

Maria Hermes

**Psychiatrie im Krieg:  
Das Bremer St.Jürgen-Asyl im Ersten Weltkrieg**





Maria Hermes

**Psychiatrie im Krieg:  
Das Bremer St.Jürgen-Asyl im Ersten Weltkrieg**

Forschung für die Praxis – Hochschulschriften

Psychiatrie Verlag

DOI: 10.1486/9783884145913

**Maria Hermes. Psychiatrie im Krieg: Das Bremer St.Jürgen-Asyl im Ersten Weltkrieg**

ISBN 978-3-88414-591-3

**Bibliografische Informationen der Deutschen Nationalbibliothek**

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

Drucklegung gefördert durch



1. Auflage

© Psychiatrie Verlag GmbH, Köln 2013

Alle Rechte vorbehalten. Kein Teil dieses Werkes darf ohne Zustimmung des Verlags vervielfältigt, digitalisiert oder verbreitet werden.

Umschlaggestaltung: Dorothea Posdiena, Fröndenberg

Satz: Psychiatrie Verlag, Köln

Druck: SDL Buchdruck, Berlin

Psychiatrie Verlag im Internet: [www.psychiatrie-verlag.de](http://www.psychiatrie-verlag.de)

<b>Vorwort</b>	<b>7</b>
<b>1 Einleitung</b>	<b>9</b>
<b>2 Der Kontext: Eine Institution im Krieg</b>	<b>12</b>
2.1 Die Vorgeschichte: Zur Geschichte des St.Jürgen-Asyls bis 1914	12
2.2 Finanzierung und Verwaltung des St.Jürgen-Asyls	19
2.3 Das St.Jürgen-Asyl im Krieg	21
2.3.1 Institutionelle Veränderungen: Die Einrichtung eines Reservelazarett	21
2.3.2 Ärzte, Pfleger und Schwestern –Sanitätsoffiziere und Helferinnen: Das Personal	32
2.4 Krankenhausalltag, Kriegsalltag	61
2.4.1 Die Aufnahme in das St.Jürgen-Asyl	61
2.4.2 Der Alltag des Krieges im Krankenhaus	67
<b>3 Seelische Krankheiten im Krieg</b>	<b>87</b>
3.1 Diagnosen: Kriegsneurose, traumatische Neurose und Hysterie	87
3.2 Exkurs: Zur Geschichte der Hysterie	88
3.3 Diagnosen im St.Jürgen-Asyl	91
3.4 Der psychiatrische Umgang mit soldatischer Gewalterfahrung	94
3.5 Abweichendes Verhalten im Krieg: Die Psychiatrie und die Deserteure	97
3.5.1 Der ärztliche Umgang mit Deserteuren: Die Psychiatrie als Schutzraum	101
<b>4 Krank durch den Krieg? Ursachen psychischer Krankheit im Krieg</b>	<b>104</b>
4.1 Exkurs: Sozialdarwinismus als Theorie und Ideologie	109
4.2 Sozialdarwinismus und Krankheitsursachen im Krieg	114
4.3 Rentenzahlungen und Kriegsdienstbeschädigung	127
4.3.1 Simulation	131
<b>5 Behandlungsmethoden im St.Jürgen-Asyl</b>	<b>140</b>
5.1 Elektrische Ströme und Hypnose: Aktive Behandlungsmethoden in Bremen	143
5.2 Passive Behandlungsmethoden im St.Jürgen-Asyl	145
5.2.1 Die Behandlung im Krankenbett	145
5.2.2 Arbeitstherapie	146
5.2.3 Dauerbadbehandlung und feuchte Packung	149
<b>6 Fazit: Versuch einer Einordnung</b>	<b>152</b>
<b>7 Bibliographie</b>	<b>153</b>

<b>7.1</b>	<b>Archivalische Quellen</b>	<b>153</b>
7.1.1	Alt-Archiv am Klinikum Bremen-Ost	153
7.1.2	Archiv des Krankenhaus-Museums am Klinikum Bremen-Ost, Bremen	156
7.1.3	Staatsarchiv Bremen	156
<b>7.2</b>	<b>Gedruckte Quellen und Literatur</b>	<b>158</b>
<b>8</b>	<b>Abbildungsverzeichnis</b>	<b>174</b>
<b>9</b>	<b>Die Autorin</b>	<b>176</b>

# Vorwort

Im nächsten Jahr jährt sich der Erste Weltkrieg zum 100. Mal. Unzählige Vorträge, Ausstellungen und Publikationen wird es geben, die sich mit dieser bedeutenden Zeit des Umbruchs befassen. Diese Zeit, die als »Urkatastrophe des 20. Jahrhunderts«, um es mit einem oftmals genutzten Ausdruck George F. Kennans zu bezeichnen, in die Geschichtsschreibung eingegangen ist, veränderte nicht nur die Gesellschaft, sondern auch und vor allem ihre Individuen. Wichtig ist jedoch, den Ersten Weltkrieg nicht nur als historisches Ereignis zu betrachten, sondern seine Auswirkungen auf die Gegenwart wahr- und ernst zu nehmen. Diese Zusammenhänge ergeben sich in der Psychiatrie unter anderem über das Thema der heute leider hochaktuellen Posttraumatischen Belastungsstörungen von Soldaten im Afghanistan- und anderen Kriegen.

Diese Publikation befasst sich mit der Psychiatrie in Bremen im Ersten Weltkrieg. Sie knüpft an meine 2012 im Klartext Verlag erschienene Dissertation zur Psychiatrie während des Ersten Weltkrieges an (»Krankheit: Krieg. Psychiatrische Deutungen des Ersten Weltkrieges«), die erste Publikation, die sich mit bremischer Alltagsgeschichte zwischen 1914 und 1918 befasste. Die vorliegende Arbeit, losgelöst von der genuin wissenschaftlichen Forschungsfrage der Dissertation nach Deutungen des Krieges mittels Krankheitskonstruktionen, basiert auf neuen Forschungsergebnissen zur Alltagsgeschichte des heutigen Klinikums Bremen-Ost im Ersten Weltkrieg. Es handelt sich um die erste Institutionengeschichte eines ursprünglich zivilen Krankenhauses zwischen 1914 und 1918; die erste Arbeit, die die Gruppe der weiblichen Patienten ebenfalls berücksichtigt und die auf der Auswertung psychiatrischer Krankenakten aus der genannten Zeit beruht. Das bremische sei somit, trotz seiner Besonderheiten, als Beispiel für nur ein psychiatrisches Krankenhaus im Deutschen Reich zwischen 1914 und 1918 aufgefasst. – Die vorliegende Publikation begleitet zudem meine Wanderausstellung »Von Kriegszitterern, Sanitätsoffizieren und Helferinnen: Trauma und Psychiatrie im Ersten Weltkrieg«.

Bedanken möchte ich mich bei all den Personen und Institutionen, die mich während meiner Arbeit am Thema unterstützten. Da die vorliegende Arbeit auf meiner Dissertation beruht, sind dies zuvorderst meine Doktorväter PD Dr. Ingo Harms und Prof. Dr. Norbert Schmacke: Ich bin froh, dass sie meine Arbeit betreut haben. – Die Direktion des Klinikums Bremen-Ost gestattete meine Forschung, die Mitarbeiterinnen des Altarchivs an selbigem Krankenhaus ermöglichten mir den

Zugang zu den Akten; danke hierfür. Auch die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen des Staatsarchivs Bremen haben meine Forschungen unterstützt.

Die KulturAmbulanz Bremen (Krankenhaus-Museum) und ihr Leiter Achim Tischer sind besonders hervorzuheben, ihnen verdanke ich nicht nur die Entdeckung des Themas. Meine jahrelange Tätigkeit als Mitarbeiterin und die vielen Gespräche mit Kollegen (Hedwig Thelen und Jörn Brunke seien hier dankend erwähnt), Psychiatrieerfahrenen und Mitarbeiterin des Klinikums Bremen-Ost sind Erfahrungen von unschätzbarem Wert. Sie haben meinen Horizont mehr erweitert und mein Leben mehr bereichert, als ich es für möglich gehalten hätte.

Großer Dank gebührt auch meiner Familie für ihre unermüdliche Unterstützung und ihr Interesse: Meinen Eltern Doris und Heiner, Agnes, Andreas, Petra, Simon und Jakob Hermes. – Mein lieber Freund und Kollege Dr. Thomas Bryant hat diese Publikation gründlich und mit großem Interesse Korrektur gelesen, ihm sei hierfür mein Dank ausgesprochen.

Dank sei auch den Förderern dieser Publikation bezeugt, der Stiftung Die Schwelle – Bremer Beiträge zur Friedensarbeit sowie Herrn Prof. Carus und Herrn Prof. Zimmermann für die Geschäftsführung des Klinikums Bremen-Ost.

Die Auseinandersetzung mit der Zeit des Ersten Weltkrieges hat mich meiner eigenen Familiengeschichte nähergebracht: Mein Urgroßvater väterlicherseits, zu diesem Krieg eingezogen und auch verwundet, ist so erst lebendig für mich geworden. In diversen Gesprächen hierzu mit meiner Großmutter habe ich auch sie wieder einmal als beeindruckende Persönlichkeit erfahren, die sich eine große Offenheit und Kritikfähigkeit für die Geschehnisse in der Welt bewahrt hat, eine Akzeptanz von uns Enkeln so, wie wir sind; für die ich immer wieder nur dankbar sein kann. Diese Publikation ist daher meiner lieben Omi Marianne gewidmet: Ich bin froh, dass es Dich gibt!

*Maria Hermes, September 2013*



# 1 Einleitung

Psychiatrie im Krieg, Psychiatrie im Ersten Weltkrieg – dieses Thema wurde von der historischen Forschung lange Zeit nicht beachtet. Die schrecklichen Geschehnisse der Psychiatrie im Nationalsozialismus und im Zweiten Weltkrieg, die Zwangssterilisationen, die Krankenmorde unter dem Deckmantel der »Euthanasie« sowie das Hungersterben vor 1939 im Rahmen der sogenannten Aktion T 4 und der anschließenden »wilden Euthanasie« schienen eine Auseinandersetzung mit derjenigen zwischen 1914 und 1918 zweitrangig sein zu lassen. Die Psychiatrie im Ersten Weltkrieg kann jedoch in vielerlei Hinsicht als Vorgeschichte derer im Nationalsozialismus betrachtet werden. Dabei waren es nicht nur die (seit den 1980er-Jahren zunehmend erforschten) Ereignisse und Auffassungen der Militärpsychiatrie, die die »Heilkunst der Seele« im nationalsozialistischen Deutschland prägten. Auch und gerade die Geschehnisse in der zivilen Psychiatrie zwischen 1914 und 1918 waren hier bestimmend.

Der Erste Weltkrieg wird mit einem Ausdruck George F. Kennans oftmals als »Urkatastrophe des 20. Jahrhunderts« bezeichnet. Und auch wenn die eigentlichen Kampfhandlungen zwischen 1914 und 1918 weit ab von der Freien Hansestadt Bremen im Osten und Westen stattfanden, befand sich die Stadt im Krieg. Denn im Ersten Weltkrieg, von der gegenwärtigen Geschichtsschreibung oftmals zu Recht als erster »totaler Krieg« bezeichnet, hatte sich die gesamte Heimat an den Bedürfnissen der Front auszurichten. Somit erkrankten auch Zivilpersonen, Männer ebenso wie Frauen, infolge ihrer Kriegserlebnisse und damit *durch den Krieg*. Auch die Menschen in der Heimat – und damit auch in Bremen – befanden sich im Krieg. Die umfangreichen Verletzungen des Ersten Weltkrieges führten zudem dazu, dass die betroffenen Soldaten ebenfalls in der Heimat versorgt werden mussten. Denn die anfänglichen Überlegungen eines kurzen (und siegreichen) Feldzuges sollten sich bald als Illusion herausstellen. Der Erste Weltkrieg war ein mehr als vier Jahre andauernder Zustand, den in dieser Form kaum jemand erwartet hatte. Auch mit der Masse an verwundeten und erkrankten Soldaten hatte keiner gerechnet. Schon bald kam es zur Einrichtung zahlreicher Lazarette auch in Bremen. Die Bevölkerung wurde auf diese Weise unmittelbar mit den Folgen des Krieges auf die Gesundheit der Soldaten konfrontiert: Die Freie Hansestadt Bremen war in mancherlei Hinsicht in diesen Krieg involviert.

Psychiatrie im Krieg, das hat noch eine andere Bedeutung. 1940 schrieb der zeitgenössisch bekannte Psychiater Robert Gaupp über die Jahre zwischen 1914

und 1918: »Der Weltkrieg hat gelehrt, dass die eigentlichen Geisteskrankheiten in ihm und durch ihn weder an Zahl zugenommen, noch in bisher unbekanntem Formen aufgetreten sind.«<sup>1</sup> Woher resultiert eine solche Auffassung, wusste man doch spätestens mit der Publikation des »Sanitätsberichts über das Deutsche Heer (Deutsches Feld- und Besatzungsheer) im Weltkriege 1914/1918« im Jahr 1934<sup>2</sup>, dass hunderttausende Soldaten im Ersten Weltkrieg seelisch erkrankten bzw. traumatisiert wurden, wie man heute sagen würde? Die Äußerung Gaupps steht in engem Zusammenhang mit einer lange Zeit in Ärztekreisen verbreiteten Auffassung.

Medizin im Krieg – dieser Zusammenhang scheint, folgt man jener Auffassung, auf den ersten Blick widersprüchlich. Lange Zeit war unter Medizinern die Ansicht beliebt, medizinische Tätigkeit geschehe unabhängig von jedweden politischen Geschehnissen und unabhängig von Kriegen. Ärzte beteuerten, ihre Arbeit sei im Krieg die gleiche wie zu Friedenszeiten, sei es doch ihre alleinige Aufgabe, Menschen zu helfen und zu heilen. Johanna Bleker hat als eine der ersten darauf aufmerksam gemacht, dass Medizin im Krieg niemals unabhängig von dem jeweiligen Krieg stattfindet.<sup>3</sup> Ärzte, die nicht nur für das Militär, sondern unter den Bedingungen eines Krieges tätig sind, haben sich immer mit dessen Folgen auseinanderzusetzen. Doch nicht nur bedingt eine den Erfordernissen des Krieges untergeordnete Medizin die Ungleichbehandlung von Menschen, indem zwischen Verbündeten und Feinden sowie zwischen Militärangehörigen unterschiedlicher Ränge unterschieden und daraus resultierend unterschiedlich behandelt wird. Auch indem Soldaten überhaupt wieder kriegsverwendungsfähig geschrieben werden, werden nicht nur sie als Individuen neuen Verletzungen und womöglich dem Tod ausgesetzt. Die Wiederherstellung von Soldaten für das Heer trägt zudem zu einer Verlängerung des Krieges bei, indem immer neues »Menschenmaterial«, so ein zeitgenössischer Ausdruck, »bereitgestellt« wird. Somit gibt es durchaus Unterschiede zwischen der Psychiatrie im Allgemeinen und im Besonderen zu Friedens- und zu Kriegszeiten.

Gerade militärpsychiatrische Zeitschriften im Ersten Weltkrieg lassen erkennen, dass Psychiater sich hier durchaus an den Vorstellungen des Militärs

- 
- 1 GAUPP, Robert (1940): Die psychischen und nervösen Erkrankungen des Heeres im Weltkrieg, in: *Der Deutsche Militärarzt. Zeitschrift für die gesamte Wehrmedizin*, 1940, 5. Jg., Heft 6, S. 358–368. Hier S. 359, Hervorgehoben im Original.
  - 2 Anonymus (1934): Sanitätsbericht über das Deutsche Heer (Deutsches Feld- und Besatzungsheer) im Weltkriege 1914/1918 (Deutscher Kriegssanitätsbericht 1914/18), 3. Band: Die Krankenbewegung bei dem Deutschen Feld- und Besatzungsheer im Weltkriege 1914/1918, Berlin: Verlag von E. G. Wittler und Sohn.
  - 3 Vgl. hierzu BLEKER, Johanna (1987): Einleitung. Medizin im Dienst des Krieges – Krieg im Dienst der Medizin. Zur Frage der Kontinuität des ärztlichen Auftrages und ärztlicher Werthaltungen im Angesicht des Krieges, in: DIES./Heinz-Peter SCHMIEDEBACH (Hrsg., 1987): *Medizin und Krieg. Vom Dilemma der Heilberufe 1865 bis 1985*, Frankfurt/Main: Fischer Taschenbuch. S. 13–28.

orientierten und somit zu »Maschinengewehre[n] hinter der Front«<sup>4</sup> (so ein Ausdruck Sigmund Freuds) wurden. Doch auch in der zivilen Psychiatrie musste eine Umstellung auf den Krieg erfolgen. Im Bremer St.Jürgen-Asyl, dem psychiatrischen Krankenhaus Bremens und heutigen Klinikum Bremen-Ost, wurden nun auch Soldaten behandelt. Es wurde ein Reservelazarett eingerichtet, es mussten Dienstbeschädigungen, die zukünftige Kriegsverwendungsfähigkeit und Rentenzahlungen von Soldaten beurteilt werden. Auch zivile Psychiatrie fand somit unter den Bedingungen des Krieges im Krieg statt. Wie sich die Ärzte des St.Jürgen-Asyls auf diesen Krieg umstellten ist Thema dieses Buches.

Bei der vorliegenden Publikation handelt es sich um die erste Geschichte eines ursprünglich zivilen psychiatrischen Krankenhauses im Ersten Weltkrieg. Das Thema der Posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS) infolge von Kriegserlebnissen ist gegenwärtig hochaktuell. Der Erste Weltkrieg ist lt. gegenwärtiger Auffassungen der erste Krieg, in dem es zu massenhaft seelischen Erkrankungen von Soldaten kam. Den psychiatrischen Umgang mit den seelischen Erkrankungen von Soldaten und Zivilpersonen, männlichen und weiblichen Patienten zeigt der vorliegende Band am Beispiel des bremischen St.Jürgen-Asyls.

---

4 Sigmund Freud schrieb: »Aber ebenso ist es richtig, daß wir so etwas wie ein Volksheer hatten, daß der Mann zum Kriegsdienst gezwungen war, daß er nicht gefragt wurde, ob er gerne in den Krieg geht, und man mußte daher darauf gefaßt sein, daß die Leute flüchten wollten, und den Ärzten ist etwas wie die Rolle von Maschinengewehren hinter der Front zugefallen, die Rolle, die Flüchtigen zurückzutreiben.« (EISLER, Kurt R. [1979]: Freud und Wagner-Jauregg vor der Kommission zur Erhebung militärischer Pflichtverletzungen, Wien: Löcker Verlag. Hier S. 53).

## 2 Der Kontext: Eine Institution im Krieg

### 2.1 Die Vorgeschichte: Zur Geschichte des St.Jürgen-Asyls bis 1914

»Ab nach Ellen« – diese Worte sind vielen Bremerinnen und Bremern heute noch bekannt. Sie verweisen auf die Entstehungsgeschichte und Funktion des psychiatrischen Krankenhauses der Hansestadt, des St.Jürgen-Asyls, um das es in diesem Buch geht. Denn dieses wurde im ländlichen *Ellen* »bei Bremen« gebaut – bewusst zehn Kilometer vom Bremer Markt entfernt. Am 1. April 1904 eröffnete hier, vor den ehemaligen Toren der Stadt, das »St.Jürgen-Asyl für Geistes- und Nervenranke« seine Pforten.

Doch zurück zu den Anfängen. 1851 war es zu einem Krankenhausneubau in Bremen gekommen: In der St.Jürgen-Straße wurde das Städtische Krankenhaus eröffnet. In getrennten Häusern waren hier körperlich und psychisch Kranke untergebracht.<sup>5</sup> In der Abteilung für psychisch Kranke fanden zunächst 62 Patientinnen und Patienten auf einer Männer- und einer Frauenstation Platz.<sup>6</sup> Auch in der Hansestadt konnte der deutschlandweite Trend verzeichnet werden, nach dem es gegen Ende des 19. Jahrhunderts zu einer stetigen Zunahme von Psychiatriepatienten kam, sodass stetige Erhöhungen der Bettenzahl notwendig wurden. Zum einen wurden infolge der Notlagen der in Bremen erst spät einsetzenden Industrialisierung immer mehr Menschen krank und bedurften ärztlicher Hilfe. Infolge unzureichender Behandlungsmethoden blieben diese Patienten meist lange

---

5 Siehe zum Krankenhaus in der St.Jürgen-Straße LEIDINGER, Barbara (2000): Krankenhaus und Kranke. Die Allgemeine Krankenanstalt an der St.Jürgen-Straße in Bremen, 1851–1897, Stuttgart: Franz Steiner Verlag; KÜTZ, Ulrich (1988): Entwicklung von Kommunikationsstrukturen im Krankenhaus. Eine medizinhistorische Untersuchung am Beispiel des Krankenhauses St.Jürgen-Straße in Bremen, Berlin: maschinengeschrieben; DAMMANN, Gerd (2001): Zentralkrankenhaus Sankt-Jürgen-Strasse. »Mehr als ein großes Krankenhaus«. Vom Hospital zum Gesundheitszentrum. 1851–2001. Eine Chronik über mehr als 150 Jahre, Bremen: Selbstverlag sowie MÜLLER, Nicola (2001): Julie Schwabe, Diagnose »Erotomanie«, in: Arbeiterbewegung und Sozialgeschichte. Zeitschrift für die Regionalgeschichte Bremens im 19. und 20. Jahrhundert, 2001, Heft 8, S. 50–62.

6 Vgl. GILDEMEISTER, Rudolf (1954): Rückblick, in: SCHULTE, Heinrich (Hrsg., 1954): Die Bremische Nervenklinik 1904–1954, Bremen: Selbstverlag der Städtischen Nervenklinik. S. 6–40. Hier S. 10.

im Krankenhaus. Doch auch die Ausweitung des psychiatrischen Zuständigkeitsbereichs führte zu einem Anstieg der Patientenzahlen: Psychiater sahen sich auf einmal verantwortlich und in der Lage, sämtliche abweichenden Verhaltensweisen zu erklären, seelische Krankheit wurde (und blieb dieses lange) überwiegend mit abweichendem Verhalten gleichgesetzt. Trotz mehrfacher Erweiterungen genügte daher im Krankenhaus in der St.Jürgen-Straße die psychiatrische Abteilung gegen Ende des 19. Jahrhunderts weder den Platzbedürfnissen noch den hygienischen Anforderungen.<sup>7</sup>

Im Jahre 1897 wurde der Bau eines neuen Krankenhauses für psychisch Kranke beschlossen und das Gelände des zukünftigen Krankenhauses von der Stadt erworben.<sup>8</sup> Hierbei stand zunächst infrage, ob ein neues Gebäude in der Stadt oder ein ganz neues Krankenhaus außerhalb derselben errichtet werden sollte. Hitzige Debatten wurden geführt. Schließlich entschied man sich für einen Neubau im Ländlichen *bei* Bremen und zugleich für den Bau des Krankenhauses als dörfliche Anlage: »Gerade für die Stadtbewohner, aus denen die Pfleglinge eines Bremischen Irrenhauses fast ausschließlich hervorgehen, haben die ländlichen Verhältnisse einen besonderen Reiz; sie gewähren nicht nur Beschäftigung, sondern fesseln auch die Aufmerksamkeit und lenken dadurch den Geist der Kranken von trüben Erinnerungen und von den Widerwärtigkeiten der eigenen Vergangenheit ab. Jedem Menschen wird der Fleck Erde, auf dem er gesät, gepflanzt und geerntet hat, schließlich teuer.«<sup>9</sup> So sei es möglich, durch den Neubau »ein Werk zu schaffen, welches den Kranken zum Heile und der Stadt zur Ehre gereicht«.<sup>10</sup>

Im St.Jürgen-Asyl war man im Folgenden auch für die Familienpflege zuständig, die der Arzt Friedrich Engelken und seine Familie schon seit 1764 in Rockwinkel ganz in der Nähe etabliert hatten. Die Ellener Ärzte übernahmen nun, ab 1905, die Verteilung der Pfleglinge auf Familien der Umgebung, ihre ärztliche Versorgung und Betreuung.<sup>11</sup> Auf dem 72 Hektar großen Gelände des St.Jürgen-Asyls selbst wurden Patienten in der geschlossenen Zentralanstalt und in der kolonialen Pflege versorgt. Dabei war Erstere die derzeit übliche Versorgung psychiatrischer Patienten auf geschlossenen Stationen. Bei der zeitgenössisch hochmodernen Verpflegungsform der »agricole[n] Colonie« wurden »die Irren [...] in einer Colonie vereinigt, um unter entsprechender Aufsicht gemeinsam Ackerbau, Gartenbau, Viehzucht – kurz was zur Bewirthschaftung

---

7 DELBRÜCK, Anton (1907): Das St. Jürgenasyl für Geistes- und Nervenranke in Ellen (Bremen) bei Hemelingen, in: TJADEN, Hermann (Hrsg., 1907): Bremen in hygienischer Beziehung, Bremen: Gustav Winter. S. 264–275. Hier S. 264.

8 Vgl. ebd.

9 StAB, 4,21-572, Akte betr. Oeffentliche Irrenanstalten, Bd. 1. 1895–1913.

10 Ebd.

11 Vgl. DELBRÜCK 1907: 265.

der Colonie gehört, zu betreiben«<sup>12</sup>. Die Möglichkeit der Einrichtung einer kolonialen Anstalt war ein wesentliches Argument für den Bau eines neuen Krankenhauses auf dem Land.

Den Plan für das St.Jürgen-Asyl entwickelte der Architekt Hugo Wagner gemeinsam mit dem am 1. Juli 1898 berufenen Anstaltsdirektor Anton Delbrück, sodass der vorgesehene Neubau architektonisch<sup>13</sup> und medizinisch reformerische Gesichtspunkte vereinigte: Delbrück war als Assistenzarzt u.a. in der Anstalt Alt-Scherbitz bei Dresden tätig gewesen, der ersten kolonialen Anstalt Deutschlands. Das St.Jürgen-Asyl wurde nach dem Vorbild dieser ersten »Irrenkolonie« konzipiert.



Abbildung 1: Das St.Jürgen-Asyl in Bremen

Wesentliches Gestaltungsmerkmal der neuen Anlage war ihre Konzeption als »freundliche Zufluchtsstätte« – der Name »St.Jürgen-Asyl für Geistes- und Nervenranke«<sup>14</sup> verwies hierauf. Die Patienten sollten nicht den Eindruck

12 SCHOLZ, Friedrich (1882): Vorträge über Irrenpflege, zitiert nach ENGELBRACHT, Gerda/Achim TISCHER (1990): Das St. Jürgen-Asyl in Bremen. Leben und Arbeiten in einer Irrenanstalt 1904–1934, Bremen: Edition Temmen. S. 18.

13 Vgl. zur Architektur des St.Jürgen-Asyls im Jugendstil ENGELBRACHT/TISCHER 1990, hier S. 15 sowie KIRSCH, Rolf (2006): Neu unter Schutz gestellt Denkmale. Ehemaliges St.Jürgen-Asyl (heute Teil des Klinikums Ost), Züricher Straße, in: SKALECKI, Georg (Hrsg., 2006): Denkmalpflege in Bremen. Heft 3, Bremen: Edition Temmen. S. 74–83. S. 79.

14 Hervorhebung M.H.

gewinnen, in einem Krankenhaus zu sein. Dies entsprach hochmodernen medizinischen Vorstellungen des »No-Restraint-Prinzips«. Denn, so das abschließende Gutachten des Bremer Gesundheitsrates zum Bau des neuen Krankenhauses auf dem Lande: »Der Irre ist in vielen Fällen geneigt, Handlungen zu begehen, die nicht geduldet werden können, die man verhüten muß. Es ist daher notwendig, seine Willens- und Handlungsfreiheit zu beschränken, aber je weniger er den Zwang empfindet, unter dem er lebt, je seltener sich seinem Thun Hindernisse entgegenstellen, je milder die Aufrechterhaltung der Ordnung gehandhabt wird, um so weniger Anlass hat er zu Aufregung und Heftigkeit. Beruhigung des Gemütes ist aber eine wesentliche Vorbedingung für den Eintritt der Genesung. Ohne Zweifel sind auf dem Lande weit weniger Einschränkungen erforderlich als in der Stadt, und dieser Umstand allein sollte genügen, um die Entscheidung zu Gunsten der ländlichen Anstalt herbeizuführen.«<sup>15</sup> Im Klartext hieß das, psychisch Kranke würden durch Methoden, die primär auf mechanischer Fixierung (wie der Zwangsjacke) beruhten, nicht gesund. Vielmehr sei das Gegenteil der Fall. Auch neben der Behandlung dürfe ihnen nicht das Gefühl vermittelt werden, eingesperrt zu sein. Diese – heute selbstverständliche – Ansicht beruhte auf dem reformpsychiatrischen Ansatz John Conollys, demzufolge eine psychiatrische Therapie nur dann von Erfolg gekrönt sei, wenn sie ohne Anwendung von Zwang durchgeführt werde.<sup>16</sup> Dieses Prinzip wurde in »Ellen« sowohl bei den Behandlungsmethoden als auch bei der Gestaltung des Anstaltsgeländes umgesetzt.

Das neue St.Jürgen-Asyl wurde auf einer Fläche von 72 Hektar, von denen 18 Hektar für die Gebäude vorgesehen waren, als dörfliche Anlage konzipiert. Eine Umzäunung oder gar eine umgrenzende Mauer gab es zur Vermeidung eines einschränkenden Eindrucks bei den Patienten nicht.<sup>17</sup> Da der spätere Direktor Anton Delbrück die Architektur mitkonzipierte, spiegelte diese zeitgenössische medizinische Vorstellungen zur Versorgung psychisch Kranker wider. Die ideelle Konzeption sah vor, die Anstaltsgebäude – sämtlich ein bis zwei Stockwerke hohe Fachwerkhäuser mit Balkonen, Veranden oder Gärten<sup>18</sup> – asymmetrisch auf dem Gelände zu verteilen. Eine geschickte Aufteilung der Häuser sowie eine sich am Prinzip eines englischen Landschaftsgartens orientierende Wegeordnung sorgten für eine getrennte Männer- und Frauenseite, wobei die Geschlechtertrennung für die Patientinnen und Patienten sowie für das Pflegepersonal bindend war. Dies bedeutete eine panoptische Architektur der Disziplinierung und Überwachung

---

15 StAB, 4,21-572, Akte betr. Oeffentliche Irrenanstalten, Bd. 1. 1895–1913.

16 Vgl. GILDEMEISTER 1954: 13f. sowie PORRE, Eugen de (1965): Vorläufiger Bericht über 200 Jahre Psychiatrie in Bremen-Oberneuland, Bremen: Wilhelm Zertani. S. 23.

17 Vgl. DELBRÜCK 1907: 266f. sowie ENGELBRACHT/TISCHER 1990: 12.

18 Diese dezentrale Bauweise kam der Konzeption des St.Jürgen-Asyls als koloniale Anstalt sehr entgegen (vgl. KIRSCH 2006: 75).

im Foucaultschen Sinn, in die Wegeordnung und die Grundrisse der Gebäude schrieb sich das System der disziplinierenden Macht ein.

Verwaltungsgebäude und Werkstätten waren um einen Hauptweg herum gruppiert, der die beiden Seiten trennte: »Die Anordnung der Gebäude scheint eine glückliche, insofern lediglich durch ihre Gruppierung der Verkehr von aussen [sic] ziemlich von den Kranken ferngehalten wird, während andererseits die männlichen und weiblichen Patienten unter sich wenig zusammenkommen.«<sup>19</sup> 1912 hieß es: »Auf dem [...] bisher freiem [sic] Felde, sind nun die meisten grösseren [sic] Gebäude der Anstalt errichtet, im Osten zunächst fünf grosse [sic] Krankenhäuser für Männer (M), im Westen fünf ebensolche für Frauen (F). Zwischen beiden erstrecken sich als neutrale Zone von Norden nach Süden, umgeben von den zugehörigen Privat-, Gemüse- und Obstgärten [...] das Direktorwohnhaus, das Verwaltungsgebäude, die Kochküche (mit einer kleinen Krankenstation für Frauen), das Maschinenhaus und die Waschküche. Zwischen diesen beiden liegt der eine Hauptzugang der Anstalt, der für den Warenverkehr, von dem südlich gelegenen, jetzt makadamisierten [sic; Makadam ist ein spezieller Straßenbelag, M. H.] Feldweg aus.«<sup>20</sup>

Bis ins kleinste Detail war die bauliche Konzeption des St.Jürgen-Asyls somit durchdacht. Delbrück sagte zur Funktion der architektonischen Gestaltung des St.Jürgen-Asyls: »Durch all diese Momente ist es dem Architekten in einer seltenen Weise gelungen, der Anlage den anstaltseigenen Charakter zu nehmen, [sic] und ihr ein sehr freundliches Aussehen zu geben, das sich äusserst [sic] glücklich in das umgebende Landschaftsbild einfügt, in dessen weissgetünchten [sic] Bauernhäusern die alten Strohdächer schon vielfach durch rote Ziegeldächer ersetzt sind.«<sup>21</sup>

Ein wesentliches Argument für den Bau des Krankenhauses auf dem Land war seine Konzeption als wirtschaftlich autonomer Komplex. Das St.Jürgen-Asyl beinhaltete als Werkstatteengebäude u. a. eine Schusterei, eine Tischlerwerkstatt und eine Sattlerei, es gab eine Wasch- und eine Kochküche sowie ein Wäschereihaus; auch existierten ein Verwaltungsgebäude, das Direktorenwohnhaus, das Maschinenhaus, landwirtschaftliche Gebäude wie ein Kuh- und ein Schweinestall sowie ein Leichenhaus.<sup>22</sup> Die agricole Kolonie ermöglichte es, die Arbeitstherapie einzurichten. Hierbei handelte es sich nicht nur um eine zeitgenössisch sehr angesehene Therapieform; diese Konzeption erbrachte zudem der Stadt Bremen als Träger des Krankenhauses erhebliche Kostenersparnis. So versorgten die arbeitenden Kranken noch 1907 die komplette Anstalt durch das Melken der 24 Kühe mit

19 DELBRÜCK, Anton (1912): Das St.Jürgen-Asyl für Geistes- und Nervenranke in Ellen (Bremen) bei Hemelingen, in: BRESLER, Johannes (Hrsg., 1912): Deutsche Heil- und Pflgeanstalten für Psychischkranke in Wort und Bild, Band 2, Halle/Salle: Marhold. S. 67–81. S. 174.

20 DELBRÜCK 1912: 172.

21 DELBRÜCK 1912: 174.

22 Vgl. DELBRÜCK 1907: 267–268 sowie 272–274.



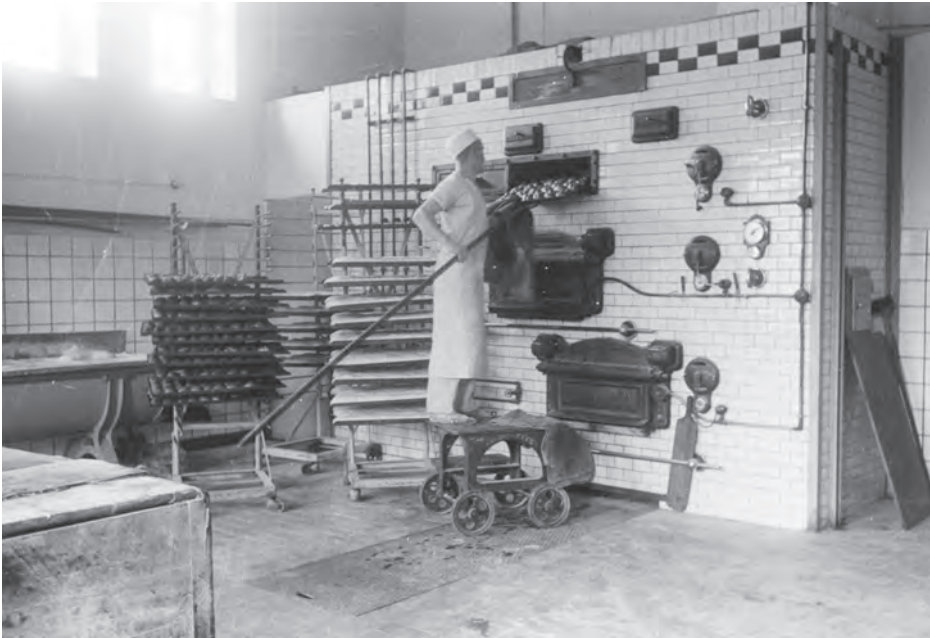


Abbildung 2: Waschküche am St.Jürgen-Asyl



Abbildung 3: Kuhstall am St.Jürgen-Asyl (undatiert)

Milch;<sup>23</sup> 1911 war die Milch dieser Kühe jedoch bereits nicht mehr ausreichend zur Versorgung der Anstalt.<sup>24</sup> Die Schweinemästerei nutzte die Abfälle des Krankenhauses in der St.Jürgen-Straße und des St.Jürgen-Asyls.<sup>25</sup> Diese Konzeption des St.Jürgen-Asyls als wirtschaftlich autonomer Komplex hatte später auch Auswirkungen auf die Folgen der kriegsbedingten Nahrungsknappheit.

Die strikte Gliederung der Anlage setzte sich im Inneren der Gebäude fort, die nach dem Vertikalsystem gebaut waren. Im Erdgeschoss befanden sich Wachsäle für bis zu 20 unruhige Patienten, jeweils fünf Isolierzellen sowie ein Raum für die Dauerbadbehandlung, die auch nachts durchgeführt wurde.<sup>26</sup> Weiterhin befanden sich im Erdgeschoss Tagesräume und eine Garderobe für Patienten. Im Obergeschoss befanden sich Schlafräume für Privatpatienten sowie Räume für das unverheiratete Pflegepersonal, das per Dienstverpflichtung auf dem Gelände wohnte (s. u.).<sup>27</sup> Die Häuser der ruhigen Kranken hatten kein Obergeschoss. In einem Gebäude fanden somit teils 40 bis 50 Kranke Platz.<sup>28</sup>

Die einzelnen Gebäude hatten Balkone und Gärten, deren Einrichtung Ausdruck der Umsetzung lebensreformerischer Bestrebungen wie der Licht- und Lufttherapie im St.Jürgen-Asyl war: Auch in dieser Hinsicht war das Ellener Krankenhaus reformorientiert.<sup>29</sup>

Der Bau des Krankenhauses erfolgte in zwei Phasen: In der ersten Bauphase zwischen 1900 und 1904 entstanden zusätzlich zu dem bereits auf dem Gelände vorhandenen Gutshof acht psychiatrische Stationen (vier Häuser für Frauen und vier für Männer), ein Maschinenhaus, eine Waschküche, eine Kochküche, ein Werkstättengebäude für Männer, ein Verwaltungsgebäude, das Direktorenwohnhaus, ein Gesellschaftshaus sowie am Rand des Geländes fünf Häuser für verheiratete Pfleger.<sup>30</sup> Zwischen 1907 und 1915 entstanden ein Verwahrhaus »für verbrecherische Kranke«<sup>31</sup>, Villen und weitere Krankenpavillons.<sup>32</sup> Die als letztes Gebäude 1915 fertiggestellte offene Villa für männliche Patienten wurde aufgrund des Personalmangels und der tendenziell sinkenden Patientenzahlen während des Krieges erst 1916 in Betrieb genommen.<sup>33</sup> Doch mit der Eröffnung

---

23 Vgl. DELBRÜCK 1907: 274.

24 DELBRÜCK 1912: 178.

25 Vgl. ebd.

26 Vgl. DELBRÜCK 1907: 273.

27 Vgl. ENGELBRACHT, Gerda (2002): *Der tödliche Schatten der Psychiatrie. Die Bremer Nervenklinik 1933–1945*, Bremen: Donat Verlag. Hier S. 13.

28 Vgl. DELBRÜCK 1907: 272.

29 Vgl. ENGELBRACHT/TISCHER 1990: 14 f.

30 Vgl. DELBRÜCK 1907: 267.

31 DELBRÜCK 1907: 266.

32 Vgl. ENGELBRACHT/TISCHER 1990: 14.

33 Vgl. *Ärztliche Berichte über die Wirksamkeit des St.Jürgen-Asyls für Geistes- und Nervenranke in Ellen (Bremen) bei Hemelingen 1904–1919*, hier *Ärztliche Berichte von 1915 und 1916*.

eines Reservelazarets auf dem Gelände des St.Jürgen-Asyls wurde die Inbetriebnahme dieses Gebäudes unumgänglich. – Zur Zeit des Ersten Weltkrieges war der Bau des St.Jürgen-Asyl damit abgeschlossen. Es waren 558 Betten vorhanden.<sup>34</sup>

## 2.2 Finanzierung und Verwaltung des St.Jürgen-Asyls

Im Jahr 1898 wurde Anton Delbrück als Direktor der »Irrenabteilung« des städtischen Krankenhauses eingestellt. Die Pflege psychisch Kranker in Bremen befand sich nun erstmals unter selbstständiger ärztlicher Leitung. Doch erst mit der Auslagerung dieser »Irrenabteilung« auf das Land wurde das St.Jürgen-Asyl institutionell selbstständig.<sup>35</sup> Als städtische Einrichtung wurde es von der Stadt Bremen finanziert. Diese hatte die Kosten für den Bau der Anlage übernommen und unterhielt das Krankenhaus.<sup>36</sup> Sie übernahm die Kosten für den Anstaltsbetrieb; für die pflegerische und ärztliche Versorgung der Patienten hingegen zahlten die Krankenkassen, die Armenpflege oder die Patienten selbst einen täglichen Verpflegungssatz.

Als Einrichtung der Freien Hansestadt Bremen unterstand das St.Jürgen-Asyl der Oberaufsicht der Stadt, d. h. dem Bremer Senat und der Gesundheitsbehörde.<sup>37</sup> Ersterer hatte bei Personalentscheidungen über die 1894 gegründete Deputation für die Krankenanstalt<sup>38</sup> ein Mitbestimmungsrecht und musste auch bei allen weiteren wichtigen Entscheidungen seine Zustimmung geben.<sup>39</sup> Auch führte die

---

34 Vgl. Besichtigung des St.Jürgen-Asyls durch die Medizinalkommission der Freien Hansestadt Bremen am 23.04.1915, in: StAB, 4,21–573. Akte betr. Oeffentliche Irrenanstalten, Bd. 2. 1914–1927. Ursprünglich war das St.Jürgen-Asyl für 330 Patienten gebaut worden (vgl. DELBRÜCK 1907: 274).

35 Vgl. SCHWARZWÄLDER, Herbert (2003): Krankenhaus Ost, in: DERS. (2003<sup>2</sup>): Das große Bremen-Lexikon, Bremen: Edition Temmen. Band 1 A–K. S. 502. Hier 502.

36 Vgl. ENGELBRACHT/TISCHER 1990: 7 sowie DELBRÜCK 1907: 264. Siehe zu den Kosten des Baus und den laufenden Kosten des Anstaltsbetriebs Delbrück 1907: 274 f.

37 Vgl. ENGELBRACHT/TISCHER 1990: 10. Vgl. Zur Verwaltung des St.Jürgen-Asyls die Medizinalordnungen Bremens in StAB 3-M.1.a. Nr. 130, Akte, betr. den Erlass einer neuen Medizinalordnung für die Freie Hansestadt Bremen.

38 Die 1894 gegründete »Deputation für die Krankenanstalt« wurde 1914 im Zusammenhang mit einer Änderung des Deputationsgesetzes umbenannt in »Deputation für das Gesundheitswesen« (DAMMANN 2001: 74).

39 Vgl. NIEMEYER, Iska (2006): Krieg, Krankheit und Anstalterfahrung. Die Behandlung psychisch kranker Soldaten im Ersten Weltkrieg am Beispiel des Bremer St.Jürgen-Asyls, Magisterarbeit. Bremen: Universität Bremen (unveröffentlicht). Hier S. 34.

Deputation für das Gesundheitswesen der Medizinalkommission der Stadt jährlich Besichtigungen durch, bei denen unter anderem der bauliche Zustand der Anlage, ihre Wirtschaftlichkeit, Anzahl und Zustand des Personals und der Patienten sowie besondere Vorkommnisse begutachtet und in einem abschließenden Bericht beschrieben wurden. Im Krieg wurden die Nahrungssituation der Anstalt sowie teils die Bemühungen ihres Leiters, Einsparungen bei der Nahrungsverteilung zu erreichen, zum ständigen Thema der Berichte. Während 1914 die Besichtigung der Deputation für das Gesundheitswesen unter Aufsicht des damaligen Oberarztes Otto Rehm stattfand<sup>40</sup>, führte 1915 und 1916 Anstaltsdirektor Anton Delbrück die Mitglieder der Deputation durch die Anstalt. In den Jahren 1917 und 1918 fanden die Begehungen wahrscheinlich kriegsbedingt nicht statt. Im Staatsarchiv Bremen sind zumindest keine entsprechenden Berichte aus diesen Jahren vorhanden.

Das St.Jürgen-Asyl war verpflichtet, der Deputation jährlich »Ärztliche Berichte über die Wirksamkeit des St.Jürgen-Asyls« einzureichen. Bei besonderen Vorkommnissen, beispielsweise Todesfällen während der Behandlung, mussten weitere Rechenschaftsberichte abgelegt werden.<sup>41</sup> Die genannten »Ärztlichen Berichte«, ihrem Charakter nach ebenfalls Rechenschaftsberichte, entstanden seit der Eröffnung des Krankenhauses am 1. April 1904.<sup>42</sup> Sie enthielten Angaben zu Anzahl, Diagnosen und Art der Entlassung der Patienten des bremischen psychiatrischen Krankenhauses, gaben Delbrück aber auch die Gelegenheit, seinen Unmut über besondere Problemlagen zu äußern. So gab es im Ersten Weltkrieg immer wieder Beschwerden des Direktors des Ellener Krankenhauses über die unzureichende Personalsituation. Heute sind diese Berichte eine wichtige Quelle zur Geschichte des Krankenhauses, über Problemlagen während des Krieges, aber auch über die Patientenstatistik.

Infolge seiner Finanzierungssituation war das St.Jürgen-Asyl auch während des Krieges verpflichtet, beständig den Verantwortlichen der bremischen Politik Auskunft über seine Tätigkeiten zu geben. Durch die Einrichtung eines Reservelazarets auf dem Gelände des Ellener Krankenhauses im Jahr 1916 kam zu dieser Rechenschaftspflicht gegenüber dem Bremer Senat eine direkte Rechenschaftspflicht gegenüber der Militärverwaltung der Stadt Bremen im Ersten Weltkrieg.<sup>43</sup>

---

40 StAB, 3-M.1.t.2. Nr. 112, Acta, betr. Berichte des Gesundheitsrats über die Besichtigung des St.Jürgen-Asyls.

41 Vgl. Ärztliche Berichte von 1904–1919. Die letzteren Berichte sind im Staatsarchiv Bremen einsehbar: StAB 4,21-572, Akte betr. Oeffentliche Irrenanstalten, Bd. 1. 1895–1913.

42 Vgl. SCHWARZWÄLDER 2003: 502.

43 In Norddeutschland hatte das Stellvertretende Generalkommando des IX. Armeekorps in Altona den Oberbefehl. In Bremen gab es lt. Schwarzwälder zudem das Königlich Preußische Bezirkskommando (vgl. SCHWARZWÄLDER, Herbert [1995]: Geschichte der Freien Hansestadt Bremen. Band 2. Von der Franzosenzeit bis zum Ersten Weltkrieg [1810–1918]. Erweiterte und verbesserte Auflage, Bremen: Edition Temmen. Hier 613).

Denn mit Ausbruch des Ersten Weltkrieges wurde die Freie Hansestadt Bremen der Militärverwaltung des Stellvertretenden Generalkommandos des IX. Armeekorps in Altona unterstellt. So kam es zu einer engen Verknüpfung zwischen ursprünglich zivilem Krankenhaus und Militär.

## 2.3 Das St.Jürgen-Asyl im Krieg

### 2.3.1 Institutionelle Veränderungen: Die Einrichtung eines Reservelazaretts

Vor Kriegsausbruch waren im St.Jürgen-Asyl ebenso wie in den meisten entsprechenden Einrichtungen keine Kriegsvorbereitungen getroffen worden. In die »große Politik« mischte man sich nicht ein. In ganz Deutschland waren die Auswirkungen eines etwaigen Krieges auf die seelische Gesundheit der involvierten – auch deutschen – Soldaten zuvor nicht thematisiert worden: Die Deutschen wurden vielmehr als anderen Völkern überlegen dargestellt, als Männer von einer besonderen Nervenstärke und Willenskraft, die den Krieg allein aufgrund ihrer seelischen Überlegenheit zu gewinnen vermöchten. Der Widerspruch zu der vor 1914 immer häufiger in ärztlichen Kreisen angesprochenen *Nervenschwäche* und zunehmenden Degeneration des deutschen Volkes wurde nicht wahrgenommen: Manch ein Psychiater begrüßte den Krieg als Mittel zur Stärkung der geschwächten Nerven der Nation. An Verletzungen, zumal seelische, dachte kaum einer – Weihnachten, so war stattdessen die Parole, wollte man siegreich wieder zu Hause sein.

Doch dann kam alles anders. Die ersten Bremer Soldaten wurden am 3. August 1914, dem zweiten Mobilmachungstag, eingezogen. Das »75. Infanterie-Regiment (I. Hanseatisches)«, zu dem die Bremer Soldaten gehörten, zog nach Belgien und nahm am Durchmarsch durch das Land teil.<sup>44</sup> Nur wenige Wochen später sollten die ersten verwundeten Soldaten in der Hansestadt eintreffen: Nun wurde deutlich, dass der Erste Weltkrieg erhebliche Auswirkungen auf die Gesundheit der an ihm beteiligten Menschen haben sollte. Lazarette wurden im ganzen Land eingerichtet.

---

44 Zu den Strecken, die das 75. Infanterie-Regiment (I. Hanseatisches) im Ersten Weltkrieg zurücklegte, aus soldatischer Sicht siehe MAHNKE, Dietrich (1932): *Kriegstaten und Schicksale des Res.-Inf.-Regiments 75 1914/18*. Nach eigenen Erlebnissen und nach Erzählungen von Kameraden berichtet, Bremen: Hauschild. Eine weitere Publikation befasst sich mit Alltagserleben von Soldaten des 75. Infanterie-Regiments während des Ersten Weltkrieges: Anonymus (1919): *Infanterie-Regiment Bremen im Felde 1914–1918*, Bremen: Franz Leuwer. Beide Publikationen bemühen sich in stark nationalistischer Prägung um eine Darstellung des Heldentums der Soldaten.

Zu Beginn des Krieges gab es in Bremen lediglich ein Reservelazarett, das Reservelazarett I. Dieses Reservelazarett hatte vier Außenstellen. Das St.Jürgen-Asyl stellte mit hoher Wahrscheinlichkeit eine dieser vier Außenabteilungen dar. Denn bereits im Oktober 1914 gab es hier »15 Lagerstellen«<sup>45</sup> für psychisch erkrankte Militärangehörige. Seit Kriegsbeginn wurden kontinuierlich psychisch erkrankte Soldaten eingeliefert. Diese waren oftmals noch nicht an der Front gewesen. Es entwickelte sich der Begriff der »Mobilmachungsneurose« als psychiatrische Diagnose für Soldaten, die angeblich infolge der Angst vor den Zuständen an der Front seelisch erkrankten. Diese heute als gut nachvollziehbar eingestufte Reaktion wurde mit diesem Begriff diffamiert, die erkrankten Soldaten bereits als schwächlich dargestellt. Dieses Muster sollte in den kommenden vier Kriegsjahren im öffentlichen medizinischen Diskurs immer wiederkehren.

Die Einlieferung seelisch erkrankter Soldaten in das St.Jürgen-Asyl geschah in den ersten beiden Kriegsjahren jedoch stets vermittelt durch die Reservelazarette Bremens.<sup>46</sup> Patienten, für die sich die Ärzte des städtischen oder anderer Krankenhäuser aufgrund ihres Verhaltens nicht zuständig sahen, wurden nach »Ellen« überwiesen. Die Einlieferung von mindestens neun Militärangehörigen am 2. März 1915 zeigt beispielsweise, dass die Einweisung erkrankter Militärangehöriger in das St.Jürgen-Asyl auch vor Oktober 1916 nicht lediglich vereinzelt vorkam.<sup>47</sup> Zur Ausstellung eines Dienstunfähigkeitszeugnisses sowie zur endgültigen Feststellung der Dienstbeschädigung und der weiteren Kriegsverwendungsfähigkeit eines erkrankten Soldaten musste dieser zunächst von dort aus bis 1916 wiederum in das städtische Krankenhaus in der St.Jürgen-Straße überwiesen werden.

Im August 1916 begannen schließlich die Planungen zur Einrichtung eines eigenen Reservelazaretts auf dem Gelände des St.Jürgen-Asyls. Dieses Reservelazarett konnte am 1. Oktober 1916 offiziell eröffnet werden; bis Anfang der 1920er-Jahre sollte es bestehen bleiben. Nun wurden auch planmäßig »an den Nerven erkrankte« Militärangehörige im bremischen psychiatrischen Krankenhaus versorgt. Der zwischen Anton Delbrück und dem Chefarzt des Reservelazaretts I, Oberstabsarzt

45 Verwundeten-Fürsorge in Bremen, in: Bremer Kriegsschau in Wort und Bild, Nr. 1, 1914, Bremen: Verlag Hugo Hagemeister. Unklar ist, ob sich im St.Jürgen-Asyl tatsächlich eine eigene Außenabteilung des Reservelazaretts I befand, da sich der einzige Hinweis hierauf in der »Bremer Kriegsschau« befindet; oder ob die Soldaten lediglich zuständigkeitshalber vom Krankenhaus in der St.Jürgen-Straße in das St.Jürgen-Asyl überwiesen wurden.

46 Vgl. Schreiben der Stellvertretenden Militär-Intendantur des IX. Armeekorps vom 22.07.1917 an die Senatskommission bei der Deputation für die Krankenanstalt [sic], in: StAB, 3-M.1.t.2. Nr. 126, Akte, betr. Verträge zwischen dem St.Jürgen-Asyl und dem Reserve-Lazarett I wegen Aufnahme erkrankter Militärpersonen in einer Abteilung des Asyls, und zwischen Direktor Dr. Delbrück und dem Reserve-Lazarett I wegen Verpflichtung des Dr. Delbrück als ordinierender Arzt der Abteilung.

47 Vgl. Stammlisten des St.Jürgen-Asyls, 1912–1920, Archiv des Krankenhaus-Museums am Klinikum Bremen-Ost.

Dr. Sylla<sup>48</sup>, geschlossene Vertrag sah die Bereitstellung eines eigenen Gebäudes (des Hauses II<sup>49</sup>) für die Versorgung erkrankter Militärangehöriger vor.<sup>50</sup> Das St.Jürgen-Asyl hatte 60 Betten für psychisch erkrankte Militärangehörige, darunter drei für Offiziere, bereitzustellen. Das nun entstandene Reservelazarett bildete eine Abteilung des Reservelazaretts III in Bremen.<sup>51</sup> (Siehe Abbildungen 4 bis 6 auf den folgenden Seiten.)

Das St.Jürgen-Asyl verpflichtete sich, die erkrankten Militärangehörigen zum zuvor festgelegten Verpflegungssatz zu versorgen und zu verköstigen, sie ärztlich zu behandeln, Arzneien und sonstige Heilmittel abzugeben, die Patienten »zu warten« [sic] sowie für »Befriedigung des religiösen Bedürfnisses und angemessene Beschäftigung« zu sorgen; weiterhin Bett und Bettwäsche zu liefern und dieselbe ebenso wie die Leibwäsche zu reinigen. Damit übernahm das St.Jürgen-Asyl für die im Reservelazarett untergebrachten Militärangehörigen die gleichen Aufgaben wie für im Krankenhaus untergebrachte Zivilpersonen. Doch soldatische und zivile Patienten sollten dem Vertrag zufolge getrennt untergebracht werden: »Die Militärpersonen liegen getrennt von den übrigen Kranken, nur im Notfalle, wenn die besondere Art der Erkrankung dies erforderlich macht, erfolgt eine zeitweise Umlegung in die Zivilabteilung der Anstalt.«<sup>52</sup> Diese Trennung fand

48 Als Chefarzt des Reservelazarett I war Oberstabsarzt Dr. Sylla Bevollmächtigter des Sanitätsamtes des IX. Armeekorps zu Altona. Das Sanitätskorps in Altona war für das Lazarettwesen in Bremen und Bremerhaven zuständig – »als Vertreter des Reichsmilitärfiskus« (StAB, 3-M.1.t.2. Nr. 126, Akte, betr. Verträge zwischen dem St.Jürgen-Asyl und dem Reserve-Lazarett I wegen Aufnahme erkrankter Militärpersonen in einer Abteilung des Asyls, und zwischen Direktor Dr. Delbrück und dem Reserve-Lazarett I wegen Verpflichtung des Dr. Delbrück als ordinierender Arzt der Abteilung).

49 Vgl. Ärztlicher Bericht von 1916.

50 Die folgenden Angaben zum Reservelazarett auf dem Gelände des St.Jürgen-Asyls beziehen sich, soweit nicht anders angegeben, auf den Vertrag zwischen dem St.Jürgen-Asyl und dem Reserve-Lazarett I wegen Aufnahme erkrankter Militärpersonen in einer Abteilung des Asyls in StAB, 3-M.1.t.2. Nr. 126, Akte, betr. Verträge zwischen dem St.Jürgen-Asyl und dem Reserve-Lazarett I wegen Aufnahme erkrankter Militärpersonen in einer Abteilung des Asyls, und zwischen Direktor Dr. Delbrück und dem Reserve-Lazarett I wegen Verpflichtung des Dr. Delbrück als ordinierender Arzt der Abteilung.

51 Seit dem 1. Januar 1917 gab es in Bremen drei Reservelazarette. Reservelazarett I umfasste das Garnisonslazarett, das Technikum, die Schule am Neustadtswall, das Vereinskrankenhaus, das Diakonissenhaus, das Hartmann-Stift Vegesack und das Genesungsheim Schotteck St. Magnus; Reservelazarett II umfasste die Auswandererhallen, die Lloydhalle sowie das Vereinslazarett Lilienthal; Reservelazarett III umfasste die Schule Staderstraße, die Weserlust, die Krankenanstalt, das Josephstift, das St.Jürgen-Asyl, das Vereinslazarett Blumenthal sowie das Offiziers-Genesungsheim St. Magnus. Gründe für diese Gliederung der Reservelazarette in Bremen sind aus der entsprechenden Akte des Staatsarchivs Bremen nicht ersichtlich. Chefarzt des Reservelazaretts III war Dr. Brüning, Bremen (Vgl. StAB 3-M.2.h.2. Nr. 23, Akte, betr. Die Gliederung der hiesigen Reserve-Lazarette I, II und III).

52 Vgl. StAB, 4,21–572, Akte betr. Oeffentliche Irrenanstalten, Bd. 1. 1895–1913.

Abschrift.

Bremen, den 27. Oktober 1916.

Zwischen dem St. Jürgen-Asyl für Geistes- und Nervenkranken in Ellen, mit Genehmigung der Deputation für die Krankenanstalt, einerseits und dem Reserve-Lazarett I Bremen andererseits ist folgender Vertrag abgeschlossen worden:

## § 1.

In dem staatlichen St. Jürgen-Asyl für Geistes- und Nervenkranken in Ellen b/Bremen werden in einem nur für Militärszwecke bestimmten Gebäude 60 Betten (darunter 3 für Offiziere) für die Aufnahme erkrankter Militärpersonen zur Verfügung gestellt.

Die Militärpersonen liegen getrennt von den übrigen Kranken, nur im Notfalle, wenn die besondere Art der Erkrankung dies erforderlich macht, erfolgt eine zeitweise Umlegung in die Zivilabteilung der Anstalt.

## § 2.

Die Anstalt liefert alles, was für die Kranken der allgemeinen Klasse vorgeschrieben ist. In den Kostgeldsätzen ist somit einbegriffen:

- a) Freie Verpflegung und Beköstigung, ärztliche Behandlung, Arzneien und sonstige Heilmittel, Wartung, Befriedigung des religiösen Bedürfnisses und angemessene Beschäftigung.
- b) Lieferung von Bett und Bettwäsche, Reinigung derselben und der Leibwäsche.

Für die ärztliche Behandlung wird Herr Prof. Dr. Delbrück von der Heeresverwaltung vertraglich verpflichtet. Außerdem sind die sonstigen Ärzte der Anstalt hierzu heranzuziehen.

Zur Unterstützung des Pflegepersonals der Anstalt werden seitens der Heeresverwaltung noch 1 Polizeiuferoffizier, 2 Sanitätsgefreite und 6 Militärkrankenwärter gestellt.

Die Beschaffung von Zivilkleidung regelt sich nach dem durch die Stellv. Intendantur IX. A. K. im Frühjahr 1915 genehmigten Antrage des Reserve-Lazaretts I. Die Beschaffung von Brillen, Bruchbändern, künstlichen Gliedern usw. ist nicht Aufgabe der Anstalt.

Abbildung 4a: Vertrag zur Einrichtung eines Reserve-Lazaretts am St. Jürgen-Asyl



## § 3.

Für jeden Kranken und Tag werden  
 M. 2,30 (Zwei Mark 30 Pfg.)  
 berechnet, für Militärpersonen im Offiziersrange werden  
 M. 4,50 (Vier Mark 50 Pfg.)  
 und soweit sie in Einzelzimmern untergebracht sind  
 M. 7,00 (Sieben Mark)  
 pro Kopf und Tag in Rechnung gestellt.

## § 4.

Die bestehende Hausordnung und die sonstigen in der Anstalt bestehenden Vorschriften bleiben in vollem Umfange in Kraft. Die Militärkranken haben sich den Anordnungen der Leitung zu fügen. Die vom Chefarzt gegenüber der Leitung des St. Jürgen-Asyls geäußerten Wünsche besonders die Auskunft über den Zustand der Kranken betreffend, werden entgegenkommend erfüllt.

## § 5.

Der Chefarzt hat in der Anstalt lediglich militärische Maßnahmen wahrzunehmen. In der Behandlung der Kranken sind die Ärzte durchaus selbstständig. Der Chefarzt und die mit der Beaufsichtigung des militärärztlichen Dienstes Beauftragten haben jederzeit zu den mit Militärpersonen belegten Räumen Zutritt.

## § 6.

Die Überführung in die Anstalt und das Abholen ist nicht Sache der Anstalt. Die Anstalt verpflichtet sich, keine <sup>Kranken</sup> mit Umgehung des Reserve-Lazaretts I in andere Lazarette zu überweisen oder überhaupt zu entlassen.

## § 7.

Dem zur Aufsicht, bezw. Pflege und Wartung überwiesenen Personal gewährt die Anstalt Wohnung und Verpflegung. Für Verpflegung dieser Mannschaften wird 1,50 M für den Kopf und Tag gezahlt. Die Leistungen der Anstalt richten sich in dieser Beziehung nach der dem eigenen Pflegepersonal gewährten Wohnung und Verpflegung.

Abbildung 4 b: Vertrag zur Einrichtung eines Reservelazaretts am St.Jürgen-Asyl

Bei Aufstellung der Rechnung über die Verpflegungskosten werden die Zugangstage nur angesetzt, wenn die Aufnahme der Kranken vor dem Mittagessen erfolgt, die Abgangstage werden voll berechnet.

Die Bezahlung erfolgt monatlich nachträglich durch das Reserve-Lazarett I Bremen. Ausgenommen hiervon sind die auf Anordnung eines Militärgerichts zur Beobachtung auf Geisteskrankheit überwiesenen Militärpersonen. Diese Kosten sind nach abgeschlossener Beobachtung bei der Intendantur besonders anzufordern.

§ 9.

Die Besoldung der Ärzte und deren Einberufung als vertraglich verpflichtete Zivilärzte werden durch diesen Vertrag nicht berührt.

§ 10.

Dieser Vertrag tritt mit dem 1. 10. 16. in Kraft und gilt auf Kriegsdauer, kann jedoch beiderseits unter Einhaltung einer sechswöchigen Kündigungsfrist aufgehoben werden. Der Heeresverwaltung steht es außerdem frei, den Vertrag jederzeit ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist aufzuheben, sofern militärische Gründe dies erfordern. Ob dies der Fall, entscheidet allein unter Anschluß des Rechtsweges, die Heeresverwaltung.

§ 11.

Etwaige Stempelkosten für diesen Vertrag übernimmt das St. Jürgen-Asyl.

Reserve-Lazarett I

Ellen.

Der Chefarzt

Der Direktor des St. Jürgen-Asyls

zug. Dr. Sylla  
Oberstabsarzt.

zug. Prof. Dr. Gelbrück.

Abbildung 4c: Vertrag zur Einrichtung eines Reservelazaretts am St.Jürgen-Asyl

auch ihren Niederschlag bei der Behandlung der Patienten: So gab es im Rahmen der Arbeitstherapie eine eigene Arbeitskolonne für Soldaten.<sup>53</sup>

Die Militärverwaltung zahlte für die im St.Jürgen-Asyl untergebrachten Militärangehörigen einfachen Ranges die gleichen Verpflegungssätze wie für Zivilpersonen (2,30 Mark täglich)<sup>54</sup>, lediglich Offiziere wurden zu einem Verpflegungssatz von 4,50 Mark täglich und, wenn sie in Einzelzimmern untergebracht waren, zu 7 Mark täglich versorgt. Damit wurden für sie geringere Verpflegungssätze als für die zivilen Privatkranken gezahlt, deren Sätze je nach Ansprüchen der Kranken bis zu 17,50 Mark am Tag betragen konnten. Für diese wurden die entsprechenden Sätze von Krankenversicherungen oder der Armenfürsorge übernommen.

Bevor das Reservelazarett eingerichtet wurde, zahlte die Militärverwaltung das Verpflegungsgeld für die erkrankten Soldaten erst nach der Entlassung eines Patienten an das Ellener Krankenhaus aus, was diesem offenbar Schwierigkeiten bereitete: Die Verwaltung des St.Jürgen-Asyls ersuchte die Militärverwaltung am 18. Mai 1916, die Zahlungen monatlich durch das Reservelazarett I zu erwirken. Dieser Antrag wurde abgelehnt mit dem Hinweis auf die entstehenden Verwaltungsprobleme.<sup>55</sup> Erst mit der Einrichtung eines Reservelazaretts erfolgte die Zahlung *monatlich* im Nachhinein.<sup>56</sup> Diese Episode zeigt, dass die Einrichtung eines Reservelazaretts auf dem Gelände des St.Jürgen-Asyls im Hinblick auf Besonderheiten der Verwaltung nicht reibungslos verlief.

Der Vertrag zur Einrichtung eines Reservelazaretts auf dem Gelände des St.Jürgen-Asyls sah weiterhin vor, »zur Unterstützung des Pflegepersonals der Anstalt [...] seitens der Heeresverwaltung noch 1 Polizeiuunteroffizier, 2 Sanitätsgefreite und 6 Militärkrankenwärter« zu stellen. Denn die zusätzlich aufgenommenen Patienten konnten nicht vom vorhandenen (infolge des Krieges bereits dezimierten) Personal mit versorgt werden. Dem zusätzlichen Personal musste nun Wohnung und Verpflegung auf dem Anstaltsgelände gewährt werden. Wie

---

53 Vgl. Krankenakte Johannes F. Alt-Archiv am Klinikum Bremen-Ost, A 93/28.

54 In den letzten Kriegsjahren wurden vereinzelt ausschließlich soldatische Patienten zu einem Pflegesatz von 2,5 Mark täglich im St.Jürgen-Asyl versorgt. In den Akten des Staatsarchiv Bremen finden sich keine Hinweise auf eine Ursache für die Erhöhung der Pflegesätze. Jedoch wurde dem Vertrag zur Einrichtung eines Reservelazaretts der Zusatz hinzugefügt: »Für den Fall einer erheblichen Steigerung der Lebensmittelpreise bleibt eine angemessene Erhöhung des Verpflegungssatzes nach dem Ermessen der Deputation für die Krankenanstalt vorbehalten« (StAB, 4,21–572, Akte betr. Oeffentliche Irrenanstalten, Bd. 1. 1895–1913). Möglicherweise ist der für Soldaten teils erhöhte Pflegesatz durch diese Klausel erklärbar.

55 Vgl. Brief Delbrücks der stellvertretenden Militärintendantur des IX. Armeekorps zu Altona an die Verwaltung des St.Jürgen-Asyls vom 22.07.1916, in: StAB, 3-M.1.t.2. Nr. 126.

56 Eine Ausnahme bildeten hier die *zur Beobachtung* im St.Jürgen-Asyl untergebrachten Militärangehörigen, bei denen die Zahlung der Pflegesätze »nach abgeschlossener Beobachtung bei der Intendantur besonders anzufordern« (StAB, 4,21–572, Akte betr. Oeffentliche Irrenanstalten, Bd. 1. 1895–1913) war.

die Einstellung dieses Personals und die Zusammenarbeit mit den bisherigen Krankenschwestern, -pflegern, Ärztinnen und Ärzten vonstatten ging ist jedoch nicht überliefert.

Zur ärztlichen Versorgung der erkrankten Militärangehörigen wurde Anstaltsleiter Anton Delbrück in einem eigenen Vertrag verpflichtet.<sup>57</sup> Für diese Behandlung bekam er 15 Mark am Tag ausgezahlt; nur an Tagen, an denen er sich außerhalb der Stadt als fachärztlicher Beirat betätigte, sollten die für die entsprechende Tätigkeit festgelegten Sätze anstelle der 15 Mark gezahlt werden. In der Krankenbehandlung war er damit dem Chefarzt des Reservelazarets I, Dr. Sylla, gegenüber selbstständig, doch konnte die Heeresverwaltung die Kranken der Begutachtung durch fachärztliche Beiräte und höhere Sanitätsoffiziere unterwerfen. Dadurch war der Heeresverwaltung die Möglichkeit der ständigen Kontrolle Delbrücks gegeben. In den Krankenakten finden sich jedoch keine Hinweise, dass von dieser Möglichkeit Gebrauch gemacht worden wäre. Mit diesem Vertrag wurde Delbrück offiziell in den militärischen Rang eines Sanitätsoffiziers erhoben, womit auch eine Grußpflicht vonseiten einfacher Soldaten verbunden war.

Die übrigen Ärzte der Anstalt waren zur Behandlung der Militärangehörigen heranzuziehen. Sie sollten in der Behandlung der Kranken selbstständig handeln können, doch die Oberaufsicht und die Verantwortung für die Patienten oblag Delbrück. Dieser unterschrieb alle psychiatrischen Gutachten und weitere Einschätzungen, auch wenn er die Untersuchungen und Behandlung der betreffenden Patienten nicht selbst vorgenommen hatte. Aus den Krankenakten ist zu ersehen, dass die Behandlung aller, auch der soldatischen Patienten, von allen Ärzten unternommen wurde: Auch die zwei bis drei *Ärztinnen* versorgten im Krieg die soldatischen sowie die zivilen Patienten.

Anton Delbrück verpflichtete sich im genannten Vertrag (siehe Abbildungen 7 a bis c auf den folgenden Seiten), »die für den militärärztlichen Dienst bestehenden Vorschriften (Friedens-Sanitätsordnung, Kriegs-Sanitätsordnung usw.) zu beachten, sich auch in seinem persönlichen Auftreten im dienstlichen Verkehr den militärischen Gepflogenheiten anzupassen«.<sup>58</sup> Doch von der Beschaffung einer

---

57 Vgl. zu den folgenden Angaben den Vertrag zwischen Direktor Dr. Delbrück und dem dem Sanitätsamt IX. Armeekorps zu Altona wegen Verpflichtung des Dr. Delbrück als ordinierender Arzt der Abteilung, in: StAB, 3-M.1.t.2. Nr. 126, Akte, betr. Verträge zwischen dem St.Jürgen-Asyl und dem Reserve-Lazarett I wegen Aufnahme erkrankter Militärpersonen in einer Abteilung des Asyls, und zwischen Direktor Dr. Delbrück und dem Reserve-Lazarett I wegen Verpflichtung des Dr. Delbrück als ordinierender Arzt der Abteilung.

58 StAB, 3-M.1.t.2. Nr. 126, Akte, betr. Verträge zwischen dem St.Jürgen-Asyl und dem Reserve-Lazarett I wegen Aufnahme erkrankter Militärpersonen in einer Abteilung des Asyls, und zwischen Direktor Dr. Delbrück und dem Reserve-Lazarett I wegen Verpflichtung des Dr. Delbrück als ordinierender Arzt der Abteilung.

## Vertragsentwurf.

Zwischen dem in keinem militärischen Dienstverhältnis stehenden Herrn Professor Dr. med. Delbrück, Direktor des St.Jürgen-Asyls für Geistes- und Nervenranke in Ellen bei Bremen, mit Genehmigung der Deputation für die Krankenanstalt, und dem Sanitätsamt IX. Armeekorps zu Altona als Vertreter des Reichsmilitärfiskus ist im Einvernehmen mit der stellvertretenden Intendantur IX. Armeekorps zu Altona folgender Vertrag geschlossen worden:

## § 1.

Herr Professor Dr. med. Delbrück verpflichtet sich für die Dauer des Krieges zur Übernahme des Dienstes eines ordinierenden Arztes in der Abteilung St.Jürgen-Asyl Ellen des Reservelazarett I Bremen.- In der Krankenbehandlung ist er dem Chefarzte gegenüber selbstständig.- Das Recht der Heeresverwaltung, die Kranken der Begutachtung durch fachärztliche Beiräte und höhere Sanitätsoffiziere zu unterwerfen, wird hierdurch nicht berührt.

Herr Professor Dr. med. Delbrück verpflichtet sich, die für den militärärztlichen Dienst bestehenden Vorschriften (Friedens-Sanitätsordnung, Kriegs-Sanitätsordnung usw.) zu beachten, sich auch in seinem persönlichem Auftreten im dienstlichen Verkehr den militärischen Gepflogenheiten anzupassen.

Mit Rücksicht auf die besondere Art der Tätigkeit wird von Beschaffung der vorgeschriebenen Uniform abgesehen, Einkleidungsbeihilfe nicht gewährt.

## § 2.

Für seine Dienstleistung erhält Herr Professor Dr. med. Delbrück ein Tagegeld von 15.- Mk. An den Tagen jedoch, an denen Herr Prof. Delbrück als fachärztlicher Beirat ausserhalb der Anstalt Dienste tut, kommen unter Wegfall obiger 15 Mark die durch besonderen

Abbildung 7: Vertrag zwischen dem St.Jürgen-Asyl und dem Reserve-Lazarett I wegen Aufnahme erkrankter Militärpersonen in einer Abteilung des Asyls

*Vertrag festgesetzten Gebühren zur Berechnung.*

*Der Anspruch auf die Vergütung beginnt mit dem Tage der Übernahme des Dienstes und endet mit dem Tag der Niederlegung.*

*Die Vergütung wird monatlich nachträglich aus der Kasse des Reserve-Lazarett I Bremen gezahlt. Sie ist nicht zuständig bei längerer Dienstbehinderung durch Krankheit (d.h. bei einer Behinderung von länger als 14 Tagen) und zwar in diesem Falle auch nicht für einen Teil der Behinderung.*

*Während eines Urlaubes ist die Vergütung im allgemeinen nur zuständig, wenn er aus einem zwingendem Grunde erteilt ist. Als zwingende Gründe sind z.B. anzusehen lebensgefährliche Erkrankung oder Tod der nächsten Angehörigen, Eheschliessung des Dienstverpflichteten, Wahrnehmung gerichtlicher Termine und Ausübung staatsbürgerlicher Pflichten. Ein solcher Urlaub darf in der Regel nur auf einige Tage erteilt werden. Bei längerem Bestehen des Vertragsverhältnisses, d.h. nach etwa einjähriger Dauer, kann Herr Dr. med. Delbrück während eines etwa erteilten Erholungsurlaubes die Vergütung bis zu 14 Tagen weitergezahlt werden. Durch die Vertretung dürfen Kosten nicht entstehen. Ein derartiger Urlaub nach erfolgter Kündigung innerhalb der Kündigungsfrist ist unzulässig.*

*Im Erkrankungsfalle kann Herr Prof. Dr. med. Delbrück solange der Vertrag läuft, mit Genehmigung des Sanitätsamts in ein Reserve-Lazarett aufgenommen werden. Er hat dafür die Durchschnittskosten für obere Dienstgrade oder die von der Heeresverwaltung vertraglich zu entrichteten Kosten zu erstatten.*

*Unter besonderen Umständen ist infolge von Kriegsdienstbeschädigung Pension nach Massgabe des §35 des Offizierspensionsgesetzes zuständig und kann den Hinterbliebenen eine Kriegsversorgung nach Massgabe des § 26 Absatz 2 des Militärhinterbliebenengesetzes gewährt werden.*

*Versieht Herr Prof. Dr. Delbrück nebenher noch den militärärztlichen Dienst bei einem immobilen Truppenteil usw., so kann ihm eine weitere Vergütung nur durch das Kriegsministerium, Med. Abt., bewilligt werden.*

**Abbildung 8: Vertrag zwischen dem St.Jürgen-Asyl und dem Reserve-Lazarett I wegen Aufnahme erkrankter Militärpersonen in einer Abteilung des Asyls**

## §3.

Der Heeresverwaltung steht es unbeschadet der Bestimmung in § 626 des Bürgerlichen Gesetzbuches frei, diesen Vertrag jederzeit ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist aufzuheben, wenn die militärischen Interessen dies erfordern. Ob dies der Fall ist, entscheidet allein unter Ausschluss des Rechtsweges die Heeresverwaltung.

Für die Kündigung des Vertrages seitens <sup>Reichs-</sup>des Militärfiskus ist die damit beauftragte Dienststelle berechtigt. Eines Ausweises gegenüber dem Herrn Professor Dr. med. Delbrück bedarf sie nicht.

## §4.

Die Kosten des Vertragsstempels tragen beide Teile zur Hälfte; die auf den Reichsmilitärfiskus entfallende Hälfte wird nicht erhoben.

## §5.

Dieser Vertrag ist einfach ausgefertigt und verbleibt der Heeresverwaltung, die verpflichtet ist, dem Herrn Professor Dr. med. Delbrück auf Wunsch eine Abschrift ohne Berechnung von Kosten zuzustellen.

Bremen, den 1916.

Reserve Lazarett I  
 der Chefarzt  
 gez. Dr. Sylla  
 Oberstabsarzt.

Abbildung 9: Vertrag zwischen dem St.Jürgen-Asyl und dem Reserve-Lazarett I wegen Aufnahme erkrankter Militärpersonen in einer Abteilung des Asyls

Uniform wurde »mit Rücksicht auf die besondere Art der Tätigkeit« abgesehen; hiermit waren wahrscheinlich die Tätigkeit in einem psychiatrischen Krankenhaus und die Bemühen des St.Jürgen-Asyls gemeint, eine Einschüchterung der Kranken zu vermeiden. Auch den Patienten war das Tragen einer militärischen Uniform auf dem Gelände des St.Jürgen-Asyls verboten. Ihnen wurde dem Vertrag zur Einrichtung eines Reservelazaretts auf dem Gelände des St.Jürgen-Asyls entsprechend Zivillkleidung besorgt. So ging der Offizier Andreas R. im Februar 1917 in seiner Uniform auf dem Gelände des St.Jürgen-Asyls spazieren. Er wurde darauf hingewiesen, dies sei verboten. Er »behauptete« auf diesen Vorhalt, so ist in der Krankenakte notiert, dies habe er nicht gewusst; doch sei er, so der Eintrag in der Krankenakte weiter, darauf hingewiesen worden, dass das Tragen einer Uniform auf dem Gelände verboten sei.<sup>59</sup> Damit behielt das Ellener Krankenhaus auch während des Krieges seinen zivilen Krankenhauscharakter bei. Dies war nicht unbedingt üblich, in anderen Lazaretten im Deutschen Reich war vielmehr das Tragen militärischer Uniform gang und gäbe.

Mit der Einrichtung eines Reservelazaretts auf dem Gelände des St.Jürgen-Asyls änderte sich der Zuständigkeitsbereich Delbrücks. Nun kam ihm die Aufgabe zu, Dienstbeschädigung (d. i. die Frage der Verursachung einer seelischen Erkrankung durch den Krieg) und etwaige Rentenansprüche der Soldaten festzustellen. Auch die zukünftige Kriegsverwendungsfähigkeit (d. h. ob und in welcher Form ein Soldat zukünftig für das Militär tätig sein könne) musste festgestellt und Dienstunfähigkeitsbescheinigungen für die erkrankten Soldaten ausgestellt werden. Damit erhöhte sich der Verwaltungsaufwand für den Direktor in hohem Maße. Eine zunehmende Anzahl auch neuer, unter besonderer Beaufsichtigung stehender Patienten musste von den Ärzten und den Pflegern unter den Bedingungen dieses erhöhten Verwaltungsaufwandes versorgt werden.

### **2.3.2 Ärzte, Pfleger und Schwestern – Sanitätsoffiziere und Helferinnen: Das Personal**

Aufgrund seiner Abgeschlossenheit von der Stadt sowie der Anordnung des Direktors, das Pflegepersonal habe auf dem Gelände zu wohnen<sup>60</sup>, hatte das St.Jürgen-Asyl unterschiedliche Lebens- und Arbeitsstile zu vereinen. Seit der Eröffnung des Krankenhauses lebten Ärzte, Pflegepersonal und Verwaltungsangestellte und teils ihre Familien gemeinsam auf dem Gelände des Krankenhauses. Dabei betreuten die Verwaltungsangestellten die Wirtschaftseinrichtungen und

---

<sup>59</sup> Vgl. Krankenakte Hermann-Andreas R., Alt-Archiv Klinikum Bremen-Ost, A 87/5.

<sup>60</sup> Vgl. ENGELBRACHT 2002: 13.





Abbildung 10: Pfleger des St.Jürgen-Asyls, ca. 1918

erledigten organisatorische Aufgaben. Es handelte sich um eine zahlenmäßig nicht zu vernachlässigende Gruppe: Laut eines Berichtes der Deputation für das Gesundheitswesen waren im Jahr 1913 70, ein Jahr später 69 und 1915 83 Beamte, Angestellte und sonstige Arbeiter bei 118 (1913), 129 (1914) bzw. 113 (1915) Krankenpflegern und Krankenschwestern im St.Jürgen-Asyl beschäftigt.<sup>61</sup> Für das Jahr 1914 listet das Staats-Handbuch der Freien Hansestadt Bremen die beschäftigten Beamten auf. Zum St.Jürgen-Asyl gehörten demnach:

Direktor: Dr.med. Anton Wolfgang Adalbert Delbrück

Oberarzt: Dr.med. Otto Heinrich Rehm

Sekundärarzt: Dr.med. De la Motte

Assistenzärzte: Fräulein Dr. med. Pedersen

Fräulein Dr. med. Doctorowitsch

Friedrich Husemann

Anstaltsgeistlicher: Daniel Benjamin Forck

<sup>61</sup> Vgl. Besichtigung des St.Jürgen-Asyls durch die Medizinalkommission der Freien Hansestadt Bremen am 23.04.1915, in: StAB, 4,21–573. Akte betr. Oeffentliche Irrenanstalten, Bd. 2. 1914–1927.

Hausverwalter: Friedrich Leopold Lehmann  
Buchhalter: Johann Lemmermann  
Kanzleihilfe: Karl Pflaum  
Erste Oberin: Johanne Brauns  
Zweite Oberin: Sophie Müller geb. Meyer  
Erster Oberpfleger: Diedrich Baule  
Zweiter Oberpfleger: Albert Rickel  
Maschinist: Georg Schmidt<sup>62</sup>

Mit der Versorgung der Patienten waren jedoch Pflegepersonal und Ärzte be-  
traut.



Abbildung 11: Krankenschwestern des St.Jürgen-Asyls, ca. 1918

### 2.3.2.1 Das Pflegepersonal im Krieg

Bis weit in das 20. Jahrhundert war das Pflegepersonal des Ellener Krankenhauses wie in entsprechenden Einrichtungen üblich strikten Reglementierungen unterworfen. Insbesondere der Alltag war streng geregelt: Die Hauptmahlzeiten mussten gemeinsam im Casino eingenommen und die Kleiderordnung auch während der freien Zeit eingehalten werden. Lange Arbeitszeiten ließen kaum Freizeit: 1918 beispielsweise arbeiteten Pfleger und Schwestern 11  $\frac{3}{4}$  Stunden

---

<sup>62</sup> Vgl. Anonymus (1914): Staats-Handbuch der freien [sic] Hansestadt Bremen auf das Jahr 1914, Bremen, hier 123.

täglich an sieben Tagen in der Woche, ein Sonntag im Monat war frei. Nicht mit eingerechnet war hier die Zeit für die Mahlzeiten, die gemeinsam eingenommen wurden, und die Bereitschaftsdienste.<sup>63</sup> Während der Arbeitszeit gab es »Verhaltensinstruktionen für den Wachsaaldienst, Arbeitskontrolle durch Stechuhren und strenge Dienstaufsicht«<sup>64</sup>. Doch auch während der Freizeit wurde die anstaltseigene Hierarchie nicht aufgebrochen. Beispielsweise hatte der Direktor Anton Delbrück, selbst engagierter Vertreter der Anti-Alkohol-Bewegung und Abstinenzler, den Genuss und Gebrauch von Alkohol auf dem Gelände seines Krankenhauses untersagt. Das Pflegepersonal durfte somit auch in seiner Freizeit keinen Alkohol konsumieren, noch ihn im medizinischen Bereich nutzen.

Das Pflegepersonal stellte die größte Gruppe des Anstaltspersonals dar. Krankenpfleger und Krankenschwestern lebten auf dem Gelände des St.Jürgen-Asyls: Das unverheiratete Pflegepersonal wohnte per Dienstverpflichtung oberhalb der nach Geschlechtern getrennten Stationen in Zimmern, die meistens für drei Pfleger bzw. Schwestern eingerichtet waren; verheiratete Pfleger lebten gemeinsam mit ihren Familien in Pflegerhäusern, die eigens zu diesem Zweck auf dem Gelände errichtet worden waren. In den baulich an die Anstaltsgebäude angeglichenen Häusern für verheiratete Pfleger lebten je drei Familien in einem Haus, sie hatten jeweils einen im Erdgeschoss wohnenden Patienten zu versorgen. Im Jahr 1906 lebten insgesamt 15 Patienten bei verheiratetem Pflegepersonal auf dem Gelände des St.Jürgen-Asyls.<sup>65</sup> Zur Verhütung der »Fluchtgefahr« der Patienten bei einem nicht umzäunten Krankenhausgelände standen die Häuser für verheiratete Pfleger am Rande des Areals. – Dem weiblichen Krankenpflegepersonal hingegen war, wie im Krankenpflegebereich üblich, eine Heirat untersagt.<sup>66</sup> Dafür standen die Hauben: Obwohl es sich beim St.Jürgen-Asyl um eine städtische Einrichtung handelte, trugen die Krankenschwestern Hauben, gewissermaßen als sichtbares Zeichen ihrer Ehe mit dem Dienst: Sie waren mit dem Dienst »verheiratet«. Wollten sie einen Mann heiraten, mussten sie ihren Beruf aufgeben.

Diese Regelung wurde erstmals im Ersten Weltkrieg aufgeweicht: Eines der bedeutendsten Probleme des St.Jürgen-Asyls war zwischen 1914 und 1918 der Mangel an (geeignetem) Pflegepersonal. Schon 1915 äußerte sich Delbrück im »Ärztlichen Bericht über die Wirksamkeit des St.Jürgen-Asyls«: »Zunehmende Schwierigkeiten bereitete die immer ausgedehntere Einberufung eingearbeiteter und geschulter Pfleger, zumal auch das Angebot männlicher Hilfskräfte we-

---

63 Vgl. ENGELBRACHT/TISCHER 1990: 39 und 46.

64 ENGELBRACHT/TISCHER 1990: 7.

65 StAB, Senatsregistratur M.1.t.2. Nr. 36, Acta, betr. Die ärztliche Aufsicht über die bei Privaten in Ellen und Umgegend untergebrachten Geisteskranken, Lieferung von Arzneimitteln für dieselben sowie Unterbringung Geisteskranker bei verheirateten Pflegern des St.Jürgen-Asyls. Anzeigerstattung der Behörde vor der Aufnahme von Geisteskranken. 1906 Jan. 14–1927.

66 Vgl. ENGELBRACHT/TISCHER 1990: 38.

sentlich abnahm.«<sup>67</sup> Listen des Pflegepersonals zeigen, dass schon in den ersten Kriegsmonaten diverse männliche Pfleger zum Kriegsdienst eingezogen wurden. In der Folge stellte sich bald ein erheblicher Mangel an Pflegepersonal ein, der sich in den kommenden vier Jahren nicht bessern sollte. Zur Behebung dieses Mangels wurden u. a. verheiratete Krankenschwestern eingestellt.

Der Einsatz verheirateter Krankenschwestern in der Psychiatrie hatte in Bremen wie andernorts jedoch den Charakter eines Intermezzos. Als 1918/1919 die männlichen Pfleger aus dem Kriegsdienst heimkehrten, wurden sie bei der Einstellung von Pflegepersonal den weiblichen verheirateten Krankenschwestern gegenüber bevorzugt bzw. jene Krankenschwestern ebenso wie die weiblichen Hilfskräfte wieder entlassen. Ähnlich war es in anderen Berufen: Wo Frauen während des Krieges ihre männlichen Kollegen ersetzten, wurden sie nach deren Rückkehr oft wieder entlassen und so die alten Geschlechterhierarchien der Vorkriegszeit wieder hergestellt.

Auch in anderen Bereichen kam es im St.Jürgen-Asyl während des Krieges zu einer Aufweichung der Regeln. Schon seit der Eröffnung des Krankenhauses hatte es eine strikte Geschlechtertrennung gegeben: Dem Pflegepersonal waren Kontakte zu Arbeitskollegen des jeweils anderen Geschlechts während der Arbeitszeit untersagt. Für sie galt ebenso wie für die Patienten eine Wegeordnung, derzufolge Männer und Frauen getrennte Wege zu nutzen hatten; dies war ebenfalls eine Funktion der differenziert ausgearbeiteten Parkanlage des St.Jürgen-Asyls. Auch durften Frauen nur auf Frauenstationen arbeiten, männliche Pfleger nur männliche Patienten versorgen. Krankenschwestern lebten demzufolge ausschließlich oberhalb von Frauenstationen, männliche Krankenpfleger oberhalb von Männerstationen.

Diese Regelungen setzten voraus, dass prinzipiell eine ähnliche Anzahl weiblichen und männlichen Krankenpflegepersonals im St.Jürgen-Asyl beschäftigt war. Dies ließ sich schon wenige Wochen nach Kriegsbeginn, als die ersten Pfleger zum Kriegsdienst einberufen worden waren, nicht mehr einhalten: Die Geschlechtertrennung der Vorkriegszeit wurde nun erstmals aufgehoben.<sup>68</sup> Vor allem verheiratete Krankenschwestern arbeiteten nun auf Männerstationen.

Doch ließ sich das Problem des Mangels an Pflegepersonal allein durch die Einstellung verheirateter Krankenschwestern und durch die Aufhebung der Geschlechtertrennung nicht lösen. Delbrück schrieb 1915: »Mit dem Ersatz durch Pflegerinnen kamen wir an die Grenze des Zulässigen.«<sup>69</sup> Die Konsequenz erschien logisch: Eigentlich benötigte ausgebildete Pfleger und Schwestern wurden im Folgenden durch unausgebildetes Hilfspersonal ersetzt. Immer wieder ist in

---

67 Ärztlicher Bericht von 1915.

68 Vgl. Ärztlicher Bericht von 1915.

69 Ärztlicher Bericht von 1915.

Nr.	Namen	Geburts-		Dienstzeit!	Einsitzung vom - bis Krankheits- zeitliche Verhinderung etc.	Dienstzeit!	Überlegung vom - bis Krankheits- zeitliche Verhinderung etc.	Verweilungen
		Ort	Tag					
1072	H. [redacted] [redacted] [redacted]	Königsberg	[redacted]	10. Januar 1915	19.10. 1915 19.10. 1915	St. Jürgen 1915	1915	3. Königsberg
1073	L. [redacted] [redacted] [redacted]	Brennau	[redacted]	10. Januar 1915	19.10. 1915 19.10. 1915	28. Januar 1915	1915	Brennau Sachsenfeld
1074	F. [redacted] [redacted] [redacted]	Telmerhorst	[redacted]	10. Januar 1915	19.10. 1915 19.10. 1915	1. März 1915	1915	3. Königsberg
1075	[redacted] [redacted] [redacted]	Preussen	[redacted]	10. Januar 1915	-	-	-	Königsberg
1076	[redacted] [redacted] [redacted]	St. Willenberg	[redacted]	22. Januar 1915	24.10. 1915 19.10. 1915	1. März 1915	1915	St. Willenberg St. Jürgen
1077	[redacted] [redacted] [redacted]	Königsberg	[redacted]	1. Februar 1915	19.10. 1915 19.10. 1915	3. April 1915	1915	3. Königsberg
1078	[redacted] [redacted] [redacted]	Kantendorf	[redacted]	9. Februar 1915	19.10. 1915 19.10. 1915	22. April 1915	1915	Kantendorf St. Jürgen
1079	[redacted] [redacted] [redacted]	Rederwühl	[redacted]	3. Februar 1915	-	19.10. 1915	1915	St. Jürgen Königsberg
1080	[redacted] [redacted] [redacted]	Alle-Haus	[redacted]	2. Februar 1915	19.10. 1915	-	-	-
1081	[redacted] [redacted] [redacted]	Rederwühl	[redacted]	13. Februar 1915	-	19.10. 1915	1915	St. Jürgen
1082	[redacted] [redacted] [redacted]	Selken	[redacted]	23. Februar 1915	19.10. 1915 19.10. 1915	1. März 1915	1915	3. Königsberg

Abbildung 12: Buch: Pflegepersonal im St.Jürgen-Asyl



Abbildung 13: Postkarte »St.Jürgen-Asyl. Ehrendenkmal für im Weltkriege gefallene Anstaltsangehörige«

entsprechenden Listen der Ausdruck der »Hilfskraft« zu lesen, bis schließlich überwiegend Hilfskräfte und kein ausgebildetes Personal mehr eingestellt werden konnte.<sup>70</sup> Dadurch musste die Qualität der pflegerischen Versorgung der Patienten abnehmen.

Die Tätigkeit als Krankenschwester war für Frauen zwischen 1914 und 1918 eine Möglichkeit, sich im Rahmen traditioneller Geschlechterrollenbilder für den Krieg zu betätigen: Die Tätigkeiten des Helfens und Heilens, auch im öffentlichen Bewusstsein verbunden mit den Aufgaben einer Krankenschwester, ermöglichten es Frauen, für den (männlich verstandenen) Krieg tätig zu sein und dennoch als weiblich wahrgenommen zu werden. So manche Frau wurde daher als »Helferin« in einem Lazarett tätig. Hiervon profitierte auch das St.Jürgen-Asyl.

Das Problem des Mangels an Pflegepersonal durch die Einberufung männlicher Pfleger zum Kriegsdienst sollte für die gesamte Dauer des Krieges bestehen bleiben. In keinem ärztlichen Bericht fehlt ein Hinweis des Direktors auf dieses zentrale Problem. Der Personalmangel war jedoch ein häufig auftretendes Problem bei Arbeitsstellen aller Art zwischen 1914 und 1918. Nach Kriegsbeginn war zunächst die Arbeitslosigkeit gestiegen, da so mancher Arbeitgeber zunächst Personal entließ. Doch schon im Frühjahr 1915 setzte in Bremen infolge der zunehmenden Einberufung von Männern zum Militärdienst ein Arbeitskräftemangel ein, der für die Dauer des gesamten Krieges bestehen bleiben sollte. Institutionen wie das St.Jürgen-Asyl, die von jeher Schwierigkeiten hatten, geeignetes Personal zu finden, waren hiervon besonders betroffen: Krankenpfleger und -schwestern in der Psychiatrie waren zeitgenössisch immerhin als »Irrenpflegepersonen« bekannt (und wurden gemeinhin abschätzig als solche bezeichnet). Das schlechte Image des Berufes, die langen Arbeitszeiten, die vielen Reglementierungen und nicht zuletzt die schlechte Bezahlung machten ihn unbeliebt.

Schwerwiegend für den Beliebtheitsgrad des Berufs einer »Irrenpflegeperson« waren die erwähnten schwierigen und oftmals harten Arbeitsbedingungen dieser Berufsgruppe im St.Jürgen-Asyl: Das Ellener Krankenhaus zeichnete sich als Arbeitsort durch einen strikt hierarchischen Aufbau aus. Das Pflegepersonal hatte jederzeit den Anordnungen des Oberpflegepersonals, denen der Ärzte und, als an oberster Stelle der Hierarchie stehend, den Anordnungen des Direktors Folge zu leisten. 1911 arbeiteten je zwei männliche und zwei weibliche Oberpfleger bzw. -schwestern im St.Jürgen-Asyl, die keinem fremden Orden angehörten. Dieses Oberpflegepersonal wurde nach Dienstalster ernannt.<sup>71</sup> Seine Anordnungen sowie die der Ärzte und des Direktors hatten während der Arbeits- ebenso wie

---

70 [Ohne Titel] [An- und Abmeldung von Pflegepersonal des St.Jürgen-Asyls bei Krankenkassen seit 1904], Archiv des Krankenhaus-Museums am Klinikum Bremen-Ost. Vgl. auch [ohne Titel] [Einstellungen und Entlassungen von Pflegepersonal des St.Jürgen-Asyls zwischen dem 1. April 1900 und dem 18. Juli 1917], Archiv des Krankenhaus-Museums am Klinikum Bremen-Ost.

71 Vgl. DELBRÜCK 1912: 13.



**Abbildung 14: Krankenschwestern des St.Jürgen-Asyls, ca. 1918**

während der Freizeit Gültigkeit. Diese hierarchische Struktur verdeutlicht die Äußerung eines Pflegers bei der Verabschiedung des Direktors Delbrück, dieser sei als »Vater« bezeichnet worden.<sup>72</sup> Dem auch in anderen Berufen vorhandenen Mangel an geeignetem Personal konnte im Ellener Krankenhaus somit besonders schlecht begegnet werden, er konnte kaum behoben werden.

Für das verbliebene Pflegepersonal bedeutete der Arbeitskräftemangel eine zunehmend höhere Arbeitsbelastung. Auch sie waren von der Veränderung der Patientenstruktur, insbesondere der Aufnahme erkrankter Soldaten in das Krankenhaus betroffen. Da Krankenschwestern und -pfleger auf dem Gelände des Krankenhauses lebten und seinen Hierarchien unterworfen waren, spürten sie auch die weiteren Einschränkungen des Krieges, so die Nahrungsknappheit oder den Kohlemangel.

Dabei waren einzelne Patientengruppen stärker von dem Mangel an Pflegepersonal betroffen als andere. Zwar berichtete Delbrück 1912, auf fünf Patienten käme durchschnittlich ein Pfleger bzw. eine Schwester.<sup>73</sup> Doch tatsächlich war der Pflegerschlüssel je nach der Art der Unterbringung eines Patienten als ru-

<sup>72</sup> Anonymus (1927): Prof. Dr. Anton Delbrück. Zur Erinnerung an seinen Abschied von Ellen, Bremen: Traktathaus-Druckerei. Hier 10.

<sup>73</sup> DELBRÜCK 1912: 13.

higer, halbruhiger oder unruhiger Patient bzw. Privatpatient verschieden. Eine einem Bericht der Deputation für das Gesundheitswesen aus dem März 1914 entnommene Tabelle verdeutlicht die Verteilung des Pflegepersonals in den Jahren 1913 und 1914:

**Tabelle: Pflegepersonal im St.Jürgen-Asyl 1913 und 1914**

Haus	Normierte Bettzahl	Patienten 1913	Patienten 1914	Pflegepersonal 1913	Pflegepersonal 1914
<b>Männliche Patienten</b>					
Haus I Ruhige Kranke	38	39	37	6	5
II Halbruhige Kranke	51	62	63	9	7
III Unruhige Kranke	42	58	58	11	4
XII Werkstättengebäude	9	12	12	1	2
Pflege- (weißes) Haus	65	92	92	13	11
Verwahrungshaus	30	31	34	9	8
Baracke	-	13	15	1	-
Gutsstation	-	12	11	1	1
Privathaus	11	4	3	4	3
<b>Weibliche Patienten</b>					
Haus IV Ruhige Kranke	41	28	39	16	17
V Halbruhige Kranke	51	50	54	10	9
VI Unruhige Kranke	46	62	64	4	4
VIII	-	6	12	2	9
Pflege- (weißes) Haus	65	88	98	8	9
Offene Villa mit Schwestern-Casino	30	24	23	20	10
Baracke	-	15	17	2	-
Küchenstation	13	8	3	-	-

Deutlich wird hier, dass männliche Privatpatienten zumindest 1914 nicht unter dem Mangel an Pflegepersonal zu leiden hatten. In den Jahren 1913 und 1914 wurden demnach die Privatpatienten von einem je eigenen Pfleger versorgt: Bei den Revisionen 1913 im männlichen Privathaus wurden vier Kranke von vier Pflegern versorgt, 1914 waren es jeweils drei Kranke und Pfleger.<sup>74</sup> Die weiblichen Privatpatienten mussten hingegen 1914 Einschränkungen in der Versorgung hinnehmen, 23 Patientinnen wurden nun von zehn Krankenschwestern statt wie zuvor 24 Patientinnen von 20 Krankenschwestern versorgt. Der Pflegerschlüssel blieb mit 1:2,3 (1913 hatte er 1:1,2 betragen) bei dieser Patientengruppe dennoch sehr hoch.

Mehr als Privatpatienten hatten die einfachen und hier besonders die männlichen unruhigen und halbruhigen Patienten unter der anscheinenden Abnahme

<sup>74</sup> StAB, 3-M.1.t.2. Nr. 112, Acta, betr. Berichte des Gesundheitsrats über die Besichtigung des St.Jürgen-Asyls.



der Zahl männlicher Pfleger im Jahr 1914 zu leiden.<sup>75</sup> Am stärksten waren die unruhigen männlichen Patienten betroffen, bei denen sich der Pflegerschlüssel von 1:5,3 im Jahr 1913 zu 1:14,5 im Jahr 1914 änderte. Bei der Station für unruhige Frauen war der Pflegerschlüssel mit 1:15,5 1913 bzw. 1:16 in beiden Jahren sehr niedrig.

Die vorliegende Tabelle zeigt die Bereitschaft im St.Jürgen-Asyl in der Vorkriegszeit, bei Abnahme der Anzahl von Pflegern und Schwestern zunächst den Pflegerschlüssel für die zu einfachen Verpflegungssätzen untergebrachten Patienten zu senken. Eine entsprechende Auflistung der Verteilung des Pflegepersonals auf die einzelnen Stationen existiert nicht für die Kriegsjahre, es ist jedoch anzunehmen, dass die Anzahl der Krankenpfleger und -schwestern insbesondere auf den Männerstationen in Anbetracht der Einberufung männlicher Pfleger zum Kriegsdienst nicht erhöht wurde und kaum gleich bleiben konnte. So nahm die Anzahl des Pflegepersonals in den Kriegsjahren immer weiter ab: Waren 1913 noch 118 Pfleger und Schwestern im St.Jürgen-Asyl beschäftigt und 1914 vorübergehend 129, so waren es 1915 nur noch 113 Pfleger und Schwestern.<sup>76</sup> Für die Pfleger und Schwestern bedeutete auch dies eine zunehmende Arbeitsbelastung.

Da das gelernte Personal oftmals durch ungelerntes Hilfspersonal ersetzt wurde, bedeutete die Abnahme der Anzahl von Krankenschwestern und -pflegern zugleich eine qualitative Verschlechterung der pflegerischen Versorgung der »Ellener« Patienten. Der mit Ausnahme der Kriegsindustrie während des Ersten Weltkrieges in allen Tätigkeitsbereichen spürbare Arbeitskräftemangel fand im Ellener Krankenhaus damit bereits kurz nach Kriegsbeginn seinen Niederschlag. Diesen Schwierigkeiten konnte offenbar nicht durch die Einrichtung des Reservelazarets abgeholfen werden, in deren Rahmen »dem Vertrage entsprechend zur Pflege der Heeresangehörigen Militärkrankenpfleger in das St.Jürgen-Asyl kommandiert wurden«<sup>77</sup>: Äußerungen Delbrücks über Schwierigkeiten, geeignetes Pflegepersonal zu finden, finden sich in ärztlichen Berichten für die Dauer des gesamten Krieges.

Der – quantitative und qualitative – Mangel an Pflegepersonal wurde erst 1918 behoben, als mit Kriegsende zahlreiche zuvor im Krankenhaus beschäftigte Pfleger dorthin zurückkehrten.<sup>78</sup> Die Hilfsschwestern wurden nun lediglich mit

---

75 Den Besichtigungen des Gesundheitsrates ist zu entnehmen, dass 1913 118 Pfleger und Schwestern und 1914 129 Pfleger und Schwestern im St.Jürgen-Asyl beschäftigt waren. Für den Widerspruch dieser Angaben zu denen in der aufgeführten Tabelle, derzufolge 1914 weniger Pflegepersonal im St.Jürgen-Asyl beschäftigt war als 1914, fand sich keine Erklärung.

76 Vgl. Besichtigung des St.Jürgen-Asyls durch die Medizinalkommission der Freien Hansestadt Bremen am 23.04.1915, in: StAB, 4,21–573. Akte betr. Oeffentliche Irrenanstalten, Bd. 2. 1914–1927.

77 Ärztlicher Bericht von 1916.

78 Vgl. Ärztlicher Bericht von 1918.

Rücksicht auf die heimkehrenden »Krieger« als vollwertige Krankenschwestern eingestellt.<sup>79</sup>

### 2.3.2.2 Ärzte des St.Jürgen-Asyls

Auch kam es während des Krieges zu einem erheblichen Mangel an Ärzten im bremischen psychiatrischen Krankenhaus. Psychiater übernahmen hier die therapeutische Versorgung der Patienten; Psychologen waren wie zeitgenössisch üblich in der praktischen bremischen Psychiatrie nicht tätig. Neben dem Direktor waren die Stelle eines Oberarztes, eines Sekundärarztes und dreier Assistenzärzte vorgesehen.<sup>80</sup> Ein entsprechender Verweis im »Ärztlichen Bericht« des Jahres 1912 lässt erkennen, dass in der Vorkriegszeit die zudem vorhandene Option der Einstellung von Medizinalpraktikanten auch zur Besetzung vakanter Assistenzarztstellen genutzt wurde.<sup>81</sup> Einem Bericht der Deputation für das Gesundheitswesen zufolge waren im Jahr 1913 alle regulären Arztstellen besetzt, zusätzlich wurden zwei Medizinalpraktikanten beschäftigt. Dies sollte sich während des Krieges bald ändern.

Die Stelle des Direktors hatte während der Dauer des gesamten Krieges Anton Delbrück inne, der das St.Jürgen-Asyl seit seiner Einstellung 1898 mitkonzipiert hatte und es erst 1927 verließ, als er in Ruhestand ging. Sein ärztlicher Stil prägte die medizinisch-theoretische und therapeutische Ausrichtung des Ellener Krankenhauses entscheidend. – Die Stelle des Oberarztes wurde bereits zu Kriegsbeginn vakant, als der Oberarzt Dr. Otto Rehm zum Kriegsdienst einberufen wurde: Während des gesamten Krieges praktizierte er an der Front. Er war einer von insgesamt rund 28.000 Ärzten im Deutschen Reich, die zwischen 1914 und 1918 beim Militär unmittelbar für den Krieg an der Front oder in Frontnähe tätig waren. Wie so mancher dieser Ärzte kehrte Rehm erst Anfang 1919 kehrte zu seiner Tätigkeit im bremischen psychiatrischen Krankenhaus zurück.<sup>82</sup> Dieses hatte somit während des gesamten Krieges keinen Oberarzt.

Im Jahr 1914 arbeiteten neben dem Direktor, dem Sekundärarzt Walter de la Motte und drei Assistenzärzten (zwei weiblichen, einem männlichen) zwei Medizinalpraktikanten im St.Jürgen-Asyl.<sup>83</sup> Den »Ärztlichen Berichten« ist zu entnehmen, dass in den späteren Kriegsjahren keine Medizinalpraktikanten hier beschäftigt waren. Am 31. März 1915 jedoch verließ Walter de la Motte das Ellener Krankenhaus, um an der Lazarettabteilung der »Heilanstalt für Gemüts-

79 StAB, 4,21–573, Akte betr. Oeffentliche Irrenanstalten, Bd. 2. 1914–1927.

80 Vgl. DELBRÜCK 1912: 13.

81 Vgl. Ärztlicher Bericht von 1912.

82 Vgl. Ärztlicher Bericht von 1919.

83 StAB, 4,21–573, Akte betr. Oeffentliche Irrenanstalten, Bd. 2. 1914–1927.

und Nervenranke« in Berlin-Charlottenburg auszuhelfen.<sup>84</sup> Seit er und Rehm »Ellen« verlassen hatten machte sich, so Delbrück, der Ärztemangel empfindlich bemerkbar.<sup>85</sup> Im Jahr 1915 arbeiteten damit neben dem Direktor nur der Assistenzarzt Dr. Friedrich Husemann sowie die beiden Assistenzärztinnen Dr. Kristine Pedersen und Dr. Fanje Doctorowitsch im St.Jürgen-Asyl.

Dr. Kristine Pedersen aus Hildebrand in Dänemark hatte ihre Arbeit im St.Jürgen-Asyl bereits am 3. Oktober 1910 begonnen und blieb bis zum 31. Januar 1918; ihre Kollegin Dr. Fanje Doctorowitsch aus Cherson in Russland, seit dem 1. Dezember 1910 in »Ellen« tätig, verließ das Krankenhaus am 4. März 1918. Dr. Clara Rader ersetzte seit dem Jahr 1918 bis zum 31. Dezember 1918 die beiden Assistenzärztinnen.<sup>86</sup> Am 1. April 1918 fing weiterhin Dr. Natorp als Assistenzarzt an, jedoch nicht wie Dr. Rader als »Kriegshilfe«, sondern mit der üblichen vierteljährlichen Kündigungsfrist für Assistenzärzte.

Auf die zu diesem Zeitpunkt seit drei Monaten vakante Sekundärarztstelle wurde am 1. Juli 1916 Dr. Friedrich Husemann berufen, der zuvor als Assistenzarzt im St.Jürgen-Asyl beschäftigt gewesen war.<sup>87</sup> Er war für unabhkömmlich erklärt worden und wurde daher nicht zum Kriegsdienst eingezogen. Die dadurch freigewordene Assistenzarztstelle konnte erst am 18. Juli 1917 durch Oberstabsarzt a. D. Dr. Lindner besetzt werden, der sich jedoch auch bei der Versorgung der im St.Jürgen-Asyl eingelieferten Militärangehörigen beteiligte.

Während des Krieges erhielten die Assistenzärzte der Anstalt 6 Mark Kriegsteuerungszulage pro Tag, die Aushilfskräfte, die Delbrück zufolge nicht approbiert waren, 5 Mark pro Tag, die »beiden älteren Ärzte« (wahrscheinlich Husemann und Lindner) 10 Mark monatlich.<sup>88</sup> Die hierarchische Struktur des ärztlichen Personals ließ sich nun wie auch vor 1914 an den Gehältern der Ärzte nachvollziehen.<sup>89</sup>

Eine Episode aus dem Jahr 1918 zeigt den Umgang Delbrücks mit seinen ÄrztInnen.<sup>90</sup> Am 11. März 1916 schrieb der Oberbefehlshaber Ost von Eisenhart an das stellvertretende Generalkommando in Altona, dem auch die Freie Hansestadt

84 Vgl. Ärztlicher Bericht von 1915. De la Motte war vom 15. Februar 1909 bis zum 31. März 1915 als Assistenzarzt im St.Jürgen-Asyl beschäftigt.

85 Vgl. Ärztlicher Bericht von 1915.

86 Vgl. Ärztlicher Bericht von 1918.

87 Vgl. Ärztlicher Bericht von 1916. Husemann trat seine Stelle im St.Jürgen-Asyl am 2. Dezember 1913 an, am 1. Juli 1916 wurde er Sekundärarzt (vgl. Ärztliche Berichte von 1913 und 1916).

88 Vgl. StAB, 3-B.4.k.2 Nr. 70, Akte betr. Kriegsteuerungszulage der Assistenzärzte. Vgl. zur Kriegsteuerungszulage in der Freien Hansestadt Bremen allgemein StAB, 4,21–61, Akte betr. Kriegsteuerungszulagen an Beamte und Angestellte 1915–1920.

89 Eine Auflistung der Gehälter in der Vorkriegszeit befindet sich in ENGELBRACHT/TISCHER 1990: 28.

90 Vgl. StAB 3-m.2.h.2.Nr. 23/33: Entsendung von russischen Ärzten und Studenten in das Besatzungsgebiet 17.3.1916–14.3.1917.

Bremen im Krieg unterstellt war: »Im hiesigen Befehlsbereich ist großer Mangel an Ärzten für die Versorgung der einheimischen Bevölkerung. Dieser Mangel berührt die Interessen des Heeres empfindlich, da er die Gefahr des Ausbruchs von Seuchen hervorruft.«<sup>91</sup> Von Eisenhart bat daher, die angeblich zahlreich sich in Deutschland aufhaltenden russischen Ärzte und Medizinstudenten dorthin zu entsenden. Diese Anfrage wurde am 1. Dezember 1916 vom stellvertretenden Generalkommando Altona an die Militärkommission des Bremer Senats weitergeleitet: Die Kommission möge Dr. med. Fanja Doctorowitsch fragen, ob sie bereit sei, »freiwillig die ärztliche Behandlung der Zivilbevölkerung in den besetzten Gebietsteilen Russlands zu übernehmen«<sup>92</sup>.

Anton Delbrück beantwortete die Anfrage am 8. Dezember 1916 mit einem Brief an die Militärkommission des Senats, Deputation für das Gesundheitswesen: »Ergebenst zurück mit der Erwiderung, dass Frl. Dr. Doctorowitsch freiwillig nicht bereit ist [sic], ärztliche Behandlung der Zivilbevölkerung in den besetzten Gebietsstellen Russlands zu übernehmen. Erstens glaubt sie den Anstrengungen einer derartigen Tätigkeit nicht gewachsen zu sein. Sie ist zwar gesund, aber von sehr zartem Körperbau; bei gleicher ärztlicher Arbeitsleistung erfordert ihre hiesige Tätigkeit natürlich sehr viel geringere körperliche Anstrengungen als eine derartige Landpraxis. Zweitens glaubt sie auch hinsichtlich ihrer ärztlichen Kenntnisse und Erfahrungen einer solch derartigen Tätigkeit nicht annähernd in dem Masse [sic] gewachsen zu sein, wie ihrer hiesigen. Seit sie die Universität verlassen hat, arbeitete sie vorübergehend an einer Lungenheilstätte und sonst nur (acht Jahre lang) in Irrenanstalten, in denen ja die allgemeine Praxis immer eine sehr geringe Rolle spielt. – Ich halte diese Bedenken für durchaus begründet und sehr beachtenswert.

Im Interesse der Anstalt müsste ich ausserdem [sic] Frl. Doctorowitsch für unabkömmlich erklären. Die ärztliche Arbeit an der Anstalt hat durch Errichtung der Reservelazarettabteilung in nennenswerter Weise zugenommen. Unser Oberarzt ist im Felde, die Secundararztstelle [sic] durch den für unabkömmlich erklärten Dr. Husemann, die drei Assistenzarztstellen durch zwei Damen besetzt. Diese sind beide gut eingearbeitet und so können wir jetzt mit Berücksichtigung der Kriegsverhältnisse die Arbeit wohl leisten, obwohl von fünf Arztstellen nur drei besetzt sind. Würde uns Frl. Dr. Doctorowitsch genommen, so würde uns dadurch schon die Menge der ärztlichen Arbeitskräfte in sehr empfindlicher Weise gekürzt. Ausserdem befürchte ich, dass sich dann die andere Assistenzärztin nicht mehr halten liesse [sic]. Wäre sie eine deutsche, könnte man sie ja auf Grund

91 Vgl. StAB 3-m.2.h.2.Nr. 23/33: Entsendung von russischen Ärzten und Studenten in das Besatzungsgebiet 17.3.1916–14.3.1917.

92 Vgl. StAB 3-m.2.h.2.Nr. 23/33: Entsendung von russischen Ärzten und Studenten in das Besatzungsgebiet 17.3.1916–14.3.1917. 93

des Hilfsdienstgesetzes vielleicht zwingen, hierzubleiben. Sie ist aber Dänin und so wüsste ich kein Mittel, sie zum bleiben [sic] zu zwingen. Sie hat bisher in vortrefflicher Weise und stets willig, die durch den Krieg bedingte Mehrarbeit geleistet – und tut auch auf der Männerseite den Dienst. Dass sie sich aber als Nicht-deutsche zu einem erheblichen weiteren Plus an Arbeit hergeben soll, kann man füglich nicht verlangen. – Dass wir für die Damen, wenn sie weggehen, Ersatz bekommen, halte ich für so gut wie ausgeschlossen.

So scheint es mir im Gesamtinteresse zu liegen, dass man Frl. Dr. Doctorowitsch hier lässt.«<sup>93</sup>

Weitergeleitet an den Oberbefehlshaber Ost wurde zwar nur der erste Teil dieses Briefes und damit der Ablehnung der Entsendung Doctorowitschs in den Osten. Dennoch zeigt diese Episode eindrücklich, wie schwierig es für Delbrück war, sich zwischen der Versicherung, das St.Jürgen-Asyl käme in Anbetracht der kriegsbedingt geringen Möglichkeiten gut zurecht, und dem Insistieren, weitere Einschränkungen dürfe es in keinem Fall geben, zu bewegen. Das Anliegen seiner Assistenzärztin unterstützte er ganz im Sinne »seiner« Anstalt, wohl wissend, wie wichtig selbige für diese war; doch setzte er sich damit auch für Doctorowitsch ein. Dr. Fanje Doctorowitsch blieb bis März 1918 in Bremen.

Dass die beiden ausländischen Ärztinnen im Ellener Krankenhaus tätig blieben war (nicht nur) aufgrund des Personalmangels bei dieser Berufsgruppe dringend notwendig: Im Jahr 1915 wurden durchschnittlich 597,34 Patienten von vier Ärzten versorgt, auf einen Arzt kamen damit 149 Kranke. Zwei Jahre später, 1917, wurden durchschnittlich 582,16 Patienten von fünf Ärzten versorgt, hier kamen 116,4 Kranke auf einen Arzt. Allerdings war der Verwaltungsaufwand im Jahr 1917 gegenüber 1915 für die verbliebenen Ärzte mit der Einrichtung eines Reservelazarets deutlich erhöht. Eine intensive ärztliche Betreuung jedes individuellen Patienten war unter diesen Umständen kaum möglich, der schon in der Vorkriegszeit nicht allzu gute Arzt-Patienten-Schlüssel verschlechterte sich während des Krieges zusätzlich.

Der Mangel an Ärzten war für die Anstalt äußerst unangenehm. Dies zeigt eine Anfrage Dr. Bennings, des Leiters der »Privatanstalt für Geistes- und Nervenranke« in Rockwinkel, aus dem Jahr 1917. Benning war als leitender und einziger Arzt seiner Anstalt bislang stets auf sein Gesuch hin vom Heeresdienst zurückgestellt worden. Auf sein letztes Gesuch hin hatte er jedoch die Antwort erhalten, es sei »ein Vertreter zu beschaffen, bzw. anderweitige Unterbringung der Kranken ernstlich in Erwägung zu ziehen«; die Einberufung schien unmittelbar bevorzustehen. Da seine bisherigen Bemühungen um einen Vertreter ohne Erfolg waren versuchte er nun, Vorsorge für den Fall seiner Einberufung zu treffen, und

---

93 Vgl. StAB 3-m.2.h.2.Nr. 23/33: Entsendung von russischen Ärzten und Studenten in das Besatzungsgebiet 17.3.1916–14.3.1917.

erkundigte sich bei der Deputation für das Gesundheitswesen nach der Möglichkeit der Unterbringung der 42 Patienten (davon kamen 22 aus Bremen) seiner Anstalt im St.Jürgen-Asyl im nämlichen Fall. Delbrück äußerte sich hierzu im Februar 1917 gegenüber dem Senat: »Wir haben zur Zeit allerdings sehr wenig Privatpatienten, sodass [sic] augenblicklich 14 Zimmer für Privatranke leer stehen. Ich habe deshalb im Interesse der Kohlenersparnis das Männerprivathaus vollständig geräumt und Ärzte und Ärztekasino, die sich dort befinden, in das Frauenprivathaus verlegt. Die Kohlennot wird ja aber wohl bis zu der kritischen Zeit behoben sein. Aber auch dann können wir doch den 42 Privatpatienten – ja nicht einmal den 22 Bremer Patienten – eigene Zimmer in Privatpflege geben. Dazu kommt, dass die unruhigen Häuser alle reichlich voll sind, sodass [sic] es dort nicht möglich sein würde, die in Frage stehenden Rockwinkler Patienten einigermaßen [sic] standesgemäss [sic] unterzubringen. Ausserdem [sic] sind wir nicht in der Lage, bei der durch die Lazarettabteilung erheblich vermehrten Arbeit und den herabgesetzten ärztlichen Arbeitskräften den Rockwinkler Kranken auch nur annähernd diejenige ärztliche Behandlung zukommen zu lassen, die Privatranke im allgemeinen zu verlangen pflegen. Man darf auch nicht außer Acht lassen, dass für den Fall, dass Herrn Dr. Benning's [sic] Anstalt geschlossen würde, sich der Zuspruch unserer Privatstationen wesentlich erhöhen würde und zwar gerade für frisch Erkrankte, sodass [sic] wir unmöglich die für Privatpatienten zur Verfügung stehenden Räume alle mit mehr oder weniger chronischen Patienten aus der Rockwinkler Anstalt belegen könnten. Somit könnte höchstens in Betracht kommen, dass wir die in Bremen zuständigen Kranken aus Rockwinkel aufnehmen und uns auch dann durchaus nicht verpflichten können, sie alle als Privatranke unterzubringen und ärztlich zu versorgen.«<sup>94</sup> Doch hätte das St.Jürgen-Asyl bei der Aufnahme von Privatpatienten mit dringend benötigten höheren Einnahmen rechnen können. Delbrück lehnte die Aufnahme dieser Privatpatienten wohl nur ungerne ab. Den Ärztemangel macht die Ablehnung dieser Patienten somit besonders deutlich.

Als ärztlichem Direktor des St.Jürgen-Asyls oblag Anton Delbrück nicht nur die Entscheidung, wie viele Patienten aus Rockwinkel aufgenommen werden können. Er zeichnete ebenso verantwortlich für die (ärztliche) Versorgung *aller* Patienten des bremischen psychiatrischen Krankenhauses. Damit war er für alle auf dem Gelände der Anstalt lebenden Personen oberste Autorität und bestimmte tendenziell die fachliche Ausrichtung des Krankenhauses. Auch war er verantwortlich für die hier ausgestellten psychiatrischen und militärischen Gutachten, die er auch unterzeichnete. Er hatte damit entscheidenden Einfluss auf das weitere Schicksal der hier untergebrachten Patienten, etwa bei Soldaten

---

94 StAB, 3-M.1.t.2. Nr. 130, Akte, betr. Aufnahme von Patienten aus dem Sanatorium des Dr. Benning in Oberneuland in das St.Jürgen-Asyl in Ellen. Hervorhebung M.H.

über die Feststellung der Dienstbeschädigung sowie der weiteren Kriegsverwendungsfähigkeit, aber auch der Zurechnungsfähigkeit.

### 2.3.2.3 »Unser Vater«: Anton Delbrück, der Anstaltsdirektor

Prof. Dr. Anton Delbrück leitete das St.Jürgen-Asyl von 1898 bis zu seiner Pensionierung im Jahr 1927. Geboren wurde er am 23. Januar 1862 in Halle an der Saale, wo er auch aufwuchs und die Schule besuchte. Nach seinem Abitur 1881 studierte er dort und in München Medizin. Nun wandte er sich zunächst der Chirurgie zu, spezialisierte sich dann aber auf die Psychiatrie, ein seinerzeit an Universitäten noch junges medizinisches Fachgebiet. Das Staatsexamen machte er 1886. Sein Volontariat in der »Sächsischen Provinzial-Irrenanstalt Altscherbitz« bei Halle in Sachsen beeinflusste sein Psychiatrie-Konzept nachhaltig: Nach dem Vorbild dieser ersten deutschen »kolonialen Anstalt« wurde das Ellener Krankenhaus gebaut. Delbrück, der bereits 1898 seine Tätigkeit als Direktor des St.Jürgen-Asyls (damals noch eine Abteilung des Krankenhauses in der St.Jürgen-Straße, des städtischen Krankenhauses) aufnahm, nahm entscheidenden Einfluss auf die Konzeption der Ellener Einrichtung.

Auch in der Zeit von 1888 bis 1890 lernte Delbrück als Assistenzarzt in der Anstalt Hamburg-Friedrichsberg das »No-Restraint-Prinzip« kennen, das er ebenfalls später als Direktor im St.Jürgen-Asyl umsetzen sollte; der Auffassung, eine Behandlung psychisch Kranker sei am ehesten dann erfolgreich, wenn jeglicher Zwang vermieden würde.<sup>95</sup> Damit ist Delbrück auf der Grundlage seiner Ausbildung im reformpsychiatrischen Kontext zu verorten. Im St.Jürgen-Asyl wurde dementsprechend auf die entsprechenden Behandlungsmethoden der Zwangsjacken oder des Zwangsstuhls weitgehend verzichtet.

In Burhölzli bei Zürich arbeitete der Bruder des gleichnamigen Militärhistorikers ab dem 3. Februar 1890 zunächst als Assistenzarzt, später als Sekundärarzt<sup>96</sup> unter Auguste Forel. Dieser schrieb über ihn: »Am 3. Februar [1890] trat ein neuer Assistenzarzt, Dr. Delbrück aus Norddeutschland, in die Anstalt ein. Er

95 Vgl. zur Biografie Delbrücks GILDEMEISTER, Rudolf (1969): Delbrück, Anton. In: Historische Gesellschaft zu Bremen, Staatsarchiv Bremen (Hrsg., 1969): Bremische Biographie 1912–1962, Bremen: H. M. Hausschild GmbH. S. 105–106 et al.

96 Seit dem Rücktritt des damaligen Sekundärarztes Dr. Mercier im August 1893 arbeitete Delbrück als Sekundärarzt in Burghölzli (vgl. FOREL, August (1935): Rückblick auf mein Leben, Zürich: Europa Verlag. Hier S. 162). Im Jahre 1895 übernahm er hier während eines dreimonatigen Urlaubs Forels sogar die Vertretung des Direktors (vgl. FOREL 1935: 169). – Wahrscheinlich lernte Delbrück während seiner Zeit in Burghölzli auch zahlreiche bekannte ärztliche Persönlichkeiten seiner Zeit bei ihren von Forel berichteten Besuchen in diesem Krankenhaus kennen, so Paul Möbius, vgl. FOREL 1935: 147), Delboeuf aus Lüttich, der sich u. a. mit der Hypnose befasste (vgl. FOREL 1935: 151), Bernheim aus Nancy (vgl. FOREL 1935: 162), der ebenfalls für seine Anwendung der Hypnose bekannt war, und weitere (vgl. FOREL 1935: 160).

war schon Assistenzarzt in einer andern Anstalt (Alt-Scherbitz) gewesen, gefiel mir außerordentlich und wurde in der Folge meine rechte Hand. Mit ihm bekam auch meine Frau eine bedeutende musikalische Hilfe, und die Unterhaltungen der Kranken blühten noch mehr auf.«<sup>97</sup> Im Jahr 1895 übernahm der Assistenzarzt Delbrück hier während eines dreimonatigen Urlaubs Forels sogar die Vertretung des Direktors.<sup>98</sup>

Forels primäres Anliegen war die Antialkoholbewegung; auch hier prägte er seinen Mitarbeiter. Die Auseinandersetzung mit der »Krankheit Alkohol« und die Forderung der Abstinenz sollten für Anton Delbrücks ganzes berufliches Leben von herausragender Bedeutung sein. Der größte Teil seiner Publikationen befasst sich mit Alkoholabhängigkeit. Nach dem Ersten Weltkrieg veröffentlichte er (nach einer Publikationspause während des Krieges) ausnahmslos Schriften zum Umgang mit Alkohol und Alkoholkranken.<sup>99</sup> Bereits im Jahre 1903 bereits betätigte er sich als Präsident eines internationalen Kongresses zur Bekämpfung des Alkoholismus.<sup>100</sup> Auf dem Gelände des St.Jürgen-Asyls setzte er ein Alkoholverbot durch: »Alkoholische Getränke werden weder als Arznei noch als Genussmittel, weder an Pflinglinge noch an Angestellte verabfolgt. Zurzeit sind der Direktor, der Oberarzt, der Anstaltsgeistliche, das Oberpflegepersonal und ein Drittel des Pflegepersonals Mitglieder von Abstinenzvereinen«<sup>101</sup>, hieß es 1912 in einem Aufsatz zur Beschreibung des Ellener Krankenhauses.

Offenbar gab Delbrück seinen Patienten auch Ratschläge betreffend den Umgang mit Alkohol, die teils über den Krankenhausaufenthalt hinaus befolgt wurden. So schrieb Carl N. nach seiner Entlassung im Jahr 1918 einen Brief an ihn:

»Am 6. Febr. (1918). Ehrenwerter Herr Professor, Da ich nun die Anstalt als wieder willensstarker Mensch verlasse kann ich nicht umhin Ihnen als dem Leiter derselben meinen Dank auszusprechen. Dank für alles menschliches Liebe was ich hier fand. Nie hat man mir einen ausgesprochenen Wunsch abgeschlagen, aber jeden erfüllt. Verständnisvoll trat mir ärztlicher Rat entgegen, Pflegepersonal

---

97 Vgl. FOREL 1935: 146.

98 Vgl. FOREL 1935: 169.

99 Siehe zu den Publikationen Anton Delbrücks seine Publikationsliste im Lexikon deutschsprachiger Neurologen und Psychiater (vgl. KREUTER, Alma [1996]: Delbrück, Anton, in: DIES. (1996): Deutschsprachige Neurologen und Psychiater. Ein biographisch-bibliographisches Lexikon von den Vorläufern bis zur Mitte des 20. Jahrhunderts. Mit einem Geleitwort von Hanns Hippus und Paul Hoff. Band 1: Abelsdorff – Gutzmann, München et al.: K. G. Saur. S. 247.). – Im Jahre 1896 wurde in Frankfurt/Main der »Verein abstinenten Ärzte des deutschen Sprachgebiets« gegründet, bei dem Delbrück neben Emil Kraepelin und Paul Julius Möbius lange Zeit im Vorstand war. Erster Vorsitzender war Auguste Forel (vgl. SCHOTT, Heinz (2001): Das Alkoholproblem in der Geschichte der Medizin, in: Deutsches Ärzteblatt, 2001, Jg. 98, Heft 30, S. A 1958–A 1962. Hier A 1961).

100 »Professor Anton Delbrück«, in: Bremer Volkszeitung, 26.03.1927.

101 Delbrück 1912: 14.





**Abbildung 15: Anton Delbrück, Direktor des St.Jürgen-Asyls zwischen 1898 und 1927 (o.J.)**

war höflich zuvorkommend u. die Verpflegung, die anormalen Verhältnisse im Auge, geradezu vorzüglich.

Die väterlichen Ratschläge betreffs einer absoluten Enthaltbarkeit gegen unseren größten deutschen Erzfeind [d. i. der Alkohol, M. H.], welche Herr Professor mir erläuternd ans Herz zu legen, werde ich willensstark beherzigen.

Eine 25jährige weise Erfahrung, die wohlwollend zu mir sprach kann ich

durchaus als ein unumstößliches Urteil über ein so verhängnisvolles Faktum betrachten, welches die leidige Alkoholfrage ist. Einer weisen Erfahrung als Jünger nachzustreben ist nicht nur klug – sondern auch vorteilhaft für den endgültigen Erfolg einer Sache welche die Gesundheit, bes. die seelische, unseres Volkes, gewissenhaft haben will. Mit Schrift u. Wort werde ich gegen meinen früheren Feind eifern, zuletzt nicht am wenigsten durch ein gutes Beispiel. Leben Sie wohl!

Dankbar verbleibe ich Ihr Carl N[...]. Landsturmmann.<sup>102</sup>

Während beim Thema Alkohol der Einfluss seines Lehrers Forel auf Delbrück unübersehbar ist, kommt er in einem anderen Bereich im Ersten Weltkrieg nicht zum Vorschein. So war Auguste Forel der erste Arzt in Europa, der 1892 aus rassenhygienischen Gründen die Sterilisation einer »geisteskranken« Frau vornahm – zu einem Zeitpunkt, als der spätere Direktor des St.Jürgen-Asyls bei ihm in Burghölzli als Assistenzarzt arbeitete und von ihm als seine »rechte Hand«<sup>103</sup> bezeichnet wurde.<sup>104</sup> Die Problematik rassenhygienisch motivierter Sterilisation psychisch Kranker war Delbrück damit höchstwahrscheinlich bekannt. Doch während die Auffassungen Forels hinsichtlich Alkoholismus und Abstinenz starken Einfluss auf seine zukünftigen klinischen Anschauungen hatten, finden sich in den Krankenakten des St.Jürgen-Asyls während des Ersten Weltkrieges keine Hinweise auf die – rassenhygienisch oder anders begründete – Forderung oder gar Durchführung von Sterilisationen von Patienten.<sup>105</sup> (Zwangs)Sterilisationen wurden zumindest im Ersten Weltkrieg *nicht* im St.Jürgen-Asyl durchgeführt.<sup>106</sup>

1889 hatte Anton Delbrück mit einer Dissertation mit dem Titel »Zur Lehre

102 Krankenakte Carl N., Alt-Archiv am Klinikum Bremen-Ost, A 112-10.

103 Forel 1935: 146.

104 Vgl. SCHMUHL, Hans-Walter (1987): Rassenhygiene, Nationalsozialismus, Euthanasie. Von der Verhütung zur Vernichtung »lebensunwerten Lebens«, 1890–1945, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. Hier S. 33 et al. Zu seiner Beschäftigung mit rassenhygienischen Fragen schrieb Forel in seiner Autobiografie: »Endlich [beschäftigten mich ca. 1891, M.H.] die menschlichen Rassenfragen. Welche Rassen sind für die Weiterentwicklung der Menschheit brauchbar, welche nicht? Und wenn die niedrigsten Rassen unbrauchbar sind, wie [nicht etwa ob!, M.H.] soll man sie allmählich ausmerzen?« (Vgl. FOREL 1935: 158).

105 Sterilisationen psychisch Kranker wurden damit erst nach 1918, aber vor 1934 in Bremen Praxis (vgl. SCHMACKE, Norbert/Hans-Georg GÜSE [1984]: Zwangssterilisiert – Verleugnet – Vergessen. Zur Geschichte der nationalsozialistischen Rassenhygiene am Beispiel Bremen, Bremen: Brockamp Verlag. Hier S. 59 sowie ENGELBRACHT 2002: 38 ff. Vgl. zur Psychiatrie in Bremen in der Zeit des Nationalsozialismus auch MARSZOLEK, Inge/René OTTE (1986): Bremen im Dritten Reich. Anpassung – Widerstand – Verfolgung, Bremen: Carl Schünemann Verlag. Rassenhygienische Forderungen Delbrücks fanden demnach primär mittels der Asylisierung Alkoholkranker Umsetzung (vgl. ENGELBRACHT 2002: 33 ff.).

106 Forel erlangte in der Schweiz weiterhin einige Bedeutung für die ärztliche Friedensbewegung (vgl. RUPRECHT, Thomas M. [1991]: Äskulap oder Mars? Von der Sanitätsideologie und ihrer Kritik seit dem 19. Jahrhundert und dem Beginn ärztlichen Friedensengagements, in: DERS./

von der Kreuzung der Nervenfasern im Chiasma nervorum optitorum« die Doktorwürde erlangt.<sup>107</sup> In Burghölzli befasste er sich mit psychiatrischen sowie gerichtsmedizinischen Fragestellungen. Hier schrieb er auch sein Lehrbuch zur forensischen Psychiatrie, auf das er beim Verfassen psychiatrischer Gutachten immer wieder zurückgreifen sollte.<sup>108</sup> In diesem Lehrbuch explizierte er seine Auffassung von der Notwendigkeit der Implementierung des No-Restraint-Systems: »Die wesentlichste [sic] Errungenschaft der modernen Psychiatrie oder der Irrenpflege ist nun aber die Erkenntnis, dass zur Behandlung der Kranken viel weniger Zwang notwendig ist, als man früher glaubte, als die Laien sich noch heutigen Tages einbilden.«<sup>109</sup> Auch kommt in diesem Lehrbuch ein körpermedizinisches Krankheitsverständnis zum Vorschein, das auch im St.Jürgen-Asyl wirksam sein sollte.

1891 habilitierte Delbrück sich zum Privatdozenten für Psychiatrie an der Universität Zürich. Seit 1893 zweiter Arzt in Burghölzli, wurde er dennoch nicht zum Nachfolger Forels ernannt, der 1896 in den Ruhestand ging, da er nicht die schweizerische Staatsangehörigkeit besaß. Forel beschrieb in seiner Autobiografie, wie er Delbrück als seinen Nachfolger in Burghölzli vorschlug: »Wenn man ihn [Delbrück, M. H.] nicht nehme, würde er einem Ruf nach Bremen folgen, das wisse [sic] ich.«<sup>110</sup> Tatsächlich verließ Delbrück nun Burghölzli und begann am 1. Juli 1898 seine Tätigkeit als Direktor der psychiatrischen Abteilung des Krankenhauses in der St.Jürgen-Straße. Damit übernahm er zugleich die Aufgabe, in der Ellener Feldmark eine psychiatrische Klinik zu planen und zu bauen; die Entscheidung für diesen Standort des neuen psychiatrischen Krankenhauses Bremens war schon zuvor gefallen. Mit der Berufung Delbrücks nach Bremen im Jahre 1898 »entschied man sich [somit] für einen Anstaltsleiter, dessen Psychiatriekonzept gleichermaßen auf Reformideen der Universitäten und einer umfassenden irrenärztlichen Anstaltspraxis fußte«<sup>111</sup>. Doch in Bremen war Delbrück primär Anstaltsleiter und anerkannter *prak-*

---

Christian JENSSEN (Hrsg., 1991): Äskulap oder Mars? Ärzte gegen den Krieg, Bremen: Donat Verlag, S. 37–64. Hier S. 53.)

107 Vgl. DELBRÜCK, Anton (1888): Zur Lehre von der Kreuzung der Nervenfasern im Chiasma nervorum optitorum, in: Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, 1890, Nr. 21, S. 746–777.

108 »Anton Delbrück«, in: Bremer Nachrichten vom 27.03.1927. Vgl. auch DELBRÜCK, Anton (1897): Gerichtliche Psychopathologie. Ein kurzes Lehrbuch für Studierende, Ärzte und Juristen, Leipzig: Barth.

109 DELBRÜCK 1897: 212.

110 FOREL 1935: 195.

111 ENGELBRACHT/TISCHER 1990: 32. Delbrück war 1898 mit der Aufgabe eingestellt worden, am Bau des St.Jürgen-Asyls mitzuwirken. Als Verwaltungs- und ärztlicher Direktor des St.Jürgen-Asyls war er in beiden Bereichen »mit fast unbegrenzter Weisungsbefugnis ausgestattet« (ENGELBRACHT/TISCHER 1990: 28). Blasius geht von einer Wertung der beiden Zuständigkeitsbereiche eines Anstaltsdirektors aus, derzufolge der Direktor primär Verwaltungsaufgaben zu

*tischer* Psychiater: Mit seiner Entscheidung, Direktor des St.Jürgen-Asyls zu werden, verabschiedete er sich von einer Wissenschaftskarriere. Als Direktor lebte er seit der Eröffnung dieses Krankenhauses im Direktorenwohnhaus auf dem Gelände des St.Jürgen-Asyls. Am 1. April 1915 wurde Delbrück der Professorentitel durch den Bremer Senat verliehen.<sup>112</sup> Bis zu seiner Pensionierung am 31. März 1927 blieb er in »Ellen«.

In Vorträgen angesichts seiner Entlassung aus seinem Amt als Direktor des St.Jürgen-Asyls 1927 wurden zahlreiche Lobreden auf Anton Delbrück gehalten, die jedoch auch den autoritären Stil verdeutlichen, mit dem er die Anstalt geführt zu haben scheint. So sagte Dr. Kraus, ein Direktor einer entsprechenden Anstalt wirke zugleich als Beamter, als Vorgesetzter und als Lehrer<sup>113</sup>; »mit Stolz« könne er, der spätere Oberarzt, sich als seinen Schüler bezeichnen. Ein Pfleger formulierte bei der Verabschiedung: »Die familiäre Anteilnahme an allem war es wohl auch, was uns unseren Direktor als Vorgesetzten so nahe gebracht hat. Ich kleide es wohl am besten in die Worte ›unser Vater‹. Wie oft sind diese Worte manch einem von uns über die Lippen gegangen.«<sup>114</sup> Derselbe Pfleger berichtet von Schwierigkeiten, dem Direktor etwas abzurufen.<sup>115</sup> Diese wenigen Äußerungen kennzeichnen den Führungsstil Delbrücks, der das St.Jürgen-Asyl Gerda Engelbracht und Achim Tischer zufolge im Sinne eines Obrigkeitsstaates organisierte.<sup>116</sup>

Delbrück heiratete 1894 seine Verlobte Sophie, mit der er einen Sohn und eine Tochter bekam. Sein Sohn kam im Ersten Weltkrieg am 6. April 1918 an der Westfront in Frankreich ums Leben.<sup>117</sup> Am 21. Februar 1944 verstarb Anton Delbrück in Kirchzarten im Kreis Freiburg.

---

erfüllen hatte und weniger mit der Behandlung von Patienten befasst war: »Der Umgang mit den Kranken war Sache der Ärzte, nicht des Direktors« (BLASIUS, Dirk [1980]: Der verwaltete Wahnsinn. Eine Sozialgeschichte des Irrenhauses, Frankfurt/Main: Fischer Taschenbuch. Hier S. 61). Die Kommunikation zwischen Ärzten und Patienten blieb Kütz zufolge auch im Bremen des frühen 20. Jahrhunderts im wesentlichen auf die Aufnahme und die Visitationen beschränkt. Die Assistenzärzte waren die zentralen Figuren im Krankenhausalltag (vgl. KÜTZ 1988: 235 f.).

112 Vgl. GILDEMEISTER 1969: 106 sowie WANIA, Hubert (1930): Fünfzehn Jahre Bremen 1906–1920. Eine Chronik, Bremen: G. Winter. Hier S. 156.

113 Anonymus (1927): Prof. Dr. Anton Delbrück. Zur Erinnerung an seinen Abschied von Ellen, Bremen: Traktathaus-Druckerei. Hier S. 8.

114 Anonymus 1927: 10.

115 Anonymus 1927: 11.

116 Vgl. ENGELBRACHT/TISCHER 1990: 7.

117 Vgl. LINDEMANN, Berthold (1968): Zur Geschichte einer hollerländischen Landgemeinde. Osterholz einst und jetzt, Bremen: Hauschild. Hier S. 53 sowie »Anton Delbrück«, in: Bremer Nachrichten vom 27.03.1927.

### 2.3.2.4 Die Patientinnen und Patienten des St.Jürgen-Asyls

Von der Organisation des St.Jürgen-Asyls nach obrigkeitsstaatlichem Muster waren am meisten die Patientinnen und Patienten betroffen. Wer aber waren diese?

In einem Bericht aus dem Jahr 1916 schrieb die Deputation für das Gesundheitswesen: »Es ist auch wohl anzunehmen, daß von den direkt am Kriege beteiligten Männern manche in auswärtigen Anstalten untergebracht wurden und daß überhaupt manche Erkrankte aus Sparsamkeitsgründen in den Familien zurückgehalten werden, solange es eben irgend möglich ist. Die Entlastung durch die im Sommer 1914 ausgeführten [sic] Evacuation [sic] nach Lemgo<sup>118</sup> spielt keine große Rolle und bezieht sich fast ausschließlich auf die Männer.«<sup>119</sup> Welche Bewandnis hat es mit diesen Zeilen? Die Deputation für das Gesundheitswesen bemühte sich hier um die Erklärung eines Phänomens, das auf den ersten Blick erstaunt, erwartet man doch, dass die Patientenzahlen in den psychiatrischen Krankenhäusern im Deutschen Reich im Krieg rasch in die Höhe schnellten; gab es doch neben den vielen im Krieg erkrankten Soldaten auch für die zivile Bevölkerung zahlreiche Schwierigkeiten und daraus entstehende seelische Verletzungen und Erkrankungen. Das Gegenteil war der Fall: Im St.Jürgen-Asyl nahmen wie in anderen ursprünglich zivilen psychiatrischen Krankenhäusern die Patientenzahlen während des Ersten Weltkrieges tendenziell ab.

Im Jahr 1914 waren durchschnittlich 610,17 Patienten im Ellener Krankenhaus untergebracht, 1918 waren es 464. Dagegen betrug der Maximalbestand im Jahr 1914 638 Patienten, 1915 waren es 626, 1916 bereits 662 Patienten, 1917 692 und schließlich 1918 493 Patienten, die auf einmal in »Ellen« untergebracht waren. Damit nahm der durchschnittliche Bestand der Patienten des St.Jürgen-Asyls während der Kriegsjahre zunächst ab, verzeichnete im Jahr

118 Auf Anfrage der Heil- und Pflegeanstalt Lindenhäus bei Lemgo aus dem Jahr 1913 kam 1914 ein Vertrag mit dem St.Jürgen-Asyl zur Übernahme von Kranken durch das Lindenhäus zustande. Dieses erklärte sich zur Aufnahme von 50–60 Kranken aus Bremen bereit, 50 % müssten arbeitsfähig sein. Dem Bremer Senat zufolge kamen für die Unterbringung in Lemgo nur die von der Armenpflege versorgten Kranken in Betracht. Verlegt wurden schließlich ausschließlich chronisch Kranke (vgl. StAB 3-M.1.t.1. Nr. 56, Acta, betr. Aufnahme bremischer Kranker in die Irrenanstalt des Landes Lippe [Lindenhäus bei Lemgo]). Die Konzeption des St.Jürgen-Asyls als Heil- und Pflegeanstalt mit dem Schwerpunkt auf ersterem Aspekt verdeutlicht auch der »Auszug aus den Bestimmungen für das St. Jürgenasyl für Geistes- und Nervenkrankte in Ellen (Bremen)« »§ 1 Bei der Aufnahme von Geisteskranken ist stets zu berücksichtigen, dass der Zweck des St. Jürgenasyls auf die Heilung und Verpflegung heilbarer Geisteskranken [sic] beiderlei Geschlechts ausgerichtet ist, dass daher die Pflege unheilbarer Irren [sic] nur nach besonderem Beschlusse und insofern gestattet werden kann, als jener Hauptzweck, der Raum und die sonstigen Verhältnisse es gestatten.« (StAB, 4,21–223, Pflegesätze in den städtischen und gemeinnützigen Krankenanstalten.)

119 Bericht des Gesundheitsrates, Ausschuss für Krankenhauswesen, an die Medizinalkommission zur Besichtigung des St.Jürgen-Asyl am 19.4.1916, in: StAB, 4,21–573, Akte betr. Oeffentliche Irrenanstalten, Bd. 2. 1914–1927.

<u>Jahr</u>	<u>Anzahl der Patienten (Durchschnittsbestand)</u>	<u>Anzahl der Patienten (Maximalbestand)</u>
1914	610,17	638
1915	597,34	626
1916	625,12	662
1917	582,16	692
1918	464	493

1917 seinen höchsten Stand und nahm dann zum Kriegsende wiederum ab. Der Maximalbestand dagegen nahm – mit Ausnahme im Jahr 1915 – stetig zu. Das eingangs aufgeführte Zitat erklärt diesen Sachverhalt, die prinzipielle Abnahme der Anzahl von Patienten im St.Jürgen-Asyl: Bei Weitem nicht alle Kranken, so die Annahme auch Delbrücks, wurden während des Krieges auch in Krankenhäusern untergebracht.

Dem aufmerksamen Beobachter fällt bei der Betrachtung des Patientenbestands sogleich eines ins Auge: Sowohl die durchschnittliche Belegung als auch der Maximalbestand der Patienten des St.Jürgen-Asyls stiegen im Jahr 1916 auf einmal an. Grund hierfür ist die Einrichtung eines Reservelazaretts im »Ellener« Krankenhaus im Oktober jenes Jahres. Diese führte zu Veränderungen in der Patientenstruktur des bremischen psychiatrischen Krankenhauses: Waren vor dem Krieg ausschließlich Zivilpersonen hier untergebracht, so wurden nun auch planmäßig Militärangehörige versorgt. Im Krieg waren damit mit Männern und Frauen, Zivilpersonen und Militärangehörigen unterschiedliche Patientengruppen auf dem gleichen Gelände, wenn auch räumlich getrennt voneinander untergebracht.

Die Aufnahme militärischer Patienten in das St.Jürgen-Asyl während des Krieges brachte dem Krankenhaus nicht nur zusätzlichen Arbeits- und Verwaltungsaufwand. Sie sicherte wahrscheinlich auch sein Überleben in dieser Zeit, in der die Patientenzahlen aufgrund von »Sparsamkeitsüberlegungen« in den Familien, aufgrund »auswärtig« untergebrachter Soldaten, aber auch schlicht aufgrund des Arbeitskräftemangels an der »Heimatfront«, der wohl oftmals eine Einweisung verhinderte, zurückgingen. Zahlreiche Krankenhäuser im Deutschen Reich konnten den allgemein verzeichneten Rückgang der Patientenzahlen während des Krieges nur deshalb überstehen, weil sie Lazarette beherbergten. Der Aufnahme erkrankter Soldaten ist es somit wohl zu verdanken, dass das St.Jürgen-Asyl auch nach 1918 noch existierte.<sup>120</sup>

---

120 Siehe hierzu Siemen: »Die materielle Existenzberechtigung der Psychiatrie in der Vorkriegszeit bestand in dem stetig sich ausdehnenden Anstaltswesen. Nach dem ersten Weltkrieg schien dieser Besitzstand gefährdet zu sein. Die Anstalten standen zu einem großen Teil leer. [...] In den Kriegsjahren fand erstmals in der Geschichte des deutschen Anstaltswesens ein beträchtlicher Bettenabbau statt. [...] Die öffentlichen Anstalten konnten ihre Kapazitäten weitgehend erhalten, aber dies wohl vor allem, weil die Anstalten auch als Lazarette genutzt wurden.« (SIEMEN, Hans-Ludwig [1987]: Menschen blieben auf der Strecke ... Psychiatrie zwischen Reform und Nationalsozialismus, Gütersloh: Verlag Jakob van Hoddis. Hier S. 33.)



Abbildung 16: Feldpostkarte, ca. 1916

Bereits wenige Tage nach Kriegsbeginn wurden die ersten Soldaten in »Ellen« aufgenommen. Im Laufe des Krieges sollten immer mehr Soldaten aufgenommen werden. Diese kamen aus allen Teilen des Landes und waren nicht nur im 75. Infanterieregiment (I. Hanseatisches) tätig, zu dem die Bremer eingezogen wurden. Denn die spezifische Beschaffenheit des Krankentransportwesens im Ersten Weltkrieg bedingte es, dass Soldaten aus allen Landesteilen hierher kamen: »Leute, deren Wiederherstellung in absehbarer Zeit nicht zu erwarten war und deren Zustand einen längeren Transport zuließ, wurden zum Abtransport [von Lazaretten in Frontnähe, M.H.] in die Heimat bestimmt.«<sup>121</sup> Entsprechend der Schwere ihrer Verletzungen wurden die Soldaten entlang der Strecke eines jeweiligen Lazarettzuges »ausgeladen«. So kam es, dass die Lazarettzüge der Freien

121 SCHWALM, Erich (1920): Gliederung, Ausrüstung und Tätigkeit des Sanitätskorps im Felde, in: HOFFMANN, Wilhelm (Hrsg., 1920): Die deutschen Ärzte im Weltkriege. Ihre Leistungen und Erfahrungen, Berlin: Ernst Friedrich Mittler und Sohn. S. 255–315. Hier S. 296. Siehe zum Krankentransportwesen auch ROSENBAUM, Wilhelm (1920): Das Krankentransportwesen im Weltkriege, in: HOFFMANN, Wilhelm (Hrsg., 1920): Die deutschen Ärzte im Weltkriege. Ihre Leistungen und Erfahrungen, Berlin: Ernst Friedrich Mittler und Sohn. S. 315–342. Vgl. zur Ordnung des Sanitätswesens im Ersten Weltkrieg Anonymus (1914): Kriegssanitätsordnung vom 28. September 1907, München: J.F. Lehmann.

Hansestadt Bremen Soldaten aus allen Teilen des Landes in die Stadt brachten, auch wenn diese zuvor keine Beziehung zu Bremen gehabt hatten; im Verlauf des Krieges wurde die Hansestadt Besitzerin dreier Lazarettzüge, stolz wird in der Chronik der Stadt über deren Einweihung berichtet (s. Abbildung 17).

Eine Beschreibung der Ausstattung eines solchen Lazarettzuges befindet sich in einer Publikation des Zentral-Hilfs-Ausschusses des Roten Kreuzes: »Vereinslazarettzug V 1 besteht aus 38 Wagen, von denen 26 für Verwundetenaufnahme bestimmt sind. Jeder Wagen enthält 10 Betten, so daß 260 Verwundete befördert werden können. Außerdem befinden sich im Zuge zwei Wagen, die als Wohn- und Schlafräume für den Offizierbegleiter, die drei Ärzte, den Verwalter und die vier Schwestern des Zuges dienen, ein Wagen für die Apotheke, die Kolonnenführer und den Oberkoch, ein Mannschaftswagen, ein Küchenwagen, ein Vorratswagen, ein Wäschewagen, zwei Gepäckwagen.«<sup>122</sup>

Die fremde Umgebung, die unbekannt Menschen und die wohl teils von der Heimat verschiedenen Gewohnheiten in der Stadt Bremen dürften nicht dazu beigetragen haben, dass die Soldaten sich im St.Jürgen-Asyl zu Hause fühlten. Dennoch wird es eine Erleichterung für sie gewesen sein, den unmittelbaren Schrecken der Front zumindest für kurze Zeit entkommen zu sein.

Hier, in »Ellen«, trafen die soldatischen Patienten auf zivile männliche und weibliche Patienten. Diese kamen wie schon in der Vorkriegszeit aus Bremen und der näheren Umgebung, kaum einmal aus weiter entfernt gelegenen Orten. Sie waren die mit Abstand größte Patientengruppe: Von 1.749 in der Kriegszeit neu aufgenommenen Patienten waren nur 215 Soldaten, die übrigen waren männliche und weibliche Zivilpersonen. Hinzu kamen die Langzeitpatienten, die schon vor 1914 im Krankenhaus gewesen waren. Auch Kriegsgefangene waren im St.Jürgen-Asyl untergebracht. Ihre Anzahl war gering, vier kriegsgefangene Patienten beherbergte das bremische psychiatrische Krankenhaus bis 1918. Zwei dieser Patienten kamen aus Russland, einer aus Frankreich, bei einem war nicht sicher, ob es sich um einen Belgier oder einen Franzosen handelte; dies konnte auch nicht mehr in Erfahrung gebracht werden, da der Patient wenige Tage nach seiner Ankunft im Krankenhaus verstarb und seine Herkunft zuvor nicht in Erfahrung gebracht werden konnte.

Eine relative Einheitlichkeit gab es bei der sozialen Herkunft der Patienten. Das St.Jürgen-Asyl war ein städtisches Krankenhaus. Wie in anderen entsprechenden Einrichtungen üblich kamen die Patienten hier meist aus unteren gesellschaftlichen Schichten; nur wenige Privatpatienten gab es in »Ellen«. Die Patienten waren zu unterschiedlichen Verpflegungssätzen hier untergebracht. Diese geben ebenso wie

---

122 Anonymus (1915): Zentral-Hilfs-Ausschuß vom roten Kreuz in Bremen. Seine Organisation und Tätigkeit vom 1. August 1914 bis 31. Januar 1915, Bremen: Verlag von Franz Leuwer. Hier S. 48 f.



**Bremisches.**

Bremen, den 17. Oktober 1914.

**Ein Verwundetentransport.**

Ein größerer Verwundetentransport, bei dem sich auch ungefähr zwei Duzend verwundeter französischer Gefangener befanden, traf gestern abend aus dem Westen ein, um in Bremen verpflegt zu werden und zu übernachten. Die zum größten Teile leicht verwundeten Krieger wurden nach der Ankunft in die Räume des Auswandererbahnhofs des Norddeutschen Lloyd geführt oder getragen und dort an gedeckte Tische gesetzt zu einem kräftigen warmen Mahle. Dann und zum Teil schon vorher war das Hauptverlangen auf Zigarren und Zigaretten gerichtet, die man halb in aller Munde sah, die Franzosen ausgenommen. Unter diesen, die man unter scharfer Bewachung hielt, fielen ein schwarzer Afrikaner und auch einer der neu durch England bezogenen Inder wegen ihrer exotischen Uniformen und Typen besonders auf. Nach der Beförderung gab es in den Schlafsälen eine von den meisten seit längerer Zeit entbehrte Bettruhe und heute früh eine ebenso ersuchte Reinigung, bevor gegen 11 Uhr die Weiterreise erfolgte.

So wird den Zeitungen mitgeteilt. Wir nehmen auf Grund dieses Berichts an, daß den französischen Verwundeten jegliches Rauchmaterial planmäßig vorenthalten worden ist. Wir machen darauf aufmerksam, daß das für einen Menschen, der aus Rauchen gewöhnt ist, eine große Qual bedeutet, vor allem wenn er einen anderen dabei rauchen sieht. Wie stark das Verlangen nach diesem Genussmittel im Menschen zuweilen ist, dafür legte auch ein Brief eines Mitarbeiters Zeugnis ab, der vor einiger Zeit in einem sehr angesehenen bürgerlichen Blatte erschien. Dieser Brief berichtete von einem Gefangenenlager, in welchem den Gefangenen auch jeder Rauchgenuss prinzipiell verweigert wurde, und erwähnte dabei, daß einzelne von den Gefangenen soweit gegangen seien, den Wärtern Goldstücke zu bieten, wenn sie ihnen ein paar Zigaretten verschaffen wollten. Aber vergeblich natürlich; es war Cissa damit. Der Erzähler plagte förmlich vor grausamer und niederträchtiger Schadenfreude, als er von diesen schwer empfundenen Entbehrungen der Gefangenen erzählte, wie denn überhaupt sein ganzer Brief von der Rachsucht erfüllt war, die an wechlos gewordenen Feinden und anständigen Leuten, die ihr Vaterland verteidigt haben, ihr Mütchen kühlen möchte.

Wir wissen natürlich nicht, welche Gründe die in Frage kommenden Behörden, soweit die Mitwirkung von solchen hierbei in Betracht kommt, bei ihren Entscheidungen etwa gehabt haben können. Es könnten ja vielleicht vorübergehend Gründe der Vorsicht eine Rolle gespielt haben. Aber im großen und ganzen können sie doch wohl durchgehends und auf die Dauer kaum in Betracht kommen. Daß sie vollends gerade bei Verwundeten von Bedeutung sein sollten, will uns auch nicht ohne weiteres einleuchten. Nicht leugnen wollen wir aber, daß wir uns freuen würden, wenn unsere Behörden jede Gelegenheit wahrnehmen möchten, um einen möglichst großen Abstand zwischen sich und die Schreiber solcher Briefe, wie des oben erwähnten, zu legen. Wir glauben auch, aus dem allgemeinen Verhalten dieser unserer Behörden, wie aus den von ihnen gebilligten Verlautbarungen der Blätter den Schluß ziehen zu dürfen, daß ihnen wirklich daran gelegen ist, das Ausland davon zu überzeugen, daß bei uns die deutschen und die fremden Verwundeten ganz genau auf demselben Fuße behandelt werden! —

Abbildung 17: Artikel: Ein Verwundetentransport (Bremer Bürger Zeitung, 14.10.1917)

ihr Beruf Aufschluss über ihre soziale Herkunft.<sup>123</sup> Denn der niedrigste für sie zu zahlende Verpflegungssatz von 2,30 Mark täglich wurde von der Armenfürsorge oder den Krankenkassen<sup>124</sup> übernommen, in denen sich Arbeiter und Angestellte seit der Einführung der Sozialversicherungsgesetzgebung im Deutschen Reich in der 1880er-Jahren versichern mussten, sobald sie über ein gewisses Jahreseinkommen verfügten. Die zu diesem Verpflegungssatz versorgten Personen gehörten damit einer unteren gesellschaftlichen Schicht an. Dies traf für die überwiegende Anzahl der Patienten zu.

3,50 Mark täglich zahlten auswärtige Patienten der untersten Verpflegungs-klasse, 4,50 Mark täglich zahlten nicht versicherte Angestellte. Dieser Betrag musste von der Familie des Patienten übernommen und somit privat getragen werden. Es kann daher davon ausgegangen werden, dass es sich hier um besser situierte Patienten handelte. Dies waren nur sehr wenige Patienten. Alle höheren Beträge wurden ebenfalls von der Familie eines Patienten übernommen. Bei Patienten, für die Verpflegungssätze von einer Höhe von mehr als 6,- Mark täglich gezahlt wurden, handelte es sich um Privatpatienten, die meist ein Einzelzimmer und die persönliche Betreuung durch den Direktor genossen. Auch wurden zumindest in den Jahren 1913 und 1914 die Privatpatienten des bremischen psychiatrischen Krankenhauses von jeweils einem eigenen Pfleger versorgt.<sup>125</sup> 79 Patienten betraf dies während der Kriegsjahre bei über 2.000 Patienten, die in dieser Zeit im St.Jürgen-Asyl untergebracht waren.<sup>126</sup> Entsprechend entstammte die überwiegende Anzahl der Patienten des St.Jürgen-Asyls der Arbeiterklasse, einige Angestellte waren dabei, einige aus dem Bürgertum, keiner aus dem Adel.

Eine ähnliche soziale Schichtung gab es bei den militärischen Patienten: Die meisten (etwa 90 %) waren einfache »Feldgraue«, wenige Unteroffiziere und noch weniger Offiziere waren aufgrund ihrer seelischen Erkrankungen dort. Die Soldaten waren zu den gleichen Bedingungen wie die zivilen Patienten hier untergebracht.<sup>127</sup> Dass wenige Offiziere als Patienten im St.Jürgen-Asyl waren, lässt jedoch nicht den Schluss zu, im Ersten Weltkrieg wären keine Offiziere

---

123 Vgl. StAB, 3-M.1.w.2. Nr. 26; Acta, betr. Tarifsätze der Krankenanstalt und des St.Jürgen-Asyls.

124 Vgl. zu den Krankenkassen und ihren spezifischen Bedingungen für die einzelnen Versicherten LEIDINGER 2002: 209–272. Leidinger zählt für das Jahr 1885 allein in Bremen 131 reichsgesetzliche oder landesgesetzliche Krankenkassen oder Hilfskassen (vgl. LEIDINGER 2002: 207–212).

125 StAB, 3-M.1.t.2. Nr. 112, Acta, betr. Berichte des Gesundheitsrats über die Besichtigung des St.Jürgen-Asyls.

126 Die Verpflegungssätze, zu denen die jeweiligen Patienten im St.Jürgen-Asyl untergebracht waren, sind den »Stammlisten« entnommen (vgl. Stammlisten des St.Jürgen-Asyls).

127 Vgl. StAB, 3-M.1.t.2. Nr. 126, Akte, betr. Verträge zwischen dem St.Jürgen-Asyl und dem Reserve-Lazarett I wegen Aufnahme erkrankter Militärpersonen in einer Abteilung des Asyls, und zwischen Direktor Dr. Delbrück und dem Reserve-Lazarett I wegen Verpflichtung des Dr. Delbrück als ordinierender Arzt der Abteilung.

oder höhere Militärs an »Krankheiten des Nervengebiets«<sup>128</sup> erkrankt. Diese wurden vielmehr auf Heimaturlaub geschickt oder in Sanatorien für Privatpatienten untergebracht: In nächster Nähe zum Ellener Krankenhaus befand sich mit »Dr. Engelkens Privat-Anstalt für Gemüts- und Nervenranke« ein solches Sanatorium. Das St.Jürgen-Asyl übernahm als städtisches Krankenhaus auch hier die Versorgung der gemeinen Patienten, der einfachen »Feldgrauen«. Der Krieg verursachte seelische Verletzungen bei allen Menschen, gleich welchen sozialen Standes oder welcher Herkunft.

Bei der Unterbringung soldatischer Patienten im St.Jürgen-Asyl als zivilem Krankenhaus war jedoch nicht der zivile Beruf, sondern der militärische Stand ausschlaggebend: Ein einfacher Soldat wurde auch dann zum niedrigsten Verpflegungssatz versorgt, wenn er im zivilen Leben weder Arbeiter noch Angestellter war. Das Ellener Krankenhaus musste sich hier am Militär orientieren, das auch die Verpflegungssätze für die soldatischen Patienten zahlte.

Die Zugehörigkeit der Patienten zu einer unteren gesellschaftlichen Klasse hatte einen weiteren Effekt: Die meist aus dem Bürgertum stammenden Ärzte befanden sich in einer hierarchisch übergeordneten Position. Dies traf auch und gerade für die militärischen Patienten zu: Delbrück als verantwortlicher und für die Feststellung der Dienstbeschädigung und weiteren Kriegsverwendungsfähigkeit zuständiger Arzt war mit der Eröffnung des Reservelazarets in den Rang eines *Sanitätsoffiziers* erhoben worden, und auch Stabsarzt a. D. Dr. Lindner hatte diesen Rang inne. Die vertraglich verpflichteten Zivilärzte erhielten im Ersten Weltkrieg den Rang eines Sanitätsoffiziers. Damit war die Grußpflicht durch Unteroffiziere und Mannschaften und das Vorgesetztenverhältnis diesen gegenüber verbunden.<sup>129</sup> Somit kam es auch hier zu einem durch den unterschiedlichen militärischen Rang bedingten asymmetrischen Verhältnis zwischen den Ärzten des St.Jürgen-Asyls und den Patienten: Ärzte waren ihren zivilen und soldatischen Patienten tendenziell gesellschaftlich übergeordnet. Dies hatte Auswirkungen auf das praktische Therapeut-Patienten-Verhältnis. Krankenakten von Patienten, die aus höheren Schichten kommen, lassen diese Auswirkungen dieses asymmetrischen Verhältnisses erahnen.

---

128 Vgl. Anonymus 1934: 145 f. Dieser Ausdruck wurde unter anderem im »Sanitätsbericht über das Deutsche Heer (Deutsches Feld- und Besatzungsheer) im Weltkriege 1914/1918 (Deutscher Kriegssanitätsbericht 1914/18)« zur Bezeichnung seelischer Krankheiten verwandt.

129 Vgl. KOMO, Günter (1992): »Für Volk und Vaterland«. Die Militärpsychiatrie in den Weltkriegen, Hamburg, Münster: Lit Verlag. Hier S. 57.

## Krankengeschichte Otto A.s

Der 29-jährige Otto A. war im Februar des Jahres 1917 wenige Tage als Patient im St.Jürgen-Asyl untergebracht.<sup>130</sup> Der Offizier war selbst nicht an der Front gewesen, doch hatte er, so wurde in der Krankenakte notiert, »in der Etappe im Westen einen sehr verantwortungsvollen Posten mit anstrengender Tätigkeit versehen, bis ihn nach einer Erkältung, [sic] die sich wieder einstellenden ihm altbekannten Herzbeschwerden wieder veranlassten, sich krank zu melden«. Dies war der Grund seiner Einlieferung; mehr ist hierüber nicht zu erfahren. Ein – hier nicht näher benannter – »verantwortungsvolle Posten« wurde in Krankenakten einfacher »Feldgrauer« nicht erwähnt, auch im öffentlichen Diskurs wurde er lediglich bei Militärangehörigen höherer Ränge angegeben. Ob seine Erwähnung bei Otto A. auch auf dessen gehobenen militärischen Rang zurückzuführen ist, lässt sich jedoch nicht eindeutig feststellen.

Mit der Diagnose »Basedow'sche Krankheit«<sup>131</sup> wurde Otto A. vom Vereinskrankenhaus in das St.Jürgen-Asyl gebracht. Darüber war er sehr ungehalten und »verlangt[e] Verlegung in das allgemeine Krankenhaus zu Herrn Prof. Dr. Stoevesandt, der ihn genau kenne«. In den folgenden Tagen erhielt er viel Aufmerksamkeit der Ellener Ärzte. So ließ er »wegen mancherlei Wünschen den Assistenzarzt antelephonieren – alle paar Stunden«. Am Abend seiner Einlieferung verlangte er den ordinierenden (d. i. diensthabenden) Arzt zu sprechen, dem er zunächst und ausführlich von seiner militärischen Laufbahn berichtete.

Doch beanspruchte Otto A. nicht nur die Zeit des Assistenzarztes häufig und intensiv, auch nahm er gezielt Einfluss auf den ärztlichen Umgang mit ihm: Otto A. kam der Aufenthalt im psychiatrischen Krankenhaus Bremens, als »Ellen« nicht gerade mit einem guten Ruf versehen, offenbar gar nicht gelegen. Am zweiten Tag seines Krankenhausaufenthaltes wurde in der Krankenakte über ihn notiert: »Bringt wieder mit grossem [sic] Redeschwall und etwas stechendem Blick [...] Klagen über die Verlegung ins St.Jürgen-Asyl vor. Wird *deshalb* bis zum anderen Tag zu seinen Eltern beurlaubt mit dem Versprechen, dass seine dauernde Beurlaubung befördert werden soll, in der Weise, dass er sich nur zu

130 Vgl. zum Folgenden Krankenakte Otto A., Alt-Archiv am Klinikum Bremen-Ost, A 91-31.

131 Bei der Basedow'schen Krankheit handelte es sich um »ein[en] Symptomenkomplex, als dessen Kardinalerscheinungen Herzklopfen mit Pulsbeschleunigung, Anschwellung der Schilddrüse und doppelseitiger Exophthalmus [Hervortreten des Augapfels aus der Augenhöhle, M.H.] betrachtet werden müssen. [...] Die Ursache des Leidens wird [...] im wesentlichen in einer gesteigerten Tätigkeit der Schilddrüse [gesucht]« (ROTH 1908: 399). Emil Kraepelin schrieb: »Die psychischen Erscheinungen sind die einer Herabsetzung der psychischen Widerstandsfähigkeit, erhöhte gemüthliche Reizbarkeit, heitere oder ängstliche Verstimmung, Unruhe, grosse Ermüdbarkeit, Schlaflosigkeit.« (KRAEPELIN, Emil [1899 a]: Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte. I. Band. Allgemeine Psychiatrie, Leipzig: Barth. Hier 41 f.).

Untersuchungen beim ordinierenden Arzt stellen soll.«<sup>132</sup> Denn diese Beurlaubung wurde vom Chefarzt des Reservelazarets I, Dr. Sylla, für unzulässig befunden. Der Patient wäre besser im Lazarett geblieben, schrieb dieser an das St.Jürgen-Asyl, »weil er ausserhalb [sic] desselben namentlich in Alkohol exzediere«. Die Ellener Ärzte hatten damit den Wünschen des Patienten stattgegeben, obwohl seine Entlassung anscheinend medizinisch nicht indiziert war. Weitere Klagen und Beschwerden des Patienten hatten schließlich Erfolg: Nach nur fünf Tagen Aufenthalt im St.Jürgen-Asyl wurde Otto A. zurück in das Krankenhaus in der St.Jürgen-Straße verlegt.

Anderen Patienten gehobener militärischer Ränge kam wie Otto A. ebenfalls die Möglichkeit zu, sich während ihres psychiatrischen Aufenthaltes mehrfach, teils jeden Sonntag, nach Hause beurlauben zu lassen. Auch die Alltagsgestaltung der soldatischen Patienten unterschied sich je nach ihrem militärischen Rang: Militärangehörige höherer Ränge gingen oft im St.Jürgen-Asyl spazieren oder spielten Billard<sup>133</sup> – Privilegien, die ihren Mitpatienten unterer militärischer Ränge anscheinend nicht zukamen.

## 2.4 Krankenhausalltag – Kriegsalltag

### 2.4.1 Die Aufnahme in das St.Jürgen-Asyl

Wann aber wurde jemand in das »Ellener« Krankenhaus aufgenommen, und wie geschah die Aufnahme in concretum? Die »Bestimmungen für das St. Jürgenasyl für Geistes- und Nervenranke in Ellen (Bremen)« legten exakt fest, wann jemand in das psychiatrische Krankenhaus Bremens aufgenommen werden konnte. Notwendig waren: »a) Das konstatierte Vorhandensein einer Geistesstörung. [...] b) Die Zustimmung der Ehegatten oder nächsten volljährigen Verwandten, oder Vormünder oder Kuratoren des Geisteskranken und in deren Ermangelung der Polizeibehörde des Domizils derselben. c) Die Beurkundung und Beschreibung der Geistesstörung nach Anleitung des Fragebogens durch den Arzt, in dessen Behandlung der Kranke vor der Aufnahme war, oder auf dessen Begutachtung oder Antrag letztere nachgesucht wird, unter Mitteilung etwaiger über die Äußerungen der Geisteskrankheit aufgenommenen [sic] Protokolle. d) Die Aufgabe der sämtlichen Personalien des Kranken. e) Die beglaubigte selbstschuldnerische Bürgschaft seitens einer bremischen Behörde oder solventen Kasse, oder eines solventen hiesigen Bürgers für die prompte Zahlung der Verpflegungsgelder,

---

132 Hervorhebung M.H.

133 Vgl. Krankenakte Hans O., Alt-Archiv Klinikum Bremen-Ost, A 112/11 et al.

sowie für die Erfüllung der sonstigen Leistungen in betreff [sic] Erhaltung der Kleidung und Wäsche und der demnächstigen Zurücknahme des Kranken, oder dessen Beerdigung.«<sup>134</sup>

Die zivilen Kranken, die diese Voraussetzungen erfüllten, wurden meist von einem Arzt überwiesen; erkrankte Militärangehörige gelangten im Rahmen des üblichen, oben beschriebenen Verfahrens des Krankentransportwesens im Krieg in das Krankenhaus. Die Aufnahmezeit war werktags zwischen 8 Uhr morgens und 7 Uhr abends, für den Transport nach der Anstalt hatte der zivile Kranke selbst zu sorgen.<sup>135</sup> Auch bei den im St.Jürgen-Asyl aufgenommenen Militärangehörigen war das Krankenhaus nicht für den Transport der zukünftigen Patienten zuständig, hier übernahm dies das Militär.<sup>136</sup>

In »Ellen« angekommen, wurden die Patientinnen und Patienten wahrscheinlich zunächst in das Verwaltungsgebäude gebracht. Im Erdgeschoss des Verwaltungsgebäudes befand sich ein großer Warteraum, »um den sich das Aufnahmezimmer, das Verwaltungsbureau, das Geschäftszimmer des Direktors, das Konferenzzimmer der Ärzte und ein ärztliches Untersuchungszimmer gruppieren«<sup>137</sup>. Die Untersuchungen eines Patienten fanden dennoch meist *nicht* am Tag seiner Aufnahme statt, wie die Krankenakten zeigen.

Nach der so erfolgten Aufnahme wurde ein Patient je nach seinem Verhalten in ein Haus (d. i. eine Station) für unruhige bzw. ruhige Kranke gebracht, getrennt nach Geschlechtern. Daher kam es vor, dass ein Patient während eines Aufenthaltes im St.Jürgen-Asyl mehrfach in andere Häuser verlegt wurde. Die Zusammensetzung der im Wachsaal liegenden Patienten wird sich somit beständig geändert haben.

Der nun einsetzende Stationsalltag war geprägt von der Bettbehandlung im Wachsaal (s. u.). Unterbrochen nur von den Phasen des Essens und den Therapiephasen bei nur wenigen Beschäftigungsmöglichkeiten konnten die Tage sehr lang werden: In der Psychiatrie gingen auch im Krieg die Uhren langsamer.

---

134 »Auszug aus den Bestimmungen für das St. Jürgenasyl für Geistes- und Nervenranke in Ellen (Bremen)«, in: StAB, 3-M.1.w.2. Nr. 26, Acta, betr. Tarifsätze der Krankenanstalt und des St.Jürgen-Asyls, auch Gestattung des Honorars von Privat- und fremden Separatkranken an die leitenden Ärzte dieser Anstalten. Vgl. auch StAB, 4,21–223, Pflegesätze in den städtischen und gemeinnützigen Krankenanstalten. Darin: betr. Erhöhung der Pflegesätze der Krankenanstalt u. des St.Jürgen-Asyls.

135 »Auszug aus den Bestimmungen für das St. Jürgenasyl für Geistes- und Nervenranke in Ellen (Bremen)«, in: StAB, 4,21–223, Pflegesätze in den städtischen und gemeinnützigen Krankenanstalten. Darin: betr. Erhöhung der Pflegesätze der Krankenanstalt u. des St.Jürgen-Asyls.

136 StAB, 3-M.1.t.2. Nr. 126, Akte, betr. Verträge zwischen dem St.Jürgen-Asyl und dem Reserve-Lazarett I wegen Aufnahme erkrankter Militärpersonen in einer Abteilung des Asyls, und zwischen Direktor Dr. Delbrück und dem Reserve-Lazarett I wegen Verpflichtung des Dr. Delbrück als ordinierender Arzt der Abteilung.

137 Delbrück 1907: 273.



Abbildung 18: Wachsaal im St.Jürgen-Asyl (o.J.)

So manchem von der Front kommenden Soldaten war diese Ruhe jedoch sehr recht. Das bremische psychiatrische Krankenhaus wurde in diesem Fall als friedvoll, als Erholungsraum wahrgenommen. So verfasste der 39-jährige Soldat Carl N. zu Weihnachten 1917 ein Gedicht über sein »Ruhe-Ellen«:

»Draussen toben Kriegsgewitter,  
 Windet sich der Schlachtendrachen.  
 Arme Herzen schlagen ängstlich.  
 Wild die Kriegshyänen lachen.  
 Waffenklang u. die Zerstörung  
 Schreiten schrecklich durch die Welt.  
 Hass in wildester Verblendung  
 Grinsend gier'ge Fackel hält.  
 Und die Herzen woll'n versteinern –  
 Fühlen zitternd sie das Weh.  
 So mit barmenlosen Grauen  
 Dreist von Tür zur Türe geht.  
 Ist es Wunder daß da manchem  
 Zweifel an den Funken kamen,  
 Der in jeglich Herz soll glimmen [sic]  
 In der Nächstenliebe Rahmen!?  
 So hat vor uns Alt-Soldaten  
 Der u. dieser wohl gedacht.

Bis am schönen Heiligenabend  
 Uns die Liebe hold gelacht,  
 Da hat sich das Herz geweitet,  
 Kleiner Funken ist erglüht,  
 Von dem milden Sinn geleitet  
 Ist die Gegenlieb erblüht,  
 Zogen uns wohl die Gedanken  
 Heimlich hin zu Weib u. Kind,  
 So doch gegen bittre Ranken  
 Unser Geistesblick ward blind.  
 Sahen wir im Festspielhause  
 Jenes Fromme Krippenspiel  
 Unser Sinn bei uns zuhause  
 Jüngstes Kind im Arme hielt.  
 Liebe hat den Baum geschmücket  
 Uns nach guter deutscher Art,  
 Manches Auge feucht da blickte:  
 Dank der Heimat offenbart.  
 Alle werden wir verstreuen  
 Uns bei, Friedensklang – dem hellen  
 Aber Dank, den wolln erweisen  
 stets wir unserem Ruhe-Ellen.«<sup>138</sup> (siehe auch Abbildung 19)

Noch lange nach seiner Entlassung aus dem St.Jürgen-Asyl schrieb jener Carl N. an Anton Delbrück: »Gerne denke ich an Ellen zurück. Ellen, ein Eiland in der Not meiner Krankheit. Eine dattelblühende Oase in der Wüste Krieg. Da sehe ich oft vor meinem träumenden Auge aufsteigen die winddurchbrausten alten Eichen her um das niedersächsische Strohhaus am Gutshof. Ich sehe dem moorig-grünen Pumpenbau zu, ich sehe dessen [...] geschnittenen Pferdekopf. Da sehe ich braune Moosflächen. Hinten die schwarzen Waldstücke. Vom Rande des Waldstücks her die tiefblauen Augen Gottes. Ich sehe eine Windmühle mit nur zwei Flügeln. Ich höre die Raben singen: Grab! Grab! Grab! Ich fühle durch mich das Auge guter liebender Menschen. Das ist Freund Husemann. Und ich denke an Rudolf Steiner<sup>139</sup>. – Alles vorbei. Aber meine dankbare Freundschaft zu guten Menschen lebt weiterhin.«

Über den Patienten, der diesen Brief und das Gedicht verfasste, ist leider – wie so oft – über die Krankengeschichte im St.Jürgen-Asyl hinaus nichts überliefert; doch zeigen diese Zeilen neben der nicht selbstverständlichen poetischen Leistung des Soldaten zumindest die Zeit und wohl vorhandene Muße, die Patienten

---

138 Krankenakte Carl N., Alt-Archiv am Klinikum Bremen-Ost, A 112-10.

139 Rudolf Steiner (1861–1925), Begründer der Antroposophie.



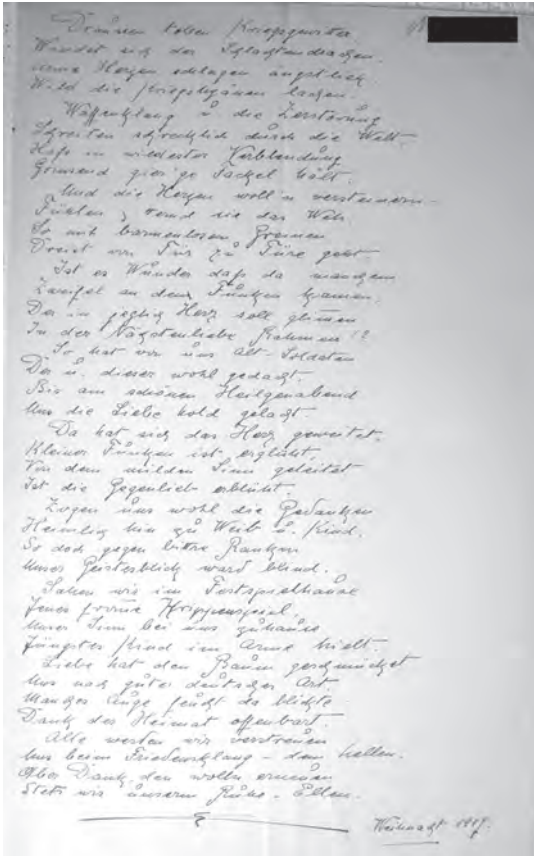


Abbildung 19: Gedicht des Patienten Carl. N. x

im Krankenhaus hatten. Doch nicht nur Erholung genossen die Patienten im St.Jürgen-Asyl: Ihr Alltag war gekennzeichnet durch den nicht nur durch die räumliche Entfernung des Ellener Krankenhauses zur Stadt Bremen erschwerten Kontakt zu ihren Angehörigen. Krankenhausfremden Personen war der Zugang nur nach Erlaubnis eines Arztes gestattet.

So hieß es in den »Bestimmungen zur Aufnahme von Kranken in das St.Jürgen-Asyl«: »Der Verkehr des Geisteskranken mit dessen Angehörigen durch Besuche, Schreiben, Geschenke usw. geschieht nur durch die Vermittlung und nach erfolgter Genehmigung des Arztes, welcher außerdem den dazu Berufenen über den Kranken bereitwilligst Auskunft erteilen wird.«<sup>140</sup> Es waren »Besuche bei Kranken durch einzelne Verwandte oder Bekannte [...] bei Nor-

140 »Auszug aus den Bestimmungen für das St. Jürgenasyl für Geistes- und Nervenranke in Ellen (Bremen)«, in: StAB, 4,21–223, Pflegesätze in den städtischen und gemeinnützigen Krankenanstalten. Darin: betr. Erhöhung der Pflegesätze der Krankenanstalt u. des St.Jürgen-Asyls.

malkranken nur an zwei Tagen die Woche, nämlich am Sonntag und Mittwoch, von 2 bis 4 Uhr nachmittags gestattet, bei Privat- und Separatkranken täglich vormittags von 10 bis 11½ Uhr und nachmittags von 3 bis 6 Uhr. Der Besuch kann im allgemeinen oder bei einzelnen Kranken von dem dirigierenden Arzte beschränkt oder zeitweilig verboten werden und ist überall nur in den von den Kranken bewohnten Sälen und Zimmern oder in den etwa dazu anzuweisenden Räumen erlaubt. Zu außerordentlichen Besuchen ist die vorgängige Erlaubnis des dirigierenden Arztes erforderlich«<sup>141</sup>. Sprechstunden der Ärzte mittwochs und sonnabends zwischen 15 und 16 Uhr ermöglichten es Angehörigen, Näheres über den Zustand der Patienten zu erfahren.

Vom Arzt unbemerkte Kommunikation von Patienten und Angehörigen hingegen wurde dadurch beinahe unmöglich gemacht, dass Briefe von Patienten nach »draußen« und Briefe von Angehörigen an Patienten vom Personal gelesen und ggf. einbehalten wurden. In Krankenakten sind sie zusammen mit manchmal vorhandenen Notizen oder Tagebüchern der Patienten als Egodokumente enthalten. Beschwerden von Patienten beispielsweise über schlechte ärztliche Behandlung wurden bei Patienten niedriger gesellschaftlicher Schichten zwar in Einzelfällen an die zuständige Behörde weitergereicht, doch mit dem Begleitbrief eines Arztes versehen, der die Beschwerde des Patienten im Kontext seiner (krankhaften) psychischen Verfassung verortete.<sup>142</sup>

So ärgerte sich eines Tages Friedrich B. darüber, eines Morgens keinen Kaffee und kein Brot erhalten zu haben, und sandte einen Beschwerdebrief an den Senat. Im ärztlichen Begleitschreiben, das die Bitte enthält, den verantwortlichen Arzt nicht für diese »Nachlässigkeit« zu belangen, erfolgte zunächst eine Einordnung des seelischen Zustandes des Patienten: »Er ist nun ein schwer kranker, zeitweise querulierender Patient, mit dem es immer schwierig ist, umzugehen.« Im Folgenden wurde der »tatsächliche« Hergang des Geschehenen erläutert, bevor Friedrich B. in seinem Brief zu Wort kam: Dieser weigerte sich am Morgen, so das Begleitschreiben Delbrücks, das Bett zu verlassen und, wie sonst üblich, in den Tagesraum zu gehen. Der Pfleger hätte nicht daran gedacht, ihm sein Frühstück nicht gebracht und den Arzt Dr. Husemann bei der Visite nicht zu ihm geführt. Husemann habe erst am Ende seines Rundganges davon erfahren und die Verlegung des Patienten vom Einzelzimmer in einen Wachsaal angeordnet.

141 »Auszug aus den Bestimmungen für das St. Jürgenasyl für Geistes- und Nervenranke in Ellen (Bremen)«, in: StAB, 4,21–22,3, Pflegesätze in den städtischen und gemeinnützigen Krankenanstalten. Darin: betr. Erhöhung der Pflegesätze der Krankenanstalt u. des St.Jürgen-Asyls.

142 Vgl. StAB, 3-M.1.t.2. Nr. 123, Akte, betr. Beschwerde des Friedrich B[...] über angeblich ungehörige Behandlung im St.Jürgen-Asyl. Siehe zu einer entsprechenden Herangehensweise auch StAB, 3-M.1.t.2. Nr. 118, Akte, betr. Beschwerde des im St.Jürgen-Asyl internierten K. V[...] über den Arzt Dr. Husemann wegen Körperverletzung. Insgesamt finden sich nur wenige entsprechende Akten aus der Kriegszeit im Staatsarchiv Bremen.

Dort habe sich der Patient wegen des ausgebliebenen Frühstücks beschwert, der Pfleger hätte es ihm dann gebracht. Dann hätte er sich beschwert, der Kaffee sei alt. Der Ausgang des Verfahrens oder ob ein solches überhaupt stattgefunden hat ist ungewiss. Doch demonstriert der vorliegende Fall eindrücklich die Kommunikationsstrukturen zwischen Patienten und der »Außenwelt« sowie die Schwierigkeiten von Patienten, außerhalb der Anstalt Gehör zu finden, ohne dass ihre Äußerungen durch die Ärzte vermittelt würden.

Durch das Eingeschlossensein der Patienten im Ellener Krankenhaus und ihre (durch hierarchische Strukturen bedingte) Abhängigkeit vom Personal, insbesondere den Ärzten, in pflegerischer und medizinischer Hinsicht sowie im Alltag stellt sich das St.Jürgen-Asyl als »totale Institution« im Sinne Erving Goffmans dar. Demnach ist eine totale Institution eine geschlossene Welt, in der zentrale menschliche Bedürfnisse und alle Phasen des Alltags strikt bürokratisch organisiert sind. Die »Insassen« der jeweiligen Institution leben in der Institution und haben nur beschränkten Kontakt zur Außenwelt. Als wesentliches Merkmal totaler Institutionen hebt Goffman deren hierarchische Struktur hervor, die dazu führt, dass eine Gruppe die andere (die »Insassen«) kontrolliert und dominiert.<sup>143</sup> Die Ellener Patienten hatten kaum Handlungsspielraum, auch ihre Kommunikationsmöglichkeiten waren gering: Das St.Jürgen-Asyl war eine totale Institution. Als solche trafen die spezifischen Probleme des Ersten Weltkrieges das Krankenhaus in besonderem Maße.

## 2.4.2 Der Alltag des Krieges im Krankenhaus

### 2.4.2.1 Heizmittelknappheit

Als totaler Krieg zeitigte der Erste Weltkrieg Wirkungen auch in der Heimat – nicht zufällig entstand in diesem Krieg der Begriff der »Heimatfront«. Die gesamte Heimat hatte sich an den Bedürfnissen der Front auszurichten. Da der Krieg als kurzer Feldzug und nicht als über vier Jahre andauernder Zustand geplant worden war kam es in der Heimat bald zu Versorgungsengpässen. Besonders betroffen hiervon waren »totale Institutionen« wie psychiatrische Krankenhäuser. Diese stellten gleichsam eine Welt für sich dar, besonders wenn sie wie das St.Jürgen-Asyl weit vor den ehemaligen Toren einer Stadt lagen. Den Alltag der Patienten prägten zwischen 1914 und 1918 weitgehend dieselben Bedingungen, die auch

---

143 Vgl. GOFFMAN, Erving (1973): *Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen*, Frankfurt/Main: Suhrkamp. Hier S. 15 ff. Goffman erwähnt »Irrenhäuser« als ein Beispiel für Einrichtungen, die »der Fürsorge von Personen dienen, von denen angenommen wird, dass sie unfähig sind, für sich selbst zu sorgen, und dass sie eine – wenn auch unbeabsichtigte – Bedrohung der Gemeinschaft darstellen« (GOFFMAN 1973: 16).

# Auszug

aus

## den Bestimmungen für das St. Jürgenasyl für Geistes- und Nervenkrankte in Ellen (Bremen)

Post Hemelingen

in betreff

### Aufnahme, Aufenthalts und Entlassung der Kranken.

1. Bei der Aufnahme von Geisteskranken ist stets zu berücksichtigen, daß der Zweck des St. Jürgenasyls auf die Heilung und Verpflegung heilbarer Geisteskranken beiderlei Geschlechts gerichtet ist, daß daher die Pflege unheilbarer Irren nur nach besonderem Beschlusse und insofern gestattet werden kann, als jener Hauptzweck, der Raum und die sonstigen Verhältnisse es gestatten.

2. Das St. Jürgenasyl ist vorzugsweise für hiesige Geisteskrankte (siehe Nr. 11 der Bemerkungen zu den Verpflegungssätzen) bestimmt, und nur, wenn die auf diese zu nehmende Rücksicht es gestattet, können Fremde Aufnahme und Verpflegung finden.

3. Die Bedingungen der Aufnahme in das St. Jürgenasyl sind:

- a) Das konstatierte Vorhandensein einer Geistesstörung. Idioten und Cretinen, deren geistige und körperliche Entwicklung auf einer niederen Stufe geblieben, und deren anderweitige Unterbringung möglich ist, sowie epileptische Geisteskrankte, welche mit körperlichen, die Zwecke der Anstalt störenden Übeln behaftet sind, werden in der Regel nicht aufgenommen.
- b) Die Zustimmung der Ehegatten oder nächsten volljährigen Verwandten, oder Vormünder oder Kuratoren des Geisteskranken und in deren Ermangelung der Polizeibehörde des Domizils desselben.
- c) Die Beurkundung und Beschreibung der Geistesstörung nach Anleitung des Fragebogens durch den Arzt, in dessen Behandlung der Kranke vor der Aufnahme war, oder auf dessen Begutachtung oder Antrag letztere nachgesucht wird, unter Mittheilung etwaiger über die Äußerungen der Geisteskrankheit aufgenommenen Protokolle.
- d) Die Aufgabe der sämtlichen Personalien des Kranken.
- e) Die beglaubigte selbstschuldnerische Bürgschaft seitens einer bremischen Behörde oder solventen Kasse, oder eines solventen hiesigen Bürgers für die prompte Zahlung der Verpflegungsgelder, sowie für die Erfüllung der sonstigen Leistungen in betreff Erhaltung der Kleidung und Wäsche und der demnächstigen Zurücknahme des Kranken, oder dessen Beerdigung.

4. In ganz dringenden Fällen kann der Arzt auf den Antrag von Verwandten oder zuständigen Behörden die provisorische Aufnahme eines Geisteskranken gestatten, wenn entschiedene Motive vorhanden sind und die unverweilte Nachholung der übrigen Aufnahmebedingungen ihm gesichert erscheint.

5. Die regelmäßige Zeit der Aufnahme ist an allen Wertenagen von 8 Uhr morgens bis 7 Uhr abends. In eiligen Fällen kann sie zu jeder Zeit erfolgen.

6. Für den Transport nach der Anstalt hat der Kranke oder dessen Angehörige selbst zu sorgen.

7. Wer die Aufnahme eines Kranken beantragt, verpflichtet sich dadurch zur Zahlung der gesamten Verpflegungskosten und Erfüllung aller vorgeschriebenen Leistungen bis zur Entlassung des Kranken, alsdann aber zur sofortigen Abnahme desselben, resp. dessen Beerdigung.

Eine Haftung der Anstalt gemäß § 278 des Bürgerlichen Gesetzbuches für ein Verschulden der Personen, deren sie sich zur Erfüllung ihrer Verbindlichkeit bedient, also namentlich ihrer Ärzte und sonstigen

Abbildung 20: Auszug aus den Bestimmungen für das St. Jürgenasyl für Geistes- und Nervenkrankte in Ellen (Bremen)

Angestellten, findet nicht statt. Vielmehr können Ansprüche aus einem Verschulden dieser Personen nur nach Maßgabe des § 831 Absatz 1 des Bürgerlichen Gesetzbuches gegen den Bremischen Staat erhoben werden.

8. Gegen Erfüllung der obigen Bedingungen gewährt die Anstalt dem aufgenommenen Kranken nach Maßgabe des Tarifs: Verpflegung und Beköstigung, Bett und Bettwäsche, ärztliche Behandlung, Arzneien und sonstige Heilmittel, Wartung, Befriedigung des religiösen Bedürfnisses und angemessene Beschäftigung.

9. Die dem Kranken bei der Aufnahme abgenommenen Effekten werden in den dazu bestimmten verschlossenen Räumen aufbewahrt und eventuell den Kranken zur Benutzung verabfolgt; bei der Entlassung werden sie, soweit sie nicht verbraucht sind, zurückgegeben. Die Effekten sind gleich gehörig zu reinigen, und ist dafür zu sorgen, daß keinerlei Ansteckung oder Verbreitung von Ungeziefer dadurch möglich werde, weshalb in zweifelhaften Fällen der Arzt zu befragen und dessen Vorschrift genau zu befolgen ist. Verordnet dieser die Vertilgung der Effekten, so muß sie geschehen, dieses aber im Aufnahmebuch sogleich bemerkt und vom Arzt bescheinigt werden.

10. Über Effekten Verstorbener, welche binnen 14 Tagen nach der an den Unterzeichner des Garantiescheins schriftlich verfügten Anzeige des Todes nicht abgeholt sind, wird anderweitig verfügt.

11. Die Gelder und Wertgegenstände, welche der Kranke in die Anstalt mitbringt, oder dort erhält, werden an die Verwaltung abgeliefert und von dieser sicher verwahrt. Für die den Kranken auf ausdrücklichen Wunsch des gesetzlichen Vertreters überlassenen Gegenstände leistet die Anstalt keine Gewähr.

12. Der Verkehr des Geisteskranken mit dessen Angehörigen durch Besuche, Schreiben, Geschenke usw. geschieht nur durch die Vermittlung und nach erfolgter Genehmigung des Arztes, welcher außerdem den dazu Berufenen über den Kranken bereitwilligst Auskunft erteilen wird.

13. Nicht zum St. Jürgenasyl gehörenden dritten Personen ist der Eintritt in dasselbe nur mit besonderer Erlaubnis des dirigierenden Arztes erlaubt.

14. Besuche bei Kranken durch einzelne Verwandte oder Bekannte sind bei Normalkranken nur an zwei Tagen der Woche, nämlich am Sonntag und Mittwoch, von 2 bis 4 Uhr nachmittags gestattet, bei Privat- und Separatkranken täglich vormittags von 10 bis 11<sup>1/2</sup> Uhr und nachmittags von 3 bis 6 Uhr. Der Besuch kann im allgemeinen oder bei einzelnen Kranken von dem dirigierenden Arzte beschränkt oder zeitweilig verboten werden und ist überall nur in den von den Kranken bewohnten Sälen und Zimmern oder in den etwa dazu anzuweisenden Räumen erlaubt. Zu außerordentlichen Besuchen ist die vorgängige Erlaubnis des dirigierenden Arztes erforderlich.

15. Sprechstunden der Ärzte außer in dringenden Fällen <sup>Sonntags</sup> und Mittwochs nachmittags von 4 bis 5 Uhr. An hohen Festtagen finden Sprechstunden nicht statt.

16. Jedem Besuchenden ist es bei Strafe der Konfiskation der betreffenden Sachen und sofortiger Ausweisung aus der Anstalt verboten, den Kranken etwas zuzuschleppen, und muß jeder die etwa mitgebrachten erlaubten Sachen vorzeigen und sich nötigenfalls einer Untersuchung von Pflegern desselben Geschlechts unterwerfen.

17. Die Entlassung eines Kranken erfolgt durch Verfügung des Direktors. Übrigens kann sie auf Verlangen des betreffenden Bürgen geschehen.

18. Die Leichen der Verstorbenen können nur auf Anordnung des Arztes in die Leichenkapelle gebracht werden. Die Leichen werden in der Regel sezirt, doch unterbleibt die Sektion, wenn rechtzeitig von den Angehörigen dagegen Einspruch erhoben wird. Aus der Leichenkapelle werden nur gehörig besteckte und eingefargte Leichen, sei es zur Beerdigung, sei es zur Auslieferung an die Hinterbliebenen verabfolgt werden.

19. Die Beerdigung der etwa in der Anstalt verstorbenen Kranken geschieht aus der Leichenkapelle und auf Kosten derer, welche die Verpflegungsgelder zu entrichten verpflichtet sind. Die Hinterbliebenen, welche eine feierliche Beerdigung wünschen, haben sich an den Hausgeistlichen oder einen anderen Prediger zu wenden.

20. Die Beerdigungen aus der Anstalt finden in der Regel in der frühen Morgenstunde statt.

Geschieht die Bejorgung der Bestattung seitens der Verpflichteten nicht rechtzeitig, so hat der Hausverwalter auf deren Kosten alles dazu Erforderliche zu veranlassen.

Abbildung 21: Auszug aus den Bestimmungen für das St. Jürgenasyl für Geistes- und Nervenranke in Ellen (Bremen)

# Allgemeiner Tarif des St. Jürgenasyls.

	T.	Hiesige		Fremde		7
		N.	d.	N.	d.	
1. Gewöhnliche Pflege:						
a) Kinder unter 12 Jahren . . . . .	für den Tag	1	70	3	—	— 8. —
b) Erwachsene . . . . .	" " "	3	30	4	—	50 M. 50
2. Separatpflege . . . . .	" " "	4	50	6	—	— 15. —
3. Privatpflege 2. Klasse . . . . .	" " "	8	—	10	—	— 20. —
1. " " " " " " " "	" " "	11	—	13	—	— 25. —
Für jedes zweite Zimmer die Hälfte des Satzes.						
4. In allen Verpflegungsklassen ist die Anwendung von biologischen Heilmitteln, wie Diphtherie-Heilerum usw., sowie die Behandlung mit Salvarsan und ähnlichen Stoffen nach Maßgabe der Selbstkosten der Anstalt zu vergüten. Für Licht- und Radiumbehandlung ist ein Entgelt gemäß den hierfür aufgestellten besonderen Tarifen zu entrichten. Die technische Zahnbehandlung durch einen Zahnarzt oder einen Zahntechniker ist besonders zu vergüten. Privat- und fremde Separatranke haben für pathologisch-anatomische (mikroskopische) sowie im hygienischen Institut ausgeführte Untersuchungen ein den festgesetzten Taxen entsprechendes Honorar zu zahlen. Ferner sind für ärztliche Behandlung für den Tag zu entrichten während des ersten Halbjahres von Privatkranken 1. Klasse . . . . . 2. " " fremden Separatkranken . . . . . während des zweiten Halbjahres die Hälfte dieser Sätze.						
5. Auf Verlangen zugeteilte Privatpflege . . . . . für den Tag . . . . . für Tag und Nacht . . . . .		4	50	4	50	
6. Für Bedienung zahlen für jeden, auch nur angebrochenen Monat Privatranke . . . . . Separatranke . . . . .		4	—	4	—	
7. Reinigung der Kranken von Ungeziefer bei deren Ankunft . . . . .		2	—	2	—	
8. Reinigung der Leibwäsche von Privat- und Separat-Kranken wird vergütet, bei den übrigen Kranken ist dieselbe frei.		1	50	1	50	
9. Transport der Kranken gegen Ertrag der Auslagen und angemessene Vergütung.		—	—	1	—	
10. Für Einkleiden und Besteden von Leichen ist, wenn dies seitens des St. Jürgenasyls besorgt wird, eine den dafür gemachten Anforderungen entsprechende Vergütung zu zahlen.		1	—	1	—	

## Bemerkungen.

- Der Tarifsatz für „Hiesige“ findet Anwendung auf
  - alle Bremischen Staatsgenossen;
  - alle im Bremischen Staatsgebiete seit mindestens vier Wochen wohnhaften Personen; Bei Schwangeren, welche lediglich behufs ihrer Niederkunft ihren Aufenthaltsort gewechselt haben, findet der Tarifsatz für Hiesige keine Anwendung, ebenso bei Saisonarbeitern, die außerhalb des Bremischen Staatsgebietes ihren festen Wohnsitz haben und hier nicht steuerpflichtig sind;
  - diejenigen Personen, für welche eine Bremische Behörde, insbesondere die Ortsarmen-Vereine, die Polizeidirektion usw. oder eine hiesige Krankenkasse oder Berufsgenossenschaft die Pflegekosten bezahlt; Auswärtige Krankenkassen oder Berufsgenossenschaften werden den hiesigen gleich gerechnet, wenn sie hier vertreten sind und die Einweisung der Kranken durch die hiesige Stelle erfolgt;
  - diejenigen Personen, welche innerhalb des Bremischen Staats im Dienste eines hier selbst Wohnhaften stehen, sofern letzterer die Pflegekosten bezahlt.
- Die Tage der Aufnahme und der Entlassung werden zum vollen berechnet.
- Die Tariffsätze werden monatlich im voraus bezahlt. Erfolgt die Entlassung oder der Tod vor Ablauf dieser Frist, so wird das für die übrige Zeit vorausbezahlte Geld zurückgezahlt.
- Gemäß Position 2 kann die Verpflegung eines Kranken, welcher allein oder mit einer beschränkten Anzahl von Kranken in einem Zimmer verpflegt zu werden wünscht, nur zugelassen werden, wenn und insoweit es die Mittel der Anstalt gestatten, und die Natur der Krankheit ein Zusammenlegen mit anderen Kranken außerhalb der gewöhnlichen Station zuläßt.
- Bei Position 3 richtet sich die Klasse nach dem Maße der Ansprüche, welche der Kranke an seine Unterbringung, Verpflegung und Beköstigung macht.

Abbildung 22: Auszug aus den Bestimmungen für das St. Jürgenasyll für Geistes- und Nervenranke in Ellen (Bremen)

für die Bevölkerung Bremens bestimmend waren, doch hatten die Ellener Patienten weniger bzw. keine Möglichkeiten, den kriegsbedingten Einschränkungen zu entgehen.

Als eine solche Einschränkung ist zunächst die Heizmittelknappheit zu nennen. Immer wieder wurde in den »Ärztlichen Berichten über die Wirksamkeit des St.Jürgen-Asyls« auf die knappen Heizmittel verwiesen. In »Ellen« heizte man mit Kohle. Diese wurde jedoch schon bald knapp. So konnte aufgrund der allgemeinen Kohleknappheit in den Wintern 1916/17 und 1917/18 kaum geheizt werden, die Zentralheizung konnte nur morgens und abends für einige Stunden in Betrieb genommen werden. Besonders für körperlich Kranke und Langzeitpatienten war die fehlende Heizung problematisch, da sie das Immunsystem zusätzlich schwächte und für körperliche Krankheiten anfälliger machte; aber auch aufgrund der Folgen der bald einsetzenden Nahrungsknappheit und der daraus resultierenden Unterversorgung mit Lebensmitteln.

#### 2.4.2.1 Nahrungsknappheit und Kriegssterblichkeit

Den Alltag der gesamten Bevölkerung in der Heimat war während des ganzen Krieges durch Lebensmittelknappheit gekennzeichnet. In den meisten deutschen Städten waren hinsichtlich der Versorgung der Bevölkerung mit Lebensmitteln kaum Vorbereitungen für einen Jahre andauernden Krieg getroffen worden. Zwar hatten einige Parteien vor 1914 darauf hingewiesen, im Falle eines längeren Krieges könne es aufgrund einer zu erwartenden Seeblockade Englands zu Schwierigkeiten in der Lebensmittelversorgung kommen, doch hatte dies nicht zu entsprechenden Vorsichtsmaßnahmen geführt. Unter diesen Bedingungen brach die Versorgung insbesondere der Bevölkerung in der Heimat mit Lebensmitteln schnell zusammen.<sup>144</sup>

Auch in Bremen war man von der schlechten Versorgungslage betroffen: Als Handelsstadt beruhte die Wirtschaft (namentlich Handel und Industrie) der Stadt vor 1914 zu einem großen Teil auf der Außenwirtschaft und damit in diesem Fall auf dem Import von Lebensmitteln.<sup>145</sup> Daher ergaben sich hier schon früh Schwierigkeiten in der Lebensmittelversorgung. Die Umstellung auf eine reine Binnenwirtschaft fiel schwer. Am 7. August 1914 wurde in Bremen die »Deputation wegen Maßnahmen des Krieges« (allgemein »Kriegsdeputation« genannt) von Senat und

---

144 Vgl. CORNI, Gustavo (2009): Hunger, in: HIRSCHFELD, Gerhard/Gerd KRUMEICH/Irina RENZ (Hrsg., 2009): Enzyklopädie Erster Weltkrieg, Paderborn u. a.: Ferdinand Schöningh. S. 565–567. Hier S. 565 et al. Zwar waren auch die Soldaten an der Front der Nahrungsknappheit ausgesetzt, doch wurden diese noch gegenüber Zivilpersonen in der Heimat bevorzugt behandelt. Diese verbesserte Versorgung war von der Militärführung vorgesehen, und auch Angehörige schickten ihren Soldaten Liebesgaben wie Schokolade oder Tabak an die Front.

145 Vgl. SCHWARZWÄLDER 1995: 614 sowie 628.

Bürgerschaft eingerichtet. Ihre bald entstandene wichtigste Unterkommission, die Lebensmittelkommission, sollte die ausreichende Versorgung der Bevölkerung mit Lebensmitteln gewährleisten.<sup>146</sup> Neben der Beschaffung eben dieser regelte die Kommission die Festsetzung von Höchstpreisen für zunächst einige wenige, später beinahe alle Lebensmittel und Güter des täglichen Bedarfs wie Brennstoffe sowie die Einführung und Verteilung von Lebensmittelkarten. Nach und nach wurden alle Grundnahrungsmittel und andere Gegenstände des täglichen Bedarfs in das Marken- und Bezugsscheinsystem einbezogen.<sup>147</sup> Bereits im Januar/Februar des Jahres 1915 herrschte ein großer Mangel an Kartoffeln. Beim Brot stellten sich Verteilungsschwierigkeiten ein.<sup>148</sup> Unzulängliche Vorsorgemaßnahmen, eine schlechte Vorratswirtschaft einschließlich zu spät eingerichteter Lebensmittelkarten und schließlich ein expandierender Schwarzmarkt führten hier wie im ganzen Deutschen Reich dazu, dass die Lebensmittel immer knapper wurden. Eine ausreichende Versorgung der Bremer Bevölkerung mit Nahrungsmitteln konnte folglich nicht mehr gewährleistet werden.

Die Versorgung der eigenen Familie gehörte zum traditionellen Aufgabebereich von Frauen in der Heimat. Für diese Frauen wurde die Beschaffung von Lebensmitteln bald zum Problem.<sup>149</sup> Sie wussten nie, wann es wo was zu kaufen gab. Einen großen Teil des Tages verbrachten erwerbstätige und nicht erwerbstätige Frauen damit, Lebensmittel zu ergattern. Vor diesem Hintergrund kam es ab 1916 im gesamten Deutschen Reich und auch in Bremen zu ersten Protesten von Frauen gegen die unzureichenden Bemühungen der Behörden, eine hinreichende Lebensmittelversorgung aller Bevölkerungsteile zu gewährleisten; mit unterschiedlichem Erfolg. Diese Proteste wurden zur zentralen Form politischen Protests von Frauen während des Krieges. Im Juni des Jahres 1916

---

146 Vgl. SCHWARZWÄLDER 1995: 611 f. Mit der Situation der Lebensmittelversorgung in Bremen während des Ersten Weltkrieges befasst sich ausführlich Schlüter: SCHLÜTER, Bernd (1998): Staat, Lebensmittelversorgung und Krieg: Die kommunale Kriegsernährungswirtschaft in Bremen 1914–1918, Oldenburg: maschinegeschrieben.

147 Vgl. SCHWARZWÄLDER 1995: 634.

148 Vgl. SCHWARZWÄLDER 1995: 632.

149 Vgl. DANIEL, Ute (2002): Zweierlei Heimatfronten: Weibliche Kriegserfahrungen 1914 bis 1918 und 1939 bis 1945 im Vergleich, in: THOSS, Bruno/Hans-Erich VOLKMANN (Hrsg., 2002): Erster Weltkrieg – Zweiter Weltkrieg. Ein Vergleich. Krieg, Kriegserlebnis, Kriegserfahrung in Deutschland, Paderborn u. a.: Ferdinand Schöningh. S. 391–409. Hier S. 394. Sowie DAVIS, Belinda J. (2002): Heimatfront. Ernährung, Politik und Frauenalltag im Ersten Weltkrieg, in: HAGEMANN, Karen/Stefanie SCHÜLER-SPRINGORUM (Hrsg., 2002): Heimat – Front. Militär und Geschlechterverhältnisse im Zeitalter der Weltkriege, Frankfurt/Main, New York: Campus Verlag. S. 128–149. Hier S. 128. Vgl. zum Kriegsproblem der Lebensmittelknappheit in einer norddeutschen Großstadt Ullrichs Ausführungen zur Situation in Hamburg in ULLRICH, Volker (1982): Kriegsalltag. Hamburg im Ersten Weltkrieg, Köln: Prometh Verlag GmbH & Co Kommanditgesellschaft. Hier S. 39–72.



forderten in der Hansestadt erstmals beispielsweise Frauen die Herausgabe von Fleisch vor dem Schlachthof.<sup>150</sup> Sie protestierten gegen eine ungleiche Verteilung von Lebensmittelmarken, gegen Schwarzmarktpraktiken und die Unfähigkeit der Bremer Regierung, zusätzliche Lebensmittel zu beschaffen. Die allgemeine Nahrungsknappeit kulminierte im sogenannten Steckrübenwinter 1916/17, in dem selbst Kartoffeln durch Steckrüben ersetzt werden mussten.

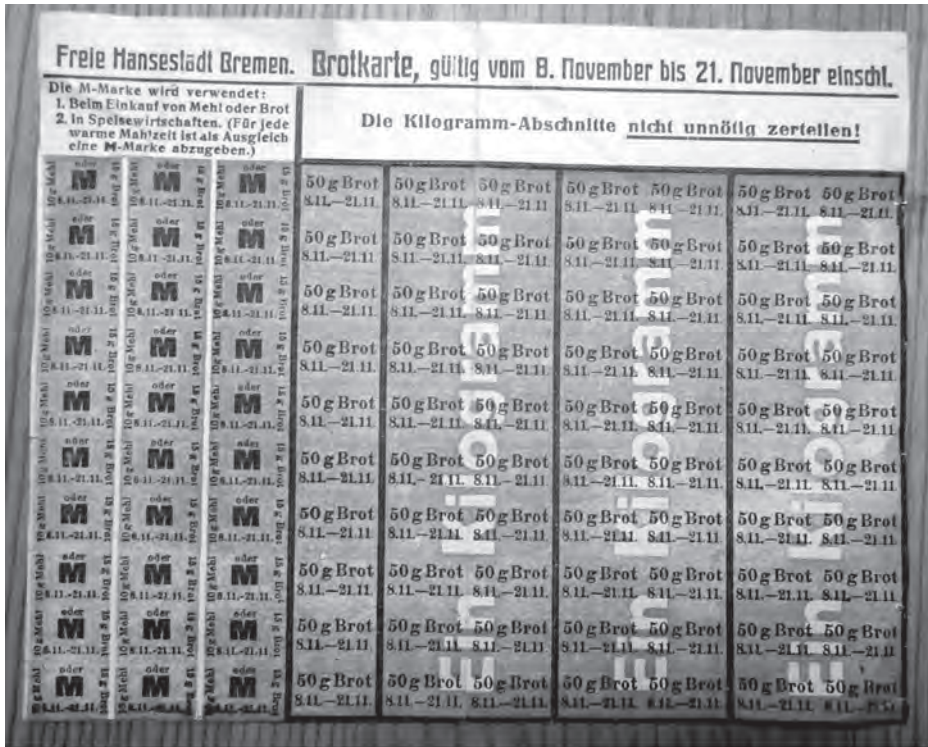


Abbildung 23: Brotkarte, Bremen 1915

Die Problematik der Lebensmittelknappheit und Schwierigkeiten der Beschaffung von Lebensmitteln kamen auch im St.Jürgen-Asyl zum Tragen. Stärker als die übrige Bevölkerung in der Heimat waren Insassen totaler Institutionen wie psychiatrischer Krankenhäuser von dieser Problematik betroffen, denn sie konnten sich keine zusätzlichen Lebensmittel durch Tausch, auf dem Schwarzmarkt oder auf anderen Wegen beschaffen, waren auf das angewiesen, was man ihnen zur Ernährung gab. Im Ellener Krankenhaus betraf das zuvorderst die Patienten.

150 Vgl. Römling, Michael (2008): Bremen. Geschichte einer Stadt, Soest: Tertulla Verlag. Hier 191.

Denn für das Pflegepersonal blieb die Ernährung während der Kriegsjahre weitgehend gleich. Bereits seit Kriegsbeginn wurden in »Ellen« die Lebensmittelrationen gekürzt, wie ein Bericht von Besichtigungen des Krankenhauses durch die Deputation für das Gesundheitswesen am 30. März 1915 und am 8. April 1915 belegt. Dort ist die Rede von der Senkung der Brotrationen, dem weitgehenden Verzicht auf Fleisch bei der Nahrungsvergabe und der Ersetzung von Kuhbutter durch Pflanzenbutter.<sup>151</sup> Doch erhielt, als die Nahrungsknappheit ab dem Frühjahr 1915 spürbar wurde, das Pflegepersonal dieselben Mahlzeiten wie früher; Patienten hingegen bekamen nun statt zweier Frühstücke nur ein kombiniertes.<sup>152</sup> Doch bekamen Privatpatienten zumindest im Jahr 1916 annähernd die doppelte Menge Nahrung wie die »gewöhnlichen« Patienten.<sup>153</sup> Diese Ungleichverteilung der vorhandenen Lebensmittel scheint sich durch die Kriegsjahre hindurchgezogen zu haben.

Im Februar 1916 beschrieb Hermann Tjaden, Arzt und Geschäftsführer des bremischen Gesundheitsrates, die Nahrungsverhältnisse im St.Jürgen-Asyl:

»Das Ergebnis meiner Untersuchungen über die Verpflegung in einigen Bremischen Anstalten dürfte für die Lebensmittelkommission Interesse haben. 1) St.Jürgenasyll [sic] in Ellen. Zu Grundegelegt [sic] sind genaue Aufzeichnungen über die in verschiedenen Wochen gereichte Kost. Danach erhalten in Ellen: die in sogenannter Normalverpflegung befindlichen Kranken täglich 2457 Nährwerteinheiten (Calorien) Gruppe A das Pflegepersonal [täglich, M. H.] 2569 [Nährwerteinheiten (Calorien) Gruppe, M. H.] B die in Separat- und Privatpflege befindlichen Kranken täglich 4372 Nährwerteinheiten (Calorien) Gruppe C.<sup>154</sup>

Der Ernährungszustand ist nach Aussage des Herrn Direktor Delbrück ein zufriedenstellender. Bei einer von mir vorgenommenen Besichtigung, [sic] kam ich zu demselben Ergebnis, soweit eine einmalige Besichtigung ein Urteil zulässt. Da unter den Kranken 338 Männer und 295 Frauen, unter dem Personal 50 Männer und 100 Frauen sich befinden, so entspricht die Zusammensetzung ungefähr dem Durchschnitt der Bevölkerung. Von den Kranken ist ein Teil ständig bettlägerig, ein Teil ständig außer Bett, ein Teil mit Hausarbeit oder Land- und

151 Vgl. Bericht von der Besichtigung des St.Jürgen-Asyls durch die Gesundheitsdeputation am 23.4.1915, in StAB, 4,21–573. Akte betr. Oeffentliche Irrenanstalten, Bd. 2. 1914–1927. Der Bericht enthält u. a. eine detaillierte Auflistung über den (stetig abnehmenden) Brotverbrauch im St.Jürgen-Asyl.

152 Vgl. Besichtigung des St.Jürgen-Asyls durch die Medizinalkommission der Freien Hansestadt Bremen am 23.04.1915, in: StAB, 4,21–573. Akte betr. Oeffentliche Irrenanstalten, Bd. 2. 1914–1927.

153 Vgl. StAB 3-M.2.h.2.Nr.24/643./ Auszug aus dem Senatsprotokoll vom 31. Oktober 1916.

154 Lt. Heinz Faulstich waren 2800 Kalorien als normal angesehen (vgl. FAULSTICH, Heinz [1998]: Hungersterben in der Psychiatrie 1914–1949. Mit einer Topografie der NS-Psychiatrie, Freiburg im Breisgau: Lambertus. S. 50–53. Vgl. zu den Auswirkungen von Unter- und Mangelernährung auf die Gesundheit aus heutiger medizinischer Perspektive ebd.).

Gartenarbeit beschäftigt. Wichtig ist das Ergebnis beim Personal. Männliche sowie die weibliche [sic] Pfleger haben einen körperlich recht schweren Dienst. Eine Einsicht in die Gewichtskurven beim weiblichen Pflegepersonal ergab, daß bei den 57 Schwestern, welche seit Januar 1915 im Dienst sind, das durchschnittliche Gewicht nur um 1 Kg. abgenommen hatte (von 59 auf 58 Kg.) Bei dem männlichen Personal läßt sich ein ähnlicher Vergleich nicht ziehen, weil, durch die militärischen Einziehungen bedingt, ein steher [sic] Wechsel eingetreten war. Immerhin [sic] ergab die Untersuchung der Gewichtskurven, daß gerade bei jugendlichen Pflegern, die seit Beginn dieses Jahres erst in Ellen sind, die also von der beschränkten Kriegskost gelebt haben, durchweg eine ihrer körperlichen Beschaffenheit entsprechende Zunahme vorhanden war. Ich [sic] finde in diesen Beobachtungen eine Bestätigung einer längst gehegten Vermutung, daß das sogenannte Voit'sche Kostmaß (für erwachsene Männer bei mittlerer Arbeit 3000, für erwachsene Frauen bei mittlerer Arbeit 2700 Nährwerteinheiten) reichlich hoch ist. Man kann meines Erachtens im Allgemeinen von dem Durchschnitt von 2850 ( $3000+2700 / 2$ ) Nährwerteinheiten auf  $2600+2400/2 = 2500$  heruntergehen, ohne bei mittlerer Arbeit eine Schädigung befürchten zu müssen.

In Bezug auf Gruppe C ist mit Herrn Direktor Delbrück vereinbart, daß das Kostmaß um  $1/3$  herabgesetzt werden soll. Bei der Besichtigung konnte ich ermitteln, daß von den in der Woche vom 18.9.- 24.9. verbrauchten 3051 Kilo Kartoffeln nur 175 Kilo als Pellkartoffeln zur Verwendung gelangt waren; es waren also fast sämtliche Kartoffeln geschält worden. Auch hier wurde eine grundlegende Aenderung vereinbart.<sup>155</sup>

Das Ergebnis dieses Schreibens waren stärkere Einsparungen von Lebensmitteln: Senator Biermann beauftragte im Namen der Lebensmittelkommission alle Anstalten und zuständigen Behörden Bremens, größte Sparsamkeit walten zu lassen und keinesfalls über die Rationierungen hinauszugehen.

Mitte Dezember 1916 konnte Hermann Tjaden der Lebensmittelkommission dann konkrete Zahlen zur Versorgung von Patienten und Pflegepersonal im St.Jürgen-Asyl vorlegen<sup>156</sup> (s. Tabelle S. 76).

Das Pflegepersonal erhielt damit 2273 tägliche Nährwerteinheiten, mehr als in allen anderen Bremer Anstalten. Insbesondere der Verbrauch an Wurst und Fleisch war fast doppelt so hoch wie bei den Patienten. In diesem Kontext wies Tjaden dennoch nochmals darauf hin, die Sonderzuteilungen für die Patienten sollten nicht vom Personal verbraucht werden sollen; offenbar gab es hier Schwierigkeiten.

---

155 Vgl. StAB, 3-M.2.h.2.Nr.24 /643: Schreiben Tjadens an die Lebensmittelkommission, Eingangsstempel der Medizinalkommission des Senats vom 18.Oktober 1916, geschrieben am 17.10.1916.

156 Vgl. StAB, 3-M.2.h.2.Nr.24 /643: Bericht Hermann Tjadens an die Lebensmittelkommission vom 14.12.1916.

Nahrungsmittel	Pflegepersonal (wöchentlicher Verbrauch; in Gramm)	Patienten (wöchentlicher Verbrauch; in Gramm)
Fleisch & Wurst	628 g	287
Butter, Fett und Speck		
Speck	64 g	36 g
Butter	150 g	109g
Vollmilch	0,08 kg	0,4 kg
Brot	2224 g	1748 g
Mehl	19 g	7 g
Mehlhaltige Nahrungsmittel	449 g	443 g
Zucker	237 g	238 g
Kartoffeln	3884 g	3500 g

Anscheinend gab es eine Differenzierung in der Lebensmittelverteilung zwischen Patienten und Pflegepersonal. Dies wird an der Tätigkeit der bremischen »Geschäftsstelle für Krankenernährung« deutlich. Am 26. September 1916 wurde am Domshof eine Geschäftsstelle für Krankenernährung<sup>157</sup> eingerichtet, beauftragt von der Lebensmittelkommission, die die Lebensmittelversorgung der Krankenanstalten regeln sollte. Sie übernahm die unter anderem die Versorgung der einzelnen Krankenhäuser mit Nahrungsmitteln. Zudem konnten Privatpersonen ebenso wie Ärzte in Krankenhäusern hier Anträge einreichen, um eine bessere Versorgung der einzelnen Patienten mit Nahrungsmitteln zu erwirken: Wer krank sei, so der zugrunde liegende Gedanke, benötige mehr und andere Versorgung als jemand, der gesund sei. Somit habe er Anspruch auf entsprechende Nahrungsmittel.<sup>158</sup> Entsprechende Zuteilungen, also mehr Milch und weitere Nahrungsmittel, erhielt dann das Krankenhaus, in dem ein Patient untergebracht war.

Wiederholt gab es nun von seiten des Medizinalamtes in Bremen Aufforderungen, die an alle bremischen Krankenhäuser gerichtet waren: Die gesondert zu-

157 Die Geschäftsstelle für Krankenernährung, 1916 als Abteilung der Lebensmittelkommission gegründet, organisierte die Versorgung der bremischen Krankenhäuser mit Lebensmitteln. Auch war sie anzusprechende Instanz für erkrankte Bürgerinnen und Bürger, die infolge einer Erkrankung zusätzliche Nahrungsmittel beantragen konnten. Hierzu erstellen die für die Geschäftsstelle tätigen Ärzte entsprechende Gutachten. – Geschäftsführer der Geschäftsstelle für Krankenernährung war Hermann Tjaden (vgl. Bekanntmachung wegen Einrichtung einer Geschäftsstelle für Krankenernährung, StAB 3-M.2.h.2.Nr.24/643.).

158 Ab dem 31.10.1916 mussten in der Geschäftsstelle von den beurteilenden Ärzten Zeugnisse für jeden privaten, noch nicht in einem Krankenhaus untergebrachten Kranken ausgefüllt werden, der zusätzliche Nahrungsmittel erhalten sollte. Der Kranke sollte vom Inhalt des Zeugnisses keine Kenntnis erhalten. In einem Zeugnis musste genau angegeben werden, wie viel welchen Nahrungsmittels dem Kranken als Sonderzuteilung gewährt werden sollte: Milch, Sahne, Eier, Butter, Fleisch, Zucker, Mehl (»anstelle von Brot« und mehlhaltige Nahrungsmittel [Haferflocken, Reis, Gries, Graupen, Nudeln] standen zur Auswahl (vgl. StAB, 3-M.2.h.2.Nr.24 /643, »Merkblatt für die Aerzte. Richtlinien für die Ausstellung von Zeugnissen durch den behandelnden Arzt zwecks Sonderzuteilung von Nahrungsmitteln für Kranke«).

geteilten Nahrungsmittel, dies sei zu beachten, seien tatsächlich für die *Patienten* und nicht für das Pflegepersonal bestimmt. Dass solche Aufforderungen vorkamen zeigt, dass in der Praxis nicht nur die Patienten, die es infolge ihrer Erkrankungen eigentlich nötig gehabt hätten, mit den zusätzlichen Nahrungsmitteln versorgt wurden. Dies belegen auch vergleichende Auflistungen der Nahrungsmittelversorgung des Pflegepersonals und der Patienten in den bremischen Krankenhäusern, auch im St. Jürgen-Asyl aus verschiedenen Jahren. Das Pflegepersonal erhielt damit eine bessere Versorgung als die »gewöhnlichen« Patienten augenscheinlich selbst dann, wenn für diese Patienten eigens Nahrungszulagen beantragt worden waren. Dies macht deutlich, dass die Versorgung mit Nahrungsmitteln eine Problematik für alle Beteiligten im Krankenhaus war, mit der umgegangen werden musste.

Eine von Tjaden im Jahr 1918 aufgestellte Liste zeugt fürderhin, wie innerhalb der Patienten hinsichtlich der Lebensmittelversorgung differenziert wurde, wie also einfache und Privatpatienten unterschiedlich mit Lebensmitteln versorgt wurden. Tjaden differenzierte hier nach Wochen sowie nach »Normalkranken«, »arbeitenden Normalkranken« und »Privatkranken«. Deutlich wird, dass »Normalkranke« am wenigsten Nahrung erhielten (Angaben in Gramm):<sup>159</sup>

	Normalkranke				Arbeitende Normalkranke				Privatkranken			
	Eiweiß	Fett	Kohleh.	Nährwert-einheiten	Eiweiß	Fett	Kohleh.	Nährwert-einheiten	Eiweiß	Fett	Kohleh.	Nährwert-einheiten
20.01. – 26.1.	61	17	398	2040	69	19	406	2124	68	21	456	2348
17.2. – 23.2.	65	16	362	1899	70	20	378	2023	82	30	420	2337
24.3. – 30.3.	91	21	396	2192	94	23	402	2248	73	22	397	2132

Zitate von Patienten belegen, wie drückend die Lebensmittelknappheit für diese bald war. 1916 schrieb beispielsweise Ignatz F. in einem Brief: »Mir geht es jetzt weider [sic] sehr gut. Nur die Verpflegung ist sehr knapp und hängt der Magen einem beständig auf der Seite.«<sup>160</sup> Die 33-jährige Henriette W. knüpfte im Jahr 1918 gar ihre Erkrankung an die Versorgungslage: »Besonders äußert sie, es gäbe keine ›Irren‹, das wäre nur so ein Ausdruck, man sollte denen ordentlich zu essen geben, dann wären sie gesund.«<sup>161</sup> Insbesondere die Langzeitpatienten waren von dieser schlechten Versorgungslage und daraus resultierender Unterernährung betroffen, wie auch Anton Delbrück vermerkte.<sup>162</sup>

Die Nahrungsknappheit führte bald zu Gewichtsverlusten der Patienten des bremischen psychiatrischen Krankenhauses. Infolge des erschwerten Zugangs

<sup>159</sup> Vgl. StAB, 3-M.2.h.2.Nr.24 /643: Schreiben Tjadens für die Geschäftsstelle für Krankenernährung an die Medizinalkommission des Senats vom 06.05.1918 (Nährwerteinheiten für Kranken im ersten Vierteljahr 1918).

<sup>160</sup> Krankenakte Ignatz F., Alt-Archiv am Klinikum Bremen-Ost, A 116-16.

<sup>161</sup> Krankenakte Henriette W., Alt-Archiv am Klinikum Bremen-Ost, , Jahrgang 1922.

<sup>162</sup> Vgl. Ärztlicher Bericht von 1918.



**Abbildung 24: Speisesaal im St.Jürgen-Asyl, um 1920**

zu Nahrungsmitteln kam es dann in psychiatrischen Krankenhäusern ebenso wie in anderen »totalen Institutionen« bald – und früher als in anderen Bereichen – zu einer erhöhten Sterblichkeit. Auch bei den Patienten des St.Jürgen-Asyl ließ sich schon früh eine erhöhte Sterblichkeit feststellen. Waren in den Vorkriegsjahren durchschnittlich 6,85 % der Patienten jährlich gestorben, so waren es 1915 schon 10,21 % und 1916 bereits 10,6 %. Ihren Höchststand erreichte die Kriegssterblichkeit in diesem Krankenhaus im Jahre 1917, als 19,5 % der Patienten starben.

Doch sterben in jedem Krankenhaus Menschen, durch Krankheiten, durch Unfälle, infolge ihres Alters, an Verletzungen etc. Daher ist zwischen einer »gewöhnlichen«, sogenannten Friedenssterblichkeit und einer »Kriegssterblichkeit« zu unterscheiden, wobei Letztere durch die Bedingungen des Krieges, zuvorderst der Nahrungsknappheit verursacht wurde. Um die Anzahl der während eines Krieges »zu viel« gestorbenen Patienten zu berechnen, ist zunächst die »Friedenssterblichkeit« aus dem Durchschnitt der Anzahl der Todesfälle der Vorkriegsjahre zu errechnen. Die Differenz zwischen dieser »Friedenssterblichkeit« und der Anzahl der im Krieg gestorbenen Personen ergibt die von Heinz Faulstich so bezeichnete »Kriegssterblichkeit«. Die Kriegssterblichkeit gibt damit die Anzahl der Personen an, die »mehr« als in Friedenszeiten und damit wahrscheinlich

primär infolge der Umstände des Krieges starben. Dabei ist die Anzahl der in einem bestimmten Zeitraum gestorbenen Menschen nicht in absoluten Zahlen anzugeben, sondern in Relation zum Gesamtpatientenbestand eines Krankenhauses.<sup>163</sup> Für das St.Jürgen-Asyl ergeben sich so auf der Quellengrundlage der jährlich eingereichten »Ärztlichen Berichte über die Wirksamkeit des St.Jürgen-Asyls« die folgenden Zahlen:

**Tabelle: Sterblichkeit im St.Jürgen-Asyl zwischen 1910 und 1919**

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

Aus diesen Zahlen ergibt sich eine durchschnittliche Friedenssterblichkeit im St.Jürgen-Asyl von 6,85 %, die »Kriegssterblichkeit« ergibt sich aus der Differenz der Todeszahlen in einem Jahr zu dieser »Friedenssterblichkeit«. Festzustellen ist, dass im Ellener Krankenhaus eine stark erhöhte kriegsbedingte Sterblichkeit später einsetzte als in anderen Krankenhäusern: In jenen kam es oft schon im ersten Kriegsjahr zu einer stark erhöhten Kriegssterblichkeit. In Bremen hingegen fällt die hohe Kriegssterblichkeit von 12,65 % im Jahr 1917 zusammen mit dem sogenannten Steckrübenwinter des Jahres 1916/17.<sup>164</sup> Während der Nahrungsmangel in anderen psychiatrischen Anstalten bereits vor dem allgemeinen Hungerwinter in der Bevölkerung eklatant wurde, war er in »Ellen« somit erst später spürbar.<sup>165</sup> Positiv wirkte sich hier wahrscheinlich die Beschaffenheit des St.Jürgen-Asyls als wirtschaftlich autonomer Komplex aus: Hier wurden selbst

163 Vgl. FAULTSICH 1998: 61. Dieser Gesamtpatientenbestand ergibt sich aus der Summe des Patientenstandes zu Jahresbeginn und der Zahl der Zugänge. Die Sterberate wird berechnet, indem die Anzahl der Todesfälle mal einhundert genommen und dann durch die Gesamtpatientenzahl geteilt wird (vgl. ebd.).

164 Verweise Delbrücks in den »Ärztlichen Berichten« zeigen jedoch, dass bereits ab 1915 im St.Jürgen-Asyl die Nahrungsmittel knapp waren (vgl. Ärztliche Berichte von 1915–1918).

165 Die These Faulstichs, die Sterblichkeit infolge des Hungers habe die Insassen totaler Institutionen wie psychiatrischer Anstalten früher als andere Bevölkerungsgruppen getroffen (vgl. FAULTSICH 1998: 61), kann somit für das St.Jürgen-Asyl nicht bestätigt werden.

Lebensmittel produziert. Die Konzeption des Ellener Krankenhauses als koloniale Anstalt führte damit wahrscheinlich dazu, dass es hier erst später als in anderen Krankenhäusern zu einer hohen »Kriegssterblichkeit« kam.

Doch im Februar des Jahres 1917 gab es einen Erlass des preußischen Kriegsministeriums, der die Versorgung von Patienten psychiatrischer Krankenhäuser mit derjenigen der Gesamtbevölkerung gleichstellte. Lediglich diejenigen Kranken, die einer diätetischen Behandlung bedurften, wurden den Kranken in öffentlichen Krankenanstalten gleichgestellt.<sup>166</sup> Besonders körperlich Kranke oder Patienten, die aufgrund ihrer psychischen Verfassung Nahrungszulagen benötigt hätten, waren von diesem Erlass betroffen, da ihnen keine adäquate Diät verabreicht werden konnte.<sup>167</sup> Die Schwierigkeiten von Langzeitpatienten, sich angesichts dieser Lage zusätzliche Lebensmittel zu beschaffen, dürfte ebenfalls ein Grund für die (auch im ärztlichen Bericht bestätigte) erhöhte Sterblichkeit von Langzeitpatienten sein. Nun musste es auch im St.Jürgen-Asyl zu einer massiven Unterversorgung der Patienten kommen.

Für die Patienten war dieser Nahrungsmangel eklatant und das einsetzende sogenannte Hungersterben offenbar präsent. So schrieb der Soldat Ludwig P., 29 Jahre alt, im Jahr 1918 in einem Brief an seine Mutter: »Meine liebste Mutter! Fasse Dich liebste Mutter, wenn Du diesen Brief liest, denn er bringt Dir bitteres Weh. Man hat mich als einen Verrückten vom Krankenhaus i. e. [sic] Irrenanstalt gebracht, wo man mich zu Tode matern u. *verhungern lassen will*. [...] Jedenfalls haben sie von dort [dem Arresthaus, M.H.] Auftrag bekommen, mich hier *verhungern zu lassen*, wie sie es schon mit vielen gemacht haben [...]. Bei Wassersuppe und trockenem Brot will man mich so langsam zu Tode quälen.«<sup>168</sup>

Die hohe Sterblichkeit betraf jedoch nicht alle Patienten in gleicher Weise. Bereits im »Ärztlichen Bericht« des Jahres 1915 erklärte Delbrück, die Nahrungsknappheit im Krieg betreffe primär chronisch Kranke und Langzeitpatienten, also solche, die länger als fünf Jahre im Krankenhaus waren.<sup>169</sup> Sie hatten besonders schlechte Chancen, sich zusätzliche Nahrungsmittel zu besorgen. Neben dem Nahrungsmangel litten sie besonders unter der Kohleknappheit: Der Mangel an Heizmitteln wie Kohle führte zu schlecht beheizten Räumen im St.Jürgen-Asyl, die den Gesundheitszustand der oftmals bettlägerigen Patienten weiter verschlechterten. Es kam zur Schwächung des Immunsystems. Schlechte hygienische Bedingungen taten ein Übriges.

Eine weitere Differenz bei der Sterblichkeit gab es zwischen Soldaten und Zivilpersonen. Soldatische Patienten hatten höhere Chancen als Zivilpersonen, das Krankenhaus lebend zu verlassen. Eine Stichprobe aus 396 Krankenakten

---

166 Vgl. FAULSTICH 1998: 42.

167 Vgl. FAULSTICH 1998: 37.

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

169 Vgl. Ärztlicher Bericht von 1915.



zeigt, dass etwa 23 % der weiblichen und 17 % der männlichen zivilen – aber nur 7 % der soldatischen Patienten während des Krieges im St.Jürgen-Asyl starben – die Langzeitpatienten nicht mit eingerechnet. Doch Soldaten waren im Krieg keine Langzeitpatienten des St.Jürgen-Asyls, als solche bezeichnet man heute Patienten, die mehr als fünf Jahre im Krankenhaus verbringen. Im Jahr 1918 konnte ein im Ersten Weltkrieg aktiver Soldat maximal vier Jahre in »Ellen« als Patient gewesen sein. Und eine bedeutende Ursache der unterschiedlich hohen Sterblichkeit verschiedener Patientengruppen war ihre unterschiedlich lange Aufenthaltsdauer. Eine lange Aufenthaltsdauer im St.Jürgen-Asyl ging tendenziell mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit einher, das Krankenhaus nicht lebend zu verlassen. Soldaten hatte jedoch eine durchschnittlich kürzere Aufenthaltsdauer im St.Jürgen-Asyl und waren seltener von der erhöhten Sterblichkeit betroffen.

Die vergleichsweise geringe Sterblichkeit soldatischer Patienten im St.Jürgen-Asyl kann zudem als Ausdruck eines ungleichen ärztlichen Umgangs mit Zivilpersonen und Militärangehörigen in der bremischen Psychiatrie verstanden werden. Sie ist zurückzuführen auf eine unterschiedliche Versorgung soldatischer und ziviler Patienten mit Nahrungsmitteln.

Gewichtskurven belegen eindrücklich die schlechte Versorgungslage der Patienten des bremischen psychiatrischen Krankenhauses. Bis zu 85 % der Patienten, die während des Krieges im St.Jürgen-Asyl starben, verloren während ihres Aufenthaltes an Gewicht: Zwischen fünf und 25 Kilo. Die Auswirkungen der Nahrungsknappheit waren im St.Jürgen-Asyl bekannt: Dokumentationen der Gewichtsabnahme machten diese Auswirkungen zu einem bekannten Problem.

Doch Bemühungen um zusätzliche Nahrungsmittel gab es nicht. Auch wurden die vorhandenen Nahrungsmittel nicht gleichmäßig auf alle Patientengruppen verteilt. Delbrück hob stattdessen in einem Brief am 11. März 1918 an die Gesundheitsdeputation hervor, dass seit dem Januar 1918 nun endlich auch in getrennten Kochtöpfen für Zivilpersonen und Militärangehörige gekocht würde<sup>170</sup>. Er zeigte damit, wie bereitwillig er Vorgaben der Militärverwaltung hinsichtlich der Ernährung seiner Patienten umsetzte (s. Abbildungen 25 und 26).

Im Staatsarchiv Bremen befindet sich eine Akte mit Dokumenten, die Bemühungen Anton Delbrücks zur Umsetzung von Anweisungen der Militärverwaltung zur Nahrungsvergabe an Zivilpersonen und Militärangehörige bezeugten. Bereits 1915 hatte die Deputation für das Gesundheitswesen nach ihrer Besichtigung des Krankenhauses gemeldet, wie gut die Einsparung von Lebensmitteln gelinge.<sup>171</sup>

---

170 Vgl. StAB, 3-m.1.w.2. Nr 137: Akte, betr. Verpflegungszuschüsse für verwundete Soldaten in der Krankenanstalt und im St.Jürgen-Asyl, 1917 März 1–1922.

171 Vgl. Bericht von der Besichtigung des St.Jürgen-Asyls durch die Gesundheitsdeputation am 23.4.1915, in StAB, 4,21–573. Akte betr. Oeffentliche Irrenanstalten, Bd. 2. 1914–1927. Der Bericht enthält u.a. eine detaillierte Auflistung über den (stetig abnehmenden) Brotverbrauch im St.Jürgen-Asyl.

Deputation für das  
 13. März 1918  
 F. 409  
*Delbrück*

An die Deputation für das Gesundheitswesen  
 z.H. Herrn Senator Dr. Lürman

ergebenst zurückgerichtet.

Es war lange Zeit unmöglich, für die Soldaten mit den vom Reservelazarett III gelieferten Vorräten besonders zu kochen, weil für die wenigen Leute in einem großen Kochtopf nicht gekocht werden konnte, die kleinen Kochtöpfe wegen ihrer Beschlagnahme zur Anfertigung neuer Töpfe in die Fabrik gesandt waren und die Lieferung des Ersatzes sich so sehr verzögerte. Nach Erhalt der Töpfe und zwar vom 15. Januar d.J. an ist dann für die Soldaten besonders gekocht.

Wir haben nun eine neue Berechnung in der Anlage aufgestellt. Die Anlage zeigt die Gegenüberstellung der Kosten der vom Reservelazarett III gelieferten Nahrungsmittel und der von der Lebensmittelkommission für die Zivilkranken gelieferten. Daraus ergibt<sup>sich</sup>, daß wir durchweg für die von der Lebensmittelkommission gelieferten Nahrungsmittel mehr bezahlen müssen. Eine Ausnahme davon macht Dörrgemüse, das uns vom Militär aber in besserer Beschaffenheit geliefert worden ist, und Käse, den wir für die Kranken gar nicht mehr bekommen. Im ganzen ist der Unterschied pro Tag und Person zugunsten der Zivilkranken darnach 16,5 Pf.

Daß bei uns der Unterschied in der Verpflegung geringer ist, als in der Krankenanstalt, kommt daher, daß unserer Anstalt Fleisch und Fett für die Militärkranken vom Reservelazarett III nicht geliefert wird, wir es daher ihnen in der erhöhten Menge auch nicht verabreichen können; ferner auch daher, daß wir, weil wir selbst backen, statt Brot nur Mehl haben rechnen können, ohne Aufschlag für Arbeitslohn, Verzinsung und Amortisation der Anlagen und Verdienst des Bäckers. Wenn wir das Brot zu dem Preise anrechnen, den die Krankenanstalt zahlt, würde sich der Brotpreis um 2,6 Pf. verteuern, sodaß dann der Unterschied im ganzen 18,9 Pf. betragen würde.

Zu diesen Mehrkosten in der Verpflegung kommen die mit der Verteilung und besonderen Verrechnung verbundenen Mehrarbeiten der Kochküche

Abbildung 25: Brief Delbrücks an die Deputation für das Gesundheitswesen vom 11.03.1918

küche und des Biros, die nicht unerheblich sind.

Die Soldaten bekommen seit dem 15. Oktober 1917 420 g Brot statt 245 g und seit dem 7. Januar 455 g. Die jetzt aufgestellte Berechnung würde, abgesehen von Brot, aber erst vom 11. d. Mts. an gelten können, weil das Verlangen der Militärverwaltung, den Soldaten 3 Eier statt 1 zu geben, durch die erst jetzt verlangte Verbrauchsnachweisung hier bekannt wurde und daher nicht früher ausgeführt werden konnte. Die Verteuerung dadurch beträgt aber täglich 11,4 F.

Die entsprechende Verteuerung würde nicht nur die in der Normalpflege verpflegten Kranken, sondern auch die in besserer Pflege verpflegten, sowie das Sanitätspersonal betreffen.

Ellen, den 11. März 1918.

Der Direktor des St. Jürgenasylls:

*[Handwritten signature]*

*Meine Herren die Direktion des St. Jürgen - Asyllum  
zur Aufklärung, was für die Krankenpflegebeding-  
tungs für Militärpersonen in Normalpflege hier,  
Herrn Major von Sieb angedacht sein. Das Krankheits-  
personal kommt wohl in Betracht, da es auch den  
Krankheiten dieser Pflege beding. ist. wie der Arzt selbst  
sagen kann.*

*Br. 6. April 1918*

D. DEBRÜCK  
15 APR 1918  
E 1157

*F. 1010*

*Debrück*

*Sehr geehrte Herren,  
Ich habe den Wunsch, mich bei der  
Deputation für das Gesundheitswesen  
zu bedanken, dass Sie mir die  
Anzeige vom 11. März 1918 zur  
Kenntnis gebracht haben. Ich  
habe die Angelegenheit mit dem  
Sanitätsrat besprochen und  
dieser hat beschlossen, dass  
die Angelegenheit dem  
Sanitätsrat zur Kenntnis  
gebracht werden soll.*

Abbildung 26: Brief Delbrücks an die Deputation für das Gesundheitswesen vom 11.03.1918

Aus Briefen Delbrücks an die Deputation für das Gesundheitswesen beigefügten Tabellen ist ersichtlich, dass es zumindest in den Jahren 1917 und 1918 teils erhebliche quantitative und qualitative Unterschiede in der Versorgung der zivilen und soldatischen Patienten des St.Jürgen-Asyls mit Nahrungsmitteln gab. Im Mai 1917 erstellte Delbrück eine Auflistung der Kosten der Nahrungsmittel für Zivilpersonen und für Militärangehörige. Diese zeigt, dass »Zivilkranke« im Frühjahr 1917 täglich 30 g Graupen zu essen bekamen, Militärangehörige aber 100 g; Letztere bekamen 100 g Weizengrieß, Erstere nur 60 g. Ähnlich verhielt es sich bei anderen Lebensmitteln.<sup>172</sup> Deutlichere Unterschiede sind für das Jahr 1918 nachweisbar. Hier bekamen Militärangehörige täglich 29 g Weizenmehl und 45 g Weizengrütze, Zivilpersonen hingegen 50 g des als qualitativ schlechter angesehenen Roggenmehls. Am deutlichsten werden die Unterschiede bei den Brotportionen, die für Militärangehörige 455 g und für Zivilpersonen 243 g betragen. Militärangehörige bekamen weiterhin auf Anordnung der Militärverwaltung<sup>173</sup> pro Woche drei Eier. Soldaten bekamen damit mehr und nahrhaftere (d. i. angeblich qualitativ höherwertige) Lebensmittel als Zivilpersonen; in ihren Krankenakten finden sich auch die einzigen Hinweise auf die Vergabe einer Nährsuppe o. Ä. So heißt es in der Krankenakte Willy Sch.s: »Beklagte sich sehr über das Essen, hat sehr an Gewicht zugenommen. Bekommt 2 x tgl. Milchzulage.«<sup>174</sup>

Dass es Listen über die Unterschiede in der Lebensmittelversorgung in »Ellen« gab bedeutet, dass den Ärzten die Ungleichbehandlung von Patientengruppen im Hinblick auf ihre Ernährung bewusst gewesen sein musste. Die Erwähnung der Nahrungsknappheit im St.Jürgen-Asyl in den »Ärztlichen Berichten« seit 1915<sup>175</sup> bei gleichzeitig fehlenden Nachweisen von Bemühungen, zusätzliche Nahrungsmittel zu bekommen lässt darauf schließen, dass die Gewichtsabnahme ziviler Patienten im Krieg hingenommen wurde, anstatt die vorhandenen Lebensmittel auf alle Patientengruppen gleichmäßig zu verteilen. Die korrespondierenden unterschiedlichen Gewichtsabnahmen und Sterbeziffern scheinen dies zu belegen. Bemühungen Delbrücks, zusätzliche Lebensmittel für seine Patienten zu bekommen, sind aus den Akten des Staatsarchivs Bremen nicht ersichtlich. Das Sterben infolge Hungers wurde bei zwei Patientengruppen – bei männlichen zivilen und bei weiblichen Patienten – somit eher in Kauf genommen als bei soldatischen Patienten. Dies lässt sich im Kontext beginnender rassenhygienischer Maßnahmen deuten. Die Psychiatrie des Ersten Weltkriegs wird so zur Vorgeschichte der Psychiatrie des nationalsozialistischen Deutschlands,

172 Vgl. StAB, 3-m.1.w.2. Nr 137: Akte, betr. Verpflegungszuschüsse für verwundete Soldaten in der Krankenanstalt und im St.Jürgen-Asyl, 1917 März 1–1922.

173 Vgl. StAB, 3-m.1.w.2. Nr 137: Akte, betr. Verpflegungszuschüsse für verwundete Soldaten in der Krankenanstalt und im St.Jürgen-Asyl, 1917 März 1–1922.

174 Krankenakte Willi Sch., Alt-Archiv am Klinikum Bremen-Ost, A 87/27.

175 Vgl. Ärztliche Berichte von 1915–1918.

1/6.17

*Jahresabrechnung*  
2017

für Militärpersonen und für die verpflegten Zivilisten  
gegenüber dem Hauptverwaltungsamt des St. Jürgen  
gegenüber dem Staat

Zugabe		für		für		Militär	Zivilisten	Zugabe	Zugabe		Zugabe
		Militär	verpflegten	Militär	verpflegten				Militär	Zivilisten	
		8	8	-	-	90,0	90,0	8,8	8,8	8,8	
Wagnisse	Wagnisse	100	100	-	-	94,9	94,9	9,0	9,0	9,0	
Wagnisse	Wagnisse	90	90	-	-	80,0	80,0	8,0	8,0	8,0	
Wagnisse	Wagnisse	100	100	-	-	95,8	95,8	9,5	9,5	9,5	
Wagnisse	Wagnisse	25	25	-	-	46,1	46,1	4,6	4,6	4,6	
Wagnisse	Wagnisse	100	100	-	-	95,1	95,1	9,5	9,5	9,5	
Wagnisse	Wagnisse	30	30	-	-	109,1	109,1	10,9	10,9	10,9	
Wagnisse	Wagnisse	150	150	-	-	202,0	202,0	20,2	20,2	20,2	
Wagnisse	Wagnisse	40	40	-	-	288,1	288,1	28,8	28,8	28,8	
Wagnisse	Wagnisse	200	200	-	-	232,5	232,5	23,2	23,2	23,2	
								110,1	110,1	110,1	

Abbildung 27: Die Verpflegung soldatischer und ziviler Patienten des St.Jürgen-Asyls in den Jahren 1917 und 1918

*Jahresabrechnung*  
2018

für Militärpersonen und für die verpflegten Zivilisten  
gegenüber dem Hauptverwaltungsamt des St. Jürgen  
gegenüber dem Staat

Zugabe	für		für		Militär	Zivilisten	Zugabe	Zugabe		Zugabe
	Militär	verpflegten	Militär	verpflegten				Militär	Zivilisten	
	8	8	-	-	90,0	90,0	8,8	8,8	8,8	
Wagnisse	100	100	-	-	94,9	94,9	9,0	9,0	9,0	
Wagnisse	90	90	-	-	80,0	80,0	8,0	8,0	8,0	
Wagnisse	100	100	-	-	95,8	95,8	9,5	9,5	9,5	
Wagnisse	25	25	-	-	46,1	46,1	4,6	4,6	4,6	
Wagnisse	100	100	-	-	95,1	95,1	9,5	9,5	9,5	
Wagnisse	30	30	-	-	109,1	109,1	10,9	10,9	10,9	
Wagnisse	150	150	-	-	202,0	202,0	20,2	20,2	20,2	
Wagnisse	40	40	-	-	288,1	288,1	28,8	28,8	28,8	
Wagnisse	200	200	-	-	232,5	232,5	23,2	23,2	23,2	
								110,1	110,1	110,1

Abbildung 28: Die Verpflegung soldatischer und ziviler Patienten des St.Jürgen-Asyls in den Jahren 1917 und 1918

zumindest indem Ärzte sich in den Jahren von 1914 bis 1918 an das massenhafte Sterben infolge Unterernährung in den Anstalten gewöhnten; diese Gewöhnung kann als Grundvoraussetzung für Krankentötungen im nationalsozialistischen Deutschland begriffen werden.

## 3 Seelische Krankheiten im Krieg

### 3.1 Diagnosen: Kriegsneurose, traumatische Neurose und Hysterie

Dass Kriege und Kriegserlebnisse, gleich ob an der Front oder in der Heimat, seelische Verletzungen verursachen, ist heute allgemein bekannt. Vor 1914 war dies nicht der Fall, im Deutschen Reich wurde stets die Nervenstärke des deutschen Volkes propagiert. Die Deutschen würden, so hieß es, allein mit ihrer Willens- und Nervenstärke (die derjenigen anderer Völker weit überlegen sei) den kommenden Krieg gewinnen. Umso erstaunter war man in der Heeres- und Sanitätsführung, als es schon bald nach Kriegsbeginn zu ersten psychischen Erkrankungen von Soldaten kam. Über 600.000 Soldaten erkrankten während des Krieges beim deutschen Feld- und Besatzungsheer an sogenannten Krankheiten des Nervengebiets, allein beim Feldheer wurden es 313.399 Soldaten offiziell erfasst.<sup>176</sup>

Mit der Problematik der massenhaften Erkrankungen von Soldaten im Krieg kam die Frage nach der richtigen Diagnose auf: Wie sollten die Krankheiten benannt werden? Die Frage war, wie sich angesichts der zahlreichen Erkrankungen bald herausstellen sollte, nicht nur von medizinischer Relevanz. Denn bereits mit der Diagnose wurde eine Entscheidung getroffen, ob die seelische Erkrankung eines Soldaten als durch den Krieg verursacht galt. Dies wiederum hatte Auswirkungen auf Rentenzahlungen.

Bei der Frage der richtigen Diagnose griffen Militärpsychiatern im öffentlichen Diskurs auf den sogenannten Simulationsstreit der 1880er-Jahre zurück, in dessen Fokus die Frage der tatsächlichen Ursache von Erkrankungen ohne sichtbare körperliche Anzeichen infolge Eisenbahnunfällen stand. Infrage stand nach 1914, ob die seelischen Erkrankungen der Soldaten – diejenigen der Zivilpersonen wurden in keinen Zusammenhang zum Krieg gestellt (s. u.) – als Hysterie oder traumatische Neurose zu bezeichnen seien. Die letztgenannte Diagnose transportierte die Auffassung, die Erkrankungen seien durch den Krieg verursacht: Dies hatte meist Rentenzahlungen zur Folge.

Soldaten mit Hysterie zu diagnostizieren, schien diesen Kausalzusammenhang hingegen zu vermeiden. Dies diffamierte sie zudem aufgrund der spezifisch weib-

---

<sup>176</sup> Vgl. Anonymus 1934: 145 ff.



Abbildung 29: Feldpostkarte, ca. 1916

lichen Konnotationen der Diagnose. Auf der »Kriegstagung« des »Deutschen Vereins für Psychiatrie« und der »Gesellschaft deutscher Nervenärzte« im September des Jahres 1916 in München entschied sich die Mehrheit der anwesenden Psychiater und Neurologen daher für die Bezeichnung der erkrankten Soldaten mit der Diagnose Hysterie.

### 3.2 Exkurs: Zur Geschichte der Hysterie

Der Siegeszug der Diagnose Hysterie ist auf das 19. Jahrhundert zu datieren.<sup>177</sup> Die Benennung als typisch bezeichneter, negativer weiblicher Eigenschaften mit dem Ausdruck der Hysterie<sup>178</sup> entsprach zeitgenössischen Tendenzen des Fin de siècle zur Medizinalisierung als problematisch wahrgenommener Verhaltensweisen un-

177 Vgl. FISCHER-HOMBERGER, Esther (1969): Hysterie und Misogynie – ein Aspekt der Hysteriegeschichte, in: DIEBOLD, (1979): Krankheit Frau und andere Arbeiten zur Medizingeschichte der Frau, Bern, Stuttgart, Wien: Hans Huber. S. 32–48. Hier S. 33. Zwar wurden im Mittelalter vereinzelt und im 18. Jahrhundert verstärkt Zusammenhänge zwischen weiblichem Uterus und einer seelischen Erkrankung von Frauen formuliert, doch erhielt die Hysterie erst im 19. Jahrhundert ihre spezifische Funktion und wurde zu einem bedeutenden Element des herrschenden medizinischen, insbesondere gynäkologischen Diskurses (vgl. FISCHER-HOMBERGER 1969: 39).

178 Vgl. FISCHER-HOMBERGER 1969: 32.



ter Rückgriff auf Biologismen. So war es kein Zufall, dass die Diagnose Hysterie nun zunächst zu einer häufigen spezifisch weiblichen, dann zu einer Krankheit auch männlicher Angehöriger der Arbeiterklasse avancierte, als es infolge der mit der Industrialisierung einhergehenden immer mehr zunehmenden Funktionalisierung und Ökonomisierung der Arbeitswelt zur Notwendigkeit geworden war, dass Menschen »funktionierten«. Die Verbreitung der Diagnose Hysterie im 19. Jahrhundert verweist somit einerseits auf das Leiden von Menschen an ihrer Zeit. Andererseits verweist sie auf zunehmende gesamtgesellschaftliche Tendenzen, unerwünschtem Verhalten durch seine Pathologisierung durch Medizinalisierung bzw. Psychiatrisierung und seine Diffamierung zu begegnen, und damit auch auf den zum Ende des Jahrhunderts erweiterten Zuständigkeitsbereich der Psychiatrie.<sup>179</sup>

Im 19. Jahrhundert wurde Hysterie als Krankheit von Frauen oberer gesellschaftlicher Klassen zur Benennung ihrer vermeintlichen negativen Eigenschaften konstruiert: »Seit man hysterisches Leiden kennt, gibt sich dieses als ein definiens des Weiblichen.«<sup>180</sup> So vertrat der Psychiater Emil Kraepelin die Auffassung, Hysterikerinnen seien gleichgültig gegenüber fremdem Leid, rücksichtslos gegenüber ihrer Umgebung, Virtuosinnen des Egoismus, die ihre Umgebung tyrannisierten; sie verdrehten Tatsachen und verleumdete wahre Sachverhalte, seien nervös und unruhig. All diese Eigenschaften waren höchst unerwünscht auch und gerade bei Frauen.

Der Philosoph und Psychiater Otto Weininger verknüpfte die Hysterie stärker mit einer fehlerhaften Sexualität von Frauen: »Lust steht bei der Frau, wo beim Manne Wert steht, Geschlechtstrieb, wo der Mann liebt, Trieb, wo dem Mann Willen gegeben ist.«<sup>181</sup> Hysterie galt als »Charakterbild der Frau, der Lüge, Vorstellung, Täuschung des Mannes (Arztes), Schauspielerei und Theatralik«<sup>182</sup>. Das Zum-Vorschein-Kommen dieser krankhaften Sexualität wurde als »Hysterie« bezeichnet.

Erst durch die Konstruktion der Hysterie als spezifisch weibliche Krankheit wird die mit den massenhaften psychischen Erkrankungen von Soldaten im Ersten Weltkrieg aufkommende Debatte im öffentlichen militärpsychiatrischen Diskurs verständlich, ob diese psychischen Störungen als Hysterie oder als traumatische Neurose zu bezeichnen seien; denn mit beiden Diagnosen wurden ähnliche Symp-

---

179 Vgl. LERNER, Paul (2003 a): *Hysterical Men. War, Psychiatry, and the Politics of Trauma in Germany, 1890–1930*, Ithaca, London: Cornell University Press. Hier S. 20 et al.

180 LINK-HEER, Ursula (1988): »Männliche Hysterie«. Eine Diskursanalyse, in: BECHER, Ursula A.J./Jörn RÜSEN (Hrsg., 1988): *Weiblichkeit in geschichtlicher Perspektive. Fallstudien und Reflexionen zu Grundproblemen der historischen Frauenforschung*, Frankfurt/Main: Suhrkamp. S. 364–396. Hier S. 368.

181 FISCHER-HOMBERGER 1969: 45.

182 LINK-HEER 1988: 369.

tome benannt.<sup>183</sup> Die mit den Diagnosen transportierten Krankheitsursachen waren jedoch verschieden: Mit der traumatischen Neurose wurde der Kausalzusammenhang zwischen Kriegsgeschehnissen und Krankheit betont.

Aufgrund ihrer heftigen Symptome wurden seelisch erkrankte Soldaten im Krieg in der Bevölkerung als »Kriegszitterer« bezeichnet: Sie zitterten fortwährend am ganzen Körper, hatten Kontrakturen, Lähmungen, übergaben sich fortwährend, lachten ununterbrochen, manche schliefen einfach ein, waren depressiv oder zeigten ein Verhalten, das als weinerlich und vor allem empfindsam bezeichnet wurde. Insbesondere letztere Verhaltensweisen galten als spezifisch weiblich. Doch in der männlichen Soldatenwelt war weibliches Verhalten fehl am Platze. *Deshalb* wurde die Diagnose Hysterie zur Diagnostizierung erkrankter Soldaten beliebt: Die diffamierenden Konnotationen der Hysterie waren angesichts der Massen psychisch erkrankter Soldaten nur allzu erwünscht, da jegliche Unschärfe oder Verwischung des männlichen Kriegers mit weiblichen Attributen bei dieser »Männerprobe der Nation«<sup>184</sup> gefährlich war. Mit der Diagnostizierung seelisch erkrankter Soldaten als hysterisch konnte deutlich gemacht werden, dass es sich bei ihnen nicht um »echte« Männer handelte und das mit Hysterie beschriebene Verhalten nicht typisch für einen deutschen Mann war. So gelang es, während des Krieges seelische Erkrankung in Form »hysterischen« Verhaltens aus der offiziellen militärpsychiatrischen Männlichkeitskonzeption des Deutschen Reiches auszugrenzen: Der deutsche Mann erkrankte nicht im Krieg. Seelische Erkrankungen im Krieg galten als persönliches Verschulden des Betroffenen.<sup>185</sup>

---

183 Vgl. KOMO, Günter (1992): »Für Volk und Vaterland«. Die Militärpsychiatrie in den Weltkriegen, Hamburg, Münster: Lit Verlag. Hier S. 72. Vgl. auch Ute Planert: »Innerhalb des nationalisierten Familienmodells konstituiert sich die diskursive Vorstellung des ›deutschen Mannes‹ erst durch die Abwesenheit von als weiblich/weibisch geltenden Eigenschaften« (PLANERT, Ute [2000]: Vater Staat und Mutter Germania: Zur Politisierung des weiblichen Geschlechts im 19. und 20. Jahrhundert, in: DIES. [Hrsg., 2000]: Nation, Politik und Geschlecht. Frauenbewegungen und Nationalismus in der Moderne, Frankfurt, New York: Campus Verlag. S. 15–65. Hier S. 21).

184 HOFER, Hans-Georg (2000): »Nervöse Zitterer«. Psychiatrie und Krieg, in: KONRAD, Helmut (Hrsg., 2000): Krieg, Medizin und Politik. Der Erste Weltkrieg und die österreichische Moderne, Wien: Passagen Verlag. S. 15–134. Hier S. 38.

185 Diese Einstellung entsprach im öffentlichen militärpsychiatrischen Diskurs formulierten Auffassungen zu Ursachen seelischer Erkrankung im Krieg. So äußerte Gaupp, dass Millionen Menschen körperliche und seelische Erschütterungen in vier Jahren Krieg ausgehalten hätten, ohne psychisch zu erkranken zeige, dass der Krieg selbst keinen schädigenden Einfluss auf die seelische Gesundheit der an ihm beteiligten Menschen habe (vgl. GAUPP, Robert [1922]: Schreckneurosen und Neurasthenie, in: BONHÖFFER, Karl [Hrsg., 1922]: Handbuch der ärztlichen Erfahrungen im Weltkriege 1914/1918. Band IV. Geistes- und Nervenkrankheiten. Erster Teil, Leipzig: Barth. S. 68–101. Hier 87f.).

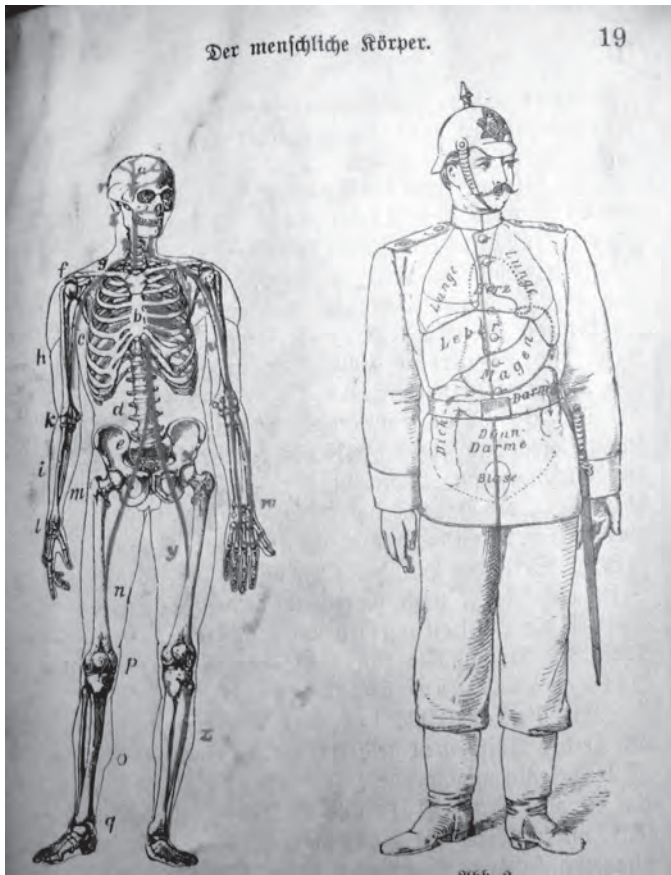


Abbildung 30: Der deutsche Mann als Soldat («Der menschliche Körper«)

### 3.3 Diagnosen im St.Jürgen-Asyl

Während man im öffentlichen Diskurs noch über die richtige Benennung seelischer Erkrankungen von Soldaten und die Konsequenzen dieser Benennungen debattierte, befasste man sich im bremischen St.Jürgen-Asyl längst mit praktischen Problemen: Die Frage, ob die Erkrankungen als Hysterie oder traumatische Neurose zu bezeichnen seien, spielte in Bremen keine Rolle. Die traumatische Neurose oder verwandte Diagnosen wie Kriegsneurose wurden hier nur in Einzelfällen gestellt, die Hysterie war weit häufiger. Die Diagnose Hysterie war in den Jahren seit der Eröffnung des Krankenhauses 1904 bis zum Kriegsbeginn bei gleich vielen Frauen und Männern gestellt worden. Nach 1914 verschob

sich die Häufigkeitsverteilung dieser Diagnose: Jährlich wurde nun Hysterie bei etwa fünf bis sieben Frauen jährlich – und bei 30 bis 36 Männern pro Jahr diagnostiziert. 186 Militärangehörige wurden ähnlich häufig wie Zivilpersonen als hysterisch diagnostiziert.

Im öffentlichen Diskurs wurde die Diagnostizierung von Hysterie verschieden begründet: Vor dem Krieg war Hysterie bei Männern selten, wurden nur Frauen mit dieser Diagnose benannt, indem als typisch bezeichnete, negative weibliche Eigenschaften mit dem Ausdruck der Hysterie benannt wurden.<sup>187</sup> Ermöglicht wurde dies durch den Ursprung des Begriffs: Grundlage für das so entworfene Charakterbild der Frau<sup>188</sup> – »Das Wort *Hysterie* klebt an der Frau«<sup>189</sup> – war eine angeblich in der griechischen Antike vorhandene, tatsächlich aber auf einem Übersetzungsfehler beruhende Vorstellung<sup>190</sup>, die Symptome der Hysterie würden durch die Wanderung der Gebärmutter im Körper der betroffenen Frauen verursacht: Der Begriff der Hysterie leitet sich ab von ὕστερα, dem griechischen Wort für »Gebärmutter«. Mit dieser Diagnose konnten demnach seelisch erkrankte Soldaten als verweiblicht dargestellt werden. Der deutsche Mann, dies steht dahinter, erkrankte nicht im Krieg.<sup>191</sup> Auch homosexuelle Männern konnten, so der Historiker Paul Lerner, mit dieser Diagnose diffamiert werden. Auch Anton Delbrück vertrat vor dem Krieg die Auffassung, Hysterie komme am häufigsten bei Frauen vor, wenn er sich auch von einer rein biologischen Erklärung verabschiedet hatte, bei der die weibliche Sexualität als Auslöser dieser Erkrankung galt.<sup>192</sup>

Doch diese spezifischen Konnotationen der Hysterie gab es im St.Jürgen-Asyl nach 1914 nicht. Nichts deutet in den Krankenakten darauf hin, dass psychisch erkrankte Soldaten mit dieser Diagnose als verweiblicht dargestellt, dass homosexuelle Soldaten im Kontext der männerbündischen Kriegsgesellschaft diffamiert oder dass Rentenzahlungen vermieden werden sollten. Auch wurde in »Ellen« der mangelnde Wille von Soldaten, im Krieg zu kämpfen, nicht mit der Diagnose Hysterie hervorgehoben, eine beliebte Form ihrer vermeintlichen Verweiblichung im öffentlichen Diskurs. Die Diagnose Hysterie wurde auch bei homosexuellen

---

186 Vgl. Ärztliche Berichte von 1909 bis 1918.

187 Vgl. FISCHER-HOMBERGER 1969: 32.

188 Vgl. LINK-HEER 1988: 386.

189 LINK-HEER 1988: 368.

190 Vgl. KING, Helen (1993): Once Upon a Text, in: GILMAN, Sander/DIES./ROY PORTER/G. S. ROUSSEAU/Elaine SHOWALTER (Hrsg., 1993): *Hysteria Beyond Freud*, Berkeley u. a.: University of California Press. S. 3–65.

191 Vgl. NONNE, Max (1971): *Anfang und Ziel meines Lebens. Erinnerungen*, Hamburg: Hans Christians Verlag, hier S. 171 sowie LERNER 2003 a: 6 f.

192 DELBRÜCK, Anton (1897): *Gerichtliche Psychopathologie. Ein kurzes Lehrbuch für Studierende, Ärzte und Juristen*, Leipzig: Barth.

Patienten nicht häufiger als bei anderen gestellt, und die Patienten mit dieser Diagnose bekamen genau so häufig eine Rente nach ihrer Entlassung wie andere Patienten. Weshalb die Diagnose Hysterie in »Ellen« im Ersten Weltkrieg häufiger und auch zunehmend häufig bei Männern angewandt wurde, lässt sich damit auch in Ermangelung expliziter Aussagen der Ärzte zum Thema nicht sagen.

Nr.	Name	geboren am	gestorben	Alter	bei	Diagnose	Diagnose	Beobachtet	Diagnose
1946	[redacted]	[redacted]	[redacted]	27.10.1878	27	Hysterie	Hysterie		?
1947	[redacted]	[redacted]	[redacted]	11.10.1878	28	Hysterie	Hysterie		
1948	[redacted]	[redacted]	[redacted]	04.09.1878	29	Hysterie	Hysterie		
1949	[redacted]	[redacted]	[redacted]	07.03.1878	30	Hysterie	Hysterie		
1950	[redacted]	[redacted]	[redacted]	14.02.1878	31	Hysterie	Hysterie		
1951	[redacted]	[redacted]	[redacted]	21.02.1878	32	Hysterie	Hysterie		
1952	[redacted]	[redacted]	[redacted]	22.03.1878	33	Hysterie	Hysterie		
1953	[redacted]	[redacted]	[redacted]	23.03.1878	34	Hysterie	Hysterie		
1954	[redacted]	[redacted]	[redacted]	24.03.1878	35	Hysterie	Hysterie		
1955	[redacted]	[redacted]	[redacted]	25.03.1878	36	Hysterie	Hysterie		
1956	[redacted]	[redacted]	[redacted]	26.03.1878	37	Hysterie	Hysterie		
1957	[redacted]	[redacted]	[redacted]	27.03.1878	38	Hysterie	Hysterie		
1958	[redacted]	[redacted]	[redacted]	28.03.1878	39	Hysterie	Hysterie		
1959	[redacted]	[redacted]	[redacted]	29.03.1878	40	Hysterie	Hysterie		
1960	[redacted]	[redacted]	[redacted]	30.03.1878	41	Hysterie	Hysterie		
1961	[redacted]	[redacted]	[redacted]	31.03.1878	42	Hysterie	Hysterie		
1962	[redacted]	[redacted]	[redacted]	32.03.1878	43	Hysterie	Hysterie		
1963	[redacted]	[redacted]	[redacted]	33.03.1878	44	Hysterie	Hysterie		
1964	[redacted]	[redacted]	[redacted]	34.03.1878	45	Hysterie	Hysterie		
1965	[redacted]	[redacted]	[redacted]	35.03.1878	46	Hysterie	Hysterie		
1966	[redacted]	[redacted]	[redacted]	36.03.1878	47	Hysterie	Hysterie		
1967	[redacted]	[redacted]	[redacted]	37.03.1878	48	Hysterie	Hysterie		
1968	[redacted]	[redacted]	[redacted]	38.03.1878	49	Hysterie	Hysterie		
1969	[redacted]	[redacted]	[redacted]	39.03.1878	50	Hysterie	Hysterie		
1970	[redacted]	[redacted]	[redacted]	40.03.1878	51	Hysterie	Hysterie		

Abbildung 31: Stammlisten des St.Jürgen-Asyls 1912 – 1920

Die am häufigsten angewandte Diagnose sowohl vor dem als während des Krieges war die Schizophrenie, die kontinuierlich bei etwa 50 % der Patienten gestellt wurde. Diese Diagnose wurde gleichermaßen bei Männern und Frauen, bei Soldaten und Zivilpersonen gestellt. Etwa ein Viertel der Soldaten wurden als hysterisch diagnostiziert. Diagnosen wie traumatische Neurose kamen hingegen kaum vor.

Die folgende Tabelle auf S. 94 gibt Aufschluss über die Häufigkeit einiger im St.Jürgen-Asyl gestellter Diagnosen in den Kriegsjahren.

	1914			1915			1916			1917			1918		
	M	W	G	M	W	G	M	W	G	M	W	G	M	W	G
Schizophrenie	-	-	-	100	47	147	76	49	125	65	44	109	42	30	72
Querulantenwahn	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Manisch-depressives Irresein	-	-	-	30	56	86	23	53	76	33	40	73	21	45	66
Hysterie	-	-	-	20	6	26	31	6	37	39	7	46	34	6	40
Konstitutionelle Psychopathie	-	-	-	28	5	33	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Simulation	-	-	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nicht geisteskrank	-	-	-	1	-	1	3	-	3	2	-	2	-	1	1
Neurasthenie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Traumatische Neurose	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Akute hysterische Störungen nach aufreibenden Kriegserlebnissen	-	-	-	-	-	7	-	7	-	-	-	-	-	-	-
Fugeszustände (bei Soldaten)	-	-	-	-	-	-	6	-	6	-	-	-	-	-	-

### 3.4 Der psychiatrische Umgang mit soldatischer Gewalterfahrung

Dass die Diagnose Hysterie im St.Jürgen-Asyl nicht die Funktionen des öffentlichen Diskurses hatte, bedeutet nicht, dass es hier keinen Zusammenhang zwischen psychiatrischer Diagnostik und Geschlechterrollenbildern gegeben hätte. In »Ellen« gab es lediglich andere Formen von Männlichkeitskonstruktionen. Dies zeigt die Krankengeschichte Michael R.s.

#### Krankengeschichte Michael R.s

Michael R. war gelernter Maurer. Als Landwirt arbeitete er, im Jahr 1916 27 Jahre alt und unverheiratet, auf dem Bauernhof seiner Eltern, als er bereits am vierten Mobilmachungstag zum Krieg eingezogen wurde. Bald kam er an die Westfront nach Frankreich, wo er wochenlang im Schützengraben lag, unterbrochen von einzelnen Gefechten. Am 6. Juli 1915 wurde er zum ersten Mal verwundet und war in der Folge drei Monate krank. Er hatte einen Granatsplitter durch den Oberkiefer, die Nase und die linke Wange bekommen. Exakt ein Jahr nach seiner ersten Verwundung, am 6. Juli 1916, kam er wieder ins Feld. An der Somme wurde er am 16. September des Jahres erneut verwundet: An der rechten Hand verlor er bei zwei Fingern das vorderste Glied, auch zog er sich eine Granatsplitterwunde an der rechten Wade zu. Doch das war nicht das einschneidendste Erlebnis für ihn. Dieses hatte er am 15. Juli 1916: »Beim Sturmangriff im Priesterwald vor 1 Jahr, [sic] traf ich in einer Sappe [Laufgraben,

M. H.] einen verwundeten Franzosen, der sass [sic] auf einem Stein. In der Aufregung habe ich den tot gemacht.« Michael R. kam nun in das St.Jürgen-Asyl. Das Reservelazarett im Krankenhaus in der St.Jürgen-Straße, wohin er aufgrund einer Verwundung gekommen war, hatte ihn hierher überwiesen.<sup>193</sup> R. war einer von zwei Soldaten, bei denen die eigentliche Tätigkeit – und auch Aufgabe! – von Soldaten im Krieg erwähnt wurde, das Töten von Menschen.

»Wird aus Res. Laz. II gebracht. Ruhig; gibt auf Befragen an, dass er immer einen Franzosen sehe, den er umgebracht habe«, notierten die Ellener Ärzte. Immer wieder kam Michael R. im Folgenden auf dieses Erlebnis zu sprechen. Gefragt: »Haben Sie mal Krämpfe gehabt?« antwortete er: »Ja seit einem Jahr seitdem es passierte bei dem Sturmangriff: da sitzt ein Franzose verwundet auf dem Stein und ich habe ihn erschossen.« Auf die Frage »Sind Sie traurig oder vergnügt?« sagte er: »Grosstenteils traurig, ich sehe traurige Bilder«; als er gefragt wurde, ob er Angst habe, antwortete er: »Bloss vor dem Franzosen«, ob er krank sei? »Nein, ich sehe immer die Franzosen«. Ausführlicher wurde seine Antwort bei der Frage, ob er spukhafte Gestalten sehe: »Ich sehe immer diesen Franzosen der verwundet war und ich habe ihn tot gemacht ich dachte ich müsste mich [sic] das Leben nehmen.«

Doch durch die Wiedergabe dieses Erlebnisses in indirekter Rede distanzierten sich die Bremer Ärzte von der Aussage des Patienten, Ursache seiner Erkrankung sei das Erlebnis des Tötens des verwundeten Soldaten. Wie in der ganzen Krankenakte wurde auch hier das Töten von Menschen im Krieg als singulärer Fall eingeordnet: *Nicht* dass das Töten von Menschen im Krieg prinzipielle Tätigkeit eines Soldaten war fand Erwähnung, sondern das Töten eines speziellen (französischen) Soldaten. Die unzähligen anderen Soldaten, die R. wahrscheinlich zuvor getötet hatte, wurden nicht erwähnt.

Bedeutendstes Krankheitssymptom war die Unruhe Michael R.s Gegen diese Unruhe wurde R. im Folgenden mit Adalin behandelt, weiterhin wurde die Arbeitstherapie angewandt. In seiner Krankenakte finden sich keine Hinweise, dass die seelische Verarbeitung des einschneidenden Kriegserlebnisses durch Michael R. Ziel seiner Behandlung gewesen wäre. R. galt als gesund, als er gut arbeitete, seine Verwundungen geheilt waren<sup>194</sup>, sein Schlaf und seine Stimmung sich gebessert hatten. Er wurde als geheilt entlassen. Knapp drei Monate hatte er im Ellener Krankenhaus verbracht. Obwohl seine Diagnose »psychogene Depression«, also »psychisch verursachte« Depression, lautete, wurden diese psychische Verursachung nicht behandelt – die zeitgenössischen Behandlungsmethoden und zugrunde liegenden Krankheitskonzepte ermöglichten dies nicht.

193 Die folgenden Angaben beziehen sich, soweit nicht anders angegeben, auf die Krankenakte Michael R.s: Krankenakte Michael R., Alt-Archiv am Klinikum Bremen-Ost, A 87/2.

194 Bei einer Verwundung im September 1916 hatte R. mehrere Finger verloren. Diese Verwundung war Ursache seiner Einlieferung in ein Lazarett.

Im St.Jürgen-Asyl wurde, dies zeigt die Krankengeschichte Michael R.s, nicht rezipiert, dass die zentrale Tätigkeit und auch Aufgabe von Soldaten im Krieg das Töten von Menschen war und ist; dies war zeitgenössisch üblich. Verschiedene Historiker verweisen heute jedoch darauf, es habe eine »umfassende [...] Brutalisierung der politischen Kultur der Weimarer Republik durch die kollektive Kriegserfahrung«<sup>195</sup> gegeben. Zu unterscheiden ist zwischen einer individualpsychologischen und einer gesellschaftspolitischen Variante dieser These. Die gesellschaftspolitische Variante »versucht eine Linie von der kollektiven Kriegserfahrung zu dem Niedergang des Liberalismus in den [19]20er und [19]30er Jahren, der sich unter anderem in der Erosion bürgerlicher Werte und Sozialnormen und in der wachsenden Akzeptanz von illegaler Gewalt als Mittel der Politik äußerte, zu ziehen«<sup>196</sup>. An dieser Stelle ist hingegen primär die individualpsychologische Variante der These relevant, die auf den Auswirkungen »der extremen Gewalterfahrung der Materialschlachten und des Stellungskrieges«<sup>197</sup> auf den individuellen Frontsoldaten fokussiert. George L. Mosse formulierte als einer der Ersten diese Variante der These: »Die Beibehaltung von militanten Einstellungen über den Krieg hinaus [durch Individuen, M.H.] förderte eine gewisse Brutalisierung der Politik [in der Weimarer Republik, M.H.], eine gesteigerte Gleichgültigkeit gegenüber dem menschlichen Leben.«<sup>198</sup> Die Kriegserfahrung von Soldaten habe u. a. eine Abstumpfung von Männern und Frauen gegenüber menschlicher Grausamkeit und dem Verlust von Menschenleben bewirkt. Die soldatische Erfahrung des zur Normalität gewordenen Tötens muss als Teil dieser Kriegserfahrung betrachtet werden.

Durch die fehlende Verarbeitung dieser Erfahrung in der Psychiatrie nach 1918, so die These, hat diese demnach zur genannten Abstumpfung von Menschen gegenüber menschlicher Grausamkeit und dem Verlust von Menschenleben in der Weimarer Politik beigetragen. Die fehlende Verarbeitung der Erfahrung des Töten(-Müssens) von Menschen im Krieg in der Psychiatrie hätte damit zu erhöhter Gewaltbereitschaft in der Weimarer Republik beigetragen. Dies ist vor dem Hintergrund der in den 1920er-Jahren einsetzenden Debatten über Krankentötungen von hoher Bedeutung. Demnach hätte die Psychiatrie selbst auch durch ihren praktischen Umgang mit den Kriegserfahrungen von Frontsoldaten zu einer gesellschaftlichen Akzeptanz von Krankentötungen, die dann später im national-

---

195 KRASSNITZER, Patrick (2002): Die Geburt des Nationalismus im Schützengraben. Formen der Brutalisierung in den Autobiographien von nationalsozialistischen Frontsoldaten, in: DÜLFER, Jost/Gerd KRUMEICH (Hrsg., 2002): Der verlorene Frieden. Politik und Kriegskultur nach 1918, Essen: Klartext, S. 119–148. Hier 122 f.

196 KRASSNITZER 2002: 124.

197 KRASSNITZER 2002: 123.

198 MOSSE, George L. (1993): Gefallen für das Vaterland. Nationales Heldentum und namenloses Sterben, Stuttgart: Klett-Cotta, hier S. 195.



sozialistischen Deutschland Realität wurden, beigetragen.<sup>199</sup> Der psychiatrische Umgang mit Soldaten während des Krieges 1914/18 verweist somit deutlich auf die Geschehnisse des Zweiten Weltkrieges. Nicht zu vernachlässigen sind in diesem Kontext auch die individuellen Kriegserfahrungen als Soldaten der im nationalsozialistischen Deutschland tätigen Ärzte.

### 3.5 Abweichendes Verhalten im Krieg: Die Psychiatrie und die Deserteure

Manch ein Soldat wehrte sich gegen die militärische Anforderung, sein »Vaterland« zu verteidigen, koste es, was es wolle. Doch dem Krieg zu entkommen war nicht leicht, war man erst einmal eingezogen. War man nicht kriegsverwendungsunfähig infolge Krankheit oder Verwundung blieb oftmals nur die Desertion.

Der industrialisierte Massenkrieg benötigte immer neuen Nachschub an »Menschenmaterial«, an disziplinierten Soldaten, die für ihr »Vaterland« kämpften, ohne den Krieg zu hinterfragen.<sup>200</sup> Zu einem besonderen Problem für die Heeresführung des Deutschen Reiches wurde vor diesem Hintergrund die Desertion, die nicht nur dem Krieg Soldaten entzog, sondern auch eindrücklich demonstrierte, dass es mit der propagierten uneingeschränkten Zustimmung zum Krieg trotz zahlreicher Kriegsfreiwilliger (vorwiegend zu Beginn, im Verlaufe des Krieges immer weniger) nicht weit her war. Auch da das Deutsche Heer zu einem großen Teil aus Wehrpflichtigen bestand kam es hier immer wieder zu Fahnenflüchtigen.<sup>201</sup>

---

199 Vgl. zur Brutalisierung der Gesellschaft der Weimarer Republik und ihren Zusammenhängen mit den individuellen und kollektiven Erfahrungen des Ersten Weltkrieges auch SCHULZ, Petra Maria (2004): *Ästhetisierung von Gewalt in der Weimarer Republik*, Münster: Westfälisches Dampfboot.

200 HAGEMANN, Karen (2002 a): »Jede Kraft wird gebraucht«. Militäreinsatz von Frauen im Ersten und Zweiten Weltkrieg, in: THOß, Bruno/Hans-Erich VOLKMANN (Hrsg., 2002): *Erster Weltkrieg – Zweiter Weltkrieg. Ein Vergleich. Krieg, Kriegserlebnis, Kriegserfahrung in Deutschland*, Paderborn u. a.: Ferdinand Schöningh. S. 79–106. Hier S. 85. – Der Ausdruck des »Menschenmaterials« oder schlicht des »Materials« findet sich immer wieder in zeitgenössischen Zeitschriftenartikeln, die sich mit der Behandlung von Kriegshysterikern befassen. Er verdeutlicht, dass im öffentlichen militärpsychiatrischen Diskurs weniger das Individuum, als vielmehr seine Verwertbarkeit für den industrialisierten Massenkrieg interessierte (vgl. RIEDESSER, Peter/Axel VERDERBER (1996): *»Maschinengewehre hinter der Front«*. Zur Geschichte der deutschen Militärpsychiatrie, Frankfurt/Main: Fischer Taschenbuch. Hier S. 18 et al.).

201 Zur Wehrpflicht im Deutschen Reich vgl. RICHSTEIN, Christine (2000): *Das »belagerte« Strafrecht – Kriegsstrafrecht im Deutschen Reich während des Ersten Weltkriegs*, Münster, Hamburg, London: Lit Verlag. Hier S. 22 f.

Desertion musste unter den Bedingungen des Ersten Weltkrieges, der einen bis dahin ungekannten Grad der Mobilisierung der Bevölkerung für Kriegsinteressen erforderte, zudem als geradezu paradigmatischer Fall des Abweichens von einem gewünschten soldatisch-männlichen Geschlechterrollenbild erscheinen. In einem »Krieg der Nerven«, in dem propagiert wurde, die Nation mit dem »stärkeren Willen« würde siegen, wurde Desertion als Flucht (dies verdeutlicht auch der Begriff »Fahnenflucht«), als Feigheit gedeutet.

Unterschieden wurde zwischen unerlaubter Entfernung und Fahnenflucht. Bei Letzterer musste das Kriegsgericht dem Betroffenen die Absicht der dauerhaften Entfernung von der Truppe nachweisen. Denn der Straftatbestand der Fahnenflucht war laut § 69 des Reichsmilitärstrafgesetzbuches dann erfüllt, wenn sich ein Soldat »in der Absicht, sich seiner gesetzlichen oder übernommenen Verpflichtung zum Dienste dauernd zu entziehen«<sup>202</sup>, von seiner Truppe entfernt hatte. Fehlte diese Absicht, handelte es sich um unerlaubte Entfernung, die milder zu bestrafen war. Die Beweislast für die Absicht zur dauerhaften Entfernung von der Truppe lag beim Gericht.<sup>203</sup> Für unerlaubte Entfernung wurden bis zu fünf Jahre Haft verhängt – das Mindeststrafmaß bei Desertion mit zugrunde liegender Absicht der dauerhaften Entfernung.<sup>204</sup> Die Todesstrafe war hingegen lediglich bei mehrfacher Desertion im Felde vorgesehen, aber auch bei Fahnenflucht vom Posten zum Feind.<sup>205</sup> Auch hinsichtlich der Strafe unterschieden sich Fahnenflüchtige und Deserteure damit.

Die Deserteure wurden im Deutschen Reich – dies war eine Besonderheit in Europa – zunächst der Psychiatrie überwiesen. Hier beurteilte man ihre Zurech-

---

202 § 69 RMStGB: Unerlaubte Entfernung und Fahnenflucht, in: Anonymus (1916<sup>2</sup>): Militärstrafgesetzbuch für das Deutsche Reich mit Abdruck der einschlägigen Bestimmungen des Reichsstrafgesetzbuches, Berlin: J. Guttentag, Verlagsbuchhandlung GmbH. Vgl. auch JAHR, Christoph (1998 b): »Der Krieg zwingt die Justiz, ihr Innerstes zu revidieren«. Desertion und Militärgerichtsbarkeit im Ersten Weltkrieg, in: Ulrich BRÖCKLING/Michael SIKORA (Hrsg., 1998): Armeen und ihre Deserteure. Vernachlässigte Kapitel einer Militärgeschichte der Neuzeit, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. S. 187–222. Hier 188. Aus stilistischen Gründen werden im Folgenden die Begriffe Fahnenflucht und Desertion synonym verwendet.

203 Vgl. JAHR 1998 b: 200. Die Schwierigkeit, den Nachweis der Absicht zur dauerhaften Entfernung im Einzelfall zu erbringen, legte, so Ulrich Bröckling, eine psychiatrische Begutachtung des Betroffenen nahe (vgl. BRÖCKLING, Ulrich [1998]: Psychopathische Minderwertigkeit? Moralischer Schwachsinn? Krankhafter Wandertrieb? Zur Pathologisierung von Deserteuren im Deutschen Kaiserreich vor 1914, in: DERS./Michael SIKORA (Hrsg., 1998): Armeen und ihre Deserteure. Vernachlässigte Kapitel einer Militärgeschichte der Neuzeit, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. S. 161–186. Hier S. 165 f.).

204 Vgl. Anonymus 1916, § 69 RMStGB sowie RICHSTEIN 2000: 113.

205 Vgl. ebd. Jahr weist nach, dass die Todesstrafe während des gesamten Ersten Weltkrieges »nur« 49 Mal verhängt und 18 Male vollstreckt wurde (vgl. JAHR 1998 b: 210 sowie JAHR, Christoph [1998 a]: Gewöhnliche Soldaten. Desertion und Deserteure im deutschen und britischen Heer 1914–1918, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. Hier S. 49 f.).

nungsfähigkeit, d. h. man untersuchte, ob sie die Verantwortung für ihre Straftat übernehmen könnten, indem sie sich nicht zum Zeitpunkt dieser Straftat in einem Zustand als solcher bezeichneter geistiger Umnachtung befunden hätten.

Während des Krieges wurden etwa 130.000–150.000 Soldaten im gesamten Deutschen Reich aufgrund ihrer unerlaubten Entfernung von der Truppe oder Desertion rechtskräftig verurteilt; bei elf Millionen Soldaten während des Krieges entspricht dies einer Desertionsrate von 1–2 %. Die Anzahl der Patienten im bremischen St. Jürgen-Asyl, die während des Krieges desertiert waren, ist weitaus höher: 18 % der soldatischen Patienten des bremischen psychiatrischen Krankenhauses hatten sich dieses Vergehens schuldig gemacht. Meist hatten diese Patienten ihren Heimaturlaub zur unerlaubten Entfernung von der Truppe genutzt – das ungefährlichste und womöglich einfachste Verfahren, sich aus dem Heer zu entfernen.

Die meisten desertierten Patienten in »Ellen« entstammten der Arbeiterklasse und waren einfache Soldaten. Denn obwohl juristisch gesehen alle Mannschaftsgrade zu Deserteuren werden konnten, »sind Unteroffiziere kaum, Offiziere praktisch überhaupt nicht unter den Deserteuren vertreten. Das bedeutet freilich nicht, dass sie tatsächlich keine jener Verhaltensweisen an den Tag gelegt hätten, die bei den Mannschaftsrängen als Desertion geahndet worden wären: Vielmehr konnte hier nicht sein, was nicht sein durfte, weil es mit ihrem Eliteanspruch nicht vereinbar gewesen wäre, diese Form von ›Versagen‹ einzugestehen«<sup>206</sup>.

Wie aber gingen die Ellener Ärzte mit Desertion um, wie ordneten sie dieses militärisch abweichende Verhalten ein? Das Verhalten ihrer desertierten Patienten beurteilten sie überwiegend als unerlaubte Entfernung, also mit dem schwächeren Urteil. Hervorzuheben ist ihre medizinisch orientierte Wahrnehmung dieses Phänomens: Bei drei Viertel der betroffenen Patienten bezeichneten die Ärzte Desertion als Krankheitssymptom, mithin als Ausdruck einer »Geisteskrankheit«. Damit wurde Desertion pathologisiert und psychiatrisiert: Nicht die schrecklichen Geschehnisse des Krieges, sondern der krankhafte seelische Zustand der Akteure sei es gewesen, der dieses Verhalten hervorgebracht hätte.

Bevor es zu solchen Einschätzungen kommen konnte musste jedoch erst einmal die Desertion eines Betroffenen wahrgenommen und eingeordnet werden. Ärztliche Schwierigkeiten hierbei und Konsequenzen hiervon zeigt die Krankengeschichte Stanislaus J.s.

---

206 JAHR 1998b: 194.

## Krankengeschichte Stanislaus J.s

Stanislaus J. wurde im August 1914 als Wehrmann zum Militär eingezogen. Fast zwei Jahre war der 35-Jährige nun ununterbrochen im Schützengraben an der Westfront in Frankreich.<sup>207</sup> Hier erlitt er einen Oberschenkelschuss, infolge dessen er vom Bataillon entlassen wurde und anschließend Arbeitsdienst in Bremen verrichten sollte. Nach der Entlassung erhielt er Urlaub. Auch jetzt durfte er zunächst zu Hause wohnen und von dort aus zum Arbeitsdienst gehen. Während dieser Zeit kam es zu einem schweren Streit mit seiner Ehefrau: Nachdem J. eines Morgens die Wohnung zum Dienst verlassen hatte, kam ein Gefreiter vorbei und fragte nach ihm. Später stellte sich heraus, dass es sich hierbei um ein Versehen der Schreibstube gehandelt hatte. J.s Ehefrau beschuldigte ihn, »dass er sich offenbar herumtreibe und nicht zum Dienst gehe«. Es kam zu einem Streit zwischen den Eheleuten, bei denen weitere Probleme ihrer noch jungen Ehe hochkochten. Die Folgen des Streits wurden im psychiatrischen Gutachten wiedergegeben: »J. verbiss in seiner Art den Groll in sich hinein und verliess [sic] am andern [sic] Morgen, 28.X., sehr niedergeschlagen seine Wohnung.« Und weiter hieß es: »Er soll früher seiner Frau gesagt haben, dass er nicht wieder ins Feld an die Somme gehen werde; und beim Fortgehen soll er geäußert [sic] haben, wenn ihm noch in der eigenen Familie Vorwürfe gemacht würden, werde ihm die Lust am Leben vollständig genommen.« Weiter hieß es: »An diesem Morgen [ging er] nicht zum Dienst, sondern trieb sich in der Stadt und der Umgebung herum, bis er sich am Abend des 1.XI. freiwillig wieder meldete.«

Bei diesem Fortbleiben Stanislaus J.s vom Dienst handelte es sich juristisch gesehen um unerlaubte Entfernung. J. habe, so das Gutachten, im St.Jürgen-Asyl angekommen, sein Vorhaben bestritten, nicht wieder an die Front zurückzukehren. Stattdessen wurden ausführlich J.s private Motive für sein Fortbleiben vom Dienst erläutert: Nicht die politische Einstellung des Betroffenen, sondern seine familiären Verhältnisse, so ist dies zu verstehen, hätten ihn dazu getrieben, vom Dienst fortzubleiben. Die Ellener Ärzte erklärten diese unerlaubte Entfernung also mit privaten statt politischen Motiven des Patienten. Ähnlich wurden in anderen psychiatrischen Gutachten private statt politischer Motive für die Desertion eines Patienten angegeben. Damit machte Delbrück wie in so manchem anderen Fall die Psychiatrie zum Schutzraum für diesen Soldaten: Denn, und dies war den fahnenflüchtigen Soldaten bewusst, die Betroffenen mussten möglichst den Eindruck vermeiden, sich dauerhaft vom Dienst und von der Armee entfernt haben zu wollen. Konnten die dies glaubhaft dem Gericht vermitteln, konnten

---

207 Vgl. zu den folgenden Angaben die Krankenakte Stanislaus J.s: Krankenakte Stanislaus J., Alt-Archiv am Klinikum Bremen-Ost, A 112/14. Hervorhebungen im Original werden nicht wiedergegeben.

sie mit einer geringen Strafe, meist mit lediglich einer ein bis zweijährigen Haftstrafe rechnen.<sup>208</sup>

Stanislaus J.s Desertion wurde abschließend in den Kontext seiner seelischen Erkrankung eingeordnet: »J[...] gehört, wie die Mehrzahl der wegen unerlaubter Entfernung Angeklagten, zu den psychopathischen disharmonisch entwickelten Persönlichkeiten, die niemals das Gleichmass [sic] in ihrem Seelenleben finden und in einer plötzlich auftauchenden Stimmung kritiklos davonlaufen, ohne dass ihnen die Strafbarkeit ihrer Handlung klar zum Bewusstsein kommt.«<sup>209</sup> Er wurde als unzurechnungsfähig bezeichnet und konnte somit nicht für seine Straftat zur Verantwortung gezogen werden.

### 3.5.1 Der ärztliche Umgang mit Deserteuren: Die Psychiatrie als Schutzraum

Auch mittels der Beurteilung der Zurechnungsfähigkeit der Deserteure konnte die Psychiatrie des St.Jürgen-Asyls zum Schutzraum ihrer Patienten über deren Krankenhausaufenthalt hinaus werden: Bei der Beurteilung eines Patienten als unzurechnungsfähig zum Zeitpunkt seiner Straftat konnte dieser nicht juristisch für diese Straftat zur Verantwortung gezogen werden und entging somit einer Verurteilung. Dies war bei Deserteuren meist der Fall: Fahnenflüchtig gewordene Patienten wurden in »Ellen« tendenziell als unzurechnungsfähig oder vermindert zurechnungsfähig bezeichnet. Für Deserteure stellte die Psychiatrie des St.Jürgen-Asyls somit über ihren Aufenthalt im bremischen psychiatrischen Krankenhaus hinaus einen Schutzraum dar. Die Psychiatrie im St.Jürgen-Asyl wurde – unabhängig von einer etwaigen Intention der Bremer Ärzte, die sich aus den Krankenakten nicht ersehen lässt – zum Schutzraum für ihre desertierten Patienten.

Wie aber gingen die Ellener Ärzte mit Desertion um, wie ordneten sie dieses militärisch abweichende Verhalten ein? Das Verhalten ihrer desertierten Patienten ordneten die Bremer Ärzte überwiegend als unerlaubte Entfernung ein. Hervorzuheben ist ihre medizinisch orientierte Wahrnehmung dieses Phänomens: Bei drei Viertel der betroffenen Patienten wurde Desertion als Krankheitssymptom bezeichnet, mithin als Ausdruck einer »Geisteskrankheit«!

Die häufige Bezeichnung von Desertion als Symptom, somit als Ausdruck einer »Geisteskrankheit« steht im Kontext des »Schutzraums Psychiatrie«. Ebenso

---

208 Vgl. JAHR 1998 b: 196.

209 Krankenakte Stanislaus J., Alt-Archiv am Klinikum Bremen-Ost, A 112/14, Hervorhebung M.H.

verhält es sich mit der oftmals vorkommenden Begründung einer seelischen Erkrankung mit dem militärisch devianten Verhalten. Dies geschah bei Theodor Sch.: »Sch. hat zweifellos eine schwere depressive Psychose durchgemacht. [...] Für letztere Annahme [dass die Psychose auf allgemein konstitutioneller Basis beruhe, M.H.] spricht seine Fahnenflucht zur Zeit seines aktiven Militärdienstes.«<sup>210</sup> Desertion wurde somit in erster Linie im Kontext der »Geisteskrankheit« eines Patienten wahrgenommen.

Dies verweist auf bedeutende Konsequenzen der Etablierung der bremischen Psychiatrie als Schutzraum für ihre desertierten Patienten. Militärisch deviantes Verhalten wurde psychiatrisiert bzw. medizinalisiert.<sup>211</sup> Desertion wurde in »Ellen« nicht als Protest eines Soldaten gegen den Krieg oder die eigene Einbeziehung in den Krieg verstanden, sondern als Ausdruck einer »Geisteskrankheit«. Seelische Gesundheit im Krieg wurde so mit militärischer Gehorsamsbereitschaft und Normalität mit Normerfüllung gleichgesetzt.<sup>212</sup> Fahnenflucht wurde damit entpolitisiert. Dies bedeutete die Vereinzelung der Desertion: Nicht das Militär, die Lebensbedingungen für den Einzelnen im Militär oder gar der Krieg als solcher, sondern die psychopathologische Konstitution des Einzelnen wurde für die Desertion verantwortlich gemacht.<sup>213</sup>

Die Gestaltung der Psychiatrie als Schutzraum für ihre desertierten Soldaten und die Entpolitisierung dieses politischen Protests waren abhängig voneinander<sup>214</sup>: Der Schutz der Deserteure geschah um den Preis einer Entpolitisierung ihres sicherlich mindestens in einigen Fällen eigentlich politischen Protests gegen den Krieg; die Entpolitisierung der Desertion bot den Soldaten Schutz vor der Militärgerichtsbarkeit um den Preis ihrer Stigmatisierung als psychisch krank. Damit befand sich die Psychiatrie im Krieg in einem Dilemma: Wo sie als Schutzraum wirkte, tat sie das um den Preis der Entpolitisierung; wo sie den politischen Protest anerkannte, war sie nicht in der Lage, die fahnenflüchtigen Soldaten zu schützen. Der im St.Jürgen-Asyl eingeschlagene Weg bedeutete die Gestaltung der bremischen Psychiatrie als entpolitisierter Raum. Desertion galt hier nicht als

---

210 Krankenakte Theodor Sch., Alt-Archiv am Klinikum Bremen-Ost, A 87/25.

211 Vgl. zu einem interessanten Aspekt der Medizinalisierung der Desertion vor 1914 auch Bröckling. Dieser vertritt die These, indem zumindest ein Teil der Deserteure zu Psychopathen, Schwachsinnigen oder anderweitig Minderwertigen erklärt wurde, wurde die Armee vom Verdacht entlastet, »die Vergehen könnten etwas mit entwürdigenden oder brutalen Disziplinierungspraktiken im Truppenalltag zu tun haben. [...] Pathogen sollten keineswegs die Zumutungen des Dienstes und des kasernierten Zusammenlebens sein« (BRÖCKLING 1998: 172).

212 Vgl. BRÖCKLING 1998: 182.

213 Vgl. BRÖCKLING 1998: 182.

214 Beide Thesen – die These von der Psychiatrie als Schutzraum für Deserteure und die von der Entpolitisierung der Desertion durch die Psychiatrisierung der Akteure – wurden in der bisherigen Forschung nur unabhängig voneinander formuliert.

politischer Protest, sondern als abnorme Verhaltensweise im Krieg, die zufällig unter dem Diktum militärisch abweichenden Verhaltens stand. Manch einem Soldaten wäre es vielleicht lieber gewesen, wenn seine Desertion als das wahrgenommen worden wäre, was sie oftmals war: Als politischer Protest – und nicht als Ausdruck einer »Geisteskrankheit«.

Die Psychiatrie des St.Jürgen-Asyls lässt sich auch in anderer Hinsicht als Schutzraum von Soldaten bezeichnen, wie zwei Krankengeschichten weiblicher Patienten zeigen. So war der Ehemann der Anna W. geb. B. als Soldat an der Front. Nach einigen Wochen Aufenthalt der Patientin im bremischen psychiatrischen Krankenhaus erhielt dieses die Anfrage ihrer Gemeinde, ob sie entlassen werden könne. Die Ellener Ärzte notierten in der Krankenakte: »Auf Anfrage des Gemeindevorstehers W[...] T[...] [Wohnort der Patientin, M.H.], ob Pat. entlassen werden kann, geantwortet, dass ein Entlassungsversuch gemacht werden könnte, wenn Pat. zu Hause die nötige Pflege hätte (d. Mann der Pat. der im Felde verwundet ist, soll nach Hause kommen).« Vier Tage später wurde Anna W. geb. B. entlassen und von ihrem Ehemann abgeholt, der aus dem Feld zurückgekehrt war.<sup>215</sup> Auch bei Gottlieba G. geb. T. führte ein entsprechendes Schreiben der Bremer Ärzte zu diesem Resultat.<sup>216</sup> Die Aussagen der Ärzte führten in diesen Fällen somit direkt zur dauerhaften Heimkehr von Soldaten von der Front.

---

215 Vgl. Krankenakte Anna W. geb. B., Alt-Archiv am Klinikum Bremen-Ost, Jahrgang 1916.

216 Vgl. Krankenakte Gottlieba G. geb. T., Alt-Archiv am Klinikum Bremen-Ost, Jahrgang 1918.

## 4 Krank durch den Krieg? Ursachen psychischer Krankheit im Krieg

Die Frage, ob Menschen, insbesondere Soldaten, im Krieg durch diesen Krieg erkranken, war zwischen 1914 und 1918 keine rein medizinische: Im öffentlichen Diskurs auch der Militärpsychiatrie war sie mit spezifischen politischen Implikationen verknüpft. Denn wurde angenommen, dass ein Soldat durch den Krieg erkrankt war, dass also ein Kausalzusammenhang zwischen Krieg und Krankheit bestehe, so galt er als dienstbeschädigt. Ihm musste damit eine Rente gezahlt werden. Dies, so äußerte manch ein Militärpsychiater, könne leicht zu einem finanziellen Ruin des Deutschen Reiches führen. Der Mannheimer Psychiater Fritz Kaufmann ließ sich in einem medizinischen Artikel gar zu einer Berechnung hinreißen: »Eine [...] Folge [der Entlassung psychisch erkrankter Soldaten als dienstunfähig und dienstbeschädigt, M. H.] ist die erhebliche Belastung des Militärfiskus. Ein einfaches Rechenexempel möge das erläutern: Nehmen wir die gewiss niedrig gegriffene Zahl von 100 derart entlassenen Kranken pro Jahr und Armeekorpsbezirk, die Rente des Einzelfalls inkl. Kriegszulagen M. 500.- an, so bedeutet das für die 25 Armeekorpsbezirke Deutschlands eine jährliche Ausgabe von M. 1 250 000.-.«<sup>217</sup>

Vor dem Hintergrund dieser befürchteten finanziellen Belastungen gewann die psychiatrische Beurteilung der Erkrankungen von Soldaten besondere Brisanz. Am Anfang dieser Beurteilung stand die Frage, wodurch eine jeweilige seelische Erkrankung verursacht sei; bei Soldaten war dies gleichbedeutend mit der Frage, ob Dienstbeschädigung vorliege. Anschließend mussten die zukünftige Erwerbsfähigkeit, etwaige Rentenempfehlungen und die künftige Kriegsverwendungsfähigkeit beurteilt werden.

Was aber wurde im St. Jürgen-Asyl als Ursache seelischer Erkrankung gesehen? Immer wieder stößt man in den Krankenakten des Ellener Krankenhauses auf Kriegserlebnisse von Patienten. Willi Sch. beispielsweise berichtete Delbrück: »Ich bin verschüttet durch eine Mine, die Einzelheiten nachher habe ich vergessen. Und ich habe gemacht das [sic] ich wegkam. Und habe Leiden und Schmerzen

---

217 KAUFMANN, Fritz (1916): Die planmäßige Heilung komplizierter psychogener Bewegungsstörungen bei Soldaten in einer Sitzung, in: Münchener Medizinische Wochenschrift, 1916, Nr. 53, Feldärztliche Beilage, S. 802–804 (354–356). Hier 802.



gesehen und dann kam ich in eine Sappe aber verliere den Faden.«<sup>218</sup> Und auf die Frage »Sehen Sie spukhafte Gestalten?« antwortete er: »Diese grausigen Kriegsbilder von der letzten Zeit.« Doch nicht nur außerordentliche Erlebnisse wie Verschüttungen führten dazu, dass die Soldaten für ihr Leben gezeichnet waren. Heinrich Dietrich K., ein 28-jähriger Soldat, brachte es im Jahr 1918 auf den Punkt. Auf die Frage »Sind sie krank?« antwortete er: »Krank nicht, aber gesund ist man auch nicht mehr – wenn man 2 ½ J. im Felde gewesen ist – dann hat sich wohl alles zusammen gezogen.«<sup>219</sup>

Die Erfahrungen und Erlebnisse der Soldaten im Ersten Weltkrieg sind heute weder nachvollziehbar noch vorstellbar. Lediglich aufzählen lassen sich einige der Gegebenheiten, die aus heutiger medizinischer Sicht die Erkrankungen verursachten: Die unvorstellbaren – auch hygienischen – Bedingungen im Schützengraben, das tagelange Abwarten, womöglich Erwarten des eigenen Todes, die Aufgabe, andere zu töten (eines der größten Tabus in Friedenszeiten), die soziale Isolation u. a. von der Familie oft jahrelang (ab dem zweiten Kriegsjahr bekamen beispielsweise Soldaten nur dann Heimaturlaub, wenn sie mindestens ein Jahr an der Front gewesen waren), das geringe Alter der Soldaten etc.<sup>220</sup> Auch die anderen Erwartungen der Soldaten, denen erzählt wurde, sie seien ihren Gegnern hoch überlegen und würden diese in einem kurzen, dem 1870/71er-Krieg ähnlichen, Feldzug besiegen, spielten hier mit hinein.

Neben »klassischen« Kriegsereignissen wie Verschüttungen prägten neuartige, erstmals zwischen 1914 und 1918 flächendeckend erprobte Waffengattungen das militärische Bild des Krieges, mit dem das »Zeitalter des Maschinenkrieges«<sup>221</sup> begann. Die in vorherigen Kriegen hoch angesehene Kavallerie wurde nun in ihrer Bedeutung von der Infanterie übertroffen, Maschinengewehre, Scharfschützen, Granaten und Panzer bestimmten fortan die Kampfhandlungen. Das bereits seit Oktober 1914 erprobte Giftgas wurde ab April 1915 als neuartige Waffe eingesetzt.<sup>222</sup> All dies, auch und gerade die Neuartigkeit der Waffen, verursachte aus heutiger medizinischer Sicht seelische Erkrankungen im Krieg.

Doch die Ellener Ärzte gingen nur bei knapp einem Viertel ihrer soldatischen Patienten davon aus, ihre Erkrankung stünde in einem ursächlichen Zusammen-

---

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

219 Krankenakte Heinrich Dietrich K., Alt-Archiv am Klinikum Bremen-Ost, A 95-14.

220 Vgl. BIESOLD, Karl-Heinz: Seelisches Trauma und soldatisches Selbstverständnis: Klinische Erfahrung aus psychiatrischer Sicht, in DÖRFLER-DIERKEN, Angelika/KÜMMEL, Gerhard (Hg.): Identität, Selbstverständnis, Berufsbild. Implikationen der neuen Einsatzrealität für die Bundeswehr, Wiesbaden 2010, S. 101–120 et al.

221 Vgl. hierzu EPKENHANS, Michael (1998): Kriegswaffen – Strategie, Einsatz, Wirkung, in: SPILKER, Rolf/Bernd ULRICH (Hrsg., 1998): Der Tod als Maschinist. Der industrialisierte Krieg 1914–1918, Bramsche: Rasch Verlag. S. 68–83. Hier S. 69.

222 Vgl. EPKENHANS 1998: 73 f.

hang mit dem Krieg, nahmen also Dienstbeschädigung an. Bei drei Viertel der soldatischen Patienten sollte die Erkrankung im Krieg mithin andere Ursachen haben. Diese Dienstbeschädigung wurde zudem bei nur sehr wenigen Soldaten aufgrund der Kriegserfahrung *als solcher* festgestellt; stets musste ein besonderes *Kriegsereignis* wie eine Verschüttung, ein Gasangriff etc. vorliegen, damit eine krankheitsverursachende Wirkung des Krieges anerkannt wurde.

Diese Kriegsereignisse hatten beinahe ausschließlich eine externe, körperliche Dimension, sie wirkten – wie eine Verschüttung – auf den äußeren Körper des Patienten, der durch eben diese äußere Erschütterung erkrankte, nicht durch die damit verbundenen Erlebnisse. Erst im letzten Kriegsjahr finden sich in psychiatrischen Gutachten für Militärangehörige vereinzelt Hinweise auf die Reflexion der Extremsituation des Krieges, obwohl diese in den meisten Fällen nicht als Krankheitsursache anerkannt wurde. So hieß es im Gutachten für Otto B., die Krankheit habe wahrscheinlich nichts mit den »Sonderverhältnissen des Krieges«<sup>223</sup> zu tun. Den besonderen *Kriegsereignissen* wurde oft bereits bei der Erhebung der Anamnese der Status eines Traumas zugesprochen, während belastende *Kriegserlebnisse* meist als Halluzinationen interpretiert wurden. Weniger die *Kriegserlebnisse* als vielmehr die *Kriegsereignisse* galten damit, wenn überhaupt, als Ursache einer Erkrankung im Krieg.

Die Ellener Ärzte nahmen nicht an, der Krieg *als solcher* sei krankheitsverursachend: In den Krankenakten einiger weniger soldatischer Patienten des bremischen psychiatrischen Krankenhauses ist von den *Strapazen* die Rede, die die Soldaten an der Front hätten aushalten müssen: »Nach Strapazen u. Angst vor französischer (?) Gefangenschaft schlapp u. ins Lazarett«<sup>224</sup> hieß es beispielsweise bei August M. Bei Oskar B. wurde geschrieben: »Ungewöhnliche Anstrengungen im Kriege haben auch nicht vorgelegen.«<sup>225</sup> Das Leben der Soldaten im Stellungskrieg und der moderne Krieg *als solcher* wurden damit zum gesellschaftlichen Normalzustand umdefiniert: Die Erwähnung *ungewöhnlicher* Anstrengungen im Krieg verweist darauf, im Ersten Weltkrieg habe es auch *gewöhnliche* Anstrengungen gegeben. Die Erwähnung von *Strapazen* an der Front bedeutet die Annahme, an der Front habe es auch einen Zustand *ohne* Strapazen gegeben, einen Normalzustand. Der »Alltag« an der Front und in den Schützengräben wurde so zur Normalsituation umdefiniert. Die Bedingungen des Krieges als solchem galten niemals als alleinige Ursache seelischer Erkrankung im Krieg. Die Krankengeschichte Willi Sch.s zeigt den Umgang der Ärzte mit den Kriegswahrnehmungen ihrer Patienten.

---

223 Krankenakte Otto B., Alt-Archiv am Klinikum Bremen-Ost, A 91-14.

224 Krankenakte August M., Alt-Archiv am Klinikum Bremen-Ost, A 111-16.

225 Krankenakte Oskar B., Alt-Archiv am Klinikum Bremen-Ost, A 108-19.

## Krankengeschichte Willi Sch.s

Im Oktober des Jahre 1916 wurde Willi Sch. in das neu eröffnete Reservelazarett am St.Jürgen-Asyl aufgenommen.<sup>226</sup> Der 25-Jährige war im zivilen Leben Schreiber von Beruf; nun war er, der im November 1915 eingezogen worden war, bereits ein Jahr als Reservist an der Westfront in Frankreich. Hier erlebte er den Ersten Weltkrieg so, wie er in die Geschichtsschreibung eingegangen ist: Als industrialisierten Massenkrieg.

Im Mai 1916 fand er sich das erste Mal einem Gasangriff mit anschließendem Trommelfeuer ausgesetzt; am 15. Juli wurde er verschüttet. Im St.Jürgen-Asyl beschrieb er diese Erlebnisse bei der klinischen Untersuchung durch Delbrück: »Vor 8 Tagen wurden wir angegriffen von Franzosen und unsere Kompanie wurde aufgerieben. ich [sic] wurde verschüttet. Verletzung? Nein. Warum hier? Ich weiss nicht. Krank gemeldet? Ich bin herunter gekommen. Ins Lazarett? Ich weiss nicht wann. Angriff? Am 15. Nach dem Angriff kam die Verschüttung. Wann wieder heraus? Ein paar Minuten. Wir liefen alle hin und her. ich [sic] versuchte über die Deckung nach vorn wegzulaufen unterwegs traf ich einen Verwundeten den hab ich mitgenommen. Die Granaten schlugen ein und nahm [sic] den Kopf des Kameraden mitnahm [sic]. ich kam dann in einen Graben hinein, wo alle tote lagen auch Schwarze. Ich lief immer wieder hin und her und ein Kamerad kam dann dort [sic] und hat mich mitgenommen. dann [sic] habe ich die Erinnerung verloren. Nicht vor Sonnabend Sonntag. Dann bin ich die Nacht auf den Hauptverbandsplatz und dann eine Einspritzung bekommen und dann mit dem Wagen. Dann auf einen Sammelplatz am Sonntag, erst habe ich mich beruhigt, und dann wieder mit dem Wagen nach St. Quentin [...].« Hiernach kam er in ein Lazarett in St. Quentin und von dort in das bremische psychiatrische Krankenhaus.

Seine Kriegserlebnisse wurden von den Bremer Ärzten bei der Auflistung der Symptome eingeordnet: »2 Schwestern nervös begabt aber körperlich schwächlich, deshalb militärfrei. Mit 25 Jahren vor 8 Monaten Soldat. Vor 4 Monaten ins Feld. Vor 2 Monaten Gasangriff, darnach [sic] Gedächtnisschwäche und Kopfweh. Vor 10 Tagen nach 5tägigem Trommelfeuer bei eiserner Portion in sehr schwerem Kampf nicht verletzt aber etwas kopflos geworden. Für die folgende [sic] etwa 48 Stunden etwas traumhaftes unzuverlässiges Gedächtnis, darnach [sic] allmählich klarer. Hier Klopfempfindlichkeit Trem. Palp.<sup>227</sup>

---

<sup>226</sup> Die folgenden Angaben beziehen sich, soweit nicht anders angegeben, auf die Krankenakte Willi Sch.s: Krankenakte Willi Sch., Alt-Archiv am Klinikum Bremen-Ost, A 100-13. Hervorhebungen im Original werden nicht wiedergegeben.

<sup>227</sup> Trem.palp.: Tremor im Augenlid/er (palpebra).

Herabgesetzt Würgreflex. Dermalgraph.<sup>228</sup>, Costalgie<sup>229</sup>, und Ovarie<sup>230</sup> [sic]. Hyperästhesie<sup>231</sup> [sic]. Gute Orientierung und Kenntnisse.«

Somit erlebte Willi Sch. vieles, was für den den Ersten Weltkrieg typisch war: Trommelfeuer, Gasangriffe, Verschüttungen, Nahrungsknappheit an der Front (er bekam eine »eiserne Portion« zu essen, den letzten Nahrungsvorrat, den jeder Soldat für Notfälle mit sich führen musste); auch Verwundete und Leichen sowie unmittelbar neben ihm sterbende »Kameraden« erlebte er. Doch all dies wurde nicht als Ursache seiner Erkrankung verstanden, die sich insbesondere in einem »traumhafte[n] unzuverlässige[n] Gedächtnis« äußerte.

Heute wird davon ausgegangen, dass gerade die Spezifika der modernen Waffen im Ersten Weltkrieg massenhaft seelische Krankheiten bedingten. Giftgas war eine »unsichtbare« Waffe: Der Soldat wusste nicht, ob und wo er getroffen worden war. Wenn er aber getroffen war, führte das Giftgas zu Verätzungen der Haut bzw., falls es in die Lunge gelangte, unweigerlich zum Tod. So konnten auf einen Schlag ganze Kompanien getötet werden. Die Gefahr des eigenen Todes im Schützengraben infolge eines Giftgasangriffs war somit seit der Einführung des Gases ständig virulent. Diese ständige Nähe des Todes in den Schützengräben rief demnach insbesondere seelische Erkrankungen hervor.<sup>232</sup>

Doch nicht die Spezifika der modernen Waffen im Krieg verursachten nach Auffassung der Bremer Ärzte die Erkrankung Willi Sch.s. Dementsprechend wurden diese Kriegserlebnisse in der Bremer Psychiatrie nicht verarbeitet, war doch eine Verarbeitung nicht das Ziel der zeitgenössischen Psychiatrie mit ihrem körpermedizinischen Krankheitsverständnis. Willi Sch. betätigte sich in der Arbeitstherapie und wurde mit Bettbehandlung behandelt; eine Verarbeitung seiner Kriegserlebnisse erfolgte nicht.

---

228 Dermalgraphie = Dermographismus: Eine »vasomotorische Störung, welche darin besteht, dass beim Streichen der Haut mit einem Finger, Stift oder dgl. reflektorisch zunächst Entfärbung, dann aber eine Hautrötung entsteht, in deren Bereich sich, genau der Zeichnung oder Schrift entsprechend, blassrote urticariaähnliche [Urticaria = Nesselausschlag] Wälle erheben. A. kommt vor bei Hysterie, Neurasthenie, Rückenmarkserkrankungen (Syringomyelie), jedoch auch in der Schwangerschaft und bei sonst Gesunden« (ROTH, Otto [1908]: Klinische Terminologie. Zusammenstellung der in der Medizin gebräuchlichen technischen Ausdrücke mit Erklärung ihrer Bedeutung und Ableitung, Leipzig: Georg Thieme. Hier S. 69).

229 Costalgie: (als medizinischer Fachausdruck nicht im Lexikon enthalten) Costa = Rippe, Algie = »Hyperästhesie, insoweit sie die Schmerzempfindung betrifft« (ROTH 1908: 21).

230 Ovarie: »Neuralgische vom Eierstock ausgehende Schmerzen in der Regio hypogastrica, zuweilen als hysterisches Symptom« (ROTH 1908: 450). Kraepelin zufolge handelt es sich hierbei um eine körperliche Funktionsstörung des hysterischen Irreseins (vgl. KRAEPELIN 1899b: 502).

231 Hyperästhesie: »Steigerung der Empfindung, Sensibilitätsneurose, auf gesteigerter Erregbarkeit der sensibeln [sic] Nerven beruhend, so dass leichte Reize lebhaftere Empfindung bis zum wirklichen Schmerz hervorrufen können« (ROTH 1908: 280).

232 Vgl. EPKENHANS 1998: 72 f.

Wenn schon bei Soldaten kaum angenommen wurde, dass sie durch den Krieg seelisch erkrankten, so war dies bei männlichen und weiblichen *zivilen* Patienten noch viel weniger der Fall. Doch auch sie machten Kriegserfahrungen in diesem ersten totalen Krieg: Die schwierigen Bedingungen an der »Heimatfront«, der Nahrungsmangel, der Arbeitskräftemangel (der insbesondere für viele der zuvor in der Umgebung Bremens landwirtschaftlich tätigen Patienten eine Rolle spielte), die stark verschlechterten hygienischen Bedingungen auch in Privathaushalten, das Einziehen vieler Männer in den Familien zum Krieg, die daraus entstandenen zusätzlichen Belastungen für die Familien und die »Daheimgebliebenen«, nicht zuletzt die Sorge um Söhne, Väter, Brüder etc. und deren Verlust durch ihren Tod im Krieg – all dies waren »typische« Kriegserfahrungen der Zivilbevölkerung auch in Bremen.

Doch diese Erfahrungen wurden in den Krankenakten des St.Jürgen-Asyls kaum als Krankheitsursache wahrgenommen: Nur bei jeweils einem Zehntel der zivilen Patientinnen und Patienten, bei denen überhaupt auf Kriegserlebnisse verwiesen wurde, wurden diese als Krankheitsursache interpretiert. Die Erlebnisse wurden vielmehr meist zu »Kriegsnormalitäten« (um)definiert. Ihnen wurde zu keinem Zeitpunkt des Krieges der Status außerordentlicher möglicherweise krankheitsverursachener Ereignisse zugestanden. Der Krieg wurde auch in der Bremer Heimat bald zur Normalsituation. Zivile Männer und Frauen, so die Annahme, erkrankten nicht durch den Krieg.

Die wichtigste Ursache für diese Annahme, weder Frauen noch Männer, weder Soldaten noch zivile Patienten erkrankten ursächlich durch den Krieg, sind zeitgenössisch in der Medizin verbreitete sozialdarwinistische Anschauungen. Diese waren in der Medizin seit dem Ende des 19. Jahrhunderts verbreitet.

## 4.1 Exkurs: Sozialdarwinismus als Theorie und Ideologie

Das Konzept des Sozialdarwinismus bezeichnet die Übertragung der Darwinischen Evolutionstheorie auf die Spezies des Menschen und damit auf gesellschaftliche Zusammenhänge. Im Fokus darwinistischer und sozialdarwinistischer Erklärungsansätze stehen zwei von Charles Darwin in seinem 1859 publizierten Werk »Die Entstehung der Arten« (auf Englisch »On the Origin of Species«) entwickelte Prinzipien, die dieser selbst ausschließlich auf die Entstehung und Weiterentwicklung von Spezies im Tierreich oder bei Pflanzen anwandte: Erstens der Gedanke der Mutation, d. h. die Veränderung einer Art durch die Vererbung unterschiedlicher Eigenschaften und ihre Rekombination bei den

zur Art gehörenden Individuen. Zweitens der Gedanke der Selektion.<sup>233</sup> Dieser bezeichnet primär das Prinzip des »Survival of the fittest«, das mit »Überleben des am besten Angepassten« übersetzt werden kann: In einer Population mit Geburtenüberschuss überleben demnach beim »Kampf ums Dasein« (»struggle for life«) nur diejenigen Individuen, die ihrer Umwelt am besten angepasst und damit anderen Individuen ihrer Art überlegen sind. Dabei vererben sie ihre positiven Eigenschaften, sodass eine ungehinderte Populationsentwicklung die zunehmende Anpassung einer Art an ihre Umweltbedingungen bedeutet. Dies ist laut Darwin gleichbedeutend mit natürlichem Fortschritt im Sinne der qualitativen Verbesserung der Art.

Eine Übertragung der Darwinschen Evolutionstheorie auf gesellschaftliche Entwicklungen wurde in Deutschland erstmals von Ernst Haeckel vorgenommen.<sup>234</sup> Die Prinzipien der Mutation und Selektion bestimmten für Haeckel die phylogenetische Entwicklung auch des Menschen. Gesellschaftliche Entwicklung deutete er als Anpassung an Notwendigkeiten. Mit dieser Übertragung biologischer Kategorien auf den gesellschaftlichen Bereich wurde eine Differenzierung von Menschen in »begabtere« und »weniger begabte« vorgenommen. Fortschritt kam auch hier durch Vererbung als positiv gewerteter Eigenschaften zustande. Dabei nahm Haeckel die Möglichkeit der Vererbbarkeit auch während des Lebens erworbener Eigenschaften (wie »Wahnsinn« und Alkoholismus) an.<sup>235</sup> Der modernen Medizin schrieb er (wie viele der ihm folgenden Sozialdarwinisten) eine kontraselektorische Wirkung und damit die Verhinderung des natürlichen Fortschritts zu, »indem sie durch ihre Therapie z. B. Schwindsucht, Skrofelkrankheit, Syphilis und viele Formen der Geisteskrankheiten, die alle erblich seien, hinauszöge, so dass durch Fortpflanzung diese Krankheiten durch die kranken Eltern auf die jeweils folgende Generation übertragen würden«<sup>236</sup>. Die Vererbung »negativer« Eigenschaften des

---

233 SCHMUHL 1987: 29.

234 Vgl. BAADER, Gerhard (1989): Rassenhygiene und Eugenik. Vorbedingungen für die Vernichtungsstrategien gegen sogenannte »Minderwertige« im Nationalsozialismus, in: BLEKER, Johanna/Norbert JACHERTZ (Hrsg., 1989): *Medizin im Dritten Reich*, Köln: Deutscher Ärzte-Verlag GmbH. S. 22–29. Hier S. 22. Zwar findet sich bei Darwin der Satz, »dass ein Licht auf den Menschen falle«, doch wird meist davon ausgegangen, Darwin wollte mit diesem Satz auf die phylogenetische Abstammung des Menschen vom Tier verweisen. – Vgl. zum Folgenden auch HAECKEL, Ernst (1863): Ueber die Entwicklungstheorie Darwin's. Vortrag, gehalten in der ersten allgemeinen Sitzung der 38. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Stettin, am 19. September 1863, in: HAECKEL, Ernst (Hrsg., 1878): *Gesammelte populäre Vorträge aus dem Gebiete der Entwicklungslehre*, 1. Heft. Bonn: Verlag von Emil Strauss. S. 1–28.

235 Vgl. PETER, Jürgen (2004): *Der Einbruch der Rassenhygiene in die Medizin. Auswirkung rassenhygienischen Denkens auf Denkkollektive und medizinische Fachgebiete 1918 bis 1934*, Frankfurt/Main: Mabuse Verlag. Hier S. 114.

236 BAADER 1991: 24. Bereits Haeckel vertrat die Auffassung, neben der natürlichen sei eine künstliche Selektion vielfach in der Weltgeschichte wirksam. Darunter verstand er einerseits

Menschen führe damit zu einer degenerativen Entwicklung einzelner Familien und darüber hinaus schließlich der jeweiligen gesamten Gesellschaft.<sup>237</sup> Sogenannte Degenerationszeichen und eine schwächliche Konstitution galten als Merkmale dieser degenerativen Entwicklung.

Dabei wurden »Degenerationszeichen« mit einer Formulierung des Hamburger Psychiaters Wilhelm Weygandt aus dem Jahr 1920 folgendermaßen erklärt: »Entartungszeichen, Stigmata herediatis, sind auf Anlagestörung beruhende Abweichungen von der normalen körperlichen Entwicklung [sic], die vereinzelt bei jedem Organismus vorkommen. Gehäuft finden sie sich wohl eher bei belasteten Personen und weisen auf eine Neigung zur Variation in der Körperentwicklung hin. Ihr gehäuftes Auftreten stützt die Vermutung, daß der Träger der psychischen Entwicklung und Vorgänge, das Großhirn, ebenfalls in seiner Entwicklung gestört sein könnte.«<sup>238</sup> Der Begriff der Degenerationszeichen war damit zeitgenössisch eng mit dem seelischer Erkrankung verknüpft.

Sozialdarwinistische Erklärungsansätze entwickelten sich noch vor dem Ersten Weltkrieg auch unter Medizinern<sup>239</sup> zu einer wissenschaftlichen »Ersatzreligion«<sup>240</sup> mit hohem Anerkennungs- und Verbreitungsgrad, da über die mit ihnen möglich

---

»kontraselektorisches« Effekte des Zivilisationsprozesses, andererseits gezielte Eingriffe in die natürlichen Auslesevorgänge wie die Todesstrafe (vgl. BAADER 1991: 31).

237 Die Degenerationslehre war eng mit sozialdarwinistischen Erklärungsansätzen verbunden, jedoch unabhängig von ihnen entstanden. In der Psychiatrie des 20. Jahrhunderts existierten zwei Modelle des Degenerationskonzeptes. So nahm Bénédict-Augustin Morel, der das Degenerationskonzept in die Psychiatrie einführte, den progressiven Niedergang ganzer Familien durch Vererbung schlechter Eigenschaften an. Paul Julius Möbius hingegen, der das Modell in die deutsche Psychiatrie einführte, übersetzte »degenerativ« nicht mit »erblich«, sondern führte den Begriff des »Endogenen« ein. Dass jemand an einer endogenen Krankheit leide, lasse stets auf eine Entartung schließen (vgl. »Degenerationslehre«, in: SCHOTT, Heinz/Rainer TÖLLE (2006): *Geschichte der Psychiatrie. Krankheitslehren, Irrwege, Behandlungsformen*, München: C. H. Beck. S. 99–107. Hier S. 103). In beiden Fällen bedeuteten Degenerationszeichen eine Minderwertigkeit des Betroffenen, die Degeneration eine »krankhafte Abweichung [...] vom normalen menschlichen Typ« (WEINGART, Peter/Jürgen KROLL/Kurt BAYERTZ [1988]: *Rasse, Blut und Gene. Geschichte der Eugenik und Rassenhygiene in Deutschland*, Frankfurt/Main: Suhrkamp. Hier S. 47). Im Deutschen Reich übernahm man das Degenerationskonzept Auguste Morels aus Frankreich, das die beiden Elemente einer progressiven Degeneration sowie einer äußeren Erscheinung von Degeneration beinhaltet (vgl. ebd.).

238 WEYGANDT, Wilhelm (1920): *Erkennung der Geistesstörungen (Psychiatrische Diagnostik)*. München: J. F. Lehmann. Hier S. 157.

239 Baader gibt Gründe für die Beliebtheit sozialdarwinistischer Ideologien unter Ärzten an: »Fragt man nach den Tendenzen dieser Ideologie, so steht dahinter das Streben nach einer Leistungsgesellschaft, die Deutschlands Vorherrschaft stets garantieren oder weiter im imperialistischen Sinn ausbauen könnte. Das Ideal, das hinter diesem Menschenbild steht, ist jedoch – sieht man genau hin – der deutsche Bildungsbürger« (BAADER 1998: 27).

240 FÖRSTER, Stig (2000 a): *Der Sinn des Krieges. Die deutsche Offizierselite zwischen Religion und Sozialdarwinismus, 1870–1914*, in: KRUMEICH, Gerd/Hartmut LEHMANN (Hrsg., 2000):

gewordene Biologisierung sozialer Problemlagen diese scheinbar lösbar, indem biologisch-naturwissenschaftlich behandelbar wurden.<sup>241</sup> Im psychiatrischen Diskurs waren sozialdarwinistische Erklärungsansätze besonders beliebt, da der Rückgriff auf scheinbar naturwissenschaftliche Erklärungsmuster den naturwissenschaftlichen Anspruch der sich im 19. Jahrhundert noch konstituierenden Psychiatrie betonte und umzusetzen schien. Seelische Erkrankung wurde in der Psychiatrie, stark vereinfacht gesagt, bald als vererbare – negativ gewertete – Eigenschaft begriffen. Auf diese Annahme griffen die Psychiater der Kriegszeit zurück.

Mit Kriegsbeginn kam der sozialdarwinistischen Ideologie eine besondere Relevanz zu. Sie wurde von Ärzten unterschiedlicher politischer Lager zur Begründung sowohl (primär vor 1914 und während des Krieges) der Unterstützung des Krieges als auch (vorwiegend gegen Ende des Krieges) seiner Ablehnung herangezogen.<sup>242</sup> So rechtfertigte Alfred Ploetz bereits 1895 Kriege mit dem Rückgriff auf sozialdarwinistische Topoi als ein Mittel im »Kampf ums Dasein« der Völker.<sup>243</sup> Auch im Kontext der Augustbegeisterung des Jahres 1914 wurde der Krieg durch bekannte Ärzte als Kampf der Starken gegen die Schwachen und damit als gerechtfertigtes Mittel propagiert, mehr Land für die expandierende Bevölkerung des Deutschen Reiches durch Annexion zu gewinnen.<sup>244</sup> Dabei wurde die vermeintliche nervliche Überlegenheit des deutschen Volkes betont. Auch war die Auffassung von der heilsamen Wirkung des Krieges auf die »Nerven der Nation« weitverbreitet. So habe der Krieg auch therapeutischen Charakter, d. h. er sei ein Mittel zur Selbstreinigung von kranken, verweichlichten und überreizten Kulturerscheinungen der Vorkriegszeit.<sup>245</sup>

---

»Gott mit uns«. Nation, Religion und Gewalt im 19. und frühen 20. Jahrhundert, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. S. 193–212. Hier S. 195.

241 Vgl. WEINGART/KROLL/BAYERTZ 1988: 31.

242 Zu ärztlichen Einstellungen zum Krieg und ihrer sozialdarwinistischen Begründung vgl. ausführlicher JESCHAL, Godwin (1980): Politik und Wissenschaft deutscher Ärzte im Ersten Weltkrieg, in: BAADER, Gerhard/Ulrich SCHULTZ (1980): Medizin und Nationalsozialismus. Tabuisierte Vergangenheit – Ungebrochene Tradition? Berlin: Verlagsgesellschaft Gesundheit mbH. S. 56–60; JESCHAL, Godwin (1978): Politik und Wissenschaft deutscher Ärzte im Ersten Weltkrieg. Eine Untersuchung anhand der Fach- und Standespresse und der Protokolle des Reichstags, Pattensen: Horst Wellm Verlag; MICHL, Susanne (2007): Im Dienste des »Volkskörpers«. Deutsche und französische Ärzte im Ersten Weltkrieg, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht und HOFER, Hans-Georg (2004 b): Effizienzsteigerung und Affektdisziplin. Zum Verhältnis von Kriegspsychiatrie, Medizin und Moderne, in: ERNST, Petra/Sabine A. HARING/Werner SUPPANZ (Hrsg., 2004): Aggression und Katharsis. Der Erste Weltkrieg im Diskurs der Moderne, Wien: Passagen Verlag. S. 219–242.

243 PLOETZ 1895: 147.

244 Die Frage des Siedlungsraums wurde 1914 von Fritz Lenz in die Debatte eingebracht (vgl. WEINGART/KROLL/BAYERTZ 1988: 231).

245 Vgl. HOFER 2004 b: 201. Auch begrüßten viele Ärzte den Krieg als gigantische Versuchsanordnung, als »Experiment [...] größten Stils« (NONNE, Max [1922]: Therapeutische Erfahrungen an



Erst als die militärischen Pläne der Obersten Heeresleitung zunehmend scheiterten und die Menge an toten Soldaten auch der eigenen Armee, die der Krieg produzierte, immer deutlicher zum Vorschein kam, erfolgte ein Meinungsumschwung. Betont wurde nun die *kontraselektorische* Wirkung des Krieges: Während die »besten Männer« auf dem Schlachtfeld stürben, ließen es sich die »Minderwertigen« – wie die psychisch Kranken – in der Heimat gut gehen.<sup>246</sup> So formulierte es unter dem Eindruck des jahrelangen Stellungskrieges der Erbhgieniker Wilhelm Schallmayer in der 1918 erschienenen dritten Auflage seines Werkes »Vererbung und Auslese«: »Noch mehr als auf dem Gebiet der Traditionswerte hat der Krieg für die *generative* Völkerentwicklung an vorwärtstreibender Kraft verloren. Hier sind seine Wirkungen größtenteils sogar »kontraselektorisch« geworden, d. h. sie verursachen eine Verschlechterung der Erbverfassung der kriegführenden Völker, und diese Kriegswirkungen reichen viel tiefer und sind nachhaltiger als die kulturellen Kriegswirkungen.«<sup>247</sup> Mit ähnlichen Argumenten formulierten zum einen politisch links eingestellte Ärzte ihre grundsätzliche Ablehnung des Krieges, zum anderen wurde die mit dem Krieg einhergehende

---

den Kriegsneurosen in den Jahren 1914–1918, in: BONHOEFFER, Karl [Hrsg., 1922]: Handbuch der ärztlichen Erfahrungen im Weltkriege 1914/1918. Band IV. Geistes- und Nervenkrankheiten. Erster Teil. S. 102–121. Hier S. 112), da er ihnen die Möglichkeit böte, an gesundem »Menschenmaterial« die Auswirkungen des Krieges auf die in ihm beteiligten Individuen zu studieren (vgl. MICHL 2007: 11 et al).

246 Vgl. WEINGART/KROLL/BAYERTZ 1988: 231 f. Vgl. auch Gaupp, der die Auffassung vertrat, »die psychopathisch-minderwertigen Hysteriker verdienen als a.v.-Heimat [arbeitsverwendungsfähig, M. H.] in der Kriegswirtschaft hohe Löhne und trugen den militärischen hetzerischen Geist in eine junge, schlimmen Einflüssen zugängliche Arbeiterschaft hinein, während die vollwertigen tüchtigen Männer, deren Familien zu hause oft hungerten, im Felde verbluteten« (GAUPP, Robert (1940): Die psychischen und nervösen Erkrankungen des Heeres im Weltkrieg, in: Der deutsche Militärarzt, Zeitschrift für die gesamte Wehrmedizin, 1940, 5. Jg., Heft 6, S. 358–368. Hier S. 367).

247 Vgl. SCHALLMAYER, Wilhelm (1918<sup>3</sup>): Vererbung und Auslese. Grundriß der Gesellschaftsbiologie und der Lehre vom Rassedienst, Jena: Gustav Fischer. Hier S. 169. Schallmayer schrieb 1918: »Der Einfluß des Krieges auf die bisherige Menschheitsentwicklung ist ungemein groß, nicht nur in biologischer, sondern auch in kultureller Hinsicht. Unter primitiven Verhältnissen wirkte er offenbar in der einen wie in der anderen Hinsicht vorwärtstreibend. Aber mit der sozialen und technischen Höherentwicklung hat sich diese Wirkung der Kriege mehr und mehr verringert, und jetzt ist sie größtenteils sogar von entgegengesetzter Richtung.« (SCHALLMAYER 1918: 165). Die kontraselektorische Wirkung des Ersten Weltkrieges knüpfte Schallmayer an die neuartige Kriegsführung eines Stellungskrieges: »Bei der heute überwiegenden Art der Kriegführung, beim Stellungskrieg, besteht gerade für solche Krieger, die sich seinen monate- und jahrelangen, oft ungeheuren seelischen und leiblichen Anforderungen, besonders dem tagelangen Ausharren im Trommelfeuer, nicht gewachsen zeigen, größere Wahrscheinlichkeit, am Leben zu bleiben, als für die an seelischer und leiblicher Widerstandskraft tüchtigeren. [...] Eine solche Auslese (Kontraselektion) ist beim Bewegungskrieg nur in viel geringerem Maße möglich.« (SCHALLMAYER 1918: 178).

angebliche Unterstützung und Förderung der psychisch Kranken bei gleichzeitiger »Vernichtung der besseren Menschen« angeprangert. Auch friedenspolitisches Engagement und sozialdarwinistische Auffassungen schlossen sich somit nicht aus.<sup>248</sup> Doch im St.Jürgen-Asyl erfolgte keine entsprechend sozialdarwinistisch begründete Stellungnahme zum Krieg. Sozialdarwinistische Ideologien hatten hier vor allem Bedeutung bei der Begründung von Krankheitsursachen.

## 4.2 Sozialdarwinismus und Krankheitsursachen im Krieg

In Bremen kam dem Gedanken der Vererbbarkeit seelischer Krankheit eine hohe Bedeutung zu. An verschiedenen Stellen der ärztlichen Untersuchungen, die meist auf vordruckten Formularen basierten, gab es Fragen nach der erblichen Belastung. Im Ersten Weltkrieg wurde in »Ellen« die überwiegende Anzahl von Untersuchungen mithilfe von Formularen durchgeführt, die am Ende des 19. Jahrhunderts entwickelt worden waren. Zu jenem Zeitpunkt galten sozialdarwinistische Anschauungen als Höhepunkt der Forschung. Dies spiegelt sich in den Formularen zur Aufnahme eines Patienten, zur Erhebung seiner Anamnese und zur Untersuchung des körperlichen Zustands wider; dies waren die Untersuchungen, die mit fast allen Ellener Patienten durchgeführt wurden. Diese Formulare sind Ausdruck sozialdarwinistischer Ideologien, die psychische Erkrankung körperlich verorteten, ihre Äußerung in Degenerationszeichen annahmen und ihre Vererbbarkeit zum Grundsatz ihrer Entstehung machten.

Eine solche erbliche Belastung wurde bei rund drei Viertel der Patienten während des Krieges unabhängig von einer gestellten Diagnose oder den beobachteten Krankheitserscheinungen angenommen. Verschiedene Beispiele zeigen, dass für die Annahme einer erblichen Belastung weniger das Vorkommen einer spezifischen Krankheit bei einem Verwandten eines Patienten als vielmehr das Vorhandensein einer als psychisch bezeichneten Krankheit *schlechthin* entscheidend war. So wurden bei dem 1917 mit der Diagnose »Constitutionelles Irresein« in das St.Jürgen-Asyl eingelieferten 41-jährigen Landsturmmann Wilhelm W. als Krankheits*symptome* [sic] u. a. die Nervosität der Schwester sowie dass der Vater ein »Potator« [d. i. ein »Trinker«] gewesen sein sollte, aufgeführt.<sup>249</sup> In anderen Fällen geschah Ähnliches. Anstatt anzunehmen, dass Kriegserlebnisse für eine seelische Erkrankung ausschlaggebend waren, nahmen die Ärzte somit

248 Vgl. RUPRECHT 1991: 48.

249 Vgl. Krankenakte Wilhelm W., Alt-Archiv Klinikum Bremen-Ost, A 89/27.

an, Patienten seien erblich belastet, hätten eine schwächliche Konstitution oder wiesen Degenerationszeichen auf. Nicht der Krieg machte sie krank: Wer im Krieg erkrankte hatte schon vorher die Veranlagung zu seelischer Krankheit gehabt oder war gar schon vorher krank gewesen.

Gegen Ende des 19. Jahrhunderts aufkommende rassenhygienische Diskurse zeigten ihren Anhängern vermeintliche Wege auf, wie eine Verschlechterung der Bevölkerungszusammensetzung durch Weitergabe der belasteten Gene zu vermeiden sei. In rassenhygienischen Kreisen wurden vor dem und im Ersten Weltkrieg vereinzelt Forderungen der zwangsweisen Sterilisationen psychisch Kranker als negative eugenische Maßnahmen laut. Somit gab es bereits vor 1914 Überlegungen zur Verbesserung der Bevölkerungszusammensetzung. Diese konzentrierten sich jedoch primär auf bevölkerungspolitische Maßnahmen. Vorgebrachte rassenhygienische Forderungen der (zwangsweisen) Sterilisation »Minderwertiger« fanden nur vereinzelt Zustimmung. Eine zu diesem Zeitpunkt existierende Debatte um Sterbehilfe hatte wenig Bezug zu rassenhygienischen Forderungen.<sup>250</sup> Erst infolge der Ereignisse des Ersten Weltkrieges rückte die Frage nach der qualitativen Zusammensetzung der Bevölkerung endgültig in den Fokus der Debatten.<sup>251</sup> In Bremen wurden Zwangssterilisationen jedoch »erst« ab den 1920er-Jahren, mit gesetzlicher Grundlage des »Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses« ab 1934 durchgeführt. Im Ersten Weltkrieg forderten die Ellener Ärzte weder Zwangssterilisationen noch führten sie diese durch. Theorien über die erbliche Verursachung seelischer Krankheiten blieben damit ohne diese praktischen Konsequenzen.

Dass auch im St.Jürgen-Asyl die Feststellung einer erblichen Belastung durchaus Aussagen über die ärztliche Wahrnehmung des Krieges beinhalten konnte zeigt die Krankengeschichte Gerhard H.s.

### Krankengeschichte Gerhard H.s

»0/3 Jungens gefallen« – einzig diese Stelle in der Krankenakte Gerhard H.s deutete im Jahr 1918 darauf hin, dass sein derzeitiges Leben nicht unter gewöhnlichen Bedingungen stattfand.<sup>252</sup> Fast 50 Jahre war der verheiratete Maler, als er im September des letzten Kriegsjahres in das bremische Krankenhaus eingeliefert

---

250 Vgl. SCHMUHL 1987: 114.

251 Vgl. WEINGART/KROLL/BAYERTZ 1988: 32.

252 Die folgenden Angaben beziehen sich, soweit nicht anders angegeben, auf die Krankenakte Gerhard H.s: Krankenakte Gerhard H., Alt-Archiv am Klinikum Bremen-Ost, A 84-10. Hervorhebungen im Original werden nicht wiedergegeben.

wurde. Zuvor war er bereits in einem anderen psychiatrischen Krankenhaus gewesen, im Jahr 1901 in Wehnen bei Oldenburg. Nun blieb er sechs Wochen mit der Diagnose »hysterische Gefängnispsychose« in »Ellen«. Denn H. war vom Untersuchungsgefängnis, wo er seinerzeit infolge eines Diebstahls untergebracht war, in das psychiatrische Krankenhaus Bremens gebracht worden.

Gerhard H. wurde im St.Jürgen-Asyl von Dr. Lindner untersucht, der eigentlich für die »männlichen Militärkranken«, d. i. für die Soldaten im Reservelazarett eingestellt worden war. Dieser beschrieb die Erkrankung des Patienten: »Erblich belastet (Vater + [d. i. Positiv, M. H.] an Geisteskrankheit) Anscheinend normal entwickelt. Maler gelernt. Unglücklich verheiratet. Eheleute beschuldigten sich gegenseitig, geisteskrank zu sein. Nach 2 Vorstrafen (86 u. 97) wegen Diebstahl u. Betrug Untersuch.haft wegen Brandstiftung, 1901. 10 Wochen in Wehnen beobachtet. Dort länger dauernder Verwirrtheitszustand mit Halluzinationen u. Verfolgungsideen. Als geheilt entlassen, Untersuchung niedergeschlagen. Dann noch 3 Verurteilungen 05, 11, 13, 1916 neue Anschuldigung wegen Betrug, 1918 wegen Diebstahl. In Untersuch.haft Sommer 8 Tage langer Verwirrtheitszustand, Deswegen auf Antrag des Verteidigers z. B. [zur Beobachtung, M. H.] nach hier: Körperlich oB [ohne Befund, M. H.], mit Ausnahme von Knarren im l. Schultergelenk. Erhöhte Kniesehnen- u. Achillesreflexe. Herabgesetzte, unsichere Sensibilität. Ganz gute Schul- u. Allgemeinkenntnisse. Hält sich nicht für geisteskrank, leugnet Straftaten u. behauptet unschuldig zu sein. im [sic] übrigen ganz ruhig, geordnet.«

Wo aber bleiben bei dieser Erwähnung die Kriegserlebnisse H.s? Dieser war zwar nicht selbst im Ersten Weltkrieg – mit fast 50 Jahren war er zu alt, um eingezogen zu werden – doch, das anfängliche Zitat zeigt es, Kriegserlebnisse waren auch bei ihm vorhanden. Denn durch den Krieg wurde er kinderlos, nachdem seine drei Söhne an der Front starben. Diese Kriegserlebnisse spielten für den psychiatrischen Umgang mit ihm jedoch keine Rolle, in der weiteren Krankenakte wurden sie nicht mehr angesprochen. Es handelte sich um alltägliche Erlebnisse: Nun, 1918, waren unzählige Familien kinderlos durch den Krieg, dies musste nicht mehr eigens erwähnt werden.

Dass die im Krieg gestorbenen Söhne überhaupt erwähnt wurden ist einzig und allein dem vorhandenen Fragebogen zu verdanken: Der Tod der drei Söhne Gerhard H.s fand im Anamneseformular Erwähnung. Dort hieß es bei der Frage nach lebenden Kindern: »0/3 Jungens gefallen«, mithin: Gerhard H. habe keine Kinder, da seine drei Söhne im Krieg »gefallen« seien. Diese anfängliche Erwähnung des Todes der drei Söhne Gerhard H.s im Krieg ist damit Ausdruck sozialdarwinistisch zu verortender Bemühungen der Ärzte, die mögliche Vererbbarkeit der Krankheit H.s korrekt zu erfassen; der Gedanke der Vererbbarkeit spielte in der zeitgenössischen Psychiatrie vor dem Hintergrund sozialdarwinistischer Ideologien diese große Rolle.

Anamnese d. H. [redacted] Gesch. aufgen. 9. 9. 18.

Jahr: 1818 Referent: Selbst  
 Datum: 10. 9. Wohnung: \_\_\_\_\_

Beruf des Vaters	Kapitän
Heredität:	
Geisteskrankheiten	Vater starb angeb. an <u>Leistenkrankheit</u> .
Nervenkrankheiten	0
Epilepsie	0
Trunksucht	0
Suicidium	0
Phthisis, Diabetes, Lues	0
Verwandschaft der Eltern	0
Konstitution	als Kind <u>schwächlich</u> .
Wann Laufen gelernt	?
Wann Sprechen gelernt	?
Kinderkrankheiten	
Bettnässen	0
Spätere Krankheiten	<u>Luftentzündung</u>
Schule: a) Art der Schule	<u>Volk-</u>
b) Leistungen	<u>mittel</u>
Militär	
Beruf	<u>Maler</u>
Strafen	0
Schädlichkeiten	<u>+ Kopf?</u>
Gifte, Morphinum, Blei etc.	-
Ueberanstrengung	-
Charakterfehler	<u>keine aufführt</u>
Period. Stimmungsanomalien	<u>se</u>
Selbstmordversuch	0
Kopfweh	<u>immer, schon immer</u>
Anfälle	<u>besteht Stimmungsperiode von einigen</u> <u>Wochen Dauer, in denen er herum wandert.</u>
Sexuelle Exc.	0
Lues	0
Potus	0

Abbildung 32: Anamnesebogen des St.Jürgen-Asyls aus der Krankenakte Gerhard H.s

Trauma .....	<i>auf Kopf gefallen, Herzstiller 25/11</i>
Ehe seit .....	<i>Frau gestorben</i>
Menses seit .....	
zuletzt .....	
Aborte .....	
zuletzt .....	
Partus .....	
zuletzt .....	
Lebende Kinder .....	<i>0 / 2 frühere gefallen</i>
Konstitution derselben .....	
Reihenfolge der:	
Aborte und Frühgeburten	
tot geborenen Kinder ..	
früh gestorbenen Kinder	
lebensfähigen Kinder ..	
Früherer Aufenthalt in Heil-	
anstalten	<i>in Wehrern</i>

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Beginn der jetzigen Erkrankung. Wann: \_\_\_\_\_  
Wie: \_\_\_\_\_

Abbildung 33: Anamnesebogen des St.Jürgen-Asyls aus der Krankenakte Gerhard H.s

Der Fragebogen, in dem der Tod der Söhne zur Sprache kam – das Anamneseformular – war derjenige, mit dem primär die erbliche Belastung eines Patienten in Erfahrung gebracht wurde. Hier gab es neben Fragen zur Entwicklung des Patienten Fragen zu Erkrankungen Verwandter, zu seiner Konstitution sowie seinen Kindern. Dass Gerhard H. drei (lebende) Söhne hätte, wäre hier insofern interessant gewesen, als an ihrer geistigen Gesundheit oder Krankheit die Vererbbarkeit seiner Erkrankung hätte festgestellt werden können; dass er keine Kinder hätte, wäre ebenfalls interessant gewesen, da dies womöglich auf seine Unfruchtbarkeit oder die seiner Ehefrau hingedeutet hätte. Beides wurde in anderen Krankenakten in entsprechenden Fällen erwähnt. Die Angabe »0/3 Jungens gefallen« in der Krankenakte Gerhard H.s verweist somit auf das Bemühen der Bremer Ärzte, die Familiensituation des Patienten möglichst genau zu rekonstruieren, um eine etwaige erbliche Belastung feststellen zu können.

Der Tod der Söhne im Krieg interessierte im St.Jürgen-Asyl damit nicht insofern, als es sich um ein individuell sicherlich höchst bedeutendes Kriegserlebnis Gerhard H.s handelte. Es waren sozialdarwinistisch geleitete Auffassungen, die dieses Kriegserlebnis zutage gebracht hatten; sie bestimmten den weiteren Umgang mit H. in »Ellen«.

Stattdessen kam körperlichen Merkmalen und allgemein »auffälligem« Verhalten eine besondere Bedeutung für das ärztliche Krankheitsverständnis zu, wie das psychiatrische Gutachten zeigt. Hier hieß es: »Aus der Vorgeschichte geht hervor, dass wir es bei dem H[...] mit einem degenerierten Menschen zu tun haben; das zeigt sich in seiner Zerfahrenheit und Haltlosigkeit, seinem auffälligen Benehmen und seiner Unfähigkeit, trotz der beruflichen Tüchtigkeit etwas Ordentliches zu leisten und sich eine Stellung zu verschaffen. Auf Grund dieser Constitution [sic] brach schon während der Untersuchungshaft im Jahre 1901 wegen der Brandstiftung in seinem eigenen Hause eine Haftpsychose aus, die aber zur Heilung gelangte. [...] Auch die während der letzten Untersuchungshaft im August 1918 ausgebrochene Krankheit, welche seine Überführung in das St.Jürgen-Asyl veranlasste, ist als reine Haftpsychose aufzufassen, wie sie sehr häufig bei erblich belasteten oder degenerierten Persönlichkeiten vorkommt.« Bei H. handelte es sich also um eine »degenerierte Persönlichkeit« – und das, obwohl bei der körperlichen Untersuchung noch nicht einmal »Degenerationszeichen« zum Vorschein gekommen waren. Auch die Behandlung H.s geschah auf der Ebene des Verhaltens: Er wurde mit der Arbeitstherapie behandelt. Der Tod seiner drei Söhne spielte für seinen Aufenthalt in der Bremer Psychiatrie keine Rolle mehr.

Delbrück schrieb abschließend: »Wir fassen daher unser Gutachten dahin zusammen, das [sic] H. an hysterischer Haftpsychose auf degenerativer Basis gelitten hat, dass dieses Leiden zur Zeit geheilt ist, dass er zur Zeit der Begehung seiner Straftaten nicht unzurechnungsfähig war und dass er jetzt verhandlungs- und haftfähig ist.« Die weitere Lebensgeschichte H.s ist nicht überliefert, doch

ist davon auszugehen, dass er wegen seiner Straftaten nun gerichtlich verurteilt wurde.

Diese sozialdarwinistischen Deutungsmuster wurden während des Krieges sowie davor und danach bei allen Patienten des Ellener Krankenhauses angewandt, bei Soldaten, zivilen männlichen sowie weiblichen Patienten. Sie galten oftmals als erblich belastet, dies schien ihre Erkrankungen eher verursacht und ausgelöst zu haben als konkrete Kriegsgeschehnisse. Dass nur bei wenigen *Frauen* und *zivilen männlichen Patienten* angenommen wurde, ihre Erkrankung sei durch den Krieg verursacht, ist jedoch nur zum einen Ausdruck des zeitgenössisch typischen biologistischen Krankheitsverständnisses mit sozialdarwinistischem Hintergrund: Eine krankheitsverursachende Wirkung von Kriegsereignissen wurde am ehesten bei Militärangehörigen wahrgenommen, da »klassische«, im Zusammenhang mit einer körperlichen Verletzung stehende Kriegsereignisse wie Verschüttungen bei Zivilpersonen nicht vorkamen. Zum anderen ist dies Ausdruck der zugrunde liegenden Geschlechterrollenbilder.

Denn der Lebens- und Erfahrungsbereich von Frauen wurde in der Heimat verortet. Hierfür waren sie zuständig, hier lebten sie. Der Krieg jedoch fand der zeitgenössischen Wahrnehmung an der Front statt, nicht in der Heimat. Frauen lebten damit nicht im Krieg. Somit konnten sie auch nicht durch den Krieg erkranken. Dies verdeutlicht die Krankengeschichte Elisabeth Z.s geb. R.

### Krankengeschichte Elisabeth Z.s

Im Dezember des Jahres 1916 wurde Elisabeth Z. geb. R. in das St.Jürgen-Asyl aufgenommen.<sup>253</sup> Der folgende zweimonatige Aufenthalt war der erste von insgesamt 28 Aufenthalten im bremischen psychiatrischen Krankenhaus, bis die Patientin im Jahr 1929 zum letzten Mal als geheilt entlassen werden sollte. Ein in der Krankenakte enthaltener Brief des »Privat-Nerven-Klinik und -Sanatorium« Liebenburg im Harz aus dem Jahr 1960 zeigt jedoch, dass sie noch 44 Jahre nach ihrer ersten Aufnahme in einem psychiatrischen Krankenhaus mit der hier anscheinend zum ersten Mal aufgetretenen Krankheit zu tun hatte. Was aber war geschehen, dass das Leben der Elisabeth Z. derart mit der Institution Psychiatrie verknüpft werden sollte?

Als Elisabeth Z. 1916 in das St.Jürgen-Asyl aufgenommen wurde, war sie in vielfältiger Hinsicht mit dem Krieg in Berührung gekommen: Sie arbeitete nicht

---

<sup>253</sup> Die folgenden Angaben beziehen sich, soweit nicht anders angegeben, auf die Krankenakte Elisabeth Z.s: Krankenakte Elisabeth Z. geb. R., Alt-Archiv am Klinikum Bremen-Ost, Jahrgang 1929. Hervorhebungen im Original werden nicht wiedergegeben.



nur in einem Reservelazarett in Bremerhaven, auch waren ihr Ehemann und ihr Vetter im Krieg, ihr Ehemann wurde dort schwer verwundet. Die Verwundung des Ehemannes und die Tätigkeit der Patientin in einem Reservelazarett fielen zeitlich mit dem Ausbruch der Erkrankung zusammen, der, so wurde immer wieder notiert, Ende des Jahres 1916 »plötzlich« erfolgte. Zu ihrer Aufnahme führte »heftige Erregung, schlug alles kurz und klein; schwere Beschuldigungen gegen den leitenden Arzt des Lazarett [ihren Vorgesetzten, gemeint ist das Reservelazarett in Bremerhaven, in dem Z. arbeitete, M.H.]«. Die Diagnosen der jetzt 24-Jährigen wechselten bei den folgenden Aufenthalten zwischen Manie, manisch-depressivem Irresein und Hysterie.

Z. war verheiratet, im Juni 1915 waren sie und ihr Ehemann, ein Arzt, kriegsgetraut worden; hervorgehoben wurde die lange Verlobungszeit: »Verlobte sich mit 17 Jahren mit einem Studenten der Medizin. 8 Jahre verlobt.« Ihr Ehemann war kurz darauf ins Feld gekommen. Elisabeth Z. wurde 1915 schwanger, vertrat die Schwangerschaft jedoch körperlich nicht; sie musste sich fortwährend erbrechen. So kam es zu einer Abtreibung im zweiten Schwangerschaftsmonat. Nun erkrankte Z. an einer Blinddarmentzündung. Infolge der anschließenden Operation erkrankte sie seelisch.

Bei ihrer Tätigkeit in einem Reservelazarett hatte Elisabeth Z. zuvor die ungeschönte Realität des Krieges kennengelernt: Die Wirklichkeit der Lazarette »bedeutete Schweiß- und Uringeruch, bedeutete das hilflose Wimmern von Männern, die als Helden ausgezogen waren und jetzt nach ihrer Mutter, ihrer Frau riefen«<sup>254</sup>. Hinzu kamen unzählige Verletzungen und Verstümmelungen von Soldaten, die gerade in einem Reservelazarett an der »Heimatfront« unübersehbar waren. Reservelazarette waren aufgrund der spezifischen Struktur des Krankentransportwesens im Ersten Weltkrieg der Ort in der Heimat, in der am unmittelbarsten die Verletzungen zum Vorschein kamen, die der Krieg mit sich brachte.<sup>255</sup> Diese Zustände in Reservelazaretten dürften Elisabeth Z. auch deshalb nicht kaltgelassen haben, da ihr Ehemann gerade an der Front war und dort auch verwundet wurde. Bei ihrer Einlieferung in das Ellener Krankenhaus war er gerade wieder im Feld, »immer in Front«. An ihn dachte sie immer wieder: »grämte sich sehr um ihren Mann«, wurde notiert.

Dennoch fehlen Hinweise auf diese Kriegserlebnisse in ihrer Krankenakte fast vollkommen. Z. wurde nach ihrer Ankunft in »Ellen« »gleich aus der Zwangsjacke befreit« und im Folgenden mit beruhigenden Methoden behandelt, im Krankenbett und mit der Arbeitstherapie. Nach zwei Monaten wurde sie entlassen und lebte zunächst bei ihren Eltern – nur um wenig später wieder aufgenommen

254 HAEFS, Gabriele/Klaus GILLE (1994): Von Sittenstrenge und Aufbegehren. Die Wilhelminische Zeit, Hamburg: Kabel Verlag. Hier S. 217.

255 Vgl. SCHWALM 1920: 296 et al.

zu werden. Ihr Ehemann hatte erneut Heimaturlaub. Sie wurde schwanger. Noch während der Schwangerschaft musste ihr Ehemann zurück ins Feld. Wieder kam er an die Front. Im April des Jahres 1918 gebar Elisabeth Z. schließlich ihr Kind: »Ist nach der Entlassung ganz normal gewesen, auch während der Schwangerschaft guter Stimmung. Am 14. normale Geburt (4 Std.). Kleiner Riss sofort genäht« wurde im St.Jürgen-Asyl notiert.

Am zweiten Tag nach der Geburt setzte ein von nun an fortwährendes Fieber ein. Dann kam es zu den Krankheitsanzeichen, die schließlich zu ihrer erneuten Einlieferung in das Ellener Krankenhaus führten: »In der Nacht zum 19. hat sie sehr stark geschwitzt. Am 19. vormittags machte sie der Mutter ohne wirklichen Grund plötzlich die heftigsten Vorwürfe, ass [sic] dann aber noch mit der Mutter zu Mittag, wobei sie diese sehr zum Essen nötigte: ›Mutter, Du musst essen, Du weisst nicht, was uns noch schweres bevorsteht.‹ Gegen 2 krampfte sie die Hände zusammen und forderte die Mutter auf, dasselbe zu tun, da das Leben ihres Mannes davon abhinge, ›ob sie nichts fühle?‹, ›sie müsse ganz einig mit ihr sein, sie müsse immer an sie denken‹ u.s.w. Dabei sah sie die Mutter ganz starr an, ›als wenn sie sie hypnotisieren wollte‹. Dann begann sie dieselben Bewegungen zu machen, wie bei der Geburt; die Hebamme konstatierte auch, ›dass sie in Gedanken die ganze Geburt nochmal durchmachte‹. Das dauerte etwa 2 Std., wobei sie zuletzt sich auf der Erde umherwälzte. Währenddessen hat sie nicht mehr gesprochen. Schliesslich [sic] sagte die Mutter ihr, dass das Kind ja schon da sei; dann fing sie an zu schreien: Hurra! u. sang allerlei Vaterlandslieder, schimpfte auch auf die Engländer. – auf dem Transport nach hier sang sie auch noch sehr viel. Hier erkannte sie sofort, wo sie war, erkannte auch die Schwestern.« So war Elisabeth Z. erneut nach »Ellen« gekommen.

Hier war sie »sehr deprimiert« und »hört[e] offenbar Stimmen«, u. a. die ihres Ehemannes. Dieser war immer noch im Felde, sein Kind hatte er noch nicht gesehen. Um ihn machte sie sich große Sorgen: »Gegen Abend gab sie dem Arzt an keine Stimmen mehr zu hören, war auch so ganz einsichtig u. geordnet, nur war sie immer im Glauben, mit ihrem Mann sei etwas passiert, man solle es ihr nur sagen.« Am Ende des Monats war sie vollständig geordnet. Es erfolgte eine »Nachbesprechung«. Zum Vorschein kam nun, Elisabeth Z. habe kurz vor der Geburt ihres Kindes von einer schweren Verwundung ihres Ehemannes erfahren. Knapp zwei Monate nach der Entbindung wurde schließlich in der Krankenakte notiert: »Bekam heute Nachricht, dass ihr Mann an der Verwundung gestorben ist. Sie nahm die Nachricht verhältnismässig [sic] gefasst auf, weinte natürlich auch in der Nacht.« Aufgrund von Schmerzen im Unterleib wurde sie schließlich in die Frauenklinik am Krankenhaus in der St.Jürgen-Straße nach Bremen überführt.

Noch bis zum Jahr 1929 wurde Elisabeth Z. geb. R. immer wieder in das St.Jürgen-Asyl aufgenommen, auch danach hatte sie noch Aufenthalte in anderen

psychiatrischen Krankenhäusern. Noch 1960 war sie psychiatrische Patientin. Ihre persönlichen Kriegserlebnisse nahmen sie offenbar mehr mit, als die Ärzte wahrhaben wollten.

Elisabeth Z.s Krankengeschichte zeigt, wie sehr auch Frauen in den Krieg an der Heimatfront involviert waren und wie diese Erfahrungen zu einer dauerhaften, sehr langfristigen Belastung werden konnten. Im St.Jürgen-Asyl wurden ihre Kriegserlebnisse von den Ärzten nicht als solche wahrgenommen; Ziel der Behandlung war aus deren Perspektive nicht die Verarbeitung dieser Kriegserlebnisse. Erlebnisse als solche standen nicht im Fokus psychiatrischer Wahrnehmung und Behandlung zu Beginn des 20. Jahrhunderts.

Elisabeth Z. wurde als »Helferin« im Reservelazarett bezeichnet und so ihre Tätigkeit als spezifisch weiblich hervorgehoben. Denn das Dasein als Krankenschwester war eine von gesellschaftlich akzeptierten Lebensweisen von Frauen in dem und für den Krieg, die Gesellschaft wies ihnen die tradierte Rolle als Helferin und Heilerin zu. Frauen lebten mit dieser Bezeichnung nicht im Krieg: Ihr Zuständigkeitsbereich war in der Heimat. Somit erging es so mancher Frau wie Elisabeth Z. im Ellener Krankenhaus: Kaum einer wurde zugestanden, durch den Krieg zu erkranken.

Wie aber verhielt es sich mit einer weiteren Gruppe von Patienten, mit Kriegsgefangenen; wie gingen die Bremer Ärzte mit diesen um?

### **Krankengeschichte des russischen Kriegsgefangenen Rusma M.**

Unter den soldatischen Patienten des St.Jürgen-Asyls waren nicht nur Deutsche – auch vier Kriegsgefangene waren hier untergebracht. Einer von ihnen war der 33-jährige Rusma M., der im Jahr 1917 als Patient im Ellener Krankenhaus behandelt wurde. Im August des Jahres 1914 war Rusma M. in seiner Heimat Russland zum Krieg eingezogen worden.<sup>256</sup> Ein Jahr später geriet er in Russland in deutsche Kriegsgefangenschaft, am 1. Oktober 1916 kam er schließlich nach Frankreich. Hier wurde er zunächst zum Arbeitsdienst eingesetzt. Von dort aus unternahm er im Dezember 1916 einen Fluchtversuch. Er wollte über Holland nach Russland, wurde aber in Brüssel festgenommen. Als er beim Arbeitsdienst psychisch erkrankte, wurde er am 19. Januar 1917 in das Kriegslazarett in Valenciennes in Nordfrankreich aufgenommen. Mit einem Lazarettzug gelangte er

---

<sup>256</sup> Die folgenden Angaben beziehen sich, soweit nicht anders angegeben, auf die Krankenakte Rusma M.s: Krankenakte Rusma M., Alt-Archiv Klinikum Bremen-Ost, A 98/19. Hervorhebungen im Original werden nicht wiedergegeben.

Ende Januar 1917 nach Bremen. Ihm wurde die Diagnose »Deliriöse Psychose a. hysterisch-epilept. Grundlage« gestellt.

**St. Jürgen-Asyl in Ellen (Bremen).**

Kranken-Geschichte. 1188/19

Name	W. [redacted] Kiebus	
Wohnort	H. [redacted] 7. Rupsf.	
Stand	Kaufmann z. Z. wiff. Inf.	
Bemerkungen:		
Geboren:	[redacted] 1884	in [redacted] 7. Rupsf.
Aufgenommen		Entlassen
Nr.	Datum	Jahr
1	30	1917
	11	1917
		17.
		Als:
		gehört
Diagnosen		
Deliriöse Psychose a. hysterisch-epilept. Grundlage.		

Abbildung 34: Deckblatt der Krankenakte Rusma M.s

Seit fast eineinhalb Jahren war er nun schon Kriegsgefangener und fast zwei-einhalb Jahre von seiner Familie (er war verheiratet und hatte zwei Kinder) getrennt. M., der in seinem zivilen Leben Kaufmann war, sollte zehn Wochen im St.Jürgen-Asyl bleiben.

Hier arbeitete derzeit eine russische Ärztin, Dr. Fanje Doktorowitsch. Obwohl in der Krankenakte, wie derzeit üblich, nicht der Name des untersuchenden Arztes erwähnt wird ist davon auszugehen, dass jene Ärztin ihn untersuchte. Denn es gibt Hinweise auf »Unterredungen in russischer Sprache«, die »Untersuchung des seelischen Zustands und der Orientiertheit« wurde seiner kulturellen Herkunft angepasst. Während in den Krankenakten der anderen Patienten nach den größten Flüssen in Deutschland gefragt wurde, nach Städten in Deutschland, danach, was der Reichstag sei, wurden diese Fragen in der Krankenakte Rusma M.s durchgestrichen. Stattdessen wurde er nach der Hauptstadt Russlands statt Deutschlands und nach der Hauptstadt Deutschlands statt Preußens gefragt, nach den größten Flüssen in Russland statt in Deutschland und danach, was die Duma (d. i. das russische Parlament zwischen 1906 und 1917) sei, statt nach dem Reichstag. Weiterhin wurde Rusma M. statt nach dem deutsch-französischen Krieg nach dem Krieg von 1812 gefragt. Auch bei der Frage »Sagen Sie den ersten Vers von Deutschland, Deutschland über alles« wurde notiert: »Sagt: ›Gott erhalte den Zaren‹ richtig«.

Diese Anpassung der ärztlichen Fragen an die kulturelle Herkunft des Patienten war der einzige bei der »Untersuchung des seelischen Zustands und der Orientiertheit« erfolgte Hinweis auf seine Nationalität. Im öffentlichen (psychiatrischen und nicht-psychiatrischen) Diskurs waren sozialdarwinistische Deutungen des Krieges populär, denen zufolge es die natürliche (nervliche) Überlegenheit der Deutschen sei, die ihnen zum Sieg im Ersten Weltkrieg ver helfe. Dies kam im Umgang der Ellener Ärzte mit Rusma M. in keiner Weise zum Ausdruck: Er wurde ähnlich den anderen soldatischen Patienten des St.Jürgen-Asyls behandelt. Lediglich Verständigungsschwierigkeiten machten seine unterschiedliche Herkunft deutlich; überbrückt wurden diese mit Hilfe eines Dolmetschers oder durch Heranziehen der russischen Ärztin.

Kriegsgefangener – das war eine weitere Lebenswirklichkeit im Ersten Weltkrieg. Für Rusma M. war insbesondere die Trennung von seiner Familie belastend. Er wurde bei der Untersuchung des seelischen Zustands und der Orientiertheit gefragt, ob er spukhafte Gestalten sehe. »Ja, vor ca 1 ½ Wochen [sah ich] meine Frau, Soldaten u so«, hatte er gesagt. Bei der abschließenden Zusammenfassung der Krankheitssymptome wurde ausführlicher von Kriegserlebnissen berichtet: »Vater u. Bruder Potatoren [Trinker, M.H.]; selbst früher gesund, gut gelernt. Aktiv gedient. Krämer. Verheiratet. 2 Kinder. Seit einigen Jahren eigenes Geschäft. Gelegenheitstrinker, dann sehr aufgereggt. Aug 14 ins Feld. Granatsplitterverwundung (1monatige Lazarettbehandlg. Aug 15 gefangen. Seit Okt. 16 als Arbeiter

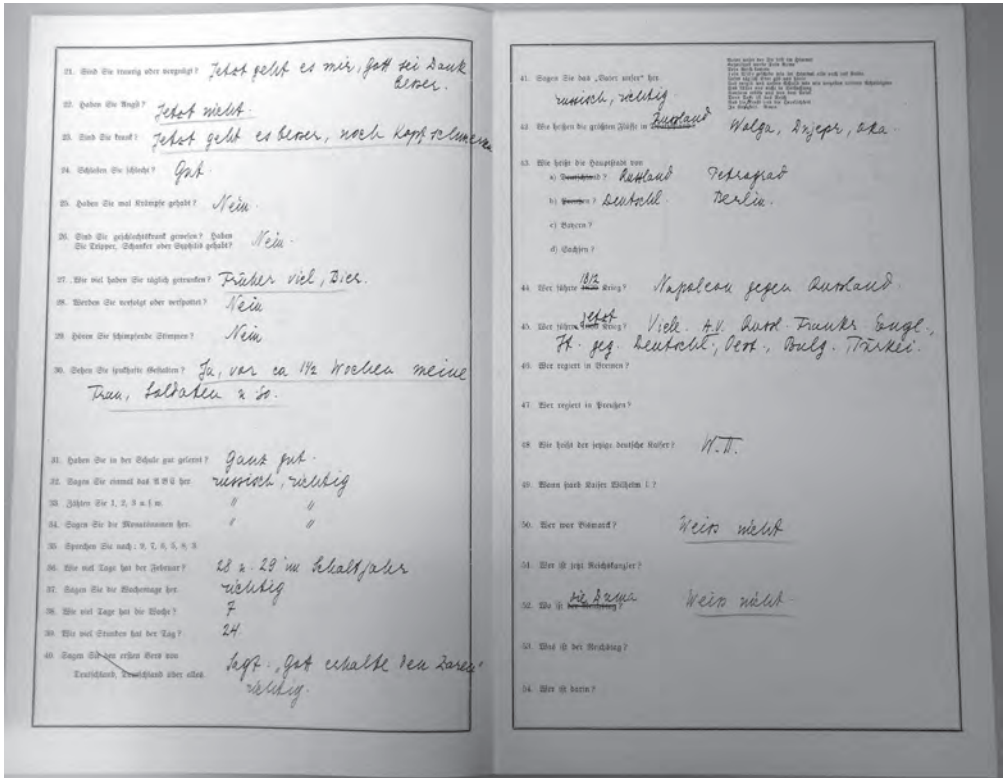


Abbildung 35: Formular des St.Jürgen-Asyls zur Untersuchung des seelischen Zustandes und der Orientiertheit aus der Krankenakte Rusma M.s

in Frankreich. Dez. 16 Fluchtversuch. In Brüssel ergriffen. Etwa 16. Jan bei [im Original durchgestrichen, M. H.] vor Antreten zur Arbeit umgefallen, einige Std. bewusstlos. Erst im Revier zu sich gekommen. 19.I. in Lazarett. Dort ängstlich, sah seine Frau u. deutsche Soldaten, die ihm was tun wollten, fühlte sich von ihnen gewürgt, verkroch sich unter der Decke. 27.I. Als dem. praec. [Dementia Praecox, seit 1911 eigentlich: Schizophrenie, M.H.] hierher. Hier klar, geordnet, Krankheitseinsicht. Vermutet Heimweh als Ursache. Habe gut, aber knapp zu essen bekommen. Diagnose: Akute deliriöse Psychose (auf hysterischer oder epileptischer Grundlage?).«

Doch auf spezifische Kriegserlebnisse des Patienten oder die besonderen Umstände seiner Situation als Kriegsgefangener wurde im weiteren Verlauf nicht eingegangen. Alltag im Krieg – das war mitunter auch Alltag eines Kriegsgefangenen im Krieg. Auch dessen Alltag galt nicht als per se krankheitsverursachend, sondern als ein möglicher Normalzustand zwischen 1914 und 1918.

## 4.3 Rentenzahlungen und Kriegsdienstbeschädigung

Was aber geschah mit den soldatischen Patienten, nachdem sie aus dem Bremer Krankenhaus entlassen wurden? Bekamen Sie eine Rente und wurden sie vom Militär entlassen? Oder wurden sie eher zurück an die Front geschickt?

Neben der Beurteilung der Dienstbeschädigung kam Psychiatern im Ersten Weltkrieg die Aufgabe zu, Empfehlungen zu Rentenzahlungen sowie zur zukünftigen Kriegsverwendungsfähigkeit von Soldaten zu geben. Doch in den Krankenakten des St.Jürgen-Asyls finden sich nur wenige Hinweise auf die Empfehlung von Renten durch Direktor Delbrück. Entsprechende Hinweise wurden in psychiatrischen Gutachten formuliert und an die Erwerbsfähigkeit und die Dienstbeschädigung des Betroffenen geknüpft. Eine Rente sollte bei soldatischen Patienten empfohlen werden, »wenn und solange ihre [die der betroffenen Militärangehörigen, M.H.] Erwerbsfähigkeit infolge einer Dienstbeschädigung [...] aufgehoben oder um wenigstens 10 Prozent gemindert ist«<sup>257</sup>. Dabei ist unter der Erwerbsfähigkeit eines Patienten seine gesundheitlich bedingte Möglichkeit des selbstständigen Verdienens des eigenen Lebensunterhaltes zu verstehen.

Doch wurden bei nur wenigen Soldaten Renten empfohlen, dies geschah bei etwa einem Zehntel der in »Ellen« untersuchten und behandelten soldatischen Patienten. Deren zukünftige Erwerbsfähigkeit wurde tendenziell so festgelegt, dass ihnen entweder keine oder eine (gemessen an den gegebenen niedrigen Sätzen) hohe Rente zustand. Die Erwerbsfähigkeit von zivilen Patienten bezeichneten die Ellener Ärzte seltener als diejenige von Soldaten als weniger als 10 % eingeschränkt. Die Rentenfrage spielte im St.Jürgen-Asyl somit kaum eine Rolle.

In seinem Antikriegsroman »Im Westen nichts Neues« gibt Erich Maria Remarque einen angeblich von Soldaten untereinander erzählten Witz wieder: Ein Soldat in einem Lazarett soll vom Stabsarzt wieder kriegsverwendungsfähig geschrieben werden. Er deutet auf sein Holzbein; der Stabsarzt teilt ihm jedoch mit, auch mit einem Holzbein könne er kämpfen. Der Soldat witzelt daraufhin,

---

257 Anonymus (1909): Dienstanweisung zur Beurteilung der Militärdienstfähigkeit und zur Ausstellung von militärärztlichen Zeugnissen vom 9. Februar 1909, Berlin: Ernst Siegfried Mittler und Sohn. § 86 a. Als Faustregel galt seit der »Kriegstagung« 1916, dass eine Rente nur dann empfohlen werden sollte, wenn die Erwerbsfähigkeit des Kranken um mindestens 20 % eingeschränkt sei (vgl. EGHIGIAN, Greg [1991]: Die Bürokratie und das Entstehen von Krankheit. Die Politik und die »Rentenneurosen« 1890–1926, in: REULECKE, Jürgen/Adelheid GRÄFIN ZU CASTELL RÜDENHAUSEN [Hrsg., 1991]: Stadt und Gesundheit. Zum Wandel von »Volksge-sundheit« und kommunaler Gesundheitspolitik im 19. und frühen 20. Jahrhundert, Stuttgart: Franz Steiner. S. 203–224. Hier S. 215).

Abschrift.

Ellen- Bremen ..... den 13. VI. 1917

## Militärärztliches Zeugnis.

(Siehe Bemerkungen hierzu auf S. 212 der D. M. 938)

1) Anordnende Dienststelle:	Reservelazarett III Bremen.		
2) Zweck der Untersuchung u. Zeugnisausstellung:	Nachuntersuchung im Rentenverfahren.		
3) Wann hat Untersuchung od. Beobachtung i. d. Zeugnisausstellung stattgefunden?	Beobachtung im St. Jürgen-Asyl seit dem 31. V. 17.		
4) Name und Dienstgrad des Zeugnisausstellers:	Prof. Dr. Delbrück, ordinerend. Arzt des Res. Laz. III Bremen, Abteilung St. Jürgen-Asyl.		
5) Name des Untersuchten, sämtliche Vornamen, Rufname unterstrichen:	<u>M. [REDACTED] William.</u>		
6) Dienstgrad und Truppenteil, Kompanie usw.	Fren. Bez. Komp. I Hamburg.		
7) Näher, bezeichnet in	anliegende Truppenstammrollenauszug und der Rentenliste — Akten.		
8) Tag der Geburt:	[REDACTED] 1893	9) Im	ten Militärdienstjahre.
10) Tag des Dienst Eintritts:	7. XI. 1914.	11)	Ausgebildet — <del>Unausgebildet</del>
		12)	Kapitulant von <del>jähriger Dienstzeit</del>
13) Art des Dienst Eintritts:	a) ausgehoben im Bezirk der <del>Infanterie-Brigade, Landwehrinspektion</del>		
	b) eingestellt als <del>als Erfahrener — Volksschlichter — unthätiger Heerespflichtiger</del>		
14) Untersuchungsvermerk	a) in der Nationalliste: — bei der Annahmuntersuchung bei .....		
	b) bei der Einstellung (nach der Mannschafstuntersuchungsliste):		

### A. Krankheitsgeschichte.

Nicht belastet, Normal entwickelt, Gut gelernt, Von Beruf Kirchturndecker. Wegen Aengstlichkeit der Mutter zur Post, 7. XI. 1914 eingezogen. Nach erster Typhusimpfung schwere hysterische Psychose mit Gehstörung. 30. VI. 16 als d. u. und 100 % erwerbsunfähig mit Vollrente entlassen. Etwa seit November 1916 bei der Post Hamburg als Hilfsarbeiter beschäftigt, verdiente 3,50 Mark. Der ganze Zustand hat sich nach seiner Angabe allmählich immer mehr gebessert, Beantragt jetzt Anstellungsschein für die Postbeamtenlaufbahn.

B. Befund.

Keine körperlichen Krankheiten, Haut- Sehnen- und Periostreflexe in normaler Weise auslösbar, Pupillen intakt, Conjunktivalreflex

Abbildung 36: Militärärztliches Zeugnis des St.Jürgen-Asyls, erste Seite



### III. Schlussurteil.

Der Untersuchte ist zeitig — bis 19 — — dauernd  
 als Hausgebildeter nach §. D. Anl. I  
 nur noch tauglich zum Dienst in der Eskadrefere.  
 nur noch tauglich zum aktiven Dienst ohne Waffe.  
 nur noch tauglich für den Landsturm mit — ohne — Waffe.  
 untauglich für jeden Heeresdienst.

als Ausgebildeter nach §. 4. Mbf. Anl. I  
 selbstdienstfähig.  
 nur noch garnisondienstfähig.  
 garnisondienstfähig.

Der Untersuchte ist mithin für jetzt dienstunbrauchbar.

Die der Dienstunbrauchbarkeit zu Grunde liegende Gesundheitsstörung ist nach Ansicht des Zeugnisausstellers durch den Dienst weder entstanden noch nachweisbar verschlimmert.

Dienstbeschädigung (= D. V.) wird angenommen — Friedens-D. V., Kriegs-D. V., Luft-D. V., D. V. gemäß §§ 67 und 69 M. V. G. 06 — für

Als Gesundheitsstörungen, die während einer mindestens 8 jährigen Dienstzeit entstanden sind, werden angeführt:

Unter Berücksichtigung des Berufs als Postbote.....

~~Unter Berücksichtigung der allgemeinen Erwerbsunfähigkeit~~

ist der Untersuchte zu erachten als ~~10% erwerbsunfähig~~ — als unter 10% erwerbsunfähig

Zutreffendenfalls folgen hier Urteile über Verstümmelung, Pflegebedürfnis, Siechtumspflegebedürfnis, Beamtenbrauchbarkeit und Berufswechsel.

Kann Anstellungsschein als Postbeamter erhalten.

Nachuntersuchung im Jahre 10 — aufgeterminlich im Monat — 10 — erforderlich  
 nicht mehr erforderlich.

Für Richtigkeit der Abschrift

*Professor Dr. Piltner*

ordinierend. Arzt. ds. Res. Laz. III....

Bremen, Abteilung St. Jürgen-Asyl.

Eigenhändige Unterschrift des Zeugnisausstellers mit Dienstgrad und Dienststellung.

Prüfungsmerk des Korpsarztes.

Abbildung 37: Militärärztliches Zeugnis des St.Jürgen-Asyls, letzte Seite

wenn er nun wieder an die Front komme, werde er sich den Kopf wegschießen lassen. Dann bekäme er einen Holzkopf und könne Stabsarzt werden.

Dieser makabre Witz zeigt eine im Ersten Weltkrieg gängige militärärztliche Praxis, Soldaten möglichst bald wieder kriegsverwendungsfähig zu schreiben, d. h. zurück an die Front zu schicken. Der Krieg brachte eine Vielzahl körperlicher Verletzungen hervor. Doch erschien es der Heeresführung unmöglich, diese Soldaten aus dem Militär zu entlassen und in die Heimat zu schicken; denn im maschinisierten Massenkrieg wurden sie als »Menschenmaterial«, so die gängige Bezeichnung auch der Militärpsychiatrie, benötigt. Demzufolge wurden auch verwundete und verletzte Soldaten wieder zurück an die Front geschickt.

Auch Anton Delbrück kam während des Krieges die Aufgabe zu, die weitere Kriegsverwendungsfähigkeit seiner soldatischen Patienten zu beurteilen. Eine solche Beurteilung der weiteren Verwendbarkeit eines Menschen für militärische Zwecke musste zwischen 1914 und 1918 bei der Entlassung jedes Militärangehörigen aus einem Lazarett erfolgen. Diese Beurteilung der Militärdienstfähigkeit eines Menschen war eine politisch für die Oberste Heeresleitung des Deutschen Reiches und individuell für den betroffenen Soldaten bedeutsame Aufgabe von Militärpsychiatern, da mit ihr (bzw. einer entsprechenden Beurteilung der Betroffenen) einerseits die »Schlagfertigkeit der Armee«<sup>258</sup> gewährleistet werden sollte, andererseits über die Beurteilung eines Patienten als kriegsunfähig eine Schutzfunktion der Psychiatrie eingenommen werden konnte, indem der Patient nicht zurück an die Front geschickt und dort Verwundung und Tod ausgesetzt wurde.

Gerade bei psychisch kranken Soldaten, deren Verletzungen man kaum sah, war dies gängige Praxis. Doch in Bremen hatte diese Praxis nicht Einzug gehalten. Hier musste die Kriegsverwendungsfähigkeit eines Patienten erst seit der Einrichtung eines Reservelazaretts im Oktober 1916 beurteilt werden. Zuvor waren die betreffenden Soldaten an das Krankenhaus in der St. Jürgen-Straße zu diesem Zweck überwiesen worden. Nach 1916 nahm Delbrück die Beurteilungen selbst vor. Meist die letzte Notiz in der Krankenakte vor der Entlassung eines Patienten enthielt einen entsprechenden Vermerk, ob ein Soldat als »k. v.«, »g. v.« oder »a. v.« entlassen wurde. Als kriegsverwendungsfähig kam er zurück an die Front; garnisonsverwendungsfähige Soldaten wurden künftig im Hinterland der Front zur Versorgung der Truppe mit Nachschub (Waffen, Lebensmittel etc.) sowie zum Auskundschaften des Geländes eingesetzt, und arbeitsverwendungsfähige Soldaten wurden zum Arbeitsdienst in der Heimat herangezogen. Patienten, auf die keine dieser Einschätzungen zutraf, wurden vom Militär entlassen. Sie galten als nicht kriegsverwendungsfähig.

Doch nur wenige soldatische Patienten wurden als kriegsverwendungsfähig aus dem St. Jürgen-Asyl direkt an die Front entlassen. Der weitaus größere Teil wurde

---

258 Vgl. RIEDESSER/VERDERBER 1996: 18.

nicht mehr an der Front eingesetzt: Fast zwei Drittel aller soldatischen Patienten wurden vom Ellener Krankenhaus aus nicht zurück an die Front geschickt. Von diesen galt jeweils die Hälfte als »dienstunbrauchbar« und »kriegsunbrauchbar«. Ziel der psychiatrischen Praxis in »Ellen« war es damit nicht, die Soldaten möglichst bald wieder kriegsverwendungsfähig zu schreiben.

### 4.3.1 Simulation

Eine weitere Möglichkeit, mit der hohen Anzahl der seelisch erkrankten Soldaten umzugehen, ohne ihnen eine Rente zahlen oder sie aus dem Heer entlassen zu müssen, wurde von engagierten Militärpsychiatern im Rückgriff auf bisherige Diskurse etabliert: Es wurde formuliert, die Soldaten seien gar nicht wirklich krank, sie simulierten ihre seelischen Verletzungen lediglich. Doch die Frage der Simulation sei, so der Psychiater Robert Gaupp, während des Krieges nicht öffentlich zu debattieren, denn es wurde Nachahmung befürchtet.<sup>259</sup> Dennoch wurde »von Anbeginn an [...] auf den Zusammenhang [der Kriegsneurosen, M. H.] zur Simulation hingewiesen«<sup>260</sup>.

Dadurch erhielten Kriegsneurosen einen negativen moralischen Beigeschmack. Denn bei Gaupp und anderen wurde die Simulation im psychiatrischen Diskurs immer wieder im Zusammenhang mit Lüge und Täuschung genannt. So definierte beispielsweise der »Nervenarzt« Georg Flatau Simulation als »bewußte und zweckhafte Vortäuschung von Krankheitssymptomen zur Erreichung von Vorteilen oder Abwendung von Schäden«<sup>261</sup>.

Die »Diagnose« Simulation (tatsächlich wurde dies auch in »Ellen« als Diagnose notiert) schien im Ersten Weltkrieg somit diverse Probleme zu lösen: Da Simulation als »absichtliche Vortäuschung nicht vorhandener Beschwerden«<sup>262</sup> galt, konnten so Betroffene diffamiert werden, sie hätten ihre Kameraden im Stich gelassen und sich, statt das Vaterland zu verteidigen, lieber in die Krankheit »geflüchtet«. Weiterhin war Simulation ein Straftatbestand.<sup>263</sup> Simulation spielte

---

259 GAUPP 1916: 385.

260 KOMO 1992: 84.

261 FLATAU, Georg (1921): Hysterie und Simulation, in: Monatsschrift für Unfallheilkunde und Invaliden, Leipzig, 1921, Jg. 28, Nr. 12, S. 279–285. Hier S. 279. Dieser Begriff von Simulation wird im Folgenden zugrunde gelegt.

262 HOCHÉ, Alfred (1935): Geisteskrankheit und Kultur, in: DERS. (Hrsg., 1935): Aus der Werkstatt, München: Lehmann-Verlag. Hier S. 16.

263 Im Militärstrafgesetzbuch hieß es: »Wer in der Absicht, sich der Erfüllung seiner gesetzlichen oder von ihm übernommenen Verpflichtung zum Dienste teilweise zu entziehen, ein auf Täuschung berechnetes Mittel anwendet, wird mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren bestraft; zugleich kann auf Versetzung in die zweiten Klasse des Soldatenstandes erkannt werden.« (Anonymus 1916: § 89).

in der Psychiatrie schließlich bei der Frage der Zurechnungsfähigkeit zum Zeitpunkt einer Straftat eine Rolle. Seit dem 19. Jahrhundert oblag psychiatrischen Anstalten die Aufgabe, die Zurechnungsfähigkeit eines Patienten festzustellen. Diese Aufgabe gewann vor diesem Hintergrund an Bedeutung für die Wahrung der militärischen Ordnung. Im Kontext der hoch militarisierten (Kriegs-)Gesellschaft des Deutschen Reiches, die Gehorsam einfacher Soldaten als notwendig für einen siegreichen Kriegsverlauf begriff, war der Versuch, der Verurteilung für eine Verletzung auch des militärischen Rechtes wie Fahnenflucht durch Simulation zu entgehen, höchst problematisch und musste geahndet werden. Und schließlich (dies war für die Bedeutung der Simulation im öffentlichen Diskurs ausschlaggebend) konnte die Anerkennung der Dienstbeschädigungen bei Soldaten mit der Diagnose Simulation vermieden werden – und mit ihr Rentenzahlungen. Denn wer nicht tatsächlich krank war, konnte auch nicht durch den Krieg erkrankt sein. Die Diagnose Simulation wurde im öffentlichen militärpsychiatrischen Diskurs daher zur beliebten Rentenvermeidungsstrategie.

Simulation war eine Argumentationslinie, die im Deutschen Reich schon einmal, in den 1880er-Jahren, im Kontext der Sozialversicherungsgesetzgebung aufgekommen war.<sup>264</sup> Seit Einführung der Eisenbahn war es immer wieder – insbesondere bei Männern – zu funktionellen Störungen infolge von Eisenbahnunfällen gekommen, bei denen die Betroffenen diverse überwiegend nervöse Symptome aufwiesen, ohne dass organische Verletzungen nachweisbar waren. Diese Störungen wurden mit der Aufnahme auch seelischer Verletzungen infolge von Unfällen in die Reichsversicherungsordnung entschädigungspflichtig. In der Folge entstand primär unter den für Berufsgenossenschaften tätigen Ärzten eine Debatte über die »Echtheit« der Störungen. Viele der Betroffenen, so wurde argumentiert, simulierten ihre Störungen oder führten ein schon Jahre vor einem Unfall vorhandenes Leiden auf den Unfall zurück, um – unrechtmäßig – eine Rente zu bekommen. Ziel dieses sogenannten Simulationsstreites war damit primär die Vermeidung finanzieller Ansprüche der Unfallopfer an den Schadenersatzpflichtigen, in diesem Fall speziell die Eisenbahngesellschaften.<sup>265</sup>

Diese Problemlage schien sich im Ersten Weltkrieg zu wiederholen. Auch in psychiatrischen Zeitschriften wurde nun die Befürchtung eines finanziellen Ruins des Staates – der vermittelt durch den Militärfiskus bei Dienstbeschädigungen von Soldaten schadenersatzpflichtig war – durch die finanziellen Ansprüche von Kriegsneurotikern formuliert.<sup>266</sup> Die Militärärzte des Deutschen Reiches griffen damit zwischen 1914 und 1918 auf schon lange etablierte Deutungsmuster zurück.

---

<sup>264</sup> Vgl. EGHIGIAN 1991: 215.

<sup>265</sup> Vgl. FISCHER-HOMBERGER, Esther (2004): Die traumatische Neurose. Vom somatischen zum sozialen Leiden, Gießen: Psychosozial-Verlag. Hier S. 171–196.

<sup>266</sup> Vgl. beispielsweise KAUFMANN 1916: 802.

Umso mehr erstaunt es zunächst, dass diese Deutungsmuster im St.Jürgen-Asyl offenbar keine Rolle spielten. Hier wurde nur sehr selten angenommen, dass Soldaten ihre Erkrankungen lediglich simulierten. Zudem unterschieden die Ellener Ärzte zwischen den Diagnosen »Simulation« und »nicht geisteskrank«. Simulation seelischer Erkrankung setzten sie somit nicht mit Gesundheit gleich.

Im Blickpunkt der öffentlichen ärztlichen Debatten der Kriegszeit stand jedoch nicht die Frage, *ob* es Simulanten unter den Kriegsneurotikern gäbe, sondern, *wie viele* der psychischen Störungen simuliert seien. Denn *dass* sich die nervösen Symptome simulieren ließen, daran bestand kein Zweifel. Dabei ging die Auffassung, die Zahl der Simulanten unter den mit psychischen Störungen in ein Lazarett eingelieferten Kranken sei eher hoch, tendenziell mit der Auffassung einher, auf zuvor gesunde Menschen habe der Krieg keine schädigende Wirkung.<sup>267</sup>

In den Krankenakten des Ellener Krankenhauses wurde reine Simulation als Diagnose nur in drei Fällen notiert. In diesen Fällen bestand stets Unsicherheit, ob tatsächlich die entsprechende Diagnose zu stellen sei. Auch wurden die Patienten stets mit einer anderen Diagnose aufgenommen oder entlassen. Partielle Simulation (d. i. die Simulation nur einiger Krankheitssymptome) wurde häufiger als reine Simulation festgestellt, doch ein anfänglich formulierter Simulationsverdacht bestätigte sich tendenziell nicht. Während des Krieges veränderte sich die Häufigkeit der ärztlichen Wahrnehmung von Simulation im St.Jürgen-Asyl nicht: Die Kriegsgeschehnisse und die Kriegsdauer führten somit nicht dazu, häufiger Soldaten Simulation zu unterstellen. Diese schien, so ist es zumindest aus den Ellener Krankenakten ersichtlich, eine Verhaltensweise ausschließlich männlicher Patienten zu sein. Vorwiegend bei Militärangehörigen wurde ein Verdacht auf Simulation gestellt, bei Frauen hingegen gab es keinen entsprechenden Verdacht.

Doch weshalb Simulation angenommen wurde ist nicht klar. Die Annahme von Simulation diente in jedem Fall *nicht* zur Vermeidung von Rentenzahlungen: Bei Patienten mit – bestätigtem oder nicht bestätigtem – Simulationsverdacht kam es im Folgenden genau so häufig zu Rentenzahlungen wie bei solchen, bei denen Simulation keine Rolle spielte. Und auch eine Einschränkung der zukünftigen Erwerbsfähigkeit wurde im Folgenden nicht angenommen. Auch wurde Soldaten nicht unterstellt, sie simulierten, um sie wieder kriegsverwendungsfähig zu schreiben, und auch politischer Protest sollte hiermit nicht diffamiert werden. Im öffentlichen Diskurs wurden Soldaten meist wieder kriegsverwendungsfähig geschrieben, um dem Militär einen dauerhaften »Nachschub« an »Menschenmaterial« zu sichern. Die Diagnose Simulation erfüllte auch diesen Zweck, er-

---

267 Vgl. FISCHER-HOMBERGER, Esther (1971): Der Begriff des freien Willens in der Geschichte der traumatischen Neurose, in: *Clio Medica. Acta Academiae Internationalis Historiae Medicinae*, 1971, Vol. 6, n. 2, S. 121–138. Hier S. 123–130.

möglichte sie doch auf einfache Weise, Soldaten wieder zurück in den Krieg zu schicken. Doch im St.Jürgen-Asyl hatte sie nicht diese Funktion: Auch die wenigen Soldaten, bei denen hier – vollständige oder partielle – Simulation angenommen wurde, wurden nicht als kriegsverwendungsfähig zurück in den Krieg geschickt, die Hälfte von ihnen sogar aus dem Militär entlassen.

Verschiedene Erklärungen sind möglich, weshalb sich die Ellener Ärzte ihren Patienten gegenüber dergestalt verhielten. Ein Grund liegt in den Schwierigkeiten der Beurteilung von Simulation in der psychiatrischen Praxis. Diese zeigt die Krankengeschichte Stanislaus K.s.

### Krankengeschichte Stanislaus K.s

Einen Simulationsverdacht anzunehmen wurde den Ellener Ärzten bei Stanislaus K. geradezu nahegelegt: »Schon seit längerer Zeit macht K. voll und ganz den Eindruck eines Simulanten; er ist mehrfach ohne Entschuldigung vom Dienstfortgeblieben [sic], antwortet dann immer; ›mir ist nicht wohl«. Hat sich des öfteren krank gemeldet, ist aber vom Arzt stets dienstfähig geschrieben wurden«<sup>268</sup>, hieß es im Krankenblatt des Reservelazarets II im Krankenhaus in der St.Jürgen-Straße, das bei Einlieferung K.s in das Ellener Krankenhaus mitgegeben wurde.

Der 22-jährige gelernte Schlosser und aktive Musketier [Fußsoldat, M.H.] Stanislaus K. verbrachte im Frühling des Jahres 1917 sechs Wochen zur Beobachtung seines Geisteszustandes im Reservelazarett des St.Jürgen-Asyls. Im Februar 1915 war K. als Landsturmmann zum Militär eingezogen worden. Im Feld ging es ihm »ganz gut, manchmal Zittern in den Händen«. Bald erkrankte er an Kopfschmerzen. Die im Lazarett verordnete Medikation gab er auf, da er schwere Nebenwirkungen befürchtete, und meldete sich fortan bei Kopfschmerzen krank. Er kam zum Ersatztruppenteil an die Weser. Als er das Gefühl hatte, »das hältst du nicht aus«, reichte er ein Gesuch um Versetzung zu seinem vorherigen Betrieb ein. Dieses wurde verschleppt. Wegen seiner Kopfschmerzen konnte Stanislaus K., wie er berichtete, den Lärm bei der »A. G. Weser« jedoch nicht aushalten: Er blieb wiederholt unerlaubt vom Dienst fern. Eines Tages wollte er eigenen Angaben zufolge nach Hause laufen und entfernte sich während der Mittagspause. Als er verfolgt wurde, sprang er in die kleine Weser. Infolgedessen wurde er im städtischen Krankenhaus in der St.Jürgen-Straße untergebracht und kam von dort aus in das St.Jürgen-Asyl.

Die Ellener Ärzte fanden im Krankenblatt des Reservelazarets II einen »Bericht betr. Fortlaufens« vor: »Der Vicefeldwebel [sic] meldet, dass beim Wegtreten d.

---

<sup>268</sup> Die folgenden Angaben beziehen sich, soweit nicht anders angegeben, auf die Krankenakte Stanislaus K.s: Krankenakte Stanislaus K., Alt-Archiv am Klinikum Bremen-Ost, A 91/7. Hervorhebungen im Original werden nicht wiedergegeben.

Komp. [Kompanie, M.H.] auf d. Kuhhirten [Gebiet an der Weser, M.H.], K. sich alleine seitwärts aufhielt u. anscheinend grübelte, plötzlich drehte er sich um, warf s. Tornister u. Lederzeug mit Seitengewehr weg u. lief davon; lief nach der kl. Weser zu u. sprang schliesslich ins Wasser. Er wurde erfasst u. sagte als Entschuldigung, er habe nach Hause wollen.« Anschließend wurde erwähnt, K. mache seit längerer Zeit »voll u. ganz den Eindruck e. Simulanten«. »Gegen K. ist am 24 ds. Mts. Termin weg. gefährl. Körperverl. anberaunt«, wurde jene Bemerkung eingeleitet. Später hieß es: »Auf Anordnungen seitens d. Unteroff. reagiert er nur schwerfällig, mit der Miene eines, der stets an andere Sachen denkt. Dieses hat sich bes. bemerkbar gemacht, seitdem ihm der anberaunte Termin bekannt geworden ist. Wenn es sich um s. Interessen handelt, ist er hell u. gerissen: letzteres hat sich besonders gezeigt, als er um e. Urlaub zu s. angeblichen Naturalisierung<sup>269</sup> eingekommen ist. -- Heute hat er sich v. Dienst entfernt (siehe oben). – K. befindet sich jetzt im Bett.«

Doch der offerierte Simulationsverdacht bestätigte sich im bremischen psychiatrischen Krankenhaus nicht. Im Bericht des Ersatzbataillons wurde die Annahme der Simulation K.s mit seinem Abweichen von der erforderlichen militärischen Disziplin begründet. In der Krankengeschichte des St.Jürgen-Asyls hingegen stand die Erwähnung der Simulation in einem anderen Kontext. Bei der Auflistung der Krankheitssymptome K.s im Anschluss an die klinische Untersuchung hieß es: »Von 7 Geschwistern das 2; Vorjüngstes stark klein: Rhachitis. die anderen gesund. Selbst normal entwickelt, Schlosser. Meist im gleichen Werk in D[...] gearbeitet. Im 10. J. linkes [sic] Mittelohrentzündung. Im 18. J. deshalb operiert. Damals angeblich nach Angabe der Eltern einmal Selbstmordneigung. Gelegentlich mürrische Stimmung. Wegen Ohrs erst als Landsturmmann Febr. 15 eingezogen, Juli ins Feld. Anfang 16 wegen Kopfschmerzen Lazarett, bald Ers. Truppenteil [Ersatztruppenteil, M.H.], bald ebenso wieder so ins Laz. Um die Zeit auch Tripperbehandlg., schliesslich [sic] nach A.G. Weser beurlaubt. 3 Mon. gearbeitet, konnte Lärm wegen Kopfweh nicht aushalten. Als Gesuch nicht berücksichtigt, ohne Entlassung nach Haus gereist. Nach 3 Wch. zur Garnison in Bremen eingezogen, Jan. 17. wiederholte Krankmeldungen. Wiederholt ohne Erlaubnis Dienst versäumt. In Streit mit Kameraden Körperverletzung, mehrere Arreststrafen. 21.4. in Dienstpause auf Werder [Insel in der Weser in Bremen, M.H.] davongelaufen. Bei Verfolgung in Weser gesprungen. Wegen Simulationsverdacht Res. Laz. II u. zu besserer Beobachtung hierher. Missmutige Stimmung. Klagen über Depression, Kopfweh, Angst geisteskrank zu werden, u. Neigung sich abzusondern. Vasomotorische Erregbarkeit, vermehrte Schweissekretion [sic], sonst oB [ohne Befund, M.H.]. Schiebt seine Direktionslosigkeiten auf ärgerliche Stimmung.«

269 Stanislaus K.s Vater kam aus Russland, er sagte auf die entsprechende Nachfrage der Bremer Ärzte: »Mein Vater ist Russe ... ich habe mich nicht darum gekümmert.«

Es schloss sich die Diagnose an: Hysterie – nicht Simulation. Die Ellener Ärzte bestätigten den Simulationsverdacht nicht. Ihr Blick war – sozialdarwinistisch motiviert – auf die Vorgeschichte des Patienten gelenkt. Vor diesem Hintergrund stellte sich eine tatsächlich vorhandene seelische Erkrankung heraus. Die Erwähnung des Simulationsverdachts bei der Auflistung der Krankheits Symptome diente hier lediglich der Begründung der Einweisung K.s in das St.Jürgen-Asyl. Sein militärischer Ungehorsam wurde hier in einen Zusammenhang mit seiner biologischen Entwicklung gestellt; Stanislaus K.s Entwicklung vom Kindesalter an bildete die Grundlage der Krankheitsdeutung. Der Blick der Ärzte des St.Jürgen-Asyls war damit nicht nur auf das aktuelle Verhalten K.s gelenkt, sondern auf seine gesamte Entwicklung. Sein abweichendes militärisches Verhalten interessierte somit nur als Ausdruck einer bestehenden Geisteskrankheit des Patienten, es wurde medizinalisiert.<sup>270</sup> Stanislaus K. simulierte nicht.

### Krankengeschichte Karl B.s

Wann aber wurde ein anfänglich formulierter Simulationsverdacht bestätigt? Dies war der Fall bei Karl B.<sup>271</sup> Ab August 1916 und ab Juli 1918 war B. jeweils für mehrere (16 bzw. vier) Monate im bremischen psychiatrischen Krankenhaus untergebracht. Hierhin kam er direkt von der Strafanstalt Oslebshausen.

1916 war B. nicht zum ersten Mal in einem psychiatrischen Krankenhaus. Der 47-jährige verheiratete Wirt war Anfang des Jahres 1914 schon einmal in »Ellen« untergebracht. Im Krieg hatte er sich anschließend als Schmuggler betätigt, mit zwei Bekannten führte er »Kautschuk und Kupfer und andere Bannware, die wir brauchen können ein, anderes aus«. B. wurde entdeckt, als ein Kollege gegen ihn aussagte, der beim Schmuggeln von Salvarsan entlarvt und angezeigt worden war. Er kam in das Untersuchungsgefängnis in Bremen-Oslebshausen. Dort »gab [er] keine rechte Auskunft, er schien nicht richtig im Kopf, zerschlug eines schönen Tages im Untersuchungsgefängnis alle Holzteile, verunreinigte die Zelle, wurde vom Gefängnisarzt nach der Krankenanstalt und von da am 25. VIII., also fünf Tage nach seiner Verhaftung als geisteskrank [sic] nach dem St.Jürgen-Asyl verlegt«. Hier wurde B. die Diagnose »Hysterische Gefängnispsychose« gestellt.

270 Auch wenn sich in Stanislaus K.s Krankenakte keine Hinweise auf eine Ererbtheit seiner Krankheit oder eine schwächliche Konstitution befinden, so zeigt die Erwähnung einer nicht vorhandenen Erblichkeit und der Entwicklung der Krankheit seit dem Kindesalter des Patienten doch die Bedeutung, die dem Aufsuchen von Erklärungsgründen in der Vorgeschichte des Patienten zukam.

271 Die folgenden Angaben beziehen sich, soweit nicht anders angegeben, auf die Krankenakte Karl B.s: Krankenakte Karl B., Alt-Archiv am Klinikum Bremen-Ost, A 101-25. Hervorhebungen im Original werden nicht wiedergegeben.



B. gab an, er leide an Gedächtnisschwäche. Ein psychiatrisches Gutachten Delbrücks im März 1918 sollte deshalb feststellen, »ob die vom Angeschuldigten B[...] in seiner Vernehmung behauptete Gedächtnisschwäche der Wahrheit entsprechen könne oder simuliert sei«. Dieses begann nicht wie andere Gutachten mit einer Beschreibung der infrage stehenden Straftaten, sondern mit einer Darstellung der Vorgeschichte des Patienten: »Die Angaben über das Vorleben B[...]s bis zu seiner letzten großen Strafe im Jahre 1911 sind etwas unzuverlässig und widersprechend. Er war Wirt, will früher an Rheumatismus gelitten haben, soll, nach Angabe der Frau im Jahre 1914 hier, immer aufgeregter bei Schwierigkeiten gewesen und später immer aufgeregter geworden sein.« Weiter hieß es: »Die Frau sagte auch, dass er immer über Kopfschmerzen geklagt habe und etwa seit dem Jahre 1908 zu Hause mitunter Schwindelanfälle gehabt habe, sodass er sich hinlegen musste, er habe gelegentlich reichlich in Alkohol excediert [sic], sei aber selten betrunken gewesen, zur Zeit der damaligen Straftat sei er nicht krank gewesen.«

Die folgenden ausführlichen Darstellungen im psychiatrischen Gutachten in »Ellen« zeugen nahezu von einem Ringen um die richtige Diagnose, von ärztlichen Schwierigkeiten einzuordnen, wann ein Patient simuliere oder ob ihm nicht doch die Diagnose Hysterie gestellt werden solle; zeitgenössisch wurde eine Nähe der Hysterie zur Simulation angenommen. Denn später wurden im psychiatrischen Gutachten erste Hinweise auf Simulation formuliert: »Er war vorbestraft [...] Eine seiner Mieterinnen [sic] berichtete am 1.IX.16 als er aus der Strafanstalt entlassen worden war zu [sic] auch noch anderen Personen gegenüber geäußert habe, dass er gar nicht krank gewesen sei, er habe sich nur krank gestellt, um es besser zu haben. Auch von den Kriminalbeamten wird B[...] in dem gegenwärtigen Verfahren vielfach kurzweg als Simulant bezeichnet.« Es hieß weiterhin, B. habe nun, 1918, »hier [...] ganz dasselbe Krankheitsbild wie bei seinem ersten Aufenthalt [geboten].« Dabei habe er angegeben, er kenne die Namen der Pfleger nicht, obwohl er schon einmal im St.Jürgen-Asyl war, habe aber gleich am nächsten Tage einen Pfleger richtig mit seinem Namen angedredet. »Ueberhaupt [sic] zeigte er wie das erste Mal einen auffälligen Widerspruch in seinem Verhalten, bei den ärztlichen Untersuchungen und in seinem sonstigen Verhalten.« Worin dieser Widerspruch bestehe wurde nicht näher beschrieben. Daraus ergab sich die Einschätzung: »Es kann keinem Zweifel unterliegen, dass B[...] während seines zweimaligen Aufenthaltes im St.Jürgen-Asyl an einer schweren hysterischen Gefängnispsychose gelitten hat, dass er nur simuliert hat ist keinesfalls anzunehmen.«

Denn gegen die Simulation B.s bei seinem letzteren Aufenthalt spreche, er habe durch den Aufenthalt im bremischen psychiatrischen Krankenhaus lediglich Zeit verloren. Delbrück habe ihm immer wieder gesagt, er könne erst entlassen werden, wenn er sich besser an seine Straftat erinnere. Dass der Patient persönliche

Nachteile aus der Simulation habe, wurde damit als Beleg gegen ihre Annahme wiedergegeben. Etwaige Vorteile, die die Simulation für ihn haben könne, wurden trotz Karl B.s zitierter Aussage, er habe nur von Gedächtnisschwäche gesprochen, damit es ihm besser ergehe, nicht wiedergegeben. Zudem läge es »im Wesen der Hysterie, dass die Patienten für sie peinliche und unangenehme Vorstellungskreise aus ihrem Bewusstsein verdrängen und sich dann tatsächlich vorübergehend nicht erinnern können«. Doch »andererseits ist aber ein Charakteristikum der hysterischen Symptome, dass sie [die entsprechenden Kranken, M.H.] immer – bald mehr, bald weniger – von direkt einander widersprechenden Bewusstseinszuständen begleitet sind sodass sich zum Beispiel B[...] an irgend eine unangenehme Tatsache sowohl erinnert als nicht erinnert. Es ist deshalb nahezu unmöglich bei hysterischen Symptomen, Simulation ganz und mit Bestimmtheit auszuschliessen [sic]: die Kranken sind immer geneigt für sie günstige Symptome zu übertreiben und so ist es sehr schwer den Anteil der Simulation bei den einzelnen Symptomen genau zu umschreiben«.

Die Bemühungen, eine vermeintliche Simulation Karl B.s aus seiner Krankheitsbezeichnung herzuleiten, waren damit fehlgeschlagen. Der Nachweis der Simulation B.s erwies sich als schwierig. Diese Schwierigkeiten bei der Bestätigung des Simulationsverdachts zeigt auch die abschließende Beurteilung Delbrücks: »Ich fasse mein Gutachten dahin zusammen, dass die von dem Angeschuldigten B[...] behauptete Gedächtnisschwäche der Wahrheit entsprechen kann, dass sie aber als eine vorübergehende hysterische anzusehen ist und mit erheblicher Wahrscheinlichkeit anzunehmen, ist dass sie zum mindesten recht übertrieben, beziehungsweise zu einem grossen [sic] Teil simuliert ist.«

Es war somit schwierig, Simulation festzustellen; in der psychiatrischen Praxis war dies selten so eindeutig, wie Darstellungen in militärpsychiatrischen Zeitschriften einstweilen glauben machten und machen. In jedem Fall war individuelles Abwägen notwendig. Die Bestätigung eines Simulationsverdachts resultierte bei Karl B. nicht aus dem Nachweis der Vorteile, die die Simulation einer Krankheit ihm brächte. Sie war das Resultat sorgfältigen Abwägens verschiedener Umstände gegeneinander. Bei der ärztlichen Rekonstruktion von Widersprüchen zwischen vermeintlichen Tatsachen einerseits, Aussagen und Verhalten des Patienten andererseits oblag dem Arzt die Einnahme eines »objektiven« Standpunktes, einer Beurteilung, welche der angeführten Umstände zutrafen. Auffallend ist, dass die Straftat des Schmuggelns im Krieg für die Begründung oder Ablehnung eines Simulationsverdachts bei Karl B. in keiner Weise herangezogen wurde: Der Simulationsverdacht wurde unabhängig vom Verhalten Karl B.s im und zum Krieg besprochen und entschieden.

Im St.Jürgen-Asyl wurde ein Simulationsverdacht damit lediglich auf der Grundlage medizinimmanenter Gegebenheiten bestätigt, keinesfalls als politisch motivierte Einschätzung und mit einer militärischen Argumentation. Die Fest-

stellung von Simulation stand hier nicht notwendigerweise in einem inhaltlichen Zusammenhang zum (abweichenden) Verhalten eines Patienten im Krieg. Simulation wurde nicht festgestellt, um einem – soldatischen oder zivilen – Patienten eine Flucht aus dem Krieg vorzuwerfen. Simulation und Krieg – das hing nicht notwendigerweise zusammen. Die Patienten galten im Krieg als tatsächlich erkrankt – demnach mussten sie auch therapiert werden.

## 5      **Behandlungsmethoden im St.Jürgen-Asyl**

Die Militärpsychiatrie der Kriegszeit ist für ihre radikalen Behandlungsmethoden berühmt-berüchtigt geworden. Sogenannte aktive Methoden hatten das Ziel, seelisch erkrankte Soldaten entweder zurück an die Front zu zwingen oder ihnen (mit dem nämlichen Ziel) zu zeigen, dass sie gar nicht wirklich krank seien. Dem Erfindungsreichtum der Psychiater zur Erreichung dieser Ziele schienen keine Grenzen gesetzt: Der Arzt Fritz Kaufmann entwickelte eine später nach ihm »Kaufmann-Methode« genannte Kur, bei der Soldaten »in suggestiver Atmosphäre« mit elektrischen Strömen behandelt wurden, in den Pausen erfolgten Exerzierübungen. Das Ziel dieses Verfahrens nannte er bezeichnenderweise »symptomatische Heilung«<sup>272</sup>. Sigmund Freud äußerte nach Kriegsende zu dieser Methode im wahrscheinlich einzigen Prozess, der um ihre Anwendung geführt wurde (der behandelnde Arzt war Wagner-Jauregg in Wien), die Psychiater hätten sich wie Maschinengewehre hinter der Front verhalten. Freud selbst und mit ihm weitere führende Psychoanalytiker wie Karl Abraham sprachen sich für die Anwendung eines psychotherapeutischen Schnellverfahrens aus, mit dem zuvorderst die anscheinende Willensschwäche des Soldaten bekämpft werden sollte; diese äußerte sich in ihrem mangelnden Willen, im Krieg zu kämpfen.

Auf der Seite der »Suggestivmethoden« bewegte sich zuvorderst der Neurologe Max Nonne im Universitätskrankenhaus Eppendorf in Hamburg. Hier sollten die Soldaten mit Hypnose »geheilt« werden. Wie bei den anderen suggestiven Behandlungsmethoden war auch für Nonne die entscheidende Voraussetzung der Therapie das Vorhandensein einer suggestiven Atmosphäre im Lazarett.<sup>273</sup> Bei dieser Methode wurden an gesunden Gliedmaßen »motorische Suggestionen« hervorgebracht, beispielsweise wurde unter Hypnose

---

272 KAUFMANN 1916: 802.

273 Die suggestive Atmosphäre im Lazarett sollte auch eine »Flucht in die Krankheit« dem betroffenen Soldaten als weniger attraktiv erscheinen lassen als die Rückkehr in die Gesundheit (vgl. LERNER, Paul [1997]: Rationalizing the Therapeutic Arsenal: German Neuropsychiatry in World War I, in: BERG, Manfred/Geoffrey COCKS [Hrsg., 1997]: Medicine and Modernity. Public Health and Medical Care in Nineteenth- and Twentieth-Century Germany, Washington: Cambridge University Press. S. 121–148. Hier S. 132).

ein steifer Arm erzeugt und »durch die Kraft der [...] Suggestion«<sup>274</sup> wieder beseitigt. Nun erfolgte die Behandlung des Symptoms: So wurden zur Heilung von Lähmungen zunächst Lähmungen an gesunden Gliedmaßen erzeugt und »geheilt«, dann wurde die Lähmung der kranken Gliedmaße unter Suggestion beseitigt etc. Nach erfolgter Hypnose wurde dem Patienten mitgeteilt, er sei nun gesund. Auf diese Weise meinte Nonne Zittern, Kontrakturen, Lähmungen und Sensibilitätsstörungen behandeln zu können.<sup>275</sup> – Auch die Anwendung der Muckschen Kehlhopfsonde sollte den Patienten suggerieren, sie seien nicht krank: Soldaten mit psychogener Stimmlosigkeit bzw. Sprachstörungen wurde eine kugelförmige Sonde in den Hals eingeführt, die ab einem gewissen Punkt Erstickungsängste hervorrief. Der so erzeugte Schrei diente dem Erfinder Otto Muck, ebenfalls Psychiater, als »Beweis« für die Irrealität der Stimmlosigkeit. Auch Scheinoperationen verfolgten dieses Ziel; dies sind nur einige der ab 1915 neu entwickelten Behandlungsmethoden.

In militärpsychiatrischen Zeitschriften wurden diese »aktiven« Behandlungsmethoden vorgestellt und besprochen. Der Entwicklung neuer, als wirksam verstandener Behandlungsmethoden kam für die Heeresführung des Deutschen Reiches im Krieg eine hohe Bedeutung zu, da nur so erkrankte Soldaten wieder dem industrialisierten Massenkrieg zugeführt werden konnten. Unter »wirksamen« Behandlungsmethoden wurden hier solche verstanden, die die Wiederherstellung der Verwendbarkeit erkrankter Soldaten für die mittelbaren oder unmittelbaren angeblichen Erfordernisse des Krieges bedeuteten.<sup>276</sup> Auch die militärische Führung forderte ein hartes Vorgehen gegen die psychisch erkrankten Militärangehörigen<sup>277</sup>, da eine destabilisierende Wirkung der Front durch die Erkrankten infolge der hohen Zunahme seelischer Erkrankungen nach den ersten beiden Kriegsjahren befürchtet wurde.<sup>278</sup> Besonders der sich mit Dauer des Krieges zunehmend häufigen psychosomatischen Erscheinungen der Kontrakturen, Lähmungen, des Zitterns am ganzen Körper, des fortwährenden Erbrechens, der Stimmlosigkeit, des Zwangslachens etc. von Soldaten wollte man mit den neu entwickelten Ver-

---

274 LANGE, Fritz (1924): Die Behandlung der Kriegsneurosen. In: BUMKE, Oswald/Otto FOERSTER (Hrsg., 1924): Handbuch der Neurologie. Ergänzungsband, Erster Teil. Berlin: Julius Springer. S. 259–406. Hier S. 282.

275 Die reine Hypnosetherapie gaben Nonne und andere Psychiater im Verlaufe des Krieges jedoch auf, da ihre Durchführbarkeit sich zu schwierig erwies, und kombinierten die Hypnose mit anderen militärpsychiatrischen Therapiemethoden (vgl. KOMO 1992: 78). – Vgl. zu dieser Behandlungsmethode der Nonneschen Suggestivtherapie auch LERNER, Paul (1998): Hysterical Cures: Hypnosis, Gender and Performance in World War I and Weimar Germany, in: History Workshop Journal, 1998, nr. 45, S. 79–102.

276 Vgl. RIEDESSER/VERDERBER 1996: 33.

277 Vgl. RIEDESSER/VERDERBER 1996: 32 f.

278 Vgl. KOMO 1992: 79.

fahren Herr werden.<sup>279</sup> Grundlage der nun entwickelten Therapiemethoden war die Auffassung des psychogenen Ursprungs seelischer Krankheit im Krieg.<sup>280</sup> Grund der Beliebtheit dieser Methoden, die ein aktives Eingreifen des Arztes in den Krankheitsverlauf ermöglichten, war die Situation der Psychiatrie vor 1914: Zwar hatte man ein reichhaltiges Wissen über die Entstehung psychischer Krankheiten ansammeln können, die vorwiegend als Gehirnkrankheit verstanden wurde, hatte Klassifikationssysteme aufgebaut, 1909 war eine differenzierte sogenannte Reichsirrenstatistik entstanden.<sup>281</sup> Doch wirksame Möglichkeiten, die Krankheiten dauerhaft zu behandeln oder gar zu heilen, waren vor dem Krieg kaum vorhanden.<sup>282</sup> Die Methoden der Kriegszeit schienen eine Möglichkeit zu bieten, aus diesem therapeutischen Pessimismus herauszukommen. So urteilte der Psychiater Fritz Lange 1924 retrospektiv: »Ebenso, wie die theoretische Auffassung vom Wesen und von der Entstehung der als hysterisch, funktionell oder psychogen bezeichneten klinischen Zustandsbilder, hat auch die Therapie dieser Erkrankungsformen durch die Lehren des Weltkrieges eine mächtige und in ihren Wirkungen noch gar nicht abzusehende Förderung erfahren.«<sup>283</sup>

Doch diese radikalen Behandlungsmethoden wurden in Bremen zwischen 1914 und 1918 beinahe gar nicht angewandt. Zum einen gab es hier kaum Soldaten mit den entsprechenden Krankheitssymptomen der Stimmlosigkeit, des fehlenden Gehörs und anderer im öffentlichen Diskurs als typisch für »Kriegszitterer« beschriebenen Krankheitssymptomen. Zum anderen – und vor allem – ist dies der Beschaffenheit des St.Jürgen-Asyls als ursprünglich ziviles Krankenhaus sowie den Rahmenbedingungen ärztlichen und pflegerischen Handelns im Krieg zu verdanken.

---

279 Vgl. RIEDESSER/VERDERBER 1996: 23–27.

280 Mit dieser Auffassung ging die Ablehnung der Theorie der traumatischen Neurose einher, die auf der »Kriegstagung« des »Deutschen Vereins für Psychiatrie« und der »Gesellschaft deutscher Nervenärzte« 1916 ihren Durchbruch hatte (vgl. NONNE 1922: 105).

281 Vgl. DÖRRIES, Andrea (1999 a): Der »Würzburger Schlüssel« von 1933 – Diskussionen um die Entwicklung einer Klassifikation psychischer Störungen, in: BEDDIES, Thomas/DIES. (Hrsg., 1999): Die Patienten der Wittenauer Heilstätten in Berlin 1919–1960, Husum: Matthiesen Verlag, S. 188–205.

282 Vgl. LERNER 2003 a: 88. So manch ein Psychiater verstand den Ersten Weltkrieg zudem als Möglichkeit, die Nützlichkeit der »Seelenheilkunde« für die Gemeinschaft zu demonstrieren (vgl. LERNER 2003 a: 6).

283 LANGE 1924: 259.

## 5.1 Elektrische Ströme und Hypnose: Aktive Behandlungsmethoden in Bremen

Die Anwendung aktiver Behandlungsmethoden, bei denen der Arzt möglichst innerhalb einer Sitzung, »unter Einsetzung aller verfügbaren ärztlichen Energie das Symptombild grundsätzlich in kürzester Frist, womöglich in einer ›Sitzung‹ zu beseitigen streb[te]«<sup>284</sup>, war im St.Jürgen-Asyl selten. Nur vier von knapp 2.000 während des Krieges hier aufgenommenen Patienten wurden mit elektrischen Strömen behandelt – allesamt Männer. Auf ein ausgefeiltes Kaufmannsches Verfahren deutet hier nichts hin. Zwei Soldaten und zwei zivile männliche Patienten wurden mit elektrischen Strömen behandelt. Vom Ziel, die Soldaten möglichst schnell wieder zurück an die Front zu bekommen, kann daher keine Rede sein.

Mit elektrischen Strömen wurde der 24-jährige Peter M. behandelt, der zuvor als Musketier [Fußsoldat, M. H.] an der Front gewesen war. Er war vor der Eröffnung des Reservelazarets einige Wochen im St.Jürgen-Asyl. Seit einem Mineneinschlag war er an einer »hysterischen Verschüttungspsychose« erkrankt, sein auffallendstes Krankheitssymptom waren seine Gehstörungen. M.s Behandlung mit elektrischen Strömen erfolgte nach seiner klinischen Untersuchung: »Wurde heute mit starken elektr. (farad. [faradischen, M. H.]) Strömen behandelt, um die ›Lähmung‹ zu beseitigen. Nach 2 ½ stündiger, energischer Kur mit Suggestion konnte er allein, ohne Stock, [...] gehen.«<sup>285</sup> Die Behandlung scheint die Gehstörungen Peter M.s jedoch nicht beseitigt zu haben: Auch nach dieser Behandlung wurde von den Gehstörungen des Patienten berichtet, doch während seines Krankenhausaufenthalts erfolgte keine weitere Behandlung mit elektrischen Strömen.

Ähnlich verhielt es sich bei Karl L., einem erst 21-jährigen Pionier, im gleichen Jahr: Auch hier war die Diagnose Hysterie. L. litt an Sprechstörungen, die als psychogen klassifiziert wurden. So konnte er zwar hören, aber sein Alter nur mit den Fingern andeuten. Vor jedweder klinischen Untersuchung wurde er noch am selben Tag, an dem er mit einem Lazarettzug von der Front ins bremische psychiatrische Krankenhaus gekommen war, mit elektrischen Strömen behandelt: »Wird nachmittags elektrisiert u. mit stumpfer Sonde am Halse berührt, sodass [sic] Erbrechen erfolgt; gibt dabei einen Ton von sich u. lässt sich weiteres Sprechen suggerieren. Spricht dann etwas stockend, nur manchmal zwischendurch schneller.«<sup>286</sup> Auch bei ihm wurde nur ein Mal eine spezifische Symptomatik,

---

284 LANGE 1924: 273 f., Hervorhebungen im Original.

285 Krankenakte Peter M., Alt-Archiv am Klinikum Bremen-Ost, A 102/14.

286 Krankenakte Karl L., Alt-Archiv am Klinikum Bremen-Ost, A 117-2.

die Sprechstörungen, mit dieser Methode behandelt; nach Beseitigung dieses einen Symptoms schien eine Behandlung mit elektrischen Strömen nicht mehr notwendig. Später betätigte sich Karl L. in der zeitgenössisch als langfristiger wirksamen verstandenen Arbeitstherapie.

Elektrische Ströme waren die einzige »aktive«, genuin militärpsychiatrische Behandlungsmethode, die in »Ellen« in der Kriegszeit angewandt wurde. Weitere aktive Behandlungsmethoden, beispielsweise Hypnose, werden in den Akten nicht erwähnt. Ein Grund hierfür liegt im hohen Aufwand, den diese Methoden einforderten: Ein Arzt musste hierbei meist stundenlang einen einzigen Kranken betreuen. Dies war angesichts dessen, dass ein Arzt über hundert Kranke behandeln musste und zugleich weitere Aufgaben der Beurteilung soldatischer Patienten hatte, nicht zu leisten.

Doch auch eine prinzipielle Reformorientiertheit der Bremer Ärzte dürfte dazu beigetragen haben, dass »aktive« Behandlungsmethoden der Militärpsychiatrie im St.Jürgen-Asyl fast gar nicht angewandt wurden: beispielsweise wandte man sich in »Ellen« bewusst von Zwangsmethoden wie der Zwangsjacke oder dem (um die Jahrhundertwende bereits aus der Mode gekommenen) Zwangsstuhl ab; beides wurde im Krieg nicht angewandt. Delbrück schrieb bereits 1897: »Die wesentlichste [sic] Errungenschaft der modernen Psychiatrie oder der Irrenpflege ist nun aber die Erkenntnis, dass zur Behandlung der Kranken viel weniger Zwang notwendig ist, als man früher glaubte, als die Laien sich noch heutigen Tages einbilden.«<sup>287</sup> In der Krankenakte der 26-jährigen Elisabeth Z. wurde am Tag ihrer zweiten Aufnahme in das bremische psychiatrische Krankenhaus sogar notiert: »Hier gleich auss [sic] der Zwangsjacke befreit.«<sup>288</sup> Aussagen der Ärzte, *weshalb* sie die radikalen Methoden nicht anwandten, liegen jedoch nicht vor.

Dennoch herrschte auch im St.Jürgen-Asyl eine militärische Atmosphäre, wie vereinzelte Formulierungen in Krankenakten zeigen. So notierte Anton Delbrück in der Krankenakte des Soldaten Otto L.: »Zittert manchmal mit den Beinen, lässt es aber auf Befehl sein.«<sup>289</sup> In der Krankenakte Otto D.s wurde noch deutlicher geschrieben: »Eignet sich nicht für unsere Behandlung, da sein Benehmen die Disziplin auf der Station erheblich lockert.«<sup>290</sup> Die hierarchischen Strukturen im St.Jürgen-Asyl erleichterten diesen Umgang. Psychiatrie und vor allem der Umgang zwischen Ärzten und ihren Patienten, das wird an solchen Zitaten mehr als deutlich, war zu Beginn des 20.Jahrhunderts strikt hierarchisch organisiert.

---

287 Vgl. DELBRÜCK, Anton (1897): Gerichtliche Psychopathologie. Ein kurzes Lehrbuch für Studierende, Ärzte und Juristen, Leipzig: Barth.

288 Elisabeth Z., Alt-Archiv am Klinikum Bremen-Ost, Jahrgang 1929.

289 Krankenakte Otto L., Alt-Archiv am Klinikum Bremen-Ost, A 105-3.

290 Krankenakte Otto D., Alt-Archiv am Klinikum Bremen-Ost, A 93-7.



## 5.2 Passive Behandlungsmethoden im St.Jürgen-Asyl

### 5.2.1 Die Behandlung im Krankenbett

Sowohl vor als auch nach 1914 war die Behandlung von Patienten im Krankenbett die gängigste Therapiemethode für psychisch Kranke. Theoretische Grundlage dieser Methode war die von dem bekannten Psychiater Wilhelm Griesinger bereits in den 1880er-Jahren formulierte Auffassung, seelische Krankheit sei zuvorderst als physische Krankheit des Gehirns zu begreifen: Ebenso »wie man jedem kranken Organ zu seiner Restauration Ruhe gönnt, so bedarf auch vor allem das Hirn [im Zustand der Erkrankung] derselben«<sup>291</sup>. Auch die Krankheitseinsicht des Patienten sollte hiermit gefördert werden; schließlich erhoffte man sich davon eine bessere Blutzirkulation. Die Bettbehandlung operierte damit getreu ihrer theoretischen Grundlage ausschließlich auf einer physischen Ebene.

Diese Methode war gegen Ende des 19. Jahrhunderts in Abgrenzung zu Zwangsmethoden wie der Zwangsjacke und dem Zwangsstuhl entwickelt worden: Das aus England überschwappende »No-Restraint-System« besagte, seelisch Kranke würden am besten ohne die Anwendung mechanischer Fixierung wieder gesund.<sup>292</sup> Dem Kranken sollte nicht das Gefühl gegeben werden, eingesperrt zu sein.<sup>293</sup> Zu diesem Zweck war das St.Jürgen-Asyl als dörfliche Anlage konzipiert worden, als »freundliche Zufluchtsstätte« ohne Einzäunung – der Name »St. Jürgen-Asyl für Geistes- und Nervenranke«<sup>294</sup> verwies hierauf. Daher sollte die Anwendung entsprechender Zwangsmittel hier vermieden werden.

Zur »Ruhigstellung« des Gehirns wurden alle »Ellener« Patienten zunächst im Bett behandelt; dies geschah bei Privatpatienten in Ein- oder Zweibettzimmern, alle anderen wurden in Wachsälen untergebracht. In jedem Haus des Ellener Krankenhauses (einschließlich des Gebäudes, das ab 1916 das Reservelazarett beherbergte) gab es einen Wachsaal mit bis zu 20 Betten, in denen erschöpfte, verwirrte, depressive und erregte Patienten untergebracht waren.<sup>295</sup> Zusätzlich waren in den Obergeschossen der Krankenpavillons Einzel- und Doppelzimmer vorhanden.

---

291 Iwan Flersheim zitiert nach MÜLLER, Christian (2005): Die Bettbehandlung Geisteskranker und ihre Folgen, in: DERS. (Hrsg., 2005): Abschied vom Irrenhaus. Aufsätze zur Psychiatriegeschichte, Bern u. a.: Hans Huber. S. 37–46. Hier S. 39.

292 Vgl. MÜLLER 2005: 37.

293 Vgl. KRAEPELIN, Emil (1899 a): Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte. I. Band. Allgemeine Psychiatrie, Leipzig: Barth, hier S. 321 f.

294 Hervorhebung M.H.

295 Vgl. ENGELBRACHT/TISCHER 1990: 54.

Die Bettbehandlung wurde zu Beginn jeder Erkrankung angewandt, aber auch in solchen Fällen, in denen die Kranken auffällig gewesen waren, indem sie ein unruhiges Verhalten gezeigt hatten. Die Dehnbarkeit des die Bettbehandlung indizierenden Begriffs der »Unruhe« zeigt eine Notiz in der Krankenakte des 21-jährigen Musketiers Hermann S.: »Wollte heute nachmittag [sic] nicht zur Arbeit herausgehen, weil die Untersuchung so lange gedauert hatte. Gab dieses aber erst als Grund nachträglich dem Arzt an. War frech gegen Krankenwärter u. Feldweibel gewesen. – Kam darauf zu Bett.«<sup>296</sup>

Das primäre Ziel dieser Behandlungsmethode war jedoch die Beruhigung des Patienten respektive die Ruhigstellung seines Gehirns. Gut drei Viertel der Ellener Patienten wurden so behandelt: Männer und Frauen, Soldaten und Zivilpersonen gleichermaßen.

## 5.2.2 Arbeitstherapie

Neben der Bettbehandlung wurde die Arbeitstherapie während der Kriegszeit am häufigsten im St.Jürgen-Asyl angewandt. Etwa 50 % aller Patienten waren hier tätig: Männer ebenso wie Frauen, Soldaten ebenso wie Zivilpersonen. Einzige Unterschiede bestanden darin, dass für Soldaten eigene »Arbeitskolonnen« zur Feldarbeit gebildet wurden – und dass Frauen eher als typisch weiblich bezeichnete Tätigkeiten beispielsweise im Haushalt ausübten.

Mit der Arbeitstherapie sollten Eigenaktivität und Eigenverantwortlichkeit eines Patienten gefördert, das Gemeinschaftsgefühl gestärkt und das Gefühl erzeugt werden, etwas Sinnvolles zu tun.<sup>297</sup> Der Patient sollte von seinen pathologischen Denkinhalten abgelenkt und wieder in die Lage gebracht werden, produktive Arbeit zu leisten. Zentrales Element der Arbeitstherapie war dementsprechend die Nützlichkeit der ausgeübten Beschäftigung.<sup>298</sup>

---

296 Krankenakte Hermann S., Alt-Archiv am Klinikum Bremen-Ost, A 104-17. Dass die Bettbehandlung für einen Patienten sehr unangenehm werden konnte, zeigt auch die Auffassung Langes, auf der Wachabteilung erreiche die therapeutische Verwendung ärztlich verordneter Unlustgefühle ihren Höhepunkt (LANGE 1924: 311).

297 Vgl. ENGELBRACHT/TISCHER 1990: 13 sowie 56 sowie SIMON, Hermann (1986): Aktivere Krankenbehandlung in der Irrenanstalt. Nachdruck aus dem Jahr 1929. Mit einem Vorwort von Asmus Finzen und Anmerkungen von Christine Teller, Bonn: Psychiatrie-Verlag, hier S. 18 et al.

298 Zentrales Element der Arbeitstherapie war dementsprechend die Nützlichkeit der ausgeübten Beschäftigung. Vgl. hierzu Hermann Simon, den Pionier der Arbeitstherapie: »Aber ein ›praktischer Arzt‹ wird immer dafür sorgen, dass die Arbeitskräfte nach Möglichkeit auch nützlich verwertet werden. Es ist das auch therapeutisch wichtig, da die meisten Kranken doch ein Gefühl dafür haben, ob die von ihnen verlangte Arbeit einen Zweck hat oder nicht.« (SIMON,



**Abbildung 38: Am Gutshof des St.Jürgen-Asyls in der Arbeitstherapie beschäftigte Patienten (o. J.)**

Schon im Hinblick auf die Einrichtung der Arbeitstherapie war das bremische psychiatrische Krankenhaus als wirtschaftlich autonomer Komplex konzipiert worden: Auf einer Fläche von 72 ha angelegt, gab es hier Felder und Gärten, Tierhaltung (beispielsweise einen Kuhstall, auch Schweine und Hühner wurden gehalten), landwirtschaftliche Betriebe, Handwerkseinrichtungen, selbst ein eigenes Maschinenhaus und ein eigenes Krematorium existierten. Die Konzeption des neuen bremischen psychiatrischen Krankenhauses als wirtschaftlich autonomer Komplex wurde mit den Möglichkeiten zur Einrichtung der Arbeitstherapie als zeitgenössisch moderner Form<sup>299</sup> der Behandlung psychisch Kranker begründet.<sup>300</sup>

Die Patienten arbeiteten in diesen Einrichtungen ohne Entlohnung. Die Begründung für diese Praxis liefert ein Brief Anton Delbrücks an den Vater Lorenz St.s, eines Patienten: »Auf Ihr Schreiben betreffend Löhnungsforderung Ihres Sohnes

---

Hermann [1986]: Aktivere Krankenbehandlung in der Irrenanstalt. Nachdruck aus dem Jahr 1929. Mit einem Vorwort von Asmus Finzen und Anmerkungen von Christine Teller, Bonn: Psychiatrie-Verlag, S. 18, Hervorhebungen im Original). Wollenberg unterschied zwischen Heilbeschäftigung (darunter war alles zu verstehen, was den Zweck einer Ablenkung des Patienten erfüllte) und Zweckbeschäftigung (dies meinte produktive Arbeit) (vgl. LANGE 1924: 312).

299 Vgl. ENGELBRACHT/TISCHER 1990: 56 et al.

300 Vgl. ENGELBRACHT/TISCHER 1990: 13 et al.

habe ich Ihnen mitzuteilen, dass Ihr Sohn [sic] während seines Aufenthaltes im St.Jürgen-Asyl vom 30.I.17 bis 13.VIII.17 keine Löhnung zustand, weil seine freie Willensbestimmung infolge seines geisteskranken Zustandes ausgeschlossen erschien und er somit keinen Anspruch auf Löhnung hatte.«<sup>301</sup> Bis 1927 benötigte das Krankenhaus aufgrund dieser Praxis kaum zusätzliche finanzielle Mittel von der Stadt.<sup>302</sup>

Vor dem Ersten Weltkrieg gab es dementsprechend bei männlichen Patienten sechs Kolonnen für die Feld- und Gartenarbeit und eine solche Kolonne bei weiblichen Patienten. Jede Kolonne wurde von einem Pfleger begleitet.<sup>303</sup> Gemeinsam verließ man die Pavillonbauten, um in der Landwirtschaft tätig zu werden; der Begleitung durch den Pfleger kam jedoch auch eine Überwachungsfunktion bei meist geschlossenen Stationen zu. Im Krieg dann gab es eine eigene Arbeitskolonne für militärische Patienten, die somit zwar mit den gleichen Behandlungsmethoden wie zivile Patienten therapiert, aber dennoch von diesen räumlich getrennt wurden.<sup>304</sup> Immer wieder wurden auch soldatische Patienten im St.Jürgen-Asyl in ihrem zivilen Arbeitsbereich tätig. So wurden Eduard S. und Franz H. in »Ellen« als Schneider tätig; Friedrich S., ausgebildeter Maler, betätigte sich entsprechend im Krankenhaus.<sup>305</sup> Die Arbeitstherapie, insbesondere die Praxis des unbezahlten Arbeitens, wurde von Patienten nicht ausschließlich positiv bewertet. So wurde in der Krankenakte Curt C.s notiert: »Äusserte [sic] vor einigen Tagen dem Arzt gegenüber, die Arbeit machte ihm Vergnügen. Dabei schimpfte er im Hause, dass die Arbeitskraft hier ausgenützt würde, man ginge körperlich u. geistig zugrunde.«<sup>306</sup>

Paul Lerner deutet die Anwendung der Arbeitstherapie im Ersten Weltkrieg bei militärischen Patienten als Zeichen einer Politik, die die Soldaten auf ihre Arbeitsfähigkeit reduzierte.<sup>307</sup> Die Anwendung der Arbeitstherapie bei allen Patientengruppen des St.Jürgen-Asyls zeigt jedoch, dass die Arbeitsfähigkeit eines Patienten nicht nur bei männlichen militärischen, sondern auch bei zivilen Patienten eine Rolle spielte. Sie ist damit nicht Ausdruck einer spezifischen ärztlichen Wahrnehmung psychisch kranker Soldaten.

---

301 Krankenakte Lorenz St., Alt-Archiv am Klinikum Bremen-Ost, A 88-14.

302 Vgl. ENGELBRACHT/TISCHER 1990: 7.

303 Vgl. GILDEMEISTER 1954: 20.

304 Vgl. Krankenakte Johannes F., Alt-Archiv am Klinikum Bremen-Ost, A 93-28.

305 Vgl. Krankenakte Eduard S., Alt-Archiv am Klinikum Bremen-Ost, A 88-22, Krankenakte Franz H., Alt-Archiv am Klinikum Bremen-Ost, A 94-8 sowie Krankenakte Friedrich S., Alt-Archiv am Klinikum Bremen-Ost, A88-19.

306 Vgl. Krankenakte Curt C., Alt-Archiv am Klinikum Bremen-Ost, A 93-4.

307 Vgl. LERNER 2003 a: 131.

### 5.2.3 Dauerbadbehandlung und feuchte Packung

Weitaus unangenehmer für den Patienten als die Arbeitstherapie war die sogenannte Dauerbadbehandlung, mit der insbesondere unruhige Kranke wieder »beruhigt« werden sollten. Zurückgehend auf den – durchaus als positiv zu bezeichnenden – Gedanken der Entspannung im Bad wurden Patienten in warmen Bädern therapiert. Im Erdgeschoss der einzelnen Pavillonbauten des Ellener Krankenhauses gab es eigene Räume mit je vier Badewannen zur Behandlung von Kranken. Die Anwendung lief folgendermaßen ab: Zunächst wurde die Haut des Patienten mit Vaseline eingerieben, um ihr Aufweichen im Badewasser zu verhindern. Die Wannen wurden mit warmem Wasser gefüllt; eine Wandtafel wies das Pflegepersonal darauf hin, dass die Temperatur des Badewassers vor jedem Bad gemessen werden müsse. Erwünscht war eine Temperatur von 35–37°C, die während des Badevorgangs immer wieder vom Pflegepersonal kontrolliert wurde. Der Badevorgang dauerte an, bis der Patient ruhiger geworden war, im Einzelfall bis zu acht Tagen.<sup>308</sup> In der Vorkriegszeit waren für gewöhnlich, so Delbrück 1907, die Dauerbäder auch nachts in Betrieb.<sup>309</sup>

Durch den ständigen Betrieb und die sich entwickelnde Wärme müssen die Bedingungen in den Räumlichkeiten sehr unangenehm gewesen sein. So berichtete die Medizinalkommission im Jahr 1914: »In den mit mehreren Dauerbädern besetzten Räumen herrscht ständig eine (auch durch fleißiges Lüften nicht zu beseitigende) feuchtwarme (Treibhaus-) Luft. Verlässt man dieselben und tritt man in den Krankensaal zurück, so atmet man förmlich auf, und wir glauben, dass dieser Umstand wohl geeignet ist, die geistige Spannkraft des Pflegepersonals – für welches der Dienst in diesen Räumen schon an sich ein besonders schwerer ist – zu schädigen.«<sup>310</sup> Die Dienstzeit dauere daselbst von 9:30 morgens bis 7 Uhr abends. Der Dienst wurde in selbigem Jahr von einer Person erledigt. Zwischen April 1914 und April 1915 wurden Lichtzeichen an den Badewannen angebracht, »welche eine Überhitzung des Badewassers durch automatische Regulierung unmöglich machen sollen.«<sup>311</sup> Denn 1913 und 1914 war es im St.Jürgen-Asyl zu je einem Todesfall infolge zu heißer Temperatur des Badewassers gekommen.<sup>312</sup>

Ziel dieser Methode war die Beruhigung eines Patienten. Der Begriff der Unruhe war jedoch auch hier dehnbar. So war im Jahr 1918 der erst 18-jährige Soldat (Musketier) Heinrich Sch. in »Ellen« untergebracht. Gegen Sch. lief ein Verfahren wegen Einbruchs sowie Urlaubsüberschreitung und »Preisgabe von

308 Vgl. ebd.

309 Vgl. DELBRÜCK 1907: 273.

310 Vgl. StAB, 3-M.1.t.2. Nr. 112, Akte betr. Berichte des Gesundheitsrats über die Besichtigung des St.Jürgen-Asyls.

311 StAB, 4,21–573, Akte betr. Oeffentliche Irrenanstalten, Bd. 2. 1914–1927

312 Vgl. StAB, 4,21 – 573. Akte betr. Oeffentliche Irrenanstalten, Bd. 2. 1914–1927.

Dienstgegenständen«. Bei der klinischen Untersuchung durch Anstaltsdirektor Delbrück wollte er keine Auskunft zu seinen Straftaten geben. In seiner Krankenakte wurde notiert: »Erzählte seine Straftaten den Mitpatienten, wollte sich dem Arzt gegenüber nicht daran erinnern, wohl aber nach 24 Std. Dauerbad.«<sup>313</sup> Deutlich tritt hier der der Dauerbadbehandlung immanente Bestrafungs- und Erziehungscharakter zum Vorschein. Dieser Bestrafungscharakter war durchaus im Sinne des Erfinders der Behandlungsmethode, Wilhelm Weichbrodt.<sup>314</sup> Doch primär war diese Methode langfristig ausgerichtet, im St.Jürgen-Asyl wurde sie bereits in der Vorkriegszeit angewandt.<sup>315</sup>

Im Ersten Weltkrieg wurde die Dauerbadbehandlung im St.Jürgen-Asyl insgesamt selten angewandt. Nur etwa ein Zehntel aller Patienten wurde mit dieser Methode behandelt; dabei wurde nicht hinsichtlich des sozialen Standes oder der Militärzugehörigkeit differenziert. Auffallend ist lediglich, dass kein Offizier mit dieser Methode behandelt wurde. Trotz des ihr immanenten Bestrafungscharakters war das Ziel somit nicht die Wiederherstellung der Kriegsverwendungsfähigkeit von Soldaten.

Dies bestätigt die kaum vorhandene Anwendung der Feuchten Packung:<sup>316</sup> Ebenfalls um die Jahrhundertwende war eine weitere Therapiemethode zur Beruhigung von Patienten entwickelt worden. Diese wurden am ganzen Körper in feuchtwarme Tücher eingewickelt, die sich beim Trocknen zusammenzogen und dadurch ein äußerst unangenehmes Gefühl bewirkten. Auch sie dienten primär der Behandlung unruhiger Kranker. So hieß es bei Martha B.: »Des Nachts sehr unruhig, kletterte auf d. Fensterbank kroch unter die Betten, rutschte auf dem Boden. Bei der Packung wehrte sie sich sehr, schlug die Schwestern.«<sup>317</sup> Am Tag zuvor war notiert worden: »War abends sehr unruhig, kroch unter den Betten herum, störte die anderen Pat. – Kommt in Packung.«<sup>318</sup> Im Krieg wurde diese Methode jedoch beinahe gar nicht angewandt: Nicht mal fünf Prozent der Patienten wurden mit dieser Methode therapiert, auch standen nicht Soldaten im Fokus ihrer Anwendung. Wenn die feuchte Packung angewandt wurde, dann meist bei Patienten unterer Klassen.

---

313 Krankenakte Heinrich Sch., Alt-Archiv am Klinikum Bremen-Ost, A 113/5.

314 Weichbrodt wandte das Dauerbad bei soldatischen Patienten an, die auch nach mehrfacher »Aufforderung« [sic] noch nicht gesund geworden waren. Er sah im Dauerbad einen eindeutig strafenden Charakter und erklärte seinen Patienten, ihre Störungen deuteten auf einen krankhaften Willen hin. Würde es ihnen in den nächsten Tagen nicht gelingen, Herrschaft über ihren Willen zu bekommen, kämen sie so lange ins Dauerbad, bis sich Besserung einstelle (vgl. RIEDESSER/VERDERBER 1996: 62).

315 Vgl. ENGELBRACHT/TISCHER 1990: 54.

316 Vgl. ENGELBRACHT/TISCHER 1990: 54 f. et al.

317 Krankenakte Martha B., Alt-Archiv am Klinikum Bremen-Ost, Jahrgang 1918.

318 Ebd.

Medikamente wurden hingegen kaum zur Behandlung verabreicht, nur in seltenen Fällen wurden allgemein beruhigende Mittel wie Hyoscin gegeben. Erst im Jahr 1952 setzte mit der Entwicklung von Megaphen (Chlorpromazin) das Zeitalter der pharmazeutischen Behandlung von Patienten in der Psychiatrie ein.

Auffallend ist, dass Soldaten, zivile männliche und weibliche Patienten im Elener Krankenhaus mit annähernd den gleichen Behandlungsmethoden therapiert wurden: Ziel der psychiatrischen Behandlung war es im St.Jürgen-Asyl somit nicht, Soldaten möglichst schnell wieder dem Krieg zuzuführen.

So unangenehm und teils grausam sich diese Behandlungsmethoden heutzutage anhören – es handelte sich bei allen im St.Jürgen-Asyl angewandten Behandlungsmethoden um zeitgenössisch populäre Verfahren, deren Ziel in erster Linie die Beruhigung des Patienten war. Sie galten als langfristig wirksam. Eine Verarbeitung gleich welcher, ob an Front oder »Heimatfront« erlittenen, Kriegserlebnisse konnte mit diesen Methoden jedoch nicht stattfinden. Hierzu wären psychotherapeutische oder psychoanalytische Verfahren geeignet gewesen. Diese fassten in der praktischen Psychiatrie jedoch erst ab den 1950er-Jahren Fuß.<sup>319</sup> Die fehlende Anwendung psychotherapeutischer Verfahren ist den Bremer Ärzten nicht zum Vorwurf zu machen, denn diese handelten entsprechend zeitgenössisch modernen Vorstellungen und waren auf die Anwendung als langfristig geltender Therapiemethoden bedacht.

---

319 Vgl. ENGELBRACHT, Gerda (2004): Von der Nervenlinik zum Zentralkrankenhaus Bremen-Ost. Bremer Psychiatriegeschichte 1945–1977, Bremen: Edition Temmen. Hier S. 126f. Vgl. zur Entwicklung psychotherapeutischer Verfahren im St.Jürgen-Asyl auch BUDER, Hildegard (1954): Die psychotherapeutische Ausbildung, in: SCHULTE, Heinrich (Hrsg., 1954): Die Bremische Nervenlinik 1904–1954, Bremen: Selbstverlag der Städtischen Nervenlinik. S. 183–190. Vgl. zur Psychoanalyse im Ersten Weltkrieg BÜTTNER, Peter (1975): Freud und der Erste Weltkrieg. Eine Untersuchung über die Beziehung von medizinischer Theorie und gesellschaftlicher Praxis der Psychoanalyse, Heidelberg: o. V.

## 6 Fazit: Versuch einer Einordnung

Was hieß nun Medizin im Krieg für die Ärzte des Bremer St.Jürgen-Asyls? Bewegten sie sich ihrer Auffassung nach im Krieg? Wie verstanden sie ihr eigenes ärztliches Handeln unter den Bedingungen der »Urkatastrophe des 20. Jahrhunderts« (George F. Kennan)? Die Bremer Ärzte, so lässt sich sagen, nahmen keine prinzipielle Verschiedenheit zwischen der Verursachung psychischer Krankheit im Krieg und in Friedenszeiten an. Seelische Erkrankungen von Soldaten führten sie nicht auf die Besonderheiten des Ersten Weltkrieges, sondern oftmals auf andere Ereignisse zurück, die in keinem inhaltlichen Zusammenhang mit dem Krieg standen, sondern vielmehr zufällig im Krieg stattfanden. Sie vertraten die Auffassung, die gleiche Arbeit zu tun, die sie sonst getan hätten, nur jetzt fände diese Arbeit im Krieg statt. Sie aber verhielten sich prinzipiell neutral zu diesem Krieg. Dies ermöglichte ihnen die Wahrnehmung ihrer Psychiatrie als »Friedenspsychiatrie« unter den Bedingungen des Krieges. Der Krieg war zum Alltag geworden; dass es die Spezifika des Krieges selbst waren, die psychische Erkrankung verursachten, wurde nicht reflektiert.

Doch unterschied sich das St.Jürgen-Asyl zwischen 1914 und 1918 in wesentlicher Hinsicht von im öffentlichen militärpsychiatrischen Diskurs formulierten Auffassungen. Gerade die Auseinandersetzung mit psychiatrischen Behandlungsmethoden in »Ellen« zeigt, dass die Ausrichtung eines zivilen Krankenhauses vor Kriegsbeginn für seine psychiatrische Praxis im Krieg ausschlaggebend war. Im bremischen psychiatrischen Krankenhaus wurden vorhandene Disziplin- und Befehlsstrukturen fortgeführt, eine grundsätzliche Umstellung der Psychiatrie erfolgte weder hinsichtlich der Einstellungen noch hinsichtlich angewandter Behandlungsmethoden. Die medizinischen Auffassungen und die angewandten Behandlungsmethoden lesen sich so als Fortführung schon vor dem Krieg veriteter Auffassungen. In den Augen der Bremer Ärzte fand Psychiatrie damit im Krieg zu den Bedingungen der Vorkriegszeit statt: Es erfolgte keine explizite, von den Ärzten intendierte Umstellung der Psychiatrie von einer Friedens- auf eine Kriegspsychiatrie. Möglicherweise war es auch gerade das Fehlen dieser Auseinandersetzung mit dem Krieg auch nach 1918, das die Geschehnisse – die Zwangssterilisationen, die Krankentötungen im Rahmen der sogenannten Aktion T4, das Hungersterben etc. – der Psychiatrie im Nationalismus ermöglichte.



# 7 Bibliographie

## 7.1 Archivalische Quellen

### 7.1.1 Alt-Archiv am Klinikum Bremen-Ost

#### 7.1.1.1 Krankenakten weiblicher Patienten

Theodora Sch. geb. J., Jahrgang 1914; Anna K. geb. R., Jahrgang 1914; Marie H. geb. Sch., Jahrgang 1914; Maria R., Jahrgang 1915; Elisabeth K. geb. G., Jahrgang 1915; Catharina Sch., Jahrgang 1915; Luisa M. geb. K., Jahrgang 1915; Johanne L. geb. L., Jahrgang 1915; Maria K. geb. O., Jahrgang 1915; Elisabeth Sch. geb. T., Jahrgang 1915; Gesine Sch. geb. H., Jahrgang 1915; Alwina P. geb. W., Jahrgang 1915; Ida I., Jahrgang 1915; Anna V. geb. R., Jahrgang 1915; Adele H. geb. V., Jahrgang 1915; Eleonore Sch., Jahrgang 1916; Bertha J. geb. E., Jahrgang 1916; Maria H. geb. S., Jahrgang 1916; Christina F. geb. H., Jahrgang 1916; Anna W. geb. B., Jahrgang 1916; Anna S. geb. D., Jahrgang 1916; Hedwig F. geb. G., Jahrgang 1916; Anna S. geb. G., Jahrgang 1916; Anna M. geb. M., Jahrgang 1916; Margaretha R. geb. D., Jahrgang 1916; Elisabeth Sch. geb. T., Jahrgang 1916; Anna Sch. geb. B., Jahrgang 1916; Wilhelmine G. geb. H., Jahrgang 1916; Gesine C. geb. D., Jahrgang 1916; Erna W. geb. W., Jahrgang 1916; Meta O. geb. M., Jahrgang 1916; Johanne B. geb. H., Jahrgang 1916; Frieda B. geb. B., Jahrgang 1916; Elisabeth I. geb. L., Jahrgang 1916; Rosa H. geb. E, Jahrgang 1916; Anna K. geb. M., Jahrgang 1916; Johanne K. geb. R., Jahrgang 1916; Gesine L. geb. A., Jahrgang 1916; Helene K. geb. B., Jahrgang 1916; Carolina G. geb. R., Jahrgang 1916; Maria H. geb. Sch., Jahrgang 1917; Käthe M. geb. B., Jahrgang 1917; Erna Sch. geb. K., Jahrgang 1917; Christina H. geb. H., Jahrgang 1917; Doretta G. geb. A., Jahrgang 1917; Anna I. geb. Sch., Jahrgang 1917; Friederike C. geb. F., Jahrgang 1917; Elisabeth L., Jahrgang 1917; Rosalie B., Jahrgang 1917; Johanne G. geb. P., Jahrgang 1917; Mathilda H., Jahrgang 1917; Hermanda S. geb. B., Jahrgang 1918; Erna Sch., Jahrgang 1918; Ida F., Jahrgang 1918; Gottlieba G. geb. T., Jahrgang 1918; Anna H. geb. H., Jahrgang 1918; Dorothea H., Jahrgang 1918; Elisabeth Sch. geb. Z., Jahrgang 1918; Martha B., Jahrgang 1918; Johanna A., Jahrgang 1918; Anna C. geb. D., Jahrgang 1918; Johanna M., Jahrgang 1918; Gertrud K. geb. M., Jahrgang 1918; Sophia K., Jahrgang 1918; Weerdine L., Jahrgang 1918; Gesine D. geb. R., Jahrgang 1918; Adele Sch. geb. B., Jahrgang 1918; Martha Sch. geb. E., Jahrgang 1918; Elisa Sch. geb. S., Jahrgang 1918; Gesche S.

geb. D., Jahrgang 1918; Henriette Gerhardina P., Jahrgang 1919; Christina H. geb. L., Jahrgang 1919; Anna Sch. geb. P., Jahrgang 1919; Charlotte S. geb. H., Jahrgang 1919; Katharina A. geb. E., Jahrgang 1919; Anna Sch., Jahrgang 1920; Anna Augusta M. geb. N., Jahrgang 1920; Augusta K. geb. N., Jahrgang 1920; Henriette W., Jahrgang 1922; Antonia Sch. geb. M., Jahrgang 1922; Friederika O. geb. N., Jahrgang 1922; Louisa S., Jahrgang 1923; Maria G., Jahrgang 1925; Elisabeth Sch. geb. S., Jahrgang 1925; Sophia B. geb. F., Jahrgang 1926; Maria W., Jahrgang 1928; Elisabeth Z., Jahrgang 1929; Henrietta W. geb. D., Jahrgang 1929; Elisabeth W. geb. R., Jahrgang 1931; Doretta F. geb. B., Jahrgang 1931; Maria K., Jahrgang 1938; Elsa M., Jahrgang 1943.

### 7.1.1.2 Krankenakten männlicher Patienten

Johannes N., A 73/4; Hermann F., A 74/4; Ulfart G., A 74/18; Ernst D., A 77/6; Carl P., A 82/4; Heinrich R., A 82/7; Rudolf Sch., A 82/14; Unbekannt, A 83/3; Wilhelm W., A 83/11; Alois H., A 84/8; Franz H., A 84/8; Franz v. d. H., A 84/9; Gerhard H., A 84/10; Theodor ., A 84/11; Otto H., A 84/13; Carl H., A 84/16; Oswald R., A 86/16; Willi R., A 86/17; Friedrich R., A 86/19; Wilhelm R., A 86/20; Heinrich R., A 87/1; Michael R., A 87/2; Karl R., A 87/3; Hermann/Andreas R., A 87/5; Karl Sch., A 87/8; Heinrich Sch., A 87/11; Heinrich Sch., A 87/13; Karl Sch., A 87/14; Friedrich Sch., A 87/15; Theodor Sch., A 87/25; Hermann Sch., A 87/26; Willy Sch., A 87/27; Bernhard S., A 87/32; Otto S., A 88/1; Joseph H., A 88/2; Karl S., A 88/4; Franz Xaver S., A 88/7; Conrad S., A 88/9; Hermann S., A 88/10; Georg S., A 88/12; Michael S., A 88/13; Lorenz S., A 88/14; Peter S., A 88/15; Hermann S., A 88/17; Friedrich S., A 88/19; Alfons S., A 88/21; Eduard S., A 88/22; Isidor S., A 88/24; Wilhelm W., A 88/27; Ernst T., A 88/30; Friedrich T., A 89/2; August T., A 89/5; Arthur V., A 89/10; Adolf W., A 89/28; Anton W., A 89/30; Wilhelm W., A 89/32; Bernhard W., A 89/34; Fritz W., A 89/35; Gustav H., A 90/6; Robert H., A 90/9; Hermann H., A 90/10; Philipp H., A 90/13; Franz H., A 90/14; Paul H., A 90/15; Clemens H., A 90/16; Theodor H., A 90/18; Otto H., A 90/27; Heinrich H., A 90/28; Paul H., A 90/33; Stanislaus J., A 91/4; Stanislaus K., A 91/7; Philipp K., A 91/12; Hugo K., A 91/14; Carl B., A 91/15; Emanuel K., A 91/16; Karl K., A 91/21; Heinrich A., A 91/27; Karl A., A 91/28; Otto A., A 91/31; Rudolf A., A 91/32; Friedrich B., A 91/33; Johann B., A 92/1; Anton B., A 92/5; Hans B., A 92/7; Friedrich B., A 92/8; Walter B., A 92/11; Otto B., A 92/14; Heinrich B., A 92/18; Heinrich B., A 92/19; Lorenz B., A 92/22; Paul B., A 92/24; Alois B., A 92/27; Ernst B., A 92/28; Wilhelm B., A 92/29; Johann B., A 93/1; Wilhelm B., A 93/2; Curt C., A 93/4; Otto D., A 93/7; Johann D., A 93/10; Hermann D., A 93/11; Ernst D., A 93/15; Johann D., A 93/18; Herbert E., A 93/21; Johann E., A 93/22; Johannes F., A 93/28; Carl F., A 93/29; Hermann G., A 95/1; Friedrich G., A

95/3; Wilhelm G., A 95/4; Ludwig G., A 95/5; Heinrich K., A 95/14; Johann K., A 95/15; Gustav K., A 95/16; Rudolf K., A 95/18; Heinrich K., A 95/27; Paul L., A 95/31; Hermann B., A 97/4; Paul B., A 97/17; Isidor B., A 97/26; Joseph L., A 98/2; Wilhelm M., A 98/4; Peter M., A 98/6; Karl M., A 98/9; Karl M., A 98/11; Heinrich M., A 98/14; Heinrich M., A 98/15; Rusma M., A 98/19; Willi M., A 98/20; August M., A 98/21; Johann N., A 98/22; Adolf N., A 98/23; Wilhelm C., A 98/25; Georg O., A 99/2; Max O., A 99/5; Friedrich P., A 99/6; Christian P., A 99/7; Heinrich P., A 99/8; Carl P., A 99/11; Franz P., A 99/16; Georg R., A 99/17; Franz D., A 99/19; Robert D., A 99/21; Felix E., A 99/24; Karl E., A 99/25; Otto F., A 100/7; Franz G., A 100/9; Franz G., A 100/12; Willi Sch., A 100/13; Eduard G., A 100/14; Albert H., A 100/18; Joseph H., A 100/22; Fritz H., A 100/29; Hermann H., A 100/30; Josef K., A 101/5; Iwan K., A 101/17; Wilhelm B., A 101/22; Josef S., A 101/23; Karl B., A 101/25; Hermann Sch., A 102/2; Abraham Sch., A 102/4; Stanislaus D., A 102/6; Konrad K., A 102/12; Peter M., A 102/14; Georg K., A 102/15; August Sch., A 102/16; Paul W., A 102/18; Paul Z., A 102/19; Karl S., A 102/27; Alwin R., A 102/33; Heinrich Sch., A 103/1; Adolf R., A 103/3; Theodor S., A 103/5; Fritz S., A 103/6; Walter S., A 103/9; Hermann Sch., A 103/11; Walter Sch., A 103/16; Walter Sch. A 103/18; Christian Sch., A 103/25; Georg Sch., A 103/26; Johann R., A 103/28; Felix M., A 104/10; Otto M., A 104/11; Otto M., A 104/12; Wilhelm S., A 104/13; Martin S., A 104/14; Wilhelm S., A 104/16; Hermann S., A 104/17; Hinrich T., A 104/19; Franz T., A 104/22; Friedrich V., A 104/24; Alwin W., A 104/28; Georg W., A 104/33; Otto L., A 105/3; Heinrich H., A 105/6; August M., A 105/8; August K., A 105/11; Johann K., A 105/17; Heinrich K., A 105/18; Hermann K., A 105/19; Hugo L., A 105/21; Hinrich K., A 105/25; Eduard K., A 105/26; Moustafa S., A 105/28; Paul K., A 106/2; Heinrich K., A 106/3; Dietrich K., A 106/4; Gustav L., A 106/5; Heinrich L., A 106/7; Adolf L., A 106/12; Diedrich L., A 106/18; Johann A., A 106/19; Eugen A., A 106/20; Ludwig B., A 106/22; Heinrich K., A 106/30; Artur B., A 108/10; Hinrich B., A 108/11; Simon B., A 108/16; Conrad B., A 108/18; Oskar B., A 108/19; Johann B., A 108/20; Heinrich B., A 108/22; Hermann C., A 109/2; Heinrich C., A 109/4; Franz D., A 109/5; Ludwig D., A 109/7; Walter E., A 109/9; Friedrich F., A 109/15; Ernst G., A 109/20; Hermann G., A 109/26; Rudolf O., A 111/1; Edwin P., A 111/4; August M., A 111/16; David R., A 111/17; Karl M., A 111/23; Otto M., A 111/26; Hermann M., A 112/2; Hans M., A 112/7; Otto M., A 112/8; Hinrich P., A 112/9; Carl N., A 112/10; Hans O., A 112/11; Theodor P., A 112/12; Wilhelm P., A 112/13; Ludwig P., A 112/15; Wilhelm P., A 112/16; Heinrich R., A 113/2; Heinrich Sch., A 113/5; Karl Sch., A 113/7; Oswald Sch., A 113/10; Robert Ritter S. von L., A 113/11; Gerhard Sch., A 113/13; Johannes Sch., A 113/16; Theodor S., A 113/25; Emil W., A 114/7; Hermann W., A 114/12; Hans W., A 114/19; Johannes J., A 114/24; Hermann M., A 115/28; Heinrich M., A 115/30;

Otto M., A 115/32; Eduard H., A 116/1; Edmund H., A 116/6; Wilhelm E., A 116/11; Ignatz F., A 116/16; Rudolf L., A 117/1; Karl L., A 117/2; August L., A 117/3; Joseph L., A 117/4; Wilhelm L., A 117/5; Otto L., A 117/7; Ignatz L., A 117/9; Johannes K., A 117/14; Rochus K., A 117/16; Diedrich H., A 117/24; Otto G., A 117/28; Franz K., A 117/29; Ludwig G., A 117/31; Paul G., A 117/36; Otto N., A 118/3; Wilhelm R., A 118/10; Ernst M., A 118/15; Johann M., A 118/16; Ludwig M., A 118/21; Theodor M., A 118/23; Wilhelm M., A 118/24; Franz M., A 118/25; Friedrich M., A 118/29; Friedrich M., A 118/31; Johann K., A 118/33; Heinrich K., A 118/34; Reinhold S., A 120/4; Fritz V., A 120/19; Hermann D., A 121/1; Hermann W., A 121/21; Rudolf A., A 122/1; Martin A., A 122/3; Justus B., A 122/9; Johann B., A 122/14; Heinrich B., A 122/18; Robert B., A 122/19; Wilhelm B., A 122/20; Angelo C., A 122/22; Fritz Sch., A 129/29; Heinrich W., A 130/16; Friedrich M., A 204/21; Friedrich L., A 218/4.

### **7.1.2 Archiv des Krankenhaus-Museums am Klinikum Bremen-Ost, Bremen**

- [ohne Titel] [Einstellungen und Entlassungen von Pflegepersonal des St.Jürgen-Asyls zwischen dem 1. April 1900 und dem 18. Juli 1917].
- [ohne Titel] [An- und Abmeldung von Pflegepersonal des St.Jürgen-Asyls bei Krankenkassen seit 1904].
- Stammlisten des St.Jürgen-Asyls, 1912–1920.

### **7.1.3 Staatsarchiv Bremen**

- StAB, 3-B.4.k.2 Nr. 70, Akte betr. Kriegsteuerungszulage der Assistenzärzte.
- StAB 3-M.1.a. Nr. 130, Akte, betr. den Erlass einer neuen Medizinalordnung für die Freie Hansestadt Bremen.
- StAB 3-M.1.a. Nr. 140 (1): Aktenverzeichnis: Verhütung erbkranken Nachwuchses.
- StAB 3-M.1.t.1. Nr. 56, Acta, betr. Aufnahme bremischer Kranker in die Irrenanstalt des Landes Lippe (Lindenhaus bei Lemgo).
- StAB, 3-M.1.t.2. Nr. 36, Acta, betr. die ärztliche Aufsicht über die bei Privaten in Ellen und Umgegend untergebrachten Geisteskranken, Lieferung von Arzneimitteln an für dieselben sowie Unterbringung Geisteskranker bei verheirateten Pflegern des St.Jürgen-Asyls. Anzeigeerstattung der Behörde vor der Aufnahme von Geisteskranken.

- StAB, 3-M.1.t.2. Nr. 112, Acta, betr. Berichte des Gesundheitsrats über die Besichtigung des St.Jürgen-Asyls.
- StAB, 3-M.1.t.2. Nr. 118, Akte, betr. Beschwerde des im St.Jürgen-Asyl internierten K. V[...] über den Arzt Dr. Husemann wegen Körperverletzung.
- StAB, 3-M.1.t.2. Nr. 123, Akte, betr. Beschwerde des Friedrich B[...] über angeblich ungehörige Behandlung im St.Jürgen-Asyl.
- StAB, 3-M.1.t.2. Nr. 126, Akte, betr. Verträge zwischen dem St.Jürgen-Asyl und dem Reserve-Lazarett I wegen Aufnahme erkrankter Militärpersonen in einer Abteilung des Asyls, und zwischen Direktor Dr. Delbrück und dem Reserve-Lazarett I wegen Verpflichtung des Dr. Delbrück als ordinierender Arzt der Abteilung.
- StAB, 3-M.1.t.2. Nr. 130, Akte, betr. Aufnahme von Patienten aus dem Sanatorium des Dr. Benning in Oberneuland in das St.Jürgen-Asyl in Ellen.
- StAB, 3-M.1.w.2. Nr. 26, Acta, betr. Tarifsätze der Krankenanstalt und des St.Jürgen-Asyls, auch Gestattung des Honorars von Privat- und fremden Separatkranken an die leitenden Ärzte dieser Anstalten.
- StAB, 3-M.1.w.2. Nr. 137: Akte, betr. Verpflegungszuschüsse für verwundete Soldaten in der Krankenanstalt und dem St.Jürgen-Asyl.
- StAB, 3-M.1.w.2. Nr. 148, Akte, betr. Die Versorgung des St.Jürgen-Asyls mit Heizmaterial.
- StAB, 3-M.2.h.2. Nr. 23 – 41, Akte, betr. die Gliederung der hiesigen Reserve-Lazarette I, II und III.
- StAB 3-M.2.h.2.Nr.24/643./ Senatsprotokoll.
- StAB 3-M.2.h.2.Nr.24/643, Bekanntmachung wegen Einrichtung einer Geschäftsstelle für Krankenernährung.
- StAB, 3-M.2.h.2.Nr.24 /643, »Merkblatt für die Aerzte. Richtlinien für die Ausstellung von Zeugnissen durch den behandelnden Arzt zwecks Sonderzuweisung von Nahrungsmitteln für Kranke«
- StAB, 4,21 – 61, Akte betr. Kriegsteuerungszuslagen an Beamte und Angestellte 1915 – 1920.
- StAB, 4,21 – 223, Akte betr. Pflegesätze in den städtischen und gemeinnützigen Krankenanstalten.
- StAB, 4,21 – 572. Akte betr. Oeffentliche Irrenanstalten, Bd. 1. 1895 – 1913.
- StAB, 4,21 – 573. Akte betr. Oeffentliche Irrenanstalten, Bd. 2. 1914 – 1927.

## 7.2 Gedruckte Quellen und Literatur

- ABRAHAM, Karl (1919): Erstes Koreferat, in: Zur Psychoanalyse der Kriegsneurosen, Leipzig, Wien: Internationaler Psychoanalytischer Verlag. S. 31–41.
- ADAMS, Mark B. (1990): The Wellborn Science. Eugenics in Germany, France, Brazil, and Russia, New York: Oxford University Press.
- »Anton Delbrück«, in: Bremer Nachrichten vom 27.03.1927.
- Anonymus (1934): Sanitätsbericht über das Deutsche Heer (Deutsches Feld- und Besatzungsheer) im Weltkriege 1914/1918 (Deutscher Kriegssanitätsbericht 1914/18), 3. Band: Die Krankbewegung bei dem Deutschen Feld- und Besatzungsheer im Weltkriege 1914/1918, Berlin: Verlag von E. G. Wittler und Sohn.
- Anonymus (1927): Prof. Dr. Anton Delbrück. Zur Erinnerung an seinen Abschied von Ellen, Bremen: Traktathaus-Druckerei.
- Anonymus (1919): Infanterie-Regiment Bremen im Felde 1914–1918, Bremen: Franz Leuwer.
- Anonymus (1916): Militär-Strafgesetzbuch für das Deutsche Reich mit Abdruck der einschlägigen Bestimmungen des Reichsstrafgesetzbuches, Berlin: J. Guttentag, Verlagsbuchhandlung GmbH.
- Anonymus (1915): Zentral-Hilfs-Ausschuß vom roten Kreuz in Bremen. Seine Organisation und Tätigkeit vom 1. August 1914 bis 31. Januar 1915, Bremen: Verlag von Franz Leuwer.
- Anonymus (1914): Kriegssanitätsordnung vom 28. September 1907, München: J. F. Lehmann.
- Anonymus (1914): Staats-Handbuch der freien [sic] Hansestadt Bremen auf das Jahr 1914, Bremen.
- Anonymus (1909): Dienstanweisung zur Beurteilung der Militärdienstfähigkeit und zur Ausstellung von militärärztlichen Zeugnissen vom 9. Februar 1909, Berlin: Ernst Siegfried Mittler und Sohn.
- Ärztliche Berichte über die Wirksamkeit des St. Jürgen-Asyls für Geistes- und Nervenranke in Ellen (Bremen) bei Hemelingen 1904–1919.
- BAADER, Gerhard (1991): Sozialdarwinismus – Vernichtungsstrategien im Vorfeld des Nationalsozialismus, in: Fachschaft Medizin der Philipps-Universität Marburg (Hrsg., 1991): »Bis endlich der langersehnte Umschwung kam ...« Von der Verantwortung der Medizin unter dem Nationalsozialismus, Marburg: Schüren Presseverlag. S. 21–35.
- BAADER, Gerhard (1989): Rassenhygiene und Eugenik. Vorbedingungen für die Vernichtungsstrategien gegen sogenannte »Minderwertige« im Nationalsozialismus, in: BLEKER, Johanna/Norbert JACHERTZ (Hrsg., 1989): Medizin im Dritten Reich, Köln: Deutscher Ärzte-Verlag GmbH. S. 22–29.
- BAER, Rolf (1998): Die Entwicklung einer psychiatrischen Systematik, in: DERS. (Hrsg., 1998): Themen der Psychiatriegeschichte, Stuttgart: Ferdinand Enke. S. 3–34.
- BAHLMANN, H[...] (1954): Auswirkungen der Kriegs- und Nachkriegsverhältnisse im Lichte der psychiatrischen Aufnahme-statistik, in: SCHULTE, Heinrich (Hrsg., 1954): Die Bremische Nervenlinik 1904–1954, Bremen: Selbstverlag der Städtischen Nervenlinik. S. 49–60.

- BAUMEISTER, Martin (2009): Heimatfront, in: HIRSCHFELD, Gerhard/Gerd KRUMEICH/Irina RENZ (Hrsg., 2009): Enzyklopädie Erster Weltkrieg, Paderborn u. a.: Ferdinand Schöningh. S. 993–994.
- BENNING, Geert (1936): Das Opium in der deutschen Psychiatrie des 19. Jahrhunderts. Eine gerichtsmedizinische Skizze, Göttingen: Gebr. Wurm GmbH.
- BIESOLD, Karl-Heinz (2010): Seelisches Trauma und soldatisches Selbstverständnis: Klinische Erfahrung aus psychiatrischer Sicht, in DÖRFLER-DIERKEN, Angelika/KÜMMEL, Gerhard (Hg.): Identität, Selbstverständnis, Berufsbild. Implikationen der neuen Einsatzrealität für die Bundeswehr, Wiesbaden, S. 101–120 et al.
- BIRNBAUM, Karl (1917): Kriegsneurosen und -psychosen auf Grund der gegenwärtigen Beobachtungen. Sammelbericht, in: Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie. Referate und Ergebnisse, 1917, Band XIV, Heft 3, S. 193–254.
- BLASIUS, Dirk (1980): Der verwaltete Wahnsinn. Eine Sozialgeschichte des Irrenhauses, Frankfurt/Main: Fischer Taschenbuch.
- BLEKER, Johanna (1987): Einleitung. Medizin im Dienst des Krieges – Krieg im Dienst der Medizin. Zur Frage der Kontinuität des ärztlichen Auftrages und ärztlicher Werthaltungen im Angesicht des Krieges, in: DIES./Heinz-Peter SCHMIEDEBACH (Hrsg., 1987): Medizin und Krieg. Vom Dilemma der Heilberufe 1865 bis 1985, Frankfurt/Main: Fischer Taschenbuch. S. 13–28.
- BONHOEFFER, Karl (1934): Psychopathologische Erfahrungen und Lehren des Weltkriegs, in: Münchener Medizinische Wochenschrift, 1934, nr. 81, 2. Hälfte, S. 1212–1215.
- BONHOEFFER, Karl (1917): Erfahrungen aus dem Kriege über die Ätiologie psychopathologischer Zustände mit besonderer Berücksichtigung der Erschöpfung und Emotion. Referat, erstattet auf der Kriegstagung des Deutschen Vereins für Psychiatrie zu München am 21. September 1916, in: Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, 1917, nr. 73, S. 77–95.
- BRAUN, Christina von (1988): Nicht Ich. Logik, Lüge, Libido, Frankfurt/Main: Neue Kritik.
- Bremer Kriegsschau in Wort und Bild, Bremen: Verlag Hugo Hagemeyer.
- BROCKS, Christine (2008): Die bunte Welt des Krieges: Bildpostkarten aus dem Ersten Weltkrieg 1914–1918, Essen: Klartext Verlag.
- BRÖCKLING, Ulrich (1998): Psychopathische Minderwertigkeit? Moralischer Schwachsinn? Krankhafter Wandertrieb? Zur Pathologisierung von Deserteuren im Deutschen Kaiserreich vor 1914, in: DERS./Michael SIKORA (Hrsg., 1998): Armeen und ihre Deserteure. Vernachlässigte Kapitel einer Militärgeschichte der Neuzeit, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. S. 161–186.
- BRÖCKLING, Ulrich/Michael SIKORA (1998): Einleitung, in: DIES. (Hrsg., 1998): Armeen und ihre Deserteure. Vernachlässigte Kapitel einer Militärgeschichte der Neuzeit, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. S. 7–15.
- BUDER, Hildegard (1954): Die psychotherapeutische Ausbildung, in: SCHULTE, Heinrich (Hrsg., 1954): Die Bremische Nervenlinik 1904–1954, Bremen: Selbstverlag der Städtischen Nervenlinik. S. 183–190.
- BUMKE, Oswald (1924): Kriegsneurosen. Allgemeine Ergebnisse, in: DERS./Otto FOERSTER (Hrsg., 1924): Handbuch der Neurologie. Ergänzungsband, Erster Teil. Berlin: Julius Springer. S. 54–71.
- BUSSEMER, Herrad-Ulrike (1998): Der Frauen Männerstärke. Geschlechterverhältnisse im Krieg (1914–1918), in: SPILKER, Rolf/Bernd ULRICH (Hrsg., 1998): Der Tod

- als Maschinist. Der industrialisierte Krieg 1914–1918, Bramsche: Rasch Verlag. S. 190–201.
- BÜTTNER, Peter (1975): Freud und der Erste Weltkrieg. Eine Untersuchung über die Beziehung von medizinischer Theorie und gesellschaftlicher Praxis der Psychoanalyse, Heidelberg: o. V.
- CHICKERING, Roger/Stig FÖRSTER (Hrsg., 2000): *Great War, Total War. Combat and Mobilization on the Western Front, 1914–1918*, Cambridge: Cambridge Univ. Press.
- CORNI, Gustavo (2009): Hunger, in: HIRSCHFELD, Gerhard/Gerd KRUMEICH/Irina RENZ (Hrsg., 2009): *Enzyklopädie Erster Weltkrieg*, Paderborn u. a.: Ferdinand Schöningh. S. 565–567.
- DAMMANN, Gerd (2001): *Zentralkrankenhaus Sankt-Jürgen-Strasse. »Mehr als ein großes Krankenhaus«. Vom Hospital zum Gesundheitszentrum. 1851–2001. Eine Chronik über mehr als 150 Jahre*, Bremen: Selbstverlag.
- DANIEL, Ute (2009): Frauen, in: HIRSCHFELD, Gerhard/Gerd KRUMEICH/Irina RENZ (Hrsg., 2009): *Enzyklopädie Erster Weltkrieg*, Paderborn u. a.: Ferdinand Schöningh. S. 116–134.
- DANIEL, Ute (2002): Zweierlei Heimatfronten: Weibliche Kriegserfahrungen 1914 bis 1918 und 1939 bis 1945 im Vergleich, in: THOß, Bruno/Hans-Erich VOLKMANN (Hrsg., 2002): *Erster Weltkrieg – Zweiter Weltkrieg. Ein Vergleich. Krieg, Kriegserlebnis, Kriegserfahrung in Deutschland*, Paderborn u. a.: Ferdinand Schöningh. S. 391–409.
- DANIEL, Ute (1993): Der Krieg der Frauen 1914–1918: Zur Innenansicht des Ersten Weltkriegs in Deutschland, in: HIRSCHFELD, Gerhard/Gerd KRUMEICH (Hrsg., 1993): *Keiner fühlt sich hier mehr als Mensch ... Erlebnis und Wirkung des Ersten Weltkriegs*, Essen: Klartext Verlag. S. 131–150.
- DANIEL, Ute (1988): Arbeiterfrauen in der Kriegsgesellschaft. Beruf, Familie und Politik im Ersten Weltkrieg, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- DAVIS, Belinda J. (2002): Heimatfront. Ernährung, Politik und Frauenalltag im Ersten Weltkrieg, in: HAGEMANN, Karen/Stefanie SCHÜLER-SPRINGORUM (Hrsg., 2002): *Heimat – Front. Militär und Geschlechterverhältnisse im Zeitalter der Weltkriege*, Frankfurt/Main, New York: Campus Verlag. S. 128–149.
- DELBRÜCK, Anton (1912): Das St. Jürgen-Asyl für Geistes- und Nervenranke in Ellen (Bremen) bei Hemelingen, in: BRESLER, Johannes (Hrsg., 1912): *Deutsche Heil- und Pflgeanstalten für Psychischkranke in Wort und Bild*, Band 2, Halle/Salle: Marhold. S. 67–81.
- DELBRÜCK, Anton (1907): Das St. Jürgenasyl für Geistes- und Nervenranke in Ellen (Bremen) bei Hemelingen, in: TJDEN, Hermann (Hrsg., 1907): *Bremen in hygienischer Beziehung*, Bremen: Gustav Winter. S. 264–275.
- DELBRÜCK, Anton (1897): *Gerichtliche Psychopathologie. Ein kurzes Lehrbuch für Studierende, Ärzte und Juristen*, Leipzig: Barth.
- DELBRÜCK, Anton (1888): Zur Lehre von der Kreuzung der Nervenfasern im Chiasma nervorum opticorum, in: *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, 1890, Nr. 21. S. 746–777.
- ›Degenerationslehre‹, in: SCHOTT, Heinz/Rainer TÖLLE (2006): *Geschichte der Psychiatrie. Krankheitslehren, Irrwege, Behandlungsformen*, München: C. H. Beck. S. 99–107.
- DÖRRIES, Andrea (1999 a): Der »Würzburger Schlüssel« von 1933 – Diskussionen um die Entwicklung einer Klassifikation psychischer Störungen, in: BEDDIES, Thomas/



- DIES. (Hrsg., 1999): Die Patienten der Wittenauer Heilstätten in Berlin 1919–1960, Husum: Matthiesen Verlag. S. 188–205.
- ECKART, Wolfgang U. (2005): Kriegsgewalt und Psychotrauma im Ersten Weltkrieg, in: DERS./Günter H. SEIDLER (Hrsg., 2005): Verletzte Seelen. Möglichkeiten und Perspektiven einer historischen Traumaforschung, Gießen: Psychosozial-Verlag. S. 85–106.
- ECKART, Wolfgang U. (2001): Kranke, Ströme, Strahlenfelder – Medizin und Elektrizität um 1900, in: SPILKER, Rolf (Hrsg., 2001): Unbedingt modern sein. Elektrizität und Zeitgeist um 1900. Eine Ausstellung des Museums Industriekultur Osnabrück, Bramsche: Rasch Verlag. S. 126–135.
- ECKART, Wolfgang U. (2000): »The Most Extensive Experiment that the Imagination Can Conceive«. War, Emotional Stress, and German Medicine, 1914–1918, in: CHICKERING, Roger/Stig FÖRSTER (Hrsg., 2000): Great War, Total War. Combat and Mobilization on the Western Front, 1914–1918, Cambridge: Cambridge University Press. S. 133–152.
- EGHIGIAN, Greg (1991): Die Bürokratie und das Entstehen von Krankheit. Die Politik und die »Rentenneurosen« 1890–1926, in: REULECKE, Jürgen/Adelheid GRÄFIN ZU CASTELL RÜDENHAUSEN (Hrsg., 1991): Stadt und Gesundheit. Zum Wandel von »Volksgesundheit« und kommunaler Gesundheitspolitik im 19. und frühen 20. Jahrhundert, Stuttgart: Franz Steiner. S. 203–224.
- EHRENREICH, Barbara/Deirdre ENGLISH (1976): Zur Krankheit gezwungen. Eine schichtenspezifische Untersuchung der Krankheitsideologie als Instrument zur Unterdrückung der Frau im 19. u. 20. Jahrhundert am Beispiel der USA, München: Verlag Frauenoffensive.
- EISSLER, Kurt Robert (1979): Freud und Wagner-Jauregg vor der Kommission zur Erhebung militärischer Pflichtverletzungen, Wien: Löcker Verlag.
- ENGELBRACHT, Gerda (2004): Von der Nervenlinik zum Zentralkrankenhaus Bremen-Ost. Bremer Psychiatriegeschichte 1945–1977, Bremen: Edition Temmen.
- ENGELBRACHT, Gerda (2002): Der tödliche Schatten der Psychiatrie. Die Bremer Nervenlinik 1933–1945, Bremen: Donat Verlag.
- ENGELBRACHT, Gerda/Achim TISCHER (1990): Das St. Jürgen-Asyl in Bremen. Leben und Arbeiten in einer Irrenanstalt 1904–1934, Bremen: Edition Temmen.
- EPKENHANS, Michael (1998): Kriegswaffen – Strategie, Einsatz, Wirkung, in: SPILKER, Rolf/Bernd ULRICH (Hrsg., 1998): Der Tod als Maschinist. Der industrialisierte Krieg 1914–1918, Bramsche: Rasch Verlag. S. 68–83.
- ERZBERGER, Christian (1998): Zahlen und Wörter. Die Verbindung quantitativer und qualitativer Daten und Methoden im Forschungsprozeß, Weinheim: Deutscher Studien Verlag.
- FAULSTICH, Heinz (1998): Hungersterben in der Psychiatrie 1914–1949. Mit einer Topographie der NS-Psychiatrie, Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- FICHTNER, Gerhard (1991): Krankenunterlagen als Quellen. Auswahl und Erschließung aus der Sicht der Forschung, in: Der Archivar, 1991, nr. 44, Heft 4, S. 549–558.
- FISCHER-HOMBERGER, Esther (2004): Die traumatische Neurose. Vom somatischen zum sozialen Leiden, Gießen: Psychosozial-Verlag.
- FISCHER-HOMBERGER, Esther (1978): Aus der Medizingeschichte der Einbildungen, in: Dies. (1979): Krankheit Frau und andere Arbeiten zur Medizingeschichte der Frau, Bern, Stuttgart, Wien: Hans Huber. S. 106–155.

- FISCHER-HOMBERGER, Esther (1974/1978): Krankheit Frau – aus der Geschichte der Menstruation in ihrem Aspekt als Zeichen eines Fehlers, in: DIES. (1979): Krankheit Frau und andere Arbeiten zur Medizingeschichte der Frau, Bern, Stuttgart, Wien: Hans Huber. S. 49–84.
- FISCHER-HOMBERGER, Esther (1972): Die Büchse der Pandora: Der mythische Hintergrund der Eisenbahnkrankheiten des 19. Jahrhunderts, in: Sudhoffs Archiv. Zeitschrift für Wissenschaftsgeschichte, 1972, Bd. 56, S. 297–317.
- FISCHER-HOMBERGER, Esther (1971): Der Begriff des freien Willens in der Geschichte der traumatische Neurose, in: *Clio Medica. Acta Academiae Internationalis Historiae Medicinae*, 1971, Vol. 6, n. 2, S. 121–138.
- FISCHER-HOMBERGER, Esther (1969): Hysterie und Misogynie – ein Aspekt der Hysteriegeschichte, in: DIES. (1979): Krankheit Frau und andere Arbeiten zur Medizingeschichte der Frau, Bern, Stuttgart, Wien: Hans Huber. S. 32–48.
- FLATAU, Georg (1921): Hysterie und Simulation, in: *Monatsschrift für Unfallheilunde und Invaliden*, Leipzig, 1921, Jg. 28, Nr. 12, S. 279–285.
- FLICK, Uwe (2008<sup>2</sup>): *Triangulation. Eine Einführung*, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- FOREL, August (1935): *Rückblick auf mein Leben*, Zürich: Europa Verlag.
- FÖRSTER, Stig (2000 a): Der Sinn des Krieges. Die deutsche Offizierselite zwischen Religion und Sozialdarwinismus, 1870–1914, in: KRUMEICH, Gerd/Hartmut LEHMANN (Hrsg., 2000): »Gott mit uns«. Nation, Religion und Gewalt im 19. und frühen 20. Jahrhundert, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. S. 193–212.
- FÖRSTER, Stig (2000 b): Introduction, in: CHICKERING, Roger/DERS. (Hrsg., 2000): *Great War, Total War. Combat and Mobilization on the Western Front, 1914–1918*, Cambridge: Cambridge University Press. S. 1–15.
- FOUCAULT, Michel (1981): *Archäologie des Wissens*, Frankfurt/Main: Suhrkamp TB.
- FOUCAULT, Michel (1974): *Die Ordnung des Diskurses*. Inauguralvorlesung am Collège de France – 2. Dezember 1970, Frankfurt/Main, Berlin, Wien: Ullstein Verlag.
- FREUD, Sigmund (1919): Einleitung, in: *Zur Psychoanalyse der Kriegsneurosen*, Leipzig, Wien: Internationaler Psychoanalytischer Verlag. S. 3–7.
- GAUPP, Robert (1940): Die psychischen und nervösen Erkrankungen des Heeres im Weltkrieg, in: *Der deutsche Militärarzt, Zeitschrift für die gesamte Wehrmedizin*, 1940, 5. Jg., Heft 6, S. 358–368.
- GAUPP, Robert (1922): Schreckneurosen und Neurasthenie, in: BONHOEFFER, Karl (Hrsg., 1922): *Handbuch der ärztlichen Erfahrungen im Weltkriege 1914/1918. Band IV. Geistes- und Nervenkrankheiten. Erster Teil*, Leipzig: Barth. S. 68–101.
- GAUPP, Robert (1916): Kriegsneurosen. Erweitertes Referat, erstattet auf der gemeinsamen Kriegstagung der Gesellschaft deutscher Nervenärzte und des Deutschen Vereins für Psychiatrie in München 22. Sept. 1916, in: *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie*, 1916, 34. Band. Originalien, S. 357–390.
- GILDEMEISTER, Rudolf (1969): Delbrück, Anton. In: *Historische Gesellschaft zu Bremen, Staatsarchiv Bremen* (Hrsg., 1969): *Bremische Biographie 1912–1962*, Bremen: Verlag H. M. Hausschild GmbH. S. 105–106.
- GILDEMEISTER, Rudolf (1954): Rückblick, in: SCHULTE, Heinrich (Hrsg., 1954): *Die Bremische Nervenclinik 1904–1954*, Bremen: Selbstverlag der Städtischen Nervenclinik. S. 6–40.
- GOLTERMANN, Svenja (2002): Psychisches Leid und herrschende Lehre. Der Wissenschaftswandel in der westdeutschen Psychiatrie der Nachkriegszeit, in: WEISBROD,

- Bernd (Hrsg., 2002): Akademische Vergangenheitspolitik. Beiträge zur Wissenschaftskultur der Nachkriegszeit, Göttingen: Wallstein Verlag. S. 263–280.
- GOLTERMANN, Svenja (2000): Die Beherrschung der Männlichkeit. Zur Deutung psychischer Leiden bei den Heimkehrern des Zweiten Weltkriegs 1945–1956, in: *Feministische Studien*, 2000, Jg. 18, Nr. 2, S. 7–19.
- GOFFMAN, Erving (1973): *Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen*, Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- GÜSE, Hans-Georg/Norbert SCHMACKE (1976): *Psychiatrie zwischen bürgerlicher Revolution und Faschismus. Teil 2: Zur Systematik und Begriffsbildung der forensischen Psychiatrie*, Kronberg: Athenäum Verlag.
- GUTTMANN, Barbara (1989): *Weibliche Heimarmee. Frauen in Deutschland 1914–1918*, Weinheim: Deutscher Studien Verlag.
- HAECKEL, Ernst (1863): Ueber die Entwicklungstheorie Darwin's. Vortrag, gehalten in der ersten allgemeinen Sitzung der 38. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Stettin, am 19. September 1863, in: HAECKEL, Ernst (Hrsg., 1878): *Gesammelte populäre Vorträge aus dem Gebiete der Entwicklungslehre*, Erstes Heft. Bonn: Verlag von Emil Strauss. S. 1–28.
- HAEFS, Gabriele/Klaus GILLE (1994): *Von Sittenstrenge und Aufbegehren. Die Wilhelminische Zeit*, Hamburg: Kabel Verlag.
- HAGEMANN, Karen (2008): Krieg, Militär und Mainstream. Geschlechtergeschichte und Militärgeschichte, in: DIES./Jean H. QUATAERT (Hrsg., 2008): *Geschichte und Geschlechter. Revisionen der neueren deutschen Geschichte*, Frankfurt/Main, New York: Campus Verlag. S. 92–129.
- HAGEMANN, Karen (2002 a): »Jede Kraft wird gebraucht«. Militäreinsatz von Frauen im Ersten und Zweiten Weltkrieg, in: THOß, Bruno/Hans-Erich VOLKMANN (Hrsg., 2002): *Erster Weltkrieg – Zweiter Weltkrieg. Ein Vergleich. Krieg, Kriegserlebnis, Kriegserfahrung in Deutschland*, Paderborn u. a.: Ferdinand Schöningh. S. 79–106.
- HAGEMANN, Karen (2002 b): Heimat – Front. Militär, Gewalt und Geschlechterverhältnisse im Zeitalter der Weltkriege, in: DIES./Stefanie SCHÜLER-SPRINGORUM (Hrsg., 2002): *Heimat – Front. Militär und Geschlechterverhältnisse im Zeitalter der Weltkriege*, Frankfurt/Main, New York: Campus Verlag. S. 13–53.
- HAGEMANN, Karen (1990): *Frauenalltag und Männerpolitik. Alltagsleben und gesellschaftliches Handeln von Arbeiterfrauen in der Weimarer Republik*, Bonn: Verlag J. H. W. Dietz Nachf.
- HARMS, Ingo (2008<sup>3</sup>): »Wat mööt wi hier smachten ...«. Hungertod und »Euthanasie« in der Heil- und Pflegenstalt Wehnen 1936–1945, Oldenburg: BIS Verlag.
- HARTUNG, Ingeborg Henrike Lore (2006): *Die Geschichte der männlichen Hysterie bis zum Ende des 19. Jahrhunderts*, Dissertation, Universität Tübingen, Medizinische Fakultät, Tübingen: o. V.
- HERMES, Maria (2012): *Krankheit: Krieg. Psychiatrische Deutungen des Ersten Weltkrieges*, Essen: Klartext-Verlag.
- HERMES, Maria (2012): *Das Geschlecht des Krieges: Psychische Erkrankungen weiblicher Patienten und ihre ärztliche Einordnung im Ersten Weltkrieg am Beispiel des Bremer St.Jürgen-Asyls*, in: *Arbeiterbewegung und Sozialgeschichte. Zeitschrift für Regionalgeschichte Bremens im 19. und 20. Jahrhundert*, Nr. 26, 2012.
- HERMES, Maria (2011): *Zwischen Front und Heimat. Deutungen der Ersten Weltkrieges in Patientenakten am Beispiel der Bremer St.Jürgen-Asyls*, in: *VIRUS – Bei-*

- träge zur Sozialgeschichte der Medizin (Zeitschrift des Österreichischen Vereins für Sozialgeschichte der Medizin), 2011.
- HERMES, Maria (2011): ›Ich bin da weggelaufen von der Kompanie‹. Zum Umgang mit Deserteuren in der Psychiatrie des Bremer St.Jürgen-Asyls während des Ersten Weltkrieges, in: Arbeiterbewegung und Sozialgeschichte. Zeitschrift für Regionalgeschichte Bremens im 19. und 20. Jahrhundert, Nr. 25, 2011.
- HERMES, Maria (2010): ›Wird nachmittags elektrisiert [...] sodass Erbrechen erfolgt‹ – Psychiatrie im Krieg: Aspekte einer Geschichte des Bremer St.Jürgen-Asyls im Ersten Weltkrieg, in: Bremisches Jahrbuch Nr. 89, 2010.
- HERMES, Maria (2008): Hysterieauffassungen im ärztlichen Diskurs des Ersten Weltkriegs. Eine Untersuchung von Patientenakten des Bremer St.Jürgen-Asyls, Berlin: Wissenschaftlicher Verlag Berlin.
- HIGONNET, Margaret R./Patrice L.R. HIGONNET (1987): The Double Helix, in: HIGONNET, Margaret Randolph/Jane JENSON/Sonya MICHEL/Margaret COLLINS WEITZ (Hrsg., 1987): Behind the Lines. Gender and the Two World Wars, New Haven, London: Yale University Press. S. 31–47.
- HOCHE, Alfred (1935): Geisteskrankheit und Kultur, in: DERS. (Hrsg., 1935): Aus der Werkstatt, München: Lehmann-Verlag.
- HOCHE, Alfred (1928): Unzulässige Auslegung des Unfallversicherungsgesetzes, in: Deutsche Medizinische Wochenschrift, 1928, Jg. 54, Nr. 29, S. 1195–1196.
- HOFER, Hans-Georg (2006): Was waren »Kriegsneurosen«? Zur Kulturgeschichte psychischer Erkrankungen im Ersten Weltkrieg, in: KUPRIAN, Hermann J. W./Oswald ÜBEREGGER (Hrsg., 2006): Der Erste Weltkrieg im Alpenraum. Erfahrung, Deutung, Erinnerung. La Grande Guerra nell'arco alpino. Esperienze e memoria, Innsbruck: Universitätsverlag Wagner. S. 309–322.
- HOFER, Hans-Georg (2004 a): Nervenschwäche und Krieg. Modernitätskritik und Krisenbewältigung in der österreichischen Psychiatrie (1880–1920), Wien, Köln, Weimar: Böhlau Verlag.
- HOFER, Hans-Georg (2004 b): Effizienzsteigerung und Affektdisziplin. Zum Verhältnis von Kriegspsychiatrie, Medizin und Moderne, in: ERNST, Petra/Sabine A. HARING/Werner SUPPANZ (Hrsg., 2004): Aggression und Katharsis. Der Erste Weltkrieg im Diskurs der Moderne, Wien: Passagen Verlag. S. 219–242.
- HOFER, Hans-Georg (2000): »Nervöse Zitterer«. Psychiatrie und Krieg, in: KONRAD, Helmut (Hrsg., 2000): Krieg, Medizin und Politik. Der Erste Weltkrieg und die österreichische Moderne, Wien: Passagen Verlag. S. 15–134.
- HOLDORFF, Bernd (2008): Der Kampf um die »traumatische Neurose« 1889–1916: Hermann Oppenheim und seine Kritiker in Berlin, in: HELMCHEN, Hanfried (Hrsg., 2008): Psychiater und Zeitgeist. Zur Geschichte der Psychiatrie in Berlin, Lengerich u. a.: Pabst Science Publishers. S. 213–238.
- HUERKAMP, Claudia (1989): Ärzte und Patienten, in: LABISCH, Alfons/Reinhard SPREE (Hrsg., 1989): Medizinische Deutungsmacht im sozialen Wandel des 19. und frühen 20. Jahrhunderts, Bonn: Psychiatrie-Verlag. S. 57–74.
- HUERKAMP, Claudia (1985): Der Aufstieg der Ärzte im 19. Jahrhundert. Vom gelehrten Stand zum professionellen Experten: Das Beispiel Preußens, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- ISRAËL, Lucien (1983): Die unerhörte Botschaft der Hysterie, München, Basel: Reinhardt.
- JAHN, Christoph (1998 a): Gewöhnliche Soldaten. Desertion und Deserteure im deutschen und britischen Heer 1914–1918, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

- JAHN, Christoph (1998 b): »Der Krieg zwingt die Justiz, ihr Innerstes zu revidieren«. Desertion und Militärgerichtsbarkeit im Ersten Weltkrieg, in: Ulrich BRÖCKLING/Michael SIKORA (Hrsg., 1998): Armeen und ihre Deserteure. Vernachlässigte Kapitel einer Militärgeschichte der Neuzeit, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. S. 187–222.
- JÄGER, Siegfried (2004): Kritische Diskursanalyse. Eine Einführung, Duisburg: DISS.
- JESCHAL, Godwin (1980): Politik und Wissenschaft deutscher Ärzte im Ersten Weltkrieg, in: BAADER, Gerhard/Ulrich SCHULTZ (1980): Medizin und Nationalsozialismus. Tabuisierte Vergangenheit – Ungebrochene Tradition? Berlin: Verlagsgesellschaft Gesundheit mbH. S. 56–60.
- JESCHAL, Godwin (1978): Politik und Wissenschaft deutscher Ärzte im Ersten Weltkrieg. Eine Untersuchung anhand der Fach- und Standespresse und der Protokolle des Reichstags, Pattensen: Horst Wellm Verlag.
- JOHANNING, Wiebke (2005): »Diagnose: ›Hysterie‹«. Krankheit, Geschlecht und Anstalterfahrung. Die Behandlung von Hysterie-Patientinnen im St.Jürgen-Asyl in Bremen vor dem Ersten Weltkrieg, Magisterarbeit. Bremen: Universität Bremen (unveröffentlicht).
- KAUFMANN, Doris (2001): Neurasthenia in Wilhelmine Germany: Culture, Sexuality and the Demands of Nature, in: GIJSWIJT-HOFSTRA, Marijke/Roy PORTER (Hrsg., 2001): Cultures of Neurasthenia from Beard to the First World War, Amsterdam, New York: Editions Rodopi B. V. S. 161–176
- KAUFMANN, Doris (1999 a): »Widerstandsfähige Gehirne« und »kampfunlustige Seelen«. Zur Mentalitäts- und Wissenschaftsgeschichte des 1. Weltkriegs, in: HAGNER, Michael (Hrsg., 1999): Ecce Cortex: Beiträge zur Geschichte des modernen Gehirns, Göttingen: Wallstein. S. 206–223.
- KAUFMANN, Doris (1999 b): Science as Cultural Practice: Psychiatry in the First World War and Weimar Germany, in: Journal of Contemporary History, 1999, vol. 34, n. 1, S. 125–144.
- KAUFMANN, Doris (1995): Aufklärung, bürgerliche Selbsterfahrung und die »Erfindung« der Psychiatrie in Deutschland, 1770–1850, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- KAUFMANN, Fritz (1916): Die planmäßige Heilung komplizierter psychogener Bewegungsstörungen bei Soldaten in einer Sitzung, in: Münchener Medizinische Wochenschrift, 1916, nr. 53, Feldärztliche Beilage, S. 802–804 (354–356).
- KIENITZ, Sabine (2002): Körper – Beschädigungen. Kriegsinvalidität und Männlichkeitskonstruktionen in der Weimarer Republik, in: HAGEMANN, Karen/Stefanie SCHÜLER-SPRINGORUM (Hrsg., 2002): Heimat – Front. Militär und Geschlechterverhältnisse im Zeitalter der Weltkriege, Frankfurt/Main, New York: Campus Verlag. S. 180–207.
- KING, Helen (1993): Once Upon a Text, in: GILMAN, Sander/DIES./Roy PORTER/G. S. ROUSSEAU/Elaine SHOWALTER (Hrsg., 1993): Hysteria Beyond Freud, Berkeley u. a.: University of California Press. S. 3–65.
- KIRSCH, Rolf (2006): Neu unter Schutz gestellt Denkmale. Ehemaliges St.Jürgen-Asyl (heute Teil des Klinikums Ost), Züricher Straße, in: SKALECKI, Georg (Hrsg., 2006): Denkmalpflege in Bremen. Heft 3, Bremen: Edition Temmen. S. 74–83.
- KOCKA, Jürgen (1978<sup>2</sup>): Klassengesellschaft im Krieg. Deutsche Sozialgeschichte 1914–1918, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- KOMO, Günter (1992): »Für Volk und Vaterland«. Die Militärpsychiatrie in den Weltkriegen, Hamburg, Münster: Lit Verlag.

- KÖHNE, Julia Barbara (2009): *Kriegshysteriker. Strategische Bilder und mediale Techniken militärpsychiatrischen Wissens (1914–1920)*, Husum: Matthiesen Verlag.
- KRAEPELIN, Emil (1899 a): *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte*. I. Band. *Allgemeine Psychiatrie*, Leipzig: Barth.
- KRAEPELIN, Emil (1899 b): *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte*. II. Band. *Klinische Psychiatrie*, Leipzig: Barth.
- KRASSNITZER, Patrick (2002): Die Geburt des Nationalismus im Schützengraben. Formen der Brutalisierung in den Autobiographien von nationalsozialistischen Frontsoldaten, in: DÜLFFER, Jost/Gerd KRUMEICH (Hrsg., 2002): *Der verlorene Frieden. Politik und Kriegskultur nach 1918*, Essen: Klartext. S. 119–148.
- KRETSCHMER, Ernst (1923): *Über Hysterie*, Leipzig: Verlag von Georg Thieme.
- KREUTER, Alma (1996): Delbrück, Anton, in: (1996): *Deutschsprachige Neurologen und Psychiater. Ein biographisch-bibliographisches Lexikon von den Vorläufern bis zur Mitte des 20. Jahrhunderts*. Mit einem Geleitwort von Hanns Hippus und Paul Hoff. Band 1: Abelsdorff – Gutzmann, München et al.: K. G. Saur. S. 247.
- KROLL, Jürgen (1983): *Zur Entstehung und Institutionalisierung einer naturwissenschaftlichen und sozialpolitischen Bewegung: Die Entwicklung der Eugenik/Rassenhygiene bis zum Jahre 1933*, Tübingen: Struwe-Druck.
- KUNDRUS, Birthe (2002): Geschlechterkriege. Der Erste Weltkrieg und die Deutung der Geschlechterverhältnisse in der Weimarer Republik, in: HAGEMANN, Karen/Stefanie SCHÜLER-SPRINGORUM (Hrsg., 2002): *Heimat – Front. Militär und Geschlechterverhältnisse im Zeitalter der Weltkriege*, Frankfurt/Main, New York: Campus Verlag. S. 171–187.
- KUNDRUS, Birthe (1995): *Kriegerfrauen. Familienpolitik und Geschlechterverhältnisse im Ersten und Zweiten Weltkrieg*, Hamburg: Verlag Hans Christians.
- KÜTZ, Ulrich (1988): *Entwicklung von Kommunikationsstrukturen im Krankenhaus. Eine medizinhistorische Untersuchung am Beispiel des Krankenhauses St.Jürgen-Straße in Bremen*, Berlin: maschinegeschrieben.
- LABISCH, Alfons (1992): *Homo hygienicus: Gesundheit und Medizin in der Neuzeit*, Frankfurt/Main, New York: Campus Verlag.
- LAMOTT, Franziska (1998): *Die vermessene Frau. Hysterien um 1900*, München: Wilhelm Fink Verlag.
- LANGE, Fritz (1924): Die Behandlung der Kriegsneurosen. In: BUMKE, Oswald/Otto FOERSTER (Hrsg., 1924): *Handbuch der Neurologie. Ergänzungsband, Erster Teil*. Berlin: Julius Springer. S. 259–406.
- LÄSSIG, Marlies/Heinz FIEBIG (1983): *Die historische Entwicklung des bremischen psychiatrischen Krankenhauswesens unter Einbeziehung der rechtlichen Bestimmungen*, Bremen: Universität Bremen (unveröffentlichte Hausarbeit).
- LEED, Eric J. (1979): *No Man's Land. Combat and Identity in World War I*, Cambridge: Cambridge University Press.
- LEIDINGER, Barbara (2000): *Krankenhaus und Kranke. Die Allgemeine Krankenanstalt an der St.Jürgen-Straße in Bremen, 1851–1897*, Stuttgart: Franz Steiner Verlag.
- LERNER, Paul (2003 a): *Hysterical Men. War, Psychiatry, and the Politics of Trauma in Germany, 1890–1930*, Ithaca, London: Cornell University Press.
- LERNER, Paul (2003 b): »Ein Sieg deutschen Willens«: Wille und Gemeinschaft in der deutschen Kriegspsychiatrie, in: ECKART, Wolfgang U./Christoph GRADMANN (Hrsg., 2003<sup>2</sup>): *Die Medizin und der Erste Weltkrieg*, Herbolzheim: Centaurus Verlag. S. 85–107.

- LERNER, Paul/Mark MICALÉ (2001): Trauma, Psychiatry, and History: A Conceptual and Histiographical Introduction, in: DIES. (Hrsg., 2001): *Traumatic Pasts. History, Psychiatry, and Trauma in the Modern Age, 1870–1930*, Cambridge: Cambridge University Press. S. 1–30.
- LERNER, Paul (2000): Psychiatry and Casualties of War in Germany, 1914–18, in: *Journal of Contemporary History*, 2000, vol. 35, n. 1., S. 13–28.
- LERNER, Paul (1998): Hysterical Cures: Hypnosis, Gender and Performance in World War I and Weimar Germany, in: *History Workshop Journal*, 1998, nr. 45, S. 79–102.
- LERNER, Paul (1997): Rationalizing the Therapeutic Arsenal: German Neuropsychiatry in World War I, in: BERG, Manfred/Geoffrey COCKS (Hrsg., 1997): *Medicine and Modernity. Public Health and Medical Care in Nineteenth- and Twentieth-Century Germany*, Washington: Cambridge University Press. S. 121–148.
- LINDEMANN, Berthold (1968): *Zur Geschichte einer hollerländischen Landgemeinde. Osterholz einst und jetzt*, Bremen: Hauschild.
- LINK, Jürgen (1998<sup>2</sup>): Versuch über den Normalismus. Wie Normalität produziert wird, Opladen, Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.
- LINK-HEER, Ursula (1988): »Männliche Hysterie«. Eine Diskursanalyse, in: BECHER, Ursula A. J./Jörn RÜSEN (Hrsg., 1988): *Weiblichkeit in geschichtlicher Perspektive. Fallstudien und Reflexionen zu Grundproblemen der historischen Frauenforschung*, Frankfurt/Main: Suhrkamp. S. 364–396.
- LIPP, Anne (2009): *Meinunglenkung im Krieg. Kriegserfahrungen deutscher Soldaten und ihre Deutung 1914–1918*, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- MAHNKE, Dietrich (1932): *Kriegstaten und Schicksale des Res.-Inf.-Regiments 75 1914/18. Nach eigenen Erlebnissen und nach Erzählungen von Kameraden berichtet*, Bremen: Hauschild.
- MANN, Gunter (1988): Biologismus – Vorstufen und Elemente einer Medizin im Nationalsozialismus, in: *Deutsches Ärzteblatt*, 1988, nr. 85, Heft 17, S. 836–841.
- MARTEN, Heinz-Georg (1983): *Sozialbiologismus. Biologische Grundpositionen der politischen Ideengeschichte*, Frankfurt/Main, New York: Campus Verlag.
- MARSZOLEK, Inge/René OTTE (1986): *Bremen im Dritten Reich. Anpassung – Widerstand – Verfolgung*, Bremen: Carl Schünemann Verlag.
- MARTINECK, Otto (1920): Die staatliche Versorgung Kriegsbeschädigter, in: HOFFMANN, Wilhelm (Hrsg., 1920): *Die deutschen Ärzte im Weltkriege. Ihre Leistungen und Erfahrungen*, Berlin: Ernst Friedrich Mittler und Sohn. S. 343–365.
- MEYER, Enno (1978): Zur Geschichte des psychiatrischen Krankenhauswesens in Bremen, in: *Bremer Ärzteblatt*, 1978, nr. 9, S. 30–34.
- MICHELS, Eckard (2006): *Deutsche in der Fremdenlegion 1870–1965. Mythen und Realitäten*, Paderborn u. a.: Ferdinand Schöningh.
- MICHL, Susanne (2007): *Im Dienste des »Volkskörpers«. Deutsche und französische Ärzte im Ersten Weltkrieg*, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- MOLTHAGEN, Dietmar (2007): *Das Ende der Bürgerlichkeit? Liverpooler und Hamburger Bürgerfamilien im Ersten Weltkrieg*, Göttingen: Wallstein Verlag.
- MOLTHAGEN, Dietmar (2006): Bürgerliche Werte im Ersten Weltkrieg. Das Arbeitsideal in Hamburger Bürgerfamilien, in: ALBRECHT, Henning/Gabriele BOUKRIF/Claudia BRUNS/Kirsten HEINSOHN (Hrsg., 2006): *Politische Gesellschaftsgeschichte im 19. und 20. Jahrhundert. Festgabe für Barbara Vogel*, Hamburg: Reinhold Krämer Verlag. S. 77–88.

- MOSSE, George L. (1993): *Gefallen für das Vaterland. Nationales Heldentum und namenloses Sterben*, Stuttgart: Klett-Cotta.
- MÖBIUS, Paul (1890): *Bemerkungen über Simulation bei Unfall-Nervenkrankheiten*, in: *Münchener Medizinische Wochenschrift*, 1890, S. 887–888.
- MUCK, Otto (1916): *Psychologische Beobachtungen bei Heilungen funktionell stimmgestörter Soldaten*, in: *Münchener Medizinische Wochenschrift*, 1916, *Feldärztliche Beilage*, S. 804–806 (356–358).
- MÜLLER, Christian (2005): *Die Bettbehandlung Geisteskranker und ihre Folgen*, in: DERS. (Hrsg., 2005): *Abschied vom Irrenhaus. Aufsätze zur Psychatriegeschichte*, Bern u. a.: Hans Huber. S. 37–46.
- MÜLLER, Nicola (2001): *Julie Schwabe, Diagnose »Erotomanie«*, in: *Arbeiterbewegung und Sozialgeschichte. Zeitschrift für die Regionalgeschichte Bremens im 19. und 20. Jahrhundert*, 2001, Heft 8, S. 50–62.
- MÜLLER, Ulrich (2007): *Metamorphosen – Krankenakten als Quellen für Lebensgeschichten*, in: FUCHS, Petra/Maike ROTZOLL/Ulrich MÜLLER/Paul RICHTER/Gerrit HOHENDORF (Hrsg., 2007): *»Das Vergessen der Vernichtung ist Teil der Vernichtung selbst«*. *Lebensgeschichten von Opfern der nationalsozialistischen »Euthanasie«*, Göttingen: Wallstein Verlag. S. 80–98.
- NIEMEYER, Iska (2006): *Krieg, Krankheit und Anstalterfahrung. Die Behandlung psychisch kranker Soldaten im Ersten Weltkrieg am Beispiel des Bremer St.Jürgen-Asyls*, Magisterarbeit. Bremen: Universität Bremen (unveröffentlicht).
- NOLTE, Karen (2001): *»Ich glaubte, die Nerven seien nicht ganz richtig«*. *Nervosität und Nervenkrankheiten. Die Köpperner Nervenheilanstalt in der Zeit des Ersten Weltkrieges*, in: VANJA, Christina (Hrsg., 2001): *»In wäldlich-ländlicher Umgebung ...«*: *Das Waldkrankenhaus Köppern; Von der agrikolen Kolonie der Stadt Frankfurt zum Zentrum für Soziale Psychiatrie Hochtaunus*, Kassel: Euregio Verlag. S. 125–139.
- NONNE, Max (1971): *Anfang und Ziel meines Lebens. Erinnerungen*, Hamburg: Hans Christians Verlag.
- NONNE, Max (1922): *Therapeutische Erfahrungen an den Kriegsneurosen in den Jahren 1914–1918*, in: BONHOEFFER, Karl (Hrsg., 1922): *Handbuch der ärztlichen Erfahrungen im Weltkriege 1914/1918. Band IV. Geistes- und Nervenkrankheiten. Erster Teil*. S. 102–121.
- OPPENHEIM, Hermann (1915): *Der Krieg und die traumatischen Neurosen*, in: *Berliner klinische Wochenschrift*, 1915, nr. 52, S. 257–261.
- OPPENHEIM, Hermann (1891): *Weitere Mitteilungen in Bezug auf die traumatischen Neurosen mit besonderer Berücksichtigung der Simulationsfrage*. Vortrag gehalten am 12. Januar 1891 in der Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, Berlin: Verlag von August Hirschwald.
- PANKE-KOCHINKE, Birgit/Monika SCHAIDHAMMER-PACKE (2002): *Frontschwester und Friedensengel. Kriegskrankenpflege im Ersten und Zweiten Weltkrieg. Ein Quellen- und Fotoband*, Frankfurt/Main: Mabuse Verlag.
- PAUL, Norbert W. (2006): *Diagnose und Prognose*, in: SCHULZ, Stefan/Klaus STEIGLEIDER/Heiner FANGERAU/DERS. (Hrsg., 2006): *Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin. Eine Einführung*, Frankfurt/Main: Suhrkamp. S. 143–152.
- PETER, Jürgen (2004): *Der Einbruch der Rassenhygiene in die Medizin. Auswirkung rassenhygienischen Denkens auf Denkkollektive und medizinische Fachgebiete 1918 bis 1934*, Frankfurt/Main: Mabuse Verlag.



- PLANERT, Ute (2000): Vater Staat und Mutter Germania: Zur Politisierung des weiblichen Geschlechts im 19. und 20. Jahrhundert, in: DIES. (Hrsg., 2000): Nation, Politik und Geschlecht. Frauenbewegungen und Nationalismus in der Moderne, Frankfurt, New York: Campus Verlag. S. 15–65.
- PORRE, Eugen de (1965): Vorläufiger Bericht über 200 Jahre Psychiatrie in Bremen-Oberneuland, Bremen: Wilhelm Zertani.
- »Professor Anton Delbrück«, in: Bremer Volkszeitung, 26.03.1927.
- PUSCHNER, Uwe (2000): Bausteine zum völkischen Diskurs, in: PLANERT, Ute (Hrsg., 2000): Nation, Politik und Geschlecht. Frauenbewegungen und Nationalismus in der Moderne, Frankfurt, New York: Campus Verlag. S. 165–181.
- RADKAU, Joachim (2001): The Neurasthenic Experience in Imperial Germany: Expeditions into Patient Records and Side-looks upon General history, in: GIJSWIJT-HOFSTRA, Marijke/Roy PORTER (Hrsg., 2001): Cultures of Neurasthenia from Beard to the First World War, Amsterdam, New York: Editions Rodopi B. V. S. 199–218.
- RADKAU, Joachim (1998): Das Zeitalter der Nervosität. Deutschland zwischen Bismarck und Hitler, München, Wien: Carl Hanser.
- RADKAU, Joachim (1997): Zum historischen Quellenwert von Patientenakten. Erfahrungen aus Recherchen zur Geschichte der Nervosität, in: MEYER, Dietrich/Bernd HEY (Hrsg., 1997): Akten betreuter Personen als archivarische Aufgabe. Beratungs- und Patientenakten im Spannungsfeld von Persönlichkeitsschutz und historischer Forschung, Neustadt an der Aisch: Verlag Degener & Co. S. 73–102.
- RAITHEL, Jürgen (2006): Quantitative Forschung. Ein Praxiskurs, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- REIMANN, Aribert (2000): Der große Krieg der Sprachen. Untersuchungen zur historischen Semantik in Deutschland und England zur Zeit des Ersten Weltkriegs, Fulda: Klartext Verlag.
- REYER, Jürgen (1988): »Rassenhygiene« und »Eugenik« im Kaiserreich und in der Weimarer Republik: Pflege der »Volksgesundheit« oder Sozialrassismus?, in: HERMANN, Ulrich/Jürgen OELKERS (Hrsg., 1988): Pädagogik und Nationalsozialismus, Weinheim, Basel: Beltz Verlag. S. 113–146.
- RICHSTEIN, Christine (2000): Das »belagerte« Strafrecht – Kriegsstrafrecht im Deutschen Reich während des Ersten Weltkriegs, Münster, Hamburg, London: Lit Verlag.
- RIEDESSER, Peter/Axel VERDERBER (1996): »Maschinengewehre hinter der Front«. Zur Geschichte der deutschen Militärpsychiatrie, Frankfurt/Main: Fischer Taschenbuch.
- RIEDESSER, Peter/Axel VERDERBER (1985): Aufrüstung der Seelen. Militärpsychiatrie und Militärpsychologie in Deutschland und Amerika, Freiburg im Breisgau: Dreisam Verlag.
- RISSE, Guenter B./John Harley WARNER (1992): Reconstructing Clinical Activities: Patient Records in Medical History, in: Social History of medicine, 1992, S. 183–205.
- ROELCKE, Volker (2001): Electrified Nerves, Degenerated Bodies: Medical Discourses on Neurasthenia in Germany, circa 1880–1914, in: GIJSWIJT-HOFSTRA, Marijke/Roy PORTER (Hrsg., 2001): Cultures of Neurasthenia from Beard to the First World War, Amsterdam, New York: Editions Rodopi B. V. S. 177–198.
- ROELCKE, Volker (1999): Krankheit und Kulturkritik. Psychiatrische Gesellschaftsdeutungen im bürgerlichen Zeitalter (1790–1914), Frankfurt/Main, New York: Campus Verlag.

- ROSENBAUM, Wilhelm (1920): Das Krankentransportwesen im Weltkriege, in: HOFFMANN, Wilhelm (Hrsg., 1920): Die deutschen Ärzte im Weltkriege. Ihre Leistungen und Erfahrungen, Berlin: Ernst Friedrich Mittler und Sohn. S. 315–342.
- ROTH, Karl Heinz (1987): Die Modernisierung der Folter in den beiden Weltkriegen: Der Konflikt der Psychotherapeuten und Schulpsychiatern um die deutschen »Kriegsneurotiker« 1915–1945, in: 1999. Zeitschrift für Sozialgeschichte des 20. und 21. Jahrhunderts, 1987, Nr. 3, S. 8–75.
- ROTH, Otto (1908): Klinische Terminologie. Zusammenstellung der in der Medizin gebräuchlichen technischen Ausdrücke mit Erklärung ihrer Bedeutung und Ableitung, Leipzig: Georg Thieme.
- RÖMLING, Michael (2008): Bremen. Geschichte einer Stadt, Soest: Tertulla Verlag.
- RUPRECHT, Thomas M. (1991): Äskulap oder Mars? Von der Sanitätsideologie und ihrer Kritik seit dem 19. Jahrhundert und dem Beginn ärztlichen Friedensengagements, in: DERS./Christian JENSSEN (Hrsg., 1991): Äskulap oder Mars? Ärzte gegen den Krieg, Bremen: Donat Verlag. S. 37–64.
- RÜRUP, Reinhard (1996): »Weltkrieg« – »Volkskrieg« – »Kulturkrieg«. Die Bedeutung des Ersten Weltkrieges für die deutsche Geschichte, in: SPILKER, Rolf/Bernd ULRICH (1996, Hrsg.): Der Tod als Maschinist. Der industrialisierte Krieg 1914–1918, Bramsche: Rasch Verlag. S. 13–21.
- SARASIN, Philipp (2003): Geschichtswissenschaft und Diskursanalyse, Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- SEIFERT, Ruth (2002): Identität, Militär und Geschlecht. Zur identitätspolitischen Bedeutung einer kulturellen Konstruktion, in: HAGEMANN, Karen/Stefanie SCHÜLER-SPRINGORUM (Hrsg., 2002): Heimat – Front. Militär und Geschlechterverhältnisse im Zeitalter der Weltkriege, Frankfurt/Main, New York: Campus Verlag. S. 53–68.
- SCHALLMAYER, Wilhelm (1918<sup>3</sup>): Vererbung und Auslese. Grundriß der Gesellschaftsbiologie und der Lehre vom Rassedienst, Jena: Gustav Fischer.
- SCHAPS, Regina (1992): Hysterie und Weiblichkeit. Wissenschaftsmythen über die Frau, Frankfurt/Main, New York: Campus Verlag.
- SCHASER, Angelika (2008): Nation, Identität und Geschlecht. Nationalgeschichtsschreibung und historische Frauen- und Geschlechterforschung, in: HAGEMANN, Karen/Jean H. QUATAERT (Hrsg., 2008): Geschichte und Geschlechter. Revisionen der neueren deutschen Geschichte, Frankfurt/Main, New York: Campus Verlag. S. 64–91.
- SCHILLING, René (2002): »Kriegshelden«. Deutungsmuster heroischer Männlichkeit in Deutschland 1813–1945, Paderborn u. a.: Ferdinand Schöningh.
- SCHLEIERMACHER, Sabine (2007): Biologie und Gesellschaft: Eugenik und Rassenhygiene im medizinischen Diskurs, in: Hanns-Werner HEISTER (Hrsg., 2007): Biologismus, Rassismus, Rentabilität. Die Ambivalenz der Moderne, Band III, Berlin: Weidler Buchverlag. S. 187–201.
- SCHLÜTER, Bernd (1998): Staat, Lebensmittelversorgung und Krieg: Die kommunale Kriegsernährungswirtschaft in Bremen 1914–1918, Oldenburg: maschinengeschrieben.
- SCHMACKE, Norbert/Hans-Georg GÜSE (1984): Zwangssterilisiert – Verleugnet – Vergessen. Zur Geschichte der nationalsozialistischen Rassenhygiene am Beispiel Bremen, Bremen: Brockkamp Verlag.
- SCHMERSAHL, Katrin (1998): Medizin und Geschlecht. Zur Konstruktion der Kategorie Geschlecht im medizinischen Diskurs des 19. Jahrhunderts, Opladen: Leske + Budrich.

- SCHMIEDEBACH, Heinz-Peter (2001): The Public's View of Neurasthenia in Germany: Looking for an New Rhythm of Life, in: GIJSWIJT-HOFSTRA, Marijke/Roy PORTER (Hrsg., 2001): *Cultures of Neurasthenia from Beard to the First World War*, Amsterdam, New York: Editions Rodopi B. V. S. 219–238.
- SCHMIEDEBACH, Heinz-Peter (1997): Die »Traumatische Neurose« – Soziale Versicherung und der Griff nach dem Unfallpatienten, in: HUBENSTORF, Michael/Hans-Uwe LAMMEL/Ragnhild MÜNCH/Sabine SCHLEIERMACHER/DERS./Siegfried STÖCKEL (Hrsg., 1997): *Medizingeschichte und Gesellschaftskritik. Festschrift für Gerhard Baader*, Husum: Matthiesen Verlag. S. 123–134.
- SCHMUHL, Hans-Walter (1987): Rassenhygiene, Nationalsozialismus, Euthanasie. Von der Verhütung zur Vernichtung »lebensunwerten Lebens«, 1890–1945, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- SCHOTT, Heinz (2001): Das Alkoholproblem in der Geschichte der Medizin, in: *Deutsches Ärzteblatt*, 2001, 98, Heft 30, S. A 1958–A 1962.
- SCHÖNBERGER, Bianca (2002): Mütterliche Heldinnen und abenteuerlustige Mädchen. Rotkreuz-Schwester und Etappenhelferinnen im Ersten Weltkrieg, in: HAGEMANN, Karen/Stefanie SCHÜLER-SPRINGORUM (Hrsg., 2002): *Heimat – Front. Militär und Geschlechterverhältnisse im Zeitalter der Weltkriege*, Frankfurt/Main, New York: Campus Verlag. S. 108–127.
- SCHÖNBERGER, Bianca (2009): Etappenhelferinnen, in: HIRSCHFELD, Gerhard/Gerd KRUMEICH/Irina RENZ (Hrsg., 2009): *Enzyklopädie Erster Weltkrieg*, Paderborn u. a.: Ferdinand Schöningh. S. 466.
- SCHRAUT, Sylvia (1996): Der Diskurs über die Nation und das Verhältnis der Geschlechter. Einleitende und zusammenfassende Bemerkungen, in: *Frauen & Geschichte Baden-Württemberg* (Hrsg., 1996): *Frauen und Nation*, Tübingen: Silberburg-Verlag. S. 30–34.
- SCHULTE, Heinrich (Hrsg., 1954): *Die Bremische Nervenlinik 1904–1954*, Bremen: Selbstverlag der Städtischen Nervenlinik.
- SCHULZ, Petra Maria (2004): *Ästhetisierung von Gewalt in der Weimarer Republik*, Münster: Westfälisches Dampfboot.
- SCHUSTER, Marina (1990): Sexuaufklärung im Kaiserreich, in: BAGEL-BOLAHN, Anja/Michael SALEWSKI (Hrsg., 1990): *Sexualmoral und Zeitgeist im 19. und 20. Jahrhundert*, Opladen: Leske + Budrich.
- SCHÜLER-SPRINGORUM, Stefanie (2002): Vom Fliegen und Töten. Militärische Männlichkeit in der deutschen Fliegerliteratur, 1914–1939, in: HAGEMANN, Karen/DIES. (Hrsg., 2002): *Heimat – Front. Militär und Geschlechterverhältnisse im Zeitalter der Weltkriege*, Frankfurt/Main, New York: Campus Verlag. S. 208–236.
- SCHWALM, Erich (1920): Gliederung, Ausrüstung und Tätigkeit des Sanitätskorps im Felde, in: HOFFMANN, Wilhelm (Hrsg., 1920): *Die deutschen Ärzte im Weltkrieg. Ihre Leistungen und Erfahrungen*, Berlin: Ernst Friedrich Mittler und Sohn. S. 255–315.
- SCHWARZWÄLDER, Herbert (1995): *Geschichte der Freien Hansestadt Bremen. Band 2. Von der Franzosenzeit bis zum Ersten Weltkrieg (1810–1918)*. Erweiterte und verbesserte Auflage, Bremen: Edition Temmen.
- SCHWARZWÄLDER, Herbert (2003): Krankenhaus Ost, in: DERS. (2003<sup>2</sup>): *Das große Bremen-Lexikon*, Bremen: Edition Temmen. Band 1 A–K. S. 502.
- SEIFERT, Ruth (2002): Identität, Militär und Geschlecht. Zur identitätspolitischen Bedeutung einer kulturellen Konstruktion, in: HAGEMANN, Karen/Stefanie SCHÜLER-

- SPRINGORUM (Hrsg., 2002): Heimat – Front. Militär und Geschlechterverhältnisse im Zeitalter der Weltkriege, Frankfurt/Main, New York: Campus Verlag. S. 53–68.
- SHORTER, Edward (1989): Medizinische Theorien spezifisch weiblicher Nervenkrankheiten im Wandel, in: LABISCH, Alfons/Reinhard SPREE (Hrsg., 1989): Medizinische Deutungsmacht im sozialen Wandel des 19. und frühen 20. Jahrhunderts, Bonn: Psychiatrie-Verlag. S. 171–180.
- SHOWALTER, Elaine (1997): Hystorien. Hysterische Epidemien im Zeitalter der Medien. Berlin: Berlin Verlag.
- SHOWALTER, Elaine (1995): Hysteria, Feminism, and Gender, in: GILMAN, Sander L./Helen KING/Roy PORTER/G. S. ROUSSEAU/DIES. (Hrsg., 1995): Hysteria Beyond Freud, Berkeley, Los Angeles, London: University of California Press. S. 268–344.
- SIEMEN, Hans-Ludwig (1987): Menschen blieben auf der Strecke ... Psychiatrie zwischen Reform und Nationalsozialismus, Gütersloh: Verlag Jakob van Hoddis.
- SIMON, Hermann (1986): Aktivere Krankenbehandlung in der Irrenanstalt. Nachdruck aus dem Jahr 1929. Mit einem Vorwort von Asmus Finzen und Anmerkungen von Christine Teller, Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- STIER, Ewald (1922): Rentenversorgung bei nervösen und psychisch erkrankten Feldzugsteilnehmern, in: BONHOEFFER, Karl (Hrsg., 1922): Handbuch der ärztlichen Erfahrungen im Weltkriege 1914/1918. Band IV. Geistes- und Nervenkrankheiten. Erster Teil, Leipzig: Barth. S. 168–193.
- STONEMAN, Mark R. (2001): Bürgerliche und adlige Krieger: Zum Verhältnis von sozialer Herkunft und Berufskultur im wilhelminischen Armee-Offizierkorps, in: REIF, Heinz (Hrsg., 2001): Adel und Bürgertum in Deutschland II. Entwicklungslinien und Wendepunkte im 20. Jahrhundert, Berlin: Akademie Verlag, S. 25–64.
- STRÜMPELL, Adolf (1895): Ueber die Untersuchung, Beurtheilung und Behandlung von Unfallkranken. Praktische Bemerkungen, In: Münchener Medizinische Wochenschrift, 1895, Jg. 42., Nr. 49, S. 1157–1159 und 1165–1168.
- THOMANN, Klaus-Dieter/Michael RAUSCHMANN (2004): Von der railway spine zum Schleudertrauma: Zur Historizität psychoreaktiver Störungen nach entschädigungspflichtigen Ereignissen, in: LABISCH, Alfons/Norbert PAUL (Hrsg., 2004): Historizität. Erfahrung und Handeln – Geschichte und Medizin, Stuttgart: Franz Steiner. S. 153–170.
- TILL, Wolfgang (1996): Über die Konstruktion männlicher Homosexualität zwischen Normalität und Pathologie, zwischen Männlichkeit und Weiblichkeit, in: MIXA, Elisabeth/Elisabeth MALLEIER/Marianne SPRINGER-KREMSEK/Ingvild BIRKHAN (Hrsg., 1996): Körper – Geschlecht – Geschichte. Historische und aktuelle Debatten in der Medizin, Innsbruck, Wien: Studien Verlag. S. 132–146.
- ›Trauma‹, in: MARGRAF, Jürgen/Franz J. MÜLLER-SPAHN (Hrsg., 2009): Psyhyrembel Psychiatrie, Klinische Psychologie, Psychotherapie, Berlin, New York: Walter de Gruyter. S. 845–846.
- TSAPOS, Nicolas (2002): Die Konstitution von Patientenbildern in Krankenakten betreuter Patientinnen der Anstalt Bethel 1898–1945, in: BRÜNNER, Gisela/Elisabeth GÜLICH (Hrsg., 2002): Krankheit verstehen. Interdisziplinäre Beiträge zur Sprache in Krankheitsdarstellungen, Bielefeld: Aisthesis Verlag. S. 301–318.
- ULLRICH, Volker (1982): Kriegsalltag. Hamburg im Ersten Weltkrieg, Köln: Prometh Verlag GmbH & Co Kommanditgesellschaft.
- ULRICH, Bernd/Benjamin ZIEMANN (2008): Frontalltag im Ersten Weltkrieg. Ein historisches Lesebuch, Essen: Klartext Verlag.

- ULRICH, Bernd (1992): Nerven und Krieg – Skizzierung einer Beziehung, in: LOEWENSTEIN, Bernd (Hrsg., 1992): *Geschichte und Psychologie. Annäherungsversuche*, Pfaffenweiler: Centaurus-Verlagsgesellschaft. S. 163–192.
- Verhandlungen psychiatrischer Vereine. Kriegstagung des Deutschen Vereins für Psychiatrie zu München am 21. und 22. September 1916, in: *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie*, 1917, 36. Band, Originalien, S. 163–233.
- WALKENHORST, Peter (2002): Der »Daseinskampf des Deutschen Volkes«: Nationalismus, Sozialdarwinismus und Imperialismus im wilhelminischen Deutschland, in: ECHTERNKAMP, Jörg/Sven Oliver MÜLLER (Hrsg., 2002): *Die Politik der Nation. Deutscher Nationalismus in Krieg und Krisen 1760–1960*, München: Oldenbourg Verlag. S. 131–148.
- WEICKMANN, Dorion (1997): *Rebellion der Sinne. Hysterie – ein Krankheitsbild als Spiegel der Geschlechterordnung (1880–1920)*, Frankfurt/Main, New York: Campus.
- WEINGART, Peter/Jürgen KROLL/Kurt BAYERTZ (1988): *Rasse, Blut und Gene. Geschichte der Eugenik und Rassenhygiene in Deutschland*, Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- WEYGANDT, Wilhelm (1920): *Erkennung der Geistesstörungen (Psychiatrische Diagnostik)*. München: J. F. Lehmann.
- WINAND, Wilhelm Heinrich (Hrsg., 1913): *Strafgesetzbuch für das Deutsche Reich*, Textausgabe in der jetzt geltenden Fassung, Berlin: Heymann.
- WOLFF, Stephan (2000): Dokumenten- und Aktenanalyse, in: FLICK, Uwe/Ernst von KARDORFF/Ines STEINKE (Hrsg., 2000): *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt. S. 502–513.
- WOLFF, Stephan (1995): *Text und Schuld. Die Rhetorik psychiatrischer Gerichtsgutachten*, Berlin, New York: de Gruyter.
- ZIEMANN, Benjamin (2009): Soldaten, in: HIRSCHFELD, Gerhard/Gerd KRUMEICH/Irina RENZ (Hrsg., 2009): *Enzyklopädie Erster Weltkrieg*, Paderborn u. a.: Ferdinand Schöningh. S. 155–168.

## 8 **Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1: Das St.Jürgen-Asyl in Bremen. Quelle: Krankenhaus-Museum am Klinikum Bremen-Ost, Bremen.

Abbildung 2: Waschküche am St.Jürgen-Asyl. Quelle: Krankenhaus-Museum am Klinikum Bremen-Ost, Bremen.

Abbildung 3: Kuhstall am St.Jürgen-Asyl (undatiert). Quelle: Krankenhaus-Museum am Klinikum Bremen-Ost, Bremen.

Abbildung 4–6: Planungen zur Einrichtung eines Reservelazarets am St.Jürgen-Asyl. Aus: StAB, 3-M.1.t.2. Nr. 126.

Abbildung 7–9: Vertrag zwischen dem St.Jürgen-Asyl und dem Reserve-Lazarett I wegen Aufnahme erkrankter Militärpersonen in einer Abteilung des Asyls. Aus: StAB, 3-M.1.t.2. Nr. 126.

Abbildung 10: Pfleger des St.Jürgen-Asyls, ca. 1918. Quelle: Krankenhaus-Museum am Klinikum Bremen-Ost, Bremen.

Abbildung 11: Krankenschwestern des St.Jürgen-Asyls, ca. 1918. Quelle: Krankenhaus-Museum am Klinikum Bremen-Ost, Bremen.

Abbildung 12: Buch: Pflegepersonal im St.Jürgen-Asyl. Quelle: Archiv des Krankenhaus-Museums am Klinikum Bremen-Ost.

Abbildung 13: Postkarte »St.Jürgen-Asyl. Ehrendenkmal für im Weltkriege gefallene Anstaltsangehörige«. Quelle: Krankenhaus-Museum am Klinikum Bremen-Ost.

Abbildung 14: Krankenschwestern des St.Jürgen-Asyls, ca. 1918. Quelle: Krankenhaus-Museum am Klinikum Bremen-Ost, Bremen.

Abbildung 15: Anton Delbrück, Direktor des St.Jürgen-Asyls zwischen 1898 und 1927 (o.J.). Quelle: Krankenhaus-Museum am Klinikum Bremen-Ost, Bremen.

Abbildung 16: Feldpostkarte, ca. 1916. Quelle: Privatbesitz.

Abbildung 17: Artikel: Ein Verwundetentransport. In: Bremer Bürger Zeitung, 14.10.1917

Abbildung 18: Wachsaal im St.Jürgen-Asyl, ca. 1920. Quelle: Krankenhaus-Museum am Klinikum Bremen-Ost, Bremen.

Abbildung 19: Gedicht des Patienten Carl. N. Aus: Krankenakte Carl N., Alt-Archiv am Klinikum Bremen-Ost, A 112-10.

Abbildung 20–22: Auszug aus den Bestimmungen für das St. Jürgenasyl für Geistes- und Nervenranke in Ellen (Bremen). Aus: StAB, 4,21 – 223.

Abbildung 23: Brotkarte, Bremen 1915. Privatbesitz.

Abbildung 24: Speisesaal im St.Jürgen-Asyl, um 1920. Quelle: Krankenhaus-Museum am Klinikum Bremen-Ost, Bremen.

Abbildung 25–26: Brief Delbrücks an die Deputation für das Gesundheitswesen vom 11.03.1918. Quelle: StAB, 3-m.1.w.2. Nr 137

Abbildung 27–28: Die Verpflegung soldatischer und ziviler Patienten des St.Jürgen-Asyls in den Jahren 1917 und 1918. Aus: StAB, 3-m.1.w.2. Nr 137.

Abbildung 29: Feldpostkarte, ca. 1916. Quelle: Privatbesitz.

Abbildung 30: Der deutsche Mann als Soldat (»Der menschliche Körper«) in: »Unterrichtsbuch für die weibliche freiwillige Krankenpflege, herausgegeben im Auftrag des Zentralkomitees des Preußischen Landesvereins vom Roten Kreuz bearbeitet von Dr.König«, Berlin, 1910

Abbildung 31: Stammlisten des St.Jürgen-Asyls 1912–1920. Quelle: Krankenhaus-Museum am Klinikum Bremen-Ost, Bremen.

Abbildung 32–33: Anamnesebogen des St.Jürgen-Asyls aus der Krankenakte Gerhard H.s. Aus: Krankenakte Gerhard H., Alt-Archiv am Klinikum Bremen-Ost, A 84-10.

Abbildung 34: Deckblatt der Krankenakte Rusma M.s. Aus: Krankenakte Rusma M., Alt-Archiv am Klinikum Bremen-Ost, 98-19.

Abbildung 35: Formular des St.Jürgen-Asyls zur Untersuchung des seelischen Zustandes und der Orientiertheit. Aus: Krankenakte Rusma M., Alt-Archiv am Klinikum Bremen-Ost, 98-19.

Abbildung 36–37: Militärärztliches Zeugnis des St.Jürgen-Asyls, erste und letzte Seite. Aus: Krankenakte William B., Alt-Archiv am Klinikum Bremen-Ost, A 93/2.

Abbildung 38: Am Gutshof des St.Jürgen-Asyls in der Arbeitstherapie beschäftigte Patienten (o. J.). Quelle: Krankenhaus-Museum am Klinikum Bremen-Ost, Bremen.

## 9 Die Autorin

Dr. phil. Maria Hermes, Kulturwissenschaftlerin. Kulturhistorische Dissertation zu Deutungen des Ersten Weltkrieges in Krankenakten des Bremer St.Jürgen-Asyls. Diverse Veröffentlichungen zur bremischen Psychiatriegeschichte. Maria Hermes arbeitet seit 2008 an der Staats- und Universitätsbibliothek Bremen in den Bereichen Handschriften & Rara sowie Digitalisierung. Jahrelang war sie Mitarbeiterin im Krankenhaus-Museum in Bremen. Wissenschaftliche Arbeitsschwerpunkte sind Themen aus der bremischen Regionalgeschichte vom 18. Jahrhundert bis zum Ende des Ersten Weltkrieges.