

invalid CSS module

- 2) /home/gmodebate.org/httpdocs_local/lib/admin.inc.php(225): **print()**
- 3) /home/gmodebate.org/httpdocs_local/lib/publish.inc.php(45): **Publisher\A()**
- 4) /home/gmodebate.org/httpdocs_local/lib/publish.inc.php(52): **_error()**
- 5) /home/gmodebate.org/httpdocs_local/lib/css-module.inc.php(48): **error()**
- 6) /home/gmodebate.org/httpdocs_local/lib/css-module.inc.php(58): **_add()**
- 7) /home/gmodebate.org/httpdocs_local/pages/pdf-cover.php(34): **add()**
- 8) /home/gmodebate.org/httpdocs_local/pages/pub-api.inc.php(36): **require()**
- 9) /home/gmodebate.org/httpdocs_local/subindex.json.php(70): **require()**

Heinz Faulstich

Hungersterben in der Psychiatrie 1914–1949

Mit einer Topographie der NS-Psychiatrie





Heinz Faulstich

Hungersterben in der Psychiatrie 1914–1949

Mit einer Topographie der NS-Psychiatrie

Lambertus



CIP-Titelaufnahme der Deutschen Bibliothek

Faulstich, Heinz:

Hungersterben in der Psychiatrie 1914–1949 : mit einer Topographie der NS-Psychiatrie / Heinz Faulstich. - Freiburg im Breisgau : Lambertus, 1998

ISBN 3-7841-0987-X

Alle Rechte vorbehalten

(c) 1998 Lambertus-Verlag, Freiburg im Breisgau

Umschlaggestaltung: Grafikdesign Christa Berger, Solingen

Satz: textdesign, Martin Fischer, Reutlingen

Druck: Druckerei F. X. Stückle, Ettenheim

ISBN 3-7841-0987-X

Inhalt

11	VORWORT
13	EINLEITUNG
25	I. DAS HUNGERSTERBEN WÄHREND DES ERSTEN WELTKRIEGS
25	Die deutsche Ernährungslage im Ersten Weltkrieg
30	Der Steckrübenwinter 1916/17
32	Frühe Auswirkungen auf die Heil- und Pflegeanstalten
41	Die Hungerkatastrophe in den Anstalten
48	Hungerkrankheiten
50	Exkurs: Hungerkrankheit und Hungerödem aus heutiger Sicht
55	Die Zahl der Hungertoten im Ersten Weltkrieg
59	Zur Vergleichbarkeit der Sterblichkeit in den Anstalten
67	Zusammenfassung
69	II. ANSTALTSPSYCHIATRIE IN NACHKRIEGSZEIT UND WEIMARER REPUBLIK
69	Das Hungern ist noch nicht zu Ende
79	Nachkriegsreaktionen deutscher Psychiater auf das Hunger- sterben im Kriege
83	1924 bis 1930 – ein kurzes Zwischenhoch in der Anstalts- psychiatrie
88	Absturz in neue Armut
99	Zusammenfassung
101	III. NATIONALSOZIALISTISCHE PSYCHIATRIE
101	Fortsetzung des Sparkurses aus anderen Gründen und mit anderen Mitteln
109	Der Deutsche Gemeindetag und seine Wirtschaftsprüfer
115	Hessen-Nassau als Modellregion der NS-Psychiatrie?
128	Personalrelationen und Verköstigungssätze in den anderen Ländern und Provinzen

140	Zusammenfassung
140	Regionale Entwicklungen unter besonderer Berücksichtigung der Sterblichkeit Bayern (142), Württemberg (147), Baden (149), Volksstaat Hessen (153), Rheinprovinz (155), Westfalen (162), „Niedersachsen“ (164), Bremen (168), Hamburg (170), Lübeck (173), Schleswig-Holstein (175), Mecklenburg (176), Pommern (177), Ostpreußen (180), Berlin (180), Brandenburg (185), Schlesien (189), Sachsen (191), Anhalt (202), Provinz Sachsen (205), Thüringen (208), Hessen-Nassau (212)
227	Zusammenfassungen und Vergleiche
235	Gesamtergebnisse
241	IV. KRIEG NACH AUSSEN, KRIEG NACH INNEN
241	„Normale“ und vorsätzlich verschärfte Auswirkungen des Kriegsbeginns
241	Exkurs: Die allgemeine Ernährungslage in den ersten Kriegsjahren
248	Neue Erkenntnisse zur „Aktion T4“
248	Exkurs: Polen als Experimentierfeld der Mörder
252	Das Sterben in den Zwischenanstalten
255	Mord in der Zwischenanstalt?
259	Exkurs: Das Problem der Berechnung von Sterberaten in den Zwischenanstalten
260	Der zeitliche und räumliche Ablauf der „Aktion T4“
264	Die Hartheim-Statistik – ein Dokument der Übertreibungen?
271	Neue Erkenntnisse zum Abbruch der „Aktion T4“
288	Exkurs: Die Morde an den Geisteskranken in der Sowjetunion
290	Reorganisieren, planen und zentralisieren
301	Die allgemeine Ernährungslage von 1941 bis Kriegsende
305	Exkurs: Bombenkrieg und Evakuierungen
308	Erlaßgeschichte der „Aktion Brandt“

315	V. NS-KRIEGS-PSYCHIATRIE IN DEN LÄNDERN UND PROVINZEN
315	Bayern
317	Der bayrische Hungererlaß und seine wahre Bedeutung
325	Evakuierungstransporte nach Bayern
329	Die Sterblichkeitsentwicklung in den einzelnen Anstalten
343	Württemberg
358	Baden
368	Hungersterben im Elsaß ?
374	Exkurs: „L'extermination douce“ – das Hungersterben in den französischen Anstalten
377	Volksstaat Hessen
381	Saarland
383	Rheinprovinz
406	Westfalen
416	Provinz Hannover
425	Oldenburg
428	Braunschweig
432	Bremen
435	Hamburg
443	Schleswig-Holstein
452	Mecklenburg
455	Pommern
463	Ostpreußen
465	Berlin
468	Brandenburg
476	Schlesien
480	Sachsen
480	Das Hungersterben nach Kriegsbeginn
485	Weitere Entwicklungen
500	Die Tötungsanstalt Großschweidnitz
507	Anhalt
511	Provinz Sachsen
524	Exkurs: Psychisch Kranke „in den Bombenhagel“
527	Thüringen
533	Hessen-Nassau, Regierungsbezirk Kassel
540	Hessen-Nassau, Regierungsbezirk Wiesbaden
543	Hadamar
549	Das neue System der mordenden Zwischenanstalten
565	Anhang: Österreich
569	Zusammenfassungen

- 569 Die wichtigsten Befunde in den Ländern und Provinzen
- 581 Die Zahl der Opfer von Hungersterben, Mangelversorgung und Medikamentenmord
- 583 Sterberaten von 59 staatlichen und 3 Privatanstalten von 1939–1945
- 587 Neue Aspekte der „Aktion Brandt“
- 589 Die „frühe Aktion Brandt“
- 593 „Krankenhaus-Sonderanlagen Aktion Brandt“
- 602 Brandts Aufenthalt in Rußland und mögliche Auswirkungen auf die Anstalten im Reich
- 609 Die Diskussionen über „Aktion Brandt“ und „wilde Euthanasie“
- 613 „Regionale Euthanasie“ – Bindeglied zwischen „Aktion T4“ und „Aktion Brandt“?
- 620 Die Hauptphase der „Aktion Brandt“
- 625 Die Selektion der Deportierten
- 627 Die Radikalisierung der „Aktion Brandt“
- 633 Das Hungersystem mit seinen mörderischen Varianten
- 634 Stufe I: Reduzierte Kriegskost
- 637 Regionales Hungersterben zu Beginn des Krieges
- 638 Stufe II: Geteilte Kost für Arbeitende und Nichtarbeitende ab 1942
- 644 „Aktion Brandt“ und Hungersterben
- 646 Stufe III: Mord durch Nahrungsentzug und medikamentöse Vergiftung
- 646 Die Grausamkeit des Hungersterbens
- 651 Der Runckel-Brief: Ein Porträt der deutschen Psychiatrie im Sommer 1944
- 653 Der allgemeine Zusammenbruch 1944/45
- 657 Das Hungersterben in den Anstalten während der NS-Zeit – Versuch eines Resümees
- 661 VI. NACHKRIEGSZEIT: „EUTHANASIE DURCH DIE VERHÄLTNISS“
- 661 Besatzungspolitik und Ernährung
- 671 Das Hungersterben in den Anstalten nach dem Kriege
- 672 Sowjetische Besatzungszone
- 686 Amerikanische Besatzungszone
- 695 Französische Besatzungszone

702	Britische Besatzungszone
712	Zusammenfassung und Diskussion
719	QUELLEN- UND LITERATURVERZEICHNIS
741	PERSONENVERZEICHNIS
746	LÄNDER, ORTS- UND ANSTALTSVERZEICHNIS
752	GLOSSAR
754	ABBILDUNGSNACHWEIS
756	AUTOR

DIESES BUCH IST ALLEN OPFERN DES HUNGERSTERBENS
IN DER PSYCHIATRIE GEWIDMET.

Vorwort

Das Thema des Hungersterbens in der Psychiatrie beschäftigt mich seit etwa 15 Jahren. Damals, Anfang der 80er Jahre, mußte ich bei der Verfolgung des Schicksals der Patienten der 1941 aufgelösten Heil- und Pflegenstalt bei Konstanz feststellen, daß sie am Ende des Krieges zusammen mit Emmendinger Patienten auf drei süddeutsche Anstalten aufgeteilt wurden und in jeder dieser Anstalten viele der Patienten starben. Das Sterben in den Anstalten schien also ein allgemeines Phänomen zu sein. Erste Recherchen ergaben, daß das Thema noch weitgehend unbearbeitet war. Ich begann Material zu sammeln und veröffentlichte 1990 unter dem Titel „Neben dem Morden noch ein geplantes Hungersterben?“ einen ersten, als Forschungsauftrag gedachten Aufsatz. 1994 wurden Erhebungsbogen an alle aus dieser Zeit noch existierenden Anstalten versandt und danach in intensiven, sich auf die gesamte, nun größer gewordene Republik erstreckenden Recherchen die Grundlagen für das vorliegende Buch erarbeitet.

Mein sehr peripher gelegener Wohnort Konstanz erwies sich bei den zahlreichen Archivreisen, die ich dazu unternehmen mußte, als außerordentlich ungünstig. Ich bin deshalb der Deutschen Forschungsgemeinschaft sehr dankbar, daß sie mich über die Universität Konstanz bei den Reisen des Jahres 1995 finanziell unterstützte. Die Nähe der hervorragend ausgestatteten Universitätsbibliothek war mir eine ebenso große Hilfe wie die fachhistorische Beratung durch Prof. Rainer Wirtz. Prof. Fred Rist, früher Konstanz, jetzt Münster, führte für mich wichtige korrelationsstatistische Untersuchungen durch. Prof. Lothar Burchardt verdanke ich eine kritische Durchsicht des Manuskripts über den Ersten Weltkrieg.

Ich habe noch vielen anderen für ihre Unterstützung zu danken, allen voran Ute Daub, die große Teile des Manuskriptes kritisch gegengelesen hat und mit der ich mich immer über auftauchende Probleme unterhalten konnte. Mit Götz Aly, der mich drei Tage in seinem Archiv arbeiten ließ, hatte ich aufschlußreiche Gespräche; Ernst Klee gab mir den wichtigen Hinweis auf den Schenck-Nachlaß im Bundesarchiv, und von Klaus Dörner erfuhr ich mehrfache Ermutigung, das Thema weiter zu bearbeiten. Ernst-Ludwig Siemen und Michael von Cranach stellten mir die Materialien für die im Entstehen begriffene Dokumentation über die bayerischen Bezirkskrankenhäuser in der Zeit des Nationalsozialismus zur Verfügung. Daraus und aus Unterlagen, die mir Bernd Walter über Westfalen zugänglich machte, gewann ich einen

Grundstock für meine Sammlung der Sterberaten in ihrer Entwicklung während der NS-Zeit. Wertvolle Unterstützung erhielt ich von Frau Dr. Vanja und Bettina Winter im Archiv des Landeswohlfahrtsverbandes Hessen und von der Archivberatungsstelle des Landschaftsverbandes Rheinland in Brauweiler. Mein Dank gilt weiterhin den vielen Kolleginnen und Kollegen aus dem „Arbeitskreis zur Erforschung der „Euthanasie“ und der Zwangssterilisation“, die mir bereitwillig zum Teil unveröffentlichte Manuskripte überließen oder Basisdaten zur Errechnung der Sterberaten mitteilten. Schließlich habe ich auch den Anstaltsdirektoren zu danken, die sich an meiner Datenerhebung von 1994 beteiligt haben, insbesondere jenen aus den „neuen“ Bundesländern.

Mein besonderer Dank gilt schließlich Dietmar Messmer, der immer rasch zur Hilfe eilte, wenn es mit dem Computer Probleme gab. Besonders zu schätzen wußte ich die angenehme Zusammenarbeit mit dem Lambertus-Verlag, insbesondere mit meinem Lektor Ulrich Bröckling.

Einleitung

FORSCHUNGS-LAGE UND BEDEUTUNG DES THEMAS

Der Schwerpunkt der Untersuchung liegt auf der NS-Zeit und hier insbesondere auf der Entwicklung des Sterbens in den zahlreichen deutschen Heil- und Pflegeanstalten während des Krieges von 1939 bis 1945. Darüber ist bisher noch außerordentlich wenig bekannt, wie eine ausschließlich auf das Hungersterben bezogene Durchsicht der sich nach dem Krieg nur zögernd, später aber geradezu stürmisch entfaltenden Literatur über NS-Psychiatrie und „Euthanasie“ erkennen läßt.¹

Die früheste, der Öffentlichkeit zugängliche Publikation muß die 1947 in Baden-Baden erschienene Schrift des französischen Sanitätsoffiziers *Robert Poitrot* „Die Ermordeten waren schuldig“ gewesen sein. Was er vom Hungersterben berichtet, trägt noch deutlich den Charakter von Gerüchten, wie sie den vielen von ihm befragten deutschen Psychiatern der französischen Besatzungszone bekannt geworden waren. Man wußte etwas von „bestimmten Diätbehandlungen (...) welche den Kranken nach und nach zum Skelett abmagern ließen“ und auch von Tod durch „Aushungern“. Auch sollte es ein „neues Verfahren der Euthanasie“ gegeben haben, welches „sich weniger brutal auswirke und nach einer langsam fortschreitenden „Erstarrung“ durch „einfache Entziehung“ von Vitaminen zur „Auflösung“ führe“.² All dies schien in weit entfernten Gegenden des Reichs geschehen zu sein. Konkret erfuhr Poitrot aus offiziellen amerikanischen Berichten, daß in Kaufbeuren durch Hungerkuren und Giftspritzen „noch bis zum 2. Juli 1945 (33 Tage nach der Besetzung!)“ Menschen getötet wurden. Von

¹ Diese Rekapitulation muß sich naturgemäß an das Erscheinungsjahr als dem Zeitpunkt halten, zu dem die mitgeteilten Erkenntnisse sozusagen „öffentlich“ wurden. Ein geradezu tragischer Fall ist in dieser Beziehung das bekannte Buch von Gerhardt Schmidt „Selektion in der Heilanstalt“, welches – unmittelbar nach dem Krieg als „Tatortbuch“ geschrieben – auf Wunsch prominenter Psychiater zu diesem Zeitpunkt, um „nicht noch mehr Öl ins Feuer zu gießen“, nicht veröffentlicht werden sollte, als Habilitationsmanuskript später in Hamburg „verloren“ ging und erst 1965 in einem Stuttgarter Verlag in kleiner Auflage erscheinen konnte. Mitscherlichs und Mielkes Bericht über den Nürnberger Ärzteprozeß erging es bekanntlich nicht viel besser: Er kam unter dem Titel „Medizin ohne Menschlichkeit“ praktisch erst 1960 an die Öffentlichkeit, nachdem eine Auflage für die Westdeutsche Ärztekammer regelrecht „verschwunden“ war.

² Poitrot 1947, 73/74; die Ereignisse in Kaufbeuren sind auf S. 100 festgehalten.

Hunger und Entbehrungen in den badischen und württembergischen Anstalten hatten die befragten Ärzte, die diese Zeit noch in unmittelbarer Erinnerung haben mußten, offenbar nur sehr allgemein berichtet. *Alice Platen-Hallermund*, die gemeinsam mit Alexander Mitscherlich und Fred Mielke den Nürnberger Ärzteprozeß beobachtet hatte, konnte ebenso wie diese aus dem Prozeß nichts Wesentliches über das Hungersterben berichten außer der interessanten Tatsache, daß in diesem Verfahren offenbar auch die Berichte von Pastor Braune über das frühe Hungersterben in den sächsischen Anstalten und von Gerhardt Schmidt über die Hungerhäuser von Eglfing-Haar als Dokumente der Anklage vorgelegen haben.³ Nach Einsicht in die Akten der frühen hessischen „Euthanasie“-Prozesse hat Platen-Hallermund in ihrer separaten Veröffentlichung jedoch erstmals das massenhafte Töten in Hessen-Nassau genauer beschrieben, bei dem Hungerstationen und Tötungen durch Gifte nach dem Luminalschema von Nitsche eine wesentliche Rolle spielten. Wohl erstmalig in der (westdeutschen) Literatur wird von ihr auch die Anstalt Obrawalde erwähnt, wo nach der gleichen Methode getötet worden sei.⁴

1965 erschien dann endlich das von *Gerhard Schmidt* bereits zwanzig Jahre früher niedergeschriebene Buch über die Münchner Anstalt Eglfing-Haar. Das ausführliche Kapitel über die Eglfing-Haarer Hungerhäuser beginnt mit der erstmaligen vollständigen Wiedergabe des „bayerischen Hungererlasses“, fährt mit der Beschreibung der von ihm und seinen Mitarbeitern untersuchten überlebenden „Hungerhäusler“ fort und läßt diese schließlich selbst zu Wort kommen.⁵

Mit dem 1973 erschienenen Buch des DDR-Anwaltes *Friedrich Karl Kaul*⁶ beginnt dann die Reihe der Autoren, die sich zum Thema Hungersterben auf bereits Veröffentlichtes stützten, Kaul beispielsweise zitiert den bayerischen Hungererlaß nach Schmidt. Bei den ausführlich referierten DDR-Prozessen wird die Aushungerung der Opfer als Teil der Tötungsprozedur nicht erwähnt, auch nicht im Zusammenhang mit Meseritz-Obrawalde.

Auch *Kurt Nowak* (1980) zitiert in dem sehr kurzen Abschnitt über die „wilde Euthanasie“ nur Bekanntes, die wichtigsten Anmerkungen zum Hungersterben sind fast wörtlich von Poitrot übernommen.⁷ Gegen

³ Vgl. Platen-Hallermund 1948, 68f.

⁴ ebd., 72.

⁵ Schmidt 1965/1983; zum Hunger in den Anstalten vgl. S. 132–149.

⁶ Kaul 1979; es handelt sich um die westdeutsche Ausgabe des 1973 in Berlin erschienenen Buches „Nazimordaktion T vier“.

⁷ Nowak 1980, 85.

das Zitieren ist natürlich nichts einzuwenden, vor allem dann, wenn es mit Angabe der Quelle erfolgt. Schwerpunkt und Bedeutung der zuletzt erwähnten Publikationen lagen ohnehin auf anderem Gebiet. Das Phänomen aber, daß über längere Zeit hinweg nur noch die wenigen bekannten Tatsachen zitiert wurden, bedeutet in diesem Zusammenhang, daß es in der Zwischenzeit keine neuen Erkenntnisse zum Thema Hungersterben gab und sie wohl auch nicht gesucht wurden.

Ernst Klees „Euthanasie‘ im NS-Staat“, 1983 erschienen und zum großen Teil auf der Auswertung der zum Heyde-Prozeß in Frankfurt zusammengezogenen Akten fast aller „Euthanasie“-Prozesse basierend, bringt solche neuen Erkenntnisse.⁸ Ein Kapitel ist speziell „Nitsches Luminal-Schema und Hungerkost“ als der gebräuchlichsten Mordmethode in den späten Kriegsjahren gewidmet. Neue Namen von Anstalten, die mit diesen Methoden „massenhaft“ töteten, werden genannt „(Tiegenhof, Obrawalde, Hadamar, Eichberg, Klagenfurt, Sachsenberg, Großschweidnitz usw.)“, das Luminalschema wird genauer beschrieben und Kaufbeuren mit seinem Direktor Faltthäuser ausführlich dargestellt. „E-Kost“ (Kaufbeuren), „B-Kost“ (Eichberg) und „Großschweidnitzer Vitaminkost“ tauchen als Bezeichnung von Hungerkostformen erstmals auf. Wenn Klee aber schreibt, „zahlreiche Anstalten richten Hungerstationen ein oder verabreichen Hungerkost“,⁹ dann hätte man, weil sie nicht benannt werden, gerne mehr darüber gewußt. Immerhin werden im Text verstreut noch Weilmünster, Tiegenhof, Kulparkow, Zschadraß und Winnental als Anstalten genannt, in denen gehungert oder durch Aushungern getötet wurde. Auf die Situation in den vielen anderen Anstalten geht Klee nicht ein. Klees Buch spiegelt aufgrund seiner wichtigsten Quelle das Vorgehen der Justiz wider, die eben nicht auf allgemeine, NS-spezifische Veränderungen der Verhältnisse, wie etwa das generelle Ansteigen der Sterblichkeit in den Anstalten reagierte, sondern nur auf erkennbare gezielte Tötungshandlungen, die man an Personen festmachen konnte, um diese anklagen und eventuell verurteilen zu können.¹⁰ In bezug auf das Hungersterben führte dies aber dazu, daß wieder nur Orte des Massensterbens, wie Hadamar, Kaufbeuren, Meseritz-Obrawalde und Großschweidnitz Ermittlungen auslösten, während das Geschehen in

⁸ Klee 1983; das Kapitel über „die Tötungspraktiken nach dem Vergasungsstopp“ findet sich auf den S. 429–438 der Taschenbuchausgabe.

⁹ Ebd., 431.

¹⁰ Aly (1985b) stellt am Ende seines Aufsatzes eindrücklich dar, wie schon bei der Vorbereitung der Nürnberger Prozesse und später auch bei Prozessen deutscher Gerichte „strafrechtlich irrelevantes“ Aktenmaterial aussortiert und damit für die Forschung unzugänglich gemacht wurde.

den vielen anderen Anstalten, wo offenbar nicht vorsätzlich gemordet wurde, weiterhin unsichtbar blieb. In der historischen Aufarbeitung des Hungersterbens wiederholte sich also das gleiche wie in den meisten Aufarbeitungsversuchen der NS-Psychiatrie, daß „spektakuläre“ Ereignisse wie Zwangssterilisation und „Aktion T4“ das Elend in den Anstalten völlig verdeckten oder in den Hintergrund drängten. So blieb auch das „stille“ Sterben in vielen psychiatrischen Einrichtungen unbemerkt.

In den ab Mitte der 80er Jahre rasch zunehmenden Publikationen blieb es im Grunde bei dieser Sachlage. Zwar tauchten noch neue Namen von „verdächtigen“ oder nachweisbar mörderischen Anstalten – wie etwa Wehnen in Oldenburg¹¹ – auf, gründlichere Beschreibungen einzelner Anstalten wie beispielsweise über die Karl-Bonhoeffer-Heilstätten in Berlin¹² begannen auf die sich im Krieg zunehmend verschlechternden Lebensbedingungen der Patienten und die steigende Zahl der Sterbefälle hinzuweisen. *Dorothee Roer, Dieter Henkel* und Mitarbeiter, sowie *Horst Dickel* beschrieben andererseits erstmals präzise Anwendung und Auswirkungen des Hungers als Teil der Tötungsmethode in den beiden hessischen Mordanstalten Hadamar und Eichberg.

Die Entwicklung der Sterblichkeit in den meisten Anstalten blieb jedoch weiterhin unbeachtet. Statt dessen wurde im Zusammenhang mit den vor allem von *Götz Aly* vorangebrachten Versuchen, die Zeit nach der „Aktion T4“ klarer zu strukturieren und das Handeln der maßgeblichen Akteure unter dem Einfluß der ungünstigen Kriegsentwicklung zu beschreiben,¹³ darüber gestritten, ob die zweite Phase des Tötens einschließlich des Hungersterbens der „wilden Euthanasie“ oder der „Aktion Brandt“ zuzurechnen sei.¹⁴

Unter den mittlerweile zahlreichen Publikationen zur NS-Psychiatrie verdienen es einige wenige, im Zusammenhang mit dem Hungersterben besonders hervorgehoben zu werden: An erster Stelle sind es die Arbeiten von *Hans-Ludwig Siemen*, der sich in seiner leidenschaftlich-kritischen Analyse der Entwicklung der deutschen Psychiatrie seit dem Kaiserreich als erster Autor eingehender mit dem Hungersterben

¹¹ Erstmals bei Sueße/Meyer 1984, 449–462.

