

Herausgegeben von
Alfred Fleßner,
Uta George, Ingo Harms
und Rolf Keller

Forschungen zur Medizin im Nationalsozialismus

Vorgeschichte – Verbrechen – Nachwirkungen



Wallstein

Forschungen zur Medizin im Nationalsozialismus

SCHRIFTENREIHE DER
STIFTUNG NIEDERSÄCHSISCHE GEDENKSTÄTTEN

Band 3

Forschungen zur Medizin im Nationalsozialismus

Vorgeschichte – Verbrechen –
Nachwirkungen

Herausgegeben von Alfred Fleßner,
Uta George, Ingo Harms und Rolf Keller



WALLSTEIN VERLAG

In memoriam
Raimond Reiter

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

© Wallstein Verlag, Göttingen 2014
www.wallstein-verlag.de

Vom Verlag gesetzt aus der Adobe Garamond
Umschlaggestaltung: Susanne Gerhards, Düsseldorf
Umschlagfoto: Krankenschwestern und ein Pfleger der Heil- und
Pflegeanstalt Wehnen vor dem Hauptgebäude der Klinik, etwa 1943
(Ausschnitt aus einem Gruppenfoto). Privatbesitz
Druck und Verarbeitung: Hubert & Co, Göttingen
ISBN (Print) 978-3-8353-1407-8
ISBN (E-Book, pdf) 978-3-8353-2623-1

Inhalt

ALFRED FLESSNER, UTA GEORGE, INGO HARMS, ROLF KELLER Einleitung der Herausgeber	7
MARIA HERMES Vorläufer des Krankenmordes. Die Psychiatrie im Ersten Weltkrieg als Vorläufer der nationalsozialistischen Psychiatrie am Beispiel des Bremer St.-Jürgen-Asyls	12
INGO HARMS Paul Eden – ein Oldenburger Arzt im Dienst der nationalsozialistischen »Erbgesundheit«	29
ALFRED FLESSNER Tuberkulose und Krankenmord in Oldenburg	45
RAIMOND REITER Niedersächsische Denkschriften gegen »Euthanasie«-Morde	59
INGO HARMS Medizinische Verbrechen und die Entnazifizierung der Ärzte im Land Oldenburg	78
CHRISTOPH SCHNEIDER Befreiender Irrtum. Über ein Medium der Überlieferung	112
KLAUS DÖRNER NS-Medizin und »die Stunde Null«. Der Blick auf die Opfer, Täter und Einrichtungen nach 1945	135
MARGRET HAMM Zwangssterilisierte und »Euthanasie«-Geschädigte in ihrem Ringen um Anerkennung und Entschädigung	141
UTA GEORGE Inklusive Bildung in Gedenkstätten	155

HEDWIG THELEN	
Opferbiographien in der Gedenkstätte Wehen.	
Präsenz, Präsentation und pädagogische Arbeit	169
CAROLA S. RUDNICK	
Vielfalt achten, Teilhabe stärken. Menschenrechts- und gegenwartsreflektierte historisch-politische Bildungsarbeit an Orten der NS-Psychiatrie und »Euthanasie«	182
GERRIT HOHENDORF	
Geschichte als Argument. Die aktuelle Debatte um die Sterbehilfe und die historische Erfahrung der nationalsozialistischen »Euthanasie«	211
SEBASTIAN STIERL	
Nachruf auf Dr. Raimond Reiter, geb. am 6. Oktober 1953, verst. am 1. September 2011	234
Literatur	237
Abkürzungen	252
Autorinnen und Autoren	253

Einleitung der Herausgeber

ALFRED FLESSNER, UTA GEORGE, INGO HARMS, ROLF KELLER

Die Forschung zu den während der NS-Herrschaft verübten medizinischen Verbrechen und ihren Folgen hat in jüngster Zeit eine dynamische Entwicklung genommen. In relativ schneller Folge wurden in den letzten Jahren neue Studien insbesondere zu den Themenkomplexen »Euthanasie«, Zwangssterilisationen und medizinische Versuche veröffentlicht. Die Gründe für diese Forschungsintensität, in die der vorliegende Aufsatzband einen Einblick gibt, sind vielschichtig.

In diesem Zusammenhang hat die Entwicklung der Erinnerungskultur eine besondere Bedeutung. Die in den vergangenen dreißig Jahren entstandenen Gedenkstätten für die Opfer der NS-»Euthanasie« haben Forschungen initiiert, unterschiedliche Gedenk- und Erinnerungsformen hervorgebracht und eine dem Gegenstand und den jeweiligen Orten angemessene pädagogische Herangehensweise entwickelt. Dabei beziehen sie die Vorgeschichte der Medizinverbrechen sowie aktuelle Diskurse beispielsweise über Bioethik mit ein. Im Dialog mit Angehörigen von Opfern stellen sich neue Fragen, die neue Antworten erforderlich machen. Oft deckt die Rekonstruktion von Einzelschicksalen Besonderheiten im historischen Geschehen auf und macht bislang unbekannte Strukturen sichtbar. Beispielsweise wurde erst nach 1980 erkannt, dass den Gasmorden der Jahre 1939–1941 eine zweite Vernichtungswelle in den Jahren 1942–1945 folgte, die sich verdeckter Tötungsmethoden bediente und immer mehr Opfergruppen erfasste. So konnte die historische Bedeutung der Hunger-»Euthanasie« erst herausgearbeitet werden, nachdem eine ganze Reihe von Einzeluntersuchungen vorlag. Durch Erweiterung des Forschungsblicks wurde der untersuchte Täterkreis über das medizinische Personal hinaus auf die Medizinalbürokratie ausgedehnt. Mit den Fortschritten in der Täterforschung wiederum veränderte sich der Diskurs um ethisch-moralische Folgerungen aus den historischen Geschehnissen. Die Erkenntnis der personellen und ideologischen Kontinuitäten hat den Blick für jene langfristigen gesellschaftlichen Entwicklungen geschärft, die den vollständigen Bruch mit der ärztlichen Ethik erst möglich gemacht haben. Daraus sind ideologiehistorische Ansätze entstanden, die auf andere Bereiche wie beispielsweise die Sozialgeschichte ausstrahlen.

Das Besondere an der vorliegenden Aufsatzsammlung ist – neben der Aktualität der Einzelthemen – die Zusammenführung vieler dieser Aspekte in einem Band. Sie gibt einen tiefen Einblick in die Vielfalt der Forschungs- und Erinnerungsaspekte und ermöglicht interessante Querverbindungen.

Ausgangspunkt des Bandes war die Tagung »Psychiatrie und Patientenmord im Nationalsozialismus: Geschichte und Erinnerungskultur« vom 15. bis 17. März 2012 in Bad Zwischenahn/Wehnen. Die Veranstaltung wurde von der Stiftung niedersächsische Gedenkstätten in Kooperation mit dem Gedenkkreis Wehnen e. V., dem Psychosozialen Verein Lüneburg e. V. und der Geschichtswerkstatt Lüneburg e. V. organisiert. Ziel war es, über den Forschungsstand zum Thema NS-»Euthanasie«-Verbrechen in Niedersachsen zu informieren, Aspekte der pädagogischen Arbeit und Erinnerungskultur darzulegen und gleichzeitig Forschungsdesiderate aufzuzeigen. Im Mittelpunkt standen die beiden Landes-Heil- und Pflegeanstalten Wehnen und Lüneburg und die Gedenkstättenarbeit an diesen Orten.

An der Konzeption war ursprünglich Raimond Reiter beteiligt, der wenige Monate vor der Tagung plötzlich verstorben ist. Seine Forschungen zur Geschichte der Anstalt Lüneburg in der NS-Zeit und der Patientenmorde im Nationalsozialismus waren für die Dokumentations- und Bildungsarbeit nicht nur der Gedenkstätte Lüneburg von fundamentaler Bedeutung. Wir haben den vorliegenden Aufsatzband daher seinem Andenken gewidmet und einen frühen Aufsatz von Raimond Reiter aufgenommen, der 1993 in den Hannoverschen Geschichtsblättern erschienen ist. Wir danken dem Stadtarchiv Hannover für die Genehmigung zum Abdruck.

