

# 1. Zwangsarbeit, Medizin und Ethik im NS-Staat – Zur Einführung

## 1.1 Hinführung

Die vorliegende Arbeit untersucht die gesundheitliche Situation von Zwangsarbeiterinnen und Zwangsarbeitern sowie den Umgang der Medizin mit dieser Bevölkerungsgruppe während des Zweiten Weltkriegs. Sie tut das exemplarisch am Beispiel der Region Südniedersachsen und nimmt Zwangsarbeitende sowohl als Patienten wie als Beschäftigte in Einrichtungen der gesundheitlichen Versorgung in den Blick. Die Untersuchung steht damit im Kontext von Forschungen zur Geschichte und Ethik der Medizin im Nationalsozialismus auf der einen und historischen, speziell migrationsgeschichtlichen Arbeiten zu Wanderungsbewegungen im Europa des 19. und 20. Jahrhunderts auf der anderen Seite. Auf beiden Feldern weisen Aspekte des NS-Zwangsarbeitereinsatzes in unsere Gegenwart.

Während Migration als langandauerndes gesellschaftliches Phänomen in der Menschheitsgeschichte ständig präsent ist und Europa dabei in den letzten etwa 500 Jahren eine entscheidende Rolle spielt, so dass „... die Migration von einem scheinbar peripheren zu einem ganz zentralen Gebiet im europäischen Erinnerungsraum“<sup>1</sup> wurde, wird die von den zeitgenössischen Akteuren in Politik und Verwaltung verharmlosend „Hereinholung“<sup>2</sup> genannte Deportation von Millionen von Menschen aus weiten Teilen des europäischen Kontinents zur Zwangsarbeit ins Deutsche Reich während des Zweiten Weltkriegs in diesem Kontext selten angemessen berücksichtigt. Der Politikwissenschaftler und Migrationsforscher Claus Leggewie sieht als mögliche Gründe für dieses Ausblenden die staatliche Organisation des Verbrechens und seine eilfertige Unterstützung durch die „Volksgemeinschaft“. Historisch und psychologisch tiefgehend verweist er zudem auf die „Nachtseite Europas“ mit Gesichtspunkten wie der Durchsetzung von Disziplinierung und Kontrolle in und mit dem Arbeitsprozess während der Phase der Industrialisierung oder der Entrechtung

---

1 Leggewie (2013), S. 451.

2 Beispielsweise im Erlass des Generalbevollmächtigten für den Arbeitseinsatz (GBA) Fritz Sauckel: „Sonderaktion des Generalbevollmächtigten für den Arbeitseinsatz zur Hereinholung von Ostarbeiterinnen zugunsten kinderreicher städtischer und ländlicher Haushaltungen“, Berlin, 8.9.1942, RArbBl 1942 I S. 411.

und Abwehr von Personengruppen, die sich diesen Mechanismen nicht fügen wollen<sup>3</sup> – Aspekte, die bis in die Gegenwart ausstrahlen, in der Migration als unkämpftes Politikfeld ständig an Bedeutung gewinnt.<sup>4</sup> Leggewie fasst die aktuelle Grundkonstellation folgendermaßen zusammen:

„Die reichen Länder gieren aus ökonomischen Gründen nach (hoch)qualifizierter Arbeitskraft aus dem globalen Süden, zugleich schotten sie sich auf [sic] sicherheitspolitischen Erwägungen und aus kultureller Überfremdungsangst ab.“<sup>5</sup>

Hier zeigen sich Anknüpfungspunkte an den nationalsozialistischen Zwangsarbeitseinsatz. Wohlgermerkt unter entgegengesetzten Vorzeichen – Verschleppung statt Flucht nach Deutschland – standen Menschen anderer Herkunft oder Nationalität in den Jahren des Zweiten Weltkriegs in einem ähnlich strukturierten Spannungsfeld, in dem die Deportation nach Deutschland und der Einsatz zur Zwangsarbeit insbesondere von als rassistisch minderwertig deklarierten Menschen zwischen den Polen von Nutzung bzw. Ausbeutung ihrer Arbeitskraft auf der einen und Gefahrenabwehr für die „arische“ deutsche Bevölkerung, Isolation und Repression auf der anderen Seite stattfanden. Und es finden sich auf der Ebene der Erscheinungen – bei freilich, wie gesagt, differenten Vorzeichen – überraschend anmutende Ähnlichkeiten einzelner Phänomene im politisch-administrativen Raum: Die Versagung eines Rechts auf Freizügigkeit in den „Polen-“ und „Ostarbeitererlassen“ des