¹² Arbeitsgruppe zur Erforschung der Geschichte der Karl-Bonhoeffer-Nerven-klinik (Hg.) 1988.

¹³ Aly 1985a; 1985b.

¹⁴ Schmuhl 1987/1992, 220ff. und 230ff. (in der 2.Aufl.), sowie in Anlehnung daran, aber auch teilweise kritischer Distanzierung Kaminsky 1995, 419–436. Gegen die von Schmuhl vorgenommene Wiedereinführung des Begriffes der „wilden Euthanasie“ wendet sich Wunder 1992, 8–21. Sinngemäß wendet er sich auch gegen Kaminskys Auffassungen.

im Ersten Weltkrieg befaßt und die Zahl von rund 70.000 Opfern dieser Katastrophe in den deutschen Anstalten berechnet hat. Ebenso hat er als erster auf die Zunahme der Sterblichkeit in den deutschen Anstalten während der Jahre 1933–1939 hingewiesen und anhand der Erlanger Anstalt die absichtlich herbeigeführte Verschlechterung der Versorgungsbedingungen unter dem NS-Regime eingehend analysiert.

Als zweites sind die Arbeiten der Hamburger Autorengruppe um *Michael Wunder, Peter von Rönn und Harald Jenner* zu nennen, die in vorbildhafter Genauigkeit das Schicksal der zahlreichen aus Hamburg im Rahmen der Katastrophenschutzpolitik abtransportierten Patienten verfolgt und geklärt haben und dabei auf etliche, zum Teil noch unbekannte Aufnahmeanstalten stießen, in denen die Aushungerung der Deportierten eine wesentliche Rolle bei der Dezimierung der Neuankömmlinge gespielt zu haben scheint.

Wohl mit als Folge meines Forschungsauftrags von 1990,¹⁵ in welchem ich alle damals auffindbaren Hinweise auf das verbreitete Hungersterben gesammelt und anhand einer Tabelle über die Entwicklung der Sterberaten in vier Anstalten erste Vermutungen über ein „dreistufiges Hungersystem“ im Verlauf des Krieges geäußert hatte, wurde das Problem des Hungersterbens danach in einigen Publikationen stärker beachtet. Besonders *Heike Bernhardt* hat in ihrer wichtigen Arbeit über die Anstaltspsychiatrie in Pommern¹⁶ neben der ersten systematischen Darstellung der frühen Krankenkurdaktion in dieser Provinz die zunehmende und schließlich erschreckend hohe Sterblichkeit in Ueckermünde sorgfältig beschrieben und die von ihr ermittelten Sterberaten meiner Tabelle angefügt. *Gerda Engelbracht* mit ihrem Buch über die Bremer Nervenklinik¹⁷ und zuletzt *Ingo Harms*, der in seiner Arbeit über Wehnen zum ersten Mal das Wort „Hungertod“ mit in den Titel aufnimmt,¹⁸ folgten ihrem Beispiel.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, daß das Thema des Hungersterbens in der „Euthanasie“-Literatur lange Zeit durch die großen, von den Nationalsozialisten an den psychisch Kranken begangenen Verbrechen völlig an den Rand gedrängt wurde und erst in den letzten Jahren allmählich die ihm zukommende Beachtung fand. Bereits aufgrund der Ergebnisse meiner ersten Recherchen gewann ich aber den

¹⁵ Faulstich 1990b. Der Aufsatz wurde auf einer Tagung des Arbeitskreises zur Erforschung der Euthanasie anfangs der neunziger Jahre in Hadamar diskutiert und als Schlußkapitel meiner Arbeit über die badische Psychiatrie (Faulstich 1993a) in erweiterter Form angefügt.

¹⁶ Bernhardt 1994; Sterberatentabelle dort auf S. 77.

¹⁷ Engelbracht 1997.

¹⁸ Harms 1997.

Eindruck, daß dem Hungersterben in den Anstalten als einer „stillen“ Form der „Euthanasie“ wahrscheinlich mehr Menschen zum Opfer gefallen sind als der berühmt-berüchtigten „Aktion T4“. Die hiermit angedeuteten Dimensionen des Geschehens lassen die Bedeutung des Themas, speziell im Kontext der NS-Psychiatrie, erahnen.

Der Untersuchungszeitraum ist jedoch, wie sich aus dem Titel des Buches ergibt, weiter gespannt. Er umfaßt den Ersten Weltkrieg, dessen Nachkriegszeit und die „Blütezeit“ der Weimarer Reformpsychiatrie sowie den „Absturz in die neue Armut“ ab 1929. Ein wichtiger Abschnitt ist sodann der Entwicklung der NS-Psychiatrie in der Vorkriegszeit gewidmet, während sich das Schlußkapitel der Frage zuwendet, wie lange das 1945 kumulierende Hungersterben in der Nachkriegszeit anhielt. Zu jeder dieser in der deutschen Psychiatriegeschichte deutlich abgrenzbaren Perioden soll an dieser Stelle nicht noch einmal eine ausführliche, sondern nur eine kurze Literaturübersicht erstellt, aber auf Fragen hingewiesen werden, die noch ungeklärt sind:

Für die Zeit des Ersten Weltkriegs hat *Hans-Ludwig Siemen* zwar die Zahl der Hungertoten berechnet und die Verhältnisse in der Heil- und Pflegeanstalt Erlangen eindrücklich beschrieben, die dort zum Tod vieler Patienten führten.¹⁹ Seinem sozialhistorischen und psychiatriekritischen Ansatz folgend, geht Siemen aber sofort zur Interpretation des Geschehens über, indem er das Massensterben als letzte Konsequenz der zunehmenden Ausgrenzung der Anstaltsinsassen aus der Gesellschaft begreift. Das ist ohne Zweifel richtig gesehen, nur erfährt man leider nichts über die ernährungswirtschaftlichen Hintergründe der Katastrophe in den Anstalten, die Teil eines Geschehens war, welches auch weite Teile der übrigen Bevölkerung betraf. Auch in der kürzlich veröffentlichten umfangreichen Studie zur Entwicklung der westfälischen Psychiatrie von *Bernd Walter*,²⁰ in der das Hungersterben im Ersten Weltkrieg ausführlich dargestellt wird, bleiben Fragen offen, wie zum Beispiel die, ob das Hungersterben in allen Regionen des Reiches in gleicher Intensität auftrat.

Die Zeit nach dem Ersten Weltkrieg wurde hinsichtlich des Hungersterbens meines Wissens noch nicht genauer untersucht. Zwar existieren eine ganze Reihe zeitgenössischer Aufsätze zu den bestehenden Versorgungsproblemen in den Anstalten, die jedoch nicht über vermehrte Todesfälle berichten. Hier stellt sich die Frage, wie lange die erhöhte Kriegssterblichkeit überhaupt anhielt und welche Folgen der

¹⁹ Siemen 1987, 29 f.

²⁰ Walter 1996.

Zusammenbruch der Staatsfinanzen im Jahre 1923 auf die Anstaltsversorgung und das Sterben in den Anstalten hatte.

Daß sich die Weltwirtschaftskrise in Form massiver Sparmaßnahmen negativ auf den Standard der Anstaltsversorgung auswirkte, ist in der Literatur mittlerweile allgemein anerkannt. Ob dies auch Auswirkungen auf die Sterblichkeit hatte, wurde noch nicht untersucht.

Während die Verschlechterung der Lebensbedingungen in den Jahren 1933 bis 1939 als Folge der nationalsozialistischen Politik gegenüber rassisch und völkisch „Minderwertigen“ essentieller Bestandteil aller Darstellungen der NS-Psychiatrie ist, bleiben die dafür vorgelegten „Belege“ in der Regel vage und beschränken sich auf vorgefundene Einzeldaten und Zitate. Wie die „Aktion T4“ für die Zeit des Krieges ist für die Vorkriegszeit die Zwangssterilisation in vielen Darstellungen der NS-Psychiatrie das beherrschende Thema. Von besonderem Interesse ist auch für diese Zeit die Frage nach regionalen Unterschieden in der Intensität des fortgesetzten, verschärften Sparens an der Psychiatrie.

Fragen, die das Hungersterben während des Zweiten Weltkrieges aufwirft, wurden bei der Durchsicht der vorhandenen Literatur bereits angedeutet. Hauptsächlich geht es darum, ob sich das zunehmende Hungersterben, wie in meinem Aufsatz von 1990 angenommen, aufgrund der Befunde in den jetzt genauer untersuchten Ländern und Provinzen als allgemeines Phänomen bestätigen läßt. Gleiches gilt für das von mir damals vermutete „dreistufige Hungersystem“, dessen Hintergründe gegebenenfalls noch genauer zu klären wären. Dazu würden auch Antworten auf die Frage gehören, wie sich das Hungersterben ganz allgemein in die „Euthanasie“-Absichten des NS-Regimes gegenüber den psychisch Kranken einordnen läßt, speziell auch die Frage, welche Kranken von dem Hungersterben in erster Linie betroffen waren. Auch für die Kriegszeit wird nach regionalen Unterschieden zu fragen sein. Wenn möglich, sollte schließlich auch die Frage nach der Zahl der Opfer des Hungersterbens in den untersuchten staatlichen Anstalten wenigstens vorläufig beantwortet werden.

Für das Hungersterben nach dem Zweiten Weltkrieg existieren bis auf ein unveröffentlichtes Vortragsmanuskript von *Harald Jenner*²¹ noch keine Einzel-, geschweige denn Übersichtsdarstellungen. Hier besteht dringender Forschungsbedarf, dem die vorliegende Arbeit zum ersten Mal zu entsprechen versucht.

²¹ Jenner 1993.

METHODEN UND QUELLEN DER UNTERSUCHUNG

Vorbemerkung: Unter dem Untersuchungsgegenstand „Psychiatrie“ wird hier die staatliche Anstaltspsychiatrie verstanden als der Ort, an dem in Deutschland ebenso wie in anderen Ländern seit dem 19. Jahrhundert die meisten Menschen mit schwereren psychischen Störungen behandelt wurden.

Wichtigste Voraussetzung für die Beantwortung der aufgeworfenen Fragen war die möglichst genaue Ermittlung der Sterberaten aufgrund der Zahl der Sterbefälle in den einzelnen staatlichen Heil- und Pflegeanstalten. Diese Zahlen ließen sich für den Ersten Weltkrieg und die nachfolgenden Friedensjahre zumeist aus Jahresberichten, regionalen und Reichsstatistiken erheben, für die Jahre des Zweiten Weltkriegs aber nur noch im Ausnahmefall. Für diese Zeit lagen glücklicherweise zu einigen Regionen bereits entsprechende Datensammlungen vor, und zwar, wie bereits erwähnt, in Bayern und Westfalen. Da die von mir durchgeführte Erhebung in den heute noch existierenden Anstalten über Anfangsbestände, Zahl der Zugänge und Sterbefälle – die von mir so genannten „Basisdaten“ – in den Jahren 1935–1949 enttäuschend verlief, habe ich versucht, zusätzlich für möglichst viele Anstalten die genannten Daten durch Recherchen in Anstalts- und Staatsarchiven zu ermitteln, indem ich zentrale Statistiken sowie Aufnahme- und Sterbebücher als Quellen auswertete, in einem Fall sogar die Sterberegister eines Standesamtes. In den einzelnen Ländern war die Quellensituation sehr unterschiedlich, worauf am Anfang der meisten Länderbeschreibungen hingewiesen wird.

Aus den genannten „Basisdaten“ wurden dann in der international üblichen Weise die Sterberaten der Anstalten für jedes einzelne Jahr errechnet, indem die Zahl der Sterbefälle der Summe aus Anfangsbestand und Zugängen („Gesamtpatientenzahl“) gegenübergestellt wird, woraus sich als die eigentliche „Sterberate“ ein Prozentwert ergibt.²² Diese Sterberaten sind unerläßliches Kriterium für den Vergleich der Sterblichkeit in verschiedenen Anstalten. Sie ermöglichen darüber hinaus, die Entwicklung der Sterblichkeit in einzelnen Anstalten, einer ganzen Region oder auch für das gesamte frühere Reichsgebiet zu beschreiben.²³

²² Die Entwicklung des Begriffs der „Sterberate“ und deren genaue Berechnung wird am Ende des Kapitels über den Ersten Weltkrieg erläutert (vgl. S. 59 ff.).

²³ Bereits an dieser Stelle soll darauf aufmerksam gemacht werden, daß die in klassischer Manier errechnete Sterberate während des Zweiten Weltkrieges wegen der hohen Patientenfuktuatation in den Anstalten in ihrer Aussagekraft beein-

Abgesehen davon, daß die endlose Aneinanderreihung von Zahlen und Tabellen ermüdend wäre, lag es auch im Interesse der Untersuchung selbst, zur Interpretation der ermittelten Daten und Sterberaten möglichst viele zusätzliche Informationen über die einzelnen Anstalten und Regionen zu sammeln und diese den Tabellen der Sterberaten voranzustellen oder anzuhängen. Daraus ergab sich die Notwendigkeit, möglichst alle vorliegenden Publikationen über Regionen und Anstalten beizuziehen.²⁴ Dazu gehörten insbesondere große Teile der Literatur über NS-Psychiatrie und „Euthanasie“, aber auch abgelegene Dissertationen, Anstaltshistorien, Festschriften und „Chroniken“. Ergänzend wurde in zentralen und Landesarchiven nach Hinweisen auf Besonderheiten der Psychiatriepolitik in den betreffenden Ländern und Provinzen gefahndet.

Im Zusammenhang mit dem Hauptthema des Buches waren Informationen über die Ernährungslage im allgemeinen und speziell im Bereich der Psychiatrie von besonderer Bedeutung. Da sowohl in der Literatur als auch in den eingesehenen Originalquellen bezüglich der Verhältnisse im Zweiten Weltkrieg nur extrem selten Kalorienzahlen genannt wurden, übernahmen die ebenfalls nur verstreut und für kleinere Zeiträume angegebenen „Verköstigungssätze“, d.h. die pro Tag für die Verpflegung eines Patienten ausgegebenen Beträge,²⁵ die Funktion eines – allerdings ziemlich ungenauen – Indikators für Menge und Qualität der Ernährung.

Schließlich war auch die Literatur über das polykratische System und die Machtverschiebungen innerhalb des nationalsozialistischen Herrschaftsgefüges in ihrer Bedeutung für das Thema heranzuziehen. Als besonders wichtig erachtete ich es – in Fortschreibung einer älteren Studie²⁶ –, die Einflüsse des Kriegsgeschehens auf die Entwicklungen

trächtigt wird. Genaueres dazu ist im Exkurs über die Schwierigkeiten bei der Berechnung der Sterberaten in Zwischenanstalten (S. 259 f.) nachzulesen.

²⁴ Diese sind als Quellenbeleg im Textzusammenhang jeweils angemerkt, außerdem im Literaturverzeichnis zusammenfassend aufgeführt.

²⁵ In der Literatur und auch in zeitgenössischen Quellen werden dafür verschiedene Ausdrücke verwendet, unter anderem auch „Verpflegungssatz“. Da hierdurch leicht Verwechslungen mit dem Begriff „Pflegesatz“ als Bezeichnung für den Gesamtaufwand für Unterbringung, Betreuung, Verpflegung und Behandlung eines Patienten pro Tag auftreten können und tatsächlich in der Literatur auch immer wieder vorkommen, sollte man die reinen Verpflegungskosten entweder als „Verköstigungssatz“ oder mit dem ebenfalls zeitgenössischen Begriff „Kostsatz“ bezeichnen.

²⁶ So wies ich als erster darauf hin, daß der Beginn der „Aktion T4“ mit der Eröffnung der „Anstalt A“ in Grafeneck im Zusammenhang mit der Feldzugsplanung gestanden haben muß, wofür ich in dieser Arbeit auch einen Beleg aus

in der Psychiatrie genauer zu betrachten, weshalb beispielsweise der Bombenkrieg als Auslöser der „Aktion Brandt“ in Form eines Exkurses eine spezielle Darstellung erfährt.

Die an sich wünschenswerte Differenzierung zwischen männlichen und weiblichen Opfern des Hungersterbens war schon allein aufgrund der Quellsituation in den späteren Jahren des Zweiten Weltkriegs nicht möglich. Die einzige Statistik, die einen größeren Raum und Zeitabschnitt erfaßt und das Schicksal der Männer und Frauen getrennt darstellt, wurde nicht in Deutschland erstellt, sondern im Zusammenhang mit dem Hungersterben in den französischen Anstalten während des Zweiten Weltkrieges.²⁷ Aus Gründen des Sprachflusses wurde darauf verzichtet, jeweils männliche und weibliche Sprachform zu verwenden; mit „Patienten“ und „Kranken“ sind immer Frauen und Männer gemeint.

Abschließend scheinen mir zur Art der Darstellung der Untersuchungsergebnisse, insbesondere der Sterberaten und der zugrundeliegenden „Basisdaten“ einige Bemerkungen angebracht zu sein: In den vorhandenen Darstellungen der Sterblichkeit in einzelnen Anstalten werden gerne Kurven oder Säulendiagramme verwendet. Diese sehen zwar gut aus, erfordern aber in der Regel doch ein genaueres Hinsehen auf die Bezugsskalen und lassen dann, wenn etwa Belegung, Zugänge und Sterbefälle getrennt und möglicherweise auch nur sehr grob gezeichnet sind, fast keine Rückschlüsse auf absolute Zahlen zu.²⁸ Die Zusammenfassung mehrerer Kurven in einer Graphik wirkt nach meinem Eindruck in der Regel eher verwirrend als erhellend, vor allem dann, wenn sich diese Kurven überschneiden.

Ich habe mich nach eingehender Auseinandersetzung mit dieser Frage gegen diese Darstellungsweise und für die Angabe von absoluten Zahlen entschieden und zwar aus folgenden Gründen: Als erstes sind diese Zahlen nachprüfbar und können deshalb aufgrund möglicher neuer Erkenntnisse korrigiert werden.²⁹ Zum zweiten – und das gilt besonders für die Verhältnisse im Zweiten Weltkrieg – kam ich bei manchen

zeitgenössischen Quellen vorlegen kann. (Siehe S. 267 Anm.) Vgl. auch Faulstich 1990a.

²⁷ Vgl. den Exkurs „L'extermination douce“, S. 374 ff.

²⁸ Die ansonsten sehr verdienstvolle Arbeit von Gleinig/Gabrysch (1983) muß hier leider als abschreckendes Beispiel genannt werden.

²⁹ Ich muß aber darauf aufmerksam machen, daß in den Fällen, in denen mehrere Statistiken zur gleichen Anstalt vorlagen, diese in der Regel voneinander abwichen. Das beste Beispiel dafür ist Merxhausen. Geringfügige Abweichungen sind also bei verschiedenen Quellen beinahe zwangsläufig, wirken sich aber in der Regel auf die Sterberaten nicht sehr stark aus.

Anstalten bezüglich der Anfangsbelegung oder der Zugangszahl nicht ohne Schätzwerte aus, die in einer Zahlentabelle jeweils besonders gekennzeichnet werden können³⁰, was in einer Graphik nicht möglich ist. Schließlich bietet drittens die tabellarische Darstellung der Sterberaten mit den zugrundeliegenden Ausgangswerten bei Anstalten mit wenigen oder fehlenden Zusatzinformationen, wie etwa den in Ostdeutschland gelegenen, auch noch die Möglichkeit, anhand der Zahlenwerte wenigstens etwas von der Entwicklung dieser Anstalt zu erfahren. Die Zahlen werden dann selbst zu bedeutungsvollen Informationsträgern, indem etwa eine Überbelegung auf beengte Lebensverhältnisse oder der plötzliche Anstieg der Sterberate auf gravierende und vielleicht beabsichtigte Veränderungen in der Patientenversorgung mit entsprechenden Auswirkungen auf die Sterblichkeit hinweist. Die so entwickelten Interpretationen haben natürlich zum großen Teil hypothetischen Charakter. Es würde mich freuen, wenn sie durch neue Forschungen korrigiert oder gar widerlegt werden könnten, so wie ich überhaupt mit der vorliegenden Arbeit, die sicher einige Irrtümer und Fehler³¹ enthält, die Absicht verbinde, vermehrte Forschungsanstrengungen auf dem bisher vernachlässigten Gebiet des Hungersterbens in der Psychiatrie zu provozieren.

³⁰ Dabei bedeuten bei der Anfangsbelegung ein Stern (*) daß es zwar Bestandszahlen in zeitlicher Nähe, aber nicht exakt zum 1. Januar gibt, zwei Sterne (**), daß die Zahl aufgrund erkennbarer Trends in der Krankenzugangsbewegung oder bekannter Ereignisse wie etwa große T4- oder Evakuierungstransporte geschätzt wurden. Für die Zahl der Zugänge gilt das entsprechend. Die Zahl der Sterbefälle habe ich grundsätzlich nicht geschätzt (Ausnahme Weilmünster, was speziell begründet werden kann.).

³¹ Im Rahmen der mehrjährigen Arbeit an diesem Buch mußten zehntausende von Rechenoperationen durchgeführt werden, wobei schon allein bei der Übertragung von Zahlen aus einer Quelle auf den Taschenrechner oder PC Fehler aufgetreten sein können. Wichtige Daten habe ich mehrfach kontrolliert, die Berechnung der Sterberaten mit dem Programm Excel 4 überprüft. Dennoch vorhandene Fehler bitte ich zu entschuldigen.



I. Das Hungersterben im Ersten Weltkrieg

Während des Ersten Weltkrieges sind in den psychiatrischen Anstalten Deutschlands ungefähr 70.000 Menschen an Hunger und Mangelversorgung zugrunde gegangen. Die Tatsache als solche ist weitgehend bekannt, zumal diese Zahl bei den Vorbereitungen für die „Aktion T4“ im Zweiten Weltkrieg eine Rolle spielte. Ältere Teilnehmer an dieser Mordaktion haben sich nach Aussagen eines Zeitzeugen an das Hungersterben im Ersten Weltkrieg erinnert und auch daran, daß es ohne große Widerstände von Seiten der Anstaltspsychiatrie stattfinden konnte.

Die große Frage ist aber, ob dieses Massensterben die Beseitigung „unnützer Esser“ zum Ziel hatte oder ob nicht auch andere Menschen betroffen waren und die allgemeine Ernährungslage in Deutschland während des Krieges dabei eine wesentliche Rolle spielte.

DIE DEUTSCHE ERNÄHRUNGSLAGE IM ERSTEN WELTKRIEG

Ähnlich wie England und Frankreich trat das Deutsche Kaiserreich wirtschaftlich völlig unvorbereitet in den Krieg ein. In einer Art Vogel-Strauß-Politik hatte man zwar eine risikoreiche Außenpolitik betrieben, jedoch die Augen vor den wirtschaftlichen Vorbereitungen für einen unter Umständen längeren Krieg verschlossen. Das hing zum einen damit zusammen, daß man fast allgemein von einem kurzen, höchstens einjährigen Krieg ausging, zum anderen hatten sich die verschiedenen Interessengruppen und politischen Instanzen gegenseitig blockiert.¹

Skalweit schreibt über den Zustand bei Kriegsbeginn: „Weder war für den Krieg eine staatliche Vorratshaltung betrieben worden, noch gab es für die Organisation der Kriegsernährungswirtschaft einen wohlwogenen Plan. Das einzige, woran man wohl gedacht hatte, war die Sicherstellung der Zufuhr von Milch und leicht verderblichen Lebensmitteln nach den großen Städten in den ersten Wochen der Verkehrsperre während der Mobilmachung. Im Übrigen hatte man sich darauf verlassen, daß die privatwirtschaftliche Vorratshaltung und die heimi-

¹ Vgl. Burchardt 1968. In dieser Darstellung werden die Vorkriegsdiskussionen einschließlich der Ansichten über die mögliche Kriegsdauer eingehend dargestellt.

sche Nahrungsmittelerzeugung ausreichen würden, um die Bevölkerung während eines Krieges, von dessen nur kurzer Dauer man fest überzeugt war, mit dem Nötigen zu versorgen.“²

Man hatte sich mit den Berechnungen renommierter Ernährungswissenschaftler zufriedengegeben, daß Deutschland 90% seines Gesamtkalorienbedarfs selbst produzieren könne. Das schien vor allem für die beiden Hauptnahrungsmittel, Kartoffeln und Getreide, zuzutreffen. Übersehen wurde dabei, daß diesen Berechnungen lediglich Schätzungen zugrunde lagen, die von zu großen Anbauflächen und zu hohen Erträgen ausgingen und auch die notwendige Vorratshaltung für Saatgetreide vernachlässigt hatten. In Wirklichkeit kam mehr als ein Viertel des unmittelbar oder mittelbar für die Ernährung notwendigen Getreides aus dem Ausland; bei Fett waren es sogar zwei Fünftel des Bedarfs.³

Am fatalsten wirkte sich das weitgehende Ignorieren der Zusammenhänge zwischen der Produktion von Getreide und von tierischen Fetten aus. Vor allem die Stadtbevölkerung hatte sich mit zunehmendem Wohlstand an den regelmäßigen Genuß von Fleisch (vor allem von Schweinefleisch) gewöhnt, entsprechend groß waren die Viehbestände, für deren Aufzucht und Haltung große Mengen an Futtergetreide und Kartoffeln benötigt wurden. Als mit Kriegsbeginn die Einfuhr von Futtergetreide ausfiel, begannen die Bauern ihr Vieh mit Brotgetreide zu füttern, so daß sich bereits Ende 1914 die bestürzende Tatsache ergab, daß schon mehr als die Hälfte des Brotgetreides aufgebraucht war. Als Reaktion darauf beschlagnahmte die Regierung das noch Vorhandene und führte im Januar 1915 als erste Rationierungsmaßnahme Brotkarten ein, mit deren Hilfe pro Kopf und Woche 1.900 Gramm dieses Grundnahrungsmittels verteilt werden sollten. Gleichzeitig wurde zur Streckung der Vorräte die schärfere Ausmahlung der Körner und der Zusatz von Kartoffeln beim Backen des sogenannten „K-Brot“ angeordnet.