Bei der vorliegenden Publikation handelt es sich nicht um eine Tagungsdokumentation im engeren Sinne. Sie enthält neben zwei Vortragsmanuskripten (Klaus Dörner, Margret Hamm) einige als Aufsätze überarbeitete Vorträge der Tagung sowie weitere Beiträge, die durch Diskussionen während der Tagung angeregt worden sind. So entsteht ein vielschichtiges Bild der aktuellen fachwissenschaftlichen, pädagogischen und erinnerungspolitischen Diskussion mit einem besonderen geographischen Fokus auf Niedersachsen.

Die Aufsatzthemen umfassen die Zeitspanne vom Ersten Weltkrieg bis in die Gegenwart und reichen inhaltlich von der Vorgeschichte der NS-»Euthanasie« über deren Nachwirkungen bis hin zur gegenwärtigen Erinnerungskultur und aktuellen ethischen und politischen Debatten z. B. über pränatale Diagnostik und Sterbehilfe. Die Medizinverbrechen der NS-Zeit werden so ideengeschichtlich und zeitlich kontextualisiert.

Am Beispiel des Bremer St.-Jürgen-Asyls untersucht Maria Hermes den medizinischen Umgang mit Soldaten, die im Verlauf des Ersten Weltkriegs aufgrund einer Kriegsbeschädigung in die Psychiatrie eingewiesen wurden. Sie zeigt auf, dass die psychiatrische Praxis bereits zu dieser Zeit von sozialdarwinistischen Deutungsmustern bestimmt war, wobei die Gewalterfahrungen im Krieg als Krankheitsursache unreflektiert blieben, und wie sich die Ärzte während des Hungersterbens in der Psychiatrie des Ersten Weltkrieges an die Ungleichbehandlung von Patienten gewöhnten und den Tod bestimmter Gruppen akzeptierten bzw. provozierten.

Der erste Beitrag von Ingo Harms beschreibt die aktive Beteiligung des Oldenburger Arztes Dr. Paul Eden an Zwangssterilisierungen. Die Schilderung eines postoperativen Todesfalles und des aussichtslosen Kampfes der Familie um Anerkennung und Entschädigung noch während des Nazi-regimes führen vor Augen, wie weit Ärzte mit den Vollmachten der Erbgesundheitsmedizin auf den privatesten Bereich Einfluss nehmen konnten. Der Beitrag beschreibt außerdem, wie mit der Causa Paul Eden bis in die jüngste Vergangenheit politisch umgegangen wurde.

Auf der Grundlage neuerer Aktenfunde kann die Tuberkulosemedizin in Oldenburg erstmals umfassend untersucht werden. Alfred Fleßner geht in seiner Bestandsaufnahme Hinweisen auf die Verwicklung oldenburgischer Lungenheilstätten in die nationalsozialistischen Krankenmordaktionen nach. Er belegt die Vermutung, dass sich in der Tuberkulosemedizin eine Selektionspraxis etablierte, in der bestimmte Patientengruppen als nicht behandlungswürdig ausgesondert wurden. In der Endphase des Nationalsozialismus, so seine These, diente eine zentrale Asylierungseinrichtung dazu, die Arbeitskraft dieser Kranken möglichst lange auszunutzen.

Der Aufsatz von Raimond Reiter beschreibt die Entstehungsgeschichte von vier kritischen Denkschriften zur »Euthanasieaktion«. Es wird deutlich, dass die Durchführung der »Aktion T4« im Raum Niedersachsen bereits früh bekannt war und dass unter Ärzten und Verwaltungsbeamten in den Heil- und Pflegeanstalten sowie in der hannoverschen Provinzialregierung darüber relativ offen diskutiert wurde. Die Verfasser der Denkschriften waren jedoch keinen Repressionen ausgesetzt. Im Gessner-Prozess 1950 wurde die Frage gestellt, ob die Denkschriften und daraus abgeleitete widerständige Verhaltensweisen Patientinnen und Patienten vor der Ermordung gerettet haben.

In seinem zweiten Beitrag untersucht Ingo Harms die Entnazifizierung der Ärzte im Land Oldenburg. Den Hintergrund bildet die Politik der britischen Militärregierung zur Strafverfolgung der Kriegsverbrecher und demokratischen Umerziehung der deutschen Bevölkerung. Die oldenburgischen Ärzte wurden auf Druck des Ministerpräsidenten zwar einer zweifachen Überprüfung unterzogen, jedoch sind im Anschluss keine Strafverfahren eingeleitet worden. Die an dem Krankenmord im Freistaat Oldenburg beteiligten Ärzte und Medizinalbeamten wurden daher niemals mit ihren Taten konfrontiert; Inhaftierungen von Ärzten erfolgten lediglich aufgrund ihrer Mitgliedschaft in der NSDAP, SS, SA und anderen NS-Gliederungen. Doch der Verhaftungs- folgte rasch eine Entlassungswelle, und das für fast die Hälfte der rund 700 Ärzte verhängte Verbot der Bekleidung öffentlicher Ämter wurde bald wieder gelockert. Letztlich bedeutete die Entlastung durch die Spruchkammer für die Angeschuldigten nicht nur einen Freispruch vom Vorwurf der Beteiligung an den Verbrechen des NS-Regimes,

sondern geradezu eine Rehabilitation, die sie über die Masse der Nichtüberprüften erhob.

Der Beitrag von Christoph Schneider beruht auf Mitschnitten des Prozesses gegen die NS-»Euthanasie«-Ärzte Heinrich Bunke, Klaus Endrweit und Aquilin Ullrich im Jahr 1967, die dem Fritz-Bauer-Institut Frankfurt a.M. zur Verfügung gestellt wurden. Die Tonbandmitschnitte und Schneiders Analyse geben einen guten Einblick in die juristischen Denkmuster in den NS-Prozessen der 1960er Jahre. Schneider analysiert die Argumentationen der Anwälte der drei Angeklagten, die hauptsächlich auf Verbotsirrtum rekurrierten und argumentierten, die Ärzte hätten die Strafbarkeit ihrer Taten nicht erkennen können. Sie führten einen von Autoritäten der Geistesgeschichte begründeten allgemeinen Konsens der gerechtfertigten Tötung von »tiefstehenden idiotischen Menschen« an, der zusammen mit der vermeintlichen Seriosität des Selektionsverfahrens und der vorausgesetzten Kompetenz der Vorgesetzten einen unvermeidbaren Tatirrtum hergestellt hätte. Besonders dieses juristische Argumentationsmuster ist gesellschaftlich tief verankert und wirkt bis heute fort.

Klaus Dörners Vortrag lässt sich als aktuelle Gesellschaftsanalyse beschreiben. Er blickt zurück auf die Nachkriegszeit in der deutschen Psychiatrie und die Anfänge der Auseinandersetzung mit dem historischen Erbe, den Zwangssterilisationen und »Euthanasie«-Verbrechen in der NS-Zeit. Dabei schildert er die Perspektiven der Opfer, der Psychiater und der Institutionen. Er stellt die These auf, dass die Psychiatrie-Verbrechen auf zeitlich weiter zurückreichende Strukturen und Denkmuster der Psychiatrie zurückzuführen sind, die erst die Radikalisierung in der NS-Zeit ermöglichten.

Als langjährige Geschäftsführerin und Vorsitzende des Bundes der »Euthanasie«-Geschädigten und Zwangssterilisierten (BEZ) schildert Margret Hamm in ihrem Vortrag die jahrzehntelangen Bemühungen dieser Opfergruppe um ihre Anerkennung als NS-Verfolgte und um angemessene Entschädigungsleistungen. Trotz einiger politischer Erfolge, so ihr Resümee, ist das Ergebnis für die Opfer eine »vernichtende Bilanz«.

Drei Aufsätze des Bandes widmen sich der pädagogischen Arbeit in Gedenkstätten. Uta George beschreibt den Prozess der Entstehung von Angeboten in Leichter Sprache. Diese gilt als barrierearme Methode für Menschen mit Lernschwierigkeiten (= Menschen mit geistigen Behinderungen). Sie berichtet anhand ihrer langjährigen Erfahrungen über die Chancen, durch Leichte Sprache auch in Gedenkstätten inklusive Angebote zu entwickeln, und gibt konkrete Empfehlungen für Einrichtungen, die größtmögliche Barrierefreiheit anstreben.