---

3 Leggewie (2013).

4 Laut einer Eurobarometer-Umfrage vom Juni 2019 war die Migration das fünftwichtigste Thema bei der Wahlentscheidung zur Europawahl im Mai 2019 (<https://www.europarl.europa.eu/at-your-service/de/be-heard/eurobarometer/post-election-survey-2019-first-results>) – obwohl der Anteil der in Industrienationen lebenden Flüchtlinge nur bei 16 % aller Flüchtlinge weltweit liegt (<https://www.europarl.europa.eu/news/de/headlines/society/20170629STO78630/asyl-und-migration-zahlen-und-fakten>) und von den rund 70,8 Millionen Menschen auf der Welt, die auf der Flucht sind (2018), weniger als 1 % einen Asylantrag in Ländern der EU gestellt haben (<https://www.aerzte-ohne-grenzen.de/hilfe-fuer-fluechtlinge-vertriebene-faq>; <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/2995521/9665551/3-14032019-AP-DE.pdf/c10346dd-55b9-4bb0-aacb-f13be848efaa>).

5 Leggewie (2013), S. 451.

NS-Zwangsarbeitseinsatzes<sup>6</sup> beispielsweise scheint geradezu direkt in die „Residenzpflicht“ als Auflage zur räumlichen Beschränkung des Aufenthalts von in Deutschland lebenden Asylsuchenden und geduldeten Ausländern, die trotz sukzessive erfolgter Abschwächung in den Bundesländern nach wie vor in Kraft ist,<sup>7</sup> eingeflossen zu sein, und auch einige Elemente der jeweils zugrundeliegenden Motivbündel dürften nahezu identisch sein. In der 2016 mit dem Integrationsgesetz eingeführten Wohnsitzregelung für Flüchtlinge mit Schutzstatus nach § 12a Aufenthaltsgesetz, vereinfacht „Wohnsitzauflage“ genannt, die „zur Förderung [ihrer] nachhaltigen Integration in die Lebensverhältnisse der Bundesrepublik Deutschland“<sup>8</sup> dienen

- 
- 6 Reichsführer SS und Chef der deutschen Polizei, Behandlung der im Reichsgebiet befindlichen Arbeitskräfte polnischen Volkstums, Durchführungsbestimmungen, Berlin, 10.9.1943: „Die poln[ischen] Zivilarbeiter unterliegen aus sicherheits- und volkstumpolitischen Gründen folgenden Beschränkungen: 1.) einem Verbot, den Aufenthaltsort ohne besondere Genehmigung der Ortspolizeibehörde zu verlassen [...]“ (<https://www.bundesarchiv.de/zwangsarbeit/files/r4701-14152-2-bereinigungserlass43.pdf>); Reichsführer SS und Chef der deutschen Polizei, Allgemeine Bestimmungen über Anwerbung und Einsatz von Arbeitskräften aus dem Osten, III (1), IV (1), Berlin, 20.2.1942: „Während des Aufenthalts der Arbeitskräfte aus dem alt-sowjetischen Gebiet im Reich sind diese streng von der deutschen Bevölkerung, ausländischen Zivilarbeitern und allen Kriegsgefangenen abzusondern. [...] [Sie] sind in geschlossenen Lagern (Baracken) mit einer zweckentsprechenden, möglichst mit Stacheldraht versehenen Umzäunung unterzubringen.“ ([https://www.bundesarchiv.de/zwangsarbeit/files/rd19-3\\_erl-osta-kennz-sw.pdf](https://www.bundesarchiv.de/zwangsarbeit/files/rd19-3_erl-osta-kennz-sw.pdf)).
- 7 Gesetzlich festgeschrieben in § 56 des Asylgesetzes (Wortlaut in Absatz 1: „Die Aufenthaltsgestattung ist räumlich auf den Bezirk der Ausländerbehörde beschränkt, in dem die für die Aufnahme des Ausländers zuständige Aufnahmeeinrichtung liegt.“) und § 61 des Gesetzes über den Aufenthalt, die Erwerbstätigkeit und die Integration von Ausländern im Bundesgebiet („Aufenthaltsgesetz“) für Ausländer. Deutschland ist das einzige EU-Land mit einer solchen Regelung.
- 8 Aufenthaltsgesetz, § 12a (1) Satz 1. Das im Gesetzestext proklamierte Ziel wird einer aktuellen Studie der Forschungseinrichtung der Bundesagentur für Arbeit, des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB), zufolge nicht erreicht, die Wohnsitzauflage steht der Integration vielmehr im Wege: IAB-Kurzbericht 3/2020: „Wohnsitzauflagen reduzieren die Chancen auf Arbeitsmarktintegration“; <http://doku.iab.de/kurzber/2020/kb0320.pdf>.