Obwohl die Reichsregierung solchen „zwangswirtschaftlichen Maßnahmen“ äußerst skeptisch gegenüberstand – man wollte so wenig wie möglich in das Wirtschaftsgefüge eingreifen –, sollten dieser ersten Rationierung bald weitere folgen. Und immer erfolgten sie erst nach Auftreten einer akuten Mangelsituation, also reaktiv und nicht planerisch vorausschauend. So wurden im Oktober 1915 Kartoffeln, ferner Milch, Zucker und Fett rationiert, 1916 folgte die Bewirtschaft-

² Skalweit 1927, 5.

³ Vgl. Burchardt 1974, 65ff.

tung von Eiern und Fleisch. Ende 1916 standen alle wichtigen Lebensmittel unter staatlicher Kontrolle.

Ohne eine oberste Zentralbehörde mit Anordnungsgewalt für die Durchführung kriegswirtschaftlicher Aufgaben war diese Kontrolle allerdings wenig effizient. Weder konnten die Erzeuger ausreichend beaufsichtigt werden, die ihre Produkte in Erwartung von Preissteigerungen zurückhielten, noch die Händler, die die wenigen noch frei verfügbaren Restposten an Lebensmitteln mit großem Gewinn spekulativ hin- und herschoben. De facto waren zunächst die unteren Verwaltungsbehörden, vor allem die Kommunen, mit Kontrolle und Verteilung beauftragt, gerieten jedoch bald in gegenseitige Konkurrenz.⁴

Die mittlerweile als notwendig erkannte Errichtung einer zentralen Ernährungsbehörde geschah nur zögernd und krankte bis zuletzt daran, daß die wirtschaftliche Verwaltung in den Händen der deutschen Einzelstaaten lag – das Reichsamt des Innern konnte zwar Gesetze und Verordnungen ausarbeiten, über eine eigene Exekutive verfügte es jedoch nicht. Auch als im Mai 1916 unter dem Druck der immer schlechter werdenden Lebensmittelversorgung öffentlich ein „Lebensmitteldiktator“ gefordert und mit dem Vorsitzenden des neugeschaffenen Kriegsernährungsamtes institutionalisiert wurde, blieben dessen Kompetenzen immer noch stark eingeschränkt. Aufgrund der zunehmend wirksamer werdenden Blockade durch die Kriegsgegner und wegen vorausgegangener falscher Weichenstellungen in der Ernährungswirtschaft, war ohnehin nur noch der Mangel zu verwalten. Zu den fatalsten Entscheidungen dieser Art gehörte das als „Schweinemord“ bezeichnete Abschlachten eines großen Teiles des Schweinebestandes im Frühjahr 1915, welches zur Folge hatte, daß man später auf den Rinderbestand zurückgreifen mußte, was schließlich auch die Milchversorgung zusammenbrechen ließ. Das Abschlachten der Schweine führte zudem durch Verknappung zum Preisanstieg. Die daraufhin verfügte Festsetzung von Höchstpreisen für Schweinefleisch hatte dessen Verschwinden vom Markt zur Folge – bald darauf tauchte es auf dem schwarzen Markt wieder auf, wo nun weit überhöhte Preise bezahlt werden mußten. Dieser Prozeß wiederholte sich immer wieder.

Das Aushungern des Kriegsgegners durch Blockademaßnahmen wurde von beiden Seiten versucht. Wie zwei Gegner, die sich gegenseitig erwürgen wollen, versuchten Mittelmächte und Entente den Gegner von lebensnotwendigen Importen abzuschneiden. Die Deutschen woll-

⁴ Das Beispiel einer relativ geglückten städtischen Ernährungspolitik zeigt Burchardt 1990, 30 ff.

ten dies mit dem uneingeschränkten U-Boot-Krieg erreichen, der nach Anfangserfolgen zwar zunehmend an Wirkung verlor, aber wesentlich zum Kriegseintritt der Vereinigten Staaten beitrug.⁵ Der Würgegriff der Gegenseite war anhaltender und wirkungsvoller: Rußland als wichtigster Getreidelieferant befand sich von vornherein auf ihrer Seite. Die wenigen „Neutralen“, also vor allem Holland, Dänemark und die Schweiz als Milchlieferanten und Norwegen als Fischproduzent wurden von der Entente unter Druck gesetzt und durften fast nichts mehr liefern. Produkte aus Übersee wie Reis konnten ohnehin nicht mehr herantransportiert werden. 1916 erreichte die Hungerblockade ihre volle Wirkung.⁶

Die Zivilbevölkerung bekam die Folgen der verfehlten Ernährungspolitik und der Hungerblockade immer härter zu spüren: Durch das Verschwinden vieler Lebensmittel vom Markt entwickelte sich allmählich ein unansehnliches Einerlei, das aus suppenartigen Speisen oder Eintopfgerichten bestand und fast ebenso schwer verdaulich war wie das gestreckte Brot. Die Erfindung von Ersatzlebensmitteln verschaffte vielen Nahrungsmittelproduzenten hohe, nicht selten auch betrügerische Gewinne.⁷

Ein großes Problem stellte auch die Verteilung der immer knapper werdenden Lebensmittel dar. Das Militär und die Lebensmittelproduzenten sollten keinen Einschränkungen unterworfen werden. Die übrig bleibenden Lebensmittel sollten möglichst gerecht und mit nur wenigen Sonderregelungen an die Zivilbevölkerung verteilt werden. Man versuchte auch Versorgungspläne aufzustellen, für den Winter 1916/17 z.B. mit der Verteilung von 1985 Kalorien pro Kopf und Tag.⁸ Trotzdem gab es je nach Wohnort, Einkommen und Lebenssituation erhebliche Unterschiede in der Nahrungsmittelversorgung: Menschen, die in kleineren Städten lebten, waren günstiger gestellt, denn sie konnten sich durch Hamsterfahrten aufs Land oder eigenen Gartenbau zusätzlich Lebensmittel verschaffen. Weitaus ungünstiger war

⁵ Vgl. Koerner 1968, 90.

⁶ Walter (1996) hat den Einfluß der Blockade auf die deutsche Nahrungsmittelversorgung während des Krieges weitgehend übersehen. Nur an einer Stelle (S. 157) spricht er von einem „Plan der Entente, durch Blockade und Aus Hungierung die Widerstandskraft des Deutschen Reiches zu brechen“. Die „künstliche Verknappung von Lebensmitteln“ durch „kriegswirtschaftliche Eingriffe“ wird von ihm in Umkehrung der Kausalitäten als Vorbeugung vor den Auswirkungen der erwarteten Blockademaßnahmen angesehen.

⁷ Unter anderem wurden 837 Arten von Würstersatz, 849 Suppen, 22 Fleisch- und 19 Fischpuddings, 511 Kaffee-Ersatzstoffe und 287 Bier-Ersatzgetränke entwickelt und von einer Kontrollbehörde auch genehmigt.

⁸ Rubner 1928b, 15.

die Situation der Großstadtbewohner, die mit den zugeteilten Rationen auskommen mußten, allenfalls ergänzt durch gelegentlich frei verkaufte Lebensmittel, wie z.B. Fisch, Gemüse oder Obst. Nach verschiedenen Schätzungen verschafften diese Zukäufe der Bevölkerung etwa 10–15 Prozent an zusätzlichen Kalorien. Schon beim Erwerb der zugeteilten Rationen, mehr aber noch bei den frei käuflichen Lebensmitteln spielte in Anbetracht der ständigen Preissteigerungen die finanzielle Situation der Betroffenen eine wichtige Rolle: Während eine fünfköpfige Familie 1914 noch 25 Mark für den Einkauf ihrer Lebensmittel benötigte, mußte sie im April 1916 bereits 51 Reichsmark dafür aufwenden.⁹ Den gut verdienenden Rüstungsarbeitern bereitete diese Verdoppelung der Lebenshaltungskosten keine großen Schwierigkeiten, Beamten, Intellektuellen, alleinstehenden älteren Menschen und den Familien der Frontsoldaten, die von den unzureichenden Unterstützungsleistungen leben mußten, jedoch um so mehr. Die Lebensmittelverknappung führte also im Verein mit der Teuerung zu einer neuen, die herkömmlichen Klassenunterschiede weitgehend aufhebenden, sozialen Schichtung, die man als Ernährungshierarchie bezeichnen könnte und die etwa folgendermaßen aussah:

Ernährungshierarchie im Ersten Weltkrieg

Militär

Lebensmittelproduzenten und Lebensmittelhändler

Andere Produzenten mit der Möglichkeit von Kompensations-
geschäften

Begüterte mit Zugang zum Schwarzmarkt

Gutverdienende Rüstungsarbeiter mit Schwerarbeiter-Zulage

Bewohner kleiner Gemeinden mit Garten oder Kontakt zu Bauern

.....
Großstadtbewohner

Angestellte und Beamte, nichtorganisierte Arbeiter

Kleinrentner und Pensionäre

Familien von Frontsoldaten

Alleinstehende ältere Menschen

Bewohner von Heimen

Menschen in „totalen Institutionen“¹⁰

⁹ Skalweit 1927, 133.

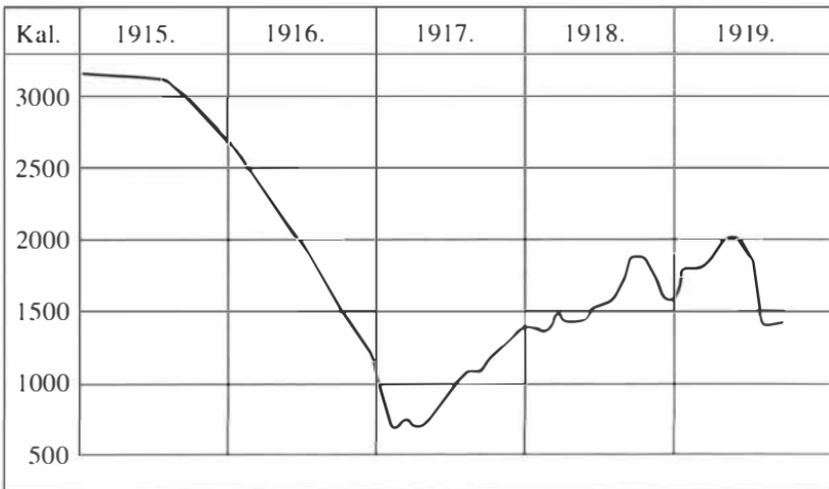
¹⁰ Der von Goffman 1961 geprägte Begriff bezeichnet die Besonderheit von Lebens- und Wohnstätten von Menschen, die von der übrigen Gesellschaft abgeschnitten leben. Kennzeichnend sind der Verlust von allem Privaten, Persönlichen und Intimität, das Leben in ständiger Unterordnung mit Reglementierung des täglichen Lebens nach institutionseigenen Regeln. Beispiele dafür sind Kriegsgefangenenlager, Gefängnisse und psychiatrische Anstalten.

Die der oberen Hälfte dieser Hierarchie zugehörigen Gruppen konnten sich mehr oder weniger ausreichend ernähren, diejenigen in der unteren Hälfte waren fortdauernder und sich verschärfender Unterernährung ausgesetzt.

DER „STECKRÜBENWINTER“ 1916/1917

Nachdem schon in den beiden ersten Kriegsjahren eher mäßige Ernten eingefahren worden waren, brachte der Herbst 1916 zwar eine gute Futterernte, aber nur mittlere Mengen an Getreide und fast gar keine Kartoffeln. Ein extrem kalter und langanhaltender Winter zog herauf. Transportprobleme und Kohlemangel taten ein übriges, um der Bevölkerung den schlimmsten Kriegswinter zu bescheren. Wegen des Ersatzes von Kartoffeln durch Steckrüben ging er als „Steckrübenwinter“ in die Geschichte ein. Gegenüber der vorgesehenen Menge von 1985 Kalorien standen im Durchschnitt nur noch 1336 Kalorien zur Verfügung, in manchen Städten sogar noch weniger: In der nachfolgenden Kurve hat Max Rubner¹¹ die Entwicklung der Kalorienzu-

Abb. 1: Kalorienzuteilung pro Kopf und Tag in Frankfurt a.M. 1915–1919 nach Rubner



¹¹ Max Rubner, geb. 1854, war als Physiologe der wichtigste deutsche Ernährungswissenschaftler. Seine Arbeiten hatten großen Einfluß auf die Volksernährung.

teilung pro Kopf und Tag am Beispiel von Frankfurt am Main dargestellt.¹²

Die Graphik zeigt, daß der Winter 1916/17 den Tiefpunkt in der Ernährung der deutschen Zivilbevölkerung während des Ersten Weltkrieges darstellte. Mit weniger als 1.000 Kalorien pro Tag befand man sich weit unter den als normal angesehenen 2.800 Kalorien, d.h. im Bereich massiver Unterernährung mit der Möglichkeit schwerer gesundheitlicher Schäden bis hin zum Hungertod.

Schon vor Erreichen des Tiefpunktes in der Nahrungsmittelversorgung hatten viele Menschen an Gewicht verloren und an sich die ersten Auswirkungen der Unterernährung verspürt, wie z.B. das Nachlassen der Arbeitskraft, Mattigkeit und rasche Ermüdung. Kinder verloren die Lust zu spielen. Auffallend rasch verfielen alte Menschen. Ab 1916 wurde eine Zunahme von Magen- und Darmstörungen beobachtet, vor allem aber der Tuberkulose, die rasch und gefährlich verlief und häufig zum Tod führte. Während der Ernährungskrise des Winters 1916/17 starben vor allem Jugendliche und alte Menschen. Manche Altersheime starben vollständig aus.

In einer statistischen Analyse der Geburts- und Sterblichkeitsverhältnisse während des Ersten Weltkrieges schreibt Roesle über den Winter 1916/17: „Als Zeitpunkt für den Eintritt der Wirkung der Hungersnot auf die Sterblichkeit kann man den Monat Dezember 1916 annehmen, da von diesem Monat an die Zahl der Sterbefälle andauernd höher war als in den entsprechenden Monaten der vorausgegangenen Kriegsjahre. Diese Wirkung wurde in den ersten drei Monaten des Jahres 1917 noch durch die damals herrschende außergewöhnliche Kälte und die zu gleicher Zeit beginnende Kohlennot in einem solchen Maße gesteigert, daß auf diese Zeit das Maximum der Zunahme der Sterbefälle bei der Zivilbevölkerung während des Krieges (...) entfiel.“¹³

Nach dieser dramatischen Zuspitzung der Nahrungsmittelknappheit verbesserte sich, wie Rubners Kurve zeigt, die Ernährungslage wieder ein wenig, blieb jedoch bis über das Kriegsende hinaus noch im Bereich der Unterernährung. Auch die Verteilungsprobleme hielten an: In München konnten im Sommer 1917 immerhin 1.709 Kalorien, in Berlin aber nur 1.200 und in Hamburg 1.185 verteilt werden.

Die leichte Verbesserung in der Ernährung der Zivilbevölkerung im Sommer 1917 war u.a. darauf zurückzuführen, daß es im Anschluß an die Lebensmittelkürzungen des April 1917 zu den ersten großen Streiks gekommen war, die sich rasch auf fast alle Rüstungszentren ausbreiteten. Zusammen mit der an höchster Stelle ebenfalls registrier-

¹² Rubner 1928a, 72.

¹³ Roesle 1928, 28.

ten zunehmenden Sterblichkeit in der Zivilbevölkerung führte dies zu einem Umdenken, so daß im Sommer 1917 der absolute Vorrang der Versorgung des Militärs vor der Zivilbevölkerung aufgehoben wurde und mehr Lebensmittel in den zivilen Sektor umgeleitet wurden. In der anhaltend ungünstigen Versorgungslage kam aber die Streikbewegung trotzdem nicht mehr zur Ruhe, sie erhielt zunehmend „politische Untertöne“ und führte im November 1918 zur Revolution.¹⁴

FRÜHE AUSWIRKUNGEN AUF DIE HEIL- UND PFLEGEANSTALTEN.

Während man wenigstens in den großen Städten einige Vorräte für die Zeit der Mobilmachung bereitgestellt hatte, traf dies, wie der Jahresbericht von Direktor Leopold Oster aus der im Oktober 1913 eröffneten Heil- und Pflegeanstalt bei Konstanz zeigt, für diese und vermutlich auch für manche andere psychiatrische Anstalt nicht zu:

„Die Schwierigkeiten in dieser Zeit waren für die hiesige Anstalt, die in den Anfangsverhältnissen stand, recht erheblich. (...) Einige Lebensmittel, wie Kaffee, Butter, Eier, Öle, Fette konnten von den Vertragslieferanten nicht geliefert werden, da die Anstalt wochenlang von jedem Bahnverkehr abgeschlossen war. Manchmal waren wir mehrere Tage ohne Postzustellung, auch war das Telefon nahezu 6 Wochen ganz gesperrt. Die Beschaffung der oben erwähnten Lebensmittel bot Anfangs einige Schwierigkeit und konnte vielfach nur zu erhöhten Preisen erfolgen. (...) Wir suchten gleich von Anfang an in der Verköstigung zu sparen, insbesondere mit Brot, verringerten das Gewicht der Wecke und Fleischportionen, führten einen zweiten fleischlosen Tag in der Woche ein, gaben den Kranken der ersten Verpflegungsklasse und dem Beamtenkosttisch einen Gang weniger, mußten aber Anfang September mit den Rationen für die Kranken III. Verpflegungsklasse wieder etwas in die Höhe gehen, da sehr viele (nahe an 70%), insbesondere die arbeitenden, an Gewicht abgenommen hatten. Nachdem einige Zughalte ermöglicht wurden, waren die Schwierigkeiten in der Verproviantierung der Anstalt beseitigt, allerdings konnten sie, da die Lieferanten die Erfüllung der noch bestehenden Verträge ablehnten, nur mit gesteigerten Aufwendungen geschehen.“¹⁵

Die Versorgungsengpässe durch die Mobilmachung konnten also bald überwunden werden. Größere und anhaltendere „Schwierigkeiten im Betrieb“ entstanden aber „durch das Einrücken von zahlreichem Personal zum Heeresdienst“. Mitte August waren in Konstanz bereits ein Arzt und 44 (von 54) Wärtern eingezogen. „Nach und nach stellten wir 24 Aushilfs-

¹⁴ Vgl. Burchardt 1974, 73.

¹⁵ Jahresberichte der Großherzoglich Badischen Irren-Anstalten für die Jahre 1913 und 1914 (1915, 104).

wärter ein, doch hatten wir immer Schwierigkeiten, diese Zahl voll zu bekommen, besonders später, als immer mehr Leute eingezogen wurden, die Industrie sich wieder hob und sehr hohe Löhne draußen gezahlt wurden. (...) Natürlich war auch kaum einmal ein geschulter Wärter darunter, so daß auf sehr viele dieser Leute kein Verlaß in der Krankenpflege war.“¹⁶

Das sind erste Hinweise darauf, daß ein Krieg in den Anstalten nicht nur die Versorgung mit Lebensmitteln erschwerte, sondern auch die Behandlung und Betreuung der Patienten. Fühlbarste Folge der schwierigen Personalverhältnisse war für diese eine deutliche Einschränkung der ohnehin kleinen Freiräume: Ganz allgemein wurden die sogenannten „freieren Verpflegungsformen“¹⁷ reduziert, wozu die „Außenarbeit“ gehörte. Zunächst versuchte man in Konstanz, eine Reihe von „zuverlässigen“ Patienten ohne Überwachungspersonal zu Arbeiten im Gelände zu schicken. Nach anfänglich guten Erfahrungen kam es zu mehreren Fluchtversuchen, so daß man das Experiment aufgeben mußte. Da es an Begleitpersonal fehlte, sank der Prozentsatz der regelmäßig arbeitenden Männer innerhalb kurzer Zeit von 50% auf 28% ab. Vor allem auf der Männerseite, wo die größten Personalprobleme bestanden, wurde auch die personalintensive Behandlung mit Dauerbädern eingeschränkt. Dafür wurden mehr Beruhigungsmittel gegeben.

Die weitere Entwicklung in den ersten Kriegsjahren sei zunächst anhand einiger Jahresberichte der badischen Anstalten dargestellt¹⁸. Emmendingen, Pforzheim und Wiesloch hatten am frühesten und am stärksten unter den Auswirkungen des Krieges zu leiden:

Emmendingen

„Die ärztliche Versorgung unserer Kranken war natürlich durch das Fehlen von 4 Ärzten, die sich im Heeresdienste befinden, beeinträchtigt (...). Bei allen Erkrankungen machten sich die durch den Krieg verursachten Ernährungsschwierigkeiten doppelt fühlbar, und *in vielen Fällen stand der Arzt mit schmerzlicher Entsagung am Krankenbett*. (Hervorhebung, H.F.) Andere Krankheiten, Erschöpfungszustände, Blutkrankheiten waren wieder unmittelbar auf die mangelhafte Ernährung zurückzuführen, und konnten in vielen Fällen einfach nicht bekämpft werden, weil es nicht

¹⁶ Ebd., 105.

¹⁷ Der Begriff sollte den Unterschied zur „geschlossenen Verpflegungsform“, also der geschlossenen Unterbringung, markieren.

