

*„Frieda ist hochgradig schwachsinnig und bedarf der  
Aufnahme in die Anstalt Bethel“\**

**Medizin und Pflege in den v. Bodelschwingschen An-  
stalten Bethel in der Zeit des Nationalsozialismus**

Den ideologischen Forderungen des Nationalsozialismus nach gesellschaftlicher Ächtung, Verfolgung und der „Ausmerzungen“ psychisch kranker und behinderter Menschen standen eine adäquate, qualifizierte nervenärztliche Behandlung und die pflegerische Fürsorge für Psychiatriepatienten unvereinbar gegenüber. Während sich die staatsdoktrinäre Verachtung dieser Kranken in zahlreichen psychiatrischen Provinzial-Heil- und Pflegeanstalten, aber auch in konfessionellen Einrichtungen der Geisteskrankenfürsorge, u. a. in einer katastrophal schlechten medizinischen Versorgung und pflegerischer Vernachlässigung der Patienten niederschlug, wurden Behinderte und Kranke in den v. Bodelschwingschen Anstalten Bethel sowohl ärztlich als auch pflegerisch *lege artis* gemäß den medizinischen und pädagogischen Erkenntnissen jener Zeit auf hohem fachlichen Niveau behandelt und betreut.<sup>1</sup>

Entgegen der guten medizinischen und pflegerischen Versorgung der Bethel-Patienten war deren Versorgungslage mit Nahrungsmitteln insbesondere in der Zeit des Zweiten Weltkrieges außerordentlich schlecht. Trotz der dadurch bedingten unzureichenden und sehr schwierigen Lebens- und Arbeitsbedingungen waren Medizin und Pflege in Bethel stets bemüht, das hohe fachliche Niveau ihrer Professionen zu halten. Dieser Befund wird exemplarisch an 22 Krankenakten dargestellt, die im

\* Zitat aus einer neurologischen Befunderhebung aus der Krankenakte Frieda M. [Hauptarchiv der v. Bodelschwingschen Anstalten Bethel; im Folgenden: HAB].

<sup>1</sup> In der Ortschaft Bethel bei Bielefeld existieren drei eigenständige Anstalten: Die 1867 als „Rheinisch-Westfälische Epileptikeranstalt“ gegründete Anstalt Bethel, die 1869 gegründete „Westfälische Diakonissenanstalt Sarepta“ und die 1877 gegründete „Westfälische Diakonenanstalt Nazareth“. Diese drei Anstalten wurden 1921 zu einem Anstaltsverbund zusammengeschlossen. Innerhalb dieses Anstaltsverbundes gab es zwei ärztliche Bereiche, Bethel und Sarepta, die sich teilweise überschneiden. In diesem Aufsatz sollen Medizin und Krankenpflege in beiden Teilanstalten untersucht werden, die zusammenfassend als „v. Bodelschwingsche Anstalten Bethel“ oder „Betheler Anstalten“ bezeichnet werden.

Zusammenhang mit einer historischen Studie zur NS-Geschichte der „Holsteinischen Heilstätten für Nerven- und Alkoholranke“ in Rickling (Kreis Segeberg in Schleswig-Holstein) ausgewertet wurden.<sup>2</sup> Von dort sind aus dem „Lindenhof“ am 28. November 1941 insgesamt 25 Patientinnen<sup>3</sup> im Kindes- und Jugendalter in der Frühphase der „Aktion Brandt“ nach Bethel verlegt worden.<sup>4</sup> Der Sammeltransport erreichte Bethel am 3. Dezember 1941. Es war sehr wahrscheinlich der einzige derartige, d. h. durch die „Aktion Brandt“ initiierte Transport von Psychiatriepatienten nach Bethel.<sup>5</sup> Dies ist nicht verwunderlich, weil im Rahmen der „Aktion Brandt“ eine aktive oder die passive Tötung etwa durch Unterlassung indizierter lebenserhaltender Therapien in den Zielanstalten beabsichtigt war und erwartet wurde, in Bethel jedoch auf christlich motivierter Grundlage die NS-„Euthanasie“-Maßnahmen sowohl von der Anstaltsleitung als auch von den Ärzten und den Diakonen und Diakonissen abgelehnt wurden.<sup>6</sup>

<sup>2</sup> In Rickling existieren bis heute in Trägerschaft des 1875 gegründeten „Landesvereins für Innere Mission Schleswig-Holstein“ neben psychiatrischen Einrichtungen auch solche der Behinderten- und Suchtkrankenhilfe und der Altenpflege. Die erste Einrichtung des Landesvereins in Rickling war eine 1883 errichtete Arbeiterkolonie. Die „Holsteinischen Heilstätten für Nerven- und Alkoholranke“ sind 1931 entstanden; aus ihnen ist das heutige „Psychiatrische Zentrum Rickling“ hervorgegangen. Zur Geschichte der Ricklinger Anstalten vgl. u. a. Sutter, P. 1986.

<sup>3</sup> Von den ehemals 25 verlegten Patientinnen sind 22 Krankenakten überliefert. Drei der Patientenakten sind leider nicht mehr erhalten bzw. verfügbar.

<sup>4</sup> Die „Aktion Brandt“ – benannt nach dem von Hitler Bevollmächtigten für das Sanitäts- und Gesundheitswesen Prof. Dr. Karl Brandt – organisierte die Deportation von Psychiatriepatienten aus ihren wohnortnahen Heil- und Pflegeanstalten, um dort Bettenkapazitäten für sog. Ausweichkrankenhäuser und Lazarette zu schaffen, die seit dem Kriegswinter 1941/42 der Behandlung in Folge alliierter Luftangriffe verletzter Zivilbevölkerung dienten. Zugleich stellte die „Aktion Brandt“ gemäß einer Verbindung von katastrophen- bzw. kriegsmedizinischer Gesundheitspolitik und rassistischer Vernichtungspolitik neben der zeitlich vorangegangenen „Aktion T 4“ eine der NS-„Euthanasie“-Maßnahmen dar. In Rickling wurde der „Lindenhof“ mit nominell 230 Plätzen für Psychiatriepatienten im November 1941 beschlagnahmt und geräumt; die Patientinnen wurden in Anstalten in Pfafferode bei Mühlhausen (172 Frauen) und nach Bethel (25 Mädchen) verlegt. Die Mortalität in Pfafferode war extrem hoch; lediglich zehn der 172 Patientinnen haben das Kriegsende überlebt. Der „Lindenhof“ diente unter der Bezeichnung „Krankenhaus-Sonderanlagen Aktion Brandt – Anlage Rickling“ bis Kriegsende der Aufnahme und Behandlung von zivilen Bombenopfern, aber auch anderen somatisch erkrankten Patienten aus Hamburg. Zur Frühphase der „Aktion Brandt“ in den Ricklinger Anstalten vgl. Faulstich, H. 1998, S. 451.

<sup>5</sup> Vgl. Hochmuth, A. 1997, S. 131.

<sup>6</sup> Vgl. Hochmuth, A. 1997, Kühl, S. 1990 und Schmuhl, H.-W. 1998, S. 44 ff. Nicht nur innerhalb der Theologischen Führung Bethels, namhaft vertreten durch den Anstaltsleiter Friedrich von Bodelschwing, auch „in der inhaltlichen Haltung zur „Eu-

Während Untersuchungen zur Durchführung eugenischer bzw. rassenhygienischer Maßnahmen und zur Zwangsarbeit in Bethel, zur institutionellen Entwicklung medizinischer Einrichtungen Bethels sowie biographische Studien über hier tätige Ärzte, Diakone und Diakonissen existieren,<sup>7</sup> liegen bisher keine Studien zur Praxis der medizinischen Diagnostik und Therapie und der pflegerischen Versorgung der psychisch und neurologisch Kranken und Behinderten in der „Stadt der Epileptischen“ vor.<sup>8</sup> Zumal die diesem Beitrag zugrunde liegende Fallzahl der Untersuchungsgruppe außerordentlich gering und damit, gemessen an der Vielzahl Betheler Patienten (ca. 3000 jährlich) im Untersuchungszeitraum,<sup>9</sup> keine statistische Relevanz hat, bleibt die Analyse der Patientenakten in einer repräsentativen Anzahl für die Darstellung der Krankenversorgung in Bethel ein Forschungsdesiderat regionaler Medizingeschichte.

Neben Informationen über die professionellen Handlungsweisen der Ärzte, des Pflegepersonals, der Seelsorger und der Pädagogen enthalten die Krankenakten jedoch auch zahlreiche Belege für das Handeln und Verhalten derjenigen, auf die Behandlung, Förderung und Betreuung ausgerichtet sind, und spiegeln damit wesentliche Aspekte des hospitalisierten Alltagslebens der Bethel-Bewohner wider. Damit kann der medizinhistorische Blick über die Seite der Therapien und der Therapeuten hinaus um die unabdingbar dialogisch damit verzahnte Seite der individuellen Wirkungs- und Erlebnisweisen therapeutischer Bemühungen ergänzt werden. Somit stellen Patientenakten eine unverzichtbare Quelle nicht nur für die Medizingeschichte, sondern auch für die Patientengeschichtsschreibung dar, die sich *„als Geschichtsschreibung über kranke Menschen (...), die sich in Behandlung von Therapeuten gleich welcher Art befinden“*,<sup>10</sup> definieren lässt. Nur durch die Würdigung und Darstellung der Tätigkeiten eben jener Therapeuten einerseits und der Betroffenenperspektiven andererseits wird das Bild der vielfältigen diakonischen Arbeit

*thanasie“ herrschte bei den ab 1939 in Bethel beschäftigten Ärzten Konsens in der Ablehnung dieser Maßnahmen.“* (Kühl, S. 1990, S. 72).

<sup>7</sup> S. u. a.: Aperdanner, S. 2006; Benad, M. 1995; Benad, M./Mentner, R. 2002; Borchers, C. 1997; Heiselbetz, I. 1992; Hochmuth, A. 1972; Hochmut, A. 1997; Holtkamp, M. 2002; Isermann, H. 2005; Kitsch, A. 2001; Kühl, S. 1990; Kühl, S. 1997; Pörksen, N. 1997; Schmuhl, H.-W. 1997; Schmuhl, H.-W. 1998; Schmuhl, H.-W. 2000; Schmuhl, H.-W. 2001; Schmuhl, H.-W. 2002; Walter, B. 1997; Winkler, K. 2002.

<sup>8</sup> Bodelschwingh, Friedrich von: Die Stadt der Epileptischen – Bethel bei Bielefeld. Bethel/Bielefeld 1933.

<sup>9</sup> Nach Angaben des Historikers Hans-Walter Schmuhl befanden sich in der Zeit des Zweiten Weltkrieges pro Jahr ca. 3000 Patientinnen und Patienten in Bethel (WDR-Interview mit H.-W. Schmuhl im April 1992; www.bethel.de).

<sup>10</sup> Wolff, E. 1998, S. 312.

Bethels, in der Medizin und Pflege eine wesentliche Rolle spielen, vollständig im historischen Kontext vermittelbar.

Ohne hier allzu intensiv auf die Methodik der Analyse psychiatrischer Patientenakten einzugehen, sei doch auf die Schwierigkeiten der historischen Interpretation dieser besonderen Quellengattung hingewiesen.<sup>11</sup> Hierbei „ist zweifellos die häufig kaum durchschaubare Gemengelage von Schein und Sein in diesen Unterlagen“<sup>12</sup> problematisch. Zum einen enthalten Patientenakten gemäß ihrer Eigenschaft als serielle Quelle eine Reihe von in jeder Akte enthaltenen, gleichartigen und objektiven Informationen, wie personenbezogene bzw. biographische und sozialegpidemiologische Daten (Geschlecht, Geburts- und Sterbedatum, Schulbildung und Beruf, Herkunftsort, Kostenträger, etc.) oder spezifisch medizinische Informationen (Art und Zeitpunkt diagnostischer Maßnahmen, Medikationen, Impfungen, Labor- und Untersuchungsbefunde, Diagnosen, Todesursachen, etc.); diese Daten sind einer quantitativen bzw. statistischen Analyse zugänglich. Zum anderen finden sich interpretationswürdige Inhalte wie die stets subjektiven Einschätzungen des Sozialverhaltens und der Krankheitswahrnehmung des Patienten, briefliche Korrespondenzen mit Angehörigen und Behörden, Angaben zum Krankheitsverlauf oder Einschätzungen und Darstellungen des Pflegeaufwandes. Hinsichtlich dieser Inhalte gestaltet sich die Quellenkritik und -analyse besonders schwierig, weil zur Klärung und zum Abgleich des Realitätsgehaltes der Einzelinformationen Vergleichsquellen häufig fehlen. Dies ist darin begründet, dass es sich bei dem dargestellten Gegenstand um die Individualität einer Krankengeschichte handelt, die üblicherweise an keiner anderen Stelle dokumentiert ist.

In Ermangelung von Vergleichsquellen ist der Historiker deshalb darauf angewiesen, solche Informationen, sofern sie widerspruchsfrei in der Krankenakte dargelegt sind, entweder grundsätzlich als glaubhaft oder als unglaubwürdig einzustufen. Für diesen Beitrag sollen die Inhalte der Patientenakten als glaubhaft gelten.

Die Unterscheidung von „Dichtung und Wahrheit“ wird auch dadurch erschwert, dass sowohl objektivierbare Befunde als auch subjektive Eindrücke – auch wenn diese sich mit dem Krankheitsverlauf ändern – bezüglich eines Patienten von unterschiedlichen, an der Erstellung der Patientenakte beteiligten Personen lediglich kopiert und unhinterfragt fortgeschrieben werden, wodurch dann kein differenziertes und damit

<sup>11</sup> Vgl. dazu Beddies, T. 2002. Beddies zufolge gibt es bisher keine methodische Vorgehensweise der historischen Analyse psychiatrischer, aber auch anderer Krankengeschichten, die Anspruch auf Allgemeingültigkeit erheben könnte.

<sup>12</sup> Ebd. S. 6.

realitätsnäheres Bild des Patienten, seiner Erkrankung und seiner Lebensbewältigung entsteht. In allen untersuchten Patientenunterlagen sind sowohl die Akten aus Rickling als auch die aus Bethel enthalten. Der Vergleich beider Aktenanteile zeigt, dass das undifferenzierte Kopieren von Einzelinformationen innerhalb der Patientenakten in Rickling evident ist, während sich in Bethel offensichtlich um eine sehr viel nuanciertere und sorgfältigere Darstellung der Krankengeschichte bemüht wurde und daher die Aussagen über die Patientinnen hier als wahrhaftiger und präziser und deshalb glaubwürdig erscheinen.

### Hungersterben in Bethel

Wie bereits dargestellt, sind die Patientinnen aus Rickling nach Bethel im Kindes- und Jugendalter verlegt worden. Das jüngste Mädchen war bei der Aufnahme in Bethel fünf Jahre alt, die ältesten einundzwanzig (Tab. 1). Das durchschnittliche Aufnahmealter lag in Bethel bei fünfzehn Jahren; in Rickling bei zehn Jahren. Folglich betrug die durchschnittliche Aufenthaltsdauer der Patientinnen in Rickling fünf Jahre. Da das Durchschnittssterbealter fünfundzwanzig Jahre beträgt, befanden sich die verstorbenen Patientinnen bis zu ihrem Tode durchschnittlich zehn Jahre in Bethel. Unter Einbeziehung der 1952 verlegten Patientin Karla B. sowie der beiden noch lebenden Bewohnerinnen betrug der Aufenthalt aller 22 Patientinnen in Bethel im Durchschnitt fünfzehn Jahre.

<i>Patientin</i>	<i>Geburts- jahr</i>	<i>Sterbe- jahr</i>	<i>Aufnahmealter Rickling</i>	<i>Aufnahmealter Bethel</i>	<i>Sterbealter</i>
Margot P.	1926	1944	12	15	17
Anita B.	1926	1944	9	15	18
Ilse V.	1922	1942	13	19	20
Melitta J.	1929	1941	7	12	12
Ursula S.	1930	1944	6	11	14
Lotte S.	1926	1943	9	15	16
Elfriede G.	1925	1944	10	16	19
Minna B.	1920	1943	15	21	23
Gerda W.	1927	1944	8	14	17
Lisa B.	1926	1945	9	15	18
Martha R.	1928	1946	7	13	18
Anna S.	1920	1945	18	21	24
Anneliese S.	1920	1947	15	21	26

<i>Patientin</i>	<i>Geburts- jahr</i>	<i>Sterbe- jahr</i>	<i>Aufnahmealter Rickling</i>	<i>Aufnahmealter Bethel</i>	<i>Sterbealter</i>
Inge D.	1936	1954	2	5	17
Helga S.	1925	1950	14	16	24
Frieda M.	1925	1950	14	16	24
Emma V.*	1920	2002	15	21	81
Grete K.	1922	1964	14	19	42
Monika B.*	1930	1982	5	11	51
Karla B.*	1925	n. bek.	14	16	n. bek.
Klara H.*	1934	lebt noch	3	7	lebt noch
Elsa W.*	1931	lebt noch	4	10	lebt noch

Tab. 1: Aufnahme- und Sterbealter der Patientinnen

Neunzehn Patientinnen (86 % der Untersuchungsgruppe) sind in Bethel verstorben, davon neun (47 % der verstorbenen Pat.) noch vor und zehn (53 % der verstorbenen Pat.) nach dem Kriegsende am 8. Mai 1945. Von einer Patientin sind Todeszeitpunkt und -ort unbekannt; sie wurde 1952 aus Bethel in die Heil- und Pflegeanstalt in Heiligenhafen (Schleswig-Holstein) verlegt. Zwei der Patientinnen leben heute noch in Wohngruppen im Betheler Langzeitbereich im Alter von 72 und 75 Jahren.

Die durchschnittliche Überlebenszeit der vor dem Kriegsende verstorbenen Patientinnen betrug zwei Jahre; ihr durchschnittlich erreichtes Lebensalter siebzehn Jahre. Die nach dem Kriegsende verstorbenen Patientinnen lebten in Bethel im Durchschnitt siebzehn Jahre und erreichten ein durchschnittliches Lebensalter von zweiunddreißig Jahren. Somit ist innerhalb der Gruppe der verstorbenen Patientinnen die Überlebenswahrscheinlichkeit in Bethel nach dem Kriege acht mal höher gewesen als in der Zeit des Zweiten Weltkrieges; unter Berücksichtigung der beiden noch lebenden Patientinnen, also innerhalb der gesamten Untersuchungsgruppe, sogar zwölf mal höher.

\* Da die fünf markierten Patientinnen entweder noch leben oder erst innerhalb der geltenden Schutzfristen verstorben sind, sind aus Gründen des Daten- und Personenschutzes die realen Namen der Patientinnen sowohl in den Tabellen als auch im fortlaufenden Text durch frei erfundene Namen ersetzt worden.

Für die Gruppe der vor dem Kriegsende verstorbenen Patientinnen zeigt die Analyse der in den Krankenakten dokumentierten Todesursachen, dass der Marasmus<sup>13</sup> in sechs von neun Fällen (67 %) todesursächlich war. In jeweils einem Fall führte eine Osteomyelitis<sup>14</sup> bzw. eine Bronchopneumonie<sup>15</sup> zum Tode und in einem weiteren Fall blieb die Todesursache trotz Obduktion unklar. In der Nachkriegszeit verstarb nur eine Patientin (Lisa B.) am Marasmus (im Oktober 1945); die übrigen neun Patientinnen verstarben jeweils an einer Lebensmittelvergiftung, an einer Sepsis,<sup>16</sup> an Lungentuberkulose, im Status epilepticus,<sup>17</sup> an einer Bronchopneumonie, an einem Mamma-Carzinom,<sup>18</sup> an einer Gastroenteritis,<sup>19</sup> in Folge einer Sinusvenenthrombose<sup>20</sup> und an einem Schädel-Hirn-Trauma nach einem Verkehrsunfall.