soll und den anerkannten Flüchtlingen auf die Dauer von drei Jahren die Wohnsitznahme in einem bestimmten Bundesland oder sogar einer bestimmten Region oder Kommune vorschreibt, klingen die repressiven Festlegungen aus den NS-Sondergesetzen für Polen und „Ostarbeiter“ ebenfalls noch nach.

Stand die erzwungene Migration zum Arbeitseinsatz im Deutschland des Zweiten Weltkriegs wie beschrieben zwischen den Polen von Ausnutzung der Arbeitskraft hier und Unterdrückung, Isolation und Kontaktverbot dort, so fand diese Konstellation bei der medizinischen Versorgung von Zwangsarbeiterinnen und Zwangsarbeitern ihre Entsprechung. Hier wurde das Spannungsfeld vom hippokratischen Eid der Ärzte und anderer Angehöriger des Gesundheitswesens mit seiner Orientierung auf den „Dienst am Menschen“ als Grundlage medizinischer Ethik sowie pragmatisch-ökonomisch vom Bemühen nach Erhalt der Arbeitskraft auf der einen, von der grundlegenden, rassistisch begründeten Entwertung der osteuropäischen Patienten sowie ideologisch-ökonomisch vom Bestreben nach Schutz des „arisch“-deutschen „Volkskörpers“ auf der anderen Seite eingegrenzt.<sup>9</sup>

Zwischen der Hälfte und zwei Dritteln der deutschen Ärzte waren Mitglied der NSDAP oder einer ihrer Organisationen. Der Nationalsozialismus brachte den Medizinern Zuwachs an Anerkennung, Einkommen, Karrieremöglichkeiten und zur Verfügung gestellten Ressourcen und beschnitt die Macht der Krankenkassen zum Vorteil niedergelassener Ärzte.

In einer

„... auf Gegenseitigkeit beruhende[n] Kooperation [von Medizinern und NS-Staat; G.S.] entstand eine gemeinsame Autorität, die beanspruchte, Menschen aufgrund ihrer biologischen Ausstattung in ihrem Wert differenzieren zu können und hieraus sowohl medizinische als auch politische Interventionen abzuleiten.“<sup>10</sup>

Zu diesen Interventionen zählten z.B. die Programme für Zwangssterilisationen, Patiententötungen, brutale, inhumane medizinische Menschenversuche, Zwangsabtreibungen bei

---

9 Siehe hier und zum Folgenden auch Frewer/Siedbürger (2004b); Siedbürger/Frewer (2006b); Frewer et al. (2009b) sowie umfassend zur Medizin im Nationalsozialismus z.B. Mitscherlich/Mielke (1949), Benz (1988), Thom/Caregorodcev (1989), Frei (1991), Bleker/Jachertz (1993<sup>2</sup>), Wiesemann/Frewer (1996), Klee (1997), Kolb et al. (1998), Süß (2003).

10 Roelcke (2012), S. 46.

schwangeren „Ostarbeiterinnen“, gezielte Vernachlässigung bis hin zu Tötungen osteuropäischer Kleinkinder. Die Maßnahmen dienten ideologisch der Erhaltung bzw. Wiederherstellung der „Gesundheit“ des deutsch-„arischen“ „Volkskörpers“ und ökonomisch, noch verstärkt unter Kriegsbedingungen, der vollständigen Unterordnung aller Ressourcen unter die Bedürfnisse der nationalen (Kriegs-)Wirtschaft und der Kriegsführung. Im medizinisch-ideologischen Bereich ging die im hippokratischen Eid als Ziel ärztlichen Handelns angeführte Gesundheit des Individuums in der Leistungsfähigkeit des „Volkskörpers“ als imaginierte physische Form der „Volksgemeinschaft“ auf.