¹⁸ Baden pflegte die Jahresberichte der staatlichen Heil- und Pflegeanstalten und der beiden Irrenkliniken jeweils für zwei Jahre erstellen zu lassen und dann gemeinsam zu veröffentlichen. Die folgenden Zitate und die Zahlen für die nachfolgende Tabelle sind den „Jahresberichte(n) der Großherzoglich Badischen Irrenanstalten für die Jahre 1915 und 1916“ (1919) entnommen.

möglich war, die geeignete Ernährung durchzuführen. Die Zahl der Todesfälle in den beiden Jahren beleuchtet diese Tatsache. Körperlich chronisch Kranke, Blutarmer, Tuberkulöse, die wir in unserer Friedenswirtschaft über manches Jahr gut hinweggebracht hatten, ja vorübergehend als werktätige Glieder dem Leben draußen wiedergeben konnten, schwanden in der uns aufgezwungenen Kriegswirtschaft dahin. (...) Am meisten klagten die Kranken über die verminderten Brotanteile. Die Leistungen wurden geringer.“

Pforzheim

In dieser ältesten, vom Anfang des 19. Jahrhunderts stammenden badischen Anstalt, die wegen ihrer hygienischen Mängel schon längst hätte aufgegeben werden sollen, wirkten sich die Einflüsse des Krieges besonders ungünstig aus:

„Die zunehmende Knappheit der Lebensmittel macht die Kranken fast durchweg unzufriedener und erregter als früher, wo aus dem vollen geschöpft werden konnte. Dazu kommt bei den Männern noch die Verkürzung in Zigarren und Tabak. (...) Leider übte die starke Herabsetzung der Lebensmittel an Menge und Nährwert auch zusehends eine immer schlimmere Wirkung auf das körperliche Befinden unserer Kranken aus. Eingehend und im Zusammenhang hierüber zu berichten, wird erst nach Ende des Krieges möglich sein. Hier wollen wir nur darauf hinweisen, daß nach der im Frühjahr 1915 nötig gewordenen erheblichen Herabsetzung in der Kost sich ein deutlicher Abstieg des Körpergewichts unserer Kranken zeigte. Nach einigen Monaten trat ein Stillstand ein, und die Kranken schienen sich auf die an Menge wie Beschaffenheit veränderte Kost eingestellt zu haben. Mit der nach einiger Zeit wieder nötig gewordenen Verminderung der Rationen begann jedoch ein weiteres Sinken des Körpergewichts bei den meisten Kranken sich zu zeigen. Sie bieten daher am Schlusse der Berichtszeit fast durchweg die Zeichen der Unterernährung. Die Folge davon ist neben der stärkeren Erregung und Gereiztheit der Kranken, denen es die krankhafte Einsichtslosigkeit unmöglich macht, sich mit Ergebung in die Sachlage zu fügen, eine sehr erhebliche Abnahme der Widerstandskraft gegen körperliche Erkrankungen und damit eine nicht leicht zu nehmende Zunahme der Sterblichkeit. So stieg gegenüber der allerdings ungewöhnlich niedrigen Zahl der Todesfälle des Jahres 1914 mit 47 – in den vorhergehenden 5 Jahren schwankt sie zwischen 61 und 67 im Jahr – die Sterblichkeit im Jahre 1915 auf 83 und im Jahre 1916 auf 112.“

Wiesloch

„Die Berichtsjahre 1915/16 standen wie überall so auch hier in sämtlichen Betriebszweigen noch weit mehr als das Jahr 1914 unter den Zeichen des Weltkrieges und der dadurch verursachten Umwandlung aller Verhältnisse, insbesondere aber des Personalmangels, sowohl im Krankenpfordienst als in den anderen Betrieben, und zweitens der Lebensmittelnot. In beiderlei Hinsicht haben sich schwere Schäden eingestellt.“

Zunächst geht Direktor Max Fischer ausführlich auf den Personalmangel ein: „Infolge der immer wieder stattfindenden neuen Einberufungen von Personal, die uns gerade die jüngeren und tüchtigen Kräfte raubten, (...) mußte die Qualität des Wärterpersonals im Durchschnitt mehr und mehr abnehmen und die Leistungen der geordneten Krankenpflege zum Nachteil der Kranken notleiden. (...) Das eingestellte Hilfspersonal hielt meist nicht lange aus, weil es entweder dem Dienst nicht gewachsen war (Kriegsinvaliden), oder, was ihm leicht fiel, nach besser bezahlten Stellen strebte. (...) Durch vermehrte Einstellung von weiblichem Personal auf den Männerabteilungen versuchte man eine Besserung der Lage herbeizuführen. Die Erfahrungen sind auch im ganzen genommen recht günstig; allerdings können diese Kräfte einmal immer nur mit Auswahl und zweitens nicht durch alle Abteilungen hin verwendet werden. (...) So ist die Lage des Krankenpflegedienstes von Jahr zu Jahr und von Monat zu Monat immer schwieriger geworden. Die Sicherung der nötigsten Pflege ist kaum mehr möglich; Mißstände dieser und jener Art beginnen sich einzuschleichen, ohne daß man eingreifen kann. Man ist vielmehr gezwungen weitgehende Nachsicht zu üben, beim guten Personal, weil es ohnehin überlastet ist, beim weniger guten, weil man es trotzdem nötig braucht, bei Bestrafung aber zu gewärtigen hat, daß es den Dienst einfach verläßt. (...) Auch die ärztliche Einzelbehandlung der Kranken kann natürlich nicht mehr mit dem Zeitaufwand und der eingehenden Sorgfalt erfolgen wie bei der doppelten Ärztezahl in Friedenszeiten, trotz aller Aufopferung der vorhandenen ärztlichen Kräfte, die insbesondere während der Ruhr- und Typhuszeiten, mit denen die Anstalt wiederholt heimgesucht war, beinahe das Unmögliche geleistet haben. (...)

Die zunehmende Beschränkung der Lebensmittel hat bei unseren Kranken zu sehr bedenklichen Folgen geführt. Die Bedürfnisse und Besonderheiten, die für die Ernährung der Kranken aus ihrer psychischen Veränderung sich herleiten, mußten teilweise oder ganz außer Acht bleiben. Auf das erhöhte Nahrungsbedürfnis mancher Krankenkategorien, auf die erschwerte Assimilierung der Nahrung bei anderen als z.B. auf Epileptiker, Unruhige, auf Nahrungsverweigerer, Katatoniker, Kachektische, Magen-, Darmkranke usw. konnte nicht mehr die Fürsorge im früheren Umfang verwendet werden, wo sie durch reichliche Zulagen und Kräftigungsmittel jeglicher Art oft lange erhalten und mit Glück über schwierige Krankheitszeiten und Schwächezustände hinübergebracht werden konnten. Auch für die vielen körperlich Erkrankten, ja selbst für chronisch und akut Schwerkranke war es kaum möglich, die für sie nötigen Diätverordnungen immer sicher zu stellen. Als Folge der nun allgemein eintretenden Gewichtsabnahme und Unterernährung sahen wir hauptsächlich auftreten: Herzmuskelveränderungen (Entartung, Verfettung, Schwund) und im Zusammenhang damit Oedeme der verschiedensten Körperteile (Beine, Gesicht, Unterleib). Die Tuberkulosefälle mehrten sich und verliefen rapid, nicht selten unter dem Bilde plötzlich einsetzender Miliartuberkulose. Auch die epidemisch auftretenden Krankheiten (Ruhr, Typhus) zeig-

ten einen ungünstigeren und verderblicheren Verlauf als sonst, da sie auf schon unterernährte und wenig widerstandsfähige Konstitutionen trafen. Eine Bestätigung dieses Rückgangs im Kräftezustand unserer Kranken und der dadurch für sie heraufbeschworenen Gefahren erkennen wir aus der Häufung der Todesfälle in den Kriegsjahren. Unter den Todesursachen treten hauptsächlich die Tuberkulose und die Herzerkrankungen hervor.“

Eingehend beschreibt Direktor Fischer die Epidemien. So grassierte von September 1915 bis April 1916 eine Ruhr-Epidemie, in deren Verlauf 252 Personen, Patienten wie Pfleger, erkrankten. Unmittelbar anschließend entwickelte sich 1916 eine Typhus-Epidemie mit 107 Infizierten und 10 Todesopfern. Zeitweise mußte die Anstalt für Aufnahmen geschlossen werden. Trotz intensiver Beteiligung des Hygiene-Instituts der Universität Heidelberg an den bakteriologischen Untersuchungen konnte eine sichere Ursache der Epidemien nicht gefunden werden.¹⁹

Emmendingen, Pforzheim und Wiesloch berichten schon in diesem frühen Stadium des Krieges von einer Zunahme der Todesfälle. Um die Anstalten in dieser Hinsicht miteinander vergleichen und auch den Beginn der erhöhten Sterblichkeit feststellen zu können, sind in der nachfolgenden Tabelle die relevanten Zahlen aus den Jahresberichten zusammengestellt.

Die Tabelle zeigt zunächst den wichtigen Befund, daß selbst Anstalten in der gleichen Region sich schon in Friedenszeiten in ihrer Sterblichkeit unterscheiden und auch im Krieg sehr unterschiedlich von der einsetzenden Mangelsituation betroffen sein konnten: Schon die Ausgangssterblichkeit im Jahr 1914, die man noch mit der Friedenssterblichkeit gleichsetzen kann, weist beträchtliche Differenzen auf. Die Pforzheimer Anstalt liegt mit einer Sterberate von 7,5% weit über den anderen Anstalten, was zweifellos mit den schon erwähnten ungünstigen baulichen und hygienischen Verhältnissen zusammenhängt. Konstanz wiederum scheint von der ungünstigen Entwicklung im Krieg zunächst kaum betroffen, obwohl hier die meisten Pfleger eingezogen worden waren und der Gutshof sich erst im Aufbau befand. Der entscheidende Unterschied zu den anderen Anstalten bestand hier wohl darin, daß die erst zehn Monate vor Kriegsbeginn eröffnete Anstalt noch nicht voll belegt war. In den anderen Häusern war die schon seit der Jahrhundertwende und trotz des Neubaus

¹⁹ Höchstwahrscheinlich handelte es sich bei den Durchfallerkrankungen nicht um bazilläre Infektionen, sondern um typische Begleiterscheinungen der schweren Unterernährung, die durch verminderte Magensaftproduktion und schlechte Verdaulichkeit der Kriegsnahrung entstehen (vgl. den Exkurs über Hungerkrankheiten, S. 50 ff.).

Tab. 1: Gesamtpatientenzahl²⁰, Sterbefälle und Sterberaten in den *badischen Heil- und Pflegeanstalten* während der ersten drei Kriegsjahre

Anstalt	Gesamtpatientenzahl			Sterbefälle			davon an Tbc			Sterberaten in %		
	1914	1915	1916	1914	1915	1916	1914	1915	1916	1914	1915	1916
Konstanz	509	604	592	21	33	31	2	7	3	4,13	5,46	5,24
Illenau	1226	1161	1162	82	82	74	6	10	11	6,69	7,06	6,37
Emmendingen	1576	1754	1705	73	137	167	25	53	64	4,63	7,81	9,79
Wiesloch	1731	1808	1777	95	123	177	25	22	66	5,49	6,80	9,96
Pforzheim	638	626	666	48	83	112	14	16	37	7,52	13,62	16,82

zweier Anstalten bestehende Überfüllung zu einem Dauerzustand geworden.²¹ Welche Bedeutung aber die ständige Überfüllung der Abteilungen zusammen mit der schlechteren pflegerischen Betreuung gerade bei der Ausbreitung von Infektionskrankheiten wie Tuberkulose, Ruhr und Typhus gewinnen mußte, ist vorstellbar.

Zu den Entwicklungen in Baden für die Zeit *vor* der eigentlichen Hungerkatastrophe des Jahres 1917 läßt sich folgendes sagen:

(1) Im Gegensatz zur Allgemeinbevölkerung begann die Sterblichkeit in allen Anstalten aufgrund von Unterernährung und komplizierenden Krankheiten schon ab 1915 anzusteigen. Fast alle Jahresberichte beklagen, daß man körperlich Kranken, aber auch Patienten, die aufgrund ihrer psychischen Verfassung Nahrungszulagen benötigt hätten, keine adäquate Diät verabreichen konnte.

(2) Besonders in den überfüllten Großanstalten kam es zu enormer Ausbreitung der Tuberkulose. Die verminderte körperliche Widerstandskraft führte zu ungünstigeren Krankheitsverläufen und begünstigte die Entstehung und Ausbreitung von Epidemien. Bereits 1916 wurden in Wiesloch Hungerödeme beobachtet, aber als Zeichen von Herzmuskelschwäche fehlgedeutet.

²⁰ Mit „Gesamtpatientenzahl“ ist die Zahl aller in diesem Jahr behandelten Patienten gemeint, sie setzt sich aus dem Anfangsbestand und der Zahl der Zugänge zusammen. Der Begriff wird bei den meisten Tabellen angewandt.

²¹ Trotz der Verlegung vieler Patienten in die neue Konstanzer Anstalt hatte Emmendingen zu Beginn des Jahres 1914 mit 1.263 Patienten bei 925 Planbetten und Wiesloch mit 1.294 Patienten bei 1.066 Planbetten immer noch eine erhebliche Überbelegung. Um dem chronischen Bettenmangel abzuhelfen und die veraltete Pforzheimer Anstalt auflösen zu können, wurde vor dem Krieg intensiv an der Planung einer „Mammutanstalt“ mit 2.000 Betten bei Rastatt gearbeitet. Vgl. Faulstich 1993a, 19.

(3) Zwar nur von Pforzheim berichtet, aber wahrscheinlich generalisierbar, reagierten die Patienten auf den Hunger zunächst mit gesteigerter Erregung und Gereiztheit.

(4) Die massenhafte Rekrutierung des männlichen Personals zu Beginn und im weiteren Verlauf des Krieges führte zu einer erheblichen Beeinträchtigung der ärztlichen, vor allem aber der pflegerischen Betreuung der Patienten.²² Daran konnte auch der Einsatz vieler ungelerner Hilfskräfte nichts ändern. Die sinkende Qualität der Krankenpflege wurde durch die hohe Personalfuktuation infolge Abwanderung des Hilfspersonals in die besser zahlende Industrie noch verstärkt.

In fast allen Jahresberichten wird vermerkt, daß man wegen der besonderen Zeitumstände nicht in allen Einzelheiten über die Entwicklungen berichten könne und diese erst nach dem Krieg zusammenhängend darstellen wolle. Tatsächlich war für alle Veröffentlichungen, die „dem Feind“ wichtige Informationen liefern konnten, Zensur eingeführt. Wahrscheinlich deshalb wurde der Doppeljahresbericht 1915/16 auch erst 1919 veröffentlicht.

Aus dem selben Grund durften sich auch die Fachzeitschriften nur marginal mit den zunehmenden Problemen in den Anstalten beschäftigen. Während die großen wissenschaftlichen Blätter, wie beispielsweise die „Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie“ (AZP) sich aus dem Thema ganz heraushielten, versuchte die mehr dem Tagesgeschehen verpflichtete „Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift“ (PNW) lange Zeit, die Ernährungsprobleme zu bagatellisieren. So durfte der sächsische Medizinalrat Dr. Meltzer, anscheinend ein Vegetarier, Ende September 1914 angesichts von „Fleischnot“ und „Fleischteuerung“ den „Luxuskonsum von Fleisch“ kritisch hinterfragen.²³

Meltzer geht unter Berufung auf den amerikanischen Ernährungswissenschaftler Chittenden und andere Autoritäten vor und bezweifelt die Gültigkeit der Voitschen Zahlen, nach denen ein erwachsener, mittelkräftiger

²² Hier muß auf eine Eigentümlichkeit der psychiatrischen Krankenpflege hingewiesen werden, die sich im Kriegsfall immer besonders verhängnisvoll auswirkte: Während in Allgemeinkrankenhäusern die Krankenpflege mit wenigen Ausnahmen traditionell von Frauen ausgeübt wurde und wird, herrschte in der Psychiatrie bis in die 70er Jahre dieses Jahrhunderts hinein aus ebenso alter Tradition strenge Geschlechtertrennung auch beim Personal: Männliche Patienten durften nur von männlichem, weibliche nur von weiblichem Pflegepersonal betreut werden. Durch das Einrücken großer Teile des männlichen Pflegepersonals einschließlich der Ärzte geriet im Kriegsfall die Versorgung der Patienten in den psychiatrischen Anstalten in der Regel in eine schwere Krise.

²³ PNW 1914/15, 263 ff.

und 70 kg schwerer Arbeiter täglich 118g Eiweiß, 56 g Fett und 500 g Kohlehydrate benötige, ein Drittel des Eiweißbedarfs in Form von Fleisch.²⁴ Dagegen spreche – so Meltzer – die Ernährungsweise der armen Leute und der Bauern, die trotz geringen Fleischkonsums voll leistungsfähig seien, oder auch die Ernährungsweise der Japaner. Inzwischen sei es auch wissenschaftlich nachgewiesen, daß man mit 50–70g Eiweiß gut auskomme²⁵. Selbst Rubner, Schüler Voits und derzeit maßgebender Ernährungsforscher, habe inzwischen zugegeben, daß Voits Eiweißwerte einen Sicherheitswert darstellen.

Meltzer empfiehlt generell die Einführung von mindestens zwei fleischfreien Tagen in der Woche, – damit sei in Anbetracht der Preissteigerungen auch der Etat zu entlasten. Darüber hinaus fordert er die Rückkehr zu Vollkornbrot, wie es in Form des Graham- oder Roggenschrotbrot es ja schon vorhanden, aber zugunsten des Weißbrotes weitgehend aufgegeben worden sei ... Ein neues Vollkornmehl erlaube nun die Herstellung eines den Magen nicht so belastenden Vollkornbrot, das nicht nur billiger sei, sondern auch reicher an nahrhaften Bestandteilen. Im Grunde fordert Meltzer eine – auch aus heutiger Sicht – gesündere Ernährung. Die Entwicklung sollte seine wohlgemeinten Ratschläge bald gegenstandslos machen.

Wollte man so den aufkommenden Versorgungsschwierigkeiten noch eine positive Seite abgewinnen, so werden ab Juli 1915 zumindest indirekt aktuelle Probleme angesprochen:

Johannes Bresler, der Herausgeber der Psychiatrisch Neurologischen Wochenschrift beginnt eine über sieben Ausgaben laufende Fortsetzungsserie „Die neueste Literatur über Typhusbehandlung“, und in der Ausgabe vom 28. August 1915 wird ein Aufsatz aus der Berliner Klinischen Wochenschrift referiert: „Über Verdauungsbeschwerden nach dem Genuß von Kriegsbrot und ihre Behandlung.“ Als Hauptbeschwerden werden darin Durchfälle, Magenübersäuerung und abnorme Gasbildung genannt, die besonders bei notorischen Weißbrotessern auftraten und sich durch Gewöhnung und besseres Kauen wieder zurückbildeten.²⁶

²⁴ Der Münchner Physiologe Carl von Voit (1831–1908) hatte 1881 dieses „Voitsche Kostmaß“ aufgestellt, das die Ernährungsgewohnheiten in Richtung erhöhten Fleischkonsums beeinflußt haben soll.

²⁵ Diese Zahl stammt von Chittenden, der mit einer Anzahl von Versuchspersonen Ernährungsexperimente unternommen hatte und dabei feststellte, daß diese mit weniger Kalorien und auch Eiweiß zwar zuerst etwas an Gewicht verloren, sich dann aber im Gewicht stabilisierten und leistungsfähiger als zuvor fühlten. In Europa übernahm der Däne Hindhede seine Position und stellte sich vehement gegen Rubner. Eine große Zahl von Medizinern und auch Politikern in Deutschland schloß sich diesen neuen Auffassungen an.

²⁶ PNW 1915/16, 122.

Auch in den teilweise abgedruckten Sammelberichten über die Heil- und Pflgeanstalten der Provinz Hannover oder des Rheinlandes sind Tendenzen erkennbar, die Entwicklungen zu verharmlosen. Immerhin werden Gewichtsabnahmen bei einzelnen Patienten eingeräumt. Die bayrische Anstalt Eglfing-Haar erklärt die höhere Zahl der Todesfälle des Jahres 1915 als „eine natürliche Folge der abnorm niederen Sterblichkeit im Vorjahre“.²⁷ Indirekt räumt der Jahresbericht der Münchener Anstalt aber ein, daß man durch die allgemeine Verteuerung weniger Lebensmittel zu den knappen Rationen hinzukaufen konnte. Also mußte, wie bei den ärmeren Teilen der Zivilbevölkerung, auch noch aus finanziellen Gründen an der Kost gespart werden.

Selbst im Anzeigenteil der Wochenschrift wird der zunehmende Ernst der Lage sichtbar. So finden sich in Ausgabe 19 des Jahrgangs 1916/17 werbende Anzeigen für „beschlagnahmefreies Maismehl“, Zitronen-Most, bezugsfreien Schmierseifen-Ersatz, Ersatzkaffee, Seifen-Ersatzpulver und diverse Fischkonserven. Mit besonderer Empfehlung für die fleischlosen Tage preist die Fischverwertungsgesellschaft K.Schönau & Co. aus Altona an der Elbe „geräucherte Fischwürste (reelles deutsches Fabrikat) als die einzig praktische Darreichungsform der überaus nährwertigen Seefischkost in der Massenverpflegung“ an.

Am 20. Januar 1917, also zu der Zeit, als in den Anstalten das Massensterben schon begonnen hatte, eröffnete der inzwischen zum Sanitätsrat ernannte Dr. Bresler eine neue Fortsetzungsserie mit dem beziehungsreichen Titel „Ernährung. Übersicht über einige wichtige Arbeiten aus neuester Zeit“.²⁸ Von insgesamt 80 Büchern, Zeitschriftenartikeln und Kochbüchern, die er zur Lektüre empfiehlt, stellt er einen kurz zuvor in der Berliner Klinischen Wochenschrift erschienenen Aufsatz des dänischen Ernährungsforschers Hindhede über „Die Ernährungsfrage“ an den Anfang seines Sammelreferates, weil er diesen für „die verdienstvollste, (...) auch wissenschaftlich und praktisch am besten und sichersten begründete“ Arbeit hält. Es mutet schon fast zynisch an, wenn sich Bresler in einer Zeit, da ohnehin nur noch geringe Mengen an Fleisch zur Verteilung kommen²⁹, dezidiert hinter die Forderung Hindhedes stellt, den Fleischkonsum einzuschränken.

Auch die von Sanitätsrat Dr. Kersting, Aachen, bereits im 23. Tausend herausgegebene, bei Massenbezug verbilligt erhältliche Schrift „*Deutschland fletschere!*“ wird von Bresler für eine der wichtigsten Arbeiten in der Ernährungsfrage gehalten. „Fletschern (nach dem Amerikaner Horace

²⁷ PNW 1916/17, 311.

²⁸ PNW 1916/17, 341ff., 355ff, 369ff, 386ff und 399ff.

²⁹ Vgl. Rubner 1928b, 15.

Fletcher genannt) heißt, jeden Bissen so lange kauen, bis das Gekaute allmählich und fast unbemerkt ohne willkürliches oder merkliches Schlucken verschwindet. Dadurch wird Verdauung und Ausnutzung besser und zur auskömmlichen und kräftigen Ernährung bedarf es nur eines Drittels der bisherigen Nahrung und vor allem keines Fleisches.“ Die internationale Diskussion über Ernährungsfragen wird also auch von Bresler in Übereinstimmung mit der Kriegspropaganda dazu genutzt, den von allen verspürten gegenwärtigen Mangel als letztlich nicht gesundheitsgefährdend darzustellen. Das mochte für die Allgemeinbevölkerung noch hingehen, gegenüber den Insassen der Anstalten war sie blanker Hohn.

DIE HUNGERKATASTROPHE IN DEN ANSTALTEN

Folgende Faktoren ließen für die Patienten in den Heil- und Pflegeanstalten den heraufziehenden extremen Winter 1916/17 und die darauf folgende Zeit in besonderem Maße gefährlich werden:

(1) Sie gingen bereits „vorgeschädigt“ in diese Versorgungskrise hinein, hatten erheblich an Gewicht verloren und an körperlicher Widerstandskraft eingebüßt.

(2) Das Absinken der täglichen Lebensmittelrationen auf Werte unter 1.000 Kalorien mußte sie als Insassen „totaler Institutionen“ besonders hart treffen, da sie wegen ihrer Isolierung auf geschlossenen Abteilungen keine Möglichkeit hatten, sich auf dem freien Markt zusätzliche Kalorien zu besorgen.

(3) Die kriegsbedingte schwierige Finanzlage des Staates erlaubte keine Erhöhungen des Budgets der Anstalten, so daß aus finanziellen Gründen an den teureren Lebensmitteln gespart werden mußte. Aus den gleichen Gründen kam ein Zukauf von freien Lebensmitteln nicht in Betracht.

(4) Der Ersatz der Kartoffeln durch schwerverdauliche Steckrüben mußte von den Patienten, die nicht selten durch Magen-Darminfektionen und hungerbedingte Durchfallerkrankungen vorgeschädigt waren, besonders schlecht vertragen werden.

(5) Besonders fatal wirkte sich der geringe Gehalt der Nahrung an tierischem und pflanzlichem Eiweiß aus, da er die Entstehung des Hungerödems begünstigte.

(6) Der Kohlenmangel verhinderte die ausreichende Heizung der Krankengebäude und steigerte die Gefahr von Erkältungskrankheiten. Wegen der Heizungsprobleme legten viele Anstalten ihre Patienten in wenigen Krankengebäuden zusammen; diese Überbelegung leistete wiederum der Ausbreitung von Infektionen Vorschub.

(7) Unzureichende Krankenhaushygiene durch fehlende Reinigungsmittel, eingeschränkte Warmwasserversorgung und überfordertes Personal begünstigten Infektionen und Epidemien.

(8) Durch quantitativ und qualitativ verschlechterte ärztliche und besonders pflegerische Betreuung fehlte es auch an der notwendigen Aufsicht zur Erkennung der Frühsymptome von Krankheiten, für die vielleicht noch Behandlungsmöglichkeiten bestanden hätten.