Der Marasmus ist Ausdruck und Folge einer Mangel- bzw. Unterernährung (insbes. Eiweißmangel) und geht daher mit einem erheblichen und terminal lebensbedrohlichen Körpergewichtsverlust einher. Für sechs der insgesamt sieben am Marasmus verstorbenen Patientinnen wird auf Grundlage der in den Krankenakten dokumentierten Körpergewichte pro Jahr der zum Tode führende Gewichtsverlust gezeigt.<sup>21</sup> Als Referenzwert wird das durchschnittliche Körpergewicht von Mädchen mit normalem Ernährungsstatus (in den Diagrammen als „Durchschnittsgewicht“ bezeichnet) für das jeweilige Lebensalter herangezogen.<sup>22</sup> Alle Diagramme zeigen, dass die Mädchen in den Vorkriegsjahren annähernd normgewichtig waren und in den Kriegsjahren in Bethel gravierende Gewichtsverluste erlitten.

<sup>13</sup> Marasmus = Auszehrung mit körperlichem Verfall z. B. in Folge von Unterernährung durch Eiweißmangel.

<sup>14</sup> Osteomyelitis = Knochenmarkentzündung.

<sup>15</sup> Bronchopneumonie = Lungenentzündung.

<sup>16</sup> Sepsis = sog. Blutvergiftung; schwere Allgemeininfektion in Folge einer Streuung von Krankheitserregern über die Blutbahn mit hoher Sterblichkeit.

<sup>17</sup> Status epilepticus = Schwere und dauerhafter epileptischer Krampfanfall, der durch einen Atemstillstand zum Tode führen kann.

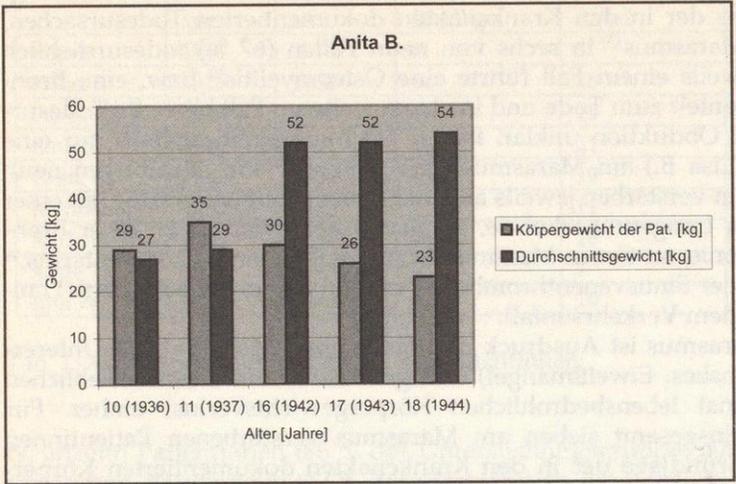
<sup>18</sup> Mamma-Carzinom = Brustkrebs.

<sup>19</sup> Gastroenteritis = Magen-Darm-Entzündung.

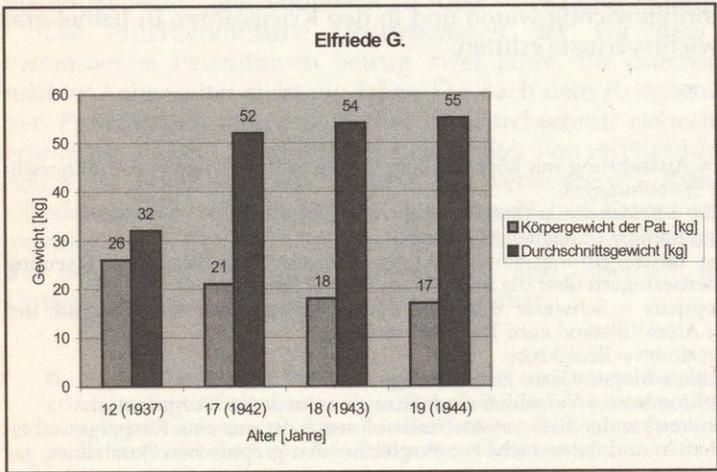
<sup>20</sup> Sinusvenenthrombose = Verschluss einer Hirnvene durch ein Blutgerinnsel.

<sup>21</sup> In der Patientenakte der 1943 verstorbenen Minna B. ist nur eine Körpergewichtsangabe enthalten und daher nicht zur vergleichenden graphischen Darstellung geeignet.

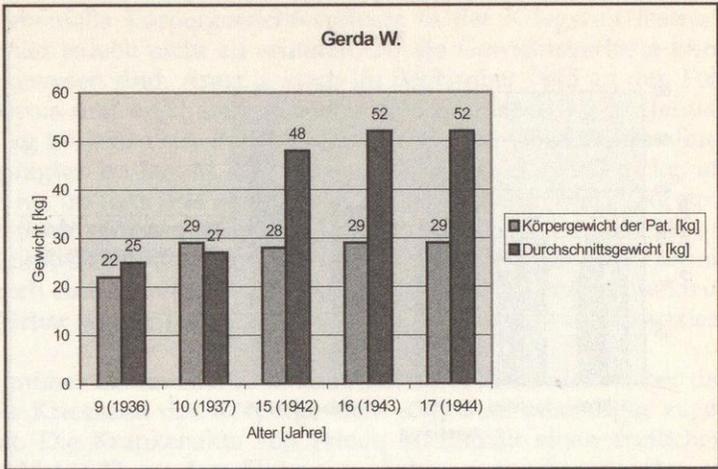
<sup>22</sup> Da sowohl das Körpergewicht als auch die Körpergröße von Kindern und Jugendlichen in den letzten Jahrzehnten deutlich zugenommen haben, werden die normwertigen Körpergewichtsangaben für Mädchen aus einem zeitgenössischen Lehrbuch der Kinderheilkunde zum Vergleich herangezogen: Feer, E. 1934, S. 30.



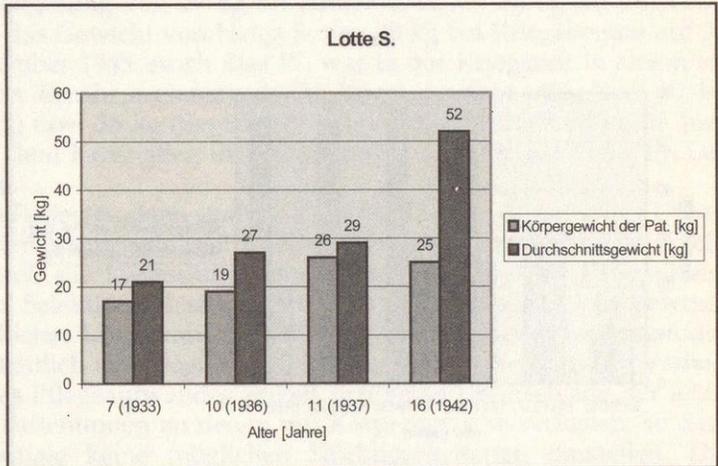
Diag. 1: Körpergewichtsentwicklung von Patientin Anita B.



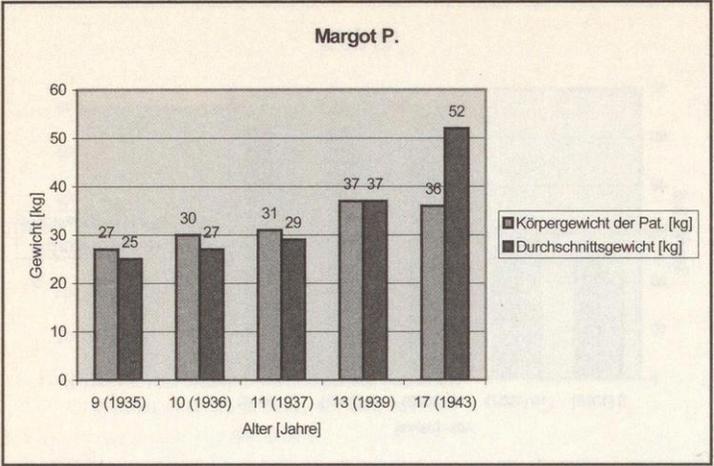
Diag. 2: Körpergewichtsentwicklung von Patientin Elfriede G.



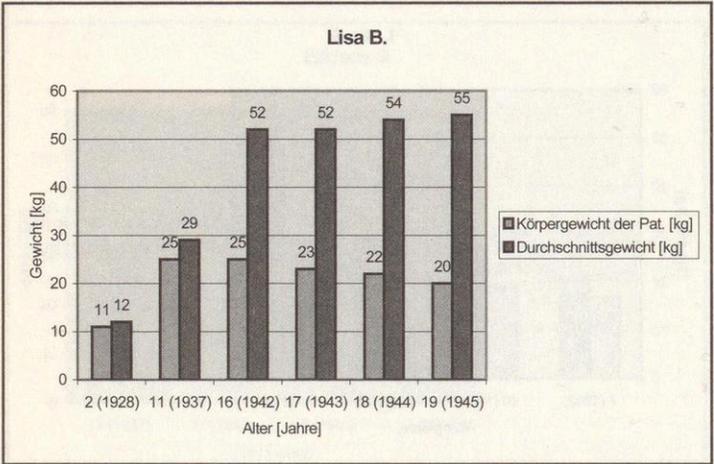
Diag. 3: Körpergewichtsentwicklung von Patientin Gerda W.



Diag. 4: Körpergewichtsentwicklung von Patientin Lotte S.



Diag. 5: Körpergewichtsentwicklung von Patientin Margot P.



Diag. 6: Körpergewichtsentwicklung von Patientin Lisa B.

Für zwei weitere Patientinnen, die nicht am Marasmus verstorben sind, lassen sich ebenfalls Körpergewichtsverluste in der Kriegszeit feststellen;<sup>23</sup> es ist hier jedoch nicht zu eruieren, ob die Gewichtsverluste hungerbedingt gewesen sind. Anna S. starb im September 1945 an den Folgen einer Sepsis und erlitt einen Gewichtsverlust von 51 kg im Januar 1942 auf 45 kg im Juni 1944. Bei Anneliese S. war die Gewichtsabnahme noch ausgeprägter: Im Januar 1942 wog sie 42 kg, im Juni 1942 39 kg, im Juni 1943 36 kg, im Juni 1944 ebenfalls 36 kg, im Oktober 1945 32 kg und im April 1946 schließlich nur noch 30 kg. Sie verstarb im Januar 1947 an einer Lungentuberkulose, so dass ihr Gewichtsverlust zumindest terminal auch durch eine tuberkulosebedingte Reduzierung des Allgemeinzustandes erklärbar ist; die Tuberkulose war am 12. Mai 1944 diagnostiziert worden.

Demgegenüber lassen sich aber auch solche Fälle darstellen, bei denen über die Kriegszeit das Körpergewicht stagnierte oder sogar zugenommen hat. Die Krankenakte von Frieda M. enthält einen ärztlichen Bericht vom 15.6.1942 mit dem Eintrag, sie habe „einen sehr guten Appetit und entsprechend an Gewicht zugenommen.“<sup>24</sup> Dem Vater von Emma V. wird mit Schreiben vom 14.1.1944 von Prof. Dr. Schorsch mitgeteilt, dass die Nahrungsaufnahme seiner Tochter gut sei und daher „das Gewicht etwa gleichbleibend“ ist.<sup>25</sup> Das Körpergewicht von Ursula S. erfährt eine deutliche Steigerung von 29 kg im Januar 1942 auf 36 kg im Juli 1944, ebenso wie das Gewicht von Helga S. von 28 kg bei Kriegsbeginn auf 36 kg im September 1945. Auch Elsa W. war in der Kriegszeit in einem offenbar guten Ernährungszustand; ihr Körpergewicht stieg von 30 kg (Januar 1942) über 35 kg (September 1943) auf schließlich 38 kg im Juni 1945. Nach dem Krieg stieg ihr Körpergewicht weiter auf 41 kg im Dezember 1946.

Aus den Patientenakten sind die Gründe für derartig auffällige Unterschiede in den Nahrungsmittelzuteilungen nicht zu ermitteln. Es ist nicht feststellbar, ob die Lebensmittelversorgung der einzelnen Patientinnen etwa einem Selektionsschema folgte und damit eine Absicht bewusst unterschiedlicher Lebensmittelzuteilungen unterstellt werden kann oder nicht. Hinsichtlich der Prognose der geistigen Behinderung, des Verhaltens und des Pflegeaufwandes zeigen sich keine Unterschiede der letztgenannten Patientinnen zu denen mit Körpergewichtsverlusten, so dass diese Merkmale keine möglichen Selektionskriterien darstellen. Die

<sup>23</sup> Insgesamt vier der Patientenakten enthalten keine hinreichend verwertbaren Körpergewichtsangaben.

<sup>24</sup> Patientenakte Frieda M. [HAB].

<sup>25</sup> Patientenakte Emma V. [HAB].

Prognosen der Patientinnen mit Körpergewichtssteigerungen waren nicht günstiger als die der am Marasmus verstorbenen Patientinnen; der Pflegeaufwand der ausreichend ernährten Patientinnen war nicht geringer als der der mangelernährten Patientinnen. Für drei der Patientinnen mit Körpergewichtszunahmen wird in den Pflegeberichten der Krankenakten sogar beschrieben, dass sie nicht selbstständig essen konnten und daher der Hilfe bei der Nahrungsaufnahme bedurften; auch ihr übriger Pflegeaufwand war überdies sehr hoch. Dies ist ein Indiz für eine offenbar sehr engagierte und zeit- und personalintensive Pflege. Dennoch stellt sich die Frage, weshalb ein Teil der Patientinnen trotz dieser engagierten Pflege verhungerte und ob – bewusst oder unabsichtlich – Unterschiede in den individuellen Zuteilungen der, wie im folgenden dargestellt, insgesamt drastisch rationierten Lebensmittel gemacht wurden.

Es ist auffallend, dass sechs der sieben am Marasmus verstorbenen Patientinnen nach ihrer Ankunft aus Rickling im Haus „Klein Bethel“ aufgenommen wurden und dort verstarben; auch Anneliese S. verstarb dort. Damit verstarben sieben der insgesamt neun Patientinnen, bei denen Körpergewichtsabnahmen evident waren, im Haus „Klein Bethel“. Die übrigen beiden, Anna S. und Minna B., waren im Haus „Siloah“ aufgenommen worden; Minna B. verstarb dort am Marasmus. Die Patientinnen mit Körpergewichtszunahmen befanden sich in den Häusern „Mamre“ (1 Pat.), „Siloah“ (2 Pat.), „Klein Bethel“ (1 Pat.) und „Alt-Bethphage“ (1 Pat.). Die übrigen Patientinnen lebten in den Häusern „Patmos“ (1 Pat.), „Alt-Bethphage“ (1 Pat.), „Groß Bethel“ (2 Pat.), „Siloah“ (3 Pat.) und „Adullam“ (1 Pat.). Somit lässt sich eine deutliche Häufung der Patientinnen mit der Todesursache Marasmus im Haus „Klein Bethel“ feststellen.<sup>26</sup> Möglicherweise waren die Lebensmittelzuteilungen für „Klein Bethel“ geringer als die für andere Häuser; möglicherweise waren aber auch die personellen Ressourcen hier geringer als in anderen Häusern der Betheler Anstalten und damit die Pflege der Patientinnen in Form der Hilfe bei der Nahrungsaufnahme nicht bedarfsgerecht zu gewährleisten.

Diese Fragen sind aus den Patientenakten allein nicht zu beantworten und bedürfen zur Klärung weiterer Quellenstudien.<sup>27</sup>

<sup>26</sup> Aufgrund der geringen Fallzahl ist es natürlich auch möglich, dass dieser Befund zufallsbedingt und für „Klein Bethel“ nicht repräsentativ ist.

<sup>27</sup> Hinweise auf die Belieferungen der einzelnen Häuser Bethels mit Lebensmitteln oder auch Medikamenten finden sich evtl. in den Verwaltungsakten der VBA. Informationen über die Pflegedienst-Einsätze der Diakone und Diakonissen in den einzelnen Häusern finden sich im Archiv der Westfälischen Diakonenanstalt Nazareth und im Sarepta-Archiv.

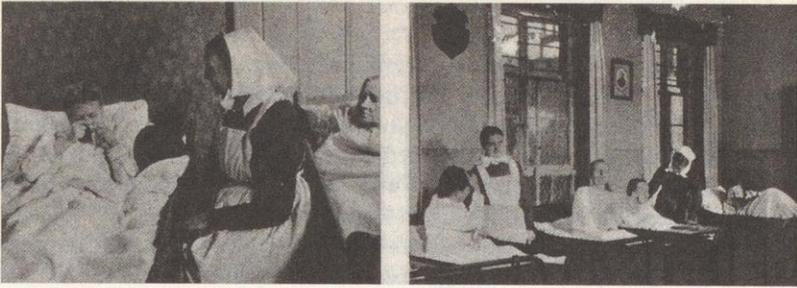


Abb. 1: Diakonissen und Patienten in „Klein Bethel“ in den 1930er Jahren

Der Grund für die rapiden Körpergewichtsabnahmen im Zusammenhang mit Marasmus liegt in weitreichenden Nahrungsmittelrationierungen für die Patienten innerhalb Bethels. Im Januar 1944 beschreibt der Vorsteher des Nazareth-Brüderhauses, Pastor Paul Tegtmeier, in einem Brief an einen Diakon im Fronteinsatz die katastrophale Ernährungslage in Bethel: *„Die Hausmütter dürfen nur noch ½ Pfund Kartoffeln und ½ Pfund Gemüse pro Tag verbrauchen. Das ist in unseren Männerhäusern, vor allem in denjenigen, wo gearbeitet wird, erschütternd wenig. Die Gewichtsabnahmen sind beständig und die Sterblichkeitsziffer ist sehr hoch.“*<sup>28</sup> Dieses Zitat ist vermutlich die einzige schriftlich überlieferte Aussage eines leitenden Bethel-Mitarbeiters zur Versorgungslage in den Kriegsjahren.

Die Ursachen der in den Kriegsjahren stetig zunehmenden Lebensmittelknappheit sind nicht hinreichend bekannt. Als ein wesentlicher Grund für die Nahrungsmittelrationierungen zum Nachteil der Bethel-Bewohner muss jedoch die Existenz eines Lazarettes in Bethel angenommen werden. Das Reserve-Lazarett der Wehrkreisverwaltung VI bestand von September 1939 bis zum 31. Dezember 1945 zur medizinischen Versorgung verwundeter und somatisch bzw. psychisch erkrankter Soldaten innerhalb der Betheler Anstalten.<sup>29</sup> Das Lazarett sah 2.000 Betten verteilt auf insgesamt 26 Anstaltsgebäude der v. Bodelschwingh-

<sup>28</sup> Brief von Paul Tegtmeier Januar 1944 [Archiv der Westfälischen Diakonenanstalt Nazareth; N-01-469]. Dem Archivar Reinhard Neumann sei sehr herzlich für seine hilf- und kenntnisreichen Auskünfte und die Überlassung des Tegtmeier-Zitates gedankt.

<sup>29</sup> Zur Geschichte des Reserve-Lazarettes in Bethel vgl. ausführlich Stockhecke, K. 2005.

schen Anstalten vor und verfügte über sechs medizinische Fachdisziplinen – Innere Medizin, Chirurgie, Orthopädie, Augenheilkunde, HNO-Heilkunde und Psychiatrie. Das ärztliche Personal und das männliche Pflegepersonal wurden von der Wehrmacht gestellt, so dass Behandlung und Pflege der Soldaten kaum personelle Ressourcen der Betheler Anstalten und Krankenhäuser beanspruchten. Darin liegt begründet, dass die medizinische und pflegerische Versorgung der Bethelpatienten unvermindert aufrecht erhalten bleiben konnten.

