrsg.), *Der Sozialistische Arzt*. Vierteljahrszeitschrift des "Vereins Sozialistischer Ärzte". Jg. 1/1925-7/1932, Berlin 1930.

Widerstandsgruppe Rote Kapelle 1942 verhaftet und wenig später hingerichtet wurde.⁴³⁵ Auch die vermutlich bekannteste Gruppierung des deutschen Widerstands, die „Weiße Rose“, wurde mit Hans Scholl, Alexander Schmorell, Christoph Probst und Wilhelm Graf zum großen Teil durch Medizinstudenten organisiert.⁴³⁶ Zu diesem aktiven gesellten sich die unterschiedlichsten Formen des passiven Widerstands. Je nach Autor zählten hierzu z.B. die öffentlich ausgedrückte Ablehnung von Euthanasie und Antisemitismus, Befehlsverweigerung in Konzentrationslagern und Hilfe für Verfolgte. Andere werteten schon die „schweigende Opposition“ als eine Form des Widerstands.⁴³⁷

Nun stellt sich die Frage, was diese Ergebnisse für den Truppenarzt an der Ostfront bedeuten. Anhand mehrerer Beispiele soll erneut aufgezeigt werden, dass eine strikte Kategorisierung der Sanitätsoffiziere in NS-Anhänger, Mitläufer und Widerstandskämpfer nur schwer möglich ist. Jede Gruppe könnte noch vielfach unterteilt werden. Zusätzlich entwickelte sich jeder Truppenarzt durch seine Kriegserfahrungen weiter. Im positiven, wie im negativen Sinne änderten sich so Ansichten und Denkweisen, die zu „Lagerwechsell“ führen konnten.

Die Assistenz- und Oberärzte der Truppe befanden sich oft noch in den Anfängen ihres Werdegangs als aktive Sanitätsoffiziere. Es handelte sich also um eine junge Generation ohne Einsatzerfahrung aus dem 1. Weltkrieg und ebenso spärlicher ärztlicher Expertise. Dies sollte dennoch nicht zur Schlussfolgerung verleiten, sie seien weniger nationalistisch eingestellt gewesen als ihre älteren Vorgesetzten. Um wieder auf das Beispiel der NSDAP-Mitglieder zurückzukommen, konnte aufgezeigt werden, dass es sich bei fast 50% der ärztlichen Mitglieder um Medizinstudenten handelte.⁴³⁸ Um deren grundsätzliche Einstellung zu identifizieren, bedarf es vor allem offizieller Dokumente und originaler Tagebucheinträge bzw. Frontbriefe. Nur wenige Sanitätsoffizier, die sich eigener Schuld bewusst waren, hätten dies nach Kriegsende in schriftlicher Form festgehalten, besonders, wenn ihre direkte Beteiligung im Nachhinein nicht nachzuweisen war.

Zu den regimetreuen, in der Nachkriegszeit geläuterten Truppenärzten gehörte beispielsweise Horst Rocholl. Jens Ebert veröffentlichte in seinem Buch „Ein Arzt in Stalingrad“ Rocholls

⁴³⁵ Vgl. Klee, Ernst, Deutsche Medizin im Dritten Reich. Karriere vor und nach 1945, Frankfurt am Main 2001, S. 202; Für eine weitere biografische Informationen John Rittmeisters vgl.: Bräutigam, Walter, John Rittmeister. Leben und Sterben, Ebenhausen 1987.

⁴³⁶ Vgl. Petry, Christian, Studenten aufs Schafott. Die weiße Rose und ihr Scheitern, München 1968.

⁴³⁷ Vgl. für einen guten Überblick über die Grenzen des passiven Widerstands durch Ärzte das „Teil III: Ärzte als Helfer von Verfolgten, Kritiker von NS-Maßnahmen, Gegner des Dritten Reiches“, in: Kudlien, Ärzte im Nationalsozialismus, S. 209-245.

⁴³⁸ Vgl. Kudlien, Fridolf, Der Ärzte-Anteil in der frühen NS-Bewegung. Ein soziologisch-soziographisches Problem, in: Medizinhistorisches Journal, 19/1984, S. 367

Feldpostbriefe und analysiert diese in Zusammenhang mit dessen Biografie.⁴³⁹ Unzweifelhaft lassen sich darin antisemitische Denkweisen und eine Begeisterung nationalsozialistischer Ideen wie die Osterweiterung bis über das Kriegsende hinaus erkennen:

*Mitleid ist nur am Platz mit Menschen, die wie ein schwankendes Robr hier oder da hin zeigen können, nie aber mit denen, die eine Seite verkörpern. Wir haben also keinerlei Anlaß zum für uns nur lebensgefährlichen Mitleid gegenüber Juden, eingefleischte Bolschewisten und andere eingefleischte Feinde.*⁴⁴⁰

Gleichzeitig gehörte Rocholl zu den Ärzten, die sich nach Krieg und Gefangenschaft uneingeschränkt ihrer Vergangenheit stellten und zur Aufklärung beitrugen.⁴⁴¹

Auch Walther Jung war Mitglied der NSDAP und stellte in seinen Briefen offen Antisemitismus und Rassenlehre zur Schau. Er unterscheidet zwischen der Wertigkeit der russischen Soldaten („Sie sind dumm, harmlos, friedfertig“⁴⁴²) und der russischen Intelligenz („Es ist erstaunlich, wie hoch der deutsche Blutsanteil bei der russischen Intelligenz ist.“⁴⁴³), spricht von „biologisch wertvolle[n] reinrassige[n] Polen“⁴⁴⁴ und berichtet fast gleichgültig von Erschießungen russischer Soldaten und Vergeltungsaktionen gegen die Zivilbevölkerung:

*Heute früh schleppten unsere Soldaten, was an russischen Verwundeten in der Gegend herumlag, zusammen, etwa 14 Mann, warfen sie in die Grube zum Bunkereingang und erledigten sie durch geballte Ladung. Ein verletzter Soldat russischer Soldat nahm noch nach dem Kampfe ein Gewehr und schoß auf einen deutschen Soldaten. Daraufhin sprengten unsere Soldaten das Haus mit zehn bis zwölf verwundeten russischen Soldaten und steckten es in Brand.*⁴⁴⁵

Zusätzlich zur ideologischen Verklärung scheint sich bei ihm eine Form der Abstumpfung einzustellen, die Kriegsverbrechen als Racheakt rechtfertigt oder zumindest als plausible Reaktion duldet. Anders als Rocholl leugnete Jung nach dem Kriegsende über seine Verurteilung zur Geldsühne als „Mitläufer“ hinaus seine Mitgliedschaft bei der NSDAP. Er schlug sowohl auf öffentlicher, wie privater Ebene bis ins hohe Lebensalter den Weg der Verdrängung ein.⁴⁴⁶

⁴³⁹ Ebert, Jens, Ein Arzt in Stalingrad. Feldpostbriefe und Gefangenenpost des Regimentsarztes Horst Rocholl 1942-1953.

⁴⁴⁰ Ebd., S. 272, Feldpostbrief vom 15.12.1942.

⁴⁴¹ Unter anderem wendete er sich schon 1958 gegen die Darstellung des Truppenarztes in Konsaliks „Der Arzt von Stalingrad“, vgl. Ebert, Jens, Ein Arzt in Stalingrad, S. 75.

⁴⁴² Jung, Als Truppenarzt an der Ostfront, S. 327.

⁴⁴³ Ebd., S. 362.

⁴⁴⁴ Ebd., S. 327.

⁴⁴⁵ Ebd., S. 334.

⁴⁴⁶ Ebd., S. 242-256, Kapitel 2, „Aufnahme in die NSDAP“.

Während die Anzahl der Unterstützer des Nationalsozialismus unter den Sanitätsoffizieren höher war als ursprünglich angenommen bzw. zugegeben wurde und die Zahl der aktiven Widerständler verschwindend gering schien, kann der größte Teil der Truppenärzte zu den sogenannten „Mitläufern“ gezählt werden. Obwohl die wenig spezifische Bezeichnung dieser äußerst diversen Gruppe kaum gerecht werden kann. Wenn man die „Mitläufer“ als diejenigen definiert, die, ohne besondere Sympathien für das Regime zu zeigen, dieses gleichzeitig nicht aktiv bekämpften, so könnten die meisten der bisher angesprochenen Truppenärzte als solche bezeichnet werden. Man muss dabei stets bedenken, dass so Gefahr gelaufen wird, den stillschweigenden Opportunisten mit dem Arzt, der wenigstens eine Form des passiven Widerstands leistete, gleichzusetzen.

Allgemein kann festgehalten werden, dass die einfachen Truppenärzte ihre Ausbildung absolvierten und erste Berufserfahrung sammelten, als der Gesundheitsapparat schon vollständig gleichgeschaltet war. Ideen und Ziele des Naziregimes, bezogen auf das Gesundheitswesen, müssen also jedem aktiven wie angehenden Sanitätsoffizier vollkommen klar gewesen sein. Streitbar bleibt, inwieweit rangniedrige Militärärzte von der Massenvernichtung der Juden und Menschenversuchen Kenntnis hatten. Rassenlehre und Euthanasie standen jedoch schnell offen zur Debatte und zählten früh zum Lehrinhalt der Medizinischen Fakultäten. „Rassenhygiene“ war schon 1936 zum Prüfungsfach erhoben worden⁴⁴⁷. Fey begründet die ausbleibende Reaktion der jungen Ärzteschaft folgendermaßen:

Wenn man geahnt hätte, was später damit geschah, wäre mir nichts mehr zuwider gewesen als zu irgend einer früheren Zeit irgend etwas an der nationalsozialistischen Volkspolitik mit Volksgesundheitsführung für richtig zu halten, wozu man indessen nach relativ allgemein anerkannten, ungemischten Grundsätzen und nach manchen Eindrücken des Studiums der Frage schon leicht geneigt sein konnte. Die aus der Lehre der Vererbung sich ergebenden Folgerungen für die Eugenik über die Bevölkerungsethik, soweit sie mit humanen Prinzipien im Einklang stehen, sind jedem Arzt geläufig. Wenn aber Morden daraus wird, dann muß uns eben doch viel an der ganzen Lehre verdächtig werden. Jedoch das alles sahen wir damals noch nicht so klar. Erst später ganz, als es schon zu spät war, und die Dinge über den Verstand und Willen eines jeden von oben zwangsmäßig dirigiert wurden.⁴⁴⁸

Bereits durch die massenhafte Entlassung und Ausschaltung jüdischer Ärzte wurden die Absichten der Nationalsozialisten ersichtlich und durch führende Mediziner unterstützt. „Jeder Arzt wußte

⁴⁴⁷ Vgl. Kater, Michael, Medizin und Mediziner im Dritten Reich, in: Historische Zeitschrift, Bd. 244 (1987), S. 336f.

⁴⁴⁸ Fey, Kriegstagebuch, S. 12f.

davon, viele profitierten davon.⁴⁴⁹ Besonders für junge Ärzte und Studierende bedeuteten die freigewordenen Stellen ja verbesserte Karriereaussichten an Kliniken und Fakultäten.⁴⁵⁰ Den damaligen Landärzten, als allgemeinpraktizierenden Mediziner auf dem Land und in Kleinstädten tätig, zu denen auch Emmerich gezählt werden kann, war karrierebedingte Motivation nur schwerlich nachzuweisen. Immerhin machten sie ca. zwei Fünftel der gesamten Ärzteschaft aus, während sie keine universitäre Karriere anstrebten und in den führenden Gremien schon vor 1933 kaum vertreten waren.⁴⁵¹



Abbildung 17: Praxisschilder jüdischer Ärzte, die mit dem Aufkleber "Achtung Jude! Besuch verboten!" überklebt sind.⁴⁵²

Entscheidender für die Einstellung dieser „einfachen“ Ärzte und späteren Truppenärzte scheint der allgemeine Zeitgeist gewesen zu sein. Dieser wurde gewiss für einige durch Ausbildung und

⁴⁴⁹ Bleker, Johanna, Der Mythos vom unpolitischen Arzt. Historische Überlegungen zum Unterschied zwischen politischer Abstinenz und Toleranz, in: Das Argument 1994. Jahrbuch für Kritische Medizin, Bd. 22 (1994), S. 180.

⁴⁵⁰ Laut Kater hätten die Hälfte der Fakultätsprofessoren aus jüdischen Mediziner bestanden, in: Kater, Medizin und Mediziner im Dritten Reich, S. 335f.

⁴⁵¹ Vgl. Hubenstorf, „Deutsche Landärzte an die Front!“, S.210.

⁴⁵² [picture-alliance/stock-photos/3086792](https://picture-alliance.com/stock-photos/3086792), Mediennummer 3086792.

Propaganda im Dritten Reich beeinflusst, lag allerdings häufig nicht darin begründet. Antisemitismus, antibolschewistische Denkweisen und Ideen der Eugenetik waren schon vor der Machtergreifung Hitlers weit verbreitet und wurden von vielen Zeitzeugen nicht zwingend mit NS-Ideologie in Verbindung gebracht. Wilhelm Mauss fiel z.B. nie als glühender Nationalsozialist auf und sparte in seinen Tagebuchaufzeichnungen nicht mit Kritik an der Wehrmachtsführung. Kurz nach der Kapitulation zeigte er sich, ob glaubhaft oder nicht, erschüttert von den Geschehnissen in den Konzentrationslagern und beteuerte: „Wir sind nach Strich und Faden belogen worden!“⁴⁵³ Dennoch war es für ihn während des Krieges selbstverständlich, dass die „Dorfjuden [im Lazarett] scheuern und saubermachen“⁴⁵⁴ und er war wie die meisten lange davon überzeugt, die Bevölkerung im Osten vom Bolschewismus zu befreien:

Selten nur findet man Russengräber. Die Roten verscharren ihre zahllosen Toten einfach irgendwo im Gelände, werfen sie in Stukabombenrichter oder buddeln sie in Schützenlöchern so, wie sie dort liegen, kommentarlos ein. Kein Zeichen von Pietät, von Anerkennung für den Soldatentod, nicht mehr als ein Stück Vieh ist der gefallene Bolschewist seinen Kameraden, seinem Volk. Hier liegt die tiefe Kluft zwischen unserer Auffassung und der des Russen. Unser Ethos fordert die Achtung vor dem Lebensgeschehen in all seinen Abläufen, von der Geburt bis zum Tod. Dieser Ethos sieht in uns Gebilde eines höheren Wesens, dem wir Achtung schuldig sind. [...] Der Bolschewist dagegen ist nur Materialist. Der Mensch ist für ihn ein Lebewesen, das nur seine persönliche Begierde befriedigt. Geburt und Sterben, Leben und Tod sind ihm nur Äußerungen des biologischen Daseins, keine Rätsel höherer Führung, keine Verpflichtung und kein Dank. Ein neues Europa wird es uns noch danken, diesen Geist des Materialismus, der Zerstörung und der Verachtung vernichtet zu haben. Für diesen Kampf ist kein Opfer zu groß.⁴⁵⁵

Unabhängig davon, ob das Weltbild der Sanitätsoffiziere mehr durch Nationalsozialismus oder Zeitgeist bestimmt war, fällt auf, dass viele Truppenärzte ihre Ansichten im Laufe des Krieges immer mehr in Frage stellten. Die Konfrontation mit der Kriegsrealität und der direkte Kontakt zu Zivilbevölkerung wie zu Kriegsgefangenen schienen sich eher positiv auf bestehende Vorurteile und Illusionen auszuwirken:

Nach unserer Propaganda sollten wir lediglich ein verarmtes, sittlich verkommenes Volk im Osten erleben. Entsprechende Warnungen waren uns in den ersten Befehlen der Führung gegeben worden. Ein Zeugnis dafür, wie wenig sie eigentlich Rußland kannte, und wie falsch sie das Volk in seinem Wert einschätzte.⁴⁵⁶

⁴⁵³ Mauss, Als Sanitätsoffizier im II. Weltkrieg, S. 977.

⁴⁵⁴ Ebd. S. 134.

⁴⁵⁵ Mauss, Als Sanitätsoffizier im II. Weltkrieg, S. 175.

⁴⁵⁶ Fey, Kriegstagebuch, S. 30.