Im Februar 1917, auf dem Höhepunkt der Versorgungskrise, erließ das Kriegsernährungsamt folgenden für die Patienten in der Psychiatrie verheerenden Beschluß: „Die Insassen der Anstalten für Geistesranke und Sieche gelten hinsichtlich der Versorgung mit Lebensmitteln als der gesunden Bevölkerung gleichgestellt, mit Ausnahme derjenigen, die einer diätischen Behandlung bedürfen. Diese werden den Kranken in öffentlichen Krankenanstalten gleichgestellt.“³⁰

Was dieser Beschluß für die Bewohner psychiatrischer Anstalten bedeutete, wurde erst durch Veröffentlichungen in der Nachkriegszeit bekannt: So berichtet 1919 der Direktor der Berliner Irrenanstalt Buch, Dr. Richter, daß seinen Patienten, die noch im November 1915 täglich 90 g Wurst und 175 g Fleisch erhalten hatten, ab März 1917 *pro Woche* nur noch 250 g Fleisch zur Verfügung stand, daneben 3 Pfund Kartoffeln, 4 Pfund Kohlrüben, 1950 g Brot und 200 g Zucker. Richter beschreibt auch die Folgen:

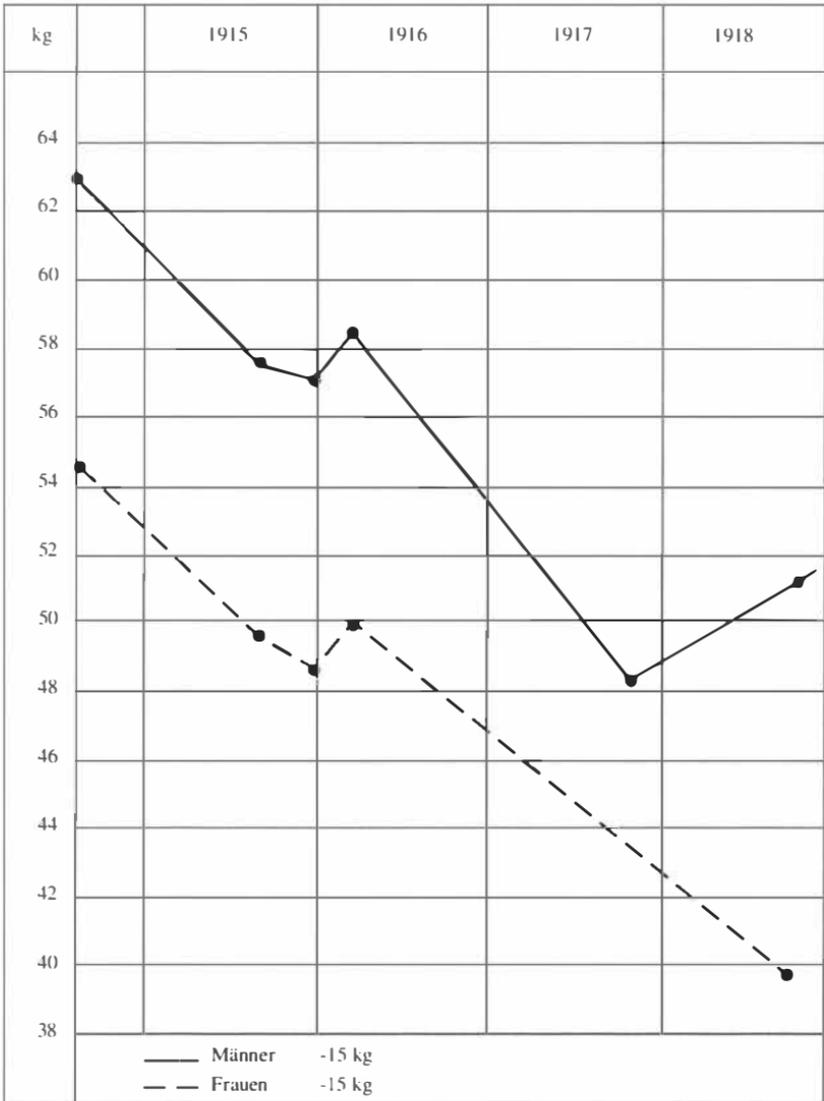
„Bis zum Jahre 1916 waren nun auch die Gesundheitsverhältnisse der Patienten trotz ihrer (...) stetigen Gewichtsverluste nicht ungünstig gewesen; da traten in der zweiten Hälfte des Jahres 1916 höhere Intermissionen der Monatsmortalitätskurve auf, die Kranken bekamen ein auffallend bleiches Aussehen, und mit dem Januar 1917 machte sich die Ödemkrankheit geltend, an welcher zeitweise zwischen 30 und 40 Patienten litten (...). Zu allem Unglück setzte im Januar 1917 eine Ruhrepidemie ein, die bis März anhielt, im April erlosch, aber von Mai bis November zum zweitenmal auftrat. Im August 1917 erreichte die Sterblichkeit mit 126 Personen (1698 Durchschnittsbelegung des August 1917) eine noch nie dagewesene Höhe. Die Ruhrepidemie war ihrer Intensität und Extensität nach keine milde, und sei hierbei nur erwähnt, daß gelegentlich einer Ruhrepidemie der Anstalt in den Jahren 1911/13 von 70 Erkrankten nur 4 starben. Im Verlaufe des Jahres 1917 starben in der 1.600-Bettenanstalt 762 Patienten!“³¹

Die Gewichtsverluste, die Richter fast beiläufig erwähnt, hatte er selbst durch regelmäßiges Wiegen exakt feststellen lassen: Das

³⁰ Richter 1919, 407 ff.

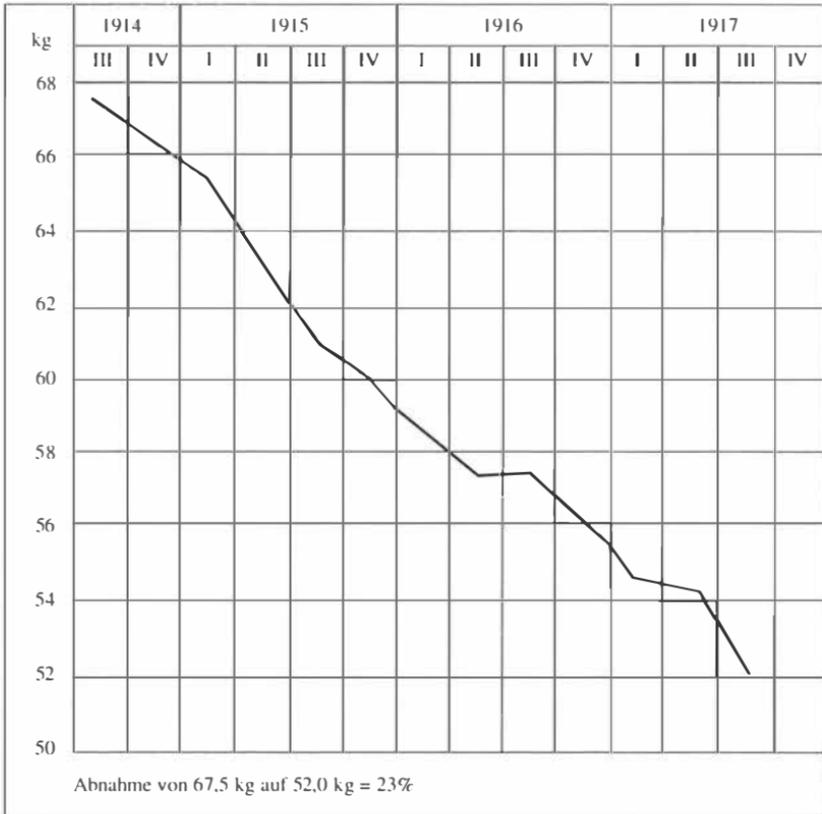
³¹ Ebd., 412.

Abb. 2: Durchschnittsgewicht der Patienten in *Berlin-Buch*



Durchschnittsgewicht der Männer war von 63,1 kg im August 1914 auf 48,1 kg im September 1917 gesunken, das der Frauen von 54,8 kg auf 39,7 kg. Graphisch dargestellt gleicht die Kurve der Durchschnittsgewichte der Berliner Patienten in auffallender Weise der Dar-

Abb. 3: Durchschnittsgewicht der Insassen eines Gefängnisses nach Rubner³²



stellung der Gewichtsverhältnisse von Gefängnisinsassen, den Bewohnern einer anderen „totalen Institution“.

Auch im Gefängnis war das Durchschnittsgewicht auf Werte um die 50 kg abgefallen und der Tiefpunkt der Entwicklung erst im dritten Quartal des Jahres 1917 erreicht. Wohlgermerkt handelt es sich bei beiden Untersuchungen um Durchschnittswerte, die aufgrund regelmäßigen Wiegens einer großen Anzahl von Menschen – in Berlin handelte es sich um 1.600 Patienten! – ermittelt wurden. In Einzelfällen wurden noch extremere Gewichtsverluste festgestellt: In der hessischen Anstalt Herborn sah Becker Frauen auf 30 kg, in einzelnen Fällen sogar auf 25–26 kg abmagern.³³

³² Rubner 1928a, 73.

³³ Becker 1920, 1ff.

Löw veröffentlichte 1922 das Ergebnis von Gewichtsmessungen an 166 „ruhigen, chronisch geistes-kranken Fällen“ der Anstalt Bedburg-Hau, deren Gewicht man auch schon in der Vorkriegszeit verfolgt hatte.³⁴ Er fand bei den im Jahr 1917 Verstorbenen drei typische Verläufe in den Gewichtskurven:

Typ 1: „Das Körpergewicht, welches sich bislang ungelähr auf gleicher Höhe gehalten hatte, sinkt plötzlich in rapiden Gewichtsstürzen; auf dem tiefsten Punkt angelangt, tritt in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle unmittelbar der Tod ein.“

In der Einzeldarstellung der Todesfälle dieser Gruppe werden Gewichtsverluste von bis zu 37% beschrieben, wobei diese innerhalb von 2–5 Monaten erfolgten, die in der Zeit der schlechten Ernährungsverhältnisse („Steckrübenzeit“) lagen. Der Tod erfolgte „an Kriegsmarasmus³⁵ bei starken Ödemen“. Löw weist speziell darauf hin, daß das Gewicht der Toten in der Regel nicht genau festgestellt werden konnte, „da ja das in dem Körper vorhandene Ödemwasser mitgewogen wurde“.

Typ 2: „... das Gewicht sinkt zunächst allmählich, aber unaufhaltsam abwärts, um dann plötzlich, ähnlich der vorigen Gruppe, rapidere Stürze zu machen. Auf dem niedrigsten Punkte angelangt, erfolgt der Tod. (...) Bemerkenswert ist, daß die allmähliche Gewichtsabnahme bei einem Teil der Kranken bereits in einer Zeit beginnt, da die Ernährungsverhältnisse noch hinreichende waren, während die Gewichtsstürze einsetzen, sobald die Ernährungsverhältnisse schlecht werden.“

Bei einem der Betroffenen sank das Gewicht innerhalb von 25 Monaten von 80 auf 37 kg ab, also ein Gewichtsverlust von 56%. In dieser Gruppe finden sich neben den „Kriegsmarantischen“ einige Fälle von Tuberkulose.

Typ 3: „In den Monaten Januar bis Juli 1915 beginnend, verläuft die Kurve (...) unaufhaltsam, ohne beträchtliche Stürze zu machen, bis zum Tode abwärts.“

Hinsichtlich der Todesursache – alle Patienten wurden einer Obduktion unterzogen – stellt Löw fest, daß es „sich um „Kriegsmarasmus“ oder Tuberkulose, bzw. um Kombination von Marasmus und Tuberkulose“ gehandelt habe.

Löw kommt zu dem Ergebnis, daß die allmähliche Gewichtsabnahme nach Typ 3 vorwiegend bei Patienten im mittleren Lebensalter zu finden war, die an Tuberkulose litten. Typ 1 hingegen trat vorwiegend bei vielen „älteren und ältesten Kranken“ auf. Zur „Gruppe Marasmus“ von Typ 1 gibt er eine eindrucksvolle Verlaufsschilderung:

³⁴ Löw 1922, 1ff.

³⁵ Der aus dem Griechischen stammende Begriff Marasmus bedeutet wörtlich „Schwachwerden“. In der Medizin wird er zur Bezeichnung extremer Abmagerungszustände verwendet, die durch Krankheit oder Ernährungsprobleme entstanden sind.

„In dieser Gruppe sind diejenigen Gestorbenen zusammengestellt, die wohl als reine Opfer der Kriegsverhältnisse, d.h. der mangelhaften Ernährung, aufzufassen sind. Rufen wir uns nochmals ins Gedächtnis zurück, was wir bei den Kranken zu der fraglichen Zeit erlebten. Wir sahen, wie mit einer gewissen Wahlllosigkeit bald der eine, bald der andere Kranke plötzlich körperlich versagte, seine bisherige Arbeit im Anstaltsbetriebe nicht mehr verrichten konnte, schließlich auf die Siechenabteilung mußte, aber auch trotz Bettruhe sich nicht erholte, ganz rapid, fast zusehends zurückging auf einen Ernährungszustand, wie man ihn sich schlimmer kaum vorstellen konnte, um dann recht bald, meist noch nachdem er mehr oder weniger starke Zeichen der ‚Ödemkrankheit‘ geboten hatte, an ‚Marasmus‘ zu sterben.“³⁶

Wegen der relativ kleinen Zahlenmenge ist Löws Untersuchung sicher nicht repräsentativ. Andererseits scheint Löw durch die Auswahl von Langzeitkranken und den Ausschluß von „Organikern“ und „Unruhigen“ (da bei diesen „noch andere Gründe für Gewichtsveränderungen in Betracht kommen“ könnten), schließlich auch, wenn auch nicht ausdrücklich erwähnt, von Seuchenopfern, tatsächlich diejenigen Menschen erfaßt zu haben, bei denen neben der Tuberkulose die mangelhafte Ernährung zum Tod geführt hat. Ein weiterer Vorteil der Untersuchung liegt darin, daß alle Verstorbenen obduziert und somit die Diagnosen pathologisch-anatomisch verifiziert wurden.³⁷

Der Steckrübenwinter 1916/17 und die sich daran anschließenden Monate bis in den Herbst hinein markieren den Höhepunkt des Hungersterbens in den Anstalten während des Ersten Weltkrieges. Daß auch der Sommer immer noch kritisch war, belegen Berichte aus Hamburg: Dort schrieb Prof. Neuberger, der Direktor von Langenhorn, am 5. Juni 1917 mit dem Vermerk „SOFORT, Eilt sehr“ einen Brief an das Kriegsversorgungsamt:

„Seit Wochen sind wir ohne Zuweisung von Kartoffeln geblieben, sodaß wir unseren Kranken und Angestellten nur Dörrrüben, Sauerrüben, vermengt mit etwas Mehl, geben konnten. Da auch weiterhin unsere dringenden Forderungen um Zuweisung von Hülsenfrüchten, Teigwaren usw. unberücksichtigt blieben, so mußten auch die Abend- und Diätsuppen nur aus Mehl hergestellt werden. Wir befinden uns heute tatsächlich vor einem Nichts (...). Die Erregung bei unseren Kranken und unserem Personal hat eine derartige Höhe erreicht, daß die baldige Zuteilung von Brot an die Anstalt gefordert werden muß.“

³⁶ Löw 1922, 22.

³⁷ Die Gruppe 1 umfaßte zwölf Patienten, bei denen neunmal Ödeme festgestellt wurden. In Gruppe 2 hatten elf der neunzehn Patienten Ödeme und in Gruppe 3 zwei von vierzehn.

Als Todesursache wurde bei vielen Sterbefällen der Anstalt „Herzschwäche“ angegeben, was eine Rückfrage des Medizinalamts auslöste, ob diese durch Unterernährung bedingt sei. Langenhorn antwortete:

„Abgesehen davon, daß bei der mangelhaften Verpflegung und der durch sie bedingten geschwächten Körperkonstitution Patienten, die an Lungenaffektionen erkranken, leichter ihrer Krankheit und Paralytiker rascher dem organischen Hirnleiden erliegen, macht sich infolge der dürftigen Ernährungsverhältnisse ein stärkeres Aufflackern der Lungentuberkulose bemerkbar (...). Weiter treten bei älteren Pflegenden, und namentlich bei geistig stumpfen an Dementia präcox leidenden Anstaltsinsassen oft die Erscheinungen des sogenannten Kriegsoedems auf. Die Kranken zeigen fahle Gesichtsfarbe bei leicht gedunsenem Aussehen und oedematöse Schwellung an den Beinen (...) ohne daß Erkrankungen des Herzens oder der Nieren nachzuweisen wären. Bei derartigen Fällen, die hier als durch Unterernährung bedingt aufgefaßt werden, haben wir als Todesursache Herzschwäche angegeben.“³⁸

Wie die Patienten das Hungern und das Dahinsterben vieler Leidensgenossen erlebt haben, ist meines Wissens nirgends eingehend dokumentiert oder von Betroffenen dargestellt worden. Selbst Beschreibungen ihres Verhaltens in dieser Situation sind, wie Bemerkungen über die „Erregtheit“ der hungernden Patienten in Hamburg und Pforzheim, eher selten und manchmal nur indirekt zu erschließen. So zum Beispiel, wenn W.H. Becker in einem an die Adresse des Pflegepersonals gerichteten Aufsatz auf die Notwendigkeit der gerechten Nahrungsverteilung hinweist und dann fortfährt: „Weit mehr als sonst grassiert jetzt in den Abteilungen der Mundraub, den zu verhindern der Pfleger und die Pflegerin da ist.“³⁹ An anderer Stelle erwähnt er, daß Patienten, „die sich in der Remission befanden oder gar der Heilung zuschritten (...) einen bulimischen Appetit“ entwickelt hätten. Sie „suchten an sich zu raffen, was zu haben war, assen allen kaum genießbaren Abfall, wie z.B. die Kartoffelschalen“. Rubner erwähnt ähnliche Verhaltensweisen: „Wie die Ärzte berichteten, haben viele Kranke, um den quälenden Hunger zu stillen, dort, wo Gelegenheit dazu war, Kohlstrünke, Gemüseabfälle, Blätter gegessen. Sie flehten die Ärzte fußfällig um Nahrung an.“⁴⁰

Eine andere Reaktion war nach Becker die wahnhafte Verarbeitung des Hungerns, indem „Verfolgungsideen im Sinne des absichtlichen Verhungernlassens“ entwickelt wurden. All dies waren quasi aktive

³⁸ Rönn 1993, 28f.

³⁹ Becker 1917, 171.

⁴⁰ Rubner 1928b, 82.

Formen der Auseinandersetzung mit dem Hunger: Sie entsprachen zum Teil den schon 1889 von Luciani beschriebenen Reaktionen auf Hunger wie Reizbarkeit und Zorneswallungen, denen er die Apathie des Verhungerten als das andere Verhaltensextrem gegenüberstellt.⁴¹ Auch Liebers berichtet aus der Anstalt Leipzig-Dösen von dem „mürrischen, reizbaren und verdrossenen Wesen“ der Hungernen: „Wohl aber fiel auf, daß die heftigen Erregungszustände, wie sie im Frieden oft zur Beobachtung kamen, viel weniger heftig und seltener in Erscheinung traten.“⁴² Ilberg meint wohl das Gleiche, wenn er schreibt, „die unruhigen Krankenabteilungen zeigten eine unheimliche Ruhe“⁴³. Offensichtlich führt Hunger zunächst zu Unruhe und Erregung, die später, im Stadium der völligen Entkräftung, in Apathie übergeht.

HUNGERKRANKHEITEN

Georg Ilberg vergleicht in seiner 1922 erschienenen Arbeit über die Sterblichkeit in den sächsischen Anstalten die Todesursachen der vor und während des Krieges Verstorbenen in ihrer Häufigkeit:

Krankheiten des Herzens und der Blutgefäße seien „mäßig erhöht“, Magen- und Darmkatarrhe 1916 und 1917 häufiger vorgekommen, die Ruhr-todesfälle von 3 % in Friedenszeiten auf 16 % aller Todesfälle im Jahr 1915 angestiegen. „Bedeutend waren die Todesfälle an Kriegsdem., welche 1917: 9 % und 1918: 7 % betrug. – Lungenkrankheiten außer Tuberkulose gingen während des Krieges zurück (...) In erschreckender Weise vermehrte sich aber in allen Anstalten die Zahl der Tuberkulösen. Die durchschnittliche Zahl der Tuberkulose-Todesfälle betrug vor dem Krieg 16,17 %, im letzten Kriegsjahr erreichte die Zahl ihren höchsten Wert mit 41,2 % aller Todesfälle.“

Über andere Krankheiten, die mit dem Hungern einhergingen, heißt es dann weiter: „Viele körperliche Krankheiten, insbesondere Darmkatarrhe und Blutarmut, schwächten während der Kriegszeit die Geisteskranken. Hautkrankheiten, insbesondere Furunkulose und Skabies vermehrten sich infolge des Mangels an Seife und infolge Einschränkung

⁴¹ Luciani, *Fisiologia del digiuno* (1889); zit. nach Hottinger et al. 1948.

⁴² PNW 1920/21, 69.

⁴³ Ilberg 1922, 62. Georg Ilberg war lange Zeit Direktor der sächsischen Anstalt Sonnenstein und Herausgeber der Allgemeinen Zeitschrift für Psychiatrie. Während er im weiteren Text dieses Aufsatzes noch nationale Töne anschlägt, machte er sich im Zweiten Weltkrieg bei den Nazis durch einen kritischen Aufsatz über die Entwicklungen in der Psychiatrie unbeliebt.

der Bäder. Das Kriegsödem trat oft allein, oft in Verbindung mit Tuberkulose und mit Ruhr auf. (...) Viele ausgesprochene Ruhrfälle und viele ruhrverdächtige Erkrankungen entwickelten sich namentlich unter dem Einfluß der Kohlrübenernährung und besserten sich erst nach Änderung der Diät. (...) Interessant ist auch, daß sich die Knochenbrüche bei Geisteskranken im Verlauf des Krieges gegenüber früher vermehrten, was offenbar auch als Folge einer Ernährungsstörung aufzufassen ist.“⁴⁴

Die letztere Formulierung läßt vermuten, daß man etwas von inneren Zusammenhängen der so verschiedenartigen Störungen und Krankheiten ahnte. Aber ohne genauere Kenntnis der pathophysiologischen Mechanismen standen die Ärzte des Ersten Weltkriegs den Hungerkrankheiten und insbesondere ihrer schwersten Ausprägungsform, dem Hungerödem, verständnis- und hilflos gegenüber. Alle möglichen Ursachen der Ödementstehung wurden diskutiert, wie z.B. eine infektiös-toxische Genese oder ein Mangel an anorganischen Salzen oder an Vitaminen, schließlich auch eine Insuffizienz der endokrinen Drüsen, sei es eine Störung der Schilddrüsenfunktion oder der Hypophyse. Bei der Ernährung hielt man lange den Fettmangel für entscheidend.

Schittenhelm und Schlecht⁴⁵ wiesen als erste in ihren z.T. schon während des Krieges veröffentlichten Arbeiten auf den Eiweißmangel als Ursache für die Entstehung von Ödemen hin. Sie fanden bei Ödemkranken regelmäßig eine Erniedrigung des Serumeiweißspiegels, von der besonders die Fraktion der Albumine betroffen war. Es sollte aber noch lange dauern, bis sich ihre Erkenntnisse durchsetzten.⁴⁶

⁴⁴ Ilberg 1922, 61f.

⁴⁵ Schittenhelm/Schlecht 1915; 1923.

⁴⁶ Die medizinische Wissenschaft setzte sich lange Zeit immer nur dann mit den Hungerkrankheiten auseinander, wenn dazu ein aktueller Anlaß bestand. Ab Mitte der zwanziger Jahre ließ das Forschungsinteresse erheblich nach, um nach dem Zweiten Weltkrieg wieder anzusteigen. Während des Zweiten Weltkrieges führte 1941 der Hamburger Internist Berning Versuche an sowjetischen Kriegsgefangenen durch, um festzustellen, ob in erster Linie Eiweiß- oder Vitaminmangel zu Ödemen führt (vgl. Aly, in: Ebbinghaus et al. 1984, 184 ff.). Anlaß für die internationale Nachkriegsforschung waren die Millionen am Rande des Hungertodes stehenden ehemaligen KZ-Insassen, Kriegsgefangenen und Zwangsarbeiter, die man nach der Niederwerfung des NS-Regimes vorfand. Die deutsche Forschung wurde speziell durch die Heimkehrer aus russischer Kriegsgefangenschaft aktiviert. Dabei ging es nicht zuletzt auch um die Feststellung von Spätschäden und Entschädigungsansprüchen aufgrund der jetzt als „Hungerdystrophie“ bezeichneten Ödemkrankheit. Die Hungersnöte in aller Welt haben mittlerweile zu einer kontinuierlichen Forschung geführt, die vor allem von der WHO gefördert wird.

Exkurs: Hungerkrankheit und Hungerödem aus heutiger Sicht

Um ein besseres Verständnis der Auswirkungen des langanhaltenden Hungers zu ermöglichen, sollen hier – der Zeit vorausgreifend – die wesentlichen Erkenntnisse der neueren Ernährungswissenschaft und Medizin über die Entstehung der Hungerkrankheit zusammengefaßt werden:⁴⁷

Man geht heute davon aus, daß Hungerkrankheit durch eine über Monate anhaltende, sowohl quantitative wie qualitative Unter- und Fehlernährung entsteht. Eine besondere Rolle spielt dabei der Eiweißbedarf, den man jedoch nicht mehr so „statisch“ sieht wie seinerzeit Voit, sondern abhängig von der Gesamtnahrungssituation. So könnten theoretisch 0,4–0,6 g Eiweiß pro kg Körpergewicht den Minimalbedarf abdecken, wenn alle anderen Nährsubstanzen in optimaler Menge zur Verfügung stehen⁴⁸ (gegenüber dem „Voit’schen Kostmaß“ von 117 g Eiweiß für einen 70 kg schweren Mann wären das nur 28–42 Gramm). Das ist aber unter Hungerbedingungen in der Regel nicht der Fall, weshalb die WHO generell 0,75g Eiweiß pro kg Körpergewicht empfiehlt. Im Zusammenhang mit dieser komplexeren Sicht werden Hungerkrankheiten heute in der internationalen Literatur als „Protein-Calorie-Malnutrition“ (PCM, zu deutsch Protein-Energie-Mangelsyndrome = PEM) bezeichnet, mit dem einen Extrem des reinen, durch Ödeme charakterisierten Eiweißmangels und dem anderen des extremen Kalorienmangels, den man „Marasmus“ nennt. Mischzustände sind überwiegend.