Während die Existenz des Lazarettes keinen wesentlichen negativen Einfluss auf Therapie und Pflege der Patienten hatte, war doch deren tägliche Nahrungsmittelversorgung dadurch sehr wahrscheinlich erheblich beeinträchtigt. Den v. Bodelschwingschen Anstalten oblag mit der „Gesambewirtschaftung des Lazaretts“<sup>30</sup> auch die Verpflegung der Soldaten: „In zwölf verschiedenen und räumlich voneinander getrennten Küchen (...) verlief die Beköstigung der Lazarettpatienten“<sup>31</sup> neben der der Bethelpatienten. Dabei wurden die Lebensmittellieferungen des Heeresverpflegungsamtes den v. Bodelschwingschen Anstalten in Rechnung gestellt,<sup>32</sup> so dass dadurch bedingt weniger finanzielle Mittel für die Verpflegung der Bethelpatienten zur Verfügung standen, was eine Lebensmittelrationierung zwangsläufig nach sich zog. Da die Lazarettbehandlung das Ziel verfolgte, die Soldaten möglichst rasch für den Fronteinsatz wiederherzustellen, hatte deren Verpflegung absoluten Vorrang vor der der Bethel-Bewohner. Diesem Prinzip folgten die Betheler Anstalten offenbar konsequent, denn seitens der Wehrkreisverwaltung wurde bestätigt, dass „uneingeschränkt anerkannt werden (muss), dass der Anstaltsträger in gewisshafter Weise den Vertrag verpflegungsmäßig erfüllt. Durch die Organisation der Verpflegungswirtschaft bei dem Anstaltsträger ist die unbedingte Gewähr gegeben, dass die zustehenden Verpflegungssätze tatsächlich bis an den einzelnen Mann gelangen“<sup>33</sup> – dies lässt sich für die Bethelpatienten leider nicht sagen.

Die Existenz des Reservelazaretts kann jedoch nicht der einzige Grund für die sich zunehmend verschlechternde Lebensmittelversorgung der Bethel-Bewohner gewesen sein. Während die Belegungszahlen des Lazarettes stetig sanken – von ca. 1.500 Soldaten 1939/40 auf durchschnittlich 900 Soldaten 1941 und 1942 und schließlich auf etwa 600 bis 700 Soldaten ab 1943 bis Kriegsende – und sich damit zunehmend weni-

<sup>30</sup> Stockhecke, K. 2005, S. 83.

<sup>31</sup> Ebd., S. 91.

<sup>32</sup> Vgl. ebd., S. 92.

<sup>33</sup> Protokoll der im Juni 1941 durchgeführte Wirtschaftsprüfung im Reservelazarett in Bethel [HAB; 2/38-216]; zitiert nach Stockhecke, K. 2005, S. 91.

ger zu verpflegende Soldaten in den Betheler Anstalten befanden,<sup>34</sup> sank auch und trotzdem die tägliche Versorgung der Patienten mit Grundnahrungsmitteln (Abb. 2 und 3). Weitere Gründe, die dieses Phänomen erklären können, gilt es zu untersuchen.

Aufgrund des unverminderten Fortbestehens des Hungersterbens in Bethel auch nach dem Kriegsende hat der Leitende Arzt der Betheler Anstalten Prof. Dr. Gerhard Schorsch<sup>35</sup> im April 1946 umfangreiche Anstaltsstatistiken hinsichtlich der Lebensmittelzuteilungen, der Todesursachen und der Mortalität für alle Patienten erstellt, in denen die sich zunehmend verschlechternde Versorgungslage der Patienten in dem Zeitraum von 1934 bis 1946 dokumentiert ist.<sup>36</sup> Diese Statistiken hatte Schorsch erstellt, um damit bei der Britischen Militärregierung Lebensmittel-Sonderzuteilungen zu erwirken, die für Bethel daraufhin bis zur Währungsreform 1948 bewilligt wurden.<sup>37</sup> In Folge dessen sank die Hungersterblichkeit der Bethelbewohner in diesem Zeitraum signifikant.<sup>38</sup>

Dies kann anhand der Körpergewichtsentwicklungen von drei Patientinnen bestätigt werden. Nachdem die Gewichtszunahme von Frieda M., die im März 1950 an den Folgen eines Mamma-Carzinoms verstarb, in der Vorkriegszeit altersentsprechend unauffällig verlief, sank das Körpergewicht in der Kriegszeit kontinuierlich,<sup>39</sup> um infolge der Sonderzuteilungen ab Juni 1945 (41 kg) das Körpergewicht auf 55 kg im Januar 1950 progredient zu steigern. Bei Emma V. sank das Körpergewicht von 37 kg im Januar 1946 zunächst auf 35 kg im Juni 1946, um danach kontinuierlich bis auf 48 kg im Januar 1950 anzusteigen.<sup>40</sup> Auch bei Monika B. konnte das Körpergewicht in den

<sup>34</sup> Vgl. Stockhecke, K. 2005, S. 85-89.

<sup>35</sup> Prof. Dr. Gerhard Schorsch (1900–1992) war Leitender Arzt der Teilanstalt Bethel vom 01. September 1940 bis 1967. Zur Person von Prof. Dr. G. Schorsch vgl. Schmuhl, H.-W. 1998, S. 86 ff.

<sup>36</sup> Diese Statistiken sind im Hauptarchiv der VBA überliefert [HAB; Sammlung BI 12, Nr. 12]. Leider enthalten die Unterlagen von Prof. Dr. Schorsch keinerlei Angaben über die Herkunft und die Validität der den Statistiken zugrunde liegenden Daten.

<sup>37</sup> Bereits zu Kriegsbeginn hatte Schorsch die Zuteilungen einer „Hungerkost“ für Heil- und Pflegeanstalten verurteilt. Vgl. dazu Schmuhl, H.-W. 1998, S. 47.

<sup>38</sup> Vgl. den Text „30 Jahre danach (1946/1976)“ von M. L. Bach [HAB; Anstaltsleitung Busch, Schriftwechsel 25].

<sup>39</sup> 50 kg (Juli 1939), 45 kg (November 1944), 43 kg (Februar 1945), 41 kg (Juni 1945).

<sup>40</sup> 39 kg (Dezember 1946), 42 kg (Juni 1947), 45 kg (Januar 1949), 47 kg (Juni 1949), 48 kg (Januar 1950). Emma V. verstarb 2002 an einer ausgeprägten Herz- und Kreislaufinsuffizienz.

unmittelbaren Nachkriegsjahren von zunächst 53 kg (Januar 1946) auf 60 kg im Juni 1947 und schließlich auf 65 kg im Juni 1950 als Resultat der verbesserten Versorgungslage gesteigert werden.<sup>41</sup>

Prof. Dr. Schorsch zufolge sanken die Körpergewichte der Bethelpatienten von 1934 bis März 1946 durchschnittlich bei den Frauen von 64 auf 46 Kilogramm und bei den Männern von 68 auf 54 Kilogramm.<sup>42</sup> Ursächlich dafür ist die von ihm graphisch dokumentierte Reduktion der täglichen Lebensmittelrationen für die Patienten (Abb. 2 und 3):

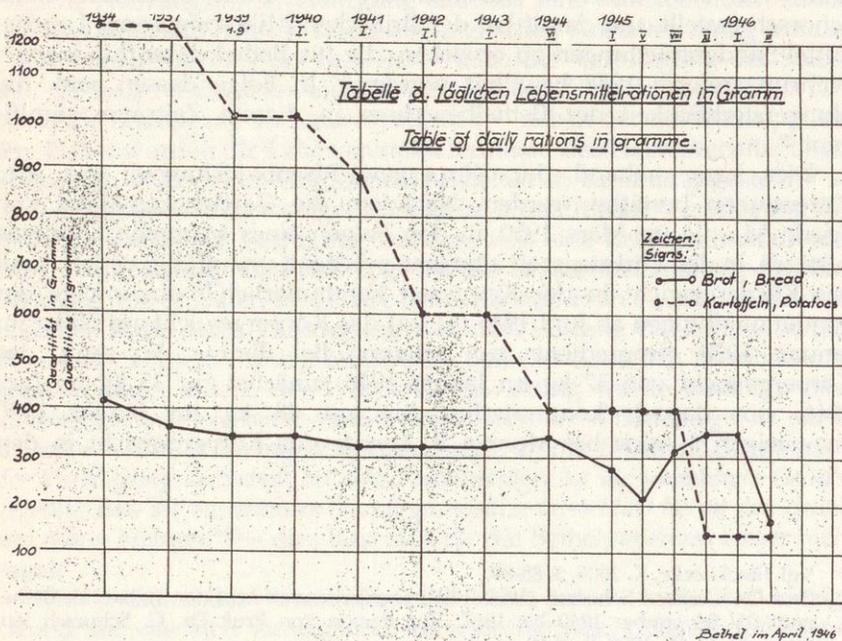


Abb. 2: Lebensmittelrationierungen für Brot und Kartoffeln von 1934–1946

<sup>41</sup> Monika B. verstarb 1982 an den Folgen eines schweren Schädel-Hirn-Traumas nach einem Verkehrsunfall.

<sup>42</sup> Vgl. „Auswirkung der Mangelernährung an der Anstalt Bethel“ von Prof. Dr. G. Schorsch (April 1946) [HAB; Sammlung BI 12, Nr. 12].

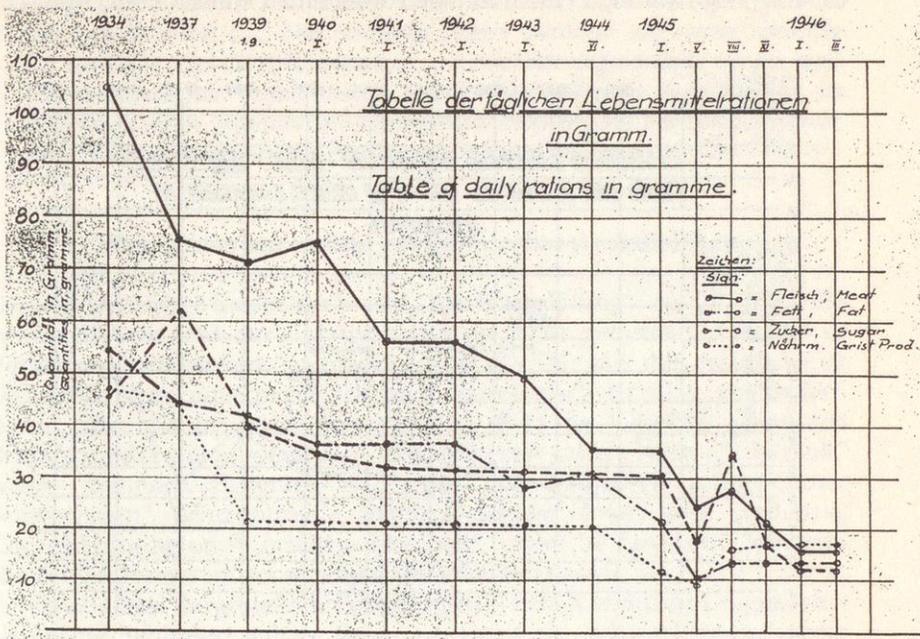


Abb. 3: Lebensmittelrationierungen für Fleisch, Fett, Zucker und Nährmittel von 1934–1946

Im gleichen Zeitraum ist innerhalb Bethels ein Anstieg der Mortalität von ca. 4 % (1936) auf 14 % (1945) für alle Patienten zu konstatieren (Abb. 4):<sup>43</sup>

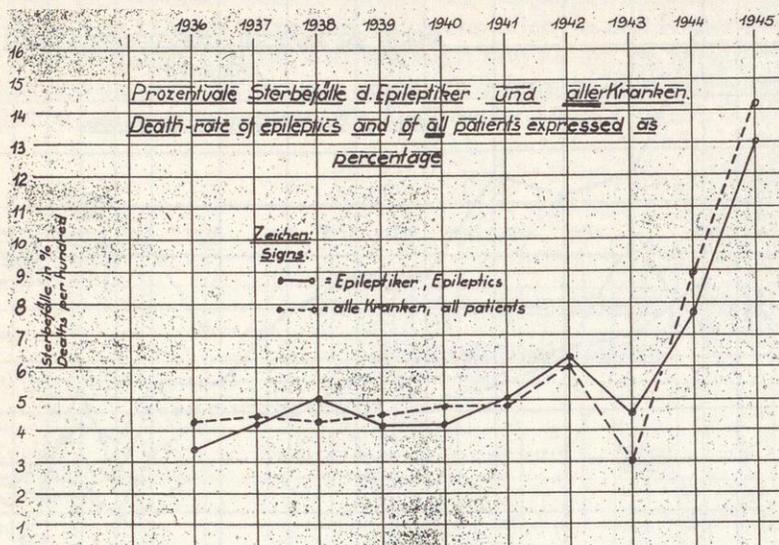


Abb. 4: Entwicklung der Mortalität 1936 – 1945

In seinem Bericht an die Britische Militärregierung zur Versorgungslage in Bethel stellt Schorsch im April 1946 die katastrophale Situation seiner Patienten folgendermaßen dar:

„Nachdem wir durch die Euthanasie-Maßnahmen keinen Kranken verloren hatten, zeigt die Todeskurve gegen Ende des Krieges, vor allem aber im Laufe des letzten Jahres, einen steilen Anstieg. 1945 starben mehr als dreimal soviel Frauen und mehr als sechsmal soviel Männer wie vor dem Kriege. Unter den Todesursachen stehen das epileptische Siechtum und die Tuberkulose im Vordergrund. (...) Die Auswirkungen der Anfang März 1946 erfolgten neuen Kürzungen der

<sup>43</sup> Die Ergebnisse von Prof. Dr. G. Schorsch korrelieren mit den „Statistiken der Anstalt für Epileptische Bethel“ der Bethelkanzlei [HAB; Amtsbücher Patientinnen und Patienten 153-170]. Demnach betrug die Mortalitätsrate in den Jahren von 1936 bis 1941 durchschnittlich 4 bis 5 %. Leider finden sich in den Akten der Bethelkanzlei ab 1941 keine verwertbaren Angaben mehr zur Anstaltsbelegung und zur Sterblichkeit.

*Lebensmittelrationen sind noch nicht zu übersehen. Indessen ist der zunehmende Verfall unserer Kranken auf körperlichem und auf seelisch-geistigem Gebiet unverkennbar. (...) Die zusehends stärker werdende allgemeine Schwäche hat zur Folge, dass die Arbeitstherapie (...) erheblich eingeschränkt werden muß. Der fortschreitende Verfall unserer Kranken geht mit einer Verminderung der Widerstandskraft gegenüber äusseren Schädlichkeiten und Krankheiten einher; diese enden infolgedessen viel häufiger als in normalen Zeiten mit dem Tode.“<sup>44</sup>*

## Stigmatisierungen und psychiatrisches Anstaltsleben

Das nur wenige Monate nach der „Machtergreifung“ am 14. Juli 1933 verabschiedete und am 1. Januar 1934 in Kraft getretene „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ (GZVEN) sah die zwangsweise Unfruchtbarmachung psychisch und neurologisch Kranker vor, sofern sie an einer der im Indikationenkatalog (§ 1) des Gesetzes genannten Erkrankungen, die allesamt als Erbkrankheiten galten, litten. „Erbkrank“ waren demnach Patienten mit einer der Diagnosen „angeborener Schwachsinn“, Schizophrenie, manisch-depressive Psychose, Epilepsie, Chorea Huntington,<sup>45</sup> „erbliche Blindheit“, „erbliche Taubheit“, körperliche Fehlbildungssyndrome oder Alkoholabhängigkeit.

Da alle hier dargestellten Patientinnen – neben weiteren Diagnosen – als geistig behindert galten, fielen sie damit als „schwachsinnig“ unter die Opfergruppe des rassistischen Sterilisierungsgesetzes. Zwanzig der Patientinnen (91 %) wurden dem jeweils zuständigen Kreisarzt als „erbkrank“ gemeldet und damit zur Zwangsterilisation angezeigt. Für sechzehn der Patientinnen wurde die Anzeige vom leitenden Arzt der Ricklinger Anstalten an das Kreisgesundheitsamt in Bad Segeberg erstattet. Die übrigen vier Patientinnen sind von unterschiedlichen schleswig-holsteinischen kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen, in denen sie sich vor der Aufnahme in Rickling befanden, zur Sterilisierung angezeigt worden. Auf keine der Anzeigen folgte jedoch ein Antrag zur Unfruchtbarmachung des Kreisarztes; insofern hat es auch in keinem Fall ein Verfahren vor dem zuständigen „Erbgesundheitsgericht“ mit anschließender Zwangssterilisation gegeben.<sup>46</sup> Allen 22 Patientinnen ist

<sup>44</sup> Gerhard Schorsch: „Auswirkung der Mangelernährung an der Anstalt Bethel“ [HAB; Sammlung BI 12, Nr. 12].

<sup>45</sup> Chorea Huntington = sog. „Veitstanz“.

<sup>46</sup> In keiner der untersuchten Krankenakten finden sich Hinweise auf erfolgte Sterilisierungen. Zudem finden sich derartige Hinweise für die Patientinnen auch nicht im „Verzeichnis der Erbkranken“ des Kreisgesundheitsamtes Segeberg

somit die operative Verstümmelung erspart geblieben. Der Grund dafür, dass auf die Anzeigen kein administratives Handeln folgte, liegt wahrscheinlich im noch relativ jungen Alter der Mädchen, das sexuelle Kontakte unwahrscheinlich sein ließ. Das jüngste Mädchen war zum Zeitpunkt der Anzeigenerstattung erst zwei Jahre alt,<sup>47</sup> die ältesten siebzehn Jahre. Das Durchschnittsalter bei Anzeigenerstattung betrug zehn Jahre.

Der Grund für eine Sterilisierungsanzeige war in allen Fällen eine Form der Oligophrenie,<sup>48</sup> in den Krankenakten bezeichnet als „angeborener Schwachsinn“ oder „Idiotie“. In zwölf Fällen wird der Krankheitsbeginn mit der Geburt angegeben. In den übrigen zehn Fällen manifestierte sich die geistige Behinderung in den ersten Lebensmonaten bzw. -jahren. Dennoch wurde auch hier die Indikation zur Sterilisierungsanzeige für den *angeborenen* „Schwachsinn“ gestellt. Das Vorgehen der Anzeigenerstatter bzw. Antragsteller, im Falle einer Oligophrenie nicht zwischen einer tatsächlich angeborenen und einer erworbenen Form zu differenzieren, war durchaus üblich. So sind auch zahlreiche Menschen, die bleibende neurologische Schädigungen mit Intelligenzminderung etwa aufgrund einer Hirnhautentzündung oder in Folge eines Traumas erworben haben, zu NS-Sterilisierungsoffern geworden, wenngleich hier eine „Erblichkeit“ ohnehin ausgeschlossen ist. Dies ist einer der Gründe dafür, dass der „angeborene Schwachsinn“ mit ca. zwei Drittel aller Zwangssterilisierten reichsweit die weitaus häufigste Sterilisierungsdiagnose darstellte.<sup>49</sup>

Von den im § 1 des GZVEN genannten Erkrankungen bzw. Behinderungen ist lediglich die Chorea Huntington eine Erbkrankheit mit mittlerweile definiertem und bekanntem Erbgang.<sup>50</sup> Für manche der anderen Erkrankungen gibt es zwar eine familiäre Häufung und damit eine genetische Disposition, jedoch handelt es sich hierbei nicht um Erbkrankheiten. Daher ließ sich in den Jahren des NS-Regimes die Inzidenz von Krankheiten wie etwa der Schizophrenie oder Epilepsie natürlich nicht durch die Unfruchtbarmachung manifest Erkrankter senken. Um der Sterilisierungspraxis dennoch einen wissenschaftlichen Anspruch und

im „Verzeichnis der Erbkranken“ des Kreisgesundheitsamtes Segeberg [Landesarchiv Schleswig-Holstein; Abt. 329 Bad Segeberg, Nr. 1].