Mit der Bedeutung biographischer Erzählungen für die gedenkstättenpädagogische Arbeit setzt sich Hedwig Thelen am Beispiel der sogenannten Roten Bücher auseinander, die ein zentrales Ausstellungselement in der Ge-

denkstätte Alte Pathologie in Wehnen bilden. Die aus der Perspektive von Angehörigen geschriebenen Patientengeschichten eröffnen den Besuchern einen direkten Zugang zu den Opferschicksalen. Hedwig Thelen reflektiert den Nutzen und die Problematik dieser Form der Geschichtsvermittlung.

Carola Rudnick beschreibt ein neu entwickeltes Angebot der Bildungs- und Gedenkstätte Lüneburg. Ausgewählte Gruppen (Krankenpflegeschulen, Lehrerinnen und Lehrer, Tätige im Gesundheitswesen u. a.) werden multiperspektivisch an die Geschichte der Heil- und Pflegeanstalt Lüneburg herangeführt. Ziel des Projektes ist es, Inklusion und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen vor dem Hintergrund der NS-Medizinverbrechen zu thematisieren. Das Projekt ordnet sich in die Menschenrechtsbildung ein.

Gerrit Hohendorf stellt in seinem Beitrag einen Zusammenhang der aus dem Nationalsozialismus stammenden Denkfiguren mit heutigen Argumentationsformen der Sterbehilfe und aktuellen Euthanasiedebatten her. Kenntnisreich schildert er die Öffentlichkeitsarbeit und Praxis der gesellschaftlichen Kräfte und Gruppen, die sich für eine Sterbehilfe einsetzen oder sie, wie in den Niederlanden, durchgesetzt haben. Er verweist auf Parallelen zur Sterbehilfedebatte in der NS-Zeit, in der es unter anderem darum ging, den Wert des Lebens zu definieren.

Insgesamt bietet die Publikation ein Spektrum von Aufsätzen und Untersuchungen, die den aktuellen Forschungsstand in seiner ganzen Breite und Tiefe darstellen. Die thematische Vielfalt der Beiträge und ihr Zustandekommen machen deutlich, welchen Anteil die Gedenkstättenkultur an der Forschung zur Medizin im Nationalsozialismus hat. Sie leistet damit einen Beitrag zur Erweiterung und Vertiefung der wissenschaftlichen Fragestellungen.

Vorläufer des Krankenmordes

Die Psychiatrie im Ersten Weltkrieg als Vorläufer der nationalsozialistischen Psychiatrie am Beispiel des Bremer St.-Jürgen-Asyls

MARIA HERMES

»Der Weltkrieg hat gelehrt, dass die eigentlichen Geisteskrankheiten in ihm und durch ihn weder an Zahl zugenommen, noch in bisher unbekanntem Formen aufgetreten sind.«¹ Diese Worte schrieb 1940 der zeitgenössisch bekannte Psychiater Robert Gaupp über die Jahre zwischen 1914 und 1918. Neben der expliziten und angesichts der hunderttausenden, in den Kriegsjahren seelisch erkrankten Soldaten ungeheuren Aussage implizieren diese Worte Weiteres: Die Ereignisse des Ersten Weltkrieges hätten keine Bedeutung für die des darauf folgenden Krieges. Die besonderen Verhältnisse der Psychiatrie im Krieg seien ein Thema, mit dem sich der Mediziner nicht zu befassen brauche. Dass dem mitnichten so ist, dass vielmehr die Psychiatrie des Ersten Weltkrieges auch ein – nicht wegzudenkender – Vorläufer der nationalsozialistischen Psychiatrie ist, soll im vorliegenden Beitrag gezeigt werden.² Untersucht wird die praktische Psychiatrie am Bremer St.-Jürgen-Asyl. Aussagen über die Verhältnisse dort lassen sich mit hoher Wahrscheinlichkeit auf andere, ursprünglich zivile Krankenhäuser übertragen.³

Drei Themen werden angesprochen: Die praktische Psychiatrie zwischen 1914 und 1918 lässt sich erstens hinsichtlich der Bedeutung sozialdarwinistischer Deutungsmuster als Vorgeschichte der nationalsozialistischen »Seelenheilkunde« betrachten. Der psychiatrische Umgang mit soldatischer Gewalterfahrung bildet eine zweite unmittelbare Verbindungslinie. Drittens muss das sogenannte Hungersterben in der Psychiatrie zwischen 1914 und 1918 hinsichtlich seiner Bedeutung für die späteren Jahre befragt werden. Die folgende Darstellung beginnt mit den Aussagen eines Patienten, der im Jahr

1 Robert Gaupp: Die psychischen und nervösen Erkrankungen des Heeres im Weltkrieg, in: Der Deutsche Militärarzt. Zeitschrift für die gesamte Wehrmedizin, 5. Jg., 1940, H. 6, S. 358-368, hier S. 359 (im Original hervorgehoben).

2 Grundlage der folgenden Aussagen zum St.-Jürgen-Asyl im Ersten Weltkrieg ist meine Dissertation, in der die Krankenakten von 396 PatientInnen des St.-Jürgen-Asyls quantitativ und die von 16 PatientInnen qualitativ ausgewertet wurden (vgl. Maria Hermes: Krankheit: Krieg. Psychiatrische Deutungen des Ersten Weltkrieges, Essen 2012).

3 Weitere Untersuchungen ursprünglich ziviler Krankenhäuser an der sogenannten Heimatfront im Deutschen Reich zwischen 1914 und 1918 liegen bislang noch nicht vor.

1916 einige Wochen im St.-Jürgen-Asyl verbrachte; denn sie, die Betroffenen, sind stets in den Fokus auch der historischen Betrachtung der Psychiatrie zu stellen.

*Die individuelle Erfahrung des
industrialisierten Massenkrieges: Willi Sch.*

Der Patient Willi Sch.,⁴ in seinem zivilen Leben »Schreiber« von Beruf, war zum Zeitpunkt seiner Einlieferung in das St.-Jürgen-Asyl 25 Jahre alt. Er war im November 1915 zum Kriegsdienst eingezogen worden und im Frühjahr 1916 an die Westfront nach Frankreich gekommen. Hier war er im Mai einem Gasangriff mit anschließendem Trommelfeuer ausgesetzt gewesen und am 15. Juli verschüttet worden. Danach kam er in ein Lazarett in St. Quentin und von dort nach Bremen. Im Juli des Jahres 1916 wurde er im St.-Jürgen-Asyl aufgenommen.

Das folgende Zitat ist die Wiedergabe eines Teils der klinischen Untersuchung des Patienten und enthält Fragen der Ärzte an Willi Sch. und seine Antworten:

»Vor 8 Tagen wurden wir angegriffen von Franzosen und unsere Kompanie wurde aufgerieben. Ich wurde verschüttet. Verletzung? Nein. Warum hier? Ich weiss nicht. Krank gemeldet? Ich bin herunter gekommen. Ins Lazarett? Ich weiss nicht wann. Angriff? Am 15. Nach dem Angriff kam die Verschüttung. Wann wieder heraus? Ein paar Minuten. Wir liefen alle hin und her. ich versuchte über die Deckung nach vorn wegzulaufen unterwegs traf ich einen Verwundeten den hab ich mitgenommen. Die Granaten schlugen ein und nahm [sic] den Kopf des Kameraden mitnahm [sic]. ich kam dann in einen Graben hinein, wo alle tote lagen auch Schwarze. Ich lief immer wieder hin und her und ein Kamerad kam dann dort [sic] und hat mich mitgenommen. dann habe ich die Erinnerung verloren.«

Der Erste Weltkrieg ist als erster industrialisierter Massenkrieg in die Geschichtsschreibung eingegangen. Ständiger Beschuss, Monotonie im Schützengraben, die von Angriffen unterbrochen wurde, die Erfahrung, dass unmittelbar neben einem beständig so genannte Kameraden sterben und man selbst der Nächste sein kann, sind nur einige der damit verbundenen