Nach einer stoffwechselchemischen Definition beginnt Hunger dann, wenn der Körper anfängt, körpereigene Substanz abzubauen. Als erstes greift der Organismus auf seine Betriebsreserven, auf die Zucker- und Eiweißvorräte der Leber, auf seine Fettdepots im Unterhaut- und Bauchfellgewebe und auf die großen Eiweißbestände in der Körpermuskulatur zurück; bei fortdauerndem Mangel kommt es zum abgestuften Leistungs- und Substanzabbau der inneren Organe und Zellen. Zunächst aber werden die „Luxusfunktionen“ gedrosselt oder ganz eingestellt. Das betrifft z.B. Monatsblutungen und andere Geschlechtsfunktionen, die Schweiß- und Talgausscheidungen der Haut⁴⁹ und die Mundspeichel-, Magen- und Darmsaftsekretion. Die Nieren scheiden große Mengen eines verdünnten Urins aus und leisten keine Konzentrationsarbeit mehr. Das Herz arbeitet langsam bei niedrigem Blutdruck. Gesamtstoffwechsel und damit der Sauerstoff- und Vitaminbedarf sind herabgesetzt. Auch die psychischen Leistungen sind gedrosselt, die Aufmerksamkeit nimmt ab, der Gedankengang ist träge, die Gefühlsreaktionen sind gedämpft oder erloschen, die Körperbewegungen langsam.

⁴⁷ Vgl. Hottinger et al. 1948; Dennig 1957; Whitney et al. 1987.

⁴⁸ Persönliche Mitteilung von Frau Dr. Schlettwein-Gsell, Ernährungswissenschaftlerin der Stiftung für experimentelle Altersforschung, Basel.

⁴⁹ Dadurch erhöhte Gefahr des Eindringens von Bakterien, Pilzen und Parasiten und damit schwerer Allgemeininfektionen.

Das Gleichgewicht dieses Anpassungsstadiums, das man nach dem Zweiten Weltkrieg bei vielen unterernährten Rußlandheimkehrern fand und als „trockene, atrophische Hungerdystrophie“ bezeichnete, ist äußerst labil und bricht bei den geringsten zusätzlichen Belastungen zusammen: Schwere körperliche Arbeit, zu der KZ-Insassen und Kriegsgefangene in der Regel gezwungen wurden, können ebenso wie interkurrente Infektionen, Darmerkrankungen oder auch nur tiefe Außentemperaturen zur Dekompensation führen: Es kommt zu einem überstürzten Eiweißabbau, der von Bansi, einem deutschen Kliniker als „Selbstkannibalismus“ bezeichnet wurde. Das erste auf das Versagen der Anpassung hinweisende klinische Symptom ist oft das Auftreten von Ödemen, die sich im weiteren Verlauf zum Vollbild der „wassersüchtigen Hungerdystrophie“ – im Ersten Weltkrieg „Ödemkrankheit“ genannt – entwickeln können. Im äußeren Aspekt ist dabei der Kontrast zwischen walzenförmig angeschwollenen Füßen und Beinen und dem ausgemergelten Oberkörper mit vorstehenden Rippen, Schlüsselbeinen und Schulterblättern charakteristisch. Bei ausschließlicher Cellulose-Ernährung kann auch der Unterleib in Form des sogenannten „Kartoffel- oder Rübenbauches“ aufgetrieben sein.

Hauptursache des Ödems ist die Hypoproteinämie. Sie entsteht durch die völlig unzureichende Nahrungsaufnahme, insbesondere durch das Fehlen der essentiellen Aminosäuren, wodurch die Leber zu wenig Plasmaeiweiß bilden kann. Bei der Differenzierung der verschiedenen Eiweißfraktionen des Blutes im Hungerzustand zeigt sich eine spezifische Verminderung der Serumalbumine. Da diese einen viermal stärkeren osmotischen Druck als die grobdispersen Globuline ausüben, glaubte man zunächst, hierin den entscheidenden Faktor für die Ödementstehung gefunden zu haben. (Nach der schon älteren Ödemtheorie von Starling tritt unter dem hydrostatischen Druck in den arteriellen Kapillaren Wasser ins Gewebe aus, das durch die osmotische Wirkung der Eiweißstoffe wieder in die Zirkulation zurückgeholt wird.) Bei der Untersuchung von abweichenden Fällen, in denen Hungerödeme ohne Hypoproteinämie und bei nahezu normalem kolloid-osmotischem Druck auftraten, stieß man auf weitere wichtige Faktoren der Ödementstehung, wie z.B. eine abnorme Durchlässigkeit der Kapillaren.

Dieser periphere oder celluläre Faktor scheint in der Ödementstehung ebenso wichtig zu sein wie der humorale Faktor der Hypoproteinämie. Unter anderem führt er auch zu Schäden an Herzmuskel, Nieren, Leber und am endokrinen System, hier besonders an Hypophyse, Schilddrüse und Nebennieren. Als möglicherweise verstärkende, fakultative Faktoren wurden außerdem noch Hypovitaminosen und Mineralstoffwechselstörungen festgestellt. Nach heutiger Auffassung ist das Krankheitsbild des Hungerödems als eine komplexe humorale und celluläre Störung aufzufassen. Es kann zusätzlich durch Sekundärinfekte, wie Dysenterie, Paratyphus, Grippe, Flecktyphus und Tuberkulose modifiziert werden, je nach Durchseuchung mit Hautparasiten auch durch Hautaffektionen und schließlich durch Kälteschäden.

Das klinische Bild der Hungerkrankheit im engeren Sinne ist nach Hottinger et al. durch drei Hauptsymptome gekennzeichnet: „*Hungerödem, Anämie und Durchfälle*, denen sich eine Reihe mehr diskreter Veränderungen an sämtlichen Organen anschließt. In pathophysiologischer Beziehung ist das führende Symptom die *Hypoproteinämie*.“ An Komplikationen werden von Dennig infektiöse Erkrankungen, aber auch Störungen des Magen-Darm-Trakts genannt. „Durch den Säure- und Fermentmangel und die vorzugsweise gemüschaltige Kost kommt es zur Gärungsdyspepsie. Hin und wieder schließen sich der Dyspepsie eine Enteritis und Kolitis an, die den Kranken durch Tenesmen quälen und dadurch den Verdacht auf das Vorliegen einer echten Ruhr erwecken.“ Mehrfach wurde auch eine Hungerosteoporose beschrieben. Dennig weist besonders darauf hin, daß bei fast allen Dystrophikern der Blutzucker erniedrigt ist, und er hält die schwere schleichende Hypoglykämie für eine „keineswegs seltene Todesursache. (...) Der Tod erfolgt bei den Ausgemergelten unter den verschiedensten Bildern. Manche sterben während des Schlafs, andere brechen bei den geringsten Belastungen zusammen, wie z.B. beim Stehen oder infolge eines geringen Katarrhs. Bei einigen Hungerkranken tritt, nachdem schon vorher Ergüsse in den Körperhöhlen bestanden haben, ein tödliches Lungenödem auf.“ Auch finale Krampfanfälle, die zum Tode führen, wurden beobachtet.⁵⁰

Zur Häufigkeit von Hungerödemen gibt es unterschiedliche Angaben: Die Schweizer Autorengruppe fand sie bei schwerst Unterernährten fast stets, z.B. bei 80% der überlebenden Insassen des Lagers Dachau. Vorausgegangen waren in der Regel Gewichtsabnahmen von 30–40 Prozent.

Die Überlebensprognose von Kranken mit Hungerödem ist nach Dennig „abgesehen von schweren Komplikationen (...) nicht schlecht“. Trotzdem sind aber z.B. 1945 von den 296 in Schweizer Hospitäler übernommenen Konzentrationlagerhäftlingen trotz moderner Therapie mit Infusionen, Spezialdiät, Vitaminzufuhr und optimaler Pflege und Unterbringung noch 35 verstorben, nicht wenige davon an einer Lungentuberkulose, die nach der ersten Erholung wieder aufflackerte. Bei nicht wenigen hungerkranken Kriegsgefangenen kam es nach dem Zweiten Weltkrieg zu hirnorganischen Dauerschäden.

Eine für das Verständnis der hohen Krankheitsanfälligkeit von Hungernen sehr wichtige Entdeckung machten amerikanische Ernährungswissenschaftler um die Zeit des Zweiten Weltkrieges: Vitamin A, das nur in Anwesenheit von Fett aus dem Verdauungskanal resorbiert werden kann, hat einen wesentlichen Einfluß auf die Stärkung des Immunsystems. Steht es dem Körper nicht oder nur in vermindertem Ausmaß zur Verfügung, ist die Abwehr von Infekten entscheidend geschwächt.⁵¹

⁵⁰ Wilke 1961, 792ff.

⁵¹ Persönliche Mitteilung des Ernährungswissenschaftlers Prof. Brubacher, Basel, während eines von Prof. Mattmüller, Basel, veranstalteten sozialhistorischen Symposiums zum Thema „Hunger“ in Stabio, Tessin. Vgl. auch Wissenschafts-

In diesem Zusammenhang spricht man inzwischen von einer ernährungsbedingten Immunschwäche (NAIDS = Nutritional-Acquired-Immuno-Deficiency-Syndrom), an der besonders in der „Dritten Welt“ viele Kinder sterben.

In den psychiatrischen Anstalten standen in den beiden letzten Jahren des Ersten Weltkrieges weder die modernen Erkenntnisse noch die therapeutischen Bedingungen und Möglichkeiten zur Verfügung, wie sie hier nur angedeutet werden konnten. Im Gegenteil: Trotz leichter Besserung der Ernährungslage und vorübergehend vermehrter Fleischezuteilung im Sommer 1917 wurde weiter gehungert. In Rubners Kurve der in Frankfurt verteilten Lebensmittel blieb beispielsweise der Kalorienwert noch bis Mitte 1918 unter 1500 Kalorien, fiel nach weiterem Anstieg in den letzten Monaten des Jahres 1918 noch einmal steil ab und erreichte erst Mitte 1919 – allerdings nur für kurze Zeit – 2000 Kalorien. An anderen Orten mag dies anders gewesen sein, auf die großen regionalen Unterschiede wurde schon hingewiesen. Auf Ganze gesehen blieb aber die Lebensmittelversorgung besonders in den Anstalten noch lange unter dem Notwendigen, wie auch Richters Bericht über die Berliner Anstalt Buch belegt:

„Von Anfang Juli 1918 ab bekamen die Patienten (687 M. + 848 F. = 1535 Personen) 160 l Milch pro Tag und nur noch – nominell! – 1 Pfund Kartoffeln pro Kopf und Woche, in Wirklichkeit gar keine, 14 Tage lang, bis zur neuen Kartoffelernte, ohne Ersatz; auf unsere Eingabe an die Einkaufskommission wegen der wieder zurückgegangenen Patientengewichte wurden uns 10 Doppelzentner Suppe Nr. 12, 3 Doppelzentner Kartoffelsuppe und 3 Doppelzentner Kriegssuppe überwiesen. (...) Von Mitte August bis Mitte Oktober 1918 sollte die bisherige Überweisung von Nahrungsmitteln für die ‚gesunden‘ Insassen auf die Hälfte herabgesetzt und nur die Lieferung der Nahrungsmittel für die ‚kranken‘ Insassen in der bisherigen Höhe weiter erfolgen; wir gaben jedoch bei der Verpflegungsstärke sämtliche Insassen als ‚krank‘ an.“⁵² Richter hatte wiederholt solche Eingaben gemacht – nicht selten mit Erfolg!

Zur Frage der Gegenwehr von Anstaltsdirektoren und Krankenhausträgern gegen die Minderversorgung ihrer Patienten veröffentlichte Walter 1996 aufschlußreiche Einzelheiten:

Danach stand die schwierige Versorgungslage in den Anstalten bereits im Mai 1916 auf der Tagesordnung einer außerordentlichen Konferenz der preußischen Landesdirektoren in Berlin, die Landeshauptleute wa-

beilage der Süddeutschen Zeitung vom 7. Mai 1997 mit einem Bericht über die Tagung der Deutschen Gesellschaft für Ernährung in Hohenheim zum Thema Ernährung und Immunsystem.

⁵² Richter 1919, 413.

ren sich jedoch in der Behandlung der Problematik nicht einig. Während die einen wegen der „gefährvollen Unterernährung“ hauptsächlich um die Aufrechterhaltung der Ordnung in den Anstalten fürchteten und deshalb eine bessere Ernährung verlangten, wischten andere „Auflehnungen und Widersprüche der Anstaltsinsassen“ als Reaktion auf den Hunger „mit einer Handbewegung vom Tisch (...). In solchen Fällen habe sich ‚ein kalter Wasserstrahl aus einem bereitzuhaltenden Schlauche als ein wirksames Unterdrückungsmittel‘ erwiesen.“ Die meisten Vertreter der preußischen Provinzen waren geneigt, „Einschränkungen in der Lebensmittelversorgung der Irrenanstalten hinzunehmen“. Auch die vorher diskutierte Forderung an die Reichsregierung, wenigstens auf die „Beschlagnahme landwirtschaftlicher Produkte von anstaltseigenen Landgütern“ zu verzichten, wurde offenbar nicht weitergeleitet, da kein gemeinsamer Beschluß zustande kam.⁵³

Ähnlich wie Richter in Berlin ergriffen auch in Westfalen Anstaltsdirektoren die Initiative, indem sie – wie der Direktor von Eickelborn und die Leitung von Bethel – Bittbriefe an die für die Ernährung zuständigen Stellen richteten. Aus einer Nahrungsmittelsonderzuweisung des Kriegsernährungsamtes unter Verfügung der Oberpräsidenten erhielten sie dann – angesichts der Größe der Anstalten relativ geringe – einmalige Sonderzuteilungen an Haferprodukten.

Durch Vergleich der landwirtschaftlichen Nutzflächen der einzelnen Anstalten konnte Walter feststellen, daß die Sterberaten in jenen Anstalten am höchsten anstiegen, die wie Dortmund-Aplerbeck und Eickelborn über keine oder nur geringe Selbstversorgungsmöglichkeiten verfügten.⁵⁴

Noch ein letztes zu den Reaktionen übergeordneter Stellen: Im Dezember 1917 stellte der Reichsgesundheitsrat fest, daß die einfache Zuteilungsration als „Fristatzung“ nicht einmal zur Erhaltung des Lebens ausreiche und forderte deshalb, „daß niemals Personen, denen eine freie Wahl der Nahrung nicht möglich ist, auf die einfache Ration gesetzt werden. Dies gilt namentlich von geschlossenen Anstalten (z.B. Gefangenenanstalten, Irrenanstalten)“.⁵⁵ Eine bemerkenswerte Forderung, die jedoch zu spät kam und ohne Wirkung blieb.

Bei der auch 1918 noch unzureichenden Ernährung kann es nicht verwundern, daß weiterhin zahlreiche Patienten starben. In manchen Anstalten waren die Sterberaten nicht mehr so hoch wie 1917, in anderen hielten sie sich in fast gleicher Höhe.

⁵³ Walter 1996, 161.

⁵⁴ Ebd., 163.

⁵⁵ Ebd., 158.

In Löws Gruppe von 166 chronisch Kranken starben 1918 noch einmal 28 Patienten, so daß Ende 1918 nur noch 83, also genau die Hälfte am Leben waren. Die Todesursache lautete 1918 in den meisten Fällen auf Tuberkulose. Einige der verstorbenen Patienten hatten unter den etwas verbesserten Ernährungsverhältnissen bereits wieder an Gewicht zugenommen. 27 Jahre später machten Schweizer Ärzte an den KZ-Insassen die selben Erfahrungen: Bei manchen Opfern der Unterernährung flackert der tuberkulöse Prozeß erst in der Rekonvaleszenz wieder auf und führt dann doch noch zum Tod. Im übrigen konnte auch Löw schon beobachten, daß sich Ödemkranke von ihrem schweren Krankheitszustand bei besserer Ernährung wieder erholten, jene mit dem beschriebenen akuten Gewichtssturz sogar relativ gut und rasch, jene mit langfristiger Gewichtsabnahme jedoch nur allmählich und mit anhaltendem Gewichtsdefizit.

Ab Herbst 1918 tauchte eine neue Gefahr auf: Die Influenza-Epidemie oder die „sogenannte spanische Grippe“. Von Spanien kommend, hatte sie sich in wenigen Wochen über ganz Europa ausgebreitet und mit ihrem besonders bösartigen Verlauf im Juli 1918 auch Deutschland erreicht, in der ersten Attacke allerdings noch in abgeschwächter Form. Nach kurzer Pause schlug sie dann ab September erneut zu, jetzt in viel schwererer Form und mit oft tödlichem Ausgang. Betroffenen waren hauptsächlich „kräftige Personen jugendlichen Alters und meist männlichen Geschlechts“. Wegen der schweren Lungenentzündungen bezeichnete man die Grippe in Laienkreisen als „Lungenpest“, und manche sprachen von der schwersten Epidemie, welche die Menschheit seit der Pest im Mittelalter heimgesucht habe.⁵⁶

Nach englischen Berechnungen sollen allein in der Hauptperiode der weltweit grassierenden Epidemie sechs Millionen Todesfälle aufgetreten sein, in Deutschland waren es nach Roesle 246.000.⁵⁷ Wieviele Patienten in den psychiatrischen Anstalten von der Grippe hinweggerafft wurden, ist nicht bekannt. Nur aus Bedburg-Hau weiß man, daß dort im November und Dezember 1918 „im ganzen 66 Patienten“ an Grippe verstorben sind, bei 327 Sterbefällen in diesem Jahr. „Auch das Pflegepersonal erkrankte fast durchgängig und mehrere Todesfälle waren zu beklagen.“⁵⁸

DIE ZAHL DER HUNGERTOTEN IM ERSTEN WELTKRIEG

In einem von zahlreichen medizinischen Kapazitäten und Bürgermeistern deutscher Großstädte unterzeichneten Aufruf „An die medizini-

⁵⁶ Zuelzer 1919, 245.

⁵⁷ Roesle 1928, 25.

⁵⁸ PNW 1919/20, 312.

schen Fakultäten der Universitäten der neutralen Welt und an den Präsidenten Wilson“ vom Frühjahr 1919, in welchem die sofortige Einstellung der Hungerblockade gefordert wird, heißt es unter anderem:

„Trotz des gegenseitigen Abkommens, alle Waffenhandlungen einzustellen, gebrauchen Deutschlands Feinde die Hungerblockade weiter, diese für Deutschland schärfste und härteste aller Waffen des Weltkrieges. Ja, sie haben dieselbe seit Abschluß des Waffenstillstandes noch verschärft. Sie hat nach Feststellung der ersten medizinischen Autoritäten Deutschlands 800.000 Menschen im Kriege das Leben gekostet. (...) Viele Millionen Städter leben seit Jahren von der Hälfte der lebensnotwendigen Kalorien und weniger. Mit ihrem erschöpften, aller Reserven beraubten Körper werden sie Todesopfer jeder Zufallskrankheit. Erschüttert, aber machtlos stehen Deutschlands Ärzte vor dieser furchtbaren Wirkung des Hungers.“⁵⁹

Es dürfte dies eine der ersten publizierten Zahlenangaben über das Ausmaß des Hungersterbens in Deutschland gewesen sein; in späteren Veröffentlichungen wird oft von einer Million und mehr Hungertoten gesprochen. Erst 1928 kommt Roesle aufgrund umfangreicher statistischer Analysen zu einer Korrektur dieser „bisher in Denkschriften und anderen Schriften viel zu hoch geschätzten“ Zahl der Hungeropfer und beziffert sie – unter Ausschluß der Influenza-Todesfälle – auf 424.000. Diese Zahl stelle die „eigentliche Zunahme der Sterbefälle der Zivilbevölkerung während der Kriegszeit dar“.⁶⁰ Wie hoch der Anteil von Insassen totaler Institutionen, insbesondere der Heil- und Pflgeanstalten an dieser Gesamtzahl gewesen ist, wird in seinen zahlreichen Statistiken nicht herausgearbeitet.

Erstaunlicher ist allerdings, daß auch von Seiten der Psychiatrie kein Versuch unternommen wurde, die Hunger-Tragödie in den Anstalten zusammenfassend zu beschreiben. Fast sieht es so aus, als ob ein Schleier des Vergessens darüber gebreitet werden sollte.

Eine andere Erklärung für die mangelnde Aufarbeitung könnte allerdings auch sein, daß die Anstaltspsychiater in den ersten Nachkriegsjahren vollkommen von den aktuellen Schwierigkeiten und ganz besonders von der Sorge um ihre eigene Existenz in Anspruch genommen waren: Der Zusammenbruch der staatlichen Autorität, an die sie sich immer eng angelehnt und mit der sie sich identifiziert hatten, verunsicherte sie zutiefst. Man wußte nicht, was von den „neuen Herren“ zu erwarten sei, ob angesichts der Aufwertung des revoltierenden Pflegepersonals die „innere Rangordnung“ innerhalb der Anstalten aufrechterhalten bleibe, ob Pensionen weitergezahlt würden etc ...

⁵⁹ Der Aufruf wurde von der „Deutschen Gesellschaft für staatsbürgerliche Erziehung“ verfaßt und im ersten Heft des Jahrgangs 1919/20 der PNW abgedruckt.

⁶⁰ Roesle 1928, 28.

Aufrufe, sich deshalb ebenfalls gewerkschaftlich zu organisieren, füllten die Seiten des ersten Nachkriegsjahrgangs der Psychiatrisch Neurologischen Wochenschrift.

Wesentlicher Hintergrund dieser Existenzsorgen war allerdings auch die Reduzierung des Patientenbestandes in den Anstalten durch das Hungersterben, und in diesem Zusammenhang fand die abgelaufene Tragödie dann doch Eingang in die Diskussionen. Keiner artikuliert dies so deutlich wie der preußische Anstaltsarzt Knust in der Psychiatrisch Neurologischen Wochenschrift vom 26. April 1919. Unter der Überschrift „Wie können unsere Irrenanstalten verwertet werden?“ beschreibt er die gegenwärtige Lage der Anstaltspsychiatrie und entwirft ein düsteres Zukunftsbild:

„Ein trauriges Opfer der *Unterernährung* ist ein großer Teil der *Geisteskranken* geworden. *Grippe* und *Tuberkulose* haben erschreckend unter ihnen aufgeräumt, so daß manchenorts nur noch die Hälfte des Bestandes des letzten Friedensjahres am Leben ist. Von den Überlebenden sind viele von der Tuberkulose ergriffen. Auch diese werden in Kürze dahinsiechen. Eine mir bekannte Anstalt hatte am 1. August 1914 1.137 Kranke. Am 1. März 1919 waren ihrer nur noch 547. In einer preußischen Provinz ist die Zahl der Geisteskranken Zeitungsberichten zufolge von 12.000 auf 5.400 gesunken. Ein ungefähres Bild des *Umfanges* der Krankenabnahme kann man sich machen, wenn man sich vergegenwärtigt, daß in *Deutschland* im Jahre 1911 in 187 *öffentlichen Anstalten* 102.300 und in 225 *Privatanstalten* 38.967, zusammen also 141.967 Kranke untergebracht waren. (...) Ein großer Teil dieser Anstalten liegt jetzt verödet da. Die Aussicht, daß sie sich in Kürze wieder füllen werden, ist sehr gering.“⁶¹ (Hervorhebungen im Original)

Auf die pessimistischen Zukunftsprognosen des Autors, die in der befürchteten Form nicht eintrafen, soll hier nicht weiter eingegangen werden. Wichtig ist in unserem Zusammenhang allein die Feststellung, daß unmittelbar nach dem Krieg offenbar niemand einen genauen Überblick über das Ausmaß des Sterbens in den Anstalten besaß, so daß man sich auf Zeitungsberichte und Informationen aus dem näheren Gesichtskreis berufen mußte, um die Lage beurteilen zu können. Für Knust sah es nach den ihm zur Verfügung stehenden Zahlen so aus, als ob die Hälfte der Anstaltsinsassen verstorben sei, und er zog daraus entsprechend dramatische Schlüsse. Zum Glück war aber die Sterblichkeit nicht überall so hoch, wie sie nach seinen Quellen erscheinen mußte. Das enthüllte sich aber erst nach und nach in den spärlichen Veröffentlichungen zum Thema.