Ausländische Zwangsarbeiterinnen und Zwangsarbeiter, ohnehin in Abstufungen entrechtet und entwertet, trafen also in Situationen der Hilfsbedürftigkeit und Not auf ein national-sozialistisches Gesundheitswesen mit dem Anspruch und der Befugnis, den Wert menschlichen Lebens zu differenzieren. Ein Vertrauensverhältnis zwischen behandelnden Ärzten und Zwangsarbeitenden bestand in aller Regel nicht, da die Voraussetzung einer anhaltenden Beziehung zwischen ihnen fehlte. Die hierfür erforderliche gesellschaftliche Integration dieser ausländischen Patienten konnte für beide Seiten auch kein Ziel sein. So stand einer abwertenden, ja unter Umständen das Leben gefährdenden Behandlung anders als beim Sterilisationsprogramm für Deutsche mit vermuteten Erbkrankheiten auch kein „scharfer Rollenkonflikt“<sup>11</sup> der niedergelassenen Ärzte zwischen vertrauensvollem Arzt-Patienten-Verhältnis und gesetzlichen Forderungen im Wege. Ob und wie Mediziner ihre Handlungsspielräume bei der Begegnung mit ausländischen Zwangsarbeitern nutzten, ist daher eine Schlüsselfrage sowohl für die Hilfesuchenden, deren Gesundheit und Überleben von der Antwort auf diese Frage abhingen, als auch für eine Beurteilung der Medizin im Nationalsozialismus.

Auch im Deutschland der Gegenwart ist das Gesundheitswesen für Menschen ausländischer Herkunft nicht immer unproblematisch; Mediziner müssen vor einer Behandlung unter Umständen Abwägungen vornehmen und Handlungsspielräume ausloten. Zwar bestimmt kein ominöser „Volkskörper“ mehr Ziele und Grenzen ärztlichen Handelns und eine „Dominanz einer ökonomisch auf kurzfristige und maximale ‚Verwertbarkeit‘ ausgerichteten Handlungsorientierung“<sup>12</sup> ist in Bezug auf die gesundheitliche Versorgung von Ausländern

---

11 Ebd., S. 41.

12 Siedbürger/Frewer (2006b), S. 11.

nicht zu konstatieren, doch bestimmt die Ökonomie zu großen Teilen den juristischen und administrativen Status dieser Personen und

„... in Deutschland entscheidet der Aufenthaltsstatus eines Migranten über den Zugang zum Gesundheitssystem und die Aufenthaltsdauer über die Sicherheit der medizinischen Regelversorgung.“<sup>13</sup>

Dies führt zu einer ganzen Reihe von Problemen und Beschränkungen auf den verschiedenen Feldern des Gesundheitswesens, insbesondere bei der gesundheitlichen Versorgung „illegaler“ oder „papierloser“ Migranten, für die das Scheitern des niedersächsischen Modellprojekts zur Versorgung von Menschen ohne Papiere („Anonymer Krankenschein“) in Göttingen und Hannover 2018/19<sup>14</sup> nur ein Beispiel ist. Generell droht „Illegalisierten“ bei ärztlicher Behandlung durch die Identitätsfeststellung eine Abschiebung. Ärzte stehen somit im Zwiespalt zwischen der Pflicht zu helfen und der Gefahr, hierdurch größeren Schaden bis hin zur Existenzgefährdung der Patienten auszulösen. Die Herausgeber einer Überblicksstudie zu „Medizin für ‚Menschen ohne Papiere‘“ fassen die Situation wie folgt zusammen:

„Elementarer Teil der Menschenrechte ist das Recht auf Gesundheit als Voraussetzung für ein Leben in Würde. Entgegen internationaler Verträge und Verlautbarungen [...] wird denjenigen Personen, die ohne vom Gesetzgeber festgelegten Aufenthaltsstatus in Deutschland leben, der für ein Leben in Gesundheit unbedingt notwendige Zugang zu