<sup>47</sup> Die Aufnahmediagnose des Mädchens in Rickling war eine „mongoloide Idiotie“ (mittlerweile ungebräuchlicher, weil diskriminierender Begriff für das Down-Syndrom bzw. Trisomie 21).

<sup>48</sup> Oligophrenie = Angeborene oder erworbene Minderung kognitiver Fähigkeiten (geistige Behinderung).

<sup>49</sup> Vgl. Bock, G. 1986, S. 90.

<sup>50</sup> Es handelt sich um eine neurologische Erkrankung mit einem autosomal-dominanten Erbgang auf der Grundlage eines Defektes des 4. Chromosoms.

Legitimation zu geben, wurde für alle Psychatriepatienten eine erbbiologische Anamnese erhoben und die Daten mittels sog. „Erbkarteikarten“ in den jeweils zuständigen Gesundheitsämtern zentral erfasst. Grundlage dafür waren die „erbbiologischen Angaben“ in den Krankenakten. Die Akte von Elsa W. zeigt eindrücklich, dass die unterstellte Erblichkeit die ganze Familie stigmatisierte; nicht nur sie wurde aufgrund der Diagnose „Idiotie“ am 26.7.1938 zur Sterilisation angezeigt, sondern bereits ihre Mutter traf das Schicksal der Zwangssterilisierung (Abb. 5). Am Beispiel der Mutter von Elsa W. wird zudem die praktizierte Willkür der Sterilisierungen als Instrument der Sozialdisziplinierung und Gesellschaftssanierung deutlich; sie wurde wegen „allgemeiner Minderwertigkeit“, einer NS-ideologischen Sozialdiagnose, unfruchtbar gemacht.

Erbbiologische Angaben: Mutter: 9.8.55 sterilisiert wegen allgemeiner Minderwertigkeit .

Mutter der Mutter; geistig zurück. Anna J. [redacted]

Bruder der Mutter der Mutter : geistig zurück. Willi J. [redacted]

Bruder der Mutter: Wilhelm S. [redacted], wiederholt wegen Diebstahls verbestraft.

Schwester : 5. Jahre alt angeblich gesund, so auch ein Bruder im 4. Lebensjahr.

Ist der Patient Zwilling?	nein.	Bild nom	198
Dem Kreisarzt in:	Segeberg		
als erkrankt gemeldet am:	26.7.38		
Sterilisation beantragt am:			
beim G.G.-Bericht in:			
Sterilisiert am:	in		

Abb. 5: „Erbbiologische Angaben“ aus der Patientenakte von Elsa W.

Die charakterliche oder soziale „Minderwertigkeit“, die häufig auch politisch oppositionellen Haltungen zugeschrieben wurde, stand im nationalsozialistischen Staat einer gesellschaftlichen „Nützlichkeit“ und Anerkennung ebenso entgegen wie eine eingeschränkte Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit. Da dies ein Symptom vieler psychiatrischer und neurologischer Krankheiten oder Behinderungen ist, enthalten die meisten psychiatrischen Patientenakten dazu Hinweise und Einschätzungen. In den untersuchten Akten differieren die Einschätzungen zur altersgemäßen Beschäftigungsfähigkeit zwischen der Ricklinger und der Betheler Anstalt in zehn Fällen teilweise erheblich. In weiteren zehn Fällen kommen beide Anstalten jeweils zur gleichen Einschätzung und in zwei Fällen finden sich keine Angaben zur Beschäftigungsfähigkeit. Tendenziell schätzten die Ärzte und Pflegekräfte in Bethel die Beschäftigungsfähigkeit der Patientinnen schlechter ein als das Ricklinger Personal; neun der Patientinnen galten in Rickling als beschäftigungsfähig und elf als nicht beschäftigungsfähig. In Bethel waren nur fünf Patientinnen beschäftigungsfähig und sechzehn nicht.<sup>51</sup> In sieben Fällen galt eine Patientin in Rickling als beschäftigungsfähig, während sie in Bethel dann nicht mehr zu beschäftigen war. In drei Fällen verneinten die Ricklinger Akten eine Beschäftigungsfähigkeit, während die Patientin in Bethel beschäftigt werden konnte. Da die Arbeits- bzw. Beschäftigungsfähigkeit ein wesentlicher Faktor der psychiatrischen Prognoseeinschätzung ist, wurde die Prognose innerhalb der Untersuchungsgruppe von den Ärzten in Bethel ungünstiger eingeschätzt als vom Ricklinger Arzt. Die Gründe für diese bemerkenswerten Unterschiede sind spekulativ; möglicherweise liegen sie in den unterschiedlichen subjektiven Wahrnehmungen und Bewertungen der Untersucher. Für den einen Arzt gilt das krankheitsbedingt „teilnahmslose Spielen mit einer Puppe“ oder die „kleine Handreichung“ noch als altersentsprechende Beschäftigung, für den anderen hingegen nicht.

In den untersuchten Patientenakten finden sich Hinweise auf erfolgte oder auch nicht erfolgte Korrespondenzen der Eltern mit den Anstalten in Rickling und in Bethel; für Rickling gibt es lediglich in einem Fall kei-

<sup>51</sup> Als Kriterien für eine altersentsprechende Beschäftigungsfähigkeit gelten Akteninhalte wie „spielt mit Holzklötzchen und Puppen“, „kann Handreichungen verrichten“ oder „kann etwas schreiben und liest mit einigem Verständnis“. Als Kriterien für eine Beschäftigungsunfähigkeit gelten Formulierungen wie „kann sich nicht geordnet beschäftigen“, „ist zu einer nutzbringenden Beschäftigung nicht heranzuziehen“, „ist zu geordnetem Spiel unfähig“, „ist nicht in der Lage, sich mit praktischen Arbeiten nutzbringend zu beschäftigen“ oder „ist zu irgendwelchen Spielen nicht zu veranlassen“.

ne derartigen Belege. In den meisten Fällen erkundigten sich die Eltern, teilweise regelmäßig und häufig, nach dem Gesundheitszustand und dem Krankheitsverlauf ihrer Töchter. In manchen der Akten ist hingegen explizit vermerkt, dass sich die Eltern nicht für ihre Kinder interessieren und sich nicht (mehr) um sie kümmern wollen. Mit Rickling gab es in acht Fällen brieflichen Kontakt und in dreizehn Fällen keinen. Mit Bethel bestanden Korrespondenzen in zehn Fällen und in zwölf Fällen nicht. Entgegen den relativ häufigen Briefkontakten fanden Besuche der Eltern bei ihren Kindern in den beiden Anstalten nur äußerst selten statt; in Rickling sind für zwei der Patientinnen Besuche dokumentiert, in Bethel für nur eine Patientin.

Hinsichtlich der Geburtsorte der Patientinnen und der Wohnorte ihrer Eltern zeigt sich, dass alle Patientinnen aus Orten in Schleswig-Holstein oder aus Hamburg kamen. Die insbesondere unter Kriegsbedingungen großen und nur schwer überwindbaren Entfernungen von 300 bis 400 Kilometern zwischen den Wohnorten der Eltern und Bethel erklären nicht hinreichend deren seltene Besuche, da die Besuchshäufigkeit in Rickling ebenfalls sehr gering war, obwohl Rickling für die Eltern sehr viel einfacher erreichbar war. Rickling verfügte über einen eigenen Bahnhof und die meisten der Eltern wohnten in Orten in dem Kreis Segeberg benachbarter Landkreise bzw. im Kreis Segeberg selbst. Zudem ist in der Krankenakte von Helga S. in einem Antwortschreiben des Leitenden Arztes Prof. Dr. Schorsch an die Mutter vom 14.4.1942 belegt, dass Angehörigenbesuche in Bethel sehr erwünscht waren und die Anstaltsleitung für eine Unterkunft der Besucher zum Selbstkostenpreis sorgte.

Neben der geographischen Herkunft der Patientinnen ist aus den Krankenakten auch deren soziales Herkunftsmilieu zu eruieren. Als Parameter für die soziale Schichtzugehörigkeit wird die Berufstätigkeit des Vaters oder der Mutter herangezogen.<sup>52</sup> Zur Schulbildung und zum Einkommen der Eltern finden sich in den untersuchten Akten keine Angaben. Von den Vätern der Patientinnen waren zwei Kutscher, einer Maurer, einer Tischlergeselle, sieben Arbeiter oder Landarbeiter und einer Hilfsarbeiter, der zum Zeitpunkt der Aufnahme seiner Tochter in

<sup>52</sup> Dieser Betrachtung liegt das Schichtenmodell des Soziologen Rüdiger Lautmann zugrunde, wonach zur gesellschaftlichen Oberschicht Eliten aus Wissenschaft, Wirtschaft, Politik, Kultur etc. gehören, zur oberen Mittelschicht höhere Beamte wie Lehrer oder Richter, Ärzte, Kaufleute, zur unteren Mittelschicht mittlere und untere Beamte, Handwerksmeister, Kaufleute, Landwirte, zur oberen Unterschicht (angelernte) Arbeiter und Handwerker und zur unteren Unterschicht ungelernete Arbeiter bzw. Hilfsarbeiter und Erwerbslose.

Bethel arbeitslos war. Einer der Väter war Stadtrat in Neustadt und in neun Fällen finden sich keine Hinweise auf die Berufstätigkeit des Vaters. Zwei der Mütter waren Dienst- bzw. Hausmädchen, die übrigen zwanzig hatten keinen Beruf bzw. keine Berufsausbildung. Somit stammen die allermeisten Patientinnen und ihre Herkunftsfamilien aus der proletarischen und subproletarischen Unterschicht, lediglich eine Patientin ist der bürgerlichen Mittelschicht zuzurechnen. Da alle 22 Patientinnen an einer Oligophrenie erkrankt waren, lassen sich für diese kleine Untersuchungsgruppe keine signifikanten Zusammenhänge zwischen psychiatrisch-neurologischer Erkrankung oder Behinderung und der sozialen Schichtzugehörigkeit ermitteln. Die geringe Fallzahl lässt eine verifizierbare Aussage, die meisten geistig behinderten Patientinnen würden den sozialen Unterschichten angehören, nicht zu. Für die Gesamtheit des Betheler Patientenkollektivs wäre der Zusammenhang zwischen Diagnose und Schichtzugehörigkeit, aber auch etwa zwischen sozialer Herkunft und Sterilisierungshäufigkeit zu untersuchen und von medizinhistorischem Interesse.

### Nervenärztliche Diagnostik und Therapie

Der Vergleich der in den Ricklinger und in den Betheler Krankenunterlagen dokumentierten psychiatrisch-neurologischen Diagnosen zeigt, dass die von den Ärzten in Bethel gestellten Diagnosen deutlich differenzierter waren als die in den Ricklinger Patientenakten dokumentierten Diagnosen (Tab. 2). Es wird die Ricklinger Diagnose in Bethel zwar in allen Fällen bestätigt, der „Schwachsinn“ hier jedoch nach Schweregraden unterschieden und eingeteilt. Ferner wird differenziert, ob die der Oligophrenie zugrunde liegende primäre Hirnschädigung mit einem epileptischen Krampfleiden vergesellschaftet ist oder nicht.

<i>Patientin</i>	<i>Diagnose Rickling</i>	<i>Diagnose Bethel</i>
Margot P.	Schwachsinn	Angeborener Schwachsinn mit Krampfanfällen
Anita B.	Idiotie bei Hydrocephalus	Idiotie bei Hydrocephalus und Krampfanfälle
Ilse V.	Idiotie	Cerebrale Diplegie mit symptomatischen Krampfanfällen
Melitta J.	Idiotie	Angeborener Schwachsinn höheren Grades mit Krampfanfällen

<i>Patientin</i>	<i>Diagnose Rickling</i>	<i>Diagnose Bethel</i>
Ursula S.	Angeborener Schwachsinn und Stummheit; V. a. Lues congenita	Idiotie
Lotte S.	Idiotie	Angeborener Schwachsinn schwersten Grades
Elfriede G.	Idiotie mit Blindheit; Lues congenita	Idiotie und Blindheit mit Krampfanfällen
Minna B.	Idiotie	Idiotie nach Encephalitis
Gerda W.	Idiotie	Angeborener Schwachsinn höheren Grades
Lisa B.	Angeborener Schwachsinn	Angeborener Schwachsinn höheren Grades
Martha R.	Idiotie	Idiotie ohne Epilepsie
Anna S.	Porencephalie mit rechtsseitiger Lähmung	Porencephalie mit rechtsseitiger Lähmung
Anneliese S.	Idiotie und Blindheit	Schwerste Idiotie mit Blindheit
Inge D.	Mongoloide Idiotie	Idiotie mit Epilepsie
Helga S.	Idiotie und cerebrale Kinderlähmung	Idiotie und cerebrale Kinderlähmung
Frieda M.	Angeborener Schwachsinn	Idiotie ohne Epilepsie
Emma V.	Idiotie	Idiotie mit Anankasmus
Grete K.	Idiotie mit Blindheit	Idiotie mit Blindheit
Monika B.	Idiotie	Hochgradiger Schwachsinn
Karla B.	Angeborener Schwachsinn	Hochgradiger Schwachsinn
Klara H.	Idiotie, erethische Form	Idiotie, erethische Form
Elsa W.	Idiotie	Hereditärer Schwachsinn

Tab. 2: Psychiatrisch-Neurologische Diagnosen in Rickling und in Bethel<sup>53</sup>

<sup>53</sup> Hydrocephalus = Abflussbehinderung des Hirnwassers mit der Folge einer Hirndrucksteigerung und Schädelvergrößerung bei Kleinkindern (umgangssprachlich „Wasserkopf“).

Cerebrale Diplegie = Hirnbedingte Lähmung beider Körperhälften.

Lues congenita = Angeborene Lues (Syphilis), die mit einer geistigen Behinderung einhergeht.

Encephalitis = Entzündung des Gehirnes.

Porencephalie = Angeborener oder erworbener Defekt der Hirnsubstanz.

Anankasmus = Zwanghaftigkeit.

Während die Diagnosen bei Aufnahme der Patientinnen in den „Holsteinischen Heilstätten“ lediglich von den nach Rickling verlegenden Heil- und Pflegeanstalten und ohne eine nervenärztliche Aufnahmeuntersuchung übernommen wurden, erfolgte bei der Aufnahme in Bethel in allen Fällen eine gewissenhafte und umfangreiche Untersuchung und Begutachtung der Patientinnen.

Alle Patientinnen wurden zunächst sowohl orientierend neurologisch-psychiatrisch als auch körperlich untersucht. Die eingehendere nervenärztliche Untersuchung folgte einem in Bethel entwickelten, standardisierten Anamnese- und Untersuchungsbogen.<sup>54</sup> Neben Fragen zur Sozialanamnese enthält der Bogen zahlreiche Fragen zur Familienanamnese. Von Interesse sind diesbezüglich Erkrankungen und Todesursachen der Eltern, Großeltern und Geschwister mit dem Schwerpunkt auf psychiatrische oder neurologische Krankheiten und soziale Deviationen wie Delinquenz, Alkoholismus, Suizide, sexuelle „Perversionen“ und andere Persönlichkeitsauffälligkeiten. In der Eigenanamnese des Patienten lag das Interesse auf der Eruiierung einer Epilepsie mit differenzierten Fragen nach dem Krankheitsbeginn, den anfallsauslösenden Faktoren, der Anfallshäufigkeit, dem Anfallsverlauf, den Anfallsarten und der bisherigen Epilepsie-Therapie. Dieses herausragende Interesse an der Genese und Symptomatik eines Krampfleidens, das in dem Anamnesebogen deutlich wird, ist der frühen Spezialisierung der Anstalt Bethel auf die Betreuung und Behandlung von Epilepsiekranken geschuldet, die 1867 als „Rheinisch-Westfälische Anstalt für Epileptische“ gegründet worden war. Die Betreuung von Menschen mit Epilepsie ist das genuine Arbeitsgebiet Bethels.<sup>55</sup>

Mittels des Untersuchungsbogens wurde des Weiteren auch der „geistige Zustand“ der Patientinnen untersucht. Es wurden Sprachauffälligkeiten und -gewohnheiten, Bewusstsein, Orientiertheit und Gedächtnis, Schulkenntnisse und Allgemeinbildung, Abstraktions- und Assoziationsvermögen und die Aufmerksamkeit untersucht und getestet. Damit war es möglich, ein recht differenziertes psychologisches Profil der Patienten zu erstellen; zugleich hatte der Untersuchungsbogen die Funktion eines Intelligenztests.

Intelligenzprüfungen wurden in Bethel auch nach zeitgenössisch etablierten Testverfahren durchgeführt. So fand die 1905 von Alfred

<sup>54</sup> „Schema zur Untersuchung von Krampfkranken der Heil- und Pflegeanstalt „Bethel“ bei Bielefeld“; Patientenakte Frieda M. (u. a.) [HAB].

<sup>55</sup> Vgl. Schmuhl, H.-W. 1998, S. 7.

Binet<sup>56</sup> entwickelte und damals weit verbreitete „Testserie zur Auslese von Minderbegabten“ Anwendung zur Bestimmung des sog. „Intelligenzalters“ von Kindern. Demnach hatte Klara H. im Lebensalter von zwölf Jahren ein „Intelligenzalter“ von vier Jahren und acht Monaten.<sup>57</sup> Das Testverfahren nach Binet wurde z. B. auch in der kinder- und jugendpsychiatrischen Heil- und Pflegeanstalt in Schleswig-Hesterberg angewandt, was dessen wissenschaftliche Anerkennung und Etablierung für die Untersuchung von Kindern belegt.<sup>58</sup>

Für die an einer Epilepsie erkrankten Patientinnen wurden während ihres gesamten Aufenthaltes in Bethel tägliche Krampfprotokolle geführt, in denen jeder Krampfanfall hinsichtlich Prodromalsymptomatik, Häufigkeit, Dauer, Intensität, klinischer Ausprägung und Anfallstypus vom Pflegepersonal dokumentiert wurde. Diese Krampfprotokolle waren eine wesentliche diagnostische Grundlage zur individuellen und bedarfsgerechten Dosierung von antiepileptischen Medikamenten. Neben der Anfallsprotokollierung oblag dem diakonischen Pflegepersonal die intensive Krankenbeobachtung insbes. hinsichtlich psychischer und neurologischer Symptome und Verhaltensweisen, deren Ergebnisse in regelmäßigen, zumeist monatlichen bis vierteljährlichen Pflege- bzw. Stationsberichten niedergeschrieben wurden. Die Pflegeberichte dienten auch der Verifizierung der ärztlichen Diagnostik und als Grundlage der Prognoseeinschätzungen. Aussagen der Pflegeberichte waren sehr oft inhaltsgleich mit den ärztlichen Antwortschreiben an die Eltern der Patientinnen, die sich in Bethel nach dem Befinden und Gesundheitszustand ihrer Töchter erkundigten. Hier wird deutlich, dass die behandelnden Ärzte großes Vertrauen in die Beobachtungs- und Interpretationsfähigkeiten des Pflegepersonals setzten und zugleich in ihrer Tätigkeit auf die enge und vertrauensvolle Zusammenarbeit mit dem Pflegepersonal, das in den Anstaltshäusern mit den Patientinnen kontinuierlich und intensiv zusammenlebte, angewiesen waren.