⁶¹ PNW 1919/20, 15.

Die früheste Publikation, die sich eingehend mit den Ernährungsproblemen im Krieg und ihren Folgen auseinandersetzt, war die Arbeit von Richter über die Verhältnisse in Berlin-Buch. Sie muß bereits um die Jahreswende 1918/19 abgefaßt worden sein, – die Daten enden mit Oktober 1918 – erschien aber erst Ende 1919 in der Allgemeinen Zeitschrift für Psychiatrie:

Tab. 2: Sterbefälle und Bezugsgrößen in der Anstalt *Berlin-Buch* nach Richter

	Vorkriegszeit	1914	1915	1916	1917
Sterbefälle in absol. Zahlen	rund 300	337	222	398	762
„in Prozent“		0,052	0,035	0,062	1,24
„tägl. Durchschnittsbelegzahl“		1769	1768	1769	1674

Im Frühjahr 1920 berichtete Liebers über Leipzig-Dösen. Nach allgemeinen Erörterungen über die Nahrungsmittelversorgung der Bevölkerung, den Ernährungsbedarf, die tatsächliche Ernährung der Kranken in seiner Anstalt und über deren Gewichtsentwicklung kommt Liebers schließlich auf die ernährungsbedingte Morbidität und Mortalität zu sprechen. Die Zunahme der Sterbefälle an Tuberkulose auf das Fünffache bringt er damit ebenso in Zusammenhang wie das gehäufte Auftreten der „bazillären“ Ruhr und das schnelle Umsichgreifen der im Oktober 1918 aufgetretenen Grippeepidemie, an der 292 Patienten erkrankten und 16 verstarben. Die Zunahme der Mortalität beschreibt Liebers in drei Zahlenreihen:

Tab. 3: Sterbezahlen und Prozentwerte in *Leipzig-Dösen* nach Liebers⁶²

	Vorkriegszeit	1914	1915	1916	1917	1918
Todesfälle	ca 160	233	307	463	520	357
in Prozent der Abgänge	25–30 v.H.	50,1	56,2	70,7	66	
in Proz. des Krankenbestandes	17,8	23,3	37,6	47,1	33,7	

Rubner veröffentlichte in seinen Studien über die Gesundheitsverhältnisse im Ersten Weltkrieg 1928 eine erste Tabelle, in der Anstalten aus verschiedenen Regionen untereinander und auch mit einem badischen Gefängnis verglichen werden. Die Entwicklung der Sterblichkeit wird in „von Hundert der Insassen“, also in Prozentwerten angegeben.

Rubners Tabelle läßt erkennen, daß in den drei psychiatrischen Anstalten die Sterblichkeit schon im ersten Kriegsjahr anstieg und ihren

⁶² PNW 1920, 17 ff. u. 67 ff.

Tab. 4: Sterberaten in Prozent von drei Irrenanstalten und einem Gefängnis nach Rubner⁶³

Jahr	Irrenanstalt H. (Bayern)	Irrenanstalt A. (Sachsen)	Irrenanstalt S. (Sachsen)	Gefängnis Pf. (Baden)
1912		4,1		
1913		4,5		
1914	9,3	5,3	8,4	
1915	15,4	8,2	13,2	
1916	19,1	14,0	20,5	
1917	50,7	40,5	53,5	43,5
1918	21,9	40,0	38,1	29,5
1919	9,8	33,2	19,1	15,6

Höhepunkt 1917 erreichte. Für das badische Gefängnis fehlen zwar die entsprechenden Vorlaufwerte, doch scheint auch hier 1917 den Höhepunkt zu markieren.

ZUR VERGLEICHBARKEIT DER STERBLICHKEIT IN DEN ANSTALTEN

Es ist nicht möglich, die drei Tabellen miteinander zu vergleichen: Richter und Liebers nennen zwar die absolute Zahl der Sterbefälle, setzen sie aber in den Prozentberechnungen zu nicht genauer definierten Größen in Beziehung. Am verständlichsten ist Liebers Bezugsetzung zur Zahl der Abgänge, die eine wichtige Aussage darstellen kann und auch gelegentlich in der Literatur verwendet wird, sich jedoch nicht allgemein durchgesetzt hat. Was Liebers mit „Krankenbestand“ meint, bleibt unklar. Handelt es sich um den Bestand zu Jahresbeginn oder den mittleren Krankenstand während des Jahres oder die „tägliche Durchschnittsbelegung“, wie sie von Richter verwendet wird? Wie schließlich die Prozentangabe von Richter zustandekommt, bleibt unerfindlich. – Rubner teilt nur Prozentzahlen mit, die allerdings – und darauf kommt es ihm an – den charakteristischen Ablauf der Sterblichkeit zeigen. (Den hohen Prozentwerten nach zu schließen, liegt ihnen ebenfalls die Durchschnittsbelegung zugrunde⁶⁴, doch fehlt der entsprechende Hinweis.)

Daraus ergibt sich, daß bei einer vergleichenden Beschreibung des Hungersterbens in verschiedenen Einrichtungen und Regionen und zu unterschiedlichen Zeiten eine einheitliche Darstellung mit festen Bezugsgrößen und präzisen Begriffen unerlässlich ist. Anstelle der so ver-

⁶³ Rubner 1928a, 82.

⁶⁴ Bei Nichtberücksichtigung der Aufnahmen ist der Divisor (die Zahl der Patienten, durch welche die Zahl der Sterbefälle geteilt wird) wesentlich kleiner. Dadurch fällt die Sterberate höher aus.

schiedenartigen und dadurch verwirrenden Prozentberechnungen sollte eine nach einheitlichen Gesichtspunkten ermittelte *Sterberate* treten. Die Zahl der Sterbefälle ist Ausgangspunkt aller Prozentberechnungen. Sie ist in der Regel bekannt. Zu welcher Zahl von Patienten soll aber die Zahl der Sterbefälle in Beziehung gesetzt werden? In den gezeigten Tabellen wurde zumeist von Durchschnittsbelegungen ausgegangen, die wiederum unterschiedlich oder überhaupt nicht definiert waren. Was bei Durchschnittsbelegungen generell fehlt, ist die Berücksichtigung der im Laufe des Jahres zugegangenen Patienten, die zusammen mit dem Anfangsbestand erst die Gesamtzahl der im Laufe des Jahres behandelten Patienten ergibt. Da Sterbefälle sowohl unter den längerverweilenden als auch unter den neu aufgenommenen Patienten vorkommen, sollte diese Gesamtpatientenzahl die logische Bezugsgröße bei allen Prozentberechnungen sein.

Ein Blick in die psychiatrische Literatur zeigt, daß diese Berechnungsweise zwar schon existierte, sich aber offenbar noch nicht durchgesetzt hatte: F.W. Hagen stellte in seinen „Statistischen Untersuchungen über Geisteskrankheiten“ aus dem Jahr 1876 subtile Überlegungen bezüglich der Errechnung von Sterberaten an, legte jedoch einen sehr umständlich zu berechnenden „durchschnittlichen Bestand“ zugrunde⁶⁵. Im Literaturheft der Allgemeinen Zeitschrift für Psychiatrie werden im Jahrgang 1900 in den Referaten der Jahresberichte erstmals die Sterbefälle in Relation zu „den Verpflegten“ gesetzt, daneben aber auch zur Zahl der Abgänge oder des durchschnittlichen Bestandes. Ab dem Literaturheft der AZP von 1907 überwiegen Zahlenangaben „in Prozent der Gesamtverpflegten“ oder des „Gesamtbestandes“, und zwar nicht nur in Deutschland, sondern auch in Österreich, der Schweiz, in Großbritannien und in den USA.

Die erste Arbeit, welche die Anstaltssterblichkeit im Ersten Weltkrieg auf diese präzise Weise berechnet, stammt von dem Wiener Psychiater Wagner-Jauregg. In ihr wurde 1921 „die Krankenbewegung in den deutsch-österreichischen Irrenanstalten“ seit Kriegsbeginn beschrieben.⁶⁶ In drei Tabellen stellt der Autor die für seine Berechnung der Sterberaten relevanten Zahlen vor. Es handelt sich dabei jeweils um die Summe aller in den deutsch-österreichischen Anstalten behandelten und verstorbenen Patienten, wobei Zugänge und Gesamtpatientenzahl mit altväterlich anmutenden Ausdrücken wie „Zuwächse“ und „Verpflegstand“ bezeichnet sind. Zur Illustration der Methode sollen die Zahlen vollständig wiedergegeben werden (vgl. Tab. 5).

Die Zahlen von Wagner-Jauregg enthüllen neben einer hohen Friedenssterblichkeit vor allem auch die erhebliche Verminderung des Patien-

⁶⁵ Hagen 1876.

⁶⁶ PNW 1920/21, 357ff. u. 373 ff.

Tab. 5: Gesamtsterberaten mit exakten Bezugsgrößen für die *deutsch-österreichischen Anstalten* in den Jahren 1913–1919 nach Wagner-Jauregg

Jahr	„Krankenstand am Beginn der Jahre“	„Zuwächse“	„Verpflegstand“	Todesfälle	Sterberate
1913	11.199	5.685	16.884	1.518	8,99
1914	11.556	5.774	17.330	1.647	9,50
1915	11.637	6.448	18.085	2.336	12,91
1916	11.582	7.361	18.943	2.824	14,90
1917	11.554	5.917	17.471	4.664	26,69
1918	8.793	4.638	13.431	3.470	25,83
1919	6.681	4.349	11.030	1.793	16,25

tenbestandes durch das Hungersterben, der fast auf die Hälfte zurückgegangen war. Wagner-Jaureggs zusammenfassende Beschreibung des Hungersterbens könnte kaum prägnanter sein und besitzt auch für die deutschen Anstalten volle Gültigkeit:

„Die Zahl der Todesfälle nahm also schon vom ersten Kriegsjahre an zu, und im Jahre 1915 begann *jenes fürchterliche Sterben in den Irrenanstalten*, das im Jahre 1917 den Höhepunkt erreichte, indem die Zahl der Todesfälle das Dreifache der Zahl im letzten Friedensjahr erreichte. (...) Es war der Nahrungsmittelmangel, der Hunger, dem die Geisteskranken offenbar noch weniger als die übrige Bevölkerung widerstehen konnten, und der teils indirekt, auf dem Umwege über die Tuberkulose, teils direkt, durch Marasmus, zum Tode führte“ (Hervorhebungen im Original).

Wagner-Jaureggs Arbeit ist auch wegen der angewandten Methode zur exakten Beschreibung der Sterblichkeit von besonderer Bedeutung. Weil sie Modellcharakter hat und generell dieser Arbeit zugrundegelegt werden wird, seien an dieser Stelle noch einmal ihre einzelnen Berechnungsschritte dargestellt:

Exakte Berechnung der Sterberate, dargestellt anhand der Zahlen von Wagner-Jauregg für das Jahr 1913:

- 1.Schritt: *Berechnung der „Gesamtpatientenzahl“:*
 Stand zu Jahresbeginn + Zahl der Zugänge = Gesamtpatientenzahl
 11.199 + 5.685 = 16.884
- 2.Schritt: *Berechnung der Sterberate:*
 Todesfälle x 100, geteilt durch Gesamtpatientenzahl = Sterberate
 1518 x 100 = 151800/16884 = 8,99

Das erste Heft der Allgemeinen Zeitschrift für Psychiatrie des Jahres 1922 beschäftigte sich noch einmal – und zugleich zum letzten Mal – ausführlicher mit den Ereignissen während des Krieges. Neben der Arbeit von Löw enthält es den kurzen und sehr komprimierten Aufsatz

von Ilberg über „Die Sterblichkeit der Geisteskranken in den sächsischen Anstalten während des Krieges“⁶⁷. Ilberg berechnet die Sterberaten in der gleichen Weise wie Wagner-Jauregg, also unter Berücksichtigung der jährlichen Zugänge. Er geht aber noch einen wichtigen Schritt weiter, indem er von der jährlichen Zahl der Toten diejenigen abzieht, die „erfahrungsgemäß bei entsprechendem Bestand vor dem Krieg zu sterben pflegten“. Diese „Friedenssterblichkeit“ nimmt er entsprechend den Daten von 1910 bis 1913 mit durchschnittlich 6,3% an. Ilberg kommt so zu einer Zahl von Opfern, die ausschließlich den Auswirkungen des Krieges zuzuschreiben sind – er nennt diese *Kriegsopfer*.

Tab. 6: Sterberaten und „Kriegsopfer“ in den *sächsischen Anstalten* nach Ilberg

	1910–1913	1914	1915	1916	1917	1918	1919	1920
Sterberaten in %	6,3	8,3	11,7	15,9	30,4	26,0	16,0	8,8
„Kriegsopfer“			431	798	1.863	1.143	481	133

Nach Ilbergs Berechnungen sind in den Jahren 1915–1920 in den staatlichen Heil- und Pflegeanstalten Sachsens 4.849 Menschen mehr gestorben, als unter Friedensbedingungen zu erwarten gewesen wäre. Ilberg stellt auch die anderen psychiatrischen Einrichtungen Sachsens in ihren unterschiedlichen Entwicklungen dar:

Die staatliche Pflegeanstalt Colditz hatte bei einer Friedenssterblichkeit von 3,46% im Jahr 1917 36,75% Todesfälle, die psychiatrische Abteilung der Strafanstalt Waldheim gegenüber 1,7% im Frieden als Maximum 11,27% im Jahr 1918. Bei der Epileptikeranstalt Hochweitzschen verhalten sich diese Werte wie 3,75 : 14,4, in der Leipziger Universitäts-Irrenklinik wie 5,24 zu 10,2%. Am auffälligsten sind sowohl die Gemeinsamkeiten als auch die Unterschiede zwischen den beiden städtischen Heil- und Pflegeanstalten Chemnitz und Dresden. Während beide sehr hohe, über 10% liegende Sterberaten im Frieden aufwiesen, stieg diese Rate in Chemnitz auf lediglich 16% und zwar bereits im Jahr 1915 an, während in Dresden das Maximum bezeichnenderweise im Jahr 1917 mit einer Sterberate von 25,6% erreicht wurde.

Zusammenfassend stellt Ilberg fest: „Addiert man die Zahl der Kriegsopfer, so ergibt sich die Summe von 7480 Geistes- und Nervenkranken, die in staatlichen und städtischen Anstalten Sachsens dem Krieg zum Opfer gefallen sind, und zwar, wie nochmals ausdrücklich her-

⁶⁷ Ilberg 1922, 62.

vorgehoben sei, sind von diesen 7480 abgerechnet alle diejenigen, die ohne Krieg erfahrungsgemäß gestorben wären.“

Da genaue Daten vorliegen, kann man nach der Vorgehensweise Ilbergs auch für Österreich die Zahl der Kriegsofper berechnen. Die Friedenssterblichkeit wird entsprechend dem Wert von 1913 mit 9 Prozent angenommen (frühere Zahlen liegen nicht vor):

Tab. 7: „Kriegsofper“ der deutsch-österreichischen Anstalten in der Berechnung nach Ilberg

Jahr	Gesamtpatientenzahl	Todesfälle	Todesfälle bei Sterberate von 9 Prozent	Differenz
1913	16.884	1.518	1.518	0
1914	17.330	1.647	1.559	88
1915	18.085	2.336	1.628	708
1916	18.943	2.824	1.705	1.119
1917	17.471	4.464	1.572	2.892
1918	13.431	3.470	1.209	2.261
1919	11.030	1.793	993	800
Summe der Kriegsofper				7.868

Die Zahl der Kriegsofper in den deutsch-österreichischen Heil- und Pflegeanstalten betrug demnach 7.868 Menschen. Zählt man die 7.480 Kriegsofper aus den sächsischen Anstalten hinzu, so ergibt sich allein für diese beiden Länder die erschreckende Zahl von über 15.000 Menschen, die in den psychiatrischen Anstalten dem Krieg zum Opfer fielen.

Die Gesamtzahl der Kriegsofper in den deutschen Anstalten war lange unbekannt. Es blieb einem Psychiaterhistoriker der heutigen Generation, Hans Ludwig Siemen, vorbehalten, sie aus den Angaben der „Medizinalstatistischen Mitteilungen aus dem Reichsgesundheitsamt“ nach der Methode Ilbergs zu ermitteln. Er faßt sein Ergebnis so zusammen: „Während des Ersten Weltkrieges (1914–1919) starben in den deutschen Anstalten 140.234 Menschen. Vergleicht man diese Zahl mit der durchschnittlichen Sterblichkeitsrate der Jahre 1911–1913 von 5,5%, so sind 71.786 Menschen ‚zuviel‘ gestorben.“⁶⁸

In der psychiatrischen Literatur sind nach der 1922 erschienenen Arbeit von Ilberg keine Veröffentlichungen mehr festzustellen, die sich mit dem Hungersterben befassen. Im Lauf der zwanziger Jahre wurden aber in den Statistischen Handbüchern der einzelnen Länder und Provinzen des deutschen Reiches nach und nach die maßgeblichen Zahlen publiziert, die eine differenzierte Darstellung des Hungersterbens nach Ländern und Provinzen ermöglichen.

⁶⁸ Siemen 1987, 29.

Baden

Mangels geeigneter Zahlenangaben aus der Vorkriegszeit soll hier die Sterblichkeitsrate des Jahres 1914 als Wert der Friedenssterblichkeit angenommen werden. Er betrug als Durchschnitt der insgesamt 16 „Anstalten für Geistesranke, Epileptiker, Idioten, Schwachsinnige, Nervenranke und Alkoholiker“ (darunter 4 „mit privatem Charakter“), wie sie in einer Statistik aus dem Jahre 1925 aufgeführt sind, 5,4 Prozent. Daraus ergibt sich folgende kriegsbedingte „Übersterblichkeit“:

Tab. 8: Sterberaten und Kriegsoffer in 16 badischen Anstalten⁶⁹

Jahr	Gesamtpatientenzahl	Sterberate	Todesfälle	Todesfälle bei Sterberate 5,4 %	Differenz
1914	9.208	5,4	498	498	—
1915	8.287	7,6	630	447	183
1916	8.232	8,7	714	444	270
1917	7.999	14,1	1127	431	696
1918	7.537	11,4	857	406	451
Zahl der Kriegsoffer					1.600

Württemberg

In den fünf Heil- und Pflegeanstalten waren bei Ausbruch des Krieges knapp über 5.000 Patienten untergebracht. Die durchschnittliche Sterberate in den Jahren 1910–1913 betrug 5,1 %.

Tab. 9: Sterberaten und Kriegsoffer in den fünf staatlichen Heil- und Pflegeanstalten Württembergs

Jahr	Gesamtpatientenzahl	Sterberate	Todesfälle	Todesfälle bei Sterberate 5,1 %	Kriegsoffer
1914	5253	5,1	272		
1915	5393	5,5	298	274	24
1916	5811	8,1	473	296	177
1917	5356	12,0	647	273	374
1918	4848	10,9	533	247	286
Zahl der Kriegsoffer					861

Aufgrund der niedrigeren Sterblichkeit war in Württemberg die Zahl der Kriegsoffer deutlich geringer als in Baden und in den vorher genannten Ländern. Nach einer anderen Tabelle des „Statistischen Handbuchs für Württemberg“, welche die Gesamtheit aller Irrenanstalten (1913 acht öffentliche und 23 private) erfaßt, sehen die Sterbe-

⁶⁹ Statistisches Jahrbuch für das Land Baden 1925, 149. Wie die Zahl von 16 Anstalten zusammenkommt, ist mir unerfindlich.

zahlen allerdings etwas anders aus (durchschnittliche Sterberate der letzten Friedensjahre 4,9%):

Tab. 10: Sterberaten und Kriegsopfer aller württembergischen Irrenanstalten⁷⁰

Jahr	Gesamtpatientenzahl	Sterberate	Todesfälle	Sterbefälle bei Sterberate 4,9%	Kriegsopfer
1914	10.330	4,9	511	511	—
1915	9.664	6,1	591	474	117
1916	10.047	8,4	848	492	356
1917	9.954	10,1	1005	478	527
1918	9.779	9,9	972	479	493
Zahl der Kriegsopfer					1.493

Im Vergleich zur vorangehenden Tabelle zeigt sich, daß mit der ausschließlichen Darstellung der Verhältnisse in den staatlichen Heil- und Pflegeanstalten möglicherweise nur etwa 60% der Kriegsopfer der Psychiatrie erfaßt werden, da psychiatrische Versorgung nicht nur in staatlichen Anstalten stattfindet. Eine große Zahl geistig Behinderter ist traditionell in kirchlichen Einrichtungen untergebracht. Zudem waren in der Zeit vor dem Ersten Weltkrieg zahlreiche psychiatrische Privatkliniken für die begüterten Bevölkerungsschichten entstanden. Wenngleich die Versorgung dort sicher besser war, entgingen auch diese Privatsanatorien, ebenso wie die kirchlichen Einrichtungen für geistig Behinderte, nicht der allgemeinen Not.

Bayern

Die bayerische Statistik erfaßt 30 „Anstalten für Geisteskranke, Epileptiker, Idioten, Schwachsinnige und Nervenkranke“ (davon 24 in

Tab. 11: Sterberaten und Kriegsopfer in 30 öffentlichen und privaten Anstalten Bayerns⁷¹

Jahr	Gesamtpatientenzahl	Sterberate	Sterbefälle	Sterbefälle bei 5,4%	Kriegsopfer
1914	19.850	5,7	1.132	1.072	60
1915	18.109	7,9	1.435	977	458
1916	18.614	8,8	1.635	1.005	630
1917	18.095	14,2	2.573	977	1596
1918	17.050	11,2	1.904	920	984
Zahl der Kriegsopfer					3.728

⁷⁰ Statistisches Handbuch für Württemberg 1923, 152.

⁷¹ Statistisches Jahrbuch für das Königreich (ab 14. Jg. den Freistaat) Bayern, 13., 14. und 15. Jg.

öffentlicher und 6 in privater Hand) mit rund 12.000 Betten. Die Sterberate betrug im Frieden (1911–1913) durchschnittlich 5,4 Prozent.

Preußen

Preußen war der größte Einzelstaat des deutschen Reiches. Mit 40 Millionen Einwohnern lebten dort nach der Volkszählung von 1910 fast zwei Drittel der deutschen Bevölkerung von knapp 65 Millionen. In den insgesamt 334 psychiatrischen Einrichtungen⁷² – darunter 64 Provinzialanstalten – waren 1914 knapp 150.000 Patienten untergebracht. Im Durchschnitt der Jahre 1911–1913 betrug ihre „Friedenssterblichkeit“ 5,8 Prozent.

Tab. 12: Sterberaten und Kriegsoffer in 334 preußischen Irrenanstalten und -abteilungen

Jahr	Gesamtpatientenzahl	Sterberate	Todesfälle	Sterbefälle bei 5,8%	Kriegsoffer
1914	149.699	6,6	9.880	8.683	1.197
1915	138.792	8,8	12.289	8.050	4.239
1916	138.160	11,2	15.410	8.013	7.397
1917	135.573	19,3	26.098	7.863	18.226
1918	116.166	15,5	18.003	6.737	11.266
Zahl der Kriegsoffer					42.325

Leider werden in der preußischen Statistik nur Gesamtzahlen genannt, so daß regionale Unterschiede nicht in Erscheinung treten.⁷³ So ist es auch nicht möglich, die von Knust erwähnte Provinz zu benennen, die über die Hälfte ihrer Patienten verloren haben soll. Die gigantische Zahl von über 42.000 Kriegsoffern allein in Preußen kommt, wenn man die Zahlen aus Bayern, Sachsen, Baden und Württemberg hinzunimmt, nahe an die von Hans Ludwig Siemen errechnete Gesamtzahl der Kriegsoffer in den deutschen Anstalten heran. Sie wird sicher erreicht, vermutlich sogar überschritten, wenn noch die Daten

⁷² Laut Anmerkung zur Tabelle im „Statistischen Jahrbuch für den preußischen Staat“ sind nur die Anstalten „einschließlich der Abteilungen für Geisteskranke usw. in allgemeinen Heilanstalten und anderen Anstalten, aber ausschließlich der Privatanstalten mit 10 und weniger Betten“ zahlenmäßig erfaßt.

⁷³ Vollständige Zahlen liegen mir nur für eine preußische Provinz, nämlich Westfalen mit seinen damals sieben Provinzialanstalten und rund 6.000 Patienten vor. Dort erreichte die Sterblichkeit erst 1918 mit einer Sterberate von 17,3% ihren Höhepunkt. Die Zahl der Kriegsoffer von 1914–1918 betrug 2.248 Patienten. (Die zugrundeliegenden Daten wurden mir freundlicherweise von Bernd Walter vom Westfälischen Institut für Regionalgeschichte in Münster zur Verfügung gestellt.)

aus Hessen, Thüringen, Mecklenburg, etlichen Kleinstaaten und den beiden großen Hansestädten hinzukommen.