---

13 Mylius et al. (2011b), S. 13.

14 Siehe z.B. Inge Wünnenberg, 15.5.2019: Für teure Krankenhausbehandlungen fehlt nun das Geld, in: Niedersächsisches Ärzteblatt 5/2019, [http://www.haeverlag.de/img\\_var/0519\\_titel.jpg](http://www.haeverlag.de/img_var/0519_titel.jpg); Georg-August-Universität Göttingen, Zentrum für Globale Migrationsstudien (CeMig), Sophie Hübner, 19.8.2019: Finanzierung des Anonymen Krankenscheins wird gestrichen – Prekäre Situation der medizinischen Versorgung von Geflüchteten und Illegalisierten verschärft sich, <https://www.uni-goettingen.de/de/sophie+h%C3%BCbner+finanzierung+des+anonymen+krankenscheins+wird+gestrichen+%E2%80%93+preka%CC%88re+situation+der+medizinischen+versorgung+von+geflu%CC%88teten+und+illegalisierten+versch%CC%88ft+sich.+ein+kommentar+zur+arbeit+des+medinetz+go%CC%88ttingen/616532.html>; ausführlicher: Medibüros/Medinetze: Gesundheitsversorgung für Papierlose/Anonymer Krankenschein Hannover und Göttingen 2015 bis 2018, [http://gesundheit-gefluechtete.info/\\_trashed/](http://gesundheit-gefluechtete.info/_trashed/).

medizinischer Versorgung de facto verwehrt. Der Pass des Betroffenen ist somit für die Gewährung oder Verweigerung der Menschenrechte entscheidend.“<sup>15</sup>

In der aktuellen Situation der COVID-19-Pandemie erfahren die von den Defiziten in ihrer gesundheitlichen Versorgung verursachten Probleme „illegalisierter“ Migrantinnen und Migranten eine weitere Zuspitzung.<sup>16</sup>

Die genannten knappen Verweise auf einige Aspekte der gegenwärtigen Situation asyl-suchender bzw. „papierloser“ Personen ausländischer Herkunft in Deutschland mögen als Beispiele für eine potentielle Einordnung der folgenden (medizin- wie migrations-)historischen Studie in einen weiteren, aktuellen Kontext dienen; das der Untersuchung zugrunde liegende historische Interesse bedarf ihrer nicht als Rechtfertigung und ist nicht primär an aktuellen Aspekten ausgerichtet. Welche Fragen die Studie bearbeiten will und mit welchem Ansatz dies geschieht, wird im folgenden Abschnitt erklärt.

## 1.2 Fragestellung und Struktur

Vor dem Hintergrund der oben skizzierten Konfliktbereiche und Spannungsfelder untersucht die vorliegende Arbeit das Verhältnis von Gesundheitswesen und Zwangsarbeit in Südniedersachsen. Eine Besonderheit des Gesundheitswesens ist es, dass Zwangsarbeiterinnen und Zwangsarbeiter hier in zwei verschiedenen Rollen präsent waren, nämlich in der Definitionsrolle als Ausführende von Zwangsarbeit, darüber hinaus jedoch auch als medizinische Hilfe und Betreuung benötigende Menschen. Gelegentlich begegnete sogar ein und dieselbe Person dem deutschen Gesundheitswesen ein Mal als dort eingesetzter Zwangsarbeiter und ein anderes Mal als Patient. Zu fragen ist hier danach, ob die verschiedenen Rollen auch eine unterschiedliche Stellung der Zwangsarbeitenden in Bezug

---

15 Mylius et al. (2011b), S. 14. Zu Problemen, Anforderungen und Ressourcen im Zusammenhang mit den Bewältigungsprozessen Illegalisierter siehe ausführlich Hollstein (2017).

16 Siehe „Handeln Sie jetzt im Namen der Menschlichkeit und retten Sie Leben!“ Offener Brief Zugang zu medizinischer Versorgung: Alle – Jetzt sofort – Für immer! Pressemitteilung der Medibüros vom 14. April 2020, abgedruckt z.B. in: Der Schlepper Nr. 97, S. 32 f., online: [https://www.frsh.de/fileadmin/schlepper/schl\\_97/s97\\_32-33.pdf](https://www.frsh.de/fileadmin/schlepper/schl_97/s97_32-33.pdf).

auf die Begegnung mit und das Handeln von einheimischen Akteuren des Gesundheitswesens mit sich brachten. Daher nimmt die Untersuchung beide Bereiche der Thematik in den Blick.