<sup>56</sup> Der Mediziner und Psychologe Alfred Binet (1857–1911) gilt als der Begründer der Psychometrie, also Verfahren z. B. der Messung von Intelligenz und Denkfähigkeit. Er entwickelte zusammen mit dem Psychologen Theodore Simon einen Test, um die geistigen Fähigkeiten eines Kindes zu messen. Der Test bestand aus Aufgaben, mit denen die allgemeine Intelligenz festgestellt werden sollte und die nach Altersgruppen gestaffelt waren. Aus der Anzahl der richtig gelösten Aufgaben errechnete sich eine Punktzahl; diese ergab das geistige Alter des Kindes (Intelligenzalter).

<sup>57</sup> Patientenakte Klara H. [Ärztliches Büro des Stiftungsbereiches Behindertenhilfe VBA Bethel].

<sup>58</sup> Frieda M. befand sich vor ihrem Aufenthalt in Rickling u. a. in Schleswig-Hesterberg. Patientenakte Frieda M. [HAB].

Bemerkenswerterweise führte die im Vergleich mit Rickling sehr viel differenziertere und sorgfältigere psychiatrisch-neurologische Diagnostik in Bethel, die sich zusammenfassend auf einem hohen wissenschaftlichen Niveau befand und alle nervenärztlichen Standards jener Zeit erfüllte, in zwei Fällen dazu, die in Rickling gestellte Indikation zur Zwangssterilisation zu revidieren. Ilse V. war am 26.7.1938 dem Kreisarzt in Segeberg als „erbkrank“ angezeigt worden, nachdem sie am 31.3.1936 mit der Diagnose „Idiotie“, die als angeborene Form gewertet wurde, in Rickling aufgenommen worden war. Diese Diagnose wurde nach eingehender Untersuchung der Patientin in Bethel korrigiert als „Cerebrale Diplegie mit symptomatischen Krampfanfällen“. Noch nach ihrem Tode im Juli 1942 unterrichtete Prof. Dr. Schorsch den Amtsarzt in Segeberg von dem diagnostischen Irrtum der Ricklinger Anstalt:

*„Am 26.7.1938 wurde von der Anstalt Rickling i. Holst. das Kind Ilse V. (...) der dortigen Dienststelle als erbkrank angezeigt. Die Kranke wurde am 28.11.41 in die hiesige Anstalt verlegt, wo sie am 6.7.42 starb. Nach den hiesigen Feststellungen handelte es sich nicht um eine Erbkrankheit, sondern um eine cerebrale Diplegie mit symptomatischen Krampfanfällen.“<sup>59</sup>*

Auch Anita B. war in Rickling als „erbkrank“ stigmatisiert und demzufolge am 8.7.1938 dem Segeberger Kreisgesundheitsamt zur Anzeige gebracht worden, obwohl in Rickling eine „Idiotie bei Hydrocephalus“ diagnostiziert worden war. Diese Diagnose legt nahe, dass die neurologische Beeinträchtigung nicht erblich ist, da der Hydrocephalus als ursächlich für die geistige Behinderung anzusehen ist. Diese medizinisch korrekte Einschätzung teilte Prof. Dr. Schorsch dem Kreisarzt in Segeberg mit Schreiben vom 19.12.1944 mit:

*„Bei der hier am 14.12.1944 verstorbenen Patientin handelt es sich um einen extremen Hydrocephalus mit Idiotie und Krampfanfällen. Die Patientin ist nicht als erbkrank im Sinne des Gesetzes anzusehen.“<sup>60</sup>*

Wenngleich sowohl die geistliche Führung Bethels als auch die Ärzteschaft die Zwangssterilisierungen als präventive Maßnahme der negativen Eugenik befürworteten<sup>61</sup> und obwohl die Patientinnen nicht mehr im

<sup>59</sup> Schreiben von Prof. Dr. Schorsch an das Kreisgesundheitsamt Segeberg am 12.10.1942; Patientenakte Ilse V. [HAB].

<sup>60</sup> Schreiben von Prof. Dr. Schorsch an das Kreisgesundheitsamt Segeberg am 19.12.1944; Patientenakte Anita B. [HAB].

<sup>61</sup> Zur Befürwortung von Rassenhygiene und Zwangssterilisationen in Bethel vgl. Benad, M. 1995, Kühl, S. 1990, S. 16 ff, Kühl, S. 1997 und Schmuhl, H.-W. 1998, S. 32 ff.

Sinne einer verhinderten Sterilisierung davon profitiert hätten, hielt es der Ärztliche Leiter offenbar für richtig und nötig, wenn nicht für seine Pflicht, auch noch nach dem Tode der Patientinnen eine aufgrund unzureichender Diagnostik gestellte Sterilisierungsindikation zu korrigieren. Dieses Verhalten könnte als Indiz dafür gewertet werden, dass die Sterilisierungen in Bethel womöglich nicht, wie innerhalb der deutschen Psychiatrie weitgehend durchaus üblich und akzeptiert, als gegen die Sterilisierenden gerichtete soziale Korrektiv- und Disziplinierungsmaßnahmen und Sanktionen angesehen wurden, sondern unter rein wissenschaftlichen Kriterien der Prophylaxe weiterer psychiatrischer und neurologischer Neuerkrankungen und damit der Senkung deren Inzidenz dienen sollten.<sup>62</sup> Ein solches wissenschaftliches Verständnis der Unfruchtbarmachungen, das auf den zeitgenössischen Erkenntnissen der Eugenik und Rassenhygiene basierte, setzte natürlich auch eine wissenschaftlich exakte und gewissenhafte Diagnostik voraus, um die sich in den Betheler Anstalten zweifelsfrei bemüht wurde.

Im Zusammenhang mit den Diskussionen um gesetzliche Entschädigungszahlungen für Zwangssterilisierte im Wiedergutmachungsausschuss des Deutschen Bundestages im Herbst 1962 schrieb Friedrich III von Bodelschwing an die Bonner Außenstelle der Kirchenkanzlei der EKD, „(...) dass das Gesetz (gemeint ist das GZVEN; E. H.) hier (in Bethel; E. H.) mit Vorsicht gewissenhaft praktiziert worden ist, und, soviel ich weiß, sind grundsätzliche Einsprüche gegen das Gesetz aus christlichen Erwägungen nicht erhoben worden.“<sup>63</sup> Die gewissenhafte Praktizierung mag sich auf die dargelegte rein wissenschaftlich fundierte Prävention von psychiatrischen Erkrankungen bezogen haben; mit Vorsicht jedoch wurde das GZVEN in Bethel keineswegs angewandt. Die Eugenik einschließlich eugenisch motivierter und indizierter Unfruchtbarmachungen erschien Fritz von Bodelschwing d. J. als ein durchaus akzeptables Zugeständnis an den medizinischen Fortschritt jener Jahre und galt ihm als humane Alternative zur bereits in den 1920er Jahren breit diskutierten „Euthanasie“ Geisteskranker, die er stets kompromisslos ablehnte. Auch die Ärzte in Bethel teilten diese Haltungen ihres Vorstandsvorsitzenden der v. Bodelschwinghschen Anstalten hinsichtlich der Zustimmung zur Eugenik und der Ablehnung der „Euthanasie“. Die Ärzteschaft in Bethel hatte

<sup>62</sup> Da die Anzahl von nur zwei Krankengeschichten natürlich viel zu gering ist, die These fundiert zu stützen, dass die Sterilisierungen in Bethel nicht als gegen die Patienten gerichtete Bestrafungsmaßnahmen, sondern tatsächlich ausschließlich eugenisch motiviert durchgeführt wurden, müssten dazu weitere Quellen untersucht werden.

<sup>63</sup> Zitiert nach Benad, M. 1995, S. 205.

„die Durchführung des GzVeN beschleunigt vorangetrieben und so eine Schrittmacherrolle gespielt“<sup>64</sup>, indem sie gegen ihre Patienten Sterilisierungsanzeigen und -anträge erstattete bzw. stellte, Betheler Ärzte als Beisitzer des „Erbgesundheitsgerichtes“ Bielefeld fungierten und in den Betheler Krankenhäusern „Gilead“ und „Nebo“ Sterilisationseingriffe durchgeführt wurden.<sup>65</sup>

Wie uneingeschränkt und unkritisch Betheler Ärzte dem wissenschaftlichen Dogma der Erblichkeit psychiatrischer und neurologischer Erkrankungen und Behinderungen auch über die NS-Zeit hinaus folgten und damit die Patienten und deren Familien weiterhin stigmatisierten, wird in einem Nervenärztlichen Gutachten über Elsa W. deutlich. Darin wurde noch 1960 der „Schwachsinn“ von Elsa W. als „erblich“ bestätigt und damit immer noch der erbbiologische Kenntnisstand der Jahrhundertwende als wissenschaftlich fundiert und zutreffend angesehen:

*„Bei der jetzt 29-jährigen Elsa W. liegt ein erheblicher Schwachsinn vom Grade einer Idiotie vor, der im Blick auf die gleichsinnige hereditäre Belastung als erblich bedingt beurteilt werden muß.“*<sup>66</sup>

Zum Gedenken an die ca. 1200 Zwangssterilisationsopfer der VBA Bethel wurde im Juni 2000 unter dem Motto *Erinnern – Gedenken – Verantwortlich Handeln* auf dem Bethelplatz vor dem Assapheum ein Mahnmal errichtet.<sup>67</sup>

*„Bethel will ein Ort des Glaubens und der Liebe, aber auch ein Ort der Arbeit sein.“*<sup>68</sup> Mit dieser Aussage stellt Friedrich von Bodelschwingh d. J. den Faktor „Arbeit“ neben den beiden christlichen Grundhaltungen Glaube und Nächstenliebe als eine zentrale Aufgabe innerhalb der Anstalt Bethel heraus. Ohne dabei von *Arbeitstherapie* zu sprechen, wollte v. Bodelschwingh den aufgrund ihrer Erkrankung entlassenen und arbeitslos gewordenen Epilepsiekranken in Bethel die Möglichkeit zur sinnvol-

<sup>64</sup> Schmuhl, H.-W. 1998, S. 39.

<sup>65</sup> Zur Beteiligung der Ärzte in Bethel an der Umsetzung des GZVEN vgl. Klee, E. 1989, S. 91 ff, Pörksen, N. 1997, S. 280 ff., Schmuhl, H.-W. 1998, S. 38 ff, Schmuhl, H.-W. 2002 und Walter, B. 1997, S. 140 ff.

<sup>66</sup> „Nervenfachärztliches Gutachten“ über Elsa W. an das Amtsgericht Elmshorn vom 08.10.1960, S. 3; Patientenakte Elsa W. [HAB]. Bereits die Familie von Elsa W. war in das rassenhygienische Fadenkreuz der NS-Psychiatrie geraten, woraufhin das Gutachten auch noch 1960 von einer hereditären, also familiären „Erbbelastung“ ausging (vgl. dazu Abbildung 8).

<sup>67</sup> Eine ausführliche Dokumentation zum Mahnmal zum Gedenken an die Opfer von Zwangssterilisationen in Bethel bietet Wolf, B. 2001.

<sup>68</sup> Bodelschwingh, F. von 1933, S. 15.

len Beschäftigung und Tagesstrukturierung geben; dies sah er als wichtiger und vordringlicher an als die medizinische Versorgung und Therapie der Patienten. Um die Bethelbewohner zu beschäftigen, sind Anfang des 20. Jahrhunderts als sog. Bethelbetriebe zahlreiche Handwerks- und landwirtschaftliche Betriebe entstanden, in denen die Patienten auch Ausbildungsberufe erlernen konnten.<sup>69</sup>



Abb. 6: Epilepsiepatientinnen bei der Gartenarbeit in den 1920er Jahren

<sup>69</sup> Vgl. Bodelschwing, F. von 1933, S. 15 ff und Schwager, H.-J. 1985, S. 36 ff.

Der pragmatische Ansatz, dass Arbeit eine neurologische oder psychiatrische Krankheit zwar nicht heilen, aber doch dazu beitragen kann, das Selbstwertgefühl der Patienten zu steigern und ihrer gesellschaftlichen Isolation entgegenzuwirken, wurde bereits von Beginn an innerhalb der Betheler Anstalten verfolgt. Im 1886 gegründeten „Eichhof“, der der Unterbringung und Betreuung „*nervenleidende(r) Männer, die (...) einer geschlossenen Anstalt nicht bedurften*“<sup>70</sup> diente, wurden den Patienten regelmäßige Tätigkeiten angeboten und vermittelt, um sie unter „*Anleitung zu einem arbeitsamen Leben*“<sup>71</sup> zu erziehen. Auch den schwerwiegender psychisch Erkrankten wurde etwa im 1898 errichteten Haus „Jericho“ Tätigkeiten in der anstaltseigenen Landwirtschaft ermöglicht: „*Die körperliche Arbeit auf dem Feld sollte neben dem ökonomischen Nutzen vor allem von den psychischen Leiden ablenken und im Patienten das Gefühl von Nützlichkeit und Verantwortung stärken.*“<sup>72</sup> Schon bei diesen frühen Formen der Arbeitstherapie wurden auch individuelle Fähigkeiten und Interessen der Patienten berücksichtigt, um für sie geeignete Beschäftigungen zu finden und anbieten zu können.<sup>73</sup>

Als Pionier einer modernen, medizinisch begründeten Form der Arbeitstherapie in der Weimarer Republik gilt der Psychiater Hermann Simon<sup>74</sup>, der als Kritik an der bis dato insbesondere in den Provinzialheilanstalten üblichen „Bettbehandlung“ der Patienten deren „Aktivere Krankenbehandlung“ forderte und diese erstmals 1926 in einem Vortrag einer Fachöffentlichkeit vorstellte. Für Simon waren psychiatrische Erkrankungen hirnorganisch bedingt, damit unheilbar und einer kurativen Therapie unzugänglich. Nach seinen eigenen klinischen Erfahrungen sei aber eine symptomatische Behandlung in Form von Arbeitstherapie möglich und erfolgreich, bei der im Sinne der Anstaltssozialisation mit dem Ziel der Anpassung des Patienten die Reduktion dessen störenden Verhaltens im Vordergrund stehe. Auch Simon propagierte die individuelle Orientierung der Arbeitstherapie, durch die sich der Patient als verantwortlicher Mensch verstehen solle, der zu einer geordneten Lebensführung fähig sei.<sup>75</sup>

<sup>70</sup> Zitiert nach Aperdanner, S. 2006, S. 7.

<sup>71</sup> Zitiert nach ebd., S. 7.

<sup>72</sup> Ebd., S. 15.

<sup>73</sup> Vgl. ebd., S. 12.

<sup>74</sup> Hermann Simon (1867 – 1947) gilt als Begründer der modernen Arbeitstherapie. Er war von 1914 bis 1934 Ärztlicher Direktor der Psychiatrischen Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt in Gütersloh.

<sup>75</sup> Vgl. Schott, H. und Tölle, R. 2006, S. 441.

Das Konzept der Aktiveren Krankenbehandlung fand sehr schnell Eingang in die Arbeit Bethels,<sup>76</sup> zumal die Grundidee der individuellen Orientierung am Patienten und dessen Stärkung von Verantwortungs- und Selbstwertgefühl bereits über fünf Jahrzehnte innerhalb der Betheler Anstalten verfolgt und realisiert wurde: „In Bethel erfuhr der Gedanke der Arbeitstherapie – im Sinne einer Arbeit für das Reich Gottes – viel früher Wertschätzung als in den Westfälischen Provinzialheilanstalten.“<sup>77</sup> Insbesondere unter dem Ärztlichen Leiter Prof. Dr. Carl Schneider<sup>78</sup> wurde die Arbeitstherapie zu Beginn der 1930er Jahre hinsichtlich ihrer methodischen und inhaltlichen Konzeptionen weiterentwickelt und innerhalb der psychiatrischen Einrichtungen Bethels flächendeckend und verbindlich als Behandlungsstandard etabliert.<sup>79</sup>



Abb. 7: Arbeits- und Beschäftigungstherapie in den 1930er Jahren

Da die Patientinnen der Untersuchungsgruppe entweder gar nicht oder nur sehr eingeschränkt beschäftigungsfähig waren, konnten sie von der Arbeits- und Beschäftigungstherapie kaum profitieren. Dennoch sind in einigen der Krankenakten wiederholte Anregungen und Versuche einer Beschäftigung seitens des Pflegepersonals dokumentiert. So scheiterten bei Elsa W. „Versuche in der Spielschule (...) an ihrem störenden Verhalten.“

<sup>76</sup> Vgl. Schmuhl, H.-W. 1998, S. 32.

<sup>77</sup> Benad, M. 1999, S. 16.

<sup>78</sup> Prof. Dr. Carl Schneider (1891–1946) war Leitender Arzt der Anstalt Bethel von 1930 bis 1933. Zur Person von Prof. Dr. C. Schneider vgl. Schmuhl, H.-W. 1998, S. 76 ff.

<sup>79</sup> Vgl. Isermann, H. 2005, S. 162.

Ist zu unruhig und unkonzentriert.“<sup>80</sup> Auch Lisa B. wurden wiederholt Spiel- und Beschäftigungsangebote gemacht; da sie jedoch „unfähig zu einer geordneten Beschäftigung“<sup>81</sup> sei, „kann sie mit Spielzeug, das man ihr in die Hand gibt, nichts anfangen.“<sup>82</sup> Der gleiche Befund wird für Anneliese S. in einem Antwortschreiben an ihren Vater am 29.9.1942 erhoben: „Eine Beschäftigung ist leider bei ihr nicht möglich, auch mit Spielsachen weiß sie nichts anzufangen.“<sup>83</sup> Anna S. wird, gemäß ihrer Neigungen und Interessen und orientiert an ihrer Behinderung, das Schreiben von Briefen und das Lesen ermöglicht; sie sei „infolge ihrer Lähmung“<sup>84</sup> nicht zu körperlicher Betätigung fähig.<sup>85</sup>

Diese Beispiele machen deutlich, dass trotz schwerwiegender und stark einschränkender Behinderungen die Patientinnen wenn nicht an der Arbeitstherapie, so doch an für sie altersentsprechend sinnvollen Beschäftigungsangeboten teilhaben sollten. Die Mädchen wurden nicht lediglich verwahrt, sondern erfuhren Zuwendung und es war das Bestreben des Pflegepersonals, ihnen zumindest ansatzweise die Chance zur spielerischen kognitiven und psycho-sozialen Entwicklung zu geben.

In den untersuchten Patientenunterlagen ist die medikamentöse Therapie der Epilepsie gut dokumentiert. Alle Patientinnen, bei denen ein epileptisches Krampfleiden mit der geistigen Behinderung einherging, erhielten zur Anfallsprophylaxe und zur antikonvulsiven Therapie Barbiturate<sup>86</sup> und Bromkalium. Helga S. erhielt symptomorientiert und körpergewichtabhängig dosiert „Luminal“<sup>87</sup> sowohl kontinuierlich zur Prophylaxe von epileptischen Anfällen als auch zur Akutbehandlung von Anfällen. Außerdem wurde ihr wiederholt „Luminal“ unter therapeutischer Nutzung dessen sedierender Wirkung bei „zeitweise sehr starker Unruhe mit Selbstbeschädigung“<sup>88</sup> appliziert. Um eine Überdosierung mit „Luminal“ und Nebenwirkungen zu vermeiden, wurde zur Sedie-

<sup>80</sup> Pflegebericht vom 01.06.1942 aus der Patientenakte Elsa W. [HAB].

<sup>81</sup> Pflegebericht vom Januar 1942 aus der Patientenakte Lisa B. [HAB].

<sup>82</sup> Ebd.

<sup>83</sup> Schreiben des Stationsarztes des Hauses „Klein Bethel“ an den Wilhelm S. vom 29.09.1942; Patientenakte Anneliese S. [HAB].

<sup>84</sup> Stationsbericht von 1942 aus der Patientenakte Anna S. [HAB].

<sup>85</sup> Ebd.