Die entgegengesetzte Propaganda förderten die aufkommenden Zweifel eher, als sie aus der Welt zu schaffen. Während reißerische Reden und verklärende Darstellung des Frontgeschehens in der Heimat ihre Wirkung entfalteten, wurde dieser „verhöhnende Anachronismus [von den Soldaten] mit grimmigem Lächeln quittiert.“⁴⁵⁷

*18.2.43. Heute abend sprach Göbbels mehrere Stunden über alle deutschen Sender („Aufstand der Steppe“). Wie ein Angstschrei! Ein einziger stundenlanger Hilferuf an das deutsche Volk, letzte Reserven zu mobilisieren („Wollt Ihr den totalen Krieg?“), um die aus dem Osten drohende Gefahr zu bannen. Wir, Mannschaften und Offiziere, die ihn hörten waren entsetzt.“*⁴⁵⁸

Einfluss auf die sich wandelnde Einstellung der Truppenärzte hatte auch das sich zunehmend verschlechternde Verhältnis zu SS, Parteivertretern und regimetreuen Wehrmachtsvorgesetzten. Elitäres Verhalten, Bevormundung und Vorzugsbehandlung förderten die gegenseitige Antipathie. „Wir mochten diese [Partei-] Offiziere nicht!“⁴⁵⁹ „Goldfasan“, „hohes Tier in brauner Uniform“, „Parteibonze“, „Kommißkopf“ usw. waren in der Truppe schnell zu geflügelten Worten geworden:

*Gleichzeitig begann die bevorzugte Beförderung junger Stabsoffiziere, die sich aus Überzeugung oder Berechnung offen zum System der Anderen bekannten. [...] Aus dieser Schicht gingen jene Generalstypen hervor, die im letzten Kriegsjahr mit ihrer paranoiden Geltungssucht die Hysterie des primitiven Mannes an der Spitze auf eine so wirksame Weise ergänzten.“*⁴⁶⁰

*Der Hauptverbandsplatz Wolnjaja Gorka ist nun endlich von der SS-Sanitätskompanie unter viel Trara und Angeberei übernommen worden. Ich bin neugierig, was davon übrig sein wird, wenn die Leutchen wirklich ranmüssen.“*⁴⁶¹

Trotz der brenzligen Situation bewegen sich zahlreiche Amtswalter der Partei in ihren braunen Uniformen wie im tiefsten Frieden durch die bedrohte Stadt, als handle es sich hier um einen Erholungsaufenthalt. Neben den Goldfasanen bevölkern Parteifrauen in Phantasieuniformen die Straße, schauen wichtigtuerisch um sich, als fühlten sie sich durch die Feldsoldaten gestört. Wie sehr Belange der Partei vor denen der Wehrmacht rangieren, erlebte ich heute eindringlich durch eine heftige Auseinandersetzung zwischen einem Major und einem Parteibonzen. Der Major [...] fand ein halbwegs erhaltenes geeignetes Gebäude, in dem die „Frauenschafter“ der Partei sich eingenistet

⁴⁵⁷ Müller beschrieb in seinem Eintrag vom 15.7.43 die Reaktion der Soldaten auf die Berichterstattung in der Wochenschau, in: Müller, Als Kriegschirurg in Rußland, S. 127.

⁴⁵⁸ Müller, Als Kriegschirurg in Rußland, S. 155.

⁴⁵⁹ Küstner, Erinnerungen, S. 86.

⁴⁶⁰ Bamm, Die unsichtbare Flagge, S. 124f.

⁴⁶¹ Mauss, Hans-Jörg, Als Sanitätsoffizier im II. Weltkrieg, S. 358f.

hatte. Trotz bereits vorausgegangener heftigster Dispute [...] war es der Wehrmacht nicht möglich, das dringend benötigte Gebäude zu beziehen.⁴⁶²

Seit dem 26.9.44 abends hat die durchziehende SS-Division „Niederland“ ihre Fahrzeuge ohne vorherige Anfrage auf dem Gelände des H.V.Platzes abgestellt. Heute morgen fand sich das Krad Zündapp WH 378136 in seiner splittergesicherten Box nicht mehr vor. Es besteht der dringende Verdacht, daß es von Angehörigen der SS-San.Kompanie entwendet wurde. Ermittlungen wurden eingeleitet.⁴⁶³

In diesen Kollegen, besonders im letzten, lernte ich Typen kennen, deren Eintreten für Nationalsozialismus, formgerechtes Hitlergrüßen blanko auf einer inneren weltanschaulichen Leere basierte. Er warf mir bei der ersten Auseinandersetzung vor, daß ich ihn nicht mit Heil Hitler jeden Morgen formgerecht grüßte. Anscheinend wollte er mir mit dieser Feststellung Schrecken einjagen. Wochenlang saßen wir uns am Tisch sozusagen stumm gegenüber.⁴⁶⁴

Auch Emmerich fiel wiederholt durch „Beleidigung“⁴⁶⁵ von Vorgesetzten und „gänzlich unmilitärisches Benehmen“⁴⁶⁶ auf, was letztlich sogar zu mehreren Strafversetzungen an die Front und zu Aufklärungsabteilungen führte.⁴⁶⁷ Die durch zahlreiche Beispiele beschriebene Abneigungshaltung Emmerichs und seiner Kollegen sollte nicht als eine Form des passiven Widerstands gedeutet werden, doch verschärfte sich der Konflikt zwischen Arzt und Vorgesetzten im Kriegsverlauf immer mehr und könnte manchem Truppenarzt als Grundlage für Befehlsverweigerungen zum Wohle von Soldaten, Gefangenen und Zivilisten gedient haben.

Um die Einstellung der Truppenärzte und ihr ärztliches Handeln abschließend bewerten zu können, bedarf es zuletzt der Behandlung der Frage, über wieviel die Truppenärzte im Zusammenhang mit Kriegsverbrechen und Verbrechen gegen die Menschlichkeit unterrichtet waren oder persönlich davon Zeuge wurden. Außerdem sollte mit einfließen, inwiefern sich die Sanitätsoffiziere aktiv oder passiv dagegen einsetzten bzw. diese tatenlos oder gar befürwortend verfolgten. Was den Nachweis eigentlicher Kriegsverbrechen bzw. Verbrechen gegen die Menschlichkeit durch Ärzte im unmittelbaren Frontbereich angeht, stellt sich die Angelegenheit kompliziert dar. Es lässt sich aufzeigen, dass sich neben SS-Ärzten, auch Wehrmachtsärzte an diesen beteiligten. Allerdings war der endgültige Nachweis auf individueller Ebene aufgrund widersprüchlicher Zeugenaussagen und fehlender Dokumentation oft erschwert zu erbringen und bei den bekannten Beispielen handelt es sich erneut vor allem um Mediziner in Führungs- und

⁴⁶² Müller, Als Kriegschirurg in Rußland, S. 155.

⁴⁶³ BAMA, RH 50/135, Kriegstagebuch der San.-Komp. 181 vom 28.9.44.

⁴⁶⁴ Fey, Kriegstagebuch, S. 6, im Sommer 1939.

⁴⁶⁵ Emmerich, Einer von Millionen, S. 9.

⁴⁶⁶ Ebd. S. 11.

⁴⁶⁷ Vgl. ebd. S. 18.

Beratungspositionen.⁴⁶⁸ Auf Truppenarzteebe im Frontbereich stellte sich die Situation vermutlich ähnlich vielseitig dar, wie in allen anderen Strukturen der Wehrmacht: Täterschaft war abhängig von Situation, Rang, Einheit, Persönlichkeit und Entscheidungen Einzelner.⁴⁶⁹ Die breite Masse der einfachen Truppenärzte schien sich jedoch nicht aktiv an Verbrechen beteiligt zu haben. Ähnlich verhielt es sich mit der Mitwisserschaft. Während sich allerdings ärztliche (Mit-)Täterschaft im Kampfgebiet in Grenzen hielt und keine systematischen Vernichtungsabsichten nachgewiesen werden konnten, muss von einer breiten Mitwisserschaft ausgegangen werden.

Robert Emmerich betont dagegen gleich zu Beginn seiner Erinnerungen:

Vorweg muß ich versichern, daß Vorwürfe, wie sie in den letzten Wochen im Fernsehen erhoben wurden, wir Deutschen hätten Russen reihenweise erschossen – nach ihrer Gefangennahme –, von mir nie beobachtet wurden. Auch wurden in unseren Frontabschnitten nie über solche Vorfälle berichtet. Wenn so etwas wirklich vorgekommen sein sollte, dann müssen dies bedauerliche, unbedingt verurteilungswürdige, aber höchstens vereinzelte Ausnahmen gewesen sein! [...] Es muß übrigens auch betont werden, daß den deutschen Soldaten Plünderung und Vergewaltigung bei Todesstrafe verboten waren – dies wurde bei den vorgeschriebenen Truppenbelehrungen immer betont – und zwar während des West- und Ostfeldzuges.⁴⁷⁰

Anschließend spricht er über die nachgewiesenen und persönlich bezeugten „Gräueltaten“ der russischen Streitkräfte und kritisiert die einseitige Schuldzuweisung:

Wann endlich hört das auf, daß wir uns allein beschuldigen lassen, ja sogar selbst beschuldigen, ohne daß jemals in der nötigen Deutlichkeit von den Gräueltaten der Anderen berichtet wird! Dies ist einseitige Berichterstattung und glatte Geschichtsfälschung.⁴⁷¹

Umgekehrt berichtete er gegen Ende seiner Aufzeichnungen erschüttert vom Auffinden erschossener russischer Offiziere.⁴⁷² Ob er sich erst im Verlauf der Aufzeichnungen daran zurückerinnerte, damit die einzelnen verurteilungswürdigen Vorfälle meinte oder die Erschossenen für Opfer ihrer eigenen Kameraden hielt, bleibt unklar. Gleichwohl handelt es sich um ein eindrückliches Beispiel der subjektiven Bewertung der Geschehnisse durch Zeitzeugen. Die von persönlichen Erlebnissen gefärbte Einschätzung der Gesamtlage ist menschlich nachvollziehbar, jedoch rechtfertigen sowjetischen Kriegsverbrechen keine weniger gründliche Analyse der Verantwortung der Wehrmacht wie die der Wehrmedizin. Anhand der häufig geäußerten

⁴⁶⁸ Vgl. Kudlien, Fridolf, Begingen Wehrmachtsärzte im Rußlandkrieg Verbrechen gegen die Menschlichkeit?, in: Pross/Götz, (Red.), Der Wert des Menschen, S. 333-352.

⁴⁶⁹ Vgl. Müller, Die Wehrmacht, S. 752.

⁴⁷⁰ Emmerich, Einer von Millionen, S. 1f

⁴⁷¹ Emmerich, Einer von Millionen, S. 2.

⁴⁷² Vgl. ebd. S. 65.

Vorwürfe der Einseitigkeit oder gar „Geschichtsverfälschung“ lässt sich ablesen, dass viele Zeitzeugen kritische Bewertungen auch als persönlichen Angriff auf ihr eigenes Schaffen werteten.

Es ist unwahrscheinlich, dass einzelne Kriegsteilnehmer über den kompletten Kriegsverlauf ohne persönliche Erfahrungen oder zumindest mündliche Überlieferung von Erschießungen oder Misshandlungen blieben. Durchaus möglich ist allerdings, dass sich diese Erlebnisse für einige, wie Emmerich, abhängig von Rang, Einheit und Einsatzort in überschaubaren Grenzen hielten und sie dadurch über das Kriegsende hinaus als unglückliche Einzelfälle werteten oder nicht in ein Gesamtbild einzuordnen wussten. „Die Propaganda gegen ‚Gerüchtemacher‘ war damals groß. Heute weiß ich, daß fast an jedem sogenannten Gerücht der damaligen Zeit Wahrheit war.“⁴⁷³

7.7.43. [...] *Auf der Rückfahrt von meinem Urlaub begegnete mir hinter einem kleinen Bahnhof in Polen ein langer Güterzug, dessen sämtliche Wagen mit ärmlich gekleideten Menschen vollgestopft waren. An den mit Stacheldraht vergitterten Luken der Waggons drängten sich die Köpfe der Eingesperrten, Kopf an Kopf hart nebeneinander, um einen Blick nach draußen tun zu können. Hände krampften sich um die Stacheldrähte. Gesichter drückten größte Angst und Entsetzten aus. Nie zuvor sah ich so gequälte, geschundene Kreaturen, bar aller Menschwürde zusammengepfercht wie Schlachtvieh, Opfer unmenschlicher Gewalt. Was waren das für Menschen? Angeworbene oder zusammengetriebene russische Arbeiter für die deutsche Rüstungsindustrie? Menschen anderen Glaubens, anderer Rasse oder anderer politischer Meinung auf dem Wege in Konzentrationslager? Ich habe es nicht erfahren, aber nie werde ich diese langsam vor meinen Augen vorbeierollenden Schreckensbilder [sic] vergessen.*⁴⁷⁴

Andere, wie Peter Bamm, gaben Gräueltaten unumwunden zu. Diese seien zwar nicht persönlich begangen oder miterlebt worden, hätten sich jedoch über mündliche Überlieferung und Fotografien als erwiesen herausgestellt.⁴⁷⁵ Auch Deportationen wurden durch Truppenärzte besonders auf Zugreisen registriert.⁴⁷⁶ Heinz Küstner, als Arzt auf einem Lazarettzug ständig im Zugverkehr eingesetzt, macht wiederholt Erfahrungen mit Deportationszügen und wusste diese auch korrekt zu interpretieren:

Züge mit Gefangenen und Juden. Die wurden als Menschen niedere[r] Sorte angesehen. Dies sahen wir, nicht in den Grenzen des „Grossdeutschen Reiches“. Da wurden sie von Ort zu Ort in der Nacht gefahren, wenn die Menschen schliefen; am Tage standen sie auf Güterbahnhöfen, weit ab von den Bahnhöfen für Reisende, wenn die Menschen nicht schon hinter Stacheldraht sassen. Aber auf uns brauchte man nicht Rücksicht zu nehmen; da sahen wir sie

⁴⁷³ Fey, Kriegstagebuch, S. 7.

⁴⁷⁴ Müller, Kriegschirurg in Rußland, S. 127.

⁴⁷⁵ Vgl. Bamm, Die unsichtbare Flagge, S. 74.

draussen in Polen, in Russland, überall! Was hatten die Menschen eigentlich getan? Die einen hatten einen Befehl ausgeführt, ihre Heimat zu schützen! Aber die anderen?? Was hatten die denn getan? – Garnichts! Die SS tat so, wie wenn es Verbrecher wären.⁴⁷⁷

Als wir einmal an einem glühend heißen Sommertag gerade angekommen waren, stand auf dem Nebengleis ein solcher jüdischer Transportzug. Die armen in Güterwagen zusammengepferschten Menschen [...] schriegen [sic] verzweifelt durch die schmalen verdrabteten Luken nach Wasser. Es war ein Bild der Verweiflung [sic], als sie durch diese Luken leere Flaschen, Gläser und Kaffeetassen an Bindfäden herunterliessen, damit sie ihnen mit Wasser gefüllt werden [...] Meine Sanitäter füllten ihnen die Gefässe, denn wir waren nicht belegt; aber kaum sahen das die den Judenzug bewachenden SS-Männer, wurden sie mit harten Worten verscheucht: Jeder Verkehr oder Umgang mit den Juden sei verboten. [...] Bei Zuwiderhandlung müssten sie von der Schusswaffe Gebrauch machen.⁴⁷⁸

Die einfachen Landser und mit ihnen die meisten Truppenärzte machten sich, wenn nicht als Täter, so doch als Zuschauer schuldig. „Häufig [war] es nicht die politische Parteinahme [...], die Ärzte zu Handlangern des Systems werden ließ, sondern vielmehr der Verzicht auf bewußte politische Auseinandersetzung.“⁴⁷⁹ Eine Reaktion der Empörung oder des Widerstands beschränkte sich oftmals aus Angst vor Konsequenzen auf einen kleinen Kreis eingeweihter Soldaten, der Familie oder dem eigenen Tagebuch. Und kam es doch zu öffentlichen Ausbrüchen, wusste man sich gegenseitig zu decken:

Zu dieser Zeit hatten wir einen Major als Kommandeur, der nach seiner fünften oder sechsten Verwundung zu seinem alten Reg. Zurückgekommen war. Eines Abends fuhr er mit uns im Geländewagen [...] und sang mit lauter Stimme [...] „Wir aber tragen unser Schicksal mit Geduld, an der ganzen Scheiße ist der Adolf schuld!“ Niemand hatte ihn angezeigt [...]“⁴⁸⁰

Ein Major hatte z.B. bei einer meiner Operationsgruppen eine Vollmarkose zur Entfernung eines Splitters, eine relativ leichte Verletzung, erhalten. Nach seiner Versorgung gab er im Halberwachen derartig antinazistische Äußerungen von sich, daß ich – schnell herbeigeholt – ihn in mein Zimmer bringen ließ und ihn dort seine Aussprüche, die ihm glatt das Leben hätten kosten können, zu Ende reden ließ. Als er dann wieder bei vollem Bewußtsein war, hatte er Sorge, es könne etwas bekannt werden. Ich versicherte ihm, daß weder meine Leute noch ich etwas weitergeben würden [...]“⁴⁸¹

⁴⁷⁷ Küstner, Erinnerungen, S. 2f.

⁴⁷⁸ Ebd. S. 26.

⁴⁷⁹ Bleker, Der Mythos vom unpolitischen Arzt, S. 181.

⁴⁸⁰ Emmerich, Einer von Millionen, S. 34.