Bei der Darstellung der Beschäftigung Zwangsarbeitender in medizinischen Institutionen geht es um die Frage, ob ihr Einsatz in diesem Arbeitsfeld dem allgemeinen Muster von Ausbeutung, Entrechtung und Entwürdigung in verschiedenen, meist an den Rasse- und Nationalitätenhierarchien orientierten Abstufungen erfolgte, ob also auch hier die aus anderen Arbeitseinsatzbereichen bekannten Mechanismen von Diskriminierung und Ausschluss zur Wirkung kamen oder ob sich der dem Anspruch nach fürsorgliche und heilende Ansatz des Gesundheitswesens beim Zwangsarbeitseinsatz in irgendeiner Art positiv bemerkbar machte. Bei der Analyse der gesundheitlichen Versorgung Zwangsarbeitender steht zunächst die Frage nach dem Vorhandensein medizinischer Betreuung und gegebenenfalls dem Zugang zu ihr im Mittelpunkt. Wie sah sodann die Gesundheitsversorgung dieser Menschen bezogen auf die ambulante wie die stationäre Versorgung und auf die Leistungen der Krankenversicherung im Einzelnen aus? Gab es Abstufungen und Binnendifferenzierungen? Wirkten hier Mechanismen von Ausschluss und Diskriminierung und falls ja: in welchem Ausmaß und nach welchen Mustern? Gab es bestimmte, besonders kritische Faktoren (z.B. Alter, Herkunft, Geschlecht, Arbeitseinsatzbereich...)? Kann von einer systematischen und/oder geplanten Unterversorgung gesprochen werden? Wie positionierten sich die zuständigen Ärzte, Kassen und gesundheitlichen Einrichtungen in ihrem Handeln? Oder anders gefragt: Hatte die Kooperation von Medizin und Nationalsozialismus Auswirkungen auf die gesundheitliche Situation der Zwangsarbeitenden? Und falls ja, in welchem Ausmaß war das der Fall?

Zur möglichen Beantwortung dieser Fragen folgt die vorliegende Arbeit dem Ansatz, zunächst eine regionale Begrenzung (auf die Region Südniedersachsen) vorzunehmen, um ein handhabbares Datensample erstellen und bearbeiten, aber auch, um den Sachverhalt anhand von exemplarischen Einzelfällen in der nötigen Tiefe explorieren zu können. Durch diese Begrenzung kann der Kontext von Zwangsarbeit in Südniedersachsen detailliert dargestellt werden, bevor eine intensive Beschäftigung mit dem Datensample erfolgt, auf dessen Grundlage eine Datenbank erstellt wurde, in die möglichst viele serielle Quellen mit Bezug zum Thema eingearbeitet wurden. Im Abgleich mit einer übergreifenden Datenbank über Zwangsarbeit in Südniedersachsen fließen Hintergrundinformationen zu einzelnen

Personen und Sachverhalten in die Analyse ein. Zur Auswertung des Datensamples werden Gruppenbildungen und Analysen nach verschiedenen Kriterien vorgenommen. Gelegentlich werden zudem dort, wo es trotz schmalen Datenbasis möglich ist, die Daten von Einheimischen zum Vergleich herangezogen.

Grenzen dieses Ansatzes liegen vor allem in Mängeln in den zur Verfügung stehenden Quellen begründet. Diese sind offenkundig unvollständig oder in ihrer Genese unklar; das ihnen zugrunde liegende Aktenmaterial ist vernichtet oder nicht auffindbar; sie sind meist retrospektiv und auf Anforderung von Dritten erstellt. Zudem sind sie einseitig aus der Perspektive der deutschen Verwaltung verfasst. Gegenüberlieferungen liegen nur selten vor. Quellen über die deutschen Akteure des Gesundheitswesens, die detaillierten Aufschluss über Behandlung oder Unterversorgung der Zwangsarbeiter geben oder Hinweise auf Haltungen der Ärzte und mögliche ethische Konfliktsituationen liefern könnten, fehlen oder sind nicht zugänglich. Die Fokussierung der Untersuchung auf das Geschehen in einer bestimmten Region setzt dem Forschungsansatz ebenfalls Grenzen, denn Aussagen, beispielsweise über Sterbequoten, müssen notwendig provisorisch bleiben, solange das weitere Schicksal derjenigen Zwangsarbeitenden nicht bekannt ist, die in Sterbelager außerhalb der Region oder in ihre Heimat abgeschoben wurden. Eine auf das gesamte Reichsgebiet oder noch darüber hinaus ausgedehnte Analyse würde aber nicht nur den Rahmen dieser Arbeit sprengen, sondern auch Ressourcen in einem Ausmaß erfordern, wie sie wohl nirgends zur Verfügung stehen. Hier bleibt nur die Hoffnung auf eine übergreifende Studie, die irgendwann in der Zukunft die Ergebnisse vieler Regionalstudien zu einer Synthese zusammenführt.