<sup>86</sup> Barbiturate sind „Schlafmittel“, d. h. sie induzieren einen schlafähnlichen Zustand und werden daher etwa zur Narkoseeinleitung eingesetzt. Neben diesen Eigenschaften haben Barbiturate auch antikonvulsive (krampflösende und -verhindernde) Wirkungen. In geringerer Dosierung wirken Barbiturate sedierend.

<sup>87</sup> Luminal (Phenobarbital) ist ein Barbiturat, dessen antiepileptische Wirkung erstmals 1912 von Alfred Hauptmann in der Münchner Medizinischen Wochenschrift beschrieben wurde. Vgl. dazu Kumbier, E. und Haack, K. 2004.

<sup>88</sup> Neurologische Befunderhebung aus der Patientenakte Helga S. [HAB].

rung von Helga S. bei Bedarf auch „Chloralhydrat“<sup>89</sup> eingesetzt. Es kann hier also durchaus von einer differenzierten Pharmakotherapie der Unruhezustände gesprochen werden. Neben „Luminal“ erhielt Margot P. auch Brom in sachgerechter Dosierung zur Behandlung ihrer Krampfanfälle. Bromsalze wurden ab 1857 zur Behandlung der Epilepsie eingesetzt, hatten aber erheblich mehr Nebenwirkungen als Barbiturate bis hin zu Bromidvergiftungen, die ihrerseits psychische Störungen wie Konzentrationsstörungen und Halluzinationen hervorriefen.<sup>90</sup> Da Bromkalium in der Sarepta-Apotheke in Bethel hergestellt wurde, war es als preisgünstiges Antiepileptikum in ausreichender Menge jederzeit verfügbar und wurde daher trotz seiner Nebenwirkungen als Standardtherapeutikum eingesetzt. Bethel verfügte über derart große Mengen an Bromkalium, dass nicht nur die eigenen Patienten damit behandelt werden konnten, sondern *„bis in die zwanziger Jahre (offizielle Auflösung 1928) versandte Bethel Bromkalium nach außerhalb; im Jahre 1880 an 50- bis 60000 Epileptiker zum nicht geringen Teil umsonst.“*<sup>91</sup>

Bei einer sehr hohen Anfallsfrequenz von bis zu vierzig epileptischen Anfällen pro Monat erhielt Inge D. ebenfalls täglich „Luminal“ und Brom in bedarfsgerechter Dosierung, die zeitweise höher gewählt war als etwa bei Margot P., die unter weitaus selteneren Krampfanfällen litt. Hier zeigt sich, dass nicht nur die Arbeits- und Beschäftigungstherapie den individuellen Bedürfnissen und Fähigkeiten der Patienten Rechnung trug, sondern auch die medikamentöse Therapie individuell und symptomorientiert und damit absolut *lege artis* durchgeführt wurde.

### Medizinische Versorgung somatischer Erkrankungen

Nicht nur die psychiatrisch-neurologische Versorgung, auch die Diagnostik und Therapie interkurrenter somatischer Erkrankungen der Patientinnen befanden sich in den v. Bodelschwingschen Anstalten auf einem zeitentsprechend hohen medizinischen Qualitätsniveau. Während die nervenärztlichen und psychiatrischen Tätigkeiten primär in den Einrichtungen und Pflegehäusern der Teilanstalt Bethel angesiedelt waren, wurden die somatischen Disziplinen wie Innere Medizin, Chirurgie,

<sup>89</sup> Chloralhydrat wurde bereits 1832 von Justus von Liebig synthetisiert; jedoch erst 1869 erstmals in der Berliner Charite als Sedativum (Beruhigungsmittel) bei erregten Psychosekranken eingesetzt. Vgl. dazu Schott, H. und Tölle, R. 2006, S. 482 ff.

<sup>90</sup> Vgl. Aperedannier, S. 2006, S. 8.

<sup>91</sup> Gerhard Schorsch: „Der ärztliche Arbeitsbereich der Anstalt Bethel“ (1947), S. 7 [HAB; Sammlung BI 12, Nr. 12].

Gynäkologie und Kinderheilkunde von Ärzten der Westfälischen Diakonissenanstalt Sarepta vertreten. Zudem hatte sich die Pflege körperlich Kranker parallel zur „Irrenpflege“ seit Gründung des Diakonissenmutterhauses Sarepta als dessen wichtigstes Arbeitsfeld innerhalb der v. Bodelschwinghschen Anstalten entwickelt.<sup>92</sup> Nicht zuletzt deshalb, um Möglichkeiten der praktischen Krankenpflegeausbildung für die Sarepta-Schwwestern zu schaffen, wurde 1896 das chirurgische Krankenhaus „Gibeon“ errichtet. 1894 wurde das Haus „Nebo“ als Pflegeheim und Krankenhaus für somatisch akut erkrankte Epilepsiepatienten eröffnet. 1913 wurde das Allgemeinkrankenhaus „Gilead“ als größte Krankenanstalt Sareptas eingeweiht und 1929 eine neue Kinderklinik. 1927 wurde das Krankenhaus „Dothan“ erbaut, das wie „Nebo“ der Akutversorgung von Epilepsiekranken diente.

In den 1930er Jahren verfügten die Krankenhäuser über alle apparativen diagnostischen Standards jener Zeit wie Elektrokardiographie und Röntgen sowie Klinische, Bakteriologische und Serologische Laboratorien.<sup>93</sup> In dem 1931/32 errichteten Epilepsiekrankenhaus „Mara“ stand in den 1940er Jahren einer der reichsweit ersten Enzephalographen zur Hirnstrommessung zur Verfügung. Zudem befand sich in Bethel ein Pathologisches Institut mit Prosektur zur Durchführung von Obduktionen und mikroskopischen Gewebeuntersuchungen.<sup>94</sup>

Neben diesen Aspekten der medizinischen Professionalisierung auf höchstmöglichem Niveau hatte seit der Jahrhundertwende auch die Hygiene zunehmend an Bedeutung gewonnen.<sup>95</sup> Ausdruck dessen war u. a. der Betrieb einer eigenen Badeanstalt,<sup>96</sup> die dem medizinischen Arbeitsbereich angegliedert war und in diesem Zusammenhang wichtige Aufgaben der Gesundheitspflege, der Prophylaxe von Infektionskrankheiten und damit der Hygiene wahrnahm. Hier erhielten die Betheler Pfleglinge wöchentliche Reinigungsbäder; zugleich diente die Badeanstalt mit dem Angebot von ärztlich verordneten Heilbädern wie „Solebäder, Schwefelbäder, verschiedene Formen von Dampfbädern, (...) Fichtennadelbäder, (...) Wechselgüsse sowie elektrische Lichtbäder und Massagen“<sup>97</sup>, auch der physio-

<sup>92</sup> Vgl. Schmuhl, H.-W. 2001, S. 8 ff.

<sup>93</sup> Vgl. ebd., S. 20 f. und „Anstaltsstatistik der Geisteskranken und -gebrechlichen“ 1938 [HAB; Amtsbücher Patientinnen und Patienten 164].

<sup>94</sup> Bereits 1886 existierte in der Friedhofskapelle, die der Aufbahrung Verstorbener diente, ein Obduktionsraum.

<sup>95</sup> Zur Hygiene und den hygienischen Verhältnissen in Bethel existieren bisher keine eigenständigen Publikationen. Eine allgemeine und kurze Übersicht dazu bietet Stockhecke, K. 2006, S. 21-25.

<sup>96</sup> Zur 1897 eröffneten Betheler Badeanstalt vgl. Stockhecke, K. 2006.

<sup>97</sup> Ebd., S. 24.

therapeutischen Behandlung. „Beruhigungsbäder“ wurden bei aggressiven und agitierten Patienten angewandt. Die Badeanstalt bot zugleich als Bethelbetrieb auch Möglichkeiten der Arbeitstherapie.

Die untersuchten Patientenakten lassen keine unmittelbaren Rückschlüsse auf die hygienischen Verhältnisse wie Beschaffenheit und Zustand der Sanitäranlagen in den einzelnen Pflegehäusern zu. Jedoch sind typische Infektionskrankheiten des Kindesalters nicht auffallend häufig dokumentiert, so dass von hinreichend wirksamen hygienischen Standards, wie etwa der Isolation manifest Erkrankter, die eine Übertragung der Erreger auf gesunde Patientinnen verhindern sollte, ausgegangen werden muss. In nur zwei Fällen sind Patientinnen an Mumps bzw. an Scharlach erkrankt gewesen. Elsa W. erkrankte am 10.1.1943 an Mumps, der mittels Bettruhe folgen- und komplikationslos verlief. Im November 1944 erkrankte sie an Scharlach und wurde zur Behandlung und Isolation „auf die Infektionsabteilung verlegt.“<sup>98</sup> An Scharlach erkrankte Anfang Mai 1945 auch Monika B. und an Mumps Helga S. Zur Prophylaxe von Infektionskrankheiten erhielten alle Patientinnen Schutzimpfungen gemäß dem zeitgenössischen immunologischen Kenntnisstand mit verfügbaren Impferen gegen Diphtherie, Scharlach und Typhus.

Ein weiterer günstiger Faktor, der einer übermäßig hohen Inzidenz an Infektionskrankheiten entgegenwirkte, ist in der Tatsache zu sehen, dass die Betheler Anstalten zu keinem Zeitpunkt während der 1930er und 1940er Jahre überbelegt waren.<sup>99</sup> In solchen Anstalten, in denen die Patientenaufnahmen deutlich über deren Bettenkapazitäten lagen, wie etwa in den Ricklinger Anstalten in den Kriegsjahren, waren die hygienischen Verhältnisse katastrophal und die Inzidenzen an Infektionskrankheiten bis hin zu Epidemien folglich außerordentlich hoch.

Insgesamt traten bei zehn der zweiundzwanzig Patientinnen (45 %) während ihres Aufenthaltes in Bethel in der Kriegs- oder unmittelbaren Nachkriegszeit interkurrente somatische Erkrankungen auf. Bei Anneliese S. wurde im Rahmen einer Röntgenreihenuntersuchung am 12.5.1946 eine Lungentuberkulose diagnostiziert, woraufhin sie zur stationären Behandlung von „Klein Bethel“ in das Krankenhaus „Dothan“ verlegt wurde. Dort heilte die Tuberkulose aus, so dass Anneliese S. am

<sup>98</sup> Schreiben von Prof. Dr. G. Schorsch an den Vater von Elsa W. vom 28.11.1944; Patientenakte Elsa W. [HAB].

<sup>99</sup> Gemäß den „Statistiken der Anstalt für Epileptische Bethel“ der Bethelkanzlei für die Jahre 1930 bis 1944 entsprachen die Belegungszahlen für alle Jahre den Bettenkapazitäten der Pflegehäuser. [HAB; Amtsbücher Patientinnen und Patienten 153-170]

31.12.1946 aus der stationären Behandlung entlassen werden konnte.<sup>100</sup> Jährliche Röntgenreihenuntersuchungen zur frühzeitigen Diagnose einer Lungentuberkulose gehörten für die Bethelpatienten zum diagnostischen Standardrepertoire, wie auch weitere Patientenakten belegen.<sup>101</sup>

Nach einer Röntgenuntersuchung im Krankenhaus „Nebo“ wurde bei Anna S. am 16.8.1945 von Dr. Windel eine Knochentuberkulose des linken Ileosacralgelenkes<sup>102</sup> mit einem ausgedehnten Kreuzbeinabszess festgestellt. Der Abszess wurde punktiert, wobei ein „völlige Entleerung des Abszesses (...) nicht möglich“<sup>103</sup> gewesen sei. Der Eiter wurde bakteriologisch untersucht; es fanden sich Streptokokken und keine Tuberkuloseerreger. Zum Ausschluss weiterer Tuberkuloseherde wurde zudem eine Röntgenuntersuchung der Lunge durchgeführt. Die postmortal am 3.9.1945 durchgeführte Obduktion bestätigte die klinische Diagnose einer Knochentuberkulose jedoch nicht, wohl aber den Abszess, der Folge eines Dekubitus<sup>104</sup> über dem Kreuzbein gewesen war.<sup>105</sup> Diese Krankengeschichte zeigt sehr eindrücklich und ausführlich eine sehr sorgfältige und gewissenhafte Diagnostik einschließlich einer Obduktion sowie die sachgerechte chirurgische Behandlung des Abszesses.

Bei Lotte S. war 1942 „seit längerer Zeit (...) in der linken Leiste ein harter, unverschieblicher Tumor zu fühlen“<sup>106</sup>, wie ihre körperliche Untersuchung ergab. Aufgrund dieses Befundes wurden weitere diagnostische Maßnahmen wie Temperaturmessungen, Labordiagnostik zur Blutsenkungs- und zur Blutbildanalyse sowie die sog. Moro'sche Tuberkulinprobe durchgeführt.<sup>107</sup> Die Körpertemperatur war normwertig, die Blutsenkung stark beschleunigt und die Anzahl der Leukozyten<sup>108</sup> im Blutbild ebenfalls normwertig. Die Moro'sche Tuberkulinprobe reagierte jedoch stark positiv, so dass von einer Leistendrüsen-Tuberkulose ausgegangen wurde. Die Patientin wurde daraufhin dem Chirurgischen

<sup>100</sup> Stationsbericht 1946 aus der Patientenakte Anneliese S. [HAB].

<sup>101</sup> Vgl. u. a. Patientenakten Greta K., Emma V. und Klara H. [HAB].

<sup>102</sup> Gelenk zwischen Kreuz- und Darmbein.

<sup>103</sup> Stationsbericht vom 29.08.1945 aus der Patientenakte Anna S. [HAB].

<sup>104</sup> Dekubitus = Druckgeschwür.

<sup>105</sup> Vgl. Sektionsprotokoll vom 03.09.1945 aus der Patientenakte Anna S. [HAB].

<sup>106</sup> Ärztlicher Befund der körperlichen Untersuchung (Juli 1942) aus der Patientenakte Lotte S. [HAB].

<sup>107</sup> Die Moro'sche Tuberkulinprobe wurde von dem Heidelberger Kinderarzt Ernst Moro 1908 entwickelt und war bis in die 1960er Jahre ein international anerkanntes Standardtestverfahren.

<sup>108</sup> Leukozyten = Weiße Blutzellen, die bei Infektionen und Entzündungen vermehrt nachweisbar sind.

Chefarzt der Krankenanstalten „Gilead“, Prof. Dr. Richard Wilmanns,<sup>109</sup> konsiliarisch vorgestellt. Wilmanns bestätigte die Diagnose, riet jedoch von einer chirurgischen Intervention in Form einer Lymphknotenausräumung ab, „da bei der Unsauberkeit und Unruhe der Patientin sehr wahrscheinlich mit einer Sepsis zu rechnen wäre.“<sup>110</sup> Lotte S. verstarb im März 1943 nicht an Tuberkulose, sondern an den Folgen des Marasmus (s. Diagramm 4). Auch hier wurde die Diagnostik vollkommen *lege artis* unter Nutzung zeitgenössisch etablierter Laborverfahren durchgeführt. Mit Rücksicht auf die geistige Behinderung und dadurch zu erwartender fehlender Compliance<sup>111</sup> der Patientin wurde auf eine ausgedehnte chirurgische Sanierung verzichtet, um weiteren und größeren Schaden in Form einer Sepsis von der Patientin abzuwenden. Bemerkenswerterweise sah und empfand Prof. Dr. Wilmanns offensichtlich keinen ethischen Dissens zwischen der hier bekundeten Fürsorge für die Patientin und jener Zwangssterilisierungen geistig Behinderter, die er als Chefarzt zu verantworten hatte und auch selbst im Operationssaal durchführte. Auch dieses Verhalten könnte derart interpretiert werden, dass auch Wilmanns die Unfruchtbarmachungen nicht als bewusste und beabsichtigte Patientenschädigung praktizierte, sondern womöglich als eine medizinische Notwendigkeit in der Erfüllung der staatlich, aber auch seitens der Evangelischen Kirche determinierten, dabei zeitgenössisch wissenschaftlich belegten eugenischen Erfordernisse betrachtete.

Am 9.4.1942 wurden im Krankenhaus „Nebo“ per Röntgendiagnostik bei Martha R. eine Ellenbogenfraktur<sup>112</sup> rechts, die als Spontanfraktur ohne Unfallereignis gewertet wurde, und eine alte Querfraktur des rechten Schien- und Wadenbeins festgestellt. Die therapeutische Versorgung der Knochenbrüche erfolgte im Krankenhaus „Dothan“, in das die Patientin am 14.4.1942 aus dem Haus „Siloah“ verlegt wurde. Bei der Unterschenkelfraktur wurde der aufgrund des Verletzungsalters schwierige Versuch einer „Redression (...), soweit solche ohne operatives Vorgehen noch

<sup>109</sup> Der Chirurg und Gynäkologe Prof. Dr. Richard Wilmanns (1880–1958) war zunächst ab 1910 als chirurgischer Oberarzt, später als Chefarzt der chirurgischen Klinik der Krankenanstalten Gilead bis zu seiner Pensionierung 1949 tätig. In dieser Eigenschaft war er Hauptverantwortlicher für die Durchführung der Zwangssterilisierungen in den Krankenhäusern Gilead und Nebo (vgl. Schmuhl, H.-W. 2001, S. 65). Zur Person von Prof. Dr. R. Wilmanns vgl. Schmuhl, H.-W. 2001, S. 64 ff.

<sup>110</sup> Stationsbericht 1942 aus der Patientenakte Lotte S. [HAB].

<sup>111</sup> Compliance = Bereitschaft und Fähigkeit des Patienten zur Mitarbeit am Heilungsprozess.

<sup>112</sup> Fraktur = Knochenbruch.

möglich ist“<sup>113</sup>, unternommen und die Fraktur anschließend mittels Gipsverband ruhiggestellt. Der verletzte Arm wurde in Mittelstellung des Ellenbogengelenkes zur Ruhigstellung zirkulär eingegipst, auf einer Schiene hochgelagert und ein Dauerzugverband am Gipsverband angelegt. Nachdem nach sechs Wochen Ruhigstellung am 3.6.42 die Gipsabnahme erfolgte, wurde zur Schonung des Armes für zehn Tage eine Gipslonguette angepasst. Nach Abschluss dieser Behandlung war das Ellenbogengelenk frei beweglich und die Fraktur mithin erfolgreich behandelt worden. Auch an diesem Beispiel wird ein korrektes therapeutisches Vorgehen deutlich; sowohl hinsichtlich der Art als auch der Dauer sind die Gipsverband-Ruhigstellungen vollkommen sachgerecht durchgeführt worden. Mit dem primären Versuch einer konservativen Behandlung der bereits längere Zeit bestehenden Unterschenkelfraktur gegenüber einer operativen Frakturbehandlung war das schonendere und risikoärmere Verfahren für die Patientin gewählt worden. Wie auch schon im Falle von Lotte S. lässt sich hier fraglos von einer patientenorientierten Behandlungsform zum bestmöglichen Wohl der Patientin sprechen.

Während ihres Aufenthaltes in Rickling wurde bei Ilse V. am 16.7.1936 der Röntgenbefund einer „alten Osteomyelitis mit Epiphysenlösung oberhalb des Kniegelenkes“<sup>114</sup> erhoben. Ein chirurgischer Eingriff sei „bei der Lage des Falles nicht indiziert. Empfohlen wird gelegentliche Kontrolle der Temperatur und Achten auf Abszedierung.“<sup>115</sup> In den weiteren Pflegeberichten wurden zwar „starke Schmerzen“ der Patientin insbesondere bei Belastungen und Bewegungen des linken Beines beschrieben, allerdings erhielt die Patientin zu keinem Zeitpunkt ihres Aufenthaltes in Rickling Schmerzmittel.<sup>116</sup> Nach der Aufnahme in die Betheler Anstalten wurde auch dort keine Möglichkeit einer chirurgischen Sanierung gesehen. Ilse V. erhielt jedoch sowohl im Haus „Siloah“ als auch nach ihrer Verlegung in das Krankenhaus „Dothan“ am 22.6.1942 eine kontinuierliche medikamentöse Schmerztherapie durch die tägliche Gabe von „Gelonida“

<sup>113</sup> Stationsbericht des Krankenhauses Dothan vom 14.04.1942 aus der Patientenakte Martha R. [HAB]. Redression = Unblutige, d. h. nichtoperative Wiedereinrichtung eines Knochenbruches.