Abschließend werden die Sterberaten und Kriegsofper der verschiedenen Länder des Deutschen Reiches, soweit sie bisher im einzelnen ermittelt werden konnten, in einer einzigen Tabelle zusammengefaßt. Diese zeigt erhebliche regionale Unterschiede auf. Österreich wird zum Vergleich mit angeführt und aus später noch zu erläuternden Gründen in die Addition der Kriegsofper miteinbezogen.

Tab. 13: Sterberaten und Opfer des Ersten Weltkrieges in den psychiatrischen Einrichtungen von fünf deutschen Ländern und in den deutsch-österreichischen Anstalten

Bei der Zahl der Kriegsofper bedeutet: * inklusive 1919, ** inklusive 1920.

Land	1914	1915	1916	1917	1918	Kriegsofper
Württemberg	4,9	6,1	8,4	10,1	9,9	1.493
Baden	5,4	7,6	8,7	14,1	11,4	1.600
Bayern	5,7	7,9	8,8	14,2	11,2	3.728
Preußen	6,6	8,8	11,5	19,2	15,5	42.325
Sachsen	8,3	11,7	15,9	30,4	26,0	7.480 **
Österreich	9,5	12,9	14,9	26,6	25,8	7.868 *
Summe der Kriegsofper						64.494

Die Sterberaten lassen erkennen, daß Sachsen im Ersten Weltkrieg die höchste Sterblichkeit unter den anstaltsinternierten psychisch Kranken und geistig Behinderten hatte, danach folgt Österreich und Preußen. Die süddeutschen Anstalten, in denen bereits die Vorkriegssterblichkeit deutlich geringer war, kamen am besten durch den Krieg. Aufgrund seiner großen Bevölkerung hatte Preußen weitaus die meisten Kriegsofper zu beklagen.

ZUSAMMENFASSUNG

Bei der Analyse der Hintergründe des Massensterbens in den psychiatrischen Anstalten während des Ersten Weltkrieges stellte sich heraus, daß dieses kein isoliertes Phänomen, sondern Teil einer allgemeinen Hungersnot infolge einer schlechten Ernährungspolitik und der alliierten „Hungerblockade“ war. Neben bestimmten Bevölkerungsgruppen waren die Insassen „totaler Institutionen“, die sich keine zusätzlichen Nahrungsmittel beschaffen konnten, am stärksten von dem verbreiteten Mangel betroffen. Leiter und Träger der psychiatrischen Anstalten taten aber nur in Ausnahmefällen etwas, um die Not ihrer

Patienten zu lindern – überwiegend scheint das Geschehen aus „patriotischen“ Gründen in Kauf genommen worden zu sein. Die Sterblichkeit war in norddeutschen und vor allem in sächsischen Anstalten höher als in süddeutschen.

II. Anstaltspsychiatrie in Nachkriegszeit und Weimarer Republik

DAS HUNGERN IST NOCH NICHT ZU ENDE

Aus dem Aufruf an Präsident Wilson ging bereits hervor, daß die Hungerblockade nach dem Waffenstillstand anhält; sie wurde erst nach Abschluß der Versailler Vertrages im Juli 1919 eingestellt. Schon aus diesem Grund mußte in den Großstädten und in den Anstalten weiter gehungert werden. Auch in der Revolutionszeit bis in den Mai 1920 war nicht zu erwarten, daß sich daran so schnell etwas ändern würde. Rubner gibt einen Überblick über die Ernährungs- und Gesundheitsverhältnisse in den Nachkriegsjahren:

„Die Ernährung blieb mangelhaft nicht nur 1919, sondern weit darüber hinaus. So gleichen auch die Gesundheitsverhältnisse der beiden Jahre 1918 und 1919 so ziemlich den Vorjahren mit der einen Einschränkung, daß die fortschreitende Gewichtsabnahme zumeist mit Ende des Jahres 1918 im allgemeinen ihren Tiefstand erreicht zu haben scheint. Eine gelinde Besserung der Ernährungsverhältnisse, die aber keineswegs den Bedürfnissen gerecht wurde, setzte an manchen Orten um die Mitte, vielfach erst zu Ende 1919 ein. Sie beruht aber zumeist weniger auf der erhöhten Einfuhr nach Beendigung des Krieges von Mitte 1919 ab, als auf der Selbsthilfe der Massen, die, wenn auch unter großen Geldopfern, auf Schleichwegen ermöglicht wurde. Vielfach wurde beobachtet, daß ein Ausgleich der Körpergewichtsverluste auch Anfang des Jahres 1920 noch nicht erreicht worden war. Die Reichwehrsoldaten waren 1920 noch untergewichtig und ein Drittel der Untersuchten für den Militärdienst untauglich.“¹

Über die Folgezeit heißt es weiter: „Wenngleich schon eine größere Besserung der Gesundheitsverhältnisse im allgemeinen einsetzt, so können die Jahre 1922 und 1923 keineswegs vom sanitären Standpunkt aus als befriedigend bezeichnet werden. Da und dort tauchen nochmals Ödeme auf, ebenso wurde von zahlreichen Magenerkrankungen und Skorbutfällen berichtet; lange währte noch immer die Rekonvaleszenz bei schweren Erkrankungen. Die Klagen über Unreinlichkeit des Körpers und ihre Folgen waren noch häufig und bei dem Mangel an Wäsche und Seife und bei dem großen Ausfall an öffentlichen Badeanstalten (...) wohl begreiflich. Nach einer Feststellung vom Dezember 1922 war der Seifenkonsum noch immer im Sinken, was sich aus der Verarmung weiterer Volksschichten erklärt. – Mit August 1922 nahm die Säuglingssterblichkeit wieder zu.

¹ Rubner 1928a, 81.

Die Pflege der Säuglinge war aus Mangel an Wäsche kümmerlich; kam es doch vor, daß manche Mütter ihre Kinder in Papier wickelten, weil anderweitig sich Wäsche nicht beschaffen ließ. (...) Gelegentlich der Untersuchung der Kinder bei der Schulspeisung ergab sich, daß fast die Hälfte an Unterernährung litt; ein großer Teil hatte kaum das Nötigste an Leibwäsche.² (...) Für Kinder und Jugendliche fehlte es in den Großstädten noch immer an Milch. In Berlin konnten im Februar 1923 nur 400 000 Liter täglich geliefert werden, anstatt 1,4 Millionen Liter als normalem Bedarf.“

Die Tuberkulose ließ für das Jahr 1922 kein Absinken, sondern im Gegenteil eine Zunahme erkennen: „In den Städten mit mehr als 100 000 Einwohnern starben 1921 22 438 Personen, 1923 26.125 Personen an Tuberkulose. (...) Also ein Zuwachs von rund 16 v.H gegenüber 1921.“³

Diese Zunahme der Tuberkulose wird von Rubner vor allem auf die Verarmung des Mittelstandes zurückgeführt. Sie hatte schon während des Krieges begonnen, indem einerseits Beamten- und Angestelltengehälter wesentlich langsamer stiegen als die Lebenshaltungskosten, während sich andererseits gerade der Mittelstand stärker als die Arbeiterschaft zur Zeichnung von Kriegsanleihen und anderen wirtschaftlichen Opfern verpflichtet fühlte.⁴ Schon im Krieg, aber vor allem in der Nachkriegszeit wurden die kleinen und mittleren Vermögen durch die Inflation völlig aufgezehrt. Die Mittel zum Ankauf von Nahrungsmitteln wurden dadurch immer knapper.

Wenn im Krieg die Blockade die Hauptursache des Hungerns war, so scheint es in der Nachkriegszeit die Armut gewesen zu sein. Es stellt sich die Frage, ob das auch auf die Anstalten zutrifft, wobei von vornherein unterstellt wird, daß in diesem Fall nicht die private Armut, sondern die Armut des Staates zur Auswirkung kommen müßte.

Wenn man den zeitgenössischen Veröffentlichungen zur Frage der Patientenversorgung in den psychiatrischen Anstalten Glauben schenken darf, dann scheint an der „Ernährungsfront“ zunächst eine gewisse Entspannung eingetreten zu sein. Eine Untersuchungskommission des badischen Landtags, die im Spätsommer 1919 die „staatlichen Zwangs- Heil- und Pflegeanstalten“ bereiste, stellte in ihrem – allerdings recht schönfärberischen – Bericht über die Anstalt bei Konstanz

² Der hier angesprochene Wäschemangel ist auf den Zusammenbruch der Textilindustrie während des Krieges zurückzuführen. Der Rohstoffmangel (Baumwolle) führte zu exorbitanten Preissteigerungen (vgl. Burchardt 1974, 70).

³ Rubner 1928, 86.

⁴ Vgl. Burchardt 1974, 82 ff. Die Lebenshaltungskosten während des Krieges stiegen allgemein um 150%, in Berlin sogar um 175%.

fest: „Das Essen wurde gekostet und für gut und schmackhaft befunden; auch bei den Insassen wurden keine Klagen über die Kost laut.“ Gerade wegen der verharmlosenden Tendenz, die im Bericht des Abgeordneten Fehn vorherrschte, wirkt es um so alarmierender, wenn es zum Schluß heißt: „Es herrscht Heizungsnot. Der normale Bedarf (an Kohlen für den Winter, H.F.) ist 50.000 Ztr. Der jetzige Vorrat reicht bis 1. November.“⁵

Tatsächlich war im Winter 1919/20 der Kohlenmangel, der durch Transportprobleme, Reparationen und den Verlust der oberschlesischen Kohlenreviere bedingt war, in den Anstalten offensichtlich das gravierendste Problem. Aus diesem Grund richtete Johannes Bresler „im Hinblick auf die bestehende und vermutlich sich noch steigende Kohlennot“ für die PNW eine Rundfrage an alle Anstalten, wie die Versorgungslage sei, ob und bis zu wieviel Grad Celsius die Schlafsäle geheizt „und welche Maßnahmen sonst mit Rücksicht auf die Kohlennot und gegen Erkältung getroffen“ würden. Die Antworten von 67 Anstaltsleitern trafen überraschend prompt ein und wurden in den Februarheften des Jahres 1920 in der PNW veröffentlicht.⁶ Bis auf Dortmund-Aplerbeck, das seinen Kohlebedarf aus einer nahegelegenen Zeche decken und mit eigenen Fuhrwerken heranschaffen konnte, litten praktisch alle Anstalten in mehr oder minder starkem Ausmaß unter dem Mangel an Kohle und auch an elektrischer Energie. Sogar das Burghölzli aus Zürich meldete, daß die Schlafräume seit Kriegsbeginn nicht mehr geheizt würden, fügte aber hinzu, das sei „nicht nur kein Schaden, sondern nach unserer Überzeugung ein hygienischer Nutzen“. In Deutschland, so stellte sich heraus, hatte man aber ganz andere Sorgen als die Beheizung der Schlafsäle. Hier ging es oft darum, ob man überhaupt heizen, Warmwasser zubereiten, therapeutische und Reinigungsäder verabreichen, waschen und kochen konnte:

Warstein berichtete: „An der hiesigen Anstalt ist während des letzten Winters infolge der knappen und unregelmäßigen Kohlenversorgung wiederholt längere Zeit gar nicht geheizt worden und zwar in der Zeit vom 1. bis 30. Oktober, vom 4. bis 10. Dezember 1919 und 7. bis 15. Januar 1920. Während dieser Zeit, während welcher die Temperatur in den Schlaf- und Tagesräumen bis auf + 1° C herunterging, wurden die Kranken im Bett belassen.“ In *Hamburg-Langenhorn* konnte die Zentralheizung immerhin noch von 8–11 Uhr vormittags und 3–7 Uhr nachmittags betrieben werden. Viele andere Anstalten aber, wie z.B. *Erlangen*, stellten ihre Zentral-

⁵ Vgl. Faulstich 1993a, 80.

⁶ PNW 1919/20, 348 ff. u. 358 ff.

heizung überhaupt ab, weil sie zu „unwirtschaftlich“ arbeite. Statt dessen hatte man bereits im Herbst 1918 in den Tagräumen und Wachsälen eiserne Öfen aufgestellt – das Problem existierte ja schon seit Kriegszeiten. Direktor Kolb hatte den gesamten Energieverbrauch durch zahlreiche Vorschriften auf das genaueste geregelt: Warmwasser floß nur zu bestimmten Zeiten. Kranke und Personal durften nur alle 14 Tage bei einem Wasserstand von höchstens 30cm in den Wannen baden, der Wechsel der Wäsche war nur alle 14 Tage erlaubt. In mittelgroßen Räumen (bis 30 qm) sollten höchstens zwei Glühbirnen brennen, „Lichtschluß“ war generell um 10 Uhr. Ein eigens ernannter „Kohlenkontrolleur“ hatte die Einhaltung der Energiesparvorschriften zu überwachen. Diesen war als eindringliche Warnung der Satz vorangestellt: „Höchste Sparsamkeit mit Kohle, Holz, Licht, Gas und warmem Wasser ist notwendig, wenn wir nicht im Winter erfrieren wollen.“

Das Heizen mit Öfen in sogenannten „Wärmstuben“ war in vielen Anstalten üblich; als Brennstoffe dienten neben der knappen Kohle vor allem Holz und Torf. Zur Einsparung elektrischer Energie griffen einzelne Anstalten wieder auf Karbidlampen zurück. Wegen der Kälte in den Schlafräumen erhielten die Patienten zusätzliche Decken. In *Emmendingen*, wo die Zentralheizung ganz abgeschaltet war, wärmte man die Betten mit Wärmflaschen, in *Blankenhain* (Thür.) mit „Wärmsteinen“ vor. Falls Nachtwachen in den Schlafsälen erforderlich waren, sollten sie sich mit Decken einhüllen. In *Weinsberg* verteilte man „Militärmäntel zum Dienst in den Häusern während des Winters“. Was schließlich das Kochen anbetraf, so sahen sich manche Anstalten gezwungen, wieder Feldkessel einzusetzen. Das Waschen geschah nicht mehr mit Dampfwaschkesseln, sondern von Hand. Da infolge des Hungersterbens viele Betten leer standen, wurde auch dies zur Energieeinsparung genutzt, indem man die Patienten in wenigen Häusern konzentrierte.

Das Heizungsproblem hielt noch mehrere Jahre an und wurde durch die französische Rheinlandbesetzung noch verschärft. Als der Winter 1923/24 kam, sah sich Baden genötigt, „angesichts der dringlichen Notwendigkeit, den Anstaltsbetrieb vor Eintritt der kalten Jahreszeit noch in diesem Jahr wirksam einzuschränken“, kurzfristig über die Hälfte der Konstanzer Patienten nach Emmendingen zu verlegen. Die zurückbleibenden 192 Patienten wurden in zwei großen, leichter heizbaren Häusern zusammengefaßt.

War es bei den Kohlen noch der aus verschiedenen Gründen eingetretene objektive Mangel, so trat der aus der Verarmung des Staates resultierende Zwang zum Sparen bald in allen Bereichen staatlicher Verwaltung in den Vordergrund: Die Psychiatrie war davon besonders betroffen, denn der Anstaltsbetrieb hatte sich durch die Inflation, aber auch durch die Personalvermehrung als Folge der Arbeitszeitverkürzungen erheblich verteuert.

Hans Roemer, damals noch Oberarzt an der Anstalt bei Konstanz, später badischer Referent für das Irrenwesen und einer der wichtigen Psychiatrereformer der zwanziger Jahre, rechnete auf der südwestdeutschen Psychiaterversammlung im November 1920 seinen Kollegen vor, daß sich der Staatszuschuß für eine badische Anstalt mit 300 Kranken im kommenden Rechnungsjahr voraussichtlich auf 9–10.000 Mark pro Kopf, mithin auf 3 Millionen Mark für die gesamte Anstalt belaufen werde. „Das wäre das 29fache der Vorkriegszeit!“ Er fuhr fort: „An erster Stelle steht das zwingende Gebot der Sparsamkeit in volks- wie privatwirtschaftlicher Hinsicht. Ein verarmtes Staatswesen kann sich eine Irrenanstaltsfürsorge, wie sie sich in den meisten Gebieten Deutschlands vor dem Kriege in breiter Ausdehnung entwickelt hatte, nicht mehr leisten.“⁷ Kolb, einer der anderen großen Reformer, blies in das gleiche Horn: „... nur äußerste Sparsamkeit wird gestatten, die Irrenfürsorge Deutschlands vor einem Zurücksinken auf den Stand vor 50 Jahren vielleicht zu bewahren“. Vorsorglich fügt er gleich hinzu: „Es ist mit Nachdruck darauf hinzuwirken, daß die Sparsamkeit tunlichst wenig auf Kosten der Kranken geübt wird.“⁸ Daß die Vordenker kommender Reformen mit zu den ersten gehörten, die auf den Zwang zum Sparen hinwiesen, hängt nicht nur damit zusammen, daß sie – im Gegensatz zu vielen ihrer Kollegen – über den Tag hinaus dachten, sondern auch bereits Vorschläge hatten, wie dem mit Sicherheit zu erwartenden erneuten Anstieg der Aufnahme- und Belegungszahlen zu begegnen sei. Um deren Dringlichkeit zu beweisen, war der Hinweis auf die leeren Kassen zweckmäßig. Man konnte ja nicht mehr wie vor dem Weltkrieg ständig neue Anstalten bauen, sondern mußte sich Gedanken um den rascheren Abfluß der Patienten machen. Unter dem Einfluß Bleulers setzte sich daher Roemer besonders stark für die „Frühentlassung“ der Schizophrenen ein, die nach wie vor das Gros der Anstaltsinsassen ausmachten und früher oft lebenslänglich verwahrt wurden. Während Roemer anfänglich noch die Familienpflege als Möglichkeit sah, die Patienten aus der „geschlossenen“ Anstaltsfürsorge herauszubringen, schloß er sich bald den Vorschlägen Kolbs für eine „offene“ Fürsorge an, bei der die Patienten nach Hause entlassen, aber weiterhin von Anstaltsärzten betreut wurden. Beide Vorschläge liefen auf eine Verbilligung der Patientenversorgung hinaus, nur konnte die offene Fürsorge in wesentlich größerem Umfang realisiert werden als die Familienpflege und damit die Anstalten stärker entlasten.⁹

In seinem Referat, das Gustav Kolb Ende Mai 1920 auf der Hamburger Tagung des Deutschen Vereins für Psychiatrie hielt, faßte er in 36 Punkten die seiner Ansicht nach dringlichsten Veränderungen zusam-

⁷ PNW 1920/21, 343.

⁸ PNW 1920/21, 158.

⁹ Vgl. Faulstich 1993a, 92f.

men.¹⁰ Diese reichten über die Organisation der Arbeitszeitverkürzung, die Konsequenzen aus der bevorstehenden Änderung des Strafgesetzbuches, die neuen Aufgaben der Irrenfürsorge und die Folgen des „wirtschaftlichen Tiefstandes“ (in der auch die oben erwähnten Energiespar-Bestimmungen enthalten sind) bis hin zu „besonderen Maßnahmen zum Wohle der Kranken“. Der letzte Punkt führt zur aktuellen Situation in den Anstalten zurück.

In Anbetracht der offenbar weiterbestehenden ungünstigen Ernährungslage empfiehlt Kolb unter anderem die fortlaufende Kontrolle des Körpergewichts der Patienten, die strenge Maßregelung von Beamten und Angestellten, die sich an Lebensmitteln und Heizmaterial vergeifen und den Zukauf oder die Pacht von Grundstücken zur Sicherstellung der Selbstversorgung. Aufschlußreich ist die dringende Empfehlung, dem arbeitenden Kranken einen Arbeitslohn zuzugestehen, der es ihm ermöglichen soll, sich die zusätzlichen Lebensmittel einzukaufen, „deren er je nach der Schwere seiner Arbeit bedarf“. Auch sei die Verbesserung der Ernährung durch Lebensmittelsendungen der Angehörigen auf jede Weise zu verbessern. Besondere Maßnahmen seien schließlich wegen der Zunahme der Tuberkulose, von Haut- und Geschlechtskrankheiten und wegen der Flecktyphusgefahr gegen die zunehmende Verlausung erforderlich. Kolbs Empfehlungen halten also präzise jene Sorgen fest, die in den Anstalten zu Beginn der zwanziger Jahre immer noch bestanden.

Von dem ehemaligen Direktor der elsässischen Anstalt Rufach, Adolf Groß, der aus dem nun französischen Elsaß ausgewiesen worden und jetzt als Oberarzt in Konstanz tätig war, stammt eine im Herbst 1920 niedergeschriebene anschauliche Schilderung der Lebens- und Ernährungssituation, in der auch der allgegenwärtige Zwang zum Sparen erkennbar wird:

Zwar könne man jetzt im Gegensatz zu den Kriegszeiten „die Kranken wieder einigermaßen ausreichend ernähren oder wenigstens sättigen“, aber der Mangel sei immer noch evident:

„Früher gab es täglich Fleisch, oft mehrmals täglich für die besseren Klassen; für die arbeitenden Kranken Wurst- oder Käsebeilagen zu Frühstück oder Abendessen; fleischfreie Tage waren eine seltene Ausnahme. Jetzt ist Fleischkost selten, fast nur noch ein Sonntagsvergnügen, die fleischlosen

¹⁰ PNW 1920/21, 133 ff., 149 ff. u. 163 ff. Gustav Kolb entwickelte ab 1908 in Kutzenberg die „Offene Fürsorge“ und führte sie ab 1911 in Erlangen weiter. Sein „Erlanger Modell“ machte Schule. Das gemeinsam mit Hans Roemer und Valentin Faltlhauser herausgegebenen Buch „Die Offene Fürsorge in der Psychiatrie und ihren Grenzgebieten“ (Berlin 1927) wurde zum Standardwerk der Reformpsychiatrie in den zwanziger Jahren.

Tage sind die Regel geworden. Früher gab es Brot nach Belieben (in Rufach täglich 500 g im Durchschnitt), jetzt 200–250 g eines Brotes aus gestrecktem Mehl. Das geht aber alles noch, wenn genügend Kartoffeln da sind und das Manko an Quantität und Qualität der Gesamternährung durch reichlichen Kartoffelzusatz zum Gemüse ausgeglichen werden kann. Vorübergehender Mangel an Kartoffeln führt zu katastrophalen Zuständen. Was wir an der Kartoffel haben, haben wir erst jetzt so recht gemerkt. (...)

Ähnlich wie mit der Ernährung steht es mit der Heizung, Beleuchtung, Bettung, Kleidung, Reinigung der Kranken. Diese Anforderungen verschlingen Unsummen gegenüber früher, und trotzdem kämpfen wir einen schweren und nicht immer erfolgreichen Kampf gegen ungenügend beheizte und beleuchtete Räume, wir können Kleidung und Leibwäsche unserer Kranken nicht in dem wünschenswerten Zustand erhalten, die Bettwäsche nicht immer so erneuern, als es bei den vielfach zur Unsauberkeit neigenden Kranken erforderlich wäre, denn es muß an Seife gespart werden, und auch die Darreichung von Bädern und gar die Durchführung der für die Behandlung unruhiger und siecher Kranken so wertvollen Bäder stößt oft auf unüberwindbare Hindernisse. Nur mit Mühe und manchem notgedrungenen Verzicht auf therapeutische Wirkungsmöglichkeiten gelingt es, die im Budget für Arzneien verfügbare Summe, trotz Erhöhung, mit den Anforderungen der Krankenbehandlung in Einklang zu bringen. (...)

Bei der Beheizung haben wir es im Winter 1919/20 ja schauernd erlebt, was Frieren heißt, und bei den unmäßigen Kohlenforderungen unserer Feinde, zumal nach erfolgter Absperrung des Ruhrgebietes und bei dem Verluste eines großen Teils des oberschlesischen Kohlenreviers an Polen, können jederzeit die Kohlennöte in ihrer krassesten Form sich wieder einstellen.“¹¹

Ähnlich wie Kolbs Vorschlag zur Entlohnung arbeitender Patienten macht eine „therapeutische Empfehlung“ von Großschlaglichtartig die Situation deutlich: „Man kombiniere (...) Bettbehandlung mit Gartenarbeit, indem man die Kranken vormittags arbeiten und nachmittags ruhen läßt.“ Die Bettbehandlung sollte der Schonung der Kräfte der noch immer hungernden Patienten dienen, die Gartenarbeit den „wirtschaftlichen“ Gesichtspunkten des Anstaltsbetriebs.

Mit der Beschleunigung der Inflation wurde auch die Anstaltsernährung zu einem wichtigen Kostenfaktor, mit der Folge, daß bei der Beschaffung zunehmend auf den Preis geachtet werden mußte; eine ähnliche Entwicklung hatte es schon während des Krieges gegeben. Bresler führte deshalb im April 1922 wieder eine Rundfrage durch, in der u.a. nach dem Ernährungszustand der Patienten gefragt wurde.

¹¹ AZP 79 (1923), 60ff.