4 Die folgenden Angaben und Zitate sind, soweit nicht anders angegeben, der Krankenakte des Patienten entnommen: Krankenakte Willi Sch., Alt-Archiv am Klinikum Bremen-Ost, A 100/13.

soldatischen Erlebnisse, die heute unvorstellbar sind.⁵ Unter diesen Bedingungen erkrankten allein beim Feldheer des Deutschen Reiches 313.399 Soldaten an so genannten Krankheiten des Nervengebietes, beim Feld- und Besatzungsheer zusammen waren es über 600.000; diese Zahlen der psychiatrisch *behandelten* Soldaten erfasste der 1934 publizierte »Sanitätsbericht über das Deutsche Heer«.⁶

Diese große Zahl seelisch erkrankter Soldaten hatte die Oberste Heeresleitung vor 1914 nicht erwartet, war doch in offiziellen Kreisen vielmehr stets die »Nervenstärke« des deutschen Volkes propagiert worden. Infolgedessen musste die Psychiatrie auch in der Heimat institutionell umgestellt werden. Erkrankte Soldaten wurden nicht mehr nur in speziellen Militärlazaretten behandelt. In vormals zivilen Krankenhäusern wurden (Reserve-)Lazarettabteilungen zur Behandlung seelisch erkrankter Soldaten eingerichtet. Dies betraf auch das bremische St.-Jürgen-Asyl, in dem ab Kriegsbeginn zunächst vereinzelt Soldaten behandelt wurden. Im Oktober des Jahres 1916 wurde hier ein eigenes Reservelazarett für die Soldaten eingerichtet. Es bot Platz für 57 einfache Soldaten und drei Offiziere. Die Soldaten waren in einem eigenen Haus auf dem Gelände des Krankenhauses räumlich getrennt von den sogenannten Zivilkranken untergebracht.⁷ Sie wurden von zivilen Ärzten (unterstützt von einem ehemaligen Militärarzt) parallel zu den zivilen männlichen und weiblichen Patienten betreut, Bedingungen, die nicht ohne Folgen für ihre Versorgung bleiben sollten.

Willi Sch. war einer der soldatischen Patienten, die noch vor der Eröffnung des Reservelazaretts in »Ellen«, einer Dorfschaft bei Hemelingen,

- 5 Aus heutiger medizinischer Sicht waren es gerade die neuartigen Waffen, der Wechsel von totalem Stillstand in den Schützengräben und hoher Aktivität bei den Angriffen und schließlich die Wahrnehmung des Massensterbens, kurzum die besonderen Bedingungen dieses ersten industrialisierten Massenkrieges, die zu vielfachen seelischen Erkrankungen bei den Soldaten führten. Vgl. Karl-Heinz Biesold: Seelisches Trauma und soldatisches Selbstverständnis: Klinische Erfahrung aus psychiatrischer Sicht, in: Angelika Dörfler-Dierken, Gerhard Kümmel (Hg.): Identität, Selbstverständnis, Berufsbild. Implikationen der neuen Einsatzrealität für die Bundeswehr, Wiesbaden 2010, S. 101-120 et al.
- 6 Vgl. Sanitätsbericht über das Deutsche Heer (Deutsches Feld- und Besatzungsheer) im Weltkriege 1914/1918 (Deutscher Kriegssanitätsbericht 1914/18), 3. Band: Die Krankenbewegung bei dem Deutschen Feld- und Besatzungsheer im Weltkriege 1914/1918, Berlin 1934, S. 145-148.
- 7 Vgl. Vertrag zwischen dem St.-Jürgen-Asyl und dem Reserve-Lazarett I wegen Aufnahme erkrankter Militärpersonen in einer Abteilung des Asyls (Staatsarchiv Bremen, 3-M.1.t.2. Nr. 126, Akte, betr. Verträge zwischen dem St.-Jürgen-Asyl und dem Reserve-Lazarett I wegen Aufnahme erkrankter Militärpersonen in einer Abteilung des Asyls, und zwischen Direktor Dr. Delbrück und dem Reserve-Lazarett I wegen Verpflichtung des Dr. Delbrück als ordinerender Arzt der Abteilung).

untergebracht waren. In seiner Krankengeschichte zeigen sich die soldatischen Kriegserlebnisse besonders eindrücklich. Aufschlussreich ist, wie die Ärzte mit diesen Kriegserlebnissen umgingen. Die Beschreibung der eigenen Kriegserlebnisse durch den Patienten zeigt, dass Willi Sch. den Krieg so erfuhr, wie er in die Geschichtsschreibung eingegangen ist: als ersten industrialisierten Massenkrieg. Doch bei der Beurteilung der Bremer Ärzte spielten seine subjektiven Kriegserlebnisse trotz der hohen Bedeutung, die sie offenbar für ihn hatten, keine Rolle mehr.

Bei einer Auflistung der Krankheitssymptome wurde unter anderem auf einen Gasangriff verwiesen, den Willi Sch. miterlebt hatte. Hier hieß es:

»2 Schwestern nervös begabt [der Patient, M. H.] aber körperlich schwächlich, deshalb militärfrei. Mit 25 Jahren vor 8 Monaten Soldat. Vor 4 Monaten ins Feld. Vor 2 Monaten Gasangriff, darnach [sic] Gedächtnisschwäche und Kopfweh. Vor 10 Tagen nach 5tägigem Trommelfeuer bei eiserner Portion in sehr schwerem Kampf nicht verletzt aber etwas kopflos geworden. Für die folgende [sic] etwa 48 Stunden etwas traumhaftes unzuverlässiges Gedächtnis, darnach [sic] allmählich klarer.«⁸

Damit endete die Beschreibung, die auf den Krieg Bezug nahm. Die Zeit des Patienten beim Militär wurde auf nur wenige Worte reduziert, seine subjektiven Erlebnisse an der Front fanden im Gegensatz zu den Ereignissen (der Verschüttung etc.) keine Erwähnung.

Auch in anderen Krankenakten des St.-Jürgen-Asyls wurde von den konkreten Erlebnissen der soldatischen Patienten an der Front abstrahiert, ihnen wurde kein Einfluss auf die seelische Gesundheit der Betroffenen zugestanden. Wenn die Bremer Ärzte einen kausalen Zusammenhang zwischen psychischer Erkrankung und Kriegsgeschehnissen annahmen, so galten besondere *Ereignisse* als hierfür verantwortlich, die meist im Zusammenhang mit einer körperlichen Verletzung standen, beispielsweise Verschüttungen. *Erlebnisse* der Patienten wurden nicht als krankheitsverursachend wahrgenommen. Dies ist Ausdruck eines körpermedizinischen Krankheitsverständnisses, das in allen Krankenakten des St.-Jürgen-Asyls zum Vorschein kommt.

Für die Verursachung der Erkrankung von Willi Sch. spielte in den Augen seiner Ärzte also keine Rolle, wie er den Gasangriff und seine Verschüttung erlebte. Beides galt ihnen nur als *Auslöser* seiner Krankheit. Als Krankheitsursache hingegen nahmen sie persönliche und familiäre Merkmale des Patienten wahr. Wichtig erschien den Bremer Ärzten, dass Willi Sch. »2 Schwestern« hatte, selbst jedoch »nervös begabt aber körperlich schwächlich, deshalb militärfrei« gewesen sei. Damit wurden zwei Sachverhalte aus-

8 Krankenakte Willi Sch., Alt-Archiv am Klinikum Bremen-Ost, A 100/13.

gedrückt: erstens die Annahme, Willi Sch. sei erblich belastet; zweitens die Annahme, er habe eine schwächliche Konstitution.