<sup>114</sup> Stationsbericht der Ricklinger Anstalten vom 16.07.1936 aus der Patientenakte Ilse V. [HAB].  
Osteomyelitis = Knochenmarkentzündung.

<sup>115</sup> Ebd.

<sup>116</sup> Ricklinger Pflegeberichte vom 13.08.1936, 28.12.1936, 30.06.1937, 05.06.1939, 18.12.1940, 21.05.1941, 28.11.1941 aus der Patientenakte Ilse V. [HAB].

und „Pyramidon“<sup>117</sup>; die Kosten der Behandlung übernahm zum „Pflegetariff von RM 3,30 täglich“<sup>118</sup> der Landesfürsorgeverband Schleswig-Holstein. Neben ihrer analgetischen Wirkung haben diese Präparate auch entzündungshemmende und fiebersenkende Eigenschaften und sind damit zur symptomatischen Behandlung der Osteomyelitis gut geeignet. So konnte Ilse V. die ihr verbleibende Lebenszeit in Bethel bis zu ihrem Tod im Juli 1942 weitgehend schmerzfrei und fieberfrei verbringen;<sup>119</sup> ihr ist unnötiges Leid erspart worden. Somit ist auch die Behandlung von Ilse V. von ärztlicher und pflegerischer Fürsorge und von Sachkenntnis der medikamentösen Therapie gekennzeichnet.

Neben der Nutzung apparativer Techniken der Diagnostik sowie der Laboruntersuchungen wurde jede Patientin sowohl bei der Aufnahme in Bethel als auch im weiteren Behandlungsverlauf wiederholt gründlich körperlich untersucht. Die körperliche Aufnahmeuntersuchung erfolgte zumeist zusammen mit der psychiatrisch-neurologischen Untersuchung. Schließlich wurden postmortal Obduktionen zur Verifizierung und Erforschung von Krankheits- und Todesursachen durchgeführt, um so die Qualität der klinischen Patientenversorgung stetig zu verbessern. Einige der Sektionsprotokolle dokumentieren ein besonderes pathologisches Interesse an den makroskopischen und mikroskopischen Strukturen des Gehirns insbesondere der Patientinnen, die an Epilepsie erkrankt waren. Hier zeigt sich, dass Bethel nicht nur die Seelsorge, Pflege und Therapie der Epilepsiekranken als wesentliches Aufgabengebiet sah, sondern dass hier bereits früh neuropathologische Grundlagen- und Ursachenforschung der Epilepsie betrieben wurde. Insgesamt sind neun der Patientinnen obduziert worden; drei vor und sechs nach Kriegsende.

<sup>117</sup> Sowohl Gelonida als auch das 1893 entwickelte Pyramidon sind Analgetika (Schmerzmittel), die zur Behandlung schwacher bis mittelstarker Schmerzen eingesetzt werden. Neben ihrer analgetischen Wirkung haben sie auch entzündungshemmende und fiebersenkende Eigenschaften.

<sup>118</sup> Schreiben des Leitenden Arztes Prof. Dr. G. Schorsch an die „Zentralverrechnungsstelle vereinigter Heil- und Pflegeanstalten“ in Berlin vom 24.06.1942.

<sup>119</sup> Vgl. Fieberverlaufskurven vom Dezember 1941 bis Juli 1942 aus der Patientenakte Ilse V. [HAB].

## Pflege, Seelsorge und Pädagogik

Die Pflege der Bethelpatienten war das genuine Aufgabengebiet der Diakonissen der 1869 gegründeten Westfälischen Diakonissenanstalt Sarepta und der Diakone der 1877 gegründeten Westfälischen Diakonienanstalt Nazareth, beide ansässig in Bethel. Nach dem Eintritt in die Diakonissenanstalt arbeiteten die unverheirateten Frauen zunächst als „Hilfsschwestern“ zur Probe, wobei ihre Aufgabengebiete in den Betheler Pflegehäusern sowohl in der Arbeit mit kranken Kindern lagen als auch alle Tätigkeiten der Erwachsenenpflege beinhalteten.<sup>120</sup> Nach ihrer Einsegnung als Diakonisse oblagen ihnen neben der Krankenpflege auch seelsorgerliche und pädagogische Aufgaben in der Arbeit mit den Patienten. Diakonissen wurden als sog. „Hausmutter“ eingesetzt; als solche leiteten sie die Pflegehäuser, in denen die Patientinnen hospitalisiert waren. Analog dazu oblag den Diakonen die pflegerische Leitung der Pflegehäuser mit männlichen Patienten als „Hausvater“. Da Diakone im Gegensatz zu den Diakonissen nicht zölibatär lebten, übernahmen deren Ehefrauen die hauswirtschaftliche Leitung der Pflegehäuser. „Hausmutter“ und „Hausvater“ sollten für die langzeithospitalisierten Patienten deren leibliche Eltern gleichsam ersetzen; somit lebte und arbeitete das Pflegepersonal mit den Patienten innerhalb der Pflegehäuser in einer Familien(ersatz)struktur eng und kontinuierlich zusammen. Dies entsprach dem Gründungsideal der Betheler Anstalten als Gemeinde, in der Behinderte und Nichtbehinderte, Kranke und Gesunde miteinander und voneinander profitierend lebten und arbeiteten. Bethel war primär keineswegs als „Heilanstalt“ mit medizinischem Auftrag konzipiert worden.<sup>121</sup>

Damit vertraten Diakonissen und Diakone ein Pflegeverständnis, das weit über ein rein professionelles Handeln der Patientenversorgung hinausging und zwangsläufig seelsorgerliche, erzieherische, psychosoziale und hauswirtschaftliche Elemente beinhaltete. Diakonissen und Diakone arbeiteten nicht nur mit ihren Patienten, sie lebten mit ihnen.

Ein solches Leben mit und für Andere, den bedürftigen Nächsten, setzte die Bereitschaft voraus, sich selbst, das eigene Ich, weitgehend zu negieren, wenn nicht zu verleugnen. Diakonissen lebten in einer Glaubens-, Lebens- und Dienstgemeinschaft, die von weltabgewandter Frömmigkeit, Demut, Dienstbarkeit, Gehorsam, Askese und protestantischer Armut geprägt war. Die Pflege Kranker und Behinderter verstan-

<sup>120</sup> Vgl. Winkler, K. 2002, S. 43 f.

<sup>121</sup> Vgl. dazu u. a. Benad, M. 1999.

den sie als immerwährenden Dienst am Nächsten und damit an Christus und somit letztlich als „Gottesdienst“: *„Besonders Patienten geben Gelegenheit zur Selbsterniedrigung. Sie sind Objekte der Liebe und des Dienstes, da Christus den Schwestern in den „Armen und Elenden“ begegnet.“*<sup>122</sup>

Dem Prinzip der Demut und des Gehorsams war eine enorm hohe Arbeitsbelastung der Diakonissen geschuldet, die ihren Dienst ohne Gehalt und ohne Urlaubsansprüche versahen.<sup>123</sup> Die geringe Freizeit verbrachten die Diakonissen kontemplativ innerhalb ihrer Gemeinschaft. In den Krankenhäusern dauerte *„ein Arbeitstag (...) von morgens 6.00 Uhr bis abends 20.00 Uhr.“*<sup>124</sup> Während sog. *„Narkosewachen bei frisch Operierten (...) wachte man die ganze Nacht und konnte morgens vielleicht ein paar Stunden schlafen. Aber dann ging es irgendwann am Vormittag mit der Arbeit des Tages weiter.“*<sup>125</sup>

Das Lebens- und Arbeitsprinzip der völligen Selbstaufgabe und „Selbsterntmachtung“ stand der Tatsache gegenüber, dass sowohl Diakone als auch Diakonissen innerhalb der Betheler Anstalten eine nicht unerhebliche Machtposition einnahmen und damit die Pflege in den ersten Jahrzehnten des Bestehens der Sarepta-Diakonissenschaft das Primat gegenüber der Medizin darstellte. Die Pflege war der als „Gottesdienst“ legitimierte und damit hoch angesehene Anteil der Patientenversorgung, während die Medizin noch weit bis in das 20. Jahrhundert als säkularer „Störfaktor“ betrachtet wurde. Sowohl für Vater als auch Sohn von Bodelschwing waren die Schwestern *„freundliche Fürsprecher für ihre Kranken“* und schuldeten den Ärzten keineswegs *„Kadavergehorsam“*.<sup>126</sup> Auch noch in den 1930er und 1940er Jahren war das Verhältnis zwischen Ärzten und Diakonissen durch *„eine relative Eigenständigkeit des Pflegepersonals gegenüber den Ärzten“*<sup>127</sup> gekennzeichnet, die eine weitaus selbstständigere Stellung der Pflegekräfte als in den Provinzial-Heil- und Pflegeanstalten bedingte.<sup>128</sup>

Somit war das diakonische Leben gekennzeichnet von Möglichkeiten einer weitgehenden Machtausübung und Einflussnahme qua Amt als „Hausmutter“ in den Pflegehäusern oder als Stations- und Oberschwester in den Krankenhäusern bei eigenständiger Positionierung gegenüber den Ärzten einerseits und der intrapersonalen Entsagung jeglicher Macht

<sup>122</sup> Vgl. Winkler, K. 2002, S. 48.

<sup>123</sup> Vgl. Winkler, K. 2002, S. 44 ff.

<sup>124</sup> Kitsch, A. 2001, S. 25.

<sup>125</sup> Ebd.

<sup>126</sup> Vgl. Schmuhl, H.-W. 2001, S. 10.

<sup>127</sup> Ebd., S. 8.

<sup>128</sup> Vgl. Benad, M. 1999, S. 10.

im Sinne erwarteter und geübter Demut und Dienstbarkeit unter Verzicht auf ein eigenständiges Leben und dem Akzeptieren einer hohen Arbeitsbelastung andererseits.

Als direktes Äquivalent zu der Arbeitsbelastung für das diakonische Pflegepersonal kann aus den untersuchten Patientenakten sowohl das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit als auch das Verhalten der Patientinnen herangezogen werden. Dazu wird die Pflegebedürftigkeit in die drei Kategorien „Geringer Pflegebedarf“, „Mäßiger Pflegebedarf“ und „Hoher Pflegebedarf“ eingeteilt<sup>129</sup> und das Verhalten der Patientinnen differenziert in ein weitgehend situationsgerechtes und sozialverträgliches Verhalten gegenüber unangepassten und selbst- und fremdaggressiven Verhaltensweisen.<sup>130</sup>

Die allermeisten Patientinnen hatten aufgrund ihrer schwerwiegenden Behinderungen einen hohen Pflegebedarf und verhielten sich nicht situationsadäquat. Vierzehn der Patientinnen (64 %) hatten einen hohen, sechs der Patientinnen (27 %) hatten einen mäßigen und nur zwei Patientinnen (9 %) einen vorwiegend geringen Pflegebedarf. In dreizehn Fällen (59 %) verhielten sich die Patientinnen in den Pflegehäusern durchgängig sehr unruhig, aggressiv oder distanzlos und nur drei der Patientinnen (14 %) verhielten sich weitgehend sozialverträglich. In fünf Fällen (23 %) war das Verhalten zeitweise wechselnd zwischen unangepassten und sozialkonformen Verhaltensweisen. Eine der Patientenakten enthielt wegen der nur sehr kurzen stationären Aufenthaltsdauer keine verwertbaren Angaben dazu. Ein hoher Pflegeaufwand korrelierte in zehn Fällen mit unangepasstem und in einem Fall mit sozialverträglichem Verhalten.

Die Patientinnen mit einer hohen Pflegebedürftigkeit mussten zu meist in allen Lebensbereichen wie der Nahrungsaufnahme, der Körper-

<sup>129</sup> Als Kriterien für die Kategorie „Geringer Pflegebedarf“ gelten Akteninhalte wie „besorgt sich selbst“, „hält sich sauber“, „kann sich selbst anziehen“, „kann alleine essen“; als Kriterien für die Kategorie „Mäßiger Pflegebedarf“ gelten Akteninhalte wie „kann sich einigermaßen selbst besorgen“, „bis auf nächtliches Einnässen sauber“, „hält sich leidlich sauber“, „kann zur Sauberkeit angehalten werden“; als Kriterien für die Kategorie „Hoher Pflegebedarf“ gelten Akteninhalte wie „muß ganz besorgt werden“, „völlig unselbständig“, „ist ganz auf fremde Hilfe angewiesen“, „reiner Pflege- und Bewahrungsfall“, „sehr unsauber“, „bettlägerig“.

<sup>130</sup> Als Kriterien für ein sozialverträgliches Verhalten gelten Äußerungen wie „fröhlichen Gemüts“, „beteiligt sich an Spiel und Gesang“, „ruhiges Verhalten“, „lässt sich gut führen“, „freundliches, ruhiges Kind“; als Kriterien für unangepasstes und störendes Verhalten gelten Äußerungen wie „kratzt und beißt andere Kinder“, „unfolgsam“, „streitsüchtig“, „zudringlich und klebrig“, „nimmt anderen Kindern das Essen weg“, „aggressiv“, „kratzt und schlägt sich“, „zerreißt viel“, „lärm und schreit“, „sehr unruhig“, „schmiert mit Essen und Kot“, „Koprophagin“, „zerstörungssüchtig“, „macht große Schwierigkeiten“.

pflge, der Mobilität und der Kontinenz weitgehend und kontinuierlich unterstützt werden. Die unruhigen, oft laut schreienden Patientinnen wurden, wie bereits dargestellt, sowohl medikamentös sediert als auch fixiert; die Fixierungen lagen im Aufgaben- und Verantwortungsbereich der Pflge. So musste Gerda W. „wegen ihrer großen Unruhe und Umtriebigkeit zeitweise in ihrem Stuhl fixiert werden.“<sup>131</sup> Für Lotte S. wird beschrieben, sie schmiere „ständig mit Stuhlgang, trotzdem sie die Hände eingebunden erhält.“<sup>132</sup>

Die Diakonisse Paula Benschaid beschreibt in ihren Lebenserinnerungen die von permanenter Unruhe geprägte Pflgeetätigkeit mit Psychiatriepatienten folgendermaßen:

*„Die Arbeit mit psychisch Kranken war damals schon hart. Zur Beruhigung hatte man (...) nur Brom und Luminal zur Verfügung. Viel Unruhe bestimmte unsere Arbeit Tag und Nacht. (...) Mich haben diese Situationen bedrückt, wenn Menschen immer wieder Spritzen bekamen oder in die sogenannte „Zelle“, später auch „Stübchen“ genannt, gebracht wurden. Ich arbeitete auch einige Zeit im „Wachsaal“. Dort hielten sich alle die Kranken auf, welche man nie ohne Aufsicht lassen konnte.“<sup>133</sup>*

Die sog. „Wachsaalbehandlung“, bei der die Patienten in großer Zahl in Bettensälen ohne Intimsphäre untergebracht waren, war ein Instrument der zeitgenössischen Psychiatrie, um mit möglichst wenig Personal möglichst viele Patienten beaufsichtigen zu können. Demgegenüber war die in den Patientenakten dokumentierte intensive Pflge mit hoher Arbeitsbelastung und Arbeitsdichte in den Pflgehäusern sehr zeit- und personalintensiv. Um ein angemessenes Qualitätsniveau der Krankenpflge zu gewährleisten, benötigten die vBA Bethel eine adäquate Anzahl an diakonischen Pflgekräften, die aus „Nazareth“ und „Sarepta“ rekrutiert wurden.

Für das Diakonissenmutterhaus „Sarepta“ ist die Entwicklung der Mitgliedszahlen untersucht worden.<sup>134</sup> Demnach ist die Anzahl der Schwestern Sareptas seit Gründung bis 1939 kontinuierlich angestiegen und erreichte 1939 mit 2.025 Schwestern die höchste Jahresbestandszahl in der Geschichte der Diakonissenanstalt, die im Gründungsjahr neun Schwestern, im Jahre 1879 201, 1899 862 und 1919 1.493 Schwestern zähl-

<sup>131</sup> Pflgebericht vom Januar 1942 aus der Patientenakte Gerda W. [HAB].

<sup>132</sup> Pflgebericht vom 20.09.1942 aus der Patientenakten Lotte S. [HAB].

<sup>133</sup> Kitsch, A. 2001, S. 23.

<sup>134</sup> Vgl. dazu Borchers, C. 1997.

te.<sup>135</sup> Im Untersuchungszeitraum, der Zeit des Nationalsozialismus, verfügte „Sarepta“ kontinuierlich über annähernd 2.000 Schwestern (Abb. 8):

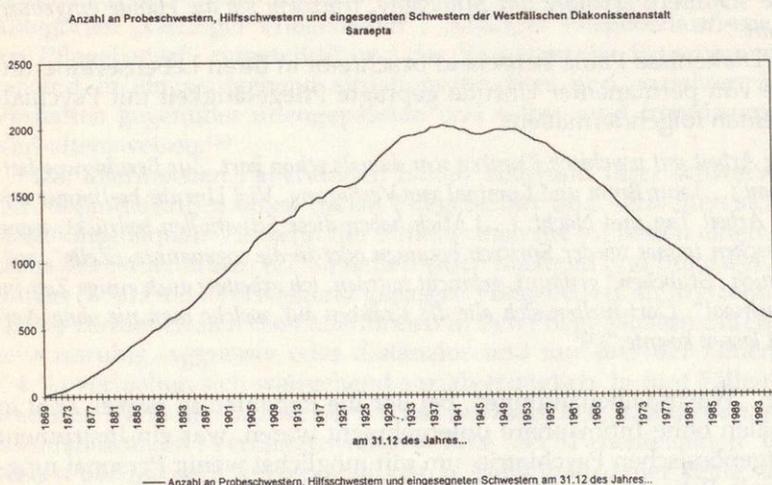


Abb. 8: Anzahl der Sarepta-Schwwestern pro Jahr von 1869–1993

Wenngleich nicht alle Schwestern ihren Pflegedienst in Bethel versahen, sondern auch an anderen Orten der v. Bodelschwingschen Anstalten und in Kirchengemeinden innerhalb ganz Deutschlands als Gemeindefschwwestern tätig waren,<sup>136</sup> verfügte Bethel doch stets über genügend Pflegepersonal, um einen für eine qualifizierte und qualitative Pflege ausreichenden Personalschlüssel und somit ein günstiges Verhältnis der Pflegekräfte zu den zu versorgenden Patienten zu gewährleisten. In der letzten Kriegszeit noch gestaltete sich das Verhältnis zwischen Pflegekräften und Patienten recht günstig, wie Prof. Dr. G. Schorsch in dem

<sup>135</sup> Vgl. Winkler, K. 2002, s. 43.

<sup>136</sup> Vgl. zu den Einsatzorten der Diakonissen Kitsch, A. 2001.