⁴⁸¹ Ebd., S. 65.

Die gefürchteten Repressalien bewahrheiteten sich sehr unterschiedlich. Während Kritik und Befehlsverweigerung teils drastische Konsequenzen für den Soldaten und seine Familie zur Folge hatten,⁴⁸² mussten andere bei Zuwiderhandlung mit nicht mehr als ihrer Versetzung rechnen.⁴⁸³ Aus der Heimat waren ausreichende Beispiele der Denunziation, Internierung und Hinrichtung deutscher Ärzte bekannt, um die Angst weiter zu schüren. Dabei handelte es sich jedoch um ganz andere Dimensionen des Widerstands, wie dem offenen Protest gegen das Regime oder der Weiterbehandlung jüdischer Patienten.⁴⁸⁴ Diese Vergehen waren in ihrer Gewichtung nicht mit den kleineren Grenzüberschreitungen im Frontalltag zu vergleichen. Hinzu kam ein dringend erforderlicher Pragmatismus in Sachen Strafverfolgung im Gefechtsbereich. Die Bedeutung der ausreichenden Versorgung mit Truppenärzten erlaubte es den Verantwortlichen nicht durch Strafmaßnahmen weiteres Personal zu verlieren. Das Strafmaß wurde nicht selten gemindert, ausgesetzt oder die Beschuldigten durch direkte Wehrmachtsvorgesetzte gedeckt. Die trotz alledem bestehende Unberechenbarkeit möglicher Konsequenzen führte scheinbar zu einer ausreichenden Verunsicherung, um flächendeckenden oder organisierten Widerstand zu verhindern. „Ich vernahm vom Schicksal eines anderen Offiziers, daß er wegen ähnlicher Äußerungen erschossen wurde.“⁴⁸⁵ Zusätzlich trugen jahrelange Indoktrination und durch persönliche Kriegserfahrungen geförderte Rachegeanken dazu bei, dass viele Maßnahmen, wenn auch unterbewusst, gleichgültig hingenommen oder gar stillschweigend befürwortet wurden.

Gleichwohl muss erwähnt sein, dass viele Befürchtungen vor drohenden Konsequenzen, die sich bei heutiger Gesamtbetrachtung der Geschehnisse als unbegründet erweisen, für den einzelnen Kriegsteilnehmer nur schwer zu durchschauen waren. Diese Ungewissheit machte echten Widerstand in der Ärzteschaft umso eindrucksvoller, sollte jedoch nicht dazu führen, die Gruppe der Mitläufer automatisch als Mittäter zu identifizieren. Hinzu kommt, dass es als Frontarzt eingeschränkter möglich war, einen aktiven Beitrag am Widerstand gegen das System zu leisten. Auch Hans Scholl beklagte während seines Dienstes an der Ostfront „zur Inaktivität in wesentlichen Dingen“, also dem politischen Widerstand, gezwungen zu sein.⁴⁸⁶ Neben den in

⁴⁸² Bamm, *Die unsichtbare Flagge*, S. 75; Laut Bamm sei die Frau eines Oberst nach der Zensur eines kritischen Briefes in der Heimat inhaftiert worden.

⁴⁸³ Vgl. Kudlien, *Ärzte im Nationalsozialismus*, S. 217f.

⁴⁸⁴ Vgl. dazu Kater, *Ärzte als Hitlers Helfer*, S. 134-149, 3. Formen des Widerstands.

⁴⁸⁵ Fey, *Kriegstagebuch*, S. 8, Fey wurde aufgrund seiner Äußerung „Zu Berlin sind Leute, die keineswegs die sittlichen und ethischen Voraussetzungen zu Führung ihrer Ämter mitgebracht haben. Dieser Krieg wird sicher anders enden als er begonnen. Die ganze Menschheit wird er verändert zurücklassen, uns auch. Der Hitlergruß ist ein Kinkerlitzen, es wird mit ihm aus und vorbei sein.“ bei der Gestapo angezeigt und letztlich als Gerüchtemacher durch das „Vergehen gegen das Heimtückegesetz“ bestraft und als „heimtückischer“ Mensch gekennzeichnet.

⁴⁸⁶ Hans Scholl im Brief vom 17.08.42 an Kurt Huber, in: Zoske, Robert, *Flamme sein! Hans Scholl und die Weiße Rose. Eine Biografie*, München 2018, S. 177

vorherigen Kapiteln erläuterten organisatorischen und beruflichen Pflichten und der ständigen physischen wie psychischen Überbelastung, würde es zynisch wirken, dem Truppenarzt mangelndes politisches Engagement vorzuwerfen. Nichtsdestotrotz verfügten die Sanitätsoffiziere über verschiedene Einflussmöglichkeiten. So trugen sie zwar nicht aktiv zum Systemumbruch bei, konnten im Rahmen ihrer ärztlichen Mittel allerdings viel Gutes bewirken. Dies kann in gewissem Maße als eine Form des passiven Widerstands aufgefasst werden. Drei dieser möglichen Aspekte sollen im Folgenden näher behandelt werden.

5.2 Der Truppenarzt und die russ. Kriegsgefangenen

Artikel 4

*Die Kriegsgefangenen unterstehen der Gewalt der feindlichen Regierung, aber nicht der Gewalt der Personen oder der Abteilungen, die sie gefangen genommen haben. Sie sollen mit Menschlichkeit behandelt werden. Alles, was ihnen persönlich gehört, verbleibt ihr Eigentum mit Ausnahme von Waffen, Pferden und Schriftstücken militärischen Inhalts.*⁴⁸⁷

Nach der Haager Landkriegsordnung von 1907 und dem ergänzenden Abkommen vom 27. Juli 1929 gab es bereits klare internationale Regelungen für die Behandlung von Kriegsgefangenen. Russland hatte die damaligen Verträge nicht unterzeichnet. Grund genug für die deutsche Führung sich bei russischen Kriegsgefangenen nicht an die bestehenden Konventionen zu halten. Zusätzliche Rechtfertigung versuchte man durch ideologische und rassistische Argumente zu gewinnen. Angesehen als minderwertige slawische Rasse und zusätzlich durch den Bolschewismus verdorben, bestanden konkrete Anordnungen zur expliziten Ungleichbehandlung sowjetischer Soldaten.⁴⁸⁸

*Zum ersten Male steht dem deutschen Soldaten ein nicht nur soldatisch, sondern auch politisch im Sinne des Völker zerstörenden Bolschewismus geschulter Gegner gegenüber. Der Kampf gegen den Nationalsozialismus ist ihm in Fleisch und Blut übergegangen. Er führt ihn mit jedem ihm zu Gebote stehenden Mittel: Sabotage, Zersetzungspropaganda, Brandstiftung, Mord. Dadurch hat der bolschewistische Soldat jeden Anspruch auf Behandlung als ehrenhafter Soldat und nach dem Genfer Abkommen verloren.*⁴⁸⁹

Das Sanitätswesen brauchte somit nicht mit struktureller Unterstützung bei der Versorgung der russischen Kriegsgefangenen zu rechnen. Dies führte zu katastrophalen Bedingungen in den deutschen Kriegsgefangenenlagern und dem Tod von Millionen sowjetischer Soldaten. Selbst

⁴⁸⁷ BAMA RH 1/332, S. 4; Artikel 4 des Zweiten Kapitels „Kriegsgefangene“ des Haager Landkriegabkommens vom 18. Oktober 1907.

⁴⁸⁸ Vgl. Streit, Keine Kameraden, S. 77f.

⁴⁸⁹ BAMA, RW 6/279, Anordnung für die Behandlung sowjetischer Kriegsgefangener in allen Kriegsgefangenenlagern. Zusammenstellung Stand 8. September 1941, Bl. 15.

wenn Wille zur Besserung der Bedingungen bestand, scheiterte er an der schier Masse an Zugängen in den Gefangenlagern. Allein im Jahr 1941 wurden mehr als 3 Millionen Kriegsgefangene im Osten registriert von denen 2 Millionen dasselbe Jahr nicht überlebten.⁴⁹⁰ Mangelernährung und fehlende medizinische Versorgung der entkräfteten, kranken und verwundeten Soldaten waren die Haupttodesursache.

Schwierigkeiten machen uns noch die zahlreichen verwundeten Russen. Wir haben davon in der Gefangenensammelstelle hier etwa 200, die in primitivster Weise in einem Hause untergebracht sind. Sie sind zwar notdürftig durch die 2. Sanitätskompanie versorgt worden, doch von einer Pflege kann gar keine Rede sein. [...] Dauernd und mit Intensität dränge ich bei der Armee, ein Gefangenenzazarett wenigstens bis Tschudowo vorzuschieben, damit man endlich auch diese armen Menschen ärztlich und menschlich versorgen kann. Die Bilder im dem jetzigen „Lazarett“ erinnern schaurig an Verwundetenverhältnisse in napoleonischen Kriegen oder noch früher. Hier kann man verstehen, weshalb Henry Dunant nach der Schlacht von Solforino [sic] 1859 tätig wurde!⁴⁹¹

Die vielen Gefangenen aus dem Wjasma-Kessel waren auf ihrem Abtransport nach Smolensk dem Verhungern nahe. Ich setzte kleine Kommandos ein, die tagsüber Kartoffelfelder in Wassernähe auszukundschaften hatten. Gegen Abend wurden meist aus dem Lande ein paar Pferde und Rinder geschlachtet. Für die 10.000 Gefangenen war diese natürlich nicht ausreichend [...] ⁴⁹²

Die Kriegsgefangenen sind durch die lange Hungerperiode während des Kampfes und die zunächst nur sehr mäßige Ernährung nach der Gefangennahme körperlich äußerst stark heruntergekommen. Die Sterblichkeitsziffern steigen dabei erheblich. Auffallend war, daß viele Gefangene selbst bei ausreichend zur Verfügung stehender Nahrung körperlich nicht mehr in der Lage waren, die entsprechende Nahrung aufzunehmen und zu verwerten. Aus fast allen Dulag wurde berichtet, daß Gefangene nach der ersten Nahrungsaufnahme einfach zusammenbrachen und tot liegen blieben. [...] Ärztlicherseits bestand die Fürsorge darin, zu versuchen, diesen geschwächten Menschen möglichst zweckentsprechende Nahrung, Wärme unter ruhigeren Bedingungen zuzuführen. Der Erfolg ist mäßig.⁴⁹³

Im Verlauf erkannte auch die Reichsführung die Problematik an. Allerdings nur insofern, dass durch den schlechten Zustand der Gefangenen wichtige Kräfte zur Zwangsarbeit in der deutschen Kriegswirtschaft fehlten. Bei der Ursachensuche wurde die „nicht ordnungsmäßige Behandlung, Unterbringung und Ernährung“⁴⁹⁴ als Nebenpunkt anerkannt. Grotesker weise finden sich unter den Lösungsansätzen jedoch ausschließlich disziplinarische Strafmaßnahmen: „Widersetzlichkeit

⁴⁹⁰ Vgl. Streit, Keine Kameraden, S. 128-130.

⁴⁹¹ Mauss, Als Sanitätsoffizier im II. Weltkrieg, S. 225.

⁴⁹² Fischer, Der deutsche Sanitätsdienst, 616f; Bericht von Meyer-Detring.

⁴⁹³ Streit, Keine Kameraden, S. 155.

⁴⁹⁴ BAMA, RW 41/56, Befehl zur Hebung der Arbeitsleistung der Kriegsgefangenen vom 8.9.1942.

oder aktiver Widerstand muß sofort mit der Waffe[] (Bajonett, Kolben u. Schußwaffe, keine Stöcke) restlos beseitigt werden. Wer zur Durchsetzung eines Befehls nicht oder nicht energisch genug die Waffe gebraucht, macht sich strafbar.⁴⁹⁵

Auch im Umgang mit Kriegsgefangenen reichte die Einstellung der Ärzteschaft von offener linientreuer Unterstützung über gleichgültige Akzeptanz der Missstände bis hin zu aktiven Versuchen, die Bedingungen der Kriegsgefangenen zu verbessern. Erneut zeigte sich, dass sich die Versorgung und Behandlung Kranker und Verwundeter in den Kriegsgefangenenlagern des rückwertigen Bereichs deutlich von der frontnahen Herangehensweise unterschied. In den Lagern konnte ein striktes und teils erbarmungsloses Vorgehen auch mit Unterstützung oder unter Aufsicht verantwortlicher Ärzte durchgesetzt werden. Hier galt für den Arzt vor allem die Devise, die Gefangenen in arbeitsfähige, beschränkt arbeitsfähige und nicht mehr einsatzfähig einzuteilen und dementsprechend selektiv zu versorgen.⁴⁹⁶ Diese Massenabfertigung des „Menschenmaterials“ führte zur völligen Entmenschlichung der in Gefangenschaft geratenen Individuen. Im Frontbereich kann der humanitäre Einsatz einzelner Truppenärzte noch eher hervorgehoben werden. Vor allem während der Erstversorgung wurden keine Unterschiede zwischen Freund und Feind gemacht. Es scheint als habe der Sanitätsoffizier mit Fronterfahrung in dem Gefangenen weniger den Staatsfeind als den Soldaten und Menschen gesehen, mit dem er dasselbe Schicksal teilte.

Da brachte man uns einen gefangenen russischen Oberleutnant mit Unterarmschußbruch. [...] Er wirkte sehr sympathisch. Ich versorgte und schiente ihn. Er saß oder lag dann neben mir, als dann plötzlich, es hörte sich wenigstens so an, Gewehrfeuer und MG-Salven unmittelbar über uns einsetzen. Ein echtes Inferno, gleichzeitig Artillerief Feuer wie selten. Wir erwarteten jeden Augenblick, daß der Russe uns überfalle. Ich muß kein besonders mutiges Gesicht gemacht haben, denn der Oberleutnant drückte mir auf einmal beruhigend den Arm und deutete auf sich und seine Orden, und machte dann die anscheinend international gleiche Geste des Beschwichtigens. Ehrlich, ich war ihm dankbar, auch mit meinen Blicken.⁴⁹⁷

Ob im Fronteinsatz oder in den Feldlazaretten, für die meisten Truppenärzte war eine adäquate Versorgung der russischen Verwundeten selbstverständlich. So wird davon häufig nur in Nebensätzen berichtet.

⁴⁹⁵ BAMA, RW 41/56, Befehl zur Hebung der Arbeitsleistung der Kriegsgefangenen vom 8.9.1942.

⁴⁹⁶ Vgl. BAMA, RW 19/836, OKW / Wehrwirtschafts- und Rüstungsamt, Verfügungen des Chefs des Kriegsgefangenenwesens vom 26.11.41.

⁴⁹⁷ Emmerich, Robert, *Einer von Millionen*, S. 40.

Unter den Gefangenen waren einige, die etwas vom Sanitätsdienst verstanden. Mit ihrer Hilfe versorgte ich auch die verwundeten Russen und ließ sie in ein unbeschädigtes Haus bringen.⁴⁹⁸

Es war üblich, die Gefangenen vorrangig durch russische Kollegen versorgen zu lassen. Neben den sprachlichen Vorteilen konnten so personelle Kapazitäten eingespart werden. Fehlten diese oder waren sie selbst verwundet, was oftmals der Fall war, wurde die Behandlung durch die deutschen Ärzte übernommen. Zwar bestanden bei der Versorgungsqualität deutliche Unterschiede, da Verwundete und Kranke Wehrmichtsangehörige klare Priorität genossen. („Wenn ich Zeit habe, verbinde und behandle ich auch russische Verwundete usw.“)⁴⁹⁹ Dennoch war ein großer Teil der Ärzte darum bemüht, wenigstens eine grundlegende zeitnahe Versorgung der Kriegsgefangenen zu gewährleisten. Dabei wurde nicht an Ressourcen gespart, Personal abgestellt, auch hoffnungslos schwer verletzte Rotarmisten medizinisch bis zuletzt begleitet und die Verstorbenen beerdigt:

Zur ärztlichen Betreuung des Russenlazarets setzte ich eine 24-jährige russische Ärztin ein [...]. Ich statte sie mit Arzneimitteln und Instrumenten aus, die Panjes⁵⁰⁰ bezahlen mit Lebensmitteln an den ranghöchsten Russen, und dieser hat dafür die Ärztin zu unterhalten. So wird allen geholfen.⁵⁰¹

Im Krankenhaus aber lagen rund 75 verwundete Russen. Ich fahre hin. [...] Innen aber ein furchtbares Bild. Verwundete am Boden, auf Lumpen, auf Sofas, auf Tragen, schmutzig, unversorgt. [...] Ich greife hier ein. Die 1. Sanitätskompanie stellt einen Chirurgen und einige Leute ab, die die Verwundeten erst einmal versorgen und in Ordnung bringen.⁵⁰²

Im Laufe des Tages wurde ein russischer Fliegerleutnant gebracht [...]. Helfen konnte man bei solchen massiven Verwundungen nicht mehr. Er war sehr unruhig, hatte große Schmerzen und bekam reichlich Morphium, drei Stunden später nochmals SEE. Nach einer weiteren Stunde war er tot und wurde neben unseren Gefallenen beerdigt.⁵⁰³

Neben dem Mindestmaß an ärztlichen Hilfeleistungen wurde auch aktives Handeln zum Schutz der Gefangenen dokumentiert. Einige Truppenärzte waren bemüht, „nicht nach den Weisungen Hitlers [...], sondern nach rein menschlichen Erwägungen und unter dem Banner des Roten

⁴⁹⁸ Happe, Endstation Moskau, S. 109.