In anderen Ellener Krankenakten wurde dieser Sachverhalt ausführlicher und intensiver erwähnt: Bei den meisten Patienten wurde diagnostiziert, sie seien erblich belastet und wiesen eine schwächliche Konstitution auf, teils kämen so genannte Degenerationszeichen hinzu. Diese Sichtweisen waren Ausdruck bereits im ausgehenden 19. Jahrhundert in der Psychiatrie angewandter sozialdarwinistischer Deutungsmuster. Der praktischen Psychiatrie im Ersten Weltkrieg lagen die sozialdarwinistisch motivierten Auffassungen von der biologischen Ungleichheit von Menschen und der Vererbbarkeit vermeintlich negativer Eigenschaften zugrunde. Die Verankerung dieser Deutungsmuster in der praktischen Psychiatrie zeigen Formulare zur Erhebung der Anamnese und zur Untersuchung des körperlichen Zustandes. Diese Untersuchung thematisierte als erstes die Konstitution und dann Degenerationszeichen eines jeweiligen Patienten. Der Blick der Ärzte orientierte sich somit bei der Untersuchung eines Patienten von vornherein an sozialdarwinistischen Deutungsmustern.

Die auch in »Ellen« formulierte Auffassung, die hinter der ärztlichen Annahme steht, die hereditäre Belastung eines Patienten sei wesentliche Ursache seiner Krankheit, ist evident: Weniger der Krieg sei es, so die Bremer Ärzte, der psychische Krankheit verursache, als vielmehr die schwächliche Konstitution und die hereditäre Belastung der Patienten. Wer im Krieg erkrankte, musste also schon vorher krank gewesen sein. Psychische Krankheit im Krieg wurde damit auf den Patienten selbst zurückgeführt, dem die Verantwortung für seine Krankheit übertragen wurde. Die Kriegssituation als solche wurde als nicht krankheitsverursachend wahrgenommen. Für die Patienten hatte dies praktische Auswirkungen: Bei Willi Sch. beispielsweise wurde keine Dienstbeschädigung angenommen, er galt nicht als *durch* den Krieg erkrankt und erhielt im Folgenden keine Militärrente.

Die Annahme, weniger die Kriegsgeschehnisse als vielmehr die angeblich fehlerhafte Beschaffenheit des Individuums sei Ursache seiner seelischen Erkrankung im Krieg, war ebenso zeittypisch wie bei soldatischen Patienten politisch erwünscht. In militärpsychiatrischen Zeitschriften formulierten besonders engagierte Militärpsychiater die Befürchtung, sollte man bei all den 600.000 psychisch erkrankten Soldaten eine Kriegsdienstbeschädigung anerkennen, d. h. annehmen, ihre Krankheit sei durch den Krieg verursacht, würde dies durch die dadurch begründeten Rentenzahlungen den finanziellen Ruin des Deutschen Reiches bedeuten. So ließ sich der Mannheimer Psychiater Fritz Kaufmann in einem medizinischen Fachartikel 1916 gar zu dieser Berechnung hinreißen:

»Eine [...] Folge [der Entlassung psychisch erkrankter Soldaten als dienstunfähig und dienstbeschädigt, M. H.] ist die erhebliche Belastung des Militärfiskus. Ein einfaches Rechenexempel möge das erläutern: Nehmen wir die gewiss niedrig gegriffene Zahl von 100 derart entlassenen Kranken pro Jahr und Armeekorpsbezirk, die Rente des Einzelfalls inkl. Kriegszulagen M. 500.- an, so bedeutet das für die 25 Armeekorpsbezirke Deutschlands eine jährliche Ausgabe von M. 1 250 000.-.«⁹

Die Annahme einer Kriegsdienstbeschädigung sei somit zu vermeiden. Dies ließe vermuten, Ziel der Anwendung sozialdarwinistischer Deutungsmuster bei der psychiatrischen Beurteilung von »Kriegsheimkehrern« sei es gewesen, Rentenzahlungen zu vermeiden. Ein Vergleich zwischen der ärztlichen Einordnung von Erkrankungen bei soldatischen und bei weiblichen Patienten relativiert diese Vermutung jedoch. Denn auch bei der ärztlichen Einschätzung der Erkrankungen *ziviler* Patienten im Krieg spielten sozialdarwinistische Deutungsmuster eine bedeutende Rolle. Dies zeigt die Krankengeschichte der Elisabeth Z.¹⁰ Die 24-Jährige wurde im Dezember 1916 im St.-Jürgen-Asyl aufgenommen. Vor ihrer Einlieferung war sie in mehrfacher Hinsicht mit dem Krieg in Berührung gekommen: Sie hatte in einem Reservelazarett in Bremerhaven gearbeitet, ihr Ehemann und ihr Vetter waren im Krieg gewesen, ihr Ehemann war dort schwer verwundet worden. Die Verwundung des Ehemannes und die Tätigkeit der Patientin in einem Reservelazarett fielen zeitlich mit dem Ausbruch der Erkrankung zusammen. In der Krankenakte wurde jedoch immer wieder notiert, dieser Ausbruch sei Ende des Jahres 1916 »*plötzlich*« erfolgt. Kriegserlebnisse spielten bei der ärztlichen Krankheitskonstruktion der Elisabeth Z. keine Rolle.

Bei der Angabe ihrer Krankheitsursache wurde hervorgehoben, Elisabeth Z. sei erblich belastet und schließlich infolge einer Blinddarmentzündung und der anschließenden Operation seelisch erkrankt. Diese Einschätzung, die hereditäre Belastung sei entscheidender Faktor bei der Verursachung seelischer Erkrankung im Krieg, war in »Ellen« üblich: Im bremischen psychiatrischen Krankenhaus wurde eine Verursachung seelischer Erkrankung durch Kriegsgeschehnisse am ehesten bei soldatischen Patienten wahrgenommen. Bei 4 Prozent der weiblichen und 6 Prozent der männlichen zivilen, aber bei 23 Prozent der männlichen militärischen Patienten wurde eine Verursachung ihrer Erkrankung durch den Krieg angenommen. Damit

9 Fritz Kaufmann: Die planmäßige Heilung komplizierter psychogener Bewegungsstörungen bei Soldaten in einer Sitzung, in: Münchener Medizinische Wochenschrift, Nr. 53, 1916, Feldärztliche Beilage, S. 802-804 (354-356), hier S. 802.

10 Die folgenden Angaben und Zitate sind, soweit nicht anders angegeben, der Krankenakte der Patientin entnommen: Krankenakte Elisabeth Z. geb. R., Alt-Archiv am Klinikum Bremen-Ost, Jahrgang 1929.

nahmen Ärzte bei Soldaten weit häufiger einen entsprechenden Kausalzusammenhang an als bei zivilen Patienten.

Die Zurückführung einer psychischen Erkrankung im Krieg auf die vermeintliche erbliche Belastung der Patienten zeigt die hohe Bedeutung sozialdarwinistischer Erklärungsansätze im Ersten Weltkrieg auch in der zivilen Psychiatrie. Wenn Ärzte auch bei seelisch erkrankten *Soldaten* eine erbliche Belastung annahmen, ist dies damit nicht primär Ausdruck ihres etwaigen vorauseilenden Gehorsams gegenüber dem Militär. Vielmehr »passten« zeitgenössische psychiatrische Theorien genau zu den Erfordernissen des Militärs im Ersten Weltkrieg. Diese bereits zwischen 1914 und 1918 verankerte Bedeutung sozialdarwinistischer Deutungsmuster für die praktische Psychiatrie lässt jene Ereignisse in direkter Kontinuität zur Psychiatrie zwischen 1933 und 1945 stehen.

Weshalb aber wurde bei Elisabeth Z. eine derartige Verursachung ihrer Erkrankung angenommen, warum spielten ihre Kriegserlebnisse in den ärztlichen Notizen keine Rolle? Die in ihrer Krankenakte verwandte Sprache zeigt Gründe hierfür auf. Elisabeth Z. war bei ihrer Aufnahme in das St.-Jürgen-Asyl seit zwei bis drei Monaten in einem Reservelazarett in Bremerhaven tätig gewesen. In der Ellener Krankenakte wurde sie sprachlich zur »Helferin« in einem Reservelazarett, ein Ausdruck, der sonst in jenem Krankenhaus unüblich war. Man reduzierte ihre Tätigkeit damit entsprechend traditioneller weiblicher Rollenbilder auf die spezifisch weibliche Rolle des Helfens und Heilens im Krieg. Was dahinter steht, ist evident: Als Frau lebe Elisabeth Z. nicht im Krieg. Sie konnte damit auch nicht durch den Krieg erkranken. Dass der Erste Weltkrieg, der heute zu Recht als erster totaler Krieg bezeichnet wird, auch in der Heimat stattfand – nicht umsonst entstand zu Beginn des Jahres 1915 der Begriff der Heimatfront – wurde ignoriert. Der Krieg in der Heimat wurde auf diese Weise zum Normalzustand umdefiniert.