Beitrag „Der Ärztliche Arbeitsbereich der Anstalt Bethel“ 1947 ausführt: „Zur Zeit kommen auf 2800 Kranke 160 Brüder und 160 Schwestern. Durchschnittlich werden mithin 8 - 9 Kranke von einer Pflegekraft betreut.“<sup>137</sup>

Offensichtlich war die personelle Besetzung in den einzelnen Pflegehäusern dem Pflege- und Betreuungsaufwand angepasst unterschiedlich. In den Häusern, in denen Patienten mit einem hohen Pflegebedarf untergebracht waren, sind vermutlich mehr Diakonissen bzw. Diakone beschäftigt gewesen als in Pflegehäusern, die Patienten mit eher geringer Pflegebedürftigkeit versorgten. Ausdruck dessen sind an die Bethelkanzlei gestellte Anträge auf Verlegungen von Patientinnen innerhalb Bethels, wenn der Pflege- bzw. Betreuungsaufwand die Möglichkeiten des antragstellenden Pflegehauses überforderte. So wurde am 23.2.1942 für Margot P. ein Antrag auf Verlegung aus dem Haus „Mamre“ in das Haus „Adullam“ mit der Begründung „lärmst ständig, ist unruhig, stört Mitkranke bei Beschäftigung“<sup>138</sup> gestellt. Daraufhin wurde Margot P. am 26.06.1942 nach „Adullam“ verlegt.<sup>139</sup> Minna B., deren Aufnahmebefund „ganz hilflos, verkrüppelt, dauernd bettlägerig, unsauber“<sup>140</sup> einen sehr hohen Pflegebedarf nahelegt, wurde am 03.12.1943 „wegen besserer Pflegemöglichkeiten“<sup>141</sup> von „Alt-Bethphage“ in das Haus „Siloah“ verlegt.

In diesem Vorgehen wird deutlich, dass dem individuellen Pflege- und Betreuungsbedarf der Patientinnen auch personell Rechnung getragen wurde, um eine angemessene Pflegequalität zu gewährleisten, um ein durch Aggressionen und Unruhe geprägtes Stationsmilieu zu deeskalieren und um Mitpatienten vor aggressiven Übergriffen zu schützen und deren Beschäftigungstherapie durchführen zu können.

Derartiges patientenorientiertes Handeln wurde auch in der Nachkriegszeit fortgesetzt. Karla B. sollte auf Antrag des Stationsarztes des Hauses „Klein Bethel“ an die Bethelkanzlei vom 25.4.1952 in ein anderes Pflegehaus verlegt werden; sie mache „in Klein-Bethel erhebliche

<sup>137</sup> Gerhard Schorsch: „Der ärztliche Arbeitsbereich der Anstalt Bethel“ (1947), S. 5 [HAB; Sammlung BI 12, Nr. 12].

<sup>138</sup> Verlegungsantrag an die Bethelkanzlei vom 23.02.1942 aus der Patientenakte Margot P. [HAB].

<sup>139</sup> Vgl. Pflegebericht des Hauses Mamre vom 26.02.1942 aus der Patientenakte Margot P. [HAB].

<sup>140</sup> Aufnahmebefund aus der Patientenakte Minna B. [HAB].

<sup>141</sup> Stationsbericht vom 03.12.1943 aus der Patientenakte Minna B. [HAB].

*Schwierigkeiten, so dass sie dort eigentlich nicht tragbar ist und erhöhter Überwachung bedürfte.*<sup>142</sup> Karla B. wurde im Juni 1952 dann allerdings in die Heil- und Pflegeanstalt in Heiligenhafen verlegt.

Wie bereits dargestellt, oblag den Pflegekräften die umfassende Krankenbeobachtung, die bereits durch das auch räumlich unmittelbare Zusammenleben mit den Patientinnen gut gewährleistet war, und die Dokumentation der Beobachtungen. Dazu gehörte auch die Ermittlung von Vitalwerten wie Körpertemperatur und Herzfrequenz sowie das Führen der Krampfprotokolle bei den an Epilepsie erkrankten Patientinnen. Die Tätigkeiten der pflegerischen Krankenversorgung beinhalteten alle Medikamentenapplikationen nach ärztlicher Verordnung und jegliche an den Krankheiten, Behinderungen und Einschränkungen orientierte Unterstützung der Patientinnen.

Die untersuchten Krankenunterlagen zeugen von der Art und der Häufigkeit der vielfältigen Pflegetätigkeiten und lassen daher Rückschlüsse auf ein hohes Ausmaß der Arbeitsbelastungen zu. Emma V. *„muß wie auch bisher angezogen, gefüttert und abgesetzt werden.“*<sup>143</sup> Für Anita B. wird seit ihrer Aufnahme in den Pflegeberichten des Hauses „Klein Bethel“ durchgängig berichtet, sie könne *„nicht allein, nur mit Unterstützung gehen“* und sei *„bei regelmäßigem Absetzen leidlich sauber. Sehr unruhig. Reiner Pflegefall.“*<sup>144</sup> Inge D. *„geht nur, wenn man sie an der Hand führt. Sie kann auch noch keinen Löffel halten und muß deswegen immer noch gefüttert werden.“*<sup>145</sup> Auch Gerda W. gehe wegen *„zunehmender Schwäche in den Beinen (...) nur, wenn sie geführt wird.“*<sup>146</sup> Die *„Schwäche in den Beinen“* wurde bereits 1943 aufgrund *„fortschreitenden Marasmus“*<sup>147</sup> konstatiert, woran Gerda W. dann im September 1944 verstarb. Nachdem die Patientin im Laufe des Jahres 1944 vollkommen immobil und *„nicht mehr in-stande, zu gehen“*<sup>148</sup> geworden war, ist sie offenbar sachgerecht im Bett gelagert worden, denn der letzte Akteneintrag am 11.09.1944 belegt mit

142 Verlegungsantrag an die Bethelkanzlei vom 25.04.1952 aus der Patientenakte Karla B. [HAB].

143 Stationsbericht vom 14.01.1944 aus der Patientenakte Emma V. [HAB].

144 Pflegeberichte von Dez. 1941 bis Dez. 1944 aus der Patientenakte Anita B. [HAB].

145 Schreiben des Stationsarztes des Hauses Alt-Bethphage an Frau Emma D. (Mutter von Inge D.) vom 01.04.1945 aus der Patientenakte Inge D. [HAB].

146 Pflegeberichte 1943 aus der Patientenakten Anita B. [HAB].

147 Ebd.

148 Pflegeberichte 1944 aus der Patientenakten Anita B. [HAB].

der Feststellung „kein Durchliegen“<sup>149</sup> das Fehlen von Dekubitalgeschwüren.<sup>150</sup> Dies spricht für eine sachgerechte und umsichtige Pflege.

Zur seelsorgerlichen Tätigkeit der Diakone und Diakonissen enthalten die Patientenakten keine Hinweise. Es lässt sich somit lediglich indirekt etwa aus der Sekundärliteratur eruieren, dass die Seelsorge sehr wahrscheinlich auch – soweit behinderungsbedingt möglich – Bestandteil der Krankenversorgung der hier dargestellten 22 Patientinnen war. Neben ihrer Krankenpflegeausbildung absolvierte jede Diakonisse und jeder Diakon auch eine fundierte theologische Ausbildung, die zur seelsorgerlichen Begleitung und Betreuung der Patienten befähigen sollte. So beschreibt die Diakonisse Paula Benseid „viel seelsorgerliche Arbeit“<sup>151</sup> mit soldatischen Patienten einer Augenstation des Reservelazarets, die im Kriegseinsatz ihr Augenlicht verloren hatten.

Das diakonische Pflegepersonal wirkte hinsichtlich der ihnen obliegenden Durchführung und Beaufsichtigung der Arbeits- und Beschäftigungstherapie auch an der Behandlung der Patienten mit. Zudem war es auch pädagogisch tätig, wie bereits die dargestellten Spiel- und Beschäftigungsversuche mit den Patientinnen belegen. Darüber hinaus waren Diakonissen auch mit der Kinderbetreuung betraut und als Lehrerinnen tätig. Mit Schreiben vom 27.8.1946 teilte der Stationsarzt Dr. Dickel der Mutter von Helga S. mit, dass ihre Tochter den „Hilfskindergarten von Patmos“<sup>152</sup> besuche. Auch den geistig stark behinderten Kindern sind Bildungsangebote gemacht worden, wodurch dokumentiert wird, dass sie nicht a priori aufgegeben und abgeschrieben wurden und damit in Bethel nicht als zeitgemäß „unwert“ angesehen waren. Inge D. sei zwar „hochgradig schwachsinnig“ und daher „nicht weiter bildungsfähig, (...) wie wiederholte Versuche ergaben“<sup>153</sup>, dennoch waren wiederholt Versuche einer Beschulung gemacht worden. Monika B. besuchte im Alter von dreizehn Jahren eine Hilfsschule mit nur mäßigem Erfolg, wie der Stationsbericht vom 12.10.1943 belegt; überdies sehe sie sich gern, „wo man sie nicht stört, ein Bilderbuch“<sup>154</sup> an.

<sup>149</sup> Stationsbericht vom 11.09.1944 aus der Patientenakten Anita B. [HAB].

<sup>150</sup> Dekubitus sind Druckgeschwüre der Haut und tieferer Strukturen, die bei immobilen, insbes. bettlägerigen Patienten durch Druckeinwirkung auf exponierte Hautareale entstehen, wenn ein regelmäßiger und kontinuierlicher Lagewechsel des Patienten nicht erfolgt.

<sup>151</sup> Kitsch, A. 2001, S. 25.

<sup>152</sup> Schreiben von Dr. Dickel an Klara S. (Mutter von Helga S.) vom 27.08.1946 aus der Patientenakte Helga S. [HAB].

<sup>153</sup> Schreiben des Stationsarztes des Hauses Alt-Bethphage an das Kreisjugendamt in Bad Segeberg vom 20.09.1945 aus der Patientenakte Inge D. [HAB].

<sup>154</sup> Stationsbericht vom 01.02.1943 aus der Patientenakte Monika B. [HAB].



Abb. 9: Schulunterricht mit epilepsiekranken Kindern in den 1920er Jahren

Nicht zuletzt die Lebens- und Krankengeschichten von Helga S., Inge D. und Monika B. zeigen uns, dass in Bethel auch unter den Bedingungen der nationalsozialistischen Diktatur ein hohes fachliches Niveau und vielfältiges persönliches Engagement für die Kranken auf der Grundlage des christlichen Menschenbildes vereint waren, das den Menschen als Ebenbild Gottes sieht und davon ausgeht, dass jeder noch so beeinträchtigte Mensch seinen individuellen Beitrag zur menschlichen Gemeinschaft leisten kann und soll, wie es Friedrich v. Bodelschwingh oft formuliert hat und das den Gründungsimpetus der v. Bodelschwingschen Anstalten darstellte.

## Abbildungsverzeichnis

- Abbildung 1: Bethel. Die von Bodelschwingh'schen Anstalten in Wort und Bild (S. 34)
- Abbildung 2: Hauptarchiv vBA Bethel; Sammlung BI 12, Nr. 12
- Abbildung 3: Hauptarchiv vBA Bethel; Sammlung BI 12, Nr. 12
- Abbildung 4: Hauptarchiv vBA Bethel; Sammlung BI 12, Nr. 12
- Abbildung 5: Krankenakte Erika W. [Hauptarchiv vBA Bethel]
- Abbildung 6: Bodelschwingh, F. von: Die Stadt der Epileptischen (S. 25)
- Abbildung 7: Bethel. Die von Bodelschwingh'schen Anstalten in Wort und Bild (S. 17)
- Abbildung 8: Borchers, C.: Die Töchter der Schmelzhütte (S. 168)
- Abbildung 9: Bodelschwingh, F. von: Die Stadt der Epileptischen (S. 4)

## Quellen- und Literaturverzeichnis

- Anstalt Bethel (Hg.): Bethel. Die von Bodelschwingh'schen Anstalten in Wort und Bild. Bethel bei Bielefeld 1935.
- Aperdanner, Stefanie: Die Anfänge der Psychiatrie in Bethel. In: Ravensberger Blätter 2/2006, S. 1-19.
- Beddies, Thomas: Zur Methodologie der wissenschaftlichen Auswertung psychiatrischer Krankengeschichten. In: Albrecht Hirschmüller und Annett Moses (Hg.): Psychiatrie in Binswangers Klinik „Bellevue“. Diagnostik – Therapie – Arzt-Patient-Beziehung. Vorträge einer Internationalen Tagung Tübingen 4.-5. Oktober 2002. Tübingen 2002, S. 3-11.
- Benad, Matthias: „In den meisten Fällen lassen die Kranken diesen kleinen Eingriff ohne jeden Widerstand vornehmen...“. Allgemeine Beobachtungen und eine Fallstudie zu Eugenik und Zwangssterilisationen in Bethel 1933–1945. In: Wort und Dienst. Jahrbuch der Kirchlichen Hochschule Bethel 23/1995, S. 201-220.
- Benad, Matthias: Irrenpflege und soziale Psychiatrie in einer diakonischen Großanstalt. In: Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche

- von Westfalen (Hg.): Anstalten, Angehörige und Alternativen: Diakonische Arbeit im Wandel der Diakonie- und Psychiatriegeschichte. Münster 1999.
- Benad, Matthias und Mentner, Regina (Hg.): Zwangsverpflichtet. Kriegsgefangene und zivile Zwangsarbeiter(-innen) in Bethel und Lobetal 1939–1945. Bielefeld 2002.
- Bock, Gisela: Zwangssterilisation im Nationalsozialismus. Studien zur Rassenpolitik und Frauenpolitik. Opladen 1986.
- Bodelschwingh, Friedrich von: Die Stadt der Epileptischen – Bethel bei Bielefeld. Bethel/Bielefeld 1933.
- Borchers, Christiane: Die Töchter der Schmelzhütte. Eine statistische Untersuchung zu den Probeschwestern, Hilfsschwestern und eingeseigneten Schwestern der Westfälischen Diakonissenanstalt Sarepta bei Bielefeld. In: Matthias Benad (Hg.): Friedrich v. Bodelschwingh d. J. und die Betheler Anstalten. Frömmigkeit und Weltgestaltung. Stuttgart 1997, S. 164-174.
- Feer, Emil: Lehrbuch der Kinderheilkunde. Jena 1934
- Faulstich, Heinz: Hungersterben in der Psychiatrie 1914–1949. Mit einer Topographie der NS-Psychiatrie. Freiburg/Br. 1998.
- Heiselbetz, Irene: „...und dass der Staat beruhigt ist“. Zwangssterilisation im Dritten Reich und die Wiedergutmachung. Erlebniswelt der Betroffenen des Langzeitbereichs Bethel im Jahr 1991. Diss. Med. Witten/Herdecke 1992.
- Hochmuth, Anneliese: Bethel in den Jahren 1939–1943. Eine Dokumentation zur Vernichtung lebensunwerten Lebens. In: Bethel-Arbeitsheft 1/1972, S. 3-35.
- Hochmuth, Anneliese: Spurensuche. Eugenik, Sterilisation, Patientensterbe und die v. Bodelschwingschen Anstalten Bethel 1929–1945. Bielefeld 1997.
- Holtkamp, Martin: Werner Villinger (1887–1961). Die Kontinuität des Minderwertigkeitsgedankens in der Jugend- und Sozialpsychiatrie. Husum 2002.
- Isermann, Horst: Zur Entwicklung der Nervenheilkunde in den von Bodelschwingschen Anstalten Bethel, Bielefeld. In: Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für Nervenheilkunde 11/2005, S. 157-167
- Kitsch, Anne (Hg.): Wir sind so frei... Biographische Skizzen von Diakonissen. Bielefeld 2001.
- Klee, Ernst: „Die SA Jesu Christi“. Die Kirchen im Banne Hitlers. Frankfurt/M. 1989.
- Kühl, Stefan: Bethel zwischen Anpassung und Widerstand. Die Auseinandersetzung der von Bodelschwingschen Anstalten mit der

- Zwangssterilisation und den Kranken- und Behindertenmorden im Nationalsozialismus. Bielefeld 1990
- Kühl, Stefan: Eugenik und „Vernichtung lebensunwerten Lebens“: Der Fall Bethel aus einer internationalen Perspektive. In: Matthias Benad (Hg.): Friedrich v. Bodelschwingh d. J. und die Betheler Anstalten. Frömmigkeit und Weltgestaltung. Stuttgart 1997, S. 54-67.
- Kumbier, Ekkehardt und Haack, Kathleen: Wie aus einem Schlafmittel ein Antiepileptikum wurde – Die Entdeckung der antiepileptischen Wirkung von Phenobarbital durch Alfred Hauptmann. In: Aktuelle Neurologie 31/2004, S. 302-306
- Pörksen, Niels: Zwangssterilisation in Bethel. In: Matthias Benad (Hg.): Friedrich v. Bodelschwingh d. J. und die Betheler Anstalten. Frömmigkeit und Weltgestaltung. Stuttgart 1997, S. 274-293
- Schmuhl, Hans-Walter: Ärzte in der Anstalt Bethel 1870–1945. Bielefeld 1998.
- Schmuhl, Hans-Walter: Ärzte in der Westfälischen Diakonissenanstalt Sarepta 1890–1970. Bielefeld 2001.
- Schmuhl, Hans-Walter: Fritz v. Bodelschwingh, die Ärzte und der medizinische Fortschritt. In: Matthias Benad (Hg.): Friedrich v. Bodelschwingh d. J. und die Betheler Anstalten. Frömmigkeit und Weltgestaltung. Stuttgart 1997, S. 101-117.
- Schmuhl, Hans-Walter: Theologen und Ärzte in Bethel. In: Friedrich Schophaus (Hg.): Epileptologie und Seelsorge im Epilepsie-Zentrum Bethel. Bielefeld 2000, S. 12-20.
- Schmuhl, Hans-Walter: Zwischen vorausgehendem Gehorsam und halberherziger Verweigerung. Werner Villinger und die nationalsozialistischen Medizinverbrechen. In: Der Nervenarzt 11/2002, S. 1058-1063.
- Schott, Heinz und Tölle, Rainer: Geschichte der Psychiatrie. Krankheitslehren – Irrwege – Behandlungsformen. München 2006.
- Schwager, Hans-Joachim: Anstalt in evangelischer Tradition. [Bethel-Beiträge, Heft 29] Bielefeld 1985.
- Stockhecke, Kerstin: Die Badeanstalt in Bethel. Medizinischer Fortschritt und Dienstleistungsbetrieb. In: Ravensberger Blätter 2/2006, S. 20-32.
- Stockhecke, Kerstin: „Kriegsdienst der Anstaltsgemeinde“. Das Reserve-lazarett in den v. Bodelschwinghschen Anstalten Bethel im Zweiten Weltkrieg. In: Bernd Hey (Hg.): Kirche in der Kriegszeit 1939–1945. Bielefeld 2005, S. 79-99.
- Sutter, Peter: Der sinkende Petrus. Rickling 1933–1945. Rickling 1986
- Walter, Bernd: Zwangssterilisationen und Planwirtschaft im Anstaltswesen. Die Konfrontation der v. Bodelschwinghschen Anstalten in Bethel mit den rassenhygienischen Maßnahmen des NS-Regimes. In: Matthias Benad (Hg.): Friedrich v. Bodelschwingh d. J. und die Betheler

- ler Anstalten. Frömmigkeit und Weltgestaltung. Stuttgart 1997, S. 137-152.
- Winkler, Kerstin: Diakonische Schwestern und Mutterhausdiakonie. Sarepta im 20. Jahrhundert zwischen gesellschaftlichen Ansprüchen und eigenen Prinzipien. Diss. Theol. Bielefeld 2002.
- Wolf, Bernward (Hg.): Lebenslang als minderwertig abgestempelt. Das Mahnmal zum Gedenken an die Opfer von Zwangssterilisationen während der NS-Zeit in Bethel. Dokumentation, Hintergründe, Fragen an gegenwärtiges Handeln. Bielefeld 2001.
- Wolff, Eberhard: Perspektiven der Patientengeschichtsschreibung. In: Norbert Paul und Thomas Schlich (Hg.): Medizingeschichte: Aufgaben, Probleme, Perspektiven. Frankfurt/M. 1998, S. 311-334.