Die nun folgende Darstellung gibt zunächst eine Übersicht über den aktuellen Forschungsstand. Hier werden Forschungen rezipiert, die sich mit dem Einsatz von Zwangsarbeiterinnen und Zwangsarbeitern in Institutionen des Gesundheitswesens beschäftigen, gefolgt von Untersuchungen, die das Gesundheitswesen als Feld der medizinischen Versorgung Zwangsarbeitender in den Blick nehmen und erweitert um Darstellungen, in denen beide Formen der Begegnung von Zwangsarbeit und Gesundheitswesen anhand einzelner Einrichtungen oder Regionen analysiert werden.

Nach diesem Überblick wird die gesundheitliche Situation von Zwangsarbeitenden in Südniedersachsen thematisiert. Zum besseren Verständnis wird zunächst der Kontext von Zwangsarbeit in der Region, in den verschiedenen Arbeitsfeldern und verdichtet am Beispiel einer südniedersächsischen Stadt dargestellt. Auf diese Hinführung folgt ein Überblick über

den Einsatz ausländischer Zwangsarbeiterinnen und Zwangsarbeiter in den regionalen medizinischen Institutionen. Im Anschluss steht die gesundheitliche Versorgung Zwangsarbeitender im Fokus. Die Analyse erfolgt auf der Grundlage einer Auswertung verschiedener serieller Quellen: Versichertenkarten der Krankenkassen liefern Hinweise auf die Zusammensetzung der Gruppe, Erkrankungen und die allgemeine gesundheitliche Situation und enthalten Aussagen über Kontakte von Zwangsarbeitern und Ärzten bzw. medizinischen Institutionen, versagte und gewährte Behandlungen und andere Leistungen. Sie verweisen auf Rahmenbedingungen des Zwangsarbeitseinsatzes wie eine starke körperliche Ausbeutung in bestimmten Branchen, Aufenthalte in Straflagern oder den Umgang mit Sterbenden. Listen aus den regionalen Krankenhäusern gewähren Einblick in die stationäre Versorgung von Zwangsarbeitenden mit Erkrankungshäufigkeiten und Aufenthaltsdauer, Abweichungen unter den verschiedenen Gruppen von Zwangsarbeitenden und Hinweisen auf Todesfälle in den Anstalten und ihre Ursachen. Sterbelisten erweitern die Angaben zu Todesfällen aus Versicherungs- und Krankenhausunterlagen beträchtlich und verweisen neben gruppenspezifischen Besonderheiten generell auf das tödliche Risiko, das der Einsatz zur Zwangsarbeit für die Betroffenen bedeutete. Am Ende dieser Analysen stehen Korrekturen, Ergänzungen und Kommentare aus ausgewählten retrospektiven biographischen und autobiographischen Zeugnissen ehemaliger Zwangsarbeitender, die die Subjektperspektive der Betroffenen in die Darstellung einführen und Informationen liefern, die die seriellen deutschen Quellen nicht bieten können oder wollen. Diese Zeugnisse ermöglichen eine kritische Revision der Ergebnisse der Analyse der seriellen Quellen, die in die abschließende Zusammenfassung der Studie eingeht.

### **1.3 Stand der Forschung: Medizinische Institutionen als Einsatzbereich von Zwangsarbeitenden**

Einige der bisher vorgelegten Forschungsbeiträge legen ihren Fokus umfassend und ausschließlich auf Einrichtungen des Gesundheitswesens als „Arbeitgeber“ von Zwangsarbeitenden und auf die Situation dieser Beschäftigten im Einsatzfeld Gesundheitswesen. So analysiert Ulrike Winkler den Einsatz Zwangsarbeitender in evangelischen und diakonischen