Doch nicht nur die Kriegssituation in der Heimat, auch die Kriegssituation an der Front wurde zur Normalsituation umdefiniert. In den Krankenakten einiger weniger Patienten ist von den Strapazen die Rede, die die Soldaten an der Front hätten aushalten müssen.¹¹ Die Erwähnung von Strapazen an der Front lässt jedoch auf die ärztliche Annahme schließen, an der Front habe es auch einen Zustand ohne Strapazen gegeben, einen Normalzustand. Der alltägliche Krieg an der Front wurde zur Normalität, ihn nicht aushalten zu können, zum Symptom einer Geisteskrankheit. An Front und Heimatfront wurde die Extremsituation des Krieges zur Normalsituation umdefiniert: Der Krieg wurde hier zur Normalität, die bestimmte Reaktionsweisen zu erfordern schien, die wiederum nicht mehr hinterfragt werden mussten;

¹¹ Vgl. Krankenakte August M., Alt-Archiv am Klinikum Bremen-Ost, A III/16.

Verhaltensweisen, die von Ärzten ab den 1930er Jahren oftmals angewandt wurden. Dabei unterschied sich die Situation in der Heimat und an der Front in vielerlei Hinsicht von der Situation zu Friedenszeiten. Einer der wesentlichen Unterschiede ist die Legitimation von Gewalt.

Psychiatrischer Umgang mit soldatischen Gewalterfahrungen

Die geringe Bedeutung, die die Kriegserlebnisse von Patienten für psychiatrische Krankheitskonstruktionen am St.-Jürgen-Asyl hatten, wird auch am psychiatrischen Umgang mit soldatischer Gewalterfahrung deutlich.

Der 27-jährige Gefreite Michael R. verbrachte ab Oktober des Jahres 1916 drei Monate im neu eröffneten Reservelazarett des St.-Jürgen-Asyls.¹² Bei seiner Einlieferung war R. bereits mehr als zwei Jahre als Frontsoldat in Frankreich gewesen. Neben dem sogenannten Alltag an der Front kam es hier zu einem für ihn einschneidenden Erlebnis. In der ersten Tagesnotiz nach seiner Aufnahme im St.-Jürgen-Asyl hieß es: »Wird aus Res. Laz. II gebracht. Ruhig; gibt auf Befragen an, dass er immer einen Franzosen sehe, den er umgebracht habe«. Auch bei der »Untersuchung des seelischen Zustandes und der Orientiertheit« wurde als Antwort des Patienten auf die Frage, ob er mal Krämpfe gehabt habe, notiert: »Ja seit einem Jahr seitdem es passierte bei dem Sturmangriff: da sitzt ein Franzose verwundet auf dem Stein und ich habe ihn erschossen.«

Im Verlauf seines Krankenhausaufenthaltes kam Michael R. immer wieder auf dieses für ihn anscheinend einschneidende Erlebnis zu sprechen. So antwortete er auf die Frage »Sind Sie traurig oder vergnügt?«: »Grosstenteils [sic!] traurig, ich sehe traurige Bilder«; als er gefragt wurde, ob er Angst habe: »Bloss vor dem Franzosen«; gefragt, ob er krank sei: »Nein, ich sehe immer die Franzosen«. Ausführlicher wurde seine Antwort bei der Frage, ob er spukhafte Gestalten sehe: »Ich sehe immer diesen Franzosen der verwundet war und ich habe ihn tot gemacht ich dachte ich müsste mich [sic] das Leben nehmen.« Die Tötung des Franzosen im Krieg wurde in der Krankenakte Michael R.s deshalb erwähnt, weil der Patient selbst immer wieder darauf zu sprechen kam. Das Erlebnis schien ihn nicht in Ruhe zu lassen.

Diese Art Kriegserlebnis war seinerzeit jedoch typisch für Soldaten. Die zentrale Tätigkeit – und auch Aufgabe – von Soldaten im Krieg ist es, Menschen zu töten, das heißt, die Soldaten anderer Armeen zu töten. Der verwundete Franzose wird bei weitem nicht der einzige Mensch gewesen sein,

12 Die folgenden Angaben und Zitate sind, soweit nicht anders angegeben, der Krankenakte Michael R.s entnommen: Krankenakte Michael R., Alt-Archiv am Klinikum Bremen-Ost, A 87/2 (Hervorhebungen im Original).

den Michael R. getötet hatte. Die vielen anderen, die er getötet haben wird, wurden in seiner Krankenakte jedoch nicht erwähnt. Dies entspricht der Häufigkeit, mit der das Töten in Krankenakten des St.-Jürgen-Asyls im Allgemeinen erwähnt wird. In den Krankenakten nur zweier Patienten (Michael R. war einer hiervon; insgesamt waren mindestens 215 soldatische Patienten im St.-Jürgen-Asyl untergebracht) erwähnten die Bremer Ärzte das Töten von Menschen im Krieg durch Soldaten.

Wie aber wurde Michael R.s Erfahrung des Tötens von Menschen im Krieg von den Ärzten reflektiert? Michael R. selbst erzählte einige Male von diesem Ereignis, in der Krankenakte ist es an diversen Stellen bei Untersuchungen erwähnt. Aufschlussreich ist, *wie* die Ärzte dieses Erlebnis in der Krankenakte darstellten. So fragte Anstaltsdirektor Anton Delbrück bei der klinischen Untersuchung, seit wann R. »die ›Bilder‹ gesehen habe; ob er »in dem Moment« gewusst habe, »dass es Phantasie war«. In der abschließenden Aufzählung der Symptome hieß es:

»5.8.14 eingezogen. 4.7.15 für ihn erregendes Erlebnis in schweren Kämpfen. 5.7.15 Granatsplitterverwundung im Gesicht, 2 ~~St~~ Tage bewusstlos. 3 Monate Lazarett, dann Garnisonsdienst. [...] [Es folgen weitere Angaben zu Verwundungen R.s im Krieg, M. H.] 25.X. *Lebhafte Gesichtshalluzination (psychogen bedingte Vision)* Seitdem häufiger, 8 Tage lang, sowohl nachts wie am Tage. Intensive Selbstmordgedanken, die schon seit 5/4 J. wegen *jenes Erlebnisses* bestehen.«¹³

Das Töten eines verwundeten Franzosen durch Michael R. wurde bei dieser Aufzählung der Krankheitssymptome zu einem »erregenden Erlebnis in schweren Kämpfen«, die Verarbeitung des Erlebnisses durch den Patienten zu einer »psychogen bedingten Vision«.

Michael R. galt als gesund, sobald er gut arbeitete (er wurde primär mit der Arbeitstherapie behandelt), seine Verwundungen geheilt waren, sein Schlaf und seine Stimmung sich gebessert hatten. Als geheilt wurde er entlassen. Eine psychische Verarbeitung der Gewalterfahrungen im Krieg erfolgte in der bremischen Psychiatrie zumindest mit Behandlungsmethoden nicht.

Damit ignorierten die Bremer Ärzte die Realität des Krieges weitgehend. Das Töten von Menschen durch Soldaten im Krieg wurde bagatellisiert und – schlimmer noch – unhinterfragt als Normalität verstanden.