⁴⁹⁹ Jung, Als Truppenarzt an der Ostfront, S. 320.

⁵⁰⁰ Im Ersten und Zweiten Weltkrieg unter deutschen Soldaten übliche Bezeichnung für polnische und russische Bauern.

⁵⁰¹ Mauss, Als Sanitätsoffizier im II. Weltkrieg, S. 502.

⁵⁰² Ebd. S. 136.

⁵⁰³ Aus den Tagebuchnotizen des Stabarztes Dr. Pappenberger, in: Bucher, Der Sanitätsdienst des Heeres, S. 64.

Kreuzes⁵⁰⁴ zu handeln und zu behandeln. Killian sorgte für eine besserer Behandlung verwundeter Sowjetsoldaten im Feldlazarett und rettete durch sein chirurgisches Eingreifen im Sterben liegende bzw. liegen gelassene Kriegsgefangene.⁵⁰⁵ Peter Bamm berichtet von der Versorgung verwundeter Russen und der Unterstützung durch den Divisionskommandeur, der Feldgendarmen abstellt, um die Patienten vor Misshandlung oder ihrer Erschießung zu bewahren.⁵⁰⁶ Auch Jung verhinderte Gewaltanwendung gegen Kriegsgefangene. Zwar konnte er sich sein eigenes Handeln selbst nicht erklären: „Einer der Unseren wollte dreinschlagen, ich hinderte ihn, etwas hielt mich ab, Gefangene zu mißhandeln.“⁵⁰⁷ Doch er schien, wenn auch unterbewusst, vom ärztlichen Ethos beeinflusst zu sein. All diese Taten wendeten sich gegen die Vorstellungen wie direkten Befehle der Reichs- und Wehrmachtsführung und können als Form des ärztlichen Widerstands anerkannt werden.

Gleichwohl sind zweifellos Gegenbeispiele auszumachen. Die Grausamkeit des Krieges in vorderster Front brachte ebenso die Schattenseiten ärztlichen Handelns bzw. Nicht-Handels hervor. Häufig handelte sich dabei nicht um Überzeugungstaten, sondern um Vergeltungsreaktionen. Kaum ein Arzt blieb ohne negative Erfahrungen mit dem russischen Gegner. Teils durch persönliches Erleben, oftmals durch Berichte der Kameraden, bildete sich eine Grundlage für Hass und Rachedenken. Bei Letzteren konnte nur selten zwischen Tatsachenbericht, Gerüchten und Propaganda unterschieden werden.

*Am Abend wurde ein Späbtrupp zum nächsten Feindort ausgesandt. Niemand kam mehr zurück. Als wir dann im Morgengrauen die Ortschaft erobert hatten, fanden wir die Leichen der ausgesandten Soldaten. Wir alle waren erschüttert: Alle lagen bis auf die Unterhosen ausgezogen erschossen zwischen zwei Panje-Häusern – Genickschuss. Am Körper zeigte jeder der Toten unzählige Brandblasen. Man mußte sie also gefoltert haben [...]*⁵⁰⁸

*Irgendwann auf dem Vormarsch haben wir, also auch ich, einen deutschen Panzer mit Kettenschaden vorgefunden. Die Besatzung war vor ihrem Fahrzeug, also nachdem sie sich ergeben haben mußten, alle Mann nebeneinander erschossen vorgefunden worden. Wir alle waren so verbittert, daß wir einige hundert Meter danach einem verwundeten Russen, der kläglich um Hilfe rief, keine Hilfe gaben.*⁵⁰⁹

Vergeltungsaktionen wie diese sind durch das Erlebte zu erklären, jedoch in keiner Weise zu rechtfertigen oder zu entschuldigen. Dabei handelte es sich in den Frontabschnitten um keinen

⁵⁰⁴ Fischer, Der deutsche Sanitätsdienst des Heeres, S. 467.

⁵⁰⁵ Vgl. Killian, Im Schatten der Siege, S. 33-35.

⁵⁰⁶ Vgl. Bamm, Die unsichtbare Flagge, S.63f.

⁵⁰⁷ Jung, Als Truppenarzt an der Ostfront, S. 319.

⁵⁰⁸ Emmerich, Einer von Millionen, S.10.

⁵⁰⁹ Emmerich, Robert, S. 21.

aktiven oder strukturierten Vernichtungsplan durch ärztliches Personal, sondern eher um Fälle unterlassener Hilfeleistung. Dennoch luden so auch Truppenärzte von niedrigerem Rang und kleinerem Einflussbereich in der Missachtung ihrer ärztlichen Pflichten gegenüber Kriegsgefangenen Schuld auf sich.

Ich glaube, daß uns zu dieser Zeit der reine Selbsterhaltungstrieb zwar ganz eng zusammengeschweißt hatte und uns einfach rückwärts trieb und uns andererseits so rücksichtslos hatte werden lassen, daß wir alles, was uns störte oder hinderlich war, einfach als lästige Bürde abschoben.⁵¹⁰

Erneut muss betont werden, dass es sich bei den negativen wie positiven Beispielen um Einzelfälle handelte. An ihrer Häufung können gleichwohl Tendenzen erkannt und im Gesamtbild betrachtet werden. Dadurch wird ersichtlich, dass der einfache Truppenarzt gegenüber den sowjetischen Kriegsgefangenen weder heiliger Samariter, noch menschenverachtender Peiniger war. Im Kleinen konnte der Sanitätsoffizier jedoch viel Gutes bewirken und Leid ersparen. Angst und Überforderung auf der einen Seite, Gleichgültigkeit oder Überzeugung auf der anderen verhinderten, dass der Einsatz für die Kriegsgefangenen von ärztlicher Seite aus vehementer oder öffentlich ersichtlicher ausgetragen wurde. Auf die Gesamtheit der eingesetzten Ärzte bezogen, sollten ihre positiven Einflussmöglichkeiten dennoch nicht unterschätzt werden.

5.3 Der Truppenarzt und die Zivilbevölkerung

Gerade die Familie des Bauern, mit dem ich sprach, war grausig verunstaltet. [...] Ich sah die angebrannten Leichen und empfand das Bild des Krieges um so erschütternder, als ich noch vorher eine persönliche Beziehung auf der Basis der Menschlichkeit hier knüpfen konnte.⁵¹¹

Das Verhältnis der Wehrmachtssoldaten zur Zivilbevölkerung im Osten stellte sich sehr unterschiedlich dar. Zum einen war es abhängig von den Einheimischen selbst. In Polen, in der die Bevölkerung gleichermaßen unter der deutschen wie sowjetisch Besatzung leiden musste, war man von Beginn an negativ gegenüber dem Besatzer eingestellt.

Als Quartier wurde mir ein Zimmer in der Wohnung einer überaus attraktiven Polin, einer Lehrerin, Frau eines Offiziers in deutscher Gefangenschaft zugewiesen. Zunächst war ich erschreckt über die fast haßerfüllte Abweisung.⁵¹²

⁵¹⁰ Emmerich, Robert, S. 60f.

⁵¹¹ Fey, Kriegstagebuch, S. 16, Fey berichtet von der Behandlung verwundeter russischer Kinder und einem russischen Angriff, bei dem unter anderem eine Bauernfamilie umkommt, mit der er sich kurz zuvor angefreundet hatte.

⁵¹² Emmerich, Einer von Millionen, S. 8.

Im Gegensatz dazu gab es zahlreiche Berichte über die ukrainische und baltische Bevölkerung, die nach Jahren der Fremdbestimmung durch die Sowjetunion die deutschen Streitkräfte begeistert empfing. „Wir scheinen wirklich als Befreier zu kommen.“⁵¹³ Es bestand Hoffnung auf die Rückgabe des Privateigentums, der Einstellung politischer Verfolgung und der freien Religionsausübung.⁵¹⁴ Nachdem sich der erhoffte Wandel nicht einstellte und alsbald klar wurde, dass „die eine Gewaltherrschaft gegen eine andere eingetauscht [wurde]“,⁵¹⁵ stellten sich auch hier Ernüchterung, Abneigung und Widerstand ein. Unabhängig von Nationalität oder Herkunft bestanden zusätzliche Unterschiede in der Einstellung von Dorf- bzw. Stadtbewohnern. Je nach Dauer der deutschen Belagerung und Heftigkeit der Bombardierungen, bei denen viele ihr Hab und Gut, Freunde, Bekannte und Verwandte verloren hatten und meist vom Hungertod bedroht waren, unterschied sich auch hier die Kooperationsbereitschaft mit den deutschen Truppen.⁵¹⁶

Des Weiteren war die Beziehung abhängig vom Verhalten der Besatzer selbst. Misshandlung der Zivilbevölkerung und Plünderungen waren zwar offiziell untersagt und standen unter Strafe, doch die Durchsetzung der Vorgaben oblag dem Führungspersonal und variierte in ihrer Konsequenz von Einheit zu Einheit.⁵¹⁷ Auch die jeweilige Versorgungslage der Soldaten spielte hierbei eine große Rolle. War für genügen Verpflegung und Ausrüstung gesorgt, bestand kein Anlass für gewaltsame Enteignungen. Wie allerdings zuvor erläutert, war dies selten der Fall.

Kein Verständnis habe ich für Soldaten, die sich unverschämt, pöbelhaft zu der Bevölkerung verhalten. Schon wiederholt kam ich in Wohnungen, deren Einrichtungen von einquartierten Landsern mutwillig zerstört worden waren. Unlängst hatte ich ein zehnjähriges Mädchen zu behandeln, dem ein Landser aus reiner Schießlust durch die Brust geschossen hatte. Vor wenigen Tagen schoß neben mir ein nicht ganz nüchterner Oberarzt überraschend auf eine junge, in 3 m Entfernung vor uns vorbeigehende Bäuerin, die er, Gott sei Dank, nicht traf. Solche Ungeheuerlichkeiten sind allerdings, soweit ich es übersehen kann große Ausnahmen. Die Bauern, mit denen ich zu tun hatte, wenn ich bei ihnen einquartiert war oder wenn sie sich zu mir traute, um ärztliche Hilfe zu erbitten, waren allesamt freundlichen, sympathische, hilfsbereite Menschen, die mich mit mancher Geste zutunlichen Entgegenkommens und aufrichtiger Dankbarkeit überraschten.⁵¹⁸

⁵¹³ Mauss, Als Sanitätsoffizier im II. Weltkrieg, S. 118.

⁵¹⁴ Vgl. Fey, Kriegstagebuch, S. 42.

⁵¹⁵ Overy, Russlands Krieg, S.139

⁵¹⁶ Man bedenke allein die Belagerung und Blockade Leningrads bei der nach heutigen Schätzungen bis zu 1 Millionen Zivilisten ums Leben gekommen sein sollen, vgl. dazu Ganzenmüller, Jorg, Das belagerte Leningrad 1941 bis 1944. Die Stadt in den Strategien von Angreifern und Verteidigern, Paderborn 2007, S. 41–53.

⁵¹⁷ Vgl. BAMA, RH 1/334, OKH, Merkblatt über Plünderung und Beutemachen vom 21.4.1941.

⁵¹⁸ Müller, Kriegschirurg in Rußland, S. 139.

Während sich die „kriegsüblichen“ Verbrechen unabhängig von Streitmacht und Kriegsschauplatz wiederholt abspielten, stellte die deutsche Vernichtungspolitik im Osten eine neue Dimension der Verbrechen gegen die Menschlichkeit dar. Von Verantwortlichen der Wehrmacht geduldet oder gar organisiert, wurden durch SS- und Polizei-Verbände ganze Dörfer ausgelöscht, Massaker an der jüdischen Bevölkerung verübt und psychisch kranke Patienten liquidiert. Für das Schicksal Letzterer trugen auch die Divisionsärzte Verantwortung, die die Anstalten gezielt für die Installation von Lazaretten räumen ließen.⁵¹⁹ Spätestens, wenn die Zivilbevölkerung Zeuge derartiger Verbrechen wurde, kam es zum endgültigen Bruch mit dem deutschen Besatzer.⁵²⁰

[An] dicken Ästen der Straßenbäume hingen, Stricke um den Hals, aufgeknüpfte Zivilisten. [...] Insgesamt, so wurde uns abends mitgeteilt, waren es 31 Männer und zwei Frauen, die auf diese schmäbliche Weise ihr Ende gefunden hatten. Dem Ansehen der deutschen Wehrmacht in der ukrainischen Bevölkerung hat diese Aktion sicher nicht gedient.⁵²¹

Der Truppenarzt bekleidete in seiner Beziehung zur Zivilbevölkerung erneut eine Sonderrolle. Grundsätzlich war er als Bestandteil der Streitkräfte mit derselben Zu- oder Abneigung durch die Einheimischen konfrontiert. Allerdings hatte er zahlreiche berufsbedingte Möglichkeiten, den Respekt und die Dankbarkeit der Zivilbevölkerung zurückzuerlangen.⁵²²

Auch Zivilisten verbanden wir, was uns einen guten Ruf in Orscha zutrug. Die Leute bedanken sich stürmisch und küssen unsere Hände. [...] Wie schnell wäre man in Kontakt mit der Bevölkerung, wenn es nur nicht immer so weiterging.⁵²³

Was sich in der Behandlung der Kriegsgefangenen schon andeutete, bestätigte sich im Umgang mit der Zivilbevölkerung vielfach: Ein großer Teil der Sanitätsoffiziere orientierte sich nicht an offiziellen Vorgaben. So war ursprünglich näherer Kontakt zur russischen Zivilbevölkerung untersagt und die Versorgung mit Sanitätsmaterial aus Wehrmachtsbeständen grundsätzlich nur im

⁵¹⁹ Vgl. Pohl, Dieter, Die Herrschaft der Wehrmacht. Deutsche Militärbesatzung und einheimische Bevölkerung in der Sowjetunion 1941-1944, München 2009, S. 274; sowie Fischer, Der dt. Sanitätsdienst, S. 474; Laut Staudt: „Dieses Lazarett war in einer Heil- und Pflegeanstalt untergebracht, deren Insassen deportiert worden waren.“

⁵²⁰ Für einen Überblick des Verhältnisses der Wehrmacht zur sowjetischen Zivilbevölkerung und begangene Verbrechen vgl., Hartmann, Christian, Verbrecherischer Krieg – verbrecherische Wehrmacht? Überlegungen zur Struktur des deutschen Ostheeres, in: Hartmann/Hürter/Lieb/Pohl, Der deutsche Krieg im Osten 1941-1944. Facetten einer Grenzüberschreitung, München 2009, S. 48-55.

⁵²¹ Müller, Kriegschirurg in Rußland, S. 155; Tagebucheintrag vom 2.3.1943 in dem er über wegen angeblichen Waffenbesitzes erhängte Zivilisten/Partisanen berichtet.

⁵²² Vgl. dazu auch Bamm, Die unsichtbare Flagge, S. 69-72, Beschaffung von Weizen und Salz für die russ. Bevölkerung, sowie die Einführung einer Volksversammlung; beides Aktionen, die anfangs vereinzelt noch gewisse Sympathien für die Sanitätsdienste einbrachten.

⁵²³ Fey, Kriegstagebuch, S. 25; Weitere Behandlungen von russ. Zivilisten auf S. 12, 20, 34 und 65.

Notfall gestattet.⁵²⁴ Durch folgende Beispiele soll gezeigt werden, dass sich viele Truppenärzte durch die offiziellen Anweisungen scheinbar wenig beeinflussen ließen.

Unter den deutschen Sanitätsoffizieren bestand Klarheit über den katastrophalen Zustand der zivilen Sanitätseinrichtungen im Osten. Die Hoffnung auf Besserung durch die deutsche Zivilverwaltung hatte sich nicht bestätigt. Dadurch fanden die Ärzte in den zivilen Krankenhäusern häufig verwahrloste Räumlichkeiten in beschädigten Gebäuden, Verlausung, Fehlen sauberen Trinkwassers und mangelhaftes oder nicht vorhandenes Sanitätsmaterial vor.⁵²⁵ Durch die Versorgung der örtlichen Krankenhäuser mit Medikamenten und der nötigsten Ausrüstung,⁵²⁶ der Einrichtung von zivilen Praxen⁵²⁷ und der Verteilung von Lebensmitteln,⁵²⁸ die noch nicht durch Reichsbehörden konfisziert wurde, versuchten viele Truppenärzte, das durch Krieg und deutsche Hungerpolitik verursachte Leid in der Bevölkerung zu lindern. Allgemein galt es für die meisten Sanitätsoffiziere als Selbstverständlichkeit, verwundete und Kranke Zivilpersonen mitzuversorgen und notfalls gegen behördliche Willkür zu schützen.⁵²⁹

*Mit [den polnischen] Hausgenossen kam ich selbst recht gut aus. Ich half einmal bei der Entbindung der einen Tochter und beriet auch öfters bei fieberhaften Erkrankungen usw. Zwischen uns fiel nie ein böses Wort. Einmal half ich dem über 70jährigen Exbürgermeister sogar sehr aus der Patsche. Ich wusste von einem neuen Befehl, wonach alle Polen bis zum 65. Lebensjahr zu Schanzarbeiten an die Front abgeholt werden sollten. Das angekündigte Kommando kam auch – ausgerechnet SS! Deren Führer war als Hauptsturmführer ranggleich mit mir. Man wollte auch den alten Hausgenossen kassieren. Als ich zu dem Führer ging und ihn auf das Alter des Mannes hinwies, erlebt ich sowas von Arroganz, daß man hätte meinen können, er habe es mit einem Feind und nicht mit einem Deutschen zu tun. Zum Glück hatte der Alte einen Ausweis, sodaß er schließlich bleiben durfte.*⁵³⁰

Eines Tages war eine Polin [Halina] von Leuten des Kreishauptmanns abgeholt worden, um zur Zwangsarbeit abtransportiert zu werden [...]. Soviel ich aus ihrem aufgeregten Reden herausbrachte, hatte unsere Hauswirtin ihr, die in ihrer Not in Opatow aus dem Fenster geflohen war, geraten, bei mir Zuflucht zu suchen; nur bei mir sei sie

⁵²⁴ Vgl. Pohl, Die Herrschaft der Wehrmacht, S. 195

⁵²⁵ Vgl. Müller, Kriegschirurg in Rußland, S. 127f; Bericht über die Zustände in einem ukrainischen Zivilkrankenhaus, welches er im Rahmen eines Konzils besucht hatte. Hier beschreibt er auch die Enttäuschung seitens der ukrainischen Bevölkerung.

⁵²⁶ Vgl. Mauss, Als Sanitätsoffizier im II. Weltkrieg, S. 611: Einrichtung eines Krankenhauses für „die notleidende russische Bevölkerung“; sowie Fischer, Der deutsche Sanitätsdienst, S. 474: Berichte von Breithaupt und Staudt über die Versorgung des örtlichen Krankenhauses mit Medikamenten und Verbandszeug.

⁵²⁷ Vgl. BAMA, RH 50-135, Tagebuchfragment aus den Rückzugskämpfen im Sommer 1944, Eintrag vom 9.8.1944.

⁵²⁸ Vgl. Fischer, Der dt. Sanitätsdienst, S. 484 u. Bamm, Die unsichtbare Flagge, S. 69: „Wir waren damals noch der Meinung, daß wir die Befreier des Landes seien. So gaben wir je Mitglied der Familie fünfzehn Pud Weizen aus.“

⁵²⁹ Vgl. unter anderem Diebold, Arzt in Stalingrad, S.24; Buchner, Der Sanitätsdienst des Heeres, S. 64, Tagebuchnotizen von Stabsarzt Dr. Pappenberger vom 2.10.1941; Haape, Endstation Moskau, S. 347f.

⁵³⁰ Emmerich, Einer von Millionen, S. 45.

sicher, und ich sei der Einzige, der ihr helfen könne. Alles Mögliche versprach sie mir, sogar eine Gans. – Ich fuhr am nächsten Tag mit Sittel zum Kreishauptmann, um ein gutes Wort für Halina einzulegen, und da kam der erstaunliche Bescheid, er sei ja froh, daß das Mädchen geflohen sei, ihm wäre so eine Verschickung gar nicht recht gewesen. Wir mußten nur formbalber die Versicherung abgeben, daß die Genannte jetzt arbeitswillig sei. Etwas später, nach einem Dankessen bei ihrer Mutter [...] begleitete H. mich nachts den weiten Weg nachhause (sie bestand darauf) und versicherte mir dabei, so könne mir von keinem Partisanen etwas passieren, zudem sei mein Ruf überall gut. Daß sie dabei indirekt eingestand, Kontakt zu diesen Gruppen zu haben, hat sie anscheinend gar nicht gemerkt.⁵³¹

Ein regelmäßiger Berührungspunkt zwischen Einwohnern und Ärzten ergab sich bei der Unterbringung Letzterer. Die Truppenärzte bis hin zum Divisionsarzt,⁵³² wurden während der Stationierung in Dörfern und Städten häufig bei Zivilisten einquartiert. Auch dies war ursprünglich verboten und ein weiteres Beispiel für die Umgehung offizieller Vorgaben in der Praxis. Laut Pohl verschlimmerte die Belegung zivilen Wohnraums durch die Truppe die Problematik des Obdachs für große Teile der Bevölkerung. Vor allem in den größtenteils zerstörten Stadtgebieten verschärften die Besatzer durch Evakuierungen die Wohnsituation der Einheimischen.⁵³³ Durch die strikte Segregation von Soldaten und Zivilisten versprach man sich unter anderem die Eindämmung von Seuchen und die Minimierung des Kontakts zur, laut Propaganda zweitklassischen, slawischen Rasse. Neben einer vollständigen Räumung bestand jedoch die Möglichkeit der gemeinsamen Unterbringung von Soldat und Bürger. Wie in mehreren Beispielen beschrieben führte dies häufig eher zu Verständigung als zu Antipathie.

Ich wundere mich über die Art, wie SS-Leute mit den Zivilisten umgehen. Während ich mit den Leuten in bestem Einvernehmen und unter gegenseitiger Hilfe meine Verwundeten versorgte, sie in den Wohnungen mit ihrem Vieh beließ, freundlich mit ihnen redete und dadurch auch manche Vorteile für unsere Verwundeten erzielte, [...] treibt der SS-Arzt, der meinen Truppenverbandsplatz übernimmt, die Leute sofort mit der Kub aus ihrer Behausung.⁵³⁴

Ich gab mir Mühe, sie [die Polin] immer höflich zu begrüßen. Mein Zimmer hielt ich in peinlicher Ordnung [...]. So kamen wir schließlich doch ins Gespräch, sie als Polin, ich als Feind, Deutscher. Ich habe ihre Einstellung verstanden. Kurz vor dem Abmarsch war sie sogar freundlich und erklärte mir, sie habe doch erkannt, daß es auch

⁵³¹ Emmerich, Einer von Millionen, S.48.

⁵³² Vgl. Mauss, Als Sanitätsoffizier im II. Weltkrieg, S. 190f.

⁵³³ Vgl. dazu Pohl, Die Herrschaft der Wehrmacht, S. 131f.

⁵³⁴ Fey, Kriegstagebuch, S. 34.

*in Deutschland bessere Menschen gäbe, als sie gedacht habe. Ein Händedruck zwischen ehemaligen Feinden zum Abschied.*⁵³⁵

Besonders zur Zeit der deutschen Rückzugsbewegungen bis 1945 gewann die Behandlung von Flüchtlingen an Relevanz. Dazu gehörten neben der deutschstämmigen Bevölkerung der Osteuropäischen Gebiete vor allem Sowjetbürger und -soldaten, die sich als Hilfskräfte in den Dienst der Wehrmacht gestellt hatten. Letztere hatten mit Strafverfolgung bis zur Hinrichtung zu rechnen, sollten sie erneut in die Hände der Roten Armee fallen. Die Reichsführung, genauer das Reichministerium für die besetzten Ostgebiete, verfolgte erneut eine Flüchtlingspolitik der strikten Unterscheidung zwischen „deutschfreundlicher, antibolschewistischer“ Zivilisten und „bolschewistischen Agenten und schwankenden Elementen.“⁵³⁶ Ersteren sollte dementsprechende Vorzugsbehandlung angedeiht werden. Das Oberkommando der Wehrmacht wiederum stritt im Antwortschreiben eine Zuständigkeit für die Flüchtlingsfrage ab, ließ die Weisung jedoch an alle Einheiten weiterleiten.⁵³⁷ Die Truppenärzte vor Ort konnten sich weder ideologisch noch schriftlich aus der Verantwortung ziehen. Dies ergab für die Militärärzte die erneute Gelegenheit, sich bewusst in den Dienst der Humanitas zu stellen.

*Wir hatten auch die ersten Flüchtlingstrecken überholt und auf einem Planwagen eine Frau versorgt, die soeben entbunden hatte – wie gesagt, es herrschten damals immer noch bis 20 Grad Kälte.*⁵³⁸

*Es war übrigens strengstens verboten, Zivilisten mitzunehmen. [...] Wir haben dann auch später doch für kurze Strecken Flüchtlinge aus Barmherzigkeit mitgenommen, einmal auch eine ganz alte Frau, die wir völlig allein und zitternd auf der verschneiten Landstraße angetroffen hatten.*⁵³⁹

*Die Betten wurden mit Verwundeten belegt, aber den übrigen Platz gaben wir den Flüchtlingen. Denn für sie war in Swinemünde kein Bleiben wegen der dauernden Luftangriffe. Namenlos waren sie für uns. Wer kam stieg ein, wenn er ein Plätzchen gefunden hatte. Alles musste nur schnell gehen, denn es kamen neue Schiffe und es mussten neue Züge kommen. Viel gefragt wurde nicht. Die Meisten wussten wahrscheinlich garnicht, wohin die Fahrt ging. Wir wussten es selbst manchmal noch nicht.*⁵⁴⁰

⁵³⁵ Emmerich, Einer von Millionen, S. 8; Fortsetzung des Berichts von S. 158 über das Verhältnis zu einer polnischen Lehrerin, bei der Emmerich im besetzten Tarnow einquartiert war.

⁵³⁶ BAMA, RW 4/906, Behandlung von Flüchtlingen aus den besetzten Ostgebieten, Schreiben des Reichsministerium für die besetzten Ostgebiete an das OKW.

⁵³⁷ Vgl. BAMA, RW 4/906, Behandlung von Flüchtlingen aus den besetzten Ostgebieten, Schreiben des OKW an den Reichsminister für die besetzten Ostgebiete.

⁵³⁸ Emmerich, Einer von Millionen, S.57.

⁵³⁹ Ebd., S. 60.

⁵⁴⁰ Küstner, Erinnerungen, S. 84, für weiteres Beispiel vgl. ebd. S. 3.

Durch Krieg und deutsche Hungerpolitik verursachtes Leid unter der Zivilbevölkerung im Osten wurde durch die Truppenärzte weder gänzlich verhindert noch gelöst. Doch viele Sanitätsoffiziere waren zumindest darum bemüht, ihre grundsätzlichen humanitären Pflichten gegenüber Zivilisten und Geflüchteten zu erfüllen. Dabei zeigte sich immer wieder, dass sich der Großteil der Truppenärzte in ihrem Handeln entgegen den Weisungen durch Reichs-, Wehrmachts- und auch Sanitätsführung für den Menschen und gegen die Ideologie entschied. Dennoch sollte nicht verschwiegen werden, dass sich die Militärärzte im Einzelfall für das Schicksal von Zivilisten verantwortlich zeigen mussten. Am Beispiel der Duldung und Befürwortung der Evakuierung und Deportation psychisch kranker Patienten zur Einrichtung von Wehrmachtslazaretten, machten deutsche Ärzte deutlich, dass im Extremfall der Soldat trotz alledem Vorrang vor der Zivilperson hatte.

5.4 Der Truppenarzt und die Militärjustiz

Eine weitere Kompetenz des Sanitätsoffiziers wurden im Kapitel „2 Aufgabenbereiche und Stellung des Truppenarztes innerhalb der Truppe“ noch nicht thematisiert: Die Verantwortungen der Truppenärzte als Offiziere wie als Mediziner im Bereich der Militärjustiz. Dies beinhaltet vornehmlich fachliche Beurteilungen im Zusammenhang mit Simulanten, Selbstverstümmelung, Kriegsverwendungsfähigkeit bis hin zu Kriegsverfahren. Dabei fungierten die Ärzte zwar nicht als Urteilsrichter, doch häufig kam es erst durch ihre fachliche Beurteilung als Gutachter zur Anklage bzw. Vollstreckung.

Zersetzung der Wehrkraft durch Selbstverstümmelung und Simulanten spielten im Laufe des Ostfeldzugs in der deutschen Militärjustiz eine immer größere Rolle. Darunter fiel, „wer es unternimmt, sich oder einen anderen durch Selbstverstümmelung, ein auf Täuschung berechnetes Mittel oder auf andere Weise der Erfüllung des Wehrdienstes ganz, teilweise oder zeitweise zu entziehen“⁵⁴¹ und wurde mit dem Tode bestraft. Bis zum Kriegsende wurden laut Volkmann etwa 30.000 Wehrmachtssoldaten zum Tode verurteilt.⁵⁴² Seidler kommt in seinen Hochrechnungen zum Schluss, dass bei ca. 6200 Soldaten aufgrund von Selbstverstümmelung die Todesstrafe vollzogen wurde.⁵⁴³ Da jeder Soldat nach Selbstschädigung oder dem Vorgeben von Krankheiten letzten Endes im Lazarett vorstellig wurde, kam den Truppenärzten die Gutachterrolle zu. Im

⁵⁴¹ Strafgesetzbuch für das Deutsche Reich mit Nebengesetzen und Erläuterung, sowie einem Angang über Grundsätze und wichtige Bestimmungen des Strafprozeßrechts und über das Kriegsstrafrecht, Berlin/München 1944, S. 288, § 5. Zersetzung der Wehrkraft.

⁵⁴² Vgl. Volkmann, Hans-Erich, Zur Verantwortlichkeit der Wehrmacht, in: Müller/Volkmann (Hrsgg.), Die Wehrmacht, S. 1201.

⁵⁴³ Vgl. Seidler, Franz, Prostitution, Homosexualität, Selbstverstümmelung, S. 235.

„Merkblatt über die Erkennung von Selbstverstümmelungen“⁵⁴⁴ und den „Richtlinien zur Erkennung und Erfassung von Selbstbeschädigung“⁵⁴⁵ wurden die Sanitätsoffiziere über die unterschiedlichen Möglichkeiten der Selbstbeschädigung und wie diese zu erkennen seien instruiert. Abgesehen davon fehlte es den Truppenärzten an jeglicher Ausbildung in dem ursprünglich gerichtmedizinischen Aufgabenbereich.⁵⁴⁶ In Sachen Simulanten wäre wohl eine genauso wenig existente psychiatrische Ausbildung von Nöten gewesen.

In diesen Tagen fiel mir schon immer ein Oberfeldwebel, der Waffenmeister des Regiments, durch sein verängstigtes Wesen auf. Die Kameraden stuften ihn längst als Feigling ein, sicher war er nur nervlich am Ende. [...]

Während der ganzen Nacht brachte man uns Verwundete, einschließlich auf laut schreiend unseren Oberfeldwebel mit einem Kniedurchschuß. Er war durch nichts zu beruhigen, weder durch die Versicherung, daß ja keine lebensgefährliche Verwundung vorliege, noch durch Schmerzmittel bis zum Morphin, noch durch den ruhigstellenden Verband. Er schrie und schrie auch während des Abtransports. – Als ich nach Beendigung unseres Rückzuges beim Hauptverbandsplatz nach ihm fragte, schilderten mir die Kollegen, wie er auch dort nicht aufgehört habe zu schreien, bis er am nächsten oder übernächsten Tag verstarb, - ohne jedes Anzeichen einer weiteren Verwundung. Es hätte ihm wohl nur ein Psychiater helfen können, aber Psychiater an der Front?!⁵⁴⁷

Psychiatrische Diagnostik bei Kriegsteilnehmern beruhte zur Zeit des Zweiten Weltkriegs noch auf keiner wissenschaftlichen Evidenz. Erschöpfungszustände und psychische Reaktionen als Folge der kriegsbedingten Dauerbelastung, wurden als „Nervöse Erschöpfung“⁵⁴⁸ und „Hysterische Reaktion [...] seelisch-nervös schwächlich veranlagte[r] Menschen“⁵⁴⁹ deklariert. Dabei wurde vor allem auf Erfahrungen aus dem Ersten Weltkrieg zurückgegriffen. Bei der Erklärung psychischer Symptome mit dem angeblich schwächlichen Charakter der Betroffenen handelte es sich also erneut weniger um rein nationalsozialistisches Gedankengut als um ein Produkt militärischer Tradition. Auch in der Ärzteschaft traf diese Theorie wider besseren Wissens auf breite Unterstützung. Bei dem Großteil der Truppenärzte konnten dementsprechende

⁵⁴⁴ BAMA, RH 12-23/554, Merkblatt über die Erkennung von Selbstverstümmelungen.

⁵⁴⁵ BAMA, RH 12-23/647, Beratender Psychiater, Richtlinien zur Erkennung und Erfassung von Selbstbeschädigung.

⁵⁴⁶ BAMA, RH 12-23/539, Korrespondenz betreff Tätigkeit und Einsatz Beratender Gerichtsmediziner: Dies wurde dementsprechend durch den beratenden Gerichtsmediziner der Heeressanitätsinspektion kritisiert.

⁵⁴⁷ Emmerich, Einer von Millionen, S. 35f.

⁵⁴⁸ BAMA, RH 12-23/4600, Richtlinien für das Sammeln kriegsärztlicher Erfahrungen, S. 143

⁵⁴⁹ Ebd., S. 144

Tendenzen unterschiedlicher Ausprägung ausgemacht werden. Teilweise lagen diesen Fehleinschätzungen ärztliche Überzeugung, jedoch auch die reine Überforderung zugrunde.⁵⁵⁰

Ich denke auch heute noch immer an einen Soldaten, der irgendwann einmal auf der Trage zum Truppenverbandplatz gebracht worden war, kraftlos, ohne Reflexe, ohne Verwundung, den ich in meiner damaligen Unerfahrenheit zuerst für einen Simulanten gehalten hatte, bevor ich ihn im Sanka abtransportieren ließ⁵⁵¹

Anhand zahlreicher Berichte lässt sich allerdings feststellen, dass die strikte Einstellung unter den Truppenärzten, vornehmlich in der Theorie bestand und im Kriegsalltag nicht in die Tat umgesetzt wurde: Verwundungen durch Selbstverstümmelung der häufig sehr jungen Soldaten wurden operativ dahingehend versorgt, dass die Selbstbeschädigung nicht mehr erkannt werden konnte.⁵⁵² „Es war offenbar, daß er in seiner Verzweiflung über die Hölle, in die er hineingeraten war, einen seelischen Kurzschluß bekommen hatte.“⁵⁵³ In anderen Fällen genügte die Überzeugungskraft des Arztes, den Soldaten vor der Strafverfolgung zu schützen. „Schmidt muß ins Lazarett und nicht vor ein Kriegsgericht, Herr Major!“⁵⁵⁴ Auch Neumann bestätigt in seiner Arbeit, dass die kriegsgerichtliche Herangehensweise weitaus strenger durch Militärführung und Heeressanitätsinspektion propagiert wurde als letzten Endes durch die Truppenärzte ausgeführt.⁵⁵⁵ Selbst Mauss, der als Divisionsarzt zur ranghöheren Ärzteschaft gehörte und anfangs eher durch Kompromisslosigkeit aufgefallen war,⁵⁵⁶ stellte sich im Laufe des Ostfeldzugs wiederholt auf die Seite der betroffenen Soldaten. Mit seiner psychiatrischen Expertise konnte er als Gutachter mehrere Verfahren einstellen lassen⁵⁵⁷ oder zumindest die drohende Todesstrafe abwenden.⁵⁵⁸

Dahingegen war der rangniedere Truppenarzt oft genug in seinen Kompetenzen beschränkt und er konnte trotz aller Bemühungen Strafverfolgungen nicht abwenden:

[Ein Angehöriger eines Strafbataillons] war bei Sittel in Hirschberg eingeliefert worden, als ich dort gerade einen Tag zu vorgeschriebenen Kontrolle weilte. Er hatte alle Anzeichen einer akuten Nierenentzündung, die ja bekanntlich unweigerlich zum Tode führt, wenn sie nicht behandelt und ausgebeilt wird. [...] Der Kommandant des

⁵⁵⁰ Vgl. Mauss, Als Sanitätsoffizier im II. Weltkrieg, S. 16: Mauss bezeichnet die „Psychopathen“ während des Polenfeldzuges als „Drückeberger“ und als „nicht krank, sondern kriminell“.

⁵⁵¹ Emmerich, Einer von Millionen, S. 29.

⁵⁵² Vgl. Bamm, Die unsichtbare Flagge, S. 248-250.

⁵⁵³ Ebd. S. 249.

⁵⁵⁴ Haape, Endstation Moskau, S. 185-188: Haape verteidigte einen an einer schweren Depression erkrankten Unteroffizier, der wegen „Feigheit vor dem Feinde“ kriegsgerichtlich belangt werden sollte.

⁵⁵⁵ Vgl. Neumann, „Arztum ist immer Kämpfertum“, S. 212f.

⁵⁵⁶ Vgl. u. a. Fußnote 543

⁵⁵⁷ Vgl. Mauss, Als Sanitätsoffizier im II. Weltkrieg, S. 292: Mauss verhindert die Verurteilung eines Schizophrenen, u. S. 539f: Durch Mauss wird das Verfahren gegen einen Soldaten wegen Selbstverstümmelung eingestellt.

⁵⁵⁸ Vgl. Mauss, Als Sanitätsoffizier im II. Weltkrieg, S. 375: Mauss kann das Todesurteil eines 18-jährigen Fahnenflüchtigen in eine Haftstrafe entschärfen.

Strafbataillons wollte den Schwerverkranken nicht bei uns lassen, und als ich mich am nächsten Tag weigern wollte, den armen Teufel aus dem Verbandsplatz zu entlassen, drohte er mir allen Ernstes, daß er in diesem Fall dafür sorgen wolle daß auch ich bei ihm lande!! Einige Tage später brachte man uns auf einem Karren ohne Stroh oder eine andere Unterlage einen Sterbenden aus der gleichen Einheit: Er hatte in seiner Verzweiflung Seife gefressen und starb vor meinen Augen auf dem Fahrzeug.⁵⁵⁹

Damals erlebte ich auch zum ersten und einzigen Mal eine Kriegsgerichtsverhandlung: In unserem Leichtkrankenlazarett hatte ein Kranker das Fieberthermometer irgendwie hochgetrieben, um länger bei uns liegen zu können. Einer meiner Sanitätsgefreiten meldete mir den Vorfall ausgerechnet in dem Augenblick, als Oberfeldarzt Hose anlässlich einer Besichtigung neben mir stand. Wäre ich allein gewesen, so hätte ich von meiner Strafgewalt Gebrauch gemacht, und mit einigen Tagen geschärftem Arrest wäre alles abgetan gewesen. So aber befahl Hose, daß der Vorfall sofort unter Vollzugsmeldung an ihn an das Kriegsgericht weiterzugeben sei. [...] Unser Generalmajor Schwarz [...] leitete glücklicherweise dann die Verhandlung sehr menschlich, er hätte wegen „Zersetzung der Wehrmacht“ sogar bis zur Todesstrafe verfügen können. Ich war als Zeuge und Sachverständiger geladen. Der total verschüchterte Gefreite brachte überhaupt keinen Ton heraus. Unser Div.-Kommandeur ließ aber alle Entschuldigungsmomente gelten [...]. Er wurde lediglich zum einfachen Soldaten degradiert.⁵⁶⁰

Nicht immer endeten die Vorkommnisse mit einem glimpflichen Ausgang für die Betroffenen:

28.2.1944. Unter meinen Verwundeten war seit Anfang Januar ein 21-jähriger Gefreiter mit infiziertem Oberschenkelschußbruch. [...] Als er nach vielen Wochen aufstehen und ein paar Schritte gehen konnte, kam ein Offizier mit einem Feldwebel und holte ihn ab. „Zur Exekution“, wie man mir zu meinen Entsetzten eröffnete. Der Junge sei von seiner Truppe desertiert, und darauf stehe Todesstrafe. Noch ganz wirr von der ungeheuerlichen Überraschung brachte ich allerlei Argumente ins Gespräch, um den Vollzug der Exekution wenigstens aufzuschieben. Alles vergebens! „Wozu“, warf ich schließlich wütend den beiden Bütteln vor, „wozu mußte der Kamerad monatelang leiden, und wozu haben wir Ärzte und Pfleger ihn monatelang behandelt, wenn er nun erschossen werden soll?“ „Erschossen werden“, so wurde ich belehrt, „darf nur ein Soldat, der gesundheitlich so weit hergestellt ist, daß er haftfähig ist. Darauf mußte eben bis heute gewartet werden.“ – Auf seinem letzten Gang begleitete ihn unser Lazarettpfarrer. Niedergeschlagen, aufgewühlt kam er nach Stunden zurück. Bis zuletzt habe ihm der Junge immer wieder beteuert, er sei gar nicht desertiert; er habe sich im Gelände verirrt und sei bei der Suche nach seiner Einheit aufgegriffen worden. „Glauben Sie mir doch, Herr Pastor!“ habe er ihn wiederholt beschworen. Leider konnte auch der Geistliche die Hinrichtung nicht verhindern Uns alle hat dieses schreckliche, sinnlose Ende

⁵⁵⁹ Emmerich, Einer von Millionen, S. 62.

⁵⁶⁰ Emmerich, Einer von Millionen, S. 64.

*des jungen Kameraden erschüttert. Es wollte uns nicht einleuchten, daß das Urteil und die Exekution rechtens gewesen wären.*⁵⁶¹

Abseits der Aufgaben und Befugnisse in der Ermittlung von Selbstverstümmelung und Simulanten, verfügten die Sanitätsoffiziere im Rahmen ihrer Funktionen als Mediziner über weitere Gewalten. Ein Auftrag der Truppenärzte bestand in der Ermittlung der Kriegsdiensttauglichkeit unter den Soldaten und Rekruten. Im Frontbereich betraf dies insbesondere die Beurteilung von kranken und verwundeten Soldaten in den Lazaretten, die sich auf dem Weg der Besserung befanden. Hierbei sollte festgestellt werden, inwieweit sie erneut in den Kriegsdienst integriert werden konnten. In den letzten Kriegsjahren wurde aufgrund der immer geringeren Truppenstärke besonderer Druck auf die Ärzte ausgeübt und immer strengere Kriterien angewandt.⁵⁶² Des Weiteren wurde von den Ärzten erwartet, die ihnen zustehenden Disziplinarstrafmaßnahmen in der ihnen untergebenen Einheit anzuwenden.

*Einmal hätte ich einen Stabsgefreiten [...] wegen Wachvergehens melden müssen. Bühler und ich machten unverhofft nach Mitternacht einen Kontrollgang und fanden im Wald unsere Fahrzeuge [...] ohne jede Bewachung. [...] Wir suchten und fanden den Herrn Stabsgefreiten in einem nahegelegenen Haus mit einer Frau im Bett. Auf dieses Vergehen stand Todesstrafe oder mindestens Versetzung zu einem Strafbataillon, was fast noch schlimmer war. [...] Bühler und ich saßen in dieser Nacht bis zum Morgengrauen und berieten, was wir tun sollten. Schließlich gaben wir uns gegenseitig das Ehrenwort, nirgends etwas über dieses Vorkommnis verlauten zu lassen.*⁵⁶³

*Eines Tages kam ein Brief von der einen NS-Schwester aus Bautzen. [...] Sie beschwerte sich (übrigens zu Recht) über einen meiner Feldweibel. Zu meiner eigenen Rückendeckung mußte ich ihn zu sieben Tagen Stubenarrest verdonnern. Meine Disziplinarstrafgewalt in der B-Stelle ging übrigens ziemlich weit. Es war aber die einzige Strafe, die ich in meiner ganzen Zeit als Chefarzt auszusprechen hatte.*⁵⁶⁴

All die genannten Rollen, die der Sanitätsoffizier innerhalb der militärischen Rechtsprechung innehatte, waren den meisten Ärzten zuwider. Neben moralischen und ethischen Aspekten begründeten einige Militärärzte ihre abneigende Haltung auch mit einem enormen bürokratischen Mehraufwand.⁵⁶⁵ Erschwerend hinzu kam die inexistente Ausbildung in militärischer Rechtsprechung und gerichtsmedizinischen wie psychiatrischen Fragestellungen. Dabei hatte, aufgrund der möglichen schwerwiegenden Folgen für Arzt und Patienten, die Ermittlung von

⁵⁶¹ Müller, Kriegschirurg in Rußland, S. 141.

⁵⁶² Vgl. Müller, Kriegschirurg in Rußland, S. 140.

⁵⁶³ Emmerich, Einer von Millionen, S. 61f.

⁵⁶⁴ Ebd., S. 63.

⁵⁶⁵ Vgl. Seidler, Franz, Prostitution, Homosexualität, Selbstverstümmelung, S. 254.

Selbstverstümmelung und Simulanten eine entscheidende, wenn nicht die entscheidendste Bedeutung. Derartige Vergehen wurden durch Truppenärzte also solche erkannt und die Ursachen für das Fehlverhalten der Soldaten nach heutigen Standards fehlerhaft, sowie durch Ideologie und Tradition geprägt, hergeleitet. Dennoch kann anhand der zahlreichen Beispiele festgestellt werden, dass eine Vielzahl an Truppenärzten ihre Stellung innerhalb der Militärjustiz nutzte, um sich schützend vor Soldaten und Patienten zu stellen.

6 Zusammenfassung

*Es wird manchmal gesagt, dass Menschen, die bei den Sanitätseinheiten waren, den Krieg in seiner Grausamkeit nicht kennen gelernt hätten, weil sie kein Gefecht mitgemacht hätten. Das ist nur zum Teil richtig. Unsere Erlebnisse waren manchmal schwerer, weil wir die andere Seite des Krieges sahen. [...] Die Sanitätseinheiten hatten schwere Aufgaben, denn sie mussten Tag um Tag die mutlose Angst dem anderen Menschen zu tragen helfen [...]*⁵⁶⁶

Die Grausamkeit der ärztlichen Arbeit an der Ostfront des Zweiten Weltkriegs stellt heute niemand infrage. Unter den im ersten Kapitel beschriebenen Bedingungen war oft nur die grundlegendste Versorgung von Kranken und Verwundeten möglich. Rudimentäre Ausbildung, mangelhafte Ausrüstung, fehlender Nachschub und weitere kriegsbedingte Umstände trugen ihren Teil dazu bei. Zusätzlich befand sich der deutsche Truppenarzt während des Einsatzes in unmittelbarer Nähe zur Front und dadurch in ständiger Lebensgefahr.

Nichtsdestotrotz war ein Großteil der Truppenärzte darum bemüht, alles in ihrer Macht Stehende für das Wohlbefinden der Truppe zu unternehmen. Als Offiziere übernahmen sie organisatorische Pflichten, während sie als Vorgesetzte eine Autoritätsposition auszufüllen hatten. Dabei nutzten sie ihre Einflussmöglichkeiten zur Lösung von Nachschubproblemen und der Organisation des geordneten Rückzugs, um die Sicherheit ihrer Patienten zu gewähren. Als Ärzte lernten sie schnell, mit den psychischen und physischen Herausforderungen der ständigen Überbelastung umzugehen. Während der Hauptkampfphasen mussten sie den Massenanfall häufig schwer verwundeter Patienten auf überfüllten Verbandplätzen und in überbelegten Lazaretten bewältigen. Hierbei sollte der Truppenarzt innerhalb kürzester Zeit die Patienten triagieren und somit über Leben und Tod entscheiden. Davon abgesehen bestanden weitere internistische und chirurgische Herausforderungen, wie die Bekämpfung der Ausbreitung von Infektionskrankheiten oder die stundenlangen Notoperationen, denen es sich über weite Strecken fast pausenlos anzunehmen galt. Für viele der Betroffenen kam jede Hilfe zu spät. So hatten die Truppenärzte auch palliativmedizinische Funktionen inne. Das Vorgehen der Sanitätsoffiziere stellte sich sehr individuell dar, da palliative Aspekte als solche

⁵⁶⁶ Künsnter, Erinnerungen, S. 90.

in der Wehrmedizin noch nicht etabliert waren. Dennoch konnten die Ärzte hierbei, durch instinktiv adäquate Maßnahmen, den Sterbenden bereits viel Leid ersparen.

Weniger einfach stellt sich die Frage dar, inwiefern die Truppenärzte ihren ärztlichen Verantwortungen unter dem Einfluss des Nationalsozialismus nachkamen. Zunächst fällt es hierbei nicht immer leicht traditionelle und konservative Denkweisen im Sinne des Zeitgeistes von nationalsozialistischem Gedankengut zu unterscheiden. Antisemitische und antibolschewistische Strömungen sowie Ideen der Eugenetik waren unabhängig vom Dritten Reich unter der Ärzteschaft weit verbreitet. So besteht auch kein Zweifel daran, dass die Mehrzahl der Truppenärzte in einzelnen Belangen mit rassehygienischen Ansichtsweisen sympathisierte. Dies stellt einen der Gründe dar, warum sich kein breit angelegter aktiver Widerstand in der Ärzteschaft bildete.

Man kann also davon ausgehen, dass ein Großteil der Sanitätsoffizier in unterschiedlichem Ausmaß durch NS-Ansichten beeinflusst war. Teilweise wurden sie auch bewusst geteilt, offen ausgesprochen und in Feldpostbriefen und Tagebüchern schriftlich festgehalten. Bis auf wenige Ausnahmen ist jedoch nicht ersichtlich, dass ebenso viele Truppenärzte nach diesen Maximen gehandelt hätten. Im Gegenteil, trotz bestehender Vorurteile sorgten die meisten Ärzte an der Ostfront dafür, dass russische Kriegsgefangene und Zivilisten, eine medizinische Grundversorgung erhielten. Gleichwohl müssen bei beiden Beispielen gewisse Einschränkungen bedacht werden. Die Sanitätsoffiziere im Frontbereich versorgten die Gefangenen zwar adäquat, sorgten jedoch auch für den schnellstmöglichen Abschub dieser. Dadurch verschob sich die Versorgungsproblematik in die Durchgangslager des Hinterlands, wurde jedoch nicht gelöst. Genauso muss bei der Behandlung von Zivilisten betont werden, dass im Notfall die Truppe stets Vorrang hatte. Bei der Versorgung der Zivilbevölkerung handelte es sich häufig um ärztliche Dienste, die nur möglich waren, wenn ausreichend Zeit und Kapazitäten zur Verfügung standen.

Im Zusammenhang mit kriegsgerichtlichen Anklagen und Verhandlungen ermöglichten Truppenärzte durch ihren Einfluss und ihre medizinischen Gutachten immer wieder, Strafen abzuwenden oder zumindest zu mildern. Dadurch konnten viele der wegen Selbstverstümmelung bezichtigte Soldaten oder angebliche Simulanten durch die Ärzte vor dem Todesurteil bewahrt werden.

In der Nachkriegszeit wurden die Truppenärzte als Helden der Humanitas glorifiziert. Diese einseitige Darstellungsweise wird ihrer komplexen Rolle, die sie an der Ostfront spielten, nicht gerecht. Daraufhin folgten wissenschaftlichere Ansätze und Werke, die sich mit der Analyse des Militärarztes im Dritten Reich beschäftigten. Die hierbei zum Vorschein gekommene Schuld und Verantwortung der Ärzteschaft veränderte die Sichtweise auf den Sanitätsdienst und seine Offiziere rapide. Diese Entwicklung war wichtig und entscheidend für die enttabuisierte Aufklärung der Rolle des Arztes im Nationalsozialismus. Dabei fällt allerdings immer wieder die Tendenz dazu auf, die Verantwortung ranghoher Militärärzte und institutionelle Schuld auf die Gesamtheit der Sanitätsoffiziere zu pauschalisieren. Damit verfehlt die Kritik jedoch häufig ihr eigentliches Ziel.

Das Herausstellen ärztlicher Leistungen, die durch einfache Truppenärzte vollbracht wurden, widerspricht dagegen keinesfalls der berechtigten Verurteilung von Menschenversuchen in Konzentrationslagern oder der nationalsozialistischen wie menschenverachtenden Einstellung der Heeressanitätsinspektion. Genauso wenig wie jeder Truppenarzt ein lupenreiner Verteidiger der Humanitas war, greift es zu kurz jeden Sanitätsoffizier als regimetreues Werkzeug der Kriegsmaschinerie darzustellen. Ein Vorwurf, der bestehen bleibt, ist der der Passivität der Sanitätsoffiziere. Sicherlich wurde vielfach weggeschaut und verdrängt. In Bezug auf die Behandlung von Kriegsgefangenen, Zivilisten und der jüdischen Bevölkerung hätten auch die einfachen deutschen Truppenärzte aktiver einschreiten können. Zu bedenken sind hierbei aus heutiger Sicht die nur noch schwer nachzuempfindenden Umstände, unter denen die Ärzte im Krieg ihre Arbeit zu verrichten hatten. Besonders heute, da nur noch wenige Möglichkeiten bestehen, Zeitzeugen direkt nach dem Erlebten zu befragen, sollte man alle Einflussfaktoren bedenken, die auf die Entscheidungen der damals Beteiligten einwirkten, ohne zu einem vorschnellen Urteil zu gelangen. Bezieht man, speziell den Truppenarzt betreffenden, all diese Faktoren mit in die Analyse ein, kann man zu der Schlussfolgerung gelangen, dass die einfachen Truppenärzte unter den gegebenen Bedingungen an der Ostfront des Zweiten Weltkriegs in der Gesamtbetrachtung ihrer Verantwortung als Arzt gegenüber ihren Patienten nachgekommen sind. Entscheiden ist dabei ebenso, dass sie sich trotz Krieg, Nationalsozialismus und militärischer Grundausbildung in den entscheidenden Momenten eher mit ihrer Rolle als Arzt als der des Soldaten identifizierten.

Die Analyse der Rolle des deutschen Truppenarztes ist durch diese Arbeit bei weitem nicht erschöpft bzw. abschließend geklärt. Viele zusätzliche Quellen gilt es zu bearbeiten, um das Gesamtbild zu komplettieren. So ist nicht auszuschließen, dass in den kommenden Jahren weitere in Privatbesitzen befindliche persönliche Zeugnisse an die Öffentlichkeit gelangen und zu dieser Vervollständigung beitragen können. Des Weiteren wurde sich in dieser Arbeit auf die Rolle eines spezifischen Teils der Truppenärzte an der Ostfront beschränkt. Dabei handelte es sich um den anteilmäßig größten Anteil an Sanitätsoffizieren des in vielen Belangen bedeutendsten Kampfabschnitts des Zweiten Weltkriegs. Dennoch gilt es zu weiterhin zu klären, welches Gesicht der einfache Truppenarzt in seiner Rolle als Arzt an anderen Frontabschnitten und vor allem auch im Hinterland der besetzten Gebiete zeigte.

Fraglos hat der Arzt im Krieg auch heute nichts an seiner Bedeutung verloren. In den weltweiten Konflikten in Syrien,⁵⁶⁷ der Ukraine⁵⁶⁸ oder dem Jemen⁵⁶⁹ spielt er in der medizinischen Versorgung von Soldaten und Zivilbevölkerung weiterhin die tragende Rolle. Der Blick in die Vergangenheit des Sanitätswesens und der ärztlichen Arbeit trug seit jeher dazu bei, begangene Fehler zukünftig zu vermeiden. Auch nach über 75 Jahren Kriegsende und 40 Jahren nach der Vollendung seiner Aufzeichnungen, sollte daher reges Interesse an Emmerichs Erinnerungen bestehen.⁵⁷⁰ Wenngleich das Lernen aus der Geschichte bewaffnete Konflikte nicht gänzlich zu verhindern vermag, so kann doch die Nutzung ärztlicher Erfahrungen dazu beitragen, gegenwärtiges Leid der Betroffenen zu lindern.

Seit Jahrzehnten schreiben und reden Ärzte geg[e]n die Sinnlosigkeit der Kriege. Unsere Stimme wird oft nicht gehört. Möge die Zeit nie kommen, dass man [...] sprechen muss:

*Vergesst mir die Ärzte nicht!*⁵⁷¹

⁵⁶⁷ Vgl. Simmank, Jakob, zeit.de, Wer auf Ärzte schießt, gewinnt den Krieg, 10.10.2017, <https://www.zeit.de/wissen/gesundheit/2017-10/kriegsstrategie-aerzte-syrien-jemen-zivilisten>, abgerufen am: 03.03.2019.

⁵⁶⁸ Vgl. Schwirtz, Michael/Addario, Lynsey, nytimes.com, In Ukraine, Gruesome Injuries and Not Enough Doctors to Treat Them, 18.02.2022, <https://www.nytimes.com/2022/05/18/world/europe/ukraine-russia-war-doctors.html>, abgerufen am: 20.05.2022.

⁵⁶⁹ Vgl. Allinson, Tom, dw.com, Deutscher Arzt im Jemen: „Ich höre täglich Schüsse draußen“, 09.02.2020, <https://www.dw.com/de/deutscher-arzt-im-jemen-ich-h%C3%B6re-t%C3%A4glich-sch%C3%BCsse-drau%C3%9Fen/a-52682733>, abgerufen am 21.05.2022.

⁵⁷⁰ Vgl. S. 1: „Ob es wohl jemals irgendwen interessiert, was ich so im Laufe der nächsten Zeit niederschreiben möchte?“

⁵⁷¹ Küstner, Erinnerungen, S. 90.

IV. Literatur- und Quellenverzeichnis

A) Archivalien

BAMA, RH 1/1286 H. Dv. 183 Entwurf: Arzneiheft für Heer und Luftwaffe.

BAMA, RH 1/1286, H. Dv. 183, Arzneiheft für Heer und Luftwaffe.

BAMA, RH 1/141, Heeres-Verordnungsblatt 21/1939 Teil B, 550. Übernahme von Soldaten aus der Truppe in die Sanitätsoffizierslaufbahne.

BAMA, RH 1/332, Haager Landkriegabkommen vom 18. Oktober 1907.

BAMA, RH 1/334, OKH, Merkblatt über Plünderung und Beutemachen vom 21.4.1941.

BAMA, RH 12/123/4626, Klimatische Verhältnisse im Osten. Ihr Einfluß auf die Truppe.

BAMA, RH 12/23/1565, Wie sich das Ostheer für den Winter rüstet.

BAMA, RH 12/23/4545, Die Aufgabe des Sanitätsoffiziers.

BAMA, RH 12-23/1384, Bd.1, Erlaß des O.K.W. Nr. 2656/40, AWA/W Allg. (IIc).

BAMA, RH 12-23/4440.

BAMA, RH 12-23/4441, Krankenberichte, Bd. 35.

BAMA, RH 12-23/4600, Richtlinien für das Sammeln kriegsärztlicher Erfahrungen.

BAMA, RH 12-23/4624, Merkblatt für die Sanitätsoffizierslaufbahn im Heere.

BAMA, RH 12-23/4626, Entlausungsanlage.

BAMA, RH 12-23/539, Korrespondenz betreff Tätigkeit und Einsatz Beratender Gerichtsmediziner.

BAMA, RH 12-23/554, Merkblatt über die Erkennung von Selbstverstümmelungen.

BAMA, RH 12-23/647, Beratender Psychiater, Richtlinien zur Erkennung und Erfassung von Selbstbeschädigung.

BAMA, RH 12-23/749, Erfahrungen mit der Sanitäts-Kompanie (mot.).

BAMA, RH 12-23/999, Gutachten über Ruhrschutzimpfung.

BAMA, RH 15/479, Merkblatt über Feldseelsorge.

BAMA, RH 19-VI/12, Heeresgruppe DON, Kriegstagebuch vom 21.1.43 bis 29.1.43.

BAMA, RH 19-VIII/287, Bl. 270, Wohlfei, Erfahrungsbericht über die Epidemiologie und Bakteriologie der Ruhrerkrankungen im Bereich der 4. Panzerarmee und 4. Armee.

BAMA, RH 2/305, Personelle und materielle Ergänzung des Kriegsheeres.

BAMA, RH 24-46/23, Anordnung des Generalkommandos des XXXXVI. Panzerkorps.

BAMA, RH 26-4/30, Anlagen zum Kriegstagebuch der Abt. IVb.

BAMA, RH 49/3, Stammtafeln, Armee-Gefangenen-Sammelstellen.

BAMA, RH 50/135, Kriegstagebuch der San.-Komp. 181.

BAMA, RH 50/169, Dr. Wilhelm Guttenberg, Tätigkeitsbericht.

BAMA, RH 50-135, Tagebuchfragment aus den Rückzugskämpfen im Sommer 1944.

BAMA, RH, 1/1286, H. Dv. 183, Arzneihaft für Heer und Luftwaffe.

BAMA, RH, 1/571, H. Dv. 21, Kriegssanitätsvorschrift (Heer), Teil I.

BAMA, RW 19/836, OKW / Wehrwirtschafts- und Rüstungsamt.

BAMA, RW 4/906, Behandlung von Flüchtlingen aus den besetzten Ostgebieten.

BAMA, RW 41/56, Befehl zur Hebung der Arbeitsleistung der Kriegsgefangenen vom 8.9.1942.

BAMA, RW 6/279, Anordnung für die Behandlung sowjetischer Kriegsgefangener in allen Kriegsgefangenenlagern.

B) Gedruckte Quellen

Altrichter, Friedrich. Der Reserveoffizier. Berlin, 1941.

Bekanntmachungen der Ärztekammer Bayern. 8. Meldung aller Einsatzfähigen Ärzte. Ärzteblatt für Bayern. Amtsblatt der Ärztekammer und KVD, Landesstelle Bayern, 6/19, 1939, S.399-401.

Erchenbrecher, Hans. Der Truppenarzt. Berlin, 1935.

H. Dv. 208/4, Zusammenstellung der Packordnung der Sanitätsbehältnisse. o.O., 1941.

H. Dv. 59, Unterrichtsbuch für Sanitäts-Unteroffiziere und -Mannschaften. Berlin, 1939.

Laun, Rudolf. Vademekum des Truppenarztes, Taschenbücher des Truppenarztes, Bd. 3. München, 1939.

Melzner, Ernst. Der Frontchirurg auf den Hauptverbandplätzen des Ostens. Der Deutsche Militärarzt. Zeitschrift für die gesamte Wehrmedizin, 9/1 (1944), S. 20-41.

Richtlinien für die Versorgung Verwundeter in den vorderen Sanitäts-Einrichtungen, Bearbeitet vom Beratenden Chirurgen beim Heeres-Sanitätsinspekteur. Berlin, 1940.

Strafgesetzbuch für das Deutsche Reich mit Nebengesetzen und Erläuterung, sowie einem Angang über Grundsätze und wichtige Bestimmungen des Strafprozeßrechts und über das Kriegsstrafrecht. Berlin/München, 1944.

C) Primärliteratur

Bamm, Peter. Die unsichtbare Flagge. München, 1989.

Diebold, Hans. Arzt in Stalingrad. Salzburg, 1949.

Emmerich, Robert. Einer von Millionen. Und trotzdem war das Leben für jeden anders. Amorbach, 1980.

Fey, Christian. Kriegstagebuch von Dr. med. Christian Fey. Bataillonsarzt in der Aufklärungsabteilung 27. Meckenheim, 2000.

Halder, Franz. Kriegstagebuch. Tägliche Aufzeichnungen des Chefs des Generalstabes des Heeres 1939–1942, (Hrsg. vom Arbeitskreis für Wehrforschung, bearbeitet von Hans-Adolf Jacobsen) Bd. 3. Stuttgart, 1964.

Killian, Hans. Im Schatten der Siege. Als beratender Armeechirurg an der Ostfront. Klagenfurt, 2000.

Küstner, Heinz. Erinnerungen an die Lazarettfahrt aus dem Zweiten Weltkrieg. Leipzig, o. J.

Müller, Ernst. Kriegschirurg in Rußland. Tagebuch eines Schwelmers 1942-1944, Teil 1 u. 2. Schwelm, 1991.

Uberr, Paul. Der Weg der Aufklärungsabteilung 171 im 2. Weltkrieg. Erbach-Donaurieden, 1985.

D) Sekundärliteratur

Baader, Gerhard/Schultz, Ulrich (Hrsgg.). Medizin und Nationalsozialismus. Tabuisierte Vergangenheit, ungebrochene Tradition? Berlin, 1983.

Bartov, Omer u.a. Bericht der Kommission zur Überprüfung der Ausstellung "Vernichtungskrieg. Verbrechen der Wehrmacht 1941 bis 1944". o. O., 2000.

Bleker, Johanna. Der Mythos vom unpolitischen Arzt. Historische Überlegungen zum Unterschied zwischen politischer Abstinenz und Toleranz, in: Das Argument 1994. Jahrbuch für Kritische Medizin, Bd. 22. 1994, S.154-186.

Bleker, Johanna/Jachertz, Norbert (Hrsgg.). Medizin im "Dritten Reich". Köln, 1993.

- Buchner, Alex. Der Sanitätsdienst des Heeres 1939-1945. Organisation, Ausrüstung, Einsätze. Wölfersheim-Berstadt, 1995.
- Buddrus, Michael. Totale Erziehung für den totalen Krieg, Hitlerjugend und nationalsozialistische Jugendpolitik, Teil 1. München, 2003.
- Deckenbrock, Walter. Die Versorgung der Wehrmacht (Heer und Luftwaffe) mit Arzneimitteln im Zweiten Weltkrieg. Düsseldorf , 1984.
- Ebert, Ernst. Ein Arzt in Stalingrad. Feldpostbriefe und Gefangenenpost des Regimentsarztes Horst Rocholl 1942-1953. Göttingen, 2009.
- Fischer, Hubert. Der deutsche Sanitätsdienst 1921-1945. Organisation, Dokumente und persönliche Erfahrungen, Bd. 2, Teil C: Der Sanitätsdienst der Wehrmacht im 2. Weltkrieg (1939-1945). Osnabrück, 1983.
- Fischer, Hubert. Die Notchirurgie zwischen Truppenverbandplatz und Feldlazarett, in: Guth, Ekkehard (Hrsg.), Sanitätswesen im Zweiten Weltkrieg. Vorträge zur Militärgeschichte, Bd. 11. Herford, 1989, S. 47-76.
- Förster, Roland (Hrsg.). Unternehmen Barbarossa. Zum historischen Ort der deutsch-sowjetischen Beziehungen von 1933 bis Herbst 1941. München, 1993.
- Ganzenmüller, Jorg. Das belagerte Leningrad 1941 bis 1944. Die Stadt in den Strategien von Angreifern und Verteidigern. Paderborn, 2007.
- Gildemeister, Eugen/Haagen, Eugen. Fleckfieberstudien. II. Mitteilung, Zentralblatt für Bakteriologie, Parasitenkunde und Infektionskrankheiten 148, 1942, S. 257-260.
- Grunwald, Erhard. Studien zum militärärztlichen Ausbildungswesen in Deutschland 1919-1945. München, 1980.
- Guth, Ekkehard. Sanitätswesen im Zweiten Weltkrieg. Vorträge zur Militärgeschichte, Bd. 11. Herford, 1989.
- Haape, Heinrich. Endstation Moskau 1941-1942. Stuttgart, 1998.
- Hartmann, Christian. Verbrecherischer Krieg – verbrecherische Wehrmacht? Überlegungen zur Struktur des deutschen Ostheeres, in: Hartmann/Hürter/Lieb/Pohl, Der deutsche Krieg im Osten 1941-1944. Facetten einer Grenzüberschreitung. München , 2009, S. 3-72.

-
- Hartmann, Christian. Wehrmacht im Ostkrieg. Front und militärisches Hinterland 1941/42. München, 2010.
- Hawickhorst, Heinrich. Der Arzt der soldatischen Gemeinschaft. Köln, 1955.
- Hubenstorf, Michael. „Deutsche Landärzte an die Front!“. Ärztliche Standespolitik zwischen Liberalismus und Nationalsozialismus, in: Pross/Götz, (Red.), Der Wert des Menschen, Herausgegeben von der Ärztekammer Berlin in Zusammenarbeit mit der Bundesärztekammer. Berlin, 1989, S. 200-222.
- Jung, Otmar. Als Truppenarzt an der Ostfront. Feldpostbriefe von Dr. Walther Jung an seinen älteren Schwager Josef Reichardt 1941-1944. Würzburg, 2007.
- Kater, Michael. Ärzte als Hitlers Helfer. Hamburg/Wien, 2000.
- Kater, Michael. Medizin und Mediziner im Dritten Reich. Historische Zeitschrift, Bd. 244, 1987, S. 299-352.
- Keegan, John. Die Kultur des Krieges. Berlin, 1995.
- Klee, Ernst. Deutsche Medizin im Dritten Reich. Karriere vor und nach 1945. Frankfurt am Main , 2001.
- Kokoška, Stanislav. Prag im Mai 1945. Die Geschichte eines Aufstandes. Göttingen, 2009.
- Konsalik, Heinz. Der Arzt von Stalingrad. München, 1956.
- Kudlien, Fridolf. Ärzte im Nationalsozialismus. Köln, 1985.
- Kudlien, Fridolf. Begingen Wehrmachtsärzte im Rußlandkrieg Verbrechen gegen die Menschlichkeit?, in: Pross/Götz, (Red.), Der Wert des Menschen, Herausgegeben von der Ärztekammer Berlin in Zusammenarbeit mit der Bundesärztekammer. Berlin, 1989, S. 333-352.
- Kudlien, Fridolf. Der Ärzte-Anteil in der frühen NS-Bewegung. Ein soziologisch-soziographisches Problem, Medizinhistorisches Journal Bd. 19, H. 4, 1984, S. 363-384.
- Leven, Karl-Heinz. Fleckfieber beim deutschen Heer während des Krieges gegen die Sowjetunion, in: Guth, Ekkehard (Hrsg.), Sanitätswesen im Zweiten Weltkrieg. Vorträge zur Militärgeschichte, Bd. 11. . Herford , 1989, S. 127-166.
- Maubach, Franka/Satjukow, Silke/Latzel, Klaus (Hrsgg.). Soldatinnen. Gewalt und Geschlecht im Krieg vom Mittelalter bis heute. Krieg in der Geschichte, Bd. 60. Paderborn, 2011.

- Mauss, Hans-Jörg. Als Sanitätsoffizier im II. Weltkrieg. Das Kriegstagebuch des Dr. Wilhelm Mauss 1. September 1939 - 25. Februar 1947. Berlin, 2008.
- May, Hans/ Pesch, Franz/ Roth, Matthias/ Steffen, Jupp. Die 72. Infanterie-Division in Wort und Bild. Ein bildhaftes Zeugnis des wechselnden Schicksals der 72. Infanterie-Division von ihrem Werden und Wirken bis zum bitteren Ende 1945. Darmstadt, 1982.
- Mitscherlich, Alexander/Mielke, Fred (Hrsgg.). Medizin ohne Menschlichkeit. Dokumente des Nürnberger Ärzteprozesses. Frankfurt, 1960.
- Müller, Hans. Die ansteckenden Krankheiten im deutschen Heer während der ersten vier Kriegsjahre. Wehrmedizinische Mitteilungen, 1. September 1939 bis 31. August 1943. 1/1961, S. 1-3.
- Müller, Hans. Die ansteckenden Krankheiten im deutschen Heer während der ersten vier Kriegsjahre. Wehrmedizinische Mitteilungen, 1. September 1939 bis 31. August 1943. 2/1961, S. 22-27.
- Müller, Hans. Vorläufiger Sanitätsbericht des deutschen Heeres 1939-1943. Manuskript. o. O., o. D.
- Müller, Rolf-Dieter. Der letzte deutsche Krieg 1939-1945. Stuttgart, 2005.
- Müller, Rolf-Dieter/ Volkmann, Hans-Erich (Hrsgg.). Die Wehrmacht, Mythos und Realität. o. O., 1999.
- Müller-Hillebrand, Burkhard. Das Heer 1933-1945. Entwicklung des organisatorischen Aufbaues, Bd. 2, Die Blitzfeldzüge 1939-1941, Das Heer im Kriege bis zum Beginn des Feldzuges gegen die Sowjetunion im Juni 1941. Frankfurt am Main, 1956.
- Nestler, Ludwig. Der Weg deutscher Eliten in den zweiten Weltkrieg. Berlin, 1990.
- Neumann, Alexander. "Arztum ist immer Kämpfertum". Die Heeressanitätsinspektion und das Amt "Chef des Wehrmachtssanitätswesens" im Zweiten Weltkrieg 1939-1945. Düsseldorf, 2005.
- Nölke, Hans. Die 71. Infanterie-Division im Zweiten Weltkrieg 1939-1945. Fotos, Karten, Texte von den Kämpfen einer niedersächsischen Infanterie-Division „Die Glückhafte“. Hannover, 2014.
- Overy, Richard. Russlands Krieg 1941-1945. Reinbek bei Hamburg, 2003.
- Petry, Christian. Studenten aufs Schafott. Die weiße Rose und ihr Scheitern. München, 1968.
- Pfeiffer, Robert. Triage in Militär- und Katastrophenmedizin. Jahrbuch für kritische Medizin- und Gesundheitswissenschaften, 9/1983, S. 94-108.
- Pfister, J./Schwarz, A. Die 88. Infanterie-Division in Amberg März bis Mitte Mai 1940. 88. Infanterie-Division Dezember 1939 bis Februar 1945. Bayreuth, 1983/1984.

-
- Pohl, Dieter. Die Herrschaft der Wehrmacht. Deutsche Militärbesatzung und einheimische Bevölkerung in der Sowjetunion 1941-1944. München , 2009.
- Pöpping, Dagmar. Kriegspfarrer an der Ostfront. Evangelische und katholische Wehrmachtsseelsorge im Vernichtungskrieg 1941-1945. Göttingen, 2017.
- Pross, Christian/Aly, Götz. Der Wert des Menschen. Medizin in Deutschland 1918 – 1945, Herausgegeben von der Ärztekammer Berlin in Zusammenarbeit mit der Bundesärztekammer. Berlin, 1989.
- Rädisch, Falk. Die Sulfonamidtherapie im Heeres-Sanitätsdienst der deutschen Wehrmacht. Leipzig, 1994.
- Römer, Felix. Gewaltsame Geschlechterordnung. Wehrmacht und "Flintenweiber" an der Ostfront 1941/42, in: Maubach, Franka/Satjukow, Silke/Latzel, Klaus (Hrsgg.), Soldatinnen. Gewalt und Geschlecht im Krieg vom Mittelalter bis heute. Krieg in der Geschichte, Bd. 60. Paderborn, 2011, S. 331–351.
- Schneider-Janessen, Karlheinz. Arzt im Krieg. Wie deutsche und russische Ärzte den zweiten Weltkrieg erlebten. Frankfurt a. M., 1994.
- Schnieders, Hermann. Vater als Soldat im Zweiten Weltkrieg. o. O., 2018.
- Schwerdtfeger, Heinz. „Erfahrungen mit der kombinierten SEE-Evipannarkose in der Kriegchirurgie“, in: Der Deutsche Militärarzt. Zeitschrift für die gesamte Wehrmedizin, 9/7, 1944, S.323-325.
- Seidler, Franz. Prostitution, Homosexualität, Selbstverstümmelung. Probleme der deutschen Sanitätsführung 1939-1945. Neckargemünd, 1977.
- Simmel, Ernst und Ewald (Hrsg.) Fabian. Der Sozialistische Arzt. Vierteljahreszeitschrift des "Vereins Sozialistischer Ärzte". Jg. 1/1925-7/1932, Berlin 1930.
- Starlinger, Fritz. Fehler und Gefahren der Feldchirurgie. Berlin/Wien, 1942.
- Steets, Hans. Gebirgsjäger bei Uman. Die Korpsschlacht des XXXIX. Gebirgs-Armeekorps bei Podwyssokeje 1941. Heidelberg, 1955.
- Steets, Hans. Gebirgsjäger in der Nogaischen Steppe. Vom Dnjepr zum Asowschen Meer, August – Oktober 1941. Heidelberg, 1956.
- Steets, Hans. Gebirgsjäger zwischen Dnjepr und Don. Vom Tschernigowka zum Mius, Oktober – Dezember 1941. Heidelberg, 1957.

Stolberg-Wernigerode, Otto. Neue deutsche Biographie, Bd. 23. Berlin, 2007.

Streit, Christian. Keine Kameraden. Die Wehrmacht und die sowjetischen Kriegsgefangenen 1941-1945. Stuttgart, 1978.

Thom, Achim. Zur Mitwirkung der deutschen Ärzteschaft bei der Vorbereitung und Absicherung des zweiten Weltkrieges 1933-1941, in: Nestler, Ludwig (Hrsg.), Der Weg deutscher Eliten in den zweiten Weltkrieg. Berlin, 1990, S. 279-325.

Töppel, Roman. Kursk. Mythen und Wirklichkeit einer Schlacht. Vierteljahresheft für Zeitgeschichte des Instituts für Zeitgeschichte, Heft 3, 2009.

Überschär, Gerd/Wette, Wolfram, (Hrsgg.). Der deutsche Überfall auf die Sowjetunion. Unternehmen Barbarossa 1941. Frankfurt am Main, 2011.

Völk, Anton. Zusätzliche-behelfsmäßige Ausrüstung einer bespannten Sanitätskompanie. Der Deutsche Militärarzt. Zeitschrift für die gesamte Wehrmedizin, 9/4, 1944.

Vondra, Hana. Die Malaria, in: Guth, Ekkehard (Hrsg.), Sanitätswesen im Zweiten Weltkrieg. Vorträge zur Militärgeschichte, Bd. 11. Herford, 1989, S. 109-126.

Wegner, Bernd. Defensive ohne Strategie. Die Wehrmacht und das Jahr 1943, in: Müller, Rolf-Dieter/Volkman, Hans-Erich (Hrsgg.), Die Wehrmacht, Mythos und Realität. o. O., 1999, S.197-209.

Weinberg, Gerhard. Der Überfall auf die Sowjetunion im Zusammenhang mit Hitlers diplomatischen und militärischen Gesamtplanungen, in: Förster, Roland (Hrsg.), Unternehmen Barbarossa. Zum historischen Ort der deutsch-sowjetischen Beziehungen von 1933 bis Herbst 1941. München, 1993, S.177-185.

Weinberg, Gerhard. Eine Welt in Waffen. Die globale Geschichte des Zweiten Weltkriegs. Hamburg, 2002.

Weiss, Sheila. Die Rassenhygienische Bewegung in Deutschland, 1904-1933, in: Pross/Götz, (Red.), Der Wert des Menschen. Berlin, 1989 S.153-199.

Wiegrefe, Klaus. Alles, alles, alles überprüfen. DER SPIEGEL 45/1999, S.33.

Zehrer, Gerhard. Aus der Geschichte der Kriegschirurgie, in: Der Deutsche Militärarzt. Zeitschrift für die gesamte Wehrmedizin, 9/3, 1944, S.152-158.

Zoske, Robert. Flamme sein! Hans Scholl und die Weiße Rose. Eine Biografie. München, 2018.

E) Internetquellen

Allinson, Tom. dw.com, Deutscher Arzt im Jemen: Ich höre täglich Schüsse draußen, <https://www.dw.com/de/deutscher-arzt-im-jemen-ich-h%C3%B6re-t%C3%A4glich-sch%C3%BCsse-drau%C3%9Fen/a-52682733>. 09. 02 2020.

archive.org. 2. 4 2017. Die Deutsche Wochenschau Nr. 586 vom 26.11. 1941. 31. 10 2019.

Berlin-Karlshorst, Museum. berlin.museum-digital.de, Deutscher Verwundetenzettelblock, 1939/45, 2021, <https://berlin.museum-digital.de/object/75052?navlang=de>.

Hartmann, Christian. dctp.tv, Die Kesselschlacht von Stalingrad, 25.1.2012, <https://www.dctp.tv/filme/news-stories-25-11-2012?thema=krieg>.

Menzel, Thomas. bundesarchiv.de, Pferde im Einsatz bei Wehrmacht und Waffen-SS, 2022, <https://www.bundesarchiv.de/DE/Content/Virtuelle-Ausstellungen/Pferde-Im-Einsatz-Bei-Wehrmacht-Und-Waffen-Ss/pferde-im-einsatz-bei-wehrmacht-und-waffen-ss.html>. kein Datum.

Palm, Kurt. zeitzeugen-portal.de, Im Lazarett, <https://zeitzeugen-portal.de/videos/8hjgn0ajuAk>. o. D.

Schwirtz, Michael/Addario, Lynsey. nytimes.com, In Ukraine, Gruesome Injuries and Not Enough Doctors to Treat Them, <https://www.nytimes.com/2022/05/18/world/europe/ukraine-russia-war-doctors.html>. 18. 02 2022.

Simman, Jakob. zeit.de, Wer auf Ärzte schießt, gewinnt den Krieg, <https://www.zeit.de/wissen/gesundheit/2017-10/kriegsstrategie-aerzte-syrien-jemen-zivilisten>. 10. 10 2017.

V) Eidesstattliche Versicherung

Gerlach, Peter

Name, Vorname

Ich erkläre hiermit an Eides statt, dass ich die vorliegende Dissertation mit dem Thema

Ein Arzt von Stalingrad - Die Rolle des deutschen Truppenarztes an der Ostfront des Zweiten Weltkrieges, erörtert anhand der Aufzeichnungen des Dr. Robert Emmerich

selbstständig verfasst, mich außer der angegebenen keiner weiteren Hilfsmittel bedient und alle Erkenntnisse, die aus dem Schrifttum ganz oder annähernd übernommen sind, als solche kenntlich gemacht und nach ihrer Herkunft unter Bezeichnung der Fundstelle einzeln nachgewiesen habe.

Ich erkläre des Weiteren, dass die hier vorgelegte Dissertation nicht in gleicher oder ähnlicher Form bei einer anderen Stelle zur Erlangung eines akademischen Grades eingereicht wurde.

Bad Tölz, 03.11.2024

Ort, Datum

Peter Gerlach

Unterschrift des Doktoranden

VI) Erklärung zur Übereinstimmung der gebundenen
Ausgabe der Dissertation mit der elektronischen Fassung

Ihr Name: Peter Gerlach

Hiermit erkläre ich, dass die elektronische Version der eingereichten Dissertation mit dem Titel

Ein Arzt von Stalingrad.

**Die Rolle des deutschen Truppenarztes an der Ostfront des Zweiten Weltkrieges, erörtert anhand
der Aufzeichnungen des Dr. Robert Emmerich und anderer Truppenärzte.**

in Inhalt und Formatierung mit den gedruckten und gebundenen Exemplaren übereinstimmt.

Bad Tölz, 03.11.2024

Ort, Datum

Peter Gerlach

Unterschrift des Doktoranden