Es ist jedoch davon auszugehen, dass das Töten von Menschen im Krieg für die einzelnen Soldaten keinesfalls Normalität war und sogar erhebliche Auswirkungen auf ihren Geisteszustand hatte. Verschiedene Autoren haben darauf hingewiesen, es habe eine »umfassende[...] Brutalisierung der poli-

13 Ebd., Hervorhebungen M. H.

tischen Kultur der Weimarer Republik [zumindest auch, M.H.] durch die kollektive Kriegserfahrung« gegeben.¹⁴ Eine individualpsychologische Variante dieser These fokussiert die Auswirkungen »der extremen Gewalterfahrung der Materialschlachten und des Stellungskrieges« auf den individuellen Frontsoldaten.¹⁵ Die Kriegserfahrung von Soldaten und die Beibehaltung von militanten Einstellungen über den Krieg hinaus habe u.a. eine Abstumpfung von Männern und Frauen gegenüber menschlicher Grausamkeit und gegenüber dem Verlust von Menschenleben bewirkt.¹⁶ Durch die fehlende Verarbeitung dieser Erfahrung in der Psychiatrie, so die These, habe diese zu der genannten Abstumpfung in der Gesellschaft der Weimarer Republik beigetragen. Dies ist vor dem Hintergrund der in den 1920er Jahren einsetzenden Debatten über Krankentötungen von nicht zu unterschätzender Bedeutung. Auch die meisten Psychiater, die in den 1930er/40er Jahren praktizierten und mittelbar und unmittelbar an den nationalsozialistischen Krankentötungen beteiligt waren, hatten zwischen 1914 und 1918 ihre eigenen Kriegserfahrungen gemacht und erlebt, wie es war, Menschen zu töten. Und bereits im Ersten Weltkrieg und verstärkt in den 1920er Jahren wurde gesellschaftlich als kontraselektorisches Wirkung des Krieges diskutiert, dass als solche bezeichnete »wertvolle« Menschen an der Front starben, während die vermeintlich »weniger wertvollen« in der Heimat überlebten: unter anderem psychiatrische Patienten.¹⁷

14 Patrick Krassnitzer: Die Geburt des Nationalismus im Schützengraben. Formen der Brutalisierung in den Autobiographien von nationalsozialistischen Frontsoldaten, in: Jost Dülffer, Gerd Krumeich (Hg.): Der verlorene Frieden. Politik und Kriegskultur nach 1918, Essen 2002, S. 119-148, hier S. 122 f.

15 Ebd., S. 123.

16 Vgl. George L. Mosse: Gefallen für das Vaterland. Nationales Heldentum und namenloses Sterben, Stuttgart 1993, S. 195.

17 So formulierte unter dem Eindruck des jahrelangen Stellungskrieges Wilhelm Schallmayer in der 1918 erschienenen dritten Auflage seines Werkes »Vererbung und Auslese«: »Noch mehr als auf dem Gebiet der Traditionswerte hat der Krieg für die generative Völkerentwicklung an vorwärtstreibender Kraft verloren. Hier sind seine Wirkungen größtenteils sogar »kontraselektorisches« geworden, d.h. sie verursachen eine Verschlechterung der Erbverfassung der kriegführenden Völker, und diese Kriegswirkungen reichen viel tiefer und sind nachhaltiger als die kulturellen Kriegswirkungen.« Wilhelm Schallmayer: Vererbung und Auslese. Grundriß der Gesellschaftsbiologie und der Lehre vom Rassedienst, 3. Aufl. Jena 1918, S. 169.

»Hungersterben« als Vorbereitung der Psychiatrie
im Nationalsozialismus

Die Unterversorgung der Bevölkerung mit Lebensmitteln spielte im Ersten Weltkrieg eine bedeutendere Rolle als im darauf folgenden Krieg. Auf den Krieg 1914/18 war man nur unzureichend vorbereitet, immerhin ging man gemeinhin davon aus, Weihnachten wieder siegreich zuhause zu sein, so die gängige Floskel. In den ersten Monaten wurde das Brotgetreide zudem an Vieh verfüttert, was recht bald zu Brotmangel führte. Seit März 1915 gab es in Bremen ein Rationierungssystem, das nach und nach auf alle Lebensmittel ausgeweitet wurde. Die Kontinentalsperre Englands tat ein Übriges zur Lebensmittelknappheit.¹⁸

Unter ihr litten vor allem diejenigen Teile der Bevölkerung, die sich keine zusätzlichen Lebensmittel auf dem Schwarzmarkt oder auf andere Weise selbst beschaffen konnten. Insassen totaler Institutionen wie Patienten psychiatrischer Anstalten waren besonders betroffen. Das St.-Jürgen-Asyl war zusätzlich von der Umgebung insofern abgeschottet, als es zehn Kilometer vom Bremer Markt entfernt lag. Die Patienten psychiatrischer Kliniken waren zudem oftmals auch körperlich krank und bedurften somit zusätzlicher Nahrungsmittel. Spätestens mit einem Erlass des preußischen Kriegsministeriums vom Februar 1917, der die Versorgung von Patienten psychiatrischer Krankenhäuser mit derjenigen der Gesamtbevölkerung gleichstellte,¹⁹ musste es hier zu einer massiven Unterversorgung der Patienten kommen. Unter diesen Bedingungen starben während des Ersten Weltkriegs im Deutschen Reich mindestens 140.000 Patientinnen und Patienten psychiatrischer Anstalten.²⁰

Da sich die Patienten totaler Institutionen wie psychiatrischer Anstalten keine zusätzlichen Lebensmittel beschaffen konnten, gab es bei ihnen im Allgemeinen schon früher als bei der Allgemeinbevölkerung eine erhöhte

18 Vgl. für Bremen Bernd Schlüter: Staat, Lebensmittelversorgung und Krieg: die kommunale Kriegsernährungswirtschaft in Bremen 1914-1918, Oldenburg 1998, S. 435.

19 Nur diejenigen Kranken, die einer diätetischen Behandlung bedurften, wurden denen in öffentlichen Krankenanstalten gleichgestellt (vgl. Heinz Faulstich: Hungersterben in der Psychiatrie 1914-1949. Mit einer Topographie der NS-Psychiatrie, Freiburg i. B. 1998, S. 42). Faulstich hebt hervor, dass besonders körperlich Kranke oder Patienten, die aufgrund ihrer psychischen Verfassung Nahrungszulagen benötigt hätten, von diesem Erlass betroffen waren, da ihnen keine adäquate Diät verabreicht werden konnte. Die Schwierigkeiten von Langzeitpatienten, sich angesichts dieser Lage zusätzliche Lebensmittel zu beschaffen, dürfte ebenfalls ein Grund für die (auch im ärztlichen Bericht bestätigte) erhöhte Sterblichkeit von Langzeitpatienten sein (vgl. ebd., S. 37).

20 Vgl. ebd.

Sterblichkeit: Man spricht hier von einer Kriegssterblichkeit, die wahrscheinlich auf die Umstände des Krieges zurückzuführen ist, so auf die Nahrungsknappheit, aber auch die fehlenden Heizmittel, die die Menschen zusätzlich schwächten. Die kriegsbedingt erhöhte Sterblichkeit setzte bei der Normalbevölkerung im sogenannten Steckrübenwinter 1916/17 ein. Psychiatrische Patienten betraf sie gemeinhin schon früher, nämlich im Winter 1915/16.

Hier bildet das Bremer St.-Jürgen-Asyl eine Ausnahme: »Erst« im Winter 1916/17 lag die Sterblichkeit signifikant über derjenigen der Vorkriegsjahre. Aus den Jahren 1910 bis einschließlich 1913 ergibt sich für das Ellener Krankenhaus eine Friedenssterblichkeit von 6,85 Prozent. Bereits 1915, im ersten Berichtsjahr während des Krieges, kam es zu einer um 3,3 Prozent erhöhten Sterblichkeit gegenüber der in Friedenszeiten. Ihren Höchststand erreichte die Kriegssterblichkeit im bremischen Krankenhaus im Jahre 1917, als 212 Patienten starben. Dies waren 19,5 Prozent der Patienten und damit 12,65 Prozent mehr als durchschnittlich in den Friedensjahren.

Jahr	Bestand Jahresbeginn	Anzahl aufgenommene Patienten	Gesamtzahl	Todesfälle	Todesfälle in Prozent	Kriegssterblichkeit
1910	548	468	1016	71	6,9 %	
1911	554	495	1049	85	8,1 %	
1912	600	450	1050	62	5,9 %	
1913	608	509	1117	73	6,5 %	
1914	—	—	—	—	—	—
1915	607	525	1132	115	10,15 %	3,3 %
1916	582	490	1072	114	10,6 %	3,75 %
1917	643	444	1087	212	19,5 %	12,65 %
1918	519	341	860	130	15,1 %	7,25 %
1919	477	372	849	92	10,8 %	3,95 %

Tabelle: »Kriegssterblichkeit« und »Friedenssterblichkeit« im St.-Jürgen-Asyl während des Ersten Weltkrieges.

Eine stark erhöhte Sterblichkeit von Patientinnen und Patienten in »Ellen« setzte somit, verglichen mit anderen Anstalten, erst verhältnismäßig spät ein. Dies ist wahrscheinlich auf die Konzeption des Krankenhauses als wirtschaftlich autonomer Komplex zurückzuführen. Im St.-Jürgen-Asyl gab es neben Handwerksbetrieben einen Bauernhof, Tierhaltung, Landwirtschaftsbetriebe und Obstanbau. Die knappe Versorgung mit Nahrungsmitteln konnte im Krieg somit durch eigene Produktion aufgestockt werden. Wirtschaftlich autonome Krankenhäuser waren bei der Nahrungsmittelbeschaf-

fung im Krieg prinzipiell gegenüber solchen Anstalten im Vorteil, in denen keine Lebensmittel produziert wurden. Daher kam es in Bremen erst im so genannten Steckrübenwinter 1916/1917 zu einer stark erhöhten Sterblichkeit der Patientinnen und Patienten, auch wenn die Lebensmittelrationen in »Ellen« bereits seit Kriegsbeginn gekürzt worden waren.

Aussagen von Patienten lassen die schlechte Versorgung mit Lebensmitteln deutlich werden. So schrieb der Soldat Ludwig P. im Jahr 1918 an seine Mutter: »Meine liebste Mutter! Fasse Dich liebste Mutter, wenn Du diesen Brief liest, denn er bringt Dir bitteres Weh. Man hat mich als einen Verrückten vom Krankenhaus i. e. Irrenanstalt gebracht, wo man mich zu Tode marnern u. verhungern lassen will.« Und weiter hieß es: »Jedenfalls haben sie von dort [dem Arresthaus, M. H.] Auftrag bekommen, mich hier verhungern zu lassen, wie sie es schon mit vielen gemacht haben [...] Bei Wassersuppe und trockenem Brot will man mich so langsam zu Tode quälen.«²¹ Auch in Henriette W.s Krankenakte wurde notiert: »Besonders äußert sie, es gäbe keine »Irren«, das wäre nur so ein Ausdruck, man sollte denen ordentlich zu essen geben, dann wären sie gesund.«²²

Der Zusammenhang zwischen Nahrungsmittelunterversorgung und Sterblichkeit war den Ellener Ärzten bewusst. Nicht nur wurden beständig Gewichtskurven (bei 87 Prozent der PatientInnen) angelegt, an denen die Gewichtsabnahme bei den Patienten ablesbar war, auch zeigte sich bei den Patienten, die im St.-Jürgen-Asyl starben, meist eine – teils starke – Gewichtsabnahme.²³

Aufschlussreich sind hier im Staatsarchiv Bremen überlieferte Briefe der bremischen Kriegsdeputation, die auf Anordnungen des preußischen Kriegsministeriums zurückgehen. Im September des Jahres 1916 wurde in Bremen eine »Geschäftsstelle für Krankenernährung« eingerichtet, die unter anderem die Versorgung der einzelnen Krankenhäuser mit Nahrungsmitteln übernahm.²⁴ Zudem konnten Privatpersonen ebenso wie Ärzte in Krankenhäusern hier Anträge einreichen, um eine bessere Versorgung der einzelnen Patien-

21 Krankenakte Ludwig P., Alt-Archiv am Klinikum Bremen-Ost, A 112/15.

22 Krankenakte Henriette W., Alt-Archiv am Klinikum Bremen-Ost, Jahrgang 1922.

23 So verloren 20 Prozent 0 bis 5 kg an Gewicht, 37 Prozent 5 bis 10 kg, 4 Prozent 10 bis 15 kg und immerhin 10 Prozent 15 bis 25 kg. Bei 2 Prozent ließ sich sogar eine Gewichtsabnahme von mehr als 25 kg feststellen.

24 Die Geschäftsstelle für Krankenernährung, als Abteilung der Lebensmittelkommission gegründet, organisierte die Versorgung der bremischen Krankenhäuser mit Lebensmitteln. Auch war sie anzusprechende Instanz für Bürgerinnen und Bürger, die infolge einer Erkrankung zusätzliche Nahrungsmittel beantragen konnten. Hierzu erstellten die für die Geschäftsstelle tätigen Ärzte entsprechende Gutachten. Vgl. Bekanntmachung wegen Einrichtung einer Geschäftsstelle für Krankenernährung, Staatsarchiv Bremen, B 3-M.2.h.2.Nr. 24/643.

ten mit Nahrungsmitteln zu erwirken: Wer krank sei, so der zugrunde liegende Gedanke, benötige mehr und andere Versorgung als jemand, der gesund sei. Somit habe er Anspruch auf zusätzliche Nahrungsmittel. Entsprechende Zuteilungen erhielt das Krankenhaus, in dem ein Patient untergebracht war.

Wiederholt gab es seitens des bremischen Medizinalamtes Aufforderungen, die an alle bremischen Krankenhäuser gerichtet waren: Die gesondert zugewiesenen Nahrungsmittel seien für die *Patienten* und *nicht* für das Pflegepersonal bestimmt. Das Vorkommen solcher Anordnungen lässt darauf schließen, dass nicht nur die Patienten mit den zusätzlichen Nahrungsmitteln versorgt wurden. Dies belegen vergleichende Auflistungen der Nahrungsmittelversorgung des Pflegepersonals und der Patienten in den bremischen Krankenhäusern, u. a. im St.-Jürgen-Asyl, aus verschiedenen Jahren. So listete der Arzt Hermann Tjaden im Jahr 1916 drei Verpflegungsgruppen in »Ellen« auf: Das Pflegepersonal erhalte täglich 2.569 Nährwerteinheiten (Kalorien), die in so genannter Normalverpflegung befindlichen Kranken täglich 2.457 Nährwerteinheiten und die in Separat- und Privatpflege befindlichen Kranken täglich 4.372 Nährwerteinheiten.²⁵ Das Pflegepersonal erhielt also eine bessere Versorgung als die gewöhnlichen Patienten, augenscheinlich selbst dann, wenn für diese Patienten eigens Nahrungszulagen beantragt worden waren. Privatpatienten wurden wiederum besser versorgt als »Normalkranke«. Damit gab es eine Hierarchisierung in der Versorgung der Patientinnen des St.-Jürgens-Asyls.

Eine Ungleichbehandlung gab es auch bei der Lebensmittelversorgung von soldatischen und zivilen Patienten. Im St.-Jürgen-Asyl als ursprünglich zivilem Krankenhaus waren während des Krieges drei Patientengruppen untergebracht: Männliche zivile, weibliche und soldatische Patienten. Insgesamt gab es in »Ellen« während der Kriegsjahre zwischen 255 (1917) und 297 (1916) weibliche Patienten und in etwa ebenso viele männliche Patienten, deren Zahl sich zwischen 220 (1918) und 346 (1916) bewegte.²⁶

Aus den Jahren 1917 und 1918 sind zwei vom Krankenhausdirektor Anton Delbrück erstellte Listen bezüglich der Verteilung von Lebensmitteln zwischen den Patienten dieser Gruppen überliefert. Die Listen belegen, dass

25 Vgl. Staatsarchiv Bremen, 3-M.2.h.2.Nr. 24 /643, Schreiben Tjadens an die Lebensmittelkommission, Eingangsstempel der Medizinalkommission des Senats vom 18.10.1916, geschrieben am 17.10.1916.

26 Vgl. Stammlisten des St.-Jürgen-Asyls, 1912-1920 (Archiv des Krankenhaus-Museums am Klinikum Bremen-Ost, Bremen). Zwar nahm die Anzahl männlicher militärischer Patienten während des Krieges rapide zu, doch sank die Anzahl der männlichen zivilen Patienten in ähnlichem Umfang. Auch das St.-Jürgen-Asyl konnte während des Krieges wahrscheinlich nur durch die Einrichtung eines Reserve-lazarets auf seinem Gelände